



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE LICENCIATURA E BACHARELADO EM ENFERMAGEM

GABRIELA BESERRA SOLANO

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO
DE VITAMINA A: A VISÃO DOS APLICADORES**

CAMPINA GRANDE – PB

2011

GABRIELA BESERRA SOLANO

**A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO
DE VITAMINA A**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Departamento de
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba (UEPB), em cumprimento às
exigências para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Ms. Virgínia Rossana de Sousa Brito

CAMPINA GRANDE – PB

2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

S684e

Solano, Gabriela Beserra.

A Educação em Saúde no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A [manuscrito] / Gabriela Beserra Solano. – 2011.

39 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Virgínia Rossana de Sousa Brito, Departamento de Enfermagem.”

1. Programa de Suplementação de Vitamina A. 2. Educação em Saúde. 3. Saúde Pública. 4. Vitamina A. Título.

21. ed. CDD 362.1

GABRIELA BESERRA SOLANO

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO
DE VITAMINA A: A VISÃO DOS APLICADORES

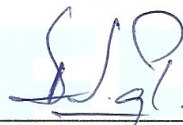
Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),
apresentado ao Departamento de
Enfermagem da Universidade Estadual da
Paraíba (UEPB), em cumprimento às
exigências para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovado em 17 de junho de 2011.



Prof. Ms. Virgínia Rossana de Sousa Brito

Orientadora



Prof. Dr. Dixis Figueiroa Pedraza

Examinador



Enf. Esp. Juliane Berenguer de Souza Peixoto

Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe, Maria Marta, que dedicou sua juventude a criação dos seus filhos e ao meu pai, João, que possibilitou a melhor formação escolar tornando essa graduação possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por guiar meus passos, permitindo que eu alcançasse esta vitória;

À Prof^a. Ms. Virgínia Rossana de Sousa Brito, pela disposição em me orientar neste estudo mesmo com tantos compromissos ;

À Enf^a. Esp. Juliane Berenguer de Souza Peixoto, pela disponibilidade, paciência e empenho para me ajudar;

À Prof^a. Dra Adriana de Azevedo Paiva por me inserir no campo da pesquisa e extensão;

Ao Prof. Dixis pela contribuição;

Aos meus pais, meu bem maior, pelo amor, pelos incentivos e cuidados constantes;

Aos meus irmãos, cunhada e sobrinha por estarem sempre ao meu lado;

Aos meus tios e tias, primos e primas, pela torcida e preocupação;

Aos meus avós (in memória) e avó Rita, pelos ensinamentos deixados;

Às minhas queridas colegas que caminharam junto comigo, ajudando-me a enfrentar os percalços desta trajetória, especialmente: Caroline, Cibely, Martha Priscila, Paula, Ranielly, Simone e Talina;

Aos meus amigos, por estarem sempre me apoiando diante das dificuldades e por compreenderem minha ausência neste momento;

Aos meus professores da graduação, pelos conhecimentos científicos e experiências compartilhadas durante todo esse período;

À Fundação de Apoio a Pesquisa do estado da Paraíba – FAPESQ;

À Secretaria de Saúde do Município de Campina Grande – PB;

Aos profissionais de saúde, que ao participarem da pesquisa desenharam uma parte desse processo de aprender a construir e participar dos cenários de vida.

RESUMO

SOLANO, Gabriela Beserra. A Educação em Saúde no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: A visão dos Aplicadores. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2011.

O Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (PNVITA), criado pelo Ministério da Saúde, tem por objetivos prevenir e controlar a Deficiência de Vitamina A (DVA) em crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato, residentes nas áreas de risco, cujas estratégias utilizadas incluem a suplementação com megadose de vitamina A para o público-alvo do Programa; a fortificação de alimentos com o micronutriente e a realização de atividades educativas. O estudo tem por objetivo identificar estratégias de educação em saúde para o combate e prevenção da DVA no PNVITA nas Unidades Básicas de Saúde da Família para a população-alvo. Trata-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa, recorte da pesquisa “Intervenção Educativa Envolvendo os Profissionais da Saúde e a População-Alvo: Impacto na Operacionalização e nos Resultados do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Município de Campina Grande – PB”, conduzido pela abordagem qualitativa, com a participação de 10 profissionais de saúde que atuavam em Unidades Básicas de Saúde, na cidade de Campina Grande – Paraíba, Brasil. A amostragem foi do tipo intencional com aplicadores da vitamina A que atuavam no Programa há pelo menos um ano. O número de participantes foi definido pelo critério de saturação teórica. A coleta de informações ocorreu por meio de entrevista semi-estruturada, utilizando-se um roteiro contendo na primeira parte, dados sociodemográficos e na segunda, três questões norteadoras: 1) Quais as estratégias de educação em saúde desenvolvidas no serviço para o combate e a prevenção da DVA no PNVITA?; 2) Você tem ou já teve acesso ao material educativo do programa?; 3) Quais os pontos facilitadores e dificultadores para o trabalho com o programa? As falas foram gravadas, transcritas e submetidas à Análise de Conteúdo. Emergiu três temas com suas respectivas categorias: Potencialidades da Vitamina A no Programa -Facilidade na administração; Educação em Saúde -Puericultura como referência; Sinalizações Dificultadoras para o Programa -falta de cápsulas, demanda excessiva, lacuna do material educativo e ausência do processo de educação permanente em saúde. Conclui-se que a realização de atividades educativas pelos profissionais no tocante ao PNVITA ocorre de forma pontual no momento da puericultura. A ausência de material educativo do Programa nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) e a não realização de Educação Permanente em Saúde para os profissionais. A falta de cápsulas e a demanda excessiva de atendimento é citada como dificultador na operacionalização do PNVITA. A única facilidade apontada foi a apresentação da suplementação e a via de administração da vitamina. Com isso compreende-se a necessidade de mobilização de forças nas esferas do governo para solucionar as lacunas referidas neste estudo, imprescindível para realização das ações preconizadas no PNVITA.

Palavras-chave: Programa de Suplementação de Vitamina A. Educação em Saúde. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

SOLANO, Gabriela Beserra. Health education in National Program for Vitamin A Supplementation: the vision of Applicators. Work's Course Conclusion (Bachelor Degree in Nursing) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande-PB, 2011.

The National Program for Vitamin A Supplementation (NPVITA), created for The Ministério da Saúde, sensing reduce and control the VAD in children aged 6 to 59 months of age and women in the immediate postpartum, residents in the areas of risk, which the strategies used include supplementation with overdose of vitamin A for the target audience of the program; the food fortification with micronutrients and the educational activities. In this context, this study aims to identify strategies for health education to combat and prevention of the VAD in NPVITA in the Basic Health Units Family for the target population. This is a cross-sectional study of qualitative approach, which is part of a larger project entitled "Educational Intervention Involving the Health Professionals and the Target Population: Impact on Operationalization and Results of the National Program for Vitamin A Supplementation in the City of Campina Grande - PB," conducted by a qualitative approach, with the participation of 10 health professionals who worked in the Basic Health Units Family in the city of Campina Grande - Paraíba, Brazil. The sampling was intentional type with vitamin A applicators who worked in the Program for at least a year. The number of participants was defined by the criterion of theoretical saturation. Data collection was through semi-structured interview, using a script containing the first part, demographic data and the second, three guiding questions: 1) What are the strategies of health education carried out in service to combating and preventing VAD in NPVITA?; 2) Do you have or had access to educational material program?; 3) What are the advantages and constraints to work with the program? The speeches were recorded, transcribed and subjected to content analysis, and to be evaluated under the objective of the study, permitted the emersion of three themes with their respective categories: Potential of Vitamin A Programm–Easy of administration; Health Education-Childcare as reference; Signals difficult for the Program-lack of capsules, excessive demand, gap in educational material and lack of continued education in health. Concludes that the educational activities by professionals with regard to NPVITA occurs in a timely manner at the time of child care. Some professionals refer to lack of educational material program in the Basic Health Units Family and non-completion of continuing education for health professionals. The lack of capsules and excessive demand is cited as complicating the operation of NPVITA. The only feature mentioned was the presentation of supplemental and route of administration of the vitamin. Thus one can understand the need to mobilize forces in the spheres of government to address the shortcomings mentioned in this study, essential for carrying out the actions advocated in NPVITA.

