

## Discussão dos Estudos Bioquímicos de Hipovitaminose "A"\*

*Maria do Socorro Silva Lima\*\**

Sendo a avaliação bioquímica da vitamina A, o objeto de estudo que aqui se apresenta, trago algumas considerações que espero contribuam aos questionamentos, a partir de uma leitura onde tentei resgatar o que apreendi como mais relevante, em função do tempo em que se apresenta minha intervenção nesta mesa.

É incontestável a efetividade dos estudos bioquímicos como método mais seguro para avaliação nutricional.

No caso de investigação das carências específicas revestem-se esses estudos de peculiar eficácia sobre os demais, não apenas pelo fato de surpreender as deficiências nutricionais antes de suas manifestações clínicas, mas de diferenciá-las na medida em que alguns sinais e sintomas são comuns a várias determinações.

As dificuldades operacionais e o custo em geral desses estudos é que são fatores limitantes para a maior frequência de sua utilização, seja a nível de avaliação de programas, de diagnóstico ou para vigilância nutricional.

Trago a esta discussão, uma avaliação dos estudos mais recentes (80-86) realizados neste país, constantes do último relato do Inan sobre o assunto em apreço.

Na tentativa de efetuar essa avaliação, utilizei ainda como referências para minha leitura a tese da professora Florisbela, o relatório sobre a reunião da Indonésia em 1980 e outros títulos igualmente importantes para compreensão do assunto.

Com relação aos estudos nacionais, tenho as seguintes observações, sobre os dados bioquímicos e suas discussões:

- 1 — No que se refere a determinação do retinol sérico, o citado documento do Inan, não explicita o método que foi utilizado para todos os estudos, impossibilitando, portanto, uma comparação mais precisa; sei entretanto por informações pessoais que, na tentativa de padronização, foi utilizado, a partir dos laboratórios, referência a nível de Norte e Nordeste, o método Berssey Lowry.

Neste sentido este foi um marco de avanço nos estudos da hipovitaminose A neste país, pois os raros trabalhos

\* *Mesa-redonda do Seminário Internacional sobre Avanços em Vitamina A, realizado em Brasília, em setembro/86.*

\*\* *Professora do Departamento de Saúde Coletiva e Nutrição da UFRN.*

antes de 1980, tiveram diversos métodos para o diagnóstico dessa carência.

2 - Com relação aos achados nos 10 estudos do período 80-86, verifica-se ser a hipovitaminose A um dos graves problemas de saúde pública a contribuir para o dramático perfil epidemiológico brasileiro.

Devo esclarecer que refiro-me a 3 estudos realizados em São Paulo, 1 em Minas Gerais, 2 em Recife, 1 na Paraíba, 2 no Rio Grande do Norte e 1 no Pará. Observo ainda que os do Rio Grande do Norte não constam no relato do Inan. O primeiro deles financiado pelo CNPq, realizado em Natal em 1982, sob a nossa coordenação e a consultoria dos Drs. Flores e Malaquias (o qual teve sua abrangência reduzida por questões de recurso de 600 crianças para 200), tabelas 1 e 2. O ponto de corte foi 30mg/dl e a prevalência foi de 17%.

O segundo encontra-se em fase de tabulação e ainda não foi publicado, portanto não se inclui em nossos questionamentos.

3 - Avaliação e a proximidade ao zero do ponto de corte (30mg a 20) para se estabelecer a deficiência e o índice de prevalência crítico. Citando de (Florisbela 1983, pag. 11) os níveis plasmáticos de retinol não refletem níveis intermediários de reserva hepática, pois os valores circulantes abaixo de 10mg/dl só aparecem quando as reservas se esgotam, coincidindo com os sinais de xerofthalmia e queratomalacia... os níveis entre 10 e 30 mg/dl são de difícil interpretação. Daí pergunto aos senhores:

a) Se usarmos este limite (30mg) segundo as afirmações acima, estaríamos ou não, ocultando os riscos das interveniências dos stress patológicos tão frequentes para estas crianças?

b) E o risco de se estabelecer limites mínimos para requerimentos e reservas nutricionais, como se a condição humana devesse ter estágios para aguardar uma intervenção que pode chegar muito tarde? Esta falta de padronização de um ponto de corte, mais próximo de 50mg me parece de pouca efetividade como sinal de alarme para justificativa de uma ação em saúde pública.

4 - Outra questão que se coloca é sobre uma evidência que encontrei nas discussões desses estudos de que a hipovitaminose A, não está associada à D.E.P. pelo fato de algumas evidências terem apontado a pouca relação entre a avaliação antropométrica da D.E.P. e a avaliação bioquímica da Vit. A, como se pudessemos extrapolar para o geral algumas particularidades de correlação antropométrica x bioquímica, (ta-

belas 9 e 10). No nosso entendimento, isto é perigoso porque:

a) Carece de uma confrontação bioquímica para a avaliação de proteínas totais e Vit. "A".

b) Isola e fragmenta o problema, abrindo portas para programas verticais específicos, fugindo assim à lógica dominante atual, na área de saúde coletiva de integrar as ações de saúde.

5 - A exposição dos dados apesar de contundentes de per se, sem a explicação dos reais determinantes sociais da doença, anacroniza a exposição e fragmenta a análise da questão na medida em que omite as condições materiais de vida de 80% da nossa população. Isto em ciência é abstração porque não relaciona os indivíduos e as classes sociais com os meios de produção. Refiro-me à constante explicação para determinação do problema nesses estudos de que a desnutrição e as demais doenças sociais são "Produto da ignorância nutricional das mães", conforme se lê em muitos relatórios, uma afirmação para nós, de fim de século!

Seria este posicionamento o que trata o relatório de Flores quando se refere "a visão clínica e visão básica"? Que significa isto?

O positivismo x estruturalismo.

Concluindo, reforço as proposições de se padronizar:

- 1) O método.
- 2) A revisão do ponto de corte para cima de 30mg e do índice crítico de prevalência.
- 3) O período de estudos populacionais para efeito de programas.
- 4) Amostras mínimas para diagnóstico de significância estatística para implantação e avaliação de programas.
- 5) Que, onde e quando sejam necessárias as intervenções com o suplemento nutricional, se faça através das ações integradas em saúde, desde que se esclareçam devidamente a família-alvo e a população sobre os reais determinantes do problema nutricional e da necessidade dessa intervenção.
- 6) Que o INAN assuma de imediato, a ação do enriquecimento alimentar do leite, com Vit. A distribuída nos programas de suplementação do Governo.