

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

LIDIANNI CRUZ SOUZA

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
SOBRE A ESTRATÉGIA DE FORTIFICAÇÃO CASEIRA NA PREVENÇÃO DE
DEFICIÊNCIA DE FERRO E ANEMIA EM RIO BRANCO - ACRE**

Rio Branco - AC

2014

LIDIANNI CRUZ SOUZA

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA
ATENÇÃO PRIMÁRIA SOBRE A ESTRATÉGIA DE
FORTIFICAÇÃO CASEIRA NA PREVENÇÃO DE
DEFICIÊNCIA DE FERRO E ANEMIA EM RIO
BRANCO - ACRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa:

Processo Saúde-Doença: Epidemiologia e Atenção a Saúde

Orientador: Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz – UFAC

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado – UFC

Rio Branco - AC

2014

©SOUZA, L. C., 2014.

SOUZA, Lidianni Cruz. **Percepção dos usuários e profissionais da atenção primária sobre a estratégia de fortificação caseira na prevenção de deficiência de ferro e anemia em Rio Branco-Acre.** Rio Branco, 2014. 101 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Acre, 2014.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da UFAC

S729p Souza, Lidianni Cruz, 1981-
Percepção dos usuários e profissionais da atenção primária sobre a estratégia de fortificação caseira na prevenção de deficiência de ferro e anemia em Rio Branco-Acre / Lidianni Cruz Souza. – 2014.
101 f. ; 30 cm.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Acre, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Rio Branco, 2014.
Linha de Pesquisa: Processo Saúde-Doença: Epidemiologia e Atenção à Saúde
Orientadores: Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz.
Prof^a. Dr^a. Márcia Maria Tavares Machado.
1. Anemia – Crianças – Rio Branco (AC). 2. Deficiência de ferro. 3. Anemia – Cuidados caseiros. I. Título.
CDD: 616.1527098112

LIDIANNI CRUZ SOUZA

**PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA
SOBRE A ESTRATÉGIA DE FORTIFICAÇÃO CASEIRA NA PREVENÇÃO DE
DEFICIÊNCIA DE FERRO E ANEMIA EM RIO BRANCO - ACRE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre - UFAC, para obtenção do título de Mestre.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz – UFAC

Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado - UFC.

Prof. Dr. Orivaldo Florencio de Souza – UFAC

APROVADA EM: 31/07/2014

DEDICATÓRIA

Em especial a Deus, pela nossa existência, por sempre me conceder sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção.

À minha família, meu porto seguro, em especial:

aos meus pais, Marly e Jesus, por sempre terem me impulsionado em direção a conquistas importantes.

Aos meus irmãos, Giovanni e Lucianni, pela força e confiança.

Ao meu marido Alfredo, pelo amor, confiança e motivação incondicional.

Ao meu filho Lucas, fonte de inspiração.

Ao Professor Doutor Pascoal e Dr^a Márcia, pela confiança e excelentes orientações.

Aos participantes deste estudo, por terem compartilhado suas experiências concernentes às práticas voltadas à estratégia de fortificação caseira.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo cuidado, amparo, proteção e sabedoria concedida a mim na elaboração desse trabalho, e por direcionar-me a cada dia diante das decisões que surgem ao longo da vida. Obrigada, meu Deus, por mais uma etapa cumprida!

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Pascoal, pela confiança em mim depositada, pela segunda vez, e à Prof.^a Dr.^a Márcia pelo carinho com que me acolheu. A ambos, por terem confiado a mim este trabalho tão importante desenvolvido por um método a princípio desafiador, mas que, pelo acompanhamento, pela condução, atenção, encorajamento, dispensados por vocês, contribuíram com que eu chegasse até aqui. Por terem oportunizado momentos de aprendizado e crescimento pessoal e profissional. Obrigada por todas as experiências compartilhadas.

Aos meus pais, Marly e Jesus, por terem direcionado a trajetória que me trouxe a mais esta conquista; pelos princípios e valores transmitidos, meu alicerce moral; por cumprirem da melhor forma seus papéis designados por Deus na condução da nossa família; e pelas orações, confiança, amor, segurança, carinho dispensados no decorrer desta etapa. Amo vocês!

Aos meus irmãos Lulu, Gió e Marisa, por todos os momentos que passamos juntos, pelo compartilhamento de experiências, conselhos, vivências, por estarem sempre presentes na minha vida, independentemente da distância física. E neste momento em especial, por terem me incentivado, pelo carinho, por senti-los sempre perto de mim. Vocês são muito especiais para mim. Obrigada!

Aos meus amores concedidos por Deus: Junior, por ter acreditado em mim, mesmo nos momentos em que eu pensei que não conseguiria finalizar este estudo, por andar lado a lado comigo, sempre transmitindo confiança, segurança, calma, carinho e por ser esse companheiro maravilhoso. Lucas, meu companheirinho, um lindo presente de Deus que só tem trazido bênçãos à minha vida, pela alegria diária que me proporciona, pela sua amizade e amor incondicional. Sempre do meu ladinho. Muito obrigada.

A todos os outros familiares e amigos, uns mais próximos, outros mais distantes, mas todos

muito queridos, pelas orações, atenção, força, transmitida em gestos de carinho ou em palavras de perseverança. Muito obrigada!

À Universidade Federal do Acre, que, por meio do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, proporcionou a realização deste sonho.

A toda a equipe que participou do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, aos docentes e colegas com quem partilhei vários momentos desta jornada.

À Prof.^a Dr.^a Maria Lúcia Bosi, por ter permitido minha participação como ouvinte da disciplina Pesquisa Qualitativa em Saúde, do Programa de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Ceará. Obrigada por ensejar um momento tão singular e importante para minha formação. Obrigada!

Às instituições e equipe responsável, em especial, à Prof.^a Dr.^a Marly Augusto Cardoso, coordenadora do Projeto Matriz: “ Efetividade da fortificação caseira com vitaminas e minerais na prevenção da deficiência de ferro e anemia em crianças menores de um ano: estudo multicêntrico em cidades brasileiras”, por ter permitido a realização deste estudo como subprojeto.

Ao Naildo Cardoso (Nacal), assessor do professor Pascoal, por estar sempre solícito, pelas palavras amigas de encorajamento e perseverança.

Aos participantes do estudo, por terem confiado e compartilhado suas experiência nos grupos focais.

Aos componentes da minha Banca de Qualificação: Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz – UFAC, Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado - UFC, e Prof. Dr. Orivaldo Florencio de Souza – UFAC, pela análise crítica e recomendações sugeridas, fundamentais para a finalização deste trabalho.

Aos componentes da minha Banca de Defesa, os titulares: Prof. Dr. Pascoal Torres Muniz – UFAC; Prof.^a Dr.^a Márcia Maria Tavares Machado - UFC e Prof. Dr. Orivaldo Florencio de Souza –UFAC e os suplentes: Prof.^a Dr.^a Suleima Pedroza Vasconcelos e Prof.^a Dr.^a Raimunda

da Costa Araruna, por terem aceitado fazer parte desde momento tão especial para mim, pelo respeito e contribuições emitidas, desde a leitura cuidadosa e crítica deste trabalho.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo apoio financeiro disponibilizado com a concessão da bolsa de estudo, na modalidade GM, conforme o processo nº 133974/2012-0.

Em razão desta conquista, divido com vocês a minha alegria!

*Ensina-me bom senso e entendimento, pois
deposito minha confiança em teus ensinamentos.*

(Salmo 119:66)

*O futuro só vem se a gente o fizer. Se a gente o
fizer transformando o presente. O futuro só vem
se a gente o construir. Se a gente transformar o
presente com vistas ao perfil, ao sonho ou à
utopia.*

(Paulo Freire, 1998)

*O sucesso nasce do querer, da determinação e
persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo
não atingindo o alvo, quem busca e vence
obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.*

(José de Alencar)

RESUMO

Introdução A carência nutricional mais comum e amplamente distribuída no mundo é a deficiência de ferro, principal causa da anemia na infância. Nas últimas décadas, inúmeras estratégias de prevenção e controle foram adotadas por diversos países, porém poucos foram os avanços conquistados na redução da prevalência de anemia na infância. Publicação recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) analisou a adoção de estratégias complementares na prevenção e controle da anemia em crianças de seis a 23 meses, sugerindo o uso de múltiplos micronutrientes em fortificação caseira integrada a ações básicas de atenção a saúde. **Objetivo:** Conhecer a percepção das mães e dos profissionais de saúde ante a estratégia de fortificação caseira com vitaminas e minerais na prevenção da anemia e deficiência de ferro em crianças menores de um ano. **Método** Tem orientação analítico-descritiva e natureza qualitativa, desenvolvido com profissionais de saúde e mães de crianças menores de um ano que participaram da estratégia de fortificação caseira em cinco unidades de saúde da atenção primária, em Rio Branco, Acre. Foram realizados três grupos focais com mães de crianças (de seis a 23 meses) e com profissionais de saúde. O material analisado permitiu a definição de cinco categorias temáticas. **Resultados** Os agentes envolvidos no estudo manifestaram boa aceitação pela estratégia de fortificação caseira. As mães observaram melhorias na saúde dos filhos após o uso do fortificante. Como dificuldades, informaram: influência do cuidador (externo à família), efeitos colaterais, sabor, falta de informação e esquecimento. Como facilitadores: a compreensão das mães sobre os benefícios e a importância dos micronutrientes para a saúde da criança, sabor (na maioria dos relatos pouco perceptível ou inexistente), efeitos colaterais (reduzidos ou inexistentes), fácil manipulação e preparo do fortificante, orientações e acompanhamento dos profissionais. Para os profissionais, as mães que acompanham rotineiramente seus filhos, na unidade de saúde, aderem mais facilmente ao tratamento. Outro aspecto importante se refere à percepção dos profissionais quanto à preferência das mães por esta estratégia de uso do sulfato ferroso. O fato de perceberem essa aceitação do sachê poderá refletir de forma positiva na prevenção e no tratamento da anemia e deficiência de ferro. **Conclusão** Em virtude da implantação da referida estratégia no Brasil, torna-se imprescindível à inserção de ações de educação permanente e de atividades de promoção e educação em saúde, no planejamento das ações. A confecção de vídeos e a divulgação, através dos meios de comunicação, faz-se necessária. Apesar das limitações, o novo produto expressou melhor aceitação, em relação ao sulfato ferroso, principalmente pelas vantagens referidas: a facilidade de usar, a utilização junto da alimentação, o sabor (pouco perceptível ou inexistente), e os efeitos colaterais (diminuídos ou ausentes).

Descritores: Atenção Primária. Fortificação Caseira. Deficiência de Ferro. Anemia. Criança.

ABSTRACT

Introduction The most common nutritional deficiency and largely distributed in the world is the Iron deficiency, the main cause of childhood anemia. In recent decades, numerous prevention and control strategies have been adopted by many countries, but there were few progress in reducing the prevalence of childhood anemia. Recent World Health Organization's publication (WHO), analyzed the adoption of complementary strategies to prevent and control anemia in children from six to 23 months old, suggesting the use of multiple micronutrient homemade fortification integrated with basic health care. **Objective** Knowing the perception of mothers and health care experts against the strategy of homemade fortification with vitamins and minerals in prevention of anemia and iron deficiency in children under one year. **Method** It has self analytical-descriptive and qualitative guidance, developed with health care experts and mothers of children under one year who participated in the strategy homemade fortification in five health units in primary care, in Rio Branco, Acre. Three focused groups were performed with mothers of children (from six to 23 months old) along with health care experts. The results analyzed allowed the definition of five thematic categories. **Results** Displaying Agents involved in the study show good acceptance by the homemade fortification strategy. The mothers observed health improvements in their children after the use of the homemade fortification. As difficulties, they reported: influence of a caregiver (not a family member), side effects, taste, lack of information and forgetfulness. As facilitators: mothers' comprehension about the benefits and importance of micronutrients for the children's health, taste (barely noticeable or nonexistent in most reports), side effects (reduced or absent), easy handling and preparation of the homemade fortifying, guidelines and the experts' monitoring. To the experts, mothers that often take their children at the health unit, adhere more easily to the treatment. Another important aspect concerns the perception from the experts is the mothers' preference for this strategy of using ferrous sulfate. The fact of realizing this acceptance of sachet can reflect positively on the prevention and treatment of anemia and iron deficiency. **Conclusion** In view of the implementation of this strategy in Brazil, it is essential to insert permanent educational actions and promoting education healthy activities, planning actions, recording videos and release them through the media, it is necessary. Despite the limitations, the new product showed best acceptance in relation to ferrous sulphate, especially because of the mentioned advantages: easy handling, given along with the food, the taste (barely noticeable or nonexistent) and side effects (decreased or absent).

Keywords: Primary Care. Homemade fortification. Iron Deficiency. Anemia. Child.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figuras

01 – Diagrama ilustrativo da relação entre a deficiência de ferro e a anemia em uma população hipotética	18
02 – Anemia como problema de saúde pública por país: as crianças em idade pré-escolar ...	23
03 – Mapa do Brasil	35
04 – Mapa da Rede de Atenção Primária do Município de Rio Branco - Acre	36
05 – Mapa do Segmento de Saúde VII, Rio Branco – Acre	37
06 – Treinamento da equipe. Rio Branco, 2012	40
07 – Espaço infantil utilizado como suporte aos grupos focais das mães	42

Tabelas

01 – Classificação proposta para significância de anemia em termos de Saúde Pública	22
02 – Proposta de esquema para fortificação caseira (com formulações em pó de múltiplos micronutrientes) de alimentos consumidos por crianças de 6 a 23 meses de vida	29

Quadros

01 – Perfil das mães que participaram do estudo, de acordo com grupo focal, em Rio Branco, Acre	49
02 – Matriz descritiva realizada com base nos grupos focais com as mães	50
03 – Perfil dos profissionais que participaram do estudo, de acordo com grupo focal, em Rio Branco, Acre	71
04 – Matriz descritiva realizada com base nos grupos focais com os profissionais.....	72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 ESTADO DA ARTE.....	17
2.1 Contexto da deficiência de ferro e anemia por deficiência de ferro na infância.....	17
2.2 Conhecimentos e percepções sobre anemia, por parte da comunidade	19
2.3 Cenário epidemiológico	22
2.4 Abordagem dos programas nutricionais no Brasil, com base no uso da fortificação caseira na prevenção da anemia e deficiência de ferro em crianças menores de um ano ...	25
2.5 A fortificação caseira com múltiplos nutrientes como estratégia na prevenção da deficiência de ferro e anemia	28
3 QUESTÃO NORTEADORA.....	30
4 JUSTIFICATIVA	30
5 OBJETIVOS	31
5.1 Geral.....	31
5.2 Específicos.....	31
5.2.1 Identificar o modo como as mães utilizam o fortificante na alimentação das crianças	31
5.2.2 Conhecer, na percepção das mães, os possíveis efeitos adversos com o uso do fortificante	31
5.2.3 Compreender, na percepção das mães, aceitação do fortificante pelas crianças	31
5.2.4 Descrever, com base na compreensão das mães, os aspectos facilitadores e as dificuldades observadas quanto à estratégia de distribuição do fortificante	31
5.2.5 Conhecer, na percepção dos profissionais, a aceitação do fortificante pelas mães e crianças	31
5.2.6 Conhecer, com suporte no entendimento dos profissionais, os aspectos facilitadores e as dificuldades observadas quanto à estratégia de distribuição do fortificante	31
6. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	32
6.1 Abordagem qualitativa em saúde	32
6.2 Caracterização do estudo	33
6.3 Local do estudo	34
6.4 Sujeitos do estudo	37
6.5 Desenvolvimento do estudo: técnica e instrumento utilizado no trabalho de campo	39

6.5.1 Grupo focal	39
6.5.1.1 Definição	39
6.5.1.2 Procedimentos utilizados	40
6.5.1.2.1 Treinamento teórico-prático	40
6.5.1.2.2 Critérios de inclusão para ingresso nos grupos focais	41
6.5.1.2.3 Convocação dos grupos	41
6.5.1.2.4 Ambiente	42
6.5.1.2.5 Condução dos grupos	43
6.5.1.2.6 Recursos utilizados	43
6.5.1.2.7 Acolhimento dos sujeitos da pesquisa	43
6.5.1.2.8 Conteúdo	44
6.6 Aspectos éticos do estudo	45
6.7 Processamento e análise do material empírico	46
7. RESULTADOS E DISCUSSÃO	48
7.1 Tema 1 - Percepção dos pais sobre a estratégia de fortificação caseira na prevenção de deficiência de ferro e anemia	48
7.1.1 Adesão e aceitabilidade do uso da fortificação caseira com vitaminas e minerais	51
7.1.1.1 Orientações recebidas pelas mães	51
7.1.1.2 Manejo e preparo do sachê	53
7.1.1.4 Sabor do produto	55
7.1.1.4 Percepção materna após a ingestão do sachê pela criança: melhoria na vida das crianças	57
7.1.1.5 Suporte familiar para a adesão ao uso do sachê	58
7.1.2 Fatores limitantes para a utilização da fortificação caseira	59
7.1.2.1 O sabor do produto	59
7.1.2.2 A influência do cuidador para a adesão	59
7.1.2.3 Falta de informação sobre o produto	60
7.1.2.4 O “esquecimento das mães” na administração do sachê	60
7.1.2.5 Surgimento de efeitos colaterais nas crianças durante o uso do sachê ...	61
7.1.3 Fatores facilitadores para a utilização da fortificação caseira com vitaminas e minerais (sachê)	62
7.1.3.1 Percepções das mães acerca do produto (sachê)	62
7.1.3.2 Outras opções de sugestão para inserção do sachê em outros alimentos	67
7.1.4 Material institucional de divulgação e informação da fortificação caseira com vitaminas e minerais (sachê)	68
7.1.5 Sugestões maternas para melhor efetivar a implantação da suplementação de	

ferro	68
7.2 Tema 2 Percepção dos profissionais de saúde sobre a estratégia de fortificação caseira na prevenção de deficiência de ferro e anemia	71
7.2.1 Adesão e aceitação do uso da fortificação caseira com vitaminas e minerais.....	72
7.2.1.1 A capacitação recebida pelos profissionais no início da pesquisa e o suporte dado no seu transcurso	73
7.2.1.2 Orientações prestadas pelos profissionais às mães	73
7.2.1.3 A percepção dos profissionais quanto à adesão das mães e à estratégia da fortificação caseira com o sachê	74
7.2.2 Material institucional.....	76
7.2.3 Fatores facilitadores.....	77
7.2.4 Fatores limitantes.....	78
7.2.4.1 Efeitos adversos relacionados ao uso do sachê	78
7.2.4.2 Questões relacionadas à duração e faixa etária da intervenção	79
7.2.4.3 Conhecendo o nível socioeconômico e cultural das mães para uma melhorar implementação do programa de fortificação	81
7.2.4.4 O papel da equipe de profissionais de saúde para incentivar o uso do fortificante	83
7.2.5 Sugestões para melhorar a adesão das mães.....	84
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS	90
Anexos	
Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	98
Anexo II: Planilhas de Identificação Utilizadas nos Grupos	99
Anexo III: Declaração de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo CEP	101

1 INTRODUÇÃO

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de dois bilhões de pessoas no mundo sofrem de anemia, o equivalente a um terço da população. Acredita-se que a deficiência de ferro seja a principal causa de anemia. A deficiência de ferro pode ser considerada a carência nutricional mais prevalente, no mundo, configurando um desafio para a saúde pública (WHO, 1999; WHO, 2001). Estima-se que 293 milhões crianças de idade pré-escolar sejam afetadas por anemia (WHO, 2011).

No Brasil, estudos regionais apontam elevadas prevalências dessa deficiência, principalmente entre as crianças de seis a 24 meses, que constituem a faixa de maior risco. (JORDÃO, 2009; GONDIM, 2012; CEMBRANEL, 2013; VIEIRA et al, 2010). Tal situação pode estar relacionada a alguns fatores concernentes “às necessidades de ferro do lactente, como as reservas de ferro ao nascer, a velocidade de crescimento, a ingestão e as perdas do mineral”. (BRASIL, 2007, p.25).

De acordo com a OMS, a significância de anemia em termos de saúde pública pode ser classificada como normal ou aceitável (abaixo de 5%), leve (de 5 a 19,9%), moderada (de 20 a 39,9%) e grave (maior ou igual a 40%) (WHO, 2001).

A reconhecida relevância da deficiência de ferro, bem como da anemia em consequência desta, decorre da magnitude de sua ocorrência e efeitos deletérios que ocasiona à saúde da criança, tais como: “A deficiência de ferro altera o metabolismo cerebral, a capacidade de sinapses e prejudica a mielinização. Assim, crianças com deficiência de ferro apresentam menores escores na função cognitiva e motora, além de sofrerem alterações no comportamento emocional.” (BRASIL, 2012, p.12).

Ressalta-se que três estratégias de prevenção e controle da anemia são adotadas pelo Governo brasileiro: “educação nutricional, suplementação medicamentosa e fortificação de alimentos básicos”. (BRASIL, 2012, p.15).

Com a finalidade de se obter alternativa à suplementação tradicional, surgiram os micronutrientes em pó (MNPs). A estratégia é denominada “fortificação caseira” mediante a qual múltiplos micronutrientes na forma de pó são introduzidos às refeições das crianças. “Sua eficácia biológica, a biodisponibilidade, a segurança e a aceitabilidade foram testadas em diversos cenários”. (BRASIL, 2012, p.12).

Em razão das dificuldades acerca da efetividade das estratégias retrocitadas, o Ministério da Saúde, com pesquisadores brasileiros e, com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), propuseram uma pesquisa multicêntrica para avaliar a efetividade da fortificação caseira com vitaminas e minerais na prevenção da deficiência de ferro e anemia em crianças menores de um ano no Brasil.

Este estudo tem como objetivo exprimir a percepção das mães e dos profissionais de saúde ante a estratégia de fortificação caseira com vitaminas e minerais na prevenção da anemia e deficiência de ferro, em crianças menores de um ano, segundo modelo de atenção básica (Tradicional e Estratégia Saúde da Família).

2 ESTADO DA ARTE

A intensificação da desigualdade social – e no âmbito da saúde – observada em países como os da América Latina e muitos outros, impõe a sociedade e, em especial, aos profissionais dedicados à pesquisa e assistência uma série de reflexões e um esforço coletivo voltados ao aprofundamento da compreensão da complexidade inerente aos cenários que se apresentam. (BOSI; MERCADO, 2007).

A revisão bibliográfica desta pesquisa fundamentou-se nos referenciais teóricos concernentes às seguintes temáticas: contextualizando a deficiência de ferro e anemia ferropriva na infância; conhecimentos e percepções sobre anemia; cenário epidemiológico; abordagem dos programas nutricionais no Brasil na prevenção da anemia e deficiência de ferro em crianças menores de um ano; e a fortificação caseira com múltiplos nutrientes como estratégia de prevenção da deficiência de ferro e anemia.

2.1 Contexto da deficiência de ferro e anemia ferropriva na infância

A anemia é condição em que a concentração de hemoglobina no sangue está anormalmente baixa, em consequência de condições patológicas. A deficiência de ferro na dieta é a principal causa, mas não a única, pois outras causas incluem a malária, doenças hereditárias relacionadas às hemácias, infecções por parasitas e esquistossomose; deficiências de outros micronutrientes (deficiência de ácido fólico em particular). (WHO, 1999, p.19; WHO, 2001, p.04).

A anemia por deficiência de ferro, ou anemia ferropriva, é caracterizada pela diminuição ou ausência das reservas de ferro, baixa concentração férrica no soro, fraca saturação de transferrina, concentração escassa de hemoglobina e redução do hematócrito. A deficiência de ferro é, portanto, o resultado de um longo tempo de balanço negativo entre a quantidade do mineral para manter o funcionamento normal dos tecidos e a necessidade do organismo, com ou sem presença da anemia (WHO, 2001, p.03; JORDÃO, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define anemia ferropriva em crianças menores de cinco anos como níveis de hemoglobina inferiores a 11 g/dl (WHO, 2001, p.33).

A deficiência de ferro no organismo ocorre por meio de três estádios, até o desenvolvimento da anemia ferropriva. O primeiro é caracterizado pela diminuição da ferritina sérica, o segundo pelo declínio da concentração do ferro sérico e aumento da capacidade de ligação do ferro e, por fim, no terceiro estágio pelo desencadeamento da anemia ferropriva, as hemácias passam a ser morfológicamente alteradas, tornando-se microcíticas e hipocrômicas (BRASIL, 2007, p.30; QUEIROZ; TORRES, 2000).

No primeiro estágio, ocorre a “depleção de ferro”, “ [...] quando o aporte de ferro é incapaz de suprir as necessidades. Produz, inicialmente, uma redução dos depósitos, que se caracteriza por ferritina sérica abaixo de 12 µg/l, sem alterações funcionais”. (QUEIROZ; TORRES, 2000, p. s300).