Key-words: Program for Vitamin A Supplementation. Health education. Qualitative research.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Classificação da xeroftalmia segundo sinais oculares indicadores de deficiência de vitamina A em crianças de 6-71 meses.....	15
--	----

LISTA DE SIGLAS

CGPAN.....	Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição
DVA.....	Deficiência de Vitamina A
ESF.....	Equipes de Saúde da Família
FAPESQ.....	Fundação de Apoio à Pesquisa no Estado da Paraíba
INAN.....	Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
OMS.....	Organização Mundial de Saúde
PNVITA.....	Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A
UBSF.....	Unidade Básica de Saúde da Família
UNICEF.....	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS	12
2.1.1 Funções da Vitamina A	13
2.2 DEFICIÊNCIA DE VITAMINA A(DVA)	14
2.2.1 Epidemiologia	14
2.2.2 Manifestações Clínicas	15
2.3 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DA VITAMINA A	16
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	18
3 PERCURSO METODOLÓGICO	19
3.1 TIPO DE ESTUDO	19
3.2 LOCAL, POPULAÇÃO E AMOSTRA	20
3.3 COLETA DE DADOS	20
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	21
3.5 ASPECTOS ÉTICOS	21
4 DISCUSSÃO E RESULTADOS	22
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICE A	37
APÊNDICE B	38
APÊNDICE C	39

1 INTRODUÇÃO

A vitamina A é um micronutriente necessário em pequenas quantidades para o funcionamento normal do sistema visual, manutenção da função das células de crescimento, a integridade do epitélio, produção de células sangüíneas, imunidade e reprodução. Esse micronutriente não pode ser sintetizado pelo organismo e portanto deve ser fornecido através da dieta. Quando a ingestão dietética é cronicamente baixa, os níveis de vitamina A são insuficientes para suprir as necessidades corpórea, levando a deficiência (WHO, 2009), que gera conseqüências não apenas para a visão, mas também para diversas funções orgânicas (RAMALHO; FLORES; SAUNDERS, 2002).

O termo vitamina A compreende uma teia de compostos alimentares essenciais denominados retinóides que inclui o retinol, retinal e ácido retinóico, e os carotenóides que compreende a pró-vitamina A ou beta-caroteno. Os retinóides são encontrados nos alimentos de origem animal, como fígado e ovo, e os carotenóides nos alimentos de origem vegetal, por exemplo cenoura e coentro. A vitamina A é convertida em all-trans-retinal e armazenada no fígado como palmitato de retinol (BAYNES; DOMINICZAK, 2007).

Estudos dos últimos 20 anos indicam que a Deficiência de Vitamina A (DVA) é um problema de saúde pública no Brasil (RAMALHO et al., 2002). Neste sentido, foi criado o Programa Nacional de Suplementação de vitamina A (PNVITA) com o objetivo de prevenir e combater a DVA (BRASIL, 2009).

O Programa tem como publico alvo crianças de 6 a 59 meses de idade e puérperas no pós-parto imediato, residentes em regiões consideradas de risco, tais como: região Nordeste, o estado de Minas Gerais (região Norte, Vale do Jequitinhonha e Vale do Mucurici) e o Vale do Ribeira, em São Paulo (BRASIL, 2004a). Entre as estratégias utilizadas para o combate/redução da DVA estão a suplementação com megadose de vitamina A; a fortificação de alimentos com o micronutriente e a realização de diversas atividades educativas (BRASIL, 2005).

As atividades educativas no PNVITA reveste-se de importância pela possibilidade de ir além da assistência curativa, dando prioridade as intervenções preventivas e promocionais de maneira integral, favorecendo o reconhecimento dos usuários enquanto sujeitos portadores de saberes sobre o processo saúde-doença-cuidado e de condições concretas de vida (ALVES, 2005).

Diante disso, a educação em saúde é um importante aliado no combate a esta deficiência por contribuir com a mudança dos hábitos alimentares da comunidade, incentivando o consumo de uma dieta diversificada com fontes de vitamina A, suprimindo, desta forma, as necessidades corporais. Além disso, quando desenvolvida de forma participativa, proporciona que a população seja um agente transformador da sua saúde, sendo eles os atores principais desse processo.

Neste contexto, este trabalho teve como objetivo identificar as ações de educação em saúde para o combate e prevenção da Deficiência de Vitamina A no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A nas Unidades Básicas de Saúde da Família para a população-alvo do município de Campina Grande.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Considerações Gerais

A vitamina A é uma vitamina lipossolúvel que pode ser encontrada no organismo sob a forma de retinol, retinaldeído e ácido retinóico. Encontra-se armazenada no fígado, na forma de retinol, e é liberada continuamente na circulação sanguínea mantendo uma concentração constante, com valor ideal de 30 a 70 mcg/dl (VANUCCHI; MARCHINI, 2007; OLIVEIRA; MARCHINI, 2008).

É um micronutriente primordial nos diversos processos metabólicos, apresentando especial importância durante períodos de proliferação e rápida diferenciação celular, como na gestação, período neonatal e infância (DOLINSKY; RAMALHO, 2003; OLIVEIRA; MARCHINI, 2006). A sua carência é conhecida, sobretudo, pelos efeitos nocivos no ciclo visual, aumento da morbimortalidade na infância e alterações na reprodução e no crescimento (WHO, 1996; MARTINS et al, 2004).

Este micronutriente é requerido, pelo organismo, em pequenas quantidades devendo ser obtido através da ingestão diária de alimentos fontes da vitamina. É encontrada na forma de carotenóides pró-vitamina A nos alimentos de origem vegetal com coloração amarelo-alaranjado e verde-escuro, e o retinol, vitamina A pré-formada, nos alimentos de origem animal (OLIVEIRA; MARCHINI, 2006; DOLINSKY; RAMALHO, 2003). Os alimentos fontes do retinol (vitamina A pré-formada) são o leite materno, o leite integral, o fígado e o ovo, já os carotenóides (pró-vitamina A) encontram-se nas verduras de cor verde-escuras, tais como o caruru, a bortalha, a couve, o coentro e o pimentão. Nas frutas e legumes amarelo-alaranjada, encontramos por exemplo, na manga, no mamão, na cenoura e no jerimum, também podendo ser encontrada em óleos e frutas oleaginosas tais como o buriti, a pupunha, o dendê e o pequi (BRASIL, 2004a).

O aumento no consumo de vitamina A em crianças ajuda a diminuir o risco de morte, principalmente quando associado à diarreia e o sarampo, que em geral, apresenta-se de forma mais grave e aguda em crianças desnutridas, levando a complicações e aumentando a taxa de mortalidade (MCLAREN; FRIGG, 1999; VILLAMOR; FAWZI, 2000).

2.1.1 Funções da Vitamina A

Dentre as diversas funções da vitamina A no organismo, observa-se que no ciclo visual, atua através da combinação com a opsina no segmento exterior dos bastonetes da retina. A opsina é uma proteína que produz a rodopsina, um pigmento visual dos bastonetes que participa do processo visual em locais com pouca luminosidade. Quando existe uma depleção nos níveis de vitamina A ocorre a cegueira noturna, ou seja, a adaptação do organismo a ambientes pouco iluminados faz-se de forma mais lenta (BRASIL, 2007). Assim como participa do processo de adaptação à claridade, quando em momentos de alta luminosidade o retinol converte-se em vitamina A tanto nos cones como nos bastonetes, e uma proporção dos agentes fotoquímicos se reduzem a retinol e opsina, este processo diminui as concentrações dos agentes químicos fotossensíveis diminuindo a sensibilidade ocular à luz (GUYTON; HALL, 2002).

Nos tecidos epiteliais a vitamina A desempenha importante função na diferenciação e no crescimento das células produtoras de queratina (BEITUNE et al, 2003; BRASIL, 2007). Este micronutriente também é importante para o desenvolvimento dos tecidos ósseos e dentário, bem como na diferenciação do muco secretado no trato respiratório, estímulo e controle do processo. A partir do desenvolvimento da DVA é induzido à supressão das secreções normais, predispondo à irritação e infecção nas vias aéreas (BEITUNE et al, 2003) O ressecamento epitelial é denominado xerose, que se manifesta, normalmente, na córnea e conjuntiva (BRASIL, 2007).

