



1. RESUMO	3
INTRODUÇÃO	6
<i>Antecedentes</i>	6
2.1. Visão geral do Projeto TCU – Reino Unido	6
2.2. Equipe de auditoria	6
2.3. Período dos trabalhos	7
2.4. Características do objeto da auditoria	7
<i>Objetivo e escopo da Auditoria</i>	8
2.5. Objetivo da Auditoria	8
2.6. Escopo da Auditoria	8
2.7. Estratégia Metodológica	9
2.8. Limitações	10
2.9. Agradecimentos	10
3. CONSTATAÇÕES	12
3.1. Introdução	12
3.2. Questão 1 - A população atendida corresponde à necessitada?	12
<i>Critérios para a identificação, inscrição e desligamento de beneficiários</i>	12
<i>Uso da parte flexível do ICCN</i>	14
<i>Integração com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e com o Programa Saúde da Família – PSF</i>	17
<i>Conclusão</i>	17
<i>Recomendações</i>	18
3.3. Questão 2 - A distribuição dos recursos considera as desigualdades regionais?	18
<i>Critérios de alocação de recursos</i>	18
<i>Centros colaboradores</i>	20
<i>Aquisição e distribuição do leite e do óleo</i>	21
<i>Uso do leite e do óleo</i>	24
<i>Conclusão</i>	24
<i>Recomendações</i>	25
3.4. Questão 3 - O acompanhamento das crianças atendidas tem contribuído para sua recuperação nutricional?	25
<i>Situação do acompanhamento nutricional</i>	25
<i>Estudo das curvas de peso</i>	26
<i>Padronização dos procedimentos</i>	28
<i>Sistemas de informação</i>	29
<i>Diluição familiar</i>	30
<i>Conclusão</i>	33
<i>Recomendações</i>	33
3.5. Questão 4 – O ICCN está sendo acompanhado, supervisionado e avaliado pelas áreas técnicas das três esferas de governo e pelos centros colaboradores?	34
<i>Competências de cada esfera governamental</i>	34
<i>Controle das ações realizadas pelo ICCN</i>	35
<i>Conclusão</i>	36
<i>Recomendações</i>	36
3.6. Outros achados de auditoria	37
<i>Armazenamento do leite e do óleo</i>	37
<i>Lapso de tempo entre habilitação no PAB e efetiva execução das ações do ICCN</i>	37
<i>Planos Municipais de Combate à Carências Nutricionais</i>	39
<i>Ações alternativas identificadas</i>	39
<i>Indícios de irregularidades</i>	40
<i>Recomendações e Determinação</i>	41
3.7. Boas práticas	42
4. INDICADORES DE DESEMPENHO	44
5. CONCLUSÃO	45



Possíveis Benefícios Esperados	46
6. COMENTÁRIOS DO GESTOR	48
7. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO	52



1. RESUMO

1.1. O Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN é uma ação do Programa Alimentação Saudável do Ministério da Saúde. Esse Incentivo é regulado pela Portaria GM/MS n. 709, de 10/6/99, e tem por objetivo, prioritariamente, a recuperação nutricional de crianças na faixa etária de 6 a 23 meses de idade, por meio de um conjunto de ações, dentre as quais figuram a suplementação alimentar, efetivada com a distribuição de leite e óleo de soja. Adicionalmente, prevê o atendimento a gestantes, idosos e crianças entre 24 e 59 meses, em risco nutricional.

1.2. O ICCN atende cerca de 580.000 beneficiários, em 4.979 municípios¹, que estão inseridos na classe econômico-social mais carente.

1.3. O principal objetivo desta auditoria é contribuir para a melhoria do desempenho do Incentivo, com vistas a otimizar o uso dos recursos orçamentários, apoiando, assim, ações que possibilitem a redução da pobreza e das desigualdades sociais.

1.4. O tema foi escolhido em razão da:

- a) necessidade de monitoramento para evitar desvios e ineficiências, pois, para o exercício de 2000, está prevista a alocação de R\$ 166 milhões para aquisição de leite e óleo de soja, de forma descentralizada e, aproximadamente, R\$ 4 milhões para a celebração de convênios com as secretarias estaduais de saúde e os Centros colaboradores;
- b) possibilidade de melhoria no desempenho da gestão dos recursos, nos três níveis de governo;
- c) existência de correlação entre as ações do ICCN e questões relativas à redução da pobreza e das desigualdades sociais.

1.5. Para conhecer melhor o ICCN e as situações existentes nas diversas regiões do país, optamos pela realização de visitas *in loco*. Na primeira semana de execução, visitamos localidades do Distrito Federal (São Sebastião e Sobradinho) e do Entorno (Águas Lindas e Formosa), para identificar as atividades desenvolvidas nas esferas estaduais e municipais e ajustar os procedimentos de auditoria que seriam aplicados nos estados selecionados. Em seguida, realizamos visitas aos seguintes estados e municípios: Bahia (Camaçari, Candeias, Feira de Santana e Salvador), Ceará (Caucaia, Cascavel, Fortaleza, Maracanaú e Maranguape), Maranhão (Arari, Caxias, Coroatá e São Luís) e Pernambuco (Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Recife).

1.6. As principais constatações foram:

- a) a administração de leite e óleo para a recuperação de crianças desnutridas é uma prática recomendada pela Organização Mundial de Saúde – OMS.
- b) os beneficiários do ICCN, nos estados visitados, integram a população mais carente.
- c) a alocação de recursos considera o número previsto de crianças desnutridas nos municípios.
- d) Há diferenças no grau de implementação das ações do Incentivo nos estados e municípios.

¹ Fonte: Banco de dados da Área Técnica de Alimentação e Nutrição - ATAN, em 6/9/2000.



- e) As ações de acompanhamento, supervisão e avaliação do ICCN necessitam ser fortalecidas nos estados e municípios.
- f) A Área Técnica de Alimentação e Nutrição – ATAN carece de estrutura física e de recursos humanos compatíveis com as funções sob sua responsabilidade.
- g) Os sistemas de informação nutricional não fornecem dados consistentes e regulares.

1.7. Para auxiliar o monitoramento e a avaliação do desempenho do Incentivo propomos a criação e o acompanhamento dos seguintes indicadores de desempenho, que deverão ser aferidos anualmente em diferentes bases geográficas: municipais, estaduais, regionais e nacional, quando aplicável:

- a) custo do leite;
- b) custo do óleo de soja;
- c) custo do ICCN, por beneficiário de 6 a 23 meses;
- d) tempo médio entre a identificação de uma criança desnutrida e sua inclusão no ICCN;
- e) número de beneficiários que abandonam o ICCN / número de beneficiários inscritos no ICCN;
- f) quantidade de leite distribuído / quantidade de leite adquirido;
- g) tempo médio de recuperação nutricional do beneficiário;
- h) percentual de municípios participantes do ICCN, submetidos a supervisão;
- i) percentual de estados submetidos a supervisão;
- j) percentual de pessoas envolvidas com o ICCN que receberam treinamento;
- k) percentual de municípios que realizam controle de qualidade do leite;
- l) percentual de crianças recuperadas;
- m) percentual de crianças que apresentam curva de peso crescente;
- n) quantidade de trabalhos desenvolvidos pelos Centros colaboradores e utilizados pelo ICCN;
- o) percentual de crianças que atingiram o percentil 10;
- p) percentual de recursos do ICCN que são alocados aos municípios com maior incidência de carências nutricionais.

1.8. Considerando os fatos constatados durante a auditoria e visando contribuir para melhorar a efetividade do ICCN, apresentamos diversas recomendações ao Ministério da Saúde, à Secretaria de Políticas de Saúde, à Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde e aos Presidentes de Conselhos de Secretários Municipais de Saúde. Essas recomendações versam sobre:

- a) a identificação dos municípios que não aplicam os recursos nas ações de alimentação e nutrição;
- b) a capacitação dos gestores e técnicos envolvidos na implementação do Incentivo;
- c) a conclusão do Sistema de Gerenciamento de Informações do ICCN – SICCN;



- d) a obtenção de informações quanto ao desempenho do Incentivo no nível municipal;
- e) a disseminação da legislação aplicável ao ICCN;
- f) o estímulo à criação de salas de situação pelas secretarias estaduais de saúde;
- g) o desenvolvimento de indicadores de desempenho para o monitoramento do Incentivo;
- h) a definição de estrutura mínima para o desempenho das funções relacionadas ao ICCN, nas três esferas de governo;
- i) a disseminação, nas esferas estadual e municipal, da padronização dos formulários utilizados pelo ICCN e dos normativos referentes à correta pesagem dos beneficiários;
- j) o desenvolvimento e distribuição de material educativo, voltado aos profissionais de saúde e à população, contemplando questões de alimentação e nutrição;
- k) a disseminação de orientações acerca de bons hábitos alimentares e da correta dispensação do leite e do óleo de soja;
- l) a conveniência de renovação dos convênios com os centros colaboradores;
- m) a tempestividade na alimentação dos sistemas informatizados de saúde relacionados com o ICCN;
- n) as determinações a serem transmitidas pela ATAN/MS às secretarias estaduais de saúde, relativamente às ações de acompanhamento, supervisão e avaliação do ICCN sob responsabilidade do nível estadual;
- o) as orientações a serem transmitidas pelos conselhos de secretários municipais de saúde aos respectivos secretários municipais.



INTRODUÇÃO

Antecedentes

2.1. Visão geral do Projeto TCU – Reino Unido

2.1.1. O Projeto de Cooperação Técnica TCU/DFID² (Reino Unido), em cujo âmbito se insere a presente auditoria, visa contribuir para a melhoria do desempenho de instituições governamentais brasileiras, assim como para a melhor utilização dos recursos públicos por meio da implementação de recomendações decorrentes de auditorias de natureza operacional conduzidas pelo Tribunal de Contas da União.

2.1.2. Para atingir esse objetivo, é prevista a realização das seguintes atividades: treinamentos específicos sobre as ferramentas utilizadas em auditorias de natureza operacional, auditorias-piloto, produção de material auxiliar (manuais, guias de referência e roteiros) e viagens de estudos de técnicos do TCU ao Reino Unido. Na oportunidade, os participantes conhecerão as técnicas de verificação de desempenho dos órgãos e entidades governamentais, utilizadas naquele país.

2.1.3. As áreas de atuação prioritárias são: saúde, educação e meio-ambiente. Cada área já foi objeto de quatro auditorias de natureza operacional (duas em 1998 e duas em 1999). Neste ano, os temas aprovados para o setor saúde foram: “Incentivo ao combate às carências nutricionais” e “Monitoramento e prevenção da mortalidade materna”.

2.1.4. O atual Plano Especial de Auditoria de Natureza Operacional resultou da Representação conjunta Segecex/ ISC/Arint (TC n. 9.527/2000-2), a qual foi apreciada em Plenário, originando a Decisão n. 584/00.

2.2. Equipe de auditoria

Carmen Pereira Rêgo Meireles	Matr. 0840-0	COFIS
Maria Lúcia Oliveira F. de Lima	Matr. 3135-6	4ª SECEX
Mariana Priscila Maculan Sodré	Matr. 4036-3	3ª SECEX
Maridel Piloto de Noronha (coordenadora)	Matr. 3455-0	4ª SECEX
Valdir Lavorato	Matr. 2926-2	COFIS

2.2.1 Consultora técnica³

Mônica Cristina Karl Mascarenhas	Matr. 3187-9	DIBS
----------------------------------	--------------	------

² DFID – *Department for International Development* – órgão do governo britânico responsável pela cooperação internacional.

³ Nutricionista do TCU, que atuou junto à equipe de auditoria, durante as fases de planejamento, execução e relatório.



2.3. Período dos trabalhos

Data	Atividade	Objetivos
04 a 08/09/00	<ul style="list-style-type: none">• Reuniões com responsáveis pelo ICCN na Secretaria de Saúde do Distrito Federal.• Visita a Sobradinho e São Sebastião (cidades do DF).• Visita a Formosa e Águas Lindas (cidades de Goiás, pertencentes ao Entorno).	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer as atividades do ICCN no Distrito Federal.• Identificar as atividades desenvolvidas no Distrito Federal e na esfera municipal.• Ajustar os procedimentos de auditoria que seriam aplicados nos estados selecionados.
11 a 15/09/00	<ul style="list-style-type: none">• Visita a Pernambuco e Ceará• Participação de reunião com representantes dos Centros colaboradores ⁴	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar as atividades estaduais e municipais desenvolvidas no âmbito do ICCN.• Identificar o papel e as atividades desenvolvidas pelos Centros colaboradores.
18 a 22/09/00	<ul style="list-style-type: none">• Visita a Bahia e Maranhão	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar as atividades estaduais e municipais desenvolvidas no âmbito do ICCN.
25/09 a 13/10/00	<ul style="list-style-type: none">• Reunião da equipe de auditoria em Brasília	<ul style="list-style-type: none">• Analisar as informações coletadas, discutir os achados de auditoria com técnicos da ATAN e elaborar o Relatório de Auditoria.

2.4. Características do objeto da auditoria

2.4.1. O Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN é uma ação do programa Alimentação Saudável, que constitui um dos componentes da parte variável do Piso de Atenção Básica - PAB⁵. Foi instituído pela Portaria GM/MS n. 2.409, de 23/3/98, revogada pela Portaria GM/MS n. 709, de 10/6/99, que, atualmente, estabelece critérios e requisitos para implementação de ações de combate às carências nutricionais, nos municípios.

2.4.2. No Ministério da Saúde, o setor responsável pelo Incentivo é a Área Técnica de Alimentação e Nutrição – ATAN, integrante da estrutura da Secretaria de Políticas de Saúde. A ATAN desenvolve as seguintes atividades:

- a) Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais - ICCN;
- b) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN;

⁴ Centros colaboradores – Universidades que, mediante convênio com o Ministério da Saúde, devem prestar apoio técnico às ações de combate às carências nutricionais.

⁵ Piso de Atenção Básica – recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade dos municípios. O montante desses recursos é definido com base na multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município (fornecida pelo IBGE). A transferência dos recursos é operacionalizada mediante transação do Fundo Nacional para os Fundos Municipais de Saúde.



- c) ações para o controle da hipovitaminose A;
- d) ações para o controle da anemia ferropriva;
- e) ações para o controle dos distúrbios por deficiência de iodo;
- f) ações para promoção da alimentação adequada e do peso saudável.

2.4.3. O ICCN tem por objetivo, prioritariamente, a recuperação nutricional de crianças na faixa etária de 6 a 23 meses de idade, por meio de um conjunto de ações, dentre as quais figuram a suplementação alimentar, efetivada com a distribuição de leite e óleo de soja. Adicionalmente, prevê o atendimento a gestantes, idosos e crianças entre 24 e 59 meses, em risco nutricional. O ICCN atende, atualmente, a cerca de 580.000 beneficiários, em 4.979 municípios. Esse número corresponde a 90,4% dos 5.507 municípios brasileiros.

2.4.4. Além de receber alimentos, as crianças atendidas devem ser acompanhadas mensalmente, para monitoramento de seu crescimento e avaliação de seu estado nutricional. Os pais ou responsáveis devem receber instruções e informações sobre a utilização dos alimentos, atentando para o uso da mistura de leite e óleo nas proporções recomendadas.

2.4.5. Para o município aderir ao Incentivo, precisa estar habilitado em qualquer uma das condições de gestão previstas na Norma Operacional Básica – NOB 01/96, estar integrado ao Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN e elaborar anualmente um Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais - PMCCN.

Objetivo e escopo da Auditoria

2.5. Objetivo da Auditoria

2.5.1. A auditoria de natureza operacional consiste na avaliação sistemática dos programas, projetos e atividades governamentais, assim como dos órgãos e entidades jurisdicionados ao Tribunal.

2.5.2. Nesse contexto, esta auditoria tem como principal objetivo contribuir para a melhoria do desempenho do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN. Uma das maneiras encontradas para atingir esse objetivo é verificar se os recursos aplicados têm garantido ações efetivas e se o sistema de acompanhamento tem sido capaz de detectar e corrigir tempestivamente possíveis desvios. Nesse sentido, foram avaliados os procedimentos operacionais, os treinamentos realizados, a situação quanto a recursos humanos e as supervisões realizadas nas diferentes esferas de governo.

2.6. Escopo da Auditoria

2.6.1. Durante a fase de planejamento, constatamos que as questões relativas às ações do ICCN, que envolvem as esferas estadual e municipal, apresentavam maiores oportunidades de melhoria de desempenho, haja vista que são executadas de forma descentralizada, e pouco padronizadas.

2.6.2. Para validar tal fato, avaliamos as ações do Incentivo no Distrito Federal (São Sebastião e Sobradinho) e Entorno (Águas Lindas e Formosa) e nos seguintes estados, incluindo visitas a municípios e a beneficiários: Bahia (Camaçari, Candeias, Feira de Santana e Salvador),



Ceará (Caucaia, Cascavel, Fortaleza, Maracanaú e Maranguape), Maranhão (Arari, Caxias, Coroatá e São Luís) e Pernambuco (Igarassu, Jaboatão dos Guararapes, Olinda e Recife).

2.6.3. A escolha dos estados levou em consideração os seguintes critérios:

- a) predominância de risco nutricional em menores de 5 anos muito alto (entre 30 e 40%), segundo estudos do Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo - NUPENS/USP;
- b) concentração de 39,4% das crianças desnutridas nos estados selecionados;
- c) facilidade de acesso a municípios.

2.6.4. A escolha dos municípios foi feita com base em solicitação à ATAN para que, com o apoio das secretarias estaduais de saúde, identificasse municípios com diferentes desempenhos nas ações do ICCN. Procuramos selecionar municípios com bom e mau desempenho, segundo essas informações.

2.6.5. Foram visitados 0,38% dos municípios habilitados no ICCN, aos quais é repassado 7% dos recursos do Incentivo. Ressaltamos assim, a preocupação da equipe em avaliar o desempenho do ICCN onde a situação nutricional é mais crítica.

2.7. Estratégia Metodológica

2.7.1. A metodologia escolhida para o trabalho foi o estudo de caso, utilizando, na análise dos dados, as técnicas de *SWOT*, *RACI* e *stakeholder analysis*⁶.

2.7.2. Durante a execução dos trabalhos de auditoria, realizamos entrevistas com, aproximadamente, 130 pessoas, incluindo secretários estaduais e municipais de saúde, coordenadores estaduais e municipais do ICCN, responsáveis por unidades de saúde, agentes comunitários de saúde, médicos integrantes do Programa de Saúde da Família e beneficiários.

2.7.3. Aos estados não visitados, a estratégia proposta foi o envio de questionários pelo Correio, contendo perguntas sobre os seguintes temas: atribuições dos responsáveis pelo ICCN no estado, existência de indicadores de desempenho, gerenciamento do ICCN, seleção de beneficiários, compra de alimentos, educação nutricional e sistemas de informações. Dos 22 questionários enviados, a equipe recebeu 15 respostas, ou seja, 68%, cujas informações estão compiladas no item 3.

2.7.4. Integrantes da equipe de auditoria participaram de reunião promovida pela ATAN com representantes de sete Centros colaboradores (Bahia, Goiás, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo). Na oportunidade, foi apresentado o objetivo da auditoria e distribuído questionário específico acerca do papel desempenhado e dos produtos desenvolvidos por esses Centros no âmbito do ICCN. As respostas obtidas também foram incorporadas às análises do item 3.

