

Exercício: Vigilância Alimentar e Nutricional

Acumulam-se evidências que os primeiros mil dias – os 270 da gestação mais os 730 dos dois primeiros anos de vida – são oportunidade rara de influenciar o desenvolvimento das crianças e ajudá-las a se tornarem adultos mais saudáveis. A prematuridade, o baixo peso ao nascer e a desnutrição por déficit de estatura ainda são importantes problemas de saúde pública no Brasil e em outros países em desenvolvimento. A desnutrição infantil, em particular, aumenta o risco de uma série de doenças, entre as quais se destacam o acometimento por doenças respiratórias e diarreicas. Pode afetar o crescimento e desenvolvimento cognitivo, destacando-se a ocorrência de baixa estatura, menor aproveitamento escolar e redução da capacidade de produtividade na vida adulta, podendo ser responsável por danos irreversíveis.

A desnutrição consiste em uma doença com forte determinação social, multifatorial, que tem grande correlação com a pobreza. A atenção nutricional à criança desnutrida consiste nos cuidados relativos à alimentação e à nutrição voltados à promoção da saúde, ao diagnóstico e ao tratamento da desnutrição e dos outros agravos nutricionais que possam coexistir. A desnutrição pode causar impactos negativos ao desenvolvimento infantil, por isso, no escopo das ações voltadas ao controle da desnutrição no sistema de saúde, devem também ser fortalecidas as ações de estímulo ao desenvolvimento infantil como parte dos investimentos para a redução das desigualdades e a promoção de oportunidades.

Cenário Simulado

A partir de uma denúncia de morte de uma criança de oito meses por diarreia e desnutrição que foi feita no Conselho Municipal de Saúde de CARU, a assessoria do secretário municipal de saúde convoca uma reunião extraordinária denominada Sala de Situação¹. Quem coordena essa reunião é a assessora do gabinete do secretário municipal chamada Márcia Almeida. Além dela, participam desta primeira reunião algumas áreas técnicas da Superintendência de Vigilância em Saúde (SVS) e da Superintendência de Atenção à Saúde. Pela SVS, a epidemiologista Déborah da Coordenação de Análise de Situação de Saúde e Sistemas de Informação. Pela SAS, foram convocados representantes da Área Técnica de Ciclos de Vida (Paulo Vicente, médico responsável técnico da Saúde da Criança), Área Técnica de Alimentação e Nutrição (nutricionista Rita) e da Coordenação Técnica do Núcleo de Unidades Básicas de Saúde (enfermeiro Alexandre Augusto).

A reunião começa com a seguinte explicação de Márcia Almeida:

_ Olá, em nome do Secretário Municipal, eu agradeço a presença de vocês nesta Sala de Situação. Não sei se vocês foram informados que na última reunião do Conselho Municipal de Saúde, um representante de Associação de Moderados do Distrito Leste apresentou uma denúncia do óbito de um bebê residente na região por diarreia e desnutrição.

¹ Sala de Situação é uma ferramenta de gestão que se constitui em reuniões técnico-administrativa com o objetivo de resolver e monitorar um problema crítico e específico na agenda de saúde. Ou seja, a sala de situação é um espaço onde uma dada informação em saúde é analisada sistematicamente por uma equipe técnica, para caracterizar a situação de saúde de uma população. É um espaço de inteligência em saúde, onde se parte da análise e da avaliação permanente da situação de saúde, atuando como instância integradora da informação que gera a vigilância em saúde pública nas diferentes áreas e níveis. Potencializa-se assim como espaço de gestão capaz de aportar informação oportuna e relevante para apoiar, com uma base técnico-científica, o processo de tomada de decisões. http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=324&Itemid=1

Paulo Vicente comenta: _ Nossa, que estranho! No atual cenário epidemiológico são tão raros os casos de desnutrição grave que levem a óbito. Até identificamos casos de desnutrição leve por déficit de crescimento, mas marasmo é muito raro nos dias de hoje. Na realidade, a sobrepeso e a obesidade é que tem nos preocupado.

