

Relatório do Ministro Relator

Trata-se do Relatório da Auditoria de Natureza Operacional realizada no Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN, de responsabilidade da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – Atan, integrante da estrutura da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, em cumprimento à Decisão 584/2000 – TCU – Plenário (Ata 29/2000 - fl. 1), que aprovou o Plano Especial de Auditoria de Natureza Operacional, no âmbito do 3º ano de implementação do Projeto de Cooperação Técnica firmado entre o TCU e o Reino Unido.

O ICCN é uma ação do Programa Alimentação Saudável do Ministério da Saúde, regulado pela Portaria GM/MS 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 intermédio de um conjunto de ações como a suplementação alimentar, efetivada com a distribuição de leite e óleo de soja, prevendo, adicionalmente, o atendimento a gestantes, idosos e crianças entre 24 e 59 meses, em risco nutricional. Atende cerca de 580.000 beneficiários, em 4.979 municípios, que estão inseridos na classe econômico-social mais carente.

O relatório de levantamento de auditoria fls. 7/81, correspondente à fase preliminar da verificação, aprovado conforme Despacho fl. 84, foi encaminhado aos gestores do ICCN (Secretário de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, Coordenadora da Área Técnica de Alimentação e Nutrição e aos responsáveis pelo ICCN nos estados visitados e no Distrito Federal), nos termos do Manual de Auditoria de Natureza Operacional, para colher suas sugestões e comentários quanto às recomendações a serem propostas e ao estabelecimento de metas para os indicadores de desempenho a serem adotados (fls. 94/100).

Em resposta, os responsáveis encaminharam os comentários solicitados (fls. 101/114), resumidos às fls. 87/93 com a análise da antiga 4ª Secex, com o trabalho atualmente atribuído à Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo – Sprog.

Referida análise foi incorporada ao Relatório final apresentado às fls. 115/226, abaixo transcrito:

1. " RESUMO

1.3. 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 nº 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.

1.4. O ICCN atende cerca de 580.000 beneficiários, em 4.979 municípios (1), que estão inseridos na classe econômico-social mais carente.

1.5. 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.

1.6. 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.

1.7. 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).

1.8. 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.

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.

1.9. 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.

1.10. 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/DFID (2) (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

VIDE TABELA NO DOCUMENTO ORIGINAL

2.2.1. Consultora técnica (3)

VIDE TABELA NO DOCUMENTO ORIGINAL

2.3. Período dos trabalhos

VIDE TABELA NO DOCUMENTO ORIGINAL

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 – PAB(5). 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;
- 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.

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

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 0.

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 0.

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

Rui Moreira de Oliveira - Ministério da Saúde

Sondoval 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

5. CONSTATAÇÕES

5.1. Introdução

5.1.1. 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.

5.1.2. 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.

5.1.3. 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.

5.1.4. 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.

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

Critérios para a identificação, inscrição e desligamento de beneficiários

5.2.1. 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.

5.2.2. 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.

5.2.3. A Portaria GM/MS nº 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.

5.2.4. 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.

5.2.5. 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 – P10 (7). 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.

5.2.6. 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.

5.2.7. 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 nº 2.409/98, revogada pela Portaria GM/MS nº 709/99. Outras localidades têm conhecimento do normativo em vigor, mas não o seguem, adotando critérios distintos dos preconizados pelo Ministério da Saúde.

5.2.8. 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.

5.2.9. 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) Coroa – 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.

5.2.10. 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 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.

5.2.11. 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.

5.2.12. 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 0/0 a seguir.

Uso da parte flexível do ICCN

5.2.13. 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 contato (8). 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;

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

5.2.14. 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.

5.2.15. 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

VIDE TABELA NO DOCUMENTO ORIGINAL

* 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.

5.2.16. 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.

5.2.17. 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 situações (9) e, enquanto a altura ainda não sofreu sérias modificações, a criança poderá ser tratada com melhores chances de recuperação (10).

5.2.18. 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 indivíduo deveria contar com: saneamento básico, ações básicas de saúde e suplementação nutricional (11).

5.2.19. 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 corretamente (12).

5.2.20. 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 nº 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

VIDE TABELA NO DOCUMENTO ORIGINAL

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

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

5.2.21. 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.

5.2.22. 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.

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

5.2.23. 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.

5.2.24. 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.

5.2.25. 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.

5.2.26. 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.

5.2.27. 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

5.2.28. 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.

5.2.29. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (13), 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.

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

Recomendações

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

- a) 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.
- b) 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.
- c) promover estudos técnicos para identificação de hábitos alimentares regionais e alternativas passíveis de serem incluídas na dieta dos beneficiários.

