

**FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN**

JACQUELINE FÉLIX FERNANDES DA SILVA

PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A:
uma avaliação do seu funcionamento em uma Unidade Básica de Saúde
da Família no Município de Mossoró/RN

MOSSORÓ

2011

JACQUELINE FÉLIX FERNANDES DA SILVA

PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A:
uma avaliação do seu funcionamento em uma Unidade Básica de Saúde da
Família no Município de Mossoró/RN

Monografia apresentada à Banca Examinadora da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró - FACENE/RN, como exigência para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. M. Sc. Jussara Vilar Formiga

MOSSORÓ

2011

JACQUELINE FÉLIX FERNANDES DA SILVA

PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A:

uma avaliação do seu funcionamento em uma Unidade Básica de Saúde da
Família no Município de Mossoró/RN

Monografia apresentada pela aluna Jacqueline Félix Fernandes da Silva,
do Curso de Bacharelado em Enfermagem da FACENE/RN, tendo obtido
conceito, _____, conforme a apreciação da Banca
Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. M. Sc. Jussara Vilar Formiga (FACENE-RN) (Orientadora)

Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins (FACENE-RN) (Membro)

Prof. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE-RN) (Membro)

Aos meus pais, José Félix e Leida Maria, por todo amor e carinho proporcionados durante toda minha vida, e por não medirem esforços para a realização desta conquista.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, José Félix e Leida Maria, responsáveis pela minha existência, adjutores do meu caráter e princípios, maiores incentivadores de toda a minha caminhada, e por todo o esforço que fizeram para que nada me faltasse. Amo vocês.

A meu irmão Jackson e minha cunhada Elba, por todo apoio e incentivo no decorrer dessa trajetória.

Aos meus padrinhos, Lúcia Félix e Assis Costa, por todo o carinho, apoio, incentivo, compreensão e assistência.

□ **minha surpreendente orientadora, Jussara Vilar**, por ter aceitado desenvolver este estudo comigo, por sua paciência, incentivo, compreensão, dedicação, carinho e amizade. Por dividir seus conhecimentos e pelo brilhantismo em suas valiosas orientações durante o desenvolvimento deste estudo.

A Sâmia, amiga e irmã, que a vida me deu de presente, companheira de todas as horas e da mesma caminhada, que esteve ao meu lado, dando-me apoio nos momentos mais difíceis desta trajetória e que também compartilhou de momentos especiais da minha vida.

Às amigas de faculdade, Aurice, Daiany e Samara, verdadeiras amigas, as quais me possibilitaram usufruir de bons momentos durante esta caminhada e que foram fundamentais para que eu pudesse chegar até aqui. Obrigada pela força, carinho e compreensão.

A todos os meus familiares e amigos, não mencionados, mas que acreditaram e me apoiaram para realização desta conquista.

□ **Prof.^a Joseline Pereira e à Prof.^a Patrícia Helena**, pela participação na minha Banca, e pelo enriquecimento do meu trabalho com suas sugestões.

Ao corpo Docente da FACENE/RN, pelos ensinamentos, cada um dos professores contribuiu de forma especial para minha formação profissional;

Aos funcionários da FACENE/RN, por toda ajuda e apoio durante esta trajetória.

Aos preceptores de estágio, pelos ensinamentos que levarei por toda a minha vida, em especial a **Christine Noronha**, profissional modelo a qual tenho verdadeira admiração.

Aos profissionais da UBS do CAIC Carnaubal, pela atenção e contribuição na minha pesquisa.



"QUANDO VEJO UMA CRIANÇA, ELA INSPIRA-ME DOIS SENTIMENTOS: TERNURA, PELO QUE É, E RESPEITO, PELO QUE PODE VIR A SER" Louis Pasteur

RESUMO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais de atenção primária em saúde. O Ministério da Saúde, a partir da implantação das ESFs, vem incentivando as ações de promoção da saúde e prevenção da desnutrição. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A, começou a formar-se quando se iniciou a distribuição de cápsulas para prevenção e controle da deficiência dessa vitamina em crianças de 0 a 59 meses de idade, tendo sido os Estado da Região Nordeste e os Vales do Jequitinhonha e Mucuri/MG escolhidos para a implementação desse Programa. Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde da Família (CAIC-CARNAUBAL), localizada à Rua Sousa Leão, s/n, Bairro Belo Horizonte, Mossoró/RN. O estudo teve como objetivo geral avaliar o funcionamento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A na concepção de mães responsáveis por crianças maiores de seis meses e menores de cinco anos, atendidas em uma UBSF no município de Mossoró/RN e como específicos: caracterizar a situação social das mães entrevistadas; averiguar o conhecimento das mães sobre o Programa; investigar como as mães avaliam o funcionamento do Programa e identificar os registros das doses de vitamina A, a partir dos apontamentos das Cadernetas de Saúde das Crianças apresentadas pelas mães. Os dados foram coletados nos meses de fevereiro e março do corrente ano levando em consideração a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisa envolvendo seres humanos, também o que rege o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, na Resolução 311/2007, garantindo o sigilo das informações coletadas, bem como anonimato da identidade dos sujeitos da pesquisa. Os resultados encontrados permitiram considerar nossa amostra caracterizada com 73% das mães casadas e com idade entre 15 e 35 anos, sendo 85% domésticas e 50% com estudo de 4 a 8 anos. Conseguimos ainda consolidar informações que comprovaram que a maioria das mães (83%) não tinha conhecimento acerca dos alimentos ricos em vitamina A, e ainda (90%) ignoram as doenças decorrentes da carência da vitamina. Outros dados de grande importância foram os que apontaram que 77% das mães não receberam informações sobre a existência do PNVITA e que 93% nunca participaram de atividades educativas cuja temática (Vitamina A) tenha sido abordada. A observação das anotações sobre as doses da suplementação administradas às crianças daquela área terminou por confirmar a nossa hipótese de que existiam limitações e dificuldades para a operacionalização do PNVITA nas ESF's. Diante das análises, concluímos que há uma necessidade urgente de serem desenvolvidas atividades educativas e ações preventivas sobre a nutrição infantil, envolvendo as mães do local de estudo, bem como uma melhor articulação entre serviço de saúde-família, para que isso, junto, possa melhorar as ações de promoção à saúde da criança, na tentativa de se evitar que danos ocorram, bem como trabalhar as soluções para os problemas aqui detectados e agravos já existentes.

Palavras-Chave: Programas Nutricionais. Vitamina A. Mães

ABSTRACT

The Family Health Strategy (FHS) is a major strategy for reorganizing services and reorientation of the professional practices of primary health care. The Ministry of Health, through the implementation of FHSs, is encouraging the actions of health promotion and prevention of malnutrition. The National Vitamin A Supplementation Program began to form when it began distribution of capsules for the prevention and control of vitamin A deficiency in children 0-59 months old, having been the northeast's states, the Jequitinhonha and Mucuri-MG valleys chosen to implement this program. This is an exploratory study based on a quantitative approach. The survey was conducted in the Basic Family Health Unit (CAIC-CARNAUBAL), located at Sousa Leão Street, Belo Horizonte district, Mossoró, RN. The study aimed to evaluate the functioning of the National Vitamin A Supplementation Program in the design of mothers caring for children older than six months and under five years old, assisted in a UBSF in Mossoró / RN and specific as to characterize the social situation of the mothers interviewed, investigate the mothers' knowledge about the program and to investigate how mothers evaluate the operation of the program and identify the records of the doses of vitamin A, from the notes of the Children's Health Logs delivered by mothers. Data were collected during February and March of this year considering the resolution 196/96 of the National Health Council which deals with research involving humans, also what governs the Code of Ethics of Professional Nursing, in Resolution 311 / 2007, ensuring the confidentiality of information collected, as well as anonymity of the identity of research subjects. The results allowed to consider our sample characterized with 73% of married mothers aged between 15 and 35 years old, 85% domestic and 50% with study of 4 to 8 years. We also consolidate information that showed that most mothers (83%) had no knowledge about the foods rich in vitamin A, and also (90%) ignore the diseases resulting from vitamin deficiency. Other important data were those that showed that 77% of mothers had not received information about the existence of PNVITA and 93% had never participated in educational activities whose subject matter (Vitamin A) has been addressed. The observation of the notes on the supplementation doses administered to children in that area eventually confirm our hypothesis that there were limitations and difficulties for the operation of the ESFs PNVITA. Given the analysis, we conclude that there is an urgent need to be developed educational activities and preventive actions on child nutrition, involving the mothers in the study site, as well as better links between family-health service, so that, together, can improve actions to promote child health, in an attempt to prevent damage from occurring, and work solutions to the problems identified here and existing diseases.

KEYWORDS: Nutritional Programs; Vitamin A; Mothers.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Caracterização da amostra segundo a idade	36
Gráfico2 - Caracterização da amostra segundo o estado civil	37
Gráfico3 - Caracterização da amostra segundo a escolaridade	37
Gráfico 4 - Caracterização da amostra segundo a ocupação	38
Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento das mães acerca da existência do PNVITA.....	39
Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento das mães acerca das doenças desencadeadas pela carência de Vitamina A	40
Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento das doenças que decorrem da carência de Vitamina A	41
Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento das mães sobre os alimentos ricos em Vitamina A.....	41
Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento das mães acerca de quais são os alimentos ricos em Vitamina A	42
Gráfico10 - Distribuição da amostra segundo recebimento de informações por parte dos profissionais de saúde do CAIC- CARNAUBAL a respeito do PNVITA	43
Gráfico11 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento acerca do recebimento de doses de Vitamina A no CAIC Carnaubal	44
Gráfico 12 - Distribuição da amostra quanto à participação em atividade educativa a respeito de suplementação de Vitamina A no CAIC CARNAUBAL....	45
Gráfico13 - Caracterização da amostra segundo a idade da criança.....	46
Gráfico14 - Distribuição da amostra segundo o registro de no mínimo uma dose de Vitamina A nas Cadernetas de Saúde da Criança de acordo com a faixa etária.....	47

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
3.1 DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL	15
3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA	19
3.2.1 Processos Históricos	19
3.2.2 Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)	21
3.2.3 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)	21
3.2.4 Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDIP)	22
3.2.5 Crescimento e Desenvolvimento (C e D)	22
3.2.6 Programa Nacional de Imunização (PNI)	23
3.3 MICRONUTRIENTES	24
3.3.1 Vitamina A	24
3.3.2 Hipovitaminose A	26
3.4 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A	27
3.4.1 Avaliação das áreas endêmicas para hipovitaminose A	28
3.4.2 Aspectos jurídicos	29
3.4.2.1 Portaria 2.160/94	29
3.4.2.2 Lei 710/99	29
3.4.2.3 Portaria nº 729/ 2005	30
3.4.3 Caderneta de Saúde da Criança como instrumento para o PNVITA	30
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	32
4.2 LOCAL DA PESQUISA	32
4.3 AMOSTRA	33
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS	33
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DOS DADOS	33
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	34
4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	35

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	36
5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	36
5.2 DADOS REFERENTES AO TEMA EM QUESTÃO.....	39
5.2.1 Dados referentes aos conhecimentos maternos sobre a Vitamina A e o PNVITA	39
5.2.2 Dados referentes ao funcionamento do PNVITA na UBSF	43
5.2.3 Dados referentes às doses de vitamina A apontadas nas Cadernetas de Saúde das Crianças	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 49	
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	57
ANEXO	66

1 INTRODUÇÃO

A saúde no Brasil passou por grandes mudanças ao longo dos tempos. Até o final do século passado, não existia nenhuma política de assistência à saúde da população. Muitos modelos surgiram, porém sem muita eficácia. Essa situação começou a mudar a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, quando mais de cinco mil populares iniciaram a luta pelos seus direitos, porém só em 1988, com a Constituição Federal Brasileira, foram concretizadas as propostas de mudanças, com a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS (FONTINELE JUNIOR, 2008).

Nessa sequência de mudanças positivas, o SUS foi regulamentado pelas leis nº 8.080, de 19 de setembro, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, objetivando modificações para a condição de desigualdade no que se refere à assistência à saúde pública, passando, então, a ser instalado um novo modelo de organização dos serviços de saúde, com ações de atenção básica que não partissem apenas para a assistência curativista e preventivista, visando a uma descentralização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, a promoção da qualidade de vida da população (BRASIL, 1990a; BRASIL 1990b).

Adequando-se a essas mudanças, também foi instituído o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, pela Lei nº 8.069, de 13 de julho, para garantir a proteção à vida e à saúde da criança e do adolescente, mediante a consolidação de políticas sociais públicas existentes. No Artigo 4º, o ECA garante a obrigação da família, da comunidade, da sociedade em assegurar a vida, saúde, alimentação, educação, esporte, lazer, profissionalização, cultura, dignidade, respeito, liberdade e principalmente convivência familiar (BRASIL, 2008b).

Numa sequência lógica, para garantir o direito à Saúde da Criança e do Adolescente, o Ministério da Saúde (MS) criou diversos programas para possibilitar uma assistência integral e eficaz à criança e ao adolescente. O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNVITA) é um deles, e define-se como a Estratégia que tem por meta a garantia das reservas corporais das puérperas, para assegurar um aporte de vitamina A ao RN, por

meio do leite materno, e ainda pela administração de vitamina A em doses de 100.000UI para as crianças que completarem 6 meses até 11 meses e 29 dias de idade, e doses de 200.000UI para as crianças que completarem 1 ano de idade até 59 meses e 29 dias, com intervalos de 6 em 6 meses entre essas doses (BRASIL, 2007a).

O PNVITA, ao longo da vida acadêmica, foi conhecido e exercitado na teoria da disciplina Enfermagem em Saúde da Criança, o que permitiu à pesquisadora participante compreender a importância da suplementação de vitamina A para as crianças menores de 5 anos. Partindo desse ponto, despertou-se em nós o interesse por obter conhecimentos acerca do funcionamento do PNVITA nas Equipes de Saúde da Família (ESF) e quais estratégias as mesmas dispunham para a cobertura desta suplementação na população assistida.

Também no decorrer do período acadêmico, porém agora vivenciando a realidade nas atividades práticas, não presenciamos a administração de vitamina A nos campos de estágio, mesmo nas salas de vacina, tendo em vista que o registro das doses encontra-se, assim como as vacinações, na Caderneta de Saúde da Criança.

