

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

KATIANA PACÍFICO BEZERRA

**ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS: SUBSÍDIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE
PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO PREVENTIVA**

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

KATIANA PACÍFICO BEZERRA

**ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS: SUBSÍDIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE
PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO PREVENTIVA**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Saúde Materna Neonatal e do Lactente - do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Dda. Margareth Maria de Lima

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS: SUBSÍDIOS PARA A IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO PREVENTIVA de autoria da aluna Katiana Pacífico Bezerra foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Saúde Materna, Neonatal e do Lactente.

Profa. Dda. Margarete Maria de Lima
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

DEDICATÓRIA

Aos meus filhotes Luis Guilherme e Maria Fernanda. Por eles, todas as minhas vitórias têm um sabor ainda melhor.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo Raphael pelo apoio incondicional, pois muitas vezes abriu mão de seus próprios projetos para que eu pudesse realizar os meus!

A minha orientadora Margarete, que neste momento único de minha vida, vivenciando novamente a maternidade, preocupou-se com todos os detalhes para que eu pudesse alcançar meus objetivos.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
3 MÉTODO.....	12
4 RESULTADO E ANÁLISE.....	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
REFERÊNCIAS.....	20

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1. Fluxograma por setor.....	09
Figura 2. Fluxograma de procedimentos.....	10

RESUMO

Introdução: A anemia pode ser definida como um estado em que a concentração de hemoglobina no sangue está abaixo dos parâmetros da normalidade. Pode ser decorrente da carência de diversos nutrientes, no entanto, acredita-se que a deficiência de ferro é responsável por cerca de 90% dos casos de anemia. (BRASIL, 2007). No Brasil têm sido verificadas elevadas prevalências dessa deficiência, principalmente entre as crianças de 6 a 24 meses, que constituem a faixa de maior risco. **Objetivos:** Organizar atendimento à criança em suplementação preventiva para Centro de Saúde Drº Mário Maia. **Metodologia:** Realizado levantamento dos passos necessários à implantação do programa de suplementação preventiva, bem como os agentes envolvidos. A partir daí, definiu-se como melhor forma de organizar o atendimento a elaboração de um fluxograma, sendo o mais adequado o *fluxograma horizontal descritivo*. A proposta construída foi embasada nos princípios do trabalho em equipe. **Resultados:** Foram elaborados dois fluxogramas: um por setor e outro de procedimentos a fim de facilitar a compreensão das etapas envolvidas. Foi então identificada a necessidade de embasar a proposta construída nos princípios do trabalho em equipe. **Considerações Finais:** Para organizar processos de trabalho é necessária uma visualização macro e micro das etapas e dos agentes envolvidos. Estas etapas não podem ser vistas isoladamente sem considerar a interrelação entre os sujeitos e para resultados efetivos o trabalho em equipe precisa ser ferramenta fundamental.

Palavras-chave: Anemia ferropriva, organização da assistência e Suplementação preventiva.

1 INTRODUÇÃO

A anemia pode ser definida como um estado em que a concentração de hemoglobina no sangue está abaixo dos parâmetros da normalidade, devido a carência de um ou mais nutrientes essenciais, qualquer que seja a origem dessa carência. Contudo, apesar da ausência de vários nutrientes contribuírem para a ocorrência de anemias carenciais, como folatos, proteínas, vitamina B12 e cobre, indiscutivelmente, o ferro é, entre todos o mais importante. Essa carência é atualmente um dos mais graves problemas nutricionais mundiais em termos de prevalência, sendo determinada, quase sempre, pela ingestão deficiente de alimentos ricos em ferro ou pela inadequada utilização orgânica. Estima-se que aproximadamente 90% de todos os tipos de anemias no mundo ocorram por causa da deficiência de ferro (UNICEF apud BRASIL, 2007).

Dados da Organização Pan-Americana da Saúde indicaram que houve agravamento nessa situação, com estimativas revelando que dois bilhões de pessoas no mundo apresentam deficiência de ferro; destas, mais da metade é anêmica. Nos países em desenvolvimento, a prevalência de anemia entre crianças e gestantes é de mais de 50%. Essa situação vem se agravando, apesar da disponibilidade de intervenções efetivas e de baixo custo para prevenção e tratamento da anemia (FREIRE, W. B. apud BRASIL, 2007).