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

Critérios de alocação de recursos

5.3.1. A alocação de recursos para o ICCN é realizada de duas formas diferentes:

- a) 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);
- b) para a estruturação da área estadual de alimentação e nutrição, mediante a celebração de convênios com as secretarias estaduais de saúde e Centros colaboradores.

5.3.2. 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

VIDE TABELA NO DOCUMENTO ORIGINAL

Fonte: ATAN/MS

5.3.3. 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.

5.3.4. 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.

5.3.5. 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

VIDE TABELA NO DOCUMENTO ORIGINAL

Fonte: ATAN/MS e Siafi.

5.3.6. 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.

5.3.7. 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.

5.3.8. 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

5.3.9. 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

VIDE TABELA NO DOCUMENTO ORIGINAL

Fonte: ATAN/MS

5.3.10. Do exame dos termos de convênio assinados, do art. 9º da Portaria GM/MS nº 709/99, da Política Nacional de Alimentação e Nutrição e de questionário aplicado aos representantes dos Centros colaboradores (17), 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.

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

5.3.12. 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.

5.3.13. 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.

5.3.14. 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.

5.3.15. 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.

5.3.16. 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

5.3.17. A equipe foi informada pelos técnicos da ATAN/MS, que alguns fornecedores defendem, junto aos municípios, que o leite modificado (18) 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 organolépticas (19), 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.

5.3.18. 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 nº 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 nº 1.317-GM, de 15/09/1997, do Ministério da Saúde.

5.3.19. 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.

5.3.20. 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.

5.3.21. 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.

5.3.22. 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.

5.3.23. 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

VIDE GRÁFICO NO DOCUMENTO ORIGINAL

Fonte: Notas fiscais de compra.

5.3.24. 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

VIDE GRÁFICO NO DOCUMENTO ORIGINAL

Fonte: Notas fiscais de compra.

5.3.25. 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

VIDE GRÁFICO NO DOCUMENTO ORIGINAL

Fonte: Notas fiscais de compra.

5.3.26. 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.

5.3.27. 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.

5.3.28. 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

5.3.29. 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.

5.3.30. 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.

5.3.31. 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.

5.3.32. 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.

5.3.33. 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

5.3.34. Concluimos 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.

5.3.35. 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.

5.3.36. 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.

5.3.37. 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

5.3.38. 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 nº 1317/97.

i) disponibilizar banco de dados com os preços de leite e óleo de soja praticados em cada município.

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

Situação do acompanhamento nutricional

5.4.1. O anexo IV da Portaria GM/MS nº 709/99 estabelece orientações básicas para a recuperação nutricional de crianças de 6 a 23 meses de idade.

5.4.2. 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.'

5.4.3. 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.'

5.4.4. 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.

5.4.5. 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.

5.4.6. 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

5.4.7. 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.

5.4.8. 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).

5.4.9. 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.

5.4.10. 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

VIDE GRÁFICO NO DOCUMENTO ORIGINAL

n = 90 crianças

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

Fonte: Prontuários dos beneficiários.

5.4.11. 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.

5.4.12. 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.

5.4.13. 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.

5.4.14. 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 atendidos 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
VIDE TABELA NO DOCUMENTO ORIGINAL

Fonte: SIAB, análises preliminares realizadas pelo NUPENS/SP

5.4.15. 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

5.4.16. 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.

5.4.17. 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.

5.4.18. 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.

5.4.19. 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.

5.4.20. 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

5.4.21. 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 - SICCEN.

5.4.22. O SISVAN, instituído pela Portaria GM/MS nº 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.

5.4.23. 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.

5.4.24. 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.

5.4.25. A ATAN pretende contornar a dificuldade de obtenção de dados fidedignos sobre o ICCN com o desenvolvimento e a implantação do SICCEN, 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 SICCEN 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.

5.4.26. Os responsáveis pelo Incentivo na Bahia e em Pernambuco afirmaram que já receberam a versão do SICCEN para implantação. Porém, como o sistema ainda não está concluído,

esses responsáveis resistem a implantar o programa nos municípios, pois precisarão despende, no futuro, novos esforços para divulgar a versão definitiva.

5.4.27. 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.

5.4.28. 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.

5.4.29. 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

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

5.4.31. 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.

5.4.32. 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.

5.4.33. 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.

5.4.34. 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.

5.4.35. 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, IRA (20), pneumonia), que provocam a súbita perda de peso pela criança. Nesses casos, é comum a rápida recuperação após a cura do paciente.