Com relação a imunidade corpórea a vitamina A interfere nas respostas mediadas pelas células T, na ativação de macrófagos e, principalmente, na atividade dos linfócitos (BRASIL,2007).

Nas gestantes, tanto a ingestão excessiva quanto deficiente de vitamina A associa-se a defeitos congênitos cerebrais, oculares, auditivos, do aparelho geniturinário e cardiovascular, o que pode causar até a morte do feto. A manutenção de uma dieta saudável, com ingestão ideal de vitamina A durante a gestação, prepara o feto para o parto e a fase de amamentação, além de prevenir a DVA nos primeiros anos de vida da criança. Sendo assim, nos períodos de proliferação e desenvolvimento celular há uma maior necessidade deste micronutriente (UNDERWOOD, 1994). No parto, observa-se ainda que, a vitamina A atua como antioxidante, momento de estresse oxidativo (GOMES et al, 2005).

2.2 Deficiência de Vitamina A (DVA)

A DVA manifesta-se no organismo quando existe uma baixa ingestão de fontes alimentares de vitamina A, ocasionando uma depleção nos níveis séricos e consequente inadequação das necessidades fisiológicas do indivíduo (WHO, 1996). Uma dieta pobre em proteínas, lipídeos e zinco pode interferir na absorção deste micronutriente (MCLAREN; FRIGG, 1999), bem como a presença de parasitas intestinais, por exemplo o *Ascaris lumbricoides* e a *Giardia lamblia*. Nas crianças amamentadas por mães com hipovitaminose A, com desmame precoce, alimentação inadequada após o desmame ou doenças infecciosas constantes na infância (como a diarreia) a probabilidade para desenvolver a DVA é maior (WHO, 1996).

Apesar de existir tratamento para DVA, dos seus sintomas não serem de difícil identificação, da sua etiologia ser bem conhecida, do seu tratamento ser disponível, das fontes alimentares de um modo geral estarem disponíveis e acessíveis a população, seja na forma de carotenóides ou na forma de retinol (WHO, 1996), é um problema nutricional resistente nos países em desenvolvimento (WHO, 2009).

2.2.1 Epidemiologia

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a DVA é um problema de saúde moderado em 45 países e grave em 122 países. Mundialmente 190 milhões de crianças em idade pré-escolar possuem baixa concentração de retinol, com relação às gestantes esse número é de 19 milhões, valores que correspondem em torno de 33,3% das crianças e 15,3% das gestantes em populações com risco para DVA a nível mundial. Na África e no Sudeste da Ásia concentram-se as mais altas prevalências de crianças acometidas pela DVA (WHO, 2009).

Estudo realizado na Índia constatou que crianças em idade pré-escolar com possível DVA, por não terem sido alcançadas pelo Programa de suplementação de vitamina A possuem uma prevalência de baixa estatura em 50%, baixo peso em 43% e desnutrição em 20%, no total de 80% dessas crianças (SEMBA et al, 2009).

Na década de 90, o Nordeste do Brasil, a Bolívia e o Peru representavam o espaço geográfico das Américas onde a DVA era considerada endêmica (SANTOS et al, 1996). No Brasil, acreditava-se que esta carência estaria concentrada em regiões mais pobres como

Norte e Nordeste, entretanto, os dados demonstraram que a DVA esta distribuída independente do mapa econômico brasileiro, tendo em vista que esta deficiência já foi detectada na região Sudeste. Além disso, nos anos posteriores, esta carência foi apontada como problema de saúde pública nos estados de São Paulo, Minas Gerais, Pernambuco, Paraíba, Ceará, Bahia e Amazonas (RAMALHO et al, 2002).

Estudos realizados com crianças em idade pré-escolar, vem mostrando a presença da DVA no Brasil. No Piauí, foi identificado 15,4% (PAIVA et al, 2006); na Paraíba 19,8 % (QUEIROZ., 2007); em Sergipe 32,1%, (MARTINS; SATOS; ASSIS, 2004); 34,3% no Rio de Janeiro (RAMALHO et al, 2001); 44,8% no estado de Alagoas (VASCONCELOS et al, 2009); e no Distrito Federal, 34% (GRAEBNER; SAITO; SOUZA, 2007).

Quanto as gestantes, estudo realizado no município de Natal-RN constatou que cerca de 25,4% delas possuíam consumo inadequado de vitamina A, além disso, 32% e 31,5% da amostra apresentou inadequação de retinol (denominação sérica) no colostro e no leite maduro, respectivamente (BEZERRA, 2008).

2.2.2 Manifestações Clínicas

A carência de vitamina A pode comprometer várias funções no organismo ocasionando efeitos diversos como a xeroftalmia. O termo xeroftalmia é empregado para designar os mais diversos sintomas oculares atribuídos à DVA. A xerose é uma alteração onde existe o ressecamento do epitélio, podendo acometer outras partes do organismo, como por exemplo a epiderme, porém delimita-se frequentemente, em alterações nas estruturas epiteliais oculares, como a conjuntiva e a córnea (BRASIL,2007).

Tabela 1 – Classificação da xeroftalmia segundo sinais oculares indicadores de deficiência de vitamina A em crianças de 6-71 meses.

CLASSIFICAÇÃO	INDICADOR	CARACTERÍSTICA
CEGUEIRA NOTURNA	XN	Disfunção da retina, altera a visão noturna
XEROSE CONJUNTIVA	XIA	Qualquer etapa de mudança na córnea
MANCHA DE BITOT	XIB	Aglomerado de células epiteliais queratinizadas
XEROSE DA CÓRNEA	X2	Córnea torna-se opaca
CERATOMALÁCIA	X3A/X3B	Necrose da córnea, cegueira irreversível

CICATRIZ NA CÓRNEA	XS	Deformidade resultando em cegueira inevitável
FUNDO XEROFTÁLMICO	XF	Lesão a nível de bastonetes

Fonte: Adaptado de WHO,1996.

Além disso, observa-se outros efeitos maléficos ocasionados pela DVA, são eles: infecções secundárias; modelação óssea defeituosa devido à maior espessura óssea; aumento da pressão do liquor; hidrocefalia; anormalidade de reprodução como aborto e malformações; doenças de pele; cálculos renais e ureterais; aumento da mortalidade; comprometimento do crescimento; imunodepressão; xerose e queratinização de membranas mucosas; traqueobronquite necrosante inicialmente, sucedendo-se a metaplasia escamosa (BEITUNE et al, 2003).

2.3 Programa Nacional de Suplementação da Vitamina A

Em 1979 foi proposta a primeira ação brasileira específica para o combate da DVA. A estratégia consistia na distribuição de doses maciças de vitamina A e fortificação do açúcar no Nordeste, em intervenção semestral, porém não foi executado por falta de dados epidemiológicos suficientes para comprovar a necessidade de medidas tão abrangentes (LOBATO, 1998, apud MARTINS, 2007a p. 7).

Sendo assim, as ações de controle a DVA, no Brasil, tiveram efetivamente início em 1983 com a utilização da suplementação com megadoses de vitamina A de 100.000 UI (Unidades Internacionais) para crianças de 6 a 11 meses e de 200.000 UI para as de 12 a 59 meses de idade, residentes em áreas com risco para DVA, nos Dias Nacionais de Vacinação. Esta distribuição ocorreu de forma descontínua durante uma década, sendo mais regular no estado da Paraíba e de Pernambuco (MARTINS et al., 2007a).