⁶ *SWOT analysis* – Análise que permite identificar fatores que representam pontos fortes e fracos da gestão, e dos fatores externos que podem representar oportunidades e ameaças para o desenvolvimento organizacional.

RACI analysis (Análise de responsabilidades) – Análise que permite identificar as superposições e duplicações de funções, em relação a uma mesma organização ou programa, ou entre diferentes organizações ou programas.

Stakeholder analysis – Identificação dos atores envolvidos no processo e os papéis por eles desempenhados.



2.7.5. Nas unidades de saúde, foram coletados, quando disponíveis, registros de pesos de 90 crianças, com o objetivo de avaliar a tendência das curvas de crescimento. Os resultados obtidos encontram-se nos anexos II e III.

2.7.6. Com base nas informações obtidas e nas análises procedidas, identificamos boas práticas e deficiências na execução das ações do ICCN, que subsidiarão as recomendações propostas no sentido de melhorar o desempenho dessas ações nos três níveis de governo.

2.7.7. Cabe ressaltar que as visitas *in loco* foram de fundamental importância para entender o funcionamento do ICCN em todos os níveis, bem como para conhecer a realidade dos profissionais que atuam diretamente nas ações de combate às carências nutricionais. O relatório fotográfico, constante do anexo I, retrata parte da realidade a que estão sujeitas as populações atendidas pelo ICCN.

2.8. Limitações

2.8.1. Considerando que a execução do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais compete concorrentemente aos três níveis de governo e que a descentralização das ações de saúde é entendida de forma diferenciada pelos gestores, uma das limitações presentes neste trabalho foi a impossibilidade de o Incentivo ser avaliado em todas as unidades da federação.

2.8.2. Entretanto, para o desenvolvimento da metodologia proposta (estudo de caso), a quantidade de estados e municípios visitados (cada sub-equipe visitou dois estados) foi suficiente para que se avaliasse o funcionamento do ICCN nas esferas federal, estadual e municipal. Cabe ressaltar que foram diagnosticadas, pelas sub-equipes, situações bastante semelhantes em relação às dificuldades encontradas nos estados visitados. Além disso, foi possível a obtenção de informações sobre boas práticas e situações em que há possibilidade de melhoria de desempenho.

2.8.3. Outra limitação encontrada foi a dificuldade de obtenção de dados sobre os pesos das crianças atendidas pelo Incentivo, pois em diversas unidades de saúde, não há prontuários individualizados nem registros sistemáticos sobre a saúde dos beneficiários.

2.8.4. O tamanho da amostra foi limitado em função do tempo e dos recursos disponíveis para a realização do trabalho de auditoria. Em razão disso, não foi possível que se fizessem inferências estatísticas e se extrapolassem as constatações para todo o universo atendido pelo Incentivo. Entretanto, os dados coletados foram suficientes para desenvolver o estudo de caso proposto na estratégia metodológica.

2.9. Agradecimentos

2.9.1. Um dos requisitos necessários ao sucesso das auditorias de natureza operacional é a parceria entre a equipe de auditoria e os técnicos do órgão auditado. A propósito, deve ser ressaltado que, durante os trabalhos, esta equipe foi muito bem recebida pelos servidores envolvidos no ICCN, tendo contado com sua colaboração para o cumprimento das tarefas. Nesse sentido, gostaríamos de agradecer o apoio das seguintes pessoas:

Cláudio Duarte da Fonseca – Secretário de Políticas de Saúde/MS

Denise Costa Coitinho - Coordenadora Técnica de Alimentação e Nutrição/MS

Aristeval Frederico dos Santos - Ministério da Saúde



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Rui Moreira de Oliveira - Ministério da Saúde

Sondoal Carneiro Oliveira - Ministério da Saúde

Evely Bensabath Jardim - Secretaria de Saúde do Distrito Federal

Sheila Maria Cardoso Rebelo - Secretaria de Saúde da Bahia

Jocileide S. Campos - Secretaria de Saúde do Ceará

Marielza Cruz e Sousa - Secretaria de Saúde do Maranhão

Tereza Cristina Alves Bezerra - Secretaria de Saúde de Pernambuco

Rijane Barros dos Santos - Secretaria de Saúde de Pernambuco



3. CONSTATAÇÕES

3.1. Introdução

3.1.1. O Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN tem por principal objetivo a recuperação nutricional de crianças na faixa etária de 6 a 23 meses, por meio do fornecimento de leite e óleo de soja.

3.1.2. Os recursos destinados ao Incentivo devem ser aplicados na recuperação nutricional dos beneficiários e no monitoramento das ações pelas esferas administrativas competentes. Há, no entanto, que se comprovar se o uso desses recursos tem garantido ações efetivas e se o sistema de acompanhamento tem sido capaz de detectar e corrigir tempestivamente possíveis desvios.

3.1.3. Este capítulo foi estruturado de forma a relacionar as constatações às questões de auditoria definidas no planejamento, fazendo-se acompanhar das recomendações que a equipe de auditoria julga devam ser efetuadas.

3.1.4. Tendo em vista que um dos objetivos do presente trabalho é a identificação de boas práticas na execução das atividades do ICCN, para disseminá-las entre todas as unidades da federação, serão apresentadas, no final deste capítulo, as experiências bem sucedidas constatadas durante as visitas realizadas.

3.2. Questão 1 - A população atendida corresponde à necessitada?

Crerios para a identificação, inscrição e desligamento de beneficiários

3.2.1. O número de crianças em risco nutricional foi estimado segundo modelo estatístico de predição elaborado pelo Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde da Universidade de São Paulo - NUPENS/USP e revisado pela ATAN para ajustes, já que o estudo inicial daquela universidade considerava crianças de até 5 anos de idade.

3.2.2. A identificação dos beneficiários é de responsabilidade das unidades de saúde e dos agentes comunitários de saúde (se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS estiver implantado no município). Uma vez identificado, o possível beneficiário passa por uma avaliação, realizada na unidade de saúde, com o objetivo de determinar suas condições nutricionais.

3.2.3. A Portaria GM/MS n. 709/99 estabelece que o montante de recursos repassados a cada município terá dois componentes:

- a) um valor destinado à recuperação nutricional de crianças entre 6 e 23 meses mediante o fornecimento do leite integral e do óleo de soja;
- b) um adicional a ser aplicado em outras ações nutricionais consideradas epidemiologicamente relevantes para o município.

3.2.4. Assim, cada município recebe R\$ 180,00 por criança desnutrida ao ano, que corresponde à parte fixa do Incentivo. O município recebe, também, 50% desse valor como parte flexível, destinada à realização de ações complementares de educação e alcance de outros beneficiários.

3.2.5. O anexo IV da citada Portaria estabelece orientações básicas para a recuperação nutricional de crianças de 6 a 23 meses de idade. Conforme esse anexo, serão atendidas as crianças



nessa faixa etária que estiverem com o peso abaixo do Percentil 10 – P10⁷. Essas crianças recebem 30 litros de leite fluido ou 3,6 kg de leite em pó integral e 1 lata de óleo de soja por mês.

3.2.6. A Portaria determina também que todas as crianças inscritas no ICCN deverão receber a suplementação alimentar por pelo menos 12 meses e até que completem, no mínimo, 24 meses de idade. Em outras palavras, o desligamento deve ocorrer aos 24 meses de idade, para as crianças inscritas entre 6 e 12 meses de idade, e 12 meses após a inscrição, para as crianças inscritas entre 13 e 23 meses de idade.

3.2.7. Apesar dessa regulamentação, a equipe de auditoria constatou, durante o período de execução dos trabalhos, que diversos municípios visitados continuam trabalhando com base na Portaria GM/MS n. 2.409/98, revogada pela Portaria GM/MS n. 709/99. Outras localidades têm conhecimento do normativo em vigor, mas não o seguem, adotando critérios distintos dos preconizados pelo Ministério da Saúde.

3.2.8. Via de regra, os critérios de seleção e inscrição utilizados pela instância municipal estão de acordo com as normas do Ministério da Saúde. O mesmo não foi verificado, em muitas cidades visitadas, com relação aos critérios de desligamento.

3.2.9. A título de ilustração, apresentaremos alguns dos critérios de desligamento, segundo informações obtidas junto aos responsáveis pelo ICCN nos municípios e nas unidades de saúde:

- a) Águas Lindas - a criança é desligada do Incentivo depois de um ano, mesmo que não nutrida. Segundo a responsável pelo ICCN no município, essa orientação foi dada pela responsável estadual;
- b) Arari – as crianças só são desligadas do ICCN quando se recuperam (às vezes, a recuperação demora 4 anos);
- c) Cascavel – desliga as crianças do Incentivo 3 meses depois de recuperadas;
- d) Caucaia – não há padronização no município. Foram visitadas duas unidades de saúde. Uma delas desliga a criança depois de um ano, se nutrido. Outra, desliga depois de um ano, mesmo que não nutrido;
- e) Coroaá – mantém algumas crianças no Incentivo após os 23 meses;
- f) Formosa – mantém as crianças no ICCN até 59 meses;
- g) Fortaleza - recebeu orientação da Diretoria Regional de Saúde – Dires/SES/CE de que o ICCN não pode atender crianças acima de 2 anos;
- h) Igarassu – a criança é mantida no ICCN durante 3 meses após a recuperação;
- i) Olinda – a criança é mantida no ICCN durante 6 meses após a recuperação, para diminuir a reincidência;
- j) Recife – quando atinge o peso, a criança fica mais 2 meses no ICCN.

3.2.10. Diversos profissionais que atuam no ICCN argumentaram que, em suas cidades, a maior quantidade de crianças desnutridas encontra-se na faixa etária compreendida entre 24 e 59

⁷ Percentis são medidas estatísticas que dividem uma série de observações (no caso, peso de crianças) em 100 partes iguais. Tem sido usado como série de observação o padrão NCHS (*National Center for Health Statistics, 1979*). O Ministério da Saúde adotou como pontos de corte com relação ao estado nutricional: percentil menor que 3, considerado caso severo; percentil entre 3 e 10, caso moderado; percentil entre 10 e 97, normalidade; percentil maior que 97, obesidade.



meses, embora não possam comprovar essa afirmativa com os dados registrados no SISVAN. Esta hipótese torna-se verossímil, se consideradas as seguintes situações:

- a) o intervalo desta faixa etária é maior;
- b) a criança já compete pelos alimentos disponíveis para os adultos;
- c) o desmame, nessa faixa etária, já ocorreu.

3.2.11. Cabe ressaltar que faixa etária de 6 a 23 meses é priorizada porque a carência nutricional pode impor a crianças dessa idade seqüelas irreversíveis no processo de crescimento. No entanto, consideramos positiva a manutenção de crianças desnutridas acima dessa faixa etária, desde que tal ação não venha a prejudicar a inclusão de novos beneficiários entre 6 e 23 meses.

3.2.12. As atividades de identificação de possíveis beneficiários contam com o apoio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS e do Programa de Saúde da Família - PSF, nos municípios onde estão implantados. As atividades desses programas, no âmbito do ICCN, serão relatadas nos subitens 3.2.23/3.2.27 a seguir.

Uso da parte flexível do ICCN

3.2.13. A parte flexível dos recursos do ICCN é utilizada, nos municípios, para o desenvolvimento de diversas ações, conforme demonstrado nos exemplos a seguir:

- a) Arari – usa todo o recurso para atender crianças até 23 meses e complementa com recursos municipais, a compra de leite para maiores de 23 meses;
- b) Camaçari – atende contato⁸. Utiliza recurso da parte flexível para atender beneficiários que seriam atendidos com recursos da parte fixa;
- c) Candeias – atende contato;
- d) Cascavel – atende crianças até 5 anos, gestante, tuberculosos e portadores de hanseníase;
- e) Caxias – atende contatos e gestantes;
- f) Feira de Santana – atende contato e gestante;
- g) Formosa – são atendidos até dois contatos por criança e gestantes;
- h) Fortaleza – não atende contatos e atende gestantes;
- i) Igarassu – atende contato e portadores de hanseníase;
- j) Jaboatão dos Guararapes – atende contato e gestante;
- k) Maracanaú – atende gestantes e crianças até 59 meses. Distribui 2kg de leite e alimentos (feijão, arroz, açúcar, fubá, rapadura e óleo de soja) para crianças de 6 a 23 meses. Distribui 2 kg de leite para crianças de 24 a 59 meses. A distribuição de alimentos está prevista no Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais, aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite - CIB;
- l) Olinda – distribui cesta básica para gestantes;
- m) Recife – atende gestantes. O município complementa os recursos para atender o dobro de crianças previstas na Portaria. Atende crianças com paralisia cerebral;

⁸ Contato: criança acima de 24 meses, desnutrida ou não, que por residir na mesma residência de criança inscrita no ICCN, consta entre os beneficiários do incentivo.



- n) São Luís – não atende contato e atende gestantes e filhos de mães portadoras de HIV positivo.

3.2.14. O organismo humano passa, ao longo da sua existência, por momentos de grande velocidade de crescimento e desenvolvimento. Essas etapas demandam aumento de ingestão de nutrientes e calorias, que são utilizados na construção e manutenção de tecidos orgânicos (muscular, ósseo, nervoso etc.). Caso essa demanda nutricional não seja atendida, há sérios comprometimentos orgânicos, muitos dos quais irreversíveis.

3.2.15. Os primeiros dois anos de vida enquadram-se nesses períodos de grande velocidade de crescimento e desenvolvimento. Na tabela abaixo, encontram-se as necessidades calóricas e dos principais nutrientes para crianças até 2 anos.

Tabela 1
Necessidades calóricas e dos principais nutrientes para crianças até 2 anos

Recomendações diárias		
	Crianças de 06 a 12 meses	Crianças de 13 a 24 meses
Proteína	14g/dia	16g/dia
Vit A	375 mcg RE/dia	400mcgRE/dia
Vit D	10mcg/dia	10mcg/dia
Cálcio	600mg/dia	800mg/dia
Ferro	10mg/dia	10mg/dia
Calorias	882 cal*/dia (kgx98cal)	1326cal*/dia (kgx102cal)

* considerando peso médio da criança.

Fonte: RDA - Recommended Dietary Allowance - Food and Nutrition Board, National Academy Sciences Revised 1989.

FRANCO, G. - Tabela de Composição Química de Alimentos, 9ª Edição.

3.2.16. Recomenda-se que nos 6 primeiros meses de vida as crianças sejam alimentadas exclusivamente pelo leite materno, uma vez que a composição química desse leite atende às necessidades nutricionais dos bebês nessa idade. Após os 6 meses, alguns alimentos devem ser incluídos para completar a alimentação.

3.2.17. Nas populações nas quais a oferta de alimentos é pequena, em razão de problemas sócio-cultural-financeiros, as crianças não recebem o alimento necessário para completar um perfeito crescimento e desenvolvimento. A consequência imediata da alimentação deficiente é a não obtenção dos padrões esperados de peso e altura. O peso é o parâmetro mais sensível nessas situações⁹ e, enquanto a altura ainda não sofreu sérias modificações, a criança poderá ser tratada com melhores chances de recuperação¹⁰.

3.2.18. É preciso, então, naquelas comunidades carentes, que se ofereçam os meios adequados para que as crianças entre 6 e 23 meses possam chegar à vida adulta, com todo o potencial genético atingido, tornando-se indivíduos produtivos. Para que a recuperação ocorra, o

⁹ Euclides, Marilene P. *Nutrição do lactente - Base científica para uma alimentação adequada*, 2 ed. UFV, Viçosa, MG, 2000.

¹⁰ Organização Mundial de Saúde - *Global database on child growth and malnutrition*.



indivíduo deveria contar com: saneamento básico, ações básicas de saúde e suplementação nutricional¹¹.

3.2.19. Como essa faixa etária necessita de maiores cuidados com o tipo de alimentação, a suplementação nutricional deve: ser adequada às condições orgânicas desse indivíduo; ser de baixo custo, para que muitas crianças a recebam e estar acondicionada corretamente¹².

3.2.20. Para completar as necessidades calóricas, o óleo de soja é uma boa opção, por concentrar grande quantidade de calorias (9 kcal para cada grama). Considerando as quantidades previstas para o uso do leite e do óleo, pela Portaria GM/MS n. 709/99, tem-se que as necessidades nutricionais de crianças de 6 a 23 meses seriam atendidas e, como suplemento nutricional, contribuiriam para o crescimento e desenvolvimento ideal dessas crianças, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2
Adequação da oferta de calorias e nutrientes às
necessidades nutricionais de crianças de 6 a 36 meses

Adequação		
	Crianças de 06 a 12 meses	Crianças de 13 a 36 meses
Proteína	257%	225%
Vit A	104%	102%
Cálcio	205%	153,80%
Ferro	100%	100%
Calorias	99,80%	66,40%

Fonte: RDA - Recommended Dietary Allowance - Food and Nutrition Board, National Academy Sciences Revised 1989.

FRANCO, G. - Tabela de Composição Química de Alimentos, 9ª Edição.

3.2.21. A equipe de auditoria enviou ofício à Área Técnica de Alimentação e Nutrição solicitando informações técnicas quanto ao conteúdo calórico fornecido pelo óleo de soja para crianças de 13 a 36 meses (66,4%). Conforme resposta daquela unidade, não é necessário fornecer, às crianças dessa faixa etária, a totalidade de calorias. A intenção é que o óleo de soja seja um suplemento alimentar.

3.2.22. Os responsáveis pela ATAN esperavam que houvesse, nos PMCCN, sugestões de estratégias novas para a utilização da parte flexível do Incentivo, o que não ocorreu, conforme informado. Sendo assim, entendemos que os Centros colaboradores poderiam desenvolver estudos técnicos com o objetivo de identificar hábitos alimentares regionais e alternativas passíveis de serem incluídas na dieta dos beneficiários, uma vez que as crianças acima de 6 meses necessitam de outros alimentos, além do leite.

¹¹ Organização Mundial de Saúde - *Activities and outputs - 2000*

¹² Marcondes, Eduardo. *Desnutrição*, Editora Sarvier, São Paulo, 1976.



Integração com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e com o Programa Saúde da Família – PSF

3.2.23. A equipe de auditoria observou que há forte integração entre o PACS, o PSF e o ICCN. Onde existem esses programas, os agentes comunitários de saúde - ACS identificam os possíveis beneficiários e encaminham-nos ao posto de saúde para serem avaliados, pesados e cadastrados, se houver vaga.

3.2.24. Portanto, onde há PACS, há busca ativa de crianças desnutridas ou em risco nutricional. Nos outros casos, as pessoas são cadastradas quando há demanda espontânea.

3.2.25. Em alguns locais, os agentes de saúde também são encarregados de dar orientação às famílias com relação ao preparo do leite, à correta utilização do óleo e aos hábitos alimentares adequados.