Para a academia de Enfermagem e para os serviços de saúde, esta pesquisa tem sua relevância explícita nos compromissos assumidos diante dos cuidados às crianças em todos os âmbitos acima descritos.

Essa questão conduziu a presente pesquisa e induziu à formulação da seguinte hipótese: nas ESFs existem limitações e dificuldades para a operacionalização do PNVITA.

Dessa forma, encontra-se construído o seguinte problema de pesquisa: Será que as ESFs estão realizando de forma eficaz a administração de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade?

Diante dessa problemática enunciada, a seguir apresentamos os objetivos deste estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Avaliar o funcionamento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A na concepção de mães responsáveis por crianças menores de cinco anos, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da Família no Município de Mossoró/RN.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a situação social das mães entrevistadas;
- Averiguar o conhecimento das mães sobre o programa;
- Investigar como as mães avaliam o funcionamento do programa;
- Identificar os registros das doses de vitamina A, a partir dos apontamentos das Cadernetas de Saúde da Criança apresentadas pelas mães.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 DESENVOLVIMENTO DAS POLÍTICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Até o final do século passado, não se tinha no Brasil nenhuma política voltada especificamente para a atenção à saúde dos seus habitantes. O modelo assistencial de saúde baseava-se no campanhismo, ou seja, o sistema de saúde tinha como prioridade o controle em massa das doenças, através das campanhas sanitárias no combate de epidemias, com interesses meramente mercantis. Somente em 1923, o Governo Federal atuou de forma concreta na saúde, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública, desenvolvendo ações somente no campo coletivo (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

No mesmo ano, foi criado por meio da lei Elóy Chaves, o CAPs (Caixas de Aposentadorias e Pensões), atualmente conhecida como previdência social, que idealizava a organização da assistência médica para os trabalhadores de setores econômicos estratégicos. Organizadas por empresas, sustentadas e gerenciadas pelos patrões e empregados, essa assistência somente beneficiava os trabalhadores que contribuía financeiramente e assim tinham direito à assistência médica e futura aposentadoria. Na década seguinte, é criado o IAPs (Instituto de Aposentadorias e Pensões), tendo o Estado como contribuinte (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 2003).

Em 1966 o Ministério da Saúde (MS) uniu os IAPs e desenvolveu o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), órgão semelhante ao o anterior, porém responsável também pela assistência médica dos trabalhadores contribuintes e seus familiares. Somente no ano de 1977, através da lei nº. 6.439, foi criado o SINPAS (Sistema Nacional da Previdência Social), que tinha como responsável pela área médica o INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Nesse período a Medicina supletiva chega fortemente, para fazer parte do sistema público, em consequência da falta de infraestrutura dos serviços públicos, explicito no déficit de atendimento à uma gama de necessidades dos trabalhadores. Por

isso foram desenvolvidos, ainda nesse período, o PIASS (Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento) e a AIS (Ações Integradas de Saúde) para que uma parte da população não amparada pelo INPS/INAMPS pudesse receber atendimento e, com isso, obter uma redução nos índices de morbimortalidade no Brasil (ANDRADE, 2007, apud OHARA; SAITO, 2010).

O movimento pela Reforma Sanitária, surgido na década de 70, concentrou-se na substituição desse modelo assistencial vigente, em decorrência da indignação dos setores da sociedade diante o desastroso quadro no âmbito da saúde. Essa reforma tomou como base propor ideias para a reestruturação do sistema de saúde do Brasil. Com o fortalecimento da política e as vitórias significativas nas eleições parlamentares pela oposição, maior se tornava o movimento, tendo assim, como aliados, as lideranças políticas, sindicais e populares, todos unidos com o objetivo da reorganização do sistema de saúde. O primeiro passo desse movimento concretizou-se em 1979, no I Simpósio Nacional de Política de Saúde (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Dessa forma, a Reforma Sanitária desenvolveu um cenário de luta contra a ditadura militar, com o propósito de ampliar os direitos de cidadania para as classes desfavorecidas e a assistência à saúde. Assim, a Reforma Sanitária teve como ideia central a saúde como um direito do cidadão e dever do Estado, porém esse movimento só alcançou seus objetivos na 8ª Conferência Nacional de Saúde, com inúmeros representantes de vários segmentos da sociedade, para debater sobre um novo modelo de saúde no Brasil (BRASIL, 2008a).

Considerando as informações referidas por Fontinele Júnior (2008), a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi um marco nas discussões e reflexões acerca do conceito de saúde. Aqui, o Movimento Sanitário, concretizado na década de 80, direcionou os olhares para a necessidade de reestruturação do modelo assistencial de saúde já existente, enfatizando a promoção da saúde e a prevenção de doenças. O Relatório Final da conferência serviu de base para a tomada de novas decisões, as quais foram aprovadas pela Constituição Federal Brasileira de 1988, e trouxe influências para uma nova formulação das

políticas de saúde no Brasil. As questões de saúde estão descritas na seção II nos artigos 196 a 200.

Figueiredo (2003, p.64) nos descreve o artigo 196 da CF de 1988:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Dos artigos 197 a 200, outras responsabilidades também são atribuídas ao governo para definição das regras desse novo sistema de saúde. A junção das ações e serviços públicos, agora incorporados a uma rede regionalizada e hierarquizada, também são explícitas de forma clara e o desenvolvimento das ações das vigilâncias em saúde (vigilância sanitária, epidemiológica e ambiental), bem como a formação dos recursos humanos e a promoção do desenvolvimento científico e tecnológico, são aqui citados (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2008).

Em suma, o SUS, foi desenvolvido pela Constituição Federal de 1988, com objetivo de modificar o estado de desigualdade no que se refere à assistência à saúde da população, tendo como obrigatoriedade o atendimento público a qualquer cidadão, sem distinção de raça, cor ou posição social, e disponibilizando uma assistência de qualidade pertinente às necessidades da população (BRASIL, 1990a).

O SUS foi somente regulamentado em 1990, a partir da lei nº 8.080, de 19 de setembro, e estabeleceu as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, assim como a organização dos serviços, ou seja, uma tentativa de descentralização do sistema de saúde. Na lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, consta o direito da participação da comunidade na gerência do SUS, e ainda sobre as transferências de recursos financeiros para o setor da saúde, entre os governos (BRASIL 1990a; BRASIL 1990b).

Dando continuidade às conquistas do SUS, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado e implantado em 1991, pelo MS em sociedade com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, apresentou, como objetivo inicial, a diminuição da mortalidade materna e infantil nas regiões

Norte e Nordeste. Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é a ponte que liga a equipe de saúde e a população, diminuindo substancialmente os obstáculos de comunicação, ou seja, equipes multiprofissionais mais perto dos domicílios, das famílias e das comunidades, resultando em uma melhoria na assistência à saúde e maior organização do sistema (OHARA; SAITO, 2008).

Tendo como base o PACS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi instituída no Brasil em junho de 1991 pelo MS. Apenas em 1994, inicia-se a formação das primeiras Equipes Saúde da Família tornando mais ampla a atuação dos ACS. A ESF é tida, pelo MS, como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços e de reorientação das práticas profissionais nesse nível de assistência, tendo ainda como objetivo desenvolver reflexões e mudanças, tanto nos padrões de pensamentos como no comportamento dos profissionais e da população (FONTINELE JÚNIOR, 2008).

Em 2006, o MS, ao perceber que o SUS não estava apresentando mudanças significativas para a sua execução, mesmo com a criação do PACS e das ESF, firmou o Pacto pela Saúde, documentado em 22 de Fevereiro de 2006, na portaria Portaria/GM nº 399. Firmado entre os gestores do SUS, apresenta-se em três vertentes: o Pacto pela vida, o Pacto em defesa do SUS e o Pacto de Gestão, nos quais foram implantadas intervenções para que se obtenham mudanças relevantes no processo de implantação do SUS, entre as quais podemos enfatizar: a troca do atual processo de habilitação pela adesão solidária aos termos de compromisso de gestão; a regionalização solidária e cooperativa como forma estrutural do processo de descentralização do sistema de saúde; a junção das inúmeras formas de como os recursos federais são transferidos; e a união dos pactos existentes (BRASIL, 2006).

No mesmo documento, ainda está resumido um conjunto de reformas institucionais, que envolvem as três esferas de gestão do SUS, com o objetivo de promover novas formas nos processos e instrumentos de gestão. Uma das metas do pacto pela saúde é a redução da mortalidade infantil e materna, que objetiva a redução da mortalidade neonatal, redução de óbitos infantis por doença diarreica e por pneumonia.

3.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

3.2.1 Processos Históricos

Desde sempre se utilizou o passado para se justificar o presente. É preciso perceber a existência das relações e conexões nos diversos fatos históricos para compreendermos por que tais fenômenos estão intimamente associados às estruturas sociais das diferentes épocas e nações. Alguns deles se apresentam, hoje, na nossa atual conjuntura social, e se inserem nas práticas do sistema público de saúde no Brasil (LIMA, 1993).

Nesse contexto, realizando uma busca pela história, encontramos inicialmente a criança como objeto de desvalor. Registrado na Bíblia (um dos livros mais antigos pertencentes à humanidade), encontram-se relatos do tratamento hostil direcionado às crianças, desde o período anterior ao nascimento de Cristo.

18 Se um homem tiver um filho contumaz, e insolente, que não está pelo que seu pai e sua mãe lhe ordenam, e castigado recuar com desprezo obedecer-lhes: 19 pegarão nele, e o levarão aos anciãos daquela cidade, e à porta onde fazem os juízos, 20 e lhes dirão: este nosso filho é um rebelde contumaz, despreza ouvir a nossa admoestação, passa a vida em comezainas, e de soluções e banquetes: 21 o povo da cidade o apedrejará, e ele morrerá, para que assim tires o mal do meio de voz, e todo o Israel ouvindo-o tema (BÍBLIA, Deuteronômio, 21: 18-21).

No período da Idade Média, as crianças, após o nascimento, eram amamentadas e cuidadas pelas amas-de-leite, sem nenhuma supervisão dos pais. Destacava-se, assim, o alto nível de mortalidade infantil, o que se tornou alvo de preocupação para os líderes governamentais, pois se encontravam diante de um desfalque de homens no exército, que tinham como missão defender os países e a mão-de-obra para a produção de suprimentos e subsistência das populações. De fato, o que não podemos esconder é que a criança, no final do século XIII, deixa de ter pouca importância e passa a adquirir um grande valor mercantil (SANTANA, 2000).

A mesma autora, anteriormente citada, cita que, no Brasil, com a chegada dos portugueses, os jesuítas praticavam ações radicais, muito distantes da cultura indígena. No período que antecede a colonização, a expectativa de vida indígena era em torno de 120 anos, tendo um baixo índice de mortalidade infantil. Os colonizadores, ao chegarem, trouxeram várias doenças, destacando-se a varíola, que causou muitas mortes às crianças.

Os negros também passavam por adestramento, ao virem da África para trabalho escravo. Eram obrigados às mesmas atrocidades que os índios e essas atitudes arcaicas eram impostas para torná-los dóceis e úteis. Para os desobedientes e rebeldes, colocava-se em prática a promessa do inferno, o que os induzia a ideia de inferioridade; seus filhos eram dados de presentes aos filhos dos senhores para distraí-los, ou seja, serem seus brinquedos particulares (DEL'PIRE; VENÂNCIO, 2001).

No período de 1726, foram criadas no Brasil instituições de assistência à criança, as quais se mantinham vinculadas à Igreja. Essas instituições, denominadas “Roda dos expostos”, conferiam espaços que tinham como desígnio acolher crianças desamparadas anonimamente. As crianças eram colocadas num cilíndrico giratório. Esse equipamento era girado e do outro lado da parede as crianças ali colocadas eram recebidas por alguém, permanecendo na Casa da Roda por meses, sendo amamentadas por amas-de-leite, ou até serem recebidas por famílias substitutas, que na maioria das vezes, criavam os filhos de outros somente com a finalidade de transformá-los em mão-de-obra familiar fiel, reconhecida e gratuita, durante a juventude até fase adulta (MARCILIO, 1997 apud SIQUEIRA; DELL'AGLIO, 2006).

Caso essas crianças chegassem a completar 7 (sete) anos e não fossem acolhidas por alguma família, ficavam à disposição do juiz, que destinava os meninos à Marinha e as meninas a uma instituição denominada Recolhimento das Órfãs, até completarem 14 anos. Durante esse período, prestavam serviços gratuitos ao Estado em troca de teto e alimentação (SANTANA, 2000).

Somente no século XX, houve mudanças no processo de organização de assistência à infância no país. Após intervenção da ação normativa do Estado, os abandonados passaram a ser vistos e tratados de outra forma,

passando a ter o direito de serem reintegrados à sociedade. O Brasil (disjuncto de Portugal), de modo tímido, iniciou um caminho rumo à educação do povo por meio de escolas públicas e internatos, para instrução primária e profissional de crianças e adolescentes de classes populares (RIZZINI; RIZZINI, 2004).

3.2.2 Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)

O PAISC foi implantado pelo MS, em 1984, para qualificar a assistência à saúde infantil, objetivando a redução da mortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade. O Programa tem como estratégias um conjunto de ações ou medidas preventivas, realizadas para evitar o comprometimento da saúde da criança ou um déficit no crescimento e desenvolvimento dela. Nessas ações básicas, estão envolvidos: o aleitamento materno e orientações para o desmame; o controle de doenças diarreicas; a assistência e controle das Infecções Respiratórias agudas (IRA'S) e o controle de doenças preveníveis através da imunização, assim como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (C e D) (FIGUEIREDO, 2003).

3.2.3 Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)

Instituído na lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece os direitos fundamentais e determina as ações da política de atendimento por parte do governo e da sociedade. Seu Art. 4º descreve:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2008b, p.9).

O ECA foi um marco para a atenção à criança e ao adolescente no país, considerando-se a humanização dos procedimentos, a modernização das estratégias, uma maior alocação de recursos e a compreensão da infância e da

adolescência como momentos singulares no desenvolvimento desses sujeitos, bem como a proteção integral necessária à construção da cidadania (SANTANA, 2000).

