N^0 248 Sexta-feira, 30 dez 1994.

MINISTÁRIO DA SAÚDE

GABINETE DO MINISTRO

Portaria N° 2.160, de 29 de Dezembro de 1994

O Ministro do Estado da Saúde, no uso de suas atribuições legais resolve:

Art. 1° Criar, no Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), o Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A.

Art. 2° Aprovar as diretrizes e as estratégias do Programa Nacional de Controle das Deficiências de Vitamina A, expressa no anexo I dessa Portaria.

Art. 3° Instituir Grupo Técnico–Executivo, sob a coordenação do INAN, formado por representantes deste, do COMIN, do PNI e do PACS, com a finalidade de planejar, coordenar, supervisionar e controlar as atividades do Programa em nível nacional.

Art. 4° Instituir um Comitê Assessor do Programa a ser designado por portaria do Presidente do INAN.

Art. 5° Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HENRIQUE SANTILLO

ANEXO I

1) INTRODUÇÃO

A vitamina A é um micronutriente com funções relacionadas à visão, diferenciação celular, crescimento, reprodução e sistemas imunológicos.

A carência de vitamina A é, ainda, um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo subdesenvolvido e esta comprovadamente associada à xeroftalmia, que pode evoluir até a cegueira. Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde, em 1991, quase 14 milhões de crianças, no mundo, apresentavam lesões oculares pela falta de vitamina A. A deficiência desta vitamina tem sido também associada a uma maior susceptibilidade as infecções, e estudos recentes têm mostrado a associação entre esta deficiência e a mortalidade infantil.

O Nordeste está identificado como uma das áreas de carência de vitamina A mais importante da América Latina. Alguns estados desta região mostram, em levantamentos bioquímicos, taxas de prevalência de retinol sérico abaixo de

20mcg para mais de 40% da população infantil. Além do Nordeste, são consideradas endêmicas no Brasil o Vale do Jequitinhonha, no Estado de Minas Gerais, e o Vale do Ribeira, no Estado de São Paulo, o que totaliza, em 1994, 6.5000.000 crianças de 6 a 59 meses como alvo das atividades de suplementação.

É possível que a hipovitaminose A ocorra, em níveis importantes, em outras regiões do País que não tenham sido ainda estudadas, tais como bolsões de pobreza espalhados por todo o País, principalmente nas áreas periféricas das grandes cidades e nas zonas mais pobres do meio rural.

A carência da vitamina A foi considerada como um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo pela conferência sobre má nutrição por micronutrientes, promovida pela UNICEF/OMS (Montréal – 1998). O Brasil, em 1990, assumiu junto a mais de cem países, na Reunião de Cúpula de Nova York sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento das Crianças, que até 2000 chegaria ao controle da deficiência de vitamina A e suas conseqüências, inclusive da cegueira xeroftálmica. Esta posição foi referendada em 1992, na Conferência Internacional sobre Nutrição, promovida pela FAO/OMS, em Roma.

Dentre as medidas de combate à deficiência de vitamina A, destacam-se a suplementação com doses maciças de vitamina A em intervalos regulares, a educação da comunidade para o aumento do consumo de alimentos ricos em vitamina A, muitos deles de custo bastante acessível mesmo para populações carentes, e a promoção do aleitamento materno.

A suplementação de crianças de 6 a 59 meses com vitamina A tem se mostrado a medida mais eficaz no controle da xeroftalmia e cegueira xeroftálmica, além de extremamente promissora como medida de diminuição da mortalidade e morbidade. No tocante à mortalidade, um estudo recente de metanálise concluiu que, em média, 20% da redução da mortalidade na região estudada pode ser atribuída à suplementação com vitamina A e que o maior efeito parece ter sido na diminuição do número de mortes por doenças diarreicas. O único estudo realizado no Nordeste do Brasil, avaliando o impacto da suplementação com vitamina A sobre a ocorrência de infecções em crianças de 6 meses a 5 anos de idade, mostrou um efeito positivo sobre a ocorrência de diarréia, alcançando uma redução de 23% dos episódios severos.