3.2.26. Entretanto, embora os ACS executem diversas atividades relacionadas com o ICCN, nem sempre recebem treinamento específico que os capacitem para exercer tais atribuições. Observou-se a necessidade de intensificar a capacitação dos ACS nas ações do Incentivo, de forma a permitir uma melhor argumentação com os responsáveis pelos beneficiários sobre o tratamento da desnutrição. Conforme constatado nas entrevistas aplicadas nos municípios visitados, os agentes comunitários de saúde possuem pouco ou nenhum material impresso versando sobre os problemas da desnutrição, tampouco conhecimento mais específico sobre o objetivo do ICCN e as alternativas para o uso do óleo de soja como componente calórico da dieta. Tal afirmativa é reforçada pela ATAN/PE, que declarou sentir falta de material explicativo e de divulgação sobre o ICCN.

3.2.27. A carência de informações torna difícil para os agentes comunitários de saúde separar a visão curativa do Incentivo da visão assistencialista. Da mesma forma, dificulta a ênfase do uso da mistura leite/óleo, culturalmente pouco aceita, para a recuperação das crianças de 6 a 23 meses.

Conclusão

3.2.28. Há evidências de que a população atendida corresponde à necessitada. As crianças inscritas no ICCN estão abaixo do percentil 10, conforme ilustrado pelos gráficos constantes do anexo III. Entendemos, também, que, conforme estudos nutricionais desenvolvidos pela ATAN e pelo NUPENS/USP, deve ser priorizado o atendimento às crianças com idade entre 6 e 23 meses, porque, nessa faixa etária, a permanência da criança na condição de desnutrição pode gerar graves problemas de saúde, com seqüelas irreversíveis.

3.2.29. De acordo com a Organização Mundial de Saúde¹³, o maior risco nutricional para crianças ocorre no período entre 6 e 24 meses de idade, quando há a transição do aleitamento materno para o consumo de alimentos da dieta da família e quando a taxa de doenças infecciosas, principalmente a diarreia, é alta. Entre essas crianças, o risco de morte ou de severo prejuízo ao desenvolvimento psicológico e no crescimento é grande. Estudos demonstram que existe uma associação entre aumento da mortalidade e aumento da severidade do déficit antropométrico.

3.2.30. Em muitos municípios, foi possível identificar que o ICCN, ao exigir que as famílias compareçam às unidades de saúde, tem contribuído, de certa forma, para o aumento de consultas de pré-natal, incentivo do aleitamento materno e atualização dos cartões de vacina das mães e das crianças. Da mesma forma, constatamos que os agentes comunitários de saúde prestam um

¹³ Organização Mundial de Saúde, *in* Activities and Outputs, 2000.



relevante apoio às ações do ICCN, muito embora recebam poucas informações específicas sobre o assunto.

Recomendações

- 3.2.31. Em razão do exposto, propomos ao Tribunal a recomendação das seguintes medidas:
- treinar os profissionais de saúde que atuam no Incentivo e os agentes comunitários de saúde em assuntos específicos do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais.
 - verificar, durante as supervisões, se estados e municípios cumprem o disposto na Portaria GM/MS n. 709/99, especialmente no que se refere aos critérios de desligamento.
 - promover estudos técnicos para identificação de hábitos alimentares regionais e alternativas passíveis de serem incluídas na dieta dos beneficiários.

3.3. Questão 2 - A distribuição dos recursos considera as desigualdades regionais?

Critérios de alocação de recursos

- 3.3.1. A alocação de recursos para o ICCN é realizada de duas formas diferentes:
- para o desenvolvimento de ações diretamente envolvidas com o combate à desnutrição de crianças de 6 a 23 meses (parte fixa) e demais ações envolvidas com o combate à desnutrição (parte flexível);
 - para a estruturação da área estadual de alimentação e nutrição, mediante a celebração de convênios com as secretarias estaduais de saúde e Centros colaboradores.
- 3.3.2. O montante de recursos transferidos aos estados, municípios e Centros colaboradores, até o mês de setembro/2000, foi de R\$ 159.752.519,85, distribuídos da seguinte forma:

Tabela 3
Distribuição dos recursos financeiros do ICCN em 2000

Destino	Valor (R\$)
ICCN ¹⁴ parte fixa	104.144.220,00
ICCN parte flexível	52.072.110,00
SES ¹⁵	700.000,00
Centros colaboradores ¹⁶	2.836.189,85
Total	159.752.519,85

Fonte: ATAN/MS

¹⁴ Os valores das partes fixa e flexível correspondem às transferências fundo a fundo aos 4.979 municípios que aderiram ao ICCN.

¹⁵ Os convênios foram celebrados no último trimestre de 1999, com vigência de 12 meses.

¹⁶ Os convênios foram celebrados em dezembro/99, com vigência até dezembro/2000.



3.3.3. Os recursos do ICCN, partes fixa e flexível, são distribuídos de acordo com o número de crianças desnutridas previsto para cada município, conforme modelo preditivo proposto pelo NUPENS/USP. De acordo com esse modelo, cada município recebe R\$ 180,00/ano por criança desnutrida de 6 a 23 meses, mais R\$ 90,00/ano para o desenvolvimento de outras ações ligadas à desnutrição. Portanto, a distribuição desses recursos obedece critérios pré-estabelecidos e independe da atuação política dos municípios contemplados.

3.3.4. Foi constatado que o objeto dos convênios, destinados à estruturação da área na esfera estadual é genérico e não define procedimentos padrão para o desenvolvimento das ações e para a aplicação dos recursos do ICCN. Assim, os recursos repassados mediante convênio com os estados são utilizados para a realização de oficinas, compra de material de expediente e pagamento de diárias e passagens para a realização de supervisão.

3.3.5. Não obstante a existência de recursos repassados aos estados para a estruturação do ICCN, conforme demonstrado na tabela 4, pudemos constatar a existência de responsáveis pela ação, junto à SES, que desconhecem os objetivos do convênio.

Tabela 4
Convênios celebrados com os estados para estruturação do ICCN

Estado	N. do Convênio	Valor (R\$)
São Paulo	1740/99	50.000,00
Santa Catarina	1157/99	50.000,00
Sergipe	1098/99	50.000,00
Minas Gerais	1120/99	50.000,00
Rondônia	1158/99	50.000,00
Maranhão	1257/99	50.000,00
Paraíba	1553/99	50.000,00
Pernambuco	1563/99	50.000,00
Rio de Janeiro	1565/99	50.000,00
Ceará	1569/99	50.000,00
Roraima	1711/99	50.000,00
Paraná	2176/99	50.000,00
Bahia	1119/99	50.000,00
Alagoas	1114/99	50.000,00
TOTAL		700.000,00

Fonte: ATAN/MS e Siafi.

3.3.6. Em todas as secretarias estaduais de saúde visitadas registramos informações relativas à condição inadequada para que o trabalho de supervisão, avaliação, orientação e acompanhamento fossem realizados.

3.3.7. Nos estados visitados, verificamos que uma das principais justificativas para a falta de supervisão regular é a falta de transporte. Quanto à disponibilidade de recursos de informática,



observamos, in loco, que os equipamentos alocados às ações do ICCN são insuficientes ou inexistentes.

3.3.8. Não houve menção a compra de veículos, equipamentos de informática e outros bens para melhor desenvolver as ações propostas pelo ICCN, por nenhum dos estados. A ATAN justificou que os recursos repassados mediante convênio não poderiam ser utilizados para a compra de material permanente.

Centros colaboradores

3.3.9. O Ministério da Saúde repassou R\$ 2.836.000,00, distribuídos conforme tabela 5, para os Centros colaboradores do Distrito Federal e dos seguintes estados: Bahia, Goiás, Pará, Paraná, Pernambuco, Rio de Janeiro e São Paulo.

Tabela 5
Convênios celebrados com os Centros Colaboradores

Instituição	N. do Convênio	Valor
Instituto Materno Infantil de Pernambuco – IMIPE/PE	1845/99	339.000,00
Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão – FAPEX/BA	567/99	345.000,00
Instituto Internacional de Estudos Avançados em Ciência, Tecnologia e Cultura – CIVITAS/PR	888/99	300.000,00
Fundação de apoio à Pesquisa – FUNAPE/GO	2444/99	300.000,00
Fundação de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento Tecnológico – FENSPETEC/RJ	649/99	312.210,00
Fundação de Amparo e Desenvolvimento de Pesquisa – FADESP/PA	647/99	249.927,85
Fundação de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico na Área de Saúde – FUNSAÚDE/DF	701/99	340.000,00
Fundação de Desenvolvimento da UNICAMP – FUNCAMP/SP	1980/99	650.052,00
TOTAL		2.836.189,85

Fonte: ATAN/MS

3.3.10. Do exame dos termos de convênio assinados, do art. 9º da Portaria GM/MS n. 709/99, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e de questionário aplicado aos representantes dos Centros colaboradores¹⁷, verificamos que é de responsabilidade desses Centros junto ao Ministério da Saúde: elaboração de pareceres técnicos na área de alimentação e nutrição; apoio à formulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição; desenvolvimento de estudos e pesquisas; participação em reuniões/oficinas de trabalho; consultoria e assessoria; apoio aos sistemas de informação nutricional do Ministério da Saúde; avaliação da qualidade das informações desses sistemas.

3.3.11. Formalmente, as ações dos Centros colaboradores em articulação com as Secretarias Estaduais de Saúde podem ser resumidas em: participação nos grupos técnicos de alimentação e nutrição; treinamento de coordenadores municipais com relação ao módulo de gerenciamento do ICCN; análise dos dados estatísticos que devem fundamentar as ações do ICCN; avaliação do ICCN

¹⁷ Aplicado durante o Seminário para articulação do SIAB com o SISVAN, realizado no Ministério da Saúde, em 12/9/00, com a participação de representantes da ATAN e de sete Centros colaboradores.



na rede de serviços de saúde; treinamento para acompanhamento do Incentivo; capacitação de recursos humanos; supervisão e avaliação do ICCN.

3.3.12. Comparando o papel formal dos Centros colaboradores com as informações recolhidas junto às secretarias estaduais de saúde, verificamos que 64% dos estados consultados mediante questionário enviado pela equipe de auditoria, têm sido atendidos pelos Centros colaboradores, ainda que a atuação no acompanhamento, supervisão e avaliação do ICCN não tenha sido efetuada diretamente. Quanto aos demais estados, 9% declararam que não receberam a ajuda desses Centros e 27% não responderam.

3.3.13. Nos estados do Espírito Santo e Rio Grande do Norte, por exemplo, as secretarias estaduais de saúde informaram que não há participação dos Centros colaboradores nas ações do ICCN.

3.3.14. O estado da Paraíba não cita a capacitação de recursos humanos como uma das ações desenvolvidas pelo centro colaborador (IMIPE/PE), ainda que esse centro relate que desenvolve ações de capacitação direta e indireta de recursos humanos.

3.3.15. O centro colaborador de Goiás informou que suas ações abrangem: supervisão do ICCN nos municípios, reuniões científicas e seminários. De acordo com a Secretaria Estadual de Saúde daquele estado, a ação desenvolvida pelo Centro Colaborador é a capacitação de recursos humanos.

3.3.16. A divergência de informações pode ser explicada pelo fato de que os convênios firmados entre Centros colaboradores e Ministério da Saúde não contemplam somente o apoio ao ICCN, mas o apoio às ações de alimentação e nutrição, de uma forma geral, visando ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Aquisição e distribuição do leite e do óleo

3.3.17. A equipe foi informada pelos técnicos da ATAN/MS, que alguns fornecedores defendem, junto aos municípios, que o leite modificado¹⁸ é superior ao integral. No entanto, o teor de gordura (fator determinante na recuperação dos desnutridos) nesses produtos é inferior ao mínimo requerido (3%). Além disso, é adicionada glicose para alterar as características organoléticas¹⁹, na tentativa de torná-lo mais aceitável pelos beneficiários. Cabe ressaltar que a adição de glicose não acrescenta qualquer outro nutriente que possa trazer benefício à recuperação dos desnutridos.

3.3.18. Constatamos que a compra do leite e do óleo, na maioria dos municípios visitados, é realizada pela Prefeitura e não há parecer prévio da área técnica de alimentação e nutrição atestando a adequação dos produtos aos critérios da Portaria GM/MS n. 1317/97. Em Camaçari/BA, o leite é adquirido após a anuência da área responsável pelo ICCN. Essa sinergia entre os setores evita que o leite modificado seja adquirido em detrimento do leite integral, que é o determinado pela Portaria n. 1.317-GM, de 15/09/1997, do Ministério da Saúde.

¹⁸ Leite modificado - aquele que teve sua composição química alterada pela inclusão ou exclusão de nutrientes inerentes ao leite.

¹⁹ Características organoléticas - correspondem às qualidades que são comuns aos alimentos; aspecto, cor, aroma, sabor e consistência. Conferem, ainda, as condições fundamentais para a aceitação do alimento.



3.3.19. Ainda no intuito de garantir a qualidade do leite adquirido, os municípios de Igarassu/PE, Olinda/PE e São Luís exigem dos fornecedores a apresentação de laudo atestando a qualidade nutricional e microbiológica dos produtos entregues. O responsável pelo ICCN no município indica o laboratório que deverá emitir o laudo.

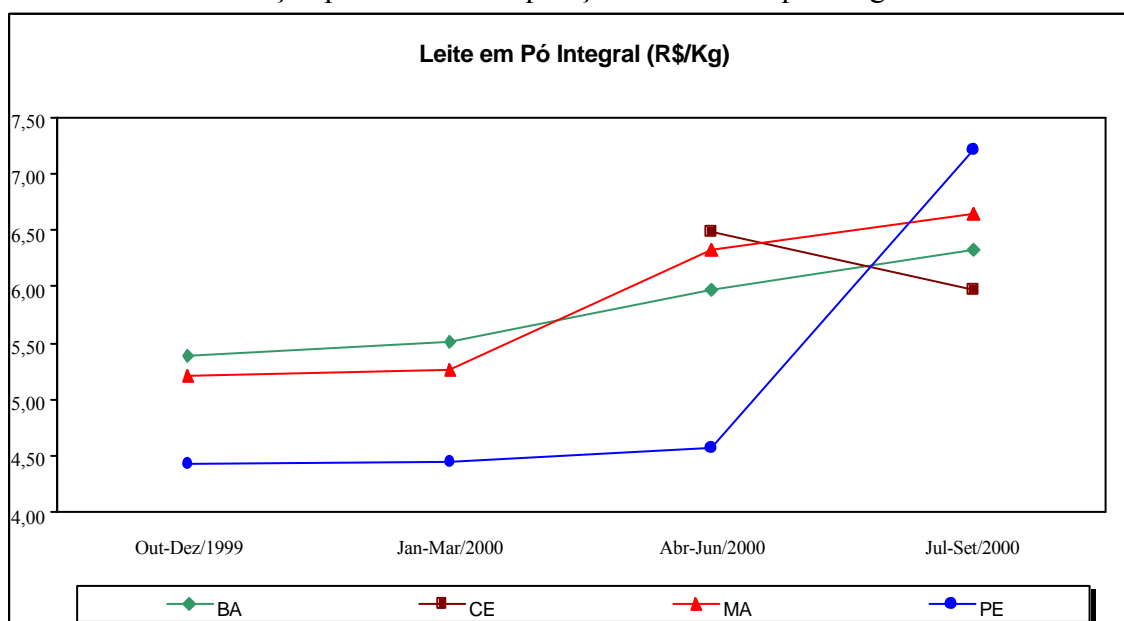
3.3.20. Verificamos que, em alguns dos municípios visitados, a marca do leite distribuído pelas secretarias municipais de saúde também encontra-se disponível no comércio local. Em função disso, houve relatos de que o leite do Incentivo era vendido ou mesmo trocado por outras mercadorias. A fim de evitar a revenda ou a troca, os municípios de Salvador/BA, Jaboatão dos Guararapes/PE e Maranguape/CE determinam que, na embalagem do leite distribuído pelo Incentivo, conste identificação do produto como sendo de distribuição gratuita.

3.3.21. Conforme documento preparado pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição, a partir da análise de 720 relatórios semestrais de gestão, de todo país, relativos aos preços do leite em pó e do óleo de soja, a média de preço praticada pelos municípios, em agosto/2000, para o quilo de leite foi de R\$ 5,14 e para o óleo de soja, de R\$ 1,17. Esses valores correspondem a um aumento de 32% para o leite e 21% para o óleo, com relação ao valor previsto para o Incentivo.

3.3.22. A equipe de auditoria solicitou as notas fiscais de compra de leite e de óleo de soja. As informações obtidas foram compiladas na tabela constante do anexo V e forneceram subsídios para a elaboração dos gráficos 1,2 e 3.

3.3.23. Nos municípios visitados, observamos o preço médio de R\$ 6,46 para o quilograma de leite integral em pó, no trimestre julho-setembro/2000, período de entressafra da produção leiteira, sendo a menor média de preços encontrada no Ceará (R\$ 5,97) e a maior em Pernambuco (R\$ 7,21). No trimestre imediatamente anterior, o preço médio desse tipo de leite foi de R\$ 5,84, verificando-se a menor média em Pernambuco (R\$ 4,57) e a maior no Ceará (R\$ 6,48). Essa situação pode ser visualizada no gráfico 1.

Gráfico 1
Preços praticados na aquisição de leite em pó integral

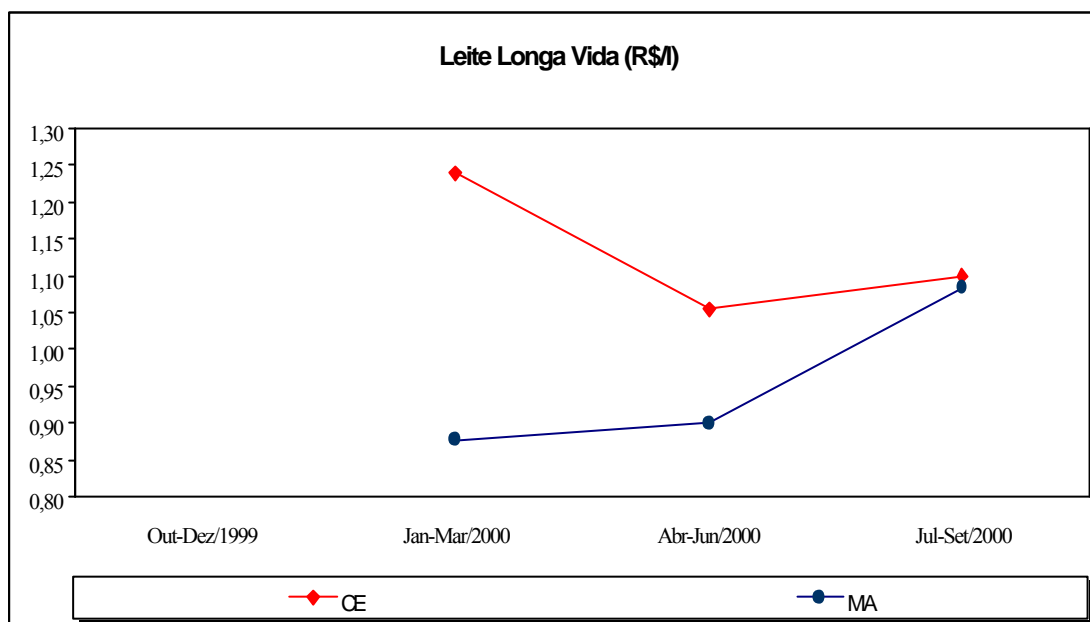


Fonte: Notas fiscais de compra.



