

# Avaliação de contexto do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em municípios de Minas Gerais

## *Contextual assessment of the National Vitamin A Supplementation Program in the municipalities of Minas Gerais*

Wanessa Debôrtoli de Miranda<sup>1</sup> , Rose Ferraz Carmo<sup>2</sup> , Eliete Albano de Azevedo Guimarães<sup>3</sup> , Daniela Souzalima Campos<sup>4</sup> , Zélia Maria Profeta da Luz<sup>5</sup> 

<sup>1</sup>Departamento de Gestão em Saúde, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>2</sup>Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais, Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>3</sup>Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de São João Del Rei (UFSJ), Itabira (MG), Brasil.

<sup>4</sup>Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG), Belo Horizonte (MG), Brasil.

<sup>5</sup>Instituto de Pesquisas René Rachou, Fiocruz Minas, Belo Horizonte (MG), Brasil.

**Como citar:** Miranda WD, Carmo RF, Guimarães EAA, Campos DS, Luz ZMP. Avaliação de contexto do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em municípios de Minas Gerais. Cad Saúde Colet, 2024;32(4):e32040563. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202432040563>

### Resumo

**Introdução:** a deficiência de vitamina A é uma das carências nutricionais que mais afetam menores de cinco anos em países em desenvolvimento. Apesar de importante problema no cenário nutricional brasileiro, ainda há poucos estudos sobre a avaliação das ações para sua prevenção. **Objetivo:** avaliar o contexto de implantação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em municípios de Minas Gerais. **Método:** estudo qualitativo em municípios que apresentaram diferentes graus de implantação do Programa, identificados em um estudo prévio. Foram visitadas 10 Unidades Básicas de Saúde e entrevistadas 42 pessoas, dentre elas gestores, profissionais e usuários. Para análise dos depoimentos, utilizou-se Análise de Conteúdo. **Resultados:** Ações de apoio ao aleitamento materno, atuação dos agentes comunitários de saúde e a dinâmica da atenção primária são potencialidades do Programa. Limitações de acesso e implantação de ações educativas foram importantes fragilidades. **Conclusão:** É necessário planejamento de estratégias que minimizem prejuízos causados ao usuário em razão do acesso insatisfatório ao serviço e que estimulem investimentos em educação permanente, em especial sobre educação alimentar e nutricional.

**Palavras-chave:** avaliação em saúde; vitamina A; educação alimentar e nutricional; pesquisa qualitativa; saúde pública.

### Abstract

**Background:** Vitamin A deficiency is one of the nutritional deficiencies that most affect children under five years of age in developing countries. Despite the important problem in the Brazilian nutritional scenario, there are still some studies on the evaluation of actions for its prevention. **Objective:** To evaluate the context of implementation of the National Vitamin A Supplementation Program in municipalities in Minas Gerais. **Method:** Qualitative study in associations with different degrees of implementation of the Program, identified in a previous study. 10 Basic Health Units were visited and 42 people were interviewed, including managers, professionals, and users. For the analysis of the testimonies, Content Analysis was used. **Results:** Actions to support breastfeeding, the performance of competent health agents, and the dynamics of primary care are potentialities of the Program. Limitations on access and implementation of educational actions were important weaknesses. **Conclusion:** It is necessary to plan strategies that



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: Wanessa Debôrtoli de Miranda. E-mail: wanessa.debortoli@hotmail.com

Fonte de financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

Conflito de interesses: Não há conflitos de interesse

Recebido em: Nov. 20, 2020. Aprovado em: Mar. 12, 2022

minimize losses to the user's access to the service and investments in permanent education, especially on food and nutrition education.

**Keywords:** health assessment; vitamin A; food and nutrition education; qualitative research; public health.

## INTRODUÇÃO

Em países em desenvolvimento, a deficiência de vitamina A (DVA) constitui uma das carências nutricionais que mais afetam o estado de saúde de grupos biologicamente vulneráveis, especialmente menores de cinco anos. Esta deficiência é a causa mais importante de cegueira entre crianças, contribuindo, significativamente, para a morbidade e mortalidade por infecções comuns na infância<sup>1</sup>.

Desde a década de 1980, o Ministério da Saúde (MS) vem desenvolvendo, no País, ações para controlar a DVA entre o público infantil. Em 2005, foi criado o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNSVA) que regulamenta a prática de suplementação e ações de educação alimentar e nutricional (EAN) para a prevenção da DVA<sup>2</sup>. A partir de 2012, o Programa foi expandido para todo o território, integrando a Ação Brasil Carinhoso, constante no Programa Brasil sem Miséria<sup>3</sup>.

