

**ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E
ALIMENTAÇÃO**

ANÁLISE DE PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL

COORDENAÇÃO GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

RELATÓRIO DE PESQUISA

**ANÁLISE DO PROGRAMA *VITAMINA A MAIS* E DO ACOMPANHAMENTO
DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA *BOLSA FAMÍLIA*
EM MUNICÍPIOS DA REGIÃO NORDESTE DO BRASIL.**

EQUIPE DE ELABORAÇÃO:

ALICE TELES DE CARVALHO (UFPB)

ERIKA RODRIGUES DEALMEIDA (UFPB)

EDUARDO NILSON (CGAN)

JANINE COUTINHO (CGAN)

JULIANA UBARANA (CGAN)

Brasília, fevereiro de 2009.

RESUMO EXECUTIVO

Nome do Projeto: ANÁLISE DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A E DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

Local: BRASIL

Instituições: MINISTÉRIO DA SAÚDE, UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA (Departamento de Nutrição), SECRETARIAS ESTADUAIS E MUNICIPAIS DE SAÚDE

Período: 2008 -2009

1. ANTECEDENTES

1.1. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

As deficiências de micronutrientes afetam mais de 2 bilhões de pessoas em todo o mundo e, dentre elas, a deficiência de vitamina A é a principal causa de cegueira evitável no mundo e está associada a 23% das mortes por diarreia em crianças. Além disso, esta deficiência também está relacionada à ocorrência de cegueira noturna em gestantes e a um risco elevado de mortalidade no pós-parto, bem como outras complicações gestacionais (WHO, 2006)

Devido à associação entre vitamina A e morbimortalidade materno-infantil, os diversos organismos internacionais afetos a este público estimularam programas de prevenção desta deficiência, que incluem a suplementação da vitamina. O Brasil iniciou as ações de suplementação de vitamina A na década de 80, integradas ao programa nacional de imunização, mas a distribuição de megadoses sofreu períodos de descontinuidade até o processo de reestruturação dessas ações. Nesse processo, primeiramente garantiu-se a estabilidade na aquisição e distribuição das megadoses, a ação foi considerada componente do Programa Fome Zero, do Governo Federal (2003), e, por fim, foi criado o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (2005) (MARTINS, 2007).

No desenho atual do Programa, a suplementação de vitamina A é direcionada para crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto imediato em regiões de

risco e seu acompanhamento gerencial é realizado por meio de um sistema informatizado, que inclui controle de estoques, doses administradas e perdas e demais situações. A distribuição das megadoses ocorre na rotina dos serviços de atenção primária à saúde, bem como nas campanhas de vacinação, pelas equipes de Saúde da Família (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

De acordo com o sistema de informação do programa, ao longo dos últimos anos, as maiores coberturas ocorreram nas crianças de 6 a 11 meses (próximo de 80%), enquanto coberturas para crianças mais velhas são pouco maiores que 50% e para puérperas são em torno de 60% do público-alvo.

A avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi realizada no município de Cabedelo, no Estado da Paraíba, selecionado por possuir cobertura do Programa passível de melhora e ser campo de estágio de disciplina coordenada pela consultora nacional, facilitando assim o acesso às informações, a identificação e o treinamento da equipe de trabalho de campo.

1.2. Acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família

Dentre as ações do Governo Federal para a redução da pobreza e da fome no Brasil, dentro da Estratégia Fome Zero do Governo Federal, o Programa Bolsa Família foi criado, em 2004, que corresponde ao programa unificado de transferência de renda com condicionalidades que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. O Programa é pautado na articulação de três dimensões para a superação da fome e da pobreza: o alívio imediato da pobreza (transferência direta de renda), reforço ao exercício de direitos sociais básicos em saúde e educação (condicionalidades) e ações complementares para o desenvolvimento das famílias para a superação da situação de pobreza (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2008).

O Ministério da Saúde, junto com as demais esferas do Sistema Único de Saúde, é responsável pelo acompanhamento semestral das condicionalidades de saúde das famílias que recebem o benefício, que englobam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, a vacinação de crianças menores de 7 anos de idade e a atenção pré-natal e no pós-parto (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2004).

No final de 2008, mais de 98% dos municípios brasileiros registraram as condicionalidades de saúde, porém o percentual de acompanhamento varia bastante entre os municípios, de modo que, em nível nacional, o percentual alcançado foi de 58%

(5,6 milhões de famílias). Dentre as famílias acompanhadas, o cumprimento das condicionalidades é próximo de 100%.

A organização da atenção primária à saúde está diretamente relacionada ao acompanhamento das condicionalidades e, mais especificamente, a baixa cobertura da Estratégia de Saúde da Família constitui uma das principais limitações a este acompanhamento.

A importância das equipes de Saúde da Família fica clara ao comparar os percentuais de acompanhamento de municípios de acordo com a cobertura populacional das equipes: ao final de 2008, municípios com baixa cobertura tinham acompanhamento médio de 47% das famílias beneficiárias, contra um percentual de 68% nos municípios em que 90% ou mais da população são atendidos pela Saúde da Família.

A avaliação do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família foi realizada nos municípios de Barra de São Miguel (Estado de Alagoas) e Tibau do Sul (Estado do Rio Grande do Norte), selecionados em conjunto com as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, tendo em vista: o interesse de participação pelos gestores, o pequeno porte e a facilidade de deslocamento a partir das respectivas capitais.

2. RESULTADOS DO USO DOS MÉTODOS

A primeira etapa da avaliação foi a elaboração e submissão ao Comitê de Ética da Universidade Federal da Paraíba dos projetos de avaliação dos dois Programas. Em seguida, foi elaborada a primeira versão dos instrumentos de coleta de dados pela consultora nacional, os quais foram encaminhados para apreciação das equipes do Ministério da Saúde e da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH), envolvidas no projeto. Os instrumentos reformulados foram, então, submetidos a teste piloto, pela consultora nacional e por estagiários de nutrição, em Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa.

As perguntas desses questionários semi-estruturados abordaram a identificação dos indivíduos, as características demográficas e socioeconômicas das famílias, percepção sobre os programas, coleta de informações sobre vacinação (Bolsa Família) ou aplicação de megadoses (vitamina A) a partir da Caderneta de Saúde das crianças e obtenção de dados antropométricos das crianças (peso e altura).

As pesquisas quantitativas dos estudos apresentaram desenho do tipo transversal, tendo como amostra as crianças menores de cinco anos de idade que freqüentaram os postos de vacinação durante a segunda etapa da Campanha Nacional de Vacinação do ano de 2008, representativas da população de crianças desta faixa etária em cada um dos três municípios pesquisados. Antes de cada entrevista, o responsável pela criança era informado sobre a pesquisa e, somente após a assinatura de um termo de consentimento para participação, respondia às perguntas do questionário.

Na outra etapa dos estudos, foi avaliada a percepção dos profissionais de saúde, gestores e população sobre o funcionamento geral dos programas avaliados por meio de: entrevistas semi-estruturadas com profissionais de equipes de Saúde da Família; grupos focais com Agentes Comunitários de Saúde; entrevistas e grupos focais com nutricionistas; grupos focais com mães de menores de sete anos; e entrevistas com gestores dos programas.

3. RESULTADOS DA COLETA E ANÁLISE DE DADOS

As pesquisas quantitativas sobre as condicionalidades de saúde do **Programa Bolsa Família** mostraram resultados bastante próximos nos dois municípios estudados. Primeiramente, as informações demográficas e socioeconômicas evidenciam a focalização do programa, visto que nas famílias beneficiárias os níveis de escolaridade são mais baixos e o número de pessoas por família é maior do que o de famílias não beneficiárias.

No campo do acesso à saúde, não foram verificadas diferenças significantes entre famílias de acordo com o vínculo com o Programa Bolsa Família, sendo normalmente maior que 90% o percentual de famílias que referiram levar as crianças às unidades de saúde.

No campo das imunizações, vale destacar que as crianças beneficiárias tenderam a apresentar maiores coberturas vacinais nas doses tardias e de reforço do que as outras crianças, o que pode estar relacionado com o acompanhamento desta condicionalidade.

Nos dois municípios, somente de 60 a 70% dos beneficiários conhecem as regras gerais do Programa, revelando um desconhecimento de boa parte das famílias. A percepção do impacto das transferências é positiva, considerando que cerca de 90% dos beneficiários relataram melhorias nas suas condições de vida.

As pesquisas qualitativas apontam uma relativa facilidade no cumprimento das condicionalidades de saúde pelas famílias, principalmente em função da interlocução com os Agentes Comunitários de Saúde e o acolhimento pelas Unidades de Saúde da Família. Quanto aos problemas referidos, destaca-se a dificuldade de acesso geográfico por parte das famílias participantes do Programa para o acompanhamento pela equipe da unidade de saúde.

Entre os profissionais de saúde, uma das principais dificuldades relatadas foi a ausência de cursos de capacitação a respeito do Programa Bolsa Família, mais especificamente em relação ao acompanhamento das condicionalidades de saúde.

Na pesquisa quantitativa sobre o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, verificou-se que mais de 85% das famílias são acompanhadas por unidades básicas de saúde. Apesar de quase 60% dos responsáveis relatarem ter recebido orientações de alimentação e nutrição, pouco mais de 40% conheciam o programa e cerca de 60% não conheciam os principais alimentos-fonte da vitamina A.

No tocante à disponibilidade da vitamina nas unidades, 14% dos responsáveis afirmaram que a criança alguma vez deixou de tomar a vitamina por falta da cápsula. Foi observado, ainda, que o percentual de crianças com o número de megadoses em dia cai com o avanço da idade, sendo de 65% nas crianças de 6 a 11 meses de idade e caindo para 2 a 4% nas maiores de 42 meses de idade.

De modo geral, os resultados dos estudos qualitativos e entrevistas subsequentes reforçam as observações anteriores, deixando claro que o eixo central do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no município estudado é a distribuição de megadoses e que a realização de orientações às famílias, quando existe, é pontual e vinculada a alguns profissionais em particular. Identificou-se, também, falta de conhecimento acerca do Programa por parte da população.

A avaliação nutricional das crianças menores de cinco anos revelou o processo de transição nutricional que vem ocorrendo nos municípios (baixas prevalências de déficit de peso para idade e prevalências mais altas de excesso de peso). Além disso, no município de Tibau do Sul, em que foi analisado o Programa Bolsa Família, observou-se diferenças significativas entre as prevalências dos déficits de altura para idade de beneficiários e não-beneficiários (desfavoravelmente aos beneficiários).

4. CONCLUSÕES

A avaliação do Programa Bolsa Família nos municípios revelou aspectos positivos importantes de seu funcionamento, tais como: a focalização nas famílias mais vulneráveis (baixa escolaridade, maior número de membros, crianças em pior situação nutricional); a ausência de diferenças perceptíveis no acesso e vinculação aos serviços de saúde entre famílias beneficiárias e não beneficiárias; o alto percentual de cumprimento das condicionalidades pelas famílias beneficiárias; e o empenho dos profissionais de saúde de melhorar as condições de vida das comunidades que atendem.

Com relação ao Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A foi evidenciado que grande parte da população ainda não reconhece a atenção à saúde como um direito, em função, principalmente da ausência de atividades de informação com este foco. Entretanto, os profissionais da equipe de saúde da família mostraram-se interessados em contribuir para qualificar as ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família com vistas à melhoria das condições de saúde e nutrição da população.

Foram observados, também, riscos à sustentabilidade do Programa, como o foco na distribuição das cápsulas de megadoses, por vezes identificadas como vacinas, e pela ausência de estratégias de promoção do acesso e consumo dos alimentos – fonte de vitamina A.

De modo geral, há diversas dificuldades comuns aos dois programas avaliados que podem comprometer seus impactos e sua sustentabilidade, envolvendo a gestão, os profissionais de saúde e a população atendida, tais como: o desconhecimento dos gestores, profissionais e ACS com relação ao funcionamento destes programas; a fragilidade no estabelecimento de vínculos de colaboração com outros programas e políticas públicas que possam intensificar o impacto e sua sustentabilidade; a inexistência de um processo de monitoramento e avaliação institucionalizado que extrapole estatísticas de produção; a ausência de participação ativa da população coberta pelos programas; a falta de divulgação dos mecanismos e órgãos de reclamação dos direitos do cidadão; e a dificuldade de acesso da população aos serviços e alta rotatividade de recursos humanos na saúde.

5. RECOMENDAÇÕES

Tendo em vista a descentralização do sistema de saúde brasileiro e das ações desenvolvidas em seu âmbito, a abrangência geográfica dos programas e os resultados e conclusões das avaliações, foram propostas intervenções nos três níveis de gestão:

- Na esfera nacional, devem ser disponibilizados meios para a qualificação de atores da atenção básica para a implementação e controle social de ações e programas de alimentação e nutrição, na ótica do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) e Segurança Alimentar e Nutricional (SAN), como cursos à distância para profissionais e outros atores sociais que atuam no âmbito da Atenção Básica à Saúde do SUS e da Estratégia Saúde da Família, de todo país.
- Na esfera estadual, devem ser promovidas capacitações para Agentes Comunitários de Saúde para atuar nas ações de alimentação e nutrição em conjunto com as equipes multiprofissionais da rede básica do SUS, em especial, com as Equipes de Saúde da Família, contextualizando-o como um agente promotor da alimentação saudável no enfoque da promoção à saúde.
- Na esfera municipal, devem ser implementadas estratégias específicas para o aperfeiçoamento da gestão e do acompanhamento dos programas, por meio da formulação de planos de ação local, construídos democraticamente com a participação de gestores, representantes da comunidade e profissionais de saúde, além de representantes de outros setores. Em adição, devem ser pensadas estratégias de promoção ao acesso e consumo, por parte da população, dos alimentos-fonte de vitamina A, tendo em vista a sustentabilidade do Programa, a promoção de hábitos alimentares saudáveis, a exigibilidade do Direito Humano à Alimentação Adequada e a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população.

1.0 - Introdução	15
2.0 - Macroentorno dos programas em análise:	19
3.0 – Metodologia	31
4.0 – Resultados	44
4.1-Análise do programa Nacional de suplementação de vitamina A em Cabedelo/PB	44
4.2- Análise do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa família em Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL)	97
4.3 – Prevalências de problemas nutricionais em crianças menores de 5 anos nos municípios de Cabedelo (PB), Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL)	141
5.0-Lições Aprendidas, Reflexões, Cuidados Metodológicos E Conclusões Gerais do Trabalho de campo e da Análise do Programa <i>Vitamina A Mais</i> e do <i>Acompanhamento Das Condicionalidades De Saúde Do Programa Bolsa Família</i>	143
6.0- Glossário temático	170
7.0-Referências consultadas	174
Anexos	180

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das respostas das mães/responsáveis acerca do motivo da gratuidade no acesso ao Programa de Vitamina A. Cabedelo, 2008 (Pág. 48)

Tabela 2. Percentual de crianças que não tomaram e de crianças com as doses de vitamina A em dia, por faixa etária. Cabedelo, PB. 2008 (Pág. 51)

Tabela 3. Cobertura de Vitamina A no município de Cabedelo até o mês de Setembro segundo dados da Coordenação de Alimentação e Nutrição do Município. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 51)

Tabela 4. Cobertura de Vitamina A no município de Cabedelo no ano de 2008, segundo dados da CGPAN. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 52)

Tabela 5. Distribuição das respostas das mães/responsáveis sobre a realização de atividades de informação/orientação sobre alimentação e nutrição na USF. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 53)

Tabela 6. Ocorrência de atividades de informação à população a respeito da vitamina A. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 57)

Tabela 7. Importância da vitamina A, segundo as mães/responsáveis. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 91)

Tabela 8. Agravos decorrentes da deficiência de vitamina A, segundo as mães/responsáveis. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 92)

Tabela 9. Análise das respostas das mães/responsáveis a respeito dos alimentos-fonte de vitamina A. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 93)

Tabela 10. Prevalência de problemas nutricionais entre as crianças menores de 5 anos de idade. Cabedelo – Paraíba – Brasil. Agosto/2008. (Pág. 141)

Tabela 11: Prevalências de problemas nutricionais entre as crianças menores de 5 anos de idade. Tibau do Sul – Rio Grande do Norte – Brasil. Agosto/2008. (Pág.142)

Tabela 12. Prevalências de problemas nutricionais entre as crianças menores de 5 anos de idade. Barra de São Miguel – Alagoas – Brasil. Agosto/2008. (Pág. 142)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Relação dos Índices antropométricos utilizados e valores limites em escores Z. (Pág. 42)

Quadro 2: Referência dos profissionais quanto às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. (Pág. 103)

Quadro 3: Sugestões dos profissionais quanto às alternativas para a qualificação das ações relacionadas às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL), 2008. (Pág.116)

Quadro 4: Opinião dos profissionais quanto às alternativas para melhoria na situação de saúde das famílias que consigam cumprir as condicionalidades de saúde do PBF. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL), 2008. (Pág.117)

Quadro 5: Justificativas das mães sobre a utilização do dinheiro do *Bolsa Família* (Para quê é utilizado o dinheiro?). Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL).2008. (Pág. 122)

Quadro 6: Referência das mães quanto aos profissionais que atendem seu filho(a) na Unidade de Saúde da Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág. 125)

Quadro 7: Conhecimento das mães sobre o que é necessário cumprir para continuar recebendo o dinheiro do Bolsa Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág. 127)

Quadro 8: Distribuição percentual das mães quanto ao conhecimento das ações que devem cumprir para continuar recebendo o dinheiro do Bolsa Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág.127)

Quadro 9: Distribuição percentual das mães (responsáveis) participantes, e não participantes do Programa Bolsa Família, segundo anos de estudo. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág. 136)

Quadro 10: Distribuição percentual das mães (responsáveis) participantes, e não participantes do Programa Bolsa Família, segundo número de pessoas residentes no domicílio. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág. 136)

Quadro 11: Distribuição percentual das mães (responsáveis) participantes, e não participantes do Programa Bolsa Família, segundo número de crianças de até sete anos residentes no domicílio. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008.(Pág.137)

Quadro 12: Prevalência de *déficit* de comprimento/estatura para idade entre as crianças menores de 5 anos de idade, participantes e não participantes do Programa Bolsa Família. Tibau do Sul (RN). 2008. (Pág. 137)

Quadro 13: Cobertura vacinal estimada a partir da verificação do cartão vacinal de crianças participantes do PBF que compareceram na segunda etapa da campanha de vacinação. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág.139)

Quadro 14: Cobertura vacinal estimada a partir da verificação do cartão vacinal de crianças não participantes do PBF que compareceram na segunda etapa da campanha de vacinação. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág.140)

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução da cobertura de suplementação dos anos 2005, 2006, 2007 e 2008. (Pág.25)

Figura 2 - Evolução da Cobertura do Programa Bolsa Família na Saúde - 2005/2008. (Pág.28)

Figura 3 - Evolução da média do percentual de beneficiários do Programa Bolsa Família acompanhados para as condicionalidades de saúde em função da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, de 2005 a 2008. (Pág.30)

Figura 4. Distribuição das respostas das mães/responsáveis quanto aos motivos que os fazem levar as crianças à USF. Cabedelo, PB. 2008. (Pág.45)

Figura 5. Distribuição percentual das respostas das mães/responsáveis sobre a gratuidade no acesso ao Programa de Vitamina A. Cabedelo, PB. 2008. (Pág.47)

Figura 6. Distribuição percentual das respostas das mães que referiram pagar para participarem no Programa de Vitamina A. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 48)

Figura 7. Distribuição das respostas das mães/responsáveis sobre as atividades desenvolvidas na USF inerentes ao PNVITA. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 49)

Figura 8. Distribuição das respostas das mães/responsáveis quanto aos órgãos de reclamação que recorreriam caso falte cápsula de vitamina A. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 50)

Figura 9. Distribuição das respostas das mães/responsáveis quanto aos temas abordados nas orientações recebidas na USF. Cabedelo, PB. 2008. (Pág.53)

Figura 10. Distribuição das respostas dos profissionais da ESF (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) sobre as atividades desenvolvidas na USF inerentes ao PNVITA. Cabedelo, PB. 2008. (Pág.56)

Figura 11. Avaliação do funcionamento do PNVITA segundo os profissionais da ESF (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem). Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 86)

Figura 12. Avaliação do funcionamento do PNVITA, segundo os nutricionistas da ESF. Cabedelo, PB. 2008. (Pág.87)

Figura 13. Distribuição dos alimentos-fonte de vitamina A referidos com corretamente pelas mães/responsáveis. Cabedelo, PB. 2008. (Pág.93)

Figura 14. Distribuição das respostas das mães/responsáveis acerca do conhecimento sobre o Programa de Suplementação de Vitamina A. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 94)

Figura 15. Respostas das mães/responsáveis acerca da periodicidade de suplementação de vitamina A. Cabedelo, PB. 2008. (Pág. 94)

Figuras 16a e 16b: Percepção dos profissionais quanto ao impacto do PBF na vida das famílias participantes do Programa. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág. 98)

Figuras 17a e 17b: Percepção dos profissionais quanto às ações e serviços de saúde direcionados às famílias cadastradas no Programa Bolsa Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág.105)

Figuras 18a e 18b: Referência dos profissionais quanto à existência de dificuldades para que as famílias cadastradas no Programa Bolsa Família atendam às condicionalidades da saúde. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág.105)

Figuras 19a e 19b: Percepção dos profissionais quanto ao enfrentamento de dificuldades no desenvolvimento das atividades vinculadas às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág.109)

Figuras 20a e 20b: Percepção das mães participantes do PBF sobre o impacto deste na vida da sua família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág. 121)

Figuras 21a e 21b: Referência das mães/responsáveis sobre o acompanhamento da criança por uma Unidade de Saúde da Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág.125)

Figuras 22a e 22b: Percepção de mães participantes do Programa Bolsa Família, quanto à atualização do cartão de vacinação da criança. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008. (Pág.139)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRANDH	Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CADÚNICO	Cadastro Único

CECAN	Centro Colaborador em Alimentação e Nutrição
CGPAN	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
CONSEA	Conselho de Segurança Alimentar e Nutrição
DHAA	Direito Humano à Alimentação Adequada
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAO	Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação
IA	Instrumento de Análise de programas de nutrição
ICS	Instância de Controle Social
IGD	Índice de Gestão descentralizada
INAN	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PBF	Programa Bolsa Família
PETI	Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
PIB	Produto Interno Bruto
PNAN	Política Nacional de Alimentação e Nutrição
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNI	Programa Nacional de Imunização
PNVITA	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
PSF	Programa Saúde da Família
RED SISVAN	Rede de Cooperação Técnica em Sistemas de Vigilância Alimentar e Nutricional
SAN	Segurança Alimentar e Nutricional
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SUS	Sistema único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USF	Unidade de Saúde da Família

1 – Introdução

É notório que tanto a saúde como a nutrição dependem de uma gama de determinantes que abarcam condições sócio-econômicas, culturais e ambientais. Assim, a má nutrição, em todas as suas formas, sobrecarrega não apenas os sistemas de saúde nacionais, mas todo o tecido cultural, social e econômico das nações, e é o maior impedimento à concretização do potencial humano (COUTINHO, 2008).

A busca da equidade e o compromisso com uma atuação efetiva e eficiente sobre os determinantes responsáveis pela geração de padrões inadequados de alimentação e, conseqüentemente, de nutrição e saúde das pessoas, é tarefa a ser construída pelos governos e sociedades e por meio do entendimento entre países.

Em 1992, a Conferência Internacional sobre Nutrição, realizada em Roma, trouxe à tona a necessidade da implementação de estratégias básicas de alimentação, nutrição, saúde e bem-estar das populações. Em 1996, a Cúpula Mundial de Alimentação aprovou a Declaração de Roma sobre Segurança Alimentar e o Plano de Ação, sinalizando a importância de identificar as causas da fome e da má nutrição, assim como, de adotar medidas que ajudem a melhorar a situação. Em 2002, a reunião da Cúpula Mundial de Alimentação reafirmou os compromissos para eliminar a fome e convocou a formação de uma aliança internacional, com o fim de acelerar os esforços para alcance desse objetivo.

Desde então, os países vêm elaborando planos nacionais de ação para a nutrição e a segurança alimentar, tendo como objetivo o enfrentamento desses problemas. Em alguns casos, esse enfrentamento vem sendo realizado por meio de programas unificados que constituem um programa nacional unificado de nutrição. Em outros, os problemas de nutrição são enfrentados mediante uma série de projetos ou programas de nutrição específicos, que abordam um ou mais problemas.

Apesar de grande parte dos países implementar programas e ações de alimentação e nutrição, ainda não é comum a realização de análises voltadas a aperfeiçoá-los. Diversos estudos têm, inclusive, mostrado a necessidade do desenvolvimento de uma metodologia de análise que permita o aperfeiçoamento desses programas, com vistas à melhoria de seus resultados, sua rentabilidade, eficácia e sustentabilidade (PAES DE BARROS E CARVALHO, 2003).

Pensando em contribuir com o fortalecimento da capacidade analítica dos países, com relação aos programas de Alimentação e Nutrição comunitários, a

Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) iniciou o processo que culminou no desenvolvimento de um Instrumento de Análise de Programas de Nutrição.

Para entender melhor os fatores que fazem os programas de alimentação e nutrição comunitários serem efetivos, eficientes, equitativos e sustentáveis, ou seja, os fatores determinantes de seu êxito, a FAO realizou nove estudos de caso na América, África e Ásia (FAO, 2003). Esses estudos de caso forneceram informações sobre lições aprendidas, aspectos positivos e limitações dos programas de nutrição, que foram analisadas e consolidadas em uma oficina realizada em Roma, em outubro de 2001.

Em junho de 2002 foi realizada uma nova oficina, dessa vez na Cidade do Cabo, na África do Sul, com o propósito de promover o debate do conteúdo apresentado, preliminarmente, no texto do Instrumento de Análise dos Programas de Nutrição. Ao final do evento, foram incorporadas as modificações no texto do IA com base nas recomendações da oficina. Com as lições aprendidas dos ditos estudos, a FAO elaborou o guia metodológico “Melhora dos programas de Nutrição: Um instrumento de análise para a ação (IA)” .

Os objetivos deste IA são: melhorar a análise dos programas de alimentação e nutrição comunitários, sua eficiência e seu impacto na população beneficiária, bem como fortalecer a capacidade analítica dos técnicos dos programas. Dessa forma, o IA ajuda os usuários a desenvolverem um processo que reforce a capacidade dos países reconhecerem as causas imediatas da má nutrição e seus fatores subjacentes, possibilitando a conquista do bem-estar nutricional e o alcance da capacidade produtiva da população.

Esse instrumento de análise, cuja metodologia está dividida em quatro seções de análise que contemplam as características do desenho do programa, o macroentorno, o microentorno e a sustentabilidade, pode ser utilizado também para programas de relevância para a nutrição, como os de redução da pobreza, produção de alimentos e desenvolvimento rural.

O termo macroentorno refere-se aos fatores específicos que indicam o grau de compromisso de um país com um determinado problema. Ao analisar o microentorno observa-se o que contribui com serviços de boa qualidade, considerando as condições e prioridades locais. Já a sustentabilidade é uma questão importante que pode ser definida como a capacidade de manutenção das atividades programadas com um impacto positivo, após o momento em que o programa já tenha alcançado os seus

objetivos. Entre as questões de sustentabilidade estão: os recursos do programa e a capacidade do programa de responder às necessidades futuras.

O IA poderá ser utilizado por profissionais para planejamento de programas de alimentação e nutrição, porém em colaboração com uma equipe de análise, e não de maneira individual. A expectativa é que o uso do Instrumento de Análise de programas de nutrição contribua para reforçar os vínculos macro e micro para a formulação de políticas e atribuição de recursos, estabelecendo parcerias e alianças entre o governo, sociedade civil e o setor comercial privado, e fomentar o desenvolvimento participativo dentro do contexto de estruturas administrativas descentralizadas.

A oficina regional FAO/INCAP (Instituto de Nutrição da Centroamérica e Panamá) realizada na Cidade da Guatemala, em junho de 2003, com colaboração da Rede de Cooperação Técnica em Sistemas de Vigilância Alimentar e Nutricional (Red SISVAN) reconheceu a relevância, a magnitude e a reemergência dos problemas alimentares e nutricionais no contexto regional, bem como a necessidade de reorientar os programas de alimentação e nutrição existentes. Também foi recomendado que a FAO apoiasse a Red SISVAN na assistência dos governos para análise e fortalecimento dos programas de alimentação e nutrição nos países da América Latina e Caribe.

A Red SISVAN está integrada por 19 países na região e vem funcionando desde 1986 com o aval da Oficina Regional da FAO para América Latina e Caribe, com o propósito de fomentar o desenvolvimento da vigilância vinculada à política de segurança alimentar, com base na adoção do intercâmbio de experiências e conhecimentos entre os países.

Cinco dos países membros da Red SISVAN, a saber: Argentina, Brasil, Cuba, México e Panamá, têm solicitado assistência à FAO para melhorar a eficiência e o impacto de seus programas de alimentação e nutrição. Em 2007, a FAO criou um projeto para pôr em prática o uso do instrumento de análise de programas de nutrição nestes países, visando à troca de experiências e conhecimentos entre os países.

A previsão é que haja um efeito multiplicador mediante a retroalimentação de lições aprendidas, tanto no que se refere às análises da eficiência e do impacto dos programas mencionados, como no que diz respeito ao uso do instrumento de análise desenvolvido pela FAO para atividades similares. Além disso, o projeto deve fomentar o intercâmbio de experiências entre países sobre metodologias qualitativas e participativas e a utilização do IA.

Os resultados permitirão que os governos fortaleçam as políticas de segurança alimentar e nutricional e melhorem seus programas de alimentação e nutrição comunitária. Será uma excelente oportunidade para que os governos tenham acesso às recomendações que permitam melhorar ou aperfeiçoar seus programas de alimentação e nutrição, e possam estabelecer prioridades de uma forma mais oportuna e precisa.

No Brasil, o projeto “Análise e Fortalecimento de Programas de Alimentação e Nutrição Comunitária” incluiu como objeto de estudo o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e o acompanhamento das condicionalidades do setor saúde do Programa Bolsa Família. A idéia é identificar a forma de operacionalização destes programas em alguns municípios da região Nordeste do país, visando identificar as possíveis limitações e dificuldades, assim como as potencialidades, para traçar um plano de ação na perspectiva de aperfeiçoamento.

2 – Macroentorno dos programas em análise:

2.1 - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNVITA)

Mais de 2 bilhões de pessoas em todo mundo sofrem de deficiência de micronutrientes, especialmente decorrente do consumo de dietas pobres em vitaminas e minerais. Desses, mais de meio bilhão é afetado por manifestações clínicas como cegueira, retardo mental, anemia, resposta imunológica diminuída e outros agravos que podem evoluir até a morte (WHO, 2006).

Com relação mais especificamente à deficiência de vitamina A, estudos revelam que é a principal causa de cegueira evitável no mundo, estando também associada a 23% das mortes por diarreia, em crianças. Mesmo nos casos mais leves de deficiência, o sistema imunológico é comprometido, reduzindo a resistência a infecções à diarreia e ao sarampo, contribuindo assim para a morte de, respectivamente, 2,2 milhões e 1 milhão de crianças por ano no mundo (UNICEF, 1998).

Da mesma forma como é observada em crianças, a deficiência de vitamina A tem efeitos devastadores na saúde da gestante. Estima-se que 10 a 20% das gestantes desenvolvam a cegueira noturna em decorrência da deficiência de vitamina A, e que essa cegueira esteja associada ao risco cinco vezes maior de mortalidade materna nos dois anos pós-parto (IVACG, 2002). Adicionalmente, as gestantes com cegueira noturna e com a deficiência de vitamina A parecem estar mais predispostas a complicações gestacionais como: aborto espontâneo, anemia, náuseas, vômitos, falta de apetite e infecções (CHRISTIAN, 1998; BISWAS, 2000).

Considerando a associação entre a vitamina A e a morbimortalidade materno-infantil, a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO) passaram a estimular que os países instituíssem programas de prevenção da deficiência desse micronutriente (SANTOS, 1996). São inúmeras as estratégias para prevenir essa deficiência, cada uma delas com suas próprias qualidades e limitações, mas sempre altamente eficazes quando aplicadas de forma complementar. Essas estratégias incluem a suplementação de vitamina A, a fortificação dos alimentos, e estímulo ao plantio e consumo de fontes de vitamina A.

Nas últimas quatro décadas, o Brasil vem apresentando importantes mudanças no que diz respeito ao perfil epidemiológico e nutricional de sua população. Trata-se de um processo de transição, onde a frequência de morbidade e mortalidade por doenças infecciosas está sendo progressivamente substituída pela morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis. No contexto nutricional, há alguns aspectos claros dessa transição como a redução significativa de crianças com baixo peso, ao mesmo tempo em que há o aumento da prevalência de excesso de peso. No que diz respeito especificamente às deficiências por micronutrientes, muito embora tenham ocorrido avanços importantes, especialmente com relação ao iodo, problemas relacionados à vitamina A e ao ferro ainda persistem no país (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Estudos pontuais realizados por alguns pesquisadores ao longo das últimas décadas identificaram a população infantil do Nordeste brasileiro como a mais vulnerável ao problema. Segundo esses estudos, cerca de 16% a 55% das crianças dessa região apresentam dosagem de vitamina A abaixo de 20 µg/dl, caracterizando situações carenciais endêmicas. Indicações da ocorrência da hipovitaminose A também são observadas em bolsões de Minas Gerais e São Paulo, onde o alto índice de pobreza da população dificulta o acesso dos alimentos fontes de vitamina A (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007/2008).

Diante dessas evidências, o Brasil iniciou a distribuição de megadoses de vitamina A para crianças, em 1983, sendo o país pioneiro na estratégia de distribuição de vitamina A integrada ao Programa Nacional de Imunização (PNI) (ARAÚJO, 1989). Entre 1983 a 1994, a distribuição de megadoses de vitamina A foi realizada no Brasil de forma descontínua, com intervenções mais constantes nos estados da Paraíba e Pernambuco, mas com grandes flutuações na cobertura. Nessa ocasião, a obtenção do suplemento ocorria por meio de doações de cápsulas por instituições internacionais, como UNICEF, *Sight and Life* e Cruz Vermelha (MARTINS, 2007).

No início da década de 90, chefes de Estado de países membros das Nações Unidas, inclusive do Brasil, assumiram o compromisso de “*eliminação virtual da deficiência de vitamina A e suas conseqüências até o ano 2000*”. O acordo firmado na ocasião da Cúpula pela Infância de Nova York, em 1990, da Conferência para eliminar a Fome Oculta realizada em Montreal, em 1991, e da Conferência Internacional de Nutrição de Roma, realizada no ano de 1992, ressaltou a importância da realização de

estratégias de longo prazo, como a diversificação dietética, combinadas com estratégias de curto prazo, como a suplementação de crianças sujeitas aos riscos da deficiência com cápsulas de vitamina A (MESSNER, 1992).

Após o compromisso internacional, o Brasil publicou a Portaria 2.160 de 29 de dezembro de 1994, possibilitando a intensificação da distribuição de megadoses da vitamina através da instituição do Programa Nacional de Controle da Deficiência de Vitamina A. Foi então determinado que crianças na faixa etária de 6 a 59 meses e nutrizes fossem beneficiadas com a suplementação com megadoses de vitamina A. Contudo, por questões operacionais, nessa ocasião, foi dada maior ênfase na intervenção em crianças de 6 a 59 meses, por se tratar de um grupo populacional, que de acordo com as pesquisas científicas, encontra-se mais vulnerável a desenvolver a deficiência de vitamina A.

Em 1997, foi iniciado o processo de extinção do Instituto Nacional de Alimentação e Nutricional - INAN, uma autarquia do Ministério da Saúde que coordenava o programa, acarretando a suspensão da aquisição das cápsulas de megadoses fornecidas pelo UNICEF. No ano seguinte, o INAN foi extinto e a portaria de criação do programa revogada. Apesar dessa revogação, o programa foi retomado e as megadoses de vitamina A passaram a ser fornecidas pela instituição *Micronutrients Initiative* (MI), do Canadá, com a interveniência da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). No entanto, ainda persistia a irregularidade nas entregas dessas megadoses, o que provocava grande atraso na chegada aos municípios (MARTINS, 2007).

Mesmo diante de algumas dificuldades operacionais, o compromisso pela prevenção e o controle da deficiência de vitamina A foi reafirmado como uma importante medida de saúde pública pela Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), publicada em 1999. Posteriormente, o governo brasileiro elencou a suplementação com vitamina A entre uma das estratégias governamentais prioritárias para o alcance dos objetivos de desenvolvimento do milênio, de redução da mortalidade infantil e de melhoria da saúde de mulheres, pactuados por chefes de Estado do Brasil e de mais 190 países (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2007).

Dada à relevância política do tema, o Ministério da Saúde resolveu tomar algumas medidas para melhoria do programa. Em 2001, esse Ministério iniciou o repasse dos recursos para FarManguinhos (Fundação Oswaldo Cruz), destinados à

aquisição direta das cápsulas de vitamina A. Essa medida possibilitou que a aquisição de megadoses de vitamina A fosse suficiente para atender as crianças de 6 a 59 meses de idade, bem como o grupo de puérperas residentes nas regiões consideradas de risco epidemiológico de deficiência dessa vitamina (Nordeste e Vale do Jequitinhonha, MG) (MARTINS, 2007).

Em 2003, o governo federal instituiu o Programa Fome Zero com o propósito de combater a fome e suas causas estruturais que geram exclusão social. Dois anos depois, o Fome Zero passou a ser uma estratégia do Governo Federal que inclui ações e programas considerados prioritários para que o governo promova a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) da população brasileira e contribuam com o alcance do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) (FRANCESCHINI, 2003).

Realizada por meio de vários ministérios, a estratégia FOME ZERO tem o objetivo de assegurar o acesso à alimentação, a expansão da produção e o consumo de alimentos saudáveis, a geração de ocupação e renda, a melhoria na escolarização, nas condições de saúde, no acesso ao abastecimento de água, tudo sob a ótica dos direitos de cidadania.

O Fome Zero consiste em um conjunto de mais de 30 programas complementares direcionados a combater as causas imediatas e subjacentes da fome e da insegurança alimentar. A suplementação de vitamina A é um dos exemplos de programas que estão inseridos nessa estratégia e, juntamente com outros programas, tem sido elemento fundamental para o cumprimento do seu compromisso de alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio no país (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005).

Entre 2004 e 2005, o governo envidou esforços para recrudescer a suplementação de Vitamina A. Para isso, foi revisada toda a lógica operacional existente, no sentido de otimizar o processo, sensibilizar os profissionais de saúde, diminuir perdas de vitamina A e melhorar a cobertura. Foi então criada a marca publicitária: Vitamina A Mais, com vistas a promover maior divulgação e mobilização dos profissionais de saúde e da população, bem como publicada a Portaria nº 729, de 13/05/2005, reestruturando o programa, que passou a ser intitulado como Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.

Assim, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A é atualmente um programa do Ministério da Saúde, com apoio dos Estados, que busca reduzir e

erradicar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de seis a cinquenta e nove meses de idade e mulheres no pós - parto imediato (antes da alta hospitalar), residentes em regiões consideradas de risco como a região Nordeste, Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e Vale do Ribeira em São Paulo.

Em 2009, o Brasil divulgará os primeiros resultados nacionais de deficiência de vitamina A por meio da nova edição da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde – PNDS, permitindo o conhecimento da magnitude desse problema em todas as regiões brasileiras. Será a primeira vez que o Brasil terá resultados de uma pesquisa no âmbito nacional que investiga as prevalências de deficiência sérica de vitamina A em mulheres em idade reprodutiva e crianças de 6 a 59 meses. Se for constatado que o problema encontra-se de forma representativa em outras localidades, o governo brasileiro poderá ampliar o programa Vitamina A Mais para todas as localidades onde seja necessário.

A portaria nº 729 é relevante do ponto de vista institucional, especialmente porque institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, sob a responsabilidade direta da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde, e garante o aporte de recursos financeiros para desenvolver as ações previstas pelo Programa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Para o ano de 2008, o governo brasileiro destinou mais de 1 milhão e novecentos mil reais para a aquisição de quase 8 milhões e 700 mil cápsulas de megadoses de vitamina A para crianças e puérperas residentes nas áreas endêmicas.

Além da usual distribuição de megadoses, a nova proposta visa fortalecer ações de educação nutricional com ênfase na diversificação da dieta e aumento do consumo de alimentos ricos em Vitamina A. Isto porque, apesar da grande variedade de alimentos no território brasileiro fonte de vitamina A, nota-se que uma parte considerável da população não consome as quantidades necessárias desse micronutriente, ou por problemas de acesso ao alimento ou, em alguns casos, por desconhecimento de suas necessidades nutricionais.

A reestruturação do programa trouxe também o compromisso governamental em: modificar o formato da cápsula para facilitar o processo de administração da vitamina; fornecer suporte técnico-científico sobre a importância da vitamina A e operacionalização do programa para profissionais das secretarias de saúde dos Estados e Municípios; monitorar e ampliar a implantação do programa para puérperas; desenvolver uma pesquisa nacional sobre o diagnóstico da hipovitaminose A no Brasil,

de forma a subsidiar as intervenções; bem como implantar um sistema informatizado para transmissão *on line* para agilizar o registro de informações sobre os estoques de vitamina A, doses administradas, perdas e outras situações (MARTINS, 2007).

Toda a reestruturação do Programa Vitamina A Mais foi realizada com uma participação ativa da sociedade científica e de gestores estaduais de alimentação e nutrição. Entretanto, a participação da comunidade ainda é passiva. Em linhas gerais, os profissionais de saúde da Atenção Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde – SUS - convocam a comunidade para a aplicação das cápsulas de megadoses de vitamina A durante as Campanhas de Multivacinação ou na própria rotina de atendimento ambulatorial das Unidades de Saúde.

Deve-se ressaltar que o SUS é a principal forma de acesso aos serviços de assistência à saúde de cerca de 70% da população brasileira. Foi criado com a Constituição Federal de 1988, sendo constituído por um conjunto de unidades públicas de saúde das três esferas de governo (Federal, Estadual e Municipal) que prestam serviços em todo o território nacional, organizadas em redes regionalizadas e hierarquizadas.

Esse sistema possui a Estratégia de Saúde da Família – ESF - como modelo de atenção à saúde direcionada ao fortalecimento da atenção primária, a qual tem como premissa a reorganização da prática assistencial centrada na atenção hospitalar, passando a focar a família em seu ambiente físico e social e, com isso, a ofertar serviços mais resolutivos, integrais e, sobretudo, humanizados (COUTINHO, 2008).

A ESF é organizada por meio de equipe multidisciplinar, composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Cada equipe fica responsável por uma área geográfica específica, e deve acompanhar em média 800 a 1000 famílias. Nos últimos anos, foram intensificados os investimentos para a expansão da Estratégia de Saúde da Família, particularmente nos municípios com maior população. Em 2008, o setor saúde disponibilizou mais de 29 mil equipes da Saúde da Família e mais de 230 mil agentes comunitários em quase todo o país, possibilitando que 45,3% da população fossem cobertos pela ESF e 60,4% fossem cobertos por ACS (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2009).

É essa equipe, juntamente com os outros profissionais das unidades básicas

de saúde, que acompanha o estado de saúde da população, oferecendo os serviços de atenção primária à saúde como vacinação e pré-natal, administração de megadoses de vitamina A e, também, tem a responsabilidade de encaminhar a outros níveis de atenção quando necessário. No que se refere mais especificamente ao acompanhamento da suplementação de crianças e puérperas com megadoses de vitamina A, os profissionais de saúde da atenção básica mantêm a rotina de registro do que foi aplicado para cada indivíduo.

Dados do sistema de informação desse programa permitem verificar a evolução da suplementação da cobertura. Segundo esse sistema, nos últimos quatro anos houve um aumento de cobertura de crianças de 6 a 11 meses, mesmo sem atingir a meta pactuada de 100%. Entretanto, para os outros públicos do Programa, após uma evolução irregular das coberturas nos mesmos quatro anos, as coberturas de 2008 estavam bem abaixo das metas acordadas de 100%: entre as crianças de 12 a 59 meses, a cobertura da 1ª dose era pouco maior que 50% e a da 2ª dose era de cerca de 20% do público-alvo, enquanto, no caso das puérperas, alcançou 60%. A figura 1 representa os dados coletados no sistema de gerenciamento dos anos 2005, 2006, 2007 e 2008.

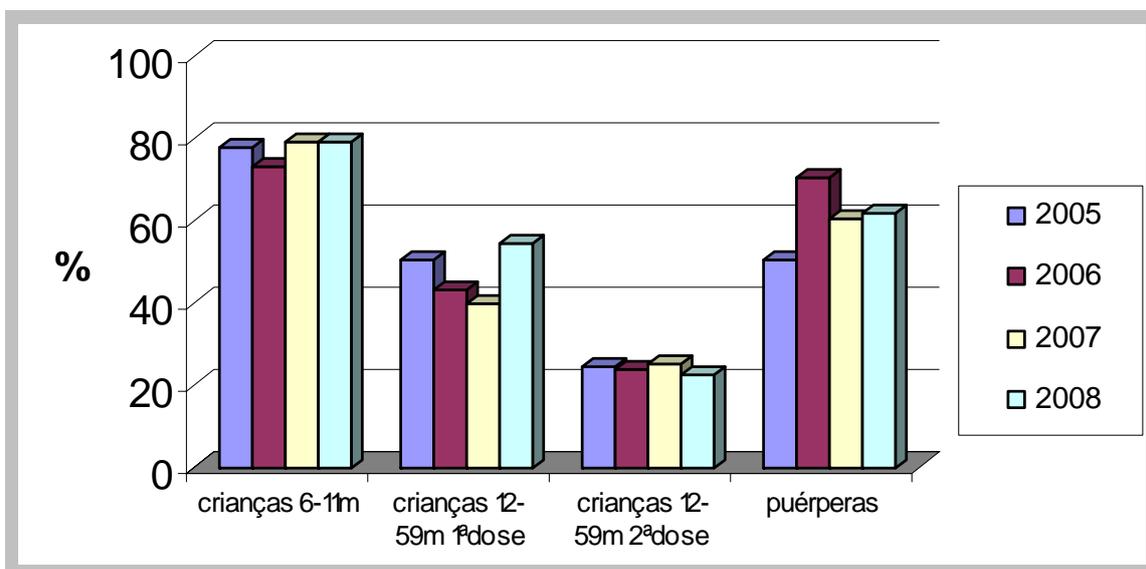


Figura 1 – Evolução da cobertura de suplementação dos anos 2005, 2006, 2007 e 2008.

Fonte: site www.saude.gov.br/nutricao

2.2 – Programa Bolsa Família

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), instituída pela Portaria nº. 710 de 10 de junho de 1999, atesta o compromisso do Governo Federal com

os males relacionados à escassez de alimentos e à pobreza, com destaque para a desnutrição infantil. Entre suas diretrizes, ressaltam-se o estímulo a ações intersetoriais com vistas ao acesso universal aos alimentos de boa qualidade, e a prevenção e o controle dos distúrbios e doenças nutricionais. Um dos focos de tais medidas institucionais é o combate ao binômio desnutrição/ infecção, que afeta principalmente as crianças pobres nas regiões de atraso econômico e social (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Uma das estratégias do Governo Federal, adotada desde o início do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em 2003, foi a implantação da Estratégia Fome Zero, com a finalidade de articular programas e projetos que modifiquem as condições de nutrição e assegurem o direito humano à alimentação adequada a toda a população brasileira. Está inserida no contexto da promoção da segurança alimentar e nutricional, buscando a inclusão social e a conquista da cidadania da população mais vulnerável à fome. A atuação integrada de diferentes Ministérios no Brasil que implementam políticas fortemente vinculadas às diretrizes do Fome Zero, possibilita uma ação planejada e articulada com melhores possibilidades de assegurar o acesso à alimentação, a expansão da produção e o consumo de alimentos saudáveis, a geração de ocupação e renda, a melhoria na escolarização, nas condições de saúde, no acesso ao abastecimento de água, sob a ótica dos direitos de cidadania (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2005).

No nível internacional, o Brasil é signatário de pactos para redução da fome e pobreza como é o caso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Neste, os marcos referenciais para alcançar um processo de desenvolvimento inclusivo e justo foram definidos como prioridades para a eliminação da extrema pobreza e sintetizados em um conjunto de macro-objetivos globais de desenvolvimento, que os países devem alcançar até 2015. São oito objetivos, 18 metas e 48 indicadores. O primeiro destes indicadores é a erradicação da extrema pobreza e da fome, sendo que um dos indicadores é a prevalência de crianças menores de 5 anos com déficit ponderal (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2007).

O compromisso dos gestores de saúde com prioridades que impactam a saúde da população brasileira, traduzido no Pacto em Defesa da Vida, definindo como metas a redução da mortalidade infantil e materna, o fortalecimento da atenção básica, a promoção da saúde, entre outras ações, apontam em direção ao cumprimento dos objetivos de desenvolvimento do milênio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

O Brasil passa atualmente por um período marcado pela transição epidemiológica, resultando em uma maior morbimortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, no nível nacional, mas persistindo altas taxas de morbidade por doenças transmissíveis, associadas às deficiências nutricionais expressas por meio de indicadores antropométricos (déficit ponderal e estatural), como deficiências de micronutrientes. Ainda, as mudanças no perfil de alimentação impactado pelo processo de urbanização crescente e dos efeitos da globalização de hábitos de consumo e padrões de comportamento são nutricionalmente interpretadas pelas prevalências crescentes de excesso de peso em crianças, jovens e adultos. Soma-se a isto o envelhecimento da população brasileira, na qual o número de pessoas idosas já representa 8% do total, indicando a necessidade de uma atuação da nutrição em saúde pública voltada ao enfrentamento das questões alimentares e nutricionais em todas as etapas do ciclo de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Dentro da estratégia Fome Zero, destaca-se o Programa Bolsa Família, instituído pela Lei nº. 10836 de 09 de janeiro de 2004, que corresponde a um programa de transferência direta de renda com condicionalidades, que beneficia famílias em situação de pobreza e extrema pobreza. O Programa pauta-se na articulação de três dimensões essenciais à superação da fome e da pobreza: promoção do alívio imediato da pobreza, por meio da transferência direta de renda à família; reforço ao exercício de direitos sociais básicos nas áreas de Saúde e Educação, por meio do cumprimento das condicionalidades; e coordenação de programas complementares, que têm por objetivo o desenvolvimento das famílias, visando à superação da situação de vulnerabilidade e pobreza (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2008).

O Ministério da Saúde é responsável pelo acompanhamento de famílias titulares do PBF, conforme estabelecido em portaria interministerial no. 2509, de 22/11/2004. Esta define as atribuições para as três esferas dos SUS e as regras para a oferta e o monitoramento das ações do setor saúde, sendo (1) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pela vigilância nutricional; (2) vacinação para crianças menores de 7 anos de idade; (3) assistência pré-natal e pós-parto (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2004).

A cada semestre, o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN permite o acompanhamento individual das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. As famílias a serem acompanhadas são aquelas que têm entre seus membros crianças até sete anos e gestantes. É compromisso do Ministério da

Saúde e atribuição compartilhada com os gestores estaduais e municipais do SUS ofertar serviços que visem o cumprimento do calendário de vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, o seguimento do calendário de consultas de pré-natal da gestante e da assistência pós-parto, bem como a realização da vigilância nutricional destes públicos (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME, 2008).

No âmbito do PBF, a saúde se concretiza quando se pode aferir que os beneficiários da família do Programa estão tendo acesso e cumprindo os cuidados básicos em saúde. Desde 2005, o SISVAN vem acompanhando as condicionalidades do PBF. A última consolidação foi realizada em dezembro de 2008. Foram 5.433 municípios informando as condicionalidades da saúde e um total de 5.627.611 famílias acompanhadas, o que corresponde a 58,24% do total de famílias com perfil saúde. Estes números registram a evolução de 0,64% no número de famílias acompanhadas da última vigência.

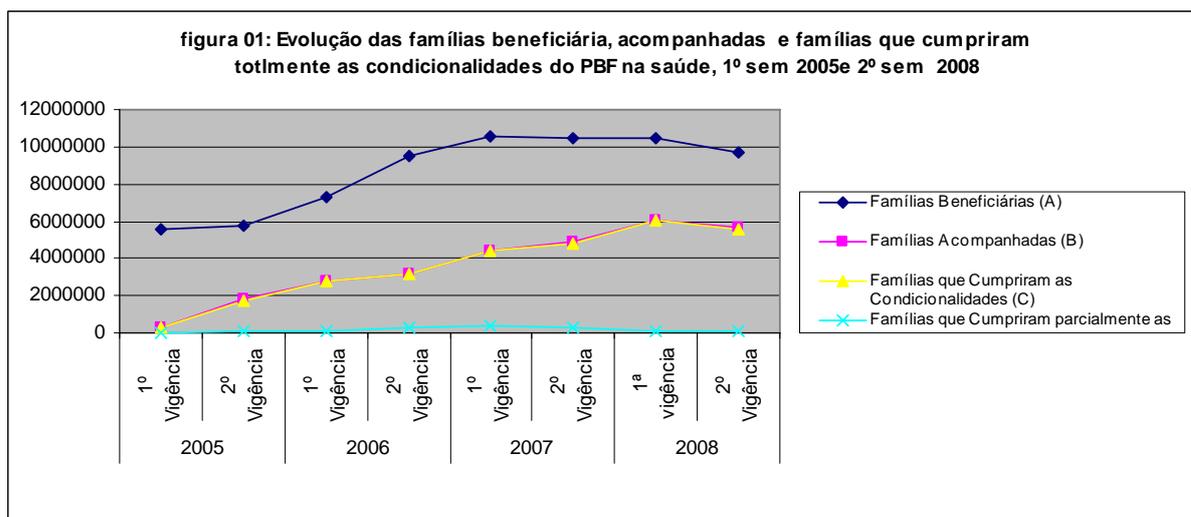


Figura 2 - Evolução da Cobertura do Programa Bolsa Família na Saúde - 2005/2008

No ano passado, somente 95 municípios dos 5.564 não informaram no sistema o registro do acompanhamento das condicionalidades da saúde do Programa. Em geral, pode-se dizer que o acompanhamento das condicionalidades vem sendo realizado no país. No entanto, alguns estados e municípios têm baixa cobertura de acompanhamento e uma das limitações é a cobertura da Estratégia de Saúde da Família no Brasil.

A Estratégia de Saúde da Família – ESF – tem como premissa a

reorganização da prática assistencial centrada no hospital, passando a focar a família em seu ambiente físico e social e, com isso, a ofertar serviços mais resolutivos, integrais e, sobretudo, humanizados (COUTINHO, 2008). Essa estratégia está organizada por meio de equipe multidisciplinar, composta minimamente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de 4 a 6 Agentes Comunitários de Saúde - ACS. Cada equipe fica responsável por uma área geográfica específica, e deve acompanhar em média 800 a 1000 famílias. Nos últimos anos, foram intensificados os investimentos para a expansão da Estratégia de Saúde da Família, particularmente nos municípios com maior população. Em 2008, o setor saúde disponibilizou mais de 29 mil equipes da Saúde da Família e mais de 230 mil agentes comunitários em quase todo o país, possibilitando que 45,3% da população fossem cobertos pela ESF e 60,4% fossem cobertos por ACS (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2009).

É essa equipe, juntamente com os outros profissionais das unidades básicas de saúde, que acompanha o estado de saúde da população, oferecendo os serviços de atenção primária à saúde como vacinação e pré-natal, administração de megadoses de vitamina A e, também, tem a responsabilidade de encaminhar a outros níveis de atenção quando necessário. Deve ainda conhecer o processo social da sua área geográfica e adotar uma postura pró-ativa dentro da sua comunidade.

Ao serem assistidas por uma Equipe da Saúde da Família ou por uma Unidade Básica de Saúde, as famílias ficam cientes de sua participação no cumprimento das ações que compõem as condicionalidades do Programa. Com isso, quanto maior a cobertura de ESF e das Unidades de Saúde no município, maior é chance de acompanhamento dos beneficiários do Bolsa Família pelo setor saúde.