Em 1994, O Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), através da portaria nº 2.160 de 29 de dezembro de 1994 criou o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A, tendo como objetivos: garantir a eliminação da DVA como um problema de saúde pública em áreas de risco; favorecer o conhecimento sobre a deficiência a população; estimular o consumo dos alimentos fontes da vitamina A; desenvolver um processo de comunicação social para popularizar e difundir as informações sobre o micronutriente; estabelecer um monitoramento do Programa para avaliá-lo; promover a suplementação com

megadoses de vitamina A para crianças de 6 a 59 meses e para mulheres no pós-parto imediato (cápsulas de 200.000 UI). A distribuição das cápsulas de vitamina A deveriam ser realizadas pelo serviço de saúde e durante as campanhas de vacinação para as crianças, já as puérperas deveriam ser suplementadas nos centros de saúde ou maternidades até quatro semanas após o parto (BRASIL, 1994).

Com a extinção do INAN, em 1997, houve a revogação da Portaria 2.160 e a paralisação quase total do Programa. Sendo retomado dois anos após pela Área Técnica de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Atualmente a suplementação da vitamina A é de responsabilidade direta da Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição (CGPAN), devendo ser executado através das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em parceria com as coordenações estaduais e municipais de alimentação e nutrição (MARTINS et al, 2007).

Em 13 de maio de 2005 a Portaria 729 instituiu o PNVITA, cuja finalidade consiste em reduzir e controlar a DVA em crianças de 6 a 59 meses de idade e em mulheres no pós-parto imediato que residam nas áreas de risco para a deficiência, tais como Região Nordeste, Vale do Jequitinhonha em Minas Gerais e o Vale do Ribeira em São Paulo, bem como outras áreas ou regiões que detectem sinais da deficiência em crianças ou identifiquem, por meio de pesquisa científica, evidências desta carência. As puérperas devem ser suplementadas ainda na maternidade e acompanhadas por uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Além disso, a Portaria detalha as atribuições e competências de cada esfera de governo, bem como os procedimentos do Programa (BRASIL, 2005).

A suplementação com vitamina A é recomendada em todos os países onde a taxa de mortalidade infantil excede 70 mortes por 1.000 nascidos vivos, a partir de tal parâmetro sessenta e um países do mundo em desenvolvimento foram incluídos como países prioritários para a suplementação de vitamina A. (UNICEF, 2007).

Na Índia foi observado que se o Programa de Suplementação de Vitamina A atingisse 90% das crianças pré-escolares com idades entre 12 e 59 meses, 100 mil vidas poderiam ser salvas por ano, tendo em vista que a redução da mortalidade atribuída a suplementação com vitamina A ser em torno de 25% (SEMBA et al, 2009).

O benefício da suplementação com doses maciças de vitamina A em áreas de risco para deficiência clínica e subclínica é eficaz na recuperação dos níveis deste micronutriente, bem como na diminuição da morbimortalidade infantil (UNICEF, 2007). A administração periódica de vitamina A é reconhecida como ferramenta fundamental para prevenção e controle da DVA, deste modo, a alta cobertura do PNVITA é imprescindível para o seu êxito

(PAIVA et. al., 2006). Mas se constitui uma ação de combate e redução da DVA com efeito a curto prazo. Outras ações previstas pelo próprio programa precisam ser realizadas, entre elas as atividades educativas.

Atividades educativas que enfatizem a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável, estimulando o consumo de alimentos fontes da vitamina A pela população, é recomendada como estratégia de intervenção no combate à DVA (BRASIL, 2004a). Estas devem ser desenvolvidas com o intuito de informar a população sobre a DVA estimulando colaboração e a adoção de medidas preventivas por parte da comunidade (BRASIL, 2007). Sendo assim, a educação em saúde, diferente da suplementação com megadoses, é tida como medida auto-sustentável a longo prazo, devendo ter lugar de destaque nas políticas públicas para combate da DVA (PAIVA et al, 2006).

2.4 Educação em Saúde

As dietas dos indivíduos são resultantes de decisões, conscientes ou não, estreitamente relacionadas a cultura alimentar de sua região, tradição alimentar de seu convívio social e as transformações decorridas do acesso a informações científica e popular. No entanto, no campo do conhecimento da alimentação e nutrição, mais do que proporcionar o acesso a essas informações, torna-se fundamental estimular a autonomia dos indivíduos a fim de possibilitar que os mesmos atuem intencionalmente e com independência de influências, o que demanda um consistente processo educativo. É nesse propósito que a educação em saúde desempenha uma função estratégica para a promoção de hábitos alimentares saudáveis (OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2008).

A falta de conhecimento e a não preferência pelos alimentos ricos em vitamina A, seja pelo seu custo ou hábito alimentar, justificam o consumo insuficiente deste micronutriente para suprir as necessidades fisiológicas do organismo humano (SOMMER,1995). Desta forma, compreende-se a necessidade em realizar educação em saúde junto a população, incentivando-a a consumir alimentos fontes de vitamina A e seus precursores (PAIVA et al, 2006).

Um estudo realizado no estado de Minas Gerais constatou a não ingestão de alimentos fonte de vitamina A, principalmente de origem vegetal, pela maior parte das crianças. Este fato reforça a importância de uma educação em saúde voltada para a alimentação saudável através de campanhas que possam atingir toda a comunidade, (SOUZA; BOAS, 2004). por

meio de práticas educativas que valorizem o saber do educando, fornecendo informações que permitam a sua participação ativa nas ações de saúde (ALBUQUERQUE; STOTZ, 2004).

Apesar da sua importância, observa-se que a educação em saúde no Programa de combate à DVA não se destina o mesmo financiamento e divulgação que o enriquecimento ou fortificação alimentar e distribuição periódica das cápsulas de vitamina A (RODRIGUEZ; RONCADA, 2010).

O PNVITA preconiza que é de responsabilidade da equipe de saúde promover a educação em saúde, para tanto os recursos humanos devem ser capacitados à realizar ações em prol do controle e da prevenção das carências nutricionais, fortalecendo as atividades educativas de orientação alimentar e nutricional, com ênfase na promoção da alimentação saudável (BRASIL, 2005). Contudo, a formação dos profissionais que atuam em UBSF podem apresentar limitações para trabalhar junto à promoção da saúde dos usuários, visto que, as ações educativas geralmente são voltadas as doenças e a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos por meio de relação vertical e impositiva (BESEN et al, 2007). No tocante a educação em saúde voltada para a nutrição, os profissionais de saúde afirmam ser importante, no entanto, não se sentem preparados para tal prática (SILVA et al, 2002).

Para que a educação em saúde seja uma estratégia a longo prazo na prevenção e controle da DVA, a realização de atividades educativas eficazes, de maneira integrada a rotina de atendimentos das UBSFs, com a participação da comunidade é uma condicionalidade. Os profissionais de saúde ao promover essa ação possibilita que a população torne-se agente transformador de seus hábitos alimentares.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo transversal de abordagem qualitativa, o qual é um recorte da pesquisa **“Intervenção Educativa Envolvendo os Profissionais da Saúde e a População-Alvo: Impacto na Operacionalização e nos Resultados do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Município de Campina Grande – PB”**, financiado pela Fundação de Apoio à Pesquisa no Estado da Paraíba (FAPESQ) e coordenado pela Professora Dra Adriana de Azevedo Paiva.

Optou-se pela abordagem qualitativa, caracterizada pela empiria e sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna do grupo possibilitando o livre discurso (MINAYO,2008).

Na presente pesquisa foram utilizados os dados referentes a: i) caracterização do perfil profissional; ii) estratégias de educação em saúde utilizadas no PNVITA; e iii) facilidades e dificuldades para operacionalização do programa.

3.2 Local, população e amostra

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) localizadas no município de Campina Grande-PB. A cidade possui 621 km² e fica situada na mesorregião Agreste Paraibano, dentro da unidade geoambiental do Planalto da Borborema. (MASCARENHAS et. al., 2005). A população do município é de aproximadamente 385.213 habitantes (IBGE, 2010), com uma rede de serviços de saúde composta por 511 estabelecimentos de saúde, sendo 140 estabelecimentos públicos, 4 filantrópicos, 350 privados e 3 ligados a sindicatos. Possui 91 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em 78 Centros de Saúde/ Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2011).

A população do estudo foram os profissionais de saúde que trabalhavam com o Programa, que aceitaram fazer parte da pesquisa e que atuavam em 24 UBSFs sorteadas aleatoriamente. Diante de recusas e greve dos profissionais das referidas UBSFs, apenas 19 estabelecimentos de saúde foram incluídos no estudo. As entrevistas aconteceram nos meses de março a junho de 2010.