Apesar de a DVA se constituir em um importante problema no cenário nutricional brasileiro, ainda há poucos estudos no País sobre a avaliação das ações para sua prevenção. Estudos<sup>4-10</sup> com metodologias e cenários de pesquisa específicos identificaram importantes fragilidades das ações de prevenção da DVA, como falta de regularidade na distribuição dos suplementos para os municípios<sup>4,7</sup>; baixas coberturas<sup>4,5,7</sup>; recurso humano insuficiente<sup>5</sup>; desconhecimento da população sobre o Programa e a vitamina A (VA)<sup>7,9</sup>; falta ou insuficiência de capacitações e o desconhecimento da periodicidade de aplicação do suplemento, e preenchimento incorreto do instrumento de registro pelos profissionais de saúde<sup>7</sup>; percepção dos profissionais focada na suplementação em detrimento de outras ações pertinentes ao Programa; processo de trabalho fragmentado nas equipes de saúde<sup>8</sup>, e pouca valorização da EAN no contexto do PNSVA<sup>6</sup>.

Com o objetivo de contribuir com o debate e fornecer subsídios para a gestão de ações para a prevenção da DVA, durante os anos de 2015 a 2019, os Autores desenvolveram no Instituto de Pesquisa René Rachou – Fiocruz Minas uma pesquisa avaliativa para qualificar a implantação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em municípios do estado de Minas Gerais. Para isto, foi utilizada a combinação entre as abordagens quantitativa e qualitativa.

No presente artigo, estão apresentados os resultados alcançados por meio da etapa qualitativa, com o objetivo de avaliar o contexto de implantação do PNSVA em municípios mineiros que apresentaram diferenças em relação ao grau de implantação do Programa.

## MÉTODO

A avaliação do contexto de implantação do PNSVA em municípios mineiros teve como referência a abordagem qualitativa que se volta para o significado e a intencionalidade das ações nos contextos das estruturas sociais<sup>11</sup>.

Os municípios foram selecionados a partir de um estudo prévio<sup>12</sup>, etapa quantitativa, que teve por objetivo avaliar o grau de implantação (GI) do PNSVA em municípios de Minas Gerais. A seleção dos municípios considerou o interesse da respectiva gestão pelo Programa, na Secretaria de Estado de Saúde do estado.

O GI do Programa foi avaliado em 62 municípios por meio de questionários elaborados durante um Estudo de Avaliabilidade<sup>10</sup>. A classificação do GI do Programa, em cada município, foi feita a partir de escores, cujo cálculo levou em conta a pontuação obtida pelo município para indicadores das dimensões de estrutura (ambiente físico, insumos, materiais e recursos humanos) e de processo (triagem do público-alvo, registro, análise e aplicação das informações, prática de suplementação das crianças, estocagem dos suplementos e ações de EAN)<sup>12</sup>.

Para compreender o contexto de implantação do PNSVA, foram selecionados três municípios com o maior, o menor e o valor mediano do GI do Programa. Para identificação dos municípios, utilizou-se a letra “A” para aquele que apresentou o maior GI, a letra “B” para aquele com o valor mediano, e a letra “C” para aquele com o GI mais baixo.

O GI e o porte populacional em cada município estão apresentados na Tabela 1. Os municípios pertenciam a diferentes Gerências Regionais de Saúde (GRS).

**Tabela 1.** Grau de implantação e porte populacional dos municípios participantes

| Municípios | Grau de implantação | Porte populacional |
|------------|---------------------|--------------------|
| A          | 95,2                | 4.988              |
| B          | 74,5                | 20.835             |
| C          | 56,5                | 65.463             |

O ponto de partida para definição dos participantes foi a vinculação com o problema a ser investigado de forma a abranger a totalidade do objeto de estudo. Nesse sentido, foram selecionados o secretário municipal de saúde (SMS), a referência técnica (RT) do Programa, profissionais enfermeiros e nutricionistas da Atenção Primária à Saúde (APS) e responsáveis por crianças menores de cinco anos de idade contempladas pelo Programa.

O instrumento de coleta de informações utilizado foi a entrevista semiestruturada. As entrevistas seguiram um roteiro previamente elaborado que abordou a compreensão dos entrevistados sobre a VA, incluindo sua deficiência e aspectos organizacionais/operacionais do PNSVA municipal, como o planejamento, a execução, as dificuldades e facilidades para a suplementação da vitamina, e as ações de educação alimentar e nutricional.

Durante os encontros, também foram coletadas informações sociodemográficas em relação a idade, sexo, escolaridade, profissão e envolvimento com o Programa (SMS, RT do Programa, profissional de saúde, responsável pelo beneficiado), e, no caso de gestores e profissionais, tempo que atuava na função.

O critério de saturação<sup>13</sup> foi utilizado para definir o número adequado de entrevistas envolvendo os responsáveis pelas crianças beneficiadas pelo Programa e profissionais enfermeiros dos municípios de médio (município B) e grande porte (município C). No município de pequeno porte (município A), como havia um pequeno número de enfermeiros, todos foram entrevistados.

