

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**Programa Brasileiro de Prevenção e Controle da
Deficiência de Vitamina A: percepções de beneficiários**

Juliane Berenguer de Souza Peixoto

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

**Orientador: Prof^o Dr^o Dixis Figueroa Pedraza
Co-orientadora Prof^a Dr^a Maria Gorete Lucena de Vasconcelos**

Campina Grande – PB
- 2011 –

Programa Brasileiro de Prevenção e Controle da Deficiência de Vitamina A: percepções de beneficiários

Juliane Berenguer de Souza Peixoto

**Dissertação apresentada à Universidade Estadual da
Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos
necessários para a obtenção do título de Mestre em
Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.**

**Orientador: Prof^o Dr^o Dixis Figueroa Pedraza
Co-orientadora Prof^a Dr^a Maria Gorete Lucena de
Vasconcelos**

**Campina Grande – PB
- 2011 –**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

P378p Peixoto, Juliane Berenguer de Souza.
Programa brasileiro de prevenção e controle da deficiência de vitamina A [manuscrito] : percepções de beneficiários / Juliane Berenguer de Souza. – 2011.

69 f.

Digitado
Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) –
Universidade Estadual da Paraíba, Pró-Reitoria de Pós-
Graduação e Pesquisa, 2011.

“Orientação: Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza,
Mestrado em Saúde Pública”.

“Co-Orientação: Prof. Dra. Maria Gorete Lucena de
Vasconcelos, Universidade Federal de Pernambuco”.

1. Vitamina A. 2. Promoção da saúde. 3. Saúde
Pública. I. Título.

21. ed. CDD 614.1

FOLHA DE APROVAÇÃO

Juliane Berenguer de Souza Peixoto

**Programa Brasileiro de Prevenção e Controle da Deficiência de Vitamina
A: percepções de beneficiários**

Orientador(a): Prof^o Dr^o Dixis Figueroa Pedraza

Co-orientadora Prof^a Dr^a Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Dissertação apresentada à Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, em cumprimento dos requisitos necessários para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública, Área de Concentração Saúde Pública.

Aprovada em 09 de Novembro de 2011

Banca Examinadora



**Prof. (a) Dr.(a): Dixis Figueroa Pedraza
Universidade Estadual da Paraíba**



**Prof. (a) Dr.(a): Gabriela Maria Cavalcanti Costa
Universidade Estadual da Paraíba**



**Prof. (a) Dr.(a): Lenilde Duarte de Sá
Universidade Federal da Paraíba**

DEDICATÓRIA

Dedico a minha vitória a minha família, em especial a meus queridos pais,
irmãos, sobrinhos, esposo e filhos por todas as minhas conquistas!
Aos meus avós exemplo de força e dedicação à família!
A Helena da Silva Freitas (in memória)!
Amo muito todos vocês!

AGRADECIMENTOS

A Deus por todas as bênçãos a mim concedida;

Ao meu esposo e filhos pela paciência dos momentos ausentes;

A Fundação de Apoio à Pesquisa no Estado da Paraíba (FAPESQ) pelo financiamento destinado a pesquisa;

Ao Prof. Dr. Dixis Figueroa Pedraza, a Profa. Dra. Adriana de Azevedo Paiva e a Profa. Dra. Maria Gorete de Lucena Vasconcelos pela dedicação à elaboração deste trabalho;

A Profa. Dra. Inácia Sátiro Xavier de França por ter participado da minha pré-banca;

A Profa. Dra. Lenilde Duarte de Sá e a Profa. Dra. Gabriela Costa por terem aceitado participar da banca de defesa da minha dissertação, apesar de tantos compromissos;

A Profa. Ms. Virginia Rossana de Sousa Brito amiga e companheira nessa caminhada;

Aos professores e coordenadores da Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Estadual da Paraíba;

Aos funcionários das Unidades Básicas de Saúde da Família que ajudaram a captar as participantes do estudo;

A Daiane, Márcia e os alunos de graduação que contribuíram para a pesquisa;

Aos colegas de trabalho pela compreensão dos momentos ausentes na equipe;

A Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande, em especial a Sandra, Gerente do Distrito II, pela liberação e compreensão da minha dedicação ao Mestrado;

A todos que de forma direta ou indireta foram indispensáveis a elaboração desta dissertação.

EPÍGRAFE

*Deus não escolhe os capacitados, mas capacita os
escolhidos!*

(Autor desconhecido)

PEIXOTO, J.B.S. Programa Brasileiro de Prevenção e Controle da Deficiência de Vitamina A: percepções de beneficiários.

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi avaliar a percepção da população beneficiária sobre o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no município de Campina Grande, Paraíba. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativa. Os sujeitos do estudo foram gestantes e responsáveis por crianças de seis a 59 meses de idade. A amostra foi definida pelo processo de saturação. Um roteiro de entrevista individual foi utilizado para a coleta dos dados, os quais foram analisados através da técnica análise de conteúdo. Quatro categorias temáticas foram reveladas através das falas: conhecimento do usuário sobre a vitamina A; visão geral do usuário sobre a suplementação; sinalização do usuário sobre limitações na operacionalização do Programa; participação ativa no Programa. As falas demonstraram falta de conhecimento sobre a vitamina A e comprometimento do acesso à informação sobre o Programa. Sendo assim, os resultados apontam para a necessidade de atividades educativas como ferramenta indispensável para fortalecer o Programa no município.

Palavras Chaves: Deficiência de Vitamina A, Serviços de Saúde, Pesquisa Qualitativa.

PEIXOTO, J.B.S. Brazilian Program for Prevention and Control of Vitamin A Deficiency: perceptions of beneficiaries.

ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the perception of the beneficiary population on the National Vitamin A Supplementation in Campina Grande, Paraíba. It is a descriptive exploratory study of qualitative nature. The study subjects were pregnant women and guardians of children six to 59 months of age. The sample was defined by the saturation process. An individual interview script was used to collect data, which was analyzed by content analysis. Four thematic categories were revealed through the words said: the user's knowledge about vitamin A, overview of the user of supplementation, signaling the user about limitations in the operationalization of the program, active participation in the program. The speeches showed a lack of knowledge about vitamin A and impairment of access to information about the program. Thus, the educational activities are recommended as an indispensable tool to strengthen the program in the city.

Keywords: Vitamin A Deficiency, Health Services, Qualitative Research.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	17
2.1 Considerações Iniciais	18
2.3 Vitamina A	20
2.4 Funções da Vitamina A	20
2.5 Deficiência de Vitamina A	21
2.6 Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A	23
2.7 Educação em Saúde	26
2.8 Promoção da Saúde	26
3 OBJETIVO	29
4 PERCURSO METODOLÓGICO	31
4.1 Tipo de Estudo	32
4.2 Contexto da Investigação	32
4.3 Plano Amostral	32
4.4 Operacionalização da Coleta de Dados	33
4.5 Análise das Informações	33
4.6 Aspectos Éticos	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	52
APÊNDICES	60
ANEXOS	67

LISTA DE ABREVIATURAS

DVA – Deficiência de Vitamina A

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan Americana da Saúde

PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde

UNICEF – United Nations Children's Fund

IVACG – International Vitamin A Consultive Group

INAN – Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição

PNVITA – Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A

PSF – Programa Saúde da Família

ESF – Estratégia Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSFs – Unidades Básicas de Saúde da Família

PB – Paraíba

ACS – Agente Comunitário de Saúde da Família

FAPESQ - Fundação de Apoio à Pesquisa no Estado da Paraíba

CEP – Comitê de Ética em pesquisa

UEPB – Universidade Estadual da Paraíba

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UI – Unidades Internacionais

PNAN - Política Nacional de Alimentação e Nutrição

SAN - Segurança Alimentar e Nutricional

SUS - Sistema Único de Saúde

SISAN - Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional

APRESENTAÇÃO

O primeiro contato que tive com a vitamina A foi em 2004 quando iniciei minhas atividades profissionais na Estratégia de Saúde da Família (ESF) numa área rural num município da Paraíba. Na função de enfermeira uma de minhas atribuições era administração de vacinas e, atrelada a esta, a suplementação da vitamina A.

Antes disso não tinha conhecimento que a administração da vitamina A fazia parte de um Programa específico do Ministério da Saúde. Não comento isto apenas enquanto estudante de enfermagem que fui, mas atualmente como profissional do Serviço de Atenção Básica. Não recebi treinamento sobre a suplementação da vitamina A nem esclarecimentos sobre o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNVITA). O conhecimento restrito que tinha era que as “amarelinhas” (100.000UI) eram para ser administradas em crianças menores de um ano e as “vermelhinhas” (200.000UI) em crianças menores de cinco anos. A coloração

Em 2009 surgiu a oportunidade da seleção para o Mestrado em Saúde Pública e a satisfação da aprovação. Foi a partir deste momento que a vitamina A e o PNVITA começaram a fazer parte da minha história como mestranda e como profissional. Durante o mestrado participei do projeto **“Intervenção educativa envolvendo os profissionais da saúde e a população-alvo: impacto na operacionalização e nos resultados do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no município de Campina Grande – PB”**, coordenado pela Prof. Dra. Adriana de Azevedo Paiva, financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa no Estado da Paraíba (FAPESQ), e deste retirei um recorte para a elaboração da minha dissertação.

A escolha do tema não poderia ter sido mais propícia. No decorrer da pesquisa e da elaboração desta dissertação, cada nova descoberta gerava reflexões sobre o meu processo de trabalho, conhecimentos sobre o tema que é considerado como de relevância para a saúde pública e transformação na minha atuação profissional.

Este contexto remete a importância da capacitação profissional para a atuação em Políticas Públicas e Programas do Ministério da Saúde, pois o profissional está diretamente ligado ao êxito ou ao fracasso da operacionalização destes.

Apresente pesquisa tem o intuito de responder a seguinte pergunta:

- Como as gestantes e os responsáveis por crianças de 6 a 59 meses de idade percebem o funcionamento da suplementação da vitamina A na Unidade Básica de Saúde da Família no município de Campina Grande?

A estrutura desta dissertação está organizada da seguinte forma: o primeiro capítulo se refere à introdução sobre o tema, o segundo capítulo consta o referencial teórico, os quais foram fundamentados em artigos originais selecionados nas Bases de Dados Bibliográficos

LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências), MEDLINE (National Library of Medicine) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online). O terceiro capítulo é referente ao percurso metodológico do estudo. O quarto capítulo refere-se aos resultados e discussão do estudo e o quinto capítulo corresponde às considerações finais. O resultado deste estudo ocasionou um artigo original, intitulado “Programa Brasileiro de Prevenção e Controle da Deficiência de Vitamina A: percepções de beneficiários”, que foi encaminhado para publicação em revista indexada (Anexo 2).

Acredito que os resultados obtidos neste estudo possam trazer subsídios para propostas de atividades educativas junto à população-alvo do Programa, com o intuito de divulgar a vitamina A, a deficiência de vitamina A, a importância do PNVITA e a prática de uma alimentação saudável para o combate às carências nutricionais.

1 INTRODUÇÃO

A vitamina A é essencial à manutenção das funções fisiológicas do organismo, atuando no ciclo visual, na integridade e diferenciação epitelial, no sistema imunológico e no crescimento e desenvolvimento. A Deficiência de Vitamina A (DVA) é um problema de Saúde Pública a nível mundial¹.

A população, de um modo geral, pode ser acometida por esta deficiência, no entanto, as gestantes, os lactentes e os pré-escolares constituem os grupos de maior vulnerabilidade². A vulnerabilidade das crianças em idade pré-escolar justifica-se por, estas, estarem mais susceptíveis a infecções e por isso necessitarem de uma maior quantidade deste micronutriente para obter um crescimento adequado³.

A DVA é considerada como uma das carências nutricionais mais prevalentes em todo o mundo, afetando grande parte da população infantil de países subdesenvolvidos, principalmente as crianças menores de cinco anos de idade. Estimativas apontam que cerca de 127 milhões de crianças no mundo apresentam DVA⁴.

Os dados epidemiológicos descrevem a DVA como um problema de Saúde Pública, principalmente nas regiões mais pobres do mundo⁵. Estima-se que na América Latina houve uma redução da prevalência de DVA em alguns países, mas esta deficiência ainda é considerada como um problema de Saúde Pública⁶.

O Brasil é considerado como uma região vulnerável à DVA e o Nordeste do país é a área de maior risco para esta deficiência. Estudos realizados em estados da região (Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte e Sergipe), demonstram que essa deficiência constitui um problema nutricional prevalente em crianças dessa região^{7,8}.