O art. 7.º, do capítulo I do ECA, dispõe acerca do direito à vida e à saúde da criança e do adolescente, em que é garantida a proteção à vida e à saúde, mediante a concretização de políticas sociais públicas, permitindo que as crianças possam nascer e desenvolver-se de forma saudável e harmoniosa, em condições íntegras de existência (BRASIL, 2008b).

3.2.4 Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)

Após a implantação do PAISC, percebeu-se a necessidade de uma atenção voltada para as doenças predominantes na infância. Partindo desse ponto, o MS em conjunto com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), elaborou o AIDPI, com a proposta de um atendimento sistematizado, de forma que, se pudesse avaliar, classificar, e ainda estabelecer normas para guiar o tratamento de crianças com risco de morte. Esse programa trouxe como objetivo, ainda, a redução da morbidade e mortalidade na infância, juntando os principais fatores de doença na criança, instalando medidas de promoção e prevenção da saúde na rotina de atendimento destas e incentivou o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2003a).

A proposta do AIDPI de avaliar e classificar as crianças doentes incentivou um atendimento mais holístico, de modo que os sinais de doença não passassem despercebidos sem a possibilidade que a doença causadora dos sintomas ganhasse maior proporção (BRASIL, 2003b).

3.2.5 Crescimento e Desenvolvimento (C e D)

A partir de 1984, o MS adotou mais uma estratégia na atenção à saúde da criança, priorizando cinco ações básicas de saúde, cuja eficácia já comprovada, objetivou uma melhor elaboração da resolução dos serviços de saúde, sendo elas: promoção do aleitamento materno, acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das IRA's. Essas ações, segundo esse programa, deveriam ser parte essencial da atenção a ser concedida em toda a rede básica de serviços de saúde (BRASIL, 2002a).

Nos últimos tempos, houve um aumento no interesse do desenvolvimento da criança de forma integral em todo o mundo. Frente a esse fato, obteve-se como resultado o aumento constante da sobrevivência infantil e o reconhecimento de que a prevenção de problemas ou patologias presentes, nesse período, exercia resultados duradouros na construção do ser humano (BRASIL, 2001).

Ainda segundo a mesma fonte acima citada, o desenvolvimento das publicações de manuais de atenção básica à criança, referentes ao C e D, foi, em sua maioria, estabelecido pela monitorização do crescimento, embora já acatasse a seriedade da vigilância do desenvolvimento, apresentado num roteiro contendo uma ficha com marcos essenciais para este acompanhamento e, ainda um instrumento mentor para a descoberta de atrasos ou suspeita de problemas do desenvolvimento. Posteriormente alguns desses marcos foram incluídos na Caderneta de Saúde da Criança.

3.2.6 Programa Nacional de Imunização (PNI)

O PNI foi criado em setembro de 1973, institucionalizado pela Lei nº 6.259, de 30/10/1975, regulamentada pelo Decreto Nº 78.231, de 12/08/1976. O objetivo desse programa é contribuir para o controle e erradicação das doenças imunopreveníveis. O desenvolvimento do PNI é guiado por normas técnicas para uso e abastecimento de imunobiológicos e é destinado aos estados, municípios, e ainda participação na produção (RIBEIRO, 2008).

O PNI atualmente é reconhecido como uma das ações mais bem sucedidas do Brasil. É resultante do trabalho em conjunto das três esferas de governo e da sociedade brasileira. No total, o Programa apresenta alta cobertura vacinal e disponibiliza milhões de doses de imunobiológicos, com bons índices de segurança, porém não livres de ascender eventos adversos (BRASIL, 2008c).

Num período anterior, a utilização dos imunobiológicos era empregada apenas no controle de doenças específicas, tais como a varíola ou a febre amarela. Com a criação do Programa, a vacinação foi introduzida na rotina dos serviços de saúde e, atualmente na nossa região, contamos com um rico calendário básico de vacina, o que promove imunidade específica às crianças que as recebem (RIBEIRO, 2010).

3.3 MICRONUTRIENTES

Existe um grupo de nutrientes (vitaminas e minerais) essenciais e não calóricos imprescindíveis para o funcionamento do corpo humano, devendo, portanto, ser obtido por meio de uma dieta rica nos mesmos (MARZZOCO; TORRES, 1999).

Segundo Evangelista (2005), alguns nutrientes no organismo são necessários em pequenas quantidades, tanto que são denominados micronutrientes. Esses nutrientes não são armazenados em grandes níveis pelo corpo, são conduzidos pelos alimentos até sua chegada ao organismo, resultando no desempenho de ações decisivas, determinantes para o cumprimento do processo vital e a saúde do indivíduo. Além de suas funções como agentes nutritivos, os nutrientes ainda desempenham atividade terapêutica, decorrente de regime dietoterápico, quando há necessidade de reposição nutricional por carência, diminuição ou ainda restrição, em processos clínicos ou metabólicos.

3.3.1 Vitamina A

A vitamina A destaca-se entre as demais vitaminas por sua versatilidade, atuando em uma gama de importantes papéis como, proteção da pele e mucosas, funcionamento normal do processo visual e na integridade celular e no sistema imunológico (FRANCO, 2007).

Nessa visão, a vitamina A atua em conjunto com a opsina, proteína responsável pela produção de rodopsina (pigmento fotossensível dos bastonetes) no segmento exterior dos bastonetes da retina. A rodopsina entra

em ação quando as condições de luminosidade estão diminuídas (BRASIL, 2007a).

A luz, quando incide nos olhos, passa pela córnea e atinge as células da retina, que, em resposta, propicia o branqueamento de várias moléculas pigmentares de rodopsina ou púrpura visual. Nesse processo, a vitamina A é parte fundamental, pois essas moléculas estão situadas no interior da retina. Quando o branqueamento ocorre, a vitamina A é quebrada para que seja iniciado o sinal que permite a sensação de visão ao centro óptico no cérebro (SIZER; WHITNEY, 2003).

A vitamina A, não só é extremamente necessária aos olhos, mas também a todo tecido epitelial, tanto interno quanto externo, já que a pele e todo revestimento protetor dos pulmões, intestino delgado e intestino grosso, tecido vaginal, trato urinário e bexiga, agem como barreira contra danos de agentes infecciosos bacterianos. Dessa forma, ela também fica sendo conhecida como vitamina anti-infecciosa (SIZER; WHITNEY, 2003).

Já na diferenciação celular, os ácidos retínicos agem regulando todo o processo de crescimento, desenvolvimento e diferenciação epitelial e ligam-se a receptores nucleares que, em seguida, se ligam a elementos de resposta do DNA, viabilizando a regulação e transcrição dos genes específicos para cada função orgânica (BENDER; MAYES, 2006).

A vitamina A ainda desempenha trabalho no processo de manutenção da imunidade, principalmente no que diz respeito à relação dos linfócitos, mediante as respostas das células T e de ativação das células fagocitárias, não deixando de mencionar seu essencial papel na reprodução, desenvolvimento e funcionalidade óssea (GALLAGHER, 2005).

O retinol, popularmente conhecido como vitamina A, é encontrado pré-formado em alimentos de origem animal, como fígado, óleo de peixe, leite e seus derivados (queijo e manteiga) e ovos. Os carotenos-pró-vitamina A, são sintetizados pelo organismo e convertidos em vitamina A. Esses são encontrados em alimentos de origem vegetal como folhas de cor verde escuro (acelga, couve), frutos amarelos e laranjas (mamão, manga, pêssigo, caju), as raízes de cor alaranjada (cenoura) e ainda os óleos vegetais comestíveis (óleo

de dendê, pequi e buriti, pupunha). É de suma importância enfatizar que a melhor fonte de vitamina A para o lactente é o leite materno (BRASIL, 2007a).

3.3.2 Hipovitaminose A

A deficiência de vitamina A ainda é considerada um potencial problema nutricional na saúde pública em vários países, incluindo o Brasil. Mais de três milhões de crianças no mundo apresentam sinais de deficiência severa de vitamina A, sendo acometidas principalmente pela cegueira, além de desencadear um déficit no crescimento. Ainda mais preocupante é o número de crianças que sofrem de deficiência mais leve, porém suficiente para prejudicar o sistema imunológico e desenvolver infecções, chegando à marca de 275 milhões (SIZER; WHITNEY, 2003).

As causas que levam à deficiência de vitamina A, seguem duas vertentes: a primeira se dá pela deficiência primária, resultante de ingestão inadequada de retinol ou carotenoides ao organismo; a segunda vertente segue para a deficiência secundária, que pode ser causada em decorrência de uma má absorção evidenciada pela ingestão inadequada de gorduras, insuficiência biliar ou pancreática, doença hepática ou desnutrição protéico-energética (GALLAGHER, 2005).

Os sinais mais comuns da deficiência da vitamina A estão relacionados a lesões oculares, que ocorrem de forma progressiva, iniciando-se pela perda da sensibilidade à luz verde, progredindo para o comprometimento da capacidade de adaptação à luz fraca e, então, seguindo para cegueira noturna – distúrbio caracterizado por diminuição da capacidade de enxergar quando a luz é escassa (BENDER, 2005).

Outras consequências da deficiência dessa vitamina relacionam-se a função dela de preservar a diferenciação das células epiteliais. Em um estágio mais avançado dessa deficiência, diversas alterações são desencadeadas, como a metaplasia epitelial, queratinização e a xeroftalmia (olho seco). Primeiro, há um ressecamento na conjuntiva (xerose conjuntival), no qual fazem parte o epitélio lacrimal e o epitélio secretor de muco, à proporção que esses epitélios vão sendo substituídos por epitélio queratinizado, as manchas

de Bitot (agrupamento de fragmentos de queratina em pequenas placas opacas) começam a surgir e, por alguma ocasião incerta, é desencadeada a erosão da superfície da córnea espessa, evoluindo para a destruição da córnea (queratomalácia), ocasionando, dessa forma, a cegueira total (KANE; KUMAR, 2010).

Além das alterações oculares, a deficiência de vitamina A ainda pode interferir no desenvolvimento mental e físico. Na maioria das vezes, sua carência gera anemia, que pode ou não vir acompanhada de hepatoesplenomegalia. A pele fica seca e escamosa, podendo ser observada a presença de hiperqueratose folicular em algumas regiões como, ombros, nádegas e superfícies extensoras das extremidades. O tecido epitelial da vagina poderá apresentar cornificações, e a metaplasia do trato urinário poderá ocasionar piúria e hematúria. O aumento da pressão intracraniana, ocasionando a separação das tábuas ósseas nas suturas também pode ocorrer (HEIRD, 2005).

Os métodos utilizados para a prevenção da deficiência de vitamina A dependerão dos objetivos em foco e das condições locais de cada região do Brasil. Dentre eles, poderão ser incluídos educação alimentar no auxílio da melhoria nutricional infantil, ou seja, as famílias devem ser orientadas acerca da vitamina A e incentivadas para o aumento do consumo de alimentos ricos com essa vitamina. Essas famílias ainda podem ser incentivadas quanto à produção de alimentos, fontes de vitamina A, por meio da construção de hortas domésticas (RONCADA, 1998).

Uma excelente opção para a minimização do problema de saúde pública é o incentivo ao aleitamento materno, como já comprovado. Após muitos estudos, foi comprovado que o aleitamento materno é uma das maiores fontes de vitamina A. Outra forma para prevenir a deficiência de vitamina A é a administração de doses maciças em crianças de 6 a 59 meses de idade e mulheres no pós-parto imediato, nas unidades de saúde (Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A). Nos casos em que apresentem sintomas da carência deve-se encaminhar a criança ao serviço médico (HEIRD, 2005).

3.4. PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

Define-se como a estratégia que tem com meta a garantia das reservas corporais das puérperas, para assegurar um aporte de vitamina A, através do leite materno, o que garantirá quantidade suficiente de vitamina A para as crianças menores de 6 (seis) meses de idade, na amamentação. Define-se, ainda, pela administração de doses de 100.000UI para as crianças que completarem 6 meses, até 11 meses e 29 dias e doses de 200.000UI para as crianças que tiverem 1 (um) ano de idade até 59 meses e 29 dias, com intervalo de 6 em 6 meses entre essas doses (BRASIL, 2007a).

3.4.1 Avaliação das áreas endêmicas para hipovitaminose A

O MS, a partir da implantação das ESFs, vem incentivando ações de promoção à saúde e prevenção da desnutrição como orientação alimentar para as famílias. O acompanhamento pré-natal, incentivo ao aleitamento materno, orientação no desmame, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, uso do ferro profilático e vitaminas para recém-nascidos prematuros e de baixo peso, suplementação medicamentosa de vitamina A em áreas endêmicas, suplementação alimentar para gestantes desnutridas, nutrizes e crianças em risco nutricional, são exemplos destas ações (BRASIL, 2005).

Já no ano de 1983, o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNVITA), começou a tomar forma quando se iniciou a estratégia de distribuição de cápsulas de 100.000 UI e 200.000 UI de vitamina A para prevenção e controle dessa deficiência, em crianças de 6 a 59 meses de idade (BRASIL, 2007a).

Tomando-se por base que a concentração de vitamina A no leite materno varia de acordo com a dieta da mãe, e que em muitos países em desenvolvimento, as crianças pequenas ingerem quantidades inadequadas de vitamina A, o MS também percebeu que em áreas onde a deficiência é endêmica, a administração de doses complementares é de vital importância como fonte dessa vitamina (BRASIL, 2002b).

Concluindo os dados fornecidos anteriormente, o MS completa que a suplementação da nutriz, com esse nutriente, tem sido chamada de “janela de

oportunidade” para melhorar a oferta dessa vitamina em crianças amamentadas. Além disso, a absorção de vitamina A (afetada pelo conteúdo de gordura da dieta), comprometida por dietas pobre em gorduras de crianças pequenas, especialmente quando a ingestão de produtos animais é limitada, também se torna aqui um problema de saúde pública em áreas endêmicas para a hipovitaminose A (BRASIL, 2005).

Dessa forma, os Estados da Região Nordeste e no Estado de Minas Gerais (Vale do Jequitinhonha e Vale do Mucuri) foram escolhidos para a implantação do PNVITA, sendo feita a distribuição em associação com as campanhas vacinais, rotineiramente na UBSF ou ainda nas visitas domiciliares, realizadas pelos ACSs. Em 2001, o Programa tomou uma proporção maior, passando a atender puérperas com doses de 200.000UI de suplementação de vitamina A ainda na maternidade, no pós-parto imediato (BRASIL, 2007a).