Aspectos referentes à organização do PNSVA foram levantados durante visitas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e à farmácia do Sistema Único de Saúde (SUS) nos municípios e sistematizados com a ajuda de um roteiro. Com o objetivo de apreender diferentes realidades, naqueles municípios de médio (município B) e grande porte (município C), em que seria inviável visitar todas as unidades, foi selecionada, por sorteio, ao menos uma UBS situada na zona rural, na periferia e na região central da zona urbana do município.

Os depoimentos foram gravados em áudio, transcritos e tratados pela Análise de Conteúdo, modalidade temática<sup>14</sup>. A definição das categorias de análise ocorreu a partir dos resultados (categorias emergentes dos resultados). A análise dos dados se deu para cada município e por tipo de entrevistado, sendo, então, confrontados entre si.

O projeto de avaliação do PNSVA, no estado de Minas Gerais, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto René Rachou, Fiocruz Minas (CAAE: 57957316.6.0000.5091). Em cada município, foi apresentado um termo de anuência aos SMS e, aos participantes, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), sendo o anonimato garantido por meio do uso de códigos para a identificação dos entrevistados.

## RESULTADOS

Foram visitadas 10 Unidades Básicas de Saúde e entrevistadas 42 pessoas, 9 (21%) do sexo masculino e 33 (79%) do sexo feminino, sendo 11 no município A, 14 no município B e

17 no município C. Em relação ao envolvimento com o PNSVA, 13 (31%) eram enfermeiros, 2 (5%) nutricionistas, 3 (7%) RT do Programa, 3 (7%) SMS e 21 (50%) responsáveis por crianças beneficiadas pelo Programa. Todas as RT e SMS apresentavam Ensino Superior completo. Todas as responsáveis pelas crianças beneficiadas eram mulheres, duas avós e 19 mães. Dentre as responsáveis pelas crianças, 7 (33%) tinham Ensino Fundamental completo, 5 (24%) Ensino Médio completo, 4 (19%) Ensino Superior completo, 2 (10%) Curso Técnico, 2 (10%) Ensino Médio incompleto e uma (4%) Ensino Fundamental incompleto.

Em relação ao tempo de atuação no Programa, no município A, a RT havia assumido a função há uma semana; no município B, o tempo de atuação foi de 1 ano e 5 meses, e, no município C, foi de 4 meses. A média de tempo de atuação dos profissionais da APS foi de 6 anos e 7 meses, 3 anos e 5 anos e 3 meses, nos municípios A, B e C, respectivamente.

A partir da análise de conteúdo e das observações feitas em campo, foi possível identificar três categorias e respectivas dimensões comuns aos três municípios com diferentes GI: Acesso, Educação Alimentar e Nutricional, e Potencialidades da APS (Quadro 1).

**Quadro 1.** Categorias temáticas sobre o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A nos municípios estudados

| Categorias                                  | Dimensões                                |
|---------------------------------------------|------------------------------------------|
| Acesso                                      | - Dimensão geográfica                    |
|                                             | - Dimensão estrutural                    |
|                                             | - Dimensão informacional                 |
| Educação Alimentar e Nutricional            | - Responsabilidade do nutricionista      |
|                                             | - Desafio de implementação               |
|                                             | - Apoio à amamentação                    |
| Potencialidades da Atenção Primária à Saúde | - Atuação do Agente Comunitário de Saúde |
|                                             | - Dinâmica da Atenção Primária à Saúde   |

**Acesso**

Nesta categoria, foi possível apreender, nos depoimentos, que o acesso esteve relacionado a três dimensões: 1) geográfica, 2) estrutural e 3) informacional.

Mesmo com portes populacionais diferentes, nos três municípios, a extensão geográfica impunha limites ao acesso dos usuários às unidades de saúde, em especial pela grande extensão territorial da zona rural e pela ausência de transporte público. Esta fragilidade impactava na prática de suplementação das crianças e, especialmente, nas ações de EAN realizadas em grupos.

*A gente tem um problema aqui no nosso município, ele é muito extenso para conseguirmos atender todas as crianças [...] tem UBS que está a 260 Km da sede do município. Não é brincadeira! Então, para você conseguir colocar o Programa efetivamente para funcionar, colocar para que todas as crianças tenham acesso, não é fácil [...] muitas vezes a própria população tem dificuldade em acessar os postos de saúde (RT, município C)*

Em relação à dimensão estrutural, a falta de acesso aos suplementos de megadose de VA, dos materiais de apoio e da estrutura física para a realização das ações de EAN foram relatados como importantes fragilidades do PNSVA.