Apesar dos esforços das esferas federal, estadual e municipal para prevenir e controlar a DVA, estudos realizados com crianças menores de seis anos de idade na Paraíba revelaram que esta deficiência é considerada como um problema de Saúde Pública de grau moderado a severo e que este panorama vem se mantendo ao longo do tempo. A primeira pesquisa, realizada na década de 80, constatou prevalência de DVA em torno de 16%⁹; de forma simultânea, vários casos de xerofthalmia grave foram registrados no Hospital Universitário de João Pessoa⁶. Em 1992, praticamente uma década após a implantação do programa nacional de combate à DVA na Paraíba, outro estudo³ revelou uma significativa redução dos casos de xerofthalmia em crianças, no entanto a deficiência subclínica permanecia elevada (16%)³. Estudo recente realizado na Paraíba indica que, apesar das ações de prevenção e controle da DVA realizadas no Estado, o problema configura-se como grave¹⁰.

Estudo apontou falhas e dificuldades na operacionalização do PNVITA em nove municípios (Belém do Brejo do Cruz, Boa Ventura, Campina Grande, Conceição, João Pessoa, Malta, Patos, Pedra Branca e São Jose de Espinharas) estudados no estado da Paraíba. Foi constatado também o desconhecimento sobre o programa por parte da população-alvo¹¹.

A Paraíba foi um dos estados pioneiros na implantação do programa de suplementação de vitamina A no Brasil, na década de 80, apresentando, entre os demais estados contemplados, uma maior cobertura e regularidade¹². O programa encontra-se implementado em todos os municípios do estado, sendo realizado principalmente nas rotinas da Atenção Básica. Na atenção básica, mais especificamente na Estratégia Saúde da Família (ESF), a equipe multiprofissional é responsável pela execução do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNVITA). As atribuições da equipe consistem na administração de megadoses de vitamina A em crianças de seis a 59 meses de idade, em associação a estratégias de educação em alimentação e nutrição¹³. O PNVITA também preconiza que as mulheres no pós-parto imediato sejam suplementadas, com o intuito de beneficiar à puerpéra e garantir, através do leite materno, um aporte adequado de vitamina A para as crianças menores de seis meses. Deste modo, as ações do PNVITA visam à redução e erradicação da DVA¹³.

Levando em consideração os desafios do PNVITA no Brasil, e especificamente no estado da Paraíba, a escassez de estudos qualitativos sobre a DVA e o Programa e com o intuito de detectar os fatores que podem interferir negativamente na operacionalização do PNVITA no município de Campina Grande, foi delineada esta pesquisa. Sua finalidade consiste na obtenção de informações a respeito do conhecimento da população-alvo do PNVITA, a qual servirá como base para o planejamento de atividades educativas destinadas a esta população, no que diz respeito a hábitos alimentares saudáveis, DVA e ao Programa supracitado. Contribuindo, assim, com a prática de atividades educativas, a operacionalização do Programa e, conseqüentemente, para o controle e prevenção da DVA.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O estado nutricional pode ser definido como o resultado da disponibilidade e da utilização de energia e nutrientes pela célula. Com base nesse conceito, uma pessoa é considerada “normal” quando a oferta de energia e nutrientes satisfaz as necessidades orgânicas. Quando o resultado da relação oferta/consumo for positivo pode ocorrer o desenvolvimento das doenças de excessos, sendo a obesidade a principal representante. Quando a relação entre a disponibilidade de nutrientes e energia for negativa, ou seja, esteja abaixo das necessidades orgânicas, vão ocorrer as chamadas doenças carenciais⁵.

No Brasil, os desafios encontrados para que a população alcance um nível satisfatório de nutrição são inúmeros. A complexidade dos problemas alimentares, advindos da transição nutricional em curso no país, tem imposto reformulações ao setor, a fim de responder as novas demandas alimentares. A transição nutricional pode ser conceituada como um fenômeno no qual ocorrem mudanças nos padrões de distribuição dos problemas alimentares de uma população¹⁴.

As variáveis responsáveis pelas mudanças nutricionais no Brasil são: redução da natalidade, melhoria do saneamento básico, combate às doenças infecciosas, prevenção de agravos imunopreveníveis, elevação do nível de escolaridade materna, modificações no consumo alimentar, acesso às ações básicas de saúde e aumento do poder aquisitivo familiar, principalmente nas populações mais desfavorecidas economicamente^{15,16,17}.

Além dessas variáveis, os programas de nutrição promovidos pelo setor saúde como o incentivo ao aleitamento materno, do setor da assistência social como o Bolsa Família, ou ainda, projetos de menor escala, como o Programa de distribuição de leite, mantidos por governos estaduais em São Paulo, Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e outras Unidades Federativas, são possíveis fatores responsáveis por esta transição epidemiológica nutricional¹⁵.

As mudanças nos hábitos e nas práticas alimentares são construídas com base em determinações socioculturais. Sob este contexto, observa-se que a mídia desempenha um papel fundamental na construção e desconstrução desse consumo alimentar. No mundo contemporâneo, a inserção da mulher no mercado de trabalho, a dinâmica do mundo moderno e o acesso a produtos industrializados e pré-processados pelos vários segmentos da sociedade mudou o perfil do consumo alimentar no âmbito do domicílio na sociedade brasileira¹⁸.

A má-alimentação da população brasileira também é responsável pela desnutrição e pelo excesso de peso e obesidade. Essa mudança de prática alimentar reflete não só no sistema de saúde nacional, mas em todo o contexto cultural, social e econômico do país, repercutindo negativamente no desenvolvimento do potencial humano¹⁹.

As mudanças ocorridas no panorama nutricional se desenvolveram silenciosamente e a sua magnitude só foi percebida quando o sobrepeso/obesidade, por um lado, e as carências nutricionais específicas, por outro, alcançaram mais da metade da população de adultos e quase a metade da população de crianças²⁰.

Com o objetivo de combater os danos causados pela escassez alimentar e a pobreza, principalmente, no que se refere à desnutrição infantil e materna, além de tentar extinguir as altas taxas de prevalência de sobrepeso e obesidade decorrentes da má alimentação foi aprovado, em 1999, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN)²¹.

A PNAN parte do princípio de que todo brasileiro tem direito a uma alimentação saudável, acessível, de qualidade, em quantidade suficiente e de modo permanente. Já a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) abrange a implementação de políticas públicas e estratégias sustentáveis e participativas de produção, comercialização e consumo de alimentos, respeitando-se os aspectos culturais brasileiros²².

A avaliação da SAN é de responsabilidade da esfera municipal devido ao processo de descentralização imposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), conseqüentemente o município também tem o dever de implementar ações voltadas para a SAN. Considerando o exposto, o município deve ser capaz de identificar os grupos socialmente vulneráveis ao problema, além de acompanhar e avaliar os resultados das ações destinados a estes grupos²³.

O Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (SISAN) é responsável por garantir a SAN e nesse sentido tem o objetivo de propor e implementar políticas, planos, programas e ações com o intuito de assegurar o direito humano à alimentação adequada. Essas propostas devem ser elaboradas pelo poder público junto com a sociedade civil organizada²¹.

Considera-se SAN como o direito social de viver sem fome, ou seja, é a possibilidade de autonomia do acesso ao alimento uma, duas, três ou mais vezes por dia todos os dias de vida do ser humano. A transição da fome para a SAN está diretamente ligada com ganhos sociais, empregos e políticas sociais eficazes que garantam direitos sociais²⁴.

No que diz respeito às deficiências de micronutrientes, em especial de vitamina A, ferro e zinco, elas suscitam grande preocupação, pelo fato de que na gestação e na lactação tais deficiências têm efeitos deletérios para a saúde do binômio mãe-filho, resultando no aumento das taxas de morbimortalidade²⁵.

2.2 VITAMINA A

A vitamina A é uma vitamina lipossolúvel, que pode ser encontrada no organismo sob a forma de retinol, retinaldeído e ácido retinóico. Encontra-se armazenada no fígado, na forma de retinol, o qual é liberado continuamente na circulação sanguínea mantendo uma concentração constante, com valor ideal de 30 a 70 mcg/dl^{26,27}. Pode ser obtida nos alimentos sob a forma de pró-vitamina A e a vitamina A pré-formada. A pró-vitamina A está presente nos alimentos de origem vegetal e se converterá em vitamina A no organismo, já a vitamina A pré-formada é encontrada nos alimentos de origem animal²⁸.

As principais fontes alimentares de carotenóides pró-vitamina A são os vegetais folhosos verde-escuros, frutas amarelo-alaranjadas, raízes alaranjadas e os óleos das palmas¹. Exemplos dessas fontes vegetais são: a manga, o mamão, a cenoura, a abóbora, o caruru, o óleo de dendê, o óleo de pequi e o óleo de pupunha³. As fontes ricas em vitamina A pré-formada são a gema de ovo, derivados do leite como manteiga e queijo, fígado e outras vísceras^{1,30}. É importante salientar que uma dieta pobre em gordura ou presença de doenças que interfiram na digestão e absorção de gorduras (por exemplo, diarreias frequentes) pode impedir a absorção eficiente de retinol e carotenóides²⁸.

A concentração de vitamina A encontrada nas frutas é inferior a dos legumes, no entanto, as frutas têm uma maior aceitabilidade, principalmente por crianças, por isso as frutas são recomendadas na dieta das crianças como medida de intervenção em Programas de prevenção da DVA^{1,29}.

2.3 FUNÇÕES DA VITAMINA A

No ciclo visual, a vitamina A atua em combinação com a proteína opsina no segmento exterior dos bastonetes da retina. A opsina produz a rodopsina que é um pigmento visual dos bastonetes importante para proporcionar boa visibilidade em locais com pouca luminosidade.

A hipovitaminose A compromete o ciclo visual dificultando a adaptação em ambientes com baixa luminosidade, sendo este processo conhecido como cegueira noturna²⁹.

A vitamina A atua na diferenciação celular e em células produtoras de queratina nos diversos tecidos epiteliais, quando ocorre a DVA no organismo há ressecamento epitelial denominado de xerose, o qual se manifesta geralmente na córnea e conjuntiva²⁹. Atua no desenvolvimento dos tecidos ósseos e dentários e estimula e controla a diferenciação do muco secretado pelo trato respiratório. Quando o organismo apresenta hipovitaminose A fica mais susceptível à infecção³⁰. A vitamina A também atua na manutenção da imunidade através das células T, na ativação de macrófagos e principalmente na atividade dos linfócitos²⁹.

Este micronutriente é essencial durante períodos de proliferação e rápida diferenciação celular, como na gestação, período neonatal e infância^{31,32}. Nas gestantes, tanto a ingestão excessiva quanto deficiente de vitamina A está associado a defeitos congênitos cerebrais, oculares, auditivos, do aparelho geniturinário e cardiovascular e pode até causar morte fetal³³.

Em síntese, os micronutrientes podem ser definidos como substâncias essenciais para as funções orgânicas, sendo necessários em pequenas quantidades. A vitamina A é um micronutriente fundamental para o funcionamento adequado da visão, crescimento, integridade e diferenciação epitelial, produção de células sanguíneas, imunidade e reprodução. No entanto, não pode ser sintetizado pelo organismo e, deste modo, deve ser obtido através da dieta. Uma ingestão dietética pobre em vitamina A pode levar ao quadro de DVA^{1,34}.

2.4 DEFICIÊNCIA DE VITAMINA A

Especialistas relatam que o termo deficiência indica uma situação que pode ser clínica ou subclínica e que esta, por sua vez, pode ser grave, moderada ou leve. No caso da DVA, considera-se clínica (xerofthalmia) quando há presença de sinais físicos, e subclínica, quando a vitamina A sanguínea estiver em concentrações suficientemente baixas para causar consequências deletérias à saúde²⁹. Estima-se que no mundo cerca de 250 milhões de crianças tenham risco de obter a DVA, principalmente nos países em desenvolvimento³⁵.

A DVA manifesta-se no mundo devido a dietas inadequadas, hábitos culturais acirrados, desmame precoce, condições sócio-econômicas desfavorecidas, problemas na absorção, no transporte e no metabolismo da vitamina A^{1,34}. O aumento das necessidades fisiológicas nos períodos de rápido crescimento, gestação e lactação, também contribuem para esta deficiência. Além desses fatores, os países em desenvolvimento estão mais sujeitos a

DVA devido à falta de saneamento, desnutrição, baixo peso ao nascer, infecções e alta morbidade na infância³⁶. A exposição prolongada a DVA pode levar a doenças como a xerofthalmia, principal causa de cegueira evitável no mundo e diminuir a resistência à infecção o que pode agravar doenças infecciosas e levar ao risco de morte³⁴.

Os recém-nascidos, as gestantes, as puérperas e os pré-escolares (menores de cinco anos) são considerados grupos de risco para esta deficiência devido ao aumento da demanda nutricional necessárias para suprir o expressivo crescimento ou desenvolvimento destas fases³⁸. Sendo assim, a DVA tem um impacto negativo na saúde e nutrição de mulheres e crianças. Esta carência nutricional compromete a saúde reprodutiva da mulher e prejudica o desenvolvimento infantil³⁸.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS)³⁴, 122 países têm a DVA classificada como um problema de Saúde Pública moderado a grave em crianças pré-escolares, e em 88 países essa deficiência em gestantes está classificada como um problema de Saúde Pública grave. A OMS relata ainda que a DVA afeta cerca de 33,3% de crianças em idade pré-escolar e 15,3% de gestantes no mundo, sendo as regiões da África do Sul e Leste da Ásia as de maior concentração para o risco de DVA³⁴.

