



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Curso de Especialização em Saúde da Família



OSVALDO PANTOJA DE OLIVEIRA

**SUPLEMENTAÇÃO FÉRRICA EM CRIANÇAS MENORES DE DEZ ANOS COM
DESMAME PRECOCE OU NÃO AMAMENTADAS COM LEITE MATERNO: Uma
intervenção em Belo Monte 2, Vitória do Xingu, Pará.**

ALTAMIRA– PA

2020

OSVALDO PANTOJA DE OLIVEIRA

**SUPLEMENTAÇÃO FÉRRICA EM CRIANÇAS MENORES DE DEZ ANOS COM
DESMAME PRECOCE OU NÃO AMAMENTADAS COM LEITE MATERNO: Uma
intervenção em Belo Monte 2, Vitória do Xingu, Pará.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família, Modalidade à distância, Universidade Federal do Pará, Universidade Aberta do SUS, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Leidiana de Jesus Silva Lopes

ALTAMIRA – PA

2020

FICHA CATALOGRÁFICA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a)
autor(a)

O48s OLIVEIRA, OSVALDO PANTOJA DE
SUPLEMENTAÇÃO FÉRRICA EM CRIANÇAS
MENORES DE DEZ ANOS COM DESMAME PRECOCE OU
NÃO AMAMENTADAS COM LEITE MATERNO: Uma
intervenção em Belo Monte 2, Vitória do Xingu, Pará. /
OSVALDO PANTOJA DE OLIVEIRA. — 2020.
25 f. : il. color.

Orientador(a): Prof^ª. Dra. Leidiana de Jesus Silva Lopes
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) -
Especialização em Saúde da Família, Instituto de Ciências
da Saúde, Universidade Federal do Pará, Belém, 2020.

1. Anemia; Anemia ferropriva; Desmame; Sulfato
Ferroso. I. Título.

CDD 618.92152

FOLHA DE APROVAÇÃO

OSVALDO PANTOJA DE OLIVEIRA

SUPLEMENTAÇÃO FÉRRICA EM CRIANÇAS MENORES DE DEZ ANOS COM DESMAME PRECOCE OU NÃO AMAMENTADAS COM LEITE MATERNO: Uma intervenção em Belo Monte 2, Vitória do Xingu, Pará.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado como requisito parcial à obtenção do título de Especialista, Curso de Especialização em Saúde da Família, Universidade Aberta do SUS, Universidade Federal do Pará, pela seguinte banca examinadora:

Conceito: _____
Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Msc. Leidiana de Jesus Silva Lopes
Orientadora

Prof. Msc. Lagerson Mauad Freitas

*“Só se pode ver o azul do céu, aquele que
exerce seu poder de pássaro”*

Autor desconhecido

AGRADECIMENTOS

O presente trabalho corresponde aos esforços da equipe de saúde de Belo Monte 2, da comunidade adscrita e da orientação da Leidiana de Jesus Silva Lopes, sem essa união nada disso seria possível.

RESUMO

Objetivo: O presente trabalho tem por objetivo implementar ações educativas e assistenciais referente a anemia ferropriva em crianças menores de 10 anos na comunidade de Belo Monte, município de Vitória do Xingu. **Metodologia:** O projeto de intervenção está embasado no Planejamento Estratégico Situacional em Saúde - PES, na qual abordou crianças entre 06 meses a 10 anos com anemia ferropriva e que tiveram desmame precoce e/ou não tiveram suplementação férrica como determina o Ministério da Saúde. **Resultados:** Do total 72 crianças, 42 possuem anemia decorrente da não suplementação férrica e/ou não amamentação. Algumas crianças apresentavam infecção de repetição, atraso no desenvolvimento antropométrico e sinais e sintomas clínicos. Após a instituição do tratamento, houve melhoras clínica e laboratorial, o desenvolvimento antropométrico necessitará de mais tempo para avaliação. Como medidas preventivas, foi instituído educação em saúde com o tema da amamentação, suplementação férrica e de ácido fólico no pré-natal e suplementação férrica após 06 meses de vida em aleitamento materno exclusivo. **Conclusões:** A intervenção de educação em saúde e acompanhamento das crianças e mães possibilitam a melhora na qualidade de vida das crianças e que vivem nas áreas mais longínquas da unidade de saúde.