No segundo, estágio, acontece a deficiência de ferro, “caracterizada por diminuição do ferro sérico, saturação da transferrina abaixo de 16% e elevação da protoporfirina eritrocitária livre”. (QUEIROZ; TORRES, 2000, p. s300).

No terceiro e último estágio, é causada a anemia ferropriva propriamente dita, caracterizada pelo fato de que “a hemoglobina situa-se abaixo dos padrões para a idade e o sexo. Caracteriza-se pelo aparecimento de microcitose e de hipocromia”. (QUEIROZ; TORRES, 2000, p.s300).

Assim, a anemia configura-se como a forma mais grave de deficiência de ferro no organismo, o que possibilita refletir sobre a magnitude do problema da deficiência de ferro. A figura 1 ilustra esta relação entre a anemia e a deficiência de ferro (WHO, 2001, p.05).

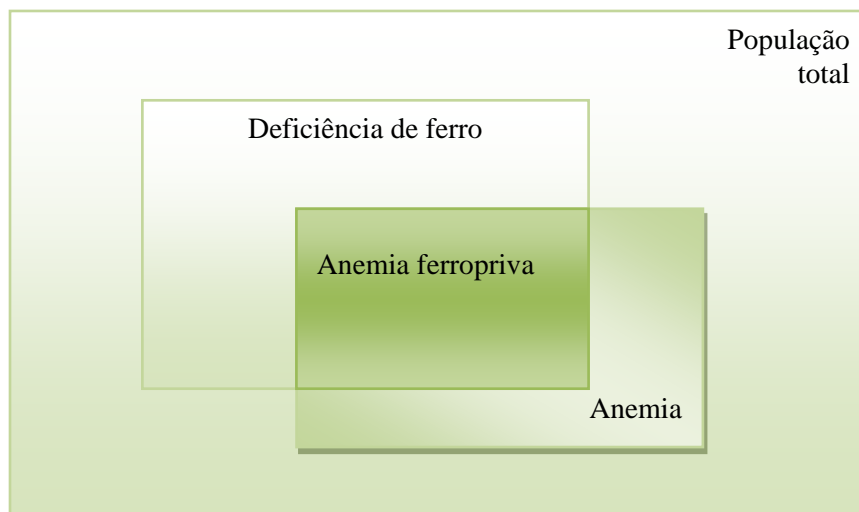


Figura 1 - Diagrama ilustrativo da relação entre a deficiência de ferro e a anemia em uma população hipotética.

Fonte: World Health Organization, 2001.

Em razão desta abordagem, alguns grupos são considerados de risco para a deficiência de ferro, dentre os quais se destacam as crianças, principalmente os lactentes e os pré-escolares, (WHO, 2001; p.15, JORDÃO, 2009; BRASIL, 2007, p.23).

Queiroz e Torres (2000, p. s300) mencionam que as principais causas que contribuem para a deficiência de ferro no “lactente jovem” são: “a prematuridade”, “o baixo peso ao nascer”, “o abandono precoce do aleitamento materno exclusivo”. Na primeira infância, no entanto, refere ser: em decorrência de erros alimentares, quando comumente o leite materno é substituído por alimentos pobres em ferro, e conforme menciona, “as mães frequentemente substituem uma refeição pela mamadeira”.

As principais consequências da deficiência de ferro apontadas no manual de conduta sobre o Programa Nacional de Suplementação Ferrosa são:

Comprometimento do sistema imune, com aumento da predisposição a infecções; Aumento do risco de doenças e mortalidade perinatal para mães e recém-nascidos; Aumento da mortalidade materna e infantil; Redução da função cognitiva, do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças com repercussões em outros ciclos vitais; Diminuição da capacidade de aprendizagem em crianças escolares e menor produtividade em adultos. (BRASIL, 2013a, p.09).

Quanto à prevenção da anemia ferropriva, Queiroz e Torres (2000, p. s3001) apontam quatro tipos de abordagens: “educação nutricional e melhoria da qualidade da dieta oferecida, incluindo o incentivo do aleitamento materno, suplementação medicamentosa, fortificação dos alimentos e controle de infecções”.

2.2 Conhecimentos e percepções sobre anemia por parte da comunidade

Azeredo et al (2013, p. 830) destacam a influência dos hábitos culturais nas práticas alimentares, considerando que estes definem os alimentos a serem utilizados na dieta, uma vez que “a presença da doença, a própria adesão a determinado tratamento ou prevenção, se relaciona ao sentido que a anemia tem para os indivíduos, ou seja, para o senso comum”.

Para Ailinger et al (2009), os aspectos educacionais, econômicos e especialmente culturais refletem nos conceitos das doenças.

Estudo de Teixeira-Palombo e colaboradores (2006) avaliou o conhecimento de educadoras infantis de uma creche pública na cidade de São Paulo sobre anemia. Os autores observaram que os conhecimentos e práticas das educadoras decorriam do senso comum, adquiridos no cotidiano, com a própria experiência.

Ati e colaboradores (2008), em estudo realizado na Tunísia com mulheres (anêmicas e não anêmicas), investigaram o conhecimento, percepções e práticas relacionadas com a anemia. Em seus resultados, foram consolidados os seguintes significados para anemia: “falta de ferro”, “sangue pobre”, “hipotensão”, e “uma variação no número de células brancas ou vermelhas no sangue”.

O ensaio de Azeredo e colaboradores (2013, p. 831) investigou o conhecimento das mães (por crianças suplementadas com sulfato ferroso), a respeito da anemia e apresentaram em seus resultados a percepção materna sobre o conceito de anemia em dois grupos (alta adesão e baixa adesão). Ressalta-se que, em ambos os grupos, o conceito esteve relacionado aos seguintes fatores: sinais clínicos e causas da anemia, deficiência de ferro e “sangue fraco”, conforme os apontamentos a seguir:

No grupo de baixa adesão:

[...] é a criança num responder, aos poucos fica pálida, parada, quieta, não se alimenta direito [...] é menino que não come, fica indisposto, não brinca.

[...] é porque as pessoas não come verdura, nem legume, igual feijão. [...] porque eles falam que quem tá com anemia, tá com verme.

[...] é falta de ferro, eu acho que é isso. Falta de ferro no sangue.

[...] é sangue fraco que eles fala [risos] num sei se é sangue que vira água.

No grupo de alta adesão:

[...] é aquela criança que fica desanimada, não qué brincá. [...] eu acho que a criança fica menos resistente.

[...]é assim é uma carência de ferro, né que a pessoa tem... né? sei lá, falta de ferro no sangue. Falta de ferro no sangue.

[...] eu acho que é água no sangue né?[...]é alguma coisa no sangue que fica fraco[...].

Em um estudo realizado por Teixeira-Palombo e colaboradores (2006, p.210), com educadoras infantis de uma creche pública na cidade de São Paulo, os autores relacionaram anemia a "sangue fraco", algumas até a falta de ferro no sangue, conforme os fragmentos relacionados no referido estudo:

Anemia acho que deve ser alguma coisa no sangue, né? [...] acho que o sangue num tá bom, tá fraco, né? É a falta de ferro no sangue, né? Falta de ferro. Falta vitamina no sangue.

Num experimento de Ailinger e colaboradores (2009), foram investigados os conceitos de anemia em mulheres nicaraguenses com baixa renda. Ao serem questionadas sobre como a anemia se desenvolve, a maioria relacionou a anemia com a dieta inadequada:

Nós temos este hábito na Nicarágua, também por causa da pobreza, buscamos encher nossos estômagos, sem olhar todas as comidas que nos fazem bem, apenas enchemos nossos estômagos com arroz e feijão.

[...] é uma falta de ferro devido à má alimentação e ao invés de beber suco, as pessoas bebem café e isto não é bom, tira as vitaminas.

[...] a anemia ocorre pela mulher ser deficiente em ferro, uma pessoa deve comer alimentos que contenham ferro para não ter anemia.

Quanto à etiologia da anemia, Ati e colaboradores (2008) apontam que a maioria das mulheres referiu que “desnutrição” causa anemia. No citado estudo de Teixeira-Palombo e colaboradores (2006, p.212), evidenciou-se o fato de que o acontecimento da anemia é atribuído à alimentação inadequada. Para a maioria delas, a causa determinante é a alimentação inadequada ou a falta de alimentação, de ferro ou "vitamina no sangue":

A falta de alimentação adequada, acho que é uma das causas. [...] a criança num se alimenta bem, ela não tem todos os nutrientes, ela não tá comendo nada que tenha ferro. Tem criança que chega cedo já chupando bala, não tomou café ainda e já tá chupando bala, né?

Em relação aos sintomas, os resultados apresentados por Ailinger et al (2009) assemelharam-se ao estudo de Ati e colaboradores (2008), uma vez que os sintomas mais referidos pelas mulheres, em ambos os estudos, foram cansaço, tontura e palidez.

As percepções para o tratamento da anemia incluíam comida nutritiva, vitaminas e medicação. Quando as mulheres foram questionadas sobre os recursos caseiros usados para anemia, a maioria fez referência a determinados alimentos, como, por exemplo: “sopa de feijão”. (AILINGER et al, 2009).

Ati e colaboradores (2008) observaram que tanto a dieta como os medicamentos foram mencionados no tratamento de anemia.

2.3 Cenário epidemiológico

A Organização Mundial da Saúde (2008) publicou uma análise da prevalência de anemia no mundo, no período de 1993 a 2005. Em termos globais, essa carência afeta 1,62 bilhão de pessoas. As crianças em idade pré-escolar são as mais afetadas, com prevalência de 47,4% (293 milhões), e, na América Latina e no Caribe, é de 39,5%. Estima-se que a prevalência de deficiência de ferro seja 2,5 vezes maior do que a prevalência de anemia (WHO, 2008).

Na tabela 1, encontram-se os critérios epidemiológicos propostos pela Organização Mundial de Saúde, com base nos valores de hemoglobina ou hematócrito, para graduar a gravidade da anemia em termos de saúde pública (WHO, 2001; BRASIL, 2007).

Tabela 1. Classificação proposta para significância de anemia em termos de saúde pública

Grau de significância	Prevalência de anemia (%)
Normal	≤ 4.9
Leve	5 – 19.9
Moderada	>20 – < 39.9
Grave	≥ 40

Fonte: WHO, 2001.

Na publicação da Organização Mundial de Saúde (2008), foi exibido um estudo sobre a prevalência mundial da anemia referente ao período de 1993 a 2005. Neste experimento, quase toda a população estava coberta pelos dados de pesquisa. A proporção da população coberta pelos indicadores da investigação para as crianças pré-escolares foi de 76,1%, gestantes 69,0 % e mulheres não grávidas 73,5%; para crianças em idade escolar, 33,0%; os homens, 40,2 %, e os

idosos, 39,1 %. A figura 2 ilustra o resultado encontrado na referida pesquisa no tocante aos níveis de significância de anemia em termos de saúde pública, para crianças em idade pré-escolar, em todos os países.

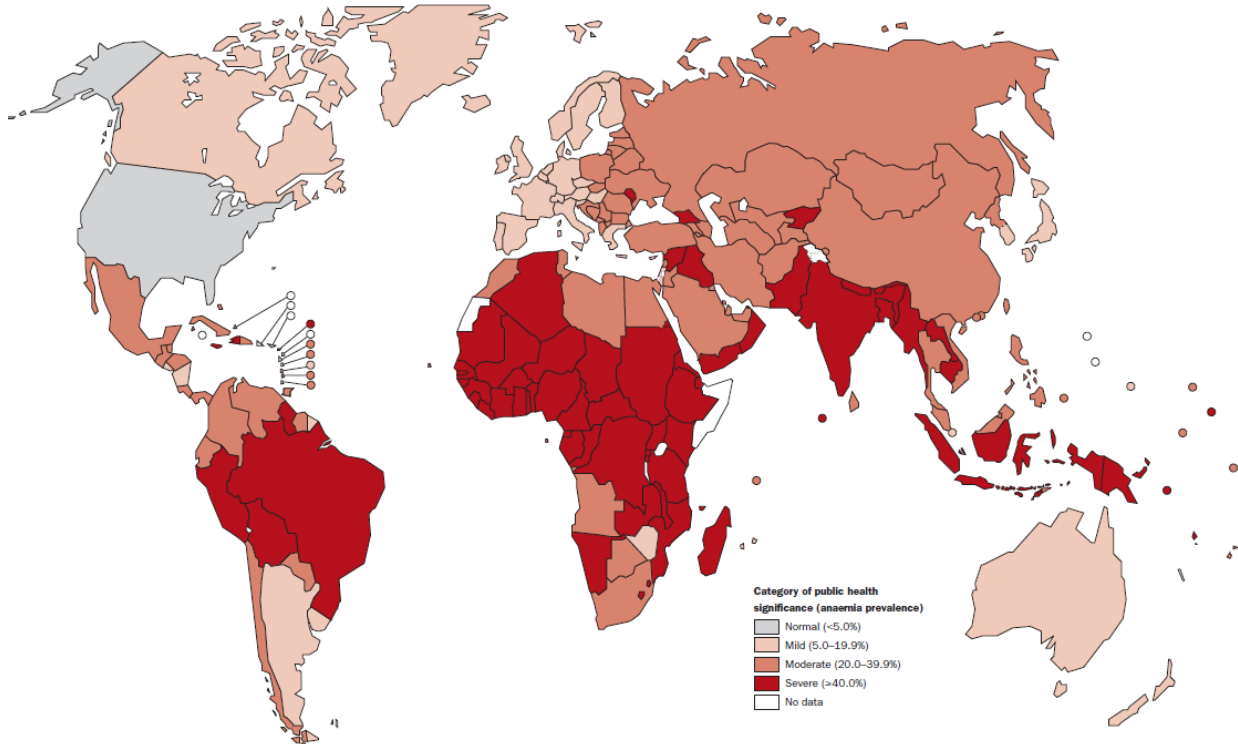


Figura 2 - Anemia como problema de saúde pública, por país: as crianças em idade pré-escolar
Fonte: WHO, 2008.

A prevalência de anemia divulgada para o Brasil, com suporte nos dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher - PNDS, foi de 20,9%. Esse estudo avaliou pela primeira vez, em inquérito nacional, a prevalência de anemia em crianças de seis a 59 meses. Apesar da importância inquestionável do estudo, o primeiro de abrangência nacional, tal resultado não discrimina situações específicas em que prevaleçam diferenciais importantes, conforme os distintos contextos epidemiológicos. A prevalência de anemia apresentada foi de 20,9%. As maiores prevalências foram observadas no Nordeste (25,5%), Sudeste (22,6%) e Sul (21,5%). A região Norte (10,4%) e a região Centro-Oeste (11,0%) indicaram as prevalências mais baixas. (BRASIL,2009)

Estudos recentes e contingenciais, no entanto, têm encontrado valores superiores ao observado pela PNDS - 2006, indicando, ainda, tendência de aumento da prevalência em

crianças, de modo que a anemia é considerada hoje a carência nutricional mais prevalente no Brasil (VIEIRA et al, 2010).

Em revisão efetuada por Jordão e colaboradores (2011), nas bases de dados eletrônicas Medline e Lilacs, foram selecionados títulos científicos publicados no intervalo de 11 anos, referentes à prevalência de anemia no Brasil em crianças menores de cinco anos de idade. Foram analisados 53 artigos, compreendendo ao somatório de 20.952 crianças avaliadas. Os dados medianos encontrados para a prevalência de anemia foram de 53%. No Território nacional, as regiões de maior prevalência da doença foram a Norte e a Centro-Oeste. A região geográfica brasileira com maior número de pesquisas (28 no total) foi a Sudeste, com 46,4% de estudos, apontando prevalência de anemia $\geq 50\%$ da amostra. Por outro lado, 70% dos estudos (dez no total) descreveram a presença de anemia em mais da metade das crianças avaliadas nas regiões Norte e Centro-Oeste, mostrando que, apesar de estas serem regiões menos investigativas em relação à presença da doença, houve alta prevalência. Os estudos apontam elevada prevalência de anemia, principalmente em crianças menores de dois anos. Os trabalhos, entretanto, foram realizados em creches, visitas domiciliares e Unidades Básicas de Saúde, indicando a necessidade de pesquisas com amostras de base populacional.

Outra revisão, realizada por Vieira e colaboradores (2010), estimou a prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diversos cenários epidemiológicos. Para isso, realizou-se uma revisão sistemática com metanálise dos resultados de estudos observacionais publicados no período de 1996 a 2006. Foram incluídos nove artigos com amostras que variaram de 254 a 1.280 crianças. A menor prevalência encontrada foi de 22,2% e a maior de 54,0%. A prevalência média foi de 40,1%.

No Acre, estudos expressaram dados elevados de prevalência de anemia ferropriva, em crianças em idade pré-escolar. (CASTRO et al, 2011; OLIVEIRA et al, 2011; SOUZA et al 2012).

Em estudo transversal de base populacional foram investigadas as prevalências de anemia e fatores associados à anemia, anemia ferropriva e deficiência de ferro entre crianças de seis a 60 meses, da área urbana de dois municípios do Acre (Assis Brasil e Acrelândia). Referido ensaio revelou que a prevalência de anemia de 30,6 %, prevalência de anemia ferropriva de 20,9%, e prevalência de deficiência de ferro de 43,5%. Sendo que as crianças que possuíam idade inferior

a dois anos, exprimiram maior risco para anemia, anemia ferropriva e deficiência de ferro. (CASTRO et al, 2011).

Outro estudo transversal, desenvolvido com 429 crianças de seis a 59 meses realizado em Jordão, município do estado do Acre, foram investigados a prevalência e fatores associados à anemia, em que a prevalência geral de anemia foi de 57,3%, considerando-se a população de crianças com ascendência indígena residente na área urbana (n=56), a prevalência de anemia foi de 37,5%. A situação se agravou para aqueles residentes na zona rural (n=115), onde 64,3% das crianças com ascendência indígena eram anêmicas (OLIVEIRA et al, 2011).

Recente estudo transversal, realizado por Souza et al (2012, p.05), por via de uma amostra com crianças de seis a 59 meses, residentes no Município de Rio Branco – AC, analisou a prevalência e os fatores associados à anemia em crianças menores de cinco anos de idade. Como resultado, apontou a prevalência geral de anemia de 51,8%. Segundo achados do referido estudo, a ocorrência da anemia em crianças no Município supracitado “está associada às variáveis do contexto sócio-familiar e a frequência de consumo de alimentos ricos em ferro e estimuladores da absorção do ferro inferior a uma vez por semana”.

2.4 Abordagem dos programas nutricionais no Brasil, com base no uso da fortificação caseira na prevenção da anemia e deficiência de ferro em crianças menores de um ano

Em razão da realidade ora expressa, o Governo brasileiro, por intermédio do Ministério da Saúde, dispõe de estratégias para prevenção e controle da anemia, sumariada em três eixos: “educação nutricional, suplementação medicamentosa e fortificação de alimentos básicos” (BRASIL, 2012, p.15).

A estratégia de educação alimentar e nutricional busca aumentar o consumo de ferro, “melhorando a ingestão dos alimentos-fonte ou dos alimentos habituais com densidade de ferro adequada”. (BRASIL, 2007, p.33).

Neste âmbito, o Ministério da Saúde publicou Portaria, em 2013, instituindo a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, com objetivo de:

“qualificar o processo de trabalho dos profissionais da atenção básica com o intuito de reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da

alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”.

Vale ressaltar que essa iniciativa resulta da integração da Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (ENPACS). BRASIL (2013b).

Considerando que mudanças nos hábitos alimentares são obtidas a longo prazo “a suplementação, a fortificação e a diversificação alimentar podem ser estratégias cumulativas e podem ser consideradas, em conjunto, sempre que possível” (BRASIL, 2007, p.33). Conforme Queiroz e Torres (2000, p. s302), a “utilização de alimentos fortificados é uma alternativa utilizada pelos países desenvolvidos há mais de 50 anos, com excelentes resultados”.

Em agosto de 2001, o Ministério da Saúde decidiu tornar obrigatória a fortificação, com ferro, das farinhas de trigo e milho disponíveis para a venda no mercado brasileiro, com valor correspondente a 30% da IDR de ferro, representando 4,2 mg de ferro em 100 g de farinha. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com o objetivo de normatizar a fortificação dessas farinhas, abriu consulta pública em agosto de 2001.

No Brasil, em 2002, por meio do Ministério da Saúde, foi tornada obrigatória a adição de ferro (4,2 mg) e ácido fólico (150 µg) em todas as farinhas de milho e trigo disponíveis para venda. A fortificação, então, deixou de ser facultativa e passou a ser obrigatória. Esta estratégia objetivou contribuir bem mais para a redução da prevalência de anemia ferropriva, com base na disponibilidade de alimentos ricos em ferro e ácido fólico (BRASIL, 2007).

No estudo de Assunção et al (2007), realizado no Município de Pelotas, Rio Grande Sul, foi avaliado o impacto da fortificação das farinhas com ferro (por meio de série temporal com três avaliações a cada 12 meses) em crianças menores de seis anos, porém não observaram melhora efetiva na concentração de hemoglobina das crianças.

No que concerne ao Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), conforme a Portaria nº 729 de 13 de maio de 2005, este “consiste na suplementação profilática de ferro para todas as crianças de seis a 24 meses de idade, gestantes ao iniciarem o pré-natal, independentemente da idade gestacional até o terceiro mês pós-parto, e na suplementação de gestantes com ácido fólico”. (BRASIL, 2013b, p.11).

Alguns estudos realizados no Brasil, sobre avaliação do impacto do PNSF apontaram, no entanto, uma baixa adesão ao programa e alta prevalência de anemia em crianças de menor idade (AZEREDO et al, 2011).

Revisão sistemática e metanálise de estudos que avaliaram a eficácia da suplementação de sulfato ferroso na prevenção da anemia em crianças menores de cinco anos de idade revelaram que não houve efeito da suplementação na redução da prevalência de anemia, mesmo com doses diárias; e que a administração conjunta com outros micronutrientes não trouxe benefícios adicionais em comparação com a administração exclusiva do suplemento. A suplementação diária de sulfato ferroso mostrou-se mais efetiva do que doses semanais na melhoria dos níveis de hemoglobina. (CEMBRANEL, 2013)

Recente revisão sistemática (realizada nas bases pubmed, scopus, scielo e lilacs, no período de 1980 a 2011) de estudos que avaliaram a efetividade da suplementação de sulfato ferroso na prevenção da anemia em crianças menores de cinco anos de idade, apontou os seguintes resultados:

Primeiro, independentemente da dose, do tempo de suplementação ou do tipo de comparação realizada (com controle/placebo ou esquema diário contra semanal), a dose diária de sulfato ferroso mostrou resultados mais consistentes na melhoria dos níveis de hemoglobina do que a administração semanal desse suplemento. Segundo, não foi observada evidência de superioridade ou inferioridade da administração de sulfato ferroso, seja com doses diárias ou semanais, na profilaxia de anemia ferropriva em crianças com menos de cinco anos de idade. E, finalmente, a administração conjunta de outros micronutrientes (vitamina A ou ácido fólico) não revelou benefícios sobre os níveis de hemoglobina quando comparada com a administração exclusiva de sulfato ferroso. (CEMBRANEL, 2013, p.1742).

No tocante às dificuldades da implementação do PNSF, destacam-se:

[...] a capacidade limitada de produção de insumos para o atendimento em nível nacional; a frágil articulação entre os entes federados, sendo necessário otimizar o apoio federal aos estados e municípios, mas lembrando que esses devem ser corresponsáveis pela gestão do programa; a descontinuidade na entrega dos suplementos devido à produção centralizada; a baixa sensibilização dos profissionais de saúde que o executam, tanto em função da baixa visibilidade da anemia no Brasil, quanto pelas fragilidades de realização de apoio federal; a alta rotatividade dos coordenadores do programa; a baixa frequência de capacitação permanente; o desvio da finalidade do suplemento que deve ser utilizado para prevenção, mas, muitas vezes, é prescrito nos tratamentos e a inviabilidade da avaliação periódica da efetividade do programa. (BRASIL, 2012, p.38)

2.5 A fortificação caseira com múltiplos nutrientes como estratégia na prevenção da deficiência de ferro e anemia

A fortificação caseira com múltiplos nutrientes consiste em uma estratégia de prevenção e controle das deficiências de vitaminas e minerais, particularmente da anemia e deficiência de ferro. Essa estratégia é estudada por todo o mundo e implementada com sucesso em muitos lugares, inclusive foi mencionada em guias da Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2012, p. 06). Mencionada fortificação é indicada para melhorar o nível de ferro e reduzir a anemia entre crianças de seis a 23 meses de vida. (WHO, 2011).

A referida estratégia foi desenvolvida por pesquisadores vinculados à Universidade de Toronto, no Canadá. A mistura é fornecida em sachê individual, cujo conteúdo deve ser adicionado sobre o alimento antes do consumo (recomenda-se alimento semissólido). (BRASIL, 2012; WHO, 2011).