A Organização Pan Americana da Saúde (OPAS)³⁹ refere que a DVA é uma das principais causas de cegueira na infância nos países em desenvolvimento. Estudos demonstram que o número de crianças em idade pré-escolar afetado pela xerofthalmia, que representa o quadro clínico da DVA, provavelmente vem diminuindo no mundo, no entanto, o número de crianças e gestantes com DVA diagnosticado por exames bioquímicos vem aumentando. Este fato, possivelmente, deve-se a métodos de avaliação mais eficazes e maior abrangência da população a ser avaliada³⁴.

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS)⁴⁰, identificou que 59,5% das crianças brasileiras menores de cinco anos apresentam níveis baixos de retinol sérico, concentrando as maiores taxas no Nordeste (19,0%) e no Sudeste (21,6%) do país. A DVA é responsável por 23% das mortes de crianças por diarreia²², sendo esta deficiência considerada como um problema de Saúde Pública no Brasil⁴¹. A prevalência da DVA em crianças em idade pré-escolar está presente em vários estados brasileiros, principalmente na região Nordeste e parte da região Sudeste, em algumas regiões esta deficiência é endêmica, inclusive apresentando-se como um problema de saúde pública grave^{13,41,42}.

A DVA já foi detectada em Estados como Piauí⁸, Sergipe³¹, Ceará⁴¹, Rio de Janeiro⁴¹, São Paulo^{41,43}, Minas Gerais^{41,43}, Pernambuco^{41,43}, Paraíba^{41,43}, Bahia^{41,43}, Amazonas^{41,43}, Rio

Grande do Norte⁴³, Santa Catarina⁴³ e Distrito Federal⁴⁴. Estudo⁴⁵ realizado em creches públicas de Recife-PE, bem como o realizado⁴⁶ em creche pública de Teresina-PI, revelam a DVA como um problema de magnitude leve, enquanto que estudo³¹ realizado em 16 municípios do estado de Sergipe e um outro em creches comunitárias no município de Teresina-PI⁸, descrevem a DVA como um importante problema de saúde pública. No que se refere ao estado da Paraíba, no qual o município de Campina Grande, cenário do estudo, está inserido, a prevalência de DVA foi caracterizada como um problema grave em pré-escolares¹⁰.

2.5 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

A distribuição da carência de vitamina A no território brasileiro bem como as suas conseqüências foram os fatores que levaram o Brasil a iniciar ações para seu combate e controle^{12,47}. A intenção de início foi desenvolver uma intervenção semestral com doses de vitamina A e fortificação de açúcar na região Nordeste para o combate à vitamina A no Brasil, no ano de 1979. No entanto, esse projeto não foi executado devido à falta de dados epidemiológicos que o justificassem¹².

A partir de 1983 as atividades de combate a DVA foram realmente colocadas em prática no país. A estratégia utilizada na época era a administração de megadoses de vitamina A para pré-escolares nos Dias Nacionais de Vacinação, em áreas específicas consideradas de alto risco para DVA, sendo o Brasil o país pioneiro na iniciativa da associação da vitamina A as campanhas de vacinação¹². Essa iniciativa brasileira foi preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), United Nations Children's Fund (UNICEF) e o International Vitamin A Consultative Group (IVACG) como forma de combater a DVA a curto prazo nos países onde a DVA era considerada endêmica³².

A distribuição de megadoses da vitamina A, no Brasil, ocorreu de forma descontínua durante uma década, sendo observadas intervenções mais positivas nos estados da Paraíba e de Pernambuco, apesar das oscilações de sua cobertura¹². O Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A foi normatizado em 1994, no âmbito do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), através da Portaria 2.160 que possibilitou a sua expansão para um maior número de estados brasileiros⁴⁸.

Em 1998, com a extinção do INAN, o Programa ficou sem estrutura normativa e praticamente estagnado. O problema só veio a ser sanado em 2005 com a publicação da

Portaria 729 de 13 de maio de 2005¹³ que instituiu o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNVITA)⁴⁸. A partir desse momento o Programa vem obtendo melhoras de cobertura, porém sem um sistema de monitoramento e vigilância que possibilite a avaliação do impacto a partir dos dados gerados nos serviços de saúde^{12,47}.

Atualmente o PNVITA tem como estratégias de controle e prevenção à DVA a suplementação de megadoses de vitamina A as crianças de seis a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato que residam em áreas de risco para esta deficiência, além de ações educativas que levem a população a consumir alimentos fontes de vitamina A, aleitamento materno e práticas alimentares saudáveis⁴⁹.

O Programa distribui cápsulas de 100.000 UI para crianças de seis a 11 meses de idade e de 200.000 UI para crianças de 12 a 59 meses de idade, estas, por sua vez, são acompanhadas e assistidas por uma equipe do Programa de Saúde da Família (PSF) ou por uma Unidade Básica de Saúde (UBS). As megadoses de vitamina A devem ser administradas a cada seis meses. A suplementação de vitamina A é distribuída nas campanhas de vacinação e na rotina das Unidades Básicas de Saúde (UBS). As puérperas devem receber uma suplementação de 200.000 UI no pós-parto imediato, antes da alta hospitalar, com o intuito de aumentar a concentração de vitamina A no leite materno⁴⁹.

A suplementação de vitamina A em crianças está relacionada com a redução em torno de 23% a 30% na mortalidade geral de crianças com idade entre seis meses a cinco anos. Esta intervenção também diminui a gravidade dos quadros de diarreia e sarampo reduzindo, assim, o risco de morte associado a essas doenças, bem como, tem um efeito protetor em relação ao peso ao nascer e a redução da mortalidade em crianças que vivem com AIDS. A suplementação com vitamina A no pós-parto imediato tem efeito protetor na morbidade materna⁵⁰.

É importante destacar que o Ministério da Saúde distribui cápsulas de vitamina A desde 1983, no entanto, estudos ainda detectam prevalência elevada da DVA em alguns estados brasileiros. Este fato só vem a confirmar que se faz necessário outras estratégias associadas a essa distribuição de vitamina A para se obter uma diminuição da ocorrência desta deficiência².

Apesar de implantado há anos no Brasil, o PNVITA não tem uma avaliação sustentada, sendo escassos os documentos referentes à sua implantação, implementação e consolidação. No que diz respeito à cobertura populacional, os avanços entre 1983 a 1992 foram modestos devido à irregularidade da distribuição das cápsulas de vitamina A^{12,47}, que, a

partir de 1994, teve uma melhora vinculada a instituição da portaria 2.160 e a legalidade do Programa¹².

A meta estabelecida pelo PNVITA para cobertura da distribuição de megadoses de vitamina A é de 100% para crianças de seis a 11 meses; 100% para primeira dose e 60% para segunda dose em crianças de 12 a 59 meses nas regiões consideradas endêmicas para DVA. No município de Campina Grande (PB) a meta estabelecida para 2010 foi de 5.083 doses de suplementação de vitamina A para crianças de seis a 11 meses, no entanto só 4.057 doses (79,8%) foram administradas. Com relação às crianças de 12 a 59 meses foi definido a meta de 28.016 para a primeira dose, sendo administradas apenas 16.117 doses (57,53%); e 16.809 para a segunda dose, porém somente 7.119 (42,35%) foram suplementadas⁵¹.

Dois estudos avaliando o impacto do PNVITA com enfoque na população-alvo analisaram o grau de conhecimento das famílias beneficiadas em relação à vitamina A⁴⁷ e o funcionamento do Programa sob a perspectiva dos responsáveis por crianças menores de cinco anos⁵². Esses estudos detectaram desconhecimento sobre a vitamina A, a DVA e o Programa, condição que pode interferir diretamente na adesão da população-alvo às ações do Programa e repercutir em baixos percentuais de cobertura do mesmo⁵². Constatou-se também que a recomendação do PNVITA da prática de educação em saúde sobre o Programa e hábitos alimentares saudáveis não estão sendo desenvolvidos, fato que pode refletir negativamente na operacionalização do Programa e contribuir para manter elevada a prevalência da DVA nas regiões de risco para esta deficiência^{47,52}.

Além destes estudos, uma pesquisa realizada em 2007 no Estado da Paraíba demonstrou falhas em relação à operacionalização do Programa em nove cidades do estado, evidenciando, sobretudo, a necessidade de fortalecimento das ações educativas junto aos profissionais da saúde e à população-alvo¹¹.

Com relação à educação em saúde, é importante destacar que os saberes não podem ser simplesmente transferidos, mas estimulados a serem construídos, levando os educandos (população-alvo) a construção e reconstrução do saber junto com o educador (profissionais de saúde), ambos inseridos no processo de cuidar e educar em saúde⁵³. A educação em saúde deve constituir como uma ferramenta imprescindível para a noção de autocuidado, ou seja, é através dela que se adquirem subsídios para a prática de uma vida saudável⁵⁴.

2.6 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação em saúde tradicional é marcada pela dominação, afirmação de um saber dominante e com foco na responsabilização do indivíduo pela redução dos riscos a sua saúde⁵⁵. A educação em saúde desenvolvida por profissionais de saúde que se encontram inseridos na ESF é voltada para as doenças e tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos permeada pela imposição e relação vertical⁵⁶.

Contrário ao exposto a prática da educação em saúde deve ser direcionada a um exercício de convivência entre profissionais de saúde e comunidade com brechas para que a solução dos problemas seja construída em conjunto com o intuito de que provoquem uma mobilização social e conseqüentemente mudanças de atitude. Desta forma, o profissional de saúde não aponta o que fazer e sim, constrói junto como fazer⁵⁷.

Na concepção de Paulo Freire não há como passar de uma consciência ingênua para uma consciência crítica sem o auxílio de uma obra educativa⁵⁸. Uma educação em saúde baseado na educação popular traz o conhecimento como um processo de construção coletiva valorizando o saber do outro e aproximando as ações de saúde a uma assistência integral⁵⁵.

A educação em saúde não pode ser entendida como definição de comportamentos corretos a serem seguidos pelos sujeitos sociais. Em sentido amplo a educação em saúde cria oportunidades para que os sujeitos sociais se tornem críticos e mantenham uma interação dialogada com vistas a uma construção de respostas sociais significativas⁵⁹.

Fazendo uma analogia do dever do médico e do professor identifica-se que ambos têm a obrigação de colaborar para a superação cultural, educacional e sanitária da sociedade⁶⁰. A autora se permite ir além da declaração de Rodriguez, Kolling e Mesquida determinando que o dever de educar não é só do médico e sim de todos os profissionais de saúde, estejam estes inseridos na atenção básica ou no serviço hospitalar.

Portanto, a educação em saúde é relevante para gerar uma reflexão e mudança comportamental nos indivíduos e deve ser planejada de forma a garantir um efeito intencional sobre a própria saúde na perspectiva da promoção da saúde⁶¹.

2.7 PROMOÇÃO DA SAÚDE

As cartas escritas após as Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, as quais representam um acordo firmado entre os países para práticas relacionadas a promoção

da saúde concentra esforços direcionados a construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletividades, com grandes investimentos na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A promoção da saúde vem a ser definida como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de organizar ações de saúde articulado às demais políticas e tecnologias com o intuito de contribuir na construção de ações que possibilitem responder às necessidades sociais⁶².

A política de promoção da saúde está centrada no cuidar da vida de modo que possa reduzir a vulnerabilidade ao adoecer, a incapacidade, o sofrimento crônico e a morte prematura de indivíduos ou de coletividades. É impossível que o setor sanitário responda sozinho à transformação dos determinantes e condicionantes da saúde para garantir opções saudáveis à população. Sob este contexto, para a implantação da promoção da saúde faz-se necessário uma política transversal, integrada e intersetorial, envolvendo não só o setor sanitário, mas outros setores do governo, setores privados, setores não-governamentais e a sociedade, num compromisso de co-responsabilidade onde todos são partícipes no cuidado com a saúde para a obtenção da qualidade de vida da população⁶².

Uma ação de saúde voltada para a promoção da saúde deve deslocar seu olhar e a escuta da doença para os sujeitos, com o intuito de promover a autonomia no que diz respeito ao processo do cuidado à saúde, uma vez que, esses sujeitos são responsáveis pela criação da sua própria vida. Política que deve estar centrada nos sujeitos (usuários e profissionais da saúde) como protagonistas do processo da produção em saúde voltados para serviços e ações que transformem o modo de vida e a capacidade de auto-regulação do indivíduo, dificultando, assim, sua exposição a riscos e reduzindo a vulnerabilidade da população⁶³.