Palavras-chave: Anemia ferropriva; Desmame; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Objective: The present work aims to implement educational and assistance actions related to iron deficiency anemia in children under 10 years of age in the community of Belo Monte, municipality of Vitória do Xingu. **Methodology:** The intervention project is based on the Situational Strategic Health Planning - PES, in which it addressed children aged 6 months to 10 years with iron deficiency anemia and who had early weaning and/or had no iron supplementation as determined by the Ministry of Health. **Results:** Of the total 72 children, 42 have anemia due to non-iron supplementation and / or non-breastfeeding. Some children had recurrent infection, delayed anthropometric development and clinical signs and symptoms. After the institution of treatment, there were clinical and laboratory improvements, the anthropometric development will need more time for evaluation. As preventive measures, health education with the theme of breastfeeding, ferric and folic acid supplementation in prenatal care and ferric supplementation after 06 months of life on exclusive breastfeeding was instituted. **Conclusions:** The intervention of health education and monitoring of children and mothers enables the improvement in the quality of life of children and those who live in the most distant areas of the health unit.

Keywords: Iron deficiency anemia; Weaning; Health education

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Porcentagem das crianças com diagnóstico de anemia.....	19
Gráfico 2 - Complicações encontradas nas crianças com anemia.....	20
Gráfico 3 - Valores de Hemoglobina após tratamento de 2 meses com sulfato.....	20

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Justificativa	13
2. OBJETIVOS.....	15
2.1 Objetivos Gerais.....	15
2.2 Objetivos Específicos	15
3. METODOLOGIA	16
3.1 Implicações Éticas	16
3.2 Delineamento do Estudo	16
3.3 População de Estudo.....	17
3.4 Variáveis do Estudo	18
3.5 Análise Estatística dos Dados	18
4. RESULTADOS.....	19
5. DISCUSSÃO	22
6. CONCLUSÃO	24
7. REFERÊNCIAS.....	25

1. INTRODUÇÃO

O município de Vitória do Xingu possui uma área superior a 3 milhões de quilômetros quadrados, existindo nesse território, áreas urbanas, rurais, ribeirinhas e indígenas (IBGE, 2019). E dentro do município está a Usina de Belo Monte e suas vilas residenciais. Na unidade que atuo, abrange três dessas áreas, a saber: rural, ribeirinha e indígena. Sendo a população rural a que mais procura atendimento médico e odontológico e a que mais recebe visitas domiciliares. A unidade de saúde, dispõem de uma ambulância e uma Kombi, sendo esta última, utilizada para realizar as visitas domiciliares. Os atendimentos aos indígenas só ocorrem quando existem uma ação específica, já que as aldeias se localizam em áreas de difícil acesso e a unidade não possuem meios para adentrar essas áreas.

O Mapa situacional da população adscrita engloba hipertensos, diabéticos, tabagistas, gravidez na adolescência, tuberculose, hanseníase, desnutrição, desmame precoce e anemia. A população hipertensa e/ou diabética, maioria idosos, são refratários ao tratamento medicamentoso, pois nessa região a cultura de medicamentos naturais (chás) é muito forte. Sabemos que tuberculose e hanseníase estão relacionadas com o nível socioeconômico, porém com o advento da usina hidrelétrica, houve uma explosão nos números de casos em pessoas de alto nível socioeconômico. Culturalmente nesta região, os mais idosos, possuem um grande poder na criação dos netos e fazem recomendações para as lactentes, reprováveis pelo ministério da saúde, como introdução de alimentos antes de 6 meses de vida, indução de leite de vaca com mandioca, gerando desmame precoce e problemas metabólicos e nutricionais para o lactente.