O ferro apresenta-se encapsulado com uma camada de lipídio para evitar alterações na comida ou textura dos alimentos. Assim, os alimentos (introduzidos na dieta das crianças) são os meios ideais para a fortificação com micronutrientes. Quanto ao preparo, recomenda-se que os micronutrientes sejam adicionados às refeições após o cozimento e o conteúdo do sachê deve ser acrescentado em pequena porção, de forma a ser consumida em até uma hora. Vale ressaltar que, temperaturas acima de 60° Celsius podem dissolver a camada protetora ao redor do ferro e causar alterações de cor e sabor da comida (BRASIL, 2012).

A tabela 2 contém uma proposta de esquema para fortificação caseira (com formulações em pó de múltiplos micronutrientes) de alimentos consumidos por crianças de seis a 23 meses de idade.

Tabela 2 – Proposta de esquema para fortificação caseira (com formulações em pó de múltiplos micronutrientes) de alimentos consumidos por crianças de seis a 23 meses de vida.

Composição por sachê	<ul style="list-style-type: none"> • Ferro: 12,5 mg de ferro elementar, preferivelmente fumarato ferroso encapsula^b. • Vitamina A: 300 µg de retinol • Zinco: 5 mg de zinco elementar, preferivelmente como gluconato de zinco
Frequência	Um sachê por dia
Duração e intervalo de tempo entre os períodos de intervenção	No mínimo por um período de 2 meses, seguido de um período de 3-4 meses sem suplementação de forma que o uso das formulações em pó de micronutrientes seja iniciado a cada 6 meses
Grupo destinatário	Bebês e crianças de 6-23 meses de vida, começando ao mesmo tempo da introdução dos alimentos de desmame na dieta
Cenário	Populações nas quais a prevalência de anemia em crianças menores que 2 anos ou menores que 5 anos de idade seja de 20% ou mais.

Fonte: OMS (2013)

A estratégia de fortificação caseira possui diversas vantagens:

[...] é fácil de usar e possui alta aceitação de famílias e crianças; é baseada na alimentação e não na medicalização; não exige alfabetização para uso; não possui conflitos com as práticas de aleitamento materno; pode ser usada para promover a introdução oportuna dos alimentos complementares; os sachês são leves e mais fáceis de transportar e estocar; a tecnologia é de fácil aplicação; e seu custo é baixo. (BRASIL, 2012, p. 13).

Revisão sistemática de De-Regil e colaboradores (2009) sobre fortificação caseira aponta o uso da fortificação caseira como intervenção eficaz para reduzir a anemia e a deficiência de ferro em lactentes e crianças jovens. Sugerem, ainda, que esta intervenção pode ser integrada a outras estratégias de prevenção e controle da anemia e do risco de deficiência de ferro em lactentes e crianças menores de dois anos. Em decorrência da dificuldade de implantação dos programas de suplementação de ferro, sugerem o uso de múltiplos micronutrientes para a prevenção de anemia em crianças menores de dois anos.

3 QUESTÃO NORTEADORA

Como as mães e os profissionais de saúde percebem a importância do uso do fortificante caseiro na alimentação da criança?

4 JUSTIFICATIVA

A alta prevalência da deficiência de ferro configura um problema de saúde pública no mundo todo, de sorte que muitas são as ações promovidas pela Organização Mundial de Saúde na busca de soluções.

Apesar das estratégias utilizadas na prevenção e no controle, a deficiência de ferro, e a anemia por esta causa, trazem graves problemas de saúde pública, inclusive nos países desenvolvidos e, naqueles em desenvolvimento, poucos foram os avanços conquistados na redução da prevalência de anemia.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, as crianças que têm menos de dois anos de idade estão mais suscetíveis à deficiência de ferro no organismo e anemia ferropriva, de modo que constituem a faixa de maior risco.

As crianças acometidas pela deficiência de ferro estão mais vulneráveis às complicações que podem ocasionar vários prejuízos ao longo do seu crescimento e desenvolvimento. Reafirma-se a necessidade implementar ações para garantir a saúde a crianças menores de dois anos.

Por tal razão e em virtude da possibilidade de uma nova estratégia de fortificação caseira integrar o conjunto de estratégia para a prevenção e o controle da deficiência de ferro no âmbito da atenção primária, propõe-se a avaliação qualitativa sobre a percepção e aceitação dos agentes envolvidos no problema.

5 OBJETIVOS

5.1 Geral

Identificar a percepção das mães e dos profissionais de saúde ante a estratégia de fortificação caseira com vitaminas e minerais na prevenção da anemia.

5.2 Específicos

- 5.2.1 Identificar o modo como as mães utilizam o fortificante na alimentação das crianças.
- 5.2.2 Conhecer, na percepção das mães, os possíveis efeitos adversos com o uso do fortificante.
- 5.2.3 Compreender, na percepção das mães, a aceitação do fortificante pelas crianças.
- 5.2.4 Descrever, com base na compreensão das mães, os aspectos facilitadores e as dificuldades observadas quanto à estratégia de distribuição do fortificante.
- 5.2.5 Conhecer, na percepção dos profissionais, a aceitação do fortificante pelas mães e crianças.
- 5.2.6 Conhecer, com suporte no entendimento dos profissionais, os aspectos facilitadores e as dificuldades observadas quanto à estratégia de distribuição do fortificante.

6. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A metodologia ocupa lugar central no interior da sociologia do conhecimento, uma vez que ela faz parte intrínseca da visão social de mundo, veiculada na teoria. (MINAYO, 2010, p. 44).

6.1 Abordagem qualitativa em saúde

Considerando que este estudo acadêmico trata da adesão aos programas de intervenção em saúde como fenômeno complexo e multidimensional, no qual aspectos biológicos, psicológicos, sociais e econômicos interagem, optou-se pela realização de uma abordagem qualitativa, com a finalidade de analisar significados, crenças, valores, atitudes e percepções dos agentes envolvidos na estratégia de fortificação domiciliar de micronutrientes.

As metodologias qualitativas são “capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, as relações, e às estruturas sociais”, uma vez que a pesquisa qualitativa estuda as pessoas em seus ambientes naturais em vez de ambientes artificiais ou experimentais (MINAYO, 2010, p.22).

Para Pope (2009, p. 13), a pesquisa qualitativa, apesar de geralmente investigar falas ou palavras em vez de números, é, com frequência e adequação utilizada para realizar mensurações ou ainda explicar fenômenos sociais. Exemplifica a mensuração na pesquisa qualitativa, geralmente relacionada com a taxonomia (ou classificação), respondendo a perguntas como “o que é X, como X varia em circunstâncias diferentes e por quê?”. Assim, estabelecem relação dos significados que as pessoas expressam às suas experiências no cenário social.

Minayo (2010, p. 47) define a pesquisa social em saúde como “todas as investigações que tratam do fenômeno saúde/doença, de sua representação pelos vários atores que atuam no campo: as instituições políticas e de serviços e os profissionais e usuários”.

A pesquisa qualitativa tem sido utilizada na atenção à saúde para contextualizar questões sobre os fenômenos sociais, podendo focar comportamentos inerentes aos agentes que compõem o cotidiano dos serviços de saúde, seja “na abordagem de adesão dos usuários ao tratamento e a tomada de decisão dos profissionais de saúde, até a organização da clínica hospitalar ou do sistema de saúde como um todo”. (POPE, 2009, p. 14).

Também se ressalta uma importante consideração acerca do enfoque qualitativo, pois, sob a óptica de Bosi e Mercado-Martínez (2007, p. 40), os estudos qualitativos não se caracterizam apenas pelo uso de determinadas técnicas, nem pela forma como define seus questionamentos, mas é imprescindível atentar-se, também, para o “enfoque com diversas implicações inclusive no âmbito linguístico ou discursivo que dão conta da forma como se percebe e interpreta o mundo”.

Outro aspecto a ser considerado pelos autores supramencionados, no que se refere à abordagem de metodologias qualitativas no campo da saúde “sobre os serviços de saúde se inscrevem em diversas posturas teóricas e estas, por seu turno, em determinados paradigmas. Faz parte de uma boa formação e entendimento do que seja pesquisa qualitativa compreender esta característica como inerente ao campo”.

Assim, nossa motivação pela adoção da metodologia qualitativa se justifica, especialmente pelo fato de que por meio do referido estudo, se procura compreender as percepções dos sujeitos participantes da estratégia de fortificação caseira, no âmbito da atenção primária. Conforme mencionado por Minayo (2010), “o universo da produção humana, que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e das intencionalidades é o objetivo da pesquisa qualitativa e dificilmente pode ser traduzida em números e indicadores quantitativos”.

6.2 Caracterização do estudo

Este é um recorte do projeto-matriz - “Efetividade da fortificação caseira com vitaminas e minerais na prevenção da deficiência de ferro e anemia em crianças menores de um ano: estudo multicêntrico em cidades brasileiras”, coordenado pelo Ministério da Saúde do Brasil, que utilizou distintas abordagens metodológicas, para identificar a eficácia do uso de fortificante em pó, com suporte em exames clínicos e laboratoriais, além de buscar compreender a utilização ou não dos sachês, na perspectiva subjetiva materna e dos profissionais de saúde. Dessa forma, far-se-á breve descrição do projeto supracitado, de forma que corrobore a uma melhor compreensão acerca do estudo proposto.

Foram utilizadas abordagens quantitativas e qualitativas em variadas etapas do processo de utilização do produto, em quatro estados brasileiros, selecionados para participar dessa pesquisa, com caráter multicêntrico, e teve como cenários os municípios situados nas regiões

Centro-Oeste: Goiânia (GO), Sul: Porto Alegre (RS), Nordeste: Olinda (PE) e Norte: Rio Branco (AC). Tais municípios foram selecionados com suporte no desenho previamente elaborado pelo Ministério da Saúde. O delineamento do estudo foi do tipo ensaio de campo pragmático, em conglomerados constituídos por Unidades Básicas de Saúde (UBS) da rede pública, segundo modelo da atenção básica (Tradicional e Estratégia Saúde da Família), nos quatro municípios selecionados.

Em cada centro de estudo foram selecionadas unidades de saúde com maior número de crianças menores de um ano cadastradas no serviço. No Município de Rio Branco, locus deste estudo, cerca de 300 crianças foram alocadas em dois grupos: controle (crianças de 12 a 14 meses de idade) e intervenção (crianças de seis a 8 meses de idade), segundo os critérios de inclusão e exclusão do experimento.

Decorridos três meses após o início da intervenção, as crianças foram avaliadas. As mães das crianças responderam sobre perfil de saúde, alimentação e nutrição da criança, desde o recrutamento, além de questões sobre aceitação e adesão ao uso do sachê com vitaminas e minerais e sobre possíveis efeitos colaterais. Nesta etapa, foi desenvolvido grupo focal com mães e com profissionais de saúde sobre a adesão à estratégia de suplementação, buscando identificar os fatores limitantes e facilitadores.

Desse modo, esta investigação tem orientação analítico-descritiva e natureza qualitativa e foi desenvolvida com mães e com profissionais de saúde sobre a adesão à estratégia de suplementação, previamente selecionados pelo projeto-matriz, numa unidade regional da atenção primária, do Município de Rio Branco, Acre.

6.3 Local do estudo

O estudo foi realizado no Município de Rio Branco, capital do Estado do Acre, situado na região Norte do País, com uma população de 733.559 e área territorial de 164.123,040 km² (figura 3). O principal município do Estado, de acordo com uma estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, possui uma população de 336.038 habitantes. (BRASIL, 2010a)

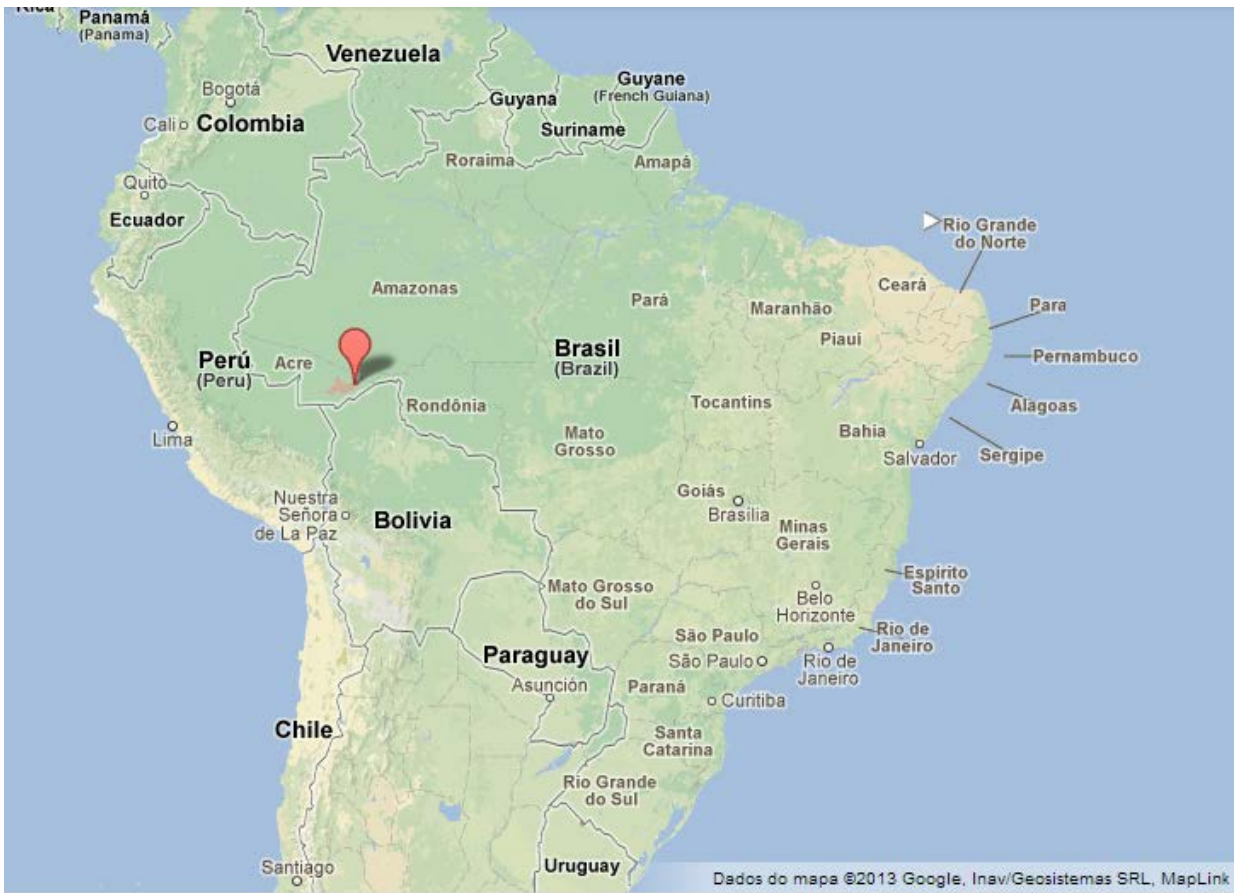


Figura 3 – Mapa do Brasil

Fonte: Disponível em: <<https://maps.google.com/maps?hl=pt-PT&tab=wl>>

O Município de Rio Branco está administrativamente organizado em termos da Atenção Primária à Saúde em sete unidades Regionais de Saúde, onde se distribui um total de 64 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo: quatro Unidades de Referência da Atenção Primária, oito Centros de Saúde, 52 Unidades Saúde da Família e sete Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), para uma população de 336.038 habitantes (BRASIL, 2010a).

A figura 4 ilustra uma visão espacial do Município de Rio Branco, com as delimitações das regiões administrativas de saúde.

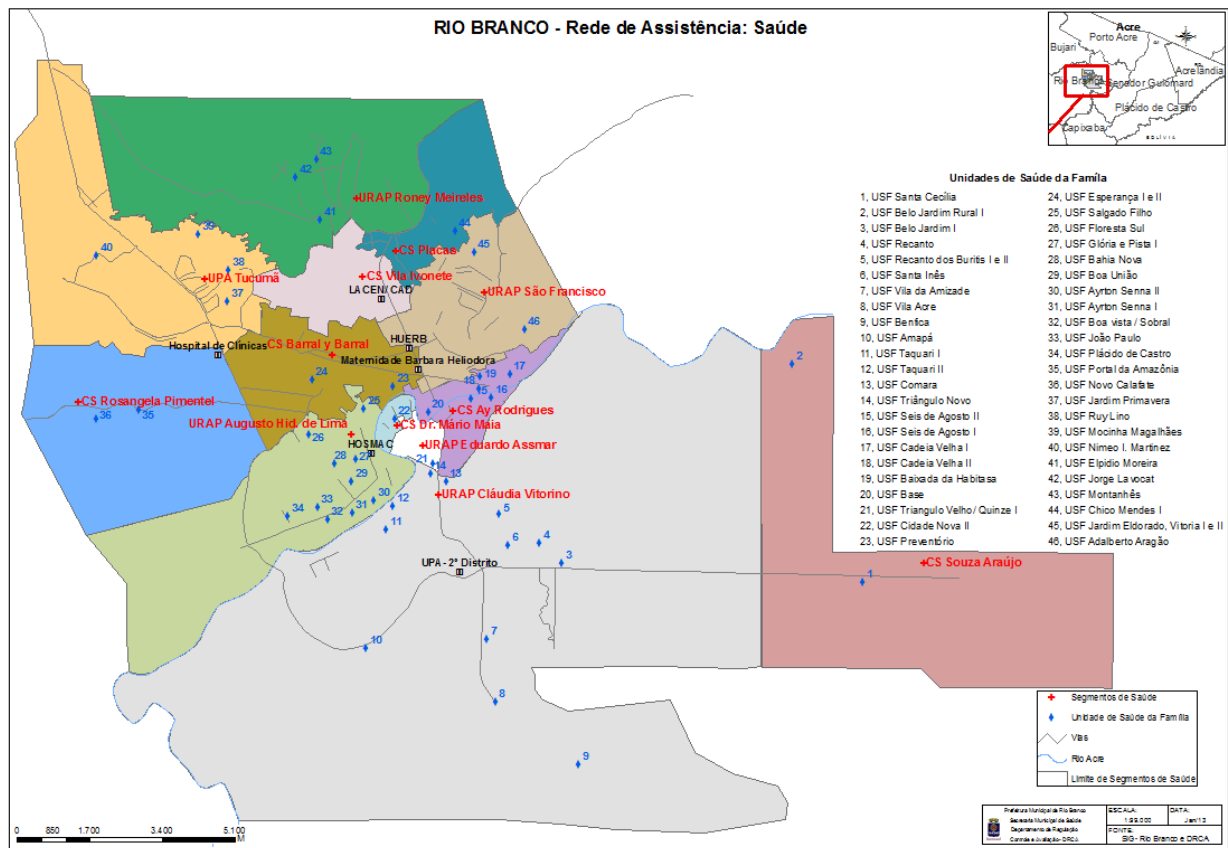


Figura 4 – Mapa da Rede de Atenção Primária do Município de Rio Branco - Acre.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Rio Branco – Acre, 2013

De acordo com documento nº002/DRCA/SEMSA, as equipes básicas das Unidades de Saúde da Família são integradas por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um técnico de higiene bucal e um cirurgião-dentista. Os Centros de Saúde são unidades destinadas a prestar assistência à saúde de uma população determinada, contando com uma equipe de saúde interdisciplinar em caráter permanente, com médicos generalistas e ou especialistas. A complexidade e a dimensão física variam de acordo com as características da população da área adstrita. Já as Unidades de Referência da Atenção Primária (URAP) oferecem os mesmos serviços do Centro de Saúde, no entanto, todos dispõem das especialidades médicas em Ginecologia e Pediatria, com atendimento de demanda livre e horário de funcionamento de 12 horas diárias. (ACRE, 2013)

Considerando que este estudo visa a expressar informações referentes às percepções de sujeitos envolvidos no Projeto multicêntrico, no estado do Acre, utilizou-se como cenário aquele previamente selecionado, conforme os critérios do projeto-matriz. Dessa forma, as atividades

foram desenvolvidas com participantes vinculados a cinco unidades de saúde do segmento VII (figura 5), mais especificamente à Unidade de Referência da Atenção Primária (URAP) - Augusto Hidalgo de Lima e a quatro Unidades de Saúde da Família (USF): - USF Glória Pista, USF Airton Senna, USF Boa União e USF Bahia.

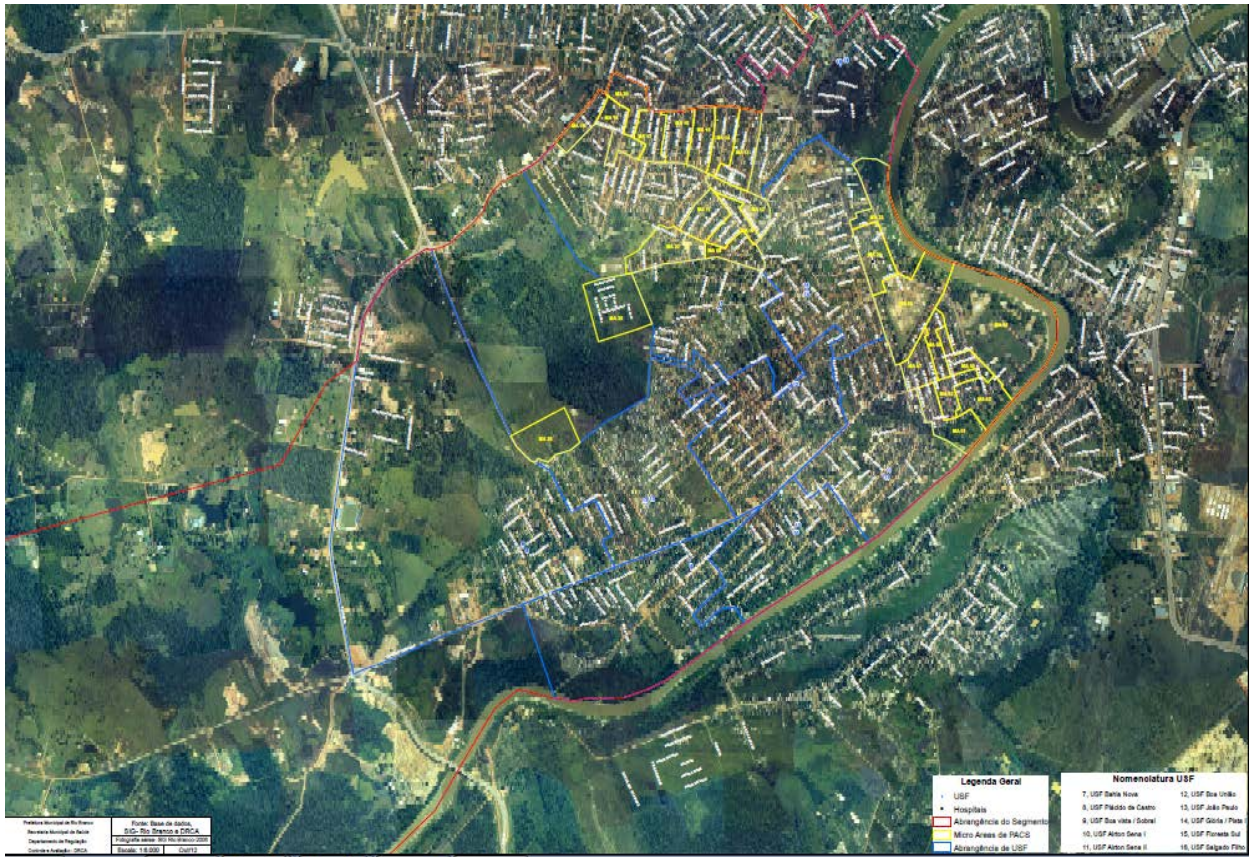


Figura 5 - Mapa do Segmento de Saúde VII, Rio Branco – Acre.
Fonte: Secretaria Municipal de Saúde, Rio Branco – Acre, 2013

6.4 Sujeitos do estudo

Na pesquisa qualitativa, a amostragem não está vinculada a critério numérico, mas aos sujeitos que têm uma relação significativa com o problema investigado. Conforme preconizado por Minayo (2010, p. 196), no estudo qualitativo, é fundamental que o pesquisador focalize no “aprofundamento, na abrangência e na diversidade do processo de compreensão” e menos com a “generalização”, ou seja, adequada amostragem é aquela que possibilita abranger a “totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões”.

Quanto ao dimensionamento do quantitativo de informações em relação aos sujeitos envolvidos, adotou-se o “critério da saturação”, apontado por Minayo (2010, p. 197, 198). Segundo a autora, este critério corresponde “ao conhecimento formado pelo pesquisador, no campo, de que conseguiu entender a lógica interna do grupo ou da coletividade estudada”.

Os sujeitos foram convocados com base na amostra do Projeto multicêntrico, conforme descrição a seguir.

- Em relação aos profissionais, foram incluídos no estudo aqueles que participaram mais proximamente do projeto.