A amostra deste estudo foi intencional, sendo o limite de sujeitos definidos pelo critério de saturação teórica. A amostragem intencional é aquela que o pesquisador define sua amostra de acordo com as características essenciais necessárias para atingir os objetivos do estudo, não fazendo uso de métodos estatístico (FONTANELA, RICAS, TURATO, 2008).

Para fins deste estudo foram elencados apenas os profissionais que eram aplicadores da vitamina A e trabalhavam com o Programa há pelo menos um ano.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através da técnica de entrevista dirigida semi-estruturada (ANEXO C), contendo 3 questões norteadoras: 1) Quais as ações de educação em saúde desenvolvidas no serviço para o combate e a prevenção da DVA no PNVITA?; 2) Você

tem ou já teve acesso ao material educativo do programa?; 3) Quais os pontos facilitadores e dificultadores para o trabalho com o Programa?

A entrevista semi-estruturada possui um roteiro previamente construído e memorizado pelo entrevistador, contendo tópicos que abrangem as informações necessárias, devendo apenas nortear a interlocução, possibilitando o surgimento de questões inerentes a cada entrevistado (MINAYO, 2008). As falas foram gravadas em aparelho de áudio e transcritas na íntegra para serem analisadas de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo proposta por Bardin (2009).

3.4 Análise dos dados

Os dados foram analisados através da técnica Análise de Conteúdo que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações cujo o objetivo é a obtenção de indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção da mensagem, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo delas (BARDIN, 2009).

Para proceder o estudo foi feita uma pré-análise, momento em que houve a escolha do material, sendo feita a leitura flutuante e a repetição do ato até o conhecimento do conjunto. As falas foram codificadas, recortadas e agrupadas por semelhança, realizando-se a classificação e a agregação dos dados, surgindo as categorias. Logo após, foi realizado o tratamento e análise dos resultados obtidos (MINAYO, 2008).

3.5 Aspectos Éticos

Atendendo as exigências da resolução 196/96-CNS, relacionado as pesquisas com seres humanos, foi solicitado a Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande o Termo de Autorização Institucional para realização da pesquisa e, posteriormente o projeto foi encaminhado para apreciação e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – CEP/UEPB, tendo sido o protocolo de nº 0050.0.133.000-08 (ANEXO A) aprovado em 9 de abril de 2008.

Os participantes foram informados dos objetivos da pesquisa e após os esclarecimentos solicitados assinaram antes da entrevista o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B) em duas vias, uma das quais ficou sob a sua posse. No intuito de

manter preservada a identidade dos entrevistados as suas falas foram identificadas pela letra A, seguida do número correspondente à entrevista.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra correspondeu a 10 profissionais de nível técnico a superior de enfermagem, aplicadores da vitamina A no PNVITA. Predominantemente do sexo feminino, e com tempo de serviço que variou entre um ano a sete anos de atuação.

A Análise do Conteúdo das entrevistas, permitiu a emergência de três temas com suas respectivas categorias sobre as ações de educação no Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no município de Campina Grande, PB.

Tema 1 - Educação em saúde:

Ações básicas de saúde e atividades educativas em alimentação e nutrição instruindo as famílias quanto a DVA e a necessidade da adesão de hábitos alimentares saudáveis é uma estratégia preconizada como medida de prevenção e controle da DVA nos municípios onde o PNVITA encontra-se implantado (BRASIL, 2005).

A educação em saúde é instituída numa perspectiva de combate a DVA a longo prazo, a qual deve ser direcionada para a recomendação e o incentivo a produção e consumo de alimentos ricos em vitamina A, com o intuito de mudanças de práticas alimentares inadequadas (DINIZ, 2001).

O tema de Educação em Saúde proporcionou a formulação da categoria “Puericultura como referência”.

Puericultura como referência

A puericultura, ou seja, a atenção à saúde da criança menor de sete anos de idade, numa abordagem familiar, está fundamentada no acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança e tem como objetivo identificar precocemente distúrbios relacionados às áreas do crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como supervisão do calendário básico de vacinação. Além disso, realizar as atividades de educação fornecendo orientações higiênicas, dietéticas, comportamentais e nutricionais (BRASIL, 2004c).

As ações de educação em saúde no âmbito do PNVITA, de acordo com as falas dos aplicadores, é realizada especificamente neste momento:

“(...)É basicamente individual(...) na puericultura(...) Quando a mãe vem para puericultura, que é uma consulta de acompanhamento de evolução de crescimento. A enfermeira e a médica dão essa orientação individual. Dicas de orientação de alimentação, acompanha o crescimento(...)” A10.

“(...)Essas orientações sempre são feitas(...) na consulta de puericultura(...)” A7.

Falas que levam a perceber que as ações de educação em saúde são realizadas pelos médicos e enfermeiros, quando podem ser desenvolvidas pela equipe.

Rodrigues (2010), por meio de pesquisa bibliográfica e documental, onde analisou os documentos oficiais, arquivados na CGPAN e do Ministério da Saúde, referentes aos programas governamentais nacionais para a prevenção e controle da DVA, observou que, no Brasil, a educação em saúde voltada para a alimentação não é uma rotina nos Programas de combate a DVA e, quando realizadas, não produz os resultados almejados, pois utiliza, na maioria dos casos, metodologia que não viabiliza a participação ativa dos envolvidos.

O comprometimento do processo de educação em saúde leva a uma privação de informações essenciais para a prevenção e controle da DVA. Esse fato é preocupante para a sustentabilidade do PNVITA, pois a falta de conhecimento sobre a vitamina A pode interferir diretamente na adesão e aderência às ações do programa (ALMEIDA et al., 2010). Sendo assim, as ações educativas devem ser desenvolvidas de modo que possibilitem ser um elemento efetivo para a transformação de hábitos alimentares inadequados (RAMALHO; SAUNDERS, 2000).

A disseminação da educação em saúde voltada para uma alimentação saudável deve ser realizada na rotina das UBSFs, sendo compreendida como instrumento essencial ao combate à DVA. As mudanças nos hábitos alimentares junto a inserção de alimentos fontes de vitamina A na dieta diária é uma medida eficaz à longo prazo para evitar a carência deste micronutriente. Neste contexto, o profissional da saúde é imprescindível no desenvolvimento desta prática, possibilitando aos indivíduos diminuir a vulnerabilidade à DVA.

Tema 2 - Potencialidade do Suplemento da Vitamina A no Programa:

A suplementação de vitamina A possibilita a melhora do estado da criança com DVA, aumentando sua resistência às doenças e reduzindo a mortalidade por todas as causas em cerca de 23% dos casos (UNICEF, 2007). Na gestação, as reservas desse micronutriente na mãe é utilizada pelo feto e após o parto, quando o recém nascido cresce rapidamente, este

deve dispor de quantidades suficientes de vitamina através do leite materno. Por isso, há necessidade da mãe possuir um aporte adequado deste micronutriente, que pode ser garantido por meio da suplementação. (BRASIL, 2002b).

O uso de megadoses de vitamina A preconizada pelo PNVITA é segura e tem baixa incidência de efeitos colaterais, devendo ter atenção especial às mulheres, uma vez que, devido a sua toxicidade a presença de uma gravidez pode causar efeitos teratogênicos sobre o feto (BRASIL, 2007).

Este tema possibilitou a construção da categoria “Facilidade na administração”:

Facilidade na administração

A vitamina A encontra-se na forma líquida, diluída em óleo de soja e acrescida de vitamina E, em dosagem de 100.000 UI e 200.000 UI, sendo sua apresentação na forma de cápsulas gelatinosas e moles nas cores amarela e vermelha. A administração é por via oral, não havendo contra-indicações e os efeitos colaterais são mínimos, como inapetência, cefaléia ou vômitos (BRASIL, 2004a).

Neste sentido, os aplicadores afirmaram que entre as facilidades de trabalhar com o Programa estava a facilidade de administração das doses: “(...) *eu acho um Programa fácil no sentido porque(...) administração(...) é indolor, que ela é oral, tem aceitação das crianças, a embalagem também é boa da gente trabalha(...) é(...)bonitinha pra criança(...)*” **A7**.