3.3.24. O leite longa vida foi adquirido apenas por municípios do Ceará e do Maranhão, pelo preço médio de R\$ 1,09, no trimestre julho-setembro/2000, período de entressafra da produção leiteira. No trimestre anterior, o preço médio desse tipo de leite foi de R\$ 0,98. O gráfico 2 evidencia essa situação.

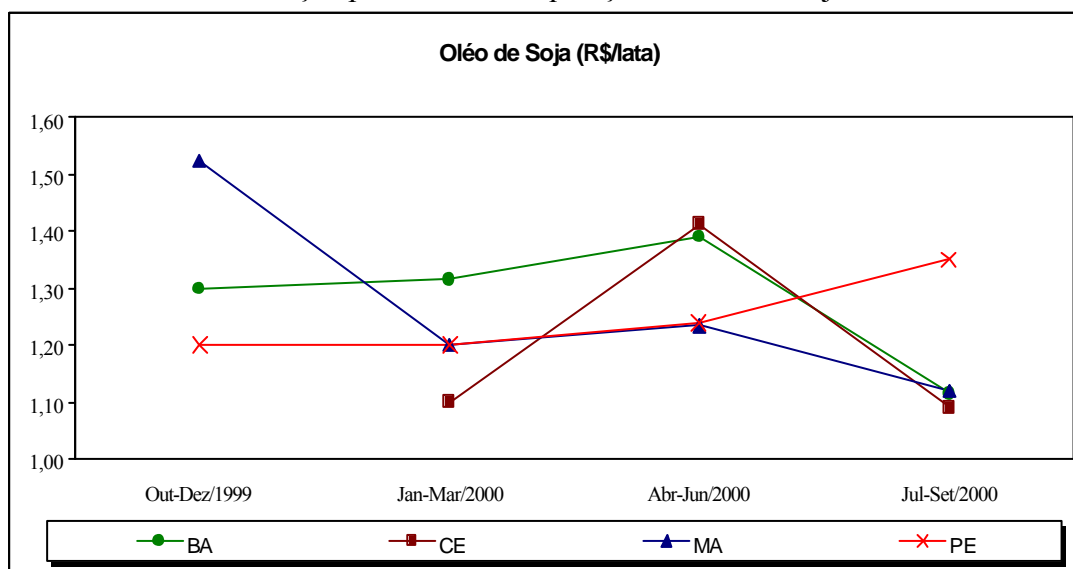
Gráfico 2
Preços praticados na aquisição de leite longa vida



Fonte: Notas fiscais de compra.

3.3.25. A lata de óleo de soja, nos municípios visitados, foi adquirida, no trimestre julho-setembro/2000, pelo preço médio de R\$ 1,17, variando entre R\$ 1,09 (média para os municípios do Ceará) e R\$ 1,35 (média para os municípios de Pernambuco). Esses dados são apresentados no gráfico 3.

Gráfico 3
Preços praticados na aquisição de óleo de soja



Fonte: Notas fiscais de compra.



3.3.26. Os preços médios identificados pela equipe de auditoria revelam que o custo mensal para atendimento dos beneficiários de 6 a 23 meses com 3,6 Kg de leite integral em pó e 1 lata de óleo de soja foi de R\$ 22,34 para o trimestre abril-junho/2000 e de R\$ 24,43 para o trimestre julho-setembro/2000. Esses valores são superiores ao valor transferido mensalmente pelo ICCN em 49% e 63%, respectivamente.

3.3.27. Tendo em vista que a maioria dos municípios não oferece contrapartida e que alguns distribuem 4 Kg de leite, ao invés de 3,6 Kg, esse aumento é suprido, muitas vezes, pela parte flexível do recurso, ou pela redução do número de beneficiários, o que restringe a ainda mais o número pessoas atendidas.

3.3.28. A divulgação aos municípios do preço médio de aquisição do leite e do óleo pelo Ministério da Saúde, detentor dessas informações, também constitui uma medida capaz de imprimir maior eficiência no uso dos recursos, já que os municípios contariam com parâmetros para julgar as ofertas dos fornecedores.

Uso do leite e do óleo

3.3.29. Um dos problemas enfrentados pela maioria das cidades visitadas é a deficiência no fornecimento de água potável. A carência de infra-estrutura, a condição financeira precária e a falta de ações educativas dificultam o adequado preparo do alimento.

3.3.30. Medidas elementares tais como a fervura prévia da água são rejeitadas por parcela dos beneficiários, sob a alegação de que o custo para essa ação é alto, isto é, não há recursos suficientes para a compra de gás de cozinha.

3.3.31. Para contornar tal situação, os municípios de Cascavel/CE, Caucaia/CE, Coroatá/MA e Maranguape/CE distribuem aos beneficiários leite integral longa vida. Essa medida encarece a quota a ser disponibilizada para cada beneficiário, mas pode prevenir o surgimento de outras intercorrências relacionadas ao uso de água de má qualidade.

3.3.32. Por outro lado, a cidade de Jaboatão dos Guararapes/PE deixou de distribuir o leite integral longa vida alegando que: a armazenagem exige muito espaço; o transporte para as residências é mais difícil; depois de aberto esse leite deteriora-se muito rápido, havia perdas, decorrentes do rompimento das embalagens, quando do manuseio para distribuição aos beneficiários.

3.3.33. A maioria dos responsáveis pelos beneficiários, dos agentes comunitários de saúde e dos responsáveis pelo ICCN informou que a adição do óleo ao leite das crianças é rara, por desconhecimento do procedimento recomendado pelo Ministério da Saúde ou por não aceitação, culturalmente, da mistura. Na maioria dos municípios visitados, agentes comunitários de saúde relataram que algumas mães temem que a criança sofra de diarreia, em função do uso do óleo.

Conclusão

3.3.34. Concluímos que os recursos são destinados às áreas mais carentes, posto que, quanto maior o número de crianças em risco nutricional, maior o valor do recursos repassados.

3.3.35. Com relação aos recursos repassados aos Centros colaboradores, observamos que, como o convênio firmado entre eles e o Ministério da Saúde prevê uma ampla atuação na área de



alimentação e nutrição no Sistema Único de Saúde - SUS, algumas ações do ICCN não são contempladas.

3.3.36. A parte flexível do Incentivo, que deveria ser utilizada nas ações de apoio ao combate às carências nutricionais, tem sido destinada para compra de leite e óleo, uma vez que o custo destes produtos é maior do que o previsto pelo Ministério.

3.3.37. Alguns municípios optaram pelo uso de leite tipo “longa vida”, de custo mais elevado, em função da má qualidade da água disponível para consumo.

Recomendações

3.3.38. Em razão do exposto, propomos ao Tribunal a recomendação das seguintes medidas:

- a) informar aos responsáveis estaduais, de forma detalhada, as possibilidades de uso dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, para a estruturação do ICCN.
- b) estabelecer padronização mínima de estruturação, com os recursos destinados ao ICCN na esfera estadual.
- c) estabelecer metas para o alcance de estrutura mínima do ICCN nos estados.
- d) verificar a conveniência de renovar os convênios com os Centros colaboradores. Em caso afirmativo, estabelecer metas a serem cumpridas no período de vigência do instrumento de convênio.
- e) intensificar as informações aos responsáveis pelos beneficiários quanto ao uso adequado do óleo de soja.
- f) orientar as secretarias municipais de saúde para que o leite e o óleo distribuídos pelo ICCN sejam identificados como sendo de venda proibida.
- g) orientar os municípios para que exijam a análise da composição química do leite e do óleo rotineiramente.
- h) orientar os municípios para que a área responsável pelo ICCN emita parecer prévio quanto à adequação dos produtos aos critérios da Portaria GM/MS n. 1317/97.
- i) disponibilizar banco de dados com os preços de leite e óleo de soja praticados em cada município.

3.4. Questão 3 - O acompanhamento das crianças atendidas tem contribuído para sua recuperação nutricional?

Situação do acompanhamento nutricional

3.4.1. O anexo IV da Portaria GM/MS n. 709/99 estabelece orientações básicas para a recuperação nutricional de crianças de 6 a 23 meses de idade.

3.4.2. O primeiro parágrafo define que “A experiência tem mostrado que as iniciativas destinadas à prevenção e à recuperação da desnutrição só alcançam resultados favoráveis quando se combinam ações de alimentação e nutrição, inclusive distribuição de alimentos, com ações básicas de saúde.”



3.4.3. Consta ainda do anexo que “A assistência a este grupo compõe um conjunto de ações dentre as quais figuram: promoção do aleitamento materno; avaliação do estado nutricional da criança (SISVAN); prevenção e tratamento da hipovitaminose 'A' e da anemia ferropriva; orientação alimentar e nutricional; acompanhamento de beneficiários de modo a verificar a evolução do estado nutricional.”

3.4.4. A equipe de auditoria constatou, durante a fase de execução dos trabalhos, que a orientação e o acompanhamento nutricional das crianças atendidas pelo ICCN são inadequados. As crianças são pesadas e o leite e o óleo de soja são distribuídos, mas, em geral, as mães recebem orientação limitada quanto à utilização do alimento e quanto a ações básicas de saúde. Cabe ressaltar que a correta orientação é um dos fatores que contribui para o sucesso das ações, o que justifica um esforço maior dos responsáveis pelo Incentivo e dos Centros colaboradores nessa área. O peso das crianças é registrado, mas esse dado é repassado com atraso e, raramente, é analisado. Dos 20 municípios visitados, somente 10%, Camaçari e Olinda, faziam a análise dos dados recebidos.

3.4.5. Dos quinze questionários respondidos pelos estados, na questão relativa à educação para mães/responsáveis, 60% dos responsáveis pelo ICCN nos estados consideram que a qualidade das informações nutricionais oferecidas às mães é boa e 40% acredita que é ruim. Já na questão relativa ao uso dessas informações pelas mães, 30% acha que é bom e 70% acha que é ruim.

3.4.6. Conforme registrado nos questionários, os responsáveis pelo ICCN nos estados do Amazonas, Espírito Santo, Paraíba, Paraná, Piauí e Rio Grande do Norte, consideram importante a realização de treinamentos específicos de alimentação e nutrição na atenção básica e a confecção de impressos educativos para distribuição nas unidades de saúde.

Estudo das curvas de peso

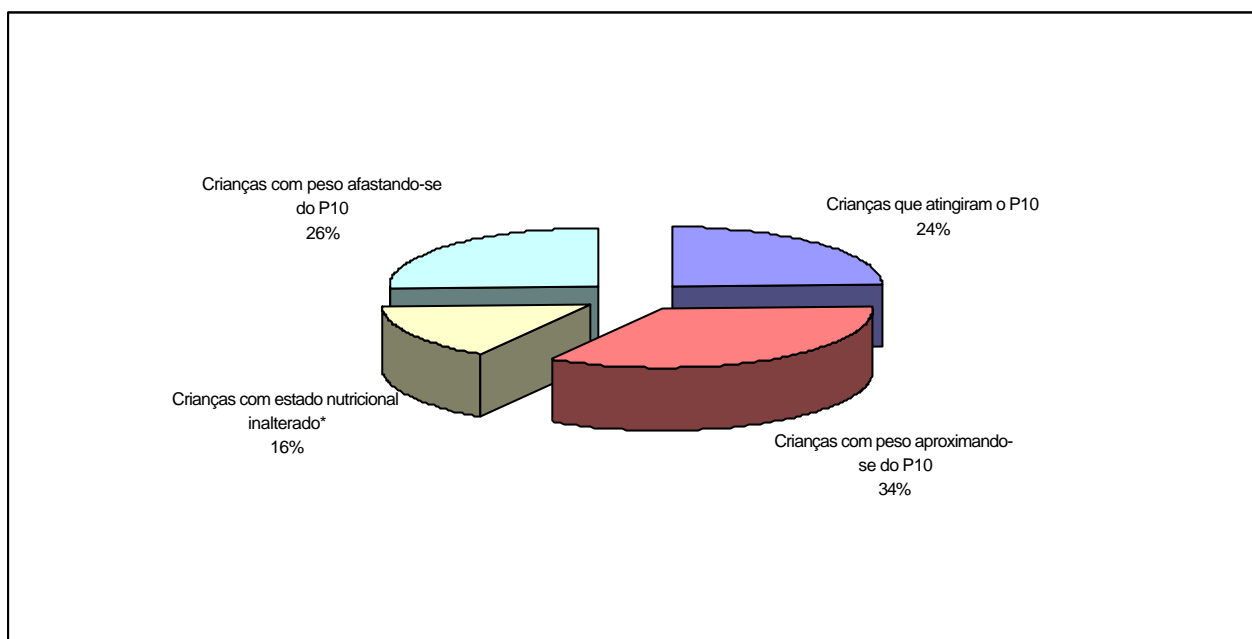
3.4.7. Nos municípios visitados, as crianças são pesadas mensalmente, e o peso é anotado no prontuário, quando existente, na ficha de acompanhamento da unidade de saúde e no cartão da criança. Porém, não há uma análise sistemática da evolução de peso dos inscritos no ICCN e de sua recuperação nutricional. Nesse sentido, não foi possível identificar providências adotadas com relação a crianças que apresentaram curvas inalteradas ou decrescentes ou que não atingiram o peso ideal. Segundo relatos dos funcionários das unidades de saúde, essas crianças são encaminhadas a outros profissionais competentes (pediatras ou nutricionistas) para verificação.

3.4.8. A Portaria GM/MS n. 709/99 estabelece que a recuperação nutricional é atingida quando a criança ultrapassa a faixa de Percentil 10, definida pela combinação de peso e idade, conforme ilustrado no cartão da criança (anexo X).

3.4.9. As tabelas e os gráficos constantes dos anexos II e III contêm informações de 90 crianças atendidas, em 17 municípios visitados. Os dados foram obtidos das fichas de acompanhamento existentes nas unidades de saúde.

3.4.10. Com base na análise desses dados, observamos que 24% dessas crianças atingiu o Percentil 10. Outras 34%, apesar de permanecerem abaixo do P10, apresentam curva de peso com inclinação ascendente, tendendo a atingir o P10. Esses dados demonstram a melhoria no estado nutricional de 58% da amostra estudada pela equipe de auditoria. Tais resultados estão demonstrados no gráfico 4.

Gráfico 4
Percentual de evolução de pesos de crianças, em relação ao Percentil 10



n = 90 crianças

* crianças que apresentam evolução de peso, mantendo-se, entretanto, no mesmo percentil (inferior ao P-10).

Fonte: Prontuários dos beneficiários.

3.4.11. Conforme estudo da Secretaria de Saúde do DF, no trimestre março-maio/99 (anexo IV), 23% das crianças atendidas pelo ICCN ultrapassaram o Percentil 10. Entretanto, dos 77% restantes, que continuam abaixo dessa faixa, 95% apresentaram ganho de peso. Em razão da forma de apresentação dos dados, não foi possível tirar conclusões acerca do estado nutricional das crianças que ganharam peso.

3.4.12. Em ambos estudos, verificamos que o Incentivo tem impactos positivos sobre a população atendida. Faz-se necessário combater as fragilidades do ICCN, para que os resultados possam ser cada vez mais significativos.

3.4.13. Documento produzido pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição contém análise realizada pelo NUPENS/USP, onde foram estudadas estimativas de impacto do ICCN em cerca de 900 municípios, segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica – SIAB. Os dados da tabela 6 indicam que houve redução de 1,99 pontos percentuais no índice de desnutrição em crianças de 6 a 23 meses. Isso representa a recuperação nutricional de 13,64% das crianças avaliadas.

3.4.14. Convém ressaltar que o ICCN não apresenta metas de recuperação nutricional dos beneficiários. Assim, seria recomendável que o Incentivo estabelecesse metas desafiadoras de recuperação das crianças atendidas com a parte fixa (6 a 23 meses), após doze meses de inscrição no ICCN.



Tabela 6

Estimativa de impacto do ICCN sobre o estado nutricional das crianças entre 6 e 23 meses

Mês	% desnutridos sobre crianças avaliadas	% de desnutridos sobre crianças residentes	% de cobertura das crianças residentes
Junho/99	14,58	9,25	63,43
Julho/99	14,34	9,23	64,35
Agosto/99	13,94	9,16	65,68
Setembro/99	13,57	9,01	66,41
Outubro/99	13,48	9,00	66,76
Novembro/99	13,52	9,07	67,08
Dezembro/99	13,13	8,83	67,26
Janeiro/00	12,98	8,58	66,13
Fevereiro/00	12,92	8,69	67,27
Março/00	12,82	8,76	68,33
Abril/00	12,59	8,55	67,91

Fonte: SIAB, análises preliminares realizadas pelo NUPENS/SP

3.4.15. No entanto, esses dados não permitem realizar a avaliação de impacto do Incentivo, porque, normalmente, as crianças são acompanhadas em municípios mais organizados, o que pode representar um viés da amostra.

Padronização dos procedimentos

3.4.16. Uma das principais constatações da equipe de auditoria foi a falta de utilização de formulários e procedimentos de acompanhamento e controle padronizados, denotando falha na disseminação dos padrões estabelecidos pelo nível federal. Entendemos que essa situação dificulta a análise e a consolidação dos dados. No Maranhão, por exemplo, os formulários utilizados ainda são os fornecidos pelo extinto Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição – INAN.

3.4.17. Algumas unidades de saúde não dispõem de prontuário individualizado e a metodologia de registro dos pesos e das informações sobre a saúde da criança varia entre as unidades de saúde, inclusive dentro de um mesmo município.

3.4.18. Segundo informações da ATAN, essa falha será solucionada quando da implantação do Sistema de Gerenciamento de Informações do ICCN - SICCN, em fase de conclusão e de teste.

3.4.19. Com relação à pesagem das crianças, também não há padrão definido. Algumas são pesadas com roupa; outras, sem roupa. Outras, ainda, em virtude da inexistência de balança pediátrica na unidade de saúde, são pesadas junto com a mãe e, posteriormente, o peso da mãe é subtraído da pesagem total.

3.4.20. Não obstante o fato de que a aquisição e a aferição das balanças não fazem parte das atribuições inerentes ao ICCN, as deficiências identificadas na atividade de pesagem das crianças influem no resultado dos dados necessários ao acompanhamento das ações de alimentação e



nutrição. Deste modo, entendemos necessário recomendar que as secretarias municipais de saúde sejam orientadas a disponibilizar os equipamentos necessários ao correto acompanhamento dos beneficiários.

Sistemas de informação

3.4.21. A equipe identificou, durante a fase de execução dos trabalhos, a existência de três sistemas de informação que contêm dados referentes ao ICCN: o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN, o Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB e o Sistema de Gerenciamento de Informações do ICCN - SICCN.

3.4.22. O SISVAN, instituído pela Portaria GM/MS n. 1156/90, foi desenvolvido com o objetivo de coletar informações sobre as condições alimentares e nutricionais da população em diversas faixas etárias. Registra dados da população atendida nas unidades de saúde e tem sido utilizado na identificação de potenciais beneficiários do ICCN.