- Para identificação das mães, levou-se em consideração a adesão à estratégia de suplementação. Inicialmente foram elaboradas duas listas, constando a relação nominal das mães que haviam sido avaliadas em um período equivalente aos três meses do início do projeto-matriz. Cada lista foi elaborada de acordo com a adesão e com a Unidade de Saúde a que as mães estavam vinculadas, de acordo com as informações obtidas no questionário de avaliação. Uma delas com informações referentes às mães que haviam utilizado os sachês na alimentação das crianças, conforme a orientação recebida pela equipe no momento em que foi incluída no estudo. Já a outra privilegiou informações das mães que não deram continuidade ao uso do referido sachê, e por algum motivo pararam de administrá-los. Posteriormente, foi realizada reunião com os profissionais, em todas as unidades de saúde participantes, para informá-los sobre as atividades inerentes aos grupos focais, enfatizando a necessidade de envolvimento de todas as equipes, na identificação e mobilização das mães para a referida atividade. Para identificação, inicialmente, foram apresentadas as listas nominais das mães previamente identificadas, e juntamente com os profissionais, em especial os agentes comunitários de saúde, a equipe de pesquisadores convidou as mães para os grupos. Para isso, foi considerada a distância da casa até a PSF ou ao local onde seria realizado o grupo focal, levando-se em consideração o perfil (preferencialmente as mais colaborativas, comprometidas) e, principalmente, aquelas que demonstrassem interesse em participar.

Neste estudo, foram realizados quatro grupos, sendo que o primeiro foi um piloto, realizado com um grupo de dez agentes comunitários de saúde, o segundo com nove participantes (oito mães e um pai) que aderiam ao uso do fortificante caseiro, o terceiro com dez profissionais com vínculo às Unidades participantes e o quarto com 16 mães, que aderiram parcialmente ao uso do fortificante. No entanto no processamento e análise do material, considerou-se os

discursos das mães, uma vez que os relatos emitidos pelo único pai que compareceu ao grupo focal, não apresentaram informações diferentes ou contraditórias às apresentadas pelas mães, ou seja não refletiu nos resultados.

Dessa forma, para análise considerou-se os relatos de dez profissionais (seis enfermeiros, três agentes comunitários de saúde e um médico) e de 24 mães, perfazendo 34 participantes do estudo.

6.5 Desenvolvimento do estudo: técnica e instrumento utilizado no trabalho de campo

As informações foram obtidas por meio do método de grupo focal, com variados grupos, com a finalidade de identificar um aprofundamento do fenômeno estudado e padrões na percepção do que se definiu com foco no estudo Bardin (1977). Morgan (1997) observa que são necessários de três a cinco grupos focais para promover um entendimento amplo sobre um assunto. Conforme mencionado, neste estudo foram realizados quatro grupos focais.

6.5.1 Grupo focal

6.5.1.1 Definição

A ideia da utilização do grupo focal é a de que os processos grupais podem ajudar as pessoas a explorar e clarear sua visão de modos que seriam menos facilmente acessíveis em uma entrevista frente a frente (POPE, 2009). Por esta razão, o grupo focal é utilizado para aprofundar-se no conhecimento das ações humanas e formular questões sobre crenças, atitudes e percepções de grupos específicos, além de desenvolver hipóteses para outros estudos, sendo cada vez mais utilizado como técnica exclusiva nesse tipo de pesquisa (MORGAN, 1997).

Um grupo focal tem como proposta reunir “num mesmo local e durante certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico”. (OTÁVIO NETO et al, 2010, p. 05).

6.5.1.2 Procedimentos utilizados

Para a apreensão do material discursivo, foram conduzidos grupos focais (GF) por profissionais treinados previamente, com a participação de mães e profissionais de saúde. No planejamento dos referidos grupos focais, foram obedecidos os seguintes procedimentos da sequência:

6.5.1.2.1 Treinamento teórico-prático

Foi realizado treinamento com a equipe responsável pela facilitação e moderação dos referidos grupos focais. Esse treinamento foi conduzido por uma pesquisadora, professora expertise no planejamento, condução e análise do grupo focal. Durante a execução do treinamento foram delineados os objetivos do estudo, a elaboração das perguntas condutoras, a metodologia a ser executada em cada município, haja vista as particularidades de gestão e organização do sistema de saúde. No treinamento, foram envolvidos todos os sujeitos vinculados ao trabalho de campo.



Figura 6 - Treinamento da equipe. Rio Branco, 2012.

Após o treinamento da equipe condutora e definição das unidades participantes do estudo, foi estabelecido um cronograma para capacitação dos profissionais das referidas unidades. Para isso, buscou-se realizar capacitação com o maior número de membros das equipes, para propiciar melhor integração da proposta, nos processos de trabalho, haja vista os objetivos da pesquisa. O referido treinamento foi realizado em cada unidade, com base no material informativo, esclarecendo a estratégia de fortificação caseira, composição, efeitos adversos, orientações quanto ao uso, os objetivos do estudo, bem como o papel de cada profissional.

6.5.1.2.2 Critérios de inclusão para ingresso nos grupos focais

Utilizou-se como critério de inclusão, preferencialmente, as mães e os profissionais envolvidos na estratégia lotados nas unidades de intervenção. Também foi considerada a localização geográfica das unidades de saúde, para facilitar o deslocamento. No caso dos profissionais, foi realizado convite para aqueles que participaram mais proximamente do projeto. Para o grupo de mães, foram convidadas com base nas informações coletadas nos questionários de seguimento durante o período mínimo de três meses do uso do sachê para as crianças. Além disso, para melhor compreender a adesão ao uso do sachê, foram identificadas as que informaram adesão total, aquelas mães cujas crianças consumiram todos os sachês, e as que referiram adesão parcial, aquelas que não consumiram ou consumiram parcialmente os sachês, nos três meses iniciais da pesquisa.

6.5.1.2.3 Convocação dos grupos

Os profissionais foram convidados mediante ofício (emitido pela Secretaria Municipal de Saúde, a pedido da equipe), convite escrito e contato telefônico, além de terem sido disponibilizados transporte e estacionamento. No caso das mães, foram realizadas visitas dos pesquisadores e dos ACS, convite escrito, confirmação por telefone e mensagem no telefone, sendo também ofertado transporte. Por motivo de segurança, no dia anterior ao evento, foi realizado contato telefônico com todos os convidados.

6.5.1.2.4 Ambiente

Os grupos focais ocorreram nas dependências de duas instituições localizadas no seguimento das unidades de saúde do estudo (no Centro de Referência da Assistência Social - CRAS – Sobral, e no Centro de Referência da Regional VI – Sobral), por serem locais de referência para os convidados, bem como de fácil acesso. As salas foram cuidadosamente identificadas, sendo considerado, principalmente, o isolamento acústico referente aos ruídos externos à sala e a disposição interna do espaço para acomodação do grupo, bem como melhor apreensão do material discursivo. As cadeiras foram dispostas ao redor da mesa, ficando os participantes em forma de círculo com a possibilidade de visualização de todos entre si. A moderadora, e a observadora também estavam presentes neste círculo. Foi adaptado um espaço infantil, para que as crianças que viessem acompanhadas das respectivas mães, pudessem ficar durante o período da realização do GF.



Figura 7 – Espaço infantil utilizado como suporte aos grupos focais das mães.

6.5.1.2.5 Condução dos grupos

Os grupos focais foram conduzidos por equipes capacitadas, formadas por um moderador e um observador. O moderador ficou responsável por incluir as questões norteadoras, por encorajar os participantes a expressarem suas opiniões livremente e por direcionar a discussão. Já o observador registrou todos os acontecimentos no campo grupal, incluindo aspectos não verbais presentes na comunicação dos participantes, e se responsabilizou também pela gravação das falas. Antes de iniciar os GFs, os facilitadores explicavam os objetivos do estudo e, após o aceite dos presentes, os mesmos assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Anexo I). Para descontração do grupo e maior interação dos entrevistados e o facilitador do GF, antes da gravação, foram utilizadas dinâmicas participativas. Após cada sessão, moderador e observador elaboraram uma síntese com as impressões observadas nos grupos.

6.5.1.2.6 Recursos utilizados

Recorreu-se à gravação como recurso auxiliar. Foram utilizados um gravador da marca Sony e um tablet da marca Samsung, sendo posicionados sobre a mesa para a captação da voz, facilitando a transcrição posterior. Os participantes da pesquisa foram comunicados e avisados de que a reunião seria gravada, não havendo nenhuma objeção ao fato. Os gravadores foram ligados no início da reunião.

6.5.1.2.7 Acolhimento dos sujeitos da pesquisa

Todos os grupos foram recepcionados pela equipe de pesquisadores, mediante apresentações com boas-vindas e agradecimentos pela presença e consequente contribuição para o estudo. Foi servido lanche, favorecendo a descontração e interação dos membros. Foram entregues crachás individualizados. Todos os convidados aceitaram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, no caso dos profissionais. No decorrer da realização dos referidos grupos, após o consentimento de cada sujeito, foi preenchida uma ficha de identificação (constando nome, endereço, PSF, telefone, idade, número de filhos, estado marital, se trabalha fora e estado em que nasceu) com a finalidade de conhecer o perfil dos participantes (Anexo II).

6.5.1.2.8 Conteúdo

Para a discussão do assunto objeto do estudo foram expressas as questões norteadoras delineadas a seguir.

Grupo focal 1- Profissionais de Saúde

- Gostaria que vocês comentassem sobre como as mães foram orientadas sobre o uso do sachê de fortificação domiciliar de Ferro (a forma de distribuição, quem entregou e orientou sobre o uso).
- Vejam esse folheto... como vocês têm utilizado em material na orientação sobre o uso do sachê.
- Gostaria que vocês comentassem sobre como tem sido o uso e a aceitação do produto pelas mães e pelas crianças (saber se aderiram ao uso do fortificante, se as mães consideraram importante para a saúde da criança).
- Gostaria que você falasse para mim se as mães falaram/comentaram com vocês sobre efeitos colaterais, problemas ou efeitos adversos para a criança, a partir do uso do sachê.
- Partindo da experiência com a distribuição do sachê, quais foram, na opinião de vocês, os fatores que facilitaram a distribuição dos sachês? E quais foram os fatores que dificultaram? Falem para mim.
- Alguém gostaria de sugerir algo para melhorar a distribuição e a adesão ao uso desse sachê?

Grupo focal 2 – Mães da criança (adesão total)

- Que orientação vocês receberam para o uso do sachê (apresentar o produto)? (explorar, quem deu a orientação, se compreendeu as informações dadas).
- Vejam esse folheto... fale sobre ele. O que vocês entenderam sobre o que está escrito nele?
- Na sua opinião para que as crianças devem utilizar esse sachê?

- Como vocês estão dando este produto (mostrar) para as crianças? (verificar as questões de como colocam na comida; quais os alimentos que eles acham melhor e aceitam mais).
- Falem para mim sobre como tem sido a aceitação ou não das crianças do uso do produto que está no sachê? (explorar sobre o gosto, se teve algum problema, se apresentou diarreia ou prisão de ventre).
- Fale para mim se vocês tiveram alguma dificuldade na utilização do sachê? Se alguém teve dificuldade, fale para mim qual foi.
- Alguém gostaria de sugerir algo para melhorar o a utilização desse sachê pelas crianças no Brasil?

Grupo focal 3 – Mãe da criança (adesão parcial)

- Que orientação vocês receberam para o uso do sachê (apresentar o produto)? (explorar, quem deu a orientação, se compreendeu as informações dadas).
- Vejam esse folheto...fale sobre ele. O que vocês entenderam sobre o que está escrito nele?
- Na sua opinião para que as crianças devem utilizar esse sachê?
- Por que motivo vocês não deram ou ofereceram esse sachê para o seu filho?
- Fale para mim se vocês tiveram alguma dificuldade na utilização do sachê? Se alguém teve dificuldade, fale para mim qual foi?
- Alguém gostaria de sugerir algo para melhorar o a utilização desse sachê pelas crianças no Brasil?

6.6 Aspectos éticos do estudo

O projeto deste estudo foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde e, antes de se dar início à obtenção das informações, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que, em sua 3ª/12 Sessão Ordinária, realizada em 09 de março de 2012, analisou, de acordo com a Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2291,

obtendo parecer favorável, conforme Ofício (OF. COEP/067/12), de 13 de maio de 2012. (ANEXO III).

6.7 Processamento e análise do material empírico

A análise do material discursivo apreendido nos grupos focais, segundo Minayo (2008), busca atingir três objetivos principais: a ultrapassagem da incerteza, dando respostas às perguntas, hipóteses e pressupostos; o enriquecimento da leitura, ultrapassando o olhar imediato e espontâneo em busca da compreensão de significações e de estruturas latentes relevantes; a integração das descobertas, desvendando a lógica interna subjacente às falas, aos comportamentos e às relações.

Conforme Pope (2009, p. 79), “o pesquisador deve se apropriar do sentido dos dados ao examiná-los atenciosamente e interpretá-los”. No estudo, procurou-se aprofundar o conhecimento acerca dos sentidos e significados emitidos por meio dos discursos produzidos pelos sujeitos a respeito do objeto de estudo, desde o momento da realização dos grupos na elaboração dos primeiros relatórios, seguindo pela escuta do material gravado até a exploração do material transcrito, lido exaustivamente.

A análise do material empírico produzido nos grupos focais foi realizada à luz dos preceitos da abordagem qualitativa fundamentadas na técnica de análise de conteúdo, definida por Bardin (1977, p. 42) que a descreve como

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou qualitativos) que permitem inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e recepção destas mensagens.

Dentro das técnicas de análise de conteúdo, optou-se pela análise temática – “contagem de um ou vários temas ou itens de significação numa unidade de codificação previamente determinada”. (BARDIN, 1977p. 77).

De acordo com Minayo (2010), a noção de tema relaciona-se a uma afirmação acerca de determinado assunto, comportando um feixe de relações, que podem ser representadas desde uma palavra a um resumo, por exemplo.

Conforme Pope (2009), o desenvolvimento de categorias temáticas na pesquisa qualitativa busca “descrever e explicar os fenômenos sociais”. Prestou-se obediência aos procedimentos norteados por Minayo (2010 p. 316), ao detalhar a análise temática em três etapas:

Pré-análise (organização e exploração do material produzido no trabalho de campo): compreende na seleção do material a ser analisado, bem como revisitação das hipóteses e dos objetivos iniciais. Pode ser decomposta em: “leitura flutuante do conjunto das comunicações [...], constituição do corpus termo que diz respeito ao universo estudado em sua totalidade [...] e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos”. (MINAYO, 2010 p. 316, 317). Após a realização de cada grupo focal, foi feito um relatório sucinto, contando as impressões observadas no decorrer da atividade. Procedeu-se à transcrição do material retrocitado (integralmente). De posse desse material, procedeu-se à leitura exaustiva e, gradativamente, se identificou e organizou os relatos. Essa etapa foi fundamental para a apreensão e a identificação dos relatos que melhor representaram os sentidos e significados das “falas” registradas nos grupos. Desde então, foram identificados fragmentos no texto, direcionando a elaboração das categorias.

Exploração do material empírico: identificação de categorias “que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado”. A categorização, “processo de redução do texto às palavras e expressões significativas”, consiste na identificação e classificação do conteúdo explorado com a finalidade de atingir o “núcleo de compreensão do texto”. (MINAYO 2010 p. 317). Com o material organizado, procedeu-se à categorização do material. Ao se identificar as categorias principais, constituiu-se uma matriz orientada pelas referidas categorias, que foram se desdobrando em subcategorias; formou-se um mapeamento dos significados das falas com a origem no agrupamento dos relatos, de acordo com a temática identificada. Nessa etapa, buscou-se privilegiar os discursos mais expressivos e representativos da totalidade das falas.

Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: culminam no fechamento do conjunto de categorias da análise, propondo inferências e adiantando interpretações a propósito dos objetivos previstos. “O analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente”. (MINAYO 2010 p. 318). Nesta fase, buscou-se interpretar o material produzido à luz do referencial teórico que orientou este estudo.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mais do que nunca sabemos que o desenvolvimento da tecnologia sem uma reflexão e investimentos paralelos nas esferas ética, cultural e simbólica, compromete a sobrevivência humana e aniquila qualquer progresso meramente técnico (BOSI; MERCADO, 2007, p.67).

Os resultados compreendem os achados e as impressões, acerca dos discursos dos sujeitos nos grupos focais, com valorização das falas mais representativas, quanto à estratégia de fortificação caseira. Para tanto, foi feita divisão em dois temas conforme descrito.

Tema 1 - Percepção das mães sobre a estratégia de fortificação caseira na prevenção de deficiência de ferro e anemia.

Tema 2 - Percepção dos profissionais de saúde sobre a estratégia de fortificação caseira na prevenção de deficiência de ferro e anemia.

7.1 Tema 1 Percepção das mães sobre a estratégia de fortificação caseira na prevenção de deficiência de ferro e anemia

Conforme os critérios metodológicos, foram realizados dois grupos focais com as mães de crianças que fizeram uso dos sachês, um deles para as mães que administraram todos os sachês e outro com aquelas que os administraram parcialmente, totalizando 24 mães.

Quanto ao perfil dos participantes, conforme quadro 1, percebeu-se que: A grande maioria informou naturalidade acreana (somente um referiu ser do Estado da Bahia). A idade das mães variou de 17 a 37 anos, com média de 24,5 anos. Cerca de 58,3% apresentaram como grau de instrução o ensino médio completo, apenas 12,5% informaram ter concluído um curso superior. No que se refere ao número de filhos, 58,3% delas mencionaram que possuíam um filho, e apenas 4,1% deles informou ter seis filhos, a média foi de aproximadamente dois filhos para cada participante. Também foi perguntado sobre a permanência das mães no domicílio; apenas cinco responderam que trabalharam fora.

Quadro 1 - Perfil das mães que participaram do estudo, de acordo com grupo focal, em Rio Branco, Acre.

Código do sujeito	UBS	Idade	Nº de filhos	Estado marital	Trabalha fora? (sim/não)	Estado onde nasceu	Tempo de moradia atual (anos)	Escolaridade
Grupo Focal 1: Mães que aderiram totalmente								
P1G1	Airton Sena**	24	4	Solteira	Não	Acre	25	Ensino fundamental
P2G1	Glória Pista**	30	3	Casada	Não	Acre	10	Ensino médio
P3G1	URAP*	27	1	Casada	Não	Acre	09	Ensino médio
P4G1	URAP*	25	1	Solteira	Não	Acre	01	Superior
P5G1	Glória Pista**	24	1	Casada	Sim	Bahia	04	Ensino médio
P6 G1	Aeroporto Velho**	29	1	Solteira	Sim	Acre	06	Superior
P7G1	Sobral**	21	1	Solteira	Não	Acre	01	Ensino médio
P8G1	Bahia Nova**	23	1	Casada	Não	Acre	20	Ensino médio
Grupo Focal 2: Mães que aderiram parcialmente								
P1G2	Bahia Nova**	22	2	Mora Junto	Não	Acre	07	Fundamental (incompleto)
P2G2	Bahia Nova**	19	1	Solteira	Sim	Acre	19	Ensino médio
P3G2	Bahia Nova**	17	1	Mora Junto	Não	Acre	06	Fundamental (incompleto)
P4G2	Bahia Nova**	25	1	Mora Junto	Não	Acre	20	Ensino médio
P5G2	Bahia Nova**	18	1	Solteira	Não	Acre	12	Fundamental
P6G2	Ayrton Sena**	27	3	Mora Junto	Não	Acre	02	Ensino médio
P7G2	Ayrton Sena**	17	1	Casada	Não	Acre	05	Fundamental (incompleto)
P8G2	Glória Pista**	20	1	Solteira	Não	Acre	20	Ensino médio
P9G2	Glória Pista**	30	2	Mora Junto	Não	Acre	10	Ensino médio
P10G2	Ayrton Sena**	34	6	Solteira	Não	Acre	12	Ensino médio
P11G2	João Paulo**	26	2	Mora Junto	Não	Acre	06	Ensino médio
P12G2	João Paulo**	17	1	Mora Junto	Não	Acre	04	Fundamental
P13G2	Glória Pista**	32	2	Casada	Sim	Acre	02	Ensino médio
P14G2	Ayrton Sena**	19	1	Mora Junto	Não	Acre	01	Fundamental
P15G2	URAP*	37	3	Casada	Sim	Acre	20	Superior
P16G2	Ayrton Sena**	24	3	Solteira	Não	Acre	24	Ensino médio

Fonte: Pesquisa. Trabalho de campo, 2012.

*Unidade de Referência da Atenção Primária Augusto Hidalgo de Lima.

** Unidade de Saúde da Família

Após o processamento do material qualitativo apreendido com a realização dos grupos focais com mães de crianças que aderiram ou aderiram parcialmente ao uso do sachê, foi possível

elaborar cinco categorias temáticas e subcategorias para fins de processamento e análise, e utilizamos as abreviações, conforme matriz descritiva do quadro 2:

Quadro 2 – Matriz descritiva realizada com base nos grupos focais com as mães

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE REGISTRO	
		PSF	URAP
1. Adesão e aceitabilidade do uso da fortificação caseira (sachê)	1.1 Orientações recebidas		
	1.2 Manejo e preparo do sachê		
	1.3 Sabor do produto		
	1.4 Percepção materna após a ingestão do sachê pela criança: melhoria na vida das crianças		
2. Fatores limitantes para a utilização da fortificação caseira (sachê)	2.1 O sabor do produto		
	2.2 A influência do cuidador para a adesão		
	2.3 Falta de informação sobre o produto		
	2.4 O “esquecimento das mães” na administração do sachê		
	2.5 Surgimento de efeitos colaterais nas crianças durante o uso do sachê		
3. Fatores facilitadores para a utilização da fortificação caseira (sachê)	3.1 Percepções das mães acerca do produto (sachê)		
	3.2 Outras opções para inserção do sachê em outros alimentos		
4. Material institucional de divulgação e informação da fortificação caseira			
5. Sugestões maternas para melhor efetivar a implantação da suplementação de ferro			

Fonte: Pesquisa. Trabalho de campo, 2012.

Considerando que foram realizados dois grupos focais e que ambos foram compostos por mães atendidas na Unidade de Referência da Atenção Primária e nas Unidades de Saúde da Família, para preservar a identidade das participantes, foram utilizados na sua identificação os termos “GF. AP. URAP” para as mães que aderiam parcialmente à estratégia e foram atendidas na Unidade de Referência da Atenção Primária; “GF. AP. PSF” para as mães que aderiam parcialmente à estratégia e foram atendidas nas unidades de Saúde da Família participantes; “GF. AT. URAP” para as mães que aderiam totalmente à estratégia e foram atendidas na Unidade de Referência da Atenção Primária; e “GF. AP. PSF” para as mães que aderiam totalmente à estratégia e foram atendidas nas unidades de Saúde da Família participantes.

7.1.1 Adesão e aceitabilidade do uso da fortificação caseira com vitaminas e minerais

Conforme a Organização Mundial de Saúde (2003), o termo adesão no sentido mais amplo, alude ao grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações recebidas por profissional de saúde.

A adesão à terapêutica ocorre mediante a influência de vários fatores que afetam o paciente. Estes fatores, que podem definir o comportamento da pessoa em relação às orientações concernentes ao tratamento recomendado, estão relacionados às condições demográficas e sociais do usuário, à natureza da doença, às características da terapêutica, ao relacionamento do paciente com os profissionais de saúde, bem como a características outras, inerentes ao próprio paciente (WHO, 2003).

Conforme a Organização Mundial da Saúde (2003), a adesão é um fenômeno multidimensional determinado pela interação de cinco fatores, denominados "dimensões": 1. Socioeconômicos; 2. Equipe de profissionais e fatores inerentes ao sistema de atenção à Saúde; 3. Relacionados às características da doença; 4. Relacionados à terapêutica; e 5. Relacionados ao usuário.

Nesta categoria temática, surgiram quatro subcategorias que propiciaram a identificação de algumas especificidades do objeto em foco: orientações recebidas pelas mães; manejo e preparo do sachê; sabor do produto; e percepção materna após a ingestão do sachê pela criança: melhoria na vida das crianças.

7.1.1.1 Orientações recebidas pelas mães

De acordo com a WHO (2003), a adesão de crianças ao tratamento recomendado é determinada pela capacidade dos pais ou responsável para entender e seguir com o tratamento.

Entende-se que a comunicação é imprescindível para a assistência à saúde, e “constitui-se em recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde”. (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001, p. 03). Além de conhecimentos, habilidades e comportamentos, envolve atitudes. “Os processos comunicativos baseiam-se em escutar o outro para compreender quais são as suas crenças, sua situação e suas possibilidades e poder atuar conjuntamente”. (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001, p. 03).