Todas as crianças atendidas possuem anemia, sendo algumas decorrente de verminoses, outras devido à má alimentação e outras por desmame precoce e/ou falta de suplementação férrica como recomendado pelo ministério da saúde.

A anemia ferropriva possui alta prevalência mundial, sendo encarada como um problema de saúde global, aonde a deficiência de um único micronutriente produz alterações no desenvolvimento neuropsicomotora das crianças. Se aumentar a faixa etária veremos um grande crescimento na

prevalência evidenciando que a anemia ferropênica não é exclusiva das crianças. (WHO, 2008).

O Brasil carece de estudo nacional de prevalência da anemia ferropriva, possuímos estudos regionais e em todos esses há prevalência de anemia ferropriva em todas as idades e classes socioeconômicas, com o predomínio em crianças menores de cinco anos (JORDÃO, 2009).

A sintomatologia é variada e inespecífica, portanto, o diagnóstico é dado por meio da quantificação da hemoglobina, e dentre os sinais e sintomas mais comuns temos: cansaço, falta de apetite, mucosas e pele pálida, dificuldade de aprendizado, apatia, taquicardia (Brasil, 2009; SBP, 2018)

O ministério da saúde considera uma pessoa com anemia associando o valor da hemoglobina com a idade. Portanto, é considerado com a anemia: a) crianças entre 6 e 59 meses de idade, como hemoglobina abaixo de 11 g/dL; b) entre 5 e 11 anos como hemoglobina abaixo de 11,5 g/dL; c) entre 12 e 14 anos como hemoglobina abaixo de 12 g/dL. Tais valores são semelhantes aos estipulados da Organização Mundial de Saúde (Brasil, 2013).

As consequências advindas da carência de ferro produzem: alterações no sistema imune predispondo a infecções de repetições; diminuição no desenvolvimento neuropsicomotor; redução da capacidade de aprendizagem em crianças. Devido as consequências devastadoras nas crianças, o Ministério da Saúde implementou através da Portaria 730, de 13 de maio de 2005, o Programa Nacional de Suplementação Férrica para crianças, gestantes e mulheres no pós-parto e pós aborto. Além da fortificação obrigatória das farinhas de milho e trigo e orientações nutricionais com o intuito de frear a incidência e diminuir a prevalência da anemia ferropriva (SBP, 2018)

O Ministério da Saúde estipulou que recém-nascido após os 06 meses devem receber suplementação com sulfato ferroso desde que a criança seja a termo e seu peso de nascimento seja acima ou igual a 2500 gramas. Pois, se for pré-termo a suplementação começa com 30 dias de vida e a dosagem dependerá do seu peso, conforme o exposto a seguir:

a). Lactente de 06 meses a termo e com peso de nascimento acima ou igual a 2500 gramas, usará 1 ferro elementar diariamente até os 12 meses.

b). Recém-nascido pré-termo e com peso:

b.1. Menor que 2500 gramas recebem 2mg/Kg/dia por um ano. Após este prazo receberá 1mg/Kg/dia por um ano.

b.2. Menor entre 1500 e 1000 gramas recebe 3mg/Kg/dia por um ano. Após este prazo receberá 1mg/Kg/dia por um ano.

b.3. Menor de 1000 gramas recebe 4mg/Kg/dia por um ano. Após este prazo receberá 1mg/Kg/dia por um ano.

Existe uma divergência quando iniciar a suplementação férrica entre o Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria, uma sugere após 06 meses e a outra após 03 meses de vida, respectivamente (Brasil, 2013; SBP, 2018).

O Programa Nacional de Suplementação Férrica não se resume a administração de ferro elementar, existem algumas estratégias para evitar a ocorrência de anemia e buscar casos não diagnosticados na área adscrita, colocando a Atenção Básica como ponto central para mudar essa realidade. Dentre as estratégias: suplementar as gestantes com sulfato ferroso e ácido fólico; realizar educação em saúde expondo a importância da amamentação para o binômio mãe-criança; adscrição das crianças pelo agente comunitário em saúde. (Brasil, 2013).