“(...) *o fato de ser oral(...) administração(...) isso que facilita(...)*” **A4**.

“(...) *a forma de administrar é a melhor que tem, que é a oral(...)*” **A3**.

Em pesquisa realizada na Paraíba observou-se que a adesão das famílias ao Programa é julgada, pela maioria dos aplicadores (55,8%) como boa (CAGLIARE, 2008). Esta aceitação também é relatada no presente estudo como ponto facilitador:

“(...) *assim, agente não encontra dificuldade dos pais pra trazer a criança(...)*” **A9**.

“(...) *as mães sempre trazem(...) pelo menos as que agente acompanha né? Sempre tão por aqui(...)* eu num acho dificuldade não no programa(...)” **A7**.

Tema 3 - Sinalizações dificultadoras para o Programa:

Em estudo realizado por Martins et al. (2007b) foi encontrado algumas dificuldades no processo de implementação das ações preconizadas pelo PNVITA como a falta de regularidade na distribuição das cápsulas de vitamina A, a ausência de materiais informativos de divulgação do Programa e recursos humanos treinados. Além das limitações de tempo e profissionais para realização das estratégias deste Programa. Outra ponto dificultador foi a

ausência de conhecimento dos responsáveis pela população alvo, sobre o Programa (ALMEIDA, et al.,2010).

Com relação as dificuldades da prática do PNVITA os aplicadores apontaram alguns fatores que possibilitaram a formulação de quatro categorias: “Falta de cápsulas”, “Demanda excessiva”, “Lacuna do material educativo” e “Ausência do processo de educação permanente em saúde”.

Falta de cápsulas

A falta de cápsulas de suplementação de vitamina A expõe a população alvo do Programa à DVA e compromete a operacionalização do mesmo. A irregularidade das cápsulas de vitamina A também foi detectado no estudo de Brito (2011).

“(…) Agente não tinha como iniciar o,o quadro de esquema porque(…) as cápsulas faltavam(…) neste último ano(…) umas três vezes(…) faltou a vitamina A(…)” A2.

“(…) As vezes chega a faltar na Secretaria de Saúde(…) já passou assim, mês de ter a de 200 e não ter a de 100 ou de ter a de 100 e não ter a de 200(…)” A3.

Durante o período entre 1983 e 2000, a vitamina A era obtida por doação de instituições internacionais, como UNICEF, Sight and Life, Cruz Vermelha e Micronutrient Initiative. Nestas décadas as cápsulas de vitamina A não eram fabricadas no Brasil, o que resultava em falta de regularidade na entrega, provocando atraso na chegada aos municípios. Visando melhorar a gestão do Programa e garantir o provimento da vitamina, a partir de 2001 o Ministério da Saúde passou a adquirir cápsulas de vitamina A através da Fundação Oswaldo Cruz, no Brasil. Melhorias nos processos de aquisição e distribuição das cápsulas de vitamina A impactaram positivamente na cobertura nacional do programa elevando a cobertura da população alvo de 28% para 72% (MARTINS et al., 2007b).

A aquisição e o envio das cápsulas de vitamina A é de responsabilidade do Ministério da Saúde através da Assistência Farmacêutica, sendo os municípios responsáveis pelo recebimento, armazenamento e distribuição em tempo hábil de acordo com o prazo de validade (BRASIL, 2005).

A administração de megadoses de vitamina A a crianças de 6 a 59 meses de idade e que residem em áreas de risco para DVA, é uma das principais intervenções, a curto prazo, para combater a deficiência desse micronutriente (MARTINS et al., 2007a). E a regularidade da oferta das cápsulas de vitamina A é primordial para garantir a operacionalização do PNVITA e uma ampla cobertura do Programa.

Demanda excessiva de atendimento

De acordo com a Secretaria de Políticas de Saúde (2000) a UBSF é uma proposta de reorganização da atenção básica como eixo de reorientação do modelo assistencial, respondendo a uma nova concepção de saúde centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores de risco, por meio de ações programáticas de uma forma mais abrangente e intersetorial.

Quanto ao trabalho desenvolvido nessas Unidades evidencia-se como fatores restritivos as ações desenvolvidas: a pressão interna decorrente do demanda excessiva; pressão externa por parte da coordenação municipal; grande número de atividades que foram sendo absorvidas por cada profissional; entre outros (SILVA; TRAD, 2005).

No presente estudo, a demanda excessiva de atendimentos foi apontada como ponto dificultador:

“(...)dizer, aqui agente tem uma área(...) que ela sempre ta mudando(...) no tamanho(...) e isso as vezes atrapalha(...) o número excessivo de pessoas(...) de crianças,(...) agente não tem aquele controle constantemente, ai dificulta(...)” A5.

“(...)porque assim o número é muito muito grande, aqui na Unidade, ai agente trabalha muito(...)” A7.

“(...)eu tô aqui pra tudo então eu não tenho tempo de sentar pra fazer uma vacina e conversar(...) se fosse uma pessoa só(...) pra fazer a vacina(...) aí ela poderia prestar orientações(...)” A4.

Quando a equipe de profissionais é pequena para a demanda de atendimentos inviabiliza a assistência eficaz e de qualidade a comunidade, a incompatibilidade entre o tamanho da equipe e o número de pacientes é um empecilho na operacionalização do Programa.

A falta de recursos humanos destinados às atividades preconizadas (a suplementação e as atividades educativas) aliada ao pouco tempo disponível para ações educativas no transcorrer dos Dias Nacionais de Vacinação evidência a ineficácia do processo de repasse de informações apenas neste momento, corroborando com a hipótese de que esse tipo de estratégia pontual não contribuiu para esclarecer a população sobre a importância da vitamina A (MARTINS et al., 2007a).

A prática de estratégias eficazes de educação é primordial à consolidação do PNVITA e para sua realização é preciso oferecer condições aos profissionais que devem realizar atividades permitindo a co-participação da população. Entretanto, o número excessivo de

famílias para cada UBSFs dificulta a oferta de serviços, o que induz os trabalhadores a priorizarem a assistência mais urgente e imediata, comprometendo as atividades educativas.

Lacuna do material educativo

O Ministério da Saúde é responsável por elaborar os materiais didáticos do PNVITA (BRASIL, 2005) e enviá-los às Unidades de Saúde (BRASIL, 2004a). Enquanto que, a divulgação da norma operacional e o apoio na implantação das mesmas no município, cabe aos Estados (BRASIL, 2005). Entretanto, as falas dos aplicadores revelam que a ausência de material educativo é uma realidade

“(...) Aqui nessa Unidade não(...) já vi um folheto(...) nessa unidade agente não tem(...)” A7.

“(...)Sobre a vitamina A já vi. Mas aqui não tem(...) porque nunca mandaram da Secretaria(...)” A6.

“(...) já vi. Agora faz muito tempo!(...)Mas aqui não. Nós somos esquecidos(...)” A8.

O material educativo do PNVITA deve ser fornecido às Unidades de Saúde com o intuito de que sejam utilizados como guia na realização de atividades educativas pelos profissionais de saúde a comunidade. Abordando a DVA e a alimentação adequada na prevenção desta carência, respeitando o contexto de cada comunidade, seus hábitos culturais e regionais, priorizando os alimentos nativos fontes de vitamina A (BRASIL, 2004a).

Os aplicadores A10 e A5 enfatizam essa lacuna:

“(...)Nunca vi(...)” A10.

“(...)não, nem aqui, nem em outro local. E assim, ta sendo até legal vocês estarem fazendo esse, é o projeto vitamina A. Bem interessante, porque ai a gente vai poder entender melhor e ficar sabendo que, aliás, de parte que eu não entendia(...)” A5.

A ausência e dificuldade de acesso de material educativo nas UBSFs também foram evidenciadas nos estudos de Cagliari (2008) e Brito (2011). A dificuldade de obter o material impresso compromete a operacionalização para os profissionais, tendo em vista a falta de acesso as informações sobre metas, objetivos, importância, ações, entre outros, afeta, também a população alvo que pode ficar limitada ao discurso ou criatividade do serviço que apresenta sucateamento de sua infraestrutura (BRITO, 2011).