3.4.2 Aspectos jurídicos

3.4.2.1 Portaria nº 2.160/94

Publicada e validada em 29 de dezembro de 1994, teve como objetivo a criação do Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A e aprovou as diretrizes e estratégias para a sua execução. Instruiu grupos técnicos para desempenhar as atividades de planejamento, coordenação, supervisão e controle das ações do programa, bem como orientou comissão para a assessoria deste (BRASIL, 1994).

3.4.2.2 Lei nº 710/99

Validada em 10 de Junho de 1999, objetivou a disposição de uma política decisiva em relação à alimentação e nutrição, a conclusão do processo dessa política, a qual envolve consultas de vários segmentos direta e indiretamente envolvidos com o assunto. Também a aprovou a proposta política, questionada pela Comissão de Intergestores Tripartite e pelo Conselho Nacional de Saúde. Aqui, foi resolvido em seu Art. 1º aprovar a Política

Nacional de Alimentação e Nutrição, em cuja íntegra consta do anexo dessa Portaria e dela é parte integrante (BRASIL, 1999).

3.4.2.3 Portaria nº 729/2005

Em 2005, foram definidas, pela portaria de 13 de maio, as diretrizes do PNVITA junto às responsabilidades cabíveis aos três níveis de governos (BRASIL, 2007a).

3.4.3 Caderneta de Saúde da Criança como instrumento para o PNVITA

Dentro desse programa de suplementação de vitamina A, as ESF deverão estar preparadas para avaliar a **Caderneta de Saúde da Criança**, em todos os atendimentos; promover atividades educativas; identificar e captar gestantes desnutridas, crianças em risco nutricional e/ou desnutridas; realizar acompanhamento e tratamento segundo protocolo específico; manter arquivo atualizado de crianças cadastradas e ainda fazer busca ativa de faltosos ao calendário de acompanhamento proposto (BRASIL, 2005).

O MS (BRASIL, 2005, p 70) ainda atribui aos profissionais de saúde da atenção básica:

Avaliar o cartão da criança em todas as oportunidades seja nas visitas domiciliares ou toda vez que a criança vai à unidade de saúde (nos diversos locais de assistência, como na sala de vacinas, farmácia, sala de injeções), além das instituições de educação infantil, verificando a curva de crescimento, avaliação do desenvolvimento e estado vacinal; se o cartão não está preenchido adequadamente, providenciar a pesagem e medida da criança, preencher a curva de crescimento e anotar as intercorrências, avaliar o desenvolvimento e registrar no local específico; providenciar as vacinas necessárias. Se a criança não possui o cartão: providenciar a sua entrega.

O AIDPI preconiza que, quando uma criança precisa ser referida com urgência ao hospital, deve-se identificar e começar a administrar rapidamente os tratamentos para essa criança, e que um deles consiste em administrar vitamina A, tendo em vista seus benefícios, já que sua deficiência (mesmo que num grau mais leve) pode ser suficiente para prejudicar o sistema imunológico

e facilita o desenvolvimento de infecções (SIZER; WHITNEY; 2003; BRASIL, 2003c).

O atendimento das famílias e crianças em programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos disponíveis também deve ser considerado (BRASIL, 2005).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O estudo constituiu-se de uma pesquisa de campo de caráter quantitativo e descritivo.

Conforme nos elucida Marconi e Lakatos (2007), a pesquisa de campo é empregada quando se objetiva conseguir dados e/ou conhecimentos acerca de um problema para o qual se busca uma resposta.

O caráter quantitativo é caracterizado pelo uso de quantidades tanto na coleta de dados, quanto no desenvolvimento da mesma, por meio de técnicas estatísticas. Tal método tem como objetivo a garantia da precisão dos resultados, de forma que se possam evitar distorções de análise e interpretação, viabilizando uma maior segurança relacionada às deduções (RICHARDSON, 2010).

A pesquisa também se caracterizou como descritiva, porque se puderam estabelecer relações entre variáveis, tendo por objetivo um aprofundamento na descrição da realidade determinada pela pesquisa (TRIVIÑOS, 1987).

Também foi utilizada a técnica de Observação Passiva. Para Laville e Dionne (1999), por meio dela pode-se examinar sistematicamente um fenômeno ou uma situação, guiando-se por uma pergunta.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Atenção Integral à Saúde da Criança (CAIC CARNAUBAL), no qual se encontravam em funcionamento duas ESFs (111 e 155), cada uma com a equipe mínima composta na sua integralidade.

A UBSF que se constitui nosso local de pesquisa localiza-se à Rua Sousa Leão, SN, Belo Horizonte no município de Mossoró-RN.

O local foi escolhido pela acessibilidade das pesquisadoras ao mesmo, tendo em vista de ser o ambiente de trabalho da pesquisadora responsável,

que ocupa o cargo de Enfermeira da ESF 155 e por dispor de um número adequado da população esperada, conforme informado no Sistema de Informação de Atenção Básica (SSA2) das duas equipes.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A amostra foi retirada da população composta pelas mães de crianças que estavam sendo acompanhadas pelas ESF 111 e 155 da UBSF do CAIC CARNAUBAL durante o nosso período de coleta de dados.

A amostra foi constituída por 30 (trinta) mães, cujas crianças estavam na faixa etária de 6 a 59 meses de idade. As mães compareceram ao local, portando a Caderneta de Saúde da Criança, no momento da coleta de dados, e residiam com seus filhos na área de abrangência de qualquer uma das ESFs da UBSF anteriormente referida.

As mães também se fizeram cientes da pesquisa e concordaram em participar, ao assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A), comprovando assim sua aceitação e conhecimento acerca dos objetivos do estudo.

4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DOS DADOS

Para a realização do estudo em questão, utilizamos como instrumento um formulário, sendo este definido por Gil (2009) como um instrumento de coleta de dados estabelecido entre o questionário e a entrevista, baseado em questões apresentadas por escrito às pessoas, mas estabelecidas oralmente pelo pesquisador.

O formulário de pesquisa foi composto por questões fechadas, de múltipla escolha. Os questionamentos foram apresentados numa linguagem simples e objetiva, o que viabilizou a facilitação do preenchimento do instrumento.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS

Inicialmente foi realizada uma visita prévia à UBSF, onde foram esclarecidos aos membros das ESFs e aos demais funcionários os objetivos da pesquisa, pois, dessa forma, cada um deles poderia servir de captador de uma possível participante.

Em qualquer espaço físico da unidade, as mães foram sendo abordadas e questionadas quanto ao preenchimento dos critérios de inclusão na pesquisa, no entanto, a sala de espera e a Sala de Vacina foram as mais utilizadas, devido ao fluxo de mães, portando Caderneta de Saúde da Criança, ser maior nesse local.

A coleta de dados na sala de espera do acompanhamento do C e D foi prejudicada devido à ausência desse atendimento, que foi interrompido por problemas físicos da estrutura do CAIC-CARNAUBAL, danificada devido à falta de manutenção e ocorrência de chuvas frequentes.

Dessa forma, inicialmente as mães eram convidadas a participarem da pesquisa, sendo-lhes esclarecidos os objetivos, e fornecido o TCLE para sua assinatura. Somente após o seu consentimento, é que as perguntas que constavam no formulário eram realizadas e, posteriormente, observado o registro das doses administradas de Vitamina A nas Cadernetas de Saúde das Crianças.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

As informações obtidas durante a pesquisa sofreram manipulação dos dados numéricos por meio de procedimentos estatísticos, com o propósito de descrever os fenômenos descobertos e avaliar a magnitude e a confiabilidade das relações entre eles (POLIT; BECKER; HUNGLER, 2004).

Os dados numéricos, em sua forma bruta, sofreram apuração por meio de porcentagens que foram transcritos para tabelas realizadas através do programa Microsoft Office Word 2007, as quais possibilitaram posteriormente originar os gráficos que ilustram esse trabalho, através do Programa Microsoft Office Excel 2007, fornecendo, assim, as informações de forma mais clara e precisa.

4.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Após as correções sugeridas pela Banca Examinadora, que avaliou o nosso projeto, o mesmo foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança Ltda que também sugeriu algumas modificações após uma reavaliação. Somente em seguida às novas correções, o CEP nos autorizou o início da coleta de dados, conforme certidão em anexo.

A pesquisa foi guiada pela resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que se fundamenta em documentos universais que decorreram de declarações e diretrizes a respeito de pesquisas que abrangem seres humanos (FONTINELE JÚNIOR, 2003) e pela Resolução do COFEN nº 311/07, que orienta o comportamento ético do profissional no campo científico e aborda os direitos de realizar e participar de atividades de ensino e pesquisa, respeitadas as normas ético-legais (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2007).

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

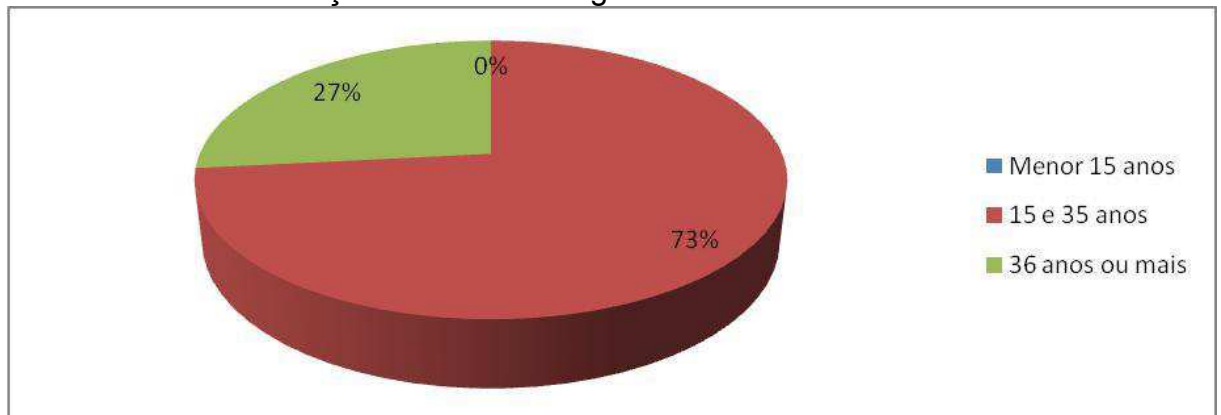
Neste capítulo, deter-nos-emos à apresentação das informações obtidas por meio dos instrumentos utilizados para a coleta dos dados da pesquisa proposta, após sua análise. A apresentação será seguida da discussão dos resultados que estão ilustrados por meio de gráficos e de tabelas, apresentados em duas etapas.

Na primeira, referimo-nos à caracterização da amostra analisada, seus dados pessoais e sociais como, idade, estado civil, escolaridade e profissão, tendo em vista que “o perfil de saúde da população brasileira é heterogêneo entre os diversos subgrupos que a compõem” (RUMEL et al., 2004, 67).

Na segunda, mencionaremos especificamente informações referentes ao PNVITA, em que foram analisados os conhecimentos das mães acerca do Programa e o uso da Vitamina A, o funcionamento deste na percepção das mães e uma análise do registro das doses da vitamina apontadas nas Cadernetas de Saúde das Crianças.

5.1 DADOS REFERENTES À CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

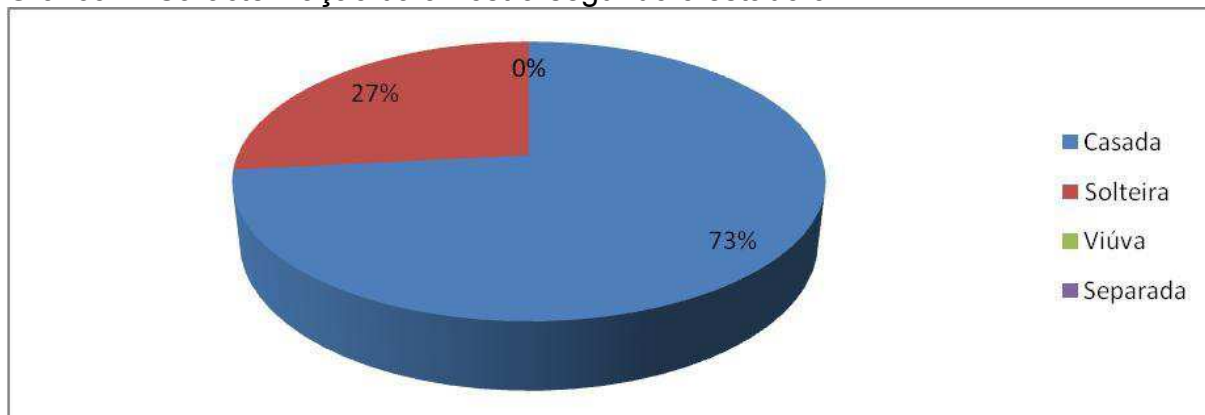
Gráfico 1 - Caracterização da amostra segundo à idade



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

No gráfico 1, observamos que, das 30 mães participantes da pesquisa, 73%(22) tinham idade entre 15 e 35 anos e 27%: (08) apresentaram idade acima de 36 anos. Nossa amostra não contou com mães de idade inferior a 15 anos.

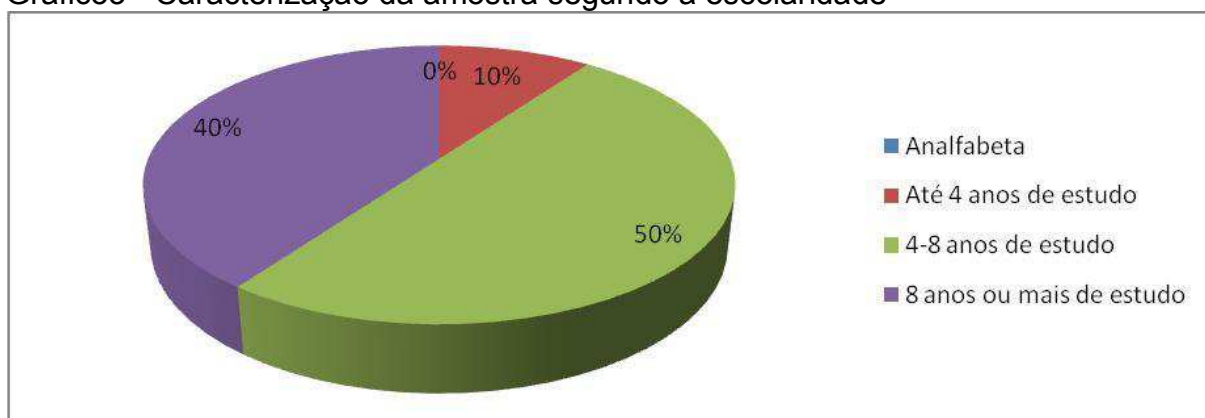
Gráfico2 - Caracterização da amostra segundo o estado civil



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O gráfico 2 mostra-nos que, das mães entrevistadas, 73% (22) eram casadas e 27% (08) eram solteiras. Não foram encontradas, na nossa amostra, mães separadas ou viúvas.