3.4.23. O SIAB foi desenvolvido para dar suporte operacional e gerencial ao trabalho de coleta de dados realizados pelos agentes comunitários de saúde e pelas equipes de saúde da família e gerar informações essenciais para as secretarias estaduais e municipais de saúde e ao Ministério da Saúde. Está estruturado em quatro módulos: cadastro, consulta, relatórios e utilitários.

3.4.24. Não há uniformidade na alimentação e na análise dos dados de cada um desses sistemas nos municípios visitados. Alguns utilizam o SISVAN, outros usam o SIAB, outros apenas anotam os dados, mas não os analisam e não os repassam para instâncias superiores. Constatamos que São Luís/MA e Salvador/BA desenvolveram seus próprios sistemas de informação na área de combate a carências nutricionais.

3.4.25. A ATAN pretende contornar a dificuldade de obtenção de dados fidedignos sobre o ICCN com o desenvolvimento e a implantação do SICCN, que está em desenvolvimento, com o apoio do Datasus. Esse sistema possibilitará o controle de compra e distribuição dos produtos, o acompanhamento de cada beneficiário e a avaliação do impacto do ICCN. O SICCN foi apresentado aos estados em sua versão preliminar, para teste e sugestões. Para aprimoramento do sistema, a ATAN conta com a parceria de 45 municípios, em Rondônia e no Rio de Janeiro.

3.4.26. Os responsáveis pelo Incentivo na Bahia e em Pernambuco afirmaram que já receberam a versão do SICCN para implantação. Porém, como o sistema ainda não está concluído, esses responsáveis resistem a implantar o programa nos municípios, pois precisarão despender, no futuro, novos esforços para divulgar a versão definitiva.

3.4.27. Muito embora consideremos que o SICCN introduz uma variável qualitativa importante para o controle das ações do ICCN, entendemos que a disseminação da versão preliminar do sistema deveria ser feita apenas em alguns municípios-piloto, em razão das restrições orçamentárias e estruturais encontradas pelos estados e municípios para desenvolver as ações rotineiras do ICCN. Consideramos que a orientação de que a versão preliminar seja repassada para muitos municípios é um fator que contribui para que os recursos estaduais não sejam utilizados de forma a maximizar os resultados.

3.4.28. Conclui-se, portanto, que não há padronização quanto a alimentação e consolidação dos dados informados pelas unidades de saúde às instâncias superiores. Esse fato dificulta a avaliação do perfil nutricional da população atendida pelo ICCN.



3.4.29. Entendemos que a implantação de relatórios de controle padronizados, por meio do SICCN, tenderá a melhorar a qualidade dos dados coletados pelas unidades executoras e analisados pelas demais instâncias. Tal providência possibilitará maior controle e melhor gerenciamento das ações, por todas as esferas de governo.

Diluição familiar

3.4.30. Um dos principais problemas referidos por quase todos os profissionais de saúde entrevistados que atuam na execução do ICCN é a diluição familiar.

3.4.31. O leite destinado a uma criança, segundo a maioria dos relatos, é consumido também pelos familiares. Além disso, ocorre a diluição do leite em uma quantidade de água maior que a recomendada.

3.4.32. Em nosso entendimento, esse problema é de difícil solução, considerando as condições sócioeconômicas e culturais em que se encontram as famílias que recebem os alimentos do ICCN.

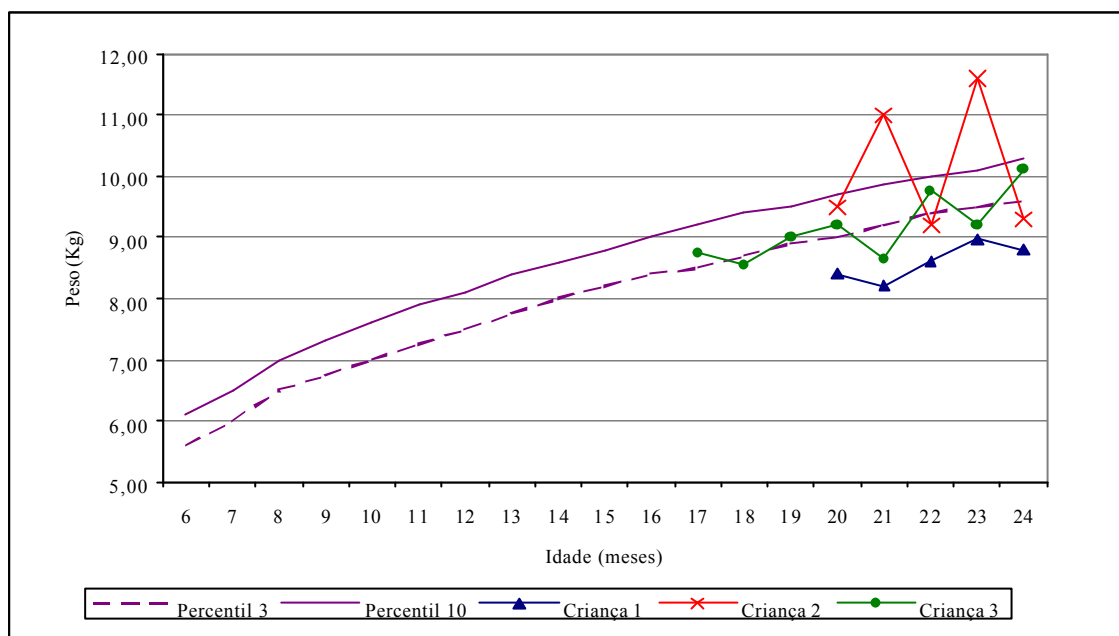
3.4.33. É ponto pacífico que as crianças inscritas no Incentivo vivem em situação de pobreza e que suas famílias não têm condições de adquirir alimentos suficientes para nutrir todos os filhos, que, em geral, são muitos. Nesses casos, não seria razoável esperar que a mãe alimentasse apenas uma criança com o leite recebido.

3.4.34. A questão cultural também não pode ser desprezada, pois o Incentivo é reconhecido pelo caráter assistencialista. Em diversos locais, é conhecido como “Programa do Leite”. Nesse sentido, a população, e até mesmo os profissionais de saúde, não vêem o ICCN como uma ação que visa a recuperação nutricional das crianças, e sim como uma fonte de alimento que vem minorar as necessidades alimentares da população de baixa renda.

3.4.35. Os gráficos 5 e 6 registram casos de variação brusca nos pesos de meninas e meninos. Essa situação pode resultar de enfermidades contraídas pelos beneficiários (diarréia, IRA²⁰, pneumonia), que provocam a súbita perda de peso pela criança. Nesses casos, é comum a rápida recuperação após a cura do paciente.

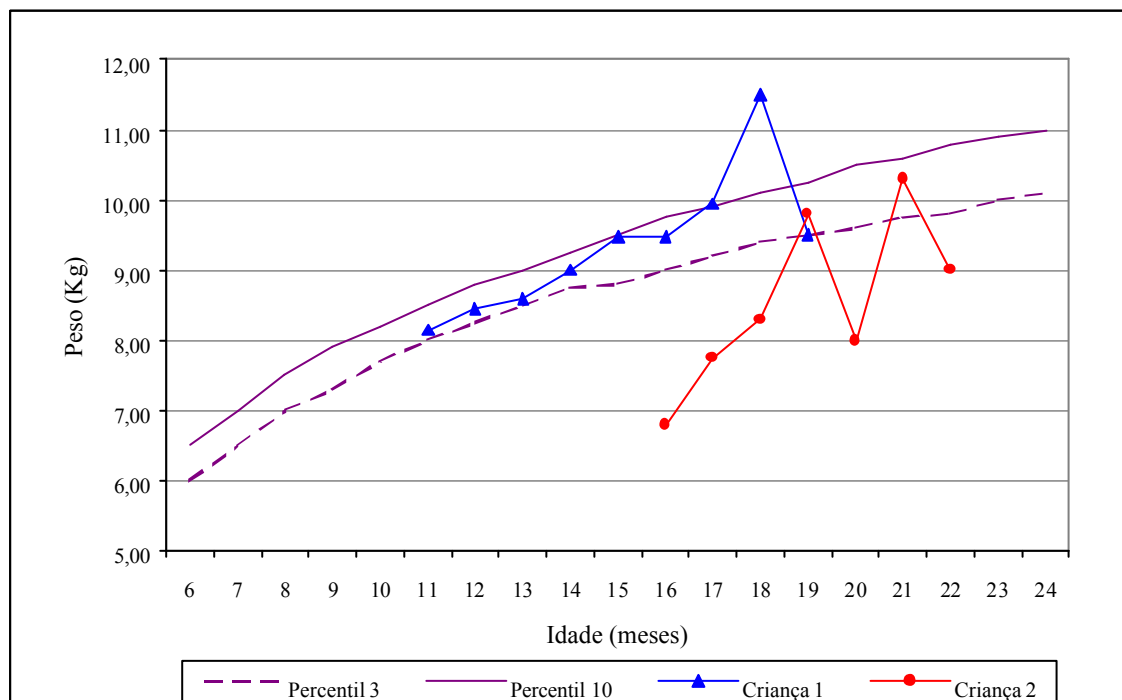
²⁰ IRA - infecção respiratória aguda.

Gráfico 5
Pesos de beneficiários do sexo feminino



Fonte: Prontuários individualizados dos beneficiários

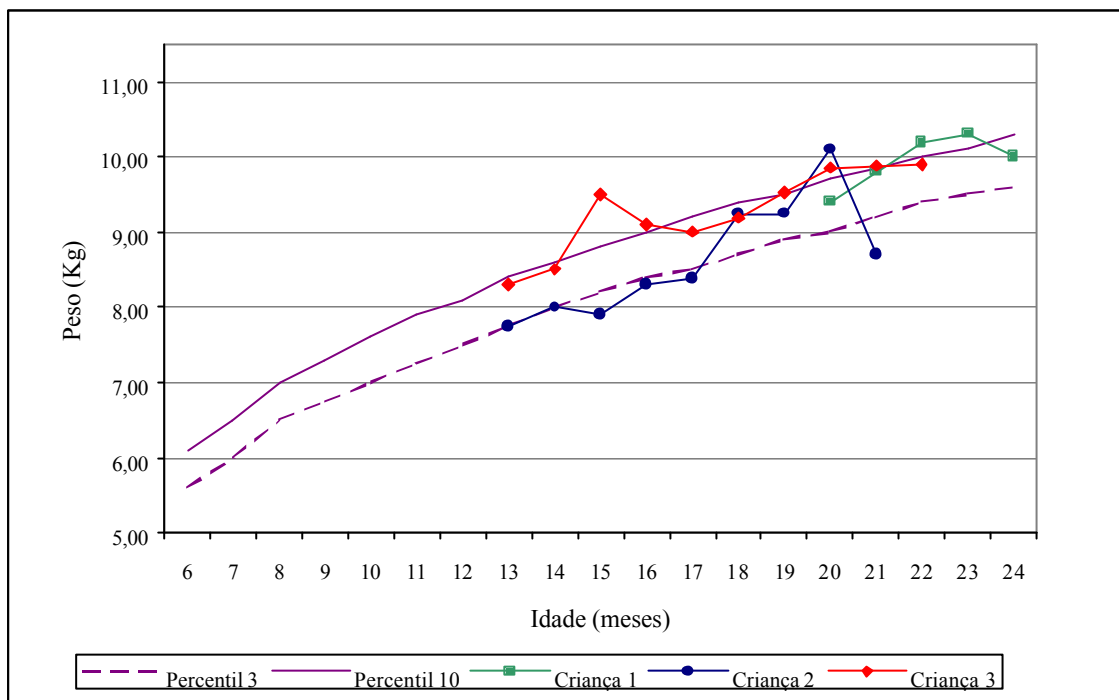
Gráfico 6
Pesos de beneficiários do sexo masculino



Fonte: Prontuários individualizados dos beneficiários

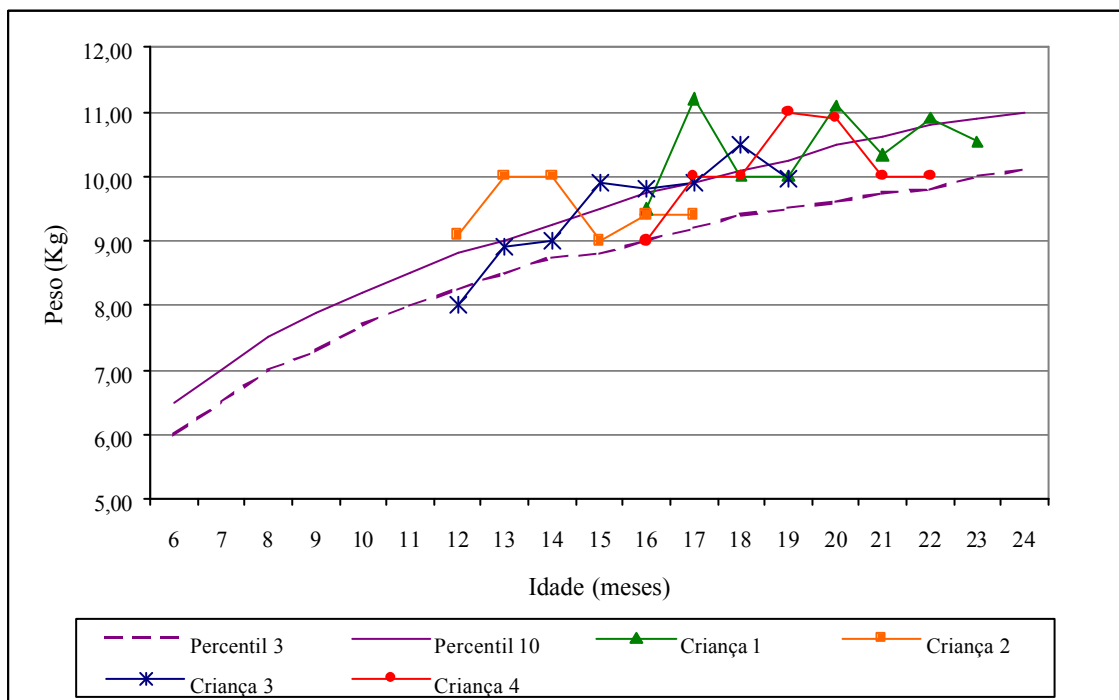
3.4.36. Nas visitas realizadas, foram recorrentes os relatos sobre mães que reduzem ou suspendem a alimentação da criança quando ela sai da faixa de desnutrição, visando manter o baixo peso e, conseqüentemente, a manutenção da inscrição da criança no Incentivo. Esse quadro pode ser a explicação para o comportamento das curvas apresentadas nos gráficos 7 e 8, que demonstram a perda de peso de meninas e meninos, respectivamente, após atingirem o P10.

Gráfico 7
Variação atípica no peso de beneficiários do sexo feminino



Fonte: Prontuários individualizados dos beneficiários

Gráfico 8
Variação atípica no peso de beneficiários do sexo masculino



Fonte: Prontuários individualizados dos beneficiários

3.4.37. Nesse contexto, torna-se muito difícil, pelo menos a curto prazo, conscientizar as famílias do prejuízo que a diluição pode causar à criança e da importância do uso da mistura



leite/óleo. Entendemos que, nos municípios em que a parte flexível do Incentivo destina-se a atender contatos, essa diluição tende a minimizar-se.

3.4.38. Embora essa situação só tenha solução definitiva a longo prazo, porque passa pela melhoria do nível econômico e educacional das famílias atendidas, algumas medidas poderiam ser reforçadas, como, por exemplo, o cumprimento, pelas unidades de saúde, dos critérios de desligamento da Portaria GM/MS n. 709/99. Outra medida que poderia ser adotada, seria a de intensificar as ações educativas às famílias dos beneficiários que não apresentam recuperação nutricional, por intermédio de assistentes sociais e nutricionistas.

Conclusão

3.4.39. Consideramos que a administração de leite e óleo de soja, aliada a outras ações de saúde, conforme preconizado pelo Portaria GM/MS n. 709/99, é o procedimento adequado para a recuperação nutricional das crianças de 6 a 23 meses. Entretanto, a falta de acompanhamento das crianças atendidas, a diluição familiar dos alimentos, o uso inadequado do óleo e a pouca realização de outras ações de saúde (orientação às mães, saneamento básico, educação alimentar, etc.) dificulta a recuperação nutricional dos beneficiários.

3.4.40. A equipe entende que, para aumentar a efetividade do ICCN, é necessário maior envolvimento dos responsáveis pelo Incentivo nos estados, municípios e unidades de saúde, envidando esforços no sentido de complementar a distribuição de alimentos com ações educativas, orientação alimentar e acompanhamento da situação nutricional dos beneficiários.

Recomendações

- 3.4.41. Em razão do exposto, propomos ao Tribunal a recomendação das seguintes medidas:
- a) estabelecer metas desafiadoras de recuperação nutricional para crianças de 6 a 23 meses de idade, após doze meses de inscrição no Incentivo;
 - b) padronizar os formulários utilizados pelo ICCN, nas esferas estaduais e municipais;
 - c) concluir e implantar o Sistema de Gerenciamento de Informações do ICCN – SICCIN;
 - d) dotar as unidades de saúde dos equipamentos necessários à avaliação antropométricas dos beneficiários do ICCN, em especial, balanças pediátricas;
 - e) incentivar ações educativas voltadas aos responsáveis pelos beneficiários, mediante a realização de palestras, apresentação de fitas de vídeo e distribuição de material impresso;
 - f) incentivar o desenvolvimento de atividades que valorizem as experiências pessoais das mães, estimulando o compartilhamento de informações e formas de preparo de alimentos;
 - g) recomendar o uso de prontuário individualizado pelas unidades de saúde;
 - h) orientar as coordenações municipais do ICCN para que observem os critérios de desligamento dos beneficiários previstos na Portaria GM/MS n. 709/99;
 - i) intensificar as ações educativas às famílias dos beneficiários que não apresentam recuperação nutricional, por intermédio de assistentes sociais e nutricionistas.



3.5. Questão 4 – O ICCN está sendo acompanhado, supervisionado e avaliado pelas áreas técnicas das três esferas de governo e pelos centros colaboradores?

Competências de cada esfera governamental

3.5.1. As ações do ICCN são realizadas pelas três esferas de administração, conforme a filosofia que norteia o Sistema Único de Saúde - SUS.

3.5.2. As competências de cada esfera de governo, relativas ao ICCN, foram definidas na Política Nacional de Alimentação e Nutrição - PNaN e na Portaria GM/MS n. 709/99.

3.5.3. Aos municípios compete: habilitação no PAB, elaboração do Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais – PMCCN, informação aos beneficiários sobre a existência do Incentivo no âmbito municipal, implementação de ações de controle em conformidade com as normas expedidas pelo Ministério da Saúde.

3.5.4. Os estados devem emitir parecer técnico sobre os PMCCN, acompanhar, supervisionar, controlar e avaliar as ações do Incentivo realizadas nos municípios. Cabe ainda aos estados a consolidação dos dados referentes à vigilância nutricional e às ações básicas de saúde encaminhados pelos municípios.

3.5.5. Compete à esfera federal acompanhar e avaliar os resultados do ICCN, bem como coordenar as ações a serem implementadas em âmbito nacional.

