

Publicação Oficial da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso Do Sul

Revista de Saúde Pública

de Mato Grosso do Sul

ISSN 1981-9722

PERFIL DOS FREQUENTADORES DO CAPSAD DE CAMPO GRANDE-MS

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA PARA CRIANÇAS
E ADOLESCENTES COM PROBLEMA DE OBESIDADE

OPINIÃO DOS USUÁRIOS SOBRE ALIMENTAÇÃO
OVOLACTOVEGETARIANA EM AMBIENTE HOSPITALAR

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: ATITUDES E SABERES DOS
ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA ESTADUAL FRENTE AO SEXO SEGURO

PREVALÊNCIA DA DOENÇA CÁRIE E NECESSIDADE DE TRATAMENTO
EM MULHERES E CRIANÇAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO
MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS

AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS PROVENIENTES DAS UNIDADES
BÁSICAS DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL, BRASIL

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM AMAMBAI-MS

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A GESTANTES USUÁRIAS DO SUS:
DIFERENÇAS ENTRE DOIS GRUPOS

ANÁLISE DA TAXA DE INAPTIDÃO SOROLÓGICA EM CAMPANHAS
EXTERNAS REALIZADAS PELO
CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
DE MATO GROSSO DO SUL - HEMOSUL,
NO PERÍODO DE 2002 A 2007

RISCOS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES
DO SEXO FEMININO EM ESCOLAS PÚBLICAS
E PRIVADAS DE CAMPO GRANDE-MS

PREVALÊNCIA DE PÉ PLANO EM CRIANÇAS NA FAIXA
ETÁRIA DE 10 ANOS DE UMA ESCOLA DE
ENSINO FUNDAMENTAL DE DOURADOS-MS

Governador do Estado

André Puccinelli

Secretária de Estado de Saúde

Beatriz Figueiredo Dobashi

Coordenador Estadual de Educação na Saúde

Milton Miranda Soares

Diretora da Escola de Saúde Pública

Dr. Jorge David Nasser

Mariza Pereira Santos

Governo do Estado de Mato Grosso do Sul

www.ms.gov.br

Secretaria de Estado de Saúde

www.saude.ms.gov.br

gabinete.ses@saude.ms.gov.br

Escola de Saúde Pública 'Dr. Jorge David Nasser'

secesp@net.ms.gov.br

direcaoesp@saude.ms.gov.br

Revista de
Saúde Pública
de Mato Grosso do Sul

V.3, n.2, 2009

EXPEDIENTE

Conselho Editorial:

Prof^a. Ms. Cleudir Pereira Barbier.
Prof. Ms. Edgar Oshiro.
Prof. Ms. Joel Saraiva Ferreira.
Prof^a. Dr^a. Maria de Lourdes Oshiro.
Prof^a. Ms. Marina Lopes Fontoura Mateus.
Prof^a. Ms. Mariza Pereira Santos.
Prof^a. Ms. Mirela Gardenal.

Avaliadores Ad Hoc:

Prof^a. Dr^a. Ana Maria Figueiredo - GTVISA ABRASCO.
Prof^a. Dr^a. Cibele de Moura Sales - UEMS.
Prof^a. Dr^a. Dulce Lopes Barboza Ribas - UFMS.
Prof^a. Dr^a. Dulce Regina dos Santos Pedrossian - UFMS.
Prof^a. Dr^a. Flávia Aparecida Chaves Furlaneto - FOA/UNESP.
Prof^a. Dr^a. Joana Soares Arruda - UNIDERP.
Prof^a. Dr^a. Laise Daniela C. Guerisoli - SOEBRAS e FAB.
Prof^a. Dr^a. Margarete Knoch Mendonça - UFMS.
Prof^a. Dr^a. Marisa Dias Rolan Loureiro - UFMS.
Prof. Dr. Paulo Duarte de Carvalho Amarante - ENSP/FIOCRUZ.
Prof. Dr. Rogério Dias Renovato - UEMS.
Prof^a. Dr^a. Sônia Maria de Oliveira Andrade - UFMS.
Prof^a. Dr^a. Suely Aparecida Correa Antonialli - LACEN/SES/MS.
Prof^a. Dr^a. Suzi Rosa Miziara Barbosa - UFMS.

Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul / Escola de Saúde Pública
Dr. Jorge David Nasser. v.3, n.2, 2009. Campo Grande: Escola de Saúde Pública
Dr. Jorge David Nasser, 2009.

Semestral
ISSN 1981-9722

1. Saúde Pública - MS - Periódico I. Título.

CDD (21) 614

A Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul é uma publicação semestral da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser, da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso do Sul.

Endereço para correspondência:

Av. Senador Filinto Muller, nº 1480 - Vila Ipiranga
CEP 79074-460
Campo Grande-MS

Fones: (67) 3345 8000 / 3345 8009.

E-mail: revistasp@saude.ms.gov.br.

SUMÁRIO

<i>EDITORIAL</i>	09
<i>PERFIL DOS FREQUENTADORES DO CAPSAD DE CAMPO GRANDE-MS The profile of the attendees CAPSad Campo Grande-MS</i>	
Aline Aparecida de Oliveira Luciana Contrera Moreno - UFMS Priscila Maria Marcheti Fiorin - UNIDERP Rodrigo Dalla Pria Balejo - UNIDERP	11
<i>REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PROBLEMA DE OBESIDADE Social representations of health and illness for children and adolescents with obesity problems</i>	19
Lucila Serejo de Freitas Garcia Angela Elizabeth Lapa Coêlho - UCDB Pamela Staliano - UnB	
<i>OPINIÃO DOS USUÁRIOS SOBRE ALIMENTAÇÃO OVOLACTOVEGETARIANA EM AMBIENTE HOSPITALAR Opinion of users on feeding lacto-ovo vegetarianism in environment hospital</i>	29
Mônica Rondon Pereira Saigali - UNIDERP Osvaldinete Lopes de Oliveira - UFMS	
<i>DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: ATITUDES E SABERES DOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA ESTADUAL FRENTE AO SEXO SEGURO Sexually transmitted diseases: attitudes and knowledge of adolescents of a state school front of safe sex</i>	37
Maria Zélia de Sousa Oliveira - UNIGRAN Érika Kaneta Ferri - UNIGRAN/UEMS Cássia Barbosa Reis - UEMS	
<i>PREVALÊNCIA DA DOENÇA CÁRIE E NECESSIDADE DE TRATAMENTO EM MULHERES E CRIANÇAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS Prevalence of caries disease and need for treatment in women and children enrolled at the family health strategy in Campo Grande-MS</i>	47
Luana Bertagnolli Gonçalves - UFMS Janaina Rodrigues Lopes da Silva - UFMS Marina de Almeida Romanini - UFMS Alessandro Diogo De Carli - UFMS Valéria Rodrigues de Lacerda - UFMS	
<i>AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS PROVENIENTES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL, BRASIL Evaluation of medical prescriptions from health basic units of Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil</i>	55
Rita de Cássia Gomes Bernardes Cunha - SESAU, Campo Grande - MS Elenir Rose Cury Pontes - UFMS Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal - UFMS Maria Beatriz Cardoso Ferreira - UFRGS Mônica Cristina Toffoli Kadri - UFMS	

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM AMAMBAI-MS
The epidemiological profile of tuberculosis in Amambai-MS

59

Tatiana Scheidt - Secretaria Municipal de Saúde de Amambai
Pollyanna Kássia de Oliveira Borges - UNIGRAN
Cibele de Moura Sales - UEMS
Wesley Sousa Borges - UNIGRAN

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A GESTANTES USUÁRIAS DO SUS:
DIFERENÇAS ENTRE DOIS GRUPOS
Dental care in pregnancy SUS users: differences between two groups

69

Elizandra de Queiroz Venancio - Secretaria Municipal de Saúde de Dourados-MS
Ana Carolina Acevedo-Poppe - UnB.
Lilian Marly de Paula - UnB.

ANÁLISE DA TAXA DE INAPTIDÃO SOROLÓGICA EM CAMPANHAS
EXTERNAS REALIZADAS PELO
CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA
DE MATO GROSSO DO SUL - HEMOSUL,
NO PERÍODO DE 2002 A 2007
Analysis the serological inability rate in external campaigns
performed by the center of hematology and hemotherapy
of Mato Grosso do Sul - HEMOSUL, in the period of 2002 to 2007

77

Ana Cláudia Seixas Formiga - HEMOSUL
Marina Sawada Torres - HEMOSUL

RISCOS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES
DO SEXO FEMININO EM ESCOLAS PÚBLICAS
E PRIVADAS DE CAMPO GRANDE-MS
Risks of eating disorders in adolescents women's sex in
the public and private schools in Campo Grande-MS

85

Jacqueline Moreira Menezes - UNIDERP
Natalia de Oliveira Lima - UNIDERP
Osvaldinete Lopes de Oliveira - UNIDERP

PREVALÊNCIA DE PÉ PLANO EM CRIANÇAS NA FAIXA
ETÁRIA DE 10 ANOS DE UMA ESCOLA DE
ENSINO FUNDAMENTAL DE DOURADOS-MS
Prevalence of flat foot in children at the
age of 10 years in a primary school of Dourados - MS

93

Thais Duarte Felice - UNIGRAN
Joici Adriana Antoniazco Batistão Ribeiro - UNIGRAN
Raphaella Oliveira Ramos Ishizuka - UNIGRAN
Gabriela De Los Rios Vilhalva - UNIGRAN

NORMAS PARA PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS

97

Revista de
Saúde Pública

v.3, n.2, 2009 • de Mato Grosso do Sul

v.3, n.2, 2009



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

EDITORIAL

Neste número da Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul, podemos evidenciar a diversidade e amplitude do campo da saúde pública/coletiva contempladas nos trabalhos aqui publicados. Quando enxergamos a saúde de forma ampliada, não são considerados apenas os aspectos biológicos. Defrontamo-nos com a necessidade imperiosa de considerar as condições sócio-econômicas, culturais, psicológicas, ecológicas e políticas da população. Nesse contexto, demanda a interdisciplinaridade, multiprofissionalidade e a necessidade de uma atenção configurada com as variadas interfaces das instituições públicas e da sociedade civil para podermos intervir na promoção, na prevenção e nos cuidados exigidos para a qualidade de vida das pessoas.

Os artigos revelam importantes contribuições e reflexões sobre os problemas de saúde da população a partir de estudos realizados em áreas de conhecimentos que perpassam a saúde mental, saúde de criança e adolescentes, alimentação hospitalar, doenças sexualmente transmissíveis, saúde bucal, uso racional de medicamentos, tuberculose e hematologia.