A unidade de saúde que atuou possui todos os recursos estipulados pelo Programa Nacional de Suplementação Férrica, portanto, a equipe de saúde reúne todos os requisitos para mudar a realidade da comunidade, no tocante a anemia ferropriva em menores de 10 anos e devido a essa perspectiva motivada em mudar essa realidade.

1.1 Justificativa

Essa temática surgiu a partir do módulo gestão do cuidado em saúde onde a equipe de saúde e a comunidade elegeram essa problemática. Nesta perspectiva no módulo de planejamento onde foi construído a partir das descrições do problema que foram: total de 72 crianças entre 06 meses e 10 anos de idade, desse total temos 54% com anemia ferropriva, que corresponde a 42 crianças. Das 42 crianças com anemia ferropriva, 28% possuem infecções de repetição, das 42 crianças com anemia ferropriva, 14% possuem atraso no desenvolvimento antropométricos. Das 42 crianças com anemia ferropriva, 7% possuem infecções de repetição e atraso no desenvolvimento antropométrico e das 42 crianças com anemia ferropriva, todas possuem os sintomas constitucionais: fadiga, apatia, taquicardia, irritabilidade e perversão alimentar (pica).

Tendo como nós críticos: falta de suplementação férrica na gestação, desmame precoce e falta de suplementação férrica de acordo com o protocolo do MS e da SBP.

Percebemos que todas as crianças com infecção de repetição, alterações antropométricas e apatia possuem algo em comum: anemia por deficiência de ferro decorrente do desmame precoce ou falta desta. E através de medidas simples: suplementar todas as gestantes com sulfato ferroso; orientar as gestantes sobre a importância da amamentação para o lactente e para a mãe e seguir as recomendações do Ministro da Saúde e suplementar com ferro todos os lactentes maiores de 6 meses nascido a termo e os maiores de 1 mês prematuro é possível reverter tal situação e favorecer um desenvolvimento neuro – psicomotor da população infantil.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

- Implementar ações educativas e assistenciais referente a anemia ferropriva em crianças menores de 10 anos na comunidade de Belo Monte do município de Vitória do Xingu.

2.2 Objetivos Específicos

- Fazer suplementação de ferro e ácido fólico no pré-natal (profilaxia);
- Avaliar o hemograma no pré-natal;
- Realizar campanhas educativas sobre a importância da amamentação;
- Avaliar a técnica de amamentação empregada pela mãe;
- Fazer suplementação a partir dos 6 meses em crianças a termo;
- Fazer suplementação a partir do primeiro mês em pré-termo que não utiliza mais de 500ml de fórmula láctea.

3. METODOLOGIA

3.1 Implicações Éticas

O trabalho cumpre a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) incluindo as diretrizes e critérios. Por se tratar de um projeto de intervenção que não utilizará dados pessoais não necessitou de aprovação em comitê de ética, mesmo com isso segue-se à risca a manutenção da privacidade dos envolvidos. Este projeto utilizou o protocolo de suplementação férrica contido no Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde, instituído em 2005.

3.2 Delineamento do Estudo

O projeto de intervenção está embasado no Planejamento Estratégico Situacional em Saúde - PES, na qual, a sua construção se deu a partir do módulo gestão do cuidado coma finalização no módulo planejamento em saúde. A comunidade elencou a anemia em menores de 10 anos. Com este tema foi elencado os seguintes nós críticos: O presente estudo elaborou as operações que devem ser seguidas na ordem que aqui se apresentam: falta de suplementação férrica na gestação, desmame precoce e a falta de suplementação férrica de acordo com o protocolo do MS e da SBP.

Mediante a esses nós críticos foram construídas as seguintes operações:

1- Gestante saudável, feto saudável:

- a) Suplementação de ferro e ácido fólico no pré-natal (profilaxia);
- b) Avaliação do hemograma no pré-natal;
- c) Tratamento se anemia não fisiológica.

