

ESTUDO TERRITORIALIZADO DA DESNUTRIÇÃO INFANTIL E DO ACESSO AO PROGRAMA DE SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR NO DISTRITO DE ITAQUERA, SÃO PAULO, SP*

TERRITORIALIZED STUDY ON INFANT MALNUTRITION AND ON THE ACCESS TO THE FEEDING SUPPLEMENTATION PROGRAM IN THE DISTRICT OF ITAQUERA, SÃO PAULO, SP

Ney Rodriguez Jr¹
Katia C. Bassicheto²
Rita C. Carvalho³

RODRIGUEZ, N. Jr.; BASSICHETO, K. C.; CARVALHO, R. C. Estudo territorializado da desnutrição infantil e do acesso ao programa de suplementação alimentar no Distrito de Itaquera, São Paulo, SP. Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum., São Paulo, 11 (1), 2001.

Resumo: Realizou-se screening para desnutrição infantil utilizando-se medição do perímetro braquial de crianças de 60 meses de idade nos postos de vacinação, durante realização da CAMPÓLIO/ Junho de 1991, no Distrito de Saúde de Itaquera, São Paulo. Crianças detectadas tiveram seus nomes, idades e endereços anotados, plotados em mapa da região dividido por área de abrangência das UBSs e por “micro-áreas” de risco, delineadas em trabalho efetuado pelas equipes técnicas de Itaquera através de levantamento sócio- económico. Os dados foram comparados com planilhas de distribuição de leite em pó das UBSs da região. Observou-se que as crianças triadas se distribuíam pelo território concentrando-se em micro-áreas de maior risco sócio-econômico. Constatou-se que 25,81% destas crianças receberam leite no período. Concluiu-se que o método é de fácil operacionalização e bastante útil na proposta de se estender o Programa de Suplementação Alimentar para a população que permanece alijada do acesso as UBSs.

Palavras-chave: screening; circunferência do braço; fita de Cimfer; desnutrição infantil; suplementação alimentar.

INTRODUÇÃO

O modelo de atenção à saúde de “Vigilância à Saúde”, em contraposição ao assim chamado “Modelo Médico-Assistencial”, pressupõe a adoção de uma lógica territorial, de uma priorização do acesso diferenciado às populações de maior risco e da utilização de um sistema local de informações para um planejamento ascendente. Ou seja, da apropriação do território pelos trabalhadores da saúde como base conceitual e estrutural de atuação.

O modelo atualmente hegemônico, por sua vez, baseia-se em uma lógica de demanda, em um acesso “aleatório” e em um planejamento centralizado calcado em dados de grandes áreas e de grandes populações.

A adoção do modelo de vigilância à saúde tem sido apontada como estratégia para a reforma sanitária (UNGLET, 1995). Neste processo, procura-se, mantidas as ações médico-assistenciais reconhecidas como imprescindíveis, focar de forma mais substantiva ações coletivas.

* Realizado no DS-51, Distrito de Saúde de Itaquera - ARS 10 Secretaria Municipal de Saúde.

1 Médico Sanitarista, Mestre em Saúde PMSP-SMS. Endereço para correspondência: Rua Maestro Cardim, 1218 ap. 72 - CEP 01323-001 - SP-SP. Fone 284-2071.

2 Nutricionista PMSP-SMS.

3 Enfermeira, Mestre em Saúde Pública PMSP-SMS.

vas e de promoção de saúde tanto no plano local, para pequenas grupos ou comunidades, como para grupos maiores ou mesmo populações inteiras (UNGLET, 1995).

As ações são planejadas e desenvolvidas a partir dos “Sistemas Locais de Saúde”, epidemiologicamente construídos através dos “Sistemas Locais de Informação” e baseados na construção dos “Distritos Sanitários” como unidades autônomas de gerenciamento, orçamentação e execução de ações de saúde de forma geral, integrada com outros recursos públicos e comunitárias de sua área de abrangência.