Márcia Almeida responde:

_ Investigamos o caso e descobrimos que a criança foi atendida duas vezes em situação de urgência na UPA Leste, mas que não vinha sendo acompanhada regularmente na UBS de referência do domicílio da família. É uma família muito pobre que vive em condições muito precárias de higiene em uma área invadida chamada Várzea de São Joaquim.

Neste momento Alexandre Augusto comenta:

_ Ou seja, um caso que passa em parte por negligência da família no cuidado em saúde da criança já que há uma UBS há três quilômetros do domicílio, mas principalmente passa pela invisibilidade da vulnerabilidade familiar e desassistência, já que a Equipe de Saúde da Família (ESF) do UBS de referência não identificou essa demanda de cuidado específico.

_ Exatamente, diz Márcia Almeida. Além da falta de comunicação em rede, pois se a criança foi atendida na UPA, deveria ter sido fortemente orientada a procurar a UBS. Também se uma vez identificado o risco e a vulnerabilidade da criança, o profissional da UPA que a atendeu poderia ter feito a comunicação do caso à gerência da UBS. Falhamos e isso nos deixa muito triste. Por isso, o objetivo desta reunião é evitar que outros casos semelhantes se repitam. Por favor, Deborah, apresente as informações em saúde relevantes para o caso, conforme pedi que preparasse.

_ Bom, vamos lá. Estamos falando de um caso do Distrito Leste que apresenta uma situação de saúde um pouco diferentes de CARU como um todo. A Taxa de Mortalidade Infantil no município é de 9,43 por mil nascidos vivos, menor que a média do Estado de São Paulo. Os principais componentes da mortalidade infantil em CARU mostram que 70% das mortes correspondente à mortalidade neonatal e que 30% com 28-364 dias, definidos como mortalidade pós-neonatal. No entanto, o Distrito Leste não acompanha a queda da mortalidade infantil ocorrida no município, persistindo acima dos 20 por 1.000 nascidos vivos e com o componente pós-neonatal ainda responsável por mais de 50% dos óbitos infantis.

Deborah apresenta alguns gráficos da vigilância epidemiológica para ilustrar as informações e complementa:

_ Como sabemos, a desnutrição é um importante fator de risco para mortalidade infantil. Então olhei os relatórios do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Importante dizer que os dados do SISVAN são interessantes porque retratam a realidade dos usuários dos nossos serviços de atenção básica, mas tem a limitação da cobertura.

Neste momento, Rita da ATAN/SAS/SMS intervém:

_ É verdade, mas é justamente entre crianças menores de 5 anos que temos nossa melhor cobertura, que hoje é igual a 29,1%. Exatamente no Distrito Leste, a cobertura nesta fase do ciclo da vida é igual a 36%. O que é resultado do grande investimento em capacitação para VAN nesta área da cidade que sabemos ser de maior vulnerabilidade.

_ Eu percebi isto na análise dos dados, menciona Deborah. Continuando, hoje segundo o SISVAN a prevalência de desnutrição em menores de dois anos usando o indicador Estatura-para-Idade é igual a 6,2% e o indicador Peso-para-Idade é igual a 1,8%. Já no Distrito Leste temos taxas de 17,9% e 4,5%, respectivamente. Em outras palavras, a desnutrição infantil em CARU se concentra mesmo no Distrito Leste.

_ Muito bem, essas informações sinalizam que precisamos elaborar um Projeto de Saúde no Território com foco na Desnutrição Infantil para o Distrito Leste, intervém Alexandre Augusto.

_ Boa ideia, diz Rita. Acredito que a construção de um Projeto de Saúde no Território² com foco na desnutrição infantil será uma excelente oportunidade de revertermos essa situação de iniquidade que temos entre as crianças vulneráveis residentes no Distrito Leste de nosso município. O Projeto de Saúde no Território pode se iniciar pela identificação das áreas em que estejam concentradas as maiores prevalências de desnutrição no Distrito, para tanto podemos geo-referenciar os dados do SISVAN nos territórios.