Podemos notar, especialmente neste número, a participação de autores de várias instituições de ensino na área da saúde, evidenciando apoio e credibilidade a este veículo de divulgação de

Direção da Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul
"Dr. Jorge David Nasser"



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER

PERFIL DOS FREQUENTADORES DO CAPSAD DE CAMPO GRANDE-MS

The profile of the attendees CAPSad Campo Grande-MS

Aline Aparecida de Oliveira

Luciana Contrera Moreno - UFMS

Priscila Maria Marcheti Fiorin - UNIDERP

Rodrigo Dalla Pria Balejo - UNIDERP

RESUMO

Contato: Priscila Maria Marcheti Fiorin (ppfiorin@hotmail.com)

Introdução: O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas visa a prevenção e o tratamento do usuário e família. Objetivos: Os objetivos foram levantar o perfil dos frequentadores do CAPSad, verificar as drogas mais utilizadas, os motivos para o início do uso e identificar o que levaram os pacientes a frequentar o CAPSad. Materiais e métodos: É uma pesquisa epidemiológica seccional, realizada por meio da coleta e análise de dados dos prontuários. Foram analisados 454 prontuários, no período de maio a junho de 2008. Resultados: Os resultados mostram que 87,2% dos pacientes eram do sexo masculino; 27,3% na faixa etária de 41 – 50 anos; 71,5% não viviam com parceiros; 61% possuem bom relacionamento com a família e 59,3% estão desempregados. O tempo de uso das substâncias fica na faixa de 1 a 10 anos com 32,5%, sendo a adolescência a fase de vida que prevalece com 56,4%. O motivo que levou ao início do uso de drogas com 52,3% foram os amigos. O álcool prevalece como substância mais utilizada pelos usuários com 85,5%. Conclusão: Esta pesquisa mostra a necessidade de se desenvolverem ações de prevenção ao uso de drogas desde a infância a adolescência, no qual as ações devem acontecer de uma forma articulada entre os diversos segmentos locais.

Palavras-chave: saúde mental, serviços de saúde mental, transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT

Introduction: The Center for Psychosocial Care Alcohol and drugs aimed at prevention and treatment of user and family. Objectives: The objectives were to raise the profile of the attendees CAPSad, check the most used drugs, the reasons for the initiation of use and identify the patient's reasons to attend the CAPSad. It is a cross sectional epidemiological survey carried out by collecting and analyzing data from medical records. We analyzed 560 medical records for the

INTRODUÇÃO

No passado, a doença mental era associada às crenças espirituais. O conhecimento sobre a doença evoluiu mediante as mudanças culturais e religiosas (NUNES, 2001; TOWNSEND, 2002).

No Brasil, a psiquiatria foi implantada em 1852, e sua prática era totalmente hospitalocêntrica. Esse modelo atingiu seu ponto crítico no final da década de 1950, pois os hospitais encontravam-se superlotados, com o quadro de funcionários defasado, hotelaria em péssimo estado e os pacientes sofrendo maus tratos (AMARANTE, 2003).

No final da década de 1970, os trabalhadores se reuniram pela busca de alternativas com o objetivo de melhorar as condições de trabalho e tratamento na saúde mental. Em 1979 aconteceu o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental em São Paulo, configurando-se como um marco importante para o início da discussão sobre a reformulação das Políticas de Saúde Mental, dando início ao Movimento da Reforma Psiquiátrica, que propunha redução dos leitos psiquiátricos, inclusão da família no tratamento, criação de centros de apoio para a reintegração do doente à sociedade e a luta pelos direitos civis dos pacientes, que foi então apoiada pelo Projeto de Lei nº 3657/89, onde preconizava, além da desospitalização, regular as internações, principalmente as involuntárias (ARANHA E SILVA, 1997; SILVEIRA; ALVES, 2003).

Em 1986, na cidade de São Paulo, surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial - CAPS: Professor Luiz da Rocha Cerqueira, conhecido como CAPS da Rua Itapeva (BRASIL, 2004).

O CAPS é um centro de referência a tratamento de pessoas com transtornos mentais graves e/ou persistentes. Tem por

os motivos que levaram os pacientes a frequentarem o CAPSad.

MATERIAIS E MÉTODOS

Optou-se pelo modelo de pesquisa epidemiológica seccional, realizada por meio da coleta e análise dos dados dos prontuários.

A pesquisa foi realizada no CAPSad Campo Grande - MS. Esse local atende pacientes de todas as idades, de ambos os sexos, com dependência química causada por substâncias psicoativas.

Foram utilizados para a coleta de dados 454 prontuários, dos quais, foram excluídos 282. A população desta pesquisa é composta por 172 prontuários.

Foram inclusos todos os prontuários de pacientes que estão frequentando e/ou já frequentaram o CAPSad; apresentando a APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade) aberta, ou seja, tratamento contínuo.

Foram excluídos todos os prontuários de pacientes que fazem tratamento ambulatorial e dos prontuários que não continham o preenchimento total das variáveis estudadas. Sendo esses: processo de triagem (75), atendimento somente ambulatorial (30), adolescentes menores de 18 anos (35), não constava: a situação ocupacional (40), a escolaridade (30), o motivo do início do uso (27), o tempo de uso (22), substâncias já utilizadas (10) e a idade (13).

A pesquisa foi realizada no período de maio a junho de 2008, após aprovação do Conselho de Ética e Pesquisa da Universidade para Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal - UNIDERP e assinatura do Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados.

Foram utilizados como instrumentos os prontuários dos pacientes que contêm folha

próximas com os demais profissionais. Todas as entrevistas são realizadas em salas individuais.

Os dados da pesquisa foram

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme pesquisas realizadas em CAPS de transtornos mentais comuns nas regiões nordeste e sul do Brasil, o sexo feminino é predominante com 60% dos pacientes (PELISOLI, MOREIRA, 2005; SOUZA RODRIGUES, 2007). Entretanto, em Sobral - CE, o estudo realizado no CAPSad revela que todos os pacientes atendidos (348), eram do sexo masculino (MARINHO, 2004).

Percebe-se que nos CAPS que atendem transtornos mentais comuns há prevalência do sexo feminino, já no CAPS com atendimento para álcool e drogas, há prevalência do sexo masculino, provavelmente por este sofrer influências para iniciar o uso dessas substâncias precocemente, principalmente através da mídia e sociedade.

Resultados semelhantes foram encontrados em outro estudo, mostrando que 43% da população pesquisada mantinham relações afetivas estáveis (MARINHO, 2004).

Já os dados colhidos na pesquisa realizada no CAPS I, também do município de Sobral - CE revelam que 50,2% da população atendida não mantinham compromissos matrimoniais ou estáveis, indicando que uma parcela significativa da população estudada não possuía vínculos familiares preservados, situação esta que se coloca como fator fundamental durante o processo do tratamento (SAMPAIO, 2006).

A família exerce um valioso papel no tratamento, sendo que as relações interpessoais entre os seus membros devem estar em harmonia, para que haja suporte ao dependente auxiliando assim a sua reabilitação, pois ela garante que o tratamento fora das instituições psiquiátricas seja mantido; dessa forma, os profissionais de saúde mental devem estar preparados para apoiá-la, pois muitas famílias não percebem a

Tabela 1 - Perfil dos Frequentadores do CAPSad Campo Grande - MS - 2008 (n=172)

VARIÁVEL	Nº	%
Sexo		
Masculino	150	87,2
Feminino	22	12,8
Idade		
<20	24	14,0
21-30	35	20,3
31-40	38	22,0
41-50	47	27,3
51-60	22	12,9
>60	06	3,5
Situação conjugal		
Vive sem parceiro (a)	123	71,5
Vive com parceiro (a)	49	28,5
Convívio com a família		
Bom	105	61,0
Regular	23	13,4
Ruim	23	13,4
Não tem contato	21	12,2

Fonte: Prontuários dos Frequentadores do CAPSad Campo Grande - MS.

Tabela 2 - Perfil Social dos Frequentadores do CAPSad Campo Grande - MS - 2008 (n=172)

VARIÁVEL	Nº	%
Situação ocupacional		
Desempregado	102	59,3
Empregado	50	29,1
Aposentado	14	8,1
Estudante	06	3,5
Escolaridade		
Analfabeto	08	4,7
Ensino Fundamental Incompleto	72	41,8
Ensino Fundamental Completo	34	19,8
Ensino Médio Incompleto	10	5,8
Ensino Médio Completo	45	26,2
Ensino Superior Incompleto	01	0,6
Ensino Superior Completo	02	1,1

Fonte: Prontuários dos Frequentadores do CAPSad Campo Grande - MS.

Grande parte das pessoas tem no trabalho o único meio de convívio social fora do familiar, sendo que o trabalhador que não está inserido no mercado de trabalho pode ter consequências à sua saúde mental, já que o trabalho é algo muito importante para os seres humanos, sem contar que a sociedade desvaloriza a pessoa desempregada, pois esse se torna improdutivo (VASCONCELOS; OLIVEIRA, 2004).

O estudo realizado no CAPSad de Sobral - CE mostra que 38% da população estudada, não possuía o ensino fundamental completo. Somente 29% concluíram o ensino fundamental e 10,7% possuía o ensino médio completo (MARINHO, 2004).

A pesquisa realizada no CAPS I do município de Sobral - CE mostra que, 44,2% não completaram o ensino fundamental, sendo que 4,5% concluíram o ensino fundamental e 12% possuem o ensino médio completo (SAMPAIO, 2006). Lembrando que a população deste CAPS é diferente do CAPSad (as patologias não são as mesmas).

A comparação dos estudos mostrou que apesar da população estudada possuir perfis diferentes, todos em sua maioria, não

manifestações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais (NASCIMENTO; LOPES, 2000).

A adolescência é o período favorável para o início do consumo de drogas, pois é vista como uma fase de crise e de novas descobertas. Há o distanciamento dos pais e a busca por um grupo de amigos, podendo levar ao início do uso para ser aceito pelo mesmo (LERNER et al., 2000; OLIVEIRA; CONCIANE, 2009; SILVA; TEIXEIRA; GOLDBERG, 2004).

Os pacientes vieram até o CAPSad através de encaminhamentos dos Serviços de Saúde (Unidades Básicas de Saúde, Programa de Saúde da Família, Hospitais e outros CAPS), com 48,3% (83); a família ficou em segundo lugar, com 22% (38) e outros (Polícia, Conselho Tutelar, etc.) com 20,4% (35); 5,3% (09) foram sozinhos; e 4% (07) foram acompanhados por amigos.

No estudo realizado no CAPSad de Sobral - CE, mais de 80% dos pacientes afirmam que foram encaminhados ao CAPS através dos Serviços de Saúde (incluindo hospitais, Unidades Básicas de Saúde e outros CAPS) (MARINHO, 2004).

Observa-se que os serviços de saúde são os maiores responsáveis pelo

Tabela 3 – Perfil dos Frequentadores do CAPSad em relação a fase da vida em que estava quando deu início ao uso e o motivo que levou ao uso das substâncias Psicoativas Campo Grande - MS - 2008 (n=172)

VARIÁVEL	Nº	%
Fase da vida do início do uso		
Infância	05	2,9
Adolescência	97	56,4
Idade Adulta	64	37,2
Desconhecida	06	3,5
Motivo do uso		
Amigos	90	52,3
Curiosidade	22	12,8
Desconhece	19	11,0
Família	13	7,6
Outros	28	16,3

Fonte: Prontuários dos Frequentadores do CAPSad Campo Grande - MS.

No CAPSad de Sobral – CE, o álcool representa 48,9% do total do consumo. Em segundo lugar aparece a maconha com 18,3% e em terceiro lugar o tabaco com 11,6% do consumo (MARINHO, 2004).

A comparação dos estudos nos revela que o tipo de substância consumida por frequentadores de ambos os CAPSad são

BOSKAVITZ; CABRERA, 2005).