Dessa forma, as orientações e informações disponibilizadas pelos profissionais da saúde, são de fundamental importância para a adesão e aceitabilidade das mães ao uso da fortificação caseira.

Foi verificado, com suporte nos relatos, que os apontamentos feitos sobre as vantagens do uso do sachê estão diretamente relacionados ao que ouviram dos profissionais, durante a entrega do produto. Referidas orientações, na percepção das mães entrevistadas, relacionavam-se ao uso do sachê, em especial, à forma de utilização do produto na alimentação (onde e como utilizar), os benefícios à criança após o seu uso, conforme percebemos:

A orientação que eu recebi era qual o tipo de alimentação que podia e que não podia e que não ia causar nenhuma reação. E outra, eles disseram que seria benéfico para a criança, que seria pra evitar a anemia. Como ela falou, que tipo de alimento você pode colocar. (GF AT. URAP).

Foi falado pra mim colocar na sopinha e nas verdurinhas, nas frutas, na banana, na maçã, no mamão. (GF. AP. PSF).

Não era pra misturar todo na porção, era pra separar num cantinho pra criança consumir primeiro a vitamina e depois continuasse comendo a alimentação pra garantir que ele fosse comer a vitamina. (GF. AT. PSF).

[...] eles disseram que seria benéfico para a criança, que seria pra evitar a anemia. Como ela falou, que tipo de alimento você pode colocar. Aí depois que eu fui lá aí o rapaz disse: “Olha não é só na sopa, você pode por também em suco. (GF. AT. URAP).

Os relatos apontam que as orientações recebidas pelas mães, desde o contato inicial com os profissionais de saúde, foi um fator importante para a adesão e aceitação. Dessa forma, foi informado, por alguns participantes, que procederam de acordo com a recomendação do profissional e, da maneira como compreenderam e assimilaram a informação recebida. Outro aspecto importante, referido pelas entrevistadas, em ambos os grupos (de adesão parcial e total) e Unidades (PSF e URAP), foi a satisfação em relação ao acompanhamento realizado pelos profissionais, bem como à forma clara e compreensível com que as informações foram fornecidas. Vale ressaltar a importância do profissional durante toda a intervenção, para a adesão, uma vez que este fator foi percebido, em especial, no grupo focal:

Foi de forma assim de fácil entendimento. Que deu pra entender né, como se diz, acessível. Deu pra entender. Tudo o que eles falavam deu pra entender. (GF AT. PSF).

A minha nenê, quando eu comecei a participar da reunião lá né, ela tomava só mingau. Assim, eu não inventava nada pra ela de sopinha, essas coisas. Aí eu participei da reunião, ela pegou e me indicou direitinho a machucar a batatinha no cantinho né. Não na comida toda, só no cantinho. (GF. AP. PSF).

[...] mas pessoas que trabalham lá no posto que é do Programa SUS, o Sistema Único de Saúde né, elas sempre me davam assim a orientação de continuar. Qualquer dúvida que eu tivesse eu procurasse também elas que elas estariam também lá no Posto. (GF AT. URAP).

Eu tive acompanhamento, ligava várias vezes perguntando [...] a Fulana também, quando eu fazia o acompanhamento mensal, pesava, e ela sempre perguntava se tava dando tudo certo, se ele tava aceitando direitinho. (GF AT. PSF).

É que nem eu disse logo no começo. Eu fiquei com muita dúvida logo no começo, mas eu fui conversando com a enfermeira, ela foi me orientando direitinho. (GF. AT. PSF).

[...] a enfermeira né. Nossa, pra mim ela me ajudou muito. Qualquer dúvida que eu tinha eu já corria sempre pra ela. (GF AT. PSF).

Conforme Moraes et al (2009), um fator essencial que reflete na melhoria do estabelecimento de níveis interessantes de adesão ao tratamento é o entendimento de que as orientações fornecidas pelo profissional de saúde e os comportamentos do paciente são mediados por variadas situações que podem influenciar, seja dificultando ou facilitando, na comunicação.

Assim, a informação é um fator-chave para que os pacientes participem ativamente nas decisões acerca da sua saúde. Para isso, é fundamental a troca de informações com o profissional ou equipe a que está vinculado.

7.1.1.2 Manejo e preparo do sachê

No tocante ao preparo e manejo do sachê, o conteúdo deve ser adicionado aos alimentos após o cozimento. Cada sachê deve ser adicionado em uma porção individual, devendo ser consumida em até uma hora após o preparo. Além disso, “o reaquecimento da comida adicionada de suplemento, principalmente com temperaturas acima de 60° Celsius, pode dissolver a camada protetora ao redor do ferro e causar alterações de cor e sabor da comida”. (BRASIL, 2012, p13).

Percebe-se, nos relatos, que a escolha do alimento é baseada no desejo e melhor receptividade definidos pela criança. Outro aspecto importante diz respeito ao uso de alimentos industrializados, mencionados com grande recorrência pelas mães entrevistadas, sugerindo que esses sejam de uso rotineiro na dieta infantil. A maioria das participantes, de ambos os grupos focais e unidades, demonstrou preocupação com o preparo do sachê. Elas informaram também que os alimentos mais utilizados com os micronutrientes foram sopinhas, sucos, “danones”, “miojo” e frutas:

Eu fazia a sopinha, machucava a batatinha e num cantinho assim eu misturava e dava pra ela. (GF. AP. PSF).

Morna. Aí eu boto só numa partezinha, aí depois que eu coloco na outra pra não estragar. É assim que eu faço. E boto em suco, porque ela não toma mingau e nem leite. (GF. AT. PSF).

eu comecei a dar o sachê pra ele misturado com a sopinha e a fruta. (GF. AP. PSF).

[...] tudo o que é de comida de panela ele come, iogurte, essas coisinhas tudo o que a gente dar. Aí em tudo o que a gente coloca ele comia [...]. A gente colocava no danoninho e ele tomava. (GF. AP. PSF).

[...] eu só colocava na sopinha ou nas frutas, só isso que eu colocava. (GF. AP. PSF).

Ele nunca tinha comido comida na vida dele. Sopinha eu ainda não tinha começado a dar. Ele só tinha cinco meses na época. E aí foi que eu comecei a dar com sopa, com arroz e um caldo de feijão, qualquer coisa, eu fazia aquela pasta. (GF. AT. PSF).

Purê de batata, de cenoura, purê de batata com beterraba... feijão. As últimas que eu tava introduzindo assim, que eu morria de medo de dar feijão. Aí quando ele inteirou oito meses, oito meses e pouco eu comecei a bater o feijão no liquidificador, dar macarrão, arroz. (GF. AT. URAP).

Estudo realizado por MENON et al (2007), com apoio em entrevistas realizadas com as mães, indica que 62% informaram ter colocado o fortificante caseiro na alimentação de seu filho todos os dias durante o período avaliado, e cerca de 25% de quatro a seis dias da semana. Mais de 95% das mães relataram que usaram um sachê inteiro de polvilho de cada vez e misturaram em alimentos sólidos ou semissólidos, como recomendado, e que a criança consumiu toda a refeição.

7.1.1.3 Sabor do produto

Na Revisão sobre “adesão ao tratamento de doenças crônicas em pediatria”, segundo Steiner et al (2013), a aceitação da medicação em crianças deve considerar a facilidade de administração e o paladar, visto que fatores concernentes a textura, aparência e ao paladar exercem importante função. Estudo realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais comparou o hidróxido de magnésio com o polietilenoglicol sem eletrólitos, em crianças com constipação intestinal, sendo apontada melhor aceitação nos pacientes que utilizaram a segunda medicação. Segundo os autores, a ausência de sabor torna a terapêutica mais fácil e exequível, refletindo positivamente na adesão (GOMES; DUARTE; MELO, 2011).

O uso de ferro é continuamente prescrito por médicos, como prevenção da anemia, sendo o sulfato ferroso, na forma líquida, administrado rotineiramente às crianças assistidas na rede pública ou privada.

Outro estudo revela como um dos fatores que interferem na baixa adesão do suplemento de ferro, utilizado na prevenção e no tratamento da anemia, o sabor, “forte gosto metálico”, que ele apresenta (BRASIL, 2012).

Por ser essa utilização assimilada ao sabor amargo e de ingestão difícil pelas crianças, as mães relatam que o sachê passa a ser boa alternativa, por minimizar os efeitos colaterais, bem como facilitar a aceitação da administração do ferro quando “camuflado”, juntamente com alimentos oferecidos na dieta da criança:

Olha entre o sachê e o remédio [sobre o sulfato ferroso] eu acho que eu prefiro o sachê. [...] Porque o sulfato ferroso o gosto é ruim. (GF. AT. PSF).

Porque o outro [sobre o sulfato ferroso] a criança não quer tomar né. É muito ruim. Até eu não gosto de tomar aquilo. Eu tomei quando eu fiquei anêmica né, quando eu engravidei, aí o médico passou né, pra mim tomar. Eu não gosto de tomar. (GF. AP. URAP).

[...] o sulfato ferroso tem o gosto muito ruim, dificulta mais pras crianças tomarem, porque eu acho que é mais ruim, tem o gosto mais ruim. E o sachê não, o sachê não tem gosto de nada. A gente bota na comida e a criança pode comer com mais facilidade. Eu acho melhor o sachê. (GF. AP. PSF).

As mães informaram haver experimentado o sabor do sachê, antes de oferecer à criança, e relataram diferentes opiniões quanto ao sabor. Conforme os resultados, a maioria dos relatos

aponta para a ausência do sabor. Vale ressaltar que, mesmo para as mães que informaram ter percebido o sabor, este aspecto refletiu de forma positiva, por não interferir na alteração do sabor da comida quando preparada, possivelmente, contribuindo na adesão pela criança.

Ao ser perguntado sobre a preferência do uso do sulfato ferroso ou do sachê, percebeu-se que o sabor foi critério importante na escolha, uma vez que para elas o sabor “amargo e forte” do sulfato ferroso contribuiu para a decisão menos favorável do uso, em relação ao sachê.

Desse modo, é importante destacar, o fato de que as mães entrevistadas, em sua maioria, mencionaram a preferência pelo uso do sachê, em vez do sulfato ferroso líquido:

[...] a primeira vez que eu fui dar eu provei como era [...] mas eu tenho certeza que se misturar na comida todinha eu acho que não fica amargo não. (GF. AT. URAP)

Também. Mas não é nada que não der pra criança comer não. É só porque disseram que não tinha gosto nenhum, mas dar um gostinho. (GF. AT. URAP)

Eu provei e achei um gostinho também. (GF. AT. PSF).

Achei sem gosto de nada. (GF. A.T. PSF).

[...] porque não tem gosto né, o sachê. Aí eu também até provei assim, mas não tem gosto. Ela comia direitinho. (GF. AP. PSF).

Em relação à preferência pelo sachê, os relatos configuram certo conhecimento das mães sobre a importância da suplementação para a criança, bem como a respeito das reações do suplemento na forma líquida. Assim, foram apontados alguns benefícios que manifestam essa escolha. Enfatizam os efeitos adversos que verificam com o uso do sulfato ferroso, como diarreia, alteração na cor dos dentes e vômitos. Tais reações são relatadas com frequência pelas mães entrevistadas, reafirmando a escolha e preferência pelo uso do sachê:

[...] o sulfato ferroso além dele acabar com os dentes, ele pra crianças que tem o intestino fraco [...]. Ele já é um ácido [...] o sulfato ferroso pra minha filha já era forte. Aí ele dava diarreia, às vezes ela comia, mas vomitava [...]. (GF. AP. PSF).

O sachê. Porque é melhor. Melhor porque coloca na comida e a minha filha não toma remédio assim. Quando ela ve eu colocando remédio ela já não toma. Mas aí na comida ela come tudo né. (GF. AP. PSF).

O sachê. Porque o sulfato ferroso só é o sulfato ferroso. E o sachê é várias vitaminas. Por isso é que eu preferi o sachê. (GF. A.T. PSF).

Olha entre o sachê e o remédio [sobre o sulfato ferroso] eu acho que eu prefiro o sachê. (GF. AT. PSF).

A indústria farmacêutica mundial busca, ao introduzir medicamentos no mercado, realizar estudos que apontem descobertas de sabores que sejam atraentes e de fácil aceitação pelas crianças. Em associação, elementos são introduzidos para modificar o sabor, com a introdução de corantes, lambedores, mas que, muitas vezes, também podem provocar efeitos colaterais (alergias, vômitos, dentre outros).

7.1.1.4 Percepção materna após a ingestão do sachê pela criança: melhoria na vida das crianças

Após a utilização do fortificante na alimentação das crianças as mães informaram haver observado algumas melhorias na saúde dos filhos, dentre as quais: aumento do apetite, melhora da digestão dos alimentos, ausência de “gripe”, como relatado pelas mães:

O meu não comia nada não, ele só mamava. Depois que eu comecei a dar o sachê pra ele misturado com a sopinha e a fruta, aí foi que abriu mais o apetite dele. Ele tinha até uma dificuldade pra fezes, era diferente e melhorou também. Tá melhor, graças a Deus. Tudo através do sachê. (GF. AP. PSF).

[...] o bichinho era magrinho, mas depois que consumiu foi que ganhou mais tendência de calorias né (GF. AT. PSF).

O meu filho foi gripar depois que ele terminou de tomar o sachê. Porque ele não pegou gripe de jeito nenhum, mas quando ele parou de consumir [...] E ele gripou. (GF. A.T. PSF).

Ele pegava, só vivia doente, aí não pegou mais não, não gripava nem nada. (GF. AP. PSF).

Que ele melhorou mais, não pegou mais gripe. (GF. AP. PSF).

O meu também, ele começou a comer bastante depois do sachê [...]. A alimentação dele melhorou muito. (GF. AP. PSF).

A criança melhorou assim, até de alimentação mesmo, que não comia e passou a comer bastante. (GF. AP. PSF).

Tais informações corroboram os achados concernentes ao Projeto de Alimentação e Nutrição Integral (PANI), desenvolvido no Equador, no tocante aos benefícios referidos pelos

pais das crianças atendidas pelo programa, pois foi apontado que “[...] 29% das crianças peso aumentado e 3%, a palidez diminuída”. (BRASIL, 2012, p. 24). Outro estudo, realizado por Kounnavong et al (2011), avaliou a percepção materna após a ingestão do sachê pela criança e apontou que cerca de 31,7% das mães perceberam que o fortificante tinha aumentado o apetite de seus filhos e 48,4% a disposição.

MENON et al (2007) evidenciaram que o impacto na redução da anemia (56% em dois meses, 74% em nove meses de intervenção) e a recuperação da anemia (56% em dois meses, 76% em nove meses de intervenção) foram semelhantes à observada em ensaios de eficácia realizada no Camboja (GIOVANNINI et al, 2006), Gana (ZLOTKIN et al, 2001; ZLOTKIN et al, 2003) e Bangladesh (HYDER et al, 2004).

7.1.1.5 Suporte familiar para a adesão ao uso do sachê

No processo terapêutico, a família tem papel importantíssimo, visto que “um fator fundamental para a eficácia do esquema terapêutico é a adequada adesão ao tratamento por parte da criança e dos responsáveis.” (FEITOSA, 2008, p.516). Nessa perspectiva, tanto a família quanto os profissionais de saúde devem estar integrados, para que se estabeleça uma relação de confiança e de aceitação ao tratamento, refletindo na efetivação da terapia.

No tocante à participação da família na administração do fortificante, percebeu-se a mãe como principal cuidadora, no entanto, ficou evidente, pelos relatos, que receberam a ajuda das avós das crianças, e estas contribuíram, incentivando e lembrando as mães sobre a utilização do sachê. Este aspecto foi de fundamental importância para a adesão dessa estratégia pelas mães:

[...] a minha mãe tava... tava me acompanhando e ela me cobrava muito quando eu esquecia um sachêzinho, ela me cobrava. Olha o sachê da minha neta, você cuide da saúde dela [...]. Pra todo canto que eu ia a mãe: Tu já colocou o sachê da Ana ? (GF. AT. PSF).

Lá na minha casa eu não esquecia mais o sachê porque a minha mãe ficava direto me lembrando. Quando eu esquecia aí ela ia e colocava na comidinha do bebê. (GF. AP. PSF).

Os achados corroboram os de De-Regil et al (2011); Jack et al (2012) e Kounnavong et al (2011), ao evidenciarem que a fortificação caseira composta por micronutrientes, denotou alta adesão e boa aceitação.

7.1.2 Fatores limitantes para a utilização da fortificação caseira

Considerando que este estudo, para a percepção dos agentes envolvidos na estratégia de fortificação caseira com micronutrientes, pode contribuir na tomada de decisão quanto à implantação da referida estratégia no País, por meio do Ministério da Saúde e diante da possibilidade de introdução de um novo programa, serão mencionados os fatores que podem interferir.

7.1.2.1 O sabor do produto

Apesar de as mães (na categoria anterior), terem referido que o sabor do sachê não prejudicaria sua utilização na dieta alimentar da criança, algumas delas relataram que não concluíram a suplementação, em virtude da introdução do sachê na alimentação da criança. Segundo as mães, isto ocorreu porque as crianças perceberam a “alteração” no sabor da alimentação, uma vez que, ao interromper o uso do produto, a criança passou a aceitar a alimentação:

Aí eu fui tentar dar o mingau sem o sachê e ela comeu. Ela não gostou do gosto na comidinha dela. (GF. AP. PSF).

Ela também não concluiu não, porque ela não quis. [...] eu acho que ela sentia a diferença, porque ela não queria mais de jeito nenhum. E ela comia bem. (GF. AP. PSF).

Não comia. Não comia. Eu dava o caldinho de feijão e ela comia normal, mas quando eu colocava [o sachê] ela não comia não. (GF. AP. PSF).

7.1.2.2 A influência do cuidador para a adesão

Conforme mencionado, nessa categoria, a família exerce papel fundamental no cuidado das crianças. A presença da mãe revelou melhor resultado quanto à adesão do fortificante assim como a contribuição das avós. Em determinadas falas, no entanto, notou-se que algumas delas precisam deixar seus filhos sob a responsabilidade de outros cuidadores externos à família (muitas vezes, as babás), para que possam desenvolver as atividades do seu cotidiano. No tocante a isso, aponta-se o fato de que um dos limites da não utilização do sachê pela criança está no

cuidado disponibilizado pelas babás, motivo que segundo as mães, contribuiu na descontinuidade do uso do sachê, como relatado:

No meu caso, na verdade quem dar o sachê não sou eu, é porque o meu filho ele passa o dia com a babá dele, eu deixo de manhã e só pego à noite. E na verdade eu vim saber que ela tinha parado de dar no dia em que a moça foi lá marcar a reunião, porque eu fui perguntar dela né, e ela falou que tinha parado, que tinha faltado só uns quatro ou uns cinco, mas aí eu também não perguntei porque é que ela parou, mas eu não, assim, ele comia em tudo. Porque assim, ele só mama à noite agora. (GF. AP. PSF).

Eu colocava na bolsa e levava pra babá e sempre voltava. Eu perguntava e ‘Ah eu esqueci’. Mas o dela faltou uns dez ainda. Aí eu parei. (GF. AP. URAP).

7.1.2.3 Falta de informação sobre o produto

Anteriormente, foram descritas algumas orientações que as mães receberam acerca da utilização do sachê. Foi percebido este fator foi fundamental para a adesão das mães, no entanto, a falta de informação também foi mencionada, pela minoria, como limitante para a adesão.

Eu tive as dúvidas se era o sachêzinho que tava fazendo mal a ele e ele tava vomitando ou se não né. (GF. AP. PSF).

As próprias mães fizeram algumas sugestões acerca da melhor divulgação do produto, inclusive por meio das visitas domiciliares, realizadas pela equipe de Saúde da Família.

[...] ou mais informações também de profissionais de saúde visitar nas casas. (GF. AP. PSF).

Assim exposto, é importante destacar a comunicação reproduzida na abordagem do profissional aos usuários deve ser constituído, pela identificação das necessidades do cuidado, sob a perspectiva do próprio paciente.

7.1.2.4 O “esquecimento das mães” na administração do sachê

Conforme documento que alude sobre a “Estratégia de Fortificação Caseira no Brasil” (BRASIL, 2012, p.13), os micronutrientes que constituem o sachê.

[...] foram considerados seguros para serem usados e obtiveram alta adesão e aceitação, tanto pelas crianças como pelas mães. Os 60 sachês são suficientes tanto para a prevenção como para o tratamento da anemia leve e moderada. A administração pode ser diária ou intermitente no prazo de três a quatro meses.

Considerando a importância dos micronutrientes na prevenção e tratamento da anemia, para que o objetivo dessa estratégia seja atingido, são necessários o comprometimento e a dedicação das mães na administração do sachê, conforme as recomendações preconizadas. Assim, apesar de as mães terem relatado o interesse em participar, e por isso iniciaram o uso, algumas não concluíram, pois não conseguiram administrá-los regularmente. Outro aspecto a ser considerado se refere à percepção delas quanto aos benefícios e importância dos micronutrientes para a criança, visto que, apesar do “esquecimento” da administração, foi informado que, dos 60 sachês recebidos, apenas três não foram utilizados, e outra assume a melhora do estado de saúde do seu filho.

[...] de vez em quando eu esquecia. (GF. AP. PSF).

Que eu fui pra Brasília e eu esqueci. Aí quando eu voltei ela disse que não adiantava mais ficar dando assim porque sobrou só três né, aí o restante eu já tinha dado. Aí dei aqueles lá aí sobrou só três, aí melhor logo parar. (GF. AP. PSF).

Ele tomava, eu que fui a irresponsável. Uma parte ele tomou né, todinha, já a segunda já foi enrolada porque eu fui lá pra minha mãe, aí eu esqueci, mas ele tomava. Ele pegava, só vivia doente, aí não pegou mais não, não gripava nem nada. (GF. AP. PSF).

Conforme estudo realizado por Azeredo et al (2013), o esquecimento foi uma das dificuldades referidas para a continuidade da suplementação com sulfato ferroso. Tal resultado foi observado por participantes dos grupos de baixa (15,4%) e alta (17,6%) adesão.

7.1.2.5 Surgimento de efeitos colaterais nas crianças durante o uso do sachê

Convém destacar que, o fato de, segundo as falas, algumas crianças, após o uso do sachê, exprimirem sinais e sintomas que foram associados, pelas mães, com a introdução do produto na alimentação, como descrito nestas narrativas:

O meu eu parei porque toda vez que eu dava ele vomitava. Toda vez, toda vez. Passei uns três dias dando e toda vez ele vomitava e aí parou de tomar o mingau e aí não queria mais nada. Aí eu parei. Mas toda vez ele vomitava (GF. AP. PSF).

Era o cocô dele que tava muito duro, aí eu parei de dar. (GF. AP. PSF).

Eu tive as dúvidas se era o sachêzinho que tava fazendo mal a ele e ele tava vomitando ou se não né. Porque aí eu até fui à Unidade, mas só que não tinha ninguém pra informar e eu também parei. (GF. AP. PSF).

Observa-se que “vômitos”, “falta de apetite” e “mudança na consistência das fezes” foram os sinais e sintomas que motivaram essas mães a interromperem o uso do sachê.

7.1.3 Fatores facilitadores para a utilização da fortificação caseira com vitaminas e minerais (sachê)

Nesta subcategoria serão apontados os aspectos que facilitaram a adesão da estratégia de fortificação sob a percepção das mães.

7.1.3.1 Percepções das mães acerca do produto (sachê)

Considerando que nesta temática em ambos os grupos focais (de adesão parcial e total), as mães contribuíram de forma exaustiva, os resultados serão mostrados de acordo com o grupo focal. Assim seguem os apontamentos que, segundo as mães, facilitaram a adesão da estratégia de fortificação.

De acordo com os relatos, as mães percebem os benefícios e a importância dos micronutrientes para a saúde da criança. Reconhecem na composição a presença de componentes fundamentais para o crescimento e desenvolvimento infantil, sendo evidenciadas nas falas “várias vitaminas”, ao fazerem alusão ao sachê. Além disso, atribuem a essa opinião a preferência deste em relação ao sulfato ferroso.

E o sachê é várias vitaminas. Por isso é que eu preferi o sachê. Porque como o Davi é bem magrinho ela pensou assim, poxa as vitaminas que ele tem vai

substituir alguma alimentação né. Então com certeza o sachê é bem melhor do que só o sulfato ferroso. (GF. AT. PSF).

Eu não tive nenhuma dúvida porque é uma coisa que eu sei que vai ser pro bem dela. Porque como é explicado, depois de um ano geralmente sempre tem anemia né. E se é uma pesquisa que vai combater isso, lógico que eu entrei né. Porque se eu não der, ela corre o risco de pegar. E é uma coisa que não vai fazer mal a ela. É uma vitamina, é normal né. Aí eu peguei e dei sem dúvida, achei foi ótimo né. (GF. AT. URAP).