Como estratégia operacional, racional e econômica, a suplementação com vitamina A tem sido associada ao programa de vacinação em todo o mundo. Além de ser incluída no calendário de rotina, tem feito parte de campanhas periódicas de vacinação.

2) OBJETIVOS DO PROGRAMA

O Programa de Controle da Deficiência de Vitamina A tem como objetivos específicos:

a) Garantir a eliminação da deficiência de vitamina A como um problema de saúde pública em áreas de risco no Brasil.
b) Assegurar a suplementação com doses maciças de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade, residentes nas áreas de risco.
c) Ampliar o conhecimento das famílias residentes em áreas de risco sobre a deficiência de vitamina A, visando ao aumento do consumo de alimentos ricos em vitamina A.
d) Desenvolver um processo de comunicação social para a popularização da importância da vitamina A e conseqüências de sua deficiência.
e) Estabelecer um sistema de monitoramento do Programa que permita sua avaliação.

3) ESTRATÉGIAS

3.1) Distribuição de doses maciças de vitamina A em áreas endêmicas.

3.1.1) Crianças de 6 a 59 meses.

Para esta suplementação, a ser realizada em colaboração com o Programa Nacional de Imunização, será utilizada a vitamina A na forma líquida diluída em óleo de amendoim e acrescida de vitamina E, na dosagem de 1000.000 UI para crianças de 6 a 11 meses e de 200.000 UI a partir dos 12 meses.

A distribuição do suplemento vitaminico deve fazer parte da rotina dos serviços de vacinação e das campanhas. Esta estratégia permitirá a aplicação de vitamina A naquelas crianças que não têm acesso aos serviços de saúde, geralmente as mais carentes, e ampliará a faixa etária a ser atendida até 5 anos.

3.1.2) Nutrizes

Toda mulher, até um máximo de 4 semanas após o parto, deverá receber uma dose de 200.000 UI de vitamina A, garantindo, assim, níveis adequados de vitamina no leite materno até o recém-nascido atinja os 6 meses de idade. Todas as maternidades, centros e postos de saúde deverão receber instruções, treinamento e material para esta atividade.

A suplementação de vitamina A à mãe deverá ser confirmada no seu primeiro contato com os serviços de saúde primário após o parto. No caso de não ter sido efetuada na maternidade, o centro/posto de saúde aplicará a vitamina, notificando a maternidade onde ocorreu o parto, em impresso próprio padronizado pelo INAN.

3.1.3) Crianças com infecções e desnutrição grave

Suplementos de vitamina A serão aplicados em áreas endêmicas nas crianças de 6 a 59 meses que apresentem sarampo, desnutrição grave, diarréia

aguda ou prolongada ou infecções respiratórias agudas, desde que não tenham recebido o suplemento nos últimos 4 meses.

Estas crianças apresentam um alto risco de desenvolvimento de sinais oculares de deficiência de vitamina A. As doses a serem aplicadas são as mesmas da rotina: 100.000 UI para crianças de 6 a 11 meses e 200.000 UI para crianças de 12 a 59 meses.

3.2) Mapeamento da Deficiência de Vitamina A no País.

O segundo componente do Programa de Controle da Deficiência de Vitamina A deve ser o mapeamento do problema no País, através de:

3.2.1) **Mapeamento de áreas de risco.**

Recomenda-se a utilização da metodologia de indicadores ecológicos e demográficos para áreas e populações de risco de deficiência de vitamina A.

3.2.2) **Confirmação biológica de áreas de risco.**

As áreas de risco identificadas devem ser agrupadas por características de risco. Em cada grupamento de áreas de risco serão escolhidos aleatoriamente 10% dos municípios/regionais incluídas. Em todas estas se efetuará o levantamento de indicadores biológicos de deficiência clínica e subclínica de vitamina A, em crianças de 6 a 71 meses de idade.