O uso de substâncias lícitas e ilícitas está inserido na cultura brasileira, principalmente pelo consumo de álcool, fumo e maconha (SCHENKER; MINAYO, 2005).

Estudos antropológicos apontam que dentre as drogas consumidas pela humanidade, o álcool é uma das mais antigas e

Tabela 4 - Perfil das Substâncias Psicoativas utilizadas pelos Frequentadores do CAPSad Campo Grande - MS - 2008 (n=172)

VARIÁVEL	Nº	%*
Substâncias psicoativas		
Álcool	147	85,5
Tabaco	104	60,5
Maconha	71	41,3
Pasta Base	67	39,0
Cocaína	40	23,3
Crack	19	11,0
Solventes Voláteis	15	8,7
Alucinógenos	13	7,5
Estimulantes e Anfetaminas	08	4,6
Sedativos e Hipnóticos	04	2,3
Opiáceos	04	2,3
Substância de preferência de uso		
Álcool	100	58,2
Pasta Base	33	19,2
Maconha	26	15,1
Crack	07	4,0
Cocaína	04	2,3
Tabaco	01	0,6
Cola de Sapateiro	01	0,6

* Mais de uma resposta por prontuário

Fonte: Prontuários dos Frequentadores do CAPSad Campo Grande - MS.

CAVALCANTI, 1998).

O uso do tabaco está relacionado ao aumento do consumo de álcool e outras substâncias. Estudos apontam que fumantes são mais propensos a consumir bebidas alcoólicas, e os indivíduos consumidores do álcool, mais propensos a fumar - trata-se de relação bidirecional e dose-dependente (SOARES; GONÇALVES, 2008).

Segundo o IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras, a maconha mostrou uma tendência de aumento do uso na vida da população geral; o uso frequente e o uso pesado também cresceram significativamente. Os autores sugerem que esses resultados

CONCLUSÕES

O estudo do perfil dos frequentadores do CAPSad possibilitou conhecer um pouco dos determinantes sociais que atingem esta população, que em sua maioria eram homens de meia idade, com baixa instrução, desempregados e sem companheiros. A fase da adolescência foi para a maioria dos frequentadores o início do uso das drogas, no qual conta com grande influência de amigos, sendo o álcool a droga que mais se destacou, possivelmente pela facilidade de acesso.

REFERÊNCIAS

ACIOLI, M. D. O processo de alcoolização entre os Pankararu: um estudo em Etnoepidemiologia. 2002. 339 f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

AMARANTE, P. Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação à distância. 3. vol. Rio de Janeiro: FIOTEC/ FIOCRUZ, 2003.

ARANHA E SILVA, A. L. O projeto copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CAVALCANTI, B. C. Dançadas e bandeiras: um estudo do maconhismo popular no Nordeste do Brasil. 1998. 319 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1998.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras - 1997. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1997.

GULJOR, A. P. F. Os Centros de Atenção Psicossocial: um estudo sobre a transformação do modelo assistencial em saúde mental. 2003. 197 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

LEITE, M. C. Aspectos Básicos do Tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas. Brasília: SENAD, 2001.

LERNER, B. R.; LEI, D. L. M.; CHAVES, S. P.; FREIRE, R. D. O cálcio consumido por adolescentes de escolas públicas de Osasco, São Paulo. Revista de Nutrição, Campinas, v. 13, n. 1, p.57-63, jan./abr. 2000.

LUCAS, A. C. S.; PARENTE, R. C. P.; PICANÇO, N. S.; CONCEIÇÃO, D. A.; COSTA, K. R. C.; MAGALHÃES, I. R. S.; SIQUEIRA, J. C. A. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 663-671, mar. 2006.

- NASCIMENTO, L. C. S.; LOPES, C. M. Atividade sexual e doenças sexualmente transmissíveis em escolares do 2º grau, Rio Branco-Acre, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 8, n. 1, p.107-113, jan. 2000.
- NASI, C.; HILDEBRANDI, L. M. O tratamento no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas na ótica de seus usuários, *Sociedade Médica, São Paulo*, v. 14, n. 3, p. 240-248, 2004.
- NUNES, E. P. *Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais*. São Paulo: Editora Ateneu, 2001.
- OLIVEIRA, A. G. B.; CONCIANI, M. E. Participação social e reforma psiquiátrica: um estudo de caso. *Revista de Ciências & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro*, v. 14, n. 1, jan./fev. 2009.
- PELISOLI, C. L.; MOREIRA, A. K. Caracterização dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial Casa Aberta. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Porto Alegre*, v. 27, n. 3, p.270-277, set./dez 2005.
- PINTON, F. A.; BOSKOVITZ, E. P.; CABRERA, M. S. Uso de drogas entre os estudantes de medicina da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP, no ano de 2002. *Arquivo de Ciências da Saúde, São José do Rio Preto*, v. 12, n. 2, p.91-96, abr./jun. 2005.
- SAMPAIO, A. C. C. M. Perfil Epidemiológico da clientela atendida no CAPS I em seu primeiro semestre de funcionamento, Tamboril – CE, julho a outubro de 2005. 2006. 47 f. Monografia (Especialização em Saúde Mental da Escola de Formação em Saúde da Família) – Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral – CE, 2006.
- Psicossocial: Perfil Epidemiológico dos Usuários. 2007. 90 f. Dissertação (Mestrado – Universidade Federal do Ceará) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Fortaleza, 2007.
- SILVA, C. C.; TEIXEIRA, A. S.; GOLDBERG, T. B. L. Impacto da ingestão de cálcio sobre a mineralização óssea em adolescentes. *Revista de Nutrição, Campinas*, v. 17, n. 3, jul./set. 2004.
- SILVEIRA, M. R.; ALVES, M. O enfermeiro na equipe de saúde mental – o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. *Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão Preto*, v. 11, n. 5, p. 645-51, set./out. 2003.
- TOWNSEND, M. C. T. *Enfermagem Psiquiátrica – Conceitos de cuidados*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2002.
- VASCONCELOS, Z. B.; OLIVEIRA, I. D. (Orgs.). *Orientação vocacional: alguns aspectos teóricos, técnicos e práticos*. São Paulo: Vetor, 2004.
- WAIDMAN, M. A. P. Enfermeira e família compartilhando o processo de reinserção social do doente mental. In: LABATE, R. C. *Caminhando para a assistência integral*. Ribeirão Preto: FAPESP, 1999.

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE SAÚDE E DOENÇA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM PROBLEMA DE OBESIDADE

Social representations of health and illness for children and adolescents with obesity problems

Lucila Serejo de Freitas Garcia
Angela Elizabeth Lapa Coêlho - UCDB
Pamela Staliano - UnB

RESUMO

Contato: Lucila Serejo de Freitas Garcia (garcia_lucila@hotmail.com)

Introdução: A obesidade é considerada um sério problema de saúde pública, uma vez que sua incidência e prevalência vêm aumentando significativamente na população mundial, atingindo diversas faixas etárias e acarretando problemas físicos e psicológicos às pessoas. Objetivo: Frente a esta questão, procurou-se analisar as Representações Sociais de saúde e doença reveladas por crianças e adolescentes com problema de sobrepeso e obesidade. Materiais e métodos: Participaram do estudo 17 usuários de ambos os sexos, que estavam cadastrados no Programa de Obesidade Infantil do Hospital Regional Rosa Pedrossian, em Campo Grande, MS. Os instrumentos utilizados foram: uma entrevista estruturada com o intuito de analisar as Representações Sociais que os usuários atribuem à saúde e à doença e informações complementares como, o perfil sociodemográfico, a relação familiar, a vivência escolar e a satisfação corporal. Para a análise foi utilizada a técnica de análise de conteúdo. Resultados: Os resultados revelaram que houve maior prevalência de meninas com sobrepeso e/ou obesidade 76,47% (n=13). As Representações Sociais de saúde mais frequentes foram organizadas nas seguintes categorias: atribuir sensações e/ou sentimentos (felicidade, bem-estar/disposição) (47,04%), ser magro (a) (29,40%), ter hábito de vida saudável (17,64%). As Representações Sociais de doença que mais se destacaram foram: problema de saúde (febre, gripe, dor) (64,70%) e obesidade (35,28%). Em relação à imagem corporal, observou-se que todos os participantes sentiam-se insatisfeitos com sua forma física. Ao que se refere à presença de sobrepeso e obesidade em outros integrantes da família, 58,82% (n=10) dos participantes residiam com algum familiar com essa condição. Conclusões: Este tipo de trabalho pode contribuir com o desenvolvimento de políticas públicas que oportunizem o acesso a um atendimento integral da pessoa, considerando-se os mais diversos aspectos que permeiam sua vida e o processo de cuidado com sua saúde.

Palavras-chave: obesidade; representações sociais; processo saúde-doença; imagem corporal.

ABSTRACT

Introduced: Obesity is considered a serious public health problem; its incidence and prevalence have increased significantly in the world population and reached various age groups, causing physical and psychological problems for the people. Objective: Considering this fact, we attempted to analyze the Social Representations of health and illness revealed by children and adolescents with overweight problems and obesity. Materials and methods: The study included 17 users of both sexes, who were registered in the Childhood Obesity Program at the Hospital

INTRODUÇÃO

Atualmente, observa-se uma progressão da transição nutricional, caracterizada pela redução na prevalência dos déficits nutricionais e ocorrência mais expressiva de sobrepeso e obesidade não só na população adulta, mas também em crianças e adolescentes, presente tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento. A obesidade pode ser relacionada a uma alta taxa de morbidade e mortalidade, resultante de inúmeros fatores, tais como: aspectos biológicos, psicológicos, sociais, culturais, econômicos (RAMOS; BARROS FILHO, 2003).

O excesso de peso é considerado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) um sério problema de Saúde Pública. A incidência e prevalência vêm aumentando significativamente na população ocidental, sobretudo em crianças e adolescentes. Foi identificado que a obesidade tem como causa básica a oferta de alimentos ricos em calorias e a falta de atividade física regular, agravada por problemas emocionais. Esse crescimento vertiginoso é preocupante, pois o excesso de peso traz sérias complicações para a saúde das pessoas, além de discriminá-las socialmente, acarretando-lhes sérios problemas psicossociais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2004).

De acordo com Ades e Kerbauy (2002), é importante ressaltar que na sociedade, a questão de ser “gordo” ou “magro” é veiculada pela mídia, na maioria das vezes, sem nenhuma relação com a saúde. O corpo magro é considerado como o ideal, sem levar em conta as diferenças genéticas. E a obesidade é comumente associada à falta de controle de impulsos, preguiça e desleixo. Sendo assim, o excesso de peso pode ser um fator de sofrimento para as pessoas que não conseguem alcançar o corpo perfeito

entendimento que as pessoas têm do processo saúde-doença (SILVA; RIBEIRO, 2004/2005).

Nesse sentido, procurou-se compreender as representações que crianças e adolescentes, que participam de um programa direcionado ao tratamento e acompanhamento de pessoas com obesidade, revelam sobre saúde e doença. Para a análise das concepções de saúde e doença dessa população, os dados foram analisados à luz da Teoria das Representações Sociais, uma vez que essa teoria vem contribuindo na área da saúde.