A promoção da saúde aponta para o redirecionamento das políticas e programas de saúde no país, fazendo-se necessário mudanças nas ações tradicionais no campo da saúde pública, inclusive, no que diz respeito às práticas nutricionais⁶⁴.

A Declaração de Adelaide, documento produzido na II Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em 1988 na Austrália, que destacou como uma das áreas prioritárias para a promoção da saúde a alimentação e a nutrição. Esta Declaração recomenda que os governos implementem ações diretas em todos os níveis para a garantia do acesso à alimentação de qualidade e em quantidade suficiente. Tais ações devem ser implementadas com a integração entre os setores de produção, distribuição e acesso aos alimentos⁶⁵.

No Brasil estabelecer ações direcionadas à capacitação dos indivíduos com o propósito de garantir condições para que a população possa exercer sua autonomia, optando, assim, por escolhas alimentares mais saudáveis é uma estratégia fundamental para o exercício e fortalecimento da cidadania alimentar⁶⁶.

Vale ressaltar que as práticas alimentares surgem de conhecimentos, das vivências e das experiências familiares, e são também construídas a partir das condições sócio-econômicas e culturais⁶⁶. Sendo assim, a falta de resolução dos problemas alimentares leva à desnutrição, carências nutricionais e obesidade bem como aos agravos relacionados a ela.

3 OBJETIVO

GERAL:

Analisar a compreensão e a participação da população beneficiária no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no município de Campina Grande-PB.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo exploratório, descritivo e de natureza qualitativa com o objetivo de apreender a compreensão dos beneficiários do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNVITA). O presente estudo é um recorte da pesquisa **“Intervenção educativa envolvendo os profissionais da saúde e a população-alvo: impacto na operacionalização e nos resultados do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no município de Campina Grande – PB”**, financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa no Estado da Paraíba (FAPESQ), Edital 01/2008.

A pesquisa qualitativa foi escolhida com o intuito de interpretar as falas dos beneficiários do PNVITA sobre o Programa, o qual será explorado através de uma entrevista permitindo, assim, uma maior valorização do contato pessoal⁶⁷. Além disso, a pesquisa qualitativa investigou o entendimento dos beneficiários do PNVITA quanto a crenças, valores e atitudes particulares sobre o tema⁶⁸.

4.2 CONTEXTO DA INVESTIGAÇÃO

A pesquisa teve como cenário as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) do município de Campina Grande-PB. A cidade de Campina Grande está localizada no agreste da Paraíba, distante 120 Km de João Pessoa, capital do Estado. A população estimada do município de Campina Grande é de 385.213 habitantes em 2011⁶⁹. A cidade dispõe de 78 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, perfazendo um total de 91 Equipes de Saúde da Família⁷⁰ que cobrem em média 83% da população do município.

4.3 PLANO AMOSTRAL

Os sujeitos da pesquisa foram selecionados intencionalmente, esta estratégia foi escolhida com o objetivo de determinar os sujeitos elegíveis ao estudo, que podem contribuir com informações essenciais sobre o assunto⁶⁷.

As gestantes e responsáveis por crianças de 6 a 59 meses de idade, maiores de 18 anos, cadastrados nas UBSFs do município de Campina Grande participaram do estudo. Foram entrevistados os sujeitos de 8 UBSFs que atingiram o processo de saturação⁷¹, totalizando

nove gestantes e 16 responsáveis. A amostragem por saturação teórica ocorre quando novos sujeitos de pesquisa acrescentados geram dados repetitivos⁷¹.

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS

As informações foram coletadas no ano de 2010, utilizando-se um roteiro de entrevista com questões abertas (Apêndice A), as quais permitiram a formulação de respostas organizadas segundo o conhecimento do entrevistado, característico da abordagem qualitativa. As questões abertas possibilitaram a interpretação dos sentidos e o significado das respostas através das falas⁶⁷. O roteiro de entrevista serviu como um guia o qual ficou guardado na memória da pesquisadora sendo consultado durante a entrevista sempre que foi necessário, estabelecendo relações entre fatos, ouvindo e arguindo a entrevistada de modo que a mesma pudesse explicar de forma mais abrangente e profunda possível sua visão sobre o assunto proposto⁶⁸.

O roteiro de entrevista foi aplicado individualmente pela pesquisadora após o contato prévio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) com a população selecionada e agendamento do dia e hora da entrevista. A entrevista foi realizada em uma sala fechada cedida pela equipe da UBSF com tempo médio de 30 minutos. As entrevistas foram gravadas em aparelho de áudio e transcritas na íntegra para melhor apreciação e interpretação das informações coletadas.

A caracterização dos sujeitos foram delineados segundo o perfil socioeconômico e demográfico das gestantes e dos responsáveis pelas crianças selecionadas para a entrevista, de acordo com: escolaridade, situação conjugal, atividade laboral, número de pessoas que moram na residência da família, quantas destas pessoas desenvolvem atividade laboral, renda mensal de toda a família e renda *percapita*, tipo de moradia e sua forma de construção, saneamento básico e coleta de lixo.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A análise das informações foi realizada de forma a revelar o conhecimento das entrevistadas sobre o PNVITA.

A Análise de Conteúdo, na sua modalidade temática foi utilizada para interpretação das informações⁷². Tal método compreende 3 (três) etapas na análise das informações obtidas

por entrevistas: a) pré-análise, em que o pesquisador organiza os dados coletados para proceder a uma leitura superficial do material transcrito; b) decodificação, fase em que os dados brutos do texto são organizados em núcleos de sentidos para realizar, em seguida, a categorização; e, por fim, c) análise das categorias temáticas. A análise de conteúdo⁷² tem como objeto de estudo a fala, ou seja, o aspecto individual e atual da linguagem. Nesse ínterim, a análise obedeceu às etapas de: digitação das falas; análise e hierarquização dos termos semelhantes; definição e nomeação de categorias temáticas e subcategorias. Para a análise das categorias temáticas e das subcategorias estabeleceram-se associações entre os conhecimentos dos autores consultados através dos artigos e a experiência/conhecimentos dos autores da pesquisa, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao que foi manifesto.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande o Termo de Autorização Institucional para realização da pesquisa e posteriormente a pesquisa foi encaminhada para apreciação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UEPB, tendo sido o protocolo de número 0050.0.133.000-08 aprovado em 09 de Abril de 2008 (Anexo 1).

A pesquisa seguiu os requisitos básicos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde⁷³, baseando-se nos princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, em todas as suas etapas, desde a seleção da amostra até a divulgação dos dados. Somente participaram da pesquisa os componentes da população-alvo que aceitaram livremente, após os esclarecimentos prévios sobre os objetivos, procedimentos e relevância da pesquisa por parte da pesquisadora. No momento da aceitação o participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma das quais ficou sob sua posse (Apêndices B₁ e B₂) e para garantir o anonimato às entrevistadas foram identificadas em suas falas pela letra E, seguida do número correspondente à ordem cronológica da entrevista.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

As entrevistadas residiam em bairros da periferia de Campina Grande e encontram-se devidamente cadastradas e acompanhadas por uma UBSF. De acordo com os dados socioeconômicos e demográficos das entrevistadas pode-se delinear o perfil de vulnerabilidade social. Das 25 participantes do estudo apenas 16,6% haviam concluído o ensino médio, sendo a principal ocupação os afazeres do lar (83,4%). Dentre as que desenvolviam atividade laboral (16,6%) as profissões relatadas foram a de babá e lavadeira. A maioria vivia com companheiro (66,6%) e o número de pessoas residentes no domicílio variou de duas (11,1%) a 10 (55,5%) pessoas. Na maioria dos domicílios (55,5%) apenas uma pessoa contribuía com a renda familiar e a renda mensal *per capita* menor que $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (66,6%) foi predominante entre as famílias entrevistadas. Tanto a moradia própria quanto a alugada foi predominante entre as famílias (33,3%), enquanto 22,2% das famílias moravam em casa emprestada. A maioria dos domicílios possuía água encanada proveniente da rede pública, salvo uma entrevistada que relatou não ter água disponível em casa. Do total de famílias, 61,1% tinha rede pública de esgoto sanitário, 33,3% fossa e 5,5% não possuía tratamento de seus dejetos, ficando a céu aberto.

As falas e o agrupamento das idéias, analisados de acordo com o objetivo do estudo, levaram à formação de quatro categorias temáticas com suas respectivas subcategorias que representam o contexto da compreensão e participação dos beneficiários do PNVITA no município do estudo.

Tema I - Conhecimento do Usuário sobre a Vitamina A

O conhecimento dos beneficiários sobre a vitamina A é essencial para o reconhecimento de sua importância no adequado funcionamento do organismo humano. Este conhecimento deve ser voltado para a orientação da população sobre a necessidade da diversificação alimentar com ênfase no consumo de alimentos fonte de vitamina A. Esse consumo pode ser garantido com o fomento à produção e cultivo desses alimentos, levando em consideração a diversidade regional brasileira e considerando estratégias como as hortas caseiras, comunitárias ou escolares²⁹.

“Acesso a informação” e “conhecimento popular” constituíram as categorias que enfocam o conhecimento do usuário sobre a vitamina A.

Acesso à informação

O acesso a informação sobre a vitamina A, sua deficiência e o PNVITA é importante para o reconhecimento do Programa num contexto amplo de ações de prevenção da DVA e

não como uma ação isolada de suplementação⁴¹. Sendo assim, os municípios onde o Programa encontra-se implantado devem oferecer atividades educativas em alimentação e nutrição com o intuito de que as famílias reconheçam a DVA como problema de saúde e adotem hábitos alimentares saudáveis¹³.

Estas atividades educativas devem ser desenvolvidas com base no conhecimento sobre os alimentos regionais ricos em vitamina A, nas atitudes, nas crenças e nas práticas das mulheres residentes em áreas endêmicas^{47,49}. É importante também que os materiais informativos e educativos sejam produzidos com enfoque nos alimentos regionais ricos em vitamina A⁴⁷.

Neste tópico, a pesquisa revelou acesso restrito à informação:

(...) Não conheço nenhum alimento que tem vitamina A (E₂)

(...) Não diz nada (referindo-se ao profissional), só faz abrir a boca dela e pronto e marcar no cartão (E₃).

(...) Eu só dava vitamina, né (...) eu não tinha explicação (...) quando tinha campanha eu vinha e dava (E₅).

(...) Eles (os profissionais) deram vacina de vitamina A mais nunca me falaram não, ninguém nunca me explicou (E₈).

Uma avaliação do PNVITA realizada no estado da Bahia observou que as atividades educativas não aconteceram e/ou não produziram os resultados esperados⁴⁷. Este estudo deixa clara a necessidade da criação de novas estratégias para o desenvolvimento da educação nutricional de forma permanente e por pessoal treinado no Programa de combate à DVA⁷⁵. Os relatos encontrados reforçam a idéia de que a estratégia adotada pelo PNVITA de associar a distribuição de megadoses de vitamina A com a imunização não vem contribuindo para esclarecer a população sobre a importância deste micronutriente na manutenção da saúde dos grupos vulneráveis⁴⁷.

A concepção que o profissional de saúde tem de promoção da saúde influencia significativamente a sua prática e é efetivada por meio de suas ações. O conceito de promoção da saúde, no seu sentido mais amplo, como qualidade de vida, direciona a atividade profissional numa visão aprimorada do contexto socioeconômico e cultural da população, como também embasada no conhecimento, compreensão e levando em consideração os determinantes e condicionantes como indicadores que ampliam ou reduzem as vulnerabilidades⁷⁶.

As ações de saúde dentro da abordagem do autocuidado constituem numa prática voltada para que o indivíduo seja capaz de desempenhar atividades de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar⁷⁷.

As falas das entrevistadas refletem a mecanicidade do ato da administração do suplemento de vitamina A pelos profissionais de saúde, desenvolvendo uma assistência longe da abordagem da promoção da saúde e do autocuidado. Revelam também que as entrevistadas percebem a vitamina A como mais uma vacina do calendário básico de imunização.

Sob este contexto, o acesso a informação na perspectiva da promoção da saúde e do autocuidado são imprescindíveis para que os beneficiários do PNVITA seja partícipe no processo de cuidado. A informação é um instrumento fundamental nas ações desenvolvidas pelo profissional de saúde, devendo ser o Agente Comunitário de Saúde (ACS) o primeiro profissional a utilizar este recurso nos domicílios.

Quanto à informação do benefício da suplementação afirmaram:

(...) O que eu ouvi falar (referindo-se aos profissionais) só é que é muito importante para a criança (E₇).

(...) Vitamina A é boa para amamentar... é só para ajudar no leite (relata que, durante o puerpério, participou de uma atividade educativa numa maternidade do município) (E₁₀).

(...) Só que é bom assim pra criança, somente (E₁₂).