2- Educação na gestação:

- a) Campanhas educativas sobre a importância da amamentação.
- b) Avaliação da técnica de amamentação empregada pela mãe, com orientações.

3- Diagnóstico de Anemia ferropriva:

- a) Solicitação de Hemograma;

4- Criança de Ferro:

- a) Realização da suplementação a partir dos 6 meses em crianças a termo.

- b) Realizar a suplementação a partir do primeiro mês em pré-termo que não utiliza mais de 500ml de fórmula láctea.

Os resultados serão monitorizados a cada 8 semanas, segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas, instituída pela Portaria SAS/MS nº 1.247, de 10 de novembro de 2014, através: a) Exame clínico b) Exame laboratorial: hemograma.

Espera-se com a aplicabilidade do projeto de intervenção, os seguintes resultados:

- 1- Ausência de anemia ferropriva em crianças menores de 6 meses a 10 anos;
- 2- Erradicar as infecções de repetição decorrente de anemia ferropriva;
- 3- Erradicar os sinais e sintomas decorrente de anemia ferropriva.

Utilizou-se para os parâmetros técnicos as normas da associação brasileira de normas técnicas (ABNT). Além disso os dados que compõem a revisão de literatura foram extraídos de artigos das bases de dados SCIELO, PUBMED, LILACS e afins, excluindo os de anos anteriores a 2012, exceto os que são referências no assunto.

3.3 População de Estudo

A população alvo compreendeu 72 crianças entre 6 meses e 10 anos de idade nascida a termo, com anemia ferropriva e que tiveram desmame precoce ou que não foram amamentadas com leite materno. Crianças prematuras, idades fora do intervalo acima e crianças com anemia ferropriva que foram amamentadas durante o período mínimo de 06 meses foram excluídas do presente estudo.

Toda a população selecionada para o estudo está situada em área rural, na comunidade adscrita da Unidade de Saúde Belo Monte 2, em Vitória do Xingu, Pará.

3.4 Variáveis do Estudo

Este estudo utilizará questionários, exame físico e exame laboratorial (hemograma) para coletar os dados. As variáveis presentes no estudo são: anemia (nas crianças entre 6 meses e 10 anos de idade), utilizamos os parâmetros contido no Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde de 2005 que definiu os valores de hemoglobina, a anemia é definida como uma hemoglobina abaixo de 11 g/dL; entre 5 e 11 anos como uma hemoglobina abaixo de 11,5 g/dL.); a criança que teve desmame precoce ou não foi amamenta com leite humano e sua idade deve ser abaixo de 10 anos.

3.5 Análise Estatística dos Dados

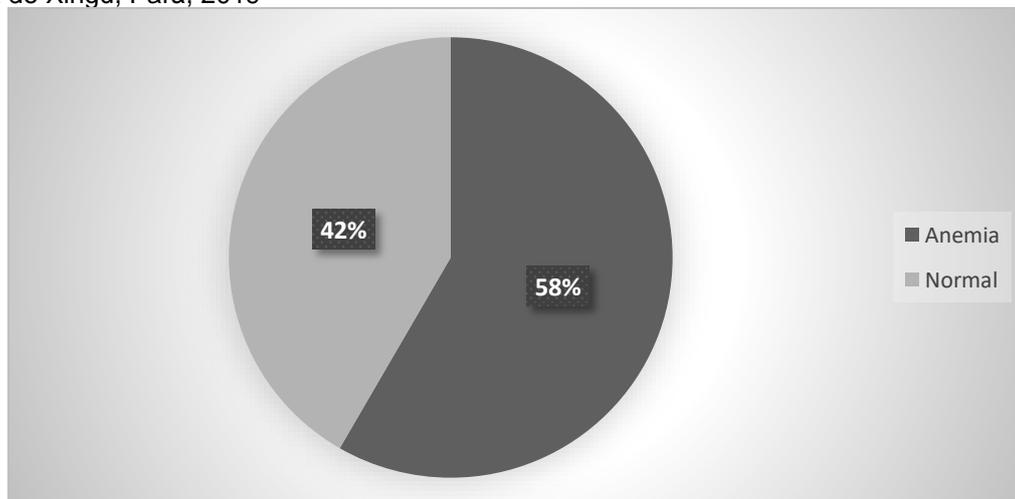
Os dados serão tratados através do programa excel e bioestat para verificar as frequências absolutas e relativas e depois construção de tabelas, gráficos e quadros para o entendimento e compreensão dos dados consolidados e suas interpretações.