Lacunas relacionadas à disponibilidade de suplementos foram relatadas por entrevistados/as dos três municípios, no entanto, nos municípios A e B, esta falta foi apresentada como uma situação esporádica, coincidindo com o período em que a distribuição pelo Estado estava, de fato, em atraso. No município C, município com o GI mais baixo, porém, a falta de suplementos foi identificada como uma situação corriqueira, indicando falhas no controle de estoque dos

suplementos nas UBS e na solicitação sob responsabilidade do setor farmacêutico deste município, apontando fragmentação do trabalho realizado na APS.

Os profissionais dos municípios relataram que, no serviço, faltavam materiais de apoio para a realização das ações de EAN, como cartazes, cartilhas e panfletos. As mulheres responsáveis pelas crianças beneficiadas também relataram falta de divulgação do Programa por meio de cartazes. Durante as visitas às UBS, apenas em uma delas, situada no município B, foi observado um cartaz para divulgação do Programa. As visitas permitiram observar, também, que muitas UBS não foram construídas para desempenhar este papel, funcionando em casas alugadas que carecem de espaço físico adequado, comprometendo assim a realização de ações educativas em grupos.

A dimensão informacional esteve relacionada, de maneira geral, a todos os atores sociais entrevistados e, ainda que, com especificidades, apontou para a importância de se repensarem as “formas de se comunicar” sobre a VA e as questões que a permeiam.

A carência de acesso à informação foi marcante tanto na fala dos profissionais quanto na fala das mulheres responsáveis pelas crianças, independentemente do GI do município. Muitos destes desconheciam as funções da VA no organismo e a importância da suplementação para a prevenção de agravos à saúde. As mulheres responsáveis pelas crianças, em sua maioria, afirmaram não ter recebido informações por parte dos profissionais e, ainda, muitos profissionais não tinham informações adequadas sobre a operacionalização do PNSVA.

*Na realidade, quando a gente chega no serviço, a gente vê que não tem um... como que eu vou falar? Um direcionamento, alguma orientação em relação ao Programa. Eu vejo que o Programa fica meio escondido. Assim, é obscuro! Até para a população. (Enfermeira 1, município B)*

A falta de conhecimento das responsáveis pelas crianças foi reconhecida pelos profissionais, assim como a responsabilidade destes em relação à educação em saúde no contexto da APS. Porém, a falta de informação dos próprios profissionais é percebida, por eles, como um importante fator limitante para estas ações educativas.

*[...] muitas vezes, a mãe chega e nem sabe o que a gente tá fazendo, o porquê que tá fazendo a suplementação. Elas pensam que é só mais uma vacina. Eu acho que falta uma abordagem maior, trabalhar mais o Programa, explicar mais o benefício [...] a responsabilidade, no caso, é da gente da Atenção Primária mesmo. De educar mais. Mas, como vou falar de algo que também não fui capacitada?! (Enfermeira 3, município B)*

A fragilidade no acesso à informação por parte das mulheres responsáveis pelas crianças ficou evidenciada neste estudo, também, pela dificuldade que muitas tiveram para expressar a sua opinião sobre a vitamina e o Programa.

Apesar do pouco conhecimento sobre a suplementação, estas mulheres valorizaram esta prática. As falas revelaram que este valor esteve associado aos benefícios que estas mulheres acreditam que a vitamina ofereça para a saúde das crianças.

*[...] sei pouco da vitamina A, que é boa pra visão, pro crescimento, desenvolvimento da criança, e previne algumas deficiências, né? Eu não me lembro qual, mas é importante. (Responsável 2, município A).*

Em todos os municípios, os profissionais da APS apontaram para ausência ou fragilidades nas capacitações sobre o Programa. Em relação às RT, aquela do município B, município com GI intermediário, alegou ter recebido capacitações sobre o Programa pela GRS ao longo dos anos que atua nesta função. No município A, município com maior GI, a RT recém-contratada recebeu capacitação da RT anterior assim que assumiu o cargo. Já no município C, aquele com o menor GI, a RT, que está no cargo há quatro meses, não foi capacitada e relatou não ter recebido qualquer previsão para capacitação.

Foi possível identificar, no município B, que a falta de informação sobre a operacionalização do Programa levava os profissionais da APS a adotarem condutas diferentes, gerando conflitos entre eles, provocando tensões nas relações de trabalho e conflitos para os usuários.

*Às vezes, eu faço uma ação, aí a outra equipe faz de forma diferente. Um exemplo: eu não faço suplementação (de VA) com o uso do poli vitamínico. Mas aí, a outra equipe faz a suplementação mesmo quando a criança faz uso do poli vitamínico. O paciente tem aquele hábito de querer tudo que é fornecido de graça. Então, aí, ele sai daqui “ah, ela não faz, então eu vou na outra Unidade que vai fazer”. (Enfermeira 2, Município B)*

## Educação alimentar e nutricional

Nesta categoria, foram identificadas as seguintes dimensões: responsabilidade do nutricionista, desafio de implementação e apoio à amamentação. Foi comum, entre os profissionais entrevistados, a percepção de que as ações de EAN são de responsabilidade do profissional nutricionista. No município C, com o menor GI, a ausência de ações de EAN contemplando a alimentação saudável, com consumo adequado de alimentos fontes de VA, foi justificada pela ausência do nutricionista na APS. Nos municípios A e B, as ações de EAN para as crianças aconteciam, sob responsabilidade do nutricionista, por meio do Programa Saúde na Escola (PSE).