Porque assim, e eu tenho muito medo assim dele adoecer, de eu precisar ficar com ele internado. Então já que é pra prevenir eu acho melhor. Porque no caso o sulfato ferroso eu dar já se ele tivesse com anemia. Já tivesse feito o exame e realmente já sabendo que ele tava doente, que eu precisar cuidar. Então uma coisa pra prevenir. Porque eu jamais vou dar sulfato ferroso pro meu filho pra prevenir. Então a gente já vai dar quando já tá bem avançado, já tá doente né. (GF. AT. PSF).

Eu digo que sim porque assim, ajuda na alimentação da criança, porque muitas vezes a criança não tem uma alimentação balanceada. (GF. AT. PSF).

[...] vai garantir que ela vai ter uma boa saúde. Então sem dúvida alguma eu digo, eu vou dar, porque eu quero é que evite que a minha filha tenha anemia. (GF. AT. PSF).

Relataram também, como fatores que contribuíram positivamente na adesão, a ausência de efeitos colaterais e sabor, e, novamente, fizeram referência à suplementação, por meio do sulfato ferroso. A esse respeito, informaram melhor adesão do primeiro.

Agora em relação ao sachê não teve nem uma reação no meu filho não. Ele se deu bem. (GF. AT. URAP).

A minha não achou assim ruim não porque eu colocava todo. E como a minha é muito comilona, ela come mesmo, então ela comia e não achava ruim, não achava ruim. (GF. AT. PSF).

Outros aspectos mencionados, dizem respeito à facilidade de administrá-lo (por ser utilizado na alimentação), à aceitação da criança e ao acompanhamento pelos profissionais. No tocante ao suporte fornecido pela equipe, segundo elas, este vínculo exerce papel fundamental de manter a motivação e o esclarecimento das dúvidas que surgiram ao longo do estudo.

Eu tive acompanhamento, ligava várias vezes perguntando, a enfermeira também, quando eu fazia o acompanhamento mensal, pesava, e ela sempre

perguntava se tava dando tudo certo, se ele tava aceitando direitinho. (GF. AT. PSF).

Eu dei sem dúvida porque na minha gravidez todinha eu tive anemia e até hoje eu ainda tenho. Então meus filhos são candidatos a ter né. (GF. AT. PSF).

Eu também não tive nenhuma dúvida não. Eu li né o sachê. Eu já dei na beterraba com a cenoura e a batata [...] E assim, o meu medo, como assim, como o meu filho nasceu muito gordo, eu imagina assim, que ele já tivesse vitamina demais. Aí foi a minha dúvida que eu tirei com o doutor. Ele disse: 'Não, não tem nada haver não. Não tenha nenhuma preocupação não'. É tanto que ele é bem gordão. Porque eu comi muito na minha gravidez. Ele já nasceu com quase cinco quilos. (GF. AT. URAP).

Apesar de algumas mães terem informado adesão parcial, a percepção sobre a estratégia, da parte delas, revela que acreditaram e aceitaram bem a estratégia, uma vez que relataram a importância dos micronutrientes para a saúde da criança e identificaram na composição a presença de componentes fundamentais para o crescimento e desenvolvimento infantil, inclusive sendo observados por algumas somente após o uso, com base nos resultados mostrados na saúde da criança:

Com certeza eu li no rótulo e vi a quantidades de vitaminas e eu sabia que ia ajudar. (GF. AP. URAP).

Eu só passei a acreditar depois que ele começou a usar. Eu não tava botando muita fé não, mas depois que ele começou a usar aí eu passei a acreditar. (GF. AP. PSF).

Eu foi a mesma questão, eu só acreditei depois que eu comecei. (GF. AP. PSF).

Quando me chamaram lá pra reunião eu fiquei pensando assim, será que se eu desse esse coisa ia fazer algum efeito, ia surgir algum efeito assim? Se ia fazer bem ou mal. Eu tive bastante dúvida assim no começo, mas aí depois que eu comecei a dar acabou. Não fez mal nenhum, fez foi bem, graças a Deus. (GF. AP. PSF)

[...] é importante né, pra criança que é anêmica, que falta ferro. (GF. AP. PSF).

Pra mim foi ótimo porque o nenê já faz o tratamento de anemia. Porque ele já tem problema. Aí eu acho que juntou e eu acho que deu certo, porque ele não tem nem um ano e ele já tá andando. E ele tinha muita, muita anemia. (GF. AP. PSF).

Na questão o meu não comia nada não, ele só mamava. Depois que eu comecei a dar o sachê pra ele misturado com a sopinha e a fruta, aí foi que abriu mais o apetite dele [...] as fezes, era diferente e melhorou também. Tá melhor, graças a Deus. Tudo através do sachê. (GF. AP. PSF).

No que concerne à compreensão há pouco mencionada, especialmente no grupo de adesão parcial, as mães assumiram haver dividido o sachê, com que estavam administrando ao filho, com outras crianças. Segundo elas, tal atitude ocorreu pelo fato de terem percebido a necessidade de outros também usarem, haja vista a condição de saúde que eles apresentavam, que na percepção delas, mostrou melhorias após o uso do fortificante. Tal fato refletiu na adesão parcial por essas mães.

Eu dei pra minha de três anos. Eu dei uns oitos pra ela. Ela não comia nada e agora tá bem gordinha. RISOS. Ela come um pão todinho agora [...]. (GF. AP. PSF).

Ela [sobrinha] tem um ano e seis meses, por aí. [...]. Como ela tava muito assim anêmica, aí eu pensei "Eu vou levar uma pra ela". E ela come bastante. Melhorou e melhorou e muito. Eu vi ela e tá bem mais forte. (GF. AP. PSF).

A minha de três anos ela já tinha um início de anemia porque quando ela nasceu não tinha ainda né, o sachê. Aí ela já tomava mingau porque ela não mamou. Então ela já tinha um início de anemia, a anemia dela já estava um pouco avançada, já tava com queda de cabelo. Aí eu levei ao médico, o médico passou sulfato ferroso né, pra ela. E aí como eu já tinha eu peguei três caixinhas daquelas de sachê, aí de uma caixinha eu tirei oito e dei pra ela. Em menos de uma semana ela começou a melhorar. Aí eu comecei a dar. E aí quando eu vou dar pra ele, eu tiro um e dou pra ela. Sempre eu falo assim, tiro um e dou pra ela. (GF. AP. PSF).

Outro aspecto relevante, relatado pelas mães, diz respeito ao interesse pela permanência do Projeto, visto que reconhecem a anemia como um problema de saúde pública, e que a adoção desta estratégia, como programa nas unidades de saúde da atenção primária, implica na redução dos casos de anemia, inclusive vislumbraram um resultado ao longo prazo, pela afirmação de que "vai ter o seu futuro garantido", ao se referem às crianças que participassem do referido Projeto.

E eu acho assim, que se continuar com esse projeto, vai diminuir muito a incidência de anemia. E isso é uma garantia de que teu filho vai futuramente, ele vai te agradecer porque tu tá cuidando da saúde dele [...] Então eu acho assim, que se continuasse, eu acho que muita criança assim, vai ter o seu futuro garantido. Se os pais continuarem cuidando assim da saúde, eu acho que isso daí deve continuar. (GF. AT. PSF).

E depois de um período, já que somos cadastradas né, renovasse, fazia uma ligação, ligava de novo. Aí a gente fazia novamente. (GF. AP. URAP).

O meu, a enfermeira lá, no dia em que a menina foi lá ela me deu duas caixas. De duas caixas sobrou oito, eu achei vantagem. De duas caixas ter sobrado oito

só. Duas caixas ela me deu. Eu acho que se pudesse dar dois num dia eu acho que diminuiria mais isso. (GF.AP. PSF).

Porque eu, particularmente, eu quero continuar né. Porque o meu sobrou, basicamente, uma caixa, dez né. E eu quero continuar. (GF. AP. URAP).

No caso sobrou só uns três sachês. (GF. AP. PSF).

Em razão dessas reflexões, surgiram inquietações a respeito dos motivos que levaram algumas mães a não concluírem o uso de todos os sachês. Com as dificuldades citadas anteriormente, notou-se que a maioria relatou fatores inespecíficos à aceitação pela criança, tais como: o esquecimento e a influência de cuidadores externos à família, sendo que a minoria interrompeu o uso do fortificante por ter relacionado o mesmo a alguns sinais e sintomas. Desse modo, vale ressaltar que muitas mães mencionam a pequena quantidade de sachê que sobrou, manifestando a vontade de nova participação, para darem continuidade ao uso.

Algumas mães também, mesmo esquecendo, não pararam de inserir o sachê na dieta alimentar da criança. Elas relatam alguns dias de esquecimento, mas ponderam que tais esquecimentos não foram sistemáticos:

Nós somos tão atarefada que uma vez ou outra a gente se esquece né. Não vem dizer que seguiu à risca não. Um dia esqueceu. Por algum motivo ou outro esqueceu. (GF. AP. PSF)

É porque eu fui pra Colônia e me esqueci de levar [...] sobrou só três. Ela tomou todos, tudinho. Tomou tudinho ela. Que ela começou com cinco meses tomar e tomou tudinho. Todo dia eu dava um, todo dia. (GF. AP. PSF).

Conforme mencionado no grupo de adesão total, relataram também, como fatores que contribuíram positivamente, a ausência de efeitos colaterais e a facilidade de administrá-lo (por ser utilizado na alimentação), e também fizeram referencia à suplementação, por meio do sulfato ferroso, e informaram a melhor aceitação do sachê.

[...] com certeza o sachê é bem melhor. O sulfato ele endurece as fezes as criança e o sachê eu não percebo nada de anormal. (GF. AP. URAP).

[refere-se ao sachê] Melhor porque coloca na comida e a minha filha não toma remédio assim. Quando ela ver eu colocando remédio ela já não toma. Mas aí na comida ela come tudo né. (GF. AP. PSF).

7.1.3.2 Outras opções de sugestão para inserção do sachê em outros alimentos

Haja vista o fato de que as mães mencionaram anteriormente sobre a introdução do fortificante nos alimentos orientados pelos profissionais da saúde, elas sugerem e apontam a possibilidade de inserir o produto em outros tipos de alimentos. Segundo suas opiniões, se houvesse a possibilidade de ser utilizado em alimentos que as crianças aceitam mais facilmente e ingerem com maior frequência, melhoraria a adesão da estratégia, como, por exemplo, alimentos líquidos, especialmente, no suco e no mingau:

Eu acho que colocar em outros alimentos. (GF. AP. URAP).

Se colocasse no mingau. Todo dia, eu tenho certeza que nenhuma mãe ia esquecer. Porque a criança acorda e ela já bota na mamadeira pra fazer o mingau. Fica mais prático. (GF. AT. PSF)

No suco seria mais fácil. Ou no mingau. Porque ela gosta bastante de suco. (GF. AP. PSF).

Eu cheguei a dar assim certinho. A minha dificuldade foi só essa de não poder dar em mingau e líquido, porque não é toda vez também que a gente pode tá com sopa pra dar. Porque às vezes a gente sai de casa e não pode tá fazendo sopinha nas casas dos outros né. Aí não pode tá botando em sopa, a minha dificuldade foi essa. (GF. AP. PSF).

Se pudesse pôr no mingau [...] É. Porque ele toma. Aí eu não esquecia né, também. Toda vez que eu ia fazer eu botava. (GF. AP. PSF).

Pra mim também seria também bom no mingau né. No mingau ou no suco. Porque aí não tinha com a gente esquecer, porque a gente dar todo dia. A sopinha tem dia que a gente não dar né. Principalmente quando vai pra outro canto, vai pra casa de alguém. Não tem como a gente dar a sopinha todo dia pra criança. Pra mim seria melhor se fosse no suco ou no mingau. Porque aí não tinha como esquecer. (GF. AP. PSF).

Eu acho que pra mim seria melhor no suco né. O suco é mais forte, sempre pra criança. Acho que ela não sentiria tanto a diferença. Ela não gostou muito não. (GF. AP. PSF).

[...] mudar o jeito de como tomar. Botar nos alimentos. No suco, mingau assim, poder botar em qualquer tipo de alimento, não só em suco. (GF. AP. PSF).

E se puder diluir no suco. (GF. AP. PSF).

A minha opinião é a mesma que a dela, que pudesse colocar no suco. (GF. AP. PSF).

Apesar da orientação fornecida pelo Ministério da Saúde quanto à introdução de alimentos, de que, a partir dos seis meses de idade, a consistência da dieta evolua de acordo com a idade, “iniciando-se com alimentos amassados e consistentes, depois triturados, picados e, por último, com a consistência da dieta da família”, no estudo realizado no Município de Acrelândia, no Estado do Acre, acerca do estado nutricional e alimentação complementar em crianças de seis a 24 meses, foi observado que, apesar de as crianças iniciarem a introdução com alimentos pastosos, não continuam de maneira gradativa. Por tal razão, chamam atenção para esse resultado, visto que, quanto mais pastosa ou líquida a consistência do alimento, menor sua densidade energética e nutricional (BRASIL, 2002a; GARCIA, 2011).

7.1.4 Material institucional de divulgação e informação da fortificação caseira com vitaminas e minerais (sachê)

No tocante ao material informativo sobre a estratégia de fortificação, as mães relataram satisfação com as informações nele contidas, uma vez que facilita a aprendizagem, a autonomia. Vale ressaltar que no Acre houve problema com o fornecimento da cartilha às mães, pois poucas receberam, em virtude de atraso no recebimento desse material, pela equipe coordenadora do estudo.

As informações de como usar o sachê também, o que é que não devia. Algumas orientações da alimentação do bebê e pra que é que realmente o sachê servia. (GF. AT. PSF).

Conforme Vieira (2013) a utilização de materiais informativos, como prática de educação em saúde, é cada vez mais frequente no Sistema Único de Saúde, podendo ainda refletir na decisão do paciente em aderir determinado tratamento. Observou-se que as mães demonstraram entendimento dos temas trazidos na cartilha, com mais destaque para o manuseio dos sachês e importância do uso.

7.1.5 Sugestões maternas para melhor efetivar a implantação da suplementação de ferro

A abordagem nos grupos foi finalizada com solicitação feita às mães para que colaborassem com sugestões para a melhoria da implantação do Programa de Suplementação de

Ferro. Nesta perspectiva, foi apontada a ampliação da faixa etária para mais crianças serem beneficiadas com o fortificante:

[...] aumentar a faixa etária da idade da criança. [...] Aumentar pelo menos até uns dois anos, dois anos e meio. Porque muitos precisam, são anêmicos né, que precisam de ferro. (GF. AP. PSF).

Aumentar a idade também até dois anos, três anos, pra dar pra criança. Acho que isso mesmo. (GF. AP. PSF).

E na questão assim, como as meninas ali disseram, do acompanhamento pra completar os dois anos, três anos, eu deixo a dica porque eu tenho uma de três anos e eu tô utilizando nela também. E vi melhoras né. (GF. AP. PSF).

Outra sugestão mencionada diz respeito à abordagem do profissional quanto à intensificação das orientações e ao fortalecimento das ações de acompanhamento profissional (frequência de retorno, forma de distribuição do sachê, registro das atividades na carteira da criança, visitas pelos agentes comunitários de saúde). Para isso, é fundamental que a estratégia faça parte dos programas ofertados nas unidades de saúde:

Eu acho que deveria ter alguém [do serviço de saúde] pra cobrar. (GF AP. PSF).

[...] mais informações também, do agente comunitário de saúde visitar nas casas. (GF. AP. PSF).

Eu acho que seria melhor eles (o profissional da saúde) anotar num papelzinho pra gente assim. Um papelzinho desse anotado dizendo onde tem que usar e onde não tem. Seria melhor pra gente. Se tivesse dado assim pra gente eu acho que a gente teria usado tudinho. Porque eu fiquei com dúvida. (GF AP. PSF).

[...] uma caixa, depois que terminasse aquela primeira caixa a segunda, mas que tivesse também um acompanhamento com a gente pra que pudesse, a questão, a criança toma o sachê, com certeza ela começa a se alimentar melhor, pelo menos os meus filhos eles se alimentavam melhor. Que viesse o acompanhamento do peso, aquela questão, você ia lembrar que aquele remédio faz bem [...]”. (GF. AP. PSF).

Eu acho que deveria ser uma caixa. Aí caso você marca e tal dia você termina a sua caixa né. Tipo assim: ‘Mãe, tal dia você vai terminar a sua caixa. Aí eu vou te ligar, aí eu vou te dar outra caixa’. Aí eu acho que assim seria melhor pra você ficar. (GF. AP. URAP).

a mesma coisa do acompanhamento, que a gente quase todo mês tem que vir no Posto, aí pesa a criança, mede, até completar um mês a gente faz isso, aí se

agente fizesse isso, tá lá acompanhando pra saber sobre isso, aí ia melhorar bastante mesmo. (GF. AP. PSF).

Essa questão de integrar os Postos de Saúde né, seria ideal, eu acho assim. Seria bom porque você tinha mais um privilégio né. Você chegar no Posto e dizer não eu faço acompanhamento. Assim mesmo eu acho que nem na carteira da minha filha não tem que eu faço algum acompanhamento. Nem na ficha eu acho que não tem. (GF. AP. URAP).

7.2 Tema 2 Percepção dos profissionais sobre a estratégia de fortificação caseira na prevenção de deficiência de ferro e anemia

Conforme os critérios metodológicos mencionados, foi realizado um grupo focal com dez profissionais, que participaram do estudo, conduzido com base em roteiro previamente elaborado com intuito de obter informações acerca da estratégia de fortificação composta por micronutrientes.

Quanto ao perfil dos participantes, conforme quadro 3, nota-se que todos participaram do treinamento realizado pela equipe do estudo. Em relação ao tempo de formado, o período mínimo informado foi de cinco e o máximo de 11 anos. Já em relação ao tempo de serviço na unidade, cerca de 70% estavam no mínimo há cinco anos na unidade informada.

Quadro 3. Perfil dos profissionais que participaram do estudo, de acordo com grupo focal, em Rio Branco, Acre.

Código do sujeito	UBS	Escolaridade	Profissão	Tempo de formado (anos)	Tempo de serviço na Unidade	Participou da capacitação? (sim ou não)
P1	URAP*	Superior completo	Enfermeira	07	01	sim
P2	João Paulo**	Superior completo	Médico	06	05	sim
P3	Bahia Nova**	Superior incompleto	ACS	08	08	sim
P4	Ayrton Sena**	Ensino médio	ACS	08	08	sim
P5	Bahia Nova**	Superior completo	Enfermeira	11	10	sim
P6	Glória Pista I**	Ensino médio	ACS	08	08	sim
P7	João Paulo**	Superior completo	Enfermeiro	11	06	sim
P8	URAP*	Superior completo	Enfermeira	09	08	sim
P9	Ayrton Sena**	Superior completo	Enfermeira	05	03	sim
P10	Glória Pista I**	Superior completo	Enfermeira	06	01	sim

Fonte: Pesquisa. Trabalho de campo, 2012.

*Unidade de Referência da Atenção Primária Augusto Hidalgo de Lima.

** Unidade de Saúde da Família

Após o processamento do material qualitativo obtido com a realização dos grupos focais de profissionais que participaram das ações vinculadas a estratégia do fortificante composto por

micronutrientes, foi possível elaborar cinco categorias temáticas e subcategoria, para fins de processamento e análise, conforme matriz descritiva constante do quadro 4.

Quadro 4 – Matriz descritiva realizada com base nos grupos focais com os profissionais.

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	UNIDADE REGISTRO	
		PSF	URAP
1. Adesão e aceitabilidade do uso da fortificação caseira (sachê)	1.1 A capacitação recebida pelos profissionais no início da pesquisa e o suporte dado no seu transcurso		
	1.2 Orientações prestadas pelos profissionais às mães		
	1.3 A percepção dos profissionais quanto à adesão das mães à estratégia da fortificação caseira com o sachê		
2. Material institucional	-		
3. Fatores facilitadores para a utilização da fortificação caseira (sachê)	-		
4. Fatores limitantes (sachê)	4.1 Efeitos adversos ao uso do sachê		
	4.2 Questões relacionadas à duração e faixa etária da intervenção		
	4.3 Conhecendo o nível socioeconômico e cultural das mães para uma melhor implementação do programa de fortificação		
	4.4 O papel da equipe de profissionais de saúde para incentivar o uso do fortificante		
5. Sugestões para melhorar a adesão das mães	-		

Fonte: Pesquisa. Trabalho de campo, 2012.

Considerando que o referido grupo foi composto por profissionais da Unidade de Referência da Atenção Primária e das Unidades de Saúde da Família, para preservar a identidade das participantes, foram utilizados na sua identificação, os termos “GF. P. URAP” para os profissionais vinculados à Unidade de Referência da Atenção Primária e “GF. P. PSF” para os profissionais das outras unidades participantes do estudo.

7.2.1 Adesão e aceitação do uso da fortificação caseira com vitaminas e minerais

Nesta categoria, buscou-se representar as percepções dos profissionais que participaram do estudo, sobre a adesão e aceitação quanto à estratégia da fortificação caseira por meio do uso do sachê, bem como trazer relatos de como estes profissionais perceberam a adesão e aceitação das mães. Dessa forma, foram divididos em três sub-categorias, conforme descrito a seguir.

7.2.1.1 A capacitação recebida pelos profissionais no início da pesquisa e o suporte dado no seu transcurso

Conforme Chiesa e Veríssimo (2001, p. 35), a comunicação é imprescindível para a assistência à saúde, pois é o “principal meio de veiculação do processo educativo” e constitui-se uma importante ferramenta para o estabelecimento da “confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde”.

O profissional da saúde tem papel importante na estratégia de fortificação caseira, por ser mediador das informações inerentes ao produto, mediante comunicação estabelecida com as mães. Para isso, os profissionais de saúde necessitam ter conhecimento necessário acerca da estratégia supramencionada. Assim, conforme mencionado na trajetória metodológica, no início da pesquisa, foram realizadas oficinas com o objetivo qualificar o processo de comunicação entre os participantes. Na ocasião, foram esclarecidas dúvidas quanto a composição, efeitos adversos, manuseio e administração, objetivos do estudo, bem como restou reforçado o papel de cada profissional.

Assim, de acordo com as informações do quadro 3, verificou-se que todos os profissionais que participaram deste grupo foram treinados pela equipe do projeto. Essa informação é ratificada pelos relatos, obtidas no referido grupo, conforme a seguir:

A gente colocou todas aquelas observações que foram feitas no treinamento. E aí a gente também teve a fase de acompanhamento. (GF P. URAP).

Nós orientamos o porquê, o que era o Projeto, qual a necessidade. (GF P. PSF).

7.2.1.2 Orientações prestadas pelos profissionais às mães

A “tecnologia das relações é uma das mais complexas, pois abrange não só conhecimentos, habilidades e comportamentos, como também atitudes”, e para isso o profissional de saúde deve assumir uma postura comunicativa. (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001, p. 35)

Quando aos profissionais de saúde foram questionados a respeito das orientações transmitidas por eles às mães que participaram da estratégia da fortificação, observa-se, nos

relatos, que, na percepção deles, o conteúdo foi reproduzido adequadamente, conforme orientado no treinamento:

Saíam de lá conscientes e eu explicava direitinho, eu abria a caixinha e explicava direitinho, explicava bem direitinho. (GF P. PSF).

[...] na hora em que elas chegassem lá atrás do sachêzinho né, se eu [médico] tivesse ocupado quem atendia era o enfermeiro ou vice-versa, um dos dois sempre tava ali pra dar as informações direitinho né. (GF P. PSF).

Então eu acho que foi bem esclarecido. No meu ver assim [...] eu pra mim eu acreditava que elas iriam fazer. (GF P. PSF).

Percebe-se, em alguns comentários, a necessidade sentida pelos profissionais de um “feedback” da adesão e dos resultados, após o uso do fortificante, junto às mães da comunidade. Esse diálogo entre os pesquisadores, mães e profissionais foi apontado como essencial na introdução de um produto, como coadjuvante do tratamento da anemia, conforme se percebe nos relatos:

Então assim, então algumas disseram que sim e outras disseram que não. Mas eu não acompanhei todas né, não pude acompanhá-las. (GF P. URAP).

Essas aceitaram bem, pra mim elas iam fazer uso completo do tratamento né. Mas eu não sei se fizeram. (GF P. PSF).

7.2.1.3 A percepção dos profissionais quanto à adesão das mães e à estratégia da fortificação caseira com o sachê

Os profissionais de saúde podem ter uma percepção limitada ao avaliar a adesão das mães, principalmente por aqueles vinculados à Unidade de Referência da Atenção Primária, visto que, após a orientação, a maioria deles não teve o espaço para acompanhamento do uso e seus resultados.

Eu acho que a aceitação foi maior do que a rejeição. Pelo menos o pouco que eu acompanhei. (GF P. URAP).

Eu não tive muito contato com a aceitação porque não é um contato tão direto quanto o das meninas. (GF P. URAP).