A vitamina A serve tanto para repor as reservas corporais da puérpera quanto para garantir um aporte de vitamina A adequado ao bebê durante a amamentação⁷⁸. Há evidências de que as concentrações de vitamina A podem variar entre indivíduos e populações quanto a composição do leite materno. O teor de vitamina A no leite humano depende do estado nutricional materno, principalmente, no que diz respeito a este micronutriente⁷⁹.

A aquisição de vitamina A através da amamentação tem um impacto positivo na morbimortalidade infantil. No entanto, como este micronutriente não é sintetizado pelo organismo humano, o seu teor no leite materno está diretamente ligado ao consumo de alimentos fontes da vitamina pela lactente.

Estudo⁷⁴ realizado em Campina Grande com profissionais responsáveis pela operacionalização do Programa identificou um conhecimento limitado sobre a vitamina A e sua deficiência. Observou-se também que a escolaridade dos profissionais não influenciou significativamente na apropriação do conhecimento⁷⁴.

Ainda relacionado ao acesso a informação foi relatado:

*(...) Já ouvi falar que ela tem proteína e faz com que a criança cresça saudável (...)
Foi um grupo de fora que deu a palestra, um grupo de enfermeiros. (E₄).*

*(...) Geralmente agente escuta assim sobre a vitamina C, geralmente eu escuto isso,
agora vitamina A assim é muito difícil, é muito difícil assim falar, né? (E₆)*

*(...) Falaram (referindo-se a estudantes de saúde) que é muito boa, é uma vitamina
para proteger a criança, a criança fica sadia, evitar muitas doenças né? Muitos problemas e
é obrigatório tomar, isso aí eu sei (E₁₄).*

*(...) Disseram (referindo-se aos profissionais) que era uma vitamina para ele crescer
mais forte (E₁₆).*

O desconhecimento das funções da vitamina A também foi identificado entre os profissionais das UBSFs no município de Campina Grande. Este fato é preocupante, pois este profissional é o responsável pela orientação e informação à população-alvo da sua área de abrangência⁷⁴.

Este contexto compromete o desenvolvimento de ações inovadoras e participativas na abordagem dos problemas de saúde e de educação da população, afetando, assim, o “poder das comunidades” na definição de prioridades, nas decisões e na implementação de estratégias com o intuito de alcançar um melhor nível de saúde⁸¹.

Dentre as funções da vitamina A, destacam-se por sua relevância, sua ação na visão, no crescimento, no desenvolvimento e na manutenção do tecido epitelial, na função imunológica e na reprodução. Tais funções são desenvolvidas adequadamente quando fontes de vitamina A fazem parte da dieta³⁰.

As atividades educativas sobre o benefício da vitamina A para a criança, a gestante e a puérpera nas UBSFs são relevantes para garantir a adesão da população à prática de amamentação exclusiva até os seis meses de idade e até os dois anos de idade de forma complementar, a introdução de alimentos a criança a partir dos seis meses ricos neste micronutriente e a formação de hábitos alimentares adequados desde a infância.

Conhecimento da população

Não se pode considerar que uma comunidade seja desprovida de conhecimentos, pois as pessoas desenvolvem saberes próprios em relação a hábitos e crenças para a promoção da sua saúde. As experiências de vida de uma comunidade contribuem para a resolução das adversidades a elas impostas. Assim, as pessoas são capazes de produzir saberes, organizar e sistematizar pensamentos⁸¹.

O conhecimento popular relacionado a vitamina foi observado nas seguintes falas:

(...) Leite ninho tem vitamina A e outras coisas também (...) vem explicando na embalagem (E₁).

(...) Sempre que eu vou comer alguma coisa que vem do supermercado eu vejo o rótulo, aquele negócio que diz as vitaminas complexo B, vitamina C, mas a vitamina A é bem raro, né?(E₁₀).

O Ministério da Saúde recomenda que o consumo de alimentos enriquecidos e/ou fortificados com vitamina A seja estimulado e que estes devem ser identificados através da observação nos rótulos dos alimentos²⁹. Esta condição traz a idéia de que uma educação em saúde a partir do conhecimento popular pode ter uma repercussão positiva na mudança de comportamento de uma população.

(...) Frutas, verduras, legumes, têm várias que têm vitamina A (E₅).

(...) Frutas, né? Maçã, banana, essas frutas assim né que tem vitamina para que a pessoa possa se alimentar para ter a criança mais forte (E₁₁).

(...) A vitamina A é importante para queda de cabelo né? Pra prevenir, né?(E₁₂)

(...) Já ouvi falar... tem que comer muita fruta e verdura pra ficar forte, pra ficar bem.(...) Eu que sei, escuto falar na minha casa também, minha mãe comentava (E₁₅).

Com relação a hábitos alimentares saudáveis a escola, após a família, é indicada como estratégia para prevenção da DVA, devido ao seu papel de formação⁸². A escola, em seu sentido amplo, deve desenvolver um trabalho educacional voltado para uma visão integral do ser humano, que considere as pessoas, em especial as crianças e adolescentes, dentro dos seus ambientes familiares, comunitários e sociais. Ela promove a autonomia, a criatividade e a participação dos alunos, bem como de toda a comunidade escolar⁸⁰.

É importante destacar que a adesão da população às ações de saúde, tornando-as mais eficazes e eficientes, precisa de uma maior interação entre os especialistas (acadêmicos e/ou técnicos) e a comunidade e serem condizentes com o cotidiano dessa população⁸³. As ações educativas voltadas ao conhecimento sobre a vitamina A, sua deficiência e o Programa, partindo do conhecimento popular, hábitos, condutas pessoais e coletivas, podem contribuir para que a comunidade sinta-se corresponsável em relação à prevenção e controle da DVA.

Tema II- Visão Geral do Usuário sobre a Suplementação

A suplementação da vitamina A foi implantada em regiões brasileiras consideradas endêmicas para a DVA, como uma medida de intervenção em curto prazo, para reduzir a

mortalidade e prevenir a cegueira nutricional¹². É importante que a população-alvo do Programa reconheça que esta suplementação é um direito adquirido¹³, saiba identificar esta prática no cartão de vacina e/ou caderneta da criança, a periodicidade de administração do suplemento e a repercussão desta ação para a saúde da população-alvo do Programa⁴⁹.

“Referências relacionadas à suplementação” e “oferta do suplemento” constituíram as categorias que enfocam a Visão Geral do Usuário sobre a Suplementação.

Referências relacionadas à suplementação

É importante para o sucesso do Programa que as mães e/ou responsáveis por crianças tenham informação sobre a periodicidade da administração da vitamina A, a faixa etária de administração, e que sejam capazes de identificar a data de retorno às unidades de saúde³⁰. Além disso, as puérperas também devem ser informadas da importância da suplementação para sua saúde e de seu bebê^{49,78}.

Quanto à referência para administração da suplementação as gestantes e responsáveis referiram:

(...) Sei que ele deve tomar a vitamina A quando a Agente de Saúde vai lá em casa e diz o dia que ele tem que tomar (E₂).

(...) Sempre colocavam (referindo-se ao cartão de vacina). No outro mês quando tinha para tomar eles colocava tudo direitinho, aí quando tinha eu voltava. Se tomasse uma hoje e marcasse no cartão para voltar com um mês eu voltava (E₁₁).

(...) Anotam no cartão a vitamina A (E₁₃)

As ações dos profissionais de saúde não podem ser restritas à positividade construída pelas ciências biomédicas (centrada na doença), mas incluir de modo substantivo a reflexividade dos saberes humanísticos. Devem manter interações progressivamente mais inclusivas e ricas no campo da saúde⁸⁴.

De acordo com a recomendação da portaria do PNVITA o registro da suplementação de vitamina A deve ser feito em formulário próprio e nas cadernetas da criança e da gestante¹³. Prática imprescindível para a identificação por parte das mães e/ou responsáveis pelas crianças quanto ao retorno a Unidade de Saúde para continuidade do Programa⁴⁹. A falta de padronização no registro da vitamina A foi identificada como uma dificuldade entre os profissionais das UBSF ao se considerar a avaliação da operacionalização do Programa⁷⁴.

As falas das entrevistadas trazem implícito o cuidado pontual dos profissionais de saúde, com atividades práticas distante do envolvimento, da escuta e da participação ativa dos

sujeitos. Este tipo de ação impede que essa população seja capaz de desenvolver a responsabilidade e serem partícipes na prevenção e controle da DVA.

Os relatos das entrevistadas indicaram o cartão de vacina e, em menor proporção, o ACS como referências para a administração da vitamina A. Deste modo, o preenchimento adequado e padronizado da caderneta e/ou cartão da criança é indispensável para a identificação das datas de administração da suplementação deste micronutriente. Além disso, o ACS desempenha um papel importante na orientação da população quanto à periodicidade da suplementação a fim de garantir o retorno da população-alvo a uma Unidade de Saúde com o intuito de não comprometer a suplementação das megadoses.

Oferta do suplemento

Nos municípios onde o PNVITA encontra-se implantado, seguir o calendário de administração da suplementação de vitamina A é imprescindível para bons resultados do Programa⁴⁹. A suplementação deve ser realizada a cada seis meses com cápsulas de 100.000 UI para crianças de seis a 11 meses de idade e de 200.000 UI para crianças de 12 a 59 meses de idade. As puérperas devem receber uma suplementação de 200.000 UI no pós-parto imediato, antes da alta hospitalar^{13,49}.

Quanto à oferta do suplemento de vitamina A, as entrevistadas informaram que:

(...) Toda vez que eu vinha sempre tinha a vitamina (E₁).

(...) Nunca faltou, sempre teve a vitamina (E₂).

(...) Sempre tem... agente sempre faz o acompanhamento quando tem vacina (E₃).

(...) Nunca faltou. (E₄)

A regularidade na distribuição do suplemento de vitamina A depende da integração dos governos federal, estadual e municipal nas ações da Política Nacional de Alimentação e Nutrição²², particularmente de recursos financeiros para aquisição das cápsulas de vitamina A que assegure o abastecimento de forma oportuna, regular e com menor custo, bem como a sua dispensação adequada. É necessário o envolvimento do controle social na execução desta Política, inclusive no que diz respeito à fiscalização da aplicação dos recursos financeiros correspondentes, mediante o fortalecimento da ação dos conselhos de saúde dos três níveis governamentais²².

A falta de conhecimento sobre o Programa, a periodicidade na administração do suplemento e dos grupos beneficiário talvez leve a não percepção da falta do suplemento nas Unidades de Saúde, fato esse que pode ser comprovado nas seguintes falas:

(...) A criança deve tomar a vitamina A sempre na campanha, eu só dei assim (E₁).

(...) Acho que mais as crianças e os adultos que têm algum problema em osso (E₁₀).

(...) Acho que é de mês em mês... Ou é de ano em ano, sei lá (E₁₁).

(...) Acho que todos. Todas as crianças, o idoso (...) Por que é mais frágil né, pega doença (E₁₆).

(...) Ele (referindo-se a seu filho) tomou esse mês ainda. Foi vacina, injeção (E₁₇).

A melhora no processo de aquisição e distribuição do suplemento de vitamina A refletiu em melhora na cobertura nacional ao longo dos anos, contudo a irregularidade na oferta da vitamina se fez presente, e o aumento da cobertura não foi uma constante: no ano 2001, a cobertura registrada foi de 43,7%, menor do que a de 1999²⁸. Baixos percentuais de cobertura do PNVITA foram observados na Bahia⁴⁷ e no município de Cabedelo (PB)⁵². Os resultados obtidos nesta localidade demonstraram que a baixa cobertura do Programa é agravada com o avançar da idade da criança e que mais de 30% das crianças na faixa etária de seis a 11 meses de idade não haviam recebido nenhuma megadose de vitamina A⁵².

A regularidade do suplemento predominou nas falas das entrevistadas, mas a irregularidade do suplemento também foi referida:

(...) Já aconteceu uma vez de faltar a vitamina A (E₇).

(...) Já faltou só uma vez só (E₁₂).

É de suma importância que os municípios enviem informações à Coordenação Estadual do Programa quando os estoques de vitamina A estiverem aquém das necessidades da população-alvo, solicitando, nesse caso, quantitativo adicional, em tempo hábil, para não ocasionar descontinuidade do Programa, ou ainda quando o lote estiver com prazo de validade próximo da data a expirar¹³.

A falta das cápsulas de suplementação da vitamina A foi citada como ponto dificultador para operacionalização do Programa, em estudo⁷⁴ realizado com profissionais que operacionalizam o Programa no município de Campina Grande, o que demanda atenção para o problema e a busca de estratégias que garantam as crianças e as puérperas o acesso ao benefício⁷⁴.

Garantir níveis adequados de vitamina A no organismo deve ser uma preocupação constante nas áreas de risco para a DVA, devido a sua importância nas atividades fisiológicas. A irregularidade da distribuição de cápsulas de vitamina A, somado a uma dieta pobre neste micronutriente, pode levar crianças a desenvolverem a DVA e ficarem expostas aos efeitos nocivos desta carência.