De acordo com a definição clássica apresentada por Jodelet (1985), as representações sociais são formas particulares de entendimento prático, direcionadas à comunicação e à compreensão de um contexto social e de uma teoria filosófica que transmite ao mundo em que se vive o pensamento e suas representações. Manifestam-se como elementos cognitivos, imagens, conceitos, categorias, teorias, porém, de modo algum se restringindo aos componentes cognitivos. As Representações Sociais não consideram a

MATERIAIS E MÉTODOS

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Regional Rosa Pedrossian, com 17 usuários do Programa de Obesidade Infantil (POI), cujo objetivo reside em atender as crianças e os adolescentes que são encaminhados para o programa com o diagnóstico de obesidade realizado pelos profissionais que os atenderam em outras instituições de saúde. O atendimento é realizado em grupo, por uma equipe multiprofissional, composta por pediatra endocrinologista, nutricionista, psicólogo e educador físico, que acompanham os usuários durante um mês. No último encontro, é entregue para cada participante um plano

sendo que no primeiro foi aferido o Índice de Massa Corporal de todos os participantes e nos encontros seguintes, ocorreram as entrevistas individuais, compostas por 14 perguntas, que versavam sobre as Representações Sociais de saúde e doença, a vivência familiar e escolar, imagem corporal e os dados de sociodemográficos.

Na segunda etapa, que ocorreu após 30 dias do último encontro com a pesquisadora, foi aferido novamente o Índice de Massa Corporal de todos os participantes e realizada outra entrevista com os participantes, cuja temática contemplava a participação no programa e a aceitação do tratamento, e satisfação com a imagem corporal.

Para a análise dos relatos, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 1977), respeitando as seguintes etapas: transcrição das entrevistas na íntegra; agrupamento dos relatos escritos dos participantes para cada pergunta; realização de leituras consecutivas, com a finalidade de aprender e elencar os temas que emergiram para cada pergunta; identificação das falas por palavras que sintetizassem o conteúdo dos relatos; escolha de falas que representassem os temas elencados; e por fim, as categorias foram descritas em tabelas para uma melhor visualização dos relatos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De acordo com os dados, observou-se que a maioria dos participantes foi de meninas, representando 76,47% (n=13) do total. A idade dos participantes variou entre cinco e dezessete anos, com uma média de 10,9 anos. O estado nutricional dos participantes variou entre sobrepeso e obesidade grave, cuja média do Índice de Massa Corporal foi de 29 pontos. E apesar de haver um número maior de meninas participantes, os casos mais graves, ou seja, com peso mais elevado e Índice de Massa Corporal maior, eram entre os meninos.

De acordo com a literatura, a prevalência de sobrepeso e/ou obesidade no sexo feminino, quando comparada ao sexo masculino, depende da faixa etária do participante. Estudos sinalizam que há uma maior incidência de sobrepeso e obesidade entre os meninos quando crianças, dado que se mostra diferente quando o público alvo das pesquisas são os adultos. No estudo realizado por Ramos e Barros Filho (2003), que avaliou crianças e adolescentes com sobrepeso e obesidade, 12,83% dos meninos apresentaram obesidade, enquanto que nas meninas o índice foi de 9,43%. Campos, Leite e Almeida (2006) revelaram em seu estudo que há uma distinção nessa comparação entre as classes sociais, ou seja, em crianças e adolescentes com baixo

Tabela 1 - Frequência e percentual dos relatos sobre as representações sociais de saúde (n=17)

VARIÁVEL	SEXO				Total	
	FEMININO		MASCULINO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Categorias de Saúde						
Atribuir sensações e/ou sentimentos (felicidade, bem-estar/disposição).	06	35,28	02	1,76	08	47,04
Ser magro (a)	04	23,52	01	5,88	05	29,40
Ter hábitos de vida saudáveis	03	17,64	-	-	03	17,64
Não soube responder	02	11,76	01	5,88	03	17,64
Ausência de doença	02	11,76	-	-	02	11,76

Fonte: Dados da pesquisa.

Obs.: As respostas dadas por quatro crianças foram classificadas em mais de uma categoria.

Oito (47%) crianças e adolescentes associaram saúde a sensações e/ou sentimentos/ disposição, conforme exposto nos relatos:

tem Saúde é quando a pessoa é feliz na família e bom relacionamento com as pessoas. (M, 13 anos).

A pessoa tá feliz quando tá com saúde. (F, 9 anos).

está Saúde é eu tá bem comigo mesma e meu corpo bem, acho que isso é ter saúde. (F, 16 anos).

Podemos observar pelos relatos que alguns participantes relacionaram saúde de acordo com o que eles sentiam, ou seja, para eles, saúde é ter um bom relacionamento familiar, com os amigos, bem como estar feliz consigo mesmo. A sensação de felicidade e harmonia com outras pessoas significa que estão felizes, e isso é estar saudável.

A relação de saúde com sensação de bem-estar e felicidade também foi encontrada no estudo de Moreira e Dupas (2003), que, ao analisarem um grupo de crianças no ambiente escolar e um grupo de crianças hospitalizadas, encontraram em ambos os grupos respostas semelhantes relativas à saúde, ou seja, algo que lhes proporcionava liberdade, felicidade e bem-estar.

Cinco (29,4%) crianças e adolescentes associaram saúde “a ser magro (a)”, como revelam os relatos a seguir:

Ser magro é ter saúde. (M, 11 anos).

saúde, por possivelmente permear a vida da maioria das pessoas com esse problema. Ou seja, o modo com que essas pessoas são tratadas e vistas na sociedade, reflete na forma como elas vão se posicionar frente às questões de saúde e doença. Nesse sentido, Vasconcelos, Sudo e Sudo (2004) salientam que é comum a pessoa com obesidade imaginar que, para ter saúde, é preciso ser magro, sendo o seu corpo descrito como um corpo sem saúde, estigmatizado pelo excesso de peso.

Outra categoria identificada na pesquisa foi a que associou saúde a hábitos de vida saudáveis, de acordo com o relato dos participantes:

de Saúde é quando a pessoa tá correndo, andando bicicleta, tá comendo pouco. (F, 10 anos)

(F, 12 Saúde é quando faz exercício, come menos. anos)

Essa categoria de relato também foi verificada por Moreira e Dupas (2003), com relação à concepção de saúde, cujos aspectos estão ligados ao cuidado com o corpo, em que se enfatiza a prática de exercícios físicos e o cuidado com a alimentação, o que se pode traduzir em ter hábitos de vida saudáveis.

Outro estudo que identificou a associação entre o conceito de cuidado com a saúde e a importância da alimentação foi realizado por Boruchovitch, Felix-Sousa e Schall (1991) que entrevistaram professores e escolares de primeiro grau, de escolas públicas

Tabela 2 – Frequência e percentual dos relatos sobre as representações sociais de doença (n=17)

VARIÁVEL	SEXO				Total	
	FEMININO		MASCULINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Categorias de Saúde						
Problemas de saúde (febre, gripe, dor)	10	58,72	01	5,88	11	64,70
Obesidade	04	23,52	02	11,76	06	35,28
Não possuir hábitos de vida saudáveis	01	5,88	-	-	01	5,88
Ser muito magro (a)	01	5,88	-	-	01	5,88
Não soube responder	-	-	01	5,88	01	5,88

Fonte: Dados da pesquisa.

Obs.: As respostas de três crianças e adolescentes foram classificadas em mais de uma categoria.

Por mais que haja um movimento que procure discutir a saúde de forma ampliada, de acordo com Segre e Ferraz (1997), ainda é frequente encontrar esse tipo de representação, ou seja, em que se associa saúde à ausência de doença ou vice-versa, tal como foi possível observar que, no entendimento de alguns participantes deste estudo, “saúde” se traduz quando a pessoa não está com problema, até mesmo de obesidade.

Para analisar as Representações Sociais que as crianças e os adolescentes atribuem à doença, foi feita a seguinte pergunta: “Para você, o que é estar doente?”. As falas foram agrupadas em cinco categorias, que podem ser observadas na Tabela 2.

A categoria mais frequente é a que associa doença a sensações desagradáveis no corpo e a problemas com a saúde, 64,70% (n=11), como tosse, doença de pele, febre, gripe, dor, depressão e cardiopatia, exemplificados nas seguintes falas:

A criança tá doente, ela tosse. (F, 9 anos)

(F, Quando a pessoa tá mal, quando tá com dor. 12 anos)

Gripe, tosse e febre. (F, 12 anos)

Esses relatos das crianças e dos adolescentes associando doença a algo concreto e observável foi delineado por Boruchovitch, Felix-Sousa e Shall (1991), que afirmam ser um conceito de doença construído por meio da experiência vivenciada pela pessoa, ou seja, por algo que ela sentiu, algo concreto.

Moreira e Dupas (2003) também relataram resultados sobre os sentidos de doença, voltados para essa questão. As autoras, na sua pesquisa, identificaram que a concepção de doença para as crianças na escola teve vários conceitos relacionados a algum momento que elas já haviam presenciado, mas

Conforme os relatos, alguns participantes associaram doença com seu estado físico; para eles, estar doente é quando a pessoa está com problema de obesidade. Podemos observar que a criança e o adolescente tendem a associar sua concepção de doença ao seu próprio estado físico. Segundo Moreira e Dupas (2003), as representações de doença são derivadas ou originadas da interação social que as pessoas estabelecem com os outros, sendo manipuladas e modificadas por meio de um processo interpretativo usado pela pessoa ao lidar com coisas e situações em que se encontra.

Nesta pesquisa, a doença também foi representada por uma participante (5,88%) como não possuir hábitos de vida saudável:

Às vezes não se alimenta bem, não faz esporte, fica muito presa em casa só vendo TV, aí a pessoa fica doente porque não tem contato com outra pessoa. (F, 9 anos)

Esse tipo de resposta pode ser reflexo do trabalho desenvolvido pelo Programa de Obesidade Infantil, uma vez que a necessidade de adquirir novos hábitos alimentares e estilos de vida saudáveis é frequentemente salientada pelos profissionais que compõem o programa.

Podemos pensar que a construção das Representações Sociais pelas crianças e pelos adolescentes pode estar sendo influenciada pelo contexto que estão inseridos, tanto na família, na escola, no Programa de Obesidade Infantil, ou em outros locais que frequentam. Duveen (2000) afirma que a criança passa a internalizar paulatinamente as representações vigentes em seu contexto social, à medida que adquire uma identidade. Assim, quando as representações são internalizadas, elas expressam a relação das pessoas com o ambiente que conhecem e, concomitantemente, essas representações situam as pessoas nesse contexto.

Com intuito de conhecer a composição familiar e a existência de mais alguém na família que tivesse problema de obesidade, foi feita a pergunta: “Com quem você mora?”. Os dados revelaram que 47% (n=8) moram com o pai e a mãe, 29,41% (n=5) moravam somente com a mãe, e 23,52% (n=4) moravam com a mãe e o padrasto. Sobre a presença de sobrepeso e obesidade em outros integrantes da família como pai, mãe, padrasto, irmãos, avós etc, um total de 58,82% (n=10) das crianças e adolescentes residiam com algum familiar com essa condição. Isso pode ser exemplificado pelas falas:

Minha 13 Com minha mãe, meu pai e meus irmãos. irmã tem problema com o peso também. (M, anos)

Moro com minha mãe, meu pai, minha irmã e meu irmão. Meu pai também é gordo, e minha mãe pesava 116 quilos, agora ela emagreceu porque fez redução. (F, 11 anos)

Foz e Formiguera (1998) corroboram esses dados ao afirmarem que, quando há uma pessoa com problema de obesidade na família,

Para conhecer a vivência das crianças e dos adolescentes na escola, foram feitas três perguntas: “Na hora do recreio em sua escola o que você faz?” “O que você acha da escola?” e “Do que você não gosta na escola?”. Quanto à pergunta referente às atividades dos participantes na hora do recreio, sete pessoas (41,17%) responderam que brincavam, e dez pessoas (58,82%) relataram ficar sentadas, andando ou conversando com os amigos.