Prevalências de um indicador biológico de deficiência clínica ou subclínica de vitamina A acima da prevalência máxima aceitável caracterizarão a endemicidade da área. Mais de 30% dos municípios do grupamento considerados endêmicos caracterizarão a endemicidade de todos o grupamento que será, imediatamente, incluído como alvo da suplementação.

3.2.3) **Monitoramento das áreas de risco**

Todos os municípios escolhidos aleatoriamente consistirão áreas sentimentais e serão reinvestigados anualmente, na mesma época do ano do estudo de base, para os indicadores biológicos de deficiências clínicas e subclínica de vitamina A.

No quarto ano de implantação do Programa deverá ser repetido o mapeamento das áreas de risco com indicadores ecológicos e demográficos. A repetição anual desta análise não se justifica, tendo em vista que as alterações nestes indicadores são mais lentas.

3.3) **Atividades de Informação, Educação e Comunicação.**

Para o combate à deficiência de vitamina A em longo prazo é necessário que as famílias em risco reconheçam esta deficiência como um problema de saúde e assumam a co-resonsabilidade pela adoção de medidas preventivas.

Para que sejam atingidas modificações dietéticas consistentes e duradouras é necessária a implantação de atividades de informação e educação nutricional baseadas na comunidade e nas quais as mulheres tenham um lugar central.

Para maior efetividade, as atividades de informação, educação e comunicação deverão ser precedidas de investigações etnográficas sobre o conhecimento, atitudes, crenças e práticas das mulheres grávidas, nutrizes, e mães de pré-escolares das regiões endêmicas em relação a alimentos regionais ricos em vitamina A. Materiais informativos e educativos regionaloizados enfocando apenas um ou dois dos principais alimentos ricos em vitamina A por região endêmica serão, então, produzidos.

3.4) Atividades de Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a avaliação serão desenvolvidos a partir da análise periódica conjunta de 3 feixes de evidências relativas ao grau de funcionamento dos processos, aos efeitos biológicos e à eficácia da suplementação sobre a mortalidade e morbidade infantis.

3.5) Atividades de Treinamento de Recursos Humanos.

O INAN coordenará as atividades de treinamento de recursos humanos para todas as atividades do Programa. Será produzido e distribuído o Manual de Normas Técnicas para o combate à Deficiência de Vitamina A, acompanhado por um vídeo educativo a ser utilizado por monitores.

O treinamento será em cascata com o treinamento direto pelo INAN, de coordenadores estaduais de 5 áreas de trabalho: Coordenadores Estaduais do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional; Coordenadores Estaduais de Saúde Materno-Infantil; Coordenadores Estaduais de Imunizações; Coordenadores Estaduais de Agentes Comunitários de Saúde; Coordenadores Estaduais da Pastoral da Criança.

3.6) Atividade de Fortificação de Alimentos

O enriquecimento de alimentos com vitamina A tem sido praticado extensamente em vários países. No mundo desenvolvido, uma série de produtos de laticínio e margarinas é rotineiramente enriquecida.

Nos países em desenvolvimento o enriquecimento de vários alimentos tem sido tentado como medida de saúde pública para a prevenção dos distúrbios causados pela carência de vitamina A. Os exemplos mais significativos são o enriquecimento do açúcar na Guatemala, do glutamato monosódico nas Filipinas, do leite em pó desnatado doado pelo Programa Mundial de Alimentos e, mais recentemente, da farinha de milho na Venezuela.

O INAN deverá desenvolver estudos sobre a viabilidade técnica e econômica da fortificação de produtos de consumo de massa com vitamina A. Entre os produtos em estudo deverão estar a farinha de trigo, o açúcar refinado e até mesmo o sal. Este grupo de trabalho deverá contar com representantes das indústrias de alimentos, dos setores de pesquisa em tecnologia de alimentos, da vigilância sanitária de alimentos, de organizações internacionais e do Ministério da Saúde.