Os profissionais de saúde são responsáveis pela execução do PNVITA, desde a suplementação com megadoses até a educação em saúde, para tanto, devem estar munidos com o conhecimento acerca do assunto. O conhecimento inadequado desses profissionais somado a falta de distribuição dos materiais didáticos para divulgação do Programa (folhetos,

folderes, cartazes, e manuais), impossibilita que estes desenvolvam suas atividades a contento, levando a uma fragilidade da operacionalização do Programa. Neste contexto, a conhecimento desses profissionais torna-se essencial para a consolidação do PNVITA.

Ausência do Processo de Educação Permanente em Saúde

A Educação Permanente em Saúde é uma ação estratégica capaz de contribuir para a transformação dos processos formativos, das práticas de saúde e para a organização dos serviços, empreendendo um trabalho articulado entre o sistema de saúde e as instituições formadoras (BRASIL,2004b). A velocidade com que os conhecimentos e saberes se renovam na área da saúde e a distribuição de profissionais e de serviços, torna muito complexa a atualização permanente dos trabalhadores, que devem ter a noção de aprender a aprender e de trabalhar em equipe, objetivando a aprendizagem individual, coletiva e institucional (CECCIM, 2005).

A ausência da educação voltada aos profissionais, como suporte básico para o desenvolvimento das atividades do PNVITA é apontada como ponto dificultador:

“(...) a questão da informação sobre a vitamina para gente, porque frequentemente a gente é abordado pela mãe(...) então o conhecimento que eu tenho para passar é muito pouco(...)” A2.

“(...)a dificuldade mesmo, é a falta do conhecimento geral em si, acho que se tivesse um conhecimento melhor de vitamina A, um acesso melhor a essas informações, (...) seria melhor também(...)” A10.

“(...) eu acho que ta precisando(...) como profissional mesmo ter(...) essa visão da vitamina A(...) porque como é que você vai falar de uma coisa que você não conhece, como é que você fala do que não sabe(...)” A3.

A Educação Permanente em Saúde se reveste assim num preceito básico para viabilizar uma atenção integral, de qualidade e eficaz à comunidade assistida, (BRASIL, 2004b).

Ainda sobre esse aspecto ressaltam que:

“(...)chamam os médicos, mas os médicos não passam(...) não passam nada para gente, quem deveria passar mais coisas para gente, seria o Enfermeiro(...)” A8.

O trabalho em equipe faz parte da filosofia da atenção integral a saúde. A ausência da integração da equipe produz uma assistência desumanizada, fragmentada, centrado na recuperação biológica individual e com rígida divisão do trabalho e desigual valoração social das diversas atividades. A característica do trabalho realizado nas UBSFs é a construção de

um projeto comum, em que cada um possa contribuir em busca dos objetivos determinados para interação entre os trabalhadores e usuários (ALMEIDA; MISHIMAN, 2001).

A fala da aplicadora revela a ausência do processo educativo preocupado com a integralização de ações no cuidado há repasse de informações mecanizadas para a realização de ações desvinculadas do cuidado, da atenção, contrapondo-se a filosofia do trabalho em equipe.

Apesar das dificuldades elencadas pelos aplicadores de vitamina A, houve unanimidade em afirmar a importância do PNVITA para comunidade onde trabalham devido a carência da população assistidas por esses profissionais. Desta forma, a educação em saúde deve ser transformada em instrumento para o alcance de uma alimentação saudável utilizado na rotina diária de atendimentos, tornando profissionais e população co-partícipes da construção de uma qualidade de vida melhor no aspecto nutricional diminuindo a vulnerabilidade para desenvolver a DVA e evitando seus efeitos deletérios à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As ações de Educação em Saúde que são orientadas para o PNVITA nas falas dos aplicadores mostraram-se comprometidas pelas dificuldades elencadas como: puericultura como referência para realização das atividades educativas, não desenvolvendo atividades participativas que possibilitem a interlocução entre profissional e a comunidade; falta de regularidade na distribuição das cápsulas; demanda excessiva de atendimento; ausência de material educativo sobre o Programa inviabilizando a divulgação do mesmo tanto para a população, quanto para os profissionais; falta de Educação Permanente em Saúde que deve ser uma atividade corriqueira no município, para que os profissionais possam apropriar-se dos conhecimentos sobre o PNVITA e vitamina A.

Considerando que o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A não se limita apenas a suplementação de megadoses, procurar discutir na equipe e junto com a gestão possibilidades de enfrentamento das dificuldades apresentadas é uma necessidade urgente. principalmente, porque a proposta das ações presentes no programa visam combater e prevenir. E, a prevenção, ainda é o maior investimento que os serviços podem fazer para o cuidado da saúde da população.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde do município: em busca da integralidade. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMAN, S. M. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

ALMEIDA, E. R. et al. Avaliação participativa do Programa Nacional de suplementação de Vitamina A em um município da Região Nordeste do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 949-960, maio, 2010.

ALVES, V. S. A. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70; 2009.

BAYNES, J. W.; DOMINICZAK, M. H. **Bioquímica Médica**. Elsevier Editora; Cap. 10, 2007.

BRASIL. **Portaria n. 2.160, de 29 de dezembro de 1994**. Cria, no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN) o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília. 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Projeto Suplementação de mega dose de vitamina A no pós-parto imediato nas maternidades/hospitais**. Brasília. 2002b. 14p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vitamina A mais. **Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A: Condutas gerais**. Brasília, 2004a. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 28p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS**. Brasília, 2004b.

_____. Portaria Interministerial N^o 2.509 de 18 de Novembro de 2004. **Lex**: Diário Oficial da União II - N^o 223, Segunda-feira, 22 de Novembro de 2004c. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro.

_____. Portaria 729, de 13 de maio de 2005. Institui o Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A e dá outras providências. **Diário Oficial da União Federativa do Brasil, 16 de maio de 2005**. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/1662-729?q>>. Acesso em: 04 maio 2011.

_____. Ministério da Saúde. UNICEF. **Cadernos de Atenção Básica: Carência por Micronutrientes**, Brasília, 2007. Série A. Normas e Manuais Técnicos, 60 p.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Brasília; 2.ed. **Boletim Carências Nutricionais/ Deficiência de Vitamina A – DVA**. 2009.

_____. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES**. Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <<http://datasus.gov.br>>. Acesso em: 26 maio 2011.

BEITUNE, P.E. et al., Deficiência da Vitamina A e associações clínicas: revisão. *Archivos Latinoamericanos de Nutricion*, São Paulo, v. 53, n. 4, 2003.

BESEN, C. B. et al. Estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, v.16, n.1, p.57-68, jan/abr 2007.

BEZERRA, D. S. **Avaliação de megadoses de retinol palmitato no pós-parto imediato sobre o retinol do leite de puérperas atendidas no Hospital José Pedro Bezerra, Natal-RN**. 2008. 98 f. Dissertação (Mestrado em Bioquímica)- Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

BRITO, V. R. S. **Percepção de profissionais da saúde sobre o Programa brasileiro de combate a deficiência de vitamina A**. 2011. 68 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente)- Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2011.

CAGLIARI, M. P. P. **Avaliação da operacionalização do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Estado da Paraíba**. 2008. 62 f. Trabalho de Conclusão

de Curso (Graduação em Enfermagem)- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2008.

CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.161-77, set.2004/fev.2005.

DINIZ, A. S. Combate à deficiência de vitamina A: linhas de ação e perspectivas. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 1, n. 1, p. 31-36, jan/abr. 2001.

DOLINSKY, M.; RAMALHO, A. Deficiência de Vitamina A: Uma revisão atualizada. **Compacta Nutrição**, v.4, n.2, 2003.

FONTANELLA, B. I. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008.

GUYTON, A. C.; HALL, E. **Tratado de fisiologia médica**. Guanabara Koogan: Edições 10, Cap. 71, 2002.

GOMES, M. M.; SAUNDERS C.; ACCIOLY, E. Papel da vitamina A na prevenção do estresse oxidativo em recém-nascidos. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n.3, jul/set 2005.