4. RESULTADOS

Existem um total de 72 crianças entre 06 meses e 10 anos de idade adscritas na área de abrangência da Unidade de Básica de Saúde Belo Monte 2. Destas 33 são meninas e 39 meninos.

Foi realizado anamnese e solicitação de hemograma em todas as crianças. Das 72 crianças examinadas, 42 (58%) tiveram o valor de hemoglobina abaixo de 11mg/dL e com problemas na amamentação e/ou não suplementação férrica; as 30 crianças (42%) obtiveram um valor de hemoglobina acima ou igual a 12mg/dL ou fizeram suplementação férrica conforme a recomendação do Ministério da Saúde (gráfico 1).

Gráfico 1. Porcentagem das crianças com diagnóstico de anemia. UBS Belo Monte 2, Vitória do Xingu, Pará, 2019



Fonte: resultados de exames e prontuários.

Das 42 crianças com anemia ferropriva, 12 crianças possuem infecções de repetição, 6 crianças possuem atraso no desenvolvimento antropométricos, 3 crianças possuem infecções de repetição e atraso no desenvolvimento antropométrico, 21 crianças possuem os sintomas constitucionais: fadiga, apatia, taquicardia, irritabilidade e perversão alimentar (gráfico 2).

Gráfico 2. Complicações encontradas nas crianças com anemia. UBS Belo Monte 2, Vitória do Xingu, Pará, 2019

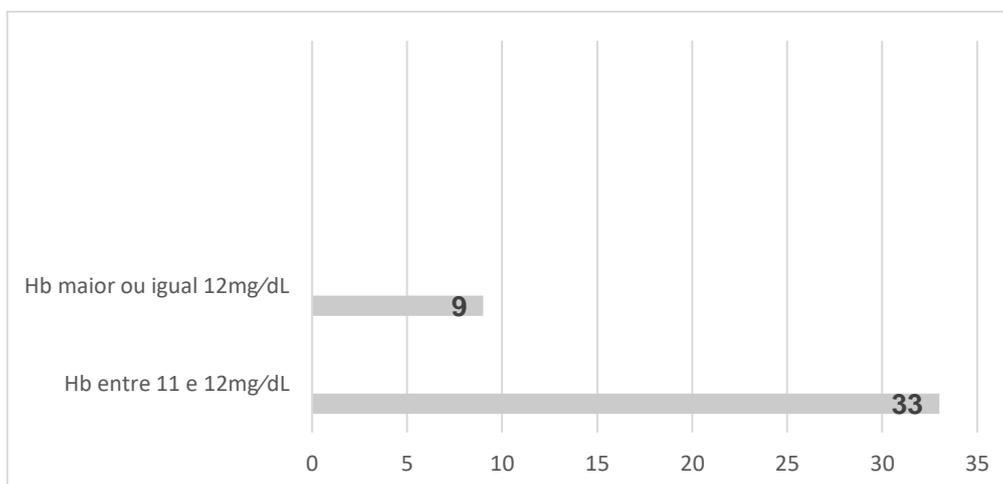


Fonte: dados dos prontuários e resultados de exames

As crianças receberam tratamento com sulfato ferroso na concentração de 25mg/mL, sendo equivalente a 5mg/mL de ferro elementar conforme o seu peso pelo período de 2 meses, apesar da Sociedade Brasileira de Pediatria determinar um período de 2 a 6 meses, o tempo foi reduzido para colher os dados para o presente trabalho.