A EAN foi percebida pelos profissionais, SMS e RT, como um grande desafio na APS devido às dificuldades de acesso, como citado acima, e, ainda, devido a baixa adesão e baixa condição socioeconômica dos usuários destes municípios. Para estes entrevistados, trabalhar com ações de EAN, no contexto da pobreza, que limita o acesso ao alimento, além de difícil, pode ser ofensivo e constrangedor.

*A área que eu trabalho tem uma limitação, nós estamos falando de pessoas extremamente pobres, de pobreza extrema, em que boa parte sobrevive devido ao Bolsa Família. Estamos falando de pessoas que só conseguem comprar macarrão e arroz porque é mais barato e rende mais. Às vezes falar de alimentação saudável: verduras, legumes e tal, chega a ser ofensivo [...] A orientação é uma coisa, na prática a diferença é grande. Às vezes, a gente se sente até constrangido em fazer certas orientações. (Enfermeiro 4, município C)*

No que diz respeito à adesão às ações desenvolvidas no contexto do Programa, alguns entrevistados/as consideraram que os profissionais da APS, por meio de ações educativas, deveriam intervir para aumentar esta adesão. Outros, porém, não se reconheciam como corresponsáveis pela baixa adesão, culpabilizando os pais das crianças, qualificando-os como preguiçosos, irresponsáveis e desinteressados.

*Para dizer a verdade, (a baixa adesão) não é falta de informação, não. Eu acho que é preguiça mesmo. Falta de responsabilidade com os filhos. Acho que o serviço não pode fazer nada para aumentar a adesão. A gente tenta, tenta .... Tem locais que você vai, que você pode chamar que eles não vão, eles não querem buscar o conhecimento. Que é um grande problema da educação. Não adianta também só uma pessoa querer te ensinar se você não quiser, não tem como. Eu noto muito uma falta de interesse. (RT, município C)*

Os depoimentos revelaram, ainda, uma importante potencialidade no contexto da EAN, o apoio ao aleitamento materno. Os profissionais alegaram fazer parte da rotina do serviço apoiar a amamentação durante ações individuais e coletivas com as gestantes e durante as consultas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Os depoimentos das responsáveis pelas crianças entrevistadas confirmaram a existência desta prática.

*Nas consultas, eles (profissionais) falam da amamentação. A gente também teve grupo de gestante, lá eles explicaram sobre a amamentação, ensinaram outras coisas, sabe!? Como manusear, ensinou a tirar o leite, se precisasse, caso os seios ficassem muito cheios (...) ensinou bastante, teve capacitação. (Responsável 1, município B)*

## Potencialidades da Atenção Primária à Saúde

Os depoimentos permitiram identificar algumas potencialidades da APS que favoreciam a operacionalização das ações do PNSVA nos municípios. Dentre as dimensões identificadas, estão: atuação do Agente Comunitário de Saúde e dinâmica da APS.



A atuação do Agente Comunitário de Saúde (ACS) ganhou destaque na fala dos profissionais e das mulheres responsáveis pelas crianças por sua atuação nas buscas ativas para a suplementação da VA.

No município A, com maior GI, a atuação do ACS foi especialmente destacada, pois, além da busca ativa, eles eram responsáveis pela própria suplementação, realizada durante as visitas de rotina, para as crianças que encontravam-se no momento oportuno de suplementação, de acordo com o calendário do Programa. Essa forma de organização procurava superar a limitação da dimensão geográfica do acesso, importante no município devido à sua extensão territorial.

*Tem um agente de saúde que vem nas visitas domiciliares, que faz (a suplementação). Porque, aqui no posto, é por parte do agente de saúde. Ai, eles vão de casa em casa. Foi assim que a minha filha recebeu as duas doses que ela tomou até hoje: em casa, de 6 em 6 meses. (Responsável 2, município A)*

É importante destacar que a dinâmica e a forma de operar da APS representam uma potencialidade no que diz respeito ao Programa, tanto no componente referente à suplementação quanto no componente referente às ações de educação alimentar e nutricional. Em diversos relatos, essa potencialidade foi destacada, a exemplo da identificação do ACS como ator-chave do estímulo à amamentação, do acompanhamento das crianças a partir da caderneta de saúde da criança e da associação da prática de suplementação às ações de vacinação de rotina.