Observamos por meio dos relatos que a maioria dos participantes, no momento em que poderiam realizar algum tipo de atividade física, que comumente as crianças e adolescentes realizam, como brincar de pega-pega, esconde-esconde, jogar bola, etc., não o fazem, preferindo ficarem somente sentados conversando ou lanchando.

Assim, entendemos que os contextos familiar e escolar podem aumentar a sobrecarga psicológica no ajustamento da criança e do adolescente com problema de sobrepeso e obesidade, influenciando também

Tabela 3 - Partes do corpo de que as crianças e adolescentes mais e menos gostam, no início da participação no Programa de Obesidade Infantil (n=17)

VARIÁVEL	SEXO				Total	
	FEMININO		MASCULINO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
Partes do corpo de que mais gosta						
Rosto	06	35,29	-	-	06	35,29
Cabelo	04	23,52	-	-	04	23,52
Pescoço	-	-	01	5,88	01	5,88
Mãos	01	5,88	-	-	01	5,88
Pernas	-	-	01	5,88	01	5,88
Olhos	-	-	01	5,88	01	5,88
Bumbum	01	5,88	-	-	01	5,88
Braços	-	-	01	5,88	01	5,88
Nenhuma	01	5,88	-	-	01	5,88
Partes do corpo de que menos gosta						
Barriga	09	52,94	02	11,76	11	64,70
Corpo todo	02	11,76	-	-	02	11,76
Nenhuma	02	11,76	-	-	02	11,76
Cabelo	01	5,88	01	5,88	02	11,76
Rosto	01	5,88	-	-	01	5,88

Fonte: Dados da pesquisa.

Obs.: A resposta de uma criança, em partes do corpo de que menos gosta, foi classificada em mais de uma categoria.

E para investigar a satisfação corporal se trata de crianças e adolescentes com dos participantes, foram feitas as seguintes questões: “Qual é a parte do seu corpo de que você mais gosta?” e “Qual é a parte do seu corpo de que você menos gosta?”. Essas perguntas foram feitas em dois momentos. A primeira ocorreu no início da participação das crianças e adolescentes no Programa de Obesidade Infantil, e a segunda, foi realizada após 30 dias de participação. As falas da primeira fase foram elencadas em nove categorias para a parte do corpo de que mais gostavam, e em cinco categorias para a parte do corpo de que menos gostavam, o que pode ser observado na Tabela 3

Ao perguntar sobre a parte do corpo de que menos gostam, 64,70% (n=11) relataram não gostar do abdômen, duas pessoas (11,76%) não gostavam do corpo todo, e duas pessoas (11,76%) não gostavam de nenhuma parte.

Tanto os meninos quanto as meninas reportaram insatisfação corporal para a área

insatisfação corporal, ocorrem sentimentos de angústia, vergonha e rejeição ao próprio corpo, repercutindo negativamente sua autoimagem corporal perante a sociedade, por sentirem-se inferiores.

Na segunda fase da pesquisa, os participantes foram questionados novamente sobre: “Qual é a parte do seu corpo de que mais gosta?” e “Qual é a parte do seu corpo de que você menos gosta?”. As respostas foram agrupadas em oito categorias para a primeira pergunta, e em sete categorias para a segunda pergunta. O que pode ser observado na Tabela 4.

Tanto na primeira, quanto na segunda fase, as meninas relataram maior índice de insatisfação, listando maior número de partes do corpo de que menos gostam (por exemplo: barriga, cabelo, rosto, joelho, bumbum, pernas e corpo todo), em comparação aos relatos dos meninos (barriga e cabelo). A associação entre

Tabela 4 - Partes do corpo de que as crianças e os adolescentes mais e menos gostam, ao final da participação no Programa de Obesidade Infantil

VARIÁVEL	SEXO				Total	
	FEMININO		MASCULINO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Partes do corpo de que mais gosta						
Rosto	06	35,29	01	5,88	07	41,17
Olhos	03	17,64	01	5,88	04	23,52
Corpo todo	02	11,76	-	-	02	11,76
Cabelo	01	5,88	01	5,88	02	11,76
Nariz	01	5,88	-	-	01	5,88
Mãos	01	5,88	-	-	01	5,88
Pés	01	5,88	-	-	01	5,88
Braços	-	-	01	5,88	01	5,88
Partes do corpo de que menos gosta						
Barriga	09	52,94	03	17,64	12	70,58
Cabelo	01	5,88	01	5,88	02	11,76
Joelho	01	5,88	-	-	01	5,88
Bumbum	01	5,88	-	-	01	5,88
Corpo todo	01	5,88	-	-	01	5,88
Pernas	01	5,88	-	-	01	5,88
Nenhum	01	5,88	-	-	01	5,88

Fonte: Dados da pesquisa.

Obs.: As respostas de duas crianças foram classificadas em mais de uma categoria, totalizando n=19, em ambas as seções, tanto para as partes do corpo de que menos gostam, quanto para as que mais gostam.

corpo adulto masculino com ombro largo, cintura fina, quadril fino e estômago plano, enquanto as meninas sonham com corpos pequenos, com coxas, nádegas, cintura e estômago delgados, levando a não aceitarem seu corpo como ele é repercutindo em baixa autoestima e insatisfação com sua aparência física. Com base nos resultados do seu estudo, os autores revelaram que, entre as meninas, houve um índice maior de insatisfação em diversas áreas corporais, decorrente do estigma social, que dita o corpo magro como sendo padrão de beleza.

Comparando as partes do corpo que os participantes menos gostam, pode-se observar que houve um aumento de insatisfação com a barriga, em que um participante que não havia mencionado essa insatisfação na primeira fase revelou na segunda. E ainda, na segunda fase, foram citadas partes do corpo que não foram mencionadas na primeira.

Estes resultados traduzem um aumento de insatisfação corporal por parte de alguns participantes, que pode ser decorrente de inúmeros fatores. Dentre eles, o fato de a maioria das crianças e dos adolescentes não ter perdido o peso corporal esperado no período em que tiveram seguindo as orientações dos profissionais do Programa de Obesidade Infantil, podendo ter gerado baixa autoestima e não adesão às práticas de vida saudável propostas pelo programa. Outra possibilidade é que a participação no Programa de Obesidade Infantil pode ter influenciado na percepção que essas crianças e adolescentes têm de si mesmos, uma vez que são pesados e medidos, atividades essas que não faziam parte de seu cotidiano. Essa insatisfação pode estar sinalizando a pressão exercida tanto pela família quanto pela mídia, em busca do corpo perfeito, como salienta Ades e Kerbauy (2002), que na busca do peso ideal, a pressão da sociedade pode ser um fator de grande

nádegas, cintura e estômago delgados, levando a não aceitarem seu corpo como ele é repercutindo em baixa autoestima e insatisfação com sua aparência física. Com base nos resultados do seu estudo, os autores revelaram que, entre as meninas, houve um índice maior de insatisfação em diversas áreas corporais, decorrente do estigma social, que dita o corpo magro como sendo padrão de beleza.

Comparando as partes do corpo que os participantes menos gostam, pode-se observar que houve um aumento de insatisfação com a barriga, em que um participante que não havia mencionado essa insatisfação na primeira fase revelou na segunda. E ainda, na segunda fase, foram citadas partes do corpo que não foram mencionadas na primeira.

Estes resultados traduzem um aumento de insatisfação corporal por parte de alguns participantes, que pode ser decorrente de inúmeros fatores. Dentre eles, o fato de a maioria das crianças e dos adolescentes não ter perdido o peso corporal esperado no período em que tiveram seguindo as orientações dos profissionais do Programa de Obesidade Infantil, podendo ter gerado baixa autoestima e

CONCLUSÕES

O estudo das Representações Sociais cada vez mais está ocupando espaço no âmbito da saúde e muitos motivos justificam essa opção dos pesquisadores utilizarem essa teoria, dentre eles, o fato de que as representações atribuídas pelas pessoas à saúde e à doença influenciam sua adesão a programas de prevenção e promoção da saúde, e analisando essas representações, pode ser possível minimizar entraves nos programas, maximizando sua eficácia.

Partindo do pressuposto de que a criança quando nasce passa a comungar das Representações Sociais vigentes no contexto

participantes relacionaram saúde a sensações e/ou sentimentos positivos, ser magro e ter hábitos de vida saudáveis. As duas últimas categorias podem estar relacionadas à pressão exercida pela mídia, que veicula saúde, sucesso e felicidade com o fato da pessoa estar magra, bem como à proposta, do próprio programa que estavam participando, que de certa forma, teriam que atingir uma meta, e essa meta seria alcançada por meio da prática de hábitos de vida saudáveis.

No caso da doença, ela foi associada, principalmente, a sensações corporais que as doenças acarretam ou que sinalizam a doença em si, como febre, tosse, obesidade, depressão, cardiopatia. As representações não são muito diferentes dos adultos, que frequentemente associam doença à percepção dos sintomas, o que reforça a ideia de que as crianças representam o mundo, em um primeiro momento, sob a influência do olhar dos adultos. Esse dado não deixa de ser preocupante, uma vez que muitas doenças são assintomáticas, e a percepção de que a doença deve estar relacionada a algo visível é prejudicial para a prevenção dos agravos das mesmas.

Com relação aos aspectos familiares e escolares das crianças e adolescentes, procurou-se delinear-los, a fim de analisar a relação entre esses contextos e a vivência do sobrepeso e da obesidade. Frente a essas questões, observou-se que algumas crianças e adolescentes apresentavam dificuldades em sua interação familiar e escolar, podendo ser decorrente da não inclusão do grupo familiar na estrutura do Programa de Obesidade Infantil e de discriminações e preconceitos oriundos do núcleo familiar e do âmbito escolar. Diante desse resultado, podemos ressaltar a importância do papel do meio externo no tratamento do sobrepeso e da obesidade, bem como na sua prevenção.

A participação da família em

com o corpo foi identificado tanto nos meninos quanto nas meninas, principalmente na área do abdômen. Insatisfação que tende a se agravar quando há a necessidade de exporem seus corpos para outras pessoas, pois se sentem envergonhados por sua forma física, o que acaba repercutindo ainda mais em sua autoestima, levando-os a se sentirem rejeitados e estigmatizados por sua aparência corporal.