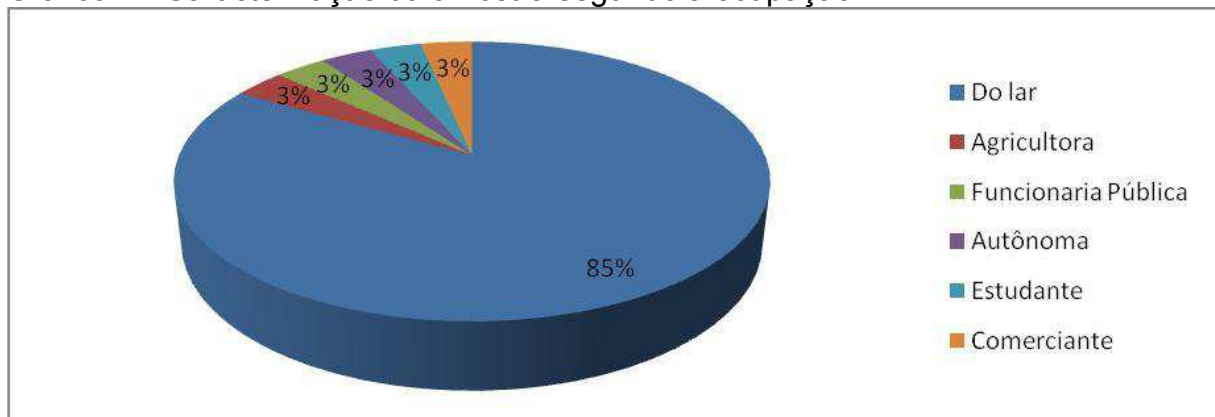
Gráfico3 - Caracterização da amostra segundo à escolaridade



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

De acordo com o gráfico 3, analisamos que 50% (15) das mães tinham entre 4 e 8 anos de estudo; 40% (12) estudaram 8 anos ou mais e somente 10% (03) das mães estudaram até 4 anos. Não encontramos mães analfabetas na amostra pesquisada.

Gráfico 4 - Caracterização da amostra segundo à ocupação



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

No gráfico 4, observamos que a maioria das mães era doméstica, já que contabilizavam 85% (25) da amostra pesquisada. No entanto, ainda entre elas, 3% (1) disseram ser autônomas; 3% (1) trabalhavam na agricultura; 3% (1) faziam parte do quadro do funcionalismo público; outros 3% (1) eram estudantes, e ainda mais 3% (1) das mães eram comerciantes.

Analisada a amostra, pudemos concluir que o grupo de mães participantes da pesquisa em questão não se encontrava predominantemente associado a fatores de risco reprodutivos. De acordo com Rouquayrol e Almeida Filho (2003), os fatores de riscos reprodutivos são caracterizados como fenômenos de natureza orgânica, física ou social, de forma que sua presença ou ausência possa vir a contribuir (ou não) para a probabilidade de o indivíduo sofrer agravos à saúde.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b) explica-nos que os riscos associados aos fatores reprodutivos estão enquadrados às mães, cuja faixa etária seja inferior a 15 e maior que 35 anos, tenham ainda situação conjugal insegura, baixo nível de escolaridade e ocupação que as exponham a esforços físicos excessivos, carga horária extensa ou até mesmo exposição a agentes externos nocivos à saúde humana.

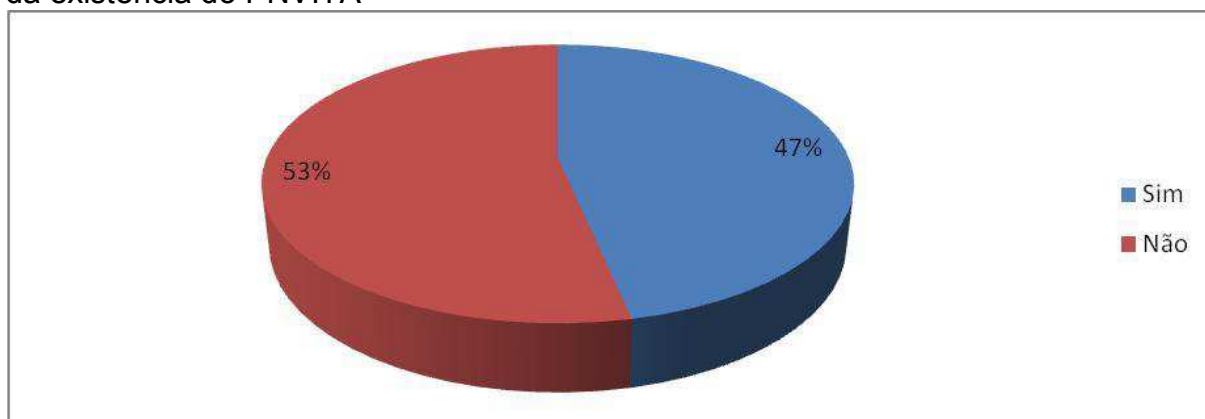
A partir dessas premissas, podemos afirmar que as características do grupo das mães analisadas ofereceram repercussões ínfimas referentes às causas de prejuízos à saúde, inclusive as que impedem um bom acompanhamento e do crescimento e desenvolvimento das suas crianças, já

que essas mães, em sua maioria, encontravam-se com idade sem riscos para a maternidade, em estado conjugal estável e apresentando um bom nível de escolaridade. No que se refere à ocupação, não estavam expostas a grandes esforços físicos, situações de estresse ou riscos biológicos (SCHIRMER, 2009).

5.2 DADOS REFERENTES AO TEMA EM QUESTÃO

5.2.1 Dados referentes aos conhecimentos maternos sobre a Vitamina A e o PNVITA

Gráfico 5 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento das mães acerca da existência do PNVITA



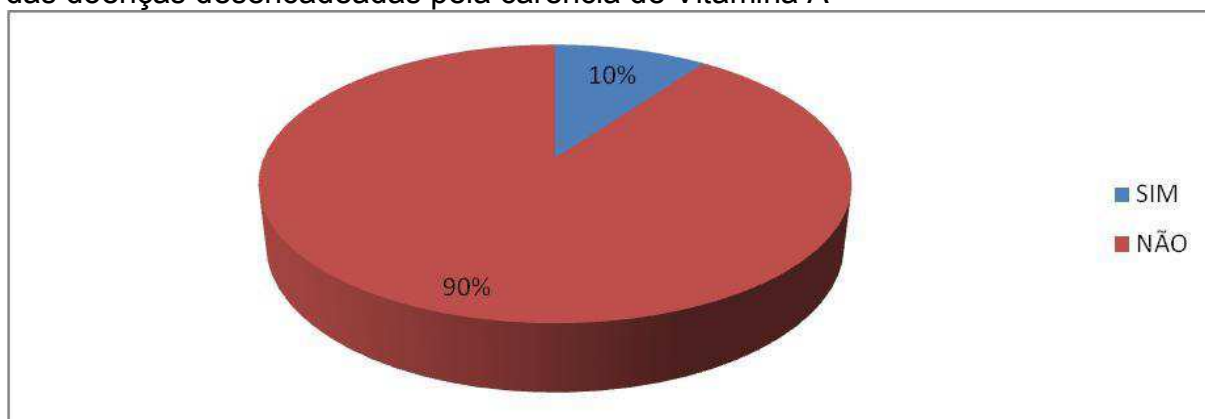
Fonte: Pesquisa de campo (2011)

De acordo com o gráfico 5, constatamos que 53% das mães (16), até o momento da pesquisa, não receberam nenhuma informação sobre o Programa de Suplementação de Vitamina A no CAIC; o restante das mães, que somam 47% (14), afirmaram já terem recebido informações acerca do programa naquela UBSF.

Conforme descrito pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007a), o PNVITA foi criado no ano de 1983 para ser utilizado como estratégia de prevenção e controle da deficiência de vitamina A, por meio da distribuição de cápsulas de 100.000UI e 200.000UI da vitamina para crianças na faixa etária de 6 a 59 meses de idade. Essa tática iria contribuir para diminuir, a curto prazo, a deficiência do micronutriente em áreas de maior risco de déficit nutricional.

Práticas de discussão de conhecimentos científicos acumulam interesses às pessoas que frequentam as UBSF, já que essas pessoas estão expostas a determinados problemas de saúde. Um transporte de conhecimentos entre os profissionais e a população é propício ao aprendizado, e a informação sobre a realidade torna-se útil quando simplificado ao ponto de se constituir uma boa relação entre as partes usuário-profissional de saúde (VASCONCELOS, 2008).

Gráfico 6 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento das mães acerca das doenças desencadeadas pela carência de Vitamina A

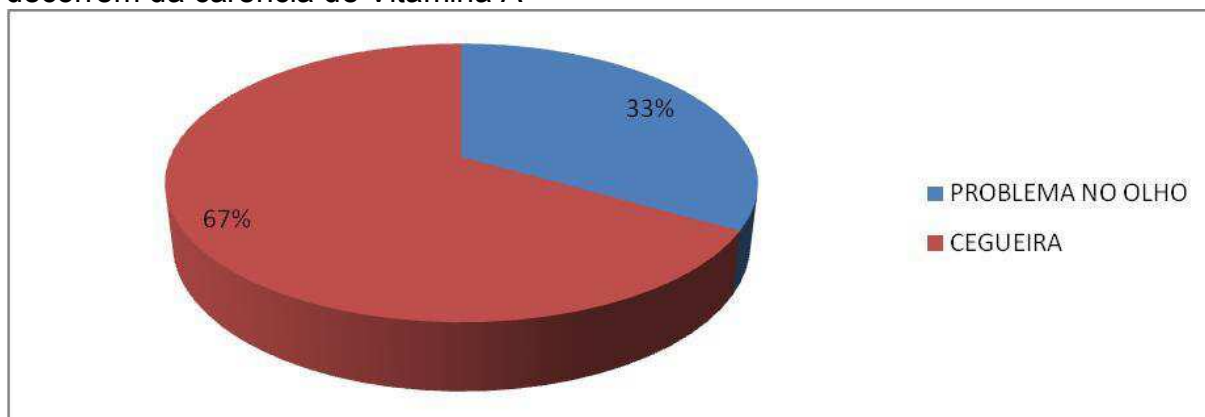


Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Constatamos, por meio dos dados expostos no gráfico 6, que 90% (27) das mães não sabem quais doenças podem ser ocasionadas pela carência da vitamina A na alimentação infantil e que somente 10% (3) destas obtinham algum conhecimento relacionado as tais doenças.

De acordo com o MS (BRASIL, 2007a), os profissionais da Estratégia Saúde da Família são um dos pilares para que a alimentação e a nutrição possam prevenir doenças e promover a saúde da população brasileira. Esses profissionais de saúde estão em contato direto com as famílias e conhecem a realidade de cada uma delas. Nesse contexto, podem e devem informar a população sobre práticas alimentares saudáveis.

Gráfico 7 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento das doenças que decorrem da carência de Vitamina A



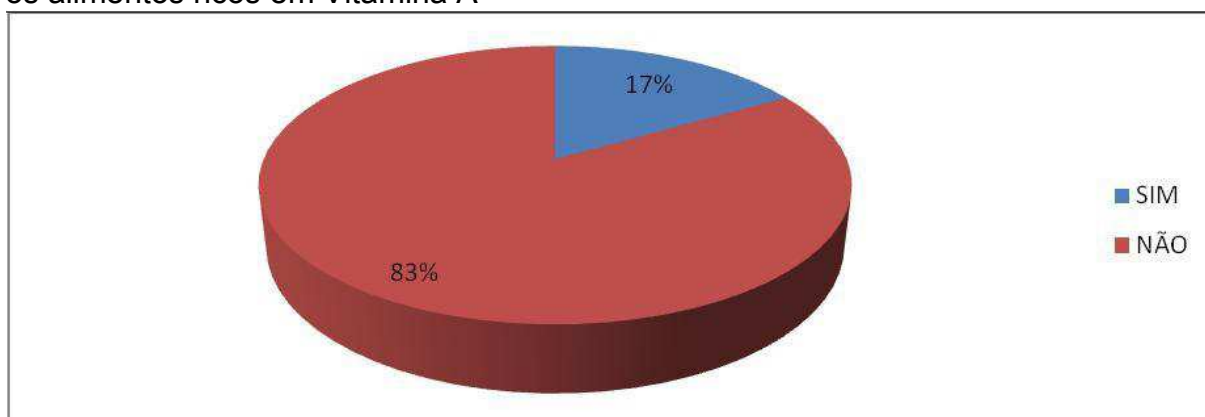
Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O gráfico 7 deixa esclarecido que, dos 10%, (3) das mães que relataram ter conhecimento a cerca de doenças decorrentes da carência de vitamina A, 33% (1) citaram “problemas no olho”, e 67% (2) citaram cegueira.

Pudemos concluir que, apesar de corresponder a uma menor parte, 33% das mães que diziam ser informadas quanto ao assunto; apresentaram um bom conhecimento a respeito das complicações decorrentes da carência de vitamina A, como nos informa Bender (2005), ao descrever que os sinais mais acometidos da deficiência de vitamina A estão relacionados a lesões oculares.

Concluimos ainda que essa parte da amostra está ciente dos problemas oculares e são conhecedores que, em um estado mais avançado da deficiência da vitamina A, podem ser desencadeadas alterações progressivas oculares que podem levar à cegueira total (KANE; KUMAR, 2010).