GRAEBNER, I.V; SAITO, C.H.; SOUZA, E.M.T. Biochemical assessment of vitamin A in schoolchildren from a rural community. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 83, n. 3, p. 247-252, 2007.

IBGE. Cidades. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> Acesso em: 26 maio 2011.

MARTINS, M. C.; SANTOS, L. M.; ASSIS, A. M. O.; Prevalência da hipovitaminose A em pré- escolares no Estado de Sergipe, 1998. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2004, 38(4): 537-42.

MARTINS, M. C. et al. Panorama das ações de controle da deficiência de vitamina A no Brasil. **Revista Nutricional**, Campinas, v.20, n.1, p.5-18, jan/fev 2007a.

MARTINS, M.C. et al Avaliação de políticas públicas de segurança alimentar e combate á fome no período 1995-2002. 3 – O Programa Nacional de Controle da Deficiência de

Vitamina A. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p.2081-2093, set. 2007b.

MASCARENHAS, J. C. et al. **Serviço Geológico do Brasil Projeto cadastro de fontes de abastecimento por água subterrânea. Diagnóstico do município de Campina Grande, estado da Paraíba**. CPRM/PRODEEM, Recife: 2005. 11 p. Disponível: <<http://www.cprm.gov.br>> Acesso: 03 jun 2011.

MCLAREN, D. S.; FRIGG, M. **Manual de ver y vivir sobre los trastornos por deficiencia de vitamina A (VAD)**. Washington, OPAS/OMS, 1999. p. 143.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVEIRA, J.E.D.; MARCHINI, S. **Ciências Nutricionais**. 2º ed. São Paulo: Savier, Cap.10, 2008.

OLIVEIRA, S. I.; OLIVEIRA, K. S. Novas perspectivas em Educação Alimentar e nutricional. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 19, n. 4, p.495-504, out./dez., 2008.

LOBATO, A. Programa e projetos para o controle da hipovitaminose A no Brasil. Relatório elaborado para a FAO. 1988 [Mimeografado]. In: MARTINS, M. C. et al. Panorama das Ações de Controle da Deficiência de Vitamina A no Brasil, **Revista de Nutrição**, Campinas, v.20, n.1, p.5-18, jan./fev., 2007.

PAIVA, A A et al. Prevalência de deficiência de vitamina A e fatores associados em pré-escolares de Teresina, Piauí, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, set, 2006.

QUEIROZ, D. **Deficiência de Vitamina A em crianças de seis a cinquenta e nove meses de idade na área urbana do Estado da Paraíba**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)- Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2008.

PAIVA, A. A. et. al. **Avaliação do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no estado da Paraíba e impacto na saúde infantil**. Relatório de Pesquisa – FAPESQ/2007.

RAMALHO, R. A.; SAUNDERS, C. O papel da educação nutricional no combate às carências nutricionais. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.13. n.1, p.11-16, jan./abr., 2000.

RAMALHO, R. A.; ANJOS, L. A.; FLORES, H. Valores séricos de vitamina A e teste terapêutico em pré-escolares atendidos em uma Unidade de Saúde do Rio de Janeiro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 14, n. 1, p. 5-12, jan./abr., 2001.

RAMALHO, R. A.; FLORES, H.; SAUNDERS, C. Hipovitaminose A no Brasil: um problema de saúde pública. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, n. 12, v. 2, 2002.

RODRIGUES, L. P. F.; RONCADA, M. J. A educação nutricional nos programas oficiais de prevenção da deficiência da vitamina A no Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, n. 23, v. 2, p. 297-305, mar./abr., 2010.

SANTOS, L. M.; FILHO, M. B.; DINIZ, A. S. Epidemiologia da carência de vitamina A no Nordeste do Brasil. **Boletim de la Oficina Sanitaria Panamericana**, n. 120, v. 6, 1996.

SECRETARIA DE POLITICAS DE SAÚDE. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2000, vol.34, n.3, p. 316-319. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000300018> Acesso: 12 jun 2011.

SEMBA, R. D. et al. The role of expanded coverage of the national vitamin A program in preventing morbidity and mortality among preschool children in India. American Society for Nutrition. **The Journal of Nutrition**, 2009.

SILVA, D. O.; RECINE, E. G. I. G.; QUEIROZ, E. F. O. Concepções de profissionais de saúde da atenção básica sobre a alimentação saudável no Distrito Federal, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p.1367-1377, set/out, 2002.

SILVA, I. Z. Q. J.; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.25-38, set.2004/fev.2005.

SOMMER A. **Vitamin A deficiency and its consequences: a field guide to detection and control** - Epidemiology. 3th ed. Geneva: World Health Organization, p.65. 1995

SOUZA, W. A.; BOAS, O. M. G. C. V. Orientação sobre o uso de vitamina A na saúde escolar: comparação de técnicas pedagógicas, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p.183-190, 2004.

UNDERWOOD, B.A. Maternal vitamin A status and its importance in infancy and early childhood. **The American Journal of Clinical Nutrition**, USA, n. 59, p. 517-524S, 1994.

UNICEF. **Vitamin A Supplementation: A decade of progress.** 2007. ISBN: 978-92-806-4150-9. Disponível: <www.unicef.org/publications/file/Vitamin_A_Supplementation.pdf> Acesso: 17 maio 2011.

VANUCCHI, H.; MARCHINI, J. S. **Nutrição Clínica: Nutrição e Metabolismo.** 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2007.

VASCONCELOS, A. M. A.; FERREIRA, H. S. Prevalência da Hipovitaminose A em Crianças da Região Semi-Árida de Alagoas (Brasil), 2007. **Archivos Latinoamericanos de Nutricion**, v. 59, n. 2, 2009.

VILLAMOR, E.; FAWZI, W. W. Vitamin A supplementation: Implications for morbidity and mortality in children. **The Journal of Infectious Diseases**,; v.182, n.1, p.122–33, 2000.

WHO. World Health Organization. **Indicators for assessing Vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes** (Micronutrients Series 10). Geneva: WHO, 1996.

WHO. World Health Organization. **Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995-2005.** WHO Global database on Vitamin A Deficiency. Geneva: 2009.

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UEPB

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

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade Estadual da Paraíba
 Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas
 Av. das Baraúnas, 351 – Campus Universitário - Bodocongó
 Centro de Pós-Graduação – 2º Andar
 Campina Grande, Paraíba – CEP: 58109-753



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Para ser assinado pelos Profissionais de Saúde

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

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

Fui informada (o) e esclarecida (o) de que vou participar de uma entrevista e/ou um grupo de discussão (denominado de grupo focal) para responder a um questionário que avaliará os meus conhecimentos e minhas práticas em relação ao programa da vitamina A. Depois disso poderei ser selecionada (o), por meio de um sorteio, para participar de treinamentos, capacitações e atividades de educação nutricional que me ajudarão a conhecer mais sobre o programa e a conduzi-lo melhor. Seis meses depois farei outra entrevista e/ou participarei de outro grupo focal para avaliar o meu aprendizado e as mudanças em minhas práticas em relação ao programa de suplementação. Ficou garantida a privacidade das

informações que serão prestadas.

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

Campina Grande, _____ de _____ de _____.

Profissional

Pesquisador

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

ANEXO C – ROTEIRO DA ENTREVISTA

Universidade Estadual da Paraíba
 Núcleo de Estudos e Pesquisas Epidemiológicas
 Av. das Baraúnas, 351 – Campus Universitário - Bodocongó

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO: _____

DATA: __/__/__

I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1-IDADE:

2-PROFISSÃO:

3-GRAU DE INSTRUÇÃO:

4-TEMPO NA UNIDADE:

II – QUESTÕES NORTEADORAS

1-QUAIS AS ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DESENVOLVIDAS NO SERVIÇO PARA O COMBATE E A PREVENÇÃO DA DVA NO PNVITA?

2-VOCÊ TEM OU JÁ TEVE ACESSO AO MATERIAL EDUCATIVO DO PROGRAMA?

3-QUAIS OS PONTOS FACILITADORES E DIFICULTADORES PARA O TRABALHO COM O PROGRAMA?