Dentro desta lógica de atendimentos, propõe-se a “discriminação positiva”, ou seja, a destinação de recursos e esforços diferenciados para atender àqueles indivíduos ou grupos de indivíduos de maior risco em relação aos agravos de saúde detectados pelo “Sistema Local de Informações”, de forma a garantir a prioridade do atendimento de suas necessidades específicas.

Este processo visa reverter a tendência atual da existência de um melhor acesso àqueles indivíduos ou grupos menos expostos ou de menor risco, principalmente do ponto de vista sócio-econômico, como mostram VICTORA, BARROS & VAUGHAN (1989) em seu trabalho.

A desnutrição infantil é reconhecida como “Problema de Saúde”, em áreas da periferia das grandes metrópoles, como São Paulo, onde as condições sócio-econômicas fornecem o substrato para a ocorrência desta condição (CAMPINO & FARINA, 1986; MONTEIRO, 1988).

A Região de Itaquera se enquadra neste perfil de área periférica carente e, de fato, a elevada prevalência da desnutrição infantil representa importante preocupação para o planejador de saúde, nesta região.

Mais preocupante, ainda, é a perspectiva de que considerável parcela das crianças desnutridas, e provavelmente as mais graves, nem sequer cheguem a ser detectadas e atendidas pelos Serviços de Saúde (UNGLET, 1995).

Na postura estática que assumem os serviços de saúde no modelo Médico-Assistencial, pode-se chegar a conhecer a população atendida pelas unidades assistências, mas não se procura, por outro lado, obter informações acerca daqueles que não chegam a atingir as unidades assistenciais. Desta forma, as estimativas de cobertura se fazem a partir de dados pouco precisos e sem se levar em consideração o risco diferenciado de exposição de indivíduos ou grupos.

Em relação à desnutrição infantil, esta discussão pode ser enunciada na seguinte questão: Serão as crianças de maior risco, ou seja, de estado nutricional mais gravemente comprometido,

aquelas atendidas prioritariamente pelos programas específicos?

As políticas de nutrição exibem, historicamente, uma série de vieses que, em grande parte, comprometem os resultados obtidos através destas ações (LABBATE, 1982).

As auditorias realizadas nos prontuários de crianças inscritas no programa de distribuição de leite em pó revelam que um número considerável destas estão aí incluídas indevidamente, ou seja, fora dos critérios estabelecidos no programa.

Por outro lado, as avaliações dos programas de suplementação alimentar apresentam um desempenho bastante fraco em relação à efetiva recuperação de desnutridos, fato algumas vezes atribuído à diluição de recursos devido a critérios demasiadamente abrangentes inclusão e à excessiva flexibilidade na aplicação destes critérios (BEATON & GASSEMI, 1982; MONTEIRO, BENÍCIO & GANDRA, 1981; SANTOS, 1990; SANTOS FILHO, 1991).

Assim, podemos formular a seguinte hipótese operacional para o processo explicativo da questão levantada: As crianças de estado nutricional mais gravemente comprometido têm seu acesso reduzido aos serviços de saúde em relação à população em geral e às crianças menos afetadas pelo processo da desnutrição infantil, consequentemente aos programas de suplementação alimentar existentes.

Para se elucidar esta questão seria necessário se estimar a ocorrência da desnutrição infantil grave na área de abrangência de uma unidade ou de um distrito.

Isto poderia ser conseguido à custa de um levantamento antropométrico da população, de casa em casa, mas este procedimento pode se revelar custoso, demorado e tecnicamente complexo. Outra alternativa seria a da realização de um “screening”, utilizando um método diagnóstico simples e rápido, porém com boa correlação de resultados com a pesagem das crianças.

A utilização da medição do perímetro braquial com a “fita de Shakkir” ou de “Cimfer” oferece a possibilidade de se obter, com um mínimo de esforço, uma boa estimativa do estado nutricional de crianças. A simplicidade da técnica permite que seja empregada em larga escala por pessoal com um treinamento relativamente simples e de forma rápida a baixo custo operacional.