3.5.6. Aos Centros colaboradores foi delegada competência para, em articulação com os estados, realizar acompanhamento, avaliação e supervisão das ações de combate às carências nutricionais naqueles estados para os quais devem prestar apoio.

3.5.7. Observamos que, normativamente, não há superposição de competência (anexo VI). Cada esfera da administração é responsável por ações específicas na sua área de abrangência. No entanto, na prática, o papel dos estados dentro do ICCN ficou bastante reduzido, posto que a transferência de recursos fundo a fundo implica responsabilidade do município na aplicação desses recursos, o que dificulta a atuação estadual no tocante ao acompanhamento das ações que vêm sendo executadas.

3.5.8. Houve menção, nos estados visitados, de que o acompanhamento, a supervisão e o controle das ações do ICCN torna-se prejudicado pelo fato de que a esfera estadual não foi imbuída de competência legal suficiente para que, na detecção de alguma irregularidade, o estado tenha poder para interferir na situação.

3.5.9. Porém, de acordo com o art. 17, inciso IV, alínea c, da Lei n. 8080/90, compete à direção estadual do SUS coordenar ações e serviços de alimentação e nutrição. Embora com respaldo legal, observamos que as atividades de acompanhamento, supervisão e controle não vêm sendo exercidas pelo nível estadual, da forma preconizada pelos normativos.

3.5.10. Um dos motivos alegados para isso, em todos os estados visitados ou consultados, foi a escassez de recursos materiais e humanos para o desenvolvimento das ações. Muito embora essa seja uma tônica no serviço público, verificamos que cada estado precisa de uma estrutura mínima para realizar as suas competências adequadamente.



3.5.11. Cabe ressaltar que na Área Técnica de Alimentação e Nutrição os recursos humanos disponíveis, bem como os equipamentos de informática, também não são suficientes para dar suporte ao desenvolvimento de todas as suas ações. A situação é ainda agravada pelo fato de que a ATAN tem se desdobrado no sentido de suprir as deficiências de acompanhamento e supervisão que deixam de ser realizadas pelos estados, e por vezes, até pelos municípios. Tudo isso contribui para a existência, de fato, de superposição de competências entre as três esferas: federal, estadual e municipal.

3.5.12. Considerando que o nível de estruturação entre os estados da federação é diferenciado, entendemos que a ATAN deveria propor, para os próximos anos, um cronograma para a obtenção de uma estrutura mínima para o ICCN nos estados.

3.5.13. Atualmente, a ATAN repassa aos estados recursos para a estruturação do ICCN, por meio de convênio, conforme relatado no item 3.3.4. Segundo informado pela ATAN/MS, esses recursos não poderiam ser utilizados para a compra de material permanente. No entanto, todos os estados consultados mediante questionário ou entrevistados pela equipe de auditoria alegam que a maior dificuldade para a realização de supervisão e acompanhamento é a falta de veículos e de microcomputadores.

3.5.14. Considerando que essas atividades são a base do sucesso das ações e que o registro de dados possibilita o controle do desempenho, entendemos que a coordenação do ICCN não poderá ser efetivada sem que a estrutura mínima seja alcançada.

Controle das ações realizadas pelo ICCN

3.5.15. O controle sobre as ações do ICCN deve ser exercido pelas três esferas de governo: federal, estadual e municipal. Complementarmente, a atual estruturação prevê a supervisão, o acompanhamento e a avaliação das ações pelos Centros colaboradores.

3.5.16. A situação verificada nos estados e municípios visitados pela equipe de auditoria indica que a alimentação dos sistemas informatizados do Ministério da Saúde é precária. Tal afirmativa baseia-se na constatação de que grandes municípios, tais como Salvador e Recife, e os estados do Amazonas, Paraíba, Roraima, Tocantins e Piauí (33% do total de estados que responderam ao questionário enviado pela equipe de auditoria) informaram que não alimentam o SISVAN e que em outras cidades essa rotina não era efetuada com a regularidade prevista pelo Ministério da Saúde.

3.5.17. Cabe ressaltar que a alimentação dos sistemas informatizados do Ministério é um dos requisitos para que o município se habilite nas formas de gestão do SUS, estando prevista no item 12.1.1 da NOB-SUS 01/96 a suspensão da transferência dos recursos do PAB aos municípios que não alimentarem, por dois meses consecutivos, os bancos de dados de interesse nacional. Entretanto, os municípios citados continuam a receber recursos repassados pelo Ministério da Saúde.

3.5.18. Os próprios estados informaram, nos questionários encaminhados pela equipe de auditoria, que não há sanção para a falta de alimentação dos sistemas informatizados e que as razões para não alimentar os sistemas são: atraso na entrega dos dados pelos municípios, falta de capacitação técnica, falta de interesse e compromisso e falta de sensibilidade para a importância de tal ação.



3.5.19. Considerando que a coleta dos dados ainda prescinde de qualidade e confiabilidade, posto que não é realizada de forma homogênea pelos integrantes da ação, as iniciativas relacionadas com a supervisão in loco e o acompanhamento devem ser melhor estruturadas.

3.5.20. Nesse ponto, verificamos que a cadeia de supervisão das atividades relacionadas ao ICCN deve ser reforçada. Constatamos, por exemplo, que em um mesmo município, são adotados procedimentos diferentes quanto à inscrição, acompanhamento e desligamento dos beneficiários, conforme comentado no item 3.2.9.

3.5.21. Um dos motivos para a ocorrência de tal situação é que as normas do ICCN não são entendidas da mesma forma pelos gestores. Ao mesmo tempo, os estados de Pernambuco, Bahia, Ceará e Maranhão não estão conseguindo cumprir o seu papel no tocante à supervisão e ao acompanhamento do ICCN nos municípios, forçando a ATAN a realizar a orientação municipal. Dos questionários enviados pelo correio foi possível constatar que 50% dos estados – RJ, MG, AM, TO, RS, PR, RN, PI, PB, RR e ES – não consideram adequados os trabalhos de supervisão e avaliação do ICCN realizados nos municípios. Dentre os fatores restritivos à melhoria da supervisão destacam-se a insuficiência de recursos materiais e humanos para o desempenho da função.

Conclusão

3.5.22. Após análise dos normativos que direcionam as ações do ICCN, observamos que, se por um lado não há superposição formal de atividades, por outro, não existe atuação efetiva da esfera estadual no acompanhamento, supervisão e avaliação do Incentivo nos municípios. Mais de 50% dos responsáveis pela supervisão e acompanhamento do ICCN nos estados declararam não possuir recursos materiais e humanos adequados para a execução da tarefa. Desta forma, técnicos da ATAN, também dotada de poucos recursos, muitas vezes são solicitados a executar a supervisão do ICCN nos municípios.

3.5.23. As ações de controle do Incentivo ficam prejudicadas pela não sistematização do recolhimento, tratamento e análise dos dados, bem como da pouca supervisão que os municípios recebem das esferas superiores.

Recomendações

- 3.5.24. Em razão do exposto, propomos ao Tribunal a recomendação das seguintes medidas:
- a) definir a estrutura mínima necessária para o desempenho das funções relacionadas ao ICCN, nas três esferas de governo, e estudar as possibilidades de financiamento dessa estrutura.
 - b) determinar metas de supervisão a serem cumpridas pelos estados.
 - c) acompanhar a tempestividade na alimentação dos sistemas informatizados de saúde relacionados ao ICCN, aplicando as sanções previstas aos municípios e estados omissos.
 - d) divulgar a Lei n.. 8.080/90 a estados e municípios, em especial, os artigos 17 e 18.



3.6. Outros achados de auditoria

Armazenamento do leite e do óleo

3.6.1. Embora as diretrizes para a armazenagem e a distribuição não estejam contidas na Portaria GM/MS n. 709/99, foi possível identificar no Manual de Orientação (versão preliminar – março de 2000) que aquisição, armazenagem, conservação e distribuição dos alimentos e produtos são atribuições exclusivas do município e devem seguir o padrão definido.

3.6.2. Não obstante, a equipe de auditoria observou que nem todos os municípios visitados tinham conhecimento desse Manual, e diversos padrões de armazenamento foram detectados e registrados.

3.6.3. Em Maracanaú/CE e Caxias/MA a equipe de auditoria constatou que os depósitos de leite e óleo de soja eram sujos, pouco ventilados e com infiltrações, contrariando os critérios de armazenamento estabelecidos pelo Incentivo. A intensificação das ações de supervisão, pelo nível estadual, tenderia a inibir a ocorrência desse tipo de irregularidade.

3.6.4. No município de Camaçari/BA, onde o depósito da prefeitura é organizado, pudemos constatar que o empilhamento era superior ao preconizado pelo manual de orientações, isto é, até 5 caixas. O excedente de leite e óleo não distribuído pelas unidades de saúde é, no entanto, acondicionado em armários de metal, trancados.

3.6.5. Em São Luís/MA, os produtos do ICCN são guardados dentro dos padrões definidos no Manual. Em Igarassu/PE, o leite adquirido é mantido em depósito apropriado e os produtos a serem distribuídos são organizados em sacolas plásticas identificadas na quantidade definida para cada beneficiário.

3.6.6. Em Jaboatão dos Guararapes/PE, o armazenamento do leite é feito na Companhia Nacional de Abastecimento - CONAB e a distribuição é feita por três servidores da prefeitura, encarregados de supervisionar o transporte. Já em Feira de Santana/BA, onde o armazenamento também é na CONAB, há problemas de transporte e a frequência da distribuição depende de cada unidade. Nem sempre as unidades de saúde mantêm armário para guarda do material não distribuído.

3.6.7. A equipe de auditoria constatou, também, que em algumas municipalidades a compra do leite é feita mediante licitação semestral ou anual e a entrega, pelo fornecedor, é mensal, reduzindo, dessa forma, o tempo de guarda do estoque pelo município. Essas práticas foram identificadas nos municípios de Fortaleza/CE, Igarassu/PE, Olinda/PE e São Luís/MA.

3.6.8. Considerando que a ATAN já elaborou, no Sistema de Gerenciamento de Informações do ICCN – SICCN, quadro de acompanhamento e controle do estoque de produtos adquiridos para distribuição, cabe às secretarias estaduais de saúde intensificar as supervisões e os acompanhamentos, de modo a corrigir tais procedimentos.

3.6.9. O anexo I contém fotos retratando as situações acima relatadas.

Lapso de tempo entre habilitação no PAB e efetiva execução das ações do ICCN

3.6.10. Os recursos do ICCN são repassados aos municípios, juntamente com os demais recursos integrantes do PAB.



3.6.11. Segundo informações da ATAN, o tempo médio para o início da distribuição dos suplementos alimentares, uma vez recebida a primeira parcela de recursos, é de 6 meses²¹. Conforme argumentos apresentados, esse seria o tempo necessário para que os municípios organizassem os seus processos de licitação.

3.6.12. Nos municípios visitados pela equipe de auditoria, coletamos informações referentes à data de efetiva implementação das ações do ICCN. Constatamos que há municípios que receberam os recursos por períodos superiores a 6 meses, sem que tenham iniciado ações para o combate à desnutrição, conforme constante na tabela 7.

Tabela 7
Utilização dos recursos repassados aos municípios para ações do ICCN

Municípios	Habilitação no ICCN	Início do repasse	Qtde de parcelas (Até set/00)	Valor da parcela (R\$)	Total repassado (até set/00)	Início do ICCN	Diferença entre valor repassado e valor aplicado
Salvador	24/05/99	Jun/99	15	133.425,00	2.001.375,00	Jul/00	1.734.525,00
Fortaleza	24/05/99	Jun/99	15	214.672,50	3.220.087,50	Interrompido desde fev/2000	1.502.707,50
Candeias	22/02/99	Abr/99	16	8.775,00	140.400,00	Nov/99	43.875,00
Feira de Santana	13/05/98	Mai/98	24	50.557,50	1.213.380,0	Nov/98	303.345,00
Igarassú	28/07/98	Ago/98	25	12.307,50	307.687,50	Jul/99	147.690,00
Jaboatão dos Guararapes	07/07/99	Jul/99	14	56.025,00	784.350,00	Abr/00	560.250,00

Fonte: SIAFI, ATAN/MS e informações sobre o início das ações do ICCN nos municípios, fornecidas pelos responsáveis entrevistados.

3.6.13. O montante cuja aplicação está pendente, considerando somente os municípios visitados e que informaram as datas de efetiva implantação do ICCN, atinge o valor de R\$ 4.292.392,00 (quatro milhões, duzentos e noventa e dois mil, trezentos e noventa e dois reais), ou seja, o suficiente para o atendimento de 23.846 crianças de 6 a 23 meses.

3.6.14. Tal fato é preocupante, pois o montante relatado corresponde a parcelas não aplicadas em seis municípios visitados pela equipe, sem considerar o que pode estar ocorrendo no universo atendido pelo ICCN. Além disso, a população alvo do ICCN necessita ser resgatada de sua condição tempestivamente, ou seja, antes que seja instalado um quadro irreversível de baixo peso e altura.

3.6.15. Foi constatado, ainda, que nem todo recurso repassado é utilizado de pronto, em razão de que alguns municípios não conseguem identificar todas as crianças desnutridas previstas na Portaria, muito embora o Ministério da Saúde transfira, mensalmente, recursos calculados com base no total de crianças desnutridas esperadas na comunidade.

3.6.16. Complementarmente, entendemos pertinente que o Ministério da Saúde, quando da renovação do pedido de habilitação do município no ICCN, certifique-se de que todos os recursos

²¹ Mecanismos de acompanhamento, avaliação e resultados parciais de impacto. Área Técnica de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, agosto/2000.



repassados foram utilizados para o desenvolvimento de ações do ICCN, deixando de remeter novas parcelas enquanto não tenham sido utilizadas aquelas já repassadas.

3.6.17. A adoção de tal medida, ao contrário do que possa parecer, não prejudicará a população, pois os recursos repassados pelo Ministério da Saúde, nesse caso, não estão sendo destinados a ações de combate às carências nutricionais.

Planos Municipais de Combate à Carências Nutricionais

3.6.18. O Plano Municipal de Combate às Carências Nutricionais – PMCCN deve contemplar o uso de recursos da parte fixa do ICCN para a compra de leite e óleo, conforme prevê a Portaria GM/MS n.º 709/99, e o planejamento de ações complementares com o recurso da parte flexível do Incentivo. Cada município, a partir de um diagnóstico das necessidades da população, planeja ações que visem à melhoria do estado nutricional de seus habitantes.

3.6.19. Não há menção, nos PMCCN, de metas quantitativas de redução de desnutrição. Entendemos que esse seria um dado importante para que, entre outros benefícios, os resultados pudessem ser acompanhados e avaliados regularmente pelos conselhos municipais de saúde. As secretarias estaduais de saúde, em parceria com os Centros colaboradores e ATAN, deveriam supervisionar as ações propostas pelos municípios e as boas práticas deveriam ser divulgadas para estimular e ajudar municípios que não conseguissem atingir suas metas.

3.6.20. A aprovação do PMCCN pelo Conselho Municipal de Saúde é um dos pré-requisitos para que o município possa habilitar-se no ICCN. Considerando que o conselho municipal deve controlar as ações de saúde no município, entendemos importante que conste do pedido de renovação da habilitação no ICCN, manifestação desses conselhos quanto:

- a) ao período de aplicação dos recursos do PMCCN do exercício anterior;
- b) ao número de beneficiários atendidos pelo ICCN, no período de vigência do PMCCN cuja renovação é solicitada;
- c) à avaliação qualitativa da aplicação dos recursos do ICCN no município, indicando o número de beneficiários recuperados no período de vigência do PMCCN cuja renovação é solicitada.

Ações alternativas identificadas

3.6.21. Foram poucas as experiências de alimentação alternativa observadas nos municípios visitados pela equipe de auditoria. Em alguns deles, o uso da multimistura é adotado e executado pela Pastoral da Criança.

3.6.22. Em Camaçari/BA, a prefeitura municipal desenvolve o Programa Bem Nutrir, que tem como objetivo suplementar a alimentação dos portadores de tuberculose e hanseníase, além das crianças que são desligadas do ICCN. O trabalho é executado em parceria com a Fundação José Silveira e produz, diariamente, na sua fábrica, leite, pão de soja e multimistura. Possui, também, uma cozinha experimental que oferece cursos práticos de tortas, panetões, pães e conservas, entre outros, capacitando a comunidade local para o mercado de trabalho.

3.6.23. Identificamos iniciativas isoladas de médicos e agentes comunitários de saúde que consideram positivo o uso da multimistura e também desenvolvem atividades junto à Pastoral da



Criança, no preparo e distribuição desse alimento. Há controvérsias, porém, entre as nutricionistas consultadas, da validade do uso da multimistura.

3.6.24. O uso da “alimentação alternativa” e da “multimistura” tem sido debatido na comunidade científica. Em dezembro de 1998, o jornal do Conselho Federal de Nutrição trouxe matéria intitulada “Multimistura e a desnutrição de crianças no Brasil”, onde posiciona-se de maneira contrária à indicação e à divulgação destes alimentos. As instituições que se pronunciaram quanto ao fato²² foram unânimes em afirmar a precocidade da recomendação do uso da multimistura e da alimentação alternativa na nutrição infantil, principalmente em recuperação nutricional.

3.6.25. Em Maranguape/CE, a Secretaria Municipal de Saúde implantou o programa Rezas e Soro, treinando as 175 rezadeiras da cidade nas questões relacionadas a diarreia e desnutrição. O trabalho das rezadeiras é voluntário, e é feito registro mensal de atendimentos e encaminhamento, quando necessário, das crianças doentes aos centros de saúde. Segundo informações da responsável pelo ICCN no município, os níveis de recuperação são bons, não havendo nenhum registro de óbito infantil, por diarreia, nos últimos 10 meses, na cidade.

3.6.26. Em diversos municípios (Feira de Santana/BA, Cascavel/CE, Maracanaú/CE, São Luís/MA) as unidades de saúde e as diretoria regional de saúde mantêm uma sala de situação onde acham-se expostos material institucional sobre o ICCN e os resultados que vêm sendo alcançados pelas ações do Incentivo naquele município. Tal iniciativa é adotada pelo Programa Nacional de Imunização /MS e tem como objetivo motivar e informar os agentes envolvidos nas ações de saúde, mediante o intercâmbio de dados de referência e outras informações pertinentes.

Indícios de irregularidades

3.6.27. O município de Caxias/MA foi habilitado no ICCN em 01/09/1998, passando a perceber, a partir de novembro de 1998, a importância mensal de R\$ 27.787,50, destinada à recuperação nutricional de 1.235 crianças da faixa etária de 6 a 23 meses e para o desenvolvimento de outras ações nutricionais consideradas epidemiologicamente relevantes para o município, segundo os critérios definidos pela Portaria GM/MS n. 709/99. O município teve sua habilitação no PAB e, portanto, no ICCN, suspensa no período de dezembro/1998 a novembro/1999. Entre novembro/1998 e setembro/2000, o município recebeu 12 parcelas do incentivo, totalizando a importância de R\$ 333.450,00.