Passados dois meses as crianças retornar para avaliação e solicitação de hemograma, concomitante, foi realizado palestras sobre a importância da amamentação, a não substituição do leite materno por leite de vaca ou de cabra e suplementação férrica para as gestantes. Os valores do hemograma evidenciaram: aumento da hemoglobina entre 11mg/mL e 12mg/mL em 33 crianças e maiores que 12mg/mL nas 9 crianças (gráfico 3).

Gráfico 3. Valores de Hemoglobina após tratamento de 2 meses com sulfato. UBS Belo Monte 2, Vitória do Xingu, Pará, 2019



Fonte: dados dos prontuários e resultados de exames

Apenas 12 (28%) crianças retornaram a Unidade Básica de Saúde decorrente de algum processo infeccioso, após o início do tratamento da anemia.

Todas as 6 (14%) crianças permanecem com atraso no desenvolvimento antropométrico.

Durante a anamnese as mães relataram melhoras no comportamento das 42 crianças, antes apáticas, hoje ativas, algumas com perversão alimentar resolvida.

As atividades educativas abordaram a técnica correta da amamentação, importância do aleitamento materno para o binômio mãe-feto, a necessidade de suplementação férrica durante o pré natal. Essas atividades foram expostas por meios audiovisual e roda de conversa e abrangeram oitos gestantes entre doze a vinte sete semanas de gestação, três lactantes entre cinco a oito meses de amamentação e público variado

5. DISCUSSÃO

As alterações encontradas nas 42 crianças com anemia ferropriva, sendo 12 com infecções de repetição, 6 com atraso no desenvolvimento antropométricos, 3 com infecções de repetição e atraso no desenvolvimento antropométrico e 21 com sintomas constitucionais: fadiga, apatia, taquicardia, irritabilidade e perversão alimentar; estão bem descritas no Consenso Sobre Anemia Ferropriva: Mais Que Uma Doença, Uma Urgência Médica! Da Sociedade Brasileira de Pediatria de 2018 e no Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério de Saúde de 2013. Apesar de um fato conhecimento sobre a anemia e como evita-las, possuímos uma alta prevalência e incidência de anemia nos escolares, seja por falta de educação em saúde para a gestante evidenciando a importância de amamentação, ou falta de suplementação férrica no pré-natal, ou falta de suplementação férrica após os 06 meses de vida.

Após o tratamento com o sulfato ferroso, houve melhora nos índices hematimétricos, sendo a hemoglobina um dos primeiros a subirem e com isso as crianças apresentarem uma melhora clínica e gerando a falsa impressão de cura, porém se formos realizar a dosagem da ferritina encontraremos valores abaixo de 15ng/dL e, portanto, devemos manter o tratamento por até seis meses, resultados semelhantes foram observados em estudos semelhantes, sendo o aumento da hemoglobina e da melhora clínica também observados (CANÇADO, 2010 e Brasil, 2013 e SBP, 2018).

As 9 crianças, sendo 6 crianças com atraso no desenvolvimento antropométricos e 3 crianças com infecções de repetição e atraso no desenvolvimento antropométrico, necessitaram de mais tempo para avaliar se o atraso constitucional será revertido com o tratamento ou se perdurará como uma cicatriz para toda a vida. Não foi possível excluir atraso constitucional do crescimento, sendo necessário uma avaliação de pelo menos 06 meses para verificar a velocidade de crescimento e de não possuir nenhuma anotação do crescimento e peso no caderno da criança. Porém, foi possível excluir a desnutrição como causa do atraso no desenvolvimento, pela avaliação de Gomez e de Waterlow. Santos, (2009), evidencia a carência de trabalhos que tentam correlacionar anemia com atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor,

não podendo afirmar que haverá reversão no atraso com a instituição do tratamento.