Assim, eu acompanhei mesmo direto, eu conheço ela e ela disse que foi excelente e disse que não teve nem uma dificuldade sabe. Toda hora na hora do almoço ela abria o sachê. E precisa de um tempinho né, não é só, você tem que ter cuidado né, pra dar direitinho. E ela disse que de jeito nenhum, não teve nenhum tipo de dificuldade. (GF P. PSF).

A estratégia de ir na casa da mãe que não foi, que tava na faixa etária. A gente ia lá, fazia as orientações, explicava e ela ia na Unidade pegar o sachê. (GF P. PSF).

[...] uma outra também, que eu tive um contato maior, que ela disse que não conseguiu dar. Então assim, eu noto às vezes uma falta assim, acho que de interesse mesmo. (GF P. PSF).

A maioria aderiu. (GF P. PSF).

Sob a percepção dos profissionais, com base nos relatos, muitas delas expressam aos profissionais que existe uma série de motivos para o não uso, apontando o sabor e o tipo de alimento que pode ser adicionado. Eles relatam ainda que as mães que acompanham rotineiramente seus filhos na Unidade de Saúde são mais receptivas e aderem ao tratamento. O fato de muitas mães não ficarem o dia inteiro com seus filhos, porém, reduz o uso, pois não há um trabalho específico com as babás e as avós, conforme foi observado.

Aquela mãe que amamentou, a mãe que não atrasa a vacina, Que está sempre indo no Posto fazer a pesagem das crianças, essas mães elas aderiram melhor. As que não, eu na verdade eu entreguei o sachê, mas eu sabia que essas mães que não faziam isso não iam até o final. (GF P. PSF).

As que mais acreditaram pra fazer o tratamento foram aquelas que fizeram o tratamento pra anemia já, com sulfato ferroso. (GF P. PSF).

[...] mas aí quem cuida não é a mãe, sempre é avó, é uma babá. Então a babá não dava direito o sachê. Aí aconteceu muito isso também, assim de se perder por causa disso. Até teve uma avó que foi e a enfermeira conversou e ela foi e disse: “Ah, mas a minha filha não me falou não, disse que era pra dar no leite”. A enfermeira disse: “Não, não era no leite, orientei sua filha”. “Ah, mas a minha filha disse que era pra botar no mingau e a criança foi e não gostou”. Então eu acho que teve muita perda por causa disso. (GF P. PSF).

Só tem o problema que tem mãe que desiste no percurso né. Que às vezes deixa a criança com alguém, aí aquela não orienta pra aquela outra pessoa. Porque geralmente quem trabalha na periferia trabalha fora de casa. Tem esse amplo conceito de que difícil a mãe tomar conta do filho. Deixa com a outra filha, deixa com um vizinho, fica muito difícil. (GF P. PSF).

Ressaltaram ainda que por ser uma nova estratégia, observaram dúvidas e desconfiança por parte das mães. Em razão dessas atitudes, os profissionais consideraram importante a adoção de estratégias voltadas para a conscientização das mães.

Tal observação é reafirmada no estudo de Azeredo et al (2013), uma vez que sugerem adoção de atividades de promoção e educação, por meio de atividades participativas, por as reconhecerem como ferramenta importante para “aumentar a consciência” das mães sobre a deficiência de ferro e anemia, bem como da necessidade da suplementação de ferro para melhoria da condição de saúde de seus filhos.

Não acreditam muito no início né, que vai dar certo. Tem que trabalhar muito essa questão da conscientização. (GF P. PSF).

A gente percebe no dia a dia nas Unidades que é difícil mesmo, lidar com a população uma coisa nova que tá surgindo. São meio desconfiadas. (GF P. PSF).

7.2.2 Material institucional

Quanto ao material informativo fornecido aos profissionais que participaram do treinamento mencionado anteriormente, de acordo com os relatos, percebe-se ter sido importante como “roteiro” na abordagem às mães. Assim, o consideraram didático:

[...] ele é bem objetivo. (GF P. PSF).

[...] eu gostei também. Sempre dava uma olhadinha. (GF P. PSF).

[...] com certeza. Eu explicava lendo e mostrando. Era um roteiro. (GF P. PSF).

Estudo aponta entre as vantagens do uso de material informativo a possibilidade de inclusão de textos mais completos, de forma a melhorar a explicitação da mensagem e refletir de forma positiva na compreensão e aceitação de quem se destina a informação. Desse modo o material educativo voltado para a educação do profissional de saúde deve ser integrado ao processo de educação permanente no âmbito das unidades de saúde. (VIEIRA et al, 2013)

7.2.3 Fatores facilitadores

Os profissionais observam que as mães associaram esta estratégia ao uso do sulfato ferroso, fizeram referência aos efeitos adversos e ao sabor, que, segundo elas, no caso do medicamento sulfato ferroso líquido, esses fatores refletem na dificuldade de adesão. Nas falas dos profissionais, a alternativa de utilizar o sachê poderá ser um fator facilitador para maior adesão do tratamento de anemia e deficiência de ferro. Consideram esse aspecto positivo para a utilização do novo produto:

[...] quando fala em sulfato ferroso geralmente é: - “Meu filho não pode, dar diarreia”. Os efeitos colaterais. E aí por esse produto ser novo e não causar tudo isso, elas aderiram bem. (GF P. PSF).

Outro aspecto que, na opinião dos profissionais entrevistados, foi relatado como facilitador, diz respeito à facilidade no acesso das mães ao atendimento com o médico e enfermeiro, sendo destacada a disponibilidade do profissional para atendê-las no momento em que chegavam à Unidade sem agendamento prévio:

A gente deixou a porta aberta [...]. Tanto eu (médico) como o enfermeiro ficamos um revezando um com o outro né. Na hora em que elas chegassem não precisava marcar dia nem nada. (GF P. PSF).

E eu acho que o que facilita é a própria disponibilidade dos profissionais né, em tá atendendo, sem tá exigindo horário né. (GF P. URAP).

Também em relação a essa temática, alguns profissionais vinculados às Unidades de Saúde da Família, informaram que realizaram outras ações para agregar mais crianças à estratégia de fortificação caseira. Conforme relatos, as equipes realizaram busca ativa das crianças que estavam na faixa etária compreendida pelo estudo. A equipe, com visitas domiciliares, realizava orientações às mães sobre a importância da participação do filho na estratégia supracitada:

A estratégia de ir na casa da mãe que não foi, que tava na faixa etária. A gente ia lá, faziam as orientações, explicava e ela ia na Unidade pegar o sachê. (GF P. PSF).

Ainda concernente aos aspectos facilitadores, convém destacar o fato de que alguns profissionais, também vinculados às Unidades de Saúde da Família, informaram que aproveitaram o “mutirão” de dois que estavam realizando (segundo eles, utilizam este recurso para realizarem o acompanhamento das crianças mediante ações de crescimento e desenvolvido por meio da aferição de medida antropométrica e ações voltadas a suplementação de vitaminas), para identificarem crianças na faixa etária estabelecida no estudo, e integrá-las na estratégia:

Pra nós na Unidade, uma coisa que facilitou foi o mutirão de dois dias que foi, que a gente pegou mais, bem mais da metade das mães nesses dias. É o dia do peso e suplementação de vitamina. (GF P. PSF).

Conforme estudo de Zlotkin et al (2001), os resultados indicam que o fortificante com micronutrientes tem melhor aceitação no tratamento de anemia comparável com o sulfato ferroso, na forma líquida padrão. Segundo eles, o sachê apresentou vantagens por ser adicionados as refeições e não mudar a cor ou a textura do alimento. Outra vantagem é a composição com vários micronutrientes. Por exemplo, ferro, ácido ascórbico, vitamina A, zinco e iodo podem ser facilmente combinados e incluído no sachê. Referem que a possibilidade de utilizar o sachê pode melhorar a adesão ao tratamento e, portanto, a redução dos casos de anemia.

7.2.4 Fatores limitantes

Como fatores limitantes apontados pelos profissionais, buscou-se subdividir em algumas subcategorias, para facilitar a identificação dos pontos considerados frágeis, merecedores de uma atenção especial.

7.2.4.1 Efeitos adversos relacionados ao uso do sachê

Considerando que um dos aspectos que refletem na dificuldade da efetividade dos programas de suplementação se refere aos efeitos colaterais, em relação ao sulfato ferroso, vários autores mencionam que é comum o surgimento de náuseas, cólicas abdominais, diarreia, e sabor metálico característico (como a maioria dos sais de ferro) fazendo com que a rejeição à sua ingestão seja frequente (AZEREDO et al, 2013; SZARFARC, 2010).

É natural que uma nova estratégia possa causar reações nos profissionais e usuários envolvidos, no entanto, uma boa aceitação depende da forma como esta é implantada. Conforme os relatos dos profissionais de saúde que estiveram em contato com as mães, quando a criança apresentou um episódio de diarreia, vômito ou algum outro sintoma, a mãe pode fazer uma correlação negativa com a ingestão do novo produto que está sendo administrado. Ao utilizarem um produto que não é ainda conhecido na comunidade, há inquietações, insegurança e medo de que este venha a trazer algum prejuízo à saúde da criança. Esses fatos corriqueiros foram descritos por algumas mães, aos profissionais de saúde:

[...] outros disseram que a primeira vez que usaram a criança já começou a vomitar aí por isso não usou mais. Aí eu digo, mas você nem tentou novamente? “Não. Uma vez que vomitou eu já parei de dar”. [...]. (GF P. URAP).

[...] O vômito, que pode ter sido pela aceitação da alimentação né, uma própria rejeição naquele momento né. Mas assim, nem um outro. Ela associou ao sachê, mas não quer dizer que seja. (GF P. URAP).

Conforme estudo de Zlotkin et al (2001), os resultados indicam que o único efeito colateral relatado foi consistentemente um escurecimento das fezes da criança, o que é esperado, pois a maior parte do ferro é excretado nas fezes. Outro estudo de Zlotkin et al (2005), apontou que apenas 3,4% dos pais relataram ter problemas usando o sachê; sendo que, destes, 1,8% relatou que tinham um odor desagradável, enquanto que 80,5% relataram que o produto mudou a cor do alimento da criança.

7.2.4.2 Questões relacionadas à duração e faixa etária da intervenção

Szarfarc (2010, P. 05) atribui à baixa adesão do sulfato ferroso ao fato de que, para controlar a deficiência é necessária a suplementação medicamentosa por um longo período. Sugere ainda, que a ingestão de “a ingestão de alimentos fortificados parece ser a solução definitiva e mais adequada para atender à demanda da população brasileira”.

O fator “período de administração” foi apontado nos relatos de alguns profissionais como limitante para a adesão das mães ao sachê. O tempo necessário para a administração dos 60 sachês é um espaço muito longo, que propicia o esquecimento, o relaxamento, até porque, segundo os agentes comunitários de saúde, começar uma estratégia com os usuários não é o mais

difícil, mas sim a sua continuidade. A permanência nos programas é o desafio, quando se introduz algo:

Não sei se era muito, por exemplo, uma caixinha eram trinta e a outra caixinha com trinta. Então isso foi uma coisa que ficou na minha mente e eu não sei se poderia concentrar o sachê. Por exemplo, não ser trinta, ser menos, eu não sei. É um questionamento assim que ficou na minha mente [...]. (GF P. PSF).

Ainda em relação ao período de intervenção e adesão das mães, alguns profissionais que participaram dos grupos focais sugeriram mudanças na dispensação dos sachês. Segundo eles, deveria ser distribuída de forma gradativa, fato que favorece o acompanhamento das mães pela equipe. Entendem que se for entregue, por exemplo, a cada 30 dias, poderá possibilitar acompanhamento e avaliação quanto ao uso correto do sachê, e também poderá aumentar a segurança das mães na adesão da fortificação caseira, pois consideram importante o esclarecimento das dúvidas que surgem ao longo do processo:

[...] Por isso elas querem um remédio que tipo, faça dose única, que faça o efeito hoje e amanhã o menino já esteja bem. E é mais difícil elas aceitarem algo que é prolongado, que ela ali não tá vendo: “Poxa não tô vendo ninguém engordar né, não tô vendo nenhuma diferença. Então eu vou até parar de dar isso porque me da muito trabalho [...]”. (G. P. PSF).

Outro aspecto abordado como fator limitante, refere-se ao período inicial da faixa etária estabelecida no estudo (seis meses), uma vez que neste período são introduzidos outros alimentos à dieta, a chamada “alimentação complementar”. Esta fase é lenta e gradual, e a recusa inicial não significa que elas não gostem dos alimentos, estão se adaptando a uma nova dieta. Nos relatos, notou-se que os profissionais associaram a desistência de algumas mães à dificuldade de introduzirem a alimentação complementar:

[...]é o início que tá começando a introduzir à alimentação na criança né. Então eu acho que, tipo assim, teve um pouco de desistência porque a criança não pega logo de princípio né. (GF P. PSF).

Que algumas mães, até que a gente observou mesmo, não faziam alimentação complementar. Só mingau, dava outras coisas, nunca deu comida pro bebê. Às vezes o bebê já tem um ano e ela não dava né, comidinha ainda. Então eu acho

que a dificuldade é essa, porque pra dar o sachê, ela tinha que dar a comidinha né. (GF P. URAP).

[...] algumas diziam ainda não estou dando nada além do mingau. Aí eu disse, mas tem que ser numa frutinha amassada. Ela disse que dar com uma banana. (GF P. URAP).

Outro aspecto relatado pelos profissionais, em relação à faixa etária, foi o interesse das mães para inclusão de crianças maiores. Apontam para a necessidade de analisar o problema da anemia de modo mais abrangente, pois não afeta apenas aquelas de menos de um ano de idade, conforme comentam:

[...] a gente dava a partir da faixa etária, a partir dos seis, mas aí ela tem um de dois, três anos: “Posso dar pro meu filho de três anos?” Não, não pode. (GF P. PSF).

Inclusive até hoje têm mães que vão lá perguntar sobre esse sachê, que os filhos já completaram a faixa etária e elas não participaram da pesquisa e querem né, que ficaram sabendo que a vizinha usou e tal e elas se interessam. Eu sempre explico que era só uma pesquisa, que talvez tenha novamente, talvez venha pra elas, mas não é o momento. (GF P. PSF).

7.2.4.3. Conhecendo o nível socioeconômico e cultural das mães para uma melhor implementação do programa de fortificação

Os profissionais destacaram em suas falas a influência do nível sociocultural e econômico das mães para aceitação do uso de suplementação para as crianças. Eles reconhecem a necessidade de acompanhamento maior pelos profissionais de saúde durante a implementação, pois muitas mulheres não percebem a real importância de suplementos vitamínicos e de ferro.

Estudo de Azeredo (2013) corrobora este apontamento, porquanto reafirma que o desconhecimento e a apreensão fragmentada do fenômeno anemia observados em seu estudo contribuíram para a baixa adesão. Os profissionais relacionam isto à expectativa das mães em quererem uma solução imediata:

E o que eu observei assim é que quanto maior o nível econômico mais foi aceito. Pelo menos foi o que eu percebi, por exemplo, nas áreas da Divaneide e da Regina, que fica no Sobral, que é uma área de melhor condição social, as mães aceitaram. (GF P. PSF).

[...] o nível econômico está muito relacionado à questão cultural e à educação mesmo né. E as mães que tem menos grau de escolaridade são geralmente as mães que têm um nível econômico menor mesmo. (GF P. PSF).

Têm umas que não conseguem assimilar muito não, por mais que você explique. (GF P. PSF).

[...]elas não compreendem muito bem que aquilo é uma forma de prevenir algo mais lá na frente e não é uma coisa imediata né, que possa medir ali de forma imediata né. (GF P. URAP).

Azeredo et al (2013, p.834) também, corroboram os relatos, ao mencionarem que as “piores condições socioeconômicas se relacionam diretamente à baixa adesão”, e mesmo a anemia seja um problema de saúde pública presente em todas as classes sociais, aquelas expostas a mais fatores de risco estão mais vulneráveis. Desse modo, as mães e crianças que participaram do estudo supracitado e apresentaram baixa condição socioeconômica estavam vivendo em áreas de maior vulnerabilidade social, como baixa renda *per capita* e menor nível de escolaridade.

Também relataram a dificuldade financeira, que reflete na qualidade dos alimentos oferecidos aos filhos. Na percepção deles, as mães optam por alimentos de baixo valor nutricional. Entendem que esse fato pode influenciar no uso do sachê, pois haveria a necessidade de uma alimentação mais diversificada para introduzir o produto do que a alimentação que já praticam:

Fígado, couve, açaí, qualquer coisa, nada elas gostam. Então assim, é uma dieta completamente fora mesmo, a gente percebe isso. Então por isso também, aí a gente explicava... porque elas também não comem isso. Então é uma coisa que eu acho que por conta também do custo alto algumas vezes, o custo alto às vezes aí elas preferem um miojzinho, uma comida mais rápida e uma friturazinha né, e arrozinho e só. (GF P. PSF).

Para Azeredo (2013, p.830), “os hábitos culturais se refletem nas práticas alimentares, determinando a escolha dos alimentos a serem consumidos, e em última análise na presença da doença”.

Alguns profissionais apontaram que a opinião das mães se propaga intensivamente entre elas. Desse modo, esse fato pode tanto facilitar ou dificultar a adesão de programas, como é o caso da fortificação caseira. Na percepção deles, pelo fato de que as mães conviverem em

ambientes próximos, o fato de que algumas adentraram a pesquisa e outras não poderia interferir na adesão:

[...]Que elas sempre aumentam. Elas não inventam, mas elas dão uma aumentada né. Vai contando pra outra, contando pra outra. (GF P. URAP).

[...] que ficaram sabendo que a vizinha usou e tal e elas se interessam [...]. (GF P. PSF).

Outro aspecto evidenciado foi a opinião de que uma grande parte das mães só adere a uma estratégia proposta se houver algum incentivo financeiro ou outro tipo de contrapartida da Unidade de Saúde. Caso contrário, há uma necessidade de trabalho redobrado por parte do agente comunitário de saúde, supervisionando e acompanhando diretamente no domicílio de cada mãe:

[...]se dizer que vai rolar alguma coisa por trás disso pra elas, elas ficam tipo assim: “Ah eu vou ganhar isso porque eu vou dar isso pro meu bebê e tal. (GF P. PSF).

Tipo assim, às vezes o Programa é bom, mas se tivesse por trás algum incentivo. Tipo assim, a enfermeira às vezes marcava lá a reunião com as gestantes e chamava: “Eu vou, eu vou”. Dava a palavra, mas quando era no dia não aparecia. Se a enfermeira não fizesse tipo assim, atrair as mães com algum brinde, elas não iam. (GF P. PSF).

7.2.4.4. O papel da equipe de profissionais de saúde para incentivar o uso do fortificante

Os profissionais exercem papel fundamental na adesão da estratégia de fortificação caseira, no que se refere aos fatores relacionados à educação em saúde, por meio das orientações, acompanhamento e estabelecimento do vínculo com as mães. Tal fator é primordial, pois a atuação dos profissionais e seu compromisso na definição de estratégias terapêuticas e desenvolvimento de suporte ao longo do tratamento poderão contribuir de forma positiva para manter a comunicação e a motivação das mães.

Os profissionais reconhecem sua importância na abordagem às mães para a adesão da estratégia de fortificação caseira, mediante ações de acompanhamento, e enfatizam que, para o projeto ter sucesso, deve envolver equipes multiprofissionais, com profissionais que tenham perfil:

[...] Então precisa que o profissional tenha perfil [...]. (GF P. URAP).

[...] Mas os agentes comunitários que estão no dia-a-dia na casa também tem credibilidade sim. Então eu creio que se passa esse Projeto e essa responsabilidade pra equipe e não somente para um profissional [...]. (GF P. PSF).

Ter um retorno, passar pra enfermeira o que é que aconteceu, porque é que não veio, se mudou, tá em outro endereço né. Eu acho que o acompanhamento é importantíssimo. E o agente comunitário de saúde né, que tá lá todos os dias na casa e ele vê a importância disso também. (GF P. URAP).

7.2.5 Sugestões para melhorar a adesão das mães

Alguns profissionais fizeram sugestões quanto à necessidade de reorganização do processo de trabalho e da equipe na unidade de saúde, no tocante à implantação da nova estratégia, e ainda sugerem de que forma poderia ser incorporada no cotidiano das unidades de saúde. Nos relatos a seguir, citam a “sala de puericultura” como ambiente ideal, o “registro na caderneta da criança” e além de enfatizarem a importância de tornar-se uma “política”.

[...] Eu acho que o profissional, por exemplo, se fosse possível dispensar um enfermeiro pra ficar nisso e na sala de puericultura no caso, era o ideal [...]. (GF P. URAP).

Acho que se virasse uma política, a própria caderneta da criança, o espaço pra anotar. Porque seria um local onde todos os profissionais iriam controlar [...]. (GF P. PSF).

Enfatizaram a importância de reformulação do material informativo, além do material escrito fornecido pelo Programa, poderiam ser implementados outros recursos para subsidiar as orientações repassadas pelos profissionais às mães. Exemplificaram com a adoção de “material audiovisual”, conforme relato:

[...] Eu acho assim, que as orientações, se tivesse um material áudio visual teria ajudado um pouquinho mais também. Não ser só aquela consulta e nem só também a ação coletiva, mas tivesse assim um vídeo pra ter passado, alguma coisa que conscientizasse mais, eu acho que teria ajudado. (GF P. PSF).

Reconhecem a importância da formação de grupos educativos, principalmente pelas equipes das Unidades de Saúde da Família, inclusive, especialmente, por entenderem esta ação

como experiência exitosa, ante outras estratégias já desenvolvidas com as mães. Além disso, reafirmam a necessidade de acompanharem as mães, seja individual ou coletivamente, de forma contínua, melhorando o vínculo e a conscientização das mães acerca da adesão a esta estratégia:

[...] Uma outra coisa que pode ser feita né, os grupos educativos. Acho que no PSF funciona muito bem porque a gente consegue reunir as mães né e elas, pelo menos quando eu trabalhava com grupo, elas viam a importância de tá acompanhando o bebê [...]. (GF P. URAP).

[...] primeiro reunir todas aquelas mães, daquelas crianças daquela faixa etária, reunir, mostrar o vídeo, conversar, falar da importância pra depois. Se bem que nem todos vão poder. (GF P. PSF).

Fazer uma abordagem coletiva e aí depois passar pra abordagem individual. (GF P. PSF).

Já sabendo dessa dificuldade, por isso que eu falo assim, quanto mais você bate na mesma tecla de tentar conscientizar, maior vai ser o percentual de aceitabilidade. Porque é difícil mesmo. Até o Bolsa Família que é pra eles receberem o benefício, já é difícil. (GF P. PSF).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo propôs conhecer as percepções de vários sujeitos, participantes da estratégia de fortificação caseira, composta por vitaminas e minerais. Com efeito, com suporte na análise do material empírico, os resultados evidenciaram alguns pontos relevantes:

No que concerne à percepção das mães acerca da adesão e aceitação do uso da fortificação caseira com vitaminas e minerais, notou-se que as orientações recebidas pelos profissionais de saúde foram fator importante para a adesão e aceitação, uma vez que buscaram seguir as orientações dos profissionais, demonstraram satisfação em relação ao acompanhamento e às orientações recebidas dos profissionais.

No tocante ao preparo e manejo do fortificante, percebeu-se que a escolha do alimento, pela mãe, foi baseada nos alimentos que têm melhor aceitação pela criança. Chamou a atenção o fato de terem adicionado em alimentos líquidos, porquanto a recomendação correta é que o sachê seja adicionado a alimentos pastosos - inclusive essa foi uma das dificuldades expressas pelas mães.

Em relação ao sabor do produto e efeitos colaterais, apesar de algumas mães terem relatado como aspectos que dificultaram, a maioria expressou preferência por este, em relação ao sulfato ferroso (enfatizaram os efeitos adversos como diarreia, alteração na cor dos dentes e vômitos, e sabor amargo), por minimizar os efeitos colaterais, ter melhor aceitação, também pela forma de administração, juntamente com a dieta da criança.

Após a utilização do fortificante na alimentação das crianças, as mães informaram haver observado melhorias na saúde dos filhos. Sobre a participação da família, percebe-se a mãe como principal cuidadora, no entanto, ficou evidente a importante contribuição das avós, pois incentivaram e lembraram às mães sobre a utilização do sachê.

Destacaram como dificuldades os seguintes fatores: presença de sabor, influência do cuidador (externo à família), efeitos colaterais, falta de informação e esquecimento. Apesar de o sabor, de os efeitos colaterais e de comunicação terem sido referenciados como aspectos positivos, para algumas, se configuraram como dificuldades. Em relação à influência do cuidador, quando externo à família, apontaram a presença das babás no cuidado da criança, o que refletiu na descontinuidade do uso do sachê. Apesar das dificuldades, muitas mães (mesmo as

que aderiram parcialmente) manifestaram a vontade de participar novamente da estratégia, caso seja implantada nas unidades.