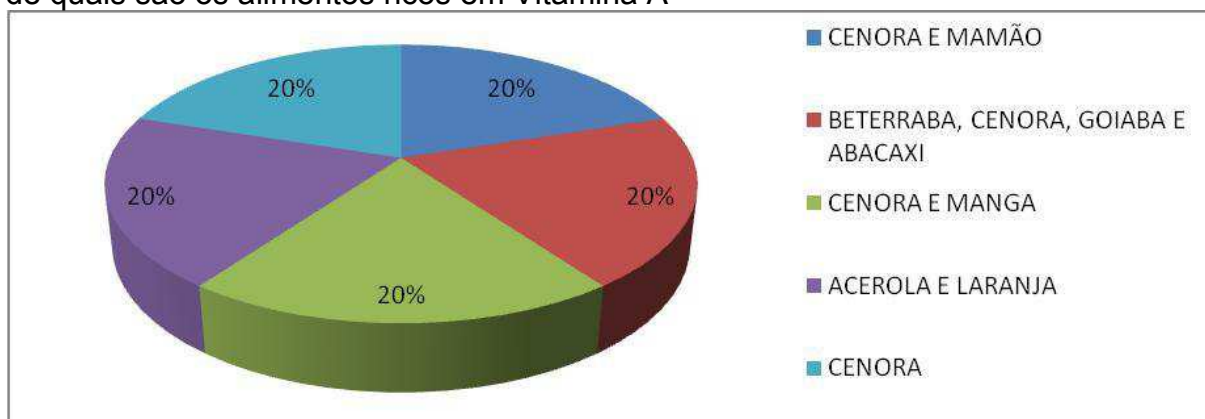
Gráfico 8 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento das mães sobre os alimentos ricos em Vitamina A



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O Gráfico 8 possibilitou-nos interpretar que 83% (25) das mães analisadas não souberam informar quais alimentos continham a vitamina A, e que um grupo menor que correspondeu a 17% (5) das mães citou alguns alimentos como fontes desse micronutriente.

Gráfico 9 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento das mães acerca de quais são os alimentos ricos em Vitamina A



Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O gráfico 9 esclarece que, dos 17% (5) das mães que diziam saber as fontes de vitamina A, 20% (1) delas citaram a cenoura e o mamão como fontes de vitamina A; outros 20% (1), disseram que a vitamina A poderia ser encontrada apenas na cenoura; mais 20% (1), que esse micronutriente estaria na beterraba, cenoura, goiaba e abacaxi. Outra vez 20% (1) das mães responderam que a cenoura e a manga continham vitamina A e, por fim, mais 20% (1) das mães citaram a acerola e laranja.

Partindo das informações contidas nos gráficos 8 e 9, fica claro que a maioria das mães não soube informar em que alimentos poderiam ser encontrados a vitamina A, e ainda as que ofereceram resposta ao questionamento não conheciam realmente as fontes da vitamina, porque forneceram informações divergentes às encontradas na literatura e confundiram-se com as fontes de Vitamina C.

A minoria que respondeu saber quais alimentos tem vitamina A e os citaram demonstraram ter algum conhecimento sobre o assunto, oferecendo a resposta de frutas ricas em nutrientes indispensáveis ao organismo, como por

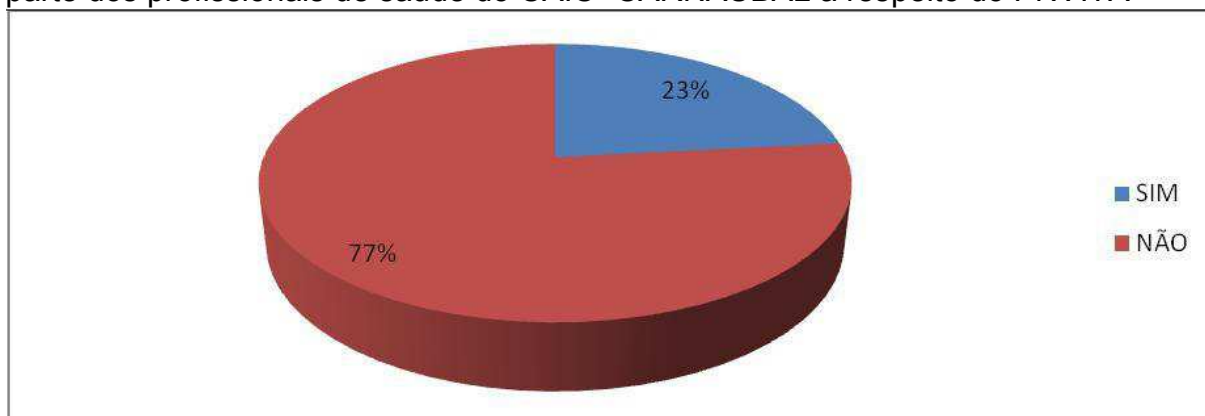
exemplo, as mães que mencionaram a beterraba, goiaba, abacaxi, acerola e laranja como fontes de vitamina A.

O MS (BRASIL, 2007a) descreve que a vitamina A é encontrada em alimentos de origem animal tais como fígado, óleo de peixe, ovos, leite e seus derivados. Também são encontrados em alimentos de origem vegetal, sendo eles folhas cor verde escuro, a exemplo da acelga e couve; frutos amarelos e laranjas não cítricas, como o mamão, manga, pêssego, caju, entre outros; raízes de coloração laranja, ressaltando-se a cenoura e ainda óleos vegetais comestíveis, entre eles o óleo de dendê, pequi, buriti e pupunha.

Percebemos, aqui, uma falha no processo de educação em saúde da população da área pesquisada, pois entendemos que a educação não é um simples componente da atenção primária à saúde; baseia-se no encorajamento e apoio para que as mães, ao serem detentoras do conhecimento a cerca das fontes de vitaminas nos alimentos, assumam um maior controle sobre a saúde e a vida de suas crianças (VASCONCELOS, 2008).

5.2.2 Dados referentes ao funcionamento do PNVITA na UBSF

Gráfico10 - Distribuição da amostra segundo recebimento de informações por parte dos profissionais de saúde do CAIC- CARNAUBAL a respeito do PNVITA

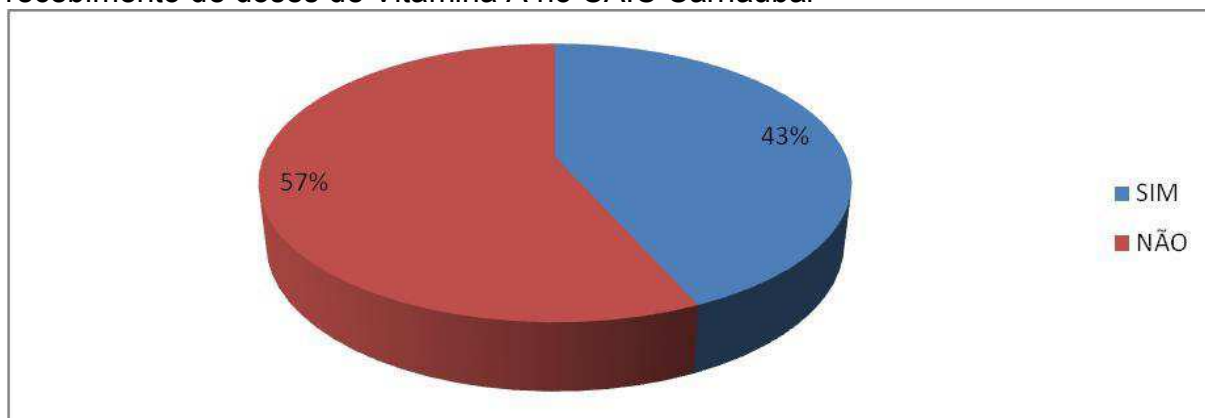


Fonte: Pesquisa de campo (2011)

No gráfico 10, constatamos que 77% (23) das mães, até o momento da pesquisa, não tinham recebido nenhuma informação dos profissionais de saúde acerca do PNVITA. Apenas 23% (7), relataram já terem sido informados quanto ao Programa e a importância das doses administradas às crianças,

Considerando a extrema importância do papel de educadores que os profissionais de saúde detêm, não podemos prescindir da oportunidade de orientar e instruir a mãe/cuidadora sobre qual substância o menor está consumindo, por que está tomando aquela vitamina e quais os efeitos esperados (SILVA, 2003 apud MIASSO, 2006).

Gráfico11 - Distribuição da amostra segundo o conhecimento acerca do recebimento de doses de Vitamina A no CAIC Carnaubal



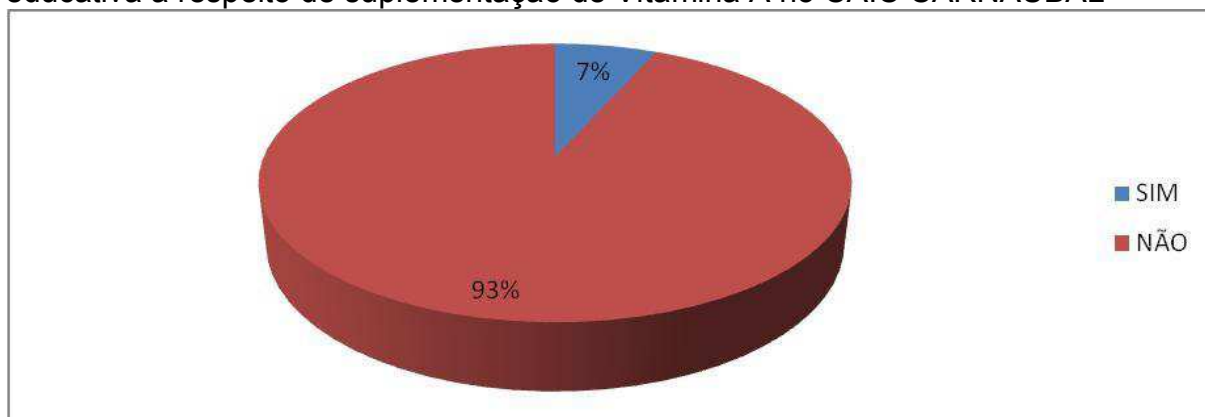
Fonte: Pesquisa de campo (2011)

De acordo com o gráfico 11, das 30 (30) mães entrevistadas, mais da metade, 57% (17), não soube informar se seu(a) filho(a) já tinha recebido alguma dose de vitamina A no CAIC; e os outros 43% (13) das mães informaram que seu(a) filho(a) já tinha recebido dose(s) de vitamina A.

A administração de Vitamina A é uma das atividades de responsabilidade da enfermagem. Para a sua execução, assim como na administração de medicamentos é necessária a aplicação de princípios científicos, associados à existência de processos desenvolvidos para dificultar as oportunidades de erros, auxiliando a criança a aceitar a administração (KOHN; CORRIGAN; DONALDSON, 2001 apud MIASSO, 2006).

É direito da mãe conhecer as substâncias que são administradas a seu(a) filho(a) e é uma responsabilidade primordial da profissão de enfermagem direcionar o seu cuidado para a promoção, manutenção e restauração da saúde, bem como o incentivo e a colaboração das mães e familiares para a adesão às medidas preventivas adotadas nas ESFs (SMELTZER et al, 2009).

Gráfico 12 - Distribuição da amostra quanto à participação em atividade educativa a respeito de suplementação de Vitamina A no CAIC CARNAUBAL



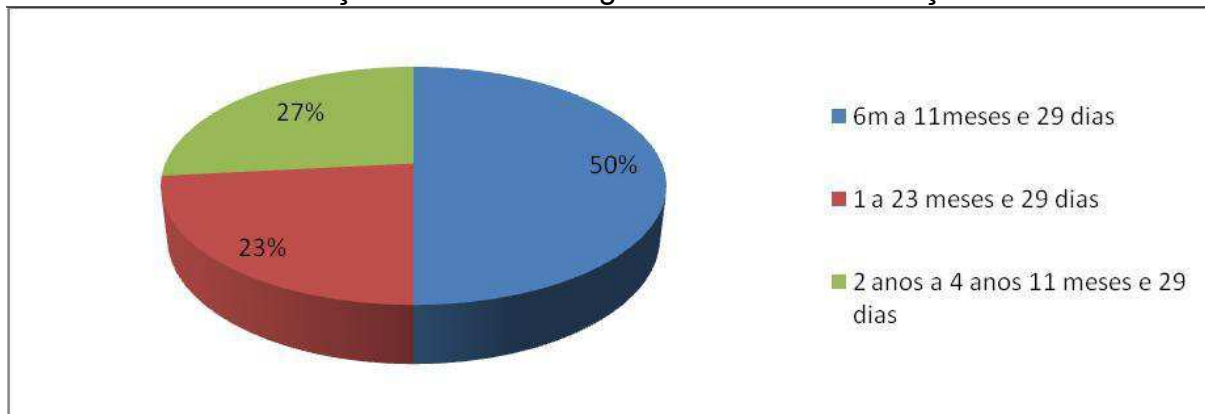
Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Partindo das informações contidas no gráfico 12, pudemos analisar que 93% (28) das mães não participaram de atividades educativas relacionadas à temática Vitamina A na UBSF, usada como local de estudo. Somente 7% (2) das mães responderam que o tema foi abordado em alguma atividade educativa no CAIC CARNAUBAL.

As medidas preventivas e a promoção da saúde, assim como a melhoria das condições de vida em geral, têm sido razão fundamental para os avanços nas práticas educativas oferecidas no nível das relações sociais estabelecidas pelos profissionais de saúde, a instituição e, principalmente o usuário, os quais vemos aqui com dificuldades a serem superadas (ABBATE, 1994; BUSS, 2000).