Na América do Sul e na América Central a anemia tem se apresentado como um grave problema, principalmente nos grupos com necessidades fisiológicas aumentadas, como crianças e mulheres em idade reprodutiva. No Brasil têm sido verificadas elevadas prevalências dessa deficiência, principalmente entre as crianças de 6 a 24 meses, que constituem a faixa de maior risco. Estudos apontam que, em vários locais do Brasil, aproximadamente a metade dos pré-escolares é anêmica, com a prevalência chegando a 67,6% nas idades entre 6 e 24 meses. Conforme Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde (PNDS 2006), a prevalência de anemia no Brasil em crianças de 6 a 59 meses é de 20,9%. Na Região Norte o mesmo estudo aponta taxa de 10,4% e em pesquisas realizadas em três municípios do Estado do Acre (Assis Brasil, Acrelândia e Jordão) os valores referentes a mesma faixa etária situam-se entre 29,2 e 57,3% (baseado nos valores de hemoglobina) (CASTRO et al, 2011; OLIVEIRA et al., 2011). Realizando uma média entre os estudos realizados neste estado, obtém-se uma prevalência de 43,25% o que caracteriza um problema de saúde pública grave, segundo classificação adotada pela Organização Mundial de Saúde (PNDS, 2006).

A faixa etária de 6 a 24 meses é uma das fases do ciclo de vida mais sensível à deficiência de ferro, pois o requerimento natural desse nutriente é mais elevado, mas na maioria das vezes ele se encontra em quantidades insuficientes nas dietas. É também nessa idade que ocorre a etapa de maior vulnerabilidade do sistema nervoso central, coincidindo esse período com momentos importantes do desenvolvimento cerebral, como a iniciação de processos motores e mentais fundamentais (BRASIL, 2007). A anemia pode contribuir para maior morbidade em razão de menor resistência a infecções, prejudicar o crescimento, o desenvolvimento da linguagem, reduzir a atividade física, a produtividade e o apetite, alterar o comportamento (fadiga, desatenção, insegurança) e levar ao pobre desenvolvimento cognitivo segundo alguns autores (LATHAM, 1998; WHO, 2001)

Após o nascimento, observa-se uma fase de elevada velocidade de crescimento, e, em uma criança a termo, as reservas adquiridas durante a gestação serão utilizadas durante os primeiros 4 a 6 meses de vida. O leite materno possui pequena quantidade de ferro, mas de alta biodisponibilidade, com uma utilização elevada quando na ausência de outros fatores dietéticos, não sendo necessária a suplementação de ferro durante o aleitamento materno exclusivo. Após o esgotamento da reserva, o organismo depende do ferro exógeno (dietético) para evitar o aparecimento de anemia. As carnes e alguns órgãos, como o fígado, apresentam alta densidade e biodisponibilidade de ferro. Alguns vegetais também apresentam quantidades razoáveis de ferro, porém sua biodisponibilidade é menor. Os elevados requerimentos fisiológicos de ferro na primeira infância tornam a criança especialmente vulnerável à anemia por deficiência de ferro durante os dois primeiros anos de vida. Neste sentido, atenção especial deve ser dada ao período de amamentação e à posterior fase de introdução de alimentos complementares, quando deverá ocorrer a introdução oportuna, correta e apropriada dos alimentos ricos em ferro e em outros micronutrientes igualmente necessários ao crescimento e ao desenvolvimento adequado da criança (BRASIL, 2007).

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), do Ministério da Saúde é a política de fortificação obrigatória das farinhas de trigo e milho com ferro e ácido fólico e a orientação nutricional constituem o conjunto de estratégias voltadas para o controle a redução da anemia por deficiência de ferro no País. Tais estratégias recomendam a suplementação a todas as crianças de 6 a 18 meses (ou, se não estiverem em período de aleitamento materno exclusivo, a

partir dos 4 meses) e mais cedo para as crianças de baixo peso ao nascer e pré-termo (abaixo de 37 semanas) (BRASIL, 2005).

A suplementação apresenta algumas dificuldades em relação ao surgimento de efeitos colaterais indesejáveis e à longa duração do tratamento. Em muitos casos, a dificuldade em aderir ao tratamento devido ao surgimento de efeitos adversos é superior às queixas relatadas e relacionadas à própria anemia. Por isso, a falta de motivação para a manutenção do tratamento tem acarretado situações de baixa efetividade deste tipo de terapia medicamentosa. A reconhecida baixa adesão à estratégia de suplementação profilática é hoje questão prioritária a ser superada para que se garanta o controle da anemia por deficiência de ferro (BRASIL, 2012a).

Desta forma, considerando que estudos apontam falta de conhecimento das equipes de saúde como entrave à operacionalização da suplementação preventiva (RIBEIRO et al, 2012) e que 93,75% de responsáveis por crianças não conheciam o PNSF em pesquisa realizada por Motta et al (2010), torna-se necessário desenvolver estratégias que subsidiem as práticas para enfrentamento a anemia ferropriva. A elaboração de um fluxograma de atendimento direciona as ações, garante o acesso dos usuários de forma sistematizada além de formar uma rede onde torna-se claro o papel desempenhado por cada um. Trata-se de reduzir os impactos, muitas vezes ocultos, ocasionados pela deficiência de ferro.

Diante do exposto e de acordo com minha atuação na saúde da criança, objetivou-se com este trabalho elaborar um fluxograma de atendimento à criança em suplementação de Ferro para o Centro de Saúde Drº Mário Maia.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Apesar dos esforços de diversas organizações internacionais na elaboração de guias e políticas para o controle e a redução da anemia na população infantil, as prevalências desta carência vêm se mantendo elevadas, e existe enorme dificuldade de combatê-la, com destaque para a baixa adesão à suplementação com sais de ferro (BATISTA FILHO apud AZEREDO et al, 2013). Devido à natureza multifatorial dessa deficiência, faz-se necessária uma abordagem integrada que identifique todos os fatores determinantes de sua continuidade e que impedem o controle efetivo da mesma.

Como um grave problema de saúde pública, a anemia tem sua origem em um contexto mais amplo, no qual a sua ocorrência está determinada não só pelos fatores biológicos, como também pelas condições socioeconômicas e culturais vigentes (MARTINS et al apud AZEREDO et al, 2013). Mesmo quando os suplementos estão disponíveis e as mães são orientadas a suplementarem seus filhos, muitas vezes não administram na dosagem correta e por tempo suficiente para obter benefícios nos níveis de hemoglobina (PANAMÁ apud AZEREDO et al 2013). Desta forma, muitos estudos têm questionado a efetividade do Programa de Suplementação de Ferro (PNSF), inclusive propostas alternativas de intervenção estão sendo avaliadas, desde 2011, como a fortificação caseira com micronutrientes, adotadas em alguns países da América Latina (BRASIL, 2012b).

Tais estudos, no entanto, enfatizam causas biológicas, como a elevação dos níveis de hemoglobina no sangue após a intervenção com suplemento, e desconsideram outras dimensões envolvidas como a adesão dos profissionais e nível de conhecimento dos familiares sobre o que é anemia, suas causas, consequências e como preveni-la. Dos artigos pesquisados, apenas um enfoca os entraves à operacionalização do PNSF sob a ótica de gestores municipais e profissionais da saúde. As causas mais citadas foram: falta de interesse da população, falta do suplemento, falta de capacitação da equipe de saúde, falta de supervisão na execução do programa. (RIBEIRO et al, 2012)

Em relação aos familiares, foi observado em três estudos, que o acesso de mães de crianças à ações educativas relacionadas à alimentação saudável, importância dos alimentos ricos em ferro, incluindo alimentos facilitadores e inibidores da absorção deste mineral, foi pequena (AZEREDO et al, 2013; MOTTA et al, 2010; RIBEIRO et al, 2012). Motta (2010) relata em sua

pesquisa que apenas 6,25% dos responsáveis pelas crianças mencionaram conhecer o PNSF. Para que a adesão ao programa seja efetiva, as famílias devem ser sensibilizadas quanto à importância da suplementação, bem como sobre a utilização do produto (dosagem, periodicidade, tempo de duração e conservação), garantindo a continuidade na utilização e no impacto positivo na diminuição do risco da deficiência de ferro e de anemia.

Estratégias preventivas, para serem sustentáveis, devem envolver recursos de um amplo leque de setores e organizações. (MOTTA et al, 2010). Segundo Silva et al (2007), o efetivo controle da anemia nos serviços públicos de saúde requer adequada assistência à saúde e nutrição das famílias de baixo nível socioeconômico, educação nutricional incentivando boas práticas alimentares e correta introdução da alimentação complementar, diagnóstico precoce da anemia associado ao tratamento medicamentoso e adoção de uma rotina de suplementação medicamentosa profilática com ferro de rotina pelos profissionais de saúde, com padronização das doses e monitoramento da adesão. Afirma ainda que é indiscutível a importância de uma fonte adicional de ferro durante os dois primeiros anos de vida, seja através da suplementação medicamentosa ou da fortificação de alimentos. Monteiro et al (2002), em seu estudo relata que a intervenção com doses profiláticas semanais de ferro reduziu em aproximadamente cinco vezes a chance de reduções relevantes na concentração de hemoglobina sendo que a redução foi ainda maior, 15 vezes, entre as crianças jovens que apresentaram alto grau de adesão à intervenção (ingestão de pelo menos 75% das doses do suplemento previstas ao longo do seguimento).

Desta forma, apesar das críticas, o programa constitui-se a principal ação do Ministério da Saúde para prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro, enfatizando também controle das carências nutricionais sob a ótica da Promoção da Alimentação Saudável.

3 MÉTODOLOGIA

3.1 Delineamento do trabalho

O presente trabalho representa uma *Tecnologia de Concepção*, pois trata-se de um desenho/projeto para cuidado de enfermagem na implantação do Programa de Suplementação de Ferro. Desta forma, oferece um produto bem descrito que sintetiza um resultado criativo ou solução simples para necessidades do cotidiano do trabalho (REIBNITZ et al, 2013).

3.2 Local de aplicação do Projeto de Intervenção

O Bairro Cidade Nova encontra-se no Segundo Distrito do Município de Rio Branco, às margens do Rio Acre. Segundo dados do Departamento de Regulação, Controle e Auditoria, da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco (SEMSA), conta com uma população de aproximadamente 4002 pessoas (SIAB 2012). Desta população 115 crianças encontram-se na faixa etária de 0 a 2 anos (SIAB 2012). Toda área é coberta pelo Programa Agentes Comunitários de Saúde, distribuídos em 12 microáreas.

O Bairro possui duas Unidades Básicas de Saúde, Centro de Saúde Drº Mário Maia e Unidade de Saúde da Família Cidade Nova II. O Centro de Saúde Drº Mário Maia, em funcionamento desde 1980/1981, segundo informações dos funcionários, desenvolve diversas atividades, entre elas encontra-se o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento dos menores de 02 anos, realizado por profissional Técnico em Enfermagem. Atualmente há um total de 77 crianças sendo acompanhadas por este serviço.

O apoio ao aleitamento materno, orientações quanto à introdução de alimentação complementar, realização das medidas antropométricas e teste do pezinho, além de encaminhamento ao Pediatra da unidade quando necessário, são atividades rotineiras. Há

aproximadamente 02 anos, foi incluído o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) com a finalidade de sistematizar e avaliar o estado nutricional deste público.

A Unidade foi certificada com selo da Rede Amamenta Brasil em 2012, como reconhecimento ao trabalho desenvolvido nesta temática.

3.3 A elaboração de um fluxograma

O PNSF não se encontra estruturado na unidade, apesar de existir desde 2005, o que não é aceitável dada a magnitude da anemia ferropriva e suas consequências, sobretudo na faixa etária em destaque, fortemente vulnerável devido ao esgotamento das reservas de ferro e a alimentação inadequada para suprir as demandas deste mineral. No entanto para que este serviço funcione de forma sistematizada e organizada deve estar bem clara a função de cada profissional para o sucesso desta estratégia.

Segundo Pereira (2013) fluxograma é *“uma importante técnica de representação gráfica que permite esquematizar e visualizar os sistemas de forma racional, clara e concisa, facilitando seu entendimento geral por todos os envolvidos”*. O fluxograma representa de forma dinâmica o fluxo ou a sequência de um trabalho. A sua grande utilidade é fazer com que todos os participantes adquiram uma visão completa do processo, ao mesmo tempo em que permite que cada pessoa tenha melhor percepção de qual seu papel no processo e de como seu trabalho influi no resultado final (ARAÚJO, 2001).

A partir de reunião com equipe envolvida, foram delineados as prováveis etapas e agentes envolvidos, do início ao fim, bem como intermediários no processo. Os envolvidos constituem-se em funcionários de nível médio que serão responsáveis diretos pela execução de todas as etapas, sob supervisão do enfermeiro.

Considerando que há vários tipos de fluxogramas, segundo o que se pretende demonstrar, com as contribuições dadas pela equipe, optou-se por utilizar o *fluxograma horizontal descritivo*.

Após definição do fluxograma mais adequado, utilizando a simbologia padronizada pela ANSI – America National Standards Institute, procedeu-se a construção do fluxograma com auxílio do Software Microsoft Excel, versão 2010.

A proposta construída foi embasada nos princípios do trabalho em equipe.

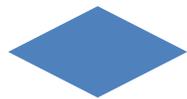
Simbologia utilizada



Terminal – representa o início ou fim do processo



Processamento/Operação – representa uma ação. A etapa e quem executa são registrados dentro do retângulo



Ponto de decisão



Sentido de circulação – indica o fluxo do processo

3.4 Aspectos éticos

Todos os sujeitos envolvidos consentiram participação neste projeto. Por não se tratar de pesquisa, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e não foram utilizados dados relativos aos sujeitos ou descrições sobre as situações assistenciais (apenas a tecnologia produzida).

4 RESULTADO E ANÁLISE

4.1 Descrição do processo de elaboração do Fluxograma

Considerando o nível de organização do atendimento à criança desempenhado no Centro de Saúde Drº Mario Maia, a boa adesão ao acompanhamento pelos usuários e a faixa etária atendida, incluir o Programa de Suplementação de Ferro é uma estratégia que torna o serviço mais efetivo e melhora a qualidade de vida das crianças. Desta forma, o processo inicia-se na Recepção e conclui-se na Farmácia. Como intermediário principal temos a sala da criança, na qual se dará maior parte do processo.

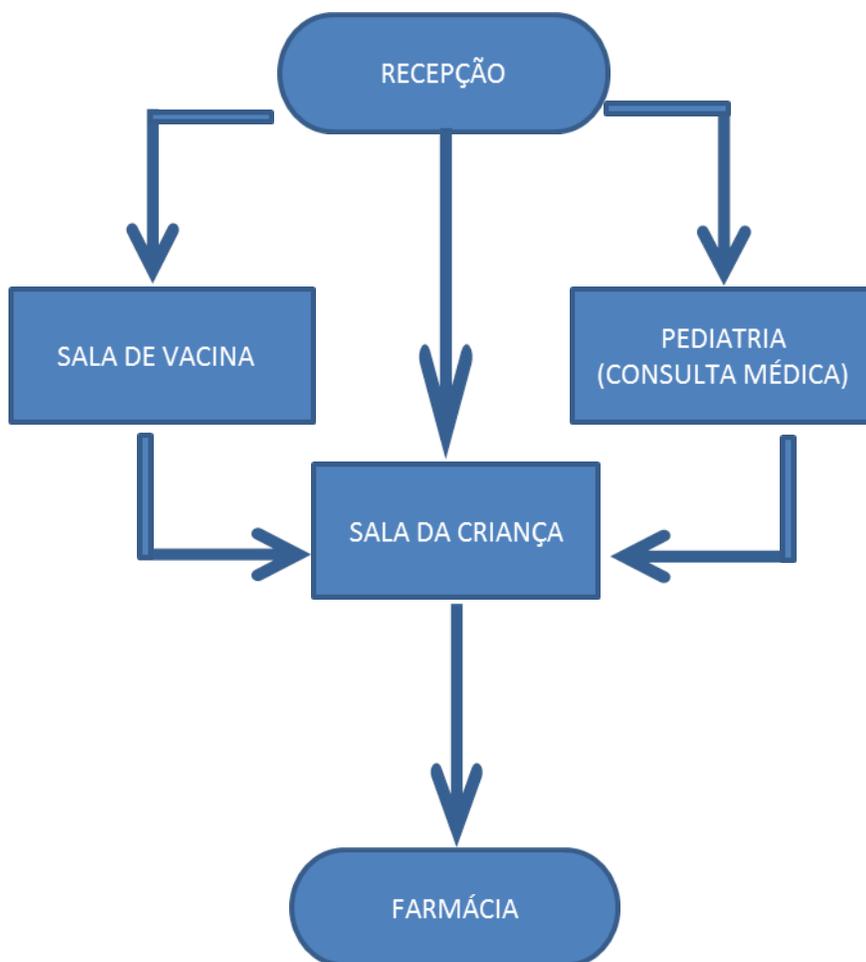
O levantamento bibliográfico inicial propiciou a construção dos passos e seleção do envolvidos no processo, permitindo a consolidação do fluxograma apresentado a seguir (Figura 1).

Nele observamos a sequência do encaminhamento da criança de forma clara facilitando a compreensão total da proposta, bem como das partes constituintes.

Iniciamos o fluxograma pela recepção, local no qual os usuários tem o contato inicial na unidade. Assim, este setor desempenha papel fundamental, pois identificará as crianças na faixa etária preconizada pelo programa, realizando as primeiras orientações quanto à importância da suplementação preventiva.

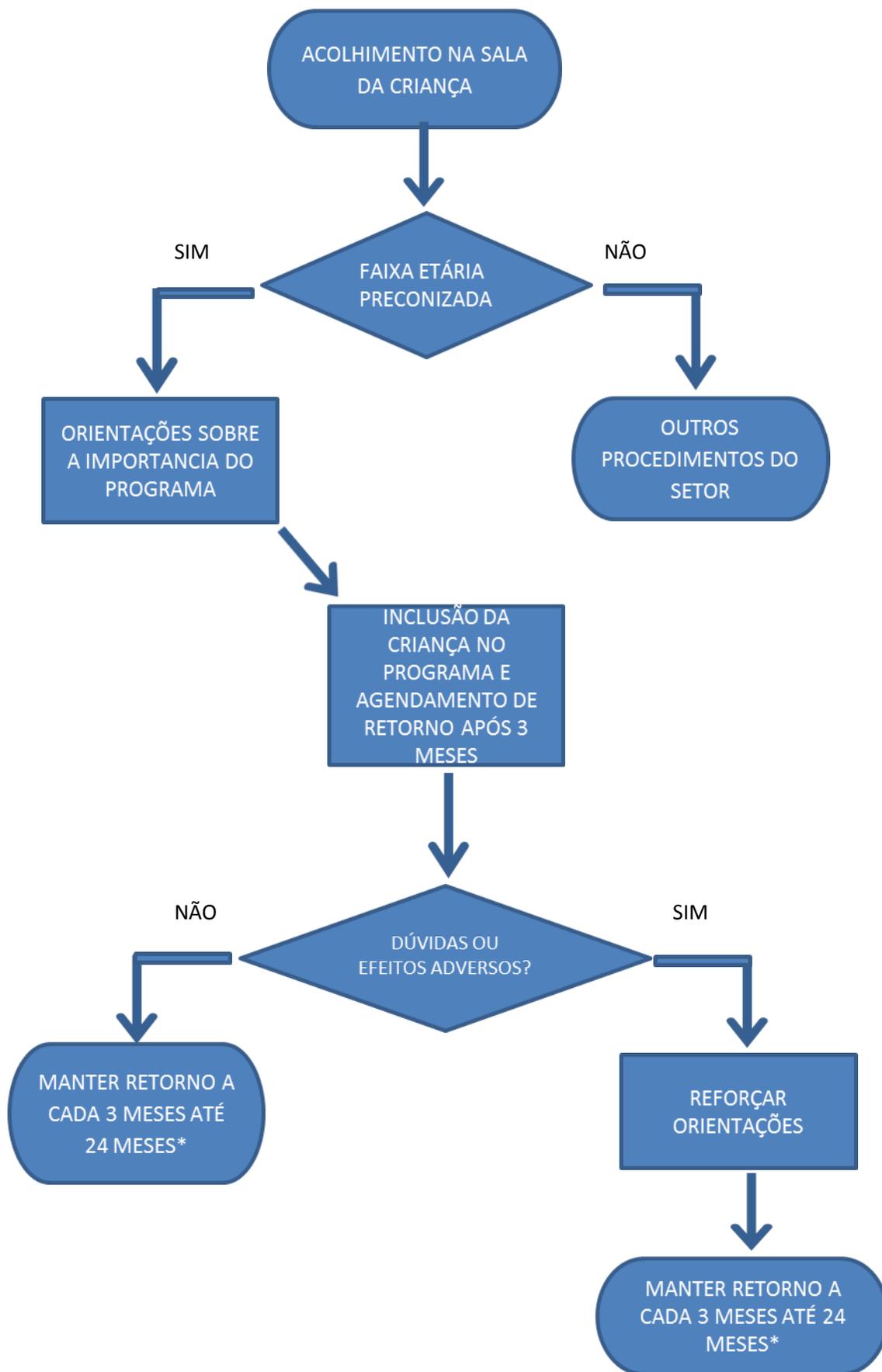
Na unidade em questão, este público faz uso basicamente de três serviços: sala de vacina, consulta médica em pediatria, além da sala da criança. Os dois primeiros setores citados, também identificarão usuários em idade para inclusão no programa, os quais serão encaminhados ao terceiro setor mencionado, no qual ocorrerão os principais procedimentos propostos.

Por fim, a farmácia realizará a etapa final do processo: a distribuição do suplemento, reforçando as orientações sobre uso adequado.

Figura 1 – Fluxograma por setor

A partir de questionamentos levantados na etapa inicial desta construção, surgiu a necessidade de elaborar também um fluxograma de condutas, a fim de evidenciar todos os procedimentos a serem adotados, bem como referências em casos de intercorrências durante a suplementação (Figura 2).

Figura 2 – Fluxograma de procedimentos



Como observado, as etapas apesar de descritas em blocos individuais interligam-se devendo a equipe trabalhar em sintonia em prol de um objetivo final, que é garantir a suplementação preventiva a fim de evitar as consequências da deficiência de ferro. Assim é importante mencionar alguns aspectos relacionados a organização do trabalho em equipe como forma de garantir o sucesso da implantação desta estratégia.

Um conceito importante que emergiu com a formulação do SUS foi o de Integralidade. De acordo com a Lei 8080/90, compreende “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.” A partir daí houve uma mudança de paradigma levando os profissionais que adotavam técnicas parciais, fragmentadas e isoladas (modelos taylorista/fordista) a necessitarem de uma postura mais abrangente, dinâmica, complementar e integrada. Neste novo modelo, os profissionais devem reconhecer a necessidade de diferentes contribuições no cuidado ao paciente. O trabalho em equipe surge assim como estratégia para redesenhar o trabalho e promover a qualidade dos serviços. (PINHO, 2006)

O conceito de equipe atualmente adotado consiste em um grupo de dois ou mais indivíduos interagindo de forma adaptativa, interdependente e dinamicamente voltados para um objetivo comum e apreciado por todos. Diferentemente de um grupo de trabalho, no qual o desempenho significa a soma das contribuições individuais, na equipe os esforços individuais resultam num nível de desempenho maior que a simples soma das partes. (ROBBINS, 2002)

Pedersen e Easton (apud McCallin, 2001) definem como características de uma equipe de sucesso: objetivos comuns, clara definição de papéis, respeito, comunicação, competências e habilidades, aptidão para funcionar como unidade.

Desta forma, ao apresentar esta proposta pretende-se reforçar estas variáveis:

Objetivo comum da equipe: garantir que as crianças usuárias do serviço, na faixa etária preconizada, sejam suplementadas com sais de ferro a fim de evitar complicações advindas da deficiência deste mineral;

Clara definição de papéis: a partir do fluxograma apresentado;

Respeito, comunicação, competências e habilidades: o fluxograma proposto contribui para que a comunicação e as habilidades requeridas no atendimento a criança se efetivem na prática, gerando um atendimento qualificado e organizado.

Aptidão para funcionar como unidade: a partir do reconhecimento da importância de cada um no desempenho desta tarefa, valorizando suas contribuições e propostas de melhorias, incentivando a autonomia e o poder de decisão.

Com base nestes conceitos, a proposta será apresentada a equipe e almeja-se que esta se torne uma missão da equipe, que atuará de forma a atender os objetivos propostos e consolidar o processo de trabalho a partir de uma reflexão crítica da realidade. Os fluxogramas de atendimento serão afixados nos locais de atendimento a criança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em agosto de 2013, a Nota Técnica 37, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde, elaborou uma Minuta de Portaria que atualizou as diretrizes nacionais do Programa Nacional de Suplementação de Ferro. As principais modificações atendem aos questionamentos realizados em alguns estudos quanto à baixa dosagem estabelecida e a ineficácia do esquema semanal. Além disso, normatizou a descentralização do fornecimento, cabendo agora aos municípios organizar a assistência farmacêutica para aquisição do suplemento em gotas, substituindo a apresentação em xarope.

A partir destas modificações e da necessidade de implantar este programa em todas as unidades básicas de saúde, espera-se que a organização dos processos de trabalho permita uma visualização macro e micro das etapas e dos agentes envolvidos. Estas etapas não podem ser vistas isoladamente sem considerar a interrelação entre os sujeitos e para resultados efetivos o trabalho em equipe precisa ser ferramenta fundamental.

Acredita-se que a elaboração do fluxograma de atendimento pode trazer contribuição ao atendimento a crianças em suplementação de ferro, bem como contribui para estimular a equipe a se envolver nesta política, desenvolvendo um trabalho coeso e de qualidade.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Luis César. Organização, sistemas e métodos. São Paulo, Atlas, 2001.

BRASIL. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

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)**. Ciência & Saúde Coletiva, v.18, n.3, p. 827-836, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n3/28.pdf>>. Acesso em: 28 out. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília: Editora MS, 2005.

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

BRASIL. Ministério da Saúde; UNICEF. **Cadernos de atenção básica: carências de micronutrientes**. Brasília: Editora MS, 2007. Disponível em: < <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/abca20.pdf>>. Acesso em: 25 out. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – **PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/** Brasília: Editora MS, 2009. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>. Acesso em: 02 nov. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica - Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Editora MS, 2012a. Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 23 out. 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia de fortificação caseira no Brasil : Workshop 29 e 30 de setembro de 2011 Brasília – DF**. Brasília: Editora MS, 2012b. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategia_fortificacao_caseira_brasil_workshop.pdf>. Acesso em: 30 out. 2013

CASTRO, Teresa Gontijo de et al. **Anemia e deficiência de ferro em pré-escolares da Amazônia Ocidental brasileira: prevalência e fatores associados**. Caderno de Saúde Pública, v.27, n.1, p. 131-142, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000100014&script=sci_arttext >. Acesso em: 25 out. 2013

LATHAM, M. Policy implications of the effects of health and nutrition on child development. In: Pan American Health Organization . Nutrition, Health, and Child Development. Research Advances and Policy Recommendations. **Scientific Publication**, Washington, n. 566, p. 225-233, 1998.

MCCALLIN, A. Interdisciplinary practice a matter of teamwork: a integrated literature review. J. Clin. Nursing. V. 10, p. 419-428, 2001.

MONTEIRO, Carlos Augusto et al. **A prescrição semanal de sulfato ferroso pode ser altamente efetiva para reduzir níveis endêmicos de anemia na infância.** Revista Brasileira de Epidemiologia, v.5, n. 1, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v5n1/09.pdf> >. Acesso em: 28 out. 2013

MOTTA, Naiani Gomes, DOMINGUES, Káthia Abreu, COLPO, Elisângela. **Impacto do Programa Nacional de Suplementação de Ferro em crianças do município de Santa Maria, RS.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v.54 (4), p. 393-398, 2010. Disponível em: < http://www.amrigs.com.br/revista/54-04/006-605_impacto.pdf >. Acesso em: 28 out. 2013

OLIVEIRA, Cristiele Sérgio de Menezes; CARDOSO, Marli Augusto; ARAÚJO, Thiago dos Santos; MUNIZ, Pascoal Torres. **Anemia em crianças de 6 a 59 meses e fatores associados no município de Jordão, Estado do Acre, Brasil.** Caderno de Saúde Pública, v.27, p.1008-1020, 2011.

PEREIRA, Alexandre. Análise e Estrutura de Processos Administrativos. ESPA, 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/alexandreperreira2010/fluxograma-seo-5>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2014.

PINHO, Marcia Cristina Gomes. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. Ciencia & Cognição. v. 08, p.68-87, 2006.

REIBNITZ, Kenya Schmidt; AMANTE, Lúcia Nazareth; RAMOS, Flávia Regina Souza, et al. Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Desenvolvimento do Processo do Cuidar. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2013.

RIBEIRO, LCMP, FERREIRA HS, VIEIRA RCS. (In)Efetividade do Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Fatores relacionados aos gestores municipais, aos profissionais de saúde e a população beneficiária. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012. Disponível em: < <http://www.repositorio.ufal.br/handle/123456789/966> >. Acesso em: 02 nov. 2013

ROBBINS, S. Fundamentos do comportamento organizacional. 7.ed. Pearson Education. São Paulo, 2001.

SILVA, Daniele G., PRIORE, Silvia E, FRANCESCHINI, Sylvia do C.C. Risk factors for anemia in infants assisted by public health services: the importance of feeding practices and iron supplementation. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.83(2), p. 149-156, 2007. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2/v83n2a09.pdf> >. Acesso em: 28 out. 2013

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention and control. Geneva: **World Health Organization**; 2001.