Salienta-se ainda que os dados apresentados são específicos para as crianças e os adolescentes que participaram desta pesquisa, e que novos estudos precisam ser desenvolvidos, a fim de melhorar as intervenções realizadas com pessoas com sobrepeso e obesidade. E também, acredita-se que seja fundamental o desenvolvimento de políticas públicas que oportunizem a essa

REFERÊNCIAS

- ADES, L.; KERBAUY, R. R. Obesidade: realidades e indagações. *Psicologia USP*, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 197-216, 2002.
- BARDIN, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- BORUCHOVITCH, E.; FELIX-SOUSA, I. C.; SCHALL, V, T. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de Primeiro Grau. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 6, p. 418-425, 1991.
- CAMPOS, A. L. R. Aspectos psicológicos da obesidade. In: FISBERG, I. M. (Org.), *Obesidade na infância e na adolescência*. São Paulo: BYK, 1995, p. 71-79.
- CAMPOS, L. de A. C.; LEITE, A. J. M.; ALMEIDA, P. C. de. Nível socioeconômico e sua influência sobre a prevalência de sobrepeso e obesidade

DAMIANI, D. D.; OLIVEIRA, R. G. Obesidade – fatores genéticos ou ambientais? *Pediatria Moderna*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 57-80, 2002.

DUVEEN, G. Crianças enquanto atores sociais: as representações sociais em desenvolvimento. In: GUARESCHI, A. P.; JOVCHELOVICH, S. (Orgs.). *Textos em representações sociais*. 6ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000, p. 261-293.

FOZ, M.; FORMIGUERA, X. *Obesidad*. Madrid: Harcourt Brace, 1998.

JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. (Org.). *Psicología Social*. Barcelona: Paidós, 1985. p. 469-494.

MOREIRA, P. L.; DUPAS, G. Significados de saúde e de doença na percepção da criança. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, São Carlos, V.11, n.6, p. 757-62; 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *Obesidade: prevenindo e controlando a epidemia global – Relatório da Consultoria da OMS*. São Paulo: Roca, 2004.

RAMOS, A. M. P. P.; BARROS FILHO, A. A. Prevalência da obesidade em adolescentes de Bragança paulista e sua relação com a obesidade dos pais. *Arquivos brasileiros de endocrinologia & metabologia*, São Paulo, v. 47, n. 6, 2003.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, 1997.

SILVA, L. M. C.; RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 9, n. 16, p. 91-104, 2004/2005.

OPINIÃO DOS USUÁRIOS SOBRE ALIMENTAÇÃO OVOLACTOVEGETARIANA EM AMBIENTE HOSPITALAR

*Opinion of users on feeding lacto-ovo vegetarianism in environment
hospital*

Mônica Rondon Pereira Saigali – UNIDERP

Osvaldinete Lopes de Oliveira – UFMS

Contato: Mônica Rondon Pereira Saigali (m.saigali@yahoo.com.br)

RESUMO

Introdução: O consumo de alimentos vegetais contribui de forma significativa para prevenção de enfermidades crônicas, melhoria da qualidade de vida e longevidade. Objetivo: Identificar a compreensão dos pacientes sobre os benefícios e aceitação da alimentação ovolactovegetariana oferecida no Hospital Adventista do Pênfigo. Materiais e métodos: Foram estudados pacientes internados no HAP com diferentes tipos de dietas recebendo alimentação ovolactovegetariana. Analisados: sexo, idade, patologia, tempo de internação, aceitação e conhecimento sobre os benefícios deste tipo de alimentação. Resultados: Dos participantes do estudo, 70% são de mulheres adultas. Todos os pacientes aceitaram bem a alimentação, embora 95% deles sejam onívoros, a maioria não sentia falta das carnes. Muitos compreendem que a alimentação ovolactovegetariana contribui para longevidade, porém, desconhecem seus benefícios na prevenção de doenças. Conclusão: Os resultados sugerem a necessidade de maior divulgação aos pacientes do Hospital, sobre o impacto na saúde humana promovido pelo maior consumo de alimentos vegetais e ingestão moderada de alimentos de origem animal.

Palavras-chave: qualidade de vida, alimentação, nutrição hospitalar, prevenção de doenças.

ABSTRACT

Introduction: Scientific studies show that egg-milk-vegetable nourishment contributes to the prevention of various chronic diseases, to the improvement of life quality and its duration. Goal: Identify the patients' perception under the benefits and acceptance of the egg-milk-vegetable nourishment offered at Hospital Adventista do Pênfigo. Methodology: Hospitalized patients at the HAP with different types of diets receiving egg-milk-vegetable nourishment were studied. Analyzed: sex, age, pathology, duration of hospitalization, acceptance and knowledge about the benefits of this kind of nourishment. Results: Of those taking part in the studies, 70%

INTRODUÇÃO

O Hospital Adventista do Pênfigo como instituição confessional, segue a filosofia do estilo de vida saudável propagada pelos Adventistas, adotando a alimentação ovolactovegetariana para todos os seus usuários, como uma das estratégias para manutenção da saúde e prevenção de doenças (CACCIOBURE et al, 2005; CARNEIRO; MARTINS, FRASER, 2005).

A dieta hospitalar constitui-se em um importante aspecto do tratamento tendo um papel como co-terapêutica em doenças crônicas e agudas. Pacientes internados possuem necessidades nutricionais específicas e o bom estado nutricional propicia mais rápida recuperação e melhor resposta ao tratamento, portanto, a alimentação deve garantir o aporte adequado de nutrientes ao paciente propiciando assim, manutenção ou recuperação do bom estado nutricional (GARCIA, 2006; SOUZA, 2007.).

O ambiente hospitalar é quase sempre um local que produz inquietação e ansiedade pelo próprio adoecimento e, nesse contexto, é importante que dieta hospitalar além de suprir as necessidades nutricionais de nutrientes, satisfaça também as necessidades psicológicas de alimentos, atendendo a atributos psicossensoriais e simbólicos de reconhecimento individual e coletivo, contribuindo para atenuar o sofrimento gerado por esse período em que o sujeito está separado de suas atividades e papéis desempenhados na família, na comunidade e no trabalho (POULAIN; SAINT-SAVIN, 1990; GARCIA, 2006).

O interesse atual pela qualidade gastronômica da alimentação hospitalar procura desmistificar a crença popular que no hospital o paciente não espera mesmo comer bem e que restrições alimentares fazem parte

BURINI; MAIA, 2006; ANGELIS, 2005; SICHIERI et al. 2000).

Estudos recentes sobre este tipo de dieta ressaltam diversos benefícios para saúde da população humana, como baixas concentrações de lipídios séricos, baixos níveis de adiposidade corporal e baixa incidência de mortes por isquemia do miocárdio, diabetes mellitus e certos tipos de cânceres, menores índices de hipertensão e de doenças cardíacas, além de uma maior expectativa de vida (FERREIRA; BURINI; MAIA, 2006; HALPERN, 2005).

As mudanças recentes no padrão alimentar brasileiro, segundo IBGE (2008), a Pesquisa Brasileira de Orçamentos familiares (POF) realizada em 2002/2003 evidencia uma redução do consumo de cereais e derivados, o aumento contínuo no consumo de ovos, leites e derivados; o aumento no consumo de alimentos industrializados como refrigerantes, embutidos, açúcares e carnes. Este tipo de dieta tem sido associado à ocorrência de enfermidades crônicas degenerativas, como as doenças cardiovasculares, os diabetes mellitus tipo 2, diferentes tipos de câncer e mesma obesidade (HALPERN, 2005; NEUTZLING et al, 2007).

O consumo insuficiente de frutas e hortaliças contribui para aumentar o risco de enfermidades consideradas não transmissíveis como as cardiovasculares e alguns tipos de câncer. No Brasil, segundo dados da POF 2002/2003, as frutas participam com somente 2,3% do total energético ingerido diariamente, sendo este percentual mais baixo entre as classes de menor renda familiar, enquanto o recomendado é que de 9% a 12% da energia diária consumida seja obtida das frutas, legumes e verduras. O Centro-Oeste brasileiro e a cidade de Campo Grande – MS apresentaram o menor consumo per capita de frutas de acordo com a POF (CONSTANTE et al,

de seus níveis séricos de triglicérides, colesterol total, colesterol LDL e glicemia de jejum. Neste grupo, a dieta ovolactovegetariana teve um papel importante na proteção vascular, sendo considerada como medida coadjuvante na prevenção e tratamento das dislipidemias (SUNADA; GUIMARÃES; MASSULO, 2006).

Contudo, apesar dos avanços científicos mostrando os benefícios para a saúde humana promovidos pelo consumo de alimentos de origem vegetal, nem sempre as pessoas aceitam retirar ou moderar o consumo

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa descritiva transversal realizada com os pacientes internados no Hospital Adventista do Pênfigo nos setores do Centro de Vida Saudável (CVS), Dermatologia e Hospital geral, no período de fevereiro a abril de 2008. A pesquisa foi autorizada pela Instituição e aprovada pelo comitê de ética da UNIDERP sob o número 029/2008.

Durante o período da pesquisa, um dia por semana, a pesquisadora visitava todos os pacientes internados e os convidava a

mediante a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Os sujeitos da pesquisa responderam a um questionário estruturado com questões fechadas e abertas, investigando as seguintes variáveis: sexo, idade, patologia, tempo de internação, religião; aceitação da alimentação ovolactovegetariana e os conhecimentos sobre os benefícios deste tipo de alimentação.

Os dados foram analisados através de

RESULTADOS

A amostra foi composta de 60 pacientes, sendo 70% de mulheres; 60% destas, na faixa etária de 30 a 50 anos. Quanto ao tipo de dieta, 73% dos pacientes recebia, na ocasião, dieta hospitalar geral. A maioria (46,6%) encontrava-se internada apenas de 1 a 3 dias, porém, cerca de 20% apresentava período de internação maior que 10 dias. A patologia mais frequente foi o Pênfigo Foliáceo com 18% dos pacientes; seguidos de pacientes para controle de diabetes e/ou hipertensão (15%); problemas renais (11,6%); depressão (8,3%) entre outras patologias.

A amostra limitada se deve ao fato de ser este o único Hospital a oferecer este tipo de alimentação e o número reduzido de pacientes

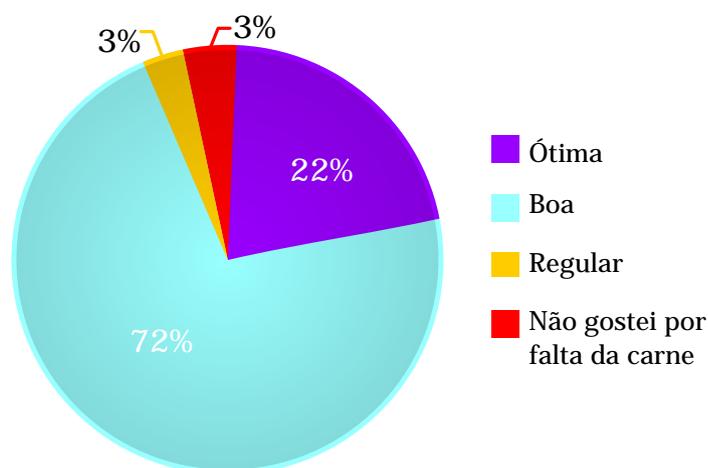


Figura 1 - Distribuição percentual do grau de aceitação da alimentação ovolactovegetariana servida no hospital, Campo Grande - MS - 2008

Analisando a aceitação das preparações servidas no hospital durante o período de internação, nenhuma delas se destacou de forma significativa como mais ou menos aceita. As maiores rejeições foram em relação ao glúten (8,4%) e a cevada (6%). Mesmo entre os pacientes internados há mais de 10 dias, houve uma boa aceitação alimentar.