A importância das ESF no acompanhamento desses beneficiários está evidenciada na figura abaixo, que traz a evolução do percentual de beneficiários do Programa Bolsa Família acompanhados para as condicionalidades de saúde em função da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, de 2005 a 2008. Segundo dados da figura, ao longo dos últimos 4 anos, os municípios com maior cobertura das equipes tiveram maior percentual de acompanhamento de beneficiários. No último ciclo de registros (2º. sem 2008), a média de acompanhamento do PBF dos municípios com baixa cobertura de PSF foi de 46,8%, enquanto a média de acompanhamento dos municípios com alta cobertura PSF (>90%) foi de 68,4%.

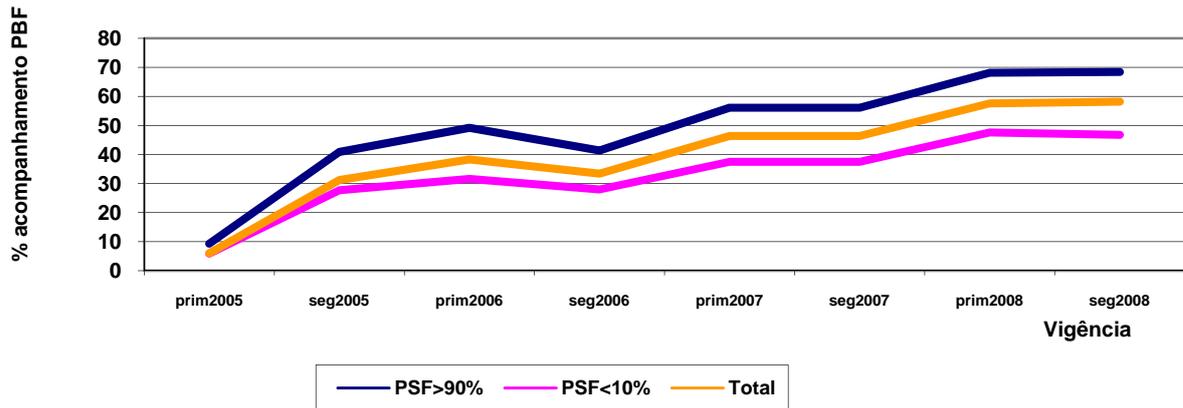


Figura 3 - Evolução da média do percentual de beneficiários do Programa Bolsa

	1°/2005	2°/2005	1°/2006	2°/2006	1°/2007	2°/2007	1°/2008	2°/2008
PSF > 90%	9,3	40,9	49,2	41,4	56,1	56,1	68,1	68,4
PSF < 10%	5,9	27,7	31,6	28	37,5	37,5	47,6	46,8

Família acompanhados para as condicionalidades de saúde em função da cobertura da Estratégia de Saúde da Família, de 2005 a 2008.

3.0 - METODOLOGIA:

3.1- Seleção dos municípios para aplicação da metodologia IA-FAO de análise

⇒ **Critérios de seleção e dados gerais¹ dos municípios selecionados para análise dos programas**

Os mapas dos municípios constam no Anexo I.

• **Para análise do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família**

As Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição foram contatadas pela Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição para decisão conjunta dos municípios para a realização da pesquisa.

Para o Programa Bolsa Família, considerou-se importante a seleção de dois municípios situados em estados diferentes. O primeiro município deveria estar localizado em Alagoas, onde os indicadores de saúde e de educação demonstram profunda desigualdade; e o segundo município deveria estar no Rio Grande do Norte, onde há a maior cobertura de acompanhamento do PBF pelo setor saúde. Para esses dois municípios foram considerados os critérios de alta cobertura de acompanhamento dos programas, de proximidade com a capital, de existência de secretários de saúde comprometidos e de presença de serviços de saúde organizados.

Dessa forma, foram selecionados dois (2) municípios assim elencados: *Tibau do Sul no Rio Grande do Norte e Barra de São Miguel em Alagoas – para análise do acompanhamento das condicionalidades do setor saúde no Programa Bolsa Família.*

Os municípios selecionados são pequenos, próximos das capitais, e com fácil deslocamento.

- a) No Estado de Alagoas: Barra de São Miguel
População Total: 7.593
Número de crianças menores de cinco (5) anos: 968
Número de Unidades da Estratégia Saúde da Família: três (03)
Distância da capital: Cerca de 40 Km e com vários locais para hospedagem.

¹ Os dados dos municípios são informações obtidas através das secretarias municipais de saúde e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (www.datasus.gov.br, acessado em 26 de maio de 2008).

- b) No Estado do Rio Grande do Norte: Tibau do Sul
População total: 9.269
Número de crianças menores de cinco (5) anos: 1.108
Número de Unidades da Estratégia Saúde da Família: quatro (04)
Distância da capital: cerca de 60 Km e com vários locais para hospedagem.

• **Para análise do Programa Nacional de suplementação de vitamina A**

Para análise do **Programa Nacional de suplementação de vitamina A** (Vitamina A mais), no Estado da Paraíba, o município de Cabedelo foi selecionado, por possuir cobertura do programa passível de melhora e ser campo de estágio de disciplina coordenada pela consultora nacional, facilitando assim o acesso às informações, à identificação e ao treinamento da equipe de trabalho de campo.

Município de análise: Cabedelo no Estado da Paraíba.

População total: 54.556

Crianças menores de 5 anos: 4473

Número de Unidades da Estratégia Saúde da Família: dezenove (19)

Município localizado a 30 Km da capital.

3.2 - Elaboração dos instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos foram elaborados pela consultora nacional e consultora técnica do projeto com base nos documentos oficiais que normatizam os programas, na literatura científica da área, nas discussões com a equipe da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) do Ministério da Saúde do Brasil e tendo como foco a metodologia proposta no Instrumento de Análise (IA) de Programas em Alimentação e Nutrição pela Organização das Nações Unidas para agricultura e alimentação (FAO). Ressalta-se que na construção dos instrumentos objetivou-se também apreender se os conceitos de Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA) e de Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) permeiam a operacionalização dos programas em avaliação.

Após a elaboração da primeira versão dos instrumentos de coleta de dados, estes foram encaminhados para apreciação e sugestão por parte da equipe da CGPAN, do Centro colaborador em Alimentação e Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco (CECAN NE I) e da equipe da Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH). As versões reformuladas, após a avaliação e incorporação de sugestões, foram submetidas a teste piloto, pela consultora nacional e por estagiários de nutrição, em Unidades de Saúde da Família do município de João Pessoa. Neste momento, registrou-se o tempo médio gasto na aplicação dos questionários e identificou-se a necessidade de adaptação de algumas questões que não eram facilmente percebidas pelos entrevistados.

Os instrumentos elaborados estão listados a seguir e apresentados nos anexos II (Programa Bolsa Família) e III (Programa Nacional de Suplementação de vitamina A):

- Roteiros de Entrevistas semi-estruturadas com responsáveis por menores de 5 anos;
- Roteiro do grupo focal com mães de crianças menores de cinco anos;
- Roteiro do grupo focal com mães de crianças de até sete anos participantes do programa bolsa família;
- Roteiros de Entrevistas semi-estruturadas com os profissionais das equipes de Saúde da Família;
- Roteiros dos Grupos Focais com os Agentes Comunitários de Saúde- ACSs;
- Roteiros das entrevistas semi-estruturadas com os gestores (secretário municipal de saúde, Secretário municipal da ação social, coordenações dos programas na saúde e na ação social e coordenadores da atenção básica);
- Roteiro do grupo focal com os nutricionistas da equipe de saúde da família do município de Cabedelo;
- Roteiro de Entrevista semi-estruturada com os nutricionistas da equipe de saúde da família do município de Cabedelo;
- Termos de consentimento para todos os atores sociais participantes da pesquisa.

3.3 – Tipo de estudo e desenho da amostra (número estimado e obtido de participantes)

O estudo apresentou desenho do tipo transversal tendo abordagens quantitativa e qualitativa. A partir do método utilizado e dos atores sociais envolvidos será descrita a forma de obtenção da amostra:

⇒ **MÉTODO:** Entrevistas semi-estruturadas e tomada de medidas antropométricas.

⇒ **ATORES SOCIAIS:** mães e crianças menores de cinco anos

O cálculo amostral foi realizado com base no número de crianças menores de cinco anos em cada município.

Para o município de Cabedelo, no qual foi avaliado o Programa Nacional de Suplementação de vitamina A, a estratégia foi:

Para o total de 4473 crianças < 5 anos existentes no município e considerando um Alfa de 5% e erro=0,05 estimou-se um “n” em torno de 380 crianças como representativo. No entanto, levou-se em consideração que cada responsável não acompanha penas uma criança para vacinar. Dessa forma, no intuito de assegurar a probabilidade de obtenção de amostra representativa de responsáveis entrevistados, a logística foi montada na perspectiva de serem realizadas no mínimo 550 entrevistas. O “n” previsto para a realização de entrevistas foi considerado também para a tomada de medidas antropométricas das crianças, considerando que a idéia era tomar as medidas de uma criança por responsável.

No entanto, o número de entrevistas realizadas e crianças cujas medidas foram aferidas foi extrapolado, sendo obtidas 780 entrevistas e realizadas a tomada de medidas antropométricas de 750 crianças.

Para que a amostra fosse distribuída aleatoriamente no município, foram sorteados, para a coleta de dados, 15 dos 22 postos de vacinação ativos. Com base na previsão do número de crianças a serem imunizadas, por posto de vacinação do município, estimou-se trabalhar com aproximadamente 67% da demanda prevista em cada posto.

Para os municípios de Tibau do Sul e Barra de São Miguel, nos quais foi avaliado o acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família, foram mantidos os critérios metodológicos já descritos acima. O número estimado de entrevistas a serem aplicadas e de crianças para a tomada das medidas de

peso e altura foi igual a 300 em cada um dos municípios, sendo este “n” representativo do município.

No entanto, o número de entrevistas realizadas e crianças cujas medidas foram aferidas foi extrapolado, sendo obtidas 374 entrevistas em Barra de São Miguel e 359 em Tibau do Sul, e realizadas a tomada de medidas antropométricas de 371 e 356 crianças, em Barra e Tibau, respectivamente.

⇒ **MÉTODO:** Encontros de grupos focais

⇒ **ATORES SOCIAIS:** mães de crianças menores de cinco anos (Cabedelo) e mães de crianças de até sete anos participantes do Programa Bolsa Família (Barra de São Miguel e Tibau do Sul);

As mães de crianças menores de cinco anos do município de **Cabedelo** que participaram dos encontros de grupos focais foram sorteados aleatoriamente, a partir da lista fornecida pela Coordenação de Alimentação e Nutrição do município. Esta lista continha os nomes de mães de crianças menores de cinco anos acompanhadas por USF. Foram sorteadas vinte (19) mães, sendo uma (1) de cada área de abrangência das 19 Unidades de Saúde da Família do município, no intuito de formar dois grupos². Em virtude da ausência de quatro mães, participaram, em Cabedelo, dos encontros de grupos focais 15 mães.

Em **Barra de São Miguel** foram sorteadas sete (7) mães por área de abrangência de cada USF existente no município, totalizando 21 mães. Em **Tibau do Sul** foram sorteadas cinco (5) mães por área de abrangência, totalizando 20 mães. Participaram dos encontros 13 e 16 mães, em Barra e Tibau, respectivamente.

⇒ **MÉTODO:** Entrevistas semi-estruturadas.

⇒ **ATORES SOCIAIS:** Profissionais das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem)

Para a amostra de profissionais do município de **Cabedelo** a serem entrevistados, inicialmente sorteou-se dez (10) das dezenove (19) Unidades de Saúde da família

² A metodologia de grupo focal recomenda que os grupos sejam formados com um número entre 06 e 12 participantes. Este critério foi considerado na seleção aleatória dos participantes para a montagem dos grupos. Em cada um dos municípios foram realizados dois (2) encontros de grupos focais.

existentes no município. A idéia foi inserir profissionais das diversas áreas de abrangência das USF no município, na tentativa de apreender diferentes realidades existentes no mesmo. Nestas unidades foram entrevistados os médicos, enfermeiros e técnicos (ou auxiliares) de Enfermagem que estavam presentes na USF nas visitas realizadas, sendo três (3) profissionais em cada USF. Em virtude da ausência de alguns profissionais previstos para serem entrevistados, foram realizadas 22 entrevistas.

Nos municípios de **Barra de São Miguel** e **Tibau do Sul** considerando a existência de apenas três e quatro USF, respectivamente foram entrevistados todos os profissionais das equipes (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) – 12 em Tibau do Sul e 09 em Barra de São Miguel.

⇒ **MÉTODO**: Encontros de grupo focal

⇒ **ATORES SOCIAIS**: agentes comunitários de saúde

Os agentes comunitários de saúde do município de **Cabedelo** que participaram dos encontros de grupos focais foram sorteados aleatoriamente, a partir da lista fornecida pela secretaria de saúde do município com os nomes de todos os agentes. Foram sorteados vinte (20) ACS no intuito de montar dois grupos, cada um com dez participantes. Em virtude da ausência de cinco agentes, participaram, em Cabedelo, dos encontros de grupos focais 15 agentes comunitários de saúde.

Nos municípios de **Barra de São Miguel** e **Tibau do Sul** foram convocados todos os ACS (20 em Tibau do Sul e 15 em Barra de São Miguel) para os encontros de grupos focais. Participaram destes, 15 e 12 ACS em Tibau e Barra, respectivamente, em função da ausência de alguns.

⇒ **MÉTODO**: Entrevistas semi-estruturadas

⇒ **ATORES SOCIAIS**: gestores envolvidos na operacionalização dos programas.

Os gestores entrevistados do município de **Cabedelo** foram a Coordenadora da Atenção Básica e a Coordenadora de Alimentação e Nutrição, as quais tinham relação com a gestão do Programa de Vitamina A no município.

No município de **Barra de São Miguel** foram entrevistados os Secretários de Saúde e de Ação Social, os Coordenadores do Programa Bolsa Família na Saúde e na

Ação Social e o digitador-máster do Programa Bolsa Família.

No município de **Tibau do Sul** foram entrevistados os Secretários de Saúde e de Ação Social e os Coordenadores do Programa Bolsa Família na Saúde e na Ação Social.

⇒ **MÉTODO**: Entrevistas semi-estruturadas e encontro de grupo focal

⇒ **ATORES SOCIAIS**: nutricionistas da Equipe de Saúde da Família de Cabedelo

Todos os dez (10) nutricionistas inseridos nas Equipes de Saúde da Família do município de Cabedelo foram convocados a participar tanto das entrevistas como do encontro de grupo focal. Participaram das entrevistas nove (9) nutricionistas e do encontro de grupo focal, sete (7).

3.4 – Elaboração dos projetos de análise dos programas e submissão ao comitê de ética.

No intuito de respeitar os pressupostos éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, foram elaborados e submetidos ao comitê de ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba dois projetos de pesquisa. Nesses estão detalhados objetivos, materiais, métodos e instrumentos de coleta de dados referentes à avaliação dos dois programas selecionados no Brasil para aplicar a metodologia **IA** da FAO.

Os projetos apresentados foram intitulados: *Avaliação do Acompanhamento das Condicionalidades de Saúde do Programa Bolsa Família em alguns municípios da Região Nordeste* e *Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – VITA MAIS do Ministério da Saúde do Brasil: uma análise do seu funcionamento no município de Cabedelo - Paraíba*. Os mesmos foram aprovados pelo referido Comitê³.

3.5 – Realização da oficina para repasse da metodologia IA e dos instrumentos

No período de 16 a 18 de julho de 2008 foi realizada, na cidade de Natal no estado do Rio Grande do Norte, uma oficina para aproximação e sensibilização da equipe

³ As certidões estão sob a responsabilidade da Consultora Nacional.

nacional na metodologia IA, proposta pela FAO, adaptando-a a realidade brasileira. O evento foi organizado e coordenado através de uma parceria entre técnicos da Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição e a Consultora Nacional do projeto. Contou-se ainda com o apoio das secretarias estaduais de saúde envolvidas na avaliação dos dois programas e com representantes dos Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição. Neste momento o plano de trabalho de campo e o cronograma foram acordados entre os participantes.

Participaram desta oficina representantes dos Estados, dos municípios e de algumas universidades da região envolvida no projeto. Esta oficina possibilitou também a obtenção das primeiras informações e percepções dos atores sociais dos municípios selecionados para o projeto com relação à gestão e à execução dos programas analisados.

Além do uso do Instrumento de Análise na íntegra, considerando as especificidades dos programas em estudo e da Política de Alimentação e nutrição brasileira, a Coordenação Nacional do Projeto produziu um roteiro de análise a partir do IA que também foi utilizado durante a oficina nacional para os trabalhos em grupo (Anexo IV).

3.6 - Desenvolvimento do trabalho de campo

O trabalho de campo foi desenvolvido numa parceria entre a equipe da CGPAN, os Coordenadores Estaduais e Municipais de Alimentação e Nutrição, a consultora nacional e professores e alunos dos departamentos de nutrição das Universidades Federais da Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas.

Durante a aplicação dos instrumentos, em especial nos de abordagem qualitativa, a idéia central foi a de tornar as entrevistas e encontros de grupos focais em momentos informais. Foram utilizadas inicialmente dinâmicas de descontração e acolhimento, para facilitar a interação entre os envolvidos e possibilitar que os entrevistados se sentissem à vontade e com clareza de que eles são atores-chave no processo de avaliação dos programas. E ainda, que todos os envolvidos são co-responsáveis pelo alcance dos objetivos do Programa e que este último é o objeto de análise.

A coleta de dados ocorreu em duas etapas que estão descritas a seguir.

3.6.1 - ETAPA 1

-Entrevistas com as mães

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com mães (ou responsáveis) de crianças menores de cinco anos que compareceram aos postos de vacinação no dia 09 de agosto de 2008 (segunda etapa da Campanha Nacional de Multivacinação no Brasil) com aferição das medidas antropométricas dessas crianças.

As mães foram convidadas a participar da entrevista e, em caso afirmativo, após esclarecimento sobre o termo de consentimento e assinatura do mesmo, foram entrevistadas em sala individual.

- Aferição das medidas antropométricas das crianças

Foram aferidas as medidas de peso e altura (ou comprimento) das crianças. Apenas uma criança (a mais velha, considerando a faixa etária de 0 a 59 meses) de cada responsável teve suas medidas aferidas.

- Observação dos cartões de vacinação das crianças

Os questionários aplicados continham espaços destinados ao registro das seguintes informações:

- a) Doses das vacinas BCG, anti-pólio e tetravalente registradas nos cartões de vacinação das crianças (para os municípios de Tibau do Sul e Barra de São Miguel);
- b) Megadoses de vitamina A registradas nos cartões de vacinação das crianças (para o município de Cabedelo)

- Equipe envolvida na primeira etapa do trabalho de campo

Para a realização das entrevistas com os responsáveis e aferição das medidas antropométricas das crianças, nos três municípios, foram selecionados e treinados em torno de 80 alunos dos cursos de graduação em nutrição e educação física. Em cada município, durante a primeira etapa do trabalho de campo, estiveram presentes representantes da equipe nacional que coordena o projeto (CGPAN, Consultora nacional e Apoiadora técnica⁴).

⁴ Para acompanhar a consultora nacional, nas etapas de organização e coleta de dados no trabalho de campo, para a análise dos programas, foi envolvida uma aluna do mestrado em ciências da nutrição da

Para acompanhar a coleta de dados em cada posto de vacinação foi treinado um coordenador. Este convidava as mães ou responsáveis por crianças menores de 5 anos a participarem da Pesquisa ainda na sala de espera. Aqueles responsáveis que se enquadravam nos critérios de inclusão (pai ou mãe, independente da idade, ou outro responsável com idade igual ou superior a 18 anos) e que concordavam em participar da pesquisa eram encaminhados pelo coordenador à sala da entrevista após seus filhos terem sido vacinados. Após a realização da entrevista os responsáveis eram direcionados à sala de antropometria já com a indicação da criança a ser medida e pesada. Os coordenadores também apoiavam os entrevistadores e antropometristas em caso de dúvidas.

No anexo V, a título de exemplo, está apresentado o manual preparado para a coleta referente ao Programa de Suplementação de vitamina A no município de Cabedelo. Manual similar adaptado para o Programa Bolsa Família foi utilizado nos municípios de Tibau do Sul e Barra de São Miguel.

3.6.2 - ETAPA 2

Nesta etapa foram realizadas observação *in loco*, entrevistas individuais e encontros de grupos focais com profissionais, gestores e o população participante dos programas *Vitamina A mais* e *Bolsa Família*, nos municípios de Cabedelo, Tibau do Sul e Barra de São Miguel. Todas as entrevistas e encontros de grupos focais foram registrados por meio de gravações e fotos. Em alguns momentos, também foi possível realizar filmagens. Todos os participantes foram esclarecidos quanto à necessidade de autorização formal através da assinatura do termo de consentimento. Quando necessário, procedeu-se a leitura em voz alta do documento e as dúvidas foram esclarecidas.

- Equipe envolvida: Consultora Nacional e consultora técnica

- Período da coleta:

* Tibau do sul (RN): 18 a 22 de agosto de 2008.

* Barra de São Miguel (AL): 02 a 05 de setembro de 2008.

UFPB que está desenvolvendo dissertação de mestrado nesta temática. A mesma está sendo orientada pela consultora nacional: Alice Teles.

* Cabedelo (PB): 08 a 12 de setembro de 2008.

3.7 - SISTEMATIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS

3.7.1 - Etapa 1

- Entrevistas semi-estruturadas

Após a realização das entrevistas semi-estruturadas com as mães, os questionários aplicados nos três municípios foram encaminhados à Coordenação Geral da Política de Alimentação e nutrição. Esta ficou responsável pela construção e alimentação do banco de dados com as informações contidas nos questionários, além da análise das questões fechadas, que gerou tabelas de frequência. Estas foram encaminhadas à consultora nacional para interpretação dos resultados.

Já as respostas das questões abertas foram analisadas pelas consultoras nacional e técnica. Extraiu-se destas respostas a idéia central, agrupando-as em categorias. As respostas contidas em cada categoria foram então contabilizadas, por meio de frequência simples, o que permitiu identificar as categorias mais representativas.

-Antropometria

*** Variáveis de estudo**

Idade: Registro de dia, mês e ano de nascimento da criança;

Sexo: Registro de informação referida pelo responsável com 2 categorias: masculino e feminino;

Peso: O peso foi registrado em gramas. Para tal, foram utilizadas balanças das Unidades de saúde ou postos de saúde. As balanças utilizadas foram aferidas. Foram usadas balanças com capacidade para 150kg e escala em divisões mínima de 100 gramas.

Altura: a altura foi mensurada por antropometristas treinados presentes nos locais de vacinação. Para crianças menores de 24 meses foi mensurado o comprimento. O comprimento foi mensurado com as crianças deitadas em antropômetros portáteis com escala em milímetros. Para as crianças maiores de 24 meses foi mensurada a estatura. As crianças foram medidas em pé em estadiômetro portátil com precisão 1mm. Para ambas as medidas (comprimento e estatura) os indivíduos apresentavam-se descalços,

com 5 pontos posicionados e a cabeça colocada no plano de Frankfurt. Para o comprimento foi aceito uma diferença de 5mm entre as medidas e para estatura 2mm.

Análise dos dados: Os índices antropométricos estatura/idade, comprimento /idade, peso/idade e peso/altura foram calculados para cada criança segundo os valores em escore Z. Como população de referência, será adotada as Curvas de Crescimento Infantil da OMS (WHO, 2006; Onis, 2006). Os dados do levantamento antropométrico foram processados utilizando o programa Anthro 2006.

*** Construção de índices e qualidade das medidas**

Para a construção dos índices antropométricos e posterior avaliação do estado nutricional de crianças algumas informações são necessárias: data de nascimento, data de realização do exame antropométrico, peso e altura. A ausência de um ou mais itens impossibilita o cálculo do índice e sua comparação com os valores de referência.

Além da presença das medidas é importante que haja plausibilidade entre a medida apresentada e a idade/sexo do examinado. Para as análises seguintes foram a variação aceita para a massa corporal foi de 3,0 a 150kg e para altura foi de 45 a 150cm. Valores fora desse intervalo foram considerados implausíveis e foram descartados.

Na construção dos índices foram observados valores de *flags*, valores esses também considerados implausíveis mesmo depois de retirados valores de peso e altura considerados fora do padrão.

Quadro 1: Relação dos Índices antropométricos utilizados e valores limites em escores Z.

Índice	Limite inferior	Limite superior
Altura-para-idade	-6	+5
Peso-para-idade	-6	+6
Peso-para-altura	-5	+5
IMC para idade	-5	+5

3.7.2 - Etapa 2

Metodologia: entrevistas semi-estruturadas e encontros de grupos focais com profissionais da equipe de saúde da família, gestores e mães de crianças menores de sete anos participantes dos programas.

Todas as entrevistas e encontros de grupos focais desta etapa foram gravados e transcritos na íntegra. Em seguida, foi realizada a leitura e consolidação do material em eixos de análise predefinidos na elaboração dos instrumentos. Procedeu-se à análise temática considerando as palavras, o contexto, a frequência, a intensidade dos comentários, a especificidade das respostas e a consistência interna (MINAYO, 2000; KRUEGER, 1994).

As questões fechadas geraram um banco quantitativo que foi analisado por frequência simples.

4 – RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DO PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A EM CABEDELO/PB

EIXO 1 - ACESSO

1.1 - ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

- PERCEPÇÃO DAS MÃES/RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

⇒ Acompanhamento das crianças por Unidades de Saúde da Família

A maioria das mães/responsáveis (85,5%) referiu que suas crianças são acompanhadas por Unidades de Saúde da Família. Com relação à periodicidade deste acompanhamento, a maioria (48%) referiu ser mensal. Os demais entrevistados referiram que procuram o PSF trimestralmente (7,6%), quinzenalmente (2,94%), semestralmente (2,69%) e semanalmente (2,02%).

Os motivos que levam as mães/responsáveis a procurar o PSF são mostrados na figura 4⁵. Embora seja possível identificar que o maior percentual corresponde ao motivo *Quando adoecer* (65,46%), os demais motivos somados superam este percentual, tendo estes motivos um caráter preventivo (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunização, suplementação de vitamina A, entre outros). Este resultado mostra um provável avanço no perfil da população quanto à procura pelos serviços de saúde, a qual historicamente relacionava-se à medicina curativa, e atualmente a demanda por ações de promoção da saúde e prevenção de doenças tem apresentado tendência de aumento.

Os depoimentos que seguem ilustram os resultados apresentados na figura 4, evidenciando os principais motivos da frequência das crianças na Unidade de Saúde: *“Eu só levo ele quando tá assim, gripado”*; *“... O de quatro anos toda vez eu levo porque ele é o que é mais doentinho, aí tá sempre no médico porque ele tem problema também de cansaço e é alérgico, aí todo mês tem que ter o acompanhamento da médica e outro acompanhamento com a nutricionista.”*; *“... Todo mês eu levo ele pra pesar, levo no médico. Tem que levar, né?!”*; *“Pra saber o peso dele, se está certo, o*

⁵ Os entrevistados podiam referenciar mais de um motivo, dessa forma os percentuais não são cumulativos.

tamanho.”; “Quando tá doente eu levo pra médica, mas todo mês tem que levar pra nutricionista pra ela ver o cartão e ver como é que tá o peso, e olhar as vacinas.”

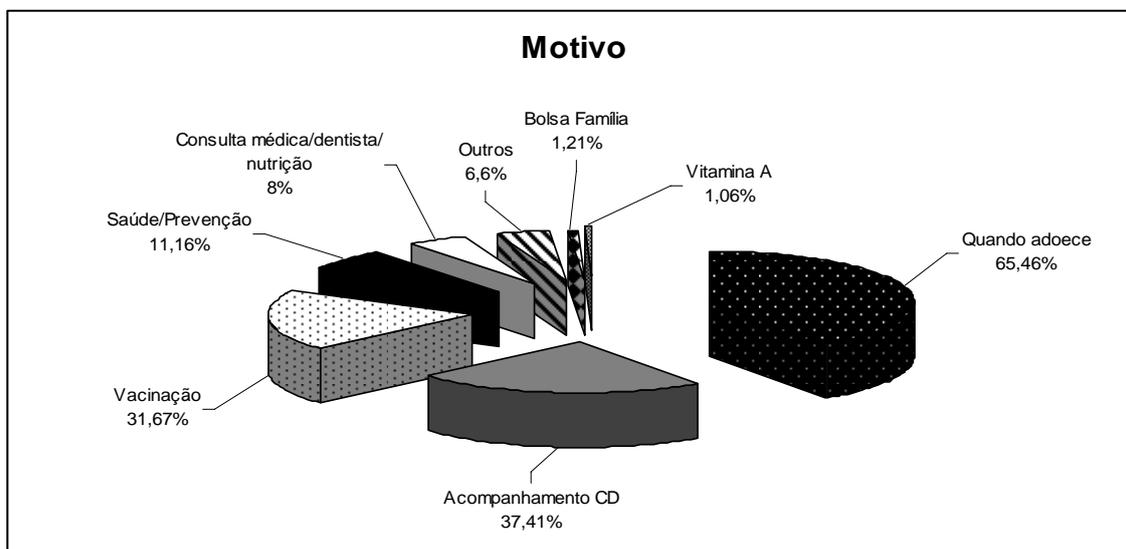


Figura 4. Distribuição das respostas das mães/responsáveis quanto aos motivos que os fazem levar as crianças à USF. Cabedelo, PB. 2008

Ao serem questionados sobre quais profissionais atendem a criança na USF, os entrevistados referiram que os atendimentos são feitos principalmente pelo médico (58,6%), pelo nutricionista (38,7%) e pelo enfermeiro (31,2%), o que corrobora com os resultados encontrados nas questões anteriores, já que o médico é quem geralmente atende os pacientes com enfermidades, e os profissionais de Nutrição e Enfermagem são os responsáveis pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis.

⇒ Qualidade da atenção à saúde realizada nas Unidades de Saúde da Família

A qualidade dos serviços prestados à população pelo PSF foi questionada às mães, que expressaram opiniões diversas:

- Satisfação com a atenção recebida:

Algumas mães elogiaram o atendimento recebido nas Unidades de Saúde, destacando o bom desempenho dos ACS e acolhimento nas USF: “Lá no posto é atendida... inclusive até as agentes de saúde vai na casa da gente pra saber e conversa... lá é assim, quando uma pessoa não tem a iniciativa de ir, ela vai lá”;

“Quando tem atividade elas (agentes de saúde) vão avisar lá na minha porta”; “Pra mim é boa”; “Eu também acho boa, ótima!”.

- Insatisfação com a atenção recebida:

Algumas mães demonstraram insatisfação com a atenção recebida nas USF. Este descontentamento estava em geral relacionado:

- **À limitação do número de fichas para atendimento:** *“Porque dá raiva de você ir pro posto, como eu falei, ou você chega cedo ou você não pega ficha, ou você chega cedo pra pegar a ficha pra ser atendida e como você trabalha, você tem que perder a manhã toda pra levar ele só para o posto”; “A médica só atende dez pacientes. Se chegar outra criança assim, doente, querendo se consultar com a médica, a médica já não atende, porque ela diz que só vai atender dez, é dez e pronto. Entendeu?”.*
- **À quantidade insuficiente de profissionais para o atendimento aos usuários,** que prejudica não apenas o acompanhamento de saúde pela USF como também a oferta de ações e serviços: *“...Eu procurei se tinha médica, que eu tava precisando, e ela falou: olha, só tem médica dia 15, ela só tá voltando dia 15, aí eu digo: como é que a gente faz? Aí ela disse: só quando ela voltar... fui pra casa, comprei remédio de farmácia, porque ela disse: você só recebe esse remédio com a receita, e se não tem?”.*
- **Ao fato dos usuários só poderem ser atendidos na USF que abrange sua residência:** *“O menino tava doente e eu fui lá no Posto onde eu moro, só que a médica tava com o menino dela doente, aí me encaminharam lá para o Posto ... (referindo-se à USF de outra área de abrangência que não a sua), aí a médica ia atender, aí a enfermeira disse: ah, não vai atender ... porque você não é daqui, vá pra onde você mora...!”; “... Quando a gente não é atendido no Posto, quando a gente chega no hospital, o que é que eles dizem? 'Procure o Posto da sua comunidade!' ...já aconteceu comigo, de eu chegar, não ter médico no Posto, a gente vai no hospital e eles dizem: procure o Posto da sua comunidade onde você mora. Isso é errado!”.*

No intuito de aprimorar a qualidade da atenção à saúde prestada pelas Unidades de Saúde da Família, algumas sugestões foram referidas pelas mães: *“Eu sugeriria colocar mais pessoas (referindo-se aos profissionais da equipe de saúde da família), né,*

pra trabalhar”; “Colocar as pessoas pra fazer curso de capacitação... Precisava botar pra fazer palestras pra essas pessoas, e deveria ter uma pessoa que coordenasse essas pessoas, que fosse, olhasse, que visse a maneira que ela tava tratando, atendendo”; “Se lá tivesse que mudar, mudava muita coisa. Primeiro falta de agente (agente de saúde) que eu falei, e de pessoas capacitadas”; “Pra melhorar? O povo chegar nas horas certas, tratar as pessoas bem...”.

⇒ Acesso ao Programa de Suplementação de Vitamina A nas Unidades de Saúde da Família

As mães/responsáveis foram questionadas se pagam para participar do Programa de Vitamina A. A maioria delas (74,74%) referiu não pagar (Figura 5) e as suas justificativas encontram-se na tabela 1. Percebe-se que mais de 75% das mães acreditam que é obrigação do Governo disponibilizar as ações do Programa sem ônus à população. Aquelas que referiram pagar para participar do Programa expressaram sua percepção sobre a forma como este pagamento é exercido. Elas acreditam que os impostos e encargos custeiam sua participação no Programa de Vitamina A (Figura 6).

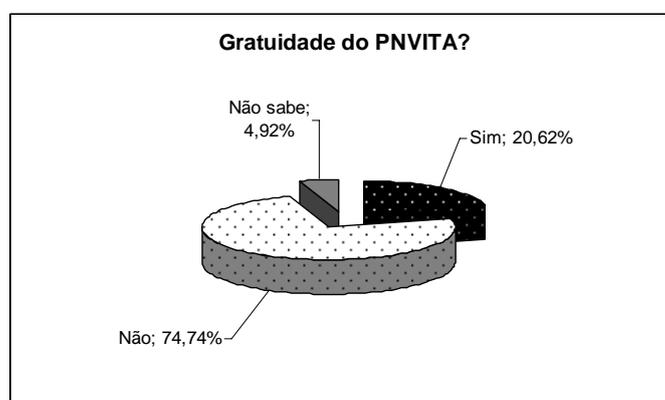


Figura 5. Distribuição percentual das respostas das mães/responsáveis sobre a gratuidade no acesso ao Programa de Vitamina A. Cabedelo, PB. 2008

Tabela 1. Distribuição das respostas* das mães/responsáveis acerca do motivo da gratuidade no acesso ao Programa de Vitamina A. Cabedelo, PB. 2008

Acesso ao Programa de Vitamina A	
(Por que o senhor acha que o Programa de Vitamina A é gratuito?)	
Respostas	%
<i>Porque o Governo dá / É obrigação do Governo</i>	76,20
<i>Porque é direito da população</i>	9,61
<i>Porque não tem condições de pagar / Porque é pobre</i>	7,78
<i>Porque é importante para as crianças</i>	5,72
<i>Porque nunca pagou nada</i>	3,89
<i>Outros</i>	8,24

* Os entrevistados podiam referenciar mais de um motivo, dessa forma os percentuais não são cumulativos

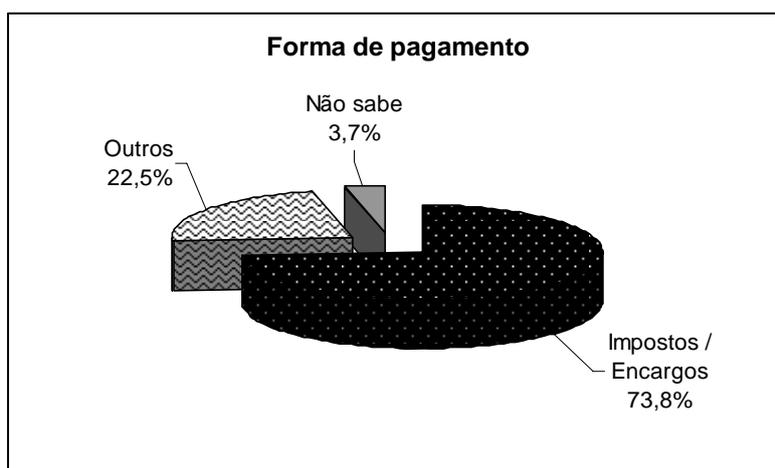


Figura 6. Distribuição percentual das respostas das mães que referiram pagar para participarem no Programa de Vitamina A. Cabedelo, PB. 2008

- **Acesso às cápsulas de megadose de vitamina A**

As mães/responsáveis foram questionadas se conhecem ou já ouviram falar a respeito do Programa de Vitamina A. O programa é desconhecido pela maioria (59,09%). Os depoimentos ilustram esta percepção: “*Eu nunca ouvi falar na minha vida!*”; “*Eu particularmente não tenho nem noção*”. Menos da metade dos entrevistados (40,91%) afirmou conhecer ou já ter ouvido falar sobre o Programa. Destes, quase 90% não souberam listar as atividades desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família que estão relacionadas ao Programa de Vitamina A (Figura 7).

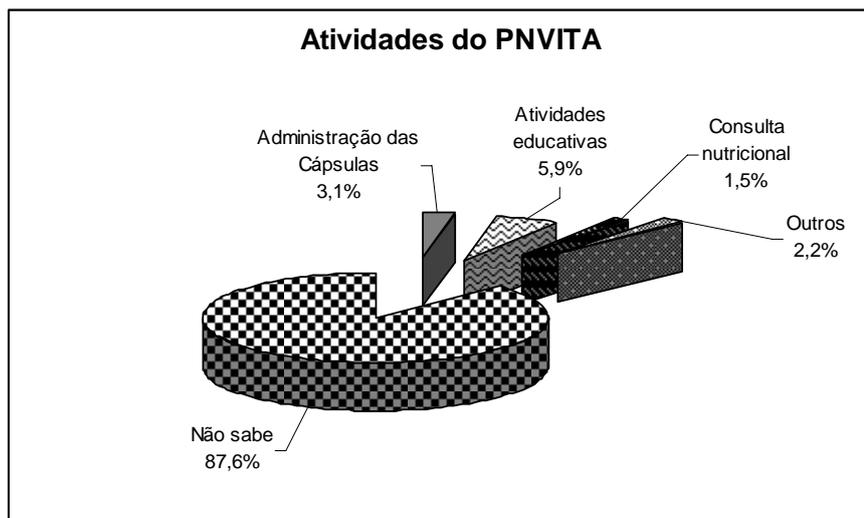


Figura 7. Distribuição das respostas das mães/responsáveis sobre as atividades desenvolvidas na USF inerentes ao PNVITA. Cabedelo, PB. 2008

Os responsáveis foram questionados se suas crianças tomam ou já tomaram na USF algum líquido ou cápsula de vitamina. Mais da metade deles (59,2%) referiu positivamente, sendo a vitamina A o suplemento citado pela maioria (81,7%), seguido da vitamina C (11,2%). Este resultado mostra que apesar das mães não reconhecerem a existência do Programa de Vitamina A, elas conseguem identificar a administração da vitamina A na USF, que constitui a ação central do Programa para o alcance do seu objetivo (prevenir e/ou controlar a deficiência de vitamina A).

De acordo com mais de setenta por cento dos entrevistados (76,4%), nunca faltou cápsula de vitamina A na USF em que são atendidos. A ocorrência da falta de vitamina A foi referida por 13,9% e 9,6% não souberam responder. Adicionalmente, algumas mães relataram que a administração das cápsulas de vitamina A é dificultada em função da não permanência integral do profissional de nutrição na Unidade, em geral, responsável por esta administração⁶.

- **Depoimentos que ilustram a falta de cápsulas de vitamina A e/ou a dificuldade no recebimento destas:**

⁶ Os nutricionistas atendem duas USF, estando em cada uma delas em dias alternados.

“... eu fui duas vezes no meu posto (referindo-se à USF de sua área de abrangência), só que a quantidade que tinha vindo era muito pouco, aí mandaram eu ir dar no posto da... (referindo-se à outra USF)”; “...É, não tinha vitamina A e a nutricionista só tá lá nas quartas-feiras, nas sextas-feiras não tem. Só na quarta-feira que a nutricionista tiver...”.

Diante do exposto, considerando a possibilidade de faltar a cápsula de megadose de vitamina A nas USF, as mães foram questionadas sobre quais órgãos recorreriam a fim de registrar sua insatisfação quanto à falta de cápsula de vitamina A. A maioria dos entrevistados (60%) respondeu não saber qual órgão recorrer, e 40% referiram saber a quem reclamar caso a cápsula de vitamina A falte. Os órgãos referidos por estes estão dispostos na figura 8, sendo a Secretaria de Saúde o principal local procurado para o registro desta insatisfação.

Contudo, algumas mães justificaram a discreta importância dada por elas à falta da vitamina A pela escassez de informações a respeito do tema: “... eu não tinha né, estou tendo agora informação sobre a vitamina A... se fosse assim, outra coisa, eu já teria ido atrás em outros postos, eu já taria agoniada pra dar, né, já teria ido atrás se fosse outro remédio...”; “Se fosse vacina contra a Pólio, por exemplo, teria ido procurar em outros postos. No caso, é a falta de informação a respeito de pra quê ela (vitamina A) serve. Se eu tivesse essa informação com certeza eu teria corrido atrás disso...”.

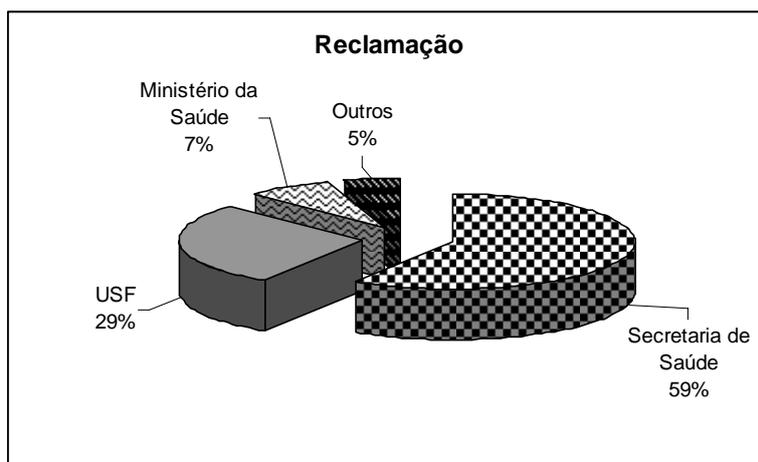


Figura 8. Distribuição das respostas das mães/responsáveis quanto aos órgãos de reclamação que recorreriam caso falte cápsula de vitamina A. Cabedelo, PB. 2008

⇒ Cobertura do PNVITA no município de Cabedelo

Com base na análise das doses de vitamina A registradas nos Cartões de Vacinação, é possível observar que a maioria (65,25%) das crianças de 6-11 meses estava com a vitamina A em dia. Já nas demais faixas etárias (12 a 59 meses), observa-se uma redução nos percentuais de crianças com a vitamina A em dia, apresentando-se abaixo de 50% (tabela 2). No entanto, estas coberturas estão abaixo daquelas informadas nos registros oficiais da Secretaria de Saúde do município e do Ministério da Saúde (Tabelas 3 e 4).

Tabela 2. Percentual de crianças que não tomaram e de crianças com as doses de vitamina A em dia, por faixa etária. Cabedelo, PB. 2008

Faixa etária	Vitamina A	
	Nenhuma	Em dia
6 a 11 meses	34,75	65,25
12 a 17 meses	31,95	42,58
18 a 23 meses	14,44	26,46
24 a 29 meses	18,68	10,68
30 a 35 meses	13,76	8,90
36 a 41 meses	24,33	9,36
42 a 47 meses	16,78	3,14
48 a 53 meses	12,74	2,25
54 a 59 meses	8,82	4,22

Tabela 3. Cobertura de Vitamina A no município de Cabedelo até o mês de Setembro segundo dados da Coordenação de Alimentação e Nutrição do Município. Cabedelo, PB. 2008

Faixa etária	Meta	Realizado	
	(N)	(N)	(%)
6-11 meses	761	533	70,04
12-59 meses			
1ª Dose	3.793	2344	61,80
2ª Dose	2.275	670	29,45

Tabela 4. Cobertura de Vitamina A no município de Cabedelo no ano de 2008, segundo dados da CGPAN. Cabedelo, PB. 2008

Faixa etária	Meta	Alcançado	
	(N)	(N)	(%)
6-11 meses	761	717	94,22
12-59 meses			
1ª Dose	3793	2507	66,10
2ª Dose	2276	1096	48,15

Fonte: http://nutricao.saude.gov.br/vita_relatorio.php

⇒ Acesso às atividades educativas em alimentação e nutrição

As mães/responsáveis foram questionadas sobre a realização na USF de atividades de informação sobre alimentação e nutrição. A maioria afirmou a ocorrência destas atividades (Tabela 5).

Segundo as mães, os principais temas abordados foram: *Orientações gerais para uma alimentação saudável, Alimentação saudável para crianças, Aleitamento Materno e Alimentação nas diversas patologias (HAS, DM, Dislipidemias, etc.)*. É possível observar um pequeno percentual de respostas com referência à abordagem específica sobre a vitamina A (1,41%), embora este assunto também seja trabalhado em outros temas (Alimentação Saudável, Aleitamento Materno, entre outros) (Figura 9⁷).

Diante do exposto, apreendeu-se que as mães percebem a necessidade e importância de intensificar as ações educativas relacionadas ao Programa de Suplementação de Vitamina A, no intuito de serem melhor orientadas e sensibilizadas quanto à importância da vitamina A, de sua suplementação e da ingestão de alimentos-fonte deste nutriente.

⁷ Os entrevistados podiam referenciar mais de um motivo, dessa forma os percentuais não são cumulativos.

Tabela 5. Distribuição das respostas das mães/responsáveis sobre a realização de atividades de informação/orientação sobre alimentação e nutrição na USF. Cabedelo, PB. 2008

Atividades de informação	
(O senhor já recebeu na USF alguma orientação sobre alimentação e nutrição?)	
Respostas	%
Sim	56,8
Não	41,7
Não sabe	1,5
TOTAL	100

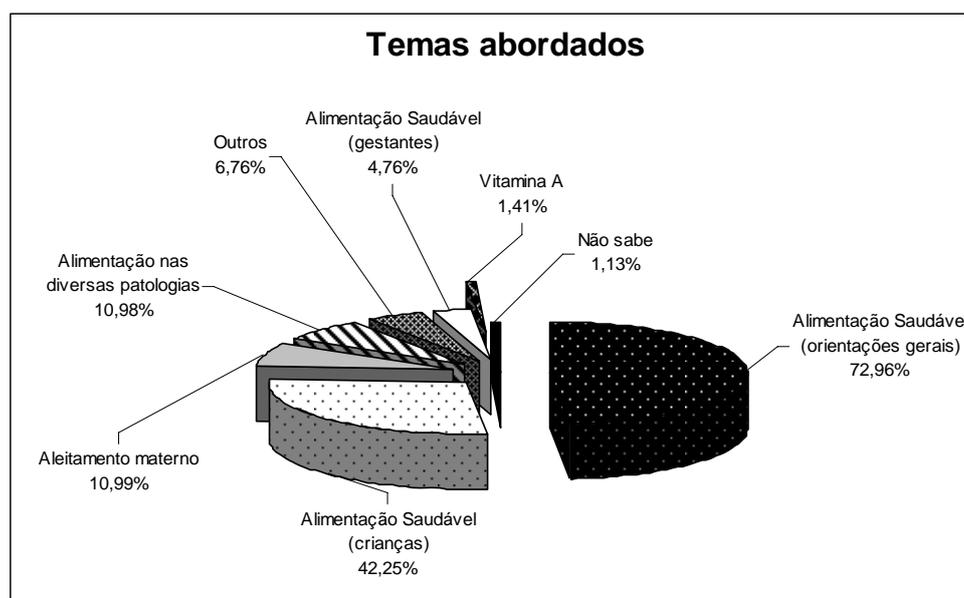


Figura 9. Distribuição das respostas das mães/responsáveis quanto aos temas abordados nas orientações recebidas na USF. Cabedelo, PB. 2008

⇒ **Controle social, participação popular e mecanismos de apoio à comunidade**

- **Controle social e participação popular**

Segundo as mães, a participação social nos processos de decisão de assuntos interessantes à população ainda é incipiente. Ao serem questionadas sobre a existência de comitês, organizações ou associações de moradores destinadas a representar a

opinião pública junto ao Poder Executivo (gestão municipal), parte das mães referiu desconhecer tais órgãos. Aquelas que afirmaram ter conhecimento, descreveram o funcionamento das organizações existentes, que em geral eram associações de bairro:

“Eu sei que tem uma lá em... (referindo-se ao bairro onde reside) é uma associação de Bairro... eu não faço parte, porque assim, era meio perdida. Agora não. Agora ela está mais aberta, tá pra todo mundo...”; “Presidente de bairro tem, mas é a mesma coisa de não ter... esse presidente ninguém sabe nem quem é, no meu bairro ele não faz nada... aí quando ele aparece, é época de semana santa, porque ele vai pegar os peixes, aí é na época que ele aparece e na época de candidato, na época de eleição.”

Diante do exposto, todas as mães afirmaram ser importante a criação de um espaço para discussão da comunidade a respeito de assuntos de interesse da população, onde possam expressar sua satisfação e/ou insatisfação sobre alguma atenção recebida, seja na saúde, na política, na educação ou em outros setores públicos.

Uma das mães sugeriu: *“Eu acho que a comunidade devia juntar ... pra ajudar a comunidade neste sentido de alimentação, que tem muita gente que não tem como comprar alimentação, não é todo mundo que tem aquele dinheiro toda semana pra comprar aquela alimentação. Aí a comunidade se junta pra ajudar outra, é muito bom. Nesse sentido é ótimo!”*.

A existência do CONSEA (Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional) municipal é desconhecida por todas as mães. Já com relação à existência do Conselho Municipal de Saúde, as mães relataram já ter ouvido falar, mas não opinaram sobre o funcionamento deste órgão.

- **Mecanismos de apoio à comunidade**

O município de Cabedelo dispõe de um órgão destinado ao registro formal de insatisfações por parte da população, que é a Ouvidoria Municipal⁸. Em geral, as mães relataram não ter conhecimento a respeito do funcionamento e resolutividade deste órgão, como segue em alguns depoimentos: *“Eu nunca ouvi falar nisso”*; *“Eu já ouvi*

⁸ A Ouvidoria foi referida pelos profissionais da Equipe de Saúde da Família (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) e pela Coordenadora da Atenção Básica como o órgão existente no município destinado ao registro formal de insatisfações por parte da população quanto à atenção recebida no serviço público.

falar, agora... não sei o que é”; “Se tem algum órgão?... Se tem eu não sei”; “Se tiver, eu acho que é aqui em Cabedelo (referindo ao Centro da cidade)... e se tiver aqui em Cabedelo eu também não conheço”.

- PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O OLHAR DOS MÉDICOS, ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

⇒ Envolvimento com o Programa de Suplementação de Vitamina A

De acordo com os médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, o Programa de Vitamina A é restrito aos profissionais de nutrição.

Alguns acreditam que o nutricionista é o profissional mais indicado para coordenar o Programa na USF, já outros percebem que o envolvimento de toda a ESF poderia facilitar o acesso da população à administração regular das cápsulas, considerando que o nutricionista não está na Unidade todos os dias: *“...É como eu disse, como aqui tem a nutricionista do Programa Saúde da Família, ficou bem isolado a ela, agora se fizesse essa capacitação com todos, pode ser que a gente desse uma ênfase maior, pode ser não, a gente vai dar uma ênfase maior a isso! ... porque o paciente passa muito mais por mim do que pela nutricionista. Aí chega aquela criança, aquela gestante que tiver no período pra tomar e eu encaminhar.”* (L. F. A. C. S. A., Médica)

⇒ Acesso da população ao Programa de Suplementação de Vitamina A nas Unidades de Saúde da Família

De acordo com os profissionais da Equipe de Saúde da Família as atividades desenvolvidas na USF que estão relacionadas ao Programa de Vitamina A são a administração das cápsulas de megadose, as atividades educativas e as consultas com os nutricionistas (Figura 10⁹).

⁹ Os entrevistados podiam referenciar mais de um motivo, dessa forma os percentuais não são cumulativos.

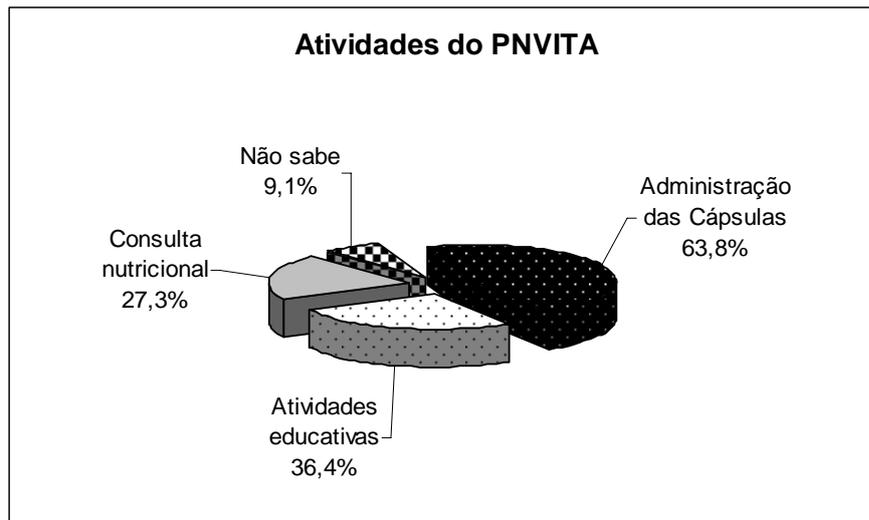


Figura 10. Distribuição das respostas dos profissionais da ESF (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem) sobre as atividades desenvolvidas na USF inerentes ao PNVITA. Cabedelo, PB. 2008

- **Acesso às cápsulas de vitamina A**

A maioria dos profissionais (54,5%;n=12) relatou que nunca faltou cápsula de vitamina A na USF em que atuam, tendo 45,5% (n=10) respondido já ter faltado cápsula. Estes últimos acrescentaram, contudo, que as cápsulas foram rapidamente repostas:

“Olhe, às vezes pode faltar, mas é só o dia da nutricionista chegar, aí já resolve já. Assim, principalmente nos dias de campanha (Campanha de Multivacinação) a procura é maior, a gente já aproveita, atualiza aqueles que vão pra creche, certo? ... Mas quando a demanda é maior, falta durante as campanhas, certo? Mas já liga, já vem.”
(M. L. M. L. B., Enfermeira)

- **Acesso às atividades educativas em alimentação e nutrição**

Os profissionais referiram a realização de atividades de informação e orientação sobre a vitamina A à população atendida pelo PSF (Tabela 6). Estas atividades de orientação consistem, em sua maioria, em palestras de cunho educativo desenvolvidas em geral pelos profissionais e estagiários de nutrição, além das informações repassadas

nas consultas individuais com os nutricionistas, conforme relatado nos depoimentos abaixo:

“Tem as palestras que a nutricionista faz, que a enfermeira faz, tem as meninas estagiárias de nutrição, a nutricionista sempre está com elas orientando, aproveita que na sexta-feira tem atendimento infantil para a médica, que o fluxo de crianças é maior, então neste dia a nutricionista aproveita e sempre está batendo nesta tecla da vitamina A, a importância da amamentação.” (E. A. A., Técnica em Enfermagem)

“Existe assim, quando o nutricionista, porque como a demanda é muito grande pra ele, aí quando ele está com estagiária a gente sempre faz. Teve até campanha da Poliomielite, também com a vitamina A, a gente sempre tá tendo cuidado para informar assim, porque existem pessoas que não sabem, chegam lá na hora e diz assim ‘eu vim tomar essa vacina da vitamina A’, aí a gente tem que explicar.” (M. R. M. O., Técnica em Enfermagem)

Tabela 6. Ocorrência de atividades de informação à população a respeito da vitamina A. Cabedelo, PB. 2008.