5.2.3 Dados referentes às doses de Vitamina A, apontados nas Cadernetas de Saúde das Crianças

Gráfico13 - Caracterização da amostra segundo à idade da criança



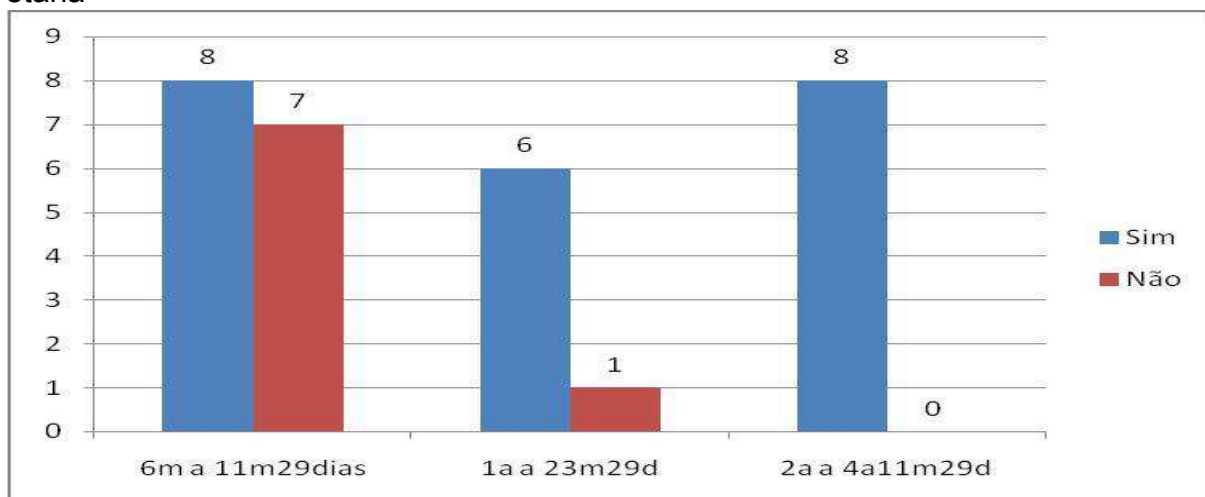
Fonte: Pesquisa de campo (2011)

O gráfico 13 aponta que 50% (15) das crianças atendidas, acompanhadas pelas mães que participaram da composição da nossa amostra, encontravam-se na faixa etária entre 6 a 11 meses e 29 dias. 23% (7) das crianças estavam na faixa etária entre 1 ano a 23 meses e 29 dias, e os outros 27% (8) tinham entre 2 a 4 anos, 11 meses e 29 dias.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) preconiza para as crianças um calendário mínimo de vacinação, cujas doses são administradas nos primeiros 15 meses de vida, o que leva às mães a comparecerem às UBSF com suas crianças mais frequentemente nesse período. Além desse fato, as consultas para a assistência à criança, no acompanhamento do seu Crescimento e Desenvolvimento (C e D), são recomendadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) nos primeiros dois anos da criança (um mínimo de 9 consultas), o que vem justificar o fato de 73% das crianças atendidas serem menores de um ano, já que elas recebem uma maior atenção nesse período.

Acreditamos que, a partir das consultas de acompanhamento do C e D, preconizadas pelo Ministério da Saúde, com maior periodicidade antes dos 2 anos, bem como pela captação das mães nas salas de vacina, é possível (com maior ênfase) o estabelecimento de condutas preventivas sobre alimentação e nutrição, a exemplo da administração de doses suplementares de Vitamina A.

Gráfico14 - Distribuição da amostra segundo o registro de no mínimo uma dose de Vitamina A nas Cadernetas de Saúde da Criança de acordo com a faixa etária



Fonte: Pesquisa de campo (2011).

O gráfico 14, ao fornecer os apontamentos referentes aos registros das doses de Vitamina A nas Cadernetas de Saúde da Criança, reflete que, do total das 15 (15) crianças com idade de 6 meses a 11 meses e 29 dias, 8 já tinham tomado a dose inicial preconizada pelo Ministério da Saúde. No entanto, 7 ainda não. Comprova que, das 7 crianças com idade de 1 ano a 23 meses e 29 dias, 6 já haviam recebido no mínimo uma dose suplementar de vitamina A, e uma criança, nenhuma dose. O gráfico evidencia, ainda, que, das 8 (8) crianças na faixa etária entre 2 anos a 4 anos, 11 meses e 29 dias, todas já haviam tomado no mínimo uma dose de Vitamina A.

Os países desenvolvidos não costumam enfatizar os problemas nutricionais e infecciosos, dando mais importância aos transtornos emocionais, psicossociais e familiares na atenção à saúde da criança. No Brasil, a nutrição e imunização são temas prioritários em qualquer plano de promoção da saúde (BLANK, 2004). Por isso, existem programas específicos como o PNVITA para esses tópicos. No entanto, na nossa pesquisa encontramos dados que comprovam a não utilização correta das orientações preconizadas pelo MS para este Programa, especialmente quanto à quantificação das doses.

Compreendemos, pela observação passiva das cadernetas, deficiência quanto ao número de doses que condissessem com as preconizadas para determinada faixa etária, e ainda que os intervalos entre as doses eram muito

mais espaçosos que os 6 meses estabelecidos pelo PNVITA. De acordo com o esquema de fornecimento de suplemento de Vitamina A para prevenir a deficiência de Vitamina A, no período de 6 a 11 meses, deve ser administrada uma dose de 100.000UI, e no período de 12 a 59 meses uma dose de 200.000UI a cada 6 meses (BRASIL, 2007a).

No início da nossa pesquisa, percebemos que no local do estudo não havia doses de Vitamina A disponíveis para o atendimento ao público-alvo, e que apenas na metade do período de coleta de dados, a Farmácia do Município disponibilizou as cápsulas com doses maciças de Vitamina A para suplementação periódica dada às crianças.

Os serviços de saúde têm com o objetivo responder às necessidades das populações, e os profissionais buscarem uma organização com base na satisfação das necessidades de saúde destas. No entanto, avaliando a qualidade dos locais de serviço de saúde, quanto ao elemento relação favorável entre benefício e custo, percebemos que ainda existem limitações quando se discute o alcance de conquistas que possam alterar as condições de saúde de uma população (TAKEDA, 2004).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Aqui apresentamos as considerações levantadas a partir da realização do trabalho monográfico de pesquisa intitulado PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A: uma avaliação do seu funcionamento em uma Unidade Básica de Saúde da Família no Município de Mossoró/RN. O mesmo propôs-se a avaliar o funcionamento do PNVITA na concepção de mães responsáveis por crianças menores de cinco anos, atendidas em uma UBSF, no município de Mossoró/RN, caracterizando a situação social das mães entrevistadas, averiguando o conhecimento das mães sobre o Programa, investigando como as mães avaliam o funcionamento do Programa, e ainda, identificando os registros das doses de vitamina A, a partir dos apontamentos das Cadernetas de Saúde das Crianças apresentadas pelas mães inquiridas.

De acordo com os objetivos propostos neste estudo, consideramos que os mesmos tenham sido plenamente alcançados, quando conseguimos responder ao nosso problema de pesquisa e compreender se as ESFs estão realizando, de forma eficaz, a administração de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade.

Nossa hipótese sugerida pela afirmação de existirem limitações e dificuldades para a operacionalização do PNVITA foi totalmente confirmada com a consolidação e análise dos dados colhidos. Ao final da pesquisa, chegamos à conclusão de que há falhas explícitas na operacionalização do PNVITA nas ESFs que foram pesquisadas, o que ficou refletido especialmente na falta de informação que as mães entrevistadas demonstraram e nas falhas encontradas nas anotações das Cadernetas de Saúde da Criança.

Identificamos no grupo pesquisado um percentual elevado de mães que não possuíam conhecimentos pertinentes aos benefícios da vitamina A para seus filhos, comprovado pelos 83% da amostra, que não sabia informar quais alimentos eram fontes de vitamina A. Constatamos que as informações oferecidas à população pelos profissionais de saúde da unidade durante as orientações e condutas dos programas de pré-natal e principalmente o C e D não estão apropriadas com o preconizado pelo MS.

Outro número considerável consubstancia-se nos 90% da amostra que desconheceu as doenças que poderiam ser ocasionadas pela carência da vitamina A na alimentação infantil. Essa descoberta nos deixa inquietas quanto ao crescimento e desenvolvimento das crianças daquela área, já que suas genitoras não têm conhecimento de informações de extrema relevância para um acompanhamento satisfatório da saúde dos seus filhos.

Outros dados de grande relevância para o nosso estudo são os que comprovam que 77% das mães até o momento da pesquisa não havia sido informada pelos profissionais de saúde sobre a existência do PNVITA, e que 93% nunca participou de atividades educativas em que a temática Vitamina A tenha sido abordada, o que nos permite afirmar que as mães acompanhadas no CAIC não estão sendo orientadas pelos profissionais de saúde quanto ao PNVITA e alimentação de forma adequada com os instrumentos utilizados pelo MS.

Este estudo vem trazer uma elucidação para outras dificuldades encontradas na UBSF durante a vivência no período da pesquisa, a exemplo das condições inadequadas da estrutura física, o que dificulta a operacionalização dos programas de saúde da ESF dentre eles o PNVITA, as exacerbatantes atribuições de responsabilidade, voltadas aos profissionais enfermeiros, unidos a uma carga excessiva de trabalho, na qual os mesmos se esforçam para conseguir realizar o seu papel e ainda prestar uma assistência de boa qualidade à população. Também identificamos outras dificuldades encontradas pelos demais profissionais da equipe, como a resistência da responsável da sala de vacina para administração das doses de Vitamina A durante as vacinas, em decorrência da alta demanda de usuários de outras áreas o que resulta na não efetivação das doses de vitamina A para as crianças naquele local.

O MS preconiza que a suplementação de Vitamina A seja realizada durante as consultas de C e D, no entanto, durante nossa permanência da UBSF, percebemos que as ESFs não estavam realizando o atendimento, devido à falta de local apropriado para o acolhimento daquelas crianças, pois o local de estudo encontrava-se em condições insalubres para o trabalho.

A estratégia de administração das doses poderia ser adaptada. A enfermagem tem o poder de delegar a responsabilidade da administração das doses de Vitamina A para os técnicos de enfermagem ou ACSs e assim melhorar a operacionalização do Programa.

Toda essa problemática nos possibilita levantar outro questionamento: de que forma a população pode ser bem assistida se os profissionais de saúde não têm condições de trabalho condizentes com as necessidades dos seus usuários e sua demanda?

Diante das análises realizadas, a partir deste estudo, vimos a necessidade urgente de serem desenvolvidas atividades educativas e ações preventivas sobre a nutrição infantil envolvendo as mães do local de estudo.

Partindo do princípio de que, durante a infância, a criança necessita de um bom acompanhamento nutricional para um desenvolvimento saudável no decorrer desse período, faz-se necessário também que exista uma melhor articulação entre serviço de saúde-família, para que estes, juntos, possam realizar ações de promoção à saúde da criança, na tentativa de se evitar que danos ocorram, bem como trabalhar as soluções para os problemas aqui detectados e agravos já existentes.

Pretendemos tornar este estudo um objeto que se converta em embasamento teórico para mudanças da realidade aqui comprovada. Esclarecidos com as conclusões a que chegamos deste trabalho, sugerimos para estudos posteriores um olhar especial para o desenvolvimento de novas estratégias que poderão proporcionar um melhor funcionamento do PNVITA nas ESFs de forma mais fidedigna com o preconizado pelo MS.

REFERÊNCIAS

ABBATE, L. S. Educação em saúde: uma nova abordagem. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out/dez. 1994. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 29 abr. 2011.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **SUS**: O que você precisa saber sobre o sistema único de saúde. São Paulo: Atheneu, 2008.

BENDER, D. A. As Vitaminas. In: GIBNEY, M. J; VORSTER, H. H.; KOK, F. J. **Introdução à Nutrição Humana**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

BENDER, D. A.; MAYES, P.A. Vitaminas e Minerais. In: MURRAY, R. K. et al. **Haper: bioquímica ilustrada**. 26. ed. São Paulo: Atheneu, 2006.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução por Antônio Pereira de Figueiredo. Erechin (RS): Edelbra, 2007. 750p. Il.

BLANK, D. Condutas Clínicas na Promoção da Saúde da criança e do Adolescente. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, Elsa R.J. **Medicina ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseado em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez.1990a.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez.1990b.

BRASIL. Portaria nº 2.160 de 29 de dezembro de 1994. Criar programa nacional de controle de deficiência de vitamina A. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 29 dez. 1994.

BRASIL. Portaria nº 710 de 10 de junho de 1999. Dispõe sobre a política nacional de alimentação e nutrição. **Diário oficial da União**, Brasília, DF, 10 jun. 1999. Disponível em:<
http://www.brasilsus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17291> Acesso em: 22 out. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Fundamentos Técnico-Científicos e Orientações Práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento**: Parte 2, Desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Guia Alimentar de Crianças Menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. 1 módulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. 2 módulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: identificar o tratamento. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003c. 3 módulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Eventos Adversos Pós-Vacinação**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais: pacto pela vida, em defesa do SUS e de gestão**. 2. ed. Brasília: Ed MS, 2006a. v.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Carências de Micronutrientes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. (Cadernos de Atenção Básica)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa-MS. Reforma sanitária e gestão estratégica e participativa: avanços e desafios nos 20 anos do SUS. In: SEMINÁRIO DE GESTÃO. ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. A sociedade no SUS fazendo um Brasil com mais saúde. 1, 2008, João Pessoa, 2008. **Anais...** João Pessoa: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente**. 3. ed. Brasília: MS, 2008b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de Vigilância Epidemiológica de Eventos Adversos Pós-Vacinação**. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

BUSS, P. M, PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n.1, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org>>. Acesso em: 29 abr. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução nº 311/2007. **Revoga a resolução COFEN nº 240/200 e apóia o novo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. 2007. Disponível em: <<http://corensp.org.br/072005/legislações/anexos/resolução-COFEN-311-2007-código-ética.pdf>> Acesso em: 12 jun. 2010.

DEL'PRIORE, M.; VENÂNCIO, R. **O Livro de Ouro da Historia do Brasil**. Rio de Janeiro: Ediouro, 2001.

EVANGELISTA, J. **Alimentos**: um estudo abrangente. São Paulo: Atheneu, 2005.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Práticas de Enfermagem**: ensinando a cuidar em saúde pública. 4. ed. São Caetano do Sul,SP: Difusão enfermagem, 2003.

FONTINELE JUNIOR, K. **Pesquisa em saúde**: ética, bioética e legislação. Goiânia: AB, 2003.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF)**. 2. ed. Goiânia: AB, 2008.