## DISCUSSÃO

A avaliação do contexto do PNSVA nesses municípios possibilitou identificar fatores que, na percepção dos entrevistados, atuam como facilitadores para a implantação da prática de suplementação da vitamina A e de ações de educação alimentar e nutricional. Foram identificados, também, fatores contextuais, como características demográficas e de organização do serviço de saúde, que dificultavam a implantação das atividades do PNSVA.

Como importante potencialidade do Programa, destaca-se a atuação dos ACS, personagens-chave na reorientação do modelo de saúde, tendo por base a APS. Esse/a profissional ocupa um papel importante para a consolidação do SUS, não apenas por facilitar o acesso da população às ações e aos serviços de saúde, mas especialmente por sua habilidade para construção de vínculos e articulação de redes sociais, aspectos fundamentais para a construção do cuidado em saúde, pautado nas necessidades da comunidade, mesmo diante do contexto de dificuldades<sup>15,16</sup>.

As vivências dos ACS com as famílias, no território, favorecem a formação de vínculo, acolhimento e respeito, e do sentir-se responsável pelas famílias. O bom encontro com o outro configura-se, portanto, como um importante potencializador da ação profissional e da vinculação com o território, capaz de promover uma implicação positiva com o trabalho e o território<sup>17</sup>.

Limitações na dimensão geográfica, devido ao extenso território e à ausência de transporte público nestes municípios, representam a primeira dificuldade de acesso do usuário ao cuidado em saúde na APS. Fatores geográficos, configurando-se em barreiras para utilização dos serviços de saúde, são citados em diversos estudos, destacando-se a distância da residência do usuário à UBS<sup>18-20</sup>.

A inconstância de acesso aos suplementos foi outra dificuldade relatada pelos entrevistados. De acordo com eles, entraves na gestão central em saúde – neste caso, na oferta dos suplementos pelo MS aos estados – levam a um efeito dominó, que culmina na inviabilidade ou restrição da prática de suplementação para o público-alvo, comprometendo a efetividade do PNSVA.

No Brasil, até 2001, a irregularidade na entrega dos suplementos aos municípios era recorrente, uma vez que estes eram obtidos por meio de doação de instituições internacionais e, por vezes, surgiam dificuldades na liberação do produto na alfândega. A partir daquele ano, os suplementos passaram a ser adquiridos da Fundação Oswaldo Cruz, visando melhorar a

gestão do Programa e garantir o provimento da vitamina<sup>4</sup>. Nos últimos anos, porém, diante de mudanças na forma de aquisição dos suplementos pelo MS, que passou a ser via processo licitatório, houve atrasos nos repasses das vitaminas aos Estados.

Naquele município que apresentou o GI mais baixo, a irregularidade de acesso aos suplementos era corriqueira, não podendo ser justificada pelas mudanças na forma de aquisição pelo MS, mas sim pela fragmentação do trabalho realizado pela APS. A fragmentação do processo de trabalho, no contexto do PNSVA, também foi relatada por Brito et al.<sup>8</sup>, que observaram uma lógica taylorista de divisão e organização das atividades.

A falta de acesso à informação pelos profissionais repercutiu negativamente na operacionalização do PNSVA, prejudicando o processo de comunicação, informação e educação voltado aos responsáveis pelas crianças. Esse fato é preocupante para a sustentabilidade do Programa, já que o desconhecimento não permite a apropriação dessas ações por parte da população, que não as vislumbra como um direito social e de saúde<sup>5</sup>. Ademais, mesmo que haja valorização da suplementação pelos responsáveis pelas crianças, resultado que corrobora com achados de estudo anterior<sup>9</sup>, a falta de informação pode prejudicar a adesão às ações do Programa.

Como proposta para superar a dificuldade de acesso à informação, o MS criou o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no SUS<sup>21</sup>. Esse Programa tem por objetivo, a partir da realidade local e da análise coletiva dos processos de trabalho, estimular, acompanhar e fortalecer a qualificação dos profissionais da saúde, para a transformação de suas práticas em direção ao atendimento dos princípios fundamentais do SUS<sup>21</sup>.

Ao relatarem dificuldades de acesso a materiais de apoio para a EAN, tanto os profissionais quanto os responsáveis pelas crianças citaram apenas materiais informativos. Apesar de sua importância, a transmissão de informações não contempla a complexidade da educação em saúde, sendo esta mais ampla, considerando uma comunicação pautada na construção partilhada de saberes e a valorização do conhecimento, da cultura e do patrimônio alimentar<sup>22</sup>.