Os trabalhos de MONTEIRO (1984; 1981) e LERNER (1985) demonstram a boa correlação entre seu uso e o uso do indicador Peso/Idade (Critério de GOMEZ), sendo o nível de corte adotado bastante específico o que permite esperar um valor preditivo alto, principalmente numa área de alta prevalência da condição (MONTEIRO,

1984). Com isso, o diagnóstico ganha em segurança e precisão, principalmente se estamos priorizando desnutridos mais graves.

A aplicação desta técnica na população coberta pela CAMPÓLIO, permite que se logre atingir virtualmente o universo da população infantil da área, devido à elevada cobertura da campanha, garantida por forte esquema publicitário e por uma tradição cultural já firmada em relação a este tipo de evento.

Este procedimento, bastante simples, até mesmo um tanto singelo, permite, entretanto, obter-se uma ótima estimativa do número de casos existentes e de sua localização territorial dentro da área de abrangência das unidades ou do distrito sanitário. Desta forma, logra-se construir as bases para um planejamento de atuação baseado no modelo de "Vigilância à Saúde", com a base territorial das Unidades ou do distrito Sanitário, e das informações obtidas do estudo dos casos detectados, realizado a partir das unidades com o apoio gerencial e técnico das equipes distritais.

OBJETIVO GERAL

Detectar e localizar geograficamente, dentro da área de abrangência do Distrito Sanitário de Itaquera, as crianças de 6 meses a 60 meses, suspeitas de desnutrição grave ou de grave a moderada, e estimar o acesso destas aos programas de distribuição de leite em pó na região.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Medir o perímetro braquial do universo das crianças de 6 meses a 60 meses de idade durante a realização da Campanha Nacional de Vacinação Antipoliomielite, na área de abrangência do Distrito de Saúde de Itaquera.

Localizar e plotar em um mapa da região todas as crianças detectadas, comparando sua distribuição com as áreas de risco sócio-econômico, previamente estabelecido por um levantamento anteriormente realizado.

- Comparar a lista de crianças obtidas com as listas de crianças atendidas no mesmo período (mês de junho de 1991) pelos serviços de saúde na distribuição de leite em pó.

MATERIAL E MÉTODOS

A medição do perímetro braquial foi realizada utilizando-se "Fitas de Cimfer" de material inextensível, fornecidas pelo LINICEF, sendo

adotado como nível de corte 12,5 cm para crianças de 6 a 30 meses e 13,5 cm para crianças de 30 a 60 meses.

As medidas foram obtidas do meio do braço estendido de todas as crianças que compareceram aos vários postos de vacinação fixos e volantes, estabelecidos no Distrito de Itaquera. Os medidores foram profissionais de Saúde, de nível médio e superior, das UBS do Município e do Estado, que receberam um treinamento prévio da técnica empregada e sensibilizados quanto à relevância da pesquisa para o trabalho das UBSs.

Foram anotados em planilhas especialmente confeccionadas os nomes, idades e endereços de todas as crianças triadas por cada posto de vacinação. Nos postos de grande movimento foi empregado duas duplas de medidores e anotadores, para não interferir no curso da vacinação.

Todas as crianças triadas receberam uma filipeta, encaminhando-a para a unidade de saúde mais próxima para posterior acompanhamento e confirmação diagnóstica.

As unidades de saúde estaduais e municipais forneceram, posteriormente, a lista das crianças que receberam leite em pó no mês junho de 1991, correspondente à campanha. Estas listas foram comparadas com a listagem das crianças na pesquisa.

Os dados obtidos foram plotados em mapa da região onde, previamente, estavam desenhadas as áreas de abrangência das unidades e as micro-áreas de risco determinadas no interior de cada uma destas áreas.

A plotação foi realizada por um grupo de contínuos-porteiros e zeladores das UBS, por conhecerem pessoalmente os moradores da região, – de outro modo de difícil acesso devido ao tipo de arruamento –, com o apoio do Guia da Cidade de São Paulo.