Quando investigados os conhecimentos dos pacientes sobre os benefícios da alimentação ovolactovegetariana, constatou-se que esta se constitui em uma alimentação fraca devido à abstinência da carne. Na alimentação oferecida no hospital, além da abstinência das carnes em geral, também estão excluídos os alimentos que contenham cafeína, tais como: café, tereré e refrigerantes. Os pacientes foram indagados sobre que tipo de alimentos sentiu falta durante a internação.

Ao contrário do esperado, embora

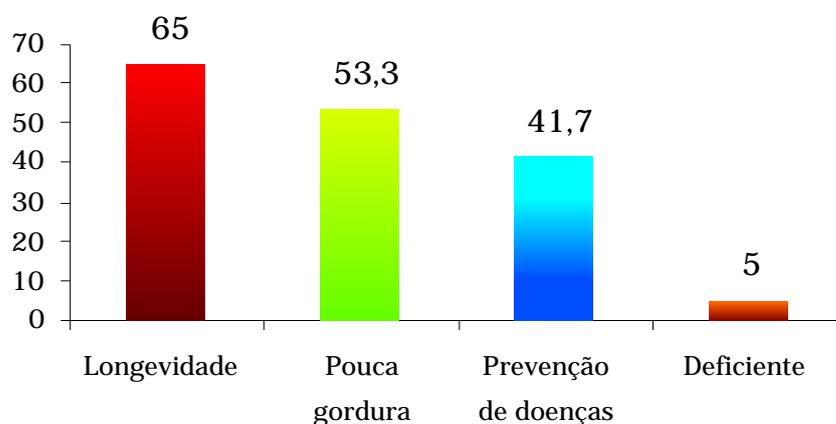


Figura 2 - Distribuição percentual dos conhecimentos sobre os benefícios da alimentação ovolactovegetariana, Campo Grande - MS - 2008

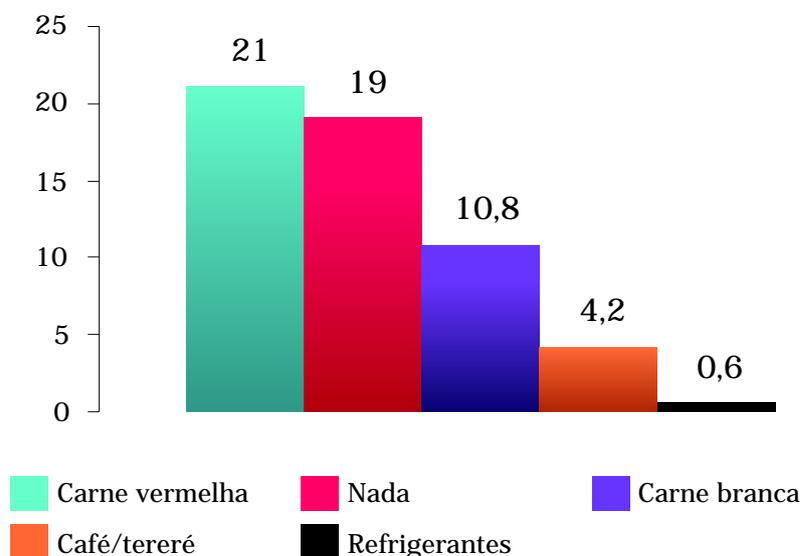


Figura 3 - Distribuição percentual de alimentos solicitados durante a internação, Campo Grande - 2008

DISCUSSÃO

Ao serem indagados sobre as consequências para o indivíduo que adota uma dieta ovolactovegetariana, observa-se que poucos sabem que os ovolactovegetarianos

Os dados sobre a opinião dos usuários e sua aceitação alimentar convergem para os resultados encontrados por Souza (2007) que,

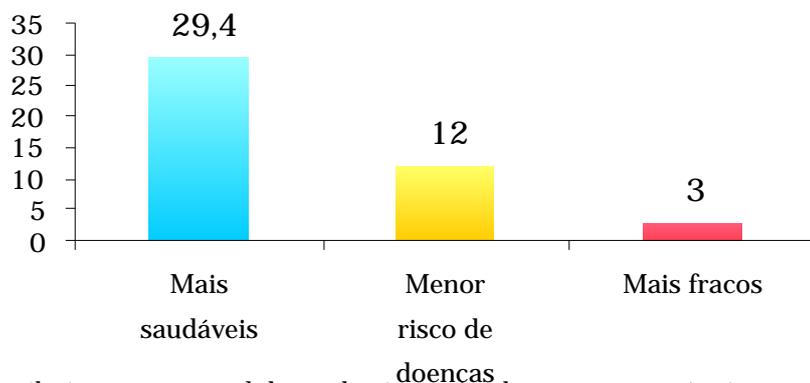


Figura 4 - Distribuição percentual do conhecimento sobre as consequências para os indivíduos que adotam uma dieta ovolactovegetariana, Campo Grande - 2008

dos indivíduos entrevistados. Contudo, estes recebiam alimentação convencional. Não foi possível encontrar estudos que avaliassem a aceitação de dieta hospitalar ovolactovegetariana para fins de comparação.

A boa aceitação da alimentação ovolactovegetariana oferecida no hospital do Pênfigo pode sugerir a alta qualidade oferecida pelo serviço de nutrição ou simplesmente confirmar um conformismo dos indivíduos pelo significado coletivo e simbólico da “comida de doente” sugerido por Maes (1998). Segundo Magnoni (2008), classicamente há certo preconceito que rotula a dieta oferecida aos pacientes como monótona e repetitiva, apresentando sabor, odor, coloração e apresentação desagradável e piorando com o prolongamento da internação. Associa-se a este conceito o fato do paciente em muitos casos apresentar diminuição significativa do apetite, implicando em menor aceitação da dieta e causando inclusive elevado desperdício de alimentos intra-hospitalar (BORGES, 2006).

Visando minimizar este conceito popular e até certo ponto real, a gastronomia

avaliações frequentes da aceitação da dieta por pacientes internados, uma vez que, esta se constitui em um fator coadjuvante importante no tratamento clínico, devendo, portanto, satisfazer suas necessidades orgânicas de nutrientes e psicológicas de alimentos.

A alimentação ovolactovegetariana por si só já é pouco aceita pela maioria da população, quando se trata de ambiente hospitalar, a tendência é que haja ainda maior resistência pela situação fragilizada em que se encontram os usuários pelo processo de adoecimento.

Contudo, nos últimos anos, a alimentação vegetariana tem sido muito estudada e considerada uma boa alternativa alimentar, especialmente diante do perfil epidemiológico do Brasil e dos países ocidentais, onde as doenças crônicas se alastram tendo como principal fator de risco o estilo de vida sedentário associado a uma alimentação inadequada e rica em produtos de origem animal, como gorduras saturadas e colesterol.

No Brasil, ainda não foram realizados

vegetarianas evidencia que estes vivem muito mais do que os outros californianos. A expectativa de vida representou aumento de 9,4 anos para os homens e 6,2 anos para as mulheres (CARNEIRO; MARTINS, FRASER, 2005).

Estudando a relação entre dieta vegetariana e níveis de colesterol e triglicéridios, Biase et al (2007) concluiu que esta alimentação é significativa como medida coadjuvante na prevenção e tratamento de dislipidemias. Em seu estudo, os ovolactovegetarianos apresentaram taxas menores de colesterol total, colesterol LDL e triglicéridios e no grupo de vegetarianos estritos houve também aumento significativo do colesterol HDL.

Outras evidências do estudo de Biase, et al (2007) referem-se ao risco relativo de algumas doenças nestes indivíduos, demonstrando que o consumo de castanhas e pão integral reduziu significativamente o risco de coronariopatias não fatais em cerca de 40% e fatais em 11%. Sobre a associação entre consumo de frutas e câncer, o estudo mostrou redução no risco de câncer de pulmão em 75% para aqueles que consumiam mais de uma porção ao dia. O risco para câncer de cólon foi 47% menor nos que consumiam feijões ao menos duas vezes por semana, 85% maior para aqueles que consumiam carnes em geral várias vezes por semana e 40% menor risco para os que consumiam mais fibras encontradas em frutas e hortaliças (CARNEIRO; MARTINS, FRASER, 2005).

Apesar dos muitos conhecimentos atuais sobre os benefícios dos alimentos vegetais na saúde humana, um número pequeno das pessoas investigadas reconhece que a adoção de uma dieta ovolactovegetariana implica em menor risco para doenças e tem um importante papel na promoção da saúde e longevidade das pessoas, apesar de

CONCLUSÃO

Observou-se uma boa aceitação da alimentação ovolactovegetariana pela população investigada, mesmo entre os pacientes com longo período de internação. Ressalta-se que, a ausência das carnes e do café não foi significativa para diminuir a aceitação.

Embora a maioria relacione este tipo de dieta com longevidade, poucos compreendem que esta, associada a um estilo de vida ativo e saudável propicia um menor risco potencial para o desenvolvimento de várias doenças, especialmente as crônicas não transmissíveis.

REFERÊNCIAS

- ALVARENGA, Adriana; LOTTEMBERG Ana Maria Pitta; SALGADO, Joicelem Mastrodi; BORGES Chaer Viviane. Impacto dos alimentos funcionais para a saúde. Disponível em: http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=446. Acesso em 30/11/2009.
- ANGELIS, Rebeca Carlota de. A importância dos alimentos vegetais na proteção da saúde: fisiologia da nutrição protetora e preventiva de enfermidades degenerativas. São Paulo: Atheneu, 2 ed, 2005.
- BIASE, Gricoleto Simone de; FERNANDES, Sabrina Carrocha Francine; CIANINI José Reinaldo; EDUARTE, Garcia Luiz João. Dieta Vegetariana e Níveis de Triglicérides e Colesterol. *Arq Bras Cardiol.* 2007; 88(1), p. 35-39
- BORGES, Carla Barbosa Nonino-BorgesI, [1](#); RABITO, Estela Iraci; SILVA, Karla da; FERRZ, Clarice Aparecida; CHIARELLO, Paula Garcia ; SANTOS, José Sebastião dos; MARCHINI, Júlio Sérgio. Desperdício de alimentos intra-hospitalar. *Rev. Nutr.* 2006;19(3).