Dificuldades estruturais nas UBS, encontradas neste estudo, também foram relatadas por Milanez et al.<sup>23</sup> e colaboraram para o improviso de ações e práticas de saúde no campo da gestão, sem planejamento prévio. Para os autores, a oferta de uma estrutura física de qualidade é condição básica para a efetividade do trabalho na APS, e negligenciar este aspecto implica em cooperar para a insatisfação dos profissionais e desconsiderar a importância do seu trabalho.

A ausência ou o número insuficiente do profissional nutricionista, profissional com formação específica na área, no contexto da APS, são reconhecidos, por outras investigações, como importantes fatores que comprometem a efetividade das ações no campo da alimentação e nutrição<sup>24,25</sup>.

A identificação da baixa condição socioeconômica dos usuários como limitante para a EAN aponta para o despreparo dos profissionais diante de situações complexas, as quais exigem mais do que condutas prescritivas. Essa realidade exige ações de educação contextualizadas, com valorização e escuta da população e, ainda, o desenvolvimento e/ou fortalecimento de estratégias de articulação do PNSVA com outros programas de segurança alimentar e nutricional, como o Programa de Aquisição de Alimentos, o Programa Nacional de Alimentação Escolar e o Programa Bolsa Família, no intuito de promover o acesso e o consumo de alimentos-fonte de VA<sup>5</sup>.

A superação das lacunas encontradas no contexto do PNSVA perpassa pelas potencialidades da APS. O vínculo, o acolhimento e o reconhecimento dos territórios de vida das pessoas podem contribuir para abordagens mais dialógicas, problematizadoras e menos prescritivas no que se refere a capacitações, divulgação de informações e educação em saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apontar limitações e potencialidades do PNSVA nos municípios investigados, este estudo apresenta elementos importantes para guiar a tomada de decisão na atenção primária à saúde em relação à prática de suplementação e às ações de educação alimentar e nutricional.



Os achados apontam que as ações de apoio ao aleitamento materno, a atuação dos ACS e a dinâmica da APS para ações de cuidado à população infantil devem ser valorizadas e fortalecidas.

Em contrapartida, as limitações no contexto do Programa apontam para a necessidade do planejamento de estratégias que minimizem os prejuízos causados ao usuário em razão do acesso insatisfatório ao serviço devido às dificuldades geográficas, e que estimulem os investimentos em educação permanente em saúde, abordando a operacionalização da prática de suplementação e, especialmente, a educação alimentar e nutricional, e a inclusão do profissional nutricionista na APS.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

WDM: conceituação, análise formal, obtenção de financiamento, investigação, metodologia, validação, visualização, escrita – primeira redação, escrita – revisão e edição. RFC: análise formal, metodologia, validação, visualização, escrita – revisão e edição. EAAG: conceituação, análise formal, obtenção de financiamento, investigação, metodologia, validação, visualização, escrita – revisão e edição. DSC: metodologia, validação, visualização, escrita – revisão e edição. ZMPL: conceituação, análise formal, obtenção de financiamento, administração do projeto, investigação, metodologia, validação, visualização, escrita – revisão e edição.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Vitamin A deficiency [Internet]. 2016 [citado 2017 Maio 28]. Disponível em: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/vitamin-a-deficiency#:~:text=Deficiency%20of%20vitamin%20A%20is%20associated%20with%20significant,It%20also%20diminishes%20the%20ability%20to%20fight%20infections..>
2. Ministério da Saúde (BR). PORTARIA Nº 729/GM Em 13 de maio de 2005: Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [citado 2017 Dez 05]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0729\\_13\\_05\\_2005.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt0729_13_05_2005.html).
3. Ministério da Saúde (BR). Nota técnica nº 135/2016: Encerramento da suplementação de puérperas com megadoses de vitamina A no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2016 [citado 2017 Dez 05]. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/OC\\_172016\\_encerramento\\_suplementacao\\_vitamina\\_a.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/OC_172016_encerramento_suplementacao_vitamina_a.pdf).
4. Martins MC, Santos LMP, Santos SMC, Araújo MPN, Lima AMP, Santana LAA. Avaliação de políticas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002.3 – O Programa Nacional de Controle de Vitamina A. *Cad Saude Publica*. 2007;23(9):2081-93. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000900016>. PMID:17700943.
5. Almeida ER, Carvalho AT, Nilson EAF, Coutinho JG, Ubarana JA. Avaliação participativa do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em um município da Região Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2010;26(5):949-60. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2010000500017>. PMID:20563395.
6. Rodrigues LPF, Roncada MJ. A educação nutricional nos programas oficiais de prevenção da deficiência da vitamina A no Brasil. *Rev Nutr*. 2010;23(2):297-305. <http://doi.org/10.1590/S1415-52732010000200012>.
7. Paiva AA, Cagliari MPP, Queiroz D, Souto RA, Brito VRS, França ISX. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Estado da Paraíba: uma análise a partir do relato de profissionais da Equipe de Saúde da Família. *Epidemiol Serv Saude*. 2011;20(3):373-83. <http://doi.org/10.5123/S1679-49742011000300012>.
8. Brito VRS, Vasconcelos MGL, Diniz AS, França ISX, Pedraza DF, Peixoto JBS, et al. Health professionals' perception of the Brazilian program to combat vitamin a deficiency. *Rev Bras Prom Saude*. 2016;29(1):93-9. <http://doi.org/10.5020/18061230.2016.p93>.
9. Marques ECS, Teixeira RA, Paes SR. The National Vitamin A Supplementation Program: practices and social representations of mothers in the municipality of Vale do Jequitinhonha. *Demetra*. 2017;12(4):1165-83. <http://doi.org/10.12957/demetra.2017.28065>.
10. Miranda WD, Guimarães EAA, Campos DS, Antero LS, Beltão NRM, Luz ZMP. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e182. <http://doi.org/10.26633/RPSP.2018.182>. PMID:31093210.