Atividades de informação		
(Existe ou já ocorreu alguma atividade de informação à população sobre a Vitamina A?)		
Respostas	N	%
Sim	15	68,2
Não	3	13,6
Não sabe	4	18,2
TOTAL	22	100

⇒ Diagnóstico da carência de vitamina A (hipovitaminose A)

Ao serem questionados quanto aos recursos diagnósticos utilizados na USF para detecção da deficiência de vitamina A, os profissionais afirmaram esta é baseada em evidências clínicas, que englobam a análise do estado nutricional, por meio de indicadores antropométricos (peso e altura), e dos sinais clínicos característicos da

patologia, como queda de cabelo, ressecamento da pele, unhas quebradiças e queixas de problemas visuais. Estes referiram ainda que quando necessário, são solicitados exames bioquímicos nas Policlínicas de referência, embora estas não disponham de exames específicos para diagnosticar a patologia (espectrofotometria).

Os depoimentos abaixo descrevem os procedimentos realizados para o diagnóstico de deficiência de vitamina A nas Unidades de Saúde:

“A gente geralmente faz uma avaliação do paciente no geral, crescimento, desenvolvimento, pele, cabelo, tudo isso você dá para avaliar geralmente se a criança tem carência de algum, não só de vitamina A. Como é feita essa avaliação de crescimento e desenvolvimento, a gente tem como acompanhar as crianças que a gente acha que está com alguma carência nutricional, com a hipovitaminose A, com carência de vitamina D. Todo mês elas são pesadas e medidas e dá para se avaliar um pouquinho o crescimento e desenvolvimento dessas crianças.” (R. S. M. M., Médica)

“Então, às vezes a gente encontra crianças que tem problema de pele ressecada, com unhas quebradiças, com peso baixo, aquele cabelo seco que não tem um bom crescimento, são crianças que muitas vezes chegam edemaciadas. Assim, graças a Deus aquele quadro grave de desnutrição, aquele marasmo, eu nunca vi não, mas assim, os principais sintomas são esses... A gente solicita todos os exames dessa criança, encaminha à nutrição para ser orientada e a gente vai tratando essa criança. Se for um caso grave a gente tem a referência, mas até agora a gente não precisou não... É de fácil acesso, é na policlínica de Cabedelo e também são feitos em hospitais. A demanda é alta, o meu PSF, a minha abrangência é alta, então lá eles tem uma demanda muito alta, mas dentro do normal a gente pede um exame e às vezes com 15 dias recebe, se for urgência traz logo. O que é mais difícil são os exames de alta complexidade.” (F. S. R. M., Médica)

Ao relatarem os procedimentos, os profissionais referiram que o estado nutricional inadequado dos pacientes, especificamente a desnutrição ou o baixo peso, seria o principal marcador do quadro de hipovitaminose A. Alguns entrevistados afirmaram só se preocupar em investigar a carência vitamínica quando o paciente já apresenta desnutrição. Outros referiram deixar sob responsabilidade do profissional de nutrição a realização do diagnóstico:

“Não, eu vou ser sincera, só olha mais quando a criança tem uma certa desnutrição, quando a criança já tem uma anemiazinha né, é que a gente vai procurar os exames, mas se a criança é bem forte e saudável eu não procuro muito não.” (M. F. M. A, Médica)

“Geralmente eu não ligo para esta parte não, a gente faz o acompanhamento com a puericultura, faz o peso, a altura, coloca no graficozinho e se ali der a mais ou menos a gente encaminha para o nutricionista, não vou além não.” (L. T. B, Enfermeira)

⇒ **Ocorrência de casos de hipovitaminose A**

Dos 22 profissionais entrevistados, 20 (90,9%) referiram não ter atendido nenhum caso de hipovitaminose A na USF em que atuam ou ter conhecimento acerca de diagnósticos confirmados desta patologia. Os depoimentos abaixo ilustram as referências positivas dos entrevistados quanto à ocorrência de casos de carência de vitamina A:

“Eu sei que já chegou criança que veio de outra área, de fora, desnutrida totalmente, assim, tava com deficiência de tudo. Magérrima, com baixo peso, inclusive essa criança a nutricionista estava acompanhando, aí solicitou cesta básica, suplementação alimentar pra ela. Eu comecei a fazer as vacinas, que ela já veio de outro local morar aqui, hoje em dia ela está bem, faz uns 6 a 7 meses que a gente está acompanhando essa criança e hoje em dia ela já está bem diferente, bem gordinha.” (I. S. S., Auxiliar de Enfermagem)

“Olhe, até o tempo que eu estou aqui, não. Mas segundo o nutricionista já foi, agora do meu tempo pra cá, não.” (M. R. M. O., Técnica em Enfermagem)

⇒ **Controle social, participação popular e mecanismos de apoio à comunidade**

Segundo os profissionais da ESF, o município dispõe de órgãos para registro formal de insatisfações por parte da população sobre a atenção recebida. Os mecanismos citados pelos entrevistados foram a Secretaria de Saúde/Atenção Básica e a Ouvidoria Municipal, conforme os depoimentos que seguem:

“Tem um mecanismo lá no Ministério Público, tem a Ouvidoria, que faz em termos de denúncia que tá faltando algo.” (R. S. M. M., Médica)

“Certeza, para isso temos a ouvidoria municipal. Bom, pelo menos no que se refere assim, à falta de medicamento, eles não vão tanto para a ouvidoria, mas vão para a Secretaria e eles entram em contato com a gente, aí procura saber o que realmente está acontecendo, aí a gente repassa esses dados...” (E. N. C., Enfermeira)

Ao serem questionados sobre a resolutividade destes órgãos, 84,2% dos profissionais respondeu de forma positiva. Contudo, alguns destacaram que a apuração das denúncias feitas pela população deveria incluir a escuta dos profissionais envolvidos na queixa apresentada, no intuito de analisar os fatos de forma mais justa. Os relatos que seguem ilustram o funcionamento dos mecanismos de reclamação e a percepção dos profissionais acerca destes órgãos.

- Depoimentos relacionados ao bom funcionamento dos órgãos:

“É uma das coisas que funciona aqui, se a denúncia for hoje, amanhã o profissional já está recebendo a notificação... Aí funciona.” (I. S. S., Auxiliar de Enfermagem)

“... Eles prestam a queixa, a Secretaria manda pra gente, a gente responde, argumenta e encaminha de volta para a Secretaria de Saúde. Aí a Secretaria entra em contato com o usuário ou o usuário entra em contato novamente com a Secretaria.” (R. M. R., Enfermeira)

- Depoimentos de profissionais que acreditam que estes órgãos podem ser aprimorados:

“Eu acho assim, que quando se tenta resolver um problema acaba criando outro... tem gente que vai com uma queixa não fundamentada na verdade, e vai formular uma queixa e muitas vezes a própria Secretaria toma uma atitude sem antes ouvir a versão do profissional que tava aqui. Então cria-se um outro lado da história e a gente muitas vezes é chamado, digamos assim, eles tomam uma conduta antes mesmo de avaliar se

aquilo procede, então a gente acaba de certa forma sendo prejudicado.” (V. M. T., Enfermeira)

“Veja só. A Secretaria de Saúde vem, vem pra apurar o caso realmente. Agora a gente, eu até fico bem chateada, porque as críticas que seriam mais procedentes, não existem não.” (M. G. M. F., Enfermeira)

- O OLHAR DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

⇒ Envolvimento com o Programa de Suplementação de Vitamina A

De acordo com os agentes comunitários de saúde, o papel desempenhado por eles no Programa de Vitamina A é a busca ativa pelas crianças que devem receber a suplementação, que ocorre por meio da verificação dos Cartões de Vacinação durante as visitas domiciliares: *“Primeira ação é a fiscalização do cartão de vacina, que a gente sabe que a primeira dose o bebê toma aos seis meses e daí por diante a cada seis meses uma dose; então a gente observando os cartões de vacina, tem criança de dois anos, três anos, que não tomaram, aí a gente encaminha imediatamente para o nutricionista, ele faz a primeira dose e já agenda a próxima dose...”; “... nós pesamos todas as crianças, casa por casa, e a gente fiscaliza nos cartões quando é a data que tem que tomar a vacina ou a vitamina, e quando tem alguma criança que precisa tomar, tá na data marcada, a gente passa pro nutricionista lá do PSF que ele faz...”*

Alguns agentes afirmaram que essa preocupação com a administração da vitamina A foi intensificada com a entrada do profissional de nutrição no PSF: *“... eu acho que desde que entrou principalmente esse nutricionista, ele começou a se dedicar, então ele faz aquela busca e ele mostrou pra gente a importância dessa dosagem...”; “... foi a partir dele que começou o programa...”*

⇒ Acesso da população ao Programa de Suplementação de Vitamina A nas Unidades de Saúde da Família

- **Acesso às cápsulas de vitamina A**

Os ACS foram questionados se em algum momento faltou cápsula na USF. Parte relatou nunca ter faltado: *“Lá no posto sempre tem”* e parte referiu já ter ocorrido: *“Lá no meu posto às vezes acontece de faltar”*.

- **Acesso às atividades educativas em alimentação e nutrição**

Os agentes de saúde afirmaram a realização de atividades educativas com abordagem sobre a vitamina A nas Unidades. No entanto, reconheceram que muitas famílias não têm clareza da importância da vitamina A, o que, em alguns casos, constitui um entrave à continuidade da administração das cápsulas: *“... muitas têm, outras não têm não...”*, *“... elas têm a informação e não conseguem absorver...”*.

Alguns ACS acreditam que a falta de clareza das mães acerca da vitamina A se deve em parte pela falta de interesse das próprias mães: *“... porque ela não tá nem aí...”*; *“... falta de interesse né?!”*; *“... eu acho que pela própria falta de interesse da própria mãe perguntar né, a criança está tomando a vacina, a vitamina, toma e pronto, e a mãe não se interessa em saber...”*. Contudo, reconheceram a co-responsabilidade dos profissionais na orientação dessas famílias: *“... mas o profissional também tem que dizer ‘olha, seu filho está tomando a vitamina A pra isso, isso e isso’.”*; *“... não, eu acho que tem que ter, eu acho que deve ser interesse de ambas as partes, tanto a mãe se preocupar com o filho como o profissional explicar pra mãe o motivo que ele tem pra estar tomando aquilo.”*

⇒ **Ocorrência de casos de hipovitaminose A**

Ao serem questionados sobre a ocorrência de casos de crianças com deficiência de vitamina A, os agentes de saúde responderam nunca ter ouvido falar sobre nenhuma criança com esse quadro. Os sinais destacados pelos ACS como indicadores da deficiência de vitamina A seriam os relacionados com o estado nutricional das crianças: *“Humm... eu acho que uma criança desnutrida, magrinha, que não coma certo, né?!”*; *“Ela é uma criança muito raquítica né, aquela criança que nunca ganha peso...”*.

⇒ Controle social, participação popular e mecanismos de apoio à comunidade

- **Controle social e participação popular**

Os ACS afirmaram existir associações de bairro. Contudo, referiram um envolvimento político destes órgãos, com pouca efetividade na sua real função: *“Realmente agora a Associação só serve pra envolver política, mas se preocupar com a comunidade...”*. E acrescentaram relatando a dificuldade de ingresso deles nestas organizações: *“E tem mais, quando a gente tenta se encaixar né, aí não! ‘Você não sabe de nada não! Você vai puxar pro prefeito que está na gestão’... a gente tenta se encaixar na Associação pra ajudar a mostrar como é, o que a gente pensa sobre isso, como a gente deve ajudar as famílias”*.

- **Mecanismos de apoio à comunidade**

De acordo com os Agentes Comunitários de Saúde, as famílias atendidas nas USF expressam sua insatisfação quanto à atenção recebida na própria Unidade de Saúde. Os mesmos relataram que as famílias reclamam principalmente quando sentem que foram mal tratadas ou quando há ausência de profissionais na USF: *“... porque a recepcionista tratou mal, porque a enfermeira não deu importância...”*, *“porque a nutricionista não veio”*.

Nenhum dos Agentes referiu existir algum órgão formal para registro das reclamações no município, evidenciando o desconhecimento da existência da Ouvidoria.

- O OLHAR DOS NUTRICIONISTAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

⇒ **Envolvimento com o Programa de Suplementação de Vitamina A**

Os nutricionistas são os profissionais responsáveis pela administração exclusiva das megadoses na maioria das Unidades (em algumas a administração também é realizada por enfermeiros e auxiliares de enfermagem), registro e repasse das

informações relativas à distribuição das cápsulas à Secretaria de Saúde, e orientação às mães ou responsáveis sobre a vitamina A.

⇒ Acesso da população ao Programa de Suplementação de Vitamina A nas Unidades de Saúde da Família

- **Acesso às cápsulas de vitamina A**

Ao serem questionados sobre a falta de cápsulas de vitamina A na USF, oito (dos dez) nutricionistas referiram que já faltou, sendo esta falta de forma esporádica: *“Já faltou... quando falta repõe rápido. Nessa situação, você avisando, no outro dia já chega. Nunca falta do Ministério pra cá não, de jeito nenhum.”*; *“Já faltou uma vez, na primeira parte da campanha da Pólio. Faltou porque foram muitas crianças e eu tava com uma quantidade de cinquenta e foi administrado mais. Aí faltou. No outro dia da Campanha ainda tinha criança pra tomar a Pólio e tava com a vitamina pra tomar, e não tomou porque a quantidade que tinha não foi suficiente pra cobrir. Foi só nesse momento que faltou”*.

Ao serem questionados sobre qual órgão uma família deve recorrer quando falta cápsula de vitamina A na USF, os nutricionistas referiram que nunca existiu reclamação por parte do usuário, pois estes não vêem a vitamina A como um direito. Os depoimentos a seguir ilustram essa percepção: *“Que é um direito não. Que é um direito, elas não tem essa noção. Claro, à medida que elas vem, a gente orienta quanto à administração, as orientações sobre alimentação rica em vitamina A, marca o retorno, mas essa clareza de que é um direito que assiste a elas, elas não têm”*; *“Elas acham que é uma obrigação... que se elas não tomarem eu que vou sair perdendo, entendeu? ‘Ah!, ela num tá não?! Então eu não volto!’ Aí eu falo, quando eu tô administrando: ‘não, é um direito seu!’ O Ministério da Saúde, né, eu falo tudo que tem que ser falado. A primeira visão delas é assim: ‘ah, a nutricionista num tá não? Então eu não volto mais!’”*

- Dificuldades no acesso à vitamina A

Os nutricionistas reconhecem que a centralização da administração das cápsulas de vitamina A por eles, aliado ao fato de não estarem na Unidade todos os dias, pode

dificultar o acesso regular da população às megadoses: “*alguns voltam e outros não, porque vai dizer que mora longe, tá no trabalho. Acontece!*”.

A maioria dos nutricionistas referiu que a administração das cápsulas de megadose de vitamina A fica sob sua responsabilidade, devido principalmente a questões estruturais e organizacionais: “... *Em uma das minhas Unidades fica comigo porque tava sumindo as vitaminas... agora ficam na minha gaveta trancada. E aí só são administradas quando eu estou ... Claro, se eu não tô lá, ela (referindo-se à mãe) vai embora, e sabe-se lá Deus quando ela vai voltar! Mas infelizmente eu tenho que fazer dessa forma, porque senão, quando eu for fazer a contabilidade, não tem mais nenhuma vitamina (referindo-se à possibilidade de sumiço das cápsulas)...*”; “... *a questão é que tem um problema estrutural. Nem todos os PSF têm porta, nem todos os PSF têm armário, e muitos têm a crença de que vitamina A cresce o cabelo. Então eram sumiços enormes!*”.

- **Acesso às atividades educativas em alimentação e nutrição**

Os nutricionistas referiram a realização de atividades de orientação à população sobre a vitamina A, sendo em geral palestras educativas: “*Palestras sobre a importância da vitamina A*”; “*Palestras educativas, cartazes afixados na Unidade Básica de Saúde*”. Contudo, referiram que nunca foram realizadas atividades no sentido de esclarecer às mães sobre o que é o Programa de Vitamina A e que este Programa é um direito delas.

⇒ **Ocorrência de casos de hipovitaminose A**

Nenhum profissional de Nutrição referiu já ter atendido algum caso de hipovitaminose A na USF em que atuam.

⇒ **Controle social e participação popular**

Os nutricionistas referiram que Cabedelo não dispõe de um CONSEA. Um dos participantes relatou já ter participado de uma reunião no CONSEA Estadual: “... *eu participei do seminário do CONSEA, eu fui representante de Cabedelo... foi em 2005 e*

foi meio um convite assim: ‘vai ter o seminário do CONSEA, tu pode ir? Porque as outras tão tudo indisponível no momento’, ‘Não, eu vou’. Então assim, não era uma prioridade dizer ‘não, vamos mandar’, é porque tem que mandar, sabe? Porque o Estado cobra que mande, tem que mandar! Então foi em 2005 e foi muito bom! É muito interessante, mas a gente chega aqui, quando volta pro município, a gente vê que Cabedelo não tem uma política pública em relação a isso”.

No tocante à participação popular e controle social no município, especialmente através de órgãos como o Conselho Municipal de Saúde e associações de bairro, alguns nutricionistas afirmaram a existência de tais organizações, destacando ainda o bom desempenho destas: *“Tem (Conselho Municipal de Saúde). Eu já vi alguma vez a reunião do Conselho. Já participei. Geralmente eles fazem assim, tem a participação das pessoas, a representação pelas associações de bairro... tem (associações de bairro) e é uma associação que até funciona. Ela funciona até em parceria com o posto de saúde.”*; *“Por exemplo, vizinho ao posto, em uma das minhas Unidades, foi construído um centro comunitário onde a gente vai utilizar também pra todas as atividades educativas lá agora, foi a associação de bairro que conseguiu. Juntou fundos, de onde você imaginar eles conseguiram tirar dinheiro e construir lá, sozinhos, o centro comunitário da Unidade... é muito vinculado à questão religiosa, à Igreja. A líder da comunidade é uma pessoa muito religiosa, da Igreja e tal, e eles juntam aquele espaço também pra juntar as pessoas. É muito atuante!”*.

- PERCEPÇÃO DOS GESTORES DO PROGRAMA SOBRE O ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: O OLHAR DA COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

⇒ Envolvimento com o Programa de Suplementação de Vitamina A

A gestora relatou que não tem envolvimento com o PNVITA, justificando que a coordenação deste é de responsabilidade da gestora de Alimentação e Nutrição: *“Como a gente tem na Atenção Básica a Coordenação de Nutrição que está diretamente ligada com as nutricionistas das Unidades de Saúde da Família, é ela quem coordena e acompanha todos esses programas...”*.

⇒ Acesso da população ao Programa de Suplementação de Vitamina A nas Unidades de Saúde da Família

A gestora foi questionada a respeito do fato do profissional de nutrição assistir duas equipes de Saúde da Família, o que, segundo as mães e os profissionais, dificulta a administração regular das cápsulas de vitamina A na USF. A entrevistada relatou que na ausência do nutricionista na USF, outro profissional da equipe pode administrar as cápsulas de megadose. Entretanto, reconheceu que em algumas Unidades a administração da vitamina A fica restrita ao nutricionista, e justificou o fato pelo perfil do profissional de nutrição: *“Em algumas unidades ela recebe do enfermeiro né, em algumas unidades onde o profissional de nutrição tem essa visão de um trabalho em equipe, entende?...”*.

⇒ Qualidade da atenção à saúde realizada nas Unidades de Saúde da Família

A Coordenadora da Atenção Básica relatou que o atendimento aos usuários é dificultado pela elevada demanda nas USF: *“... a demanda de tudo, da população para as unidades. A gente não consegue trabalhar com parâmetros da portaria do Ministério que diz assim: o médico deve usar quinze minutos para fazer uma consulta, que num turno de quatro horas ele tem que fazer dezesseis consultas... as dezesseis consultas não são suficientes para atender a procura da população... a medicina, a saúde, a cultura das pessoas ainda está totalmente centrada no médico. Não como era antes, graças a Deus isso tem mudado, mas a mudança ainda é muito lenta...”*.

⇒ Controle social, participação popular e mecanismos de apoio à comunidade

- **Controle social e participação popular**

A coordenadora relatou um avanço nas ações de controle social no município, já que em sua opinião, o Conselho Municipal de Saúde tem feito um trabalho atuante. A mesma descreveu as dificuldades vivenciadas pelo Conselho, as atividades por ele desenvolvidas e a relação do Conselho com a Secretaria de Saúde do município: *“Eu diria assim, que até há bem pouco tempo, essas pessoas não tinham o conhecimento do*

seu poder de decisão enquanto participação popular... Cabedelo teve um problema até com o Conselho Municipal de Saúde mesmo, que não era paritário, que era cheio de vícios... mas no ano passado foi feita uma reformulação na lei, foi feita uma capacitação pros conselheiros. Hoje o conselho é atuante, se reúne constantemente... A gente tem dividido com o Conselho de Saúde essa responsabilidade (de repasse de informações à população), porque eu acho que o conselho não é só um órgão fiscalizador... a minha visão é de que o conselho é um parceiro da Secretaria de Saúde.”

- **Mecanismos de apoio à comunidade**

De acordo com a gestora da Atenção Básica, as famílias atendidas na USF dispõem de uma Ouvidoria na Secretaria de Saúde e de uma Ouvidoria Municipal (ligada ao Ministério Público) para registro de suas insatisfações quanto à atenção recebida: “...A gente tem um sistema de ouvidoria, e eu não estou nem falando da Ouvidoria Municipal... existe uma ouvidoria na Secretaria de Saúde e, além disso, a gente ainda tem uma ouvidoria aqui na Atenção Básica. Então todas as reclamações que chegam em qualquer área da saúde, vêm pra Ouvidoria Municipal, e de lá eles mandam, eles filtram e mandam pra cá. Então não há nada que não seja apurado...”

Segundo a mesma, estes órgãos possuem boa resolutividade: “... Eu mesma aqui na minha agenda, semana passada, recebi uma reclamação de uma (referindo-se a uma usuária do PSF). Peguei o telefone dele, eu mesma pessoalmente... quando é um problema assim, que já tá complicado... aí eu mesma já procuro e dou um retorno, porque eu acho que mesmo que você não consiga resolver o problema dele, mas só em você ter a atenção e dar a resposta, eu acho que você já adquire uma credibilidade ao serviço. Mesmo que a gente não conseguiu atendê-lo na sua reivindicação naquele momento, mas o retorno, a resposta tem sido dada, porque eles aqui são muito conhecedores dos direitos deles, dos deveres talvez nem tanto, mas dos direitos eles são”.

A entrevistada acrescentou que isso ocorre devido o perfil da população de Cabedelo: “Porque eles são pessoas mais esclarecidas, eles estão exercendo assim, o dever de cidadania deles, entendeu? E como Cabedelo tem muitas organizações não governamentais trabalhando, grupos com adolescentes, com questão de droga, com outras questões, associações comunitárias em todos os bairros, a população está mais

conhecedora dos seus direitos. Às vezes elas podem não ter noção de como a política de saúde... propriamente, vamos dizer, ela acontece, mas saber que existe e vir reclamar, ela sabe, ela reclama e ela questiona, entendeu?...”

Diante do exposto, a gestora foi questionada se em algum momento houve reclamação por parte de um usuário do PSF devido à falta de cápsula de vitamina A. A mesma referiu: *“Nunca chegou nada em relação à vitamina A... Olha, nunca houve de reclamar, mas eu acho que ela reclamaria, porque aqui reclamam!...”*

- O OLHAR DA COORDENADORA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

⇒ Envolvimento com o Programa de Suplementação de Vitamina A

A gestora relatou sua responsabilidade à frente da coordenação do PNVITA. Suas atividades são: consolidação dos mapas mensais preenchidos pelos nutricionistas com o número de doses administradas nas Unidades, registro das informações consolidadas no sistema *online* do Programa (site da CGPAN) – estes dados irão refletir a cobertura do Programa no município –, pedido de cápsulas de megadose para abastecimento e distribuição às Unidades, e monitoramento dos nutricionistas quanto às ações do Programa desenvolvidas no PSF.

⇒ Acesso a materiais educativos por parte da coordenação do Programa de Suplementação de Vitamina A

No que tange aos materiais informativos do Ministério da Saúde a respeito do Programa de Vitamina A, a gestora afirmou: *“Logo no início da gestão, em 2005, chegou uns panfletos e alguns cartazes, e a gente distribuiu para as Unidades, mas nunca mais chegou nada.”*

⇒ Acesso da população ao Programa de Suplementação de Vitamina A nas Unidades de Saúde da Família

- **Acesso às cápsulas de megadose**

A Coordenadora foi questionada sobre a administração das doses de vitamina A ser restrita aos nutricionistas na maioria das Unidades, e dos prejuízos que isto pode acarretar. A gestora reconheceu que o fato pode dificultar a regularidade na administração das doses: *“... é porque é uma nutricionista para dois PSF... na maioria das vezes a enfermeira faz (administra as cápsulas de vitamina A), agora tem Unidade que a enfermeira não faz, então a mãe teria que esperar a nutricionista chegar no outro dia pra poder administrar... o risco é perder a criança!... Acontece... Se ela está indo hoje, talvez amanhã ela não queira ir... a orientação passada às mães é ‘venha tal dia que é o dia que a nutricionista está’...”*.

- **Acesso às atividades educativas em alimentação e nutrição**

A gestora relatou que não existe um trabalho específico para conscientização das mães acerca da importância da suplementação de vitamina A e do direito sobre o recebimento das cápsulas de megadose: *“Não, não assim, diretamente. Só pela busca ativa do ACS, de conversar com ela (mãe), dizer pra ela ir na Unidade e levar a criança, que está na época de administrar...”*, e reconheceu: *“... hoje isso (referindo-se às atividades educativas) acontece de forma frágil, bastante frágil. Apesar de que no dia-a-dia elas sempre incentivam, né, orientam a questão da vitamina A, mas assim, ação direta não tem...”*.

A gestora acredita que o Programa melhoraria muito se as atividades educativas fossem intensificadas: *“... a questão da educação teria que melhorar muito ainda... das mães sobre o Programa... eu acho que assim, a questão de palestra, de conscientização, eu acho que deve melhorar bastante...”*, e se co-responsabilizou para que esta melhoria aconteça: *“... deve partir de mim né, de mobilizar os nutricionistas a fazer esse tipo de trabalho delas junto da comunidade... na verdade eu nunca tinha pensado nisso, mas diante dessa pesquisa me veio assim, realmente a gente tem que melhorar nesse sentido.”*

1.2 ACESSO À ALIMENTAÇÃO

- PERCEPÇÃO DAS MÃES/RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS SOBRE O ACESSO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO À ALIMENTAÇÃO

⇒ Programas e políticas de promoção do acesso aos alimentos

As mães foram questionadas acerca do acesso à alimentação, com destaque aos alimentos-fonte de vitamina A, e da existência de programas de auxílio à aquisição de gêneros alimentícios disponíveis no município. Elas referiram os seguintes programas: Programa Bolsa Família, Programa de Cestas Básicas e o Programa Pão e Leite. O *Bolsa Família* é um programa institucionalizado, de âmbito nacional, que integra a estratégia *Fome Zero* do Governo Federal, e constitui uma das políticas públicas de alívio imediato da fome e da pobreza. Já o Pão e Leite é um programa municipal que consiste numa oferta diária destes produtos. O Programa de Cestas Básicas, também municipal, consiste na oferta de “vales” destinados à compra de alimentos em estabelecimentos conveniados.

- Programa Pão e Leite:

- Funcionamento: *“O pão e o leite são distribuídos todos os dias”; “De segunda a sexta”; “De três e meia às quatro horas”; “Dia de segunda-feira é quatro leite, quando é na terça, na quarta, é só dois. O pão é cinco pão, um dia e outro não. Um dia é dez pães, outro dia é cinco.”; “Pra continuar no programa a gente tem que ir buscar todo dia o pão e leite”; “E assinar a cartela de seis em seis meses”; “...de seis em seis meses tem que levar o menino pra pesar, tem que levar xérox dos documentos, né?! Aí pronto, aí lá você já está inscrita já.”; “Pra renovar é de seis em seis meses”; “... só tem esse programa em algumas áreas, não é em todas...”*
- Ingresso no programa: *“... depende das crianças, tá entendendo? Quando tá com um menino pede pra ela botar, porque pra botar é uma dificuldade, sabe, e tem que esperar a vez... Porque depende da idade das crianças e quantos anos a criança tem... Tem que esperar uns seis meses pra pegar vaga.”; “É que a prioridade é da mãe que tem filhos menores de seis anos.”; “Tem que ter três*

filhos menores de seis anos.”

- Desligamento do programa: *“A gente assinava a cartela, porque se caso a gente esquecer de assinar aí ele toma a cartela...”*; *“...você tem que assinar pra comprovar que você recebeu, se você não assinar você não comprovou”*.
- Percepções sobre o programa: *“Tem muita gente que não precisa e recebe.”*; *“... quem precisa às vezes não consegue pegar”*; *“Eu penso que é uma ajuda né, e um direito de nós todos”*; *“Tem muita família desempregada que recebe esse leite e tem muita mãe que tá criando as crianças só com esse leite e não dá, não dá!”*; *“... Muitos pais desempregados, filhos passando necessidade, e esse Pão e Leite ajuda muito, muita gente.”*

Ainda sobre o *Pão e Leite*, uma mãe relatou que muitas famílias que não estão inscritas no programa se direcionam para o local de distribuição dos gêneros e aguardam o término da distribuição na esperança de conseguir receber os produtos: *“É porque outra vez a minha irmã foi fazer (se inscrever) o pão e leite, tem muita gente que tira e tem muita gente lá que fica esperando o que vai sobrar, tá entendendo? Aquela pessoa também realmente precisa... a sobra é sobrar vinte pães e ter cinco mães lá esperando que todo mundo receba, e depois aquelas cinco mães que está lá vai pegar o que sobrou... fica esperando ali na hora...”*.

- Programa de Cestas básicas (foi destacada sua suspensão no período eleitoral):

- Funcionamento: *“... Agora que tá fechado por causa da política, mas tinha a cesta básica que davam, era no valor de cinquenta reais. Você ia, fazia aquelas compras e você botava o que quisesse, aí ia da cabeça de cada um colocar o que quiser.”*; *“... Agora fecharam porque é época de política... a Secretaria vinha deixar, aí você ia num site que tem, ou então aqui em Cabedelo você ia fazer o cadastramento, uma entrevista com a assistente social, e ela encaminhava você pra receber, dependendo da sua situação financeira. Então você ia lá e ela marcava uma data, e você ia receber esse cheque. Você escolhia o local onde fazia suas compras e nesse local tinha verduras, tinha tudo que é necessário, no valor de cinquenta reais você ia e fazia.”*; *“ Tem onze supermercados adicionados (conveniados) com ele.”*

- Hortas comunitárias

Ao serem questionadas sobre a existência de hortas comunitárias no município, todas as mães afirmaram desconhecer: *“Não tem não”*; *“Ia ser uma boa viu?!”*; *“Não, aqui no município não”*.

⇒ Acesso e consumo de alimentos-fonte de vitamina A

As mães foram questionadas acerca do acesso aos alimentos-fonte de vitamina A, onde são adquiridos, se são de fácil aquisição e se o consumo destes alimentos faz parte dos hábitos alimentares de suas famílias. Todas as mães afirmaram ter acesso aos alimentos-fonte de vitamina A: *“eu tenho”*.

Segundo as mães, os alimentos geralmente são adquiridos na feira livre, onde os preços são mais acessíveis, e em supermercados ou mercadinhos, como relatado nestes depoimentos: *“Eu compro mais na feira livre porque é mais barato”*; *“A gente compra no mini-mercado, verdurão...”*; *“Aqui na feira tem tudo... O preço é razoável.”*

No tocante à viabilidade de aquisição, algumas mães relataram é dificultada pelo custo elevado dos alimentos: *“É fácil geralmente de encontrar, mas em questão de valor, pode ter certeza que não é! Eu acho que não é barato, não é barato de maneira alguma.”*

A dificuldade para o consumo dos alimentos-fonte de vitamina A pelas crianças foi referida por uma parcela das mães: *“Eu acho que é fácil de encontrar e difícil fazer com que a criança coma.”*; *“É fácil levar pra casa, agora eu acho difícil é fazer com que a criança coma, porque... nem nós adultos muitas vezes nem gosta, imagina uma criança! Mas aí no meu caso eu faço assim, se ela gosta de uma cenoura ralada, eu já faço uma sopinha, bato no liquidificador e coloco uma cenoura, a beterraba, tudo assim triturado pra ver se ela come.”*

- PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE O ACESSO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO À ALIMENTAÇÃO: O OLHAR DOS MÉDICOS, ENFERMEIROS E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

⇒ Programas e políticas de promoção do acesso aos alimentos

Segundo os profissionais entrevistados, uma política de alimentação e nutrição desenvolvida pelo PSF e voltada para a promoção do acesso à alimentação pela população é a horta comunitária. Este projeto foi amplamente descrito pelos profissionais que atuam na USF onde a horta está instalada, conforme os depoimentos que seguem:

- Descrição do projeto: *“Ele foi desenvolvido junto ao pessoal da agricultura e da EMATER do município... Então foi convidada a população que não foi contemplada com programas sociais do Ministério da Saúde e que tinha grande necessidade... a gente está vendo que muitos desses grupos foram ficando desvinculados, em virtude da responsabilidade em fazer o preparo, vir aguar, vir dar continuidade... Hoje nós estamos formando um grupo para tentar levar para as crianças...”*
- O que o projeto oferece: *“as hortaliças que tem nela são: alface, cenoura, beterraba, coentro. Temos também maracujá.”*
- Famílias atendidas pelo projeto: *“... atende dezesseis famílias, porque ela é uma horta pequena.”; “De imediato a nutricionista me falou que eram umas trinta famílias, mas nem todas quiseram participar... aí ficaram poucas famílias, acho que cinco ou dez famílias...”*
- Critério de seleção: *“Se eu não me engano era a necessidade nutricional da família.”*
- Colheita dos produtos: *“Já teve duas colheitas... Agora a primeira vez que foi feita perdeu-se um pouco o controle...”*

⇒ Acesso e consumo de alimentos-fonte de vitamina A

Os profissionais referiram dois obstáculos principais ao consumo de alimentos-fonte de vitamina A por parte da população: os hábitos alimentares, que não contemplam o consumo destes alimentos: *“Olhe, eu acho os legumes e os vegetais baratos, só que o pessoal não tem o hábito de ingerir fruta, verdura, legumes. Porque você fala: ah, não posso, e até parece que é caro, mas não é. É hábito já... é como eu disse, o que é mais saudável e mais barato eles não querem, não tem mesmo o hábito.”* (L. F. A. C. S. A., Médica), e a situação financeira de algumas famílias, que dificulta o acesso a estes alimentos: *“Eu acho que é mais por custo... Aqui tudo é caro!”* (M. L. M. L. B., Enfermeira).

Segundo os entrevistados, a aquisição dos produtos geralmente ocorre na feira livre, em supermercados e mercadinhos: *“Aqui eles procuram mais as feirinhas, mas também têm os supermercados de grande porte... No verão os preços vão lá em cima, eu mesmo não chego para comprar um tomate no verão, eu digo logo: eu sou de Cabedelo, eu não sou turista não!”* (R. M. O., Técnica em Enfermagem, no PSF desde 2000).

- O OLHAR DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

⇒ Programas e políticas de promoção ao acesso aos alimentos

Ao serem questionados sobre programas e políticas de alimentação e nutrição que contribuam para um maior acesso aos alimentos por parte da população, os Agentes citaram os mesmos programas já citados por outros atores sociais (Cesta Básica, Programa Bolsa Família e Programa Pão e Leite).

Com relação à presença de hortas comunitárias no município, apenas os agentes (2) que atuam em USF onde o projeto é desenvolvido se pronunciaram: *“Atrás lá do Posto que eu trabalhava tinha... capinamos no Posto todinho, aterramos estrume e ali a gente plantou boldo, erva cidreira, capim santo, pé de limão, goiaba, tudo... nós plantamos e o pessoal quando quer erva cidreira ou fazer algum outro chá vai buscar no Posto... Agora só tem erva cidreira e capim santo... a própria comunidade, que ajudou até a gente a fazer um pé de goiaba... o pessoal quando quer um chá pra*

diarréia, essas coisas, vão lá buscar”. (ACS – USF Renascer III); “O pessoal da Coordenação aqui da Secretaria com o pessoal da EMATER fizeram lá um canteiro muito bem feito, e plantaram lá beterraba, alface, coentro, essas coisas... mas faltou o interesse né, totalmente da equipe, pra partir pra frente, pra poder distribuir pro pessoal, porque o pessoal da EMATER e daqui da Secretaria faziam reunião ensinando como plantar né?! A parte que deu errado foi por causa disso... nessa horta ficou o quê? Sendo cuidada por nós, agentes de saúde, e por algumas pessoas da área que ajudaram a plantar e aprender até mesmo com isso, como um incentivo pra eles fazerem em casa, não é?... aconteceu isso (referindo-se à não continuidade do projeto) porque quem tomava conta era a gente. Só que a responsabilidade ficou pela equipe do Posto. Então não interessava se essa equipe fosse agente, recepcionista, nutricionista, médico. Cabia cada um fazer a sua parte né... Num colheram não (referindo-se a não colheita dos alimentos)... Tinha umas (referindo-se às verduras plantadas) que ficava amargando...” (ACS – USF Recanto do Poço)

Com base no último depoimento, os demais Agentes relataram suas percepções sobre o porquê do projeto da Horta não ter tido êxito: *“Falta de interesse da equipe”;* *“Eu acho que uma ficou esperando pela outra tomar uma atitude né”;* *“Facilita o trabalho em equipe e dificulta você achar que a responsabilidade é de uma única pessoa”.*

⇒ Acesso e consumo de alimentos-fonte de vitamina A

Os Agentes referiram que a compra dos alimentos por parte da população ocorre em geral no Mercado Público municipal, em supermercados e mercadinhos existentes no município. Segundo os relatos, o custo dos produtos é elevado: *“Agora o custo tá caro demais!”;* *“A inflação tá muito lá em cima! Feijão, pão, é tudo!”.*

Segundo alguns agentes, a aquisição de alimentos-fonte de vitamina A *“não é tão difícil”*, porém, assim como relatado pelas mães, existe uma dificuldade no consumo destes, o qual é estimulado através de técnicas de preparo específicas. Os relatos que seguem ilustram essa percepção: *“Vai ser difícil as crianças comerem, comer um bocado assim de cenoura”;*

“Tem gente que coloca (a verdura) na carne, mistura no frango”.

Outros Agentes acreditam que o acesso aos alimentos-fonte de vitamina A é prejudicado pela condição financeira da maioria da população: *“... a área que a gente*

trabalha também tem muitas pessoas carentes e o desemprego também é demais, então nem todas têm condições de ter o alimento riquíssimo em vitamina A. É só o mais básico mesmo, arroz e feijão mesmo e o que aparecer de mistura, lá é assim”.

- O OLHAR DOS NUTRICIONISTAS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

⇒ Programas e políticas de promoção do acesso aos alimentos

De acordo com os nutricionistas, o acesso aos alimentos é facilitado por meio dos auxílios oriundos do *Programa Bolsa Família*, do *Programa Pão e Leite* e da doação de Cestas Básicas (direcionadas a famílias com casos de Tuberculose, Câncer ou Desnutrição).

Em conformidade com as falas de outros atores sociais, o *Programa Pão e Leite* ocorre em algumas áreas do município e é percebido como um programa que ainda não atende todas as famílias que necessitam. Alguns nutricionistas acreditam que deveria existir uma maior articulação do *Programa Pão e Leite* com o PSF, a fim de torná-lo mais efetivo: *“É uma coisa do Estado e não existe uma comunicação. Eles vêm, cadastram as mães, não entram em contato com o PSF... na minha área umas mães têm o Pão e Leite e eu nunca vi nenhum representante ir lá na Unidade saber ‘a gente tem que priorizar? Que famílias vocês acham que precisam?’...”*.

Outro programa referido pelos nutricionistas foi a doação de cestas básicas às pessoas portadoras de enfermidades como tuberculose, câncer ou casos graves de desnutrição. Segundo os nutricionistas, o acompanhamento das famílias beneficiadas fica sob sua responsabilidade: *“No meu caso os dois foram crianças com desnutrição. Eu fiz a reivindicação via memorando e passei a receber essa cesta mensal, inclusive ela vem no dia que eu tô, sou eu que passo”*.

Com relação à manutenção do recebimento da cesta, os profissionais explicaram que a família recebe enquanto for necessário, enquanto ainda existirem pessoas que dela necessitem para sobreviver, e que este período é indeterminado: *“ah, é indeterminado, que eu saiba!”*, *“quando mostrar que a situação não alterou”*.

A opinião dos nutricionistas quanto ao grau de contribuição das cestas no estado nutricional das famílias mostrou-se controversa. Alguns acreditam que as cestas doadas pouco contribuem para a melhora do estado nutricional das famílias que as recebem, devido ao elevado número de membros nas famílias, o que torna a quantidade de

alimentos insuficiente para atender a todos: “... *Pelas minhas famílias, essas que recebem, nunca vão ter o estado nutricional alterado por conta dessa cesta. Porque é uma cesta dividida para as dez, oito pessoas que tem dentro dessa casa!*”

Outros exemplificaram casos em que a cesta contribuiu para a melhora do estado nutricional: “*Mas a primeira que eu tive, o primeiro caso também eram dez pessoas e o garotinho conseguiu! Conseguiu, ele ficou ótimo!...*”

A composição da cesta foi descrita pelos nutricionistas: “*ela é bem mais do que básica. Ela tem cremogema, tem aveia, farinha láctea, leite, biscoito*”, “*no período o Natal vem os ingredientes do Natal, panetone...*”

⇒ **Acesso e consumo de alimentos-fonte de vitamina A**

Os nutricionistas reconheceram que a população não tem clareza sobre as fontes alimentares de vitamina A, e que existem dificuldades tanto para a aquisição destes alimentos quanto para o seu consumo: “*Não tem tanta clareza e não tem também o interesse em comprar esses alimentos*”; “*Eu não vejo que é uma questão de ter condição, eu vejo que é uma questão cultural em relação à alimentação. Nas famílias que eu tenho acesso... essas pessoas priorizam muito os grupos de carboidratos... arroz, macarrão, batata, não entra salada, cenoura, abóbora... entra carne de charque no feijão, mas não precisa entrar a verdura, a fruta, sabe? Então eles têm critérios diferentes, o critério é aquilo que dura mais dentro da despensa, entendeu?... E a mistura! Porque eles não sobrevivem sem a mistura!... É a proteína... São as carnes né, que eles dão muita prioridade àquilo... a questão de status!... se eles têm dinheiro, eles priorizam comprar carnes, compram frango, aqui é uma área de pesca né, o peixe poderia estar inserido...*”

Outro obstáculo para o consumo de determinados alimentos são os tabus alimentares. Ao serem questionados sobre o consumo de fígado, uma das principais fontes de vitamina A, os nutricionistas explicaram: “*Eles não compram fígado porque acham que é comida de pobre. ‘Ah, eu não gosto!’ Vísceras também. Tem que comer carne, tem que comer o frango! O frango pra eles é o barato da história, comida mais acessível, mais barata!*”.

Segundo os nutricionistas, o custo dos alimentos é elevado, o que dificulta ainda mais o consumo de alguns produtos: “... *aqueles que vão pra maré pescar, comem bastante peixe. Aqueles que não, é difícil comprar porque é caro! Aqui em Cabedelo*

pescado é caro!... Ao contrário do que deveria ser né... Cooperativas não existem, que eu conheça, não! A pesca aqui em Cabedelo é comercial. Quem vai pescar, pesca pelo preço que recebe, a parte de intermédio. E aquelas pessoas que têm barco pescam pra si, vendem uma parte da produção e comem uma parcela...”

De acordo com os relatos, os gêneros alimentícios geralmente são adquiridos “no mercado público”, porém as famílias residentes nas áreas mais distantes do Centro têm dificuldades de deslocamento: “... tem a questão do deslocamento... As famílias dizem ‘eu não vou comprar frutas e legumes no supermercado porque é caro’, os locais próximos não vendem”.

- PERCEPÇÃO DOS GESTORES DO PROGRAMA SOBRE O ACESSO DA POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO À ALIMENTAÇÃO: O OLHAR DA COORDENADORA DA ATENÇÃO BÁSICA

⇒ Programas e políticas de promoção do acesso aos alimentos

A Coordenadora da Atenção Básica referiu a horta comunitária como uma estratégia desenvolvida no município para facilitar o acesso da população aos alimentos, além disso, referiu esta ação como um estímulo à alimentação saudável. A gestora relatou que o projeto é desenvolvido em uma USF do município em parceria com a EMATER, que instalou a horta e capacitou os atores sociais envolvidos.

De acordo com a Coordenadora, o projeto das hortas ainda está em construção, especialmente no que tange ao público-alvo do projeto. Segundo a mesma, desde o início foram encontradas dificuldades no seguimento das atividades pelos participantes, motivo pelo qual o grupo de trabalho ainda não foi definido.

No que tange ao impacto da horta comunitária na alimentação das famílias, a percepção da Coordenadora de Atenção Básica é que ainda não é possível mensurá-lo: “...que possa comprovar o impacto desse projeto... ainda tá em processo...”.

⇒ Acesso e consumo de alimentos-fonte de vitamina A

A Coordenadora referiu que o acesso aos alimentos-fonte de vitamina A por parte da comunidade é um facilitador para o Programa de Suplementação de Vitamina

A, e que isso se deve ao trabalho dos nutricionistas e às estratégias de promoção do acesso aos alimentos: “... eu acho que através do Bolsa (Programa Bolsa Família)... o trabalho que as nutricionistas fazem com o pessoal do Bolsa... além das políticas que existem, através da Secretaria de Ação Social também, e que desenvolve alguns projetos voltados para a questão da segurança alimentar. E tem um programa de Cestas Básicas também do governo municipal... Cabedelo tem muitas ONG's e não sei assim, de alguma voltada para esse trabalho, mas de certa forma eles trabalham isso também nas suas atividades...”.

- O OLHAR DA COORDENADORA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

⇒ Programas e políticas de promoção ao acesso aos alimentos

De acordo com a Coordenadora de Alimentação e Nutrição os programas desenvolvidos no município no intuito de facilitar o acesso aos alimentos por parte da população são a doação de cestas básicas e o Programa do Leite.

De acordo com a gestora, caso uma família tenha necessidade de receber as cestas básicas a nutricionista faz a solicitação à Coordenação de Alimentação e Nutrição, a qual avalia a inclusão de novas famílias de acordo com a quantidade de cestas disponível (cota).

Já o Programa do Leite, explicado pela entrevistada que não se trata do Programa Pão e Leite referido por outros atores sociais: “... é um programa da Ação Social... geralmente é quando a criança nasce prematura, aí tem baixo peso né, aí o nutricionista solicita e é levado pra mim...”.

EIXO 2: OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A E A PERCEPÇÃO DOS DIFERENTES ATORES SOCIAIS

⇒ Previsão de abastecimento das cápsulas de vitamina A

A previsão do número de cápsulas de vitamina A necessárias à demanda do município de Cabedelo é calculada de acordo com o número de crianças de seis meses a cinco anos de idade, registradas no Censo do IBGE. O quantitativo de doses é determinado pelo Estado (1º Núcleo Regional de Saúde), sendo destinadas trimestralmente ao município cerca de trezentas cápsulas de cada dosagem (100.000UI e 200.000UI).

De acordo com a Coordenadora do Programa, as doses de 100.000UI são suficientes, chegando a sobrar em alguns meses: “... *sobra... aí eu aproveito pro outro mês, aí não dá para atingir os três meses que vem, aí eles mandam mais...*”, porém as de 200.000UI não atendem a demanda.

Questionada sobre qual a conduta tomada para aumentar o número de doses de 200.000UI, já que atualmente é insuficiente, a Coordenadora refere ter enviado um ofício ao Estado solicitando alteração no quantitativo. Contudo, a mesma relatou: “... *eles mandaram voltar o ofício pra eu mandar a quantidade que eles determinaram... eu refiz o ofício e mandei com a quantidade que eles determinaram... não contrargumentei não...*” e justificou: “... *faltou* (referindo-se à falta de cápsulas) *uma vez só... eu acho que faz uns dois anos... não tem acontecido mais...*”.

⇒ Armazenamento e distribuição das cápsulas de vitamina A da Coordenação do Programa às USF

A Coordenação de Alimentação e Nutrição recebe e armazena as cápsulas de vitamina A: “...*as cápsulas são armazenadas dentro de uma caixa no armário aqui da Atenção Básica...*”. Em relação às perdas, a mesma relata que são raras.

A Coordenadora relatou que não realiza um controle de estoque, de entrada e saída das cápsulas de megadose de vitamina A, e que sabe a quantidade de doses que saíram do estoque por meio dos consolidados enviados pelos nutricionistas das USF. O diálogo abaixo ilustra a afirmação anterior:

“... - *Entrevistador: Tem como saber quanto é que tem no estoque?*”

- Coordenador do Programa: *Tem, se eu contar tem.*
- Entrevistador: *Contar cada cápsula, cada caixinha?*
- Coordenador do Programa: *É. Porque tem uns frascozinhos, uns potezinhos que estão fechados com 50 cápsulas, aí ficam na caixa.*
- Entrevistador: *... Mas existe um controle de estoque? Um formulário que diga assim 'dia 01 de janeiro entrou tanto', tem?*
- Coordenador do Programa: *Não, não.*
- Entrevistador: *Mas se sumir, por exemplo, uns dois potes daquele, você não sabe, não tem como saber?*
- Coordenador do Programa: *Não.*
- Entrevistador: *... E a questão da validade?*
- Coordenador do Programa: *... Eu mando as que estavam por último (no armário). Eu separava assim, não tinha o controle de número, mas de ordem de chegada eu tinha.*
- Entrevistador: *Você tem o controle de quantas doses recebeu?*
- Coordenador do Programa: *Quantas recebeu tem.*
- Entrevistador: *Mas quando você vai levando para as Unidades tem o registro de quantas doses ficaram em cada Unidade?*
- Coordenador do Programa: *Tem, porque no consolidado que as nutricionistas mandam tem um local, um espaço que é 'quantas cápsulas recebidas'.*
- Entrevistador: *Mas aí tem porque ela lhe disse quantas ela recebeu?*
- Coordenador do Programa: *É.*
- Entrevistador: *Tá. Mas aqui você não tem nada? Você depende da informação dela?*
- Coordenador do Programa: *É... ”*

Segundo a gestora do Programa, o quantitativo enviado às Unidades de Saúde é calculado de acordo com o saldo informado pelos nutricionistas nos consolidados mensais e pela quantidade de doses geralmente administradas em cada Unidade: “... geralmente eu sei o quanto eles usam por mês. Uma Unidade que tem oitenta cápsulas no saldo, eu já não mando pro outro mês... é diferente, uma Unidade gasta mais, outra gasta menos”.

O envio das cápsulas às Unidades é feito mensalmente sem, contudo, existir uma data específica para tal: “... geralmente é no começo do mês, mas tem Unidade que como o saldo no começo do mês tá bom, eu não mando. Aí eu mando no meio do mês ou

então no final do mês... eles (nutricionistas) mandam o pedido... um saldo ruim seria catorze cápsulas no saldo atual, e um saldo bom seria sessenta... é da minha cabeça...”.

⇒ Dinâmica da administração das cápsulas de vitamina A na USF e registro destas informações

A administração das cápsulas de vitamina A às crianças de 6 a 59 meses é de responsabilidade dos nutricionistas e acontece na Unidade de Saúde da Família: “... os nutricionistas verificam os cartõezinhos das crianças e na data determinada eles administram... à medida que as doses vão sendo aplicadas, a nutricionista vai marcando no mapa diário. No final do mês ela consolida os dados em uma só planilha, que é o que ela vai mandar pra mim, e fica com uma cópia. Aí, uma vez que eu esteja com todos esses documentos, com todos esses mapas de todas as Unidades, aí eu consolido em um só, em uma planilha só... aí eu mando pro Estado e insiro os dados também no site da CGPAN.” (Relato da Coordenadora do Programa)

Foi possível identificar que algumas Unidades possuem dificuldades no arquivo das informações referentes à administração das cápsulas de vitamina A na USF, com base nos relatos dos nutricionistas:

- Depoimento de profissionais (nutricionistas) que não possuem dificuldades quanto ao arquivo das informações na USF: “... a gente tem que mandar todo mês pra Secretaria de Saúde o mapinha onde foi marcado a vitamina e o consolidado que tem lá: quanto tinha de vitamina A o mês passado, o saldo anterior ‘x’, você recebeu alguma ‘tanto’, quantos foram administrados, tanto, tanto, tanto. Esse consolidado eu faço em duas vias. Uma vai pra Secretaria e uma fica na minha Unidade. Então se você chegar hoje e perguntar quantas crianças em agosto foi administrado vitamina A, eu vou lá no arquivo da Unidade, que tem umas pastinhas, tá lá arquivado: em agosto foram tantas de 100 e tantas de 200...”

- Depoimentos de profissionais (nutricionistas) que possuem dificuldades quanto ao arquivo das informações na USF: “... essa informação (referindo-se ao registro das doses administradas) eu tenho individual... eu fiz um caderno onde eu faço essas anotações. Mas eu comprei o caderno, eu que faço essa anotação. Porque a gente não tem um material, certo, do Programa Saúde da Família, onde a gente deixe registrado.

A gente que tem que fazer... eu vou colocando no caderno: 2008, 2007... se precisasse agora dessa informação eu ia contar (referindo-se ao número de cápsulas). Ia pegar de janeiro até agora quantos eu administrei e ia somar...essa anotação eu faço num caderno, igual ao mapa certo? Só não deixo no mapa por quê? Porque nas minhas Unidades eu tenho uma dificuldade, não tem onde pôr as folhas. E se perder? Não tem arquivos assim. Só se eu for organizar isso. Mas fica mais fácil de perder. Eu prefiro anotar num caderno porque é uma coisa só, entendeu?”;

“Eu não tenho (informações sobre as doses administradas). Eu tenho o do mês passado, mas por falta de ter um local pra arquivar também e pela segurança de ter um arquivo aqui (Secretaria de Saúde) também, eu creio que deva ter um arquivo nosso aqui também, prefiro não ter esses dados. Eu não tenho.”

⇒ Cobertura do PNVITA

A gestora do Programa afirmou que a cobertura do PNVITA no município é boa na faixa etária de 6 a 11 meses (doses de 100.000UI), mas na faixa etária de 12 a 59 meses (dosagem de 200.00UI) a dificuldade para o alcance da meta é maior. A Coordenadora justificou: “... eu acho que pelo número ser maior das crianças de 12 a 59 meses, e das de 6 a 11 ser menor, eu acredito que seja por isso...” e acrescentou: “... as mulheres no pós-parto quem tem o controle é o hospital, é a enfermagem que é responsável...”.

A Coordenadora explicou ainda como é feito o cálculo para a análise da cobertura do Programa: “... tenho as doses aplicadas por cada mês e por cada Unidade... sei que a cobertura tá baixa pelo número de doses, pelo consolidado que eu pego no site... os dados que eu insiro no site da CGPAN, então no final eu sei porque tem a meta no site... já vem no site, pelo quantitativo do SINASC e do IBGE... eu somo o que já foi aplicado e faço a regra de três... eu só faço no final do ano...”.

No entanto, referiu que não analisa a cobertura separadamente por Unidade, mas apenas a cobertura geral do município, não sabendo relatar quais as áreas que atingem a cobertura e quais as que não atingem: “Ah, por separado não, eu não sei. Eu só sei dizer no geral”.

De acordo com os nutricionistas, as planilhas de registro de administração das cápsulas são enviadas à Secretaria de Saúde e não existe um retorno desses dados: “a gente não tem o retorno da cobertura... eu também recebi uma planilha que tinha todas

as Unidades, a quantidade de crianças cobertas, tudo direitinho, uma vez! Depois disso os dados simplesmente vêm pra cá e não voltam. A gente não tem o retorno dos dados né? Quantas crianças faltam...”.

As estratégias referidas pela Coordenadora do Programa e pelos nutricionistas, direcionadas ao alcance da meta de cobertura foi a busca ativa das crianças, com o auxílio dos ACS, e a oportunização das Campanhas de Multivacinação: “... eu (coordenadora do Programa) acho que deve ser feito uma busca ativa dessas crianças pelas meninas, pelas nutricionistas... pelo cartãozinho da criança elas sabem e pelo número de crianças por área. As agentes de saúde têm esse número e fazem essa busca ativa porque as agentes pesam também de casa em casa, aí verificam o cartão.”; “... muitas vezes eu (nutricionista) mesma vou pegar a Campanha da Pólio pra fazer a vitamina, porque aquelas crianças que não vêm de rotina pra Unidade eu vou pegar na Campanha...”.

⇒ Monitoramento e avaliação do PNVITA

De acordo com a gestora, não existe uma política de monitoramento e avaliação do Programa de Vitamina A no município.

⇒ Facilidades e dificuldades na operacionalização do PNVITA

Em relação às facilidades e dificuldades para a operacionalização do Programa, a Coordenadora relatou: “... Ah! De ter a dose à disponibilidade da comunidade (facilidade), e a dificuldade seria a conscientização dessas mães de levarem as crianças, porque muitas não estão nem aí...”.

Entretanto, a mesma reconheceu que não existe um trabalho voltado a esta conscientização, e percebeu que a capacitação das famílias e dos profissionais seria a melhor estratégia para a melhoria do Programa como um todo: “Suplementar o Programa... primeiro eu acho que seria necessário uma capacitação... porque até mesmo quando eu cheguei aqui eu não tive nada e nem as nutricionistas... nunca tinha expressado isso pra ninguém... porque até então eu não tinha me tocado na verdade...”.

⇒ **Percepção dos profissionais da ESF e da Coordenação da Atenção Básica sobre o funcionamento do PNVITA**

- Médicos , enfermeiros e auxiliares de enfermagem

Dos 22 profissionais da ESF que expressaram a sua opinião sobre o funcionamento do PNVITA, a maioria o considerou bom ou ótimo (Figura 11).

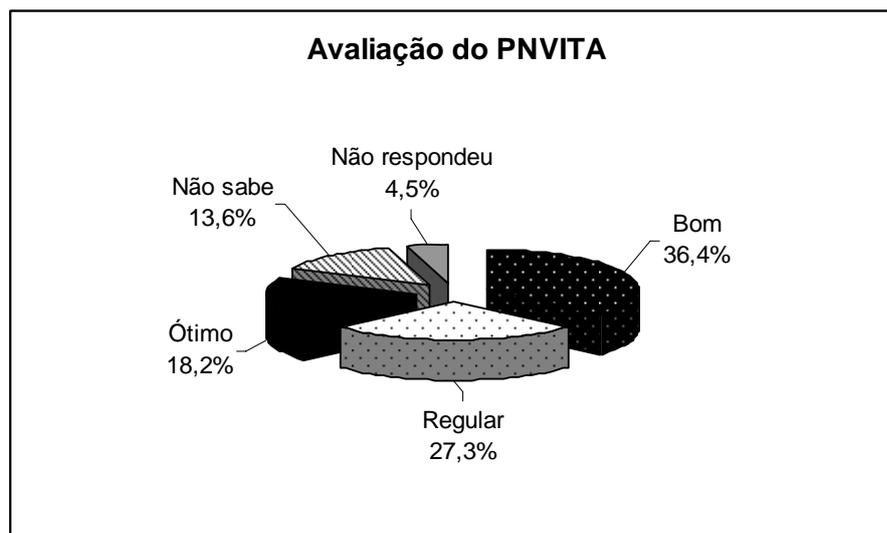


Figura 11. Avaliação do funcionamento do PNVITA segundo os profissionais da ESF (médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem). Cabedelo, PB. 2008

- Nutricionistas

Aproximadamente 80% dos nutricionistas avaliaram o funcionamento do Programa de Vitamina A como sendo bom (Figura 12).

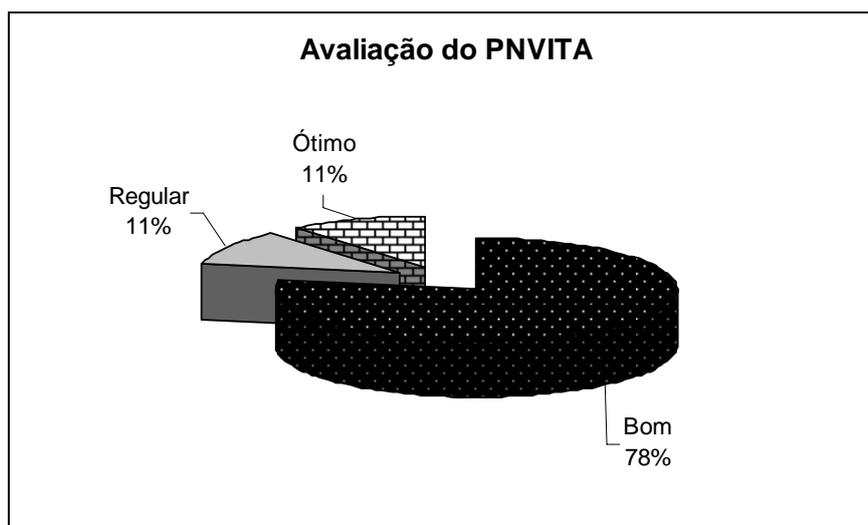


Figura 12. Avaliação do funcionamento do PNVITA, segundo os nutricionistas da ESF. Cabedelo, PB. 2008

- Agentes Comunitários de Saúde

Os agentes acreditam que outros profissionais poderiam estar envolvidos na operacionalização do Programa de Vitamina A, considerando que a lógica da Estratégia Saúde da Família é um trabalho em equipe, com enfoque multidisciplinar: “... *Eu acho que a enfermeira que acompanha, eu acho que ela poderia muito bem também dar a vitamina A, não só a vacina...*”, “... *é o seguinte: a vitamina A é fácil de administrar!... se chegou alguém, uma criança pra vacinar, aproveita a médica, aproveita a enfermeira, aplica a vitamina A, porque não tem nada, não dói... o povo vai atrás de vacina e tá atrasada a vitamina A, mas a nutricionista não tá ‘ah, não vou aplicar não!’.* Bom, o posto de saúde é isso, é uma equipe!...”.

- Coordenadora da Atenção Básica

A entrevistada referiu que o PNVITA perdeu um pouco de sua visibilidade quando a ocorrência dos sinais clínicos da hipovitaminose A foi reduzida: “*Poderia ter maior visibilidade... quando a gente não viu mais acontecer a questão das deficiências visuais, aquelas crianças... ele perdeu essa visibilidade mais em decorrência da ação que ele está produzindo na população, aí ele foi perdendo a visibilidade...*”

⇒ Sugestões para aprimorar o funcionamento do Programa

Ao serem questionados sobre o que poderia ser feito para aprimorar o funcionamento do Programa de Vitamina A nas USF, prevaleceu entre os profissionais a referência à necessidade de intensificar as ações de capacitação direcionadas tanto à ESF quanto aos usuários do PSF:

“Capacitação de médicos e enfermeiros porque a gente nunca foi capacitado para isso, porque daí haveria uma maior interação com a nutrição...” (T. P. A., Médica)

“Eu acho assim, que tem que ter sistematicamente capacitação pra todos os profissionais, de uma forma mais junta, com troca de experiências, inclusive de postinho pra outro postinho.... Os gestores têm muito medo de tirar um profissional da Unidade (referindo-se à saída do profissional para participar de alguma capacitação fora da USF) e virar um caos, porque a população vai reclamar... mas eu acho que vai reclamar e depois vai ver que foi por um motivo justo. Eu acredito muito em capacitação, mas que capacita! Né capacitação que a gente vai lá e recebe um diploma, e que vem simhora do mesmo jeito.” (M. G. M. F., Enfermeira)

“... Se tivesse mais tempo pra ela trabalhar mais essa parte da alimentação, né, incentivar mais as mães no uso dessas frutas, dessas verduras, que pudesse... hoje em dia a gente num trabalha muito isso não, mas que pudesse, eles tudo tem quintal, que incentivasse eles ter uma horta, a ter as folhas verdes... Aqui tem muito terreno, podia ser criada uma horta comunitária, perto da, onde existem as comunidades mais pobres...” (M. L. M. L. B., Enfermeira)

“Eu acho que primeiro deveria ter mais divulgação... propaganda da importância da vitamina A, tipo assim, uma mensagem, propaganda na televisão da importância da vitamina A...”; “... divulgação de que não é só aquela dosezinha, aquela capsulazinha que o bebê ou a criança ingere, mas que na própria alimentação a criança pode estar ingerindo vitamina A, não só aquela cápsula!”; “Deveria ter mais informação... como a da Pólio. A Pólio tem uma divulgação!...”; “Informar sobre alimentação... o tipo de alimentação que contém vitamina A, que a gente fique sabendo pra poder informar à comunidade. Até porque a gente já sabe né, porque quando a gente pegar o cartão de

vacina a gente tem que observar isso, e pede que a mãe vá até a nutricionista pra dar essa vitamina A.” **(Relatos dos ACS)**

“Capacitações, treinamentos, campanhas e trabalhar mais a parte educativa e informação junto à comunidade.”; “Há necessidade de material educativo para informação aos responsáveis (álbum seriado, etc.)... sinto a necessidade de algo como um carimbo ou adesivo (já existiu) para marcar e destacar as doses administradas no cartão, já que a maioria dos cartões não possui espaço específico. Há necessidade de material informativo, pois sempre que administram-se palestras é preciso confeccionar.”; “Para ser ótimo considero que seria necessário a realização de treinamentos para os profissionais que lidam com a suplementação, no nosso caso, nutricionistas, enfermeiros e principalmente os técnicos de enfermagem, que muitas vezes consideram a suplementação uma vacina ou não ‘valorizam’, a ponto de não aprazarem a próxima administração, correndo o risco de haver mais de 1 suplementação no período de 6 meses... principalmente deveria existir capacitação dos profissionais e uma padronização de ações entre as equipes.”; “Palestras periódicas para conscientizar a população alvo, colaboração dos demais profissionais do PSF na administração da vitamina A e incentivo do consumo de alimentos ricos em vitamina A.”; “Fornecimento regular por parte da Secretaria de Saúde, evitando que o suplemento falte na Unidade; envolvimento de toda a equipe”. **(Relatos dos nutricionistas)**

EIXO 3: CONHECIMENTO ACERCA DA VITAMINA A E DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A - PERCEPÇÃO DAS MÃES/RESPONSÁVEIS DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

⇒ **Percepção acerca do conhecimento sobre a vitamina A**

- **O que é a vitamina A?**

Por meio dos encontros de grupo focal, foi possível apreender a percepção de como as mães vêem a vitamina A. Em vários momentos as mães se referiram à vitamina A como uma vacina. Seguem alguns trechos extraídos dos focais que comprovam esta afirmativa: “*A vacinação da vitamina A...*”, “*E agora a vacina vitamina A ela serve pra quê? Pra nutrir a criança, a vitamina A?...*”, “*As vacinas?... tem a BCG, tem a vitamina A, tem a Tétano...*”.

As mães justificaram que confundem a vitamina A com uma vacina pelo fato do registro das doses também ser feito no Cartão da Criança, aliado à administração conjunta às vacinas nas campanhas de imunização: “*Eu acho que é porque a vitamina, quando tem tempo de vacina, elas marcam pra tomar vitamina A*”, “*É tudo no mesmo canto, né?!*”.

- **Importância da vitamina A e agravos decorrentes de sua carência**

As mães/responsáveis acreditam que a principal função da vitamina A é prevenir doenças e promover saúde. Esta percepção foi apreendida através do questionamento: Qual a importância da vitamina A para a sua criança, onde a maioria (53,48%) referiu esta função (Tabela 7¹⁰).

Os relatos que seguem ilustram os resultados apresentados na Tabela 7, onde é perceptível o conhecimento por algumas mães e o desconhecimento por outras: “*... Eu acho que é pra nutrir a criança, eu pensei que era pra dar mais apetite na criança...*”; “*A vitamina A serve pra inteligência.*”; “*Prevenir a gripe, né?*”; “*Pra abrir o apetite e*

¹⁰ Os entrevistados podiam referenciar mais de um motivo, dessa forma os percentuais não são cumulativos.

fortalecer.”; “Eu acredito que seja pra imunizar de algum vírus, de gripe, alguma coisa assim.”; “Eu acredito que a vitamina A é pra prevenir de vírus, de gripe, né?...”.

Mais de setenta por cento (70,8%) das mães/responsáveis referiram saber quais problemas de saúde podem ocorrer com a criança pela falta da vitamina A. Contudo, observa-se na tabela 8¹¹ que algumas mães referiram problemas que não estão associados especificamente à carência deste micronutriente.

Tabela 7. Importância da vitamina A, segundo as mães/responsáveis. Cabedelo, PB. 2008

Importância da Vitamina A	
(Qual a importância da vitamina A para a sua criança?)	
Respostas	%
<i>Previne doenças/promove saúde</i>	67,91
<i>Ajuda no crescimento e desenvolvimento</i>	20,32
<i>Boa para a visão/evita a cegueira</i>	17,65
<i>Auxilia na alimentação e nutrição da criança</i>	7,75
<i>Boa para os ossos</i>	6,95
<i>Boa para pele/cabelo/unhas</i>	5,08
<i>Outros</i>	4,01
<i>Não sabe</i>	2,14

¹¹ Os entrevistados podiam referenciar mais de um motivo, dessa forma os percentuais não são cumulativos.

Tabela 8. Agravos decorrentes da deficiência de vitamina A, segundo as mães/responsáveis. Cabedelo, PB. 2008

Deficiência de vitamina A

(O senhor sabe quais problemas de saúde podem ocorrer com sua criança pela falta da vitamina A?)

Respostas	%
<i>Problemas de visão/cegueira/xeroftalmia</i>	25,33
<i>Fraqueza/baixa da imunidade</i>	21,78
<i>Resfriado/gripe</i>	16,00
<i>Anemia</i>	12,00
<i>Fica doente</i>	10,67
<i>Problemas nos ossos/dentes</i>	8,44
<i>Problemas relacionados à alimentação/nutrição</i>	8,00
<i>Paralisia</i>	5,78
<i>Problemas de pele/cabelo/unhas</i>	5,33
<i>Problemas no crescimento/desenvolvimento</i>	4,89
<i>Febre</i>	2,22
<i>Não sabe</i>	1,33

- **Alimentos-fonte de vitamina A**

No tocante às fontes de vitamina A, as mães/responsáveis foram questionadas sobre quais alimentos são ricos em vitamina A. A maioria referiu não saber quais os alimentos-fonte e 40,5% das mães/responsáveis referiram saber quais são estes alimentos.

As respostas daqueles que referiam saber as fontes alimentares de vitamina A foram categorizadas da seguinte forma: respondeu corretamente, respondeu equivocadamente e respondeu de forma genérica (por exemplo: *frutas, verduras, legumes*) (Tabela 9¹²).

¹² Os entrevistados podiam referenciar mais de um motivo, dessa forma os percentuais não são cumulativos.

A figura 13 apresenta os alimentos referidos pelo grupo de mães que citaram de forma correta fontes de vitamina A, destacando-se, entre estes, a cenoura. Dentre os alimentos que não são fonte de vitamina A referidos pelas mães, destacam-se aqueles referidos pela vitamina C (laranja, acerola, entre outros).

Tabela 9. Análise das respostas das mães/responsáveis a respeito dos alimentos-fonte de vitamina A. Cabedelo, PB. 2008

Alimentos-fonte de vitamina A	
(O senhor sabe quais alimentos são ricos em vitamina A?)	
Respostas	%
<i>Respondeu equivocadamente</i>	58,36
<i>Respondeu de forma genérica</i>	45,43
<i>Respondeu com coerência</i>	40,69
<i>Não sabe/não lembra</i>	3,47
<i>Outros</i>	2,84

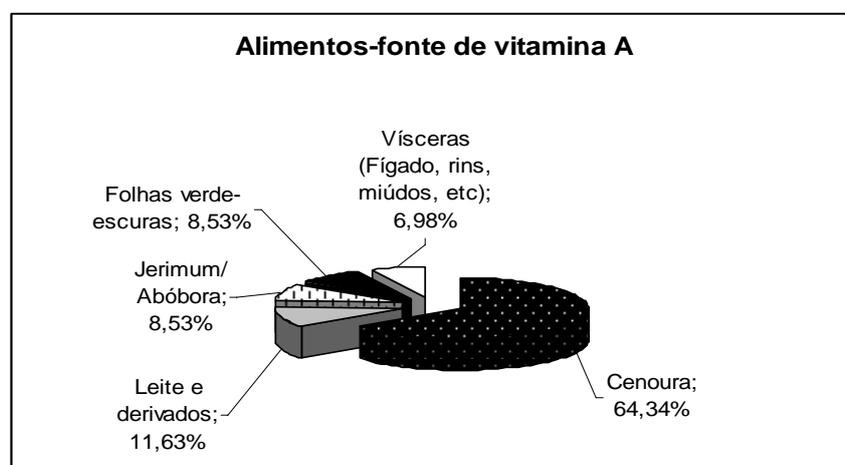


Figura 13. Distribuição dos alimentos-fonte de vitamina A referidos com corretamente pelas mães/responsáveis. Cabedelo, PB. 2008

⇒ Percepção acerca do conhecimento sobre o PNVITA

Ao serem questionadas acerca do seu conhecimento sobre o Programa de Suplementação de Vitamina A, a maioria das mães/responsáveis entrevistadas (54,21%) referiu não ter este conhecimento. Aquelas que referiram ter este conhecimento,

destacaram as funções da vitamina A e a existência da administração das cápsulas de megadose (Figura 14).

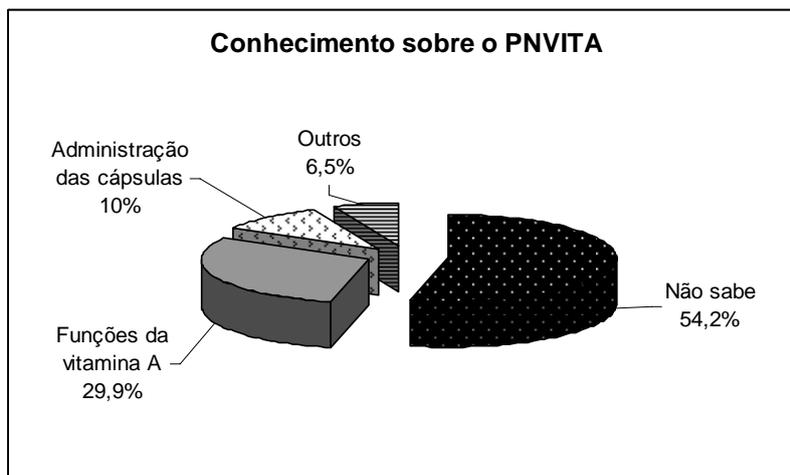


Figura 14. Distribuição das respostas das mães/responsáveis acerca do conhecimento sobre o Programa de Suplementação de Vitamina A. Cabedelo, PB. 2008

- **Periodicidade de suplementação**

As mães/responsáveis foram questionadas sobre a periodicidade que a criança deve receber a megadose. Mais da metade referiu não saber (65,6%). Entre aqueles que referiram saber, 70,13% relataram a periodicidade adequada (semestral) (Figura 15).

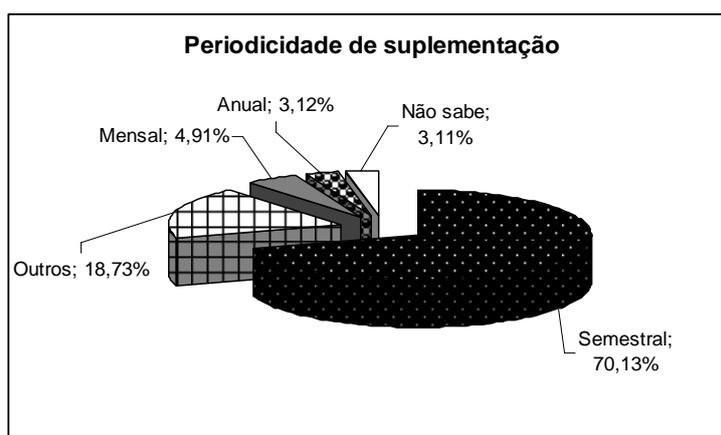


Figura 15. Respostas das mães/responsáveis acerca da periodicidade de suplementação de vitamina A. Cabedelo, PB. 2008

- **Dosagens de vitamina A**

Com relação às dosagens de vitamina A, as mães participantes dos focais foram questionadas sobre o motivo de existirem cápsulas em duas colorações, uma vermelha e uma amarela, porém nenhuma mãe soube responder à indagação.

⇒ **Percepção acerca do conhecimento sobre Direito Humano à Alimentação Adequada e Segurança Alimentar e Nutricional**

Nenhuma mãe referiu ter contato anterior com a temática *Direito Humano à Alimentação Adequada e Segurança Alimentar e Nutricional*, e justificaram seu desconhecimento a respeito do assunto pela ausência de ações educativas com este enfoque: “*Nunca ouvi falar*”, “*A gente tá mal informada sobre isso... deveria ter uma palestra, conversar*”, “*De vez em quando chegar uma pessoa assim que nem a senhora (referindo-se à mediadora do grupo focal) que convidou nós pra orientar nós. Olhe, todos os meses vir uma pessoa pra orientar as mães no posto.*”

- CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA E DA GESTÃO DO PROGRAMA ACERCA DA VITAMINA A E DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

⇒ **Conhecimento sobre a vitamina A e sobre o PNVITA**

Em geral os profissionais e gestores têm conhecimento acerca da função da vitamina A, dos agravos decorrentes de sua deficiência e dos alimentos-fonte. Contudo, é importante referir que alguns ACS revelaram perceber a vitamina A como uma vacina: “*É uma vacina, eu considero como uma vacina*”, “*Eu também considero como uma vacina*”.

No que se refere ao Programa, percebeu-se que os profissionais, em geral, têm clareza quanto à periodicidade de suplementação, público-alvo e dosagens de vitamina

A específicas por faixa etária. O conhecimento dos profissionais se estende quanto aos objetivos e atividades referentes ao mesmo, embora reconheçam que na prática do serviço, o Programa se resume à distribuição das cápsulas de vitamina A, que fica sob responsabilidade específica dos profissionais de nutrição. Estes últimos, em função da formação específica, revelaram um conhecimento mais aprofundado sobre o tema.

Nenhum dos profissionais entrevistados referiu ter sido capacitado a respeito do PNVITA, inclusive os nutricionistas.

4.2 ANÁLISE DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM TIBAU DO SUL (RN) E BARRA DE SÃO MIGUEL (AL)

EIXO: IMPACTO DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA VIDA E SAÚDE DAS FAMÍLIAS

- PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: MÉDICO(A)S, ENFERMEIRO (A)S E AUXILIARES DE ENFERMAGEM

⇒ O Programa Bolsa Família mudou a situação de vida das famílias participantes? Se sim, em que áreas ocorreram as principais mudanças?

Os profissionais das Equipes de Saúde da Família dos municípios de Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL), em geral, acreditam que o Programa Bolsa Família provocou mudanças favoráveis na condição de vida das famílias participantes. Dos doze (12) entrevistados em Tibau do Sul, dez (10) afirmaram positivamente, enquanto dois (2) referiram não ter conhecimento para responder. Para Barra de São Miguel, foram obtidas duas (2) respostas negativas entre os nove (9) profissionais inseridos nas equipes. As figuras 16a e 16b representam os percentuais obtidos.

Figura 16a

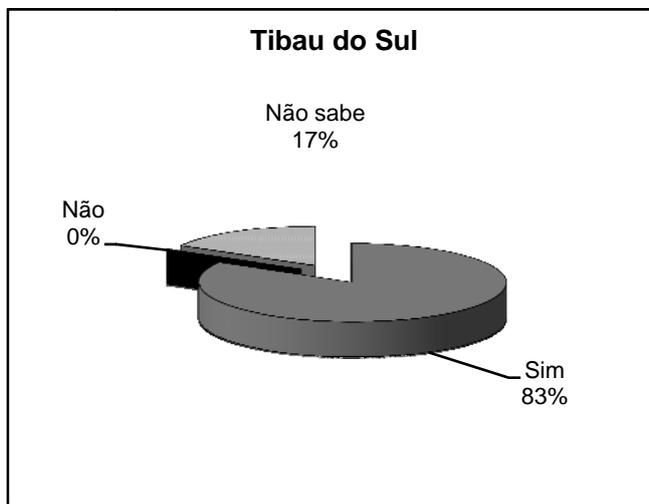
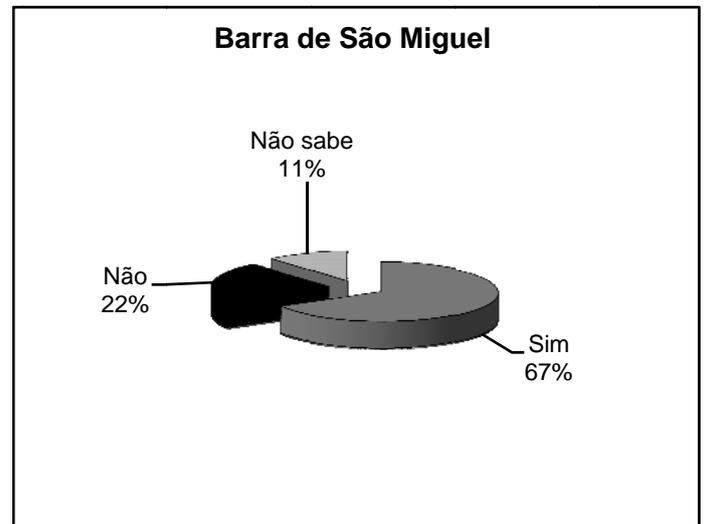


Figura 16b



Figuras 16a e 16b: Percepção dos profissionais quanto ao impacto do PBF na vida das famílias participantes do Programa. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

Ao serem questionados a respeito das áreas em que as mudanças positivas são mais visíveis, os profissionais destacaram questões relacionadas **à saúde**: - um maior acesso das famílias participantes do PBF às Unidades de Saúde da Família, com conseqüente intensificação do acompanhamento destas por parte da equipe saúde da família; **à redução da pobreza**: - maior possibilidade das famílias comprarem alimentos, e **à educação**: - aumento da freqüência das crianças na escola impactando na retirada destas da “rua”. A seguir estão reproduzidos alguns depoimentos de profissionais que refletem esta análise.

DEPOIMENTOS DO EIXO IMPACTO NA SAÚDE:

“...Eu acredito que sim, mudou. Na saúde mesmo. A presença das mães com as crianças no posto. Elas trazem as crianças com mais freqüência. As gestantes, assim, elas não faltam às consultas. Não sei se só por isso, mas assim, depois, eu acho que a mudança foi isso. Estão cumprindo melhor com as obrigações, vamos dizer assim”.
Enfermeira (F. F. F. C) - Tibau do Sul.

“De saúde. Também o fator das imunizações, da parte de cartão de vacina, da consulta do CD, que logo quando a gente começou aqui a gente via que o pessoal não tinha interesse nenhum de vir, e hoje em dia é lotado o dia da consulta do CD, tem dia que eu saio daqui de sete horas da noite de tanta criança que aparece! Então assim, eu sinto que tá havendo uma mudança, uma mudança de pensamento, uma mudança estrutural na cabeça dessas famílias.” Enfermeira (C. G. S. F.) -Tibau do Sul.

“Um dos maiores ganhos, a saúde. Em relação à saúde, é... hoje em dia todas as crianças são vacinadas, porque além de ter o Programa de Saúde da Família, a mãe procura vacinar senão ela não tem o Bolsa Família.... Que o pré-natal ela tem que ter consultas, ela tem que ter a vacina... Mudou, de saúde com certeza... E veja em termos de prevenção. De tratamento não, mas em termos de prevenção, pela vacinação... em termos do pré-natal”. Médica (J. Q. M.) - Barra de São Miguel.

DEPOIMENTOS DO EIXO IMPACTO NA REDUÇÃO DA POBREZA E MAIOR ACESSO A ALIMENTOS:

“O dinheiro. Sabia? Você podia esperar que eu falasse outra coisa, mas eu acho que o dinheiro. Porque pra quem não tem nada, ter dez reais, é tá rico! E hoje eu sinto assim, que tá diferente, e a diferença foi esse dinheirinho que chega pro povo, entendeu? Claro que, junto com isso, vem todo esse agrupamento de criança tá na escola, que antes não tinha essa postura de alguém obrigar a criança a ir pra escola. Hoje a mãe: “vai, que se não perde o dinheiro”. Então no fundo no fundo tudo é aquele dinheirinho. Mas com isso, ganhamos a vacinação, ganhamos um acompanhamento melhor de pré-natal, acompanhamento das crianças. Com oferta boa, com a qualidade ainda um pouco duvidosa, mas ganhamos várias coisas junto com isso, mas eu acho que a mola mestra, o principal é o dindim mesmo.... Então assim, eu acho que mudou nesse sentido de ganhar um pouco de poder aquisitivo, mínimo, mas ganhou um poder aquisitivo.” Médico (S. C. G.) – Tibau do Sul.

“Eu acho que sim. Eu acho que é justamente com relação à questão nutricional mesmo, sabe. Ou seja, as pessoas passaram a comer um pouco mais, não diria melhor, mas pelo menos, mais. Entendeu? É como eu te falei, eu não acompanhei de perto, mas

mesmo de longe a gente tem essa percepção de que as pessoas saíram da miséria pra pelo menos se alimentar, né?” Médica (D. F. P.) -Tibau do Sul.

DEPOIMENTOS DO EIXO IMPACTO NA EDUCAÇÃO:

“Sim. Na educação. É um dinheiro a mais (com referência ao PETI)¹³ que mantém a criança na escola”. Médica (F. P. S.) - Barra de São Miguel.

“Ah o ponto positivo é a capacidade da erradicação do trabalho infantil e a diminuição da evasão escolar, né?... Nessa área da educação e saúde né? Elas tão mais educadas, tão se prevenindo mais, tão procurando mais a unidade de saúde. Nessa parte também da auto-estima, de ter mais recurso, uma possibilidade, uma esperança de uma melhora da vida delas. A gente não pode deixar de lado o financeiro, né, que pesa numa família...”. Enfermeira (C. G. S. F.) – Tibau do Sul.

Apenas dois dos vinte e um profissionais entrevistados (considerando os dois municípios) referiram não acreditar que o PBF impactou positivamente na vida e saúde das famílias. Estes não justificaram suas respostas. No entanto, uma das profissionais que referiu mudança positiva com o PBF destacou que esta foi especificamente em relação a minimizar a fome de famílias muito carentes e revelou uma idéia de descrédito no funcionamento do programa de uma maneira geral:

DEPOIMENTO REFERENTE À OCORRÊNCIA DE MUDANÇAS NEGATIVAS:

“É porque eu não vejo muito que seja um programa que funcione. Posso tá errada, porque eu acho que a quantidade de recurso, além de não ser suficiente pra manter aquela criança com o que ela precisa, eu acho que também muitas vezes estimula as mães a cada vez se prevenirem menos... Eu atendi uma gestante semana passada que tava com oito filhos, tava grávida de novo, aí eu perguntei pra ela, “por que você não tá prevenindo?”: “Não, mas eu queria”. Depois a gente fica sabendo porque o filho

¹³ PETI: Programa de Erradicação....explicar na introdução o que é o PBF e quias são os benefícios inseridos no PBF

mais velho tá saindo do programa Bolsa Escola, alguma coisa assim, de um desses benefícios do governo e o outro tem que entrar, então vai se tornando um ciclo vicioso, e tem famílias que sobrevivem, porque a gente sabe que não dá pra viver com o recurso, eu não sei quanto é, mas eu também sei que não é muito, sobrevivem daquilo ali, comodismo, aí vem a casa superlotada, os filhos não tem o que precisam, eu acho que estimula muito a reprodução”. Enfermeira (C. L. D. S.) – Tibau do Sul.

Considerou-se importante reproduzir este depoimento, pois ele revela duas percepções que requerem atenção por parte da gestão da saúde, da atenção básica e da equipe de saúde da família, pois estes são responsáveis pela coordenação e operacionalização das condicionalidades da saúde do PBF.

- a) A idéia do PBF como um programa assistencialista que não contribui para mudanças estruturais nem na saúde nem na educação;
- b) A fragilidade da rede de atenção básica, através da equipe de saúde da família, em algumas situações, na orientação e acompanhamento de mulheres em idade reprodutiva acerca de temas como métodos anticonceptivos, e dos riscos de muitas gestações, em curtos espaços de tempo, para a sua saúde e a de seus filhos. A profissional questiona na sua fala: por que a senhora não está se prevenindo? A questão é: qual a responsabilidade da atenção básica, através da equipe de saúde da família, neste processo? De que forma e em que momento (faixa etária) da vida das mulheres estas orientações estão sendo transmitidas?

Entende-se que a forma de gestão e de operacionalização do acompanhamento destas condicionalidades é que podem contribuir ou não para que haja um impacto favorável e sustentável na saúde das famílias participantes. A informação e co-responsabilização são dois aliados deste processo.

⇒ **O acesso das famílias participantes do PBF às ações relativas às condicionalidades de saúde:**

- **Os profissionais reconhecem que as famílias precisam cumprir condicionalidades de saúde? Têm conhecimento sobre quais são estas condicionalidades?**

Os profissionais reconhecem que as famílias participantes do PBF precisam cumprir algumas responsabilidades relacionadas à saúde de sua família para continuarem recebendo o recurso do programa. No entanto, ao serem questionados quanto às condicionalidades da área de Saúde que as famílias participantes do Programa Bolsa Família devem cumprir, os profissionais, em geral, manifestavam desconhecimento sobre o termo **condicionalidades da saúde** e solicitavam explicações. As entrevistas fluíam quando a pergunta era refeita com o seguinte enfoque: *quais as atividades desenvolvidas na USF a família deve cumprir para continuar recebendo o dinheiro do PBF?* As respostas obtidas foram categorizadas e demonstram conhecimento de quais são estas ações (Quadro 2). Porém, em vários depoimentos, são citadas também outras ações desenvolvidas na USF, mas que não estão incluídas nas condicionalidades de saúde (atendimento odontológico, acompanhamento médico). Os profissionais expressavam, também, insegurança nas respostas, com necessidade de “aprovação” por parte da entrevistadora. Estas situações refletem a pouca familiaridade dos profissionais com as normas operacionais do programa.

Quadro 2: Referência dos profissionais quanto às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família.

<i>Quais as condicionalidades da área de <u>Saúde</u> que as famílias participantes do Programa Bolsa Família devem cumprir?</i>						
Categorias	Tibau do Sul		Barra de São Miguel		Total	
	N	%	N	%	N	%
Vacina	10	83,3	7	77,8	17	80,9
Nutrição	8	66,7	2	22,2	10	47,6
Acompanhamento do CD	3	25,0	4	44,4	7	33,3
Pré-natal	2	16,7	2	22,2	4	19,0
Médico	5	41,7	2	22,2	7	33,3
Odontologia	3	25,0	1	11,1	4	19
Ser cadastrada no SUS	0	0	1	11,1	1	4,8
Não sabe	1	8,3	0	0	1	4,8
Total de entrevistados	12		9		21	

**É importante lembrar que estas categorias foram criadas pelos pesquisadores a partir dos depoimentos dos profissionais. Dessa forma, um único depoimento pode se encaixar em várias categorias.*

DEPOIMENTOS QUANTO ÀS CONDICIONALIDADES:

“É tudo o que eu falei, a gestante com o pré-natal, as crianças serem avaliadas pelo menos a cada seis meses, o estado nutricional, né ? Peso, altura...as vacinas em dia, mais alguma coisa? A vacina da gestante eu acredito também é importante e só”.
Enfermeira (F. F. F. C.) - Tibau do Sul.

“Condicionalidades?... (Após explicações)... ah! Aquelas consultas, né...? Que geralmente as crianças do Bolsa Família, eu acho que elas tem umas consultas se eu não me engano, semanalmente ou mensalmente, tem que vir ao dentista, tem que ter o acompanhamento do dentista e do médico.” Técnico em enfermagem (A. F. S.) - Tibau do Sul

“Vacinação em dia. Ehhh... o que mais? Uma consulta médica por ano... (risos...)”. Médico (S.C.G.) – Tibau do Sul.

“É ter o acompanhamento no CD, né? Até seis meses, a questão do cartão de vacina em dia”. Enfermeira (M. Z. S. O.) - Tibau do Sul.

“Ela tem que ter o cartão de vacina em dia, ela tem que ter os exames de pré-natal em dia, ela tem que ter consultas mínimas se não me engano de clínica médica, não sei se isso exige, eu acho que não. Mas eu acho que é mais o cartão de vacina, o pré-natal, né, toda a puericultura, pra que ela tenha o Bolsa Família”. Médica (J. Q. M.) – Barra de São Miguel.

- **Os profissionais consideram que as famílias têm acesso a estas ações? Consideram que as famílias enfrentam dificuldades para cumprirem as condicionalidades?**

Os profissionais dos dois municípios, em sua maioria, avaliam que as ações e serviços de saúde direcionados às famílias participantes do Programa Bolsa Família são boas ou ótimas (Figuras 17a e 17b). No entanto, enquanto cerca de 60% dos profissionais da estratégia de Saúde da Família de Tibau do Sul percebem algumas dificuldades por parte dos participantes do PBF no cumprimento das condicionalidades de saúde, em Barra de São Miguel este percentual cai para 22% (Figuras 18a e 18b). No entanto, mesmo neste último município, durante a entrevista, quando questionados quanto ao que poderia melhorar, foram referidos alguns pontos que requerem atenção.

A análise dos depoimentos demonstrou que estes se encaixam, em sua maioria, nas seguintes categorias: **dificuldades no acesso geográfico** das famílias à USF e; **dificuldades no acesso organizacional** (incompatibilidade de disponibilidade de horário e agenda da demanda com a oferta). É importante referir que, em geral, os profissionais tinham tendência a abordar a dificuldade deles em lidar com situações de não adesão das famílias às ações de saúde, e não nas dificuldades enfrentadas pelas famílias (foco da pergunta) para aderir a estas ações, sendo necessário, muitas vezes, solicitar que eles focassem nesta última questão.

Sendo o PBF um programa destinado às famílias em situação de pobreza e extrema pobreza, para efeitos do programa, e conseqüentemente mais vulneráveis em relação à

situação de saúde, considerou-se importante selecionar alguns dos depoimentos que refletem a crítica por parte dos profissionais à relação das famílias com o Programa Bolsa Família e com as condicionalidades de saúde. Entende-se que estes profissionais devem ser facilitadores desta adesão e, portanto, preparados (capacitados) para lidar com estas situações. Alguns depoimentos reproduzidos a seguir contribuem para a percepção dos tipos de dificuldades enfrentadas.

Figura 17a

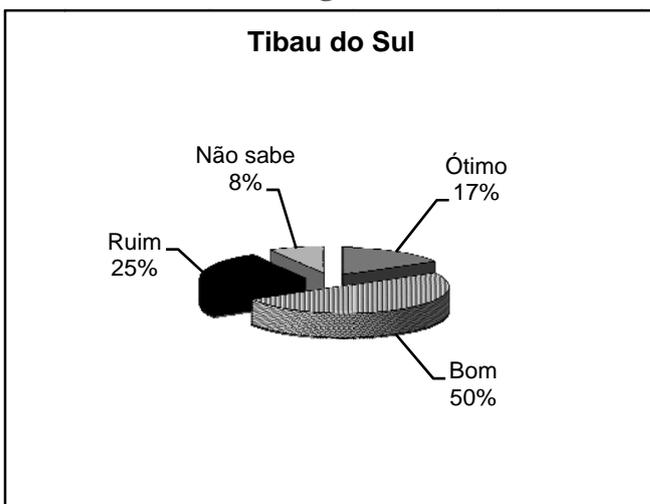
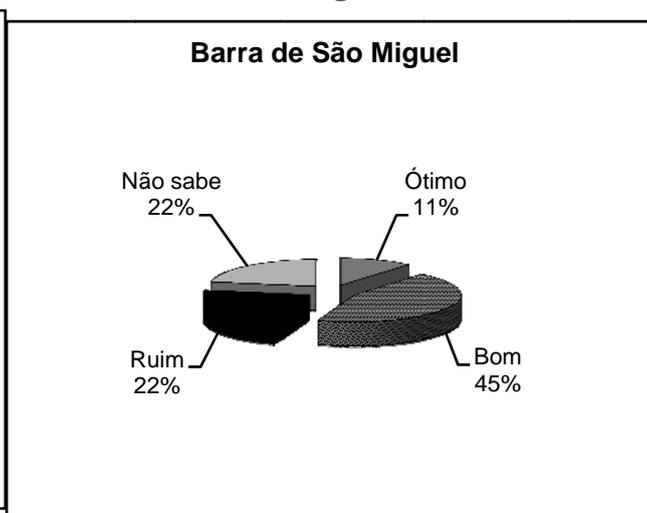


Figura 17b



Figuras 17a e 17b: Percepção dos profissionais quanto às ações e serviços de saúde direcionados às famílias cadastradas no Programa Bolsa Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

Figura 18a

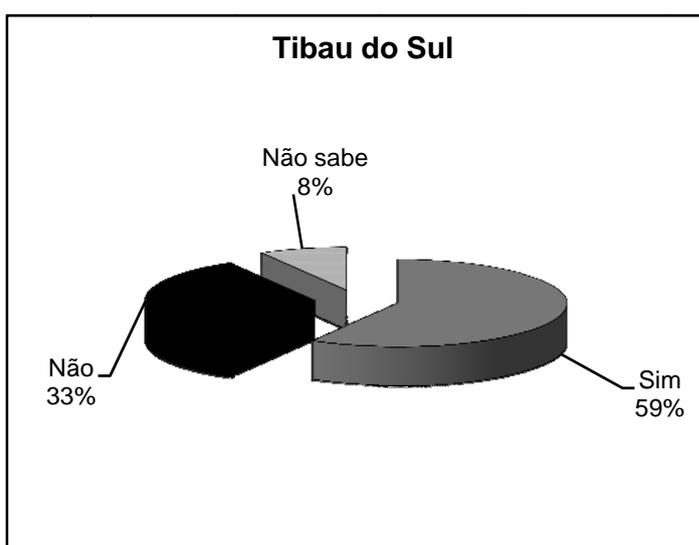
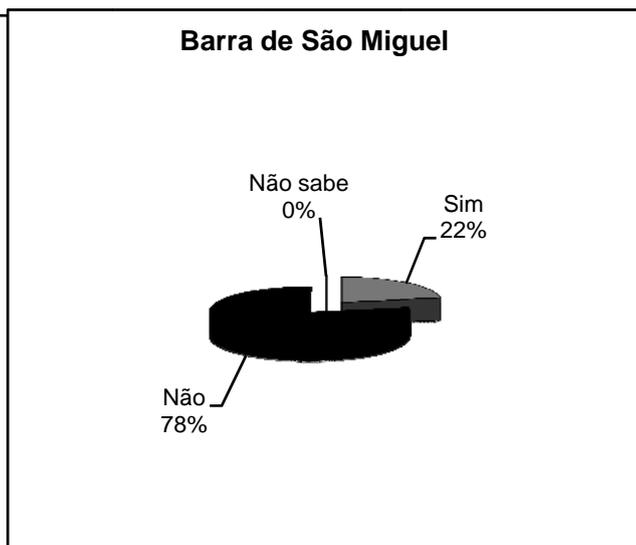


Figura 18b



Figuras 18a e 18b: Referência dos profissionais quanto a existência de dificuldades para que as famílias cadastradas no Programa Bolsa Família atendam às condicionalidades da saúde. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

ALGUNS DEPOIMENTOS:

- Dos que referiram a existência de dificuldades

*** Deslocamento:**

“A dificuldade, eu acho que é o deslocamento, às vezes uma família é lá longe e precisa ser acompanhada e aqui na unidade a gente sempre procura fazer o que dá pra fazer, só que tem dias que ela vem aqui, pede pra gente ir lá, só que não tem como a gente tá indo todo dia lá, a gente passa uma vez por semana visitando pra procurar saber qual é o problema...porque a gente tem que atender aqui na unidade e depois procurar atender nas localidades mais próximas.” Técnico de enfermagem (A.F.S.) - Tibau do Sul.

“Existe dificuldade de acesso geográfico aos serviços de saúde. Tem áreas rurais e muito distantes”. Enfermeira (E.D.) - Barra de São Miguel

***Dificuldade organizacional:**

“É eu acho que ...eu vou dizer em relação a minha unidade, às vezes a demanda é um pouco elevada, e muitas vezes ela (referindo-se a mãe beneficiária do PBF), ela também trabalha o dia todo e não tem disponibilidade de vir nos horários que a unidade está aberta, essas dificuldade assim, é como eu disse, em relação a demanda, chega aí, tem muita gente esperando, ela vai embora porque não pode, tem outros afazeres em casa, né?” Enfermeira (M.Z.S.O.) - Tibau do Sul.

“Eu acho que a oferta dos serviços é boa...o que eu acho é que seria mais essa dificuldade na acessibilidade, porque assim, na verdade pra eles conseguirem falar com a gente é preciso agendar consulta, tá entendendo? Porque é como eu te falei, a gente trabalha em cima daqueles cronogramas, e a gente tem que cumprir aqueles cronogramas, e a gente não tem um cronograma voltado pra isso (referindo-se a ações educativas, palestras e orientações em grupos). Tá entendendo como é? Então essa parte fica só pra um nutricionista, então dentro deste contexto, eles não têm uma acessibilidade, nesse contexto não, entendeu como é?” Médica (D.F.P.) Tibau do Sul.

- Dos que referiram não haver dificuldades:

“Em questão a atender, né isso, não. Eu acredito que, assim, em termos de puericultura, de vacina, o posto realmente oferta isso muito bem, entendeu? Pode acontecer alguma dificuldade de um dia da mãe ir no posto e tá faltando certa vacina, mas isso não é freqüente. Quanto a dificuldades eu acho que não tem.” Enfermeira (C.O.R.M.) - Barra de São Miguel

“Não, eu acho que no município não tem fator que emperra não. Se ela quiser, tem”. Médica (M.C.R.P.) - Tibau do Sul

“Não, não, na prática a gente vê que elas atendem bem quando se refere ao programa, quando diz assim “olhe, dia tal é pra estar na unidade de saúde, pra o acompanhamento. Nossa! Não falta, sabe, em relação ao programa elas vão mesmo. Enfermeira (M.Z.S.O.) - Tibau do Sul

“Dificuldade pra cumprir não tem não, porque elas querem o dinheiro. Então, elas querem o dinheiro e elas cumprem certinho e elas me cobram, quando falta a vacina, elas vão num dia, no outro, no outro, elas ficam atentas porque elas precisam do dinheiro. Então eu acho que não tem dificuldade não. Nenhuma.” Médica (J.Q.M.) - Barra de São Miguel

Dos que referiram dificuldades e responsabilizaram as famílias:

“Olha, pra mim o maior empecilho é a ignorância. Pra mim é o maior empecilho. Porque não é a questão de distância, não é a questão de acessibilidade, é a ignorância. Elas não têm a consciência da importância de cumprir isso, ela nem percebem que isso é bom pra elas, elas fazem aquilo porque se não fizerem não vão ter o dinheiro, entendeu?” Médica (D.F.P.) - Tibau do Sul

“Tem algumas que sim, porque muitas pessoas entram nesse programa visando só o dinheiro, só o repasse de recurso né, elas não veêm realmente a finalidade do programa, assim, a importância que o programa tem. Então elas, algumas, a minoria, mas elas... que tem aqui, que só vão por causa do dinheiro e na hora de, e algumas

delas não dão nem a finalidade que seria esse repasse pra elas.” Auxiliar de enfermagem (D.S.F.) - Tibau do Sul

- **Os profissionais enfrentam dificuldades no desenvolvimento das ações relacionadas às condicionalidades de saúde? Quais são estas dificuldades e o que sugerem para minimizá-las?**

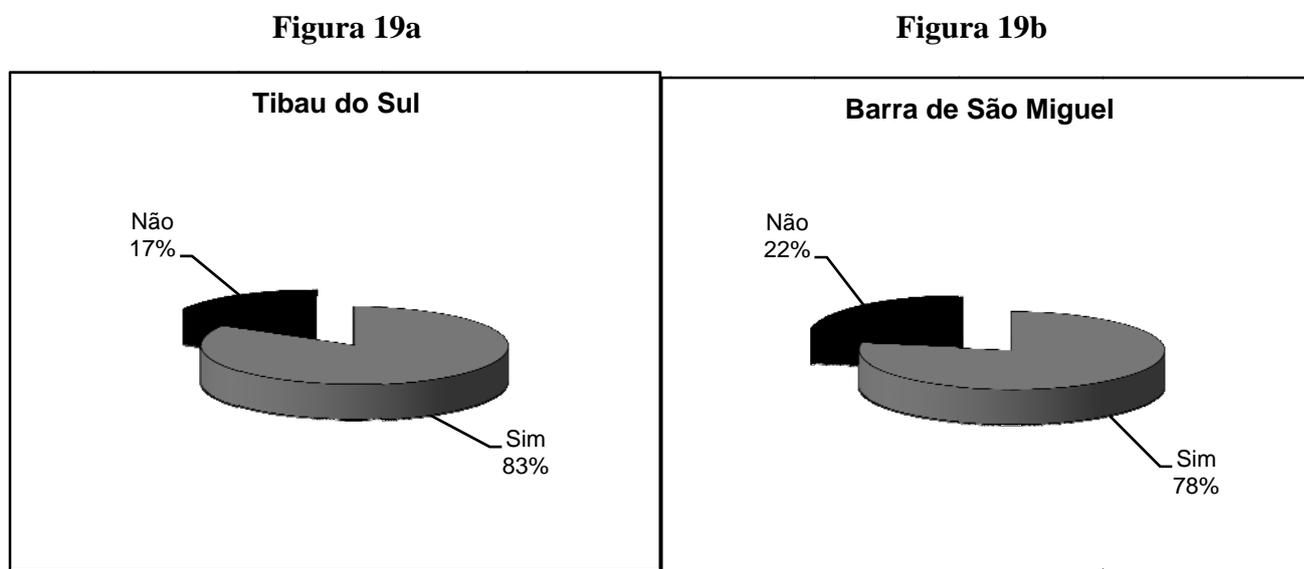
Cerca de 80% dos profissionais referiram enfrentar algum tipo de dificuldade no desenvolvimento das ações vinculadas às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (Figuras 19a e 19 b). Percebeu-se ainda que estes, ao responderem, extrapolavam para todas as ações inerentes a sua atuação na Equipe de Saúde da Família, e não especificamente às condicionalidades de saúde do PBF. O que parece é que as condicionalidades de saúde do PBF aumentaram a demanda pelas ações desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família, e as instâncias criadas (NASF) para dar apoio à equipe de saúde da família encontram-se em fase de implementação, não estando ainda efetivamente institucionalizadas. Com o aumento da demanda na atenção básica, tendo a estratégia de saúde da família como porta de entrada, também aumentou a necessidade de maior formalização e disponibilização de mecanismos de referência e contra referência, para maior resolutividade da rede de atenção à saúde. Em relação às Unidades de saúde da família, o aumento da demanda a partir das condicionalidades de saúde do PBF, foi mais evidente na área de nutrição, com a intensificação das ações de vigilância nutricional das crianças participantes do programa. Considerando que o profissional de nutrição não está inserido na equipe mínima da estratégia de Saúde da Família, o único profissional de nutrição dos municípios, em análise, fica responsável por esta condicionalidade em todas unidades de saúde da família.

Observou-se que nos dois municípios o percentual de profissionais que afirmou enfrentar dificuldades no desenvolvimentos das ações relacionadas às condicionalidades foi superior ao percentual de profissionais que referiu que as famílias enfrentam dificuldades.

No município de Tibau do Sul, enquanto 59% (figura 18a) dos profissionais referiram perceber dificuldades das famílias para o cumprimento das condicionalidades, 83% (figura 19a) referiram enfrentar dificuldades como profissionais no desenvolvimento destas condicionalidades. Em Barra de São Miguel, apenas 22% dos

profissionais referiram dificuldades por parte das famílias (figura 18b) e 78% por parte dos profissionais (figura 19b).

Os relatos dos profissionais acerca das dificuldades enfrentadas na sua prática profissional, a qual envolve as condicionalidades de saúde do PBF, demonstram que estas são em geral de caráter organizacional. Destacam-se: descaracterização da estratégia de saúde da família, considerando a sobrecarga de atividades clínicas e curativas, com dificuldade na intensificação de atividades de promoção à saúde; resistência das famílias em aderirem às condicionalidades de saúde, por falta de informação e de acesso geográfico ou organizacional; e carência de transporte para deslocamento dos profissionais na realização de atividades extra-muro da USF.



Figuras 19a e 19b: Percepção dos profissionais quanto ao enfrentamento de dificuldades no desenvolvimento das atividades vinculadas às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

ALGUNS DEPOIMENTOS QUANTO ÀS DIFICULDADES DOS PROFISSIONAIS

*Transporte:

“... A dificuldade...? No caso assim, transporte... Tanto pra gente ir até as famílias, tanto pras famílias vir até o médico fazer um exame, tá entendendo? Transporte.”

Técnico em enfermagem (D.P.F.B) - Barra de São Miguel

“... é assim, nós nunca temos cem por cento do que poderíamos ter, né, então sempre falta, mesmo que no mínimo, o pessoal que é responsável eles tentam fazer tudo pra gente, mas às vezes, uma vez ou outra, sempre sai faltando alguma coisa... Por exemplo... É porque às vezes a gente, locomoção pra gente, nós não temos um carro a nossa disposição pra gente nos locomover, geralmente a gente vai com o carro da enfermeira, ou do médico, que deveríamos ter um carro pra nos locomover...- Pras atividades extra posto, né, extra unidade, nas unidades, mas a gente sempre...” Auxiliar de enfermagem (D.S.F.) - Tibau do Sul

*** Descaracterização da estratégia de Saúde da Família (dificuldade de enfocar ações de promoção à saúde e ausência de instâncias de referência e contra-referência)**

“É aquilo que eu te falei, eu acho que a ficha não caiu ainda pros gestores do que é que significa Programa de Saúde da Família, eles simplesmente encaram, e eu digo eles porque de um modo geral eu já passei por vários municípios, eles simplesmente encaram aquilo como um posto de saúde qualquer. Tá entendendo? Então eles querem que a gente trabalhe no mesmo sistema de atendimento do posto de saúde. Muitos municípios aqui (referindo-se ao Estado do Rio Grande do Norte) o pessoal é até bastante flexível tem uma cabeça muito mais aberta, mas muitos municípios eles fazem questão inclusive de quantidade de atendimentos, eles querem que a gente atenda, atenda, atenda, atenda. Entendeu como é? Então eu acho que isso descaracteriza muito o PSF, eu sou uma pessoa que gosto de conversar, gosto de escutar, eu trabalho com isso há muitos anos. Então assim, as pessoas às vezes reclamam porque eu demoro na consulta e fica impaciente, porque se eu tô acostumado aos profissionais nem sequer prestar atenção. Então assim a gente consegue trabalhar com uma quantidade menor de consultas, certo, pra poder dar qualidade, mas isso infelizmente de alguma forma, isso diminui a acessibilidade da população. Eu tenho que trabalhar em Pipa e tenho que ir pra Sibaúma, que é um distrito então, assim, eu tô fragmentada na minha atuação tanto no distrito de Pipa como no distrito de Sibaúma, porque eu tô dividida entre os dois.” Médica (D.F.P.) - Tibau do Sul

“Assim, eu acho que a dificuldade maior é que a gente fica concentrado muito em consulta, tanto por uma imposição do gestor, como também por uma imposição, às vezes, também até da própria comunidade. Que eles querem mesmo é a consulta e o remédio, né? E quando a gente chega querendo ensinar a ter saúde, aí encontra dificuldade... a gente mesmo encontra dificuldade quando a gente quer mudar nosso estilo de vida, né? Então, mudança de estilo de vida mexe muito com a pessoa. Então, assim, a grande dificuldade eu acho que é tempo mesmo, né. Que falta tempo. Eu acho que a gente podia se deter mais a isso, atender menos. Entendeu? E ter mais tempo pra essas atividades (referindo-se à atividades educativas, de visitas e de interação com a comunidade). E entender o quão importante é fazer anamnese. Porque assim, às vezes a gente acha que não tá trabalhando, né, a gente leva o pessoal pra um passeio na lagoa e faz uma dinâmica, conversa com o povo e tal, e ainda acha que a gente não tá trabalhando, mas num é assim, né. Aquilo, também, é o trabalho da gente...”. Médico (S.C.G.) - Tibau do Sul

“Uma primeira dificuldade que eu já tava falando agora é as pessoas não entenderem o que é o programa de saúde da família, então muitas vezes a gente vai fazer uma atividade educativa voltada pras famílias que fazem parte do Bolsa Família, crianças que tão no PETI, ou crianças que sofrem algum tipo de violência, então a gente tem que se ausentar do posto, então as pessoas vem pro atendimento e não entendem. Então existe essa problemática. Eu acho assim, também, que a contra-referência, muitas vezes, aqui (referindo-se ao PSF) é uma questão primária, básica, então muitas vezes a família chega aqui, então a gente resolve o básico, então a gente tem que dar uma referência, não encontra essa contra-referência, é como se a gente tivesse passando a batata quente das nossas mãos pra outras mãos, tivesse passando o programa pra outro lado. Então a gente que tenta fazer um programa de saúde da família que realmente tem esse perfil a gente se frustra um pouquinho. Porque às vezes a gente vê que a coisa não andou, não caminhou, entendeu?” Enfermeira (C.G.S.F.) - Tibau do Sul

“Não tenho dificuldades. Só quando é o pré-natal de risco, é difícil o encaminhamento, a referência”. Médica (F.P.S.) - Barra.

***Resistência (ou dificuldade de acessibilidade) da população participante do programa**

“Porque assim, em relação ao programa Bolsa Família eu vou ser bem sincera, a gente tem pouco contato mesmo, assim, pouca vivência. A gente sempre desenvolve as ações, assim, e tal, mas não direcionado, e assim, não sei, falando pra população em geral, né, as dificuldades que a gente enfrenta, a falta de esclarecimento do povo que eles acham que não é necessário, tem mãe que quando o menino faz oito meses, nove meses, ela acha que não precisa mais acompanhar o CD. Então eu acho que perde um pouco esse vínculo e essa criança vem aí mais na frente e tem uma verme, uma anemia e a mãe vai deixando ali... vai ficando... acho que primeiro lugar, a falta de informação, segundo também a carência desse povo porque muitas vezes essa família ela é numerosa, então a mãe pra vir ao serviço de saúde ela tem que arrumar alguém pra ficar com aquele filho e muitas vezes a faixa etária é muito pequenininha que um não toma conta do outro e não pode, então existe essa dificuldade e ela termina sendo dona de casa, mãe, múltiplos e assim, às vezes até quer trabalhar fora, então existe essa série de dificuldades.” Enfermeira (C.L.D.S.) – Tibau do Sul

“A dificuldade maior mesmo vem da população. Da pobreza de educação, o pessoal eles não procuram o posto, só procura quando tá doente mesmo, “ah tô saudável, não tenho que ir”, a dificuldade vem mais deles. Da falta de informação deles. Enquanto profissional e estrutura aqui não, aqui não tem nenhuma dificuldade não”. Médico (R.A.O.) – Tibau do Sul

“A questão mais da dificuldade das pessoas virem ao posto, né, pela questão mais mesmo da acomodação – Entrevistadora: Por que você acha que isso acontece, nessa comunidade? - Eu acho que é mais questão mesmo de costume, não tem outra coisa não. - Entrevistadora: Costume de quê? - De ser assim de ficar nessa passividade, entendeu, “eu levo amanhã”..., muitas mães... e principalmente as mães que têm “n” filhos, né, cinco seis filhos, e pra dar conta daquele povinho todinho, é trabalho né? - Entrevistadora: E para melhorar?- Eu acho que isso vai ser uma questão de palestras de você ir na comunidade realmente conscientizar. Conscientização”. Enfermeira (C.O.R.M.) - Barra

- **O (a) senhor (a), enquanto profissional da ESF, enfrenta dificuldades em localizar e acompanhar as famílias participantes do PBF?**

Em relação a localizar e acompanhar as famílias residentes nas áreas de abrangência das Unidades de Saúde da Família, os profissionais foram unânimes em afirmar que os maiores aliados nesse processo são os agentes comunitários de saúde. Estes últimos conhecem todas as famílias, sabem as áreas onde estas residem, e identificam qual o agente comunitário é responsável por aquela determinada área. É a partir dos agentes que os outros profissionais da equipe de saúde da família conseguem identificar quais as famílias são do PBF. Os profissionais, em geral, destacaram inclusive que na prática profissional na USF não há esta preocupação em diferenciar quem é ou não do PBF, sendo o atendimento igualitário. Esta questão merece a seguinte reflexão: é indiscutível que não deve haver discriminação por parte da USF no atendimento à saúde da população e que todos devem ser atendidos com acolhimento e resolutividade. No entanto, é importante que os profissionais identifiquem quais as famílias atendidas são participantes do PBF, pois como estas se encontram em situação de maior vulnerabilidade social, precisam ser acompanhadas com maior regularidade.

Entre as dificuldades mencionadas, mais uma vez, foi marcante o problema de acesso geográfico, especialmente em áreas rurais e/ou mais distantes do centro dos municípios. A necessidade de maior integração entre as secretarias de ação social e de saúde na localização e acompanhamento destas famílias, também foi referida. Em seguida, exemplos de alguns depoimentos relacionados a este tópico.

ALGUNS DEPOIMENTOS:

- QUANTO AO APOIO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NA LOCALIZAÇÃO E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS DO PBF PELA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA:

“Realmente, assim, eu não tenho muita dificuldade não. Meus agentes de saúde, assim, a gente tem a cobertura cem por cento, então os agentes de saúde são os mais indicados prá isso, a gente fala o nome da família eles já sabem de quem é o agente de saúde, de quem é a área, a gente já vai lá, a gente não tem dificuldade não de encontrar.” Enfermeira (F.F.F.C.) –Tibau do Sul.

“Não, isso é fácil porque cada área tem seu agente de saúde. E o agente de saúde tá por dentro de tudo na sua área.” Médico (R.A.O) – Tibau do Sul.

“Não tenho dificuldades por conta dos agentes de saúde, mas falta transporte para chegar às famílias. Algumas são de difícil acesso, ou distantes.” Auxiliar de enfermagem (S.M.O.M.) – Barra de São Miguel

“Não tenho dificuldades porque tudo que eu quero com as famílias, como eu não conheço a área bem, é com os agentes, eles me trazem.” Enfermeira (W.M.C.A.) - Barra de São Miguel

- QUANTO À NECESSIDADE DE MAIOR ARTICULAÇÃO ENTRE AS SECRETARIAS DE AÇÃO SOCIAL E DE SAÚDE:

“Eu acho assim, que esse programa fica muito centralizado na Ação Social, certo, então a gente tem uma ligação, que deveria ter muito mais, mas não tem. Então a gente fica praticamente sem saber, eu mesmo, eu falo por mim, muitas mães eu não sei se é do Bolsa ou não é, quem sabe são os meus agentes que passam pra mim e tal, mas eu não tô inteirada nesse programa, eu não me sinto inteirada entendeu?. É como eu te falei, são três pontos que tem que andar juntos: educação, saúde e ação social. E aqui a gente não tem muito essa aproximação, cada um fica no seu pólo, tá entendendo, e a criança que vai pro meu posto vai pra escola, como também a mãe procura a ação social, né, então eu acho que deveria ter mais integração.” Enfermeira (C.O.R.M.) – Barra de São Miguel

“O programa... ele tem a obrigação de manter, a secretaria, através do sistemas que existem, SISVAN, do que tá acontecendo. Então quando a família sai, a secretaria é informada, esse cadastro eu acredito que é passado pra ação social, deve haver uma interligação aí, não sei aqui como funciona com o secretário, mas com certeza deve haver, uma integração de cadastro, tem que haver, deve não, tem que haver”. Médica (J.Q.M.) – Barra de São Miguel

- **O que pode ser feito no âmbito da Unidade de Saúde da Família para que o cumprimento das condicionalidades da saúde impacte positivamente na situação de saúde das famílias participantes do PBF?**

Tanto para qualificar as ações relacionadas às condicionalidades de saúde desenvolvidas na USF, quanto no sentido de contribuir com as famílias para o cumprimento destas condicionalidades, os profissionais foram contundentes em afirmar a necessidade de investimento em capacitações (Quadros 3 e 4). Segundo eles, esta necessidade inclui tanto os profissionais quanto as famílias participantes do programa. Eles destacaram, também, que para repassar informações adequadas a estas famílias precisam antes adquirir conhecimentos, ou seja, serem capacitados.

Os profissionais, em sua maioria, relataram não ter familiaridade com as normas do programa e manifestaram surpresa por terem sido convidados a trocar informações sobre o PBF, por não se sentirem envolvidos no funcionamento do mesmo. Em relação ao tipo de informação que eles consideram prioritárias para as famílias, destacam-se aquelas relacionadas às de educação em saúde (orientações nutricionais e de higiene). Observou-se que as palestras ainda predominam na visão dos profissionais como metodologia de repasse de informações à comunidade.

Nos quadros 3 e 4 apresentam-se tentativas de categorizar os depoimentos relativos a esta questão e em seguida estão apresentados, como exemplo, alguns deles. A capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família é, para 33,3% dos entrevistados dos dois municípios, a estratégia que pode contribuir para qualificar as ações relativas às condicionalidades de saúde do PBF desenvolvidas na USF. Quanto à capacitação das famílias, como alternativa, os percentuais foram de 25,0% para Tibau do Sul e de 66,7% para Barra de São Miguel (Quadro 3). Quanto às contribuições da equipe de saúde da família no sentido de facilitar o cumprimento das condicionalidades e conseqüente melhoria na saúde das famílias participantes do programa, as categorias apresentadas no quadro 4 mostram que 66,7% e 44,4% dos profissionais de Tibau e de Barra, respectivamente, acreditam em atividades de informação e orientação (palestras, reuniões) às famílias.

Quadro 3: Sugestões dos profissionais quanto às alternativas para a qualificação das ações relacionadas às condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

O que poderia ser feito, no âmbito da USF, para melhorar as ações relacionadas às condicionalidades de saúde do PBF?						
REFERÊNCIAS	Tibau do Sul		Barra de São Miguel		Total	
	N	%	N	%	N	%
Capacitação para os profissionais	4	33,3	3	33,3	7	33,3
Capacitação para as famílias	3	25,0	6	66,7	9	42,9
Identificação das famílias do PBF	1	8,3	0	0	1	4,8
Trabalhar como equipe multiprofissional	2	16,7	0	0	2	9,5
Famílias (maior adesão)	1	8,3	0	0	1	4,8
Escola em tempo integral	1	8,3	0	0	1	4,8
Integração entre as 3 secretarias	0	0	1	11,1	1	4,8
Total de entrevistados	12		9*		21	

* o depoimento de um entrevistado pode ser encaixado em mais de uma categoria.

Quadro 4: Opinião dos profissionais quanto às alternativas para melhoria na situação de saúde das famílias que consigam cumprir as condicionalidades de saúde do PBF. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

De que forma os serviços de saúde (Atenção Básica) podem contribuir para a melhoria na situação de saúde das famílias que consigam cumprir as condicionalidades de saúde do PBF?						
REFERÊNCIAS	Tibau do Sul		Barra de São Miguel		Total	
	N	%	N	%	N	%
Atividades de informação (palestras, reuniões)	8	66,7	4	44,4	12	57,1
Qualidade nos serviços	2	16,7	0	0	2	9,5
Acompanhamento periódico pelo PSF	4	33,3	2	22,2	6	28,6
Trabalhos preventivos	2	16,7	2	22,2	4	19
Inclusão de outras famílias	1	8,3	0	0	1	4,8
Melhorar as condições de moradia das famílias	0	0	2	22,2	2	9,5
Investir nas famílias (profissionalmente)	0	0	1	11,1	1	4,8
Incentivo à gestão e/ou profissionais	0	0	2	22,2	2	9,5
Não soube responder	1	8,3	2	22,2	3	14,3
Total de entrevistados	12		9		21	

* o depoimento de um entrevistado pode ser encaixado em mais de uma categoria.

DEPOIMENTOS: O que pode ser feito no âmbito da Unidade de Saúde da Família para que o cumprimento das condicionalidades da saúde impacte positivamente na situação de saúde das famílias participantes do PBF?

“Eu acho questões de esclarecimento mesmo, eu acho. Primeiro, os profissionais do PSF eles deviam ser informados um pouco mais sobre o Bolsa Família, porque só assim a gente vai poder ajudar de alguma forma, porque como eu tô te falando, não sei muita coisa do Bolsa Família... Certo, até conversando – “ah vai pra entrevista” – eu, pronto, o que é que eu vou falar, porque a gente não tem muitas informações, então a partir do momento que a gente tem a informação, então a gente busca um meio de trabalhar junto. A gente sabia sim, aquelas coisas de... são informações de mundo. Em relação à vacina, em relação aos programas, mas nada específico.....Como funciona o programa, a gente sabe do mundo. Enfermeira (C.L.D.S.) – Tibau do Sul

“Dentro da unidade, eu acho que uma vez no mês e a cada quinze dias, ter uma estrutura de toda a equipe voltada pro Bolsa Família. Palestras... É... Conversar sobre o Bolsa Família, ver o que mudou naquela família, fazer um contraste, pegar uma família que não tem e outra que tem, cada uma passar sua experiência, história de vida. Eu acho que deveria ser isso, já que a gente tá lidando com essas famílias carentes.”
Enfermeira (C.G.S.F.) – Tibau do Sul

“A primeira coisa é capacitar mesmo, é passar as informações que são importantes pra gente, sabe, a gente nunca foi informado sobre isso. Então assim, a partir do momento que a equipe é capacitada e sabe o que é, qual a importância disso aí, eu acho que a gente pode desenvolver, entendeu?” Médica (D.F.P.) - Tibau do Sul

“Na melhora do Bolsa Família? Maior conhecimento mesmo das famílias, principalmente da mãe, né, que é a titular, a responsável. E esse esclarecimento parte de todos os níveis, tanto o meu, médico, enfermeiro, dos Agentes de Saúde, que é o pessoal que mais tá em contato, pra eles estarem procurando o direito e tá cumprindo com os deveres deles. A equipe tem condições de fazer isso, os agentes de saúde tão bem integrados com a área. Quem chega mais perto com certeza é o agente de saúde. O que está mais perto de famílias, sabe onde eles moram, sabe do problema de cada um dentro de casa.” Médico (R.A.O.) – Tibau do Sul

“Olhe... Ficou. Eu acho que entendi. Eu penso, eu imagino que como eu falei, a questão da conscientização. Eu acho que precisaria existir um trabalho assim, contínuo, de educação em saúde, sabe, pra tentar despertar nessas pessoas até a questão da cidadania, sabe, de cada um, e também da responsabilidade de cada um em relação à sua própria família, tá entendendo, em relação à sua própria saúde, porque infelizmente o que a gente percebe é o seguinte, essas pessoas continuam, além de continuarem é... nas mesmas condições de... melhora um pouco a questão de sair daquele padrão de miséria, mas continuam com as mesmas condições de higiene precárias, tá entendendo, continuam fazendo uma alimentação errada...” Médica (D.F.P.) – Tibau do Sul

“Eu queria saber, exatamente, por que é que vocês estão fazendo essa pesquisa, tá entendendo? Porque assim, caiu de pára-quedas, sabe, eu digo ‘ué, o que é que eu

tenho a ver com o Bolsa Família?’ Prá você ver como a gente é desinformado entendeu? Nunca pensei nessa preocupação não. Eu fiquei pensando assim, bom, ou elas vão trazer informação pra gente ou então elas vão ver que a gente é totalmente desinformado.” Médica (C.M.C.M.) -Barra.

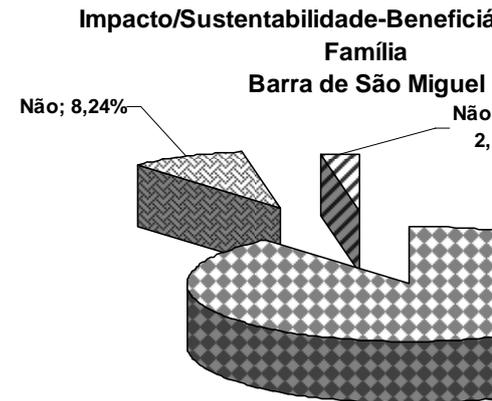
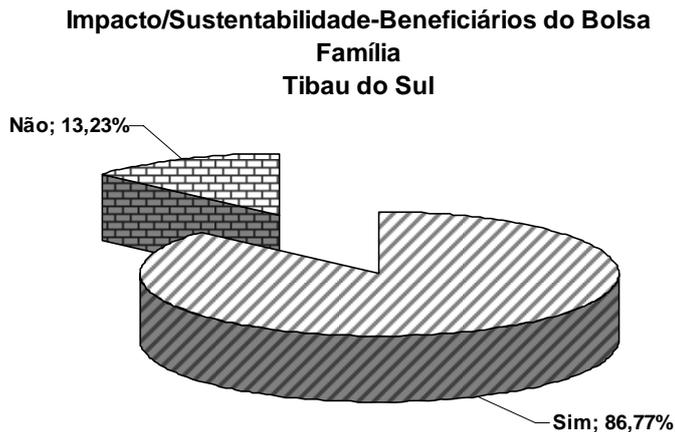
“...É isso como eu te falei, essa entrevista até veio a calhar pra gente entendeu? Porque a gente não tem um vínculo com o programa, não tem de forma nenhuma. Ou por questões da gente, até mesmo de não querer se envolver, se acomodar também muitas vezes, ou não chegou pra gente nada, tá entendendo?...” Enfermeira (C.O.R.M.) - Barra.

- PERCEPÇÃO DE MULHERES (MÃES) PARTICIPANTES DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

⇒ O Programa Bolsa Família mudou a situação de vida da sua família? Se sim, em que áreas ocorreram as principais mudanças?

As mães participantes do programa bolsa família dos municípios de Tibau do Sul (86,77%) e de Barra de São Miguel (88,85%) acreditam que o programa provocou mudanças favoráveis na condição de vida de suas famílias (Figuras 20a e 20b)¹⁴. A análise das justificativas sobre as mudanças ocorridas, mostrou que a percepção destas mulheres é de melhoria da situação financeira com o aumento do poder de compra. Os depoimentos apresentados a seguir exemplificam que um maior acesso a alimentos, a vestuários, a material escolar e a medicamentos permearam praticamente todas as justificativas. Ainda neste eixo de análise questionou-se às mães especificamente sobre a utilização do recurso recebido do programa. As respostas foram consolidadas em categorias e, mais uma vez, foi evidenciado o aumento do poder de compra de produtos essenciais (Quadro 5). É interessante destacar que se percebeu, particularmente na análise dos depoimentos dos encontros de grupos focais, que a idéia das mães, em geral, é de que o recurso deve ser aplicado especialmente nas necessidades das crianças.

¹⁴ As entrevistas foram realizadas com o responsável que levou a criança para vacinar. O critério para que o responsável participasse da entrevista era o aceite espontâneo e a maioridade. Durante a descrição dos resultados será utilizado com frequência o termo mãe, pois a grande maioria dos entrevistados tanto em Tibau do Sul (87,85%) quanto em Barra de São Miguel (83,47) tinham este grau de parentesco com a criança.



Figuras 20a e 20b: Percepção das mães participantes do PBF sobre o impacto deste na vida da sua família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

ALGUNS DEPOIMENTOS QUE REFLETEM A PERCEPÇÃO DAS MÃES SOBRE MELHORIA DA CONDIÇÃO DE VIDA / AUMENTO DO PODER DE COMPRA COM O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA:

“porque eu tinha um sufoco medonho”; “porque posso fazer o que não fazia antes”; “hoje já tem dinheiro certo”; “posso comprar passagem para Maceió”; “guardo para imprevistos”; “porque aumentou a renda da família”; “deu um desaperto total, antes era mais complicado”; “a gente passava muita dificuldade”; “pagar energia, água e comprar gás”. Exemplos de justificativas dadas por mães do PBF entrevistadas em Tibau do Sul e Barra de São Miguel.

“Mudou, porque antes as minhas filhas vinham me pedir as coisas e eu não tinha como dar e agora elas pedem e eu tenho como dar.” Mãe – Barra – Grupo focal

“Mudou em tudo. Mudou na roupa, no calçado, no remédio, porque quando diz assim tem um remédio pra comprar e eu vou receber amanhã, já vou comprar com ele, tá descalço, eu recebo e já vou comprar com ele.” Mãe – Barra-Grupo focal

“Recebo o dinheiro e vou diretamente pro supermercado, faço compras pra eles, material de escola, pronto, duas coisas que eu compro. Vou diretamente, tirei, olho logo pro supermercado, vou comprar aquela alimentação pra eles, vou já encher eles de comida, porque o dinheiro né pra eles? Então tem que fazer isso. Nós não pode pegar o dinheiro e fazer outras coisas, não pode. É isso que eu faço, vou no supermercado, gasto metade no supermercado e vou lá, compro lápis, caderno, borracha, tudo isso eu compro pra eles, que é isso que tem que ser.” Mãe - Tibau do Sul. Grupo focal

“Comida, material escolar, um remédio quando às vezes na prefeitura não tem, que tão doentes, a gente tem que comprar ... e roupa e alimentação é o que é mais preciso né? A pessoa sem alimentação não é nada. Primeiro a saúde, depois a alimentação.” Mãe-Tibau-Grupo focal

Quadro 5: Justificativas das mães sobre a utilização do dinheiro do *Bolsa Família* (Para quê é utilizado o dinheiro?). Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

Categoria	Município de Coleta				Total	
	Tibau		Barra		n	%
	n	%	n	%		
Comprar Alimento	98	55,06	84	60,87	182	57,59
Comprar Vestuário	66	37,08	62	44,93	128	40,51
Comprar Remédios	42	23,59	22	15,94	64	20,25
Comprar Material Escolar	38	21,35	53	38,40	91	28,80
Pagar Contas (Água, luz e gás)	11	6,18	07	5,07	18	5,70
Total de entrevistados	178		138		316	

⇒ O Programa Bolsa Família e o acesso das famílias às condicionalidades de saúde¹⁵

- **A criança é acompanhada pela USF? Qual o motivo e quais os profissionais, segundo os responsáveis, que fazem o acompanhamento?**

A quase totalidade da amostra representativa de mães ou responsáveis participantes do Programa Bolsa Família dos municípios de Tibau do Sul (94,89%) e de Barra de São Miguel (99,66%) entrevistados referiram que seu filho é acompanhado pela equipe da Unidade de Saúde da Família (Figuras 21a e 21b). Neste sentido, destaca-se que ao serem solicitadas justificativas, quanto ao motivo das mães ou responsáveis levarem as crianças à USF, 69,70% dos entrevistados de Tibau e 81,66% dos entrevistados de Barra responderam *quando adoecer*. As ações de prevenção, como vacinação, acompanhamento do estado nutricional e orientação alimentar foram referidas por 45,15% e 30,94% dos entrevistados de Tibau e de Barra respectivamente¹⁶.

Ao serem questionados quanto aos profissionais que atendem as crianças na USF, a maior frequência de respostas foi na categoria médica para ambos os municípios (Quadro 6). Para o município de Barra de São Miguel, em seguida à categoria médica, os profissionais citados com mais frequência foram o enfermeiro e o agente comunitário de saúde. Para Tibau do Sul, além do médico e do enfermeiro, destaca-se a referência do nutricionista pelos participantes do PBF entrevistados. Considerando que esta questão permitiu a comparação de respostas entre mães, ou responsáveis, participantes ou não do Programa Bolsa Família, tem-se no caso do município de Tibau do Sul um comportamento que chama a atenção. Enquanto 30,46% dos participantes do PBF referiram que seus filhos são atendidos pelo nutricionista na USF, menos de 1% dos não participantes do programa referiram este profissional. A partir de visitas *in loco* e entrevista com o profissional responsável pelo acompanhamento do CD das crianças do PBF, pode-se fazer a seguinte reflexão: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do PBF (uma condicionalidade do programa) é realizado no município de Tibau do Sul de forma intensificada pelo profissional de nutrição, o

¹⁵ LEI No 10.836, DE 9 DE JANEIRO DE 2004: Art. 3o A concessão dos benefícios dependerá do cumprimento, no que couber, de condicionalidades relativas ao exame pré-natal, ao acompanhamento nutricional, ao acompanhamento de saúde, à frequência escolar de 85% (oitenta e cinco por cento) em estabelecimento de ensino regular, sem prejuízo de outras previstas em regulamento.

¹⁶ Os entrevistados podiam citar mais de uma opção.

que pode refletir que as crianças estão tendo acesso a este acompanhamento. No entanto, fica a seguinte observação: e as crianças que não são do PBF e são acompanhadas pela USF? Estas últimas estão tendo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por parte de qual profissional? O que determina esta diferenciação? Esta maior intensificação pode ser justificada porque as crianças têm necessidade de maior vigilância ou uma necessidade de manter as coberturas das condicionalidades em proporções satisfatórias? Esta questão é importante especialmente no que se refere ao cumprimento destas condicionalidades por parte da população como um direito e não como uma obrigação ao cumprimento de normas. Uma outra observação é em relação aos percentuais mais elevados de referências ao agente comunitário de saúde, no município de Barra de São Miguel, quando comparado a Tibau do Sul, pelos participantes do PBF. Seria necessário uma análise mais específica para entender este resultado, no entanto, duas situações podem ter ocorrido: a) Como a pergunta foi: *quais os profissionais que atendem a criança na USF*, considerando que os ACS trabalham, em geral, fazendo visitas domiciliares, parte dos entrevistados, em Tibau, pode ter considerado apenas os profissionais que ficam na USF¹⁷; b) Em Barra de São Miguel, como as áreas das USF são, em geral, mais perto do centro, os ACS neste município podem permanecer mais tempo na própria unidade.

¹⁷ O treinamento dos entrevistadores foi realizado cuidadosamente nos dois municípios. No entanto, a metodologia foi de repasse por multiplicadores treinados. O número de questões era grande (22 questões) e não pode ser descartado este “viés”. Fica a lição: maior atenção neste tipo de questão!

Figura 21a

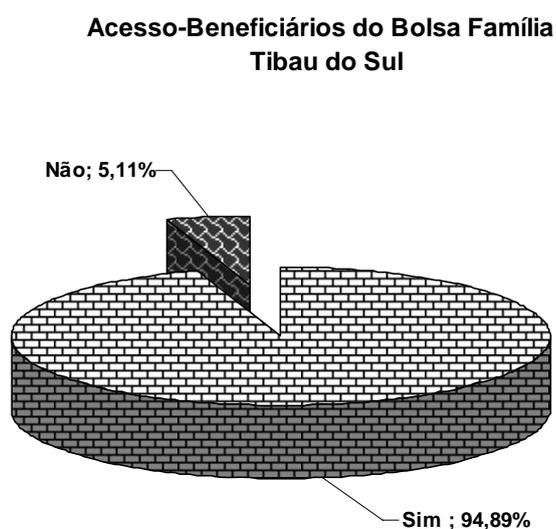
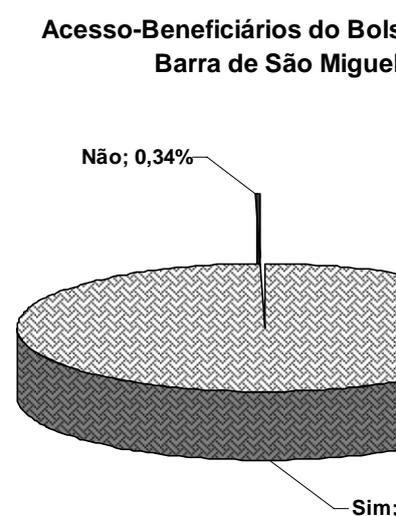


Figura 21b



Figuras 21a e 21b: Referência das mães/responsáveis sobre o acompanhamento da criança por uma Unidade de Saúde da Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

Quadro 6: Referência das mães quanto aos profissionais que atendem seu filho(a) na Unidade de Saúde da Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

Quais os profissionais que atendem a criança na USF (posto de saúde)?				
Respostas	Tibau do Sul		Barra de São Miguel	
	<u>Beneficiários do PBF?</u>		<u>Beneficiários do PBF?</u>	
	Sim	Não	sim	não
	(%)		(%)	
Médico(a)	72,03	59,55	85,10	71,47
Enfermeiro(a)	24,18	34,57	42,18	39,70
Nutricionista	<u>30,46</u>	<u>0,51</u>	1,59	0,36
Auxiliar de enfermagem	3,53	2,53	2,99	2,97

- **As mães reconhecem a necessidade de cumprir condicionalidades para continuar recebendo o recurso do PBF? Sabem quais são estas condicionalidades?**

Ao serem questionadas sobre o que é preciso fazer (cumprir) para continuarem recebendo o dinheiro do PBF, mais da metade das mães participantes do programa em Tibau do Sul (56,70%) e em Barra de São Miguel (69,53%) responderam ter este conhecimento (Quadro 7). No entanto, os percentuais de mães que referiram desconhecimento podem ser considerados altos partindo da análise de que a participação efetiva das famílias no processo educacional e nos programas de saúde deve ser percebida como estratégia de promoção da melhoria das condições de vida na perspectiva da inclusão social¹⁸. E neste sentido, entende-se que o primeiro passo para que os participantes do PBF entendam o cumprimento destas condicionalidades como um direito é o conhecimento, não só, de quais são estas condicionalidades, mas também da responsabilidade dos serviços de saúde em disponibilizarem estas ações com qualidade e acolhimento e dos responsáveis pelas famílias em cuidarem da saúde de seus componentes. Para as mães que afirmaram ter conhecimento sobre quais as atividades precisavam cumprir para continuarem recebendo o recurso do PBF, foi solicitada a descrição destas atividades. No quadro 8 estão apresentadas as categorias criadas a partir destas respostas. Entre as referências feitas pelas mães prevaleceu a necessidade de manter a criança na escola regularmente. Em seguida têm-se as ações de saúde (vacinação, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e da saúde da criança em geral). A seguir estão reproduzidas algumas respostas na íntegra e apresentados, a título de exemplo, alguns depoimentos relacionados a estas condicionalidades oriundos de mães participantes dos grupos focais.

Quadro 7: Conhecimento das mães sobre o que é necessário cumprir para continuar recebendo o dinheiro do Bolsa Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

¹⁸ Artigo 27 LEI No 10.836, DE 9 DE JANEIRO DE 2004..

Conhecimento- Beneficiários do Bolsa Família		
O(a) senhor(a) sabe o que é preciso fazer para continuar recebendo o dinheiro do PBF?		
Respostas	Tibau do Sul	Barra de São Miguel
	(%)	(%)
Sim	56,70	69,53
Não	43,30	30,47
Total	100	100

Quadro 8: Distribuição percentual das mães quanto ao conhecimento das ações que devem cumprir para continuar recebendo o dinheiro do Bolsa Família. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

Categoria	Município de Coleta				Total	
	Tibau		Barra		n	%
	n	%	n	%		
Educação	84	80,77	70	74,47	154	77,78
<i>Vacinação</i>	<u>25</u>	<u>24,04</u>	<u>26</u>	<u>27,66</u>	<u>51</u>	<u>25,75</u>
<i>Pesar/Medir/Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento e do Estado Nutricional</i>	<u>12</u>	<u>11,54</u>	<u>14</u>	<u>14,89</u>	<u>26</u>	<u>13,13</u>
<i>Acompanhamento da Saúde da Criança(posto/médico)</i>	<u>21</u>	<u>20,19</u>	<u>18</u>	<u>19,15</u>	<u>39</u>	<u>19,70</u>
RESUMO DE QUESTÕES DA SAÚDE	<u>55,17%</u>		<u>61,70%</u>		<u>58,58%</u>	
Questões Normativas e de Focalização	07	6,73	11	11,70	18	9,09
Aplicação do Dinheiro	05	4,81	04	4,25	09	4,54
Total de entrevistados	104		94		198	

EXEMPLOS DE RESPOSTAS QUE GERARAM AS CATEGORIAS

(quais as atividades que precisam cumprir?)

EDUCAÇÃO:

Manter as crianças na escola

Não deixar a criança faltar aula

SAÚDE:

Pesar e medir as crianças todo mês

Sempre estar com peso e vacinas em dia

Ficar acompanhando o menino no posto

Cuidar bem dele (da criança)

QUESTÕES NORMATIVAS E DE FOCALIZAÇÃO:

Renovar o cadastro todo ano

Enquanto não arrumar um trabalho

O esposo não ter renda

Precisar do dinheiro para sobreviver

APLICAÇÃO DO DINHEIRO:

Usar o dinheiro para comprar alimentos

Não gastar à toa

Usar o dinheiro para o estudo das crianças

Que o dinheiro seja usado só para as crianças

EXEMPLOS DE DEPOIMENTOS RELACIONADOS ÀS CONDICIONALIDADES – GRUPOS FOCALIS:

“Eu acho que é manter o cartão de vacina em dia, levar para nutricionista para saber como tá a alimentação da criança, pesar regularmente, no caso tem crianças que saem do peso, como a agente anda nas casas elas saem com dois anos, a mãe tem que continuar levando lá para pesar, pra medir e de.. porque é preciso saber e tá no cartão tudo aquilo, precisa manter uma alimentação, só uma alimentação saudável, no meu caso é isso porque na verdade eles ainda não estão no colégio aí eu, eu mantenho mais.. meu maior critério é isso.” Mãe Tibau do Sul.

“Manter a criança na escola, por causa das aulas, que é isso que o agente mais fala lá, tem que levar para o médico e para a escola.” Mãe Barra

“A vacinação em dia e assim comprar material de escola pras crianças, essas coisas.” Mãe

“Manter a criança na escola, ir saber como tá aquela criança na escola, não chegar e deixar para lá e não vai saber como a criança tá.” Mãe

“Agora que eu tô sabendo que se a mãe não deixar as crianças ir pra escola serão cortadas, porque tem fiscalização todos os dias.” Mãe

Apesar do baixo percentual de entrevistadas que consideraram *o destino que dão ao dinheiro recebido* como uma condição para continuar no programa bolsa família, considera-se importante destacar esta questão, pois durante os encontros de grupos focais, percebeu-se também este “olhar” por parte de algumas participantes. É importante destacar que não há esta “amarração” nos documentos que regem o programa bolsa família e que uma estratégia para evitar este tipo de percepção é a informação. Ao serem questionadas quanto aos motivos que podem levar a suspensão do recurso, mais uma vez e em uma frequência um pouco maior (cerca de 12% nos dois municípios), a categoria *forma de aplicação do recurso* (neste caso, uso indevido) esteve presente. Abaixo seguem algumas justificativas de mães que refletem esta idéia.

Respostas referentes à aplicação indevida do recurso que podem, segundo as mães, causar perda do benefício:

Se comprar celular... Fazer festa

Alguém denunciar que tá fazendo coisa errada com o dinheiro

Se eu não gastar com eles (referindo-se às crianças)

Mães que usam o dinheiro para beber

Se comprar prestação e pagar com esse dinheiro

Gastar o dinheiro da criança comprando coisas desnecessárias

Se comprar outra coisa pra casa, móveis

Comprar coisas que não devem

Se comprar alguma coisa que não seja pra ela (a criança)

Pessoas que recebem e gastam com outras coisas

Quem pega o dinheiro e não investe no filho

Se não gastar o dinheiro com a criança

Comprar o que não for pra criança

- **As mães consideram ter acesso ao cumprimento das condicionalidades da saúde? Têm dificuldades? Quais? O que sugerem para facilitar este acesso?**

As mães, em geral, consideram ter acesso às ações relacionadas às condicionalidades de saúde. Para o acompanhamento rotineiro pela Equipe de saúde da família e em relação às ações de prevenção como imunização das crianças e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento delas, em geral, referem relativa facilidade e destacam praticamente com unanimidade o trabalho dedicado dos agentes comunitários de saúde. Em relação às dificuldades, estas destacam o número reduzido de “fichas” para atendimento pelo médico, na data previamente agendada, provocando a necessidade de chegarem muito cedo na Unidade. A falta de atendimento médico pela alta rotatividade deste profissional na equipe de saúde da família, especialmente nas áreas mais afastadas do centro do município, também foi referida. Além disso, foram identificadas referências à dificuldade de deslocamento da sua residência até a USF gerando demanda de tempo e custo adicional. Ao ampliarem as dificuldades para além do acesso às condicionalidades de saúde do PBF, as mães referiram a demora na realização de exames e a dificuldade no agendamento com especialidades não oferecidas pela USF. Entre as sugestões para melhorar o acesso às ações de saúde, prevalecem uma maior facilidade na realização de exames e mais informação quanto às ações relacionadas ao programa bolsa família, tanto na questão normativa quanto de cumprimento das condicionalidades e acompanhamento pela USF. Os depoimentos destas mulheres, reproduzidos em seguida, refletem melhor esta análise.

DEPOIMENTOS DA MÃES QUANTO A EXISTÊNCIA DE DIFICULDADES PARA O CUMPRIMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE:

“Dificuldade nenhuma para isso. Pra isso, graças à Deus não tenho dificuldade.”

Mãe – Focal - Tibau

“No atendimento no posto de saúde eles são muito educados, mas às vezes falta médico, o médico sai, aqui é longe, é distante. Também eu acho assim, os agentes de saúde se dedicam muito, no caso da minha área, ela é muito dedicada, quanto a isso eu não tenho o que falar porque ela sempre é muito prestativa, mas eu acho um pouco difícil, antes era mais difícil, no caso ter uma consulta normal, você ir no médico e pegar ficha, era mais difícil. Hoje em dia melhorou mais, só que as vezes o médico de vista, ultimamente, esses dias tava sem médico.” mãe-focal-Tibau.

“...na área de saúde. Às vezes vai tirar ficha, não tem mais ficha, entendeu? Porque assim, a menina que vem tirar ficha ela vem de oito horas, às vezes a gente fica lá de cinco até oito horas esperando, sai cedo de casa pra esperar, porque ela não mora aqui né, mora longe... esse tipo de coisa incomoda a gente... agora tem só uma coisa, se for de longe, ela ainda tira a ficha... É como se não fosse marcado, é como se não fosse reservado pra você. Você vai, mas se você não conseguir tirar a ficha...” Mãe – Focal - Tibau

“O transporte só. Porque tem que sair da fazenda pra vir pra aqui. Às vezes no carro, no ônibus, porque o ônibus deixa na beira da pista, aí tem que vir do trevo até aqui, às vezes liga aqui pro posto, mas nem todo dia tem carro... A dificuldade eu já tive muitas, porque não fui atendida. Cheguei aí no posto dizia que não tinha ficha.” Mãe - focal - Barra

“Eu passei dois meses sem receber porque eu tive um menino que teve um problema na perna, ele tava sem poder andar, aí ele ficou sem ir pro colégio porque estudava naquele colégio de lá, não tinha como ele ir, aí eu fui pegar um atestado, não consegui pegar esse atestado pra ele, fiz exames e tudo, esses exames foi perdido na Secretaria mesmo, não consegui fazer outro e até hoje eu nunca fiz né, esperando dar outra crise nele, pra ir atrás pra fazer novos exames nele e eu passei dois meses sem receber por falta na escola.” Mãe - focal – Tibau

Este último depoimento chama a atenção para uma conclusão obtida no estudo a partir da análise do “olhar” de todos os atores sociais envolvidos na gestão e operacionalização do programa bolsa família: ausência de articulação entre as três secretarias envolvidas na gestão do programa (ação social) ou das condicionalidades (secretarias de saúde e de educação). Percebe-se que a necessidade de maior integração entre estas secretarias mais do que um “cumprimento” das normas contidas na resolução do Programa pode provocar impacto favorável na população participante, minimizando os riscos de perda do direito desta ao recebimento do recurso e ao acesso às condicionalidades de saúde e de educação.

SUGESTÕES PARA MELHORAR O ACESSO ÀS AÇÕES DE SAÚDE:

“Eu acho que o que poderia melhorar é o caso de ter mais exames. No caso, quando você precisa fazer um raio-X... então passa um mês, dois meses, às vezes o aparelho tá quebrado...”. Mãe - focal – Tibau.

“Tem muita coisa, mas a gente não lembra uma a uma não. Sempre tem né alguma coisa... Mais informação”. Mãe Tibau

“Tem que dá mais informações, porque as informações são muito pouca né, muita gente aí não sabe nada disso”. Mãe Tibau

“É, no caso a gente tá no Bolsa Família, sabia que tinha que fazer cadastro, tinha que levar o filho para o colégio, tinha que pesar, fazer isso tudo. Mas é só, é um início de conversa, sabe! Se você for lá falar com a assistente social, ela vai te receber bem, vai te procurar no computador, se você tá recebendo, tudo aquilo, mas só! Você não sabe mais... não sabe porque é que você recebe... por que é que tem a escola...”; “Agente tem que saber qual é o direito da gente receber né...?” Mãe

Considerando as diversas referências das mães quanto à dificuldade de deslocamento da sua residência à Unidade de Saúde da Família considerou-se importante entender melhor quais seriam estas dificuldades e quais as alternativas geradas por estas para minimizá-las. O diálogo abaixo pode ajudar neste entendimento:

Forma e tempo de deslocamento para o acompanhamento de rotina no PSF:

- **Moderadora do focal:** Como se deslocam até à Unidade de Saúde da Família? A pé? De ônibus?

- **Mãe 1:** *“Se for doente, a pé fica difícil.”*

- **Moderadora do focal:** E se for pra acompanhamento, que não esteja doente, dá para ir a pé? Qual é a distância a pé da sua casa para a Unidade de Saúde mais próxima? Menos de meia hora, mais de meia hora?

- **Mãe 1:** *“Não sei, eu acho que gasto perto de uma hora.”*

- **Moderadora do focal:** E é assim que as senhoras sempre se deslocam para o serviço de saúde, a pé?

- **Mãe 1:** *“Não...de alternativo. Ou de ônibus (intermunicipal) que vai pra Natal. Tem gente que pega o ônibus do colégio...”*

- **Mãe 2:** *“De alternativo.”*

- **Moderadora do focal:** Seria cerca de quanto tempo a pé?

- **Mãe 2 :** *“Eu acho que levava quase uma hora pra chegar lá, porque é muito distante. .. é uma caminhada boa.”*

- **Mãe 3:** *“Quarenta minutos, a pé. Se for rápido. Se for mais lento é uma hora. “Eu não vou a pé porque ele (o filho) é pequenininho, no caso eu já não vou a pé”*

Custo do alternativo:

- **Mãe:** *“Um e vinte e cinco (R\$1,25)”*.

- **Moderadora:** Então ida e volta dois e cinquenta (R\$2,50)?

- **Mãe:** *“Agora vai aumentar pra R\$ 1,50 (várias falam ao mesmo tempo)...”*

- **Moderadora:** Já aconteceu das senhoras não irem ao posto de saúde porque não tinha dinheiro pra pagar o alternativo?

- **Mãe:** *“Já”*

- **Moderadora :** E o que fizeram?

- **Mãe:** *“Não fui naquele dia.”*

RESUMO DAS FACILIDADES REFERIDAS PELAS MÃES:

Para o acompanhamento do CD das crianças e de consultas de rotina destacaram tranquilidade no cumprimento;

Dedicação dos agentes de saúde e bom acolhimento na USF;

Maior facilidade na consulta “normal” - consultas básicas com o médico do PSF;

O recurso do PBF não atrasa para as famílias.

RESUMO DAS DIFICULDADES REFERIDAS PELAS MÃES:

Demora na realização de exames, tendo em caso de urgências assumirem em clinicas particulares. Burocracia, aparelho quebrado e impossibilidade de realizar em outra área em função da adstrição;

Alta rotatividade de profissionais, ficando períodos sem médico no PSF;

Dificuldades no agendamento com especialistas;

Têm que chegar muito cedo para pegar ficha;

Dificuldade no deslocamento;

Não recebem informações acerca dos critérios de inclusão. Não entendem porque as famílias recebem valores diferenciados.

EIXO: FOCALIZAÇÃO

Considerando que o Programa Bolsa Família é um programa de distribuição de renda, que tem como critério de inclusão a faixa de renda *per capita* das famílias (até

R\$ 120,00), o ideal para entender se o programa está focalizando nos mais necessitados seria conhecer o perfil de renda das famílias participantes e também das não participantes, comparando a situação. No entanto, considerando as dificuldades na obtenção desta variável, além dos cuidados metodológicos que deveriam ser tomados para minimizar os vieses de estimativas e o tempo necessário em campo para a obtenção de dados o mais fidedignos possível, essa opção foi descartada. Dessa forma, optou-se por obter através das entrevistas com mães (ou responsáveis pela criança) participantes, e não participantes, do programa, algumas informações sobre escolaridade do responsável pela criança, número de pessoas que moram no domicílio¹⁹ e número de crianças abaixo de sete anos residentes no domicílio²⁰. A análise comparativa dos dados apresentados nos quadros 9 a 12 permite inferir que nos municípios em estudo o critério de focalização do PBF está sendo respeitado. Entre as famílias participantes do PBF existe mais do que o dobro de mães/responsáveis sem escolaridade quando comparadas com as não participantes. Já estas últimas têm o dobro de mães/responsáveis com 9 anos ou mais de escolaridade (Quadro 9). A proporção de mães/responsáveis participantes do PBF que vivem em domicílios com sete ou mais pessoas é também maior (Quadro 10). E ainda, em Tibau do Sul, 26,99% das famílias participantes do PBF têm 3 ou mais crianças de até 07 anos de idade. Para as não participantes este percentual é de apenas 6,80%. Para Barra de São Miguel, as proporções de famílias com 3 ou mais crianças de até 7 anos são: 23,19% para as participantes do PBF e de 11,50% para as não participantes (Quadro 11). Adicionalmente identificou-se que no município de Tibau do Sul a proporção de crianças participantes do PBF (7,16%) com déficit de estatura em relação à idade é mais de quatro vezes aquela identificada para as crianças não participantes do programa (1,63%) e que esta diferença foi estatisticamente significativa (Quadro 12).

É importante destacar que esta análise não exclui a possibilidade de que existam famílias inseridas no critério de inclusão e fora do programa.

¹⁹ O ideal seria fazer o índice de aglomeração intradomiciliar. No entanto, para isto seria necessário conhecer o número de cômodos dos domicílios.

²⁰ Faixa etária inserida nas condicionalidades de saúde e também para o recebimento do recurso variável do PBF.

Quadro 9: Distribuição percentual das mães (responsáveis) participantes, e não participantes do Programa Bolsa Família, segundo anos de estudo. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

PERFIL				
(O (a) senhor (a) frequentou a escola até que ano?)				
Respostas	Tibau do Sul		Barra de São Miguel	
	Beneficiários do PBF?		Beneficiários do PBF?	
	Sim	Não	sim	Não
	(%)		(%)	
Sem escolaridade	7,28	2,75	14,96	6,15
1 a 3 anos	22,42	10,50	25,30	11,14
9 anos ou mais	19,42	47,43	17,97	41,44
Não sabe	1,87	0,00	1,28	0,00

Quadro 10: Distribuição percentual das mães (responsáveis) participantes, e não participantes do Programa Bolsa Família, segundo número de pessoas residentes no domicílio. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

PERFIL				
(Quantas pessoas moram na sua casa (na casa da criança)?)				
Pessoas no domicílio				
Respostas	Tibau do Sul		Barra de São Miguel	
	Beneficiários do PBF?		Beneficiários do PBF?	
	Sim	Não	sim	Não
	(%)		(%)	
Até 4 pessoas	33,91	68,99	36,87	59,20
Sete ou mais	31,45	11,01	28,76	19,51

Quadro 11: Distribuição percentual das mães (responsáveis) participantes, e não participantes do Programa Bolsa Família, segundo número de crianças de até sete anos residentes no domicílio. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

PERFIL				
(Quantas pessoas moram na sua casa (na casa da criança)?)				
Número de crianças de 0 a 7 anos de idade no domicílio				
Respostas	Tibau do Sul Beneficiários do PBF?		Barra de São Miguel Beneficiários do PBF?	
	Sim	Não	sim	Não
	(%)		(%)	
1 (uma)	32,59	66,19	40,58	60,56
3 ou mais	26,99	6,80	23,19	11,50

Quadro 12: Prevalência de *déficit* de comprimento/estatura para idade entre as crianças menores de 5 anos de idade, participantes e não participantes do Programa Bolsa Família. Tibau do Sul (RN). 2008

INDICADOR	p - valor	Beneficiários Bolsa Família		Total
		Sim	Não	
Baixo comprimento/estatura por idade	0,011	7,16	1,63	4,32

EIXO: COBERTURA VACINAL DAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS

Uma das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família é a manutenção do cartão de vacinação das crianças em dia. Para que este objetivo seja alcançado é necessário uma co-responsabilização entre os serviços de saúde, mais precisamente da rede de atenção básica, e as famílias. Neste tópico serão apresentadas duas vertentes de análise: a) a percepção das mães em relação à atualização do esquema vacinal de seu filho e; b) a situação da cobertura identificada pelos pesquisadores a partir da verificação do cartão das crianças (foram consideradas as vacinas BCG, anti-pólio e tetravalente).

Em relação à percepção das mães participantes do Programa Bolsa família, mais de 90% destas responderam positivamente ao questionamento: Na sua opinião, a criança está com as vacinas em dia? (Figuras 22a e 22b). O quadro 13 apresenta as coberturas estimadas para as vacinas BCG, anti-pólio e tetravalente a partir da verificação do cartão vacinal de crianças, participantes do PBF, que compareceram na segunda etapa da campanha de vacinação nos municípios de Tibau do Sul e Barra de São Miguel. Considerando que o Ministério da Saúde preconiza como parâmetro de cobertura, para municípios, a meta de 95% ou mais das crianças menores de 1 ano de idade, percebe-se que as coberturas estão em percentuais adequados ou próximos disso. No entanto, as terceiras doses da vacina anti-pólio e da tetravalente estão abaixo deste percentual recomendado. O quadro 14 apresenta as coberturas vacinais estimadas para as crianças não participantes do programa bolsa família. É perceptível que as coberturas vacinais das crianças cobertas pelo PBF são superiores aquelas das crianças não participantes do programa, especialmente a partir da 2ª dose.

É imprescindível destacar que estes dados ainda não foram discutidos com o setor de imunização dos municípios e nem com a equipe do Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde, os quais têm apropriação de toda dinâmica da vacinação. Dessa forma, sugere-se que para maior entendimento e confirmação dessas informações estas equipes sejam consultadas.

Figura 22a

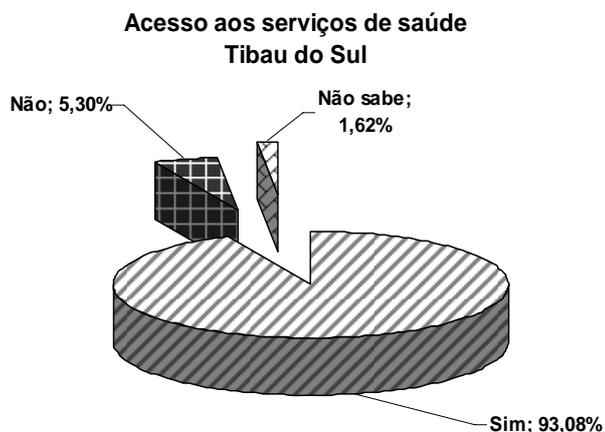
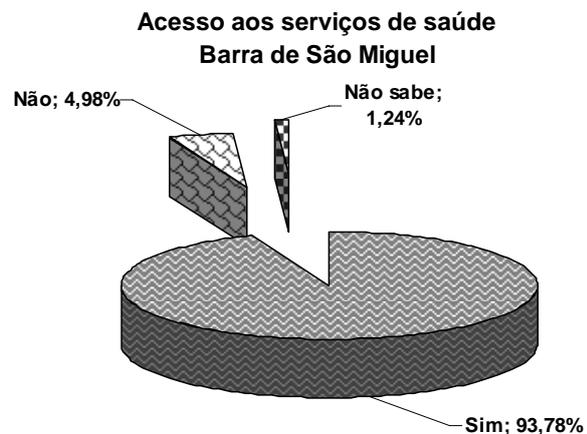


Figura 22b



Figuras 22a e 22b: Percepção de mães participantes do Programa Bolsa Família, quanto à atualização do cartão de vacinação da criança. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

Quadro 13: Cobertura vacinal estimada a partir da verificação do cartão vacinal de crianças participantes do PBF que compareceram na segunda etapa da campanha de vacinação. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

Acesso- beneficiários do Bolsa Família		
Cobertura vacinal das vacinas BCG, anti-pólio e tetravalente		
Respostas	Tibau do Sul	Barra de São Miguel
	(%)	(%)
BCG	97,43	97,64
Poliomielite – 1ª dose	98,72	98,02
Poliomielite – 2ª dose	96,86	92,63
Poliomielite – 3ª dose	94,36	87,85
Poliomielite – reforço	81,44	83,49
Tetravalente – 1ª dose	94,94	91,04
Tetravalente – 2ª dose	94,01	87,35
Tetravalente – 3ª dose	91,79	85,49

Quadro 14: Cobertura vacinal estimada a partir da verificação do cartão vacinal de crianças não participantes do PBF que compareceram na segunda etapa da campanha de vacinação. Tibau do Sul (RN) e Barra de São Miguel (AL). 2008

Acesso- Não beneficiários do Bolsa Família (Cobertura vacinal das vacinas BCG, anti-pólio e tetravalente)		
Respostas	Tibau do Sul	Barra de São Miguel
	(%)	(%)
BCG	97,60	99,15
Poliomielite – 1ª dose	95,32	95,69
Poliomielite – 2ª dose	91,58	89,04
Poliomielite – 3ª dose	84,02	77,76
Poliomielite – reforço	59,88	63,34
Tetravalente – 1ª dose	87,86	92,43
Tetravalente – 2ª dose	82,10	85,89
Tetravalente – 3ª dose	73,62	75,52

4.3 - PREVALÊNCIAS DE PROBLEMAS NUTRICIONAIS EM CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS NOS MUNICÍPIOS DE CABEDELO (PB), TIBAU DO SUL (RN) E BARRA DE SÃO MIGUEL (AL)

As tabelas 10, 11 e 12 apresentam a prevalência de problemas nutricionais entre as crianças menores de cinco anos de idade dos municípios de Cabedelo, Tibau do Sul e Barra de São Miguel. A avaliação nutricional destas crianças revelou que o perfil de transição nutricional identificado nacionalmente em outros estudos (baixas prevalências da desnutrição por déficit de peso e prevalências mais altas de excesso de peso) está presente nos três municípios com os programas em análise. Em relação às diferenças no estado nutricional, entre as crianças participantes do PBF e as não participantes, verificou-se que apenas o indicador que reflete a desnutrição crônica (comprimento/estatura por idade) apresentou diferença significativa entre os grupos (desfavorecendo os participantes), particularmente, para o município de Tibau do Sul, no Rio Grande do Norte.

Tabela 10. Prevalência de problemas nutricionais entre as crianças menores de 5 anos de idade. Cabedelo – Paraíba – Brasil. Agosto/2008

Indicador	Prevalência (%)
Muito baixo peso para idade	0,59
Baixo peso para idade	2,19
Baixo comprimento/estatura por idade	5,60
Baixo IMC por idade	1,17
Excesso de peso para idade	17,23

Tabela 11: Prevalências de problemas nutricionais entre as crianças menores de 5 anos de idade. Tibau do Sul – Rio Grande do Norte – Brasil. Agosto/2008

	p - valor	Beneficiários Bolsa Família		Total
		Sim	Não	
Muito baixo peso para idade	0,333	0,00	0,51	0,26
Baixo peso para idade	0,133	0,54	2,50	1,55
Baixo comprimento/estatura por idade	0,011	7,16	1,63	4,32
Baixo IMC por idade	0,405	0,79	1,99	1,41
Excesso de peso para idade	0,453	11,31	14,01	12,70

Tabela 12. Prevalências de problemas nutricionais entre as crianças menores de 5 anos de idade. Barra de São Miguel – Alagoas – Brasil. Agosto/2008

	p - valor	Beneficiários Bolsa Família		Total
		Sim	Não	
Muito baixo peso para idade	0,584	1,11	1,85	1,57
Baixo peso para idade	0,529	4,26	2,90	3,33
Baixo comprimento/estatura por idade	0,383	6,46	4,29	5,42
Baixo IMC por idade	0,473	0,35	0,86	0,67
Excesso de peso para idade	0,749	15,53	17,00	16,25

5 - LIÇÕES APRENDIDAS, REFLEXÕES, CUIDADOS METODOLÓGICOS E CONCLUSÕES GERAIS DO TRABALHO DE CAMPO E DA ANÁLISE DO PROGRAMA VITAMINA A MAIS E DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM ALGUNS MUNICÍPIOS DA REGIÃO NORDESTE

5.1 - APRESENTAÇÃO

É importante destacar que as lições aprendidas, conclusões e reflexões aqui descritas, foram obtidas a partir da análise de entrevistas, visitas in loco e grupos focais realizados no período de agosto a outubro de 2008 nos três municípios (Cabedelo -PB; Tibau do Sul -RN e Barra de São Miguel -AL) selecionados para o estudo. No momento da coleta de dados percebeu-se reconhecimento e sensibilização por parte da equipe de profissionais e gestores entrevistados sobre algumas questões abordadas neste documento. Durante a oficina de capacitação na metodologia IA já haviam sido discutidos vários nós críticos dos programas e necessidade de algumas reorientações. Além disso, durante o trabalho de campo procurou-se abordar o que poderia ser feito para minimizar alguns destes problemas. Ou seja, considerando a clara demanda por parte dos atores locais (mulheres beneficiárias dos programas, gestores e profissionais inseridos no PSF - incluindo os agentes comunitários de saúde) por informações adequadas sobre os programas, todo o processo de trabalho para aplicação da metodologia IA na análise dos programas *Bolsa família* e *Vitamina A mais* nos municípios de Tibau do Sul, Barra de São Miguel e Cabedelo foi percebido pela equipe de condução como uma oportunidade de sensibilização e de contribuição para com os municípios na perspectiva de fortalecimento da capacidade e autonomia destes no processo de gestão dos programas em alimentação e nutrição.

⇒ As lições aprendidas, algumas conclusões e reflexões apresentadas neste documento foram obtidas tendo como base o guia técnico *Melhoria dos Programas de Nutrição: um Instrumento de Análise para a Ação (IA)*. Este documento foi utilizado para nortear a elaboração dos instrumentos e a metodologia de análise dos dados coletados, pois aborda pontos essenciais para a avaliação de programas e políticas públicas, em especial aqueles voltados à alimentação e nutrição. O IA tornou-se um

roteiro que auxiliou na definição das questões que seriam utilizadas nas entrevistas e grupos focais com os diversos atores sociais envolvidos na operacionalização dos programas em análise. Foi utilizado como suporte para definição dos eixos de análise que não poderiam deixar de serem considerados tanto no desenho do trabalho de campo como na análise dos dados e informações obtidas. Além disso, a metodologia de análise foi baseada no método de análise *DAFO* – Debilidades, Ameaças/Limitações, Fortalezas e Oportunidades –, onde os dados coletados foram agrupados em eixos, de acordo com as similaridades encontradas. Em cada eixo definido procurou-se observar e analisar as fragilidades, potencialidades e apontar reflexões sobre alternativas para a reorientação e/ou qualificação das ações e serviços de saúde inerentes aos programas em análise e destinados à população-alvo.

5.2 - LICÇÕES, CUIDADOS METODOLÓGICOS E OBSERVAÇÕES GERAIS

5.2.1 - A partir do trabalho de campo

- Realizar avaliações de programas de alimentação e nutrição (e programas e políticas públicas em geral) em períodos próximos à eleições municipais (ou seja, em final de mandato) não é a opção mais oportuna. O momento eleitoral deixa os gestores da saúde (*secretário de saúde, diretoria da atenção básica e coordenador da área de alimentação e nutrição*), os profissionais (*médicos, enfermeiros, nutricionistas, auxiliares de enfermagem e Agentes comunitários de saúde*) e a comunidade participante dos programas mais apreensivos com o processo avaliativo e receosos de que os aspectos negativos identificados no programa ganhem destaque e influenciem no processo eleitoral (na escolha do novo representante municipal executivo - o prefeito). Esse fato torna-se ainda mais delicado quando o atual prefeito está disputando o cargo para reeleição, situação identificada nos três municípios selecionados para aplicação da metodologia IA-FAO na análise dos programas no Brasil.
- Questão para reflexão: Em apenas um dos municípios (Cabedelo-PB), espaço de estudo, o prefeito anterior foi mantido e mesmo neste caso atores centrais (Secretário de saúde e diretora do departamento de atenção básica), para a

implementação de um plano de ação reorientando os programas em análise, não estão mais assumindo cargos no município. Ou seja, alguns dos representantes dos municípios, capacitados na metodologia IA-FAO, foram substituídos²¹.

- Questão para reflexão: Seria estratégico realizar avaliações sempre em início de mudança de governo municipal, diagnosticando a situação atual de funcionamento dos programas, os nós críticos e o impacto favorável desses. Em seguida, traçar coletivamente um plano de ação construído democraticamente (com a participação de gestores, representantes da comunidade e profissionais), com representação intersetorial. A comunidade e as instâncias de controle social devem ser percebidas como parceiras-chaves no processo de acompanhamento das ações planejadas. É fundamental também a estruturação de um protocolo de monitoramento e de avaliações sistemáticas (de preferência ao final de cada ano) das ações acordadas no plano de ação. Este processo paralelo a uma maior participação dos profissionais e da comunidade na análise dos programas e no pensar de estratégias para a qualificação desses pode contribuir favoravelmente para a institucionalização do processo de monitoramento e avaliação e para que os objetivos propostos nas resoluções dos programas de Alimentação e Nutrição e de combate à fome e à pobreza sejam oportunamente atualizados e efetivamente promovam mudanças positivas na situação de Segurança Alimentar e Nutricional do público-alvo. Para isso é importante também que haja previsão dos governos Federal, Estadual e Municipal de recursos e insumos para a área de Monitoramento e Avaliação de Programas de Alimentação e Nutrição. A formação e/ou fortalecimento de parcerias com Universidades e entidades governamentais e não governamentais pode ser uma estratégia bastante favorável. No caso da análise dos dois programas no Brasil, essa parceria não foi apenas fundamental do ponto de vista técnico-científico, mas também de apoio na disponibilização de recursos humanos e de insumos necessários ao trabalho de campo e à análise dos dados obtidos.

²¹ Em Barra de São Miguel foram mantidos o secretário de saúde e a nutricionista responsável pela área de alimentação e nutrição. Em Cabedelo foi mantida a nutricionista coordenadora da área de alimentação e nutrição e foi afastada a coordenadora da atenção básica que participou da oficina. Os profissionais de Tibau do Sul ainda não retornaram estas informações solicitadas.

- O primeiro momento da coleta de dados “in loco” nos municípios ocorreu durante a segunda etapa da campanha de vacinação (09 de agosto de 2008). A escolha da data foi permeada pela lógica de captar um maior número possível de mães/responsáveis de menores de cinco anos aproveitando a estrutura já montada e bem organizada para as campanhas nacionais de imunização. No entanto, durante todo o processo de preparação da logística e de treinamento da equipe para aplicação das entrevistas teve-se o cuidado de destacar a importância do seguimento da metodologia programada para alcance da meta e minimização dos riscos de atrapalhar a campanha de vacinação. Ou seja, considerar sempre que a prioridade era a imunização das crianças. Dessa forma, a logística montada para as entrevistas foi realizada em conjunto com os responsáveis nos municípios pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), os quais foram parceiros fundamentais nesse momento. Através do cálculo amostral, estimou-se o número de entrevistas representativas do município. Para alcançar a meta em cada município estipulou-se o número mínimo de entrevistas a serem realizadas por posto de vacinação. Objetivando tornar o processo o mais tranquilo possível e sem longas esperas por parte das mães (minimizando perdas por desistências), definiu-se que em cada posto de vacinação ficariam entre dois a três entrevistadores a depender da demanda prevista a partir da campanha anterior. A sequência aleatória definida anteriormente foi a de que as duas primeiras mães da fila seriam entrevistadas. E em seguida, para cada duas mães da fila de vacinação que aceitavam responder a entrevista, as duas seguintes não eram entrevistadas. Essa lógica foi mantida até se obter o número estimado de entrevistas por posto. Alguns aspectos éticos bastante debatidos nos treinamentos e no dia da coleta foram: a prioridade era a vacinação; a fidedignidade dos dados obtidos era tão importante (ou até mais) quanto o alcance da meta; o respeito aos responsáveis pelas crianças, inclusive para com os que optassem pela recusa (praticamente inexistente), era imprescindível; participar da pesquisa era uma opção deles por colaborar no processo! Além disso, a preocupação em obter o número estimado de entrevistas e o número previsto de crianças com suas medidas antropométricas tomadas não poderia “dificultar” e por hipótese alguma tumultuar a campanha de vacinação.

- O trabalho de campo reafirmou que a opção pelo sorteio aleatório por área de abrangência do PSF para montagem dos participantes dos grupos focais (mães e agentes comunitários de saúde) foi uma importante opção metodológica. A participação de atores sociais inseridos na operacionalização dos programas oriundos de diferentes microáreas dos municípios permitiu a apreensão ampliada de percepções diversificadas sobre os programas. Mesmo nos municípios menores com apenas três ou quatro equipes de saúde da família foi possível identificar particularidades, no olhar dos participantes quanto ao acesso às ações dos programas, a depender da área de moradia e, conseqüentemente, da Unidade de Saúde da Família de referência. Nesse sentido, faz-se importante que os indivíduos sorteados pela equipe de pesquisadores (avaliadores) tenham sua possibilidade de participação garantida evitando substituições “em cima da hora” (em especial aquelas feitas por indicação e/ou facilidade na participação por proximidade do local, por exemplo) sem um novo sorteio. Percebeu-se que mulheres, participantes dos programas, que residiam em áreas mais distantes do centro do município (especialmente as menos jovens, gestantes e nutrizes) apresentaram maiores dificuldades de deslocamento para acesso ao local do encontro. Em menor grau esta situação também foi identificada para os Agentes comunitários de saúde. Para estes últimos, é importante também facilitar o reagendamento das atividades vinculadas ao Programa Saúde da Família viabilizando a sua participação.

- A cooperação dos municípios é peça chave para a viabilização do trabalho de campo. Nos três municípios, com os programas em análise, os gestores tentaram superar as dificuldades administrativas e contribuíram, sempre que possível, para que tudo fluísse conforme planejado. Foi necessário, por exemplo, em alguns momentos, que as Secretarias de saúde assumissem o deslocamento das mães para participarem dos encontros. Destacam-se alguns fatores facilitadores deste processo de cooperação dos municípios: a) Na seleção dos municípios participantes considerou-se “a vontade política” do gestor em aderir ao processo de análise; b) Sensibilização através da oficina nacional realizada para repasse da metodologia IA – FAO com representantes dos municípios; c) O planejamento prévio por parte da equipe de condução do trabalho de campo da logística necessária à coleta de dados. Durante a organização do trabalho de campo foi realizado contato freqüente com as

nutricionistas, coordenadoras dos programas, dos municípios para repasse de informações em um processo de co-responsabilização.

- O fato dos gestores da saúde no município e, particularmente, as coordenações de alimentação e nutrição estarem envolvidas e comprometidas com a participação das mães, agentes comunitários de saúde e os demais profissionais das equipes de saúde da família, facilitando o deslocamento e/ou liberação destes para o comparecimento às entrevistas e encontros focais, viabilizou a realização do trabalho de campo. No entanto, em alguns momentos, este envolvimento demandou, por parte da consultora nacional (condutora do trabalho de campo), uma maior habilidade para que estes diversos atores sociais “sentissem-se a vontade” para expressarem as suas percepções sobre os programas que são participantes ou atuam como profissionais. Esta situação foi mais freqüente quanto menor o município e maior o envolvimento da gestão e da coordenação dos programas com os participantes.

- De modo geral, os profissionais expressaram preocupação com a entrevista e a sensação de estarem sendo avaliados. A tensão no início da entrevista era perceptível e expressa por estes. No entanto, esta situação era amenizada e a entrevista fluía após os minutos iniciais de explicações e dinâmicas de relaxamento. A maior preocupação parecia ser quanto a pouca informação que tinham sobre os programas. É interessante destacar que os agentes comunitários de saúde foram em geral os atores sociais que permaneceram “mais a vontade” para expressarem as suas idéias. O intenso conhecimento por parte destes profissionais da real forma de condução dos programas na prática, ou seja, de como estas ações alcançam os beneficiários e são percebidas por estes, parece deixá-los mais a vontade para relatarem os pontos positivos e frágeis. Além disso, refletem com maior intensidade o compromisso e desejo de contribuir para a resolução dos problemas abordados.

- A inexistência de um processo de monitoramento e avaliação institucionalizado que extrapole estatísticas de produção (como proporção de crianças com medidas antropométricas aferidas ou número de cápsulas distribuídas) e incorpore a participação de beneficiários (participação comunitária e controle social), profissionais e gestores dos programas na identificação das fragilidades e

potencialidades destes e na busca de estratégias para qualificá-los pode ser o fator principal para a preocupação dos profissionais com as entrevistas e encontros de grupos focais. Identificou-se, frequentemente, uma necessidade dos profissionais de justificarem o não envolvimento com o programa ou o desconhecimento sobre o funcionamento deste. Em geral, a responsabilidade sobre a condução do programa e a necessidade de conhecimento acerca dele eram transferidos para o profissional de nutrição.

- No planejamento do trabalho de campo foram previstas estratégias que durante as entrevistas e encontros de grupos focais contribuíram para o estabelecimento de um clima de interação e troca entre a moderadora/entrevistadora e os atores sociais dos municípios. O cuidado na abordagem prevaleceu em todo o trabalho de campo, na perspectiva de estabelecer uma relação de horizontalidade e confiança diante dos participantes, reafirmando sempre a importância da participação destes no processo de análise dos programas. Destacou-se exaustivamente, que o foco da análise eram as ações desenvolvidas no programa e que o objetivo central era identificar as dificuldades e potencialidades para montar um plano de ação com estratégias para aumentar a eficácia do programa. Um outro aspecto considerado foi a flexibilidade no tempo e na forma de realizar as perguntas, repetindo-as, quando necessário, de diversas formas até o entendimento por parte do entrevistado. Foram realizadas também dinâmicas de relaxamento e descontração (particularmente nos encontros de grupo focal) com a utilização de bolas e tarjetas coloridas confeccionadas com a colaboração dos participantes. Dentro das condições de cada município, tentou-se garantir a privacidade dos participantes com as reuniões realizadas sempre em espaços sem circulação de outras pessoas.

- A maioria dos entrevistados e participantes dos grupos focais percebiam os entrevistadores como profissionais que estavam no município com o objetivo de orientá-los quanto aos programas, ou seja, na função de capacitadores. E estão incluídos nesta dinâmica os gestores e os profissionais de nível superior. O trabalho de campo foi percebido também como um momento de sensibilização para reorientação das ações, capacitação e troca de informações, tornando-se uma oportunidade dos atores sociais inseridos na análise (mães, agentes comunitários de saúde e os demais profissionais) expressarem suas dúvidas, seus desejos de maior

informação para contribuírem com mudanças favoráveis. Foi um momento de grande troca e interação. Uma grande (se não a maior) potencialidade para reorientação de ações não satisfatórias nos programas é a captação destes atores sociais como parceiros e co-responsáveis. E para isso, o passo inicial é a horizontalização da gestão na saúde tendo como base um trabalho de co-participação e co-responsabilização com investimentos no fortalecimento da participação comunitária com intenso controle social.

- O momento das entrevistas e dos grupos focais foi também um espaço para os profissionais, agentes comunitários de saúde, mães e gestores manifestarem as suas dúvidas e obterem informações acerca dos programas. Dentro do possível, as dúvidas eram esclarecidas pela consultora nacional, sempre ao final da sessão para minimizar os riscos de enviesar a análise. No entanto, esta dinâmica promoveu sobrecarga durante o trabalho de campo considerando o “equilíbrio” necessário entre o tempo disponível para atingir os objetivos previstos, facilitar para que os entrevistados ficassem confortáveis para expressarem as suas opiniões e também tivessem a oportunidade de terem parte das suas dúvidas esclarecidas. O trabalho de campo (em particular, na etapa qualitativa) representou um momento de desenvolvimento para os participantes tanto nos aspectos de obtenção de informações sobre os programas quanto no expressar dos seus sentimentos. Os participantes com base em suas experiências cotidianas trouxeram elementos de contribuição para a análise dos programas. **Uma lição aprendida neste aspecto:** O trabalho de campo para análise de programas públicos de alimentação e nutrição e/ou de combate à redução à pobreza não pode ser pensado como um momento pontual de coleta de informações. É necessária uma integração no cotidiano das ações e uma maior flexibilidade no tempo disponível com, inclusive, diversos retornos ao local que possibilitem o conhecimento, na prática, da organização, pelo menos, da rede básica de atenção à saúde e o entendimento geral do espaço que os programas de alimentação e nutrição em análise ocupam nesta rede.

5.2.2 - A partir da análise do programa Vitamina A mais

O Programa de suplementação de megadoses de vitamina A está produzindo impacto? Terá sustentabilidade? Quais fatores influenciam negativamente em sua sustentabilidade?

• **PERCEPÇÃO GERAL:** Percebeu-se que o eixo central do Programa de Suplementação de Vitamina A no município de Cabedelo é a distribuição das megadoses deste micronutriente. E ainda, que as orientações quanto às questões gerais e nutricionais relativas à vitamina A (importância, fontes, formas alternativas de acesso a alimentos ricos neste micronutriente, problemas desencadeados por sua carência, alimentos e condição de saúde que auxiliam ou dificultam a sua absorção, entre outras questões), acontecem de forma pontual considerando a formação específica e habilidade individual de cada profissional nutricionista inserido no Programa Saúde da Família. Identificou-se também ausência de um processo de monitoramento e avaliação institucionalizado e de um protocolo de capacitação que contemple as ações desenvolvidas no *Programa Vitamina A mais*, além de uma desarticulação deste Programa com quaisquer outros Programas de Alimentação e Nutrição ou estratégias de Segurança Alimentar e Nutricional. Adicionalmente, a população, (o público alvo), em geral, não tem apropriação sobre o Programa, não tendo clareza suficiente dos riscos para as crianças no caso deste vir a ser extinto sem uma opção mais sustentável.

CONTEXTO: O primeiro “desenho” deste programa em nível nacional foi impulsionado pelo objetivo central de reduzir a prevalência de hipovitaminose A, eliminando (ou reduzindo o máximo possível) os sinais clínicos mais danosos (mancha de bitot, xerose conjuntival, ceratomalácia entre outros) desta carência vitamínica. Esta perspectiva perdurou aproximadamente até a segunda metade da década de 80. A partir deste período surgiram evidências de que a carência sub-clínica da vitamina A, sem os sinais já referidos também pode contribuir para a morbidade e mortalidade em crianças, recém nascidos, mulheres em idade fértil, puérperas e nutrízes. Existem evidências na literatura científica de que os programas de intervenção nutricional, mesmo quando não integrados a outros programas de intervenção em saúde e nutrição podem evitar a morte

de milhões de crianças e salvá-las da cegueira nutricional irreversível²². **REFLEXÕES:** Por esta vertente de análise, mesmo que o Programa de suplementação de vitamina A no município de Cabedelo esteja restrito à distribuição das megadoses desta vitamina (desde que em coberturas adequadas) estaria produzindo impacto positivo na prevenção de sinais clínicos e sub-clínicos às crianças menores de 5 anos²³. No entanto a distribuição de megadoses de vitamina A, apesar de ser a ação central do programa, deve estar associada a ações estratégicas que promovam um maior acesso e consumo da população a alimentos ricos em vitamina A e/ou seus precursores (betacarotenos), além de práticas educativas que estimulem a incorporação de hábitos alimentares saudáveis com maior ingestão de alimentos fontes deste micronutriente. Pois se o programa se limita a distribuição das megadoses, em desarticulação com outras ações de Segurança Alimentar e Nutricional, ele vai se manter como ação emergencial. **A QUESTÃO CENTRAL PARA REFLEXÃO E DEBATE É:** *A distribuição de megadoses de vitamina A deve ser o “foco” de sustentabilidade do Programa de suplementação de vitamina A? Esta é uma ação que deve ser mantida indeterminadamente?*

• **PROPOSTAS GERAIS INICIAIS:** **1-** A integração deste programa com, por exemplo, o Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) e o Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar (PRONAF) pode ser sugerida como uma medida favorável para que na prática este programa seja mais uma estratégia efetiva de Segurança Alimentar e Nutricional. Entende-se que o estímulo à produção de alimentos fontes de betacaroteno por pequenos agricultores garantindo a venda de parte da produção para fornecimento às escolas e creches de forma institucionalizada, assim como a intensificação das ações de educação alimentar e nutricional numa parceria escola e Programa Saúde da Família pode contribuir favoravelmente para uma maior probabilidade de impacto positivo e de sustentabilidade do programa. Nos municípios trabalhados, inclusive naqueles em que o Programa de Suplementação de vitamina A não foi avaliado, mas sim o programa Bolsa Família, não se percebeu a articulação institucionalizada dessas ações nos municípios. **2-** Plano de apoio em parceria com as secretarias estaduais de saúde à estruturação da área de Alimentação e Nutrição nos municípios com proposta de plano de ação que inclua o objetivo de discutir a

²² Ramalho, R.A.; Flores, H.;Saunders, C. Hipovitaminose A no Brasil: um problema de Saúde Pública. Revista Panamericana de Salud Publica.12(2),2002.

²³ No município as ações desenvolvidas na Atenção Básica (Programa Saúde da Família) vinculadas a este programa parecem se limitar a esta faixa etária (menores de 5 anos).

necessidade de qualificação e/ou reorientação das ações inerentes ao *Programa Vitamina A mais* com o acompanhamento intensivo por parte das Secretarias Estaduais de Saúde e da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **OBSERVAÇÃO:** Reconhece-se que propostas similares já existem, no entanto na prática é necessário um acompanhamento mais efetivo. Também são reconhecidos os problemas de Recursos humanos, financeiros e materiais existentes nas Secretarias Estaduais de Saúde e no Ministério da Saúde. Neste último especialmente em função da fragilidade dos contratos temporários e poucos profissionais inerentes ao quadro fixo concursado. No entanto, no que diz respeito ao Programa de suplementação de vitamina A, pelo menos, no município em análise, é fundamental que a curto prazo sejam discutidos os resultados identificados na análise em questão e pensadas coletivamente alternativas de reorientação da sua forma de condução. Reconhece-se também que muito tem se avançado nas discussões em nível nacional sobre Segurança Alimentar e nutricional e Direito Humano à Alimentação Adequada. E ainda que a equipe não apenas do Ministério da Saúde, mas de todo o Governo Federal em parceria com Organizações não governamentais e Organismos representantes da sociedade civil têm se empenhado para o efetivo alcance deste direito pela população brasileira. No entanto este é um processo contínuo e desafiador em especial pela dimensão territorial brasileira e pela grande iniquidade na situação de saúde e condição de vida da população.

OUTRAS QUESTÕES DA ANÁLISE DO VITAMINA A MAIS:

- Identificou-se que em algumas Unidades de Saúde da Família de Cabedelo, as megadoses são armazenadas na sala de vacina e aplicadas também neste setor. E ainda que em algumas situações específicas (nutricionista ausente e campanhas de vacinação) são administradas pelas auxiliares de enfermagem (sem uma orientação prévia das orientações nutricionais a serem fornecidas) no mesmo momento de aplicação das vacinas sendo anotadas inclusive no mesmo espaço do cartão da criança reservado para este fim. Este fato aliado a associação da distribuição das megadoses em campanhas de vacinação e a não institucionalização da especificação contínua por parte dos profissionais às mães de que a megadose de vitamina A é um suplemento e não uma vacina pode ter contribuído para que parte das mães, dos ACSs e até profissionais de nível superior “abordem” de forma similar as megadoses de vitamina A e as vacinas. A ampliação do uso do novo cartão da criança no qual existe espaço específico para

anotação da vitamina A pode ser uma estratégia para que o momento da administração da megadose (em especial na primeira dose) seja utilizado para repassar informações referentes ao programa com destaque para a importância da administração semestral das megadoses até os 59 meses.

- A concepção das megadoses de vitamina A como vacina pode até contribuir para aumentar a adesão das mães ao programa em algumas situações específicas, mas por outro lado, pode favorecer a não compreensão de que esta deve ser uma ação emergencial preventiva que não deve substituir a incorporação de hábitos alimentares saudáveis com a ingestão adequada de alimentos fontes de vitamina A. E que para que este programa seja realmente incorporado e gerenciado como parte das estratégias de Segurança Alimentar e Nutricional e dentro do contexto do Direito Humano a Alimentação Adequada precisa estar articulado com outros programas de Alimentação e Nutrição e com estratégias que viabilizem à população menos favorecida o acesso a uma alimentação mais adequada rica em alimentos fontes.

- Identificou-se que não há acompanhamento, por parte do Programa Saúde da Família, das mulheres que recebem (ou não) a megadose de vitamina A no pós parto imediato e destas quais as que amamentam. Entende-se que é importante vincular, por exemplo, a necessidade de distribuição das doses no pós-parto imediato em nível hospitalar ao incentivo ao aleitamento materno como forma de assegurar os níveis séricos adequados às crianças menores de 6 meses amamentadas exclusivamente ao peito e acompanhar com especificidade aquelas que não mamam ao peito. Ou seja, o programa não estará causando o impacto desejado caso as puérperas recebam a megadose no pós-parto, porém não amamentem seus filhos (ou não recebam, a megadose no pós- parto imediato, e amamentem seus filhos sem um acompanhamento nutricional adequado). Em síntese: Não existe articulação entre o PSF e os hospitais/maternidades quanto à suplementação de vitamina A às puérperas conforme previsto no Art. 3º, Parágrafo Único da Portaria 729.

- A sistemática de abastecimento e distribuição das cápsulas de megadose no município deve ser revista. Percebeu-se fragilidade no controle de estoque por parte da coordenação do programa. As cápsulas ficam armazenadas na secretaria de saúde sob a

responsabilidade da coordenação do programa que encaminha as cápsulas às Unidades de Saúde da Família, quando solicitada por estas. Porém, como não há um controle de entrada e saída, por parte da coordenação de Alimentação e nutrição no município, esta não tem conhecimento do número de cápsulas que ainda consta armazenado. Apesar das Unidades de saúde da família informarem o número de doses administradas mensalmente, estas são consolidadas pela coordenadora do programa e registradas no site do programa sem uma estimativa por USF. Quanto à administração das doses é importante que na ausência do profissional responsável na USF pela administração e armazenamento das cápsulas (na grande maioria os nutricionistas) seja identificado um substituto, pois foi referido (por mães e por profissionais) que em algumas unidades de saúde da família, em situações específicas (por exemplo, férias do nutricionista ou turno em que este atua em outra USF) a mãe era orientada à retornar em outro momento, considerando que a distribuição das cápsulas é de responsabilidade exclusiva de um profissional. Ou seja, é necessário uma apropriação dos diversos programas de alimentação e nutrição por parte da equipe de saúde da família.

- A cobertura do programa é calculada para o município. No entanto, para a gestão municipal do Programa seria adequado identificar como está a cobertura em cada Unidade de Saúde da Família. Ou seja, é necessário identificar quantas crianças na faixa de inclusão do Programa residem nas áreas de abrangência de cada uma das dezenove Unidades de Saúde da Família e qual a proporção destas está com a megadose de vitamina A atualizada. Ou seja, a **cobertura deve ser calculada por Unidade de Saúde da Família** e os dados consolidados pela coordenação do Programa e discutidos entre as equipes de saúde da família. Esta dinâmica permitirá a identificação de quais fatores estão contribuindo para que em algumas USFs a meta esteja sendo atingida e em outras não. A análise coletiva dos fatores que influenciaram em uma situação e na outra deve servir de base para a condução de estratégias de busca ativa nas áreas com coberturas inadequadas e o traçar de um plano para maior adesão das mães às ações do Programa.

- **Focalização:** A observação dos dados oficiais de cobertura das megadoses de vitamina A em crianças entre 06 e 59 meses no município de Cabedelo no primeiro semestre de 2008 e da cobertura obtida a partir do trabalho de campo (verificação do cartão de vacinação de uma amostra de crianças que estiveram presente no dia da

vacinação) na análise do programa *Vitamina A mais* no município, leva à algumas reflexões: a) As coberturas oficiais são mais altas do que as estimadas na pesquisa amostral que através de sorteio aleatório coletou dados em quinze das dezenove unidades de saúde da família do município. Esta observação respalda o olhar da necessidade de análise das coberturas por Unidade de Saúde da Família como subsídio para entender em que área a atenção precisa ser redobrada; b) todos que estão cobertos pelo programa estão na faixa etária de inclusão. Mas será que todos da faixa etária de inclusão (grupo de risco) que residem nas áreas de abrangência das USFs estão incluídos? Os agentes comunitários de saúde conhecedores do número (e da situação) de crianças das áreas cobertas podem contribuir para o cálculo real da cobertura e para a busca ativa das crianças sem vitamina A em dia. Mas é necessário também, que as Unidades de Saúde da Família tenham o registro da situação de vitamina A das crianças, viabilizando a busca ativa. No período do trabalho de campo em Cabedelo identificou-se que após a administração da vitamina A o profissional da USF anotava no cartão da criança que era devolvido à mãe. Na USF ficava apenas o registro em uma planilha do número de doses administradas sem especificar quais as crianças tinham recebido. A utilização de um simples caderno para registro do nome e idade em meses da criança, data da administração e tipo de dose aplicada, facilita a identificação daquelas que estão “descobertas” viabilizando a busca ativa. Esta medida já está sendo utilizada em uma USF campo de estágio e tem se mostrado facilitadora; c) As crianças “não cobertas” pelo programa são as que têm maior ou menor risco de deficiência de vitamina A? d) A importância da administração das megadoses é a mesma para as crianças menores de 1 ano e para aquelas entre 12 e 59 meses? Então, por que as coberturas mais satisfatórias estão nas idades mais precoces e vão caindo com o aumento da idade? Observou-se também o desconhecimento por parte da atenção básica (coordenação do programa) do percentual de mulheres no pós parto que receberam de imediato as doses de vitamina A o que impossibilitou a identificação de cobertura para este grupo também alvo do programa.

5.2.3 – A partir da análise do acompanhamento das condicionalidades de saúde do programa bolsa família

- A análise da dinâmica do acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (PBF) torna-se incipiente se realizada, no interior do setor saúde, isolando este componente do contexto geral do Programa. Uma avaliação do PBF, seja qual for o foco da abordagem, deve incluir atores sociais de outros setores, em especial das Secretarias de Desenvolvimento e Ação Social (gestora do programa em nível municipal) e da Educação (gestora das condicionalidades da educação). Considerando ser esta uma estratégia de enfrentamento da pobreza e da miséria com vistas a um maior desenvolvimento social no Brasil, o impacto favorável e a sustentabilidade do programa estão diretamente vinculados à integração das diferentes áreas envolvidas na sua operacionalização e, do exercício na prática, da intersetorialidade para a identificação e enfrentamento dos problemas.
- Identificou-se desarticulação entre as três secretarias envolvidas com as ações relacionadas ao Programa Bolsa Família nos municípios analisados. Em geral, o PBF é percebido como um programa predominantemente da Secretaria de ação social (gestora do programa) e as secretarias de saúde e de educação ficam responsáveis pelo cumprimento das respectivas condicionalidades por parte dos participantes do programa. As condicionalidades de saúde e de educação são administradas como especificidades de cada setor e o diálogo entre os atores sociais envolvidos no acompanhamento destas, nas diferentes secretarias, incipiente. As informações da secretaria de saúde sobre as famílias do PBF acompanhadas, ou sobre as dificuldades de acompanhamento de outras, não são compartilhadas com as secretarias de educação e de ação social. Adicionalmente, a base de dados para registro das informações sobre as famílias é específica para cada secretaria e não há cruzamento dos dados alimentados. Entende-se esta desarticulação como um fator que pode dificultar a percepção das condicionalidades de saúde como um direito dos participantes e uma oportunidade de melhoria da condição de vida e de saúde destes. Ou seja, é necessário atenção para que as condicionalidades não sejam percebidas, por parte da equipe coordenadora e executora, como uma norma a ser cumprida e, por parte dos participantes do programa, como uma obrigação para continuidade do recebimento do “benefício”. A co-responsabilização na oferta e no cumprimento das

condicionalidades de saúde entre gestores, profissionais e comunidade pode favorecer a identificação das dificuldades e o pensar de estratégias para a qualificação e institucionalização destas.

- A desarticulação entre as secretarias na gestão e na execução das ações do PBF foi reconhecida pelos atores sociais das secretarias de ação social e de saúde. Esta percepção foi afirmada tanto na oficina de trabalho regional para repasse da metodologia IA da FAO quanto durante as entrevistas com os coordenadores do programa nos municípios. Os gestores e coordenadores da secretaria de saúde que participaram da oficina relataram ter percebido esta questão a partir dos trabalhos e debates realizados no evento. E, ainda, durante as entrevistas nos municípios ao ser levantada esta questão tanto os gestores da saúde quanto os da ação social se mostraram sensibilizados com a necessidade de implementar mudanças no sentido de uma maior integração. Evidenciou-se que a análise do acompanhamento das condicionalidades da saúde no PBF tendo como base a metodologia IA contribuiu, também, na fase de capacitação e coleta de informações para um olhar mais crítico sobre o funcionamento do programa.

- O caráter intersetorial do PBF, particularmente no que se refere ao acompanhamento e controle do cumprimento das condicionalidades e à oferta de programas complementares que são considerados elementos centrais da implementação desta política social, está previsto na portaria número 148 do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome²⁴. Acredita-se que a existência na prática de coordenação intersetorial pode impactar positivamente na sustentabilidade do PBF a partir da qualificação do acompanhamento e da oferta de maiores condições à população para cumprimento das condicionalidades e para o entendimento destas como estratégias estruturais de melhoria da situação de saúde e condição de vida da população beneficiária. Ou seja, as condicionalidades (junto com programas complementares) devem ser percebidas como estratégias que contribuam para que o PBF efetivamente estimule o desenvolvimento e a autonomia dos participantes, provocando mudanças estruturais em detrimento de uma

²⁴ Portaria nº.148, de 27 de abril de 2006 que estabelece normas, critérios e procedimentos para apoio à gestão do Programa Bolsa Família e do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa.

abordagem “assistencialista” no cuidado em saúde. PROPOSTAS: a) Sugere-se que, na oficina para apresentação e debate dos resultados obtidos na análise do acompanhamento das condicionalidades da saúde, sejam inseridos atores das três secretarias (ação social, educação e saúde) envolvidas na gestão do programa como forma de estimular o pensar e implementar de estratégias que viabilizem maior articulação; b) Em outra análise, mesmo que o foco sejam as condicionalidades da saúde, entende-se ser estratégico incluir na oficina de capacitação da metodologia IA atores da secretaria de ação social e da educação. A percepção destes últimos também deve ser incluída em análises posteriores.

- Os relatos de mulheres beneficiárias (mães de crianças entre 0 e 7 anos) do programa bolsa família apontam para uma relativa facilidade no cumprimento das condicionalidades de saúde (imunização das crianças, tomada de medidas antropométricas e pré-natal). Estas consideram a interlocução dos Agentes Comunitários de Saúde e o bom acolhimento nas Unidades Saúde da Família como fatores estimuladores e facilitadores deste processo. Em contrapartida, destacam, como entraves ao acompanhamento sistemático pela USF, dificuldades na acessibilidade, seja ela geográfica (dificuldade de deslocamento até à USF pela distância e/ou carência ou custo alto dos transportes) ou organizacional (necessidade de se deslocarem muito cedo para a USF como forma de garantirem o atendimento já agendado com antecedência - número limitado de “fichas” por turno de atendimento). Esta última dificuldade foi referida particularmente por mulheres residentes de áreas mais afastadas do centro do município.

- Uma das condicionalidades de saúde é o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de até sete anos de idade vinculadas ao PBF. O registro do peso e altura destas crianças é realizado, em um sistema de acompanhamento nacional informatizado, com frequência semestral, como um dos pré-requisitos para que o município receba recursos de apoio financeiro à gestão descentralizada do PBF. Nos dois municípios em que se analisou o acompanhamento do cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF, a dinâmica percebida foi, em geral, a de que para alimentar o referido sistema com os dados antropométricos destas crianças são realizadas “chamadas nutricionais” semestrais. Ou seja, o profissional nutricionista agenda uma data e um local para

que as mães beneficiárias do PBF levem seus filhos para a aferição das medidas. Os agentes comunitários intermedeiam este processo esclarecendo às mães sobre a importância da presença das crianças. Estas “chamadas nutricionais” acontecem de forma descentralizada para captar crianças de várias áreas do município e podem ser realizadas em uma USF ou em outro local como, por exemplo, escolas e salões paroquiais. No anexo 1 está apresentada uma síntese das coberturas de acompanhamento das condicionalidades de saúde informadas pelos municípios.

QUESTÕES PARA REFLEXÃO: a) Foi evidenciado a partir das colocações das mães, dos agentes comunitários e da nutricionista de que este momento é utilizado também para informar às mães sobre o estado nutricional de seus filhos. No entanto, não ficou claro o motivo da “chamada nutricional” semestral. Entende-se que este acompanhamento deve ser incorporado à rotina do serviço como meio de viabilizar um maior acesso à saúde e que a presença da criança saudável com a mãe na USF deve propiciar o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção integradas entre os diversos profissionais; b) Se as crianças são acompanhadas pela USF (em especial aquelas da puericultura) por que não utilizar os registros de peso e altura da rotina de atendimento que são registrados no cartão da criança? c) Considerando que estas chamadas nutricionais semestrais são específicas para as crianças vinculadas ao PBF, como é feito o acompanhamento das crianças desta faixa etária que não estão vinculadas ao PBF²⁵?

- A dificuldade de realização de exames laboratoriais e/ou radiológicos por parte da população acompanhada nas Unidades de saúde da família foi relatada pelas mulheres (mães de crianças de até 07 anos) vinculadas ao PBF como uma limitação na atenção prestada na USF. Para aumentar o grau de resolutividade do PSF é necessária a integração deste com outros níveis de complexidade da rede de atenção. O cumprimento das condicionalidades de saúde deve contribuir para o maior acesso dos beneficiários do Programa Bolsa Família à Unidade Saúde da Família e a uma maior possibilidade de diagnóstico precoce e encaminhamento no caso de patologias que requeiram cuidados especializados.

²⁵ Esta dinâmica foi percebida de forma mais contundente em Tibau do Sul. É interessante antecipar que ao serem questionadas sobre quais os profissionais que atendem o seu filho na USF foram obtidos os seguintes percentuais para referência ao nutricionista: a)mães beneficiárias do PBF: 30,46% referiram este profissional e;b)mães não beneficiárias do PBF: <1% (0,51%) fizeram referência a este profissional.

- A discussão de estratégias para fortalecimento dos programas de alimentação e nutrição e de combate à fome e à pobreza (pressupondo condicionalidades de saúde) visando um impacto favorável na situação de segurança alimentar e nutricional da população brasileira deve contemplar: a) A discussão de possibilidades de maior qualificação dos profissionais inseridos na equipe de saúde da família, com a implantação e implementação de um protocolo de capacitação não específico para as questões clínicas, mas também direcionado para a importância de valorização da Segurança Alimentar e Nutricional e do Direito Humano à Alimentação Adequada e de incorporação de estratégias pela equipe de saúde da família que contribuam para viabilizar o alcance destes direitos pela população atendida; b) Condições adequadas de trabalho, considerando estrutura física, equipamentos e materiais disponíveis na USF; carga horária e rotina de trabalho que tenham compatibilidade com a lógica da estratégia de saúde da família, ou seja, trabalho em equipe em caráter multidisciplinar com foco nas ações de promoção e prevenção sem descuidar da cura e reabilitação; c) A localização de algumas Unidades de Saúde da Família em microáreas de difícil acesso geográfico e com estrutura física e de materiais deficientes ainda têm sido um problema para fixação de recursos humanos capacitados e comprometidos com a estratégia saúde da família, promovendo uma alta rotatividade de profissionais.

- Alta rotatividade de profissionais (médicos com maior frequência) nas equipes de saúde da família provoca momentos de déficit de profissionais nas Unidades de saúde (USF). Esta situação, relatada especificamente nos dois municípios em que o cumprimento das condicionalidades do PBF foi o alvo da análise, além de deixar a população da área de abrangência com maiores dificuldades de atendimento, também dificulta o andamento das ações dos programas em geral, entre eles os de alimentação e nutrição. Um outro aspecto a considerar é a sobrecarga para os outros profissionais e a interrupção do processo de formação de confiança e vínculo entre a população e os profissionais da equipe. É importante destacar que, em ambos os municípios, apenas um profissional de nutrição se responsabilizava por todas as ações da área de alimentação e nutrição, incluindo a coordenação de todos os programas e consolidação dos dados do acompanhamento do crescimento e

desenvolvimento das crianças vinculadas ao PBF. Identificou-se, em geral, um grande desejo dos profissionais de nível superior e dos agentes comunitários em contribuir para um impacto positivo dos programas de alimentação e nutrição. No entanto, estes mesmos atores, colocam como maior empecilho o desconhecimento sobre o funcionamento destes programas e transferem, em geral, a responsabilidade para o profissional de nutrição²⁶.

• **FOCALIZAÇÃO**: A análise reflete que nos municípios estudados, o PBF, em geral, atinge o grupo para o qual foi pensado. Existe focalização. Alguns resultados respaldam esta análise. Ao comparar o nível de escolaridade do grupo de responsáveis, por crianças menores de 05 anos, participantes do PBF com o grupo de não participantes, identificou-se que o primeiro grupo tem o dobro de responsáveis sem escolaridade. E, ainda, que o grupo de entrevistados não participantes do PBF tem dez vezes mais responsáveis com 12 anos ou mais de escolaridade. Um outro indicador de condição social é o índice de aglomeração domiciliar. Em Tibau do Sul, por exemplo, 31,45% dos responsáveis que recebem recurso do PBF residem em domicílios com 7 ou mais pessoas. Porém, apenas 11,00% dos responsáveis sem vínculo com o programa residem em domicílios com este número de pessoas. Para Barra, os percentuais são de 28,76% (vinculados ao PBF) e 19,51% (não vinculados). Quanto ao número de crianças menores de sete anos, percebeu-se que os participantes do PBF têm, em geral, um número maior de crianças nesta faixa etária do que os não participantes. Em Tibau do Sul, por exemplo, os participantes têm quatro vezes mais crianças nesta faixa etária do que os não participantes do PBF. No entanto, embora exista focalização, a partir da análise qualitativa pode-se inferir que o número de necessitados é maior do que o de famílias que estão incluídas. Os agentes comunitários de saúde e as mães participantes do PBF contribuíram com esta percepção e expressaram dificuldade de entenderem, em alguns momentos, o motivo da não inclusão de determinadas famílias com condições precárias de sobrevivência no programa. **Reflexão**: a análise do cadastro para inclusão das famílias no PBF é realizada na ação social. Segundo os profissionais gestores desta secretaria, nos municípios, não é norma a vista

²⁶ Este comportamento de “transferência” da responsabilidade pelo conhecimento do funcionamento e das ações inerentes aos programas de alimentação e nutrição foi percebido com mais intensidade no município de Cabedelo (análise do vitamina A mais) o qual tem o profissional de nutrição incorporado à equipe de saúde da família.

domiciliar para validação do cadastro e visitas são realizadas em situações específicas quando, por exemplo, a ação social é informada sobre famílias em situação de risco que não estão no programa. Uma outra questão referida por mães e pelos gestores do PBF na ação social é a dificuldade de famílias carentes sem documentação se inscreverem no programa. Uma dificuldade central referida pela ação social é a não disponibilidade de veículos para as visitas, particularmente, em microáreas de risco mais afastadas. **As secretarias de saúde e de educação como responsáveis pelo acompanhamento das condicionalidades não deveriam ser parceiras no processo de identificação das famílias em maior situação de risco?**²⁷ Algumas famílias podem estar vivendo em uma situação de alta exclusão social que não conhecem como chegar até o programa! **Lição para novas análises:** para entender melhor quais os critérios que facilitam e /ou dificultam o cadastramento e a inclusão (ou não) das famílias no PBF e ainda perceber se há uma diferenciação no acesso aos serviços de saúde (especialmente em relação às condicionalidades do PBF) entre o grupo vinculado ao programa bolsa família e o grupo não vinculado, incluiria a seguinte etapa no trabalho de campo: além dos grupos focais com as mães vinculadas ao PBF, realizaria também encontros de grupos focais com mulheres de famílias que preenchem os critérios de renda para inclusão no PBF, mas não estão vinculadas ao programa. A idéia seria ouvir as que já tentaram entrar no PBF e não conseguiram e as que nunca tentaram apesar de preencherem o critério de renda.

• **Percepção de mulheres (mães) participantes do PBF sobre focalização:** percebeu-se falta de clareza por parte das mães beneficiárias do PBF sobre os critérios de inclusão no programa, assim como dos diferentes valores de repasse (fixo e variável). A ausência (ou precariedade) de informações oficiais sobre estes critérios por parte das famílias cadastradas, assim como por parte dos profissionais e gestores do programa bolsa família na saúde ocasiona interpretações equivocadas sobre a focalização do programa provocando uma visão de iniquidade (injustiça social) por parte das normas (ou do cumprimento destas) do programa. As mães

²⁷ É importante destacar que foi referida a contribuição dos agentes comunitários de saúde na localização das famílias do PBF durante o recadastramento. E, ainda, que estes além de sobrecarregados também ficaram preocupados por estarem sendo associados, por parte das famílias, em relação as questões de inclusão ou exclusão destas no PBF. É importante destacar que a idéia sugerida é de uma parceria entre secretarias e não o envolvimento pontual de uma categoria profissional!

beneficiárias julgam não haver uma equidade na inclusão destas famílias. O critério para inclusão no programa é pobreza, medida pela renda per capita familiar. Elas entendem que é para as famílias mais necessitadas, mas associam fortemente à presença de crianças (em idades precoces e em maior número) e gestantes no domicílio, provavelmente por serem para estes grupos a exigência do cumprimento das condicionalidades de saúde. **Conclusão:** há falta de entendimento tanto de profissionais de saúde quanto dos beneficiários no que se refere aos critérios do programa. As principais dúvidas são sobre os critérios de inclusão (motivos que fazem algumas famílias serem incluídas e outras não); e de recebimento por faixa de renda e composição familiar (motivos que fazem as famílias receberem valores diferenciados de benefícios).

• **Questão “operacional” (ação social)** - Os participantes do programa bolsa família referem que não recebem antecipadamente comunicados sobre o bloqueio ou diminuição do valor do benefício. Em geral, eles tomam conhecimento apenas no momento em que comparecem ao banco (Caixa Econômica Federal) para sacar o benefício mensal onde são orientados a procurar a secretaria de ação social. Esta última instância identifica o motivo do bloqueio, ou redução do valor, e procura solucionar o problema. Os gestores do PBF nas secretarias de ação social dos municípios também referiram conhecimento sobre a ocorrência desta situação. **Questão para reflexão:** Se estas famílias dependem e precisam deste valor para a sobrevivência e se, ainda, a maior parte deste recurso é destinado a aquisição de gêneros alimentícios (especialmente para a alimentação infantil)²⁸ a suspensão sem aviso prévio fere o princípio da Segurança Alimentar e Nutricional e pode contribuir para a não garantia do Direito Humano à uma Alimentação Adequada. Entende-se que é necessário o pensar de estratégias para que esta situação seja evitada. Mesmo reconhecendo algumas dificuldades referidas pela secretaria de ação social, em localizar 100% das famílias do PBF (endereços desatualizados, residências em locais muito afastados do centro e estrutura de recursos humanos e transportes ainda incompatível com a grande demanda de trabalho) sugere-se que esta secretaria seja comunicada previamente e então tenha um espaço de tempo para

²⁸ Resultados identificados tanto na análise quantitativa quanto na qualitativa a partir das entrevistas e encontros focais com mulheres beneficiárias do PBF.

repassar a informação ao beneficiário (alerta antes do bloqueio) na tentativa de esclarecer e/ou solucionar a questão.

• **IMPACTO DO PBF.** *O programa bolsa família mudou a situação de vida das famílias participantes do programa?* Mais de 86% das mulheres beneficiárias (mães de < 5 anos) afirmaram que sim (Tibau do Sul: 86,77% e Barra de São Miguel: 88,85%). Entre as justificativas dadas por estas mulheres, destacam-se, aquelas consolidadas na categoria aumento do poder de compra e melhoria da condição geral de vida. Quanto à utilização do recurso recebido pela família, tem-se a **compra de alimentos** (Tibau do Sul: 55,06%; Barra de São Miguel: 60,90%), **de vestuários** (Tibau do Sul: 37,08%; Barra de São Miguel: 44,90%), **de material escolar** (Tibau do Sul: 21,35%; Barra de São Miguel: 38,40%) e **de remédios** (Tibau do Sul: 23,60%; Barra de São Miguel: 15,90%) como os itens mais citados nesta ordem²⁹. Observou-se também que, em geral, a percepção das mulheres é a de que o recurso do PBF é para as crianças e, ainda, que utilizá-lo para outro fim é um equívoco. As referências de compras eram geralmente direcionadas a este grupo. Esta questão também foi discutida com os profissionais da equipe de saúde da família, incluindo os agentes comunitários de saúde, e estes também têm a percepção de que o PBF melhorou a condição de vida das famílias e aumentou a frequência destas à USF para acesso às ações de promoção e prevenção à saúde. **Reflexão:** um maior acesso à compra de alimentos por parte dos beneficiários garante a segurança alimentar destes? Os recursos recebidos são suficientes para fornecer uma alimentação dentro das necessidades nutricionais da família, ou seja, sacia a fome e também fornece o suporte nutricional adequado? Garante alimentação para todo o mês? Ou apenas para parte deste período? Estas famílias compram os gêneros alimentícios em que tipo de estabelecimento? Existe uma articulação do PBF com outros programas de alimentação e nutrição? As mulheres referiram que conseguem comprar alimentos básicos em geral, mas que compram em estabelecimentos nos quais os preços não são mais acessíveis e não têm acesso a outro programa que possibilite a aquisição de gêneros alimentícios por preços mais

29

É importante destacar que uma entrevistada podia citar vários itens e os três primeiros itens eram registrados pelo entrevistador na ordem de citação. Estes percentuais contemplam (acumulam) as duas primeiras citações, dessa forma os percentuais de cada item não somarão 100%. Além disso, a pergunta era: **para que é utilizado o dinheiro** e não o que você compra com ele!

baixos. **Lição para o trabalho de campo em análise posterior**: desenhar um piloto de trabalho de campo com mulheres participantes do PBF para focar no tipo e custo dos gêneros adquiridos, análise do consumo alimentar e percentual do recurso gasto com alimentação, ou seja, na Segurança alimentar e nutricional³⁰.

- **SUSTENTABILIDADE**: O PBF se propõe a romper o ciclo de pobreza e prever o cumprimento de condicionalidades na perspectiva de mudanças estruturais, a médio e longo prazo, na situação de saúde e de educação da população, com vistas ao desenvolvimento social. Partindo da análise de que o cumprimento das condicionalidades está garantido (com algumas dificuldades) e de que o recurso do PBF contribui para um maior acesso a alimentação e a educação, em especial, das crianças, e também que os recursos são inteiramente oriundos do governo federal brasileiro, a sua sustentabilidade não seria um problema. No entanto, foram identificados eixos que necessitam de maior atenção: participação popular com controle social; estratégias complementares de acesso mais facilitado a alimentos básicos (regionais) através da integração do PBF com outras estratégias de segurança alimentar e nutricional e a inserção dos participantes do PBF em programas complementares. Estes últimos devem visar à formação dos beneficiários do PBF para maior possibilidade de retorno ou ingresso destes no mercado de trabalho. Ou seja, é importante a estruturação de estratégias que viabilizem a autonomia dos participantes.

5.2.4 - OBSERVAÇÕES PARA OS DOIS PROGRAMAS:

- Na análise do *acompanhamento do cumprimento das condicionalidades de saúde do PBF e do programa Vitamina A* mais se percebeu que há uma preocupação por parte da gestão e dos profissionais (incluindo os agentes comunitários de saúde) em oferecerem com qualidade as ações relacionadas aos programas na USF. No entanto, observou-se e foi referido por estes, conhecimento superficial sobre os objetivos e

³⁰ Estudo recente do IBASE aborda parte destas questões com representatividade nacional. A análise de consumo alimentar requer mais recursos materiais, humanos e tempo para realização.

normas dos programas. Como acompanhar e contribuir para a eficácia de um programa que como gestor ou profissional eles não têm conhecimento aprofundado?

- Percebeu-se que a população coberta pelos programas exerce um papel de beneficiário (receptor das ações) e não de real participante. Ou seja, os participantes dos programas não estão inseridos nas decisões relativas a estes, como por exemplo, na seleção das ações necessárias ao atendimento de suas necessidades e na forma que estas são conduzidas. Inclusive os próprios participantes parecem ter incorporado o papel de beneficiários (afirmam precisar de mais informação e maior conhecimento sobre o programa, mas não estão sintonizados com os mecanismos de representação da população como os conselhos municipais de saúde e as associações comunitárias). As insatisfações são repassadas pontualmente e vistas como “reclamações” (em geral individuais, ou seja, de um beneficiário ou família) aos agentes comunitários, aos profissionais e em alguns casos na ouvidoria³¹. Existe pouca divulgação dos órgãos de reclamação dos direitos da população, isso inclui os conselhos e organizações de controle social – prejuízo: a população a que estes se destinam em geral desconhecem a sua existência.

- Os gestores dos programas, em análise, devem buscar estabelecer vínculos de colaboração com outros programas e políticas públicas que possam intensificar o impacto e a sustentabilidade destes. Os programas analisados parecem estar “isolados” na área de saúde e serem desenvolvidos para cumprimento pontual do objetivo central. Não foi percebida a existência de propostas em nível municipal de caráter sustentável para um maior acesso da população a alimentos básicos. Os resultados apontam para ações emergenciais (cestas básicas para portadores de tuberculose e desnutridos graves; distribuição gratuita de pão e leite para famílias cadastradas moradoras de uma área específica). Nenhuma das participantes (44 mulheres sorteadas aleatoriamente participaram de seis encontros focais) da fase qualitativa referiu estar inserida em atividades contínuas institucionalizadas como cooperativas de mulheres; produção de hortas comunitárias; aproveitamento integral dos alimentos ou a um programa ou ação direcionada a facilitar o acesso da população carente à aquisição de alimentos a um custo mais acessível. Os três

³¹ No município de Cabedelo - PB.

municípios em análise, são litorâneos e turísticos, possuem uma população flutuante no verão e dessa forma o preço dos alimentos não é baixo.

- A avaliação nutricional, de crianças menores de cinco anos, revelou que o perfil de transição nutricional identificado nacionalmente em outros estudos (baixas prevalências da desnutrição por déficit de peso e prevalências mais altas de excesso de peso) está presente nos três municípios com os programas em análise. Em relação às diferenças, no estado nutricional, entre as crianças participantes do PBF e as não participantes, verificou-se que apenas o indicador que reflete a desnutrição crônica (comprimento/estatura por idade) apresentou diferença significativa entre os grupos (desfavorecendo os participantes), particularmente, para o município de Tibau do Sul no Rio Grande do Norte.

ANEXO 1 DAS LICÇÕES APRENDIDAS:

Dados gerais de cobertura do acompanhamento e cumprimento das condicionalidades da saúde. Fontes: Secretarias de Saúde dos municípios de Tibau do Sul e Barra de São Miguel. 1º. SEMESTRE DE 2008

Tibau do Sul:

Famílias beneficiárias: 557 (543 destas são acompanhadas - **97,5%**)

Famílias acompanhadas que cumpriram as condicionalidades da saúde: 543 (100%)

Famílias beneficiárias com crianças de 0 a 7 anos: 326 (316 destas famílias são acompanhadas e cumpriram as condicionalidades – 96,9%)

Crianças de 0 a 7 anos beneficiárias: 472 (destas 460 são acompanhadas- 97,5%)

Crianças de 0 a 7 anos acompanhadas que cumpriram as condicionalidades: 460 (100% das acompanhadas)

Gestantes acompanhadas e que cumpriram as condicionalidades: 06. *O município não informou o número total de gestantes beneficiárias para que fosse possível identificar a cobertura.*

Barra de São Miguel:

Famílias beneficiárias: 752 (678 destas são acompanhadas- 90,2%)

Famílias acompanhadas que cumpriram as condicionalidades da saúde: 678 (100% das acompanhadas)

Famílias beneficiárias com crianças de 0 a 7 anos: 373 (328 destas famílias são acompanhadas e cumpriram as condicionalidades -87,9%)

Crianças de 0 a 7 anos beneficiárias: 536 (destas 476 são acompanhadas-88,8%)

Crianças de 0 a 7 anos acompanhadas que cumpriram as condicionalidades: 476 (100% das acompanhadas)

Gestantes acompanhadas e que cumpriram as condicionalidades: 14. *O município não informou o número total de gestantes beneficiárias para que fosse possível identificar a cobertura.*

6- GLOSSÁRIO TEMÁTICO

ABRANDH: A Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH) é uma organização da sociedade civil de interesse público (OSCIP) constituída em junho de 2002, como resultado da consolidação do Grupo de Trabalho(GT) Brasileiro sobre Direito Humano à Alimentação Adequada. Este GT, em conjunto com a World Alliance for Nutrition and Human Rights (WANAHR), a Food First Information and Action Network (FIAN Internacional) e o Instituto Jacques Maritain (Itália), lutou pela inclusão do Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA) como um dos eixos políticos da Cúpula Mundial da Alimentação (Roma, 1996).

Acesso: <http://www.abrandh.org.br/index.php?arquivo=quemsomos>

CADÚNICO: O Cadastro Único para Programas Sociais, regulamentado pelo [Decreto nº 6.135, de 36 de junho de 2007](#), é um instrumento de coleta de dados e informações com o objetivo de identificar todas as famílias de baixa renda existentes no país. Devem ser cadastradas as famílias com renda mensal de até meio salário mínimo por pessoa, ou seja, R\$ 207,50 (duzentos e sete reais e cinquenta centavos). Famílias com renda superior a esse critério poderão ser incluídas no CadÚnico, desde que sua inclusão esteja vinculada à seleção ou ao acompanhamento de programas sociais implementados pela União, estados ou municípios. O CadÚnico é constituído por sua base de dados, instrumentos, procedimentos e sistemas eletrônicos, e sua base de informações pode ser usada pelos governos municipais, estaduais e federal para obter o diagnóstico socioeconômico das famílias cadastradas. Dessa forma, o CadÚnico possibilita a análise das principais necessidades das famílias cadastradas e auxilia o poder público na formulação e gestão de políticas voltadas a esse segmento da população.

Acesso: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastro_unico/o-que-e-1

CONSEA: O Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (Consea) é um instrumento de articulação entre governo e sociedade civil na proposição de diretrizes para as ações na área da alimentação e nutrição. Inspirado nas resoluções da Conferência Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, o Consea acompanha e propõe diferentes programas, como Bolsa Família, Alimentação Escolar, Aquisição de Alimentos da Agricultura Familiar e Vigilância Alimentar e Nutricional, entre muitos

outros. Estimula a participação da sociedade na formulação, execução e acompanhamento de políticas de segurança alimentar e nutricional e considera que a organização da sociedade é uma condição essencial para as conquistas sociais e para a superação definitiva da exclusão.

Acesso: <https://www.planalto.gov.br/Consea/exec/index.cfm>

DHAA: Realiza-se quando cada homem, mulher e criança, sozinho ou em companhia de outros, tem acesso físico e econômico, ininterruptamente, à alimentação adequada ou aos meios para sua obtenção. O DHAA é indivisivelmente ligado à dignidade inerente à pessoa humana e é indispensável para a realização de outros direitos humanos. Ele é também inseparável da justiça social, requerendo a adoção de políticas econômicas, ambientais e sociais, tanto no âmbito nacional como internacional, orientadas para a erradicação da pobreza e a realização de todos os direitos humanos para todos.

Acesso: <http://www.abrandh.org.br/index.php?arquivo=direitoalimentacao>

IGD: O cumprimento das condicionalidades deve ser monitorado e avaliado pelo governo federal, por meio de índices criados especialmente para isso e agregados em um indicador global, o índice de gestão descentralizada (IGD). O Índice de Gestão Descentralizada – IGD, criado pela [Portaria GM/MDS nº 148, de 27 de abril de 2006](#), é um indicador (número que varia de 0 a 1) que mede a qualidade da gestão municipal do Programa Bolsa Família. Com base nesse indicador, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) repassa recursos aos municípios para apoio à gestão do Programa. É importante observar que quanto maior o valor do IGD, maior será o valor do recurso transferido para o município. O IGD é calculado a partir de 4 variáveis que representam, cada uma, 25% do seu valor total e são elas:

- A qualidade e a integridade das informações constantes no Cadastro Único;
- A atualização da base de dados do Cadastro Único;
- As informações sobre o cumprimento das condicionalidades da área de educação;
- As informações sobre o cumprimento das condicionalidades da área de saúde.

Acesso: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/estados_e_municipios/indice-de-gestao-descentralizada-igd

PETI: O Programa de Erradicação do Trabalho Infantil (PETI) compõe o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) com duas ações articuladas – o Serviço Socioeducativo ofertado para as crianças e adolescentes afastadas do trabalho precoce e a Transferência de Renda para suas famílias. Além de prever ações socioassistenciais com foco na família, potencializando sua função protetiva e os vínculos familiares e comunitários. Tem como objetivo contribuir para a erradicação de todas as formas de trabalho infantil no País, atendendo famílias cujas crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos se encontrem em situação de trabalho. O Programa está inserido em um processo de resgate da cidadania e promoção de direitos de seus usuários, bem como de inclusão social de suas famílias. O PETI atende famílias com crianças e adolescentes retirados das diversas situações de trabalho, com idade inferior a 16 (dezesesseis) anos.

Acesso: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-especial/programa-de-erradicacao-do-trabalho-infantil-peti>

PSF: A Saúde da Família é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Acesso: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149

SAN: Consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras da saúde, que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, cultural, econômica e socialmente sustentáveis. Situações de insegurança alimentar e nutricional podem ser detectadas a partir de diferentes tipos de problemas: fome, obesidade, doenças associadas à má alimentação e consumo de alimentos de qualidade duvidosa ou prejudicial à saúde. Acesso: <https://www.planalto.gov.br/Consea/exec/index.cfm>

SISVAN: Corresponde a um sistema de informações que tem como objetivo principal promover informação contínua sobre as condições nutricionais da população e os fatores que as influenciam. Esta informação irá fornecer uma base para decisões a serem

tomadas pelos responsáveis por políticas, planejamento e gerenciamento de programas relacionados com a melhoria dos padrões de consumo alimentar e do estado nutricional.

Acesso: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi-win/SISVAN/CNV/notas_sisvan.html

7 - REFERÊNCIAS CONSULTADAS

ARAÚJO R. L. Situação alimentar e nutricional do Brasil. Brasília: Tipogresso; 1989.

ASSIS A. M. O.; BARRETO, M. L. Suplementação com vitamina A: impacto na morbidade e efeitos adversos. Rev. Bras. Epidemiol. 2002; 5(1): 84-92.

BISWAS A. B.; MITRA N. K.; CHAKRABORTY I.; BASU S.; KUMAR S. Evaluation of vitamina A *status* during pregnancy. J Indian Med Assoc. 2000; 98: 525-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Carências por micronutrientes. Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia Alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. 2ª ed. rev. Brasília, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 729/GM, de 13 de maio de 2005 – Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº. 2.160, de 23 de dezembro de 1994. Cria, no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União 1994; 30 dez.

_____. Ministério do Desenvolvimento e combate à Fome. Cidadania: O principal ingrediente do Fome Zero, Brasília, 2005.

_____. **Ministério da Saúde.** Portaria N° 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008 – Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

_____. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vitamina A Mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria N° 66/GM, de 3 de março de 2008 – Altera a Portaria GM/MDS n° 148, de 27 de abril de 2006, que estabelece normas, critérios e procedimentos para o apoio à gestão do Programa Bolsa Família - PBF do Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal - CadÚnico, no âmbito dos municípios, e cria o Índice de Gestão Descentralizada do Programa - IGD.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Portaria N° 76/GM, de 6 de março de 2008 – Estabelece normas, critérios e procedimentos para a adesão dos Estados ao Programa Bolsa Família e ao Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal, e para o apoio à gestão estadual desses programas.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania. Programa Bolsa Família – Guia do gestor. Brasília: MDS; 2006.

_____. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/Ministério da Saúde.** Portaria N° 2509 de 18 de novembro de 2004 – Dispõe sobre as atribuições e normas para a oferta e o monitoramento das ações de saúde relativas às condicionalidades das famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

_____. Presidência da República. Decreto n° 6.491, de 26 de junho de 2008. Dá nova redação ao art. 19 do Decreto n° 5.209, de 17 de setembro de 2004, que regulamenta a Lei n° 10.836, de 09 de Janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família.

_____. Presidência da República. Decreto nº. 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da União* 2004.

_____. Presidência da República. Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. 2007.

CHRISTIAN P.; WEST K. P. J. Interactions between zinc and vitamin A: an update. *Am J Clin Nutr.* 1998; 68 (Suppl): S435-S441.

Comitê de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais da ONU, Comentário Geral 12, Genebra, ONU, 1999. Disponível em: <http://www.abrandh.org.br/downloads/Comentario12.pdf>. Último acesso em 20 set 2008.

Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. [Internet] (acessado em 30 jan 2009) Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/vita_relatorio.php?vita_tipo_relatorio=2

COUTINHO J. G.; GENTIL P.C.; TORAL N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 sup 2, 2008.

Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Atenção Básica e Saúde da Família. [Internet] (acessado em 02 fev 2009). Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>

DINIZ A. S. Combate à deficiência de vitamina A: linhas de ação e perspectivas. *Revista Brasileira Saúde de Materno-Infantil*, Recife, v. 1, n. 1, p. 31-36, jan.-abr., 2001.

FARIA C. A. P. A. política da avaliação de políticas públicas. **Rev. Bras. Ci. Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 59, p.97-109, 2005.

FRANCESCHINI T. M. A. *O Programa Fome Zero no Brasil: Uma análise crítica sob uma perspectiva dos direitos humanos*. Rev. (on-line). Direito, Estado e Sociedade- v.9- n.22/23 – p.71-89- jan/dez. Rio de Janeiro, 2003. ISSN 1516-6104.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. Unicef. Situação mundial da infância. A nutrição em foco. 1998. p. 131.

IVACG (International Vitamin A Consultative Group). Maternal night blindness: a new indicator of vitamin A deficiency. Washington, DC; 2002.

KRUEGER R. A. **Focus groups:** a practical guide for applied research. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

LAHERA E. P. Reforma del estado: un enfoque de políticas públicas. Revista del CLAD Reforma y Democracia 2000; (16):9-30.

LINHARES F. *Bolsa Família: um novo arranjo para os programas de transferência de renda no Brasil*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2005. p.79-104. 110p. Acesso: http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/id/6218625.html.

MARTINS M. C.; OLIVEIRA Y. P.; COITINHO D. C.; SANTOS L. M. P. Panorama das ações de controle da deficiência de vitamina “A” no Brasil. Rev Nutr 2007; 20:5-18.

MARTINS M. C.; SANTOS L. M. P.; SANTOS S. M. C.; ARAÚJO M. P. N.; LIMA A. M. P.; SANTANA L. A. A. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. 3 – O Programa Nacional de Controle da Deficiência de Vitamina A. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(9):2081-2093, set, 2007.

MESSNER E. Conference report – Ending hidden hunger: A policy conference on micronutrient malnutrition. Food Nutr Bull 1992; 14 (1) .

MINAYO M. C. S. Abordagem antropológica para avaliação de políticas sociais. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v.25, n.3. p.233-238, 1991.

MINAYO M. C. S. *O Desafio do Conhecimento*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco. 1992.

MINAYO M. C. S. O. **Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2000.

OLIVEIRA J. M.; RONDÓ P. H. C. Evidências do impacto da suplementação de vitamina A no grupo materno infantil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(11):2565-2575.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación – FAO. **El derecho a la alimentación en la práctica. Aplicación a nivel nacional**. Roma,2006.

Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación – FAO. **Directrices voluntarias en apoyo de la realización progresiva del derecho a una alimentación adecuada em el contexto de la seguridad alimentaria nacional. El Derecho a la Alimentación**. Roma, 2005.

Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação- FAO. **Melhoria dos Programas de Nutrição. Um instrumento de Análise para a Ação**. Edição Revisada.Roma, 2006.

Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação- FAO. **Factores determinantes del éxito de los programas de alimentación y nutrición comunitarios**. Examen y análisis de la experiencia. Roma, 2005.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPAS & ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD-OMS. Manual de Ver y Vivir sobre los Transtornos por Deficiencia de Vitamina A (VAAD). OPAS/OMS, Washington, D. C., 1999.

PAES DE BARROS R.; CARVALHO M. **Desafio para a política social brasileira**. Brasília: IPEA. 2003. (Textos para Discussão n. 985).

PINTO F.C.L. Segurança Alimentar e Nutricional: O Programa Bolsa Família na realidade de um município da zona da mata pernambucana. 189f. 2007. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Nutrição, 2007.

ROOTMAN I. Evaluation in Health Promotion: principles and perspectives. Canada: WHO Regional Publications, European Series, nº 92. 2001

SANTOS L. M. P.; ASSIS A. M. O.; MARTINS M. C.; ARAÚJO M. P. N.; MORRIS S. S.; BARRETO M. L. Situação nutricional e alimentar de pré-escolares no semi-árido da Bahia (Brasil): II - hipovitaminose A. Rev Saúde Pública. 1996; 30(1):67-74.

SANTOS L. M. P.; BATISTA FILHO M.; DINIZ A.S. Epidemiologia da carência de vitamina A no Nordeste do Brasil. Bol of Sanit Panam 1996; 120(5):525-537.

SANTOS L. M. P.; DRICOT J. M.; ASCIUTTI L. S.; BENIGNA, M.J.C.N.; DRICOT D'ANS, C. Estudo epidemiológico da xeroftalmia no Estado da Paraíba. Rev. Bras.Med.1983;40(11/12): 419-425.

SANTOS S. M. C.; SANTOS L. M. P. Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate à fome no período de 1995-2002. 1 – Abordagem metodológica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(5):1029-1040, mai, 2007

SMUTS C. M.; LOMBARD C. J.; BENADE A. J.; DHANSAY M. A.; BERGER J.; HOP, le T; et al. International Research on Infant Supplementation (IRIS) Study Group. Efficacy of a foodlet-based multiple micronutrient supplement for preventing growth faltering, anemia, and micronutrient deficiency of infants: the four country IRIS trial pooled data analysis. J Nutr 2005;135(3):631S-38S.

WOLF G. A historic note on the mode of administration of vitamin A for the cure of night blindness. Am J Clin Nutr., v. 31, p.290-2, 1978.

World Health Organization; Food and Agriculture Organization of the United Nations. Guidelines on food fortification with micronutrients; Edited by Lindsay Allen, Bruno de Benoist, Omar Dary and Richard Hurrell. 2006.

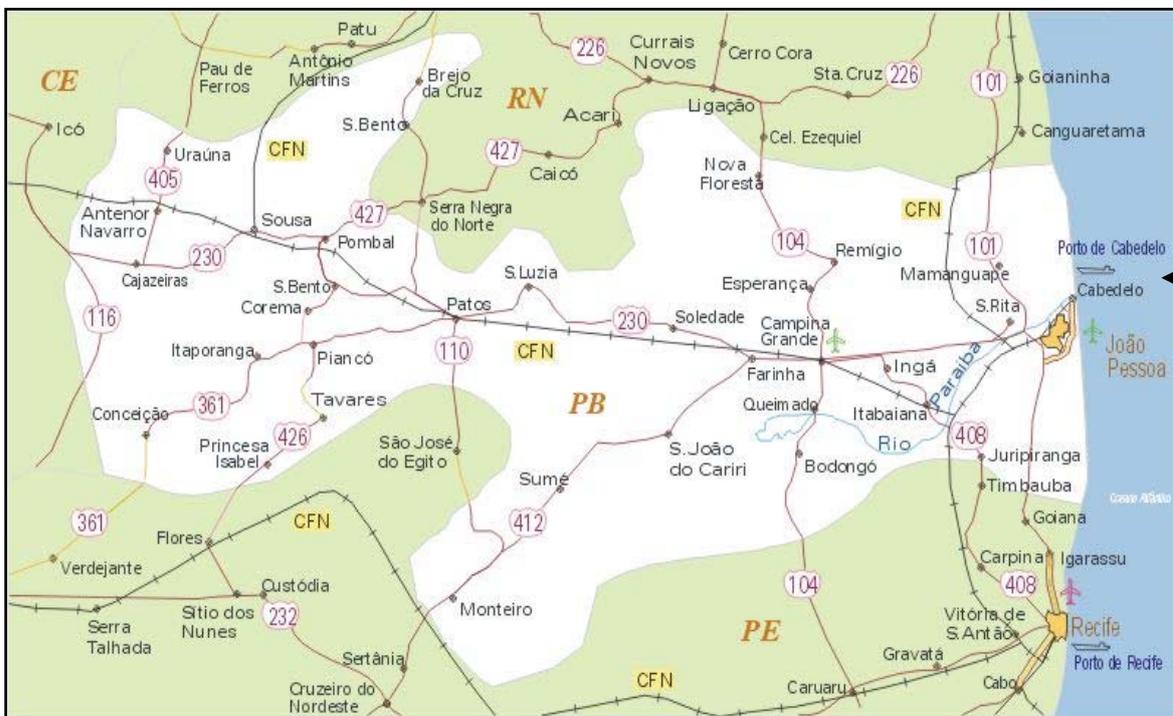
ANEXOS

ANEXO I: MAPAS

MAPA DO BRASIL, COM DESTAQUE PARA OS ESTADOS ONDE SE LOCALIZAM OS MUNICÍPIOS PARTICIPANTES DO PROJETO:



MAPA DO ESTADO DA PARAÍBA, COM DESTAQUE PARA O MUNICÍPIO DE CABEDELLO:



ANEXO II: INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS PARA ANÁLISE DO ACOMPANHAMENTO DAS CONDICIONALIDADES DE SAÚDE DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA

INSTRUMENTO 1 PBF

Projeto - Programa BOLSA FAMÍLIA do Ministério da Saúde do Brasil: uma análise do seu funcionamento em Barra de São Miguel - Alagoas e Tibau do Sul - Rio Grande do Norte

Entrevista semi-estruturada com responsáveis por menores de 5 anos

QST: _____

Nome da Unidade: _____	
Localização da Unidade:	<input type="checkbox"/> 1. Urbana <input type="checkbox"/> 2. Rural
Entrevistador: _____	
ENTREVISTADO: Nome: _____	Idade: _____ anos
Nome da criança: _____	
CRIANÇA: Data de nascimento: ____/____/____ (VERIFICAR NO CARTÃO)	Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Fem. <input type="checkbox"/> 2. Masc.

1 – Responsável pela criança (quem trouxe a criança à Unidade Saúde da Família – USF - posto de saúde):

1. Mãe 2. Pai 3. Avó (ô) 4. Tia (o) 5. Irmã (ão) 6. Outro (a) Especificar: _____

2 – Raça/cor (autodeclarada) do responsável pela criança (quem trouxe a criança à USF - posto de saúde):

1. Branca 2. Parda/Mulata/Morena 3. Negra/Preta 4. Amarela/Oriental

3 – O (a) senhor (a) freqüentou a escola até que ano?

ENSINO FUNDAMENTAL								ENSINO MÉDIO			ENSINO SUPERIOR		SEM ESCOLARIDADE	NÃO SABE		
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	1	Comp.	2	Incomp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 – A criança é acompanhada por uma USF (posto de saúde)?

1. SIM 2. NÃO *Passe para a questão 8* 99. NSB - Não sabe *Passe para a questão 8*

Qual a forma (meio de transporte) para o deslocamento da sua residência à Unidade Saúde da Família?

a pé ônibus outros _____

Qual o tempo gasto no deslocamento da sua residência à Unidade Saúde da Família?

<30 minutos 30-60 min >60 min

5 – Quais os profissionais que atendem a criança na USF (posto de saúde)? Pode marcar mais de uma opção.

1. Médico 2. Enfermeiro 3. Nutricionista 4. Auxiliar de enfermagem 5. Odontólogo 6. ACS
 7. Outro _____ 99. NSB - Não sabe

6 – Qual o motivo que faz o (a) senhor (a) levar a criança à USF (posto de saúde)?

R1: _____

R2: _____

R3: _____

99. NSB - Não sabe

7 – De quanto em quanto tempo o (a) senhor (a) leva a criança à USF (posto de saúde)?

1. Semanal 2. Quinzenal 3. Mensal 4. Trimestral 5. Semestral 6. Anual
 7. Outros _____ 8. Quando adoecer 99. NSB - Não sabe

8 – Quantas pessoas moram na sua casa (na casa da criança)?

Crianças de 0-7 anos (quantidade) NSB	Crianças/Adolescentes de 08-15 anos (quantidade) NSB	Adolescentes /Adultos (16 a 59 anos) (quantidade) NSB	Idosos (≥60anos) (quantidade) NSB
---	--	---	---

9 – Há mulheres grávidas ou amamentando na sua casa (na casa da criança)?

1. Sim. Quantas? Grávidas _____ Amamentando _____ 2. Não 99. NSB – Não sabe

10 – O (a) senhor (a) conhece (já ouviu falar) o Programa BOLSA FAMÍLIA?

1. SIM 2. NÃO

11 – Sua família recebe dinheiro do Programa BOLSA FAMÍLIA (família da criança)?

1. Sim 2. Não *Passar para a questão 20* 99. NSB - Não sabe *Passar para a questão 20*

12 – O cartão do Bolsa Família está no nome de quem (família da criança)?

1. Mãe 2. Pai 3. Outro (a) _____ 99. NSB - Não sabe

13 – Por que o (a) senhor (a) acha que recebe dinheiro do Bolsa Família (família da criança)?

R1: _____

R2: _____

R3: _____

99. NSB - Não sabe

14 – Quanto a sua família está recebendo do BOLSA FAMÍLIA por mês (família da criança)?

R\$ _____ 99. NSB - Não sabe

15 – Para quê é utilizado o dinheiro do Bolsa Família?

R1: _____

R2: _____

R3: _____

99. NSB - Não sabe

16 – O (a) senhor (a) sabe o que é preciso para continuar recebendo o dinheiro do Bolsa Família?

1. Sim 2. Não

Se sim, explique:

R1: _____

R2: _____

R3: _____

17 – O (a) senhor (a) sabe o que pode levar ao corte do recebimento do dinheiro do Bolsa Família?

1. Sim 2. Não

Se sim, explique:

R1: _____

R2: _____

R3: _____

18 – O (a) senhor (a) sabe a quem reclamar se o dinheiro do Bolsa Família atrasar ou faltar?

1. Sim. A quem seria? _____ 2. Não

19 – Alguma coisa mudou na vida da sua família com o PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA?

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe.

Se sim, explique:

R1: _____

R2: _____

R3: _____

20 - O (a) senhor (a) acha que é obrigação do governo dar dinheiro do Bolsa Família a quem precisa?

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe.

Se sim, explique:

R1: _____

R2: _____

R3: _____

21 – Na sua opinião, a criança está com a vacina em dia?

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe.

22 – Na sua opinião, a criança está com o peso bom?

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe.

23 – Verificar o cartão da criança para preencher o quadro abaixo:

Vacina	Data da administração			Ilegível	Sem informação	Não estava com o cartão
	(dd	mm	aaaa)			
BCG-ID (Dose única)						
VOP - antipólio (1ª dose)						
VOP - antipólio (2ª dose)						
VOP - antipólio (3ª dose)						
VOP - antipólio (reforço)						
Tetavalente DTP + Hib (1ª dose)						
Tetavalente DTP + Hib (2ª dose)						
Tetavalente DTP + Hib (3ª dose)						

24 – Peso e a altura no dia da entrevista: Obs.: Aferir peso e altura duas vezes.

PESO**CRIANÇAS DE COLO**

PESO DO RESPONSÁVEL COM A CRIANÇA: PESO 1 (em kg): _____, _____ / PESO 2 (em kg): _____, _____

PESO DO RESPONSÁVEL SEM A CRIANÇA PESO 1 (em kg): _____, _____ / PESO 2 (em kg): _____, _____

Observações: 1- criança edemaciada/ 2 - criança agitada / 3 - não pesou**CRIANÇAS MAIORES**

PESO DA CRIANÇA: PESO 1 (em kg): _____, _____ / PESO 2 (em kg): _____, _____

Observações: 1- criança edemaciada/ 2 - criança agitada / 3 - não pesou**COMPRIMENTO / ESTATURA**CRIANÇA MEDIDA: 1 - Deitada 2 – Em pé

COMPRIMENTO 1 (em cm): _____, _____ / COMPRIMENTO 2 (em cm): _____, _____

Observações: 1 - criança agitada / 2 – não mediu

Responsável pelas medidas: _____

INSTRUMENTO 2 PBF**ROTEIRO GRUPO FOCAL MÃES**

1. Todas são cadastradas no PBF?
2. Como ficaram sabendo da existência do PBF?
3. Como tomaram conhecimento que poderiam receber o recurso do PBF?
4. Quem orientou as senhoras sobre os passos para a inscrição no PBF?
5. Quais os passos que as senhoras seguiram para a inscrição (cadastramento?) no PBF?
6. Na opinião das senhoras quais as famílias têm direito ao repasse financeiro do PBF?
7. As senhoras já ouviram falar em: condicionalidades da saúde? O que entendem sobre este termo?
8. O que uma família precisa cumprir para continuar no PBF?
 - a. Quais os cuidados de saúde que você deve ter com a sua família para continuar no PBF?
9. O que pode fazer uma família deixar de receber o repasse do recurso financeiro?
10. O que as senhoras pensam sobre ter que cumprir essas condições de saúde para receberem o repasse financeiro?
 - a. Bom? Ruim? Por favor, expliquem.
11. Os serviços de saúde (PSF) oferecem condições para que as senhoras cumpram essas condições de saúde?
12. Quais as atividades existentes no PSF que as senhoras participam e estão relacionadas ao PBF?

13. O que as senhoras pensam sobre a quantidade e a qualidade dos serviços oferecidos no PSF (para o cumprimento dessas condições de saúde: pré-natal; vacinação; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento)?
 - a. As senhoras encontram dificuldades?
 - b. A atenção prestada é adequada?
14. Qual a periodicidade (de quanto em quanto tempo) as senhoras freqüentam (e/ou levam as crianças) no PSF?
(descrever os profissionais responsáveis por estas atividades no PSF)
 - a. Para imunização das crianças;
 - b. acompanhamento do CD;
 - c. Pré-natal
15. As senhoras já precisaram alguma vez do serviço de saúde e não conseguiram ser atendidas? Ou não foram bem atendidas? Por favor, expliquem.
16. Caso as senhoras sintam que o direito à sua saúde e a da sua família (e/ou às questões do PBF) está sendo prejudicado a quem reclamaria (ou já reclamou)? No caso de já terem reclamado, o problema foi solucionado?;
17. A vida das senhoras mudou após o PBF? E a vida da sua família? Em que área?
18. Como (em quê) é gasto o recurso financeiro recebido do PBF?
19. Qual(is) o(s) membro(s) da família mais se beneficia(m) com o recurso do PBF?
20. O que pode ser feito para melhorar o acompanhamento (cumprimento) das condicionalidades de saúde das famílias vinculadas ao PBF?
21. Direito Humano a Alimentação Adequada (DHAA): já ouviram falar? O que pensam sobre isso?

INSTRUMENTO 3 PBF

Projeto - Programa BOLSA FAMÍLIA do Ministério da Saúde do Brasil: uma análise do seu funcionamento em Barra de São Miguel – AL.

Entrevista Nº.: _____

Entrevista semi-estruturada com os profissionais das equipes de Saúde da Família

Entrevistador: _____
 Data da entrevista: ____/____/_____
 Nome do profissional: _____
 Data de nascimento: ____/____/_____
 Cargo: _____ Data de admissão: ____/____/_____
 Outra ocupação: _____ Local: _____

01) O (a) senhor (a) recebeu alguma capacitação ao integrar a Equipe Saúde da Família (ESF)?

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe.

Se sim, por quem? _____

O que foi abordado? _____

Metodologia de capacitação: _____

02) Nesta formação para a ESF houve algum conteúdo sobre a responsabilidade do governo e de todos os servidores públicos em ofertar serviços de saúde em quantidade e qualidade suficientes?

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe.

03) O (a) senhor (a) recebeu alguma capacitação a respeito do Programa BOLSA FAMÍLIA? 1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe.

Se sim, por quem? _____

O que foi abordado? _____

Frequência de realização da capacitação: _____

Metodologia de capacitação: _____

Duração da capacitação: _____

04) O (a) senhor (a) sabe qual a finalidade da criação do PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA? Para quê foi criado o PBF?

1. Sim 2. Não

Se sim, qual (is) é (são) o (s) objetivo (s)? _____

05) O que o Governo oferece às famílias vinculadas ao PBF?

(Quais as estratégias do Programa BOLSA FAMÍLIA para garantir este (s) objetivo (s)?)

R.: _____

06) Na opinião do (a) senhor (a) quais as atividades desenvolvidas na USF têm relação com o Programa BOLSA FAMÍLIA?

R.: _____

07) Qual (is) o (s) critério (s) de elegibilidade (inclusão) das famílias no Programa BOLSA FAMÍLIA?

R.: _____

Extrema pobreza Pobreza Renda 99. NSB - Não sabe.

08) Como uma família sabe que tem direito de ser incluída no Programa BOLSA FAMÍLIA?

R.: _____

99. NSB - Não sabe.

09) Quem orienta uma família, que atende ao critério de inclusão, sobre os passos necessários ao seu cadastramento no Programa BOLSA FAMÍLIA?

R.: _____

Profissional da ESF: _____ Caixa Econômica Federal

Secretaria de Assistência Social Secretaria de Saúde 99. NSB

10) Quais os passos que a família deve seguir para se inscrever no Programa BOLSA FAMÍLIA?

R.: _____

99. NSB - Não sabe.

SINTETIZANDO AS QUESTÕES DE 11 A 19:

Você tem idéia dos valores recebidos pelas famílias, qual o limite de membros que pode receber e qual o valor máximo que uma família pode receber?

11) Que faixa de renda *per capita* (por pessoa) as famílias devem possuir para serem incluídas no Programa BOLSA FAMÍLIA?

≤ R\$60,00 ≤ R\$ 120,00 Outros _____

99. NSB - Não sabe.

12) Que faixa de renda caracteriza uma família como sendo pobre e extremamente pobre (para efeito do Programa BOLSA FAMÍLIA)?

Pobre: _____ 99. NSB - Não sabe.

Extremamente pobre: _____ 99. NSB - Não sabe.

13) Quais os tipos de benefício existentes no Programa BOLSA FAMÍLIA e seus respectivos valores?

Básico. R\$ _____ Variável. R\$ _____

Variável vinculada ao adolescente. R\$ _____ Outros _____ 99. NSB

14) O repasse financeiro básico do Programa BOLSA FAMÍLIA é destinado às famílias que se encontram em que tipo de situação de renda?

Extrema pobreza Outros _____ 99.

NSB

15) Para receber o repasse financeiro variável do Programa BOLSA FAMÍLIA as famílias devem ser compostas por quais grupos de pessoas?

Gestantes Nutrizes Crianças de 0 a 12 anos de idade

Adolescentes de até 15 anos de idade Outros _____

99. NSB - Não sabe.

16) Qual o número máximo de membros da família cadastrada no Programa BOLSA FAMÍLIA que pode receber o repasse financeiro variável?

3 (três) Outros _____ 99. NSB

17) Em que situação uma família pode receber o benefício variável vinculado ao adolescente?

- Família que tenha adolescentes de 16 e 17 anos freqüentando a escola.
 Outros _____ 99. NSB - Não sabe.

18) Qual o número máximo de adolescentes da família cadastrada no Bolsa Família que pode receber o repasse financeiro variável vinculado ao adolescente?

- 2 (dois) Outros _____ 99. NSB

19) Qual o valor máximo previsto pelo Programa BOLSA FAMÍLIA às famílias atendidas (incluindo todos os valores possíveis)?

- R\$182,00 R\$122,00 Outros _____ 99. NSB

20) Qual o membro, de preferência, da família que será o titular do cartão do Programa BOLSA FAMÍLIA (está autorizado a receber o recurso financeiro)?

- Mãe Outros _____ 99. NSB

21) Que fatos podem levar à suspensão do repasse financeiro do Programa BOLSA FAMÍLIA às famílias cadastradas?

R.: _____

- Comprovação de trabalho infantil na família. Baixa freqüência escolar.
 Não acompanhamento periódico nos serviços de saúde. Ocorrência de fraude.
 Alteração cadastral que torne a família inelegível. 99. NSB - Não sabe.

22) Quais as condicionalidades da área de Educação que as famílias atendidas pelo Programa BOLSA FAMÍLIA devem cumprir?

- Matricular as crianças e adolescentes de 6 a 15 anos na escola.
 Garantir a freqüência mínima de 85% das aulas a cada mês.
 Informar ao gestor do Programa Bolsa Família sempre que alguma criança mudar de escola.
 Outros _____ 99. NSB - Não sabe.

23) Quais as condicionalidades da área de Saúde que as famílias atendidas pelo Programa BOLSA FAMÍLIA devem cumprir?

- Levar as crianças menores de 7 anos para vacinação.
 Manter atualizado o calendário de vacinação.
 Levar as crianças para pesar, medir e serem examinadas.
 Participar do pré-natal.
 Continuar o acompanhamento após o parto.
 Participar das atividades educativas sobre aleitamento materno e alimentação saudável.
 Outros _____
 99. NSB - Não sabe.

24) Na sua opinião, o que o Governo pretende alcançar com o acompanhamento das condicionalidades da Saúde do Programa BOLSA FAMÍLIA?

R.: _____

25) Qual a sua opinião a respeito das condicionalidades da Saúde do Programa BOLSA FAMÍLIA?

R.: _____

26) Na sua opinião, enquanto profissional da ESF, qual a sua relação (papel) com as condicionalidades de saúde do Programa BOLSA FAMÍLIA?

R.: _____

27) De que forma os serviços de saúde (Atenção Básica) podem contribuir para a melhoria na situação de saúde das famílias que consigam cumprir as condicionalidades de saúde do PBF?

R.: _____

28) Na sua experiência profissional existem dificuldades para que as famílias cadastradas no Programa BOLSA FAMÍLIA atendam às condicionalidades da saúde?

1. Sim 2. Não. *Se não, passe para a questão 30.* 99. NSB

29) Se sim, quais seriam estas dificuldades?

Oferta insuficiente de ações e serviços de saúde.

Dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Falta de credibilidade dos serviços de saúde.

Outros _____

99. NSB - Não sabe.

30) Enquanto profissional da ESF, o (a) senhor(a) enfrenta dificuldades no desenvolvimento das atividades vinculadas às condicionalidades de saúde do Programa BOLSA FAMÍLIA? Se sim, quais?

R.: _____

31) Quais as dificuldades que o (s) senhor (a), enquanto profissional da ESF, enfrenta no acompanhamento das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa Família (dificuldades em localizar famílias, cadastros incorretos e outros)?

R.: _____

32) Qual a sua opinião em relação às ações e serviços de saúde direcionados às famílias cadastradas no Programa BOLSA FAMÍLIA?

R.: _____

A oferta e a qualidade das ações são adequadas.

A oferta é adequada, mas a qualidade não.

Tanto a oferta como a qualidade não são adequadas.

99. NSB - Não sabe.

33) Na sua opinião as famílias cadastradas no Programa BOLSA FAMÍLIA têm informação sobre o direito de serem atendidas nos serviços de saúde?

1. Sim 2. Não

Justifique sua resposta: _____

99. NSB - Não sabe.

34) Existem atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde para informar a população a respeito de assuntos relativos ao BOLSA FAMÍLIA?

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe.

Se sim, quais as atividades? _____

Quais os temas abordados? _____

35) Quando uma família sente que seu direito à saúde ou ao Programa BOLSA FAMÍLIA não está sendo respeitado há algum mecanismo de reclamação deste direito?

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe.

Se sim, qual o mecanismo? _____

36) Na opinião do senhor (a), quais as potencialidades e fragilidades do Programa BOLSA FAMÍLIA?

Potencialidades: _____

Fragilidades: _____

37) Na sua opinião, o Programa BOLSA FAMÍLIA mudou a situação de vida das famílias cadastradas?

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe.

Se sim, em que área? _____

E quais as mudanças? _____

38) O que poderia ser feito para melhorar o funcionamento do Programa BOLSA FAMÍLIA no âmbito da USF?

R.: _____

39) DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA: o (a) senhor (a) já teve algum contato com este conceito? Na sua opinião, qual a relação do PBF com este conceito?

R.: _____

40) EQUIDADE: o (a) senhor (a) já teve algum contato com este conceito? Na sua opinião, qual a relação do PBF com este conceito?

R.: _____

ROTEIRO GRUPO FOCAL (AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE-ACSs).

1. O(a)s senhore(a)s receberam (ou recebem) alguma capacitação sobre o Programa Bolsa Família?
 - a. Temas (o que foi (é) abordado);
 - b. Metodologia (como foi feita a capacitação);
2. Na opinião dos senhores qual a finalidade (por quê? para quem?) de criação do Programa Bolsa Família?;
3. Quais as famílias têm direito ao repasse financeiro do PBF? Ou seja, quais os critérios para que uma família seja incluída no PBF?;
4. Quem (órgão e/ou pessoa) é o responsável pela seleção das famílias?;

* Nas questões 3 e 4 apareceram com frequência os termos carentes e pobres. Dessa forma, coloquei em pauta: quem diz o que é ser pobre e quem diz quem é o mais pobre ou o mais carente?)

5. Quais os passos que uma família deve seguir para se inscrever no PBF?;
6. Quem (pessoa e/ou órgão) orienta as famílias sobre estes passos?
7. Qual o valor do recurso financeiro repassado às famílias do PBF?
 - a. Perceber se eles entendem o motivo de uma família receber valor diferente de outra!;
8. O que os senhores entendem por: condicionalidades de saúde do PBF? ;
 - a. Quais as condições de saúde que uma família cadastrada no PBF deve cumprir para continuar recebendo o repasse financeiro do PBF?;
9. Quem acompanha as famílias do PBF em relação às condicionalidades de saúde? Existem dificuldades neste acompanhamento? Por favor, explique;
10. Os serviços de saúde disponíveis no município (atenção básica; PSF) oferecem condições para que as famílias cumpram essas condicionalidades?;
 - a. As famílias encontram alguma dificuldade para cumprirem estas condicionalidades? Quais?;
11. Qual a opinião dos senhores quanto às ações e serviços de saúde prestados às famílias do PBF?;
12. Quem são os responsáveis (pessoas; órgãos) em oferecer serviços de saúde em quantidade e qualidade adequadas a estas famílias?
13. Existem atividades nos serviços de saúde (Atenção Básica; PSF) para informar à população a respeito de assuntos relativos ao PBF?;
 - a. As famílias têm algum momento, evento ou fórum para “conversarem” sobre o PBF (mais especificamente sobre as condicionalidades da saúde)?
14. O PBF mudou a situação de vida e de saúde das famílias que recebem o repasse financeiro? Explique, por favor.;
15. O PBF mudou a relação das famílias vinculadas ao programa com os serviços de saúde (PSF)?;
 - a. Se o repasse financeiro fosse mantido independente do cumprimento das condicionalidades essa relação teria mudanças?;
16. O que mudou no seu trabalho como ACS após o PBF?;
17. O que pode ser feito na Unidade de saúde da família para melhorar o acompanhamento das famílias do PBF?
18. Quais os pontos mais positivos do PBF (em relação às questões da área da saúde)? E os mais frágeis (negativos)?

19. Direito Humano á Alimentação Adequada. Os senhores já ouviram falar sobre este assunto? Como entendem este conceito?

INSTRUMENTO 5 PBF

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES

SECRETÁRIA (O) DE SAÚDE e COORDENADOR(A) DA ATENÇÃO BÁSICA

- O (a) senhor (a) já recebeu alguma capacitação sobre o programa bolsa família - PBF? E sobre as condicionalidades de saúde do PBF?
- Qual o objetivo do governo federal com a criação do PBF?
- Qual o critério de inclusão das famílias no PBF?
- Na sua opinião, existem famílias que deveriam estar no PBF e não estão? Por favor, justifique.
- O (a) senhor (a) tem idéia dos valores recebidos pela família, qual o limite de membros que pode receber e qual o valor máximo que uma família pode receber?
- Por favor, descreva como as famílias cadastradas no PBF são acompanhadas pelos serviços de saúde no município (fluxo de acompanhamento).
- Por favor, descreva as atividades inerentes ao PBF vinculadas à saúde.
- Quais as condicionalidades de saúde que as famílias do PBF devem cumprir?
- Qual a sua opinião a respeito das condicionalidades de saúde do PBF? É favorável ou não? Por favor, justifique.
- As famílias cadastradas no PBF têm informação (esclarecimento) que devem ser acompanhadas pelos serviços de saúde? E sobre a necessidade de cumprirem as condicionalidades de saúde do PBF?
- As famílias cadastradas no PBF são cobertas pelos serviços de saúde? Ou alguma família tem dificuldade neste acesso? Quais as dificuldades? Qual o percentual de famílias acompanhadas pelas Unidades de Saúde da Família?
- As famílias cadastradas no PBF têm alguma dificuldade em cumprirem as condicionalidades de saúde? Se sim, quais?
- Existe alguma ação específica (incentivo, orientação, etc.) de busca ativa das famílias cadastradas no PBF para que as mesmas cumpram as condicionalidades de saúde do PBF?
- Caso as condicionalidades de saúde do PBF fossem suspensas, na sua opinião, ocorreria alguma mudança na relação das famílias cadastradas no PBF com o sistema de saúde?
- As famílias que cumprem as condicionalidades apresentam (ram) modificações positivas na sua situação de saúde que podem estar relacionadas ao cumprimento dessas condicionalidades?
- Quais as principais dificuldades da gestão no acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF? Por favor, destaque quais as medidas, na sua opinião, podem minimizar estas dificuldades.
- As famílias do PBF entendem a necessidade de cumprirem as condicionalidades como responsabilidade, direito ou obrigação?
- O município tem alguma dificuldade em localizar os titulares de direito do PBF para que estes cumpram as condicionalidades de saúde do PBF? Quem é o maior aliado para que isto ocorra?
- De que forma as questões relacionadas às condicionalidades de saúde do PBF

- são divulgadas? Existem materiais informativos produzidos pelo município?
- Como o(a) senhor(a) descreveria a rotina de acompanhamento dos titulares de direito do PBF e das famílias?
 - Como o(a) senhor(a) avalia as ações de saúde relacionadas às condicionalidades de saúde do PBF (pré-natal, vacinação, acompanhamento da nutriz e da gestante e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças)?
 - Quais os pontos positivos em relação às ações e serviços de saúde direcionados às famílias cadastradas no PBF com perfil saúde? E quais as que ainda precisam de maior investimento e de avanços?
 - O que poderia ser feito em relação às ações e serviços de saúde para melhorar a saúde das famílias cadastradas no PBF?
 - Existe alguma ação no município que informe às famílias sobre o direito ao acesso à rede de serviços de saúde?
 - Na sua opinião o PBF mudou a vida das famílias cadastradas? E na área da saúde?
 - O(a) senhor(a) considera que ocorreu alguma mudança no desenvolvimento das ações de saúde no município após a implantação do PBF e da exigência do cumprimento das condicionalidades de saúde? (na atenção básica e com relação à adesão das famílias aos serviços de saúde).
 - Qual o sistema que é alimentado com os dados obtidos do acompanhamento das crianças do PBF?
 - Qual a periodicidade de alimentação de dados neste sistema?
 - O que ocorre com estes dados? Qual a aplicação destes dados?
 - Estes dados são utilizados no planejamento da gestão? Se não, por quê? O que o senhor acha que dificulta este processo?
 - Ocorre a divulgação destes dados?
 - De que forma o senhor pensa que a gestão pode contribuir para que os profissionais da saúde incorporem o hábito de análise dos dados gerados?
 - Como é realizada a gestão do PBF? Quais os setores e secretarias estão envolvidos? Quais as responsabilidades de cada um com relação ao PBF?
 - Existe oficialmente algum comitê gestor ou alguma instância de gestão do PBF?
 - Qual a relação da secretaria de saúde com a secretaria de ação social na gestão do PBF?
 - Existe alguma articulação da área de saúde com a ação social a respeito do PBF por meio de reuniões? É informal ou existe formalmente?
 - Existe algum plano de fomentar ações estratégicas com as diferentes áreas envolvidas no PBF para que a gestão seja feita de forma intersetorial?
 - Se não, o que dificulta este processo?
 - Como o senhor avalia a operacionalização do PBF?
 - Existe algum arquivo ou pasta contendo documentos, materiais informativos, manuais do PBF?
 - Que informações sobre a base cadastral do Cadastro Único (CADÚNICO) o senhor tem acesso? Como o senhor descreveria a qualidade dessa base cadastral? Quantidade de famílias cadastradas, localizadas, não localizadas, acompanhadas, famílias com perfil saúde, etc.?
 - Existem dificuldades no município para acompanhar estas famílias? Justifique, por favor.
 - Como o senhor definiria a quantidade e qualidade dos recursos necessários ao acompanhamento destas famílias? Recursos físicos, recursos materiais, recursos

humanos, acesso à internet, etc.

- De que forma o senhor descreveria as ações relacionadas à capacitação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família (ESFs) sobre o PBF e as condicionalidades de saúde do PBF? Se não ocorre, qual a sua opinião (quais os motivos) sobre a inexistência de um protocolo de capacitação?
- O senhor identifica alguma forma de cobrança sobre a necessidade de capacitação a partir dos profissionais e das famílias?
- Como o senhor descreveria o controle social nas ações de saúde e naquelas relacionadas ao acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF? Existe controle social?
- Existe um conselho municipal de saúde do município? Qual a composição deste conselho? Este atua de alguma forma no controle social do PBF?
- Existe Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) no município? Existe algum representante do município no CONSEA estadual?
- De que forma uma família pode reclamar caso perceba que o seu direito ao PBF e às ações e serviços de saúde (em especial às condicionalidades de saúde) foi prejudicado?
- Como o senhor analisa a questão da avaliação e do monitoramento do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF? Existe um monitoramento das ações relacionadas com as condicionalidades de saúde do PBF, com relação à gestão e às equipes de saúde da família?
- Como o senhor avalia o seu desempenho com relação ao PBF?
- Quais as sugestões para melhorar ou facilitar o seu trabalho com relação às ações do PBF?
- O município recebe recursos em decorrência do índice de gestão descentralizada(IGD)?
- Como este recurso é gerido? Existe compartilhamento deste recurso entre as áreas?
- Na saúde, o que compõe o indicador do IGD? E como está esse indicador?
- O que facilita o alcance do indicador e o que dificulta?
- Existe alguma cobrança da ação social para que a saúde cumpra sua meta para alcançar o índice do IGD? Qual a meta (parâmetro)?
- Questões gerais

INSTRUMENTO 6 PBF

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES COORDENADORA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA SAÚDE

- Descreva livremente as atividades inerentes ao PBF vinculadas ao setor saúde.
- Quem são os responsáveis pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças do PBF na Unidade de Saúde da Família?
- Qual o sistema que é alimentado com os dados obtidos do acompanhamento das crianças do PBF?
- Qual a periodicidade de alimentação de dados neste sistema?
- Qual o uso destes dados? Eles são divulgados?
- A senhora considera que estes dados são utilizados no planejamento da gestão? Se não, por quê? Quais fatores dificultam este processo?
- De que forma a gestão pode contribuir para que os profissionais das equipes de saúde da família incorporem a necessidade de análise dos dados gerados?

- Quais as condicionalidades de saúde que as famílias do PBF devem cumprir?
- Ocorreu alguma mudança no desenvolvimento das atividades relacionadas às condicionalidades de saúde do PBF no município após a implantação deste programa (dentro da atenção básica e com relação à adesão das famílias aos serviços de saúde)?
- Qual a sua avaliação quanto às ações desenvolvidas nas unidades de saúde da família que estão relacionadas às condicionalidades de saúde do PBF? Existe algo para melhorar (qualidade e quantidade ofertadas)? Existe alguma dificuldade?
- A senhora já recebeu alguma capacitação sobre o PBF e sobre as condicionalidades de saúde do PBF?
- Existe algum arquivo ou pasta contendo documentos, materiais informativos, manuais do PBF?
- Qual a sua avaliação sobre a operacionalização do PBF? Esta ocorre em parceria ou de forma isolada?
- Existe um comitê gestor para as ações do PBF?
- No desenvolvimento das ações do PBF, como a senhora subdividiria as responsabilidades em relação às diferentes secretarias?
- Qual o critério de inclusão das famílias no PBF?
- A senhora tem idéia dos valores recebidos pela família, qual o limite de membros que podem receber e qual o valor máximo que uma família pode receber?
- Quais as informações sobre a base cadastral do CADÚNICO a senhora teria para nos apresentar? Qual a sua opinião sobre a qualidade dessa base cadastral? Quantidade de famílias cadastradas, localizadas, não localizadas, acompanhadas, famílias com perfil saúde, quais as dificuldades, etc.?
- Existem dificuldades para acompanhar estas famílias? O que poderia ser feito para melhorar esse acompanhamento?
- As famílias cadastradas no PBF recebem informações sobre a necessidade de cumprirem as condicionalidades de saúde do PBF? E de quais são essas condicionalidades?
- Caso as condicionalidades de saúde do PBF fossem suspensas ocorreria alguma mudança na relação das famílias cadastradas no PBF com o sistema de saúde?
- A senhora considera que o cumprimento das condicionalidades da saúde modifica a situação de saúde das famílias do PBF? Por favor, justifique.
- As famílias do PBF entendem a necessidade de cumprirem as condicionalidades como responsabilidade, direito ou obrigação?
- O município tem alguma dificuldade em localizar os titulares de direito do PBF para que estes cumpram as condicionalidades de saúde? Quem é o maior aliado na identificação e acompanhamento dessas famílias?
- De que forma são divulgadas as questões relacionadas às condicionalidades de saúde do PBF? Existem materiais informativos produzidos pelo município?
- Por favor, detalhe a rotina de acompanhamento dos titulares de direito do PBF e das famílias. Informações relativas à necessidade do cumprimento das condicionalidades, etc.
- Como a senhora classificaria a quantidade e qualidade dos recursos necessários ao acompanhamento destas famílias? Recursos físicos, materiais, recursos humanos, acesso à internet, etc.
- Por favor, descreva as ações relacionadas à capacitação dos profissionais das

equipes de saúde da família sobre o PBF e as condicionalidades de saúde do PBF? Existe um protocolo de capacitação? Em caso afirmativo, em que consiste? Em caso negativo, existe a previsão de elaboração? Qual o setor e pessoas estariam encarregadas desta atividade?

- A senhora identifica alguma forma de cobrança sobre a necessidade de capacitação a partir dos profissionais e das famílias?
- Como a senhora descreveria o controle social nas ações de saúde e naquelas relacionadas ao acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF? Existe controle social?
- Existe um conselho municipal de saúde no município? Qual a composição deste conselho? Este atua de alguma forma no controle social do PBF?
- Existe Conselho de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEA) no município? Existe algum representante do município no CONSEA estadual?
- De que forma uma família pode reclamar caso perceba que o seu direito ao PBF e às ações e serviços de saúde (em especial às condicionalidades de saúde) foi prejudicado?
- Como a senhora analisa a questão da avaliação e do monitoramento do acompanhamento das condicionalidades de saúde do PBF? Existe um monitoramento das ações relacionadas com as condicionalidades de saúde do PBF, com relação à gestão e às equipes de saúde da família?
- No seu município, o PBF tem uma relação mais direta com a saúde ou com a educação (na visão dos profissionais e das famílias)?
- Como a senhora avalia seu desempenho com relação ao PBF?
- Como funciona o atendimento nutricional (CD) das famílias com perfil saúde do PBF? E em relação ao pré-natal, imunização e ações de educação nutricional?
- Existe alguma ação específica (incentivo, orientação...) de busca ativa das famílias cadastradas no PBF para que as mesmas cumpram as condicionalidades de saúde do PBF?
- Quais as sugestões para melhorar ou facilitar o seu trabalho com relação às ações do PBF?
- São desenvolvidas ações de educação nutricional e promoção de alimentação saudável? De que forma?
- Na saúde, o que compõe o indicador do IGD? E como está esse indicador?
- O que facilita e o que dificulta o alcance do IGD?
- Existe alguma cobrança da ação social para que a saúde cumpra sua meta para alcançar o índice do IGD? Qual a meta (parâmetro)?
- Questões gerais

INSTRUMENTO 7 PBF

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS GESTORES

SECRETÁRIA DE AÇÃO SOCIAL e COORDENADORA DO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA NA AÇÃO SOCIAL

- 1) Qual a estrutura da Secretária de Ação Social em relação à coordenação das ações do PBF (organograma)?
- 2) Quais são as ações desenvolvidas na Secretária de Ação Social que estão relacionadas com o PBF? Qual o fluxo de informações e quais documentos regem o PBF?

- 3) Como uma família sabe que tem direito ao PBF? Quais os passos que esta família deve seguir para se cadastrar no PBF e quem é a pessoa ou o órgão que irá apoiar esta família neste processo?
- 4) Qual o maior interlocutor da Ação Social nas questões relacionadas às condicionalidades? A Secretaria de educação ou a Secretaria de saúde?
- 5) Quais os critérios de inclusão de uma família no PBF? O que caracteriza uma família pobre para a sua inclusão no PBF?
- 6) Qual o processo de cadastramento de uma família no PBF?
- 7) Qual o papel da Secretaria de Assistência Social neste processo?
- 8) As senhoras consideram que o PBF está atendendo realmente ao público alvo?
- 9) Na atualidade as famílias cadastradas no PBF correspondem ao perfil determinado pelo Governo Federal? E a distribuição por critério do repasse (básico e variável) está de acordo com as normas do PBF?
- 10) Como é feito o acompanhamento das famílias que já estão cadastradas no PBF? Qual a periodicidade?
- 11) De que forma as famílias cadastradas no PBF são acompanhadas para que se tenha conhecimento de que o perfil que elas tinham ao ingressarem no programa ainda está mantido?
- 12) O cadastro das famílias está atualizado? Todas as famílias têm o perfil de inclusão?
- 13) Que documento é usado para registrar este controle?
- 14) Qual a maior dificuldade que vocês têm para conseguir fazer este acompanhamento de maneira mais eficaz?
- 15) O que causa o desligamento de uma família no PBF?
- 16) Qual o percentual de famílias: cadastradas no PBF; localizadas; acompanhadas; e que atende às condicionalidades?
- 17) Qual o sistema de informação que contém estes dados – identificação das famílias cadastradas, proporção de famílias com perfil saúde, percentual de famílias acompanhadas?
- 18) Quem gerencia o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)?
- 19) Quem é o responsável pelo cadastramento das informações relativas às condicionalidades de saúde?
- 20) Existe algum comitê, algum órgão de interlocução entre as três instâncias de gestão do PBF?
- 21) Existe um Conselho Municipal de Saúde?
- 22) Como é feito o controle social do PBF?
- 23) Qual o nível de participação comunitária no PBF (processos decisórios)?
- 24) Quais as limitações e potencialidades da instância de controle social (ICS) do PBF?
- 25) Qual a periodicidade de encontros – reuniões – na ICS?
- 26) Quem é o representante da saúde na ICS?
- 27) Como o representante da sociedade é (foi) escolhido?
- 28) Para que serve este conselho? Que atividades são desenvolvidas?
- 29) Quem é o responsável pela gestão do PBF no município?
- 30) Existe intersetorialidade na gestão? Articulação entre as três secretarias (saúde, educação e ação social)?
- 31) Em que momento uma família é orientada sobre as condicionalidades do PBF que deve cumprir? Quem orienta esta família?
- 32) Qual das secretarias gerencia o PBF na realidade?

- 33) Quem gerencia o acompanhamento das condicionalidades de saúde? E da educação?
- 34) Em que momento existe uma interface? Qual a ação que é feita conjuntamente?
- 35) Existem dificuldades para registro dos dados de acompanhamento destas famílias? A estrutura (física, equipamentos e recursos humanos) existente é suficiente para acompanhar as famílias de maneira adequada? O que falta para melhorar?
- 36) Quais as ações desenvolvidas na Ação Social têm relação com o acompanhamento das condicionalidades da saúde do PBF?
- 37) O município recebe o IGD? De que forma é feita a distribuição deste recurso? Como o IGD é administrado? Em que o IGD é aplicado?
- 38) A secretaria de saúde já foi beneficiada pelo IGD?
- 39) Qual a sua opinião sobre a necessidade das famílias do PBF cumprirem condicionalidades da área de saúde?
- 40) As famílias do PBF têm acesso adequado às ações e serviços de saúde relacionados às condicionalidades de saúde do PBF?
- 41) Existem famílias que resistem ao cumprimento das condicionalidades? Por quê?
- 42) Caso as condicionalidades de saúde fossem extintas, o que poderia acontecer na relação entre as ações da Atenção Básica (PSF) e as famílias do PBF?
- 43) O que falta para que as famílias incorporem a procura aos serviços de saúde como direito e com co-responsabilização, e não como uma condição para receber um benefício financeiro?
- 44) O que vocês sugerem para que sejam obtidos avanços neste processo?
- 45) Quais os indicadores que compõem o IGD? Considerando que o valor do IGD depende das três áreas (Ação Social, Educação e Saúde), ocorre uma cobrança por parte da Secretaria de Ação Social para que as outras duas áreas alcancem suas metas e elevem assim o indicador?
- 46) Receberam capacitações sobre o PBF? Qual o órgão responsável pela capacitação? Qual a metodologia de capacitação? O que foi abordado? Qual a opinião de vocês a respeito destas capacitações? Existe periodicidade?
- 47) Já tiveram aproximação com os conceitos de Direito Humano a Alimentação Adequada? E de Segurança Alimentar e Nutricional? Qual o entendimento acerca destes conceitos?
- 48) Existem dificuldades para os beneficiários do PBF entenderem a diferenciação dos valores recebidos entre as famílias?
- 49) O município já produziu algum material a respeito do PBF? Houve distribuição às famílias do PBF?
- 50) As famílias vinculadas ao PBF são bem informadas a respeito do Programa? Por favor, justifiquem.

ANEXO III: INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS PARA ANÁLISE DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

INSTRUMENTO 1 *Vitamina A mais*

Projeto - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – VITAMINA A MAIS do Ministério da Saúde do Brasil: uma análise do seu funcionamento em Cabedelo – Paraíba.

Entrevista semi-estruturada com responsáveis por menores de 5 anos

QST: _____

Nome da Unidade: _____

Localização da Unidade: 1. Urbana 2. Rural

Entrevistador: _____

ENTREVISTADO: Nome: _____

Idade: _____ anos

Nome da criança: _____

CRIANÇA: Data de nascimento: ____/____/____ (VERIFICAR NO CARTÃO) Sexo: 1. Fem. 2. Masc.

1 – Responsável pela criança (quem trouxe a criança à Unidade Saúde da Família – USF - posto de saúde):

1. Mãe 2. Pai 3. Avó (ô) 4. Tia (o) 5. Irmã (ão) 6. Outro (a) Especificar: _____

2 – Raça/cor (autodeclarada) do responsável pela criança (quem trouxe a criança à USF - posto de saúde):

1. Branca 2. Parda/Mulata/Morena 3. Negra/Preta 4. Amarela/Oriental

3 – O (a) senhor (a) freqüentou a escola até que ano?

ENSINO FUNDAMENTAL								ENSINO MÉDIO			ENSINO SUPERIOR		SEM ESCOLARIDADE	NÃO SABE
1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	1 Comp.	2 Incomp.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 – A criança é acompanhada por uma USF (posto de saúde)?

1. SIM 2. NÃO *Passe para a questão 8* 99. NSB - Não sabe *Passe para a questão 8*

5 – Quais os profissionais que atendem a criança na USF (posto de saúde)? Pode marcar mais de uma opção.

1. Médico 2. Enfermeiro 3. Nutricionista 4. Auxiliar de enfermagem 5. Odontólogo 6. ACS
 7. Outro _____ 99. NSB - Não sabe

6 – Qual o motivo que faz o (a) senhor (a) levar a criança à USF (posto de saúde)?

R1: _____

R2: _____

R3: _____

99. NSB - Não sabe

7 – De quanto em quanto tempo o (a) senhor (a) leva a criança à USF (posto de saúde)?

1. Semanal 2. Quinzenal 3. Mensal 4. Trimestral 5. Semestral 6. Anual
 7. Outros _____ 8. Quando adoecer 99. NSB - Não sabe

8 – Sua criança toma em casa algum medicamento/suplemento fornecido pela USF?

1. Sim 2. Não *Passe para a questão 10* 99. NSB - Não sabe *Passe para a questão 10*

9 – Se sim, quais?

R.: _____

99. NSB – Não sabe

10 – Sua criança toma ou já tomou na USF algum líquido ou cápsula de vitamina (que não seja vacina)?

1. Sim 2. Não *Passe para a questão 12* 99. NSB - Não sabe *Passe para a questão 12*

11 – Se sim, quais?

R.: _____

99. NSB - Não sabe

12 – O (a) senhor (a) conhece (já ouviu falar) o Programa de Vitamina A?

1. Sim 2. Não *Passe para a questão 15.*

13 – O que o (a) senhor (a) sabe sobre o Programa de Vitamina A?

R.: _____

99. Não sabe – NSB

14 – Quais as atividades desenvolvidas na USF que estão relacionadas ao Programa de Vitamina A?

R.: _____

99. Não sabe – NSB

15 – O (a) senhor (a) sabe de quanto em quanto tempo sua criança deve tomar a vitamina A?

1. Sim 2. Não

Se sim, marque a periodicidade referida pelo entrevistado:

1. Mensal 2. Semestral 3. Anual 4. Outros _____ 99. NSB - Não sabe

16 – Sua criança já deixou de tomar vitamina A por falta de cápsula desta vitamina na USF?

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe

17 – O (a) senhor (a) sabe a quem reclamar se a cápsula de vitamina A faltar?

1. Sim 2. Não

Se sim, a quem reclamaria? _____

18 – Qual a importância da vitamina A para a sua criança?

R1: _____

R2: _____

R3: _____

99. NSB - Não sabe

19 – O (a) senhor (a) sabe quais alimentos são ricos em vitamina A?

1. Sim 2. Não

Se sim, quais? _____

20 – O (a) senhor (a) sabe quais problemas de saúde podem ocorrer com sua criança pela falta da vitamina A?

1. Sim 2. Não

Se sim, quais? _____

21 – O (a) senhor (a) já recebeu na USF alguma orientação sobre alimentação e nutrição?

1. Sim 2. Não *Passe para a questão 23* 99. NSB - Não sabe *Passe para a questão 23*

22 – Se sim, quais assuntos foram abordados?

R1: _____

R2: _____

R3: _____

R4: _____

R5: _____

99. NSB - Não sabe

23 – Na sua opinião, o (a) senhor (a) paga para participar do Programa de Vitamina A?

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe *Passa para a questão 25*

Se sim, justifique e passe para a questão 25: _____

24 – Por que o (a) senhor (a) acha que o Programa de Vitamina A é gratuito?

R1: _____

R2: _____

R3: _____

99. NSB - Não sabe

25- Sua família recebe benefício do Programa Bolsa Família? (família da criança)

1. Sim 2. Não 99. NSB - Não sabe

26 – Verificar o cartão da criança e preencher as doses de vitamina A administradas (registradas no Cartão).

A criança está com a vitamina A em dia? (recebeu nos últimos 6 meses - Para análise posterior)

1. Sim 2. Não

Vitamina A	Data da administração			Ilegível	Sem informação	Não estava com o cartão

27 – Peso e a altura no dia da entrevista: Obs.: Aferir peso e altura duas vezes.

PESO

CRIANÇAS DE COLO

PESO DO RESPONSÁVEL COM A CRIANÇA: PESO 1 (em kg): _____, _____ / PESO 2 (em kg): _____, _____

PESO DO RESPONSÁVEL SEM A CRIANÇA PESO 1 (em kg): _____, _____ / PESO 2 (em kg): _____, _____

Observações: 1- criança edemaciada/ 2 - criança agitada / 3 - não pesou

CRIANÇAS MAIORES

PESO DA CRIANÇA: PESO 1 (em kg): _____, _____ / PESO 2 (em kg): _____, _____

Observações: 1- criança edemaciada/ 2 - criança agitada / 3 - não pesou

COMPRIMENTO / ESTATURA

CRIANÇA MEDIDA: 1 - Deitada 2 – Em pé

COMPRIMENTO 1 (em cm): _____, _____ / COMPRIMENTO 2 (em cm): _____, _____

Observações: 1 - criança agitada / 2 – não mediu

Responsável pelas medidas: _____

INSTRUMENTO 2 Vitamina A mais

Projeto - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – VITA MAIS do Ministério da Saúde do Brasil: uma análise do seu funcionamento no município de Cabedelo – PB.

Entrevista N°.: _____

Entrevista semi-estruturada com os profissionais da Equipe Saúde da Família

Entrevistador: _____ Data da entrevista: _____
_____/_____/_____

Nome _____ do _____ profissional:

Data de nascimento: ____/____/_____

Cargo: _____ Data de admissão: ____/____/_____

Outra ocupação: _____

Local: _____

01) Quais Programas e atividades de alimentação e nutrição são desenvolvidos na Unidade Saúde da Família (USF) que o (a) senhor (a) trabalha?

1. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) 2. Atividades educativas
 3. Vitamina A Mais 4. Ferro 99. NSB – Não sabe.
 5. _____ Outros

02) O (a) senhor (a) conhece o Programa de Suplementação de Vitamina A do Ministério da Saúde? (Vitamina A Mais)?

1. Sim 2. Não

03) O (a) senhor (a) recebeu alguma capacitação a respeito do Programa Vitamina A Mais?

1. Sim 2. Não 99. NSB – Não sabe.

Se sim, por quem? _____

O que foi abordado? _____

Metodologia de capacitação: _____

04) O senhor (a) já recebeu alguma capacitação sobre o Programa Saúde da Família?

1. Sim 2. Não 99. NSB – Não sabe.

Se sim, por quem? _____

O que foi abordado? _____

Metodologia de capacitação: _____

05) Em que momento? Ao integrar a Equipe Saúde da Família (ESF)?

R.: _____

06) Na sua formação para a ESF e/ou para o Programa de Vitamina A houve algum conteúdo sobre o direito das famílias a terem acesso aos serviços e ações de saúde?

1. Sim 2. Não 99. NSB – Não sabe.

07) Na sua formação para a ESF e/ou para o Programa de Vitamina A houve algum conteúdo sobre a obrigação do governo e de todos os servidores públicos em ofertarem serviços de saúde em quantidade e qualidade suficientes?

1. Sim 2. Não 99. NSB – Não sabe.

08) Na opinião do (a) senhor (a) qual (is) o(s) objetivo(s) do PNVITA? Para que ele foi criado?

Objetivo(s)? _____

99. NSB – Não sabe.

09) Quais as atividades desenvolvidas pela Equipe de Saúde da Família que o(a) senhor (a) está inserido (a) que visam atingir os objetivos do Programa Vitamina A Mais?

R.: _____

1. Distribuição de cápsulas de megadose. 2. Atividades de educação nutricional.

99. NSB – Não sabe.

10) Que grupos precisam receber cápsulas de megadose de vitamina A pelo PNVITA?

1. Crianças entre 6 e 11 meses

2. Crianças entre 12 e 59 meses

3. Puérperas

4. Outros _____

99. NSB – Não sabe.

11) Qual deve ser a periodicidade de suplementação de vitamina A às crianças?

R.: _____

1. Semestral

99. NSB – Não sabe.

12) Em que momento a gestante deve receber a megadose de vitamina A?

R.: _____

1. No pós-parto imediato.

99. NSB – Não sabe.

13) Na opinião do (a) senhor (a), qual (is) dose (s) deve (m) ser administrada (s) a cada grupo? Explícite.

R.: _____

99. NSB – Não sabe.

14) Já faltou cápsula de vitamina A na USF? Alguma criança já compareceu a USF para tomar a cápsula e estava faltando?

1. Sim

2. Não

99. NSB – Não sabe.

15) Se sim, quando foi a última vez que faltou cápsula de vitamina A na USF? E qual o motivo?

1. Neste ano de 2008.

2. Ano passado.

99. NSB –

Não sabe.

Motivo: _____

16) Se sim, em geral qual a frequência de ocorrência?

R.: _____

1. Raramente 2. Sempre 3. Às vezes
 4. 1 vez 5. 2 vezes 99. NSB – Não sabe.

17) A quantidade de doses de vitamina A administrada é registrada?

1. Sim. 2. Não. 99. NSB – Não sabe.

18) Se sim, onde é realizado o registro?

1. Diretamente no mapa 2. Em folha avulsa 3. Caderno
 4. Outros _____ 99. NSB – Não sabe.

19) Quem administra as doses de vitamina A?

1. Médico 2. Nutricionista 3. Enfermeira 4. Auxiliar de enfermagem
 5. ACS 6. Outros _____ 99. NSB – Não sabe.

20) Como ocorre a previsão do número de cápsulas de vitamina A para abastecimento da USF?

R.: _____

99. NSB – Não sabe.

21) A USF tem informações sobre o número das doses administradas?

1. Sim 2. Não 99. NSB – Não sabe.

22) Quem é (são) o (s) responsável (is) por esta informação?

R.: _____

99. NSB – Não sabe.

23) Caso fosse necessário termos conhecimento, neste momento, do número de doses administradas neste ano de 2008, seria possível?

1. Sim Número de doses: _____

Se sim, a quem devemos recorrer? _____

2. Não Justificativa: _____

24) Para quais setores são repassadas as informações do número de doses administradas? E qual a periodicidade?

R.: _____

99. NSB – Não sabe.

25) Qual a importância da vitamina A?

R.: _____

99. NSB – Não sabe.

26) Na opinião do(a) senhor (a), o que pode acontecer a uma pessoa com deficiência de vitamina A?

R.: _____

99. NSB – Não sabe.

27) Alguma criança desta USF teve o diagnóstico de deficiência de vitamina A?

1. Sim 2. Não 99. NSB – Não sabe.

28) Se sim, como foi realizado o diagnóstico?

1. Clínico 2. Laboratorial 4. Outros: _____

99. NSB – Não sabe.

29) Na opinião do (a) senhor (a) quais os alimentos-fontes de vitamina A?

Cite alguns alimentos: _____

99. NSB – Não sabe.

30) Existe ou já ocorreu alguma atividade de informação à população sobre a vitamina A?

1. Sim 2. Não 99. NSB – Não sabe.

Se sim, qual? _____

31) Como você avalia o funcionamento do PNVITA na USF?

1. Péssimo 2. Ruim 3. Regular 4. Bom
 5. Ótimo Justifique: _____
 99. NSB – Não sabe.

32) Na sua área de atuação ou no município, quando a oferta ou qualidade de serviços e ações de saúde não está adequada há algum mecanismo de reclamação por parte da população?

1. Sim 2. Não 99. NSB – Não sabe.

Se sim, qual? _____

33) Se os mecanismos de reclamação existem, na sua opinião eles funcionam?

1. Sim 2. Não 99. NSB – Não sabe.

Justifique: _____

34) Se eles não existem, você acha que estes mecanismos de reclamação devem existir?

1. Sim 2. Não 99. NSB – Não sabe.

Se sim, sugestão: _____

35) O que poderia ser feito para melhorar o funcionamento do Programa de Vitamina A na USF?

R.: _____

36) DIREITO HUMANO À ALIMENTAÇÃO ADEQUADA: o (a) senhor (a) já teve algum contato com este conceito? Na sua opinião, qual a relação do VITA A MAIS com este conceito?

R.: _____

INSTRUMENTO 3 Vitamina A mais

ROTEIRO GRUPO FOCAL COM MÃES DE MENORES DE CINCO ANOS

1. As senhoras frequentam e levam suas crianças no PSF? Qual a frequência? Para quê?
 - a. Para imunização das crianças;
 - b. acompanhamento do CD;
 - c. Pré-natal
2. As senhoras conhecem quais as atividades de alimentação e nutrição que acontecem no PSF?
3. Participam ou já participaram de alguma?
4. As senhoras já receberam orientação sobre alimentação e nutrição?
5. De que forma? Quem orientou?
6. O que foi conversado nesta orientação?
7. É fácil seguir estas orientações? Por favor, justifiquem.
8. Quem escolhe os assuntos das palestras e treinamentos?
9. Já ajudaram a escolher? De que forma?
10. Quais assuntos gostariam de saber mais? Qual a melhor forma para aprender?
11. Todas têm filhos?
12. Quais as idades das crianças?
13. Amamentaram? Foi fácil? Até que idade?
14. Quais vitaminas eles tomam ou já tomaram?
15. Já ouviram falar na vitamina A? Qual a importância (para que serve) da vitamina A para as crianças? A falta desta vitamina pode causar problemas? Quais?

16. Seu filho toma vitamina A? De quanto em quanto tempo ele toma?
17. De onde vem esta vitamina? Quem fornece?
18. Alguma vez a senhora levou seu filho para tomar a vitamina A e não conseguiu? Qual o motivo? Resolveu?
19. A partir de que idade as crianças precisam começar a tomar? E até que idade precisam tomar?
20. Na opinião das senhoras, por que as suas crianças precisam tomar a vitamina A?
21. Já ouviram falar do Programa VITAMINA A MAIS?
22. Como é a alimentação das crianças? Que tipo de alimentos eles consomem?
23. Na casa das senhoras quais os alimentos mais consumidos?
24. É comum consumirem: carnes, fígados, gema de ovo; abóbora, jerimum; cenoura; couve folha; manga; mamão?
25. De que forma adquirem os alimentos? Comprando? Onde?
26. No município tem alguma forma de adquirirem os alimentos gratuitamente? Alguma horta? Programa de aquisição de alimentos por baixo custo?
27. Recebem algum apoio (financeiro, estímulo a hortas, capacitações para formação que ajude a conseguir emprego)
28. Já ouviram falar em CONSEA? CMS? Participam? Tem líder comunitário na área que residem? Associação de moradores?
29. Participam de algum fórum, comissão para falarem sobre seus direitos e necessidades?
30. Caso não estejam satisfeitas com o acesso a saúde a quem procuram? Resolve?
31. Sugestão para melhorar o programa e terem melhor acesso a boa alimentação.
32. O que é alimentação adequada?
33. DHAA: já ouviram falar? O que pensam sobre isso?
34. Os serviços de saúde (PSF) oferecem condições para que as senhoras cuidem bem da saúde das suas crianças? O que as senhoras pensam sobre a quantidade e a qualidade dos serviços oferecidos no PSF?
35. As senhoras já precisaram alguma vez do serviço de saúde e não conseguiram ser atendidas? Ou não foram bem atendidas? Por favor, expliquem.

INSTRUMENTO 4 *Vitamina A mais*

ROTEIRO DE GRUPO FOCAL COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

- 1) Quais Programas (atividades de alimentação e nutrição) são desenvolvidos na USF que o(a) senhora(a)s trabalham?
- 2) O(a) senhora(a)s conhecem o Programa de Suplementação de Vitamina A (*Vita A mais*) do Ministério da Saúde? Por favor, falem livremente sobre este Programa.
- 3) Quais as atividades desenvolvidas na USF são relacionadas ao Programa Vitamina A Mais?
- 4) Já receberam alguma capacitação a respeito do Programa *Vitamina A Mais*?
- 5) Qual o objetivo principal do *Vitamina A Mais*?
- 6) Como o *Vitamina A Mais* atua para garantir este objetivo (quais as estratégias)?
- 7) Qual a importância da vitamina A?
- 8) Quais os alimentos-fontes de vitamina A?
- 9) No município as famílias têm facilidade no acesso a estes alimentos? De que forma? Comprando? Onde? O custo é acessível?
- 10) Existem programas de alimentação e nutrição que auxiliam a população menos favorecida? Quais? Qual a abrangência?
- 11) Que grupos precisam receber cápsulas de vitamina A?
- 12) Qual a periodicidade de suplementação de vitamina A às crianças?
- 13) Em que momento a gestante deve receber a megadose de vitamina A?
- 14) Conhecem a diferenciação do tipo de dose por faixa etária?
- 15) O que pode acontecer a uma criança com deficiência de vitamina A?
- 16) Alguma criança desta USF já apresentou deficiência de vitamina A?

- 17) Como os profissionais da equipe de saúde da família (incluindo os senhores) “suspeitam” que uma criança pode estar com esta deficiência?
- 18) Que medidas são tomadas nesta situação?
- 19) Existe ou já ocorreu alguma atividade de informação à população sobre a vitamina A? Qual?
- 20) Já faltou cápsula de vitamina A na USF? É freqüente faltar?
- 21) Caso as mães sintam-se insatisfeitas com o Programa *Vitamina A mais* têm a quem reclamar? Em geral, reclamam? E o problema é resolvido?
- 22) Como avaliam o funcionamento do *Vitamina A mais* na USF?
- 23) Quais as atividades dos ACSs têm relação com o *Vitamina A mais*?
- 24) O que poderia ser feito para melhorar o funcionamento do Programa na área de abrangência que atuam?
- 25) Como ocorre a participação popular nas decisões ligadas a saúde no município?
- 26) DIREITO HUMANO A ALIMENTAÇÃO ADEQUADA: O que pensam a respeito?
- 27) SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: O que pensam a respeito?

INSTRUMENTO 5 *Vitamina A mais*

ROTEIRO PARA ANÁLISE DA SITUAÇÃO DA GESTÃO E DA OPERACIONALIZAÇÃO DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A NO ÂMBITO MUNICIPAL

- O município dispõe de documentos e materiais relativos ao Programa? Se sim, quais?
- O gestor municipal de saúde está sensibilizado quanto à importância das administrações das megadoses da vitamina A?
- A operacionalização do Programa é feita em parceria com outras áreas da Secretaria de Saúde?
- O Estado encaminha as cápsulas de vitamina A diretamente ao município ou descentraliza a sua distribuição para a regional de saúde?
- Quando a Vitamina A chega ao estoque municipal, o coordenador do Programa é prontamente avisado?
- Ocorre algum atraso para o recebimento da vitamina no município? Se sim, sabe qual o motivo desse atraso?
- O local para o armazenamento do produto é adequado?
- Qual o fluxo da distribuição da Vitamina A no município? Descreva o fluxo logístico do Programa desde o recebimento das cápsulas de vitamina A até sua administração. (Como, onde, quando e quem administra as megadoses de vitamina A?)
- Informar a estratégia de administração da Vitamina A (rotina, campanha, ACS, busca ativa de faltosos).
- O município tem alguma dificuldade para administrar as megadoses de vitamina A? Se sim, cite a dificuldade e o que tem sido feito para a superação do problema.
- Como é agendado o retorno das crianças? É utilizado o cartão da Criança?
- O município utiliza algum instrumento de registro dos dados de administrações da vitamina A e controle de estoque no âmbito dos serviços de saúde? Se sim, qual é esse instrumento?
- O município utiliza o sistema de gerenciamento do Programa de Suplementação de Vitamina A para informar os dados de acompanhamento?
- O coordenador /digitador tem dificuldade de acessar a internet para inserção dos dados no sistema? Qual?
- O desempenho da rede (conexão/tempo de acesso) é satisfatório? Qual o conexão à internet utilizada? (*Banda Larga, Cabo, Discada, Rádio*)
- O sistema de gerenciamento do programa está adequado?
- O município adota algum procedimento de rotina para registro das informações sobre administração da vitamina A e controle de estoque no sistema (prazo, periodicidade de registro...)? Existe alguma dificuldade neste processo? Qual?

- Qual o fluxo das informações de acompanhamento (desde o formulário preenchido nas unidades até o encaminhamento das informações via sistema)?
- É freqüente a perda de vitamina A? Se sim, por qual motivo:
- Se há perdas, os dados são registrados no sistema de gerenciamento do programa?
- Há algum planejamento para a capacitação dos profissionais de saúde no que tange à importância do tema e aos procedimentos de operacionalização do Programa? Se sim, qual a periodicidade?
- Qual a última vez que os profissionais de saúde foram submetidos a um processo de capacitação sobre o programa? Qual o conteúdo ministrado na última capacitação?
- Algum profissional do município foi capacitado para registro das informações de acompanhamento do sistema *on line*? Se sim, houve um bom entendimento?
- São elaborados e produzidos no Estado ou no município, materiais relacionados ao tema (folders, cartazes, manuais operacionais, protocolos, dentre outros)?
- O tema Vitamina A está incluído em materiais educativos e/ou em normas técnicas de outras áreas da saúde.
- Nas Unidades de Saúde são realizadas atividades educativas com relação à importância do Programa? Se sim, que tipo de atividade já foi desenvolvido?
- O conselho municipal de saúde atua no controle social de Programas de Nutrição como o *Vita A mais*? Se sim, quais as principais atividades desenvolvidas pelo conselho?
- O Município realiza algum tipo de monitoramento e avaliação do Programa de Suplementação de Vitamina A?
- Sugestões para melhorar a efetividade do Programa
- Identificar as últimas remessas de vitamina A (verificar se estão de acordo com os dados da CGPAN).
- Considerações adicionais.

INSTRUMENTO 6 *Vitamina A mais*

Projeto - Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A – VITA MAIS do Ministério da Saúde do Brasil: uma análise do seu funcionamento em Cabedelo – Paraíba.

Entrevista semi-estruturada com os profissionais da equipe Saúde da Família NUTRICIONISTAS

Entrevistador: _____ Data: ____/____/____

Nome do profissional: _____

Cargo: _____ Admissão: ____/____/____

Local de trabalho: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Nível de escolaridade:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Médio completo |
| <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Fundamental completo | <input type="checkbox"/> Superior completo |
| <input type="checkbox"/> Médio incompleto | <input type="checkbox"/> Outros _____ |

QUESTÕES SOBRE VITAMINA A

1) Quais Programas e atividades de alimentação e nutrição são desenvolvidos na USF que você trabalha? **NUTRIÇÃO NO PSF**

Bolsa Família Vitamina A Mais Ferro Não sabe

Outros _____

2) Você conhece o Programa Vitamina A Mais do Ministério da Saúde?

CONHECIMENTO

Sim Não

3) O que caracteriza (como funciona) este Programa? *não mostrar as opções*

OPERACIONALIZAÇÃO E CONHECIMENTO

Distribuição de cápsulas de megadoses orientação nutricional Não sabe

Outros _____; _____; _____

4) Você sabe quais as atividades desenvolvidas na USF são relacionadas ao Programa Vitamina A Mais? **OPERACIONALIZAÇÃO E CONHECIMENTO**

Sim Não

Quais? _____

5) Você recebeu alguma capacitação a respeito do Programa Vitamina A Mais? Por quem? **OPERACIONALIZAÇÃO E CAPACITAÇÃO**

Sim Não

Capacitador/instituição: _____

6) Como foi realizada esta capacitação? **CAPACITAÇÃO**

palestra oficina de trabalho outras _____

7) Você sabe qual é o objetivo principal do PNVITA? **CONHECIMENTO**

Sim Não

Qual o objetivo? _____

8) Como o PNVITA atua para garantir este objetivo? **CONHECIMENTO**

Distribuição de cápsulas de megadose.

Atividades de educação nutricional.

Não sabe.

Outros. _____

9) Que grupos precisam receber cápsulas de megadose de vitamina A pelo PNVITA? **CONHECIMENTO**

- Crianças entre 6 e 11 meses Crianças entre 12 e 59 meses
 Puérperas Não sabe. Outros _____

10) Qual a periodicidade de suplementação de vitamina A às crianças?

CONHECIMENTO

- Não sabe.

R.: _____

11) Em que momento a gestante deve receber a megadose de vitamina A?

CONHECIMENTO

- Não sabe.

R.: _____

12) Você sabe qual a dose administrada a cada grupo? Explícite. **CONHECIMENTO**

- Sim Não

13) Já faltou cápsula de vitamina A na USF? **OPERACIONALIZAÇÃO**

- Sim Não Não sabe.

14) Se sim, qual a frequência de ocorrência? **OPERACIONALIZAÇÃO**

- _____
- Raramente Sempre Às vezes 1 vez 2 vezes Não sabe.

15) A quantidade de doses de vitamina A administrada é registrada? Onde?

OPERACIONALIZAÇÃO

- Sim. Não. Não sabe.

16) Se sim, onde é realizado o registro? **OPERACIONALIZAÇÃO**

- Diretamente no mapa Em folha avulsa Caderno Não sabe. outro _____

17) Quem administra as doses de vitamina A? **OPERACIONALIZAÇÃO**

- Médico Nutricionista Enfermeira Auxiliar ACS
 Não sabe. outros

18) Como se dá a previsão do número de cápsulas de vitamina A para abastecimento da USF? **OPERACIONALIZAÇÃO**

- Não sabe.

R.: _____

19) A USF tem informações sobre o número das doses administradas?

OPERACIONALIZAÇÃO

- Sim Não Não sabe.

20) Você poderia me informar agora quantas doses foram administradas neste ano de 2008? **OPERACIONALIZAÇÃO**

Sim Número de doses _____

Não Justificativa _____

21) Para quais setores são repassadas estas informações? **OPERACIONALIZAÇÃO**

R.: _____

22) Qual a importância da vitamina A? **CONHECIMENTO**

Não sabe. Qual? _____

23) Você sabe o que pode acontecer a uma pessoa com deficiência de vitamina A? **CONHECIMENTO**

Sim Não

O quê? _____

24) Alguma criança desta USF já apresentou deficiência de vitamina A? **OPERACIONALIZAÇÃO**

Sim Não Não sabe.

25) Você sabe quais os alimentos-fontes de vitamina A? **CONHECIMENTO**

Sim Não

Cite alguns alimentos: _____

26) Existe ou já ocorreu alguma atividade de informação à população sobre a vitamina A? **OPERACIONALIZAÇÃO**

Sim Não Não sabe.

Qual? _____

27) Como você avalia o funcionamento do PNVITA na USF?

OPERACIONALIZAÇÃO

Péssimo Ruim Regular Bom Ótimo

28) O que poderia ser feito para melhorar o funcionamento do Programa na USF?

OPERACIONALIZAÇÃO

TERMOS DE CONSENTIMENTO (exemplos)

TERMO DE CONSENTIMENTO DO INSTRUMENTO 1- PBF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre *O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA* e está sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde do Brasil. O objetivo do estudo é conhecer o *entendimento de mães/responsáveis de crianças menores de 5 anos do município de _____, Estado de _____, sobre o PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.*

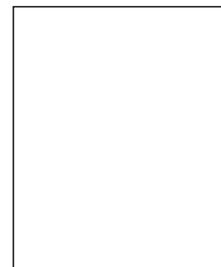
Solicitamos a sua colaboração *para responder à entrevista com questões sobre o PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA, e permitir que as medidas de peso e altura/estatura de sua criança sejam aferidas.* Além disso, solicitamos sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde nem da sua criança.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal



Assinatura do Entrevistador

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a)
MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS / ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO
- FAO.

Atenciosamente,

Técnico Responsável
Nome: Janine Giuberti Coutinho
Coordenadora da Equipe de Avaliação e
Monitoramento/CGPAN/DAB/SAS/MS
Endereço: SEPN 511, Edifício Bittar IV, 4º Andar – Brasília/DF.
Telefone: 61 – 3448.8226

_____, _____ de _____ de 2008.

TERMO DE CONSENTIMENTO DO INSTRUMENTO 2-PBF

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a),

Esta pesquisa é sobre *O PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA* e está sendo desenvolvida pelo Ministério da Saúde do Brasil. O objetivo do estudo é conhecer a *percepção de mães/responsáveis de crianças menores de 5 anos vinculadas ao Programa Bolsa Família no município de Tibau do Sul, Estado do Rio Grande do Norte, sobre o PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.*

Solicitamos a sua colaboração *para participar de encontro de grupo focal cujo tema central é Condicionais de saúde do PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA.* Além disso, solicitamos sua autorização para registro das falas por meio de gravador e de imagens por meio de fotografias e filmagens. Pedimos

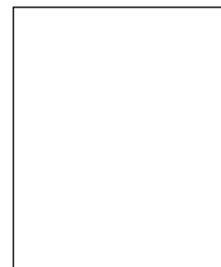
também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo. Informamos que essa pesquisa não oferece riscos, previsíveis, para a sua saúde nem para seu atendimento pelo serviço de saúde.

Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o (a) senhor (a) não é obrigado (a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador (a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido (a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal



Alice Teles de Carvalho (83-88185807/ 32167499)

Assinatura do pesquisador/ moderador

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a)

MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS / ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA AGRICULTURA E ALIMENTAÇÃO
- FAO

Atenciosamente,

Técnico Responsável

Nome: Janine Giuberti Coutinho

Coordenadora da Equipe de Avaliação e
Monitoramento/CGPAN/DAB/SAS/MS

Endereço: SEPN 511, Edifício Bittar IV, 4º Andar – Brasília/DF

Telefone: 61 – 3448.8226

_____, ____ de _____ de 2008.

ANEXO IV - ROTEIRO PARA ANÁLISE DOS PROGRAMAS DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO: uma adaptação do Guia Metodológico – Melhoria dos Programas de Nutrição, preconizado pela Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação

SEÇÃO I: ANÁLISE DO DESENHO DO PROGRAMA

1) Análise da pertinência do programa

- A) O programa foi pensado com base na situação nutricional do país? Justifique.
- B) Quais atores sociais participaram da discussão para elencar o problema “objeto do programa” como prioritário? Houve participação comunitária?
- C) Quais os objetivos do programa? Estes foram pensados e estão diretamente relacionados aos problemas nutricionais?
- D) Os objetivos contemplam as questões econômicas, sociais, demográficas e culturais que determinam o problema?
- E) Destacar três fatores que refletem a pertinência do desenho do programa e três que podem ser considerados obstáculos para a pertinência.

2) Análise do foco do programa

- A) Qual o foco do programa (geográfico, socioeconômico, grupos vulneráveis)?
- B) Quais os critérios para inclusão dos participantes no programa?
- C) De que forma é acompanhada a permanência de um participante no Programa?
- D) Como ocorre o desligamento dos participantes no Programa?
- E) Existe alguma avaliação sobre a influência do programa na saúde dos participantes? Esta é realizada em que fase de vínculo com o programa?

3) Análise das intervenções do programa

- A) O tipo de intervenção pensada seria a mais adequada para a resolução do problema específico?
- B) Existe indicador mensurável da eficácia das intervenções?
- C) Os serviços de saúde conseguem responder a intervenção pensada? Existem recursos financeiros, materiais, físicos estruturais, humanos e de capacitação para “lidar” com o programa?
- D) Existe uma forma de acompanhar a continuidade da intervenção? (descontinuidade da intervenção pela gestão; fragilidade e/ou ausência de acompanhamento dos grupos participantes por parte do serviço).
- E) Existem estratégias pensadas para aumentar a adesão dos participantes ao programa?

4) Análise das atividades da comunidade

- A) De que forma a comunidade está inserida na operacionalização do Programa?

B) A população participa das decisões e da avaliação (se esta existir) do Programa?

5) Análise da participação dos líderes comunitários

A) Os líderes da comunidade são capacitados a respeito do Programa? Qual a importância destes para a plena execução do Programa?

B) De que forma os líderes comunitários atuam (ou podem atuar) na operacionalização do Programa?

C) Existe o reconhecimento formal de que os agentes comunitários de saúde são líderes comunitários?

D) Existem outras lideranças que não estão incluídas formalmente no processo?

6) Análise da gestão do Programa

A) Quais órgãos e/ou instituições gerenciam o programa?

B) Com que frequência a gestão do Programa se reúne com os demais participantes do programa (comunidade, profissionais de saúde e outros)? Que assuntos são abordados nestas reuniões?

C) A gestão do Programa é participativa, ou seja, a comunidade está inserida de alguma maneira na gestão do programa? De que forma apresenta-se esta inserção?

D) Os aspectos financeiros do Programa são discutidos entre a gestão e os demais participantes? São apresentados relatórios financeiros e prestação de contas?

E) Os recursos destinados ao programa estão sendo aplicados adequadamente? Como é feito este controle? Quem é (são) o(s) responsável (is) por este controle? Como ocorre a prestação de contas e com que periodicidade?

F) A equipe envolvida na gestão e na operacionalização do programa está dedicada e motivada?

7) Análise do acompanhamento, monitoramento e avaliação do programa

A) Existe acompanhamento das atividades inerentes ao programa? Como funciona? Quem são os responsáveis? Existe financiamento para esta atividade?

B) Com que periodicidade o programa é monitorado e avaliado? Quem participa desta avaliação?

- C) Os resultados da avaliação são divulgados? Existe um *feedback* para os demais participantes?
- D) Caso os resultados obtidos na avaliação sejam negativos, que medidas são tomadas para reverter a situação encontrada?
- E) Os dados produzidos na rotina do serviço e aqueles oriundos de avaliações (pontuais ou sistemáticas) têm possibilitado analisar a situação do programa?

8) Análise das conexões do programa

- A) A existência deste programa depende de outros programas? Se sim, quais são estes programas e qual a conexão existente entre eles?
- B) Quais os parceiros do programa? Como eles auxiliam o desempenho deste programa?
- C) Caso alguma parceria fosse desfeita, este programa seria mantido (sustentabilidade)?
- D) As autoridades, órgãos e comitês trabalham em parceria nas atividades do Programa?

SEÇÃO II: ANÁLISE DO MACROENTORNO

1) Análise da macroentorno político

- A) O seu país/Estado/município assumiu algum compromisso relacionado à nutrição e à segurança alimentar e nutricional?
- B) De que forma o governo atua/tem estimulado/tem fomentado a garantia da Segurança Alimentar e Nutricional da população?

2) Análise do grau de colaboração intersetorial

- A) No seu país/Estado/município há um comitê ou conselho intersetorial para discutir assuntos de nutrição e/ou segurança alimentar e nutricional?
- B) Se sim, qual a sua composição? Qual a regularidade das reuniões? Existe um orçamento?
- C) Como eles atuam para a garantia da segurança alimentar e nutricional e manutenção do bom estado nutricional da população?

- D) O comitê tem influenciado na tomada de decisões de nutrição e segurança alimentar e nutricional?

3) Análise do nível dos recursos que o governo destina para a nutrição

- A) Os recursos repassados pelo governo (federal) para a execução de programas e ações de nutrição e segurança alimentar e nutricional são suficientes para assegurar sua plena execução?
- B) Caso negativo existe discussões no sentido de “aumentar” a alocação de recursos, por parte do governo, ao programa?
- C) O Estado e o município oferecem alguma contrapartida para a execução e acompanhamento de programas e ações de nutrição e segurança alimentar e nutricional? Se sim, informar.

4) Análise da suficiência do assessoramento técnico

- A) No quadro de recursos humanos do Estado e do município existem especialistas com formação na área de nutrição? Se sim, que cargo ocupa?
- B) Existe um programa de capacitação e atualização profissional em nutrição na sua região/Estado? Este programa está vinculado a alguma instituição de ensino público?

SEÇÃO III: ANÁLISE DO MICROENTORNO

1) Análise do grau de diversidade na área do Programa

- A) Quais são as principais formas de diversidade que influenciam a operacionalização do programa (geográfica, condições de saúde específicas: malária, etc, diversidade cultural e étnica)?
- B) Como o gestor local lida com essas diversidades?
- C) A gestão local já identificou quais as causas da má-nutrição nas diversas áreas ou populações?

2) Análise da economia alimentar local

- A) Como normalmente são adquiridos os alimentos entre as famílias de baixa renda? (Quais são as fontes de renda utilizadas para a aquisição de alimentos? Existem programas que facilitam o acesso aos alimentos? O padrão de aquisição de alimentos varia de acordo com a estação? O acesso aos alimentos que são normalmente consumidos nos lares está sujeito às variações sazonais? Como é o padrão de distribuição de alimentos no interior dos lares? Há existência de tabus alimentares? (a quem se aplicam).
- B) Ultimamente, têm ocorrido “crises” econômicas que afetem a segurança alimentar e nutricional da população? Se isto acontecer, quais as medidas adotadas para minimizar o seu impacto e/ou potencializar a capacidade das famílias de enfrentar os seus efeitos?

3) Análise dos níveis de desenvolvimento comunitário

- A) Quais são as condições existentes nas comunidades objeto do programa que podem limitar o sucesso das intervenções deste?
- B) Como foi prevista a abordagem dessas situações pelo programa?

4) Análise de acesso aos serviços básicos e à assessoria técnica

- A) As comunidades têm fácil acesso aos serviços de saúde, de nutrição e agrícolas? Como esses serviços são oferecidos (estrutura do serviço de saúde consegue atender a demanda, etc.)?
- B) Estão disponíveis bons serviços básicos para responder às necessidades da comunidade?
- C) Dispõe-se, em nível local, de boa assessoria técnica com relação a esses serviços?

5) Análise da adequação das estruturas locais de desenvolvimento

- A) Quais são os comitês de desenvolvimento que existem na sua região e/ou em seu município?

Quais se aproximam mais do desenvolvimento comunitário?

- B) Quão ativos eles são? Qual é a sua composição? Dispõem de um orçamento

suficiente?

- C) Como as comunidades identificam e comunicam as suas necessidades?
- D) O programa trabalha em colaboração com os comitês locais de desenvolvimento?
- E) Caso não existam comitês de desenvolvimento, que outros comitês ou sistemas formais ou informais existem para apoiar o programa?

SEÇÃO IV – ANÁLISE DA SUSTENTABILIDADE

1) Análise dos recursos do programa

- A) A sustentabilidade do programa depende de recursos? Se sim, qual a origem destes recursos?
- B) Existe regularidade no repasse de recursos ao programa?
- C) Os recursos (financeiro-humanos/humanos/materiais) destinados ao programa são suficientes ao seu funcionamento? Ou seja, os recursos garantem a execução e sustentabilidade do programa?

2) Análise da titularidade do programa

- A) O programa foi institucionalizado? Em caso afirmativo, em qual ministério ou organismo?
- B) O programa tem caráter intersetorial? Quais instituições/setores estão envolvidos na gestão e operacionalização do programa? Alguns elementos do programa são de responsabilidade de outros setores? Neste caso existe uma co-responsabilização?
- C) Como a comunidade julga a pertinência deste programa? Ele é tido como um direito?

3) Análise da capacidade do programa de responder às necessidades futuras

- A) Os objetivos do programa contemplam atividades a curto, médio e em longo prazo? Especificar o que é curto, médio e longo prazo.

B) As atividades a médio e longo prazo foram pensadas para serem desenvolvidas com facilidade e satisfatoriamente com recursos facilmente adquiridos mesmo em outras gestões?

C) O programa é suficientemente flexível para incluir mudanças nos problemas e prioridades de nutrição?

D) Serão cobertas as necessidades futuras de serviços básicos e de especialistas em nutrição e áreas afins?

ANEXO V – MANUAL DO ENTREVISTADOR (PARA ANÁLISE DO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A)

Etapas de Treinamento

- Dia anterior à coleta – reunião com todos os entrevistadores (08h30). Na impossibilidade de comparecer no dia 08 de agosto pela manhã, entrar em contato com antecedência.
- Distribuição do material aos entrevistadores (camiseta, prancheta, caneta)
- Ajustes metodológicos

Dia da coleta de dados – Dia da Vacinação – 09/08/08

1. Saída do ônibus para Cabedelo – 06:30 – Portão central da UFPB
2. A equipe deve estar nos postos de vacinação no máximo às 07:30 horas a fim de proceder a organização do espaço, aferição de balanças e distribuição de material.
3. Início da coleta de dados – 08h00 – início da vacinação
4. Fim das atividades – 17h30
5. Os responsáveis pelas crianças selecionadas deverão ser entrevistados nesse intervalo de tempo (08:00 às 17:00 horas).

Observações importantes:

- No dia da Vacinação serão convidadas a participar da amostra mães/responsáveis por crianças de 0 a 59 meses (menores de 5 anos) que comparecerem aos postos selecionados. No caso de mãe/pai, o mesmo será entrevistado independente da idade que tiver. No caso de outro responsável (tio, vizinho, irmão, etc.) o mesmo só será entrevistado se tiver 18 anos ou mais.
- Nunca entrevistar/pesar a criança antes da vacinação.
- Caso a mãe e/ou o pai estejam presentes, prefira entrevistá-los a outro membro da família.
- Haverá uma folha de controle de aplicação de questionários em cada posto. Sempre que um entrevistador acabar de fazer uma entrevista, deverá marcar a realização da mesma na folha de controle.
- No caso de responsáveis com duas ou mais crianças, o questionário deverá se referir a apenas uma (1) criança, que será sempre a de maior idade (mais velha). Se dentre elas alguma for filho (a), deverá ser o escolhido, mesmo que as demais crianças (que não sejam filhos) tenham idade superior. Se todas as crianças forem de outro parentesco (que não filho), será a de maior idade. Esta mesma criança será direcionada para tomada de peso e estatura pelos antropometristas.

Ex. 1: Ana levou ao posto Maria (sua filha de 2 anos), Renata (sua filha de 3 anos) e João (vizinho de 4 anos). Neste caso, a criança a ser escolhida será a Renata, pois é a filha de Ana que tem a maior idade.

Ex. 2: Paula levou ao posto seus sobrinhos: Taís (4 anos), Júlia (1 ano), José (3 anos) e Pedro (2 anos). Neste caso, a criança escolhida é a Taís, pois tem a maior idade.

Em casos de gêmeos, escolher o que nasceu primeiro (portanto mais velho) ou a critério da mãe.

- Cada posto terá um membro **COORDENADOR**. Este convidará as mães/responsáveis para participar da Pesquisa (dizer que é uma pesquisa sobre saúde do Ministério da Saúde). Este convite será feito ainda na fila antes da vacinação. Aqueles responsáveis que se enquadrarem nos critérios de inclusão (pai ou mãe, independente da idade ou outro responsável com idade igual ou superior a 18 anos) que concordarem devem ser encaminhados à sala da entrevista após seus filhos terem sido vacinados. Outra atribuição do coordenador é apoiar os entrevistadores e antropometristas em caso de dúvidas.
- **ENTREVISTADOR**: O primeiro passo é reforçar que se trata de perguntas sobre saúde. O segundo passo é explicar resumidamente o TERMO DE CONSENTIMENTO (o entrevistado não é obrigado a participar, seu nome será

mantido em sigilo e o seu atendimento pela USF não sofrerá alterações). Em seguida solicitar a assinatura do mesmo, caso o entrevistado tenha interesse em participar.

Após o aceite, questione o entrevistado sobre qual das crianças presentes é seu filho e qual tem a maior idade. Esta criança será o foco das perguntas do QUESTIONÁRIO, ou seja, as informações questionadas dirão respeito a esta criança e sua família e também esta será a criança encaminhada para a tomada de medidas.

- O passo seguinte é iniciar a entrevista. Durante toda a entrevista, mantenha a tranquilidade e a calma, tratando com cordialidade o entrevistado, porém sendo objetivo e claro.
- Encerrada a entrevista, direcione o entrevistado à sala de antropometria, onde o **ANTROPOMETRISTA** o estará aguardando. Entregue o QUESTIONÁRIO ao antropometrista e indique qual criança será pesada e medida (a mesma escolhida para a entrevista).
- O passo seguinte é retornar à sala da entrevista já com o próximo entrevistado.
- Deste momento em diante, a responsabilidade do QUESTIONÁRIO é do antropometrista, que deve guardá-lo na pasta. Ao final do dia esta pasta será entregue ao Coordenador.
- No caso de rasura em uma das questões, o ENTREVISTADOR/ANTROPOMETRISTA deve rubricar ao lado a fim de identificarmos que foi um erro, e não uma alteração no preenchimento após o dia da coleta.
- As questões respondidas pelo entrevistado devem ser registradas no questionário da mesma forma que for referida (na íntegra).
- O uso do celular está **PROIBIDO** durante toda a coleta de dados. O aparelho deve ser mantido desligado ou no silencioso, de preferência com o Coordenador do grupo.

ORIENTAÇÕES PARA VERIFICAÇÃO DAS DOSES DE VITAMINA A NO CARTÃO DA CRIANÇA

No dia da vacinação vocês poderão encontrar vários modelos de cartão da criança em Cabedelo. Seguem três modelos de cartão que vocês poderão encontrar. Percebam que no modelo 1 a vitamina A na maioria das vezes estará registrada na parte inferior onde tem o título: Outras vacinas. No modelo 2 consta um espaço específico para a vitamina A. No modelo 3 há um espaço específico para registro da vitamina A na página 74. Ainda no modelo 3, na página 78, tem local para registro de vacinas (às vezes a equipe da USF, por hábito, continua registrando a vitamina A neste local). Independente do modelo é importante procurar onde consta escrito vitamina A em caneta e com assinatura. Não considerar data em grafite e sem assinatura. Vocês precisarão anotar no quadro do questionário (que também segue) apenas a data em que a vitamina A foi aplicada. Cada modelo é apresentado em duas cores. Por exemplo, o modelo que estamos enviando na cor azul (meninos) também existe na cor rosa. E o modelo que estamos enviando na cor rosa também consta na cor verde.

Em alguns casos pode constar no cartão vitamina A de caneta e com assinatura mas sem data (vamos orientar esta exceção mais uma vez pessoalmente).

***Os modelos dos cartões de vacinação foram excluídos para tornar o arquivo menos denso.**

Observações ANTROPOMETRIA:

Balança portátil cedida pelo Ministério da Saúde:

- Para ligar a balança, basta passar a mão pelo sensor localizado ao lado do visor da balança.
- Para tarar a balança, passe novamente a mão sobre o sensor localizado ao lado do visor da balança.

AFERIÇÃO DO PESO:

1. Criança que não consegue (ou não quer) ficar de pé:

- 1º PASSO: A criança deve estar descalça e com menor quantidade possível de roupas.
- 2º PASSO: Solicitar que a mãe/responsável suba na plataforma com a criança no colo.
- 3º PASSO: Posicionar a mãe/responsável no centro da plataforma com o peso distribuído em ambos os pés.
- 4º PASSO: Registrar o peso 1 da mãe com a criança no questionário.
- 5º PASSO: A mãe/responsável com a criança no colo desce da balança.
- 6º PASSO: Tarar a balança.
- 7º PASSO: Solicitar que a mãe/responsável suba novamente na plataforma com a criança no colo.
- 8º PASSO: Registrar o peso 2 da mãe com a criança no questionário.
- 9º PASSO: A mãe/responsável com a criança no colo desce da balança.
- 10º PASSO: Tarar a balança.
- 11º PASSO: Solicitar que a mãe/responsável suba na balança sem a criança.
- 12º PASSO: Posicionar a mãe/responsável no centro da plataforma com o peso distribuído em ambos os pés.
- 13º PASSO: Registrar o peso 1 da mãe sem a criança no questionário.
- 14º PASSO: A mãe/responsável desce da balança.
- 15º PASSO: Tarar a balança.
- 16º PASSO: Solicitar que a mãe/responsável suba novamente na plataforma sem a criança no colo.
- 17º PASSO: Registrar o peso 2 da mãe sem a criança no questionário.
- 18º PASSO: A mãe/responsável desce da balança.
- 19º PASSO: Tarar a balança.

2. Crianças que conseguem ficar de pé:

- 1º PASSO: A criança deve estar descalça e com menor quantidade possível de roupas.
- 2º PASSO: Posicionar a criança no centro da plataforma.
- 3º PASSO: A criança deve estar em posição ereta, com o peso distribuído em ambos os pés.
- 4º PASSO: Realizar a leitura quando a criança estiver quieta.
- 5º PASSO: Registrar o valor do peso 1 no questionário.
- 6º PASSO: Repetir o procedimento (de 1 a 4).

- **7º PASSO:** Registrar o segundo valor obtido no questionário.

AFERIÇÃO DA ESTATURA:

3. Criança que não consegue (ou não quer) ficar de pé:

- **1º PASSO:** Colocar o estadiômetro na posição horizontal e deitar a criança no centro do estadiômetro, descalça e com a cabeça livre de adereços.
- **2º PASSO:** Manter, com a ajuda da mãe/ responsável:
- **3º PASSO:** A cabeça apoiada firmemente contra a parte fixa do equipamento, com o pescoço reto e o queixo afastado do peito; os ombros totalmente em contato com a superfície de apoio do estadiômetro; os braços estendidos ao longo do corpo.
- **4º PASSO:** As nádegas e os calcanhares da criança em pleno contato com a superfície que apóia o estadiômetro.
- **5º PASSO:** Pressionar, cuidadosamente, os joelhos da criança para baixo, com uma das mãos, de modo que eles fiquem estendidos. Juntar os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas. Levar a parte móvel do equipamento até as plantas dos pés, com cuidado para que não se mexam.
- **6º PASSO:** Realizar a leitura do comprimento quando estiver seguro de que a criança não se moveu da posição indicada.
- **7º PASSO:** Anotar o resultado no questionário.
- **8º PASSO:** Repetir todos os passos anteriores.

4. Criança que consegue ficar de pé:

- **1º PASSO:** Posicionar a criança, descalça e com a cabeça livre de adereços, no centro do equipamento. Mantê-la de pé, ereta, com os braços estendidos ao longo do corpo, com a cabeça erguida, olhando para um ponto fixo na altura dos olhos.
- 1. **2º PASSO:** Encostar os calcanhares, ombros e nádegas em contato com o estadiômetro/fita.
- **3º PASSO:** Os ossos internos dos calcanhares devem se tocar, bem como a parte interna de ambos os joelhos. Unir os pés, fazendo um ângulo reto com as pernas.
- **4º PASSO:** Abaixar a parte móvel do equipamento, fixando-a contra a cabeça, com pressão suficiente para comprimir o cabelo. Retirar a criança, quando tiver certeza de que a mesma não se moveu.
- **5º PASSO:** Realizar a leitura da estatura, sem soltar a parte móvel do equipamento.
- **6º PASSO:** Anotar o resultado no questionário.
- **7º PASSO:** Repetir todos os passos anteriores.

Repassando alguns pontos importantes sobre antropometria:

Peso em kg

- Esse dado deverá ser preenchido pela equipe da antropometria. A criança deverá ser pesada duas vezes pelo mesmo antropometrista, com intervalo de tempo. Os pesos aferidos deverão ser anotados: Peso 1 e Peso 2.
- Caso não seja possível obter nenhum peso da criança, marque a opção não pesou. Caso só seja possível obter um peso da criança, anote o peso obtido no campo Peso 1 e no campo Peso 2 escreva não pesou.
- Caso a criança esteja muito agitada, marcar a opção criança agitada.

Comprimento/estatura

- Esse dado deverá ser preenchido pela equipe da antropometria. A criança deverá ser medida 2 vezes pelo mesmo antropometrista, com intervalo de tempo. As medidas aferidas deverão ser anotadas: Comp./estatura 1 e Comp./estatura 2. Caso não seja possível obter nenhuma das medidas da criança, marque a opção não mediu. Caso só seja possível obter apenas uma medida da criança, anote a medida obtida no campo Comp./estatura 1 e no campo Comp./estatura 2 escreva não mediu.
- Caso a criança esteja muito agitada, marcar a opção criança agitada.

IMPORTANTE!!!

- Devem ser registrados no formulário os valores observados exatamente como aparecer no visor da balança (no caso do peso).
- Devem ser registrados no formulário os valores observados na fita métrica/antropômetro (no caso da altura/comprimento).
- Caso a mãe/responsável peça para pesar/medir as outras crianças, fazê-lo apenas 1 vez, sem registrar os dados (apenas para informar à mãe). Se a mesma questionar sobre a saúde e/ou estado nutricional da criança, orientá-la a procurar a USF na segunda-feira.

[Caso tenha alguma dúvida durante o preenchimento do questionário, procure o coordenador de equipe!](#)

OBRIGADA!