Tema III- Sinalização do Usuário sobre Limitações na Operacionalização do Programa

O êxito na operacionalização do PNVITA está diretamente ligado à estratégia de implantação do Programa; recursos humanos treinados para sua execução; materiais educativos disponíveis para sua divulgação; estratégias de atividades educativas nas UBSFs; sistema de transporte e distribuição do suplemento; processo de aquisição das cápsulas em tempo hábil; estoque de cápsulas de vitamina A; cobertura do Programa; acesso ao Programa em zona urbana e rural; grau de conhecimento da população sobre o Programa e sobre a importância da vitamina A; monitoramento, acompanhamento e controle do Programa. Além disso, a parceria das três esferas de governo (federal, estadual e municipal) com o intuito de pôr em consonância todos os pontos supracitados é importante para o bom funcionamento do Programa²².

Sob este contexto, o Tema III delineou a categoria “desconhecimento sobre o Programa”.

Desconhecimento sobre o Programa

É de responsabilidade municipal a identificação das famílias que tenham crianças de seis a 59 meses de idade para promover atividades educativas em alimentação e nutrição necessárias para que essas famílias tenham a possibilidade de reconhecer a DVA como problema de saúde e adotem hábitos alimentares saudáveis¹³.

O desconhecimento do Programa foi revelado:

(...) *Sobre o Programa da vitamina A não sei nada não (E₁).*

(...) *Primeira vez que estou ouvindo falar (E₄).*

(...) *Não, nunca ouvi (referindo-se ao Programa), é isso que eu te disse, eu só fazia vacina no menino mais ninguém nunca me disse, ninguém nunca falou (E₅).*

(...) *Não, só ouvi falar agora nessa pesquisa que teve (E₁₃).*

O Programa de combate a DVA teve suas ações iniciadas em 1983^{12,47}. No entanto, estudos^{11,47,52} demonstram pouca visibilidade deste Programa para seus beneficiários. Sob este contexto, a intensificação de ações educativas relacionadas ao PNVITA, no intuito de orientar e sensibilizar os responsáveis quanto à importância desta vitamina, de sua suplementação e da diversificação alimentar para a saúde da criança, deve ser fortalecida nos municípios onde o Programa encontra-se implantado⁵². O serviço de puericultura das unidades de saúde é considerado o momento mais apropriado para desenvolver o processo de comunicação social

para a popularização da importância da vitamina A e as consequências da sua deficiência para a população-alvo do Programa⁴⁷.

Estudo⁷⁴ revelou que a suplementação das megadoses da vitamina A é percebida como uma ação isolada e não como parte de um conjunto de atividades preconizadas pelo Programa. A falta de capacitação e/ou treinamento e o processo de trabalho fragmentado nas equipes foram relatados como dificuldades para a prática do PNVITA.

O desconhecimento da população-alvo sobre o Programa pode ocasionar a baixa cobertura do suplemento de vitamina A. O beneficiário tem o direito de ser informado sobre o PNVITA e o benefício da vitamina A para o desenvolvimento da criança. O conhecimento é essencial para uma maior adesão desta população ao Programa e garantir, assim, o comparecimento às Unidades de Saúde para continuidade da administração do suplemento de vitamina A.

Tema IV- Participação Ativa no Programa

A participação da comunidade é essencial para se alcançar a melhoria da saúde dos envolvidos neste processo. É necessário o conhecimento dos aspectos fundamentais que estão relacionados com a participação da comunidade para que este seja eficaz e alcance os seus objetivos. A comunidade deve desempenhar um papel ativo na auto-gestão, participação, responsabilidade e iniciativa na resolução de seus problemas de saúde e a realização dos objetivos, desenvolvimento da comunidade e, assim, o desenvolvimento social⁸⁵.

Considerando que “*empowerment*” significa aumento do poder e autonomia de indivíduos e grupos sociais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social, a participação da comunidade na formulação e avaliação dos programas é essencial para que estes possam se tornar processos deflagradores do desenvolvimento e da transformação social⁸⁶.

“Estratégias de motivação e participação em atividades educativas” constituiu a categoria que enfoca a Participação Ativa no Programa.

Estratégias de motivação e participação em atividades educativas

Vários autores^{87,88,89} corroboram com o fato de que a distribuição de megadoses de vitamina A é uma estratégia eficaz a curto prazo para prevenir a DVA, no entanto, relatam que esta ação isolada tem limitações. Para o combate da DVA é importante a adoção de um conjunto de ações compreendendo a fortificação de alimentos, diversificação da dieta,

intervenções em saúde, educação nutricional, participação popular nos Programas de combate a DVA e o alívio da pobreza⁸⁹.

Quando questionou-se sobre a participação em atividades educativas de alimentação e nutrição, realizadas em conjunto com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), obteve-se

(...) Nunca participei não. Só uma vez quando eu levei ela (referindo-se a sua filha) para o médico por que ela tava doente ele disse que eu desse muito suco, fruta, essas coisas assim. Só que nos Postos ninguém nunca me explicou nada não (E₈).

(...) Se eu já ouvi não lembro por que eu não sabia que iam voltar para perguntarem a mim... (E₁₁)

(...) Elas dizem aqui (referindo-se aos profissionais de saúde) (...) lembro não (E₁₂).

Estimular a motivação não é uma tarefa fácil. É necessário que atividades educativas sejam desenvolvidas com o intuito de criar interações menos controladoras e que possibilitem a autonomia do sujeito, oferecendo oportunidades de escolha e tornando o educando responsável pelas conseqüências de suas opções, compartilhando as decisões, ouvindo e questionando seus argumentos⁹⁰. Para garantir a motivação de uma comunidade na participação de atividades educativas é necessário permitir que esta comunidade seja um agente transformador e não apenas ser um observador passivo das atividades educativas propostas⁹¹.

A Política de Educação Permanente em Saúde propõe a produção de novos conceitos construídos coletivamente. A mudança proposta por esta estratégia da política de educação e desenvolvimento para o SUS vai além do cenário ensino-serviço, inclui também no ensino a realidade dinâmica das ações e dos serviços de saúde com a participação social e a aproximação e inserção na gestão do sistema. Desta forma, este processo implica reorganização e mudanças de papéis, além disso, exige processos mais coletivos, em que os atores sociais tenham uma participação mais ativa, pensando criticamente sobre suas práticas, ampliando a mobilização a favor das transformações, tanto na educação, como na saúde⁹².

Ainda com relação a atividades educativas referiram:

(...) Nunca recebi nenhuma informação (E₂).

(...) De jeito nenhum (E₁₂).

(...) Não. Na Unidade não, só no Colégio que tiveram várias palestras (E₁₇).

O relato histórico das ações de atividades educativas nos programas oficiais de combate à DVA no Brasil, nos últimos quarenta anos, demonstra que tais ações não foram realizadas ou sofreram interrupções, ocorrendo de forma temporária e sem avaliação. A

irregularidade dessas ações somada à sua prática de modo tradicional, ou seja, desconsiderando os saberes e as limitações de ordem econômica e social da população beneficiada, não trouxe mudanças aos hábitos alimentares nas populações atingidas⁷⁵.

A educação em saúde baseada em palestras não desperta a participação ativa da população refletindo em uma ação de pouco impacto e sem mudanças de atitude.

A ausência de atividades educativas prevaleceu nas falas das entrevistadas, no entanto a educação em saúde também foi referida:

(...) Falaram (referindo-se aos profissionais) para eu comer fruta, verdura, diminuir a massa numa palestra que deram aqui as enfermeiras (...) (E₁).

(...) Falaram (referindo-se aos profissionais) sobre vitaminas mais não sobre uma vitamina especificamente. Falaram sobre alimentação. O que é bom para agente e para o bebê também. Que é bom se alimentar direitinho, não comer comida pesada, leves e mais saudáveis (...) legumes, verduras, frutas (...) (E₃).

Para garantir a participação da comunidade nas ações de saúde é essencial a interação da população nas discussões e decisões dos problemas que a afetam, incluindo decisões sobre as suas necessidades e prioridades, assumindo as responsabilidades e obrigações para o desenvolvimento e adoção de medidas, bem como avaliação dos resultados, favorecendo o sentido de responsabilidade para seu bem-estar próprio e do grupo, de forma consciente e contribuindo construtivamente para o processo de desenvolvimento⁸⁵.

O envolvimento da comunidade em atividades educativas parte da premissa da disponibilização do conhecimento da forma mais compreensível possível. A atividade educativa com o intuito de obter mudanças de hábitos alimentares é recomendada como estratégia fundamental para a prevenção da DVA. No entanto, tal estratégia deve ser desenvolvida de modo a permitir que a população-alvo seja sujeito da aprendizagem e o profissional de saúde facilitador desse processo.

A sensibilização da população-alvo para participar ativamente do PNVITA vai além da distribuição de cápsulas de vitamina A. Despertar a motivação, entendida aqui como no sentido de despertar interesse e a curiosidade, e prender a atenção, é primordial para mudar comportamentos e produzir efeitos multiplicadores. A informação isolada irá produzir pouca ou nenhuma mudança de comportamento, sendo insuficiente para proporcionar mudanças de hábitos e conseqüentemente participação no Programa. As atividades educativas em saúde irão ganhar importância quando esta for desenvolvida de modo que a população seja capaz de

desenvolver senso crítico para modificar opiniões pouco esclarecidas sobre saúde, transformar hábitos e reavaliar crenças e tabus.

Ponderando os resultados do estudo, algumas considerações são necessárias no contexto das medidas preventivas da DVA. Nos países onde a DVA é considerada como um problema de saúde pública, as ações de controle a esta carência devem ser realçadas, uma vez que, a eliminação da DVA como problema de saúde é essencial para melhorar a sobrevivência, o crescimento, o desenvolvimento das crianças e o conseqüente desenvolvimento das nações⁴². No Brasil, é importante que o Ministério da Saúde mantenha uma parceria com outros Ministérios para combater a DVA. Por exemplo, a atuação do Ministério da Saúde junto ao Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio e Ministério da Ciência e Tecnologia é imprescindível para a avaliação de tecnologias de fortificação de alimentos com a vitamina A; articulado ao Ministério da Educação pode haver uma articulação para introdução de temas de saúde, alimentação e nutrição, entre eles o aleitamento materno, nos currículos escolares e a contribuição na capacitação e treinamento de profissionais e agentes comunitários; e com o Ministério do Orçamento e da Gestão pode firmar compromisso inerente à alocação de recursos orçamentários; à definição de prioridades; e ao acompanhamento do impacto da Política Nacional de Alimentação e Nutrição²².

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo revelou no conteúdo das falas revela uma invisibilidade do Programa e a suplementação de vitamina A compreendida como uma vacina do calendário básico de imunização. A equipe multiprofissional de saúde da Família, responsável pela execução do Programa, desenvolve uma prática de saúde mecanicista longe da perspectiva da promoção da saúde e do autocuidado.

O desconhecimento da vitamina A é percebida nas falas das entrevistadas, o acesso a informação é comprometido e distante da perspectiva da educação em saúde, sendo, muitas vezes, originado do conhecimento popular. A vitamina A foi citada como importante para a criança, mas sem um conhecimento sobre a relevância da suplementação, e apenas duas entrevistadas relataram ter recebido informações sobre o micronutriente.

Frente a este contexto é importante que o profissional de saúde que está inserido na Estratégia Saúde da Família desempenhe seu papel social na medida em que contribua, além dos procedimentos clínicos e assistenciais, para o incremento da qualidade de vida das pessoas e comunidade. A educação permanente constitui um caminho para se buscar conhecimentos essenciais para a mudança desta prática.

Recomenda-se realização de atividades educativas a população como ferramenta indispensável para fortalecer o Programa e que precisam ser enfatizadas nas políticas públicas do município. Esta prática é essencial para a orientação quanto à importância do PNVITA, da vitamina A, da sua suplementação e de hábitos alimentares saudáveis a população-alvo do Programa. Sendo a Atenção Básica de Saúde o *locus* propício para as ações de educação em saúde, e a Estratégia Saúde da Família a principal estratégia do modelo assistencial em saúde, considera-se este ambiente extremamente favorável ao desenvolvimento de atividades educativas relacionadas com o PNVITA. Essas ações devem percorrer a assistência pré-natal, o puerpério e a puericultura de forma que toda população-alvo do Programa seja contemplada.

No entanto, a informação científica, por si só, não é capaz de gerar mudanças de comportamento, desta forma, é importante que as atividades de educação em saúde desenvolvida nas UBSFs sejam baseadas no conhecimento da população, com o objetivo de transformar a comunidade em parceiros no processo de construção da sua saúde. O educador (profissional) e educando (população-alvo) devem buscar juntos a informação, considerando a construção coletiva do conhecimento, e a relevância da autonomia pessoal e social da população. Destaca-se também a necessidade de estimular o consumo de alimentos fortificados com vitamina A através da identificação nos rótulos das embalagens.