_ Eu posso fazer isso, diz Deborah. Lá na nossa área técnica temos as ferramentas e softwares que permitem esse tipo de análise de dados epidemiológicos. Mas eu preciso ter acesso aos microdados do SISVAN que não são públicos. As informações que trouxe são basicamente dos relatórios públicos do SISVAN.

Rita da ATAN que é a gestora municipal do SISVAN responde:

_ Ok. Abriremos uma senha de gestor para a Coordenação de Análise de Situação de Saúde e Sistemas de Informação. Assim Deborah terá acesso aos microdados do SISVAN com informação individual de cada caso inserido no sistema.

Paulo Vicente menciona:

_ Sabemos que o déficit de estatura está muito relacionado aos determinantes sociais e o Projeto de Saúde no Território irá nos ajudar neste sentido. Mas acho importante a gente ter também uma linha de cuidado pactuada para atenção aos casos identificados de crianças com baixo peso na Rede de Atenção à Saúde, para evitar que se repitam casos como esse que disparou nossa Sala de Situação.

_ Concordo, diz Rita. Sugiro que tomemos como referência na elaboração do Projeto de Saúde no Território e da linha de cuidado uma publicação recente do Ministério da Saúde chamada *Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012*. CARU não faz parte da ANDI, felizmente, porque não está dentro dos critérios de inclusão da Agenda já que tem baixa prevalência de desnutrição por déficit ponderal (indicador Peso-para-Idade). De todo modo, essa publicação poderá nos apoiar a pensar a situação específica do Distrito Leste.

_ Muito bem, acho que já encontramos uma linha de ação, diz Márcia Almeida. Agora vocês devem dar os encaminhamentos necessários, organizar o trabalho de elaboração do PTS e da linha de cuidado. Sugiro que envolvam as ESF e os gerentes das UBS neste processo. Irei agendar uma nova reunião de nossa Sala de Situação em um mês. Vocês deverão nos apresentem os produtos desenvolvidos e reavaliemos a situação. Informarei o senhor Secretário sobre a reunião de hoje. Ele ficou bastante preocupado com a denúncia recebida no Conselho Municipal de Saúde e, tenho certeza, ficará satisfeito com o resultado desta nossa primeira reunião. Muito obrigada pela presença.

² Projeto de Saúde no Território (PST) configura-se como uma estratégia das equipes de referência (equipes de Atenção Básica) e de apoio (como os núcleos de Apoio à Saúde da Família) para desenvolver ações de produção da saúde no território com foco em uma situação específica, por exemplo, a Desnutrição Infantil. Busca-se com o PST investir na eficiência dos serviços e na qualidade de vida e na autonomia de sujeitos e comunidades. O PST funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades e, para isso, deve buscar estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais do território. Para saber mais sobre PST leia a página 35 da publicação do Ministério da Saúde, *Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012*.

http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_agenda_atencao_nutricional.pdf

Responda em grupo as questões abaixo.

1. *Assinale (V) para verdadeiro e (F) para falso sobre as afirmações acerca da Vigilância Alimentar e Nutricional (VAN):*

- () A VAN consiste na descrição contínua e na predição de tendências das condições de alimentação e nutrição da população e seus fatores determinantes.
- () A VAN busca a integralidade do cuidado em saúde por meio da garantia de uma rede de saúde composta por serviços de atenção primária, secundária e terciária.
- () As informações produzidas a partir das práticas de VAN, buscam orientar e aprimorar os dispositivos de controle de doenças relacionados à alimentação e nutrição.
- () A VAN nasce da necessidade de controle da inocuidade e a qualidade nutricional dos alimentos, se faz presente na agenda da promoção da alimentação adequada e saudável e da proteção à saúde .

A sequência correta é:

- a) V, V, V, F.
- b) V, F, V, F.
- c) F, V, V, V.
- d) F, F, F, V.