11. Minayo MCS. Introdução. In: Minayo MCS, Assis SG, Souza ER., editores. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010. p. 19-51.
12. Miranda WD. Avaliação da implantação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em municípios do Estado de Minas Gerais [tese]. Belo Horizonte: Instituto René Rachou Fiocruz Minas; 2019.
13. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad Saude Publica. 2008;24(1):17-27. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2008000100003>. PMID:18209831.
14. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
15. Alencar OM, Silva MRF, Pereira TM, Marinho MNASB. Conocimiento y prácticas de los agentes de salud comunitarios en el contexto de la promoción de la salud: una revisión integradora. Enferm. Glob. 2020;19(59):626-57.
16. Guanaes-Lorenzi C, Pinheiro RL. Is the value of Community Healthcare Agents in Brazil's Family Health Strategy receiving full recognition? Cien Saude Colet. 2016;21(8):2537-46. <http://doi.org/10.1590/1413-81232015218.19572015>. PMID:27557026.
17. Bezerra YRN, Feitosa MZS. A afetividade do agente comunitário de saúde no território: um estudo com os mapas afetivos. Cien Saude Colet. 2018;23(3):813-22. <http://doi.org/10.1590/1413-81232018233.00292016>. PMID:29538562.
18. Oliveira LS, Almeida LGN, Oliveira MAS, Gil GB, Alcione Brasileiro Oliveira C, Medina MG, et al. Acessibilidade a atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. Cien Saude Colet. 2012;17(11):3047-56. <http://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100021>. PMID:23175311.
19. Lima SAV, Silva MRF, Carvalho EMF, Pessoa EAC, Brito ESV, Braga JPR. Elementos que influenciam o acesso à atenção primária na perspectiva dos profissionais e dos usuários de uma rede de serviços de saúde do Recife. Physis. 2015;25(2):635-56. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312015000200016>.
20. Viegas APB, Carmo RF, Luz ZMP. Fatores que influenciam o acesso aos serviços de saúde na visão de profissionais e usuários de uma unidade básica de referência. Saude Soc. 2015;24(1):100-12. <http://doi.org/10.1590/S0104-12902015000100008>.
21. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.194, de 28 de novembro de 2017. Dispõe sobre o Programa para o Fortalecimento das Práticas de Educação Permanente em Saúde no Sistema Único de Saúde - PRO EPS-SUS. 2017 [citado 2017 Nov 05]. Disponível em: <https://www.cosemsrn.org.br/wp-content/uploads/2017/12/ok-portaria3194.pdf>.
22. Ministério da Saúde (BR). Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. (Brasil). Secretaria Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional. Marco de Referência de Educação Alimentar e Nutricional para as Políticas Públicas. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [citado 2017 Nov 05]. Disponível em: [https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco\\_EAN.pdf](https://www.cfn.org.br/wp-content/uploads/2017/03/marco_EAN.pdf).
23. Milanez TCM, Soratto J, Ferraz F, Vitali MM, Tomasi CD, Sorato MT, et al. Satisfação e insatisfação na Estratégia Saúde da Família: potencialidades a serem exploradas, fragilidades a serem dirimidas. Cad Saude Colet. 2018;26(2):184-90. <http://doi.org/10.1590/1414-462x201800020246>.
24. Rigon SA, Schmidt ST, Bógus CM. Desafios da nutrição no Sistema Único de Saúde para construção da interface entre a saúde e a segurança alimentar e nutricional. Cad Saude Publica. 2016;32(3):e00164514. <http://doi.org/10.1590/0102-311X00164514>. PMID:27049315.
25. Ricardi LM, Sousa MF. Educação permanente em alimentação e nutrição na Estratégia Saúde da Família: encontros e desencontros em municípios brasileiros de grande porte. Cien Saude Colet. 2015;20(1):209-18. <http://doi.org/10.1590/1413-81232014201.20812013>. PMID:25650615.