Voto do Ministro Relator

Gostaria de externar ao Plenário desta Corte toda a minha satisfação em apreciar trabalho assim tão bem-elaborado e importante para a sociedade brasileira. Parabenizo, assim, publicamente, desde logo, a Seprog, pelo resultado da auditoria levada a efeito no âmbito do 3º ano de implementação do Projeto de Cooperação Técnica entre o TCU e o Reino Unido.

Inequívoco o grande alcance social do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN, de responsabilidade da Área Técnica de Alimentação e Nutrição – Atan, integrante da estrutura da Secretaria de Políticas de Saúde, do Ministério da Saúde, e as perspectivas que descortina para o futuro das crianças acompanhadas.

A realização da auditoria de natureza operacional reforça a tese de que a atuação do Tribunal deve ter caráter eminentemente preventivo - de alerta! - para que o governo não somente corrija procedimentos, colocando-os nos trilhos da eficiência, mas, principalmente, permita que as ações governamentais alcancem os objetivos originalmente pretendidos e exigidos pela sociedade. Essa, a meu ver, a atuação que dignifica o Tribunal de Contas da União e o insere na contextura superior das instituições que efetivamente promovem o progresso social e econômico da coletividade.

Como denota o relatório de auditoria, parcialmente transcrito, as propostas de encaminhamento da unidade técnica são coerentes com os fatos levantados. Penso, contudo, que se deveria aproveitar o ensejo do lançamento do Programa Bolsa Alimentação pelo Ministério da Saúde, para nele aproveitar os indicadores e as questões levantadas nesta auditoria, incluindo-o no escopo do acompanhamento proposto pela unidade técnica, devido à semelhante natureza de ambos os programas - Combate às Carências Nutricionais e Bolsa Alimentação - apesar das diferenças de faixa etária nas respectivas clientelas.

Assim, com essas considerações, VOTO por que o Tribunal adote a DECISÃO que ora submeto à apreciação deste Plenário.

Sala das Sessões, em 30 de maio de 2001.

Walton Alencar Rodrigues

Ministro-Relator

Decisão

O Tribunal Pleno, reunidos em sessão Plenária, diante das razões expostas pelo Relator, DECIDE:

8.1. recomendar ao Ministério da Saúde que:

8.1.1. identifique os municípios que não empregam os recursos do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais – ICCN nas ações de alimentação e nutrição e adote as providências aplicáveis ao caso;

8.1.2. 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 8.080/90; e

8.1.3. adote providências para que o Datasus conclua, no prazo acordado com a Atan, o Sistema de Gerenciamento de Informações do ICCN - SICCN, de modo a permitir sua implantação em todos os municípios que aderiram ao Incentivo;

8.2. recomendar à Secretaria de Políticas de Saúde que:

8.2.1. institua o acompanhamento, ao 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;

8.2.2. condicione a transferência de recursos à remessa das informações de que trata a alínea anterior à Atan;

8.2.3. divulgue a Lei 8.080/90 aos estados e municípios, em especial, os artigos 17 e 18;

8.2.4. incentive o treinamento dos profissionais de saúde que atuam no ICCN e dos agentes comunitários de saúde em assuntos específicos do Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais; e

8.2.5. oriente as secretarias estaduais de saúde para que:

a) cumpram o previsto no art. 17 da Lei 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

b) 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;

8.3. recomendar à Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde que:

8.3.1. 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) 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;
 - l) percentual de municípios que realizam controle de qualidade do leite;
 - m) percentual de crianças recuperadas;
 - n) percentual de crianças que apresentam curva de peso crescente;
 - o) quantidade de trabalhos desenvolvidos pelos Centros colaboradores e utilizados pelo ICCN;
 - p) percentual de crianças que atingiram o percentil 10; e
 - q) percentual de recursos do ICCN que são alocados aos municípios com maior incidência de carências nutricionais;
- 8.3.2. estabeleça metas desafiadoras de recuperação nutricional para crianças de 6 a 23 meses de idades, após doze meses de inscrição no Incentivo;
- 8.3.3. intensifique a comunicação com o Datasus no intuito de agilizar a conclusão do desenvolvimento do SICCEN;
- 8.3.4. desenvolva cronograma de implantação do SICCEN em nível municipal, com o estabelecimento de metas;
- 8.3.5. verifique, durante as supervisões, se estados e municípios vêm cumprindo o disposto na Portaria GM/MS 709/99, especialmente no que se refere aos critérios de desligamento;
- 8.3.6. informe aos responsáveis estaduais, de forma detalhada, as possibilidades de uso dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde, para a estruturação do ICCN;
- 8.3.7. 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;
- 8.3.8. estabeleça metas para o alcance de estrutura mínima do ICCN nos estados;
- 8.3.9. dissemine, nas esferas estadual e municipal, a padronização dos formulários utilizados pelo ICCN e os normativos referentes à correta pesagem dos beneficiários;