Os dados de crianças fora da área do distrito foram expurgados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram triadas 217 crianças de 6 a 60 meses de idade distribuídas por toda a área do distrito, com concentração marcante em algumas micro-áreas de risco, principalmente favelas e mutirões de moradias populares. Observa-se esta distribuição na Tabela 1.

Observa-se que as crianças triadas distribuem-se de forma bastante diferenciada dentro das áreas de abrangência das UBSs, comprovando a territorialidade, isto é, a possibilidade de se eleger micro-áreas prioritárias dentro do microcosmo das áreas de abrangência, onde se localizam aque-

Tabela 1: Frequência de crianças triadas distribuídas por área de abrangência das UBSs e por “Micro-Áreas de Risco” no DS de Itaquera, São Paulo, 1991.

Área de Abrangên.	Micro-Área										Total	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
“Estado” I	56											56
São Pedro		9	17	2	15	2	4					49
Boni II		6	1									9
Boni III		2	2	9			2					15
Progresso			1	6					21			28
Regina				5						18		23
Santana		10	4	1	11		11					49
Total												217

las populações mais expostas do ponto de vista epidemiológico.

As UBSs, sob responsabilidade da Secretaria do Estado da Saúde, não foram “territorializadas”; não possuem, portanto, o desenho de suas micro-áreas de risco ou a delimitação das áreas de abrangência sob a responsabilidade de cada uma. Para efeito deste trabalho, foram rotuladas de “ESTADO” e as crianças detectadas foram atribuídas à microárea “0”.

A comparação com as listas da distribuição de leite em pó obtidas nas UBSs de todo o distrito revelou que apenas 56 (25,81 %) receberam leite em pó no mesmo período em que foram detectadas junho de 1991), sendo que 4 (1,84 %) receberam o produto em mais de uma UBS simultaneamente.

Estes resultados surpreendem uma vez que, devido ao nível de corte adotado, este critério é bastante específico, com um valor preditivo bastante alto em relação à desnutrição nas formas graves e moderadas/grave. A baixa cobertura dos programas de distribuição de leite em pó em relação a esta população de risco revela que o acesso deve ser bastante dificultado, por condições geográficas, sociais, culturais ou relativas à estrutura e ao funcionamento dos serviços de saúde (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição das crianças que receberam leite, entre o total triado, no mês de Junho de 1991, nas UBSs do Distrito de Saúde de Itaquera por Sexo e Faixa Etária.

Faixa Etária (Anos)						Total
	Sexo	1	2	3	4	
Fem.	4	8	10	7	5	14
Masc.	4	5	4	7	2	22
Total	8	13	14	14	7	56

Este é um retrato do que pode haver de pior. Operamos um programa que atinge majoritariamente crianças desnutridas leves ou mesmo

eutróficas, consumindo enormes e preciosos recursos, enquanto as desnutridas de formas mais graves permanecem, na sua maioria, afastadas dos programas e serviços.

O falo de crianças receberem leite em mais de uma UBS é expediente bastante conhecido e encontrado eventualmente na rotina das UBSs. O usuário pode tentar aumentar a disponibilidade do produto para sua família, já que as cotas são consideravelmente reduzidas em relação às necessidades destes.

CONCLUSÕES

A partir da realização deste trabalho foi possível concluir que:

- A medição do perímetro braquial com as fitas de Shakkir e/ou de Cimfer é técnica operacionalmente simples e de fácil operacionalização, possibilitando a realização de “screenings” para desnutridos, principalmente aproveitando-se eventos como a CAMPÓLIO.
- Os dados assim obtidos podem ser plotados com razoável facilidade, permitindo a construção de um “Mapa da Desnutrição” de determinada Área de Abrangência.
- O mapa da desnutrição mostrou haver importante coincidência entre as concentrações de crianças desnutridas e “áreas de risco” detectadas em pesquisa sócio-econômica corroborando outros achados da literatura.
- Através desta técnica se observou que apenas um pequeno contingente das crianças desnutridas de formas mais graves, (25.8%) tiveram acesso efetivamente aos programas sociais como o de distribuição de leite em pó para desnutridos.
- Recomenda-se esta técnica para que se possa planejar e executar ações de saúde dentro e fora dos serviços de saúde, priorizando os tra-

balhos de promoção de saúde, de forma interdisciplinar e multisetorial, baseados em um planejamento ascendente a partir das diversas

UBSs envolvidas, até os Distritos de Saúde, Instâncias Regionais, Secretarias Municipais e Estaduais.