- Séptimo Dia como Modelo de Uma Dieta Ovolactovegetariana. *Revista de Pediatria*, Buenos Aires, Nov. 2005.
- CARNEIRO, Margarete de Macedo; MARTINS, Márcia Cristina Teixeira; FRASER, Gary. Longevidade e Qualidade de Vida e suas Aplicações para o Brasil. *Revista Nutrição em Pauta*, ano XIII, n. 74 set./out.2005. p.12-20.
- CATALANI, Lidiane; KANG, Ester; DIAS, Maria Carolina; MACULEVICIUS, Janete. Fibras Alimentares. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 2003;20(5).
- CONSTANTE, Patrícia Jaime; MACHADO, Flavia Mori Sarti; WESTPHAL, Márcia Maria; MONTEIRO, Carlos Augusto. Educação nutricional e consumo de frutas e hortaliças: ensaio comunitário controlado. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000100021. Acesso em 30/11/2009.
- FERREIRA, Lucas Guimarães; BURINI, Roberto Carlos; MAIA, Fortes Adriano. Dietas vegetarianas e desempenho esportivo. *Rev Saúde Pública*, 2006;19(4), P.470-77.
- GARCIA, R. W. D. A dieta hospitalar na perspectiva dos sujeitos envolvidos em sua produção e em seu planejamento. *Rev. Nutr.*, Campinas, 2006, 19(2):129-144, mar./abr., 2006
- HALPERN, Alfredo. Obesidade, saúde, carne suína. Disponível em: <http://www.camari.com.br/files/3.pdf>. Acesso em 03/03/2008.
- IBGE. Pesquisa Nacional de Orçamento Familiar. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicao_de_vida/pof/2008/analise/comentario.pdf. Acesso em 20/05/2008.
- NEUTZLING, Marilda Borges; ARAUJO, Cora Luiza Pavim; VEIRA, Maria de Fátima Alves Vieira; CUNHA, Pedro; MENEZES, Ana Maria Baptista. Frequência de dietas ricas em gorduras e pobres em fibras entre adolescentes. *Rev Saúde Pública*, 2007;41(3) 2007.
- POULAIN J.P ; Saint-Sevin, B. La Restauration Hospitalière. Des attentes alimentaires du malade hospitalisé à la conception du système de restauration. Paris: Editions Cristal; 1990.
- PADRÓ, L. CERVERA, P. Alimentaciones Vegetarianas en la infancia y adolescencia. Barcelona: Pediatría Integral, *Revista Pediatría integral*. Barcelona, 2003;VII(5) p.364-372.
- SICHERI, Rosely; COITINHO, Denise; MONTEIRO, Josefina; COUTINHO, Walmir. Recomendações de alimentação e nutrição saudável para população Brasileira. *Rev Bras Endocrinologia e Metabolismo*, 2000;44(3) P. 227-232.
- SILVEIRA, Ieda Lobo da; FLÁVIO, Eliete Fernandes; OLIVEIRA, Simone Álvares Martins de. Soja o Alimento e a Nutrição. Viçosa/MG: Ed Imprensa Universitária, 1989.
- SOUZA, Fogolin Claudia. Aceitabilidade da dieta hospitalar em pacientes de um serviço público. Trabalho apresentado no 5.º Simpósio de Ensino de Graduação da Universidade Metodista de Piracicaba, outubro de 2007.
- SUNADA, Caroline da Silva; GUIMARÃES, Rita de Cássia Avellaneda; MASSULO, Andréia (Orientação). Dieta ovolactovegetariana x gordura: a nutrição na determinação da qualidade de vida. 2006. 81 f. Monografia de Conclusão de Curso de Graduação em Nutrição – Universidade Católica Dom Bosco. 2006.
- TEIXEIRA, Rita de Cássia Moreira de Almeida;

DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS: ATITUDES E SABERES DOS ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA ESTADUAL FRENTE AO SEXO SEGURO

Sexually transmitted diseases: attitudes and knowledge of adolescents of a state school front of safe sex

Maria Zélia de Sousa Oliveira - UNIGRAN

Érika Kaneta Ferri - UNIGRAN/UEMS

Cássia Barbosa Reis - UEMS

Contatos: Maria Zélia de Sousa Oliveira (zelia@uems.br)

Érika Kaneta Ferri (erika@uems.br)

Cássia Barbosa Reis (cassia@uems.br)

RESUMO

Introdução: A adolescência é uma fase demarcada por transformações biológicas, físicas e comportamentais, tornando-se vulnerável ao comportamento de risco para aquisição das DSTs. Objetivo: Conhecer as atitudes e práticas dos adolescentes matriculados em uma Escola Estadual frente à prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Materiais e métodos: A pesquisa foi conduzida sob abordagem quantitativa com característica descritiva, respeitando as regras éticas legais baseadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde - 196/96. Foi aplicado um questionário composto por 22 questões fechadas, abertas e mistas. Os dados foram analisados e tabulados através do programa Microsoft Excel. Resultados: Verificou-se que 66% já iniciaram suas atividades sexuais relatando multiplicidade de parceiros, 57,5% afirmam conhecimento sobre DSTs; 57,4% indicam como fonte de informação a televisão, 4% da amostra afirmam que já foram portadores de DSTs; 34% afirmam a prática do sexo seguro enquanto 21,5% afirmam sexo sem prevenção; 34% indicam os amigos como nível referencial para contato na ocorrência de uma DST. Conclusão: Diante dos resultados, sugere-se a necessidade da elaboração e implementação de um programa educativo e ações de saúde referentes à prevenção de DSTs direcionando a adoção de condutas preventivas no exercício da sexualidade, pois, os adolescentes revelam despreparo em lidar com as questões tangentes à prevenção das DSTs. Os educadores e profissionais de saúde devem realizar trabalhos multiprofissionais visando a educação sexual efetiva, sendo necessário ainda atuar junto aos pais dos adolescentes, para que estes busquem maior aproximação com seus filhos, e transpassem os tabus, os obstáculos da educação sexual.

Palavras-chave: adolescente, prevenção, doenças sexualmente transmissíveis.

ABSTRACT

Introduction: The adolescence is a phase demarcated for biological, physical and mannering transformations., becoming vulnerable to the behavior of risk for acquisition of the DSTs. Objective: To know the practical attitudes and of the adolescents registered one State school front to the prevention of the sexually transmissible illnesses. Methods: Research was lead under quantitative boarding with descriptive characteristic, respecting the based legal ethical rules in the Resolution of the National Advice of Health - 196/96. A composed questionnaire for 22 closed, opened and mixing questions was applied. The data had been analyzed and tabulated

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (2005) compreende a adolescência como a fase de vida decorrente entre a infância e a fase adulta, sendo marcada pelo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. Ferreira et al. (2007), afirmam que é na etapa de vida referente à adolescência que acontecem múltiplas mudanças refletindo nas modificações corporais, onde os hormônios atuam vigorosamente levando as alterações radicais de forma e expressão.

Murphy (2001) apud Taquette, Vilhena e Paula (2004) definem a adolescência como a fase de definição sexual, onde há maior variabilidade de parceiros, bem como a utilização de pensamentos abstratos de invulnerabilidade sem previsão de consequências e riscos. Assim, a descoberta da sexualidade e das atividades sexuais faz parte do amadurecimento individual e emocional, sendo que nesta fase a sexualidade é vivenciada com mais intensidade.

Na concepção de Ferreira et al. (2000), os adolescentes possuem informações sobre os riscos para transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), e ainda sobre a forma de prevenção, porém o uso de preservativo ainda é difuso entre eles, sendo este um dos fatores que os colocam em condições de presa fácil das diferentes situações de risco.

MATERIAIS E MÉTODOS

De acordo com o proposto para a investigação, a pesquisa teve cunho quantitativo com característica descritiva, pois, segundo Oliveira (2002, p. 115), “o estudo descritivo permite ao pesquisador uma melhor compreensão do comportamento de diversos fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno”.

Estadual Ministro João Paulo dos Reis Veloso, Dourados-MS, no período correspondente ao mês de março e abril de 2009, respeitando as regras éticas legais baseadas na Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 196/96.

Em comum acordo entre a pesquisadora e as coordenadoras pedagógicas da escola, foi feito um levantamento da população-alvo na faixa etária pretendida ao estudo, o qual permitiu identificar 178 adolescentes de ambos os sexos, matriculados no 8º e 9º ano do ensino fundamental e no 1º, 2º e 3º ano do ensino médio.

Foi realizada uma explanação do projeto nas salas de aulas enfatizando a importância e os objetivos pretendidos para com a pesquisa, como também da necessidade da aprovação dos pais ou responsáveis. No mesmo dia, foi distribuído o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para que os alunos levassem até seus pais para a permissão para que pudessem participar da pesquisa.

A amostra foi não probabilística por conveniência e foram incluídos no estudo adolescentes na faixa etária entre 14 e 19 anos, providos do consentimento de seus representantes legais. Foram excluídos os indígenas e aqueles que não aceitaram participar. No momento da coleta de dados, dos 178 adolescentes identificados, foi aplicado o questionário em 47 deles que apresentaram o aceite dos seus representantes legais.

O questionário utilizado foi adaptado do estudo “Sexualidade e DST/Aids: conhecimentos e práticas de proteção com escolares”, realizado por Couto (2004), sendo este composto por 22 (vinte e duas) questões fechadas, abertas e mistas.

Tais questões versaram sobre os dados de identificação, sexo, dados acerca da família dos sujeitos, das pessoas com quem moram, do relacionamento com os familiares, a primeira

colocam em condições de presa fácil das diferentes situações de risco.

Para Roehrs et al. (2007), a família tem objeção em abordar sexo e sexualidade com seus filhos, razão pela qual os adolescentes buscam informações com colegas, estes também pouco experientes, levando a comportamentos de risco.

No entanto, a omissão de comunicação e informação adequada, relacionada ao constrangimento, à incapacidade para tratar da sexualidade ou até mesmo por muitos tabus, tanto por parte dos adolescentes como dos

Os resultados obtidos através deste estudo diferem dos resultados obtidos por Silva et al. (2005), onde em sua população 48,9% pertenciam ao grupo feminino e 51,6% ao grupo masculino, e que 9,4% desses adolescentes relatam uma renda familiar maior que três salários mínimos.

Segundo o Departamento Intersindical de Estatística e Estudo Socioeconômico (DIEESE, 2009), o salário mínimo fixado em lei, nacionalmente unificado de acordo com o preceito constitucional capaz de atender às necessidades vitais básicas de uma família composta por 4 pessoas corresponde a R\$ 2.005,57. Portanto, mediante o atual estudo, verifica-se que a população em questão insere-se num patamar socioeconômico baixo, uma vez que a renda familiar predominante (72,3%) está entre 1 e 2 salários mínimos, ou seja, varia

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A pesquisa teve como amostra 47 adolescentes, sendo que 57,4% são adolescentes matriculados no ensino

Tabela 1 - Distribuição dos adolescentes, segundo variáveis socioeconômicas, matriculados em uma Escola Estadual de Dourados/MS - 2009 (n=47)

VARIÁVEL	Nº	%
Sexo		
Feminino	29	61,7
Masculino	18	38,3
Estado Civil		
Casado	2	4,3
Solteiro	41	87,2
Amasiado	4	8,5
Número de Filhos		
Nenhum	44	93,6
Um	3	6,4
Escolaridade		
Fundamental	27	57,4
Médio	20	42,6
Trabalha		
Não	26	55,3
Sim	21	44,7
Renda Familiar por pessoas em Salário Mínimo (2009)		
< 1	10	21,3
De 1 a 2	34	72,3
De 2 a 2,5	2	4,2
> 2,5	1	2,1

Portanto, os resultados são preocupantes, pois a interação desses adolescentes com características de rendimentos econômicos baixos acentuam os desafios enfrentados durante o período de passagem para a vida adulta, considerando ainda que esta fase é um período difícil, passível de conflitos e crises, em que o indivíduo se prepara para o exercício pleno de sua autonomia, mas, ainda preso a uma situação de dependência de toda ordem, em que a afetiva e econômica são preponderantes, o torna instável ao enfrentamento de decisões tanto no que diz respeito às responsabilidades dos seus atos presentes, quanto aos futuