

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
DIRETORIA REGIONAL DE BRASÍLIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS DE ALIMENTAÇÃO E
NUTRIÇÃO**

ÉLIDA AMORIM VALENTIM

**PROTOCOLO DE ESTRATÉGIAS SOBRE A OPERACIONALIZAÇÃO DO
PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA AUXILIAR OS COORDENADORES DA REGIÃO
NORDESTE**

BRASÍLIA

ÉLIDA AMORIM VALENTIM

**PROTOCOLO DE ESTRATÉGIAS SOBRE A OPERACIONALIZAÇÃO DO
PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A DO
MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA AUXILIAR OS COORDENADORES DA REGIÃO
NORDESTE**

Monografia apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Diretoria Regional de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição.

Orientador: Profa. Dra. Cláudia Saunders

BRASÍLIA

2008

Ficha Catalográfica elaborada por
Vanessa Luiz Neunzig – Bibliotecária CRB 1/2.175

V155p VALENTIM, Élida Amorim

Protocolo de estratégias sobre a operacionalização do programa nacional de suplementação de vitamina a do ministério da saúde, para auxiliar os coordenadores da região nordeste / Élida Amorim Valentim — Brasília: [s.n], 2008. 46 f.

Monografia (Especialização em Gestão de Políticas de Alimentação e Nutrição) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Diretoria Regional de Brasília, 2008.

1. Deficiência de Vitaminas. 2. Fidelidade a Diretrizes. 3. Programas de Nutrição. 4. Programas e Políticas de Nutrição e Alimentação. 5. Vitamina A. I. Título.

CDD: 612.39

“Estamos sempre presente,
não só nos momentos de alegria,
compartilhando prazeres,
mas principalmente nos momentos mais difíceis...”

Dedico esta frase ao meu pai Evaristo!

Agradecimentos

A Deus, em primeiro lugar, sem Ele nada seria possível.

Ao meu marido Marcos, pelo apoio e compreensão, à minha mãe Maria e meus irmãos, por todo amor, carinho e apoio ao longo de mais essa etapa importante da minha trajetória profissional. À minha filha Sofia, que ainda está no meu ventre, mas já está tão presente na minha vida.

À professora Cláudia Saunders, pela orientação, apoio e paciência.

Às Coordenadoras Estaduais de Alimentação e Nutrição que trabalham com o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, pelo apoio e atenção.

A equipe de Carências Nutricionais da CGPAN, em especial à Dillian e Patrícia Couto pelo apoio e amizade.

A Fundação Oswaldo Cruz.

A Diretoria Regional de Brasília.

Ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

A CGPAN, em especial à Ana Beatriz, pela liberação e compreensão nas semanas de aula.

Resumo

Valentim, Élide. Protocolo de estratégias sobre a operacionalização do programa nacional de suplementação de Vitamina A do Ministério da Saúde, para auxiliar os coordenadores da região nordeste. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Osvaldo Cruz, Brasília, 2008.

A vitamina A é um micronutriente essencial à manutenção de muitas funções fisiológicas do organismo. A deficiência dessa vitamina é considerada como uma das mais importantes deficiências nutricionais nos países em desenvolvimento. No Brasil, nas últimas décadas, evidências de deficiência de vitamina A (DVA) tem sido documentadas, sobretudo na região Nordeste e em alguns locais da região Sudeste. Essas áreas são caracterizadas pela seca e pelo alto índice de pobreza da população. Existem inúmeras estratégias para prevenir a DVA, como o estímulo ao plantio e consumo de alimentos fontes, a fortificação de alimentos e a suplementação com vitamina A. O Brasil desde 1983 vem efetuando a distribuição de cápsulas com megadoses de vitamina A. Contudo, foi a partir 1994, com a instituição do Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A que a distribuição desse micronutriente foi intensificada em crianças de 6 a 59 meses e somente em 2001, passou-se a distribuir cápsulas de vitamina A para as mulheres no pós-parto imediato. Em 2005, o programa foi atualizado e passou a se chamar Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, cujo o objetivo é reduzir e controlar a deficiência. Atualmente, a distribuição de megadoses de vitamina A contempla todos os estados da região Nordeste e os municípios que se encontram no Vale do Jequitinhonha e Mucuri, em Minas Gerais. Considerando que o programa existe há 25 anos, foi realizada uma entrevista com as coordenadoras estaduais para diagnosticar os entraves operacionais e debilidades na gestão, a partir disso foi elaborado um plano de ação, listando estratégias, objetivo de cada ação, instrumentos, metas e recursos necessários à consecução dos objetivos propostos. Com a proposta espera-se um resultado positivo na operacionalização, logística e cobertura do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A.

Palavras-Chave: Deficiência de Vitamina A, Vitamina A, Programa de Suplementação, Nutrição, Protocolo

Abstract

Valentim, Élide. Protocolo de estratégias sobre a operacionalização do programa nacional de suplementação de Vitamina A do Ministério da Saúde, para auxiliar os coordenadores da região nordeste. 46f. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Diretoria Regional de Brasília, Fundação Osvaldo Cruz, Brasília, 2008.

Vitamin A is an essential micronutrient to the maintenance of many physiological functions of the organism. The deficiency of this vitamin is considered one of the most important nutritional deficiencies in the developing countries. In Brazil, in the last decades, evidences of vitamin A deficiency (DVA) have been registered, especially in the Northeast region and in some places of the Southeastern region. These areas are characterized by dry and the high index of poverty of the population. There are many strategies to prevent DVA, like the incentive to the plantation and consumption of vitamin A food sources, the food fortification and the supplementation with this vitamin. Since 1983, Brazil is distributing capsules with high doses of vitamin A to children. However, only after 1994 when the National Program of Vitamin A Deficiencies Control was instituted, the distribution of this micronutrient was intensified to children of 6 the 59 months, and only in 2001, the distribution of the vitamin capsules was initiate for the women in the immediate after-childbirth. In 2005, this Program was brought up to date and changed its name to National Vitamin A Supplementation Program, which objective is to reduce and to control the deficiency. Nowadays, the distribution of high doses of vitamin A contemplates all the states of the Northeast region and the Vale do Jequitinhonha and Mucuri cities situated in Minas Gerais. Considering that the program has 25 years, an interview with the state coordinators was carried through to diagnosis the operational difficulties and management weaknesses. After this, an action plan was elaborated with strategies, actions objectives, instruments, goals and resources to the achievement of the plan objectives. With this proposal, we expect a better result in the operation, logistic and covering of the National Vitamin A Supplementation Program.

Key-words: Vitamin A deficiency, Vitamin A, Supplementation Program, Nutrition, Protocol

Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura das crianças de 6 a 11 meses suplementadas com vitamina A.....	15
Figura 2: Cobertura das crianças de 12 a 59 meses – 1ª dose, suplementadas com vitamina A	15
Figura 3: Cobertura das crianças de 12 a 59 meses – 2ª dose, suplementadas com vitamina A	16
Figura 4: Cobertura de puérperas suplementadas com vitamina A.....	16
Figura 5: Evolução da cobertura de suplementação dos anos 2005, 2006 e 2007	26
Figura 6: Quantitativo de municípios em cada estado versus hospital/maternidade.....	30

Lista de Quadros

Quadro 1: Esquema de administração da vitamina A	23
---	----

Lista de Tabelas

Tabela 1: Percentual de coordenadores cadastrados no sistema de gerenciamento.....	26
Tabela 2: Planejamento Estratégico para viabilidade da intervenção	37
Tabela 3 – Cronograma das principais atividades	38

Lista de abreviaturas e siglas

- CGPAN** – Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
- CONASEMS** - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
- CONSEA** - Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional
- DVA** – Deficiência de Vitamina A
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- IDHM** – Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
- INAN** – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- OPAS** – Organização Pan-Americana da Saúde
- PNAN** – Política Nacional de Alimentação e Nutrição
- PNDS** – Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde
- PSF** – Programa Saúde da Família
- SINASC** – Sistema de Informação de Nascidos Vivos
- UI** – Unidade Internacional
- UNICEF** – Fundo das Nações Unidas

Sumário

Dedicatória

Agradecimentos

Resumo

Abstract

Lista de figuras

Lista de quadros

Lista de abreviaturas e siglas

1. Introdução

1.1 - Situação problema 12

1.2 – Objetivos 17

1.3 - Justificativa técnico-científica 18

2. Desenvolvimento

2.1 - Referencial teórico 19

2.2 – Metodologia 27

2.3 - Aspectos éticos 36

3. Considerações Finais

3.1 - Análise de viabilidade de implementação 36

3.2 – Cronograma 38

4 – Referências 40

5. Elementos Pós textuais

5.1 – Anexos 43

1- Termo de consentimento livre e esclarecido 43

2- Questionário 44

INTRODUÇÃO

1.1- Situação Problema

O termo deficiência de vitamina A (DVA) é usualmente empregado para descrever todos os estágios dessa deficiência nutricional, incluindo o subclínico, o funcional e o estágio terminal que é o clínico, no qual estão presentes os estágios da xeroftalmia (1). Trata-se de uma das deficiências nutricionais mais prevalentes no mundo subdesenvolvido (2).

A vitamina A é um micronutriente essencial à manutenção das funções fisiológicas do organismo. Ressaltam-se as funções ligadas ao sistema visual, diferenciação celular, crescimento, reprodução e o sistema imune (1 e 2).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), já é conhecido que a DVA pode levar a cegueira, e mesmo nos casos de deficiência leve, pode haver um comprometimento do sistema imunológico, o que reduz a resistência à diarreia e ao sarampo, que por sua vez matam respectivamente 1 milhão de crianças por ano no mundo (3).

Segundo o Banco Mundial, a imunização e a suplementação de vitamina A, são duas intervenções em saúde pública com melhor relação custo-benefício disponíveis atualmente. A melhoria da suplementação com megadoses de vitamina A fortalece a resistência da criança à doenças e reduz a probabilidade de morte infantil. Por um custo baixo - atualmente o Ministério da Saúde compra as cápsulas de 100.000UI no valor de R\$ 0,16 e de 200.000UI no valor de R\$ 0,23 – a criança pode ser protegida contra a DVA e contra diversas doenças que podem levar à morte, entre as quais difteria, coqueluche, pólio, sarampo, pneumonia e outras (4).

A nutrição adequada deve começar durante a gravidez e deve continuar após o nascimento, os micronutrientes tais como ferro, vitamina A e iodo exercem um impacto considerável sobre o desenvolvimento da criança e a saúde da mulher (4).

A DVA é uma das carências nutricionais mais prevalentes nos países em desenvolvimento, uma vez que acomete grande parte de sua população,

principalmente crianças de 5 meses a 6 anos de idade, acarretando conseqüências irreversíveis (5).

A redução das taxas de DVA pode acarretar um impacto social positivo e deve constituir um compromisso ético com as próximas gerações. O Banco Mundial calcula que o custo de não intervir para superar a desnutrição e as carências específicas, é de 10 vezes maior do que o custo de um programa de intervenção (6).

No Brasil, dados dos últimos 20 anos indicam que a DVA, é um problema com magnitude de saúde pública em todo o país (6). Evidências de DVA têm sido documentadas, em várias regiões do País, sobretudo em estados da região Nordeste e em alguns locais da região sudeste, como Minas Gerais, São Paulo e Rio de Janeiro (6,7). Essas áreas são caracterizadas pela seca e pelo alto índice de pobreza da população. E a região Nordeste é apontada como uma região vulnerável à DVA subclínica, por se tratar de uma região pobre, onde o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de alguns estados chega a cerca de 0,63 (8).

Existem inúmeras estratégias para prevenir a DVA, cada uma delas com suas próprias vantagens e limitações, mas sempre altamente eficazes quando aplicadas de forma complementar. Contudo, a intervenção nutricional mais eficaz preconizada pelos comitês internacionais é baseada na combinação da suplementação nutricional (na forma de cápsulas), fortificação de alimentos e diversificação alimentar para a melhoria da saúde materno infantil à curto, médio e longo prazo (5, 9,10,11).

Atualmente as ações governamentais de combate à DVA se constituem na aplicação de megadoses de vitamina A (cápsulas de 100.000UI e 200.000UI), em crianças de 6 a 59 meses de idade, nos estados da região Nordeste e Vale do Jequitinhonha Minas Gerais e no incentivo ao consumo de alimentos fontes de vitamina A (7).

A suplementação de vitamina A no Brasil existe há 25 anos, sendo que o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, foi instituído pela portaria nº 729 de 13 de maio de 2005 (12), e hoje se faz necessário diagnosticar os entraves operacionais e debilidades na gestão do referido programa, que dificultam a sua adequada performance.

Sob o gerenciamento da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição – CGPAN/ Departamento de Atenção Básica/ Secretaria de Atenção

Básica/ Ministério da Saúde, sendo finalizado junto às Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição, é garantido no próprio orçamento anual a compra das cápsulas de vitamina A, a produção e distribuição para os estados e o monitoramento do programa. A produção e a distribuição são realizados pelo Laboratório da Fundação Oswaldo Cruz, Farmanguinhos e o monitoramento pelo sistema de gerenciamento da CGPAN, com o acompanhamento mensal da cobertura (13).

Desde a implantação do programa tem sido um grande desafio para as autoridades que o coordenam, focando a melhoria e a ampliação da cobertura e execução satisfatória por parte da equipe de saúde.

Diante da situação, a CGPAN, vem envidando esforços para melhorar o desempenho de cobertura dos estados, realizando uma avaliação da cobertura de suplementação no ano de 2007, este será comparado com o ano anterior (2006) (13). Houve um aumento do número de crianças de 6 a 11 meses suplementadas com vitamina A (figura 1), com exceção do estado da Bahia que houve uma pequena queda de 3% na cobertura, sendo que no geral em 2007, a cobertura alcançou 80% da meta (100%). Contudo, houve uma pequena queda na cobertura de crianças de 12 a 59 meses suplementadas com a primeira dose anual de 1,43% (figura 2), destacando Alagoas, Bahia, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte, refletindo na cobertura geral de 2007, que seria alcançar 100% de cobertura, mas foram suplementadas 41,5% das crianças nesta faixa etária. A segunda dose para as crianças de 12 a 59 meses, manteve-se baixa atingindo em 2007 uma cobertura de 29% das crianças (figura 3).

Em relação às puérperas, também foi registrada a queda de 4,4% no período de janeiro a dezembro de 2007, atingindo 67% de cobertura (figura 4). Essa redução ocorreu em função da diminuição acentuada da cobertura desse grupo populacional nos estados de Alagoas, Bahia, Maranhão, Paraíba e Sergipe. Cabe salientar que as informações sobre a suplementação contidas no sistema de gerenciamento do estado de Minas Gerais são ínfimas, pois este realiza um controle paralelo (programa excel), não aderindo ao sistema de gerenciamento. Por ter uma população expressiva, a falta dessas informações reflete de forma significativa nas coberturas deste Programa.

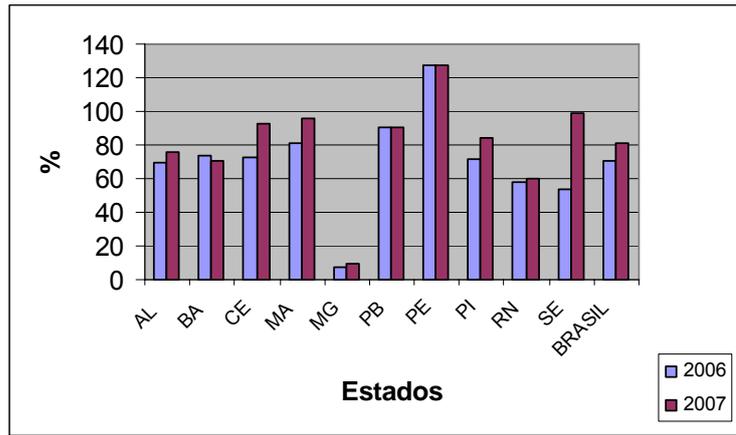


Figura 1 – Cobertura das crianças de 6 a 11 meses suplementadas com vitamina A

Fonte: site www.saude.gov.br/nutricao acessado em 30/06/2008

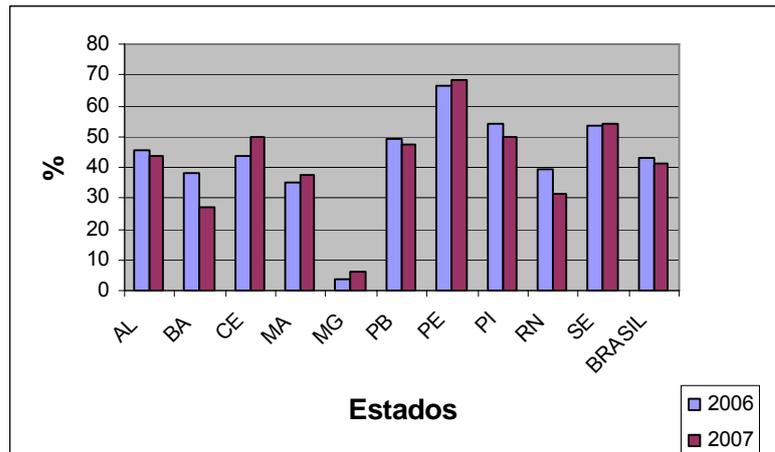


Figura 2 – Cobertura das crianças de 12 a 59 meses – 1ª dose, suplementadas com vitamina A

Fonte: site www.saude.gov.br/nutricao acessado em 30/06/2008

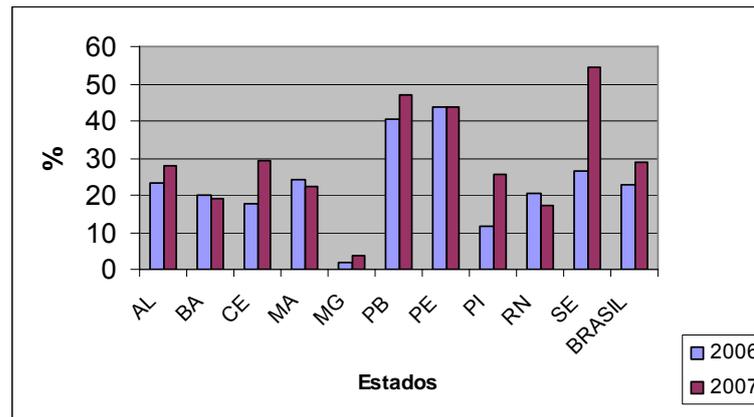


Figura 3 – Cobertura das crianças de 12 a 59 meses – 2ª dose, suplementadas com vitamina A

Fonte: site www.saude.gov.br/nutricao acessado em 30/06/2008

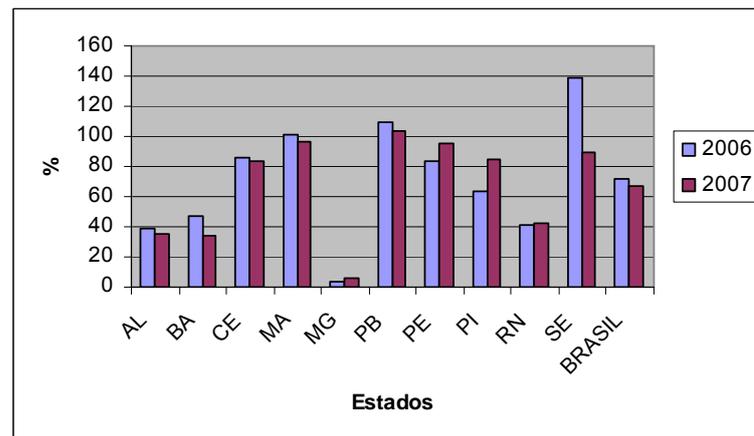


Figura 4 – Cobertura de puérperas suplementadas com vitamina A.

Fonte: site www.saude.gov.br/nutricao acessado em 30/06/2008

Diante ao exposto, a CGPAN com o objetivo de fomentar as ações de combate a DVA, tem buscado revisar toda a lógica operacional existente do Programa e propor alterações no sentido de sensibilizar os profissionais de saúde, diminuir perdas de vitamina A e melhorar a cobertura.

As ações realizadas para intensificação foram:

- Capacitação das regionais de saúde e dos coordenadores municipais do Programa;
- Contato com as Coordenações Estaduais de Alimentação e Nutrição; e

- Criação de materiais de apoio, como cartaz e manual operacional do programa, folder de micronutrientes, caderno de atenção básica sobre carências de micronutrientes, manual para agentes comunitários de saúde – Alimentação e Nutrição para as Famílias do Programa Bolsa Família, livros (Guia Alimentar para População Brasileira, Alimentos Regionais e Aprendendo sobre Vitamina A, Ferro e Iodo – fase de impressão).

Destaca-se, portanto, que cada estado possui uma logística de funcionamento do programa, sendo que alguns possuem uma coordenação estruturada com apoio da Secretaria Estadual de Saúde e outros não.

Diante disto, o presente estudo pretende propor a elaboração de um protocolo que seja capaz de contribuir para a melhoria da situação problema que foi identificada a partir dos dados coletados do questionário aplicado às Coordenadoras Estaduais de Alimentação e Nutrição. Propõe-se também o planejamento da implantação do referido instrumento com aplicação deste na Região Nordeste.

1.2 - Objetivos da proposta

O presente projeto tem por objetivos:

1.2.1 - Objetivo Geral

Diagnosticar os entraves e as debilidades do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A do Ministério da Saúde e elaborar um protocolo que vise contribuir a ampliação da cobertura do programa nos Estados da Região Nordeste.

1.2.2 - Objetivos específicos

- Identificar as debilidades do Programa, englobando desde a programação até a distribuição dos suplementos à população;
- Discutir com os gestores as debilidades do programa;
- Fomentar a inserção dos dados de suplementação no sistema de gerenciamento;

- Qualificar tecnicamente as regionais de saúde e municípios nas ações de promoção e controle da DVA;
- Propor a implementação do protocolo nos estados da região Nordeste;
- Promover a avaliação de impacto do programa.

1.2.3 Justificativa técnico-científica

O Ministério da Saúde tem desenvolvido ações centradas em estratégias de intervenção para controle e prevenção da DVA. Estas ações são: educação e orientação nutricional e a suplementação com megadoses de vitamina A. O trabalho de educação nutricional necessita de muita dedicação e sensibilização do gestor e dos profissionais de saúde, pois a população ainda no século XXI, possui muitos mitos, tabus e superstições relacionados à alimentação, e esta é uma ação que trará resultados à longo prazo; e a suplementação com vitamina A, atualmente, aplica-se somente em áreas localizadas nos bolsões de pobreza, que são consideradas de risco para a deficiência da vitamina A na população, e trata-se de uma intervenção com resultados à curto prazo.

Diversos estudos com vitamina A, demonstraram uma relação causa efeito entre a suplementação com este micronutriente, a redução da taxa de mortalidade na infância e da severidade de doenças infecciosas (1).

O projeto será uma análise do programa de suplementação de vitamina A. Assim será definido como um instrumento de mudanças a curto prazo. Este contribuirá para a melhora operacional, logística e aumento da cobertura do programa, pois de fato precisa melhorar seu funcionamento e cobertura. A proposta será iniciada na região nordeste, em função do programa ter sido implantado nesta região e apesar dos anos, os estados possuem dificuldades que impedem o seu bom desempenho.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 - Referencial teórico

A DVA é considerada um dos problemas nutricionais mais freqüentes no mundo, constitui um problema grave em mais de 60 países. Sua prevalência é particularmente alta em regiões como a Ásia, África e América Latina (6). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima-se mais de 250 mil crianças em todo o mundo possuem carência da vitamina, e o Brasil foi classificado como área contendo carência sub-clínica grave (14).

No Brasil, permanecem como desafios de saúde pública a desnutrição e as deficiências de micronutrientes, principalmente entre crianças. A qualidade alimentar é de extrema importância para o amadurecimento das estruturas neurológicas que favorecem o processo de aprendizado. Estudos realizados em vários países têm demonstrado que a DVA ainda está associada à introdução precoce dos alimentos complementares, ao consumo inadequado de alimentos fontes de vitamina A e também à pobreza e aos tabus alimentares (15). Contudo, a ingestão inadequada de alimentos fonte de vitamina A é conhecida como principal fator etiológico da carência em questão e a exclusão dos alimentos fonte da vitamina ou o baixo consumo, estão mais relacionados a questões culturais e hábitos alimentares do que fatores econômicos (16).

A vitamina A é encontrada em fontes de origem animal e vegetal. Dentre os alimentos de origem animal, as principais fontes são: leite humano, vísceras, gema de ovo, leite e derivados integrais (2). A provitamina A é encontrada em vegetais folhosos verdes (como espinafre e folhas novas de vários vegetais), vegetais amarelos (como abóbora e cenoura) e frutas amarelas (como mangas, pêsego e mamão) (17,18), além de óleos e frutas oleaginosas (buriti, pupunha, dendê e pequi) que são as mais ricas fontes de provitamina A. (15,17,18). Um benefício das provitaminas é a conversão da vitamina A ativa e a ação como potentes antioxidantes (15).

No âmbito nacional, regional ou local, foi realizado nos últimos 25 anos inquéritos de consumo alimentar que indicam muito baixa ingestão de fontes

naturais de vitamina A, chegando a 60% ou mais da população com consumo inadequado (6).

A vitamina A além de ser essencial para o funcionamento do sistema visual, está bem envolvida na diferenciação celular, crescimento, reprodução, visão e no sistema imune (1).

A DVA subclínica é definida em crianças em idade pré-escolar quando a prevalência de níveis de retinol sérico são menores que 0,70 (19). Com base na OMS, a prevalência de níveis séricos de retinol $\leq 0,70 \mu\text{mo/L}$ em 2% a $< 10\%$ da população infantil de 6 a 71 meses de idade indica problema de saúde pública leve, de 10% a $< 20\%$, problema moderado e $\geq 20\%$, grave (20). Sendo que o ponto de corte $< 1,05 \mu\text{mo/L}$ tem sido adotado mais recentemente para a identificação da carência subclínica no grupo materno-infantil (21).

A DVA clínica (xeroftalmia) é definida por problemas no sistema visual, atingindo três estruturas oculares: retina, conjuntiva e córnea, tendo como consequência a diminuição da sensibilidade à luz até cegueira parcial ou total. A primeira manifestação funcional é a cegueira noturna, que constitui a diminuição da capacidade de enxergar em baixa luminosidade (1).

O estágio que atinge a conjuntiva é caracterizado pela mancha de *Bitot*, apresentando uma xerose intensa com acúmulo de células epiteliais. Já a alteração na córnea é a ceratomalácia, que forma uma úlcera corneal que leva a cegueira parcial ou total (1).

A seguir fotos de sinais clínicos da DVA: (22)



Foto 1



Foto 2



Foto 3

A foto 1, representa a manifestação de xerose conjuntival em criança de 1 ano, sexo masculino, procedência Catolé da Rocha, Paraíba.

A foto 2, representa a manifestação da a mancha de *Bitot*, em criança de 5 anos, sexo masculino, procedência Piancó, Paraíba.

A foto 3, representam a ceratomalácia, com destruição generalizada da córnea, em criança de 2 meses, sexo feminino, procedência Pilar, Paraíba.

A DVA possui uma prevalência elevada em crianças pré-escolares, em mulheres grávidas e lactentes (19).

O País não dispõe de informações recentes, de representatividade nacional, sobre carências de micronutrientes, diante disto o Ministério da Saúde está realizando a Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde – PNDS, que já está em fase de conclusão de análise dos dados sobre a prevalência (no âmbito nacional) de DVA. Contudo estudos disponíveis de abrangência local, realizados por diferentes instituições em várias regiões geográficas, permitem inferir que a carência de vitamina A é uma das deficiências nutricionais que acomete a população brasileira.

Um compilado de bibliografias executado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN) (23), apresenta que a prevalência de DVA em população < de 5 anos na região Nordeste variam 16% a 32,1%. Na região Norte foi realizado em pré-escolares (3 a 7 anos) a prevalência variou de 15,5% a 32,4%. E na região Sudeste foi realizado em recém-nascido variando de 14,6% a 26,5%.

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNAN, que atesta o compromisso do Ministério da Saúde com os males relacionados à escassez alimentar e à pobreza, sobretudo da desnutrição infantil e materna. A PNAN constitui-se de sete diretrizes programáticas que tem um fio condutor o Direito Humano à Alimentação e a Segurança Alimentar e Nutricional. Em especial, a quinta diretriz, trata de “Prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição”, e atualmente temos que trabalhar com dois binômios da nutrição: a desnutrição e infecções (carências nutricionais) contra excessos e erros alimentares (obesidade e outras doenças crônicas não transmissíveis) (9).

No Brasil, a suplementação de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses, ocorre desde 1983, sendo coordenada pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), do Ministério da Saúde, nos estados de maior prevalência comprovada por estudos na época (Região Nordeste e Vale do Jequitinhonha-Minas Gerais).

O INAN, em 29 de dezembro de 1994, publicou a portaria 2.160, que institui e aprova as diretrizes e as estratégias o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A (24).

Em 2001, o Ministério da Saúde passou a distribuir cápsulas de vitamina A na concentração de 200.000UI para as mulheres no pós-parto imediato (puérperas), ainda na maternidade.

Em 2004, o Programa foi reestruturado, sendo criada uma marca publicitária – Vitamina A Mais, com elaboração de material técnico e de apoio.



Em 2005, o programa foi atualizado e passou a se chamar Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, com a publicação da portaria 729 de 13 de maio (12), cujo o objetivo é reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato (antes da alta hospitalar) residentes em regiões consideradas de risco (bolsões endêmicos), sendo elas a região Nordeste, o Estado de Minas Gerais (região norte, Vale do Jequitinhonha e Vale do Murici), Vale do Ribeira em São Paulo (apenas município de Nova Odessa) e aldeias indígenas da Região Nordeste e estados do Tocantins, Mato Grosso e Mato Grosso do Sul. Nas aldeias indígenas a distribuição de megadoses é realizada pelos Distritos Sanitários Indígenas/Funasa, somente para as crianças de 6 a 59 meses.

O Programa consiste na suplementação de megadoses na concentração de 100.000 UI (Unidades Internacionais) em crianças de 6 a 11 meses de idade e com megadoses na concentração de 200.000 UI em crianças de 12 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato. A distribuição das megadoses é realizada conforme descrição do quadro 1: (7)

Período	Dose	Frequência
Crianças: 6-11 meses	100.000 UI	Uma dose
Crianças: 12-59 meses	200.000 UI	Uma dose a cada 6 meses
Puérperas (somente no pós - parto imediato antes da alta hospitalar)	200.000 UI	Uma dose

Quadro 1: Esquema de administração da vitamina A.

Fonte: Conduas Gerais (7)

Demonstração do frasco que as cápsulas são envasadas e das próprias cápsulas:



Frasco de Vitamina A em cápsulas – 50 unidades

Cápsulas de Vitamina A com 200.000 UI

Cápsulas de Vitamina A com 100.000 UI

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

A CGPAN é responsável pela programação do quantitativo de cápsulas de vitamina A para cada Estado. O cálculo de crianças é realizado pela base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia Estatística - IBGE e o de puérperas pela base de dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos - SINASC, e também é realizada uma comparação com o quantitativo que foi encaminhado no ano anterior com a cobertura atingida no ano. Em seguida é encaminhado às Coordenadoras Estaduais para aprovação e só após é encaminhado ao Laboratório para produção e distribuição.

O Ministério da Saúde entrega as cápsulas de vitamina A no almoxarifado de medicamentos do Estado e este é responsável pela entrega das cápsulas para às regionais de saúde ou aos municípios.

Em 2007 foi o total de 1.146.000 cápsulas de 100.000UI e 4.540.000 de 200.000UI e para 2008 foi comprado o quantitativo de 1.499.450 de 100.000UI e 7.027.950 de 200.000UI.

Ainda em 2005, foi habilitado o sistema de gerenciamento do Programa via web (www.saude.gov.br/nutricao). Este sistema foi desenvolvido pelos técnicos

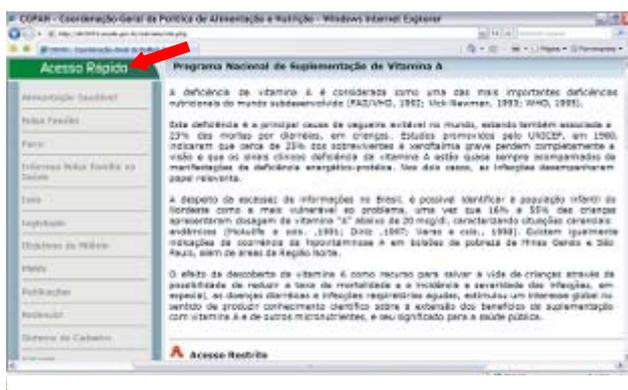
de informática da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição-CGPAN do Ministério da Saúde, para facilitar e agilizar a consolidação dos dados e acompanhamento dos estados.

O sistema de gerenciamento possui alguns dados que são públicos e outros que precisam de uma senha de acesso, neste caso o coordenador (Federal, Estadual e Municipal) do programa precisam ser cadastrados no sistema. A praticidade do sistema é que, o processamento das informações é on-line, ou seja, o município insere os dados da suplementação e imediatamente as informações ficam disponíveis para o Estado realizar o acompanhamento dos seus municípios, não necessitando de envio de documentação para prestar contas do programa.

A seguir, telas do sistema de gerenciamento:



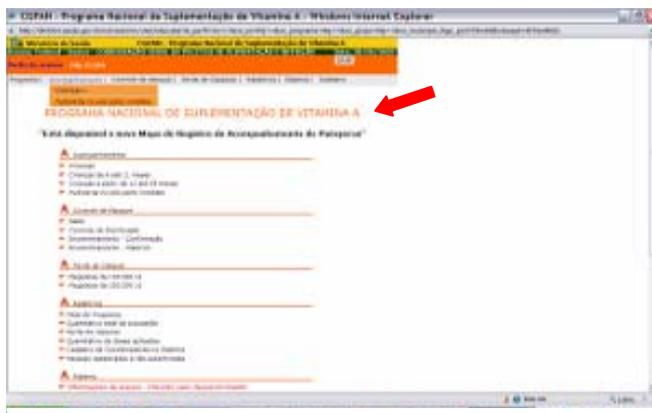
Tela 1: página principal do site da CGPAN (www.saude.gov.br/nutricao), possuindo informações de todos os programas executados pela coordenação.



Tela 2: Clicando em Vitamina A, no “Acesso Rápido”, aparecerá informações sobre o programa, como: histórico, alimentos fonte, materiais operacionais, artigos, spots de rádio e acesso restrito – somente para os coordenadores.



Tela 3 : Esta tela é um ambiente para os coordenadores do programa, no qual precisa de uma senha de acesso.



Tela 4: Aqui é realizado a inserção dos dados de acompanhamento do programa. Neste ambiente o coordenador controla o estoque, a perda das cápsulas e extrai dados de meta e cobertura pelos relatórios gerados no sistema.

O cadastro dos coordenadores do programa de vitamina A no sistema de gerenciamento é um processo simples, mas que ainda hoje é dificultado pela rotatividade dos profissionais nos municípios ou então àqueles que não há um incentivo pelo gestor.

Atualmente o programa possui 94% municípios cadastrados, sendo 90% autenticados, ou seja, aptos a inserir informações no sistema e apenas 6% não cadastrados.

Detalhando o cadastramento de coordenadores no sistema de gerenciamento por estado, segue a tabela 1:

Tabela 1: Percentual de coordenadores cadastrados no sistema de gerenciamento.

Estados	Cadastrados (%)	Não Cadastrados (%)	Autenticados (%)
AL	98,04	1,96	94,12
BA	98,32	1,68	95,92
CE	100	0	99,46
MA	98,62	1,38	97,7
MG	72,77	27,23	60,73
PB	95,96	4,04	89,24
PE	100	0	98,38
PI	97,75	2,25	97,3
RN	88,62	11,38	85,03
SE	89,33	10,67	82,67

Fonte: site www.saude.gov.br/nutricao de 28/06/2008

Observa-se que os estados do Ceará e Pernambuco já possuem 100% dos municípios cadastrados. Descrevendo a cobertura do programa em cada estado, verifica-se que a meta pactuada em 2005, 2006 e 2007 era atingir uma cobertura de 100% das crianças de 6 a 11 meses, 100% das crianças de 12 a 59 meses na 1ª dose, 60% na 2ª dose e 75% das puérperas. A figura 5 representa os dados coletados no módulo de gerenciamento dos anos 2005, 2006 e 2007.

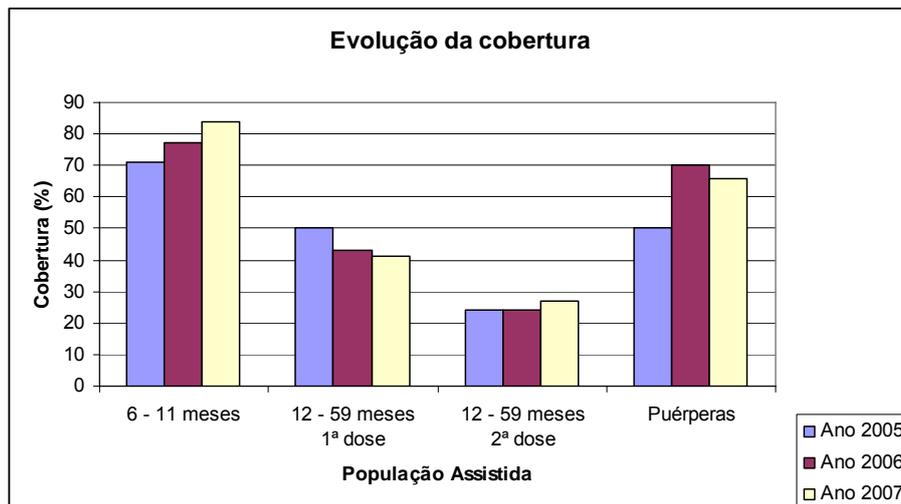


Figura 5 – Evolução da cobertura de suplementação dos anos 2005, 2006 e 2007.

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

Como forma de aumentar a cobertura de suplementação nos estados, as capacitações deveriam ser periódicas, abordando a importância da vitamina A para a saúde humana nos diferentes ciclos de vida, as fontes alimentares e carotenóides e a estratégia de suplementação com a megadose. Estas capacitações são voltadas prioritariamente para os profissionais de saúde que coordenam o programa nos municípios, regionais de saúde e estado. Na ocasião, normalmente é abordado a utilização do sistema de gerenciamento do programa e sua importância para o controle e acompanhamento dos dados inseridos.

Frente às atividades realizadas de capacitação dos profissionais e intensificação do Programa em campanhas de vacinação e na Semana Mundial da Alimentação, ainda não conseguimos atingir a meta estipulada, propõe-se, então, um estudo que possa avaliar os entraves operacionais e debilidades na gestão do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e a implementação de um protocolo que subsidie os estados na busca de soluções e melhora operacional, pela importância que este tem e o compromisso de fazer parte do Grupo de Trabalho Fome Zero e Plano Presidente Amigo da Criança da Presidência da República.

2.2 – Metodologia

Para obtenção de informações sobre o processo de implementação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A nos estados, foi aplicado um questionário (anexo 2) contendo perguntas sobre produção de materiais educativos, sensibilização dos profissionais, distribuição do suplemento e módulo de gerenciamento, que já faz parte da rotina da CGPAN para tal monitoramento. O questionário foi elaborado na ferramenta Microsoft Word 2003 com perguntas objetivas e subjetivas. Este foi encaminhado via e-mail para as Coordenadoras Estaduais de Alimentação e Nutrição, com o prazo de duas semanas para retorno.

O questionário foi encaminhado para as coordenadoras dos estados de: Alagoas, Bahia, Ceará, Maranhão, Minas Gerais, Paraíba, Piauí e Rio Grande do Norte. Destas não obteve-se retorno dos Estados Paraíba e Pernambuco, mesmo após várias tentativas de contato.

Para consolidação dos dados, foi criado um banco de dados na ferramenta Microsoft Excel 2003.

Estratégia de Intervenção:

A seguir, será apresentada a situação atual do programa em 2008 baseados no consolidado dos questionários.

Dos estados avaliados, apenas o Estado de Minas Gerais suplementa 22,39% dos seus municípios, que são àqueles que se encontram no Vale do Jequitinhonha e Mucuri. Os outros Estados suplementam 100% dos municípios.

Como relatado, a CGPAN implantou o programa realizando capacitações em todos os estados, e estes ficaram responsáveis pela implementação nos seus municípios. O trabalho de replicar as capacitação foi realizado em 87% dos estados.

Junto com o trabalho das capacitações, o Ministério da Saúde encaminhou materiais operacionais do programa que serviram de base para que os estados produzissem seu próprio material, até como incentivo à cultura e aos alimentos regionais; 75% responderam que já produziram e encaminharam materiais para os municípios.

Um dos papéis da capacitação é sensibilizar o profissional de saúde, pois este é o responsável pelo sucesso e adesão das famílias ao programa, então foi perguntado às coordenadoras, se o profissional de saúde e o gestor entendem a importância da vitamina A para a saúde. Sobre os profissionais de saúde, 87% das coordenadoras responderam que estes compreendem a importância da vitamina A; sobre os gestores, 49% das coordenadoras informaram que compreendem a importância da vitamina A, 38% que não e 13% não opinaram.

A suplementação de vitamina A pode ser aplicada como rotina nos Centros de Saúde do Município ou junto com a Campanha de antipólio do Ministério da Saúde, assim para melhorar o desempenho do programa 87% dos estados fazem parceria com outras áreas, como: materno infantil, Equipe Saúde da Família, Saúde da Criança, Assistência Farmacêutica e Imunização.

Sobre a cobertura, foi questionado se o quantitativo de cápsulas encaminhado pela CGPAN estava suficiente, 62% dos estados informaram que sim e 38% informaram que o quantitativo não atingia a meta estipulada.

A distribuição das cápsulas era realizada semestralmente, e em função de redução de custos com transporte (aéreo), nos anos 2007 e 2008 foi iniciado a distribuição anual. Com a distribuição anual, a CGPAN realiza a programação de

distribuição para maio, sendo que este ano de 2008 alguns estados receberam em junho com justificativas de atraso na produção dos insumos pelo laboratório, mas mesmo com o ocorrido 62% dos estados preferem manter a distribuição anual, apenas ressaltando para que a distribuição seja realizada em março.

Para apoio na distribuição das cápsulas, 62% dos estados utilizam as regionais de saúde e estas distribuem para seus municípios de sua abrangência; 25% encaminham diretamente aos municípios; e 13% para ao almoxarifado central.

Cada estado possui uma logística de distribuição das cápsulas, coincidindo que 87% dos estados utilizam as duas estratégias de entrega, a rotina e campanha de antipólio e 13% suplementam apenas rotina.

Sobre a operacionalização do programa, 87% dos estados relataram que os profissionais não possuem dificuldades na administração das cápsulas e nos mapas de acompanhamento do programa.

Quanto ao sistema de gerenciamento, 100% dos estados utilizam o sistema, sendo que 38% relataram alguma dificuldade e sugerem algumas melhorias no sistema tais como: realização de acompanhamento dos hospitais/maternidades, agrupamento dos municípios por regional e melhorar o controle de estoque.

Sobre o controle de estoque, o sistema fornece quantitativo, número do lote e validade das cápsulas e a data que foi entregue ao estado, mas 100% utilizam outras formas de controle, como planilhas do excel, pela farmácia do município e assistência farmacêutica do estado.

Para a suplementação de puérperas e controle das doses administradas, o estado precisa realizar o cadastramento de hospitais/maternidades, contudo, foi comparado o quantitativo de município versus hospitais/maternidades. Segue a figura 6:

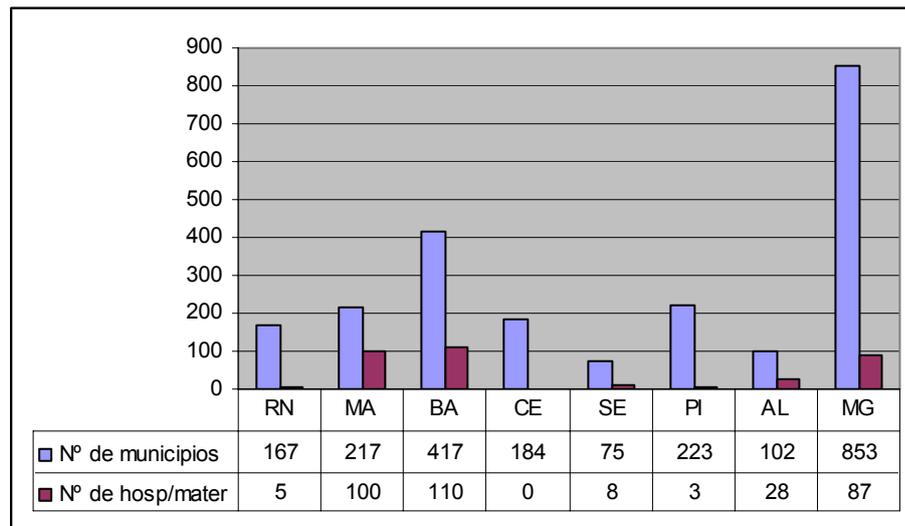


Figura 6: Quantitativo de municípios em cada estado versus hospital/maternidade

Fonte: Questionário – Coordenadores Estaduais de Alimentação e Nutrição

Sobre o desenho do sistema de gerenciamento, ele foi projetado para acompanhamento anual, emitindo relatórios do quantitativo de crianças suplementadas ao ano, diferente do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN, que realiza o acompanhamento de uma determinada criança. Diante disto, uma criança de 12 a 59 meses que irá receber a segunda dose da megadose no início do ano, deverá ser inserida como se estivesse recebendo a “primeira dose do ano” e somente com o registro no cartão da criança que será relatado quantas doses a criança já tomou ao longo vida.

Diante do exposto, 50% relataram que o desenho o programa não reflete na cobertura, 25% responderam que sim e 25% não opinaram.

Foi solicitada a cada coordenadora estadual a descrição das estratégias utilizadas para intensificar o Programa, e o resultado foi o seguinte:

- Capacitação dos coordenadores
- Monitoramento e avaliação com as regionais de saúde;
- Reuniões com coordenadores municipais;
- Distribuição de material educativo;
- Envio de ofícios para os municípios;
- Eventos programados (reuniões e oficinas de avaliação das ações de alimentação e Nutrição) com os municípios e regionais de saúde;
- Visita técnica aos municípios; e

- Estimulo aos cursos de nutrição a inclusão da existência e operacionalização do Programa nas disciplinas de Saúde Pública.

Como mostra a figura 1, a cobertura de crianças de 12 a 59 meses no decorrer dos anos é decrescente, assim perante a situação as coordenadoras sugeriam o seguinte:

- Manter frequência na realização de capacitações aliadas com visitas técnicas;
- Intensificar e mobilizar os profissionais de saúde e os gestores;
- Aumentar a cobertura do Programa Saúde da Família – PSF;
- Realizar campanhas nos municípios com baixa cobertura;
- Buscar parceria com a educação e pastoral da criança;
- Distribuição regular das cápsulas e em mês definido para programação dos profissionais de saúde;
- Divulgação para os profissionais de saúde sobre o funcionamento do programa;
- Articulação com órgãos de classe como: Conselho Federal de Medicina, Nutrição e Enfermagem e CONASEMS e CONSEA;
- Campanha específica para a DVA ; e
- Busca ativa dos grupos mais vulneráveis (gestantes, puérperas, lactentes e pré-escolares) pelos Agentes Comunitários de Saúde.

Sobre a cobertura de puérperas foi sugerido pactuar parceria com a área técnica da Saúde da Mulher para colaborar na sensibilização dos gestores nas maternidades e a abertura de um campo no sistema de gerenciamento que os municípios consigam cadastrar/inserir a informação da existência de maternidades.

Foi relatado também, algumas dificuldades enfrentadas pelos municípios, no que diz respeito à operacionalização do Programa, que é a seguinte:

- Distância das residências;
- Baixa cobertura do PSF;
- Falta de comunicação;
- Falta de internet;
- Rotatividade dos profissionais; e
- Desconhecimento do programa.

A seguir, será detalhada a opinião das coordenadoras estaduais no que poderá ser fomentado para aumentar a cobertura e melhorar a efetividade do programa e estas serão as estratégias básicas para elaboração do protocolo de intervenção:

- Capacitar os profissionais das Equipes de Saúde da Família quanto a importância da vitamina A, para que este repasse a importância à família;
- Melhorar o controle de estoque do sistema de gerenciamento, para ampliar a transparência de todo o processo de operacionalização do programa;
- Realizar divulgação na mídia escrita e falada sobre o programa, assim como as consequências da DVA;
- Aumentar a cobertura do PSF;
- Realizar capacitação de forma regular;
- Aumentar a divulgação do Programa;
- Fazer um trabalho direcionado aos familiares ou responsáveis pela criança, sobre a importância da vitamina A.

Face ao exposto, o programa possui debilidades com podem ser resolvidas, pelo fato de estarem na governabilidade de cada estado. Apenas complementando as sugestões acima, segue mais algumas ações que poderão ser implementadas no protocolo:

- Contratação e capacitação de recursos humanos;
- incentivar o cadastramento dos coordenadores no sistema de gerenciamento;
- Sensibilizar os gestores para a adequada implementação do programa;
- Capacitar e supervisionar a operacionalização periodicamente;
- Mobilizar o público alvo, principalmente as mães, sobre o programa e seus benefícios;
- Sensibilizar o profissional médico para maior envolvimento na operacionalização do programa;
- Articular os municípios que não possuem hospital/maternidade com os município referência;
- Realizar campanhas de intensificação no 2º semestre e propor a “Semana de Combate a Hipovitaminose A”;

- Realizar a distribuição das cápsulas no 1º trimestre do ano.

Plano de ação

Para melhor compreensão do plano de ação de implementação do protocolo, segue uma proposta detalhando os objetivos específicos e as estratégias voltadas à solução do problema em questão.

1º objetivo: *Identificar as debilidades do Programa, englobando desde a programação até a distribuição dos suplementos à população*

- **Descrição da ação:** listar as dificuldades que impedem o bom desempenho do programa
- **Objetivo da ação:** ter detalhado os problemas operacionais, logísticos, de recursos humanos e financeiros
- **Estratégias (métodos):** aplicação de questionários, reuniões e oficinas
- **Instrumentos:** metodologia e programação
- **Duração/periodicidade:** Reuniões poderão ser realizadas mensalmente e os questionários e as oficinas semestralmente
- **Atores Envolvidos:** Coordenação estadual, as regionais de saúde e os municípios
- **Metas:** 100% de cobertura
- **Recursos:** profissional habilitado, estrutura física (mesa, cadeira e computador com acesso à internet) e almoxarifado farmacêutico.

2º objetivo: *Discutir com os gestores as debilidades do programa*

- **Descrição da ação:** Fortalecer e melhorar o desempenho do programa
- **Objetivo da ação:** sensibilizá-lo sobre a importância do programa e os benefícios que este traz à população
- **Estratégias (métodos):** Reunião
- **Instrumentos:** o protocolo
- **Duração/periodicidade:** semestral
- **Atores Envolvidos:** Coordenação estadual
- **Metas:** 100% de cobertura

- **Recursos:** Tefefonema e compatibilidade de agendas

3º objetivo: *Fomentar a inserção dos dados de suplementação no sistema de gerenciamento*

- **Descrição da ação:** Fortalecer e justificar desempenho do programa
- **Objetivo da ação:** Ter uma progressão ascendente na programação de compra das cápsulas e utilização permanente do sistema
- **Estratégias (métodos):** e-mails, ofícios, telefonemas e capacitação
- **Instrumentos:** acesso ao sistema de gerenciamento
- **Duração/periodicidade:** E-mails e telefonemas: mensal; Ofícios: semestral; e capacitação: anual
- **Atores Envolvidos:** CGPAN, Coordenação estadual, regionais de saúde de coordenadores municipais
- **Metas:** 100% de cobertura
- **Recursos:** metodologia e programação para capacitações
- **Mecanismos de avaliação:** Sistema de gerenciamento

4º objetivo: *Qualificar tecnicamente as regionais de saúde e municípios nas ações de promoção e controle da DVA*

- **Descrição da ação:** ampliar de conhecimentos
- **Objetivo da ação:** Fomentar ações de pré-natal, o aleitamento materno, o consumo de alimentos regionais com fonte de vitamina A e sensibilizar a importância da suplementação com megadoses de vitamina A
- **Estratégias (métodos):** Materiais educacionais, palestras e oficina
- **Instrumentos:** folder, cartilhas, manuais, artigos e livros
- **Duração/periodicidade:** anual
- **Atores Envolvidos:** CGPAN, Coordenação estadual, regionais de saúde de coordenadores municipais
- **Metas:** 100% de cobertura
- **Recursos:** metodologia e programação para capacitações
- **Mecanismos de avaliação:** aumento da cobertura, principalmente na faixa etária de 12 a 59 meses, pelo fato de ter que haver uma sensibilização do responsável pela criança.

5º objetivo: *Propor a implementação do protocolo nos estados da região Nordeste*

- **Descrição da ação:** Implementar o protocolo que englobe todos os processos operacionais e logísticos do programa
- **Objetivo da ação:** Auxiliar no desempenho satisfatório do programa
- **Estratégias (métodos):** elaboração do protocolo e materiais da CGPAN (manual operacional, folder de micronutrientes e spots de rádio)
- **Duração/periodicidade:** anual
- **Atores Envolvidos:** CGPAN, Coordenação estadual, as regionais de saúde e os municípios
- **Metas:** 100% de cobertura
- **Recursos:** Metodologia de capacitação, estrutura física (mesa, cadeira e computador com acesso à internet) e impressão do material

6º objetivo: *Promover a avaliação de impacto do programa;*

- **Descrição da ação:** verificar a intensificação do programa e o aumento da cobertura, e se os estados e municípios estão utilizando o módulo de gerenciamento para acompanhamento do programa
- **Objetivo da ação:** monitorar e avaliar o desempenho dos estados
- **Estratégias (métodos):** Equipamentos de informática com acesso à internet
- **Duração/periodicidade:** ao longo da proposta (anualmente)
- **Atores Envolvidos:** CGPAN e Estados
- **Metas:** 100% de cobertura
- **Recursos:** Recursos humanos e estrutura física (mesa, cadeira e computador com acesso à internet)
- **Indicadores:** 1) Se os gestores foram sensibilizados; 2) se houve aumento da cobertura; 3) Cadastramento de 100% dos coordenadores municipais no sistema de gerenciamento.

2.3 – Aspectos Éticos

O presente projeto será implementado em conformidade com os princípios éticos da resolução N° 196/96 do Ministério da Saúde (1998) (25).

Em função da CGPAN utilizar na gestão de suas ações e programas instrumentos como: ofícios, e-mails e questionários, com as Coordenadoras Estaduais de Alimentação e Nutrição, foi aproveitado a oportunidade para aplicação de questionário no referido projeto. Contudo, para adequação às normas da resolução, antes da implementação deste projeto, o questionário será encaminhado ao comitê de ética para apreciação e será recolhido o consentimento das Coordenadoras.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

3.1 - Análise de viabilidade de implementação da intervenção

A partir do protocolo elaborado com as estratégias de operacionalização do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, a proposta de intervenção contemplará as atividades fundamentais para o bom desempenho do programa.

Com objetivo de averiguar a viabilidade da intervenção, foi utilizado o Planejamento Estratégico em Saúde, respondendo perguntas sobre viabilidade de decisão, operacional e permanência (26). Segue a tabela 2.

Tabela 2: Planejamento Estratégico para viabilidade da intervenção.

Ações	Critérios (1 a 3 e valor máximo 27 pontos)			
	Viabilidade de Decisão (A)	Viabilidade Operacional (B)	Viabilidade Permanência (C)	Total (AxBxC)
Reunião para apresentar a proposta e sensibilizar os coordenadores municipais e estaduais	2	3	-	6
Capacitação junto aos coordenadores e profissionais de saúde para sensibilização quanto a importância da suplementação da vitamina A e aperfeiçoamento do programa	2	1	2	4
Realização de oficinas para discutir as estratégias de operacionalização do programa	2	1	1	2
Divulgar em material de grande circulação a informação sobre a importância da prevenção da doença, da suplementação e incentivo aos alimentos fontes à população	2	2	2	8
Monitoramento a inserção dos dados no sistema de gerenciamento do Ministério da Saúde pelos municípios	3	3	3	27
Sensibilização do gestor	1	1	1	3
Monitoramento e avaliação da intervenção	3	2	2	12

importância da prevenção da doença, da suplementação e incentivo aos alimentos fontes à população												
Monitoramento da inserção dos dados no sistema de gerenciamento do Ministério da Saúde pelos municípios			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento e avaliação da intervenção					X					X		

4 - REFERÊNCIAS

1. Diniz AS, Santos LMP. Hipovitaminose A e xeroftalmia. *Jornal de Pediatria*. 2000; 76 suppl: S311 – 22
2. World Health Organization (WHO). Global Prevalence of vitamin A deficiency. Micronutrient Deficiency Information System, Working paper 2. Geneva. 1995.
3. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação mundial da infância. Brasília: UNICEF. 1998
4. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Situação mundial da Infância – Sobrevivência Infantil. Brasília: UNICEF. 2008.
5. McLaren DS, Frigg M. Sight and life manual on vitamin A deficiency disorders (VADD). Second Edition. Switzerland: Task Force Sight and Life. 2001
6. Ramalho RA, Saunders C. Hipovitaminose A no Brasil: um problema de saúde pública. *Rev Panam salud Publica*. 2002. 12(2)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Vitamina A Mais – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, Condutas Gerais. Brasília. 2004
8. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). Atlas de Desenvolvimento Humano no Brasil. 2000 [acessado em 03 jul 2008]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) Brasília. 2001
10. PAHO (Pan American Health Organization), 2001. Providing vitamin A supplements through immunization and other health contacts for children 6-59

- months and women up to 6 weeks postpartum. A guide for health workers. Washington: PAHO.
11. IVACG (International Vitamin A Consultative Group), 2002. IVACG Statement. Maternal Night Blindness: A new indicator of vitamin A deficiency. USA: IVACG.
 12. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria Nº 729 de 13 maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União, República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 92, 16 mai. Seção 1
 13. CGPAN: Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição [internet]. Brasil, Brasília. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/nutricao>
 14. Sommer A, West KP. Vitamin deficiency: health, survival and vision. New York: Oxford University Press. 1996
 15. Souza WA, Vilas Boas OMGC. A deficiência de vitamina A no Brasil: um panorama. Rev. Panam Salud Publica. 2002; 12(3)
 16. Ramalho RA, Saunders C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. Rev. Nutr. jan/abr. 2000; 13(1): 11-16
 17. El Beitune P, Duarte G, Quintana SM, Figueiró-Filho EA, Vannucchi H. Hipovitaminose A: Cofator clínico deletério para o homem. Medicina, Ribeirão Preto, 36: 5-15, jan/mar. 2003
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica: Carências por Micronutrientes. Ministério da Saúde, UNICEF – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, n.20. 2007
 19. Geraldo RRC, Paiva SAR, PITAS AMCS, Godoy I, Campanha AO. Distribuição da hipovitaminose A no Brasil nas últimas quatro décadas:

- ingestão alimentar, sinais clínicos e dados bioquímicos. Ver. Nutr. 2003. 16(4):443-460
20. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing vitamina A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes. Geneva. 1996. (micronutrientes series, 10)
 21. Joint: FAO/WHO Expert consultation on human vitamin and mineral requirements. Capítulo 2. Vitamin A. Bangkok, Thailand. 1998
 22. McAuliffe J, Santos LMP, Diniz AS, Batista Filho M, Barbosa RCC. A deficiência de vitamina A e estratégias para seu controle: um guia para as Secretarias Municipais de Saúde. Project HOPE. 1991
 23. Brasil. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN). Bibliografia sobre deficiência de micronutriente no Brasil 1990-2000. Volume 1- Vitamina A, 2002
 24. Brasil. Ministério da Saúde, Portaria Nº 2.160 de 23 de dezembro de 1994. Cria, no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e dá outras providências. Diário Oficial da União, República Federativa do Brasil, Brasília, DF, n. 248, 30 dez. seção 1
 25. MS (Ministério da Saúde), 1998. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
 26. Cardoso, J.C.; De Simoni, C. Planejamento estratégico em saúde: negociando a mudança organizacional. Brasília: Fiocruz, 2007

5. ELEMENTOS PÓS-TEXTUAIS

5.1 – Anexos

1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu _____ Coordenadora do Estado de _____ da área de Alimentação e Nutrição, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) na pesquisa referente ao projeto intitulado “Protocolo de Estratégias sobre a operacionalização do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A do Ministério da Saúde, para auxiliar os Coordenadores do Região Nordeste” desenvolvida pela Diretoria Regional de Brasília – Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é coordenada por Élide Amorim Valentim, a quem poderei contatar e consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº (61) 3448-8282 ou e-mail elida.amorim@saude.gov.br.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é diagnosticar os entraves e as debilidades do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A do Ministério da Saúde e elaborar um protocolo que vise contribuir para a ampliação da cobertura do programa nos Estados da Região Nordeste.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará por meio de questionário. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado(a), poderei contatar o(a) pesquisador(a) responsável.

Brasilia, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____
Élide Amorim Valentim

2 - Questionário



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO BÁSICA

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

COORDENAÇÃO-GERAL DA POLÍTICA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

SEPN 511- Bloco "C" Edifício Bittar IV 4º andar - Brasília/DF CEP:70750.543

Avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

Público: Coordenadoras Estaduais de Alimentação e Nutrição da Região Nordeste e Estado de Minas Gerais

Objetivo: Diagnosticar os entraves e as debilidades do Programa, buscando melhorar a cobertura nos Estados

Estado:

Responsável/Formação:

Número de municípios:

Quantos recebem vitamina A:

Possui regional de Saúde?

() Sim () Não. Se sim, quantas? _____

1. Seu Estado foi capacitado para participar do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A?

() Sim () Não

2. As capacitações foram reproduzidas?

() Sim () Não. Se sim, qual a frequência?

3. O profissional de saúde entende a importância da vitamina A?

() Sim () Não

4. O município recebeu materiais relativos ao Programa?

() Sim () Não

5. O Estado produz materiais relativos ao Programa?

() Sim () Não

6. O gestor municipal está sensibilizado quanto à importância da suplementação?
() Sim () Não
7. A operacionalização do programa é realizada com outras áreas da saúde?
() Sim () Não. Se sim, qual? _____
8. O quantitativo de cápsulas de vitamina A encaminhado é suficiente?
() Sim () Não. Se não, porquê?
9. Vc acha que a distribuição das cápsulas de Vitamina A para o Estado deve ser:
() Anual () Semestral
10. Se optar pela distribuição Anual, qual o melhor mês que o Ministério da Saúde deve encaminhar as cápsulas para o Estado?
() Março () Abril () Maio
11. A vitamina A quando chega no Estado, é encaminhada diretamente para:
() Município () Regional de Saúde () Outros
12. A vitamina A é distribuída para as crianças em:
() Campanha
() Rotina
() Outros. Especifique: _____
13. Possuem alguma dificuldade para administrar a cápsula de vitamina A?
() Sim () Não. Se sim, qual?
14. Para atender a suplementação de puérperas, quantos hospitais são cadastrados?
15. Possuem alguma dificuldade no preenchimento dos mapas de acompanhamento?
() Sim () Não. Se sim, qual?
16. O Estado utiliza o sistema de gerenciamento do programa para inserção dos dados?
() Sim () Não. Se não, porquê?
17. O Estado utiliza o sistema para acompanhamento dos municípios?
() Sim () Não. Se não, como é realizado?
18. O Estado possui alguma dificuldade operacional no sistema de gerenciamento?
() Sim () Não
- Se sim, o que deve ser melhorado?
19. É realizado o controle de estoque?
() Sim () Não Se sim como é realizado?

20. Quais são as estratégias utilizadas pelo Estado para divulgação do programa?

21. Você acha que o desenho atual do sistema de gerenciamento influencia na cobertura de crianças de 12 a 59 meses?

() Sim () Não Se sim como?

22. Sobre a cobertura de crianças de 12 a 59 meses e de puérperas, o que deve ser feito para melhorar?

23. Existe algum relato de municípios sobre a dificuldade operacional do programa?