Quanto aos fatores que facilitaram a adesão do fortificante, destacaram-se: compreensão das mães sobre os benefícios e a importância dos micronutrientes para a saúde da criança, sabor (na maioria dos relatos pouco perceptível ou inexistente), efeitos colaterais (reduzidos ou inexistentes), fácil manipulação e preparo do fortificante, orientações e acompanhamento dos profissionais.

Em relação às sugestões, foram apontadas pelas mães a ampliação da faixa etária das crianças contempladas pela estratégia e a intensificação das orientações e fortalecimento das ações de acompanhamento profissionais.

Já no que se refere à percepção dos profissionais sobre a adesão e aceitação do uso da fortificação caseira com vitaminas e minerais, foi observado o reconhecimento deles sobre a importância do acompanhamento e das informações disponibilizadas às mães, e também expressaram que essa abordagem foi feita de forma adequada.

Para eles, as mães que acompanham rotineiramente seus filhos na Unidade de Saúde são mais receptivas e aderem mais facilmente ao tratamento. O fato de muitas mães não ficarem o dia inteiro com seus filhos, porém, dificulta a administração diária, conforme preconizado, pois não há uma atividade educativa dos profissionais com outros cuidadores.

Outro aspecto importante refere-se à percepção dos profissionais quanto à preferência das mães por esta estratégia ao uso do sulfato ferroso. Percebem que essa aceitação do sachê poderá refletir de forma positiva na prevenção e no tratamento da anemia e deficiência de ferro. Além disso, foi referido também que o acesso das mães ao atendimento médico e de enfermagem, bem como o envolvimento destes, foram importantes para a adesão das mães à estratégia.

Quanto ao período de intervenção, alguns profissionais sugeriram a distribuição dos sachês de forma gradativa, pois segundo eles favorece o acompanhamento das mães pela equipe.

Vale ressaltar, ainda, que, para os profissionais, um fator limitante identificado foi a inclusão de crianças com seis meses de idade, porquanto, neste período, se inicia a alimentação complementar, e alguns deles relacionaram a desistência de algumas mães a esse fato, visto que neste período a criança está se adaptando a uma nova dieta.

Os profissionais também fizeram algumas sugestões para implantação da estratégia de fortificação caseira, de forma que pudesse ser incorporada no cotidiano das unidades de saúde,

que fosse inserida, por exemplo, nas consultas de puericultura. Ressaltam a importância da implementação de outros recursos para subsidiar as orientações repassadas pelos profissionais às mães; elucidaram com a adoção de material audiovisual, assim como formação de grupos educativos.

Considerando que a fortificação caseira é implantada em várias situações e já dispõe de muitas evidências de sua eficácia na prevenção e tratamento da anemia ferropriva e deficiência de ferro, ante um processo de implantação da referida estratégia no Brasil, ressaltam-se alguns apontamentos identificados nos resultados.

Com base nos relatos, percebe-se que, de uma forma geral, os sujeitos envolvidos no estudo manifestaram boa aceitação pela estratégia de fortificação caseira. Os discursos das mães e dos profissionais enfatizam a importância do acompanhamento permanente pela equipe de saúde. Para isso, torna-se imprescindível adotar ações de educação permanente no cotidiano das unidades de saúde contempladas, de forma que seja considerada a realidade dos agentes envolvidos. O entendimento sobre a estratégia e o reconhecimento do papel de cada um dos profissionais e usuários (mães) é fundamental e possivelmente refletirá na consolidação da ação.

Além disso, no planejamento das ações, recomenda-se a inclusão de atividades de promoção e educação em saúde, podendo ser desenvolvidas de forma individual ou em grupos, por métodos participativos.

Considerando que, ao longo do processo, algumas mães necessitaram de trocar informações com os profissionais de saúde, como, por exemplo, para o esclarecimento de dúvidas acerca dos procedimentos relacionados ao preparo do produto (consistência da refeição, tipos de alimentos e temperatura adequada), as relações entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços passam a ter um papel importante como aprendizagem recíproca, mediados pela comunicação, de modo a fortalecer a vínculo do usuário à equipe de profissionais.

Quanto às ações para esclarecimento e divulgação da estratégia, apontam-se, além do material informativo escrito (disponibilizado às mães e profissionais), a confecção de vídeos e a divulgação pelos dos meios de comunicação coletiva.

Alguns fatores se exprimem como limitações para as mães. No tocante à faixa etária, pois algumas crianças com seis meses de idade ainda fazem o uso de aleitamento exclusivo, outras estão iniciando a alimentação complementar e, neste caso, muitas das mães, neste período, oferecem mais alimentos líquidos, por exemplo, sucos e mingaus, frequentemente referidos. Em

relação à influência de outros cuidadores, é válido que os profissionais vejam as atividades educativas, de forma que eles também reconheçam seus papéis no processo. É válido ressaltar que, mesmo com a manifestação das limitações, muitas das mães que interromperam o uso do sachê demonstraram interesse em participar novamente da estratégia, caso seja implantada nas unidades.

Observou-se, no entanto, em alguns discursos (de mães e profissionais) a comparação do sachê com o sulfato ferroso, em especial, quanto ao sabor e efeitos adversos. Para eles, o novo produto exprimiu melhor aceitação, principalmente em razão das vantagens referidas: a facilidade de usar, a utilização junto da alimentação, o sabor (pouco perceptível ou inexistente), e os efeitos colaterais (diminuídos ou ausentes).

Os sujeitos envolvidos no estudo manifestaram boa aceitação pela estratégia de fortificação caseira. Para isso, torna-se imprescindível a inserção de ações de educação permanente e de atividades de promoção e educação em saúde, no planejamento das ações. A confecção de vídeos e a divulgação pelos meios de comunicação massiva se fazem necessárias. Apesar das limitações, o novo produto denotou melhor aceitação, em relação ao sulfato ferroso, principalmente em decorrências das vantagens referidas: a facilidade de usar, a utilização junto da alimentação, o sabor (pouco perceptível ou inexistente), e os efeitos colaterais (diminuídos ou ausentes).

REFERÊNCIAS

AILINGER, Rita L. et al. Conceitos de anemia entre mulheres nicaragüenses de baixa renda. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 147-152, abr. 2009. ISSN 1518-8345. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2553>>. Acesso em: 01 Set. 2013. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000200002>.

ALLEN, Lindsay H.; PEERSON, Janet M.; OLNEY, Deanna K. Provision of multiple rather than two or fewer micronutrients more effectively improves growth and other outcomes in micronutrient-deficient children and adults. **The Journal of nutrition**, v. 139, n. 5, p. 1022-1030, 2009.

ACRE. Prefeitura Municipal de Rio Branco. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Regulação, Controle e Avaliação. Ofício nº002/DRCA/SEMSA. Rio Branco, AC, 21 de fev. de 2013.

ALMEIDA, Carlos A. N. de et al. Fatores associados a anemia por deficiência de ferro em crianças pré-escolares brasileiras. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 3, Jun. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000400012&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 02 Set. 2013. <http://dx.doi.org/10.2223/1188>.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 10520: informação e documentação: apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6024: numeração progressiva das seções de um documento: procedimento. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6028: informação e documentação: resumo: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 6027: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2011.

ASSUNCAO, Maria Cecília Formoso et al. Efeito da fortificação de farinhas com ferro sobre anemia em pré-escolares, Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo v. 41, n. 4, Ago. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000400007&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 02 Set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006005000031>.

AZEREDO, Catarina Machado et al. A problemática da adesão na prevenção da anemia ferropriva e suplementação com sais de ferro no município de Viçosa (MG). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, mar. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300028&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 04 set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232013000300028>

AZEREDO, Catarina Machado et al. Implantação e impacto do Programa Nacional de Suplementação de Ferro no município de Viçosa - MG. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 10, Out. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001100006&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 02 Set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011001100006>.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 1977.

BELL, K.N, OAKLEY, G.P. **Update on prevention of folic acid-preventable spina bifida and anencephaly**. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2009; 85:102-7.

BORTOLINI, Gisele Ane; VITOLO, Márcia Regina. Baixa adesão à suplementação de ferro entre lactentes usuários de serviço público de saúde. **Pediatria (São Paulo)**, v. 29, n. 3, p. 176-82, 2007.

BORTOLINI, Gisele Ane; VITOLO, Márcia Regina. Relação entre deficiência de ferro e anemia em crianças de até 4 anos de idade. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 86, n. 6, Dec. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000600007&lng=en&nrm=iso>. Acessos em 02 Set. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572010000600007>.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (Org.). Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Vozes, 2007.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Fortificação de farinhas**. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/alimentos/farinha.htm>>. Acesso em 06 dez. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2010a**. Cidades: informações sobre os municípios brasileiros. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=12&search=acre>>. Acesso em 10 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, DF: MS; 2009. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso 08 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição – CGAN. Workshop de Fortificação Caseira no Brasil. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/workshop_fortificacao.php>. Acesso 08 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Brasília, DF, MS; 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável**. Guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. Brasília, DF: MS; 2010b.

Brasil. Ministério da Saúde. Unicef. Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 60 p. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos). [acessado em 21 mar. 2013]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/Cadernos_Micronutrientes_MS.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Regulamento Técnico para Fortificação das Farinhas de Trigo e das Farinhas de Milho com Ferro e Ácido Fólico**. RDC 344, 13 dezembro de 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional**: Programa Nacional de Suplementação de ferro. Brasília, DF: MS; 2005. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/alimentacao/>>. Acesso 08 out. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.920, de 5 de setembro de 2013b**. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 set. 2013.

CARVALHO, Antonio Geraldo Cidrão et al. Diagnóstico de anemia por deficiência de ferro em crianças do Nordeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 3, p. 513-519, 2010.

CASTRO, Teresa Gontijo de et al. Dietary practices and nutritional status of 0–24-month-old children from Brazilian Amazonia. **Public health nutrition**, v. 12, n. 12, p. 2335-2342, 2009.

CASTRO, Teresa Gontijo de et al. Anemia e deficiência de ferro em pré-escolares da Amazônia Ocidental brasileira: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, Jan. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000100014&lng=en&nrm=iso>. acesso em 27 Out. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000100014>.

CEMBRANEL, Francieli; DALLAZEN, Camila; GONZALEZ-CHICA, David Alejandro. Efetividade da suplementação de sulfato ferroso na prevenção da anemia em crianças: revisão sistemática da literatura e metanálise. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n.

9, Set. 2013 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900014&lng=en&nrm=iso. Acesso em 02 Out. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00152312>.

CHIESA, Anna M.; VERÍSSIMO, M. L. O. R. A educação em saúde na prática do PSF. **Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Universidade de São Paulo/Ministério da Saúde, organizadores. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde**, p. 34-42, 2001.

COOK, James D.; FLOWERS, Carol H.; SKIKNE, Barry S. The quantitative assessment of body iron. **Blood**, v. 101, n. 9, p. 3359-3363, 2003.

DEWEY, Kathryn G.; YANG, Zhenyu; BOY, Erick. Systematic review and meta-analysis of home fortification of complementary foods. **Maternal & Child Nutrition**, v. 5, n. 4, p. 283-321, 2009.

DE-REGIL, Luz Maria et al. Home fortification of foods with multiple micronutrient powders for health and nutrition in children under two years of age (Review). **Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal**, v. 8, n. 1, p. 112-201, 2013.

DREWETT, R. F. et al. Relationships between nursing patterns, supplementary food intake and breast-milk intake in a rural Thai population. **Early human development**, v. 20, n. 1, p. 13-23, 1989.

EICKMANN, Sophie H. et al. Efetividade da suplementação semanal com ferro sobre a concentração de hemoglobina, estado nutricional eo desenvolvimento de lactentes em creches do Recife, Pernambuco, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 24, n. s2, 2008.

ENGSTROM, Elyne Montenegro et al. Effectiveness of daily and weekly iron supplementation in the prevention of anemia in infants. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 786-795, 2008.

FEITOSA, Ana Cláudia et al. Terapia anti-retroviral: fatores que interferem na Adesão de crianças com HIV/AIDS. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 12, n. 3, p. 515-21, 2008. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 de maio de 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000300018>.

FERREIRA, Marcelo U. et al. Anemia and iron deficiency in school children, adolescents, and adults: a community-based study in rural Amazonia. **Journal Information**, v. 97, n. 2, 2007.

FISHMAN, Steven M.; CHRISTIAN, Parul; WEST, Keith P. The role of vitamins in the prevention and control of anaemia. **Public health nutrition**, v. 3, n. 02, p. 125-150, 2000.

GARCIA, Mariana Tarricone; GRANADO, Fernanda Serra; CARDOSO, Marly Augusto. Alimentação complementar e estado nutricional de crianças menores de dois anos atendidas no Programa Saúde da Família em Acrelândia, Acre, Amazônia Ocidental Brasileira. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 305-16, 2011.

GIOVANNINI, Marcello et al. Double-blind, placebo-controlled trial comparing effects of supplementation with two different combinations of micronutrients delivered as sprinkles on growth, anemia, and iron deficiency in Cambodian infants. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 42, n. 3, p. 306-312, 2006.

GOMES, Patricia B. DUARTE, Marco Antônio; MELO, Maria do Carmo B. Comparação da efetividade entre polietilenoglicol 4000 sem eletrólitos e hidróxido de magnésio no tratamento da constipação intestinal crônica funcional em crianças; Comparison of the effectiveness of polyethylene glycol 4000 without electrolytes and magnesium hydroxide in the treatment of chronic functional constipation in children. *J. pediatr.*(Rio J.), v. 87, n. 1, p. 24-28, 2011.

GONDIM, Sheila Sherezaide R. et al . Magnitude, tendência temporal e fatores associados à anemia em crianças do Estado da Paraíba. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 46, n. 4, Aug. 2012 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 de maio de 2013. Epub 24 de julho de 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000055>.

HADLER, M. C. C. M.; JULIANO, Yara; SIGULEM, Dirce M. Anemia do lactente: etiologia e prevalência. **J Pediatr (Rio J)**, v. 78, n. 4, p. 321-6, 2002.

HADLER, Maria Claret Costa Monteiro et al. Treatment and prevention of anemia with ferrous sulfate plus folic acid in children attending daycare centers in Goiânia, Goiás State, Brazil: a randomized controlled trial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s259-s271, 2008.

HYDER, S. M. Z. et al. Anaemia and iron deficiency during pregnancy in rural Bangladesh. **Public health nutrition**, v. 7, n. 08, p. 1065-1070, 2004.

HULLEY, Stephen B. et al. **Designing clinical research**. Lippincott Williams & Wilkins, 2013.

JACK, Susan J. et al. Effect of micronutrient Sprinkles on reducing anemia: a cluster-randomized effectiveness trial. **Archives of pediatrics & adolescent medicine**, v. 166, n. 9, p. 842-850, 2012.

ATI, Jalila El et al. Aetiological factors and perception of anaemia in Tunisian women of reproductive age. **Public health nutrition**, v. 11, n. 07, p. 729-736, 2008..

JONES, Katharine M. et al. Prevalent vitamin B-12 deficiency in twelve-month-old Guatemalan infants is predicted by maternal B-12 deficiency and infant diet. **The Journal of nutrition**, v. 137, n. 5, p. 1307-1313, 2007.

JORDAO, Regina Esteves; BERNARDI, Júlia Laura D.; BARROS FILHO, Antônio de Azevedo. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. *Rev. paul. pediatr.*, São Paulo , v. 27, n. 1, Mar. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822009000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 mar. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822009000100014>.

KOUNNAVONG, Sengchanh et al. Effect of daily versus weekly home fortification with multiple micronutrient powder on haemoglobin concentration of young children in a rural area, Lao People's Democratic Republic: a randomised trial. **Nutr J**, v. 10, n. 129, 2011.

LUNDEEN, Elizabeth et al. Daily use of Sprinkles micronutrient powder for 2 months reduces anemia among children 6 to 36 months of age in the Kyrgyz Republic: a cluster-randomized trial. **Food & Nutrition Bulletin**, v. 31, n. 3, p. 446-460, 2010.

MENON, P. et al. Micronutrient Sprinkles reduce anemia among 9-to 24-mo-old children when delivered through an integrated health and nutrition program in rural Haiti. **The Journal of nutrition**, v. 137, n. 4, p. 1023-1030, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec; 2010.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27 ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

MORAES, Antonio Bento Alves de; ROLIM, Gustavo Sattolo; COSTA JR., Aderson Luiz. O processo de adesão numa perspectiva analítico comportamental. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo, v. 11, n. 2, dez. 2009. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 23 setembro 2013.

MORGAN, D.L. **Focus groups as qualitative research**. 2ª ed. California: SAGE, 1997.

NETO, O. C et al. **Grupos focais e pesquisa social: O debate orientado como técnica de investigação**: FIOCRUZ 2010.

NEVES, Márcia Bitar Portella; SILVA, Edina Mariko Koga da; MORAIS, Mauro Batista de. Prevalence and factors associated with iron deficiency in infants treated at a primary care center in Belém, Pará, Brazil. **Cadernos de saúde pública**, v. 21, n. 6, p. 1911-1918, 2005.

OLIVEIRA, Cristieli Sérgio de Menezes et al. Anemia em crianças de 6 a 59 meses e fatores associados no Município de Jordão, Estado do Acre, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 5, maio 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000500018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 27 mar. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000500018>.

POPE C, Mays N, (Org.). 3ª ed. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed; 2009.

PRAÇA, N.S, MERIGHI, M.A.B. **Pesquisa qualitativa em enfermagem**. In: _____. **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003:1-3.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano**. Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal, 1991 a 2000. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/atlas/ranking/IDH-M%2091%2000%20Ranking%20de%20crescente%20.htm>>. Acesso em 06 out. 2012.

QUEIROZ, S.; TORRES, M. **Anemia Ferropriva na Infância**. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/00-76-S298/port_print.htm>. Acesso em 27 de Jul. de 2013.

STEINER, Sílvia Aparecida et al. Adesão ao tratamento de doenças crônicas em pediatria: uma revisão crítica da literatura. *Rev. méd. Minas Gerais*, v. 23, n. S2, 2013.

SOUZA, Orivaldo Florencio de et al. Prevalence and associated factors to anaemia in children. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 22, n. 3, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000300005&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 out. 2013.

SZARFARC, Sophia C.. Políticas Públicas de para o Controle da anemia ferropriva. **Rev.Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, v.32, supl. 2, Junho de 2010. Disponível a partir do <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010000800002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de maio de 2013. Epub 11 de junho de 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-84842010005000065>.

TEIXEIRA-PALOMBO, Claudia Nery, de Fujimori, Elizabeth. Conhecimentos e Práticas de educadoras infantis sobre anemia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil.**, Recife, v 6, n.2, junho de 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292006000200008&lng=en&nrm=iso>. acesso em 04 de setembro de 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292006000200008>.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312009000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 12 set. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000300013>.

VIEIRA, Raquel Heloisa Guedes; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ANDRADE, Selma Regina de. Vacinação contra influenza: construção de um instrumento educativo para maior adesão dos profissionais de enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, Sept. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Jan. 2014.

VIEIRA, Regina Coeli da Silva; FERREIRA, Haroldo da Silva. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. *Rev. Nutr.*, Campinas, v. 23, n. 3, June 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-

52732010000300011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Out. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-52732010000300011>.

WHO. World Health Organization. **Prevention and Control of Iron Deficiency Anaemia in Women and Children**. Geneva: WHO; 1999.

WHO. World Health Organization. **Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes**. Geneva: WHO; 1996.

WHO. World Health Organization. **Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention, and Control**. A guide for programme managers. Geneva: WHO; 2001.

WHO. World Health Organization. **Use of multiple micronutrient powders for home fortification of foods consumed by infants and children 6-23 months of age**. Geneva: WHO; 2011.

WHO. World Health Organization. **Vitamin and mineral requirements in human nutrition**. 2nd ed. Geneva: WHO; 2004.

WHO. World Health Organization. **Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005**. WHO Global Database on Anaemia. Edited by Bruno de Benoist, Erin McLean, Ines Egli and Mary Cogswell. Geneva: WHO; 2008.

ZLOTKIN, Stanley et al. Treatment of anemia with microencapsulated ferrous fumarate plus ascorbic acid supplied as sprinkles to complementary (weaning) foods. **The American journal of clinical nutrition**, v. 74, n. 6, p. 791-795, 2001.

ZLOTKIN, Stanley H. et al. Micronutrient sprinkles to control childhood anaemia. **PLoS Medicine**, v. 2, n. 1, p. e1, 2005.

ZLOTKIN, Stanley H.; TONDEUR, Melody. Successful approaches: sprinkles. **Nutritional Anemia**, p. 270-283, 2007.

ZLOTKIN, Stanley et al. Home-fortification with iron and zinc sprinkles or iron sprinkles alone successfully treats anemia in infants and young children. **The Journal of nutrition**, v. 133, n. 4, p. 1075-1080, 2003.

Anexo I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – GRUPO FOCAL



PROJETO - FORTIFICAÇÃO CASEIRA COM VITAMINAS E MINERAIS



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Efetividade da fortificação caseira com vitaminas e minerais na prevenção da deficiência de ferro e anemia em crianças menores de um ano: estudo multicêntrico em cidades brasileiras.

Pesquisadores Responsáveis: Prof^o. Pascoal Torres Muniz e Prof^a Cristieli Sérgio de Oliveira Menezes, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto da Universidade Federal do Acre (UFAC). Telefone: (68) 3901-2648, email: pascoaltorres@uol.com.br

Este projeto tem o objetivo de avaliar o efeito do uso de vitaminas e minerais em pó na alimentação infantil para prevenção de anemia.

A metodologia da pesquisa inclui entrevistas e grupo focal sobre história individual e familiar, hábitos e práticas alimentares, medidas de peso e altura de sua criança. Coleta de sangue da criança será realizada entre os 12 e 14 meses de idade para avaliação de presença de anemia, deficiência de ferro e/ou de vitaminas A, D, E, B12 e ácido fólico.

Grupos focais: serão realizadas reuniões para avaliação da estratégia da fortificação caseira com: mães e cuidadores que aderiram totalmente ao uso do sachê; mães e cuidadores que aderiram parcialmente ou não aderiram ao uso do sachê; e profissionais de saúde envolvidos nas unidades cadastradas na pesquisa. Haverá um roteiro de perguntas pré definidas, sendo as reuniões gravadas para posterior transcrição, não sendo divulgadas as gravações e preservando-se a identificação dos participantes.

Voluntariedade na participação: A participação na pesquisa é livre e não envolve nenhum custo, podendo retirar o seu consentimento a qualquer momento sem nenhum prejuízo a você ou a sua criança. O presente estudo não fornecerá nenhum tipo de pagamento ou gratificação financeira pela participação.

Todas as informações obtidas e os resultados obtidos serão mantidos em sigilo.

Você poderá tirar todas as suas dúvidas sobre o estudo neste momento ou posteriormente com os pesquisadores.

Eu (pesquisadora),, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto ao participante e/ou responsável.

Assinatura:..... **Data:** / /

Telefone (Centro Ciências da Saúde/UFAC): (68) 3901-2648

Prof. Pascoal Torres Muniz/ Prof^a. Cristieli Sérgio de Oliveira Menezes (email: pascoaltorres@uol.com.br)

✂️*****

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa e ter meus direitos de:

1. receber resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa;
2. retirar o consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo;
3. não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à privacidade.
4. procurar esclarecimentos com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, no telefone 11 3061-7779 ou Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César, São Paulo - SP, em caso de dúvidas ou notificação de acontecimentos não previstos.

Declaro estar ciente do exposto e desejo participar da pesquisa.

Rio Branco/AC, de /

Nome do participante:.....

Assinatura:.....

Anexo III: Declaração de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP
Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/067/12

13 de março de 2012.

Prezada pesquisadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua **3.ª/12 Sessão Ordinária**, realizada em **09/03/2012**, analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2291, intitulado **"EFETIVIDADE DA FORTIFICAÇÃO CASEIRA COM VITAMINAS E MINERAIS NA PREVENÇÃO DA DEFICIÊNCIA DE FERRO E ANEMIA EM CRIANÇAS MENORES DE UM ANO: ESTUDO MULTICÊNTRICO EM CIDADES BRASILEIRAS"**, do grupo III, sob responsabilidade da pesquisadora **Marly Augusto Cardoso**, considerando-o **APROVADO**, com a ressalva de que a pesquisadora deverá apresentar a manifestação final da ANVISA.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a):
1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê por ocasião do encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof. Tit. Claudio Leone

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Assoc. **Marly Augusto Cardoso**
Departamento de Nutrição
Faculdade de Saúde Pública/USP

AUTORIZAÇÃO DE DIREITOS AUTORAIS

Autorizo a reprodução e/ou divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, desde que citado o autor, título, instituição e ano da dissertação.

Nome do autor: LIDIANNI CRUZ SOUZA

Assinatura: _____

Instituição: Universidade Federal do Acre