3.6.28. Durante os trabalhos de auditoria nesse município, a coordenação municipal do ICCN informou que o município atenderia 1.235 crianças de 6 a 23 meses, 1.166 gestantes e 1.235 contatos. Segundo a mesma fonte, o município distribui mensalmente 4 Kg de leite integral em pó e uma lata de óleo de soja às crianças de 6 a 23 meses e 2 Kg de leite integral em pó às gestantes e contatos. Dessa forma, no período de novembro/1998 a setembro/2000, o município deveria ter adquirido 107.162 Kg de leite integral em pó e 13.585 latas de óleo de soja.

3.6.29. Objetivando confirmar as informações prestadas pela coordenação municipal do ICCN, a equipe de auditoria entrevistou alguns responsáveis por unidades de saúde do município, agentes comunitários de saúde e beneficiários. Esses entrevistados informaram que a distribuição de leite em pó e óleo de soja iniciou-se apenas no mês de agosto/2000.

²² Universidade de Campinas/SP, Departamento de Nutrição da Universidade do Sagrado Coração/Bauru-SP, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/SP; Departamento de Nutrição da Pontifícia Universidade Católica de Campinas/SP; International Society of Pediatric Nutrition e Escola Paulista de Medicina/SP.



3.6.30. O município apresentou à equipe de auditoria seis notas fiscais de compra relativas aos recursos do ICCN, totalizando 18.102 Kg de leite integral em pó e 420 latas de óleo de soja, totalizando a despesa de R\$ 91.604,00. Dessa forma, o município demonstrou a aplicação de apenas 27% dos recursos financeiros repassados no âmbito do ICCN e a aquisição de apenas 17% do leite em pó e 3% do óleo de soja alegadamente distribuído. Restam, ainda, R\$ 241.846,00 em poder do município, o que possibilitaria o atendimento de mais 1.343 crianças desnutridas durante um ano.

3.6.31. A Área Técnica de Alimentação e Nutrição encaminhou, via Departamento de Atenção Básica, pedido de auditoria nos municípios de São Miguel do Tocantins/TO, Aparecida do Rio Negro/TO, Pedro Afonso/TO, Sampaio/TO, Maceió/AL, Porto Velho/RO, Candeias/BA, Ipiranga/PI, Cariacica/ES, São Caitano/PE, Teresina/PI, Cândido de Abreu/PR, Nossa Senhora das Graças/PR, Itaetê/BA, Euclides da Cunha/BA e Salvador/BA, ao então Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria, atualmente Departamento Nacional de Auditoria do SUS/Ministério da Saúde. Há indícios da ocorrência de irregularidades nesses municípios, inclusive a não aplicação de recursos²³.

3.6.32. Cabe salientar que os municípios de Salvador/BA e Candeias/BA, acima relacionados, deixaram de apresentar, sem justificativa, os documentos solicitados por esta equipe de auditoria, reforçando as suspeitas de ocorrência de irregularidades na condução do ICCN.

3.6.33. Assim, considerando a existência dos indícios de irregularidades relatados, sugerimos que o Tribunal determine ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS/MS a realização de auditoria em Candeias/BA, Caxias/MA e Salvador/BA, relativamente à aplicação dos recursos do ICCN, a partir da habilitação do município no ICCN até a data de realização da auditoria.

3.6.34. Relativamente ao município de Caxias/MA, o Tribunal determinou, por meio do subitem 8.3 da Decisão n. 45/2000 – Plenário, a realização de auditoria nos recursos do Fundo Municipal de Saúde pelo Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do MS, atual Departamento Nacional de Auditoria do SUS/MS.

Recomendações e Determinação

3.6.35. Em razão do exposto, propomos ao Tribunal a recomendação das seguintes medidas:

- a) intensificar as supervisões e os acompanhamentos dos estados, junto aos municípios;
- b) condicionar o repasse de recursos aos municípios à utilização das parcelas já repassadas;
- c) divulgar as boas práticas realizadas pelos municípios.

3.6.36. Propomos ainda que o Tribunal determine ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS/MS a realização de auditoria, relativamente à aplicação dos recursos do ICCN, em Candeias/BA, Salvador/BA e Caxias/MA. Para o último município, a auditoria somente deverá ser realizada se ainda não cumprida a determinação do subitem 8.3 da Decisão n. 45/2000 - Plenário.

²³ Mecanismos de acompanhamento, avaliação e resultados parciais de impacto. Área Técnica de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, agosto/2000.



3.7. Boas práticas

3.7.1. Este trabalho teve como uma das propostas a identificação de boas práticas voltadas para o desempenho do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais. Foi possível identificar que o sucesso do ICCN local depende, em grande parte, da iniciativa dos gestores e dos responsáveis pelas ações na localidade. Passamos a relacionar algumas experiências bem sucedidas, relatadas à equipe de auditoria nos estados visitados:

- a) durante a avaliação dos possíveis beneficiários, outros problemas de saúde também são identificados e repassados ao setor competente do município (Coroatá/MA);
- b) entrega do leite condicionada à pesagem da criança e à atualização do cartão de vacinação, em todos os municípios visitados, com exceção de Formosa/GO;
- c) entrega do leite às unidades de saúde condicionada à remessa dos relatórios do SISVAN à coordenação municipal (São Luís/MA);
- d) entrega mensal do leite e óleo de soja ao município, mesmo nos casos de contratos de fornecimento semestral ou anual, reduzindo o tempo de estocagem dos alimentos e facilitando a administração do estoque (Fortaleza/CE, Igarassu/PE, Olinda/PE e São Luís/MA);
- e) identificação das embalagens do leite distribuído com a expressão “venda proibida” (Maranguape/CE) e “distribuição gratuita” (Salvador/BA);
- f) separação prévia do leite em pacotes identificados por beneficiário (São Luís/MA, Igarassu/PE, Olinda/PE e Camaçari/BA);
- g) existência de prontuário da criança na unidade de saúde;
- h) reuniões mensais e avaliação semestral com técnicos das unidades de saúde (São Luís/MA);
- i) treinamento semanal de Agentes Comunitários de Saúde (Coroatá/MA);
- j) elaboração de cartilhas com orientação para usuários (Distrito Federal);
- k) realização de palestras para orientação das mães (Distrito Federal, Recife/PE e Olinda/PE);
- l) equipes volantes nas áreas rurais que não têm PSF (São Luís/MA);
- m) prêmio bebê leite materno, para incentivar a amamentação exclusiva até o 6º mês (São Luís/MA e Maranguape/CE);
- n) incentivo à amamentação para diminuir a desnutrição – em todos os municípios visitados, com variações diferenciadas de efetividade;
- o) programa Rezas e Soro – treinamento de rezadeiras para orientação às mães e encaminhamento das crianças às unidades de saúde (Maranguape/CE);
- p) avaliação da dieta da mãe para orientar a do filho (Jaboatão dos Guararapes/PE e Distrito Federal);
- q) existência de diversas práticas com o intuito de evitar fraudes na distribuição dos alimentos (confeção de tickets para a entrega do leite (Recife/PE, Olinda/PE), impressão de marca d’água nos tickets de distribuição (Olinda/PE), carimbo no cartão da criança para identificação da unidade de saúde em que o beneficiário



TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

foi inscrito(Salvador/BA, Igarassu/PE, Feira de Santana/BA) , identificação da pessoa que recebe o leite e o óleo (Igarassu/PE));

- r) existência de ações complementares ao ICCN (Camaçari/BA - distribuição de leite de soja, cursos sobre culinária);
- s) existência de salas de situação nas unidades e diretorias regionais de saúde, contendo material institucional sobre o ICCN e os resultados que vêm sendo alcançados pelas ações do Incentivo no município (Feira de Santana/BA, Cascavel/CE, Maracanaú/CE, São Luís/MA).



4. INDICADORES DE DESEMPENHO

4.1. Os indicadores de desempenho propostos no relatório de planejamento foram apresentados e discutidos em reunião da equipe de auditoria com técnicos da Área Técnica de Alimentação e Nutrição, realizada após os trabalhos de campo. Esses indicadores de desempenho devem ser aferidos anualmente em diferentes bases geográficas: municipais, estaduais, regionais e nacional, quando aplicável. O quadro a seguir é resultante dessa reunião.

	Custo	Tempo	Quantidade	Qualidade
Economicidade	Custo do leite por município. Custo do óleo de soja por município.			
Eficiência	Custo por beneficiários de 6 a 23 meses.	Tempo médio entre a identificação de uma criança desnutrida e sua inclusão no Incentivo.		Beneficiários que abandonam o ICCN / beneficiários inscritos. Quantidade de leite distribuído / quantidade de leite adquirido.
Eficácia		Tempo médio de recuperação nutricional da criança.	% de municípios participantes do ICCN submetidos a supervisão. % de estados submetidos à supervisão. % de pessoas envolvidas com o ICCN que receberam treinamento.	% de municípios que realizam controle de qualidade do leite.
Efetividade			% de crianças recuperadas. Quantidade de trabalhos desenvolvidos pelos centros colaboradores e utilizados pelo ICCN.	% de crianças que atingiram o percentil 10.
Equidade	% de recursos que são alocados aos municípios com maior incidência de carências nutricionais.			



5. CONCLUSÃO

5.1. O Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais é uma ação do Ministério da Saúde voltada, prioritariamente, para a recuperação nutricional de crianças na faixa etária de 6 a 23 meses. Além das crianças nessa faixa etária, as ações do ICCN podem, ainda, contemplar o atendimento a gestantes, idosos, crianças entre 24 e 59 meses, filhos de portadoras do vírus HIV e outras situações propostas pelos municípios e aprovadas pelo Ministério da Saúde.

5.2. Os beneficiários do ICCN estão inseridos em um contexto caracterizado pela pobreza, baixo nível de escolaridade, pouco acesso ao saneamento básico e água potável e baixo poder de reivindicação junto aos formuladores e gestores de políticas públicas.

5.3. O método adotado pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição para a recuperação dos beneficiários é a distribuição de leite e óleo de soja, visando suprir suas deficiências protéico-calóricas. Foi possível identificar que 58% da amostra de crianças, analisada pela equipe de auditoria, apresentou melhora no estado nutricional. No entanto, somente 24% atingiram o P10, isto é, preencheram o critério de recuperação nutricional preconizado pela Portaria GM/MS n. 709/99.

5.4. Nos municípios visitados pela equipe de auditoria, verificamos que a população atendida pelo Incentivo corresponde à necessitada. No entanto, vários responsáveis pelo ICCN afirmaram que nem toda população necessitada é atendida, posto que não há vagas para todas as crianças desnutridas, embora os dados do SISVAN não comprovem tal fato.

5.5. Quanto ao SISVAN, a equipe de auditoria constatou que a alimentação dos dados carece de consistência e regularidade.

5.6. A ATAN calcula o repasse de R\$ 15,00/mês para a compra do leite e do óleo para os beneficiários de 6 a 23 meses. No entanto, cálculos dos preços médios do leite e do óleo praticados nos municípios visitados, no trimestre julho-setembro, revelaram que seriam necessários R\$ 24,43 reais para a compra desses gêneros na quantidade estipulada. Considerando que a maioria dos municípios não oferece contrapartida aos recursos enviados para o ICCN, verificamos que, na prática, recursos da parte flexível, que deveriam ser destinados à implementação de outras ações voltadas à recuperação nutricional, são utilizados para a compra de leite e óleo para os beneficiários inseridos na faixa etária de 6 a 23 meses.

5.7. Os recursos do ICCN são repassados de acordo com o número de crianças em risco nutricional previsto por município, garantindo a equidade na alocação dos recursos.

5.8. Foi verificado, no entanto, que o repasse de recursos para os municípios não coincide com o início das ações do ICCN. Além disso, não foi detectado nenhum mecanismo para que o Ministério da Saúde determine a restituição dos valores não aplicados em ações do ICCN, o que pode originar o desvio no uso dos recursos para outras áreas de interesse do município.

5.9. Afastadas as discussões técnicas sobre a pertinência da estratégia adotada pelo Ministério da Saúde e a sustentabilidade econômico-financeira da ação, o combate à desnutrição baseada na dieta recomendada pela ATAN enfrenta outra dificuldade: a aceitação dos responsáveis pelos beneficiários da mistura leite/óleo. Entendemos que tal fato só pode ser mudado mediante uma campanha de orientação fundamentada nos benefícios que a mistura trará à criança em recuperação.



5.10. Nesse particular, os agentes de saúde teriam um importante papel a desempenhar, já que exercem uma função que os coloca em contato constante com a comunidade sob sua vigilância. No entanto, há necessidade de treinamento específico sobre matérias de alimentação e nutrição aos agentes de saúde, bem como o fornecimento de material impresso sobre os objetivos do ICCN.

5.11. A ATAN tem desenvolvido ações no sentido de aprimorar os mecanismos de supervisão, controle, acompanhamento e avaliação do ICCN. Constatamos, no entanto, que as iniciativas da Área Técnica necessitam do apoio dos seguintes órgãos:

- a) Datasus – finalização da versão final do SICCN;
- b) Secretaria Federal de Controle Interno – avaliação das ações do ICCN em todo território nacional;
- c) secretarias de saúde nos estados – supervisão, controle, acompanhamento e a avaliação do ICCN nos municípios;
- d) Centros colaboradores – treinamento dos responsáveis pela execução do ICCN nos estados e municípios e produção de material didático sobre as ações;
- e) Ministério da Saúde – propiciar estrutura física e recursos de informática e humanos adequados à ATAN.

5.12. Verificamos que o ICCN, além da estratégia adotada para a recuperação nutricional, tem potencial para atingir positivamente as populações beneficiárias em outros aspectos, dado que, ao exigir que os cartões de vacinação estejam em dia, que as crianças sejam sistematicamente avaliadas e que as gestantes realizem as consultas de pré-natal, enfatiza o caráter preventivo das ações de saúde.

5.13. No entanto, a erradicação da desnutrição no país deve passar, necessariamente, por ações integradas das áreas de saúde e educação, apoiadas pela garantia de infra-estrutura básica, tais como saneamento, água potável e, principalmente, pela garantia de condições de empregabilidade a essa população.

Possíveis Benefícios Esperados

5.14. Considerando as informações e os dados coletados nesta auditoria, esperamos obter, com o cumprimento das recomendações propostas, os benefícios listados a seguir, que contribuirão, em última análise, para a melhoria do desempenho do ICCN. Alguns desses benefícios poderão ser medidos, na ocasião do monitoramento, por meio dos indicadores apresentados no item 4:

- a) Melhoria na coleta, tratamento e análise dos dados referentes ao uso do Incentivo.
- b) Melhoria na identificação do universo de possíveis beneficiários.
- c) Disseminação de boas práticas adotadas por diferentes estados e municípios.
- d) Melhoria na alocação dos recursos repassados, a título de convênio, aos estados e Centros colaboradores.
- e) Melhoria na alocação de recursos direcionados à administração do ICCN.
- f) Reforço nas ações de acompanhamento, supervisão, orientação e controle do ICCN.



5.15. O principal benefício esperado é o aumento do número de crianças recuperadas nutricionalmente.

5.16. Quantitativamente, verificamos que os municípios de Candeias/BA, Caxias/MA, Feira de Santana/BA, Fortaleza/CE, Igarassu/PE, Jaboatão dos Guararapes/PE e Salvador/BA deixaram de aplicar cerca de R\$ 4,5 milhões repassados pelo Ministério da Saúde. Esses recursos seriam suficientes para atender cerca de 25.000 crianças de 6 a 23 meses durante um ano. A correção dessa falha pelos municípios e a identificação, pelo Ministério da Saúde, com o auxílio dos estados, de situação semelhante em outros municípios poderá contribuir para o aumento da eficiência e efetividade do ICCN.



6. COMENTÁRIOS DO GESTOR

6.1. De acordo com o estabelecido no item 2.3.3.5 do Manual de Auditoria de Natureza Operacional, foi encaminhada cópia do relatório preliminar de auditoria à Secretaria de Políticas de Saúde – SPS, à Coordenação da Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde – ATAN/MS e às coordenações do ICCN no Distrito Federal e nos estados visitados, a fim de colher suas opiniões e comentários. Todos os responsáveis enviaram os comentários solicitados.

6.2. A coordenação do ICCN no Maranhão registrou seu agradecimento pelo “trabalho enriquecedor” e pela “excelente contribuição” ao desempenho das atividades relativas ao ICCN, bem como ressaltou a pertinência de diversas propostas de recomendação e determinação formuladas pela equipe de auditoria.

6.3. A Coordenação da Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Ceará parabenizou o Tribunal “pelo excelente trabalho realizado”, registrou sua anuência às “recomendações propostas e principalmente com os indicadores de desempenho sugeridos”.

6.4. O Grupo Técnico de Alimentação e Nutrição da Bahia registra que o trabalho oferece oportuno diagnóstico do ICCN e que as recomendações propostas imprimirão agilidade e eficácia aos mecanismos de acompanhamento e controle do Incentivo. Adicionalmente, menciona adoção de algumas medidas de aperfeiçoamento na gestão do ICCN no estado.

6.5. A Coordenação do ICCN no Distrito Federal considerou o relatório preliminar um documento minucioso, que contribuiu para otimizar o desempenho do Incentivo, e sugeriu que as equipes de PSF e PACS passem a contar com uma nutricionista, por considerar que nos locais onde essas profissionais acham-se presentes o desempenho do ICCN é melhor.

6.6. A equipe de auditoria chegou a examinar a proposta de fazer constar uma nutricionista nas equipes de PACS e PSF, porém concluiu que a ação deve ser previamente estudada pelo Ministério da Saúde.

6.7. A Área Técnica de Alimentação e Nutrição de Pernambuco informou que:

- a) implantou a versão preliminar do SICCN em 8 das 10 diretorias regionais de saúde do estado e que aguarda a conclusão do processo de sistematização do sistema pela ATAN/MS;
- b) realizou 43 supervisões com aplicação dos questionários de avaliação do ICCN e reunião com 49 municípios.

6.7.1. A informação mencionada no subitem 6.7.a supra corrobora o relato da equipe de auditoria de que os estados estão despendendo recursos e esforços para a implantação de um sistema que ainda está em fase de finalização. Entendemos que esses esforços deveriam ser despendidos em uma fase posterior, após o término e teste do SICCN.

6.7.2. Os documentos relativos às supervisões informadas pela ATAN/PE (subitem 6.7.b) não foram disponibilizados para a equipe de auditoria. Em razão disso, esses argumentos não foram incorporados ao relatório de auditoria.

6.8. A Secretaria de Políticas de Saúde apresentou objeção a algumas considerações do relatório preliminar, que não foram suficientes para alterar o entendimento da equipe de auditoria:



6.8.1. Comentário da SPS: subitem 1.2 deste relatório – “onde se lê 580.000 beneficiários, leia-se 870.000 beneficiários.”

6.8.1.1. Análise: o trabalho de auditoria restringiu-se aos beneficiários entre 6 e 23 meses que, segundo informação da ATAN/MS, totalizam 580.000. Os 290.000 beneficiários restantes são gestantes, idosos e crianças entre 24 e 59 meses, que deveriam ser atendidos com a parte flexível do Incentivo.

6.8.2. Comentário da SPS: subitem 7.1.I.a deste relatório – “quando são identificados municípios que não estão aplicando os recursos, são solicitadas supervisões estaduais com as recomendações de adequação imediata ao estabelecido no Plano de Combate às Carências Nutricionais, conforme a Portaria GM/MS 709/99. Quando o município não apresenta resposta adequada em trinta dias, verificada em nova supervisão, a questão é encaminhada pela Área Técnica para auditoria do Ministério da Saúde. De posse do relatório de auditoria são adotadas as medidas pertinentes.”