8.3.10. 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;

8.3.11. 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;

8.3.12. 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;

8.3.13. acompanhe a tempestividade na alimentação dos sistemas informatizados de saúde relacionados ao ICCN, aplicando as sanções previstas aos municípios e estados omissos; e

8.3.14. determine às áreas técnicas de alimentação e nutrição nos estados que:

a) elaborem plano anual de supervisão aos municípios, definindo escopo e frequência;

b) 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;

c) intensifiquem o treinamento na área de orientação alimentar, com ênfase na conscientização dos funcionários acerca do aspecto curativo do ICCN;

d) verifiquem, por ocasião das supervisões, se os funcionários treinados estão repassando os conhecimentos aos demais servidores;

e) 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;

f) 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;

g) orientem as secretarias municipais de saúde para que o leite e o óleo distribuídos pelo ICCN sejam identificados como sendo de venda proibida;

h) orientem os municípios para que exijam a análise da composição química do leite e do óleo rotineiramente;

i) orientem os municípios para que a área responsável pelo ICCN emita parecer prévio quanto à adequação dos produtos aos critérios da Portaria GM/MS 1317/97;

j) disponibilizem banco de dados com os preços de leite e óleo de soja praticados em cada município;

k) orientem os municípios para que dotem as unidades de saúde dos equipamentos necessários à avaliação antropométricas dos beneficiários do ICCN, em especial, balanças pediátricas;

l) 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;

m) orientem as coordenações municipais do ICCN quanto à necessidade de observância dos critérios de desligamento dos beneficiários previstos na Portaria GM/MS 709/99;

n) 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; e

o) 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;

8.4. recomendar aos Presidentes de Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – Cosems que:

8.4.1. distribuam cópia desta Decisão, bem como dos respectivos Relatório e Voto, aos respectivos Secretários Municipais de Saúde e ressaltem a importância de:

a) garantir a adequada alocação de recursos humanos e materiais ao Incentivo ao Combate às Carências Nutricionais;

b) garantir a correta e tempestiva alimentação dos sistemas de informação utilizados pelo ICCN;

c) 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;

d) 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;

e) recomendar o uso de prontuário individualizado pelas unidades de saúde; e

f) dotar as unidades de saúde dos equipamentos necessários à avaliação antropométrica dos beneficiários do ICCN, em especial, balanças pediátricas;

8.4.2. 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 8.080/90;

8.5. 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 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;

8.6. determinar à Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde que remeta ao Tribunal, no prazo de 60 dias:

8.6.1. o relatório conclusivo sobre a avaliação por amostragem do ICCN, realizado junto aos estados no exercício de 2000;

8.6.2. 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;

8.7. encaminhar cópia desta Decisão, bem como do Relatório e do Voto que a fundamentam, para os titulares dos seguintes órgãos e entidades:

8.7.1. Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal;

8.7.2. Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados;

8.7.3. Ministério da Saúde;

8.7.4. Conselho Nacional de Saúde;

8.7.5. Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – Conass;

8.7.6. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems;

8.7.7. Conselhos Estaduais de Saúde;

8.7.8. Conselhos de Secretários Municipais de Saúde – Cosems;

8.7.9. Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/MS;

8.7.10. Coordenação Técnica de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde – Atan/MS;

8.7.11. Coordenações das Áreas Técnicas de Alimentação e Nutrição nos Estados da Bahia, Ceará, Maranhão, Pernambuco e Goiás;

8.7.12. Coordenação da Área Técnica de Alimentação e Nutrição no Distrito Federal;

8.7.13. 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;

8.8. autorizar a conversão destes autos em acompanhamento e encaminhá-los à Seprog para o monitoramento da implementação dessas recomendações exaradas pelo Tribunal;

8.9. incluir no monitoramento acima referido o Programa Bolsa Alimentação, lançado pelo Ministério da Saúde, aproveitando os indicadores e as questões levantadas quanto ao Incentivo de Combate às Carências Nutricionais; e

8.10. autorizar a inclusão da presente auditoria na Publicação Auditorias do TCU.

Quorum

Ministros presentes: Humberto Guimarães Souto (Presidente), Valmir Campelo, Adylson Motta, Walton Alencar Rodrigues (Relator), Ubiratan Aguiar e os Ministros-Substitutos José Antonio Barreto de Macedo, Lincoln Magalhães da Rocha e Benjamin Zymler.

Sessão

T.C.U., Sala de Sessões, em 30 de maio de 2001