2. *A SMS de Caru organizou uma Sala de Situação de Saúde com foco na desnutrição. Assinale a alternativa que melhor expressa com a vigilância epidemiológica foi utilizada na busca de solução do problema:*

- a) Por meio da garantia de participação social no Conselho Municipal de Saúde.
- b) Pela proposição de um Projeto de Saúde no Território com ênfase na desnutrição
- c) Pelo cruzamento das informações disponíveis em saúde, relacionadas à mortalidade infantil e prevalência de desnutrição.
- d) Com o controle político do caso, a partir da intervenção direta do secretário municipal de saúde.

3. *No relato ao caso de CARU, observa-se que dados oriundos da VAN foram utilizados no Ciclo de Gestão e Produção do Cuidado em Saúde. Correlacione as fases deste Ciclo de Vigilância às atividades correspondentes.*

- a. Coleta de dados e produção de informações
- b. Análise e decisão
- c. Ação
- d. Avaliação

- () Nessa fase são levantados dados e informações dos usuários atendidos no âmbito dos serviços de saúde e na rede de atenção.
- () Consiste em um processo contínuo ou pontual que visa contribuir para a implementação e aprimoramento de ações futuras, o que possibilita a orientação, a reformulação ou manutenção das ações já adotadas.
- () Refere-se à concretização do cuidado por meio de programas ou estratégias a serem definidas a partir das necessidades identificadas, sejam elas individuais ou coletivas.
- () Consiste na consolidação dos dados com o propósito de facilitar a identificação de necessidades e prioridades em saúde, ou seja, decidir sobre intervenções, programas ou estratégias mais apropriadas.

A ordem correta é:

- a) a, d, c, b.
- b) a, b, d, c.
- c) d, b, c, a.
- d) d, a, c, b.

4. *“Mesmo dentro de um contexto de turbulências econômicas, políticas e sociais, o Brasil mudou substancialmente nos últimos cinquenta anos, seja por conta de fatores externos, derivados de um mundo progressivamente globalizado, seja pelo desenvolvimento autônomo de circunstâncias e processos históricos e culturais próprios do que se pode chamar de modelo brasileiro” (BATISTA FILHO, M. & RISSIN, A., 2003).*

A partir do texto acima e considerando a evolução da situação de saúde da população brasileira, julgue os itens a seguir.

I. A transição epidemiológica, associada ao cenário descrito no texto, representa mudanças no perfil de doenças. Essas modificações expressam, por sua vez, transformações mais abrangentes nos ecossistemas de vida coletiva e no estado nutricional da população.

II. Como consequência das mudanças referidas no texto, nas últimas décadas houve declínio da ocorrência da desnutrição em crianças e adultos no Brasil, ao mesmo tempo em que houve aumento da prevalência de sobrepeso e obesidade.

III. Em países em transição epidemiológica, como o Brasil, as doenças nutricionais carenciais deixam de ser uma prioridade para a Vigilância em Saúde no SUS.

IV. A ocorrência de um óbito por desnutrição infantil em CARU sinaliza a necessidade de interpretar as informações em saúde a partir da perspectiva dos determinantes sociais.

Assinale a alternativa correta:

- a) Apenas as afirmativas I e II estão corretas
- b) Apenas as afirmativas I, III e IV estão corretas
- c) Apenas as afirmativas I, II e IV estão corretas
- d) Todas as alternativas estão corretas.

5. A SMS de Caru organizou uma Sala de Situação de Saúde com foco na desnutrição. Assinale a alternativa que melhor expressa com quais dimensões da PNAN essa iniciativa técnico-administrativa se relaciona:

- e) Qualificação da Força de Trabalho, Promoção da Alimentação Adequada e Saudável e Participação e controle social.
- f) Organização da Atenção Nutricional, Promoção da Alimentação Saudável e Pesquisa, Inovação e Conhecimento em Alimentação e Nutrição.
- g) Vigilância Alimentar e Nutricional, Gestão das Ações de Alimentação e Nutrição e Controle e Regulação dos Alimentos.
- h) Gestão das Ações de Alimentação, Organização da Atenção Nutricional e Qualificação da Força de Trabalho.