FRANCO, G. **Tabela de Composição Química dos Alimentos**. 9. ed. São Paulo,SP: Atheneu, 2007.

GALLAGHER, M. L. Vitamina. In: MAHAN, K. L.; ESCOTT-STUMP, S. **Krause**: alimentos, nutrição e dietoterapia. 11. ed. São Paulo: Roca, 2005.

GIL, Antônio Calos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

HEIRD, W. C. Vitaminas: deficiências e excessos. In: BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON, H. B. **Nelson**: Tratado de Pediatria. 17. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

KANE, A. B.; KUMAR, V. Patologia Nutricional e Ambiental. In: KUMAR, V. et al. **Robbins e Cotran**: Patologia: bases patológicas das doenças.8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A Construção do Saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas; amostragens e técnicas de pesquisa; elaboração, análise e interpretação de dados. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARZZOCO, A.; TORRES, B. B. **Bioquímica Básica**. 2. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 1999.

MIASSO, A. I. et al. O Processo de preparo e administração de medicamentos: identificação de problemas para propor melhorias e prevenir erros de medicação. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.14, n.3, p.354-363, maio/jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n3/v14n3a08.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2011.

OHARA, E. C. C.; SAITO, Raquel, X. S. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

OHARA, E. C. C.; SAITO, Raquel, X. S. **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2010.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RIBEIRO, M. C. S. Programa Nacional de Imunizações-PNI. In: ALEXANDRE, L. B. S. P; DAVID, R.(Org).**Vacinas**: orientações e praticas. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2008.

RIBEIRO, M. C. S. Programa Nacional de Imunizações-PNI. In: ALEXANDRE, L. B. S. P; DAVID, R.(Org).**Vacinas**: orientações e praticas. 2.ed. São Paulo: Martinari, 2010.

RICHARDSON, J. R. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

RIZZINI, I.; RIZZINI, I. **A Institucionalização de Crianças no Brasil**: percurso histórico e desafios do presente. 2. ed. Rio de Janeiro: PUC-Rio; São Paulo: Loyola, 2004.

RONCADA, M. J. Vitaminas Lipossolúveis. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J. E.; MARCHINI, J. S. **Ciências Nutricionais**. São Paulo: Sarvier, 1998.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

RUMEL, D. et al. Condições de Saúde da População Brasileira. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I; GIUGLIANI, E R.J. **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseado em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SANTANA, J. S. da S. O processo de exclusão In: RAMOS, F. R. S.; MONTICELLI, M.; NITSCHKE, R. G. (Org). **Associação Brasileira de Enfermagem Projeto Acolher: Um encontro da enfermagem com o adolescente brasileiro**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

SCHIRMER, J. et al. Cuidados Especiais no Ciclo Gravídico-puerperal de Alto Risco In:BARROS, S. M. O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica**. Guia para a Prática Assistencial. 2. ed. São Paulo: Roca, 2009.

SIQUEIRA, A. C., DELL'AGLIO, D. D. O impacto da institucionalização na infância e na adolescência: uma revisão de literatura. **Revista Psicologia e Sociedade**; v.18, n. 1, p. 71-80, jan./abr. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822006000100010&script=sci_arttext&lng=em>. Acesso em: 12 out. 2010.

SIZER, F.; WHITNEY, E. **Nutrição: conceitos e controvérsias**. 8. ed . Barueri, SP: Manole, 2003.

SMELTZER, S.C et al. **Brunner e Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v.1

TAKEDA, S. A Organização de Serviços de Atenção Primária à Saúde In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, Elsa R.J. **Medicina ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseado em Evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, E. M. **Educação Popular e a atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu _____,
declaro no presente termo de consentimento, que fui informada, a respeito da pesquisa que tem como tema **PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A**: uma avaliação do seu funcionamento em uma Unidade Básica de Saúde da Família no Município de Mossoró/RN, de forma clara, detalhada e por escrito. A pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Jussara Vilar Formiga e conta com a participação da pesquisadora Jacqueline Félix Fernandes da Silva.

Dessa forma a minha aceitação deu após eu ter sido informada pela pesquisadora participante que:

- a) Justifica-se pelo seu interesse em ter conhecimento sobre a participação das crianças no PNVITA neste local de estudo, como funciona a sua administração e que estratégias as ESF dispõe para a cobertura desta suplementação na população assistida.
- b) O objetivo da pesquisa visa avaliar o funcionamento do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A na concepção de mães responsáveis por crianças menores de cinco anos atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da Família no Município de Mossoró/RN.
- c) As informações serão obtidas por meio de um formulário com a pretensão de identificar os aspectos acima mencionados através de perguntas simples onde me serão apresentadas opções de resposta;
- d) Minha participação nesta pesquisa é voluntária, dessa forma tenho a liberdade para desistir a qualquer momento, se assim o decidir. Ainda trago assegurado essa liberdade sem quaisquer represálias atuais ou futuras, podendo remover meu consentimento em qualquer etapa do estudo, sem nenhum tipo de punição ou prejuízo;
- e) Será mantido em anonimato, minha identificação, assim como o caráter confidencial das informações relacionadas com a minha privacidade e a proteção da minha imagem pessoal;
- f) Poderei ter acesso aos dados do estudo em qualquer etapa da pesquisa;

g) A pesquisa apresenta riscos mínimos, que podem, por eventualidade, estarem relacionados à possível existência de algum constrangimento durante as respostas que constam no formulário, referente aos conhecimentos das mães. Porém o pesquisador afirma que utilizará de linguagem acessível às mães, e que serão preservados os direitos da pessoa humana;

Diante dos termos e considerando-me livre e esclarecida, aceito participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a característica intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a exposição a público dos resultados.

Jussara Vilar Formiga Pesquisadora Responsável– Telefone: (84) 9627-3276

Jacqueline Félix Fernandes da Silva – Pesquisadora Participante - Telefone: (84) 9911 7126

Mossoró-RN, _____ de _____ de 2010.

Pesquisadora Responsável

Pesquisadora Participante

Participante da Pesquisa/Testemunha

Participante

Endereço (Setor de Trabalho) da Pesquisadora Responsável:
Av. Presidente Dutra, 701 Bairro: Alto de São Manoel – Mossoró/RN
CEP: 59.628-000 Fone/Fax: (084) 3312-0143
e-mail: jussaravilar@facenemossoro.com.br

Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa
R. Frei Galvão, 12 Bairro: Gramame – João Pessoa/PB
CEP: 58.000-000 Fone: (083) 2106-7792
e-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B – FORMULÁRIO
FORMULÁRIO

1) CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1.1) Idade da mãe:

() menor 15 anos () 15 a 35 anos () 36 ou mais

1.2) Idade da Criança:

() 6m a 1 ano () 1 a 2 anos () 2 anos a 59 meses

1.3) Estado civil:

() casada () solteira () viúva () separada

1.4) Escolaridade

() analfabeto () até 4 anos () 4-8 anos () 8 anos ou +

1.5) Ocupação: _____

2) INFORMAÇÕES SOBRE O TEMA EM QUESTÃO

2.1) CONHECIMENTOS MATERNOS SOBRE VITAMINA A E O PNVITA

2.1.1) A Senhora tem conhecimento que existe aqui no CAIC um programa para suplementação de Vitamina A?

() sim () não

2.1.2) A Senhora sabe quais são as doenças decorrentes da carência de Vitamina A?

() sim () não

Quais _____

2.1.3) A Senhora sabe quais são os alimentos ricos em vitamina A?

() sim () não

Se sim:

Quais? _____

2.2 ABORDAGEM A CERCA DO FUNCIONAMENTO DO PNVITA NA UBSF

2.2.1) Com relação ao PNVITA, a Senhora já recebeu alguma informação dos profissionais de saúde a respeito dele?

() sim () não

2.2.2) A Senhora lembra se seu filho já recebeu aqui no CAIC alguma dose de vitamina A?

() sim () não

2.2.3) A Senhora já participou de alguma atividade educativa a respeito do programa de Suplementação de Vitamina A aqui no CAIC?

() sim () não

2.2.4) Registro das doses de vitamina A apontadas nas Cadernetas de Saúde das Crianças:

DN da Criança: ____/____/____

VITAMINA A (6 A 59 MESES)	Data da entrega:	Data da entrega:	Data da entrega:
	Data da entrega:	Data da entrega:	Data da entrega:
	Data da entrega:	Data da entrega:	Data da entrega:
	Data da entrega:	Data da entrega:	Data da entrega:

APÊNDICE C – TABELAS

Tabela 1: Caracterização da amostra segundo a idade

IDADE	Nº ABSOLUTO	%
Menor 15 anos	00	00%
15 a 35 anos	22	73%
36 ou mais	08	27%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 2: Caracterização da amostra segundo o estado civil

ESTADO CIVIL	Nº ABSOLUTO	%
Casada	22	73%
Solteira	08	27%
Viúva	00	00%
Separada	00	00%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 3: Caracterização da amostra segundo a escolaridade

NÍVEL DE ESCOLARIDADE	Nº ABSOLUTO	%
Analfabeta	00	00%
Até 4 anos de estudo	03	10%
4-8 anos de estudo	15	50%
8 anos ou mais de estudo	12	40%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 4: Caracterização da amostra segundo a ocupação

OCUPAÇÃO	Nº ABSOLUTO	%
Do lar	25	85%
Agricultora	01	03%
Funcionaria Pública	01	03%
Autônoma	01	03%
Estudante	01	03%
Comerciante	01	03%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 5: Distribuição da amostra segundo o conhecimento das mães acerca da existência do PNVITA

CONHECIMENTO DAS MÃES ACERCA DA EXISTÊNCIA DO PNVITA	Nº ABSOLUTO	%
Sim	14	47%
Não	16	53%

TOTAL	30	100%
-------	----	------

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 6: Distribuição da amostra segundo o conhecimento das mães acerca das doenças desencadeadas pela carência de Vitamina A

CONHECIMENTO DAS MÃES ACERCA DAS DOENÇAS DESENCADEADAS PELA CARÊNCIA DE VITAMINA A	Nº ABSOLUTO	%
SIM	03	10%
NÃO	27	90%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 7: Distribuição da amostra segundo o conhecimento de quais doenças decorrem da carência de Vitamina A

CONHECIMENTO DE QUAIS DOENÇAS DECORREM DA CARÊNCIA DE VITAMINA A	Nº ABSOLUTO	%
PROBLEMA NO OLHO	01	33%
CEGUEIRA	02	67%
TOTAL	03	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 8: Distribuição da amostra segundo o conhecimento das mães sobre os alimentos ricos em Vitamina A

SE AS MÃES TÊM CONHECIMENTO DOS ALIMENTOS RICOS EM VITAMINA A	Nº ABSOLUTO	%
SIM	05	17%
NÃO	25	83%
TOTAL		100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 9: Distribuição da amostra segundo conhecimento das mães acerca de quais são os alimentos ricos em Vitamina A

CONHECIMENTO DAS MÃES ACERCA DE QUAIS SÃO OS ALIMENTOS RICOS EM VITAMINA A	Nº ABSOLUTO	%

CENORA E MAMÃO	01	20%
BETERRABA, CENORA, GOIABA E ABACAXI	01	20%
CENORA E MANGA	01	20%
ACEROLA E LARANJA	01	20%
CENORA	01	20%
TOTAL	05	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 10: Distribuição da amostra segundo recebimento de informações por parte dos profissionais de saúde do CAIC- CARNAUBAL a respeito do PNVITA

SEGUNDO RECEBIMENTO DE INFORMAÇÕES POR PARTE DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE A RESPEITO DO PNVITA	Nº ABSOLUTO	%
SIM	07	23%
NÃO	23	77%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 11: Distribuição da amostra segundo conhecimento acerca do recebimento de doses de Vitamina A no CAIC Carnaubal

CONHECIMENTO ACERCA DO RECEBIMENTO DE DOSES DE VITAMINA A NO CAIC CARNAUBAL	Nº ABSOLUTO	%
SIM	13	43%
NÃO	17	57%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 12: Distribuição da amostra quanto à participação em atividade educativa a respeito de suplementação de Vitamina A no CAIC CARNAUBAL

PARTICIPAÇÃO EM ATIVIDADE EDUCATIVA A RESPEITO DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A NO CAIC CARNAUBAL	Nº ABSOLUTO	%
---	-------------	---

SIM	02	07%
NÃO	28	93%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 13: Caracterização da amostra segundo a idade da criança

IDADE	Nº ABSOLUTO	%
6meses-11meses 29 dias	15	50%
1 ano-23 meses 29 dias	07	23%
2 anos-4 anos 11meses 29 dias	08	27%
TOTAL	30	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

Tabela 14: Distribuição da amostra segundo o registro de no mínimo uma dose de Vitamina A nas Cadernetas de Saúde da Criança de acordo com a faixa etária

REGISTRO GRUPO ETÁRIO	SIM	NÃO	TOTAL
6meses-11meses 29 dias	08	07	15
1 ano-23 meses 29 dias	06	01	07
2 anos-4 anos 11meses 29 dias	08	00	08
TOTAL	22	08	30

Fonte: Pesquisa de campo (2011)

ANEXO

FACENE
FAMENE

FACULDADES DE ENFERMAGEM E DE MEDICINA NOVA ESPERANÇA

Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 3258, de 21.09.2005 e publicada no
DOU de 23.09.2005 Pg. 184 Seção 01.
Reconhecida pelo MEC: Portaria nº 1.084, de 28 de dezembro 2007, publicada no
DOU de 31 de dezembro de 2007, página 36, seção 1.



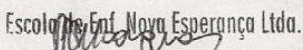
CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 196/96 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 1º Reunião Ordinária realizada em 27/01/2011 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "Programa nacional de suplementação de vitamina A: uma avaliação do seu funcionamento em uma Unidade Básica de Saúde da Família no município de Mossoró/RN", protocolo número: 05/11 e CAAE: 0063.351.000-11, da orientadora: Jussara Vilar Formiga e da aluna: Jaqueline Félix Fernandes da Silva.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão em 30/06/11, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

João Pessoa, 03 de Fevereiro de 2011

Escola de Enf. Nova Esperança Ltda.


Rosa Rita da Conceição Marques

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FACENE/FAMENE

Lígia Kelly de Sousa Lima