Considerando que o cartão de vacina e o ACS foram citados como importantes referências à suplementação da vitamina A na realidade investigada, recomenda-se: a padronização do registro da vitamina A no cartão e/ou caderneta de vacina para que os responsáveis por crianças de seis a 59 meses de idade possam identificar a periodicidade da suplementação; e o ACS como imprescindível na divulgação do PNVITA.

Por este ser um estudo qualitativo, que não possui perspectivas inferenciais, os resultados encontram-se restrito aos sujeitos descritos na caracterização. Ponderando que a participação ativa da população-alvo no Programa é imprescindível para a sua operacionalização, bem como no processo de prevenção e controle da DVA, novas pesquisas devem ser realizadas sobre o assunto nos municípios onde o PNVITA encontra-se implantado com o intuito de avaliar o Programa a nível nacional.

Ressalta-se que o funcionamento adequado do PNVITA é imprescindível para o controle e prevenção da DVA, sendo o envolvimento dos profissionais de saúde fundamental para assegurar o cumprimento das ações preconizadas pelo Programa e favorecer a participação ativa dos beneficiários no PNVITA.

REFERÊNCIAS

1. McLaren DS, Frigg M. Sight and life manual on vitamin A deficiency disorders. 2nd ed. Switzerland Task Force Sight and Light; 2001.
2. Batista Filho M, Rissin A. Deficiências nutricionais: ações específicas do setor saúde para o seu controle. *Cadernos de Saúde Pública* 1993; 9(2): 130-35.
3. World Health Organization. Global Prevalence of Vitamin A Deficiency. Geneva; 1995. MIDIS working paper 2 (WHO/NUT/95.3).
4. West Jr KP. Extent of vitamin A deficiency among preschool children and women of reproductive age. *J Nutr* 2002; 132: 2857S-66S.
5. Milagres RCRM, Nunes LC, Pinheiro-Sant'ana HM. A deficiência de Vitamina A em crianças no Brasil e no mundo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12 (5): 1253-66.
6. International Vitamin A Consultative Group. Report of the XXI International Vitamin A Consultative Group Meeting. Improving the vitamin A status of populations. 2003: 84. [Acesso 5 nov 2011]. Disponível em: <http://ivacg.ilsa.org/file/IVACGfinal.pdf>.
7. Santos LMP, Dricot JM, Ascitti L, Dricot-D'Ans C. Xerophthalmia in the state of Paraíba northeast of Brazil: clinical findings. *Am J Clin Nutr* 1983; 38: 139-44.
8. Paiva AA, Rondó PHC, Gonçalves-Carvalho CMR, Illison VK, Vaz-de-Lima LRA, Oliveira CA, et al. Prevalência de deficiência de vitamina A e fatores associados em pré-escolares de Teresina, Piauí, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22:1979-87.
9. Thurnham DI, Mburu ASW, Mwaniki DL, Wagt A. Micronutrients in childhood and the influence of subclinical inflammation. *Proceedings of the Nutrition Society* 2005; 64: 502-9.
10. Queiroz D. Deficiência de vitamina A em crianças do estado da Paraíba, Brasil: perfil epidemiológico e associação com índices antropométricos. [dissertação]. Campina Grande (PB): Universidade Estadual da Paraíba; 2011.
11. Paiva, AA, Cagliari, MPP, Queiroz, D, Souto, RA, Brito, VRS, França, ISX. Programa Nacional de Suplementação da Vitamina A no estado da Paraíba: uma análise a partir do relato de profissionais da equipe de saúde da família. *Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde* 2011; 20(3): 373-83.
12. Martins MC, Oliveira YP, Coitinho DC, Santos LMP. Panorama das ações de controle da deficiência de vitamina A no Brasil. *Rev Nutr* 2007; 20(1): 5-18.
13. Brasil, Portaria nº 729, de 13 de Maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências, 2005. Brasília; 2005.
14. Kac G, Velásquez-Melendez G. A transição nutricional e a epidemiologia da obesidade na América Latina. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(Suppl 1): S4-5.
15. Batista Filho, M., Rissin, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. *Cad. Saúde Pública* 2003;1(19): 181-91.

16. Monteiro, CA, Benício, MHD, Konno, SC, Silva, ACF, Lima, ALL, Conde, WL. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil, 1996-2007. *Rev Saúde Pública* 2009; 1(43): 35-43.
17. Lima, ALL, Silva, ACF, Konno, SC, Conde, WL, Benício, MHD, Monteiro, CA. Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil no Nordeste do Brasil (1986-1996-2006). *Rev Saúde Pública* 2010; 1(44): 17-27.
18. Tardido, AP, Falcão, MC. O impacto da modernização na transição nutricional e obesidade. *Rev Bras Nutr Clin* 2006; 2(21): 117-24.
19. Coutinho, JG, Gentil, PC, Toral, N. A desnutrição e obesidade no Brasil: o enfrentamento com base na agenda única da nutrição. *Cad. Saúde Pública* 2008; 2(24): 332-34.
20. Batista Filho, M, Souza, AI, Miglioli, TC, Santos, MC. Anemia e obesidade: um paradoxo da transição nutricional brasileira. *Cad. Saúde Pública* 2008; 2(24): 247-57.
21. Ministério Extraordinário de Segurança Alimentar e Combate à Fome. Programa Fome Zero. 2003. [acesso 05 nov. 2011]. Disponível em: http://www.fomezero.gov.br/publicacoes/.../cartilha_prefeito.pdf.
22. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2003. [acesso 28 maio 2011]. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/documentos/pnan.pdf>.
23. Panelli-Martins, BE, Santos, SMC, Assis, AMO. Segurança alimentar e nutricional: desenvolvimento de indicadores e experimentação em um município da Bahia, Brasil. *Rev. Nutr.* 2008; 21(Suppl): 65s-81s.
24. Freitas, MCS, Pena, PGL. Segurança alimentar e nutricional: a produção do conhecimento com ênfase nos aspectos da cultura. *Rev. Nutr.* 2007; 20(1): 69-81.
25. Silva, LSV, Thiapó, AP, Souza, GG, Saunders, C, Ramalho, A. Micronutrientes na gestação e lactação. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* 2007; 7(3): 237-244.
26. Oliveira, JED, Marchini, S. Ciências Nutricionais. 2^o ed. São Paulo: Savier, 2008.
27. Vanucchi, H, Marchini, JS. Nutrição Clínica: Nutrição e Metabolismo. 1^o ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.
28. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Human Vitamin and Mineral Requirements. Report of a joint FAO/WHO expert consultation Bangkok, Thailand. Rome: 2002.
29. Brasil, Carência por Micronutrientes. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, 20. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

30. Beitune P, Duarte G, Morais EN, Quintana SM, Vannuchi H. Deficiência da vitamina A e associações clínicas: revisão. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion* 2003. [acesso 13 dez. 2009]. Disponível em: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=50004062220003000400004&script=sci_arttext.
31. Martins MC, Santos LMP, Assis AMO. Prevalência da hipovitaminose A em pré-escolares no Estado de Sergipe, 1998. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38(4): 537-42.
32. World Health Organization. International Vitamin A Consultative Group. Using Immunization Contacts to combat Vitamin A Deficiency. Report of an Informal Consultative Group of the World Health Organization. Geneva: 1993.
33. Underwood, BA. Maternal vitamin A status and its importance in infancy and early childhood. *The American Journal of Clinical Nutrition* 1994; 59(Suppl): 517-24.
34. World Health Organization, Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005. WHO Global database on vitamin A deficiency. Geneva; 2009.
35. Mahan LK, Escott-Stump S. *Krause alimentos, nutrição & dietoterapia*. São Paulo: Roca, 2002.
36. Queiroz, S.S. (Relat.) Proposta de atuação no combate à hipovitaminose A na comunidade. *Temas de Nutrição em Pediatria*. Departamento de Nutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria 2001; 1: 18-21.
37. Ramalho A, Padilha P, Saunders C. Análise crítica de estudos brasileiros sobre deficiência de vitamina A no grupo materno-infantil. *Rev Paul Pediatr* 2008; 26(4): 392-9.
38. Saunders C, Ramalho A, Padilha PC, Barbosa CC, Leal MC. A investigação da cegueira noturna no grupo materno-infantil: uma revisão histórica. *Revista de Nutrição* 2007; 20(1): 95-105.
39. Organización Panamericana de La Salud, Visión Integrada de La suplementacion com vitamina A em lãs Américas. 2-4 de mayo 2001, Managua, Nicaragua. Washington: OPS; 2001.
40. Brasil, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. Brasília; 2009: 249-63.
41. Ramalho RA, Flores H, Saunders C. Hipovitaminose A no Brasil: um problema de saúde pública. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(2): 117-123.
42. Milagres RCRM, Nunes LC, Sant’ana HMP. A deficiência de vitamina A em crianças no Brasil e no mundo. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(5): 1253-66.
43. Geraldo RRC, Paiva SAR, Pita AMCS, Godoy I, Campana ÁO. Distribuição da hipovitaminose A no Brasil nas últimas quatro décadas: ingestão alimentar, sinais clínicos e dados bioquímicos. *Rev. de Nutrição* 2003; 16(4): 443-60.

44. Graebner IT, Saito CH, Souza EMT. Avaliação bioquímica de vitamina A em escolares de um comunidade rural. *Jornal de Pediatria* 2007; 83(3): 247-52.
45. Fernandes TFS, Diniz AS, Cabral PC, Oliveira RS, Lóla MMF, Silva SMM, Kolsteren P. Hipovitaminose A em pré-escolares de creches públicas do Recife: indicadores bioquímico e dietético. *Rev. Nutr.* 2005; 18(4): 471-80.
46. Pereira JA, Paiva AA, Bergamaschi DP, Rondó PHC, Oliveira GC, Lopes IBM et. al. Concentrações de retinol e de beta-caroteno séricos e perfil nutricional de crianças em Teresina, Piauí, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 2008; 11(2): 287-96.
47. Martins MC, Santos LMP, Santos SMC, Araújo MPN, Lima AMP, Santana LAA. Avaliação de políticas de segurança alimentar e combate à fome no período 1995-2002. O Programa Nacional de Controle de Deficiência de Vitamina A. *Cad. de Saúde Pública* 2007; 23(9): 2081-93.
48. Brasil, Portaria nº 2.160, de 29 de dezembro de 1994. Cria, no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A. Brasília; 1994.
49. Brasil, Vitamina A Mais: Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas Gerais. Brasília: 2004.
50. Oliveira JM, Rondó PHC. Evidências do impacto da suplementação de vitamina A no grupo materno-infantil. *Cad. de Saúde Pública* 2007; 23(11): 2565-75.
51. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. 2010 Relatório 2011. [acesso 28 fev. 2011]. Disponível em: http://www.saude.gov.br/MS/vita/_relatorio_quant_doses_aplicadas_rel_php.
52. Almeida ER, Carvalho AT, Nilson EAF, Coutinho JG, Ubarana JA. Avaliação participativa do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A em um município da Região Nordeste do Brasil. *Cad. de Saúde Pública* 2010; 26(5): 949-60.
53. Ferraz F, Silva LWS, Silva LAA, Reibnitz KS, Backes VM. Cuidar-educando em enfermagem: passaporte para o aprender/educar/cuidar em saúde. *Rev Bras Enferm* 2005; 58(5): 607-10.
54. Souza LM, Wegner W, Gorini MIPC. Educação em saúde: uma estratégia de cuidado ao cuidador leigo. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007; 15(2): 607-10.
55. Albuquerque, PC, Stotz, EN. Educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* 2004; 8(15): 259-74.
56. Besen, CB, Netto, MS, Ros, MA, Silva, FW, Silva, CG, Pires, MF et. al. A Estratégia Saúde da Família como objeto de educação em saúde. *Saúde e Sociedade* 2007; 16(1): 57-68.

57. Oliveira, RM. A construção do conhecimento nas práticas de educação em saúde: repensando a relação entre profissionais dos serviços e a população. *Perspect. ciênc. inf.* 2003; n. especial: 22-45.
58. Oliveira, PC, Carvalho, P. A intencionalidade da consciência no processo educativo segundo Paulo Freire. *Paidéia* 2007; 17(37): 219-30.
59. Meyer, DEE, Mello, DF, Valadão, MM, Ayres, JRCM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(6): 1335-42.
60. Rodríguez, CA, Kolling, MG, Mesquida, P. Educação e Saúde: um binômio que merece ser resgatado. *Revista Brasileira de Educação Médica* 2007; 30(1): 60-6.
61. Oliveira, HM, Gonçalves, MJF. Educação em saúde: uma experiência transformadora. *Rev Bras Enferm* 2004; 57(6): 761-3.
62. Brasil, Política Nacional de Promoção da Saúde. 2006. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
63. Campos, GW, Barros, RB, Castro, AM. Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 3(9): 745-49.
64. Ferreira, VA, Magalhães, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Cad. Saúde Pública* 2007; 7(23): 1674-81.
65. Austrália, Declaração de Adelaide. Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 1988. Austrália: Adelaide; 5-9 de abril de 1988.
66. Rotenberg, S, De Vargas, S. Práticas alimentares e o cuidado da saúde: da alimentação da criança à alimentação da família. *Revista Brasileira de Saúde Materno-infantil* 2004; 1(4): 85-94.
67. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. 3ª ed. São Paulo: Vozes; 2008.
68. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11⁰ ed. São Paulo: Hucitec; 2008
69. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [acesso 15 nov. 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=250400>.
70. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. [acesso 15 nov. 2011]. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=25&VMun=250400&VUni=02.
71. Fontanella BIB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad.de Saúde Pública* 2008; 24(1): 17-27.

72. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
73. Brasil, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Brasília; 1996.
74. Brito VRS. Percepção de profissionais da saúde sobre o programa nacional de suplementação de vitamina A [dissertação]. Recife: Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal de Pernambuco; 2011.
75. Rodrigues LPF, Roncada MJ. A educação nutricional nos programas oficiais de prevenção da deficiência da vitamina A no Brasil. *Rev. Nutr.* 2010; 23(2): 297-305.
76. Gurgel, MGI, Alves, MDS, Moura, ERF, Pinheiro, PNC, Rêgo, RMV, Passos, MLL. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. *Esc Anna Nery* 2011; 15(3): 610-15.
77. Bub, MBC, Medrano, C, Silva, CD, Wink, S, Liss, P, Santos, EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2006; 15 (Esp): 152-7.
78. Brasil, Projeto de Suplementação de megadoses de vitamina A no pós-parto imediato nas maternidades/hospitais. Brasília; 2002.
79. Oliveira JM, Oliveira NS, Bergamaschi DP. Concentrações de vitamina A no leite humano e características socioeconômicas e nutricionais maternas: resultados de estudos brasileiros. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* 2009; 9(1): 11-20.
80. Goulart, RMM. Promoção de saúde e o programa escolas promotoras da saúde. *Caderno de Saúde, Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde* 2006; 1(1): 5-13.
81. Rios ERG, Franchi KMB, Silva RM, Amorim RF, Costa N C. Senso comum, ciência e filosofia - elo dos saberes necessários à promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 501-09.
82. Souza WA, Vilas Boas OMGC. A deficiência de vitamina A no Brasil: um panorama. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 12(3): 173-79.
83. Cavalcanti CCTJ. Aproximando a lógica sanitária e a lógica do senso comum: uma experiência de *e-learning* em prevenção à dengue na comunidade da cidade universitária da USP [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2010.
84. Ayres, JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2005; 10(3): 549-60.
85. Pedraza DF. Participación Comunitaria y Salud. *Revista Salud Pública* 2002; 3(2). [acesso em: 28 maio 2011]. Disponível em: http://www.respyn.uanl.mx/iii/2/ensayos/participacion_salud.html.

86. Becker, D, Edmundo, K, Nunes, NR, Bonatto, D, Souza, R. *Empowerment* e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 655-67.
87. Villamor E, Fawzithe WW. Vitamin A supplementation: implications for morbidity and mortality in children. *Journal of Infectious Diseases* 2000; 182(Suppl 1): 122–33.
88. Miller M, Humphrey J, Johnson E, Marinda E, Brookmeyer R, Katz J. Proceedings of the XX International Vitamin A. Consultative Group Meeting. Why Do Children Become Vitamin A Deficient? *The Journal of Nutrition* 2010.
89. Ramakrishnan U, Darnton-Hill I. Proceedings of the XX International Vitamin A Consultative Group Meeting. Assessment and Control of Vitamin A Deficiency Disorders. *The Journal of Nutrition* 2010.
90. Guimarães SÉR, Boruchovitch E. O estilo motivacional do professor e a motivação intrínseca dos estudantes: uma perspectiva da Teoria da Autodeterminação. *Psicol. Reflex. Crit.* 2004; 17(2): 143-50.
91. Rodrigues LPF. Educação nutricional no Brasil: contribuição para a deficiência de vitamina A [tese]. Brasília: Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2009.
92. Lopes, SRS, Piovesan, ÉTA, Melo, LO, Pereira, MF. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. *Com. Ciências Saúde.* 2007; 18(2):147-155.

APÊNDICES

APÊNDICE A

ROTEIRO E PERGUNTAS

PERGUNTAS NORTEADORAS

1. VOCE JÁ OUVIU FALAR SOBRE A VITAMINA A? O QUE?
2. VOCÊ JÁ OUVIU FALAR SOBRE A DEFICIÊNCIA DA VITAMINA A? O QUE?
3. VOCÊ CONHECE O PROGRAMA DA VITAMINA A? FALE-ME SOBRE ELE.
4. VOCÊ JÁ VIU ALGUM CARTAZ, FIGURA, ILUSTRAÇÃO QUE TINHA ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE A VITAMINA A?
5. VOCÊ PARTICIPA OU PARTICIPOU DE ATIVIDADES EDUCATIVAS EM ALIMENTAÇÃO E/OU NUTRIÇÃO, REALIZADAS EM CONJUNTO COM A ESF? FALE-ME A RESPEITO DELAS?
6. VOCÊ ACHA QUE O PROGRAMA DA VITAMINA A É IMPORTANTE?

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. VITAMINA A E DEFICIÊNCIA DE VITAMINA A (DVA):

- O que é (qual o nutriente responsável).
- Frequência/ocorrência (se é comum na comunidade).
- Grupo vulnerável.
- Porque acontece.
- Sinais e sintomas.
- Outros problemas relacionados.
- Formas de evitar/prevenir/ tratar.
- Alimentos que contêm a vitamina A.

2. PROGRAMA DA VITAMINA A:

- O que é o Programa da Vitamina A e como conheceu.
- População-alvo [quem deve tomar? você (ou sua criança) é ou será beneficiado? por que deve ser beneficiada?].
- Periodicidade (regularidade) [qual a periodicidade para tomar a vitamina A? de quanto em quanto tempo você recebe ou deve receber a vitamina? Recebeu informação sobre a data de receber?].
- Registro no cartão da vacina [sabe se é feito, sabe localizar com facilidade?].

- Efeitos colaterais.
- Falta de recebimento [deixou de receber a vitamina A alguma vez? por quê?].
- Material informativo: [Conhece? Já viu? O que achou? O que poderia ajudar a ficar mais informativo?].
- Já recebeu alguma informação (individual ou coletiva) sobre o Programa, sobre a vitamina A ou sobre a alimentação? Como recebeu?
- Acha que o Programa é importante?

APÊNDICE B₁

Universidade Estadual da Paraíba
 Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas
 Av. das Baraúnas, 351 – Campus Universitário - Bodocongó
 Centro de Pós-Graduação – 2º Andar



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Para ser assinado pelo pai, mãe ou responsável pela criança

Eu, _____, _____ e responsável pela(s) criança(s) _____

_____, declaro, para os devidos fins, que livremente aceito participar e autorizo a participação da(s) criança(s) na pesquisa intitulada “Intervenção educativa envolvendo os profissionais da saúde e a população-alvo: impacto na operacionalização e nos resultados do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no município de Campina Grande – PB”, coordenada pela Dra. Adriana de Azevedo Paiva, professora da Universidade Estadual da Paraíba.

Na referida pesquisa será avaliado o programa da vitamina A nas Unidades Básicas de Saúde da Família e nas maternidades de Campina Grande e o conhecimento dos profissionais da saúde e da população-alvo sobre o programa, bem como será pesquisada a presença de deficiência de vitamina A e infecção sub-clínica nas gestantes e crianças.

Fui informada (o) e esclarecida (o) de que os seguintes procedimentos serão realizados:

1. Vou participar de uma entrevista e/ou um grupo de discussão (denominado de grupo focal) para responder a um questionário que avaliará os meus conhecimentos sobre o programa da vitamina A. Depois disso poderei ser selecionada (o), por meio de um sorteio, para participar de atividades didáticas (aulas) que me ajudarão a conhecer mais sobre o programa. Seis meses depois farei outra entrevista e/ou participarei de outro grupo focal para avaliar o meu aprendizado. Caso eu não seja selecionada (o) para as atividades didáticas, ao final do estudo a equipe de pesquisadores irá oferecer palestras para me orientar sobre o programa da vitamina A.
2. Vou responder a um questionário sobre a alimentação da (s) criança (s) antes e depois das atividades didáticas. Se eu não for sorteada (o) para participar das atividades responderei ao segundo questionário seis meses após o primeiro.
3. Será realizada a coleta de sangue da (s) criança (s) para os exames de vitamina A e de infecção leve; e também serão aferidos (medidos) o peso e estatura da (s) criança (s).

Ficou estabelecido que a Dra. Adriana de Azevedo Paiva será a responsável pelo retorno dos resultados dos exames a mim, em um prazo máximo de três meses. Foi garantido que as técnicas utilizadas para os procedimentos de coleta de sangue serão feitas tomando-se todos os cuidados de assepsia e segurança, ficando garantida a existência mínima de riscos à integridade física, mental ou moral da criança.

Ainda, ficou garantida a privacidade das informações que serão prestadas.

Todas as crianças que não foram suplementadas nos últimos seis meses receberão tratamento com cápsulas contendo megadoses de vitamina A, e as crianças desnutrição severa serão encaminhadas ao posto de saúde mais próximo, para receber o tratamento adequado.

A importância da pesquisa para a comunidade científica e para a população foi ressaltada. Qualquer dúvida será esclarecida pela equipe responsável, sendo assegurado que, em qualquer momento do estudo, posso anular este termo de consentimento, sem qualquer constrangimento ou prejuízo para mim ou para a criança.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Assinaturas ou impressões datiloscópicas:

Mãe ou Responsável

Pesquisador

Dúvidas ou informações, procurar: **Adriana de Azevedo Paiva. Telefone: (83) 3315-3415.**

APÊNDICE B₂

Universidade Estadual da Paraíba

Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas

Av. das Baraúnas, 351 – Campus Universitário - Bodocongó

Centro de Pós-Graduação – 2º Andar

*Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*

Para ser assinado pela gestante

Eu, _____

declaro, para os devidos fins, que livremente aceito participar na pesquisa intitulada “Intervenção educativa envolvendo os profissionais da saúde e a população-alvo: impacto na operacionalização e nos resultados do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no município de Campina Grande – PB”, coordenada pela Dra. Adriana de Azevedo Paiva, professora da Universidade Estadual da Paraíba.

Na referida pesquisa será avaliado o programa da vitamina A nas Unidades Básicas de Saúde da Família e nas maternidades de Campina Grande e o conhecimento dos profissionais da saúde e da população-alvo sobre o programa, bem como será pesquisada a presença de deficiência de vitamina A infecção subclínica em gestantes e crianças.

Fui informada e esclarecida de que os seguintes procedimentos serão realizados:

- 4. Vou participar de uma entrevista e/ou um grupo de discussão (denominado de grupo focal) para responder a um questionário que avaliará os meus conhecimentos sobre o programa da vitamina A. Depois disso poderei ser selecionada, por meio de um sorteio, para participar de atividades didáticas (aulas) que me ajudarão a conhecer mais sobre o programa. Seis meses depois farei outra entrevista e/ou participarei de outro grupo focal para avaliar o meu aprendizado. Caso eu não seja selecionada para as atividades didáticas, ao final do estudo a equipe de pesquisadores irá oferecer palestras para me orientar sobre o programa da vitamina A.**
- 5. Vou responder a um questionário sobre a minha alimentação antes e depois das atividades didáticas. Se eu não for sorteada para participar das atividades responderei ao segundo questionário seis meses após o primeiro.**
- 6. Serão aferidos (medidos) o peso e estatura.**

Ficou garantida a privacidade das informações que serão prestadas.

A importância da pesquisa para a comunidade científica e para a população foi ressaltada. Qualquer dúvida será esclarecida pela equipe responsável, sendo assegurado que, em qualquer momento do estudo, posso anular este termo de consentimento, sem qualquer constrangimento ou prejuízo para mim.

Campina Grande, ____ de _____ de _____.

Assinaturas ou impressões datiloscópicas:

Gestante

Pesquisador

Dúvidas ou informações, procurar: **Adriana de Azevedo Paiva. Telefone: (83) 3315-3415.**

Andamento do projeto - CAAE - 0050.0.133.000-08				
Título do Projeto de Pesquisa				
Intervenção educativa envolvendo os profissionais da saúde e a população-alvo: impacto na operacionalização e nos resultados do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no município de Campina Grande - PB.				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	07/04/2008 14:55:20	09/04/2008 16:54:24		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	09/04/2008 16:54:24	Folha de Rosto	0050.0.133.000-08	CEP
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	07/04/2008 14:55:20	Folha de Rosto	0050.0.133.000-08	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	07/04/2008 09:35:01	Folha de Rosto	FR185724	Pesquisador