As atividades educativas não apresentaram nenhum dado mensurável quantitativamente, já que os dados só serão colhidos após a publicação deste trabalho e será avaliado se houve algum impacto na anemia ferropriva. Porém, foi possível avaliar qualitativamente as atividades educativas em saúde. Das oito gestantes, seis eram primípara e nenhuma sabia explicar ou demonstrar pega adequada na amamentação, as outras duas gestante com a sua segunda e terceira gestação, respectivamente, possuíam dois erros principais: o queixo do lactente não encostava no seio materno e o lábio inferior do lactente não estava virado para fora. Em relação ao público em geral a maioria eram avós, e muitas possuíam a crença que “ leite de vaca” e de “cabra” eram “mais fortes” que o materno e deveria ser oferecidos ao recém-nascido, algo comum nas áreas, porém foi explicado os malefícios de tal prática e desmistificando a ideia de “leite fraco”. Todas as gestantes estão em uso de sulfato ferroso e ácido fólico.

Durante a implementação foi constatado a falta de conhecimento das gestantes sobre amamentação, incluindo as múltiparas, falsas crenças culturais sobre o melhor tipo de leite para o recém-nascido e a não suplementação férrica como determina o ministério da saúde. O trabalho evidenciou que é possível mudar a realidade da comunidade seguindo recomendações das principais associações de saúde e do ministério da saúde. Foi possível fazer muito com tão pouco, ressaltando a principal característica das unidades básicas de saúde: alta complexidade e baixa densidade.

6. CONCLUSÃO

A anemia ferropriva possui diagnóstico e tratamento bem estabelecidos. As suas repercussões clínicas são conhecidas e sua prevenção estão estipulados pelo Ministério da Saúde e pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Colocando todo o conhecido em prática foi possível reverter, em apenas 02 meses, as consequências da ferropenia.

Portanto, manter o tratamento por 06 meses e agir na prevenção que é a função principal da Atenção Básica e esperar que essa geração passem os conhecimentos adquiridos para as futuras gerações.

A intervenção contribuiu para o controle da anemia ferropriva, para melhora das condições de vida das crianças e para a melhora do cuidado que as mães dispensam as crianças.

7. REFERÊNCIAS

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Panorama Brasil, Pará, Vitória do Xingú. Disponível em < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/vitoria-do-xingu/panorama>>. Acesso: 14 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, 2009. Disponível em <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/dicas/69anemia.html>> Acesso em 04 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Compromisso social para redução da anemia por carência de ferro no Brasil**. Brasília. Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/nutricao/documentos/compromisso_social.pdf> Acesso em 04 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Oficina de trabalho “Carências Nutricionais: Desafio para Saúde Pública”**. Brasília. Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais**. Brasília. Ministério da Saúde, 2013.

CANÇADO, R. D et al. **Tratamento da Anemia Ferropriva Com Ferro Por Via Oral**. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, 2010.

JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D.; BARROS FILHO, A. A. **Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática**. Rev. paul. pediatra., Mar 2009, vol.27, no.1, p.90-98.

LAMOUNIER, J. et al. **Eficácia terapêutica do hidróxido de ferro III polimaltosado na anemia ferropriva em crianças menores de seis anos em carrancas, Minas Gerais, 2003**. Res. Med. Minas Gerais, vol. 14.

MACEDO, Francisca Georgina; ARAÚJO, Thelma Leite. **Fatores de risco para carência nutricional de ferro em crianças de seis a sessenta meses na perspectiva do modelo campo de saúde**. Texto contexto enferm. vol.13 no.3 Florianópolis jul./set. 2004.

SANTOS, Juliana Nunes; RATES, Silmar Paulo M.; LEMOS, Stela Maris A.; LAMOUNIER, Joel Alves. **Anemia em crianças de uma creche pública e as repercussões sobre o desenvolvimento de linguagem**. Revista Paulista de Pediatria. Vol. 27. São Paulo, 2009.

Sociedade Brasileira de Pediatria. **Consenso Sobre Anemia Ferropriva: Mais Que Uma Doença, Uma Urgência Médica!** Departamento de Nutrologia e Hamatologia-Hemoterapia no.2 junho de 2018.

World Health Organization. **Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control. A guide for programme managers.** WHO/NDH/01.3. Geneve: WHO/NHD; 2008.