6.8.2.1. Análise: o objetivo da proposta de recomendação é que o Ministério da Saúde adote providências específicas para identificar, efetivamente, os municípios que não vêm aplicando os recursos do ICCN nas ações de alimentação e nutrição. A proposta foi feita ante a constatação, pela equipe, de que dos vinte e três municípios visitados, seis deles não estavam aplicando os recursos da forma esperada. Nesse sentido, concluiu que a situação deve estar ocorrendo em diversos municípios habilitados no ICCN. Assim, embora a equipe tenha constatado que o Ministério da Saúde envida esforços para adotar as medidas pertinentes quando identifica a não aplicação de recursos, há que se planejar ações direcionadas para que essa situação seja prontamente identificada.

6.8.3. Comentário da SPS: subitem 7.1.II.a deste relatório – “o relatório semestral de gestão do ICCN foi instituído em julho de 1999 abordando os itens citados. A partir do momento da implantação do SICCN (Sistema de Gerenciamento de Informações do ICCN) nos municípios, não haverá necessidade de elaboração dos relatórios semestrais por parte dos mesmos.”

6.8.3.1. Análise: considerando que o SICCN ainda não foi implantado, mantemos parcialmente a recomendação proposta, suprimindo a forma pela qual as informações serão encaminhadas à ATAN/MS.

6.8.4. Comentário da SPS: subitem 7.1.III.c deste relatório – A SPS informou que o módulo municipal do SICCN encontra-se concluído e que o exportador de dados para os módulos estadual e federal está sendo desenvolvido pelo Datasus.

6.8.4.1. Análise: a manifestação da Secretaria de Políticas de Saúde confirma a constatação da equipe de auditoria, ou seja, há necessidade de que o Datasus agilize a conclusão do SICCN, razão pela qual estamos mantendo a proposta de recomendação.

6.8.5. Comentário da SPS: subitem 3.4.27 deste relatório – A SPS registrou que a distribuição de cópia da versão preliminar do SICCN teve o propósito de fazer com que a Coordenação Estadual tivesse contato com o sistema e avaliasse sua capacidade de implantar o programa informatizado no estado. Informou, ainda, que a estratégia de implantação passa necessariamente pelo envolvimento das coordenações estaduais e dos centros colaboradores das diversas regiões e que, por essa razão, realizou reuniões com os coordenadores estaduais.



6.8.5.1. Análise: considerando as informações coletadas nos estados de Pernambuco, onde o Sistema foi implantado em 8 das 10 diretorias regionais de saúde, e da Bahia, entendemos que a orientação repassada pela ATAN/MS está sendo compreendida de forma diversa. Esses estados estão preocupados em implantar o sistema nas regionais de saúde, muito embora acreditem que tal medida deveria ser adotada somente após a conclusão do Sistema. Dessa forma, consideramos importante a manutenção do comentário da equipe e da proposta de recomendação correspondente (subitem 7.1.III.c).

6.8.6. Comentário da SPS: subitem 3.5.22 deste relatório – “as visitas por parte do nível federal aos municípios são feitas em conjunto com as secretarias estaduais e têm objetivos definidos: padronização de procedimentos, treinamento/capacitação para aplicação de instrumentos de avaliação, conhecimento da realidade municipal, convalidação de trabalhos e outros que permitam aos técnicos federais condições de analisar os pleitos recebidos pelo nível central.”

6.8.6.1. Análise: embora a equipe de auditoria entenda a importância dos técnicos da ATAN/MS conhecerem a realidade dos municípios atendidos pelo Incentivo, mantemos a afirmativa de que a supervisão do ICCN, realizada pelos estados, necessita ser intensificada. Para tanto, as secretarias estaduais de saúde precisam ser dotadas de condições mínimas para o cumprimento das ações de acompanhamento, supervisão e controle. Da mesma forma, entendemos que não cabe aos técnicos da ATAN/MS fiscalizar os municípios. Entretanto, dado o volume de recursos financeiros e ações sob a sua responsabilidade, mantemos a afirmativa de que a estrutura da ATAN/MS não é adequada.

6.8.7. Comentário da SPS: subitem 3.6.35.b deste relatório – “o SICCN, que cobrará informações mensais, contemplará este item.”

6.8.7.1. Análise: considerando que o SICCN não está concluído, somos pela manutenção da proposta, com vistas ao acompanhamento da efetiva implementação da recomendação.

6.8.8. Comentário da SPS: A Secretaria de Políticas de Saúde registrou que a ATAN/MS sentiu falta de comentários a respeito dos mecanismos/instrumentos de avaliação do ICCN já existentes, tais como: banco de dados dos relatórios semestrais, instrumento de supervisão aos municípios e amostras estaduais elaboradas pela equipe da Área Técnica de Alimentação e Nutrição para que os estados fizessem a supervisão.

6.8.8.1. Análise: no decorrer do trabalho de auditoria, a equipe valeu-se de muitos dados fornecidos pela equipe da ATAN/MS, no entanto, não nos foi possível, considerando o período previsto para a entrega do relatório final, a avaliação dos instrumentos citados pelo gestor, vez que os estados envolvidos ainda não haviam enviado as respostas solicitadas. Assim, conforme constante no documento “ICCN – Mecanismos de avaliação e resultados parciais de impacto”, o relatório conclusivo da avaliação por amostragem realizadas pelos estados estava previsto para o dia 30/11/2000, ou seja, em data posterior ao término dos trabalhos de campo. No entanto, entendemos que a avaliação desses instrumentos instituídos pela ATAN/MS é necessária, razão pela qual propomos que seja determinado à ATAN/MS o envio da versão final desse documento ao Tribunal (subitem 7.1.VI.a).

6.8.9. Comentário da SPS: em dois momentos, a SPS menciona que “a Área Técnica de Alimentação e Nutrição é integrante da Secretaria de Políticas de Saúde e é a responsável direta pelo gerenciamento do ICCN.”, provavelmente, em razão da equipe de auditoria ter proposto recomendações distintas à SPS e à ATAN/MS.



6.8.9.1. Análise: a equipe de auditoria entende que algumas das recomendações propostas extrapolam a competência da Área Técnica de Alimentação e Nutrição/MS, razão pela qual recomendou a adoção de tais medidas à Secretaria de Políticas de Saúde, à qual a ATAN/MS acha-se subordinada. Nos casos onde o poder normativo da Área Técnica é suficiente para implementar as medidas necessárias à melhoria do ICCN, as recomendações foram dirigidas à essa Área Técnica. Assim, somos pela manutenção de recomendações à SPS e à ATAN/MS, conforme apresentadas inicialmente.



7. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

7.1. Diante do exposto, e visando contribuir para a melhoria do desempenho do ICCN, submetemos este relatório à consideração superior, com as seguintes propostas:

- I) recomendar ao Ministério da Saúde que:
 - a) identifique os municípios que não aplicam os recursos do ICCN nas ações de alimentação e nutrição e adote as providências aplicáveis ao caso;
 - b) promova treinamentos para gestores do SUS, visando, principalmente, obter seu envolvimento e comprometimento com as atuais diretrizes da política de saúde, voltadas para ações de alimentação e nutrição, conforme artigos 17 e 18 da Lei n. 8.080/90;
 - c) adote providências para que o Datasus conclua, no prazo acordado com a ATAN, o Sistema de Gerenciamento de Informações do ICCN - SICCIN, de modo a permitir sua implantação em todos os municípios que aderiram ao Incentivo;

- II) recomendar à Secretaria de Políticas de Saúde que:
 - a) institua o acompanhamento, no nível municipal, das seguintes informações: aplicação dos recursos repassados, inclusive de contrapartida, se houver; supervisões e treinamentos realizados; e indicadores de desempenho definidos pela ATAN;
 - b) condicione a transferência de recursos à remessa das informações de que trata a alínea anterior à ATAN;
 - c) divulgue a Lei n. 8.080/90 aos estados e municípios, em especial, os artigos 17 e 18;
 - d) incentive o treinamento dos profissionais de saúde que atuam no Incentivo e dos agentes comunitários de saúde em assuntos específicos do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais;
 - e) oriente as secretarias estaduais de saúde para que:
 - e.1) cumpram o previsto no art. 17 da Lei n. 8.080/90, inciso IV, alínea “c”, no sentido de garantir a adequada alocação de recursos humanos e materiais ao ICCN, de forma a evitar situações que possam vir a comprometer as ações adotadas nas três esferas de governo, e também de maneira a permitir a realização de treinamentos, supervisões e demais ações gerenciais necessárias à consecução do Incentivo;
 - e.2) incentivem a criação, nas diretorias regionais de saúde, de salas de situação, que contenham informações acerca dos indicadores de desempenho utilizados para avaliar o ICCN;

- III) recomendar à Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde que:
 - a) desenvolva, com vistas a otimizar o monitoramento do desempenho do Incentivo, os seguintes indicadores de desempenho, que deverão ser aferidos anualmente em diferentes bases geográficas: municipais, estaduais, regionais e nacional, quando aplicável:



- a.1) custo do leite;
- a.2) custo do óleo de soja;
- a.3) custo do ICCN, por beneficiário de 6 a 23 meses;
- a.4) tempo médio entre a identificação de uma criança desnutrida e sua inclusão no ICCN;
- a.5) número de beneficiários que abandonam o ICCN / número de beneficiários inscritos no ICCN;
- a.6) quantidade de leite distribuído / quantidade de leite adquirido;
- a.7) tempo médio de recuperação nutricional do beneficiário;
- a.8) percentual de municípios participantes do ICCN, submetidos a supervisão;
- a.9) percentual de estados submetidos a supervisão;
- a.10) percentual de pessoas envolvidas com o ICCN, que receberam treinamento;
- a.11) percentual de municípios que realizam controle de qualidade do leite;
- a.12) percentual de crianças recuperadas;
- a.13) percentual de crianças que apresentam curva de peso crescente;
- a.14) quantidade de trabalhos desenvolvidos pelos Centros colaboradores e utilizados pelo ICCN;
- a.15) percentual de crianças que atingiram o percentil 10;
- a.16) percentual de recursos do ICCN que são alocados aos municípios com maior incidência de carências nutricionais;
- b) estabeleça metas desafiadoras de recuperação nutricional para crianças de 6 a 23 meses de idades, após doze meses de inscrição no Incentivo;
- c) intensifique a comunicação com o Datasus no intuito de agilizar a conclusão do desenvolvimento do SICCEN;
- d) desenvolva cronograma de implantação do SICCEN em nível municipal, com o estabelecimento de metas;
- e) verifique, durante as supervisões, se estados e municípios vêm cumprindo o disposto na Portaria GM/MS n. 709/99, especialmente no que se refere aos critérios de desligamento;
- f) informe aos responsáveis estaduais, de forma detalhada, as possibilidades de uso dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, para a estruturação do ICCN;
- g) defina a estrutura mínima necessária para o desempenho das funções relacionadas ao ICCN, nas três esferas de governo, e estude as possibilidades de financiamento dessa estrutura;
- h) estabeleça metas para o alcance de estrutura mínima do ICCN nos estados;



- i) dissemine, nas esferas estadual e municipal, a padronização dos formulários utilizados pelo ICCN e os normativos referentes à correta pesagem dos beneficiários;
- j) desenvolva e distribua material educativo, voltado aos profissionais de saúde e à população, sobre: o ICCN, hábitos alimentares saudáveis e dietas regionais, incentivando a utilização de outros alimentos, que não apenas o leite;
- k) reforce, junto às coordenações estaduais, a necessidade de conscientizar os responsáveis pelas ações de alimentação e nutrição da importância de aproveitar todas as visitas dos responsáveis pelos beneficiários às unidades de saúde para disseminar orientações acerca de bons hábitos alimentares e da correta dispensação do leite e do óleo de soja;
- l) verifique a conveniência de renovar os convênios com os Centros colaboradores e, em caso afirmativo, estabeleça metas a serem cumpridas no período de vigência do instrumento de convênio;
- m) acompanhe a tempestividade na alimentação dos sistemas informatizados de saúde relacionados ao ICCN, aplicando as sanções previstas aos municípios e estados omissos;
- n) determine às áreas técnicas de alimentação e nutrição nos estados que:
 - n.1) elaborem plano anual de supervisão aos municípios, definindo escopo e frequência;
 - n.2) intensifiquem o treinamento na área de registro e análise de dados e de alimentação dos sistemas informatizados, com ênfase na conscientização dos funcionários da importância de se fazer um lançamento correto e do reflexo desse dado nas informações de alimentação e nutrição;
 - n.3) intensifiquem o treinamento na área de orientação alimentar, com ênfase na conscientização dos funcionários acerca do aspecto curativo do ICCN;
 - n.4) verifiquem, por ocasião das supervisões, se os funcionários treinados estão repassando os conhecimentos aos demais servidores;
 - n.5) promovam encontros periódicos com os coordenadores municipais do ICCN para avaliação do Incentivo, com análises por regiões e por municípios, divulgando conquistas, oportunidades de melhoria e dificuldades a serem transpostas;
 - n.6) intensifiquem, junto às secretarias municipais de saúde, a importância de repassar, aos responsáveis pelos beneficiários, as informações quanto ao uso adequado do óleo de soja;
 - n.7) orientem as secretarias municipais de saúde para que o leite e o óleo distribuídos pelo ICCN sejam identificados como sendo de venda proibida;
 - n.8) orientem os municípios para que exijam a análise da composição química do leite e do óleo rotineiramente;



- n.9) orientem os municípios para que a área responsável pelo ICCN emita parecer prévio quanto à adequação dos produtos aos critérios da Portaria GM/MS n. 1317/97;
 - n.10) disponibilizem banco de dados com os preços de leite e óleo de soja praticados em cada município;
 - n.11) orientem os municípios para que dotem as unidades de saúde dos equipamentos necessários à avaliação antropométricas dos beneficiários do ICCN, em especial, balanças pediátricas;
 - n.12) avaliem as boas práticas adotadas pelos municípios, a exemplo das listadas no subitem 3.7 do presente relatório, e promovam a divulgação dessas experiências como forma de garantir melhores níveis de desempenho do Incentivo;
 - n.13) orientem as coordenações municipais do ICCN quanto a necessidade de observância dos critérios de desligamento dos beneficiários previstos na Portaria GM/MS n. 709/99;
 - n.14) orientem as coordenações municipais do ICCN a intensificar as ações educativas às famílias dos beneficiários que não apresentam recuperação nutricional, por intermédio de assistentes sociais e nutricionistas;
 - n.15) orientem as coordenações municipais a incentivar o desenvolvimento de atividades que valorizem as experiências pessoais das mães, estimulando o compartilhamento de informações e formas de preparo de alimentos.
- IV) recomendar aos Presidentes de Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS que:
- a) distribuam cópia da Decisão que vier a ser adotada pelo Tribunal, bem como dos respectivos Relatório e do Voto, junto aos respectivos Secretários Municipais de Saúde e ressaltem a importância de:
 - a.1) garantir a adequada alocação de recursos humanos e materiais ao Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais;
 - a.2) garantir a correta e tempestiva alimentação dos sistemas de informação utilizados pelo ICCN;
 - a.3) estabelecer cronograma de distribuição do leite e do óleo de soja, quando a unidade de saúde possuir grande número de beneficiários cadastrados, para possibilitar a correta pesagem dos beneficiários e a adequada orientação aos responsáveis;
 - a.4) incentivar a realização de orientações aos responsáveis pelos beneficiários, por meio de palestras, apresentação de fitas de vídeo, discussões, distribuição de material impresso e desenvolvimento de dietas regionais;
 - a.5) recomendar o uso de prontuário individualizado pelas unidades de saúde;



- a.6) dotar as unidade de saúde dos equipamentos necessários à avaliação antropométrica dos beneficiários do ICCN, em especial, balanças pediátricas;
 - b) alertem os gestores municipais da necessidade de assumirem a execução dos serviços de alimentação e nutrição, conforme preconizado no art. 18, inciso IV, alínea “c”, da Lei n.º 8.080/90;
- V) determinar ao Ministério da Saúde que realize, por intermédio do Departamento Nacional de Auditoria do SUS, auditoria no repasse e na aplicação dos recursos do ICCN nos municípios de Candeias/BA, Caxias/MA (caso ainda não realizada a auditoria determinada pelo subitem 8.3 da Decisão n. 45/2000 - TCU - Plenário) e Salvador/BA, encaminhando a este Tribunal, no prazo de 120 dias, a contar da ciência desta determinação, os relatórios conclusivos sobre a situação verificada;
- VI) determinar à Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde que remeta ao Tribunal, no prazo de 60 dias:
- a) o relatório conclusivo sobre a avaliação por amostragem do ICCN, realizado junto aos estados no exercício de 2000;
 - b) o conjunto de metas correspondentes aos indicadores de desempenho recomendados, contemplando o prazo para seu atingimento, e cronograma de implementação das deliberações da presente Decisão, contendo atividades, prazo de implementação e nome do responsável;
- VII) encaminhar cópia da Decisão que vier a ser adotada pelo Tribunal, bem como do Relatório e do Voto que a fundamentarem, para os titulares dos seguintes órgãos e entidades:
- a) Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal;
 - b) Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados;
 - c) Ministério da Saúde;
 - d) Conselho Nacional de Saúde;
 - e) Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS;
 - f) Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS;
 - g) Conselhos Estaduais de Saúde;
 - h) Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – COSEMS;
 - i) Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/MS;
 - j) Coordenação Técnica de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde – ATAN/MS;
 - k) Coordenações das Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição nos estados da Bahia, Ceará, Maranhão, Pernambuco e Goiás;
 - l) Coordenação da Área Técnica de Alimentação e Nutrição no Distrito Federal;



m) Coordenações do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais nos municípios de Salvador/BA, Camaçari/BA, Candeias/BA, Feira de Santana/BA, Fortaleza/CE, Cascavel/CE, Caucaia/CE, Maracanaú/CE, Maranguape/CE, São Luís/MA, Arari/MA, Coroatá/MA, Recife/PE, Igarassu/PE, Jaboatão dos Guararapes/PE, Olinda/PE, Águas Lindas/GO e Formosa/GO;

VIII) transformar estes autos em **acompanhamento**, para que seja realizado o monitoramento da implementação das recomendações constantes dos subitens 7.1.I a 7.1.VII deste relatório, nos termos da proposta apresentada na Ata de Reunião do Grupo de Coordenação do Acordo de Cooperação TCU – Reino Unido, realizada em 04/12/2000.

Brasília, 27 de dezembro de 2000.

Carmen Pereira Rêgo Meireles
AFCE – Mat. 0840-0

Maria Lúcia Oliveira F. de Lima
AFCE – Mat. 3135-6

Mariana Priscila Maculan Sodré
AFCE – Matr. 4036-3

Maridel Piloto de Noronha
AFCE - Matr. 3455-0
Coordenadora

Mônica Cristina Karl Mascarenhas
AFCE - Matr. 3187-9
Consultora Técnica

Valdir Lavorato
AFCE - Matr. 2926-2