Abstract: A screening test for infant malnutrition detection was performed using the arm circumference measurement on children between six months and five years of age in the district of Itaquera, periphery of the city of São Paulo, Brazil, during the Poliomyelitis vaccination national day, June 1991. Screened children had name, age and address noted down for location in a map of the district previously divided by arcas covered by the district's basic health units and by socio-economic risk arcas, designed by the units' technical staff. Obtained data were compared with the supplementation feeding program map of the same period of time, June 1991. Tried children were distributed by the entire region, concentrating on the micro arcas that had the biggest socioeconomic risk. It was found that 25.81% of the tried children received milk powder from the supplementation programs in that period. The conclusion leads to the simplicity of the screening method in order to virtually find the universe of malnourished children of the district in order to extend the program to those children that have no access to the health units of the region.

Key words: screening; arm circumference; malnutrition; feeding programs.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BEATON, G. H.; GASSEMI, H. *Supplementary feeding program for young children in developing countries*. Am. J. Clin. Nutr., 35 Suppl.: 863-915, 1982.
- CAMPINO, A. C. C. ; FARINA, E. M. M. Aspectos sócio-econômicos da desnutrição no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 20: 83-101, 1986.
- L'ABBATE, S. Fome e desnutrição: os descaminhos da política social. São Paulo, 1982. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP].
- LERNER, B. R. Validação da "Fita de Shakir" na avaliação do estado nutricional de pré-escolares. São Paulo, 1985. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- MONTEIRO, C. A. Epidemiologia da desnutrição proteico-calórica em núcleos rurais do Vale do Ribeira. São Paulo, 1977. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- MONTEIRO, C. A. Critérios antropométricos no diagnóstico da desnutrição em programas de suplementação em programas de assistência à criança. *Rev. Saúde Pública*, 18: 209-17, 1984.
- MONTEIRO, C.A. Recentes mudanças propostas na avaliação antropométrica do estado nutricional infantil: uma avaliação crítica. *Rev. Saúde Pública*, 20: 446-53, 1984.
- MONTEIRO, C.A. *Saúde e nutrição das crianças de São Paulo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1988.
- MONTEIRO, C.A.; BENICIO, M.H.D.; GANDRA, Y.R. Uso da medição do perímetro braquial na detecção do estado nutricional do pré-escolar. *Rev. Saúde Pública*, 15 supl: 48-63, 1981.
- RODRIGUEZ JR, N. Distribuição de leite em pó pela Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo uma contribuição para a reestruturação desta atividade. São Paulo, 1991. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- SANTOS, H. A recuperação nutricional como atividade do programa de assistência integral à saúde da criança: avaliação de aspectos operacionais e de impacto nutricional em uma unidade de saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo, 1990. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- SANTOS FILHO, E. Avaliação operacional das atividades de recuperação nutricional em duas unidades básicas de saúde do Município de Santos - SP. São Paulo, 1991. [Dissertação de Mestrado Faculdade de Saúde Pública da USP].
- UNGLET, C.V. S. Territorialização em saúde: a conquista do espaço local enquanto prática do planejamento ascendente. São Paulo, 1995. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].
- VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; VAUGHAN, J. P. *Epidemiologia da desigualdade: um estudo longitudinal de 6000 crianças brasileiras*. São Paulo: Hucitec, 1989.

Recebido em 10/10/1999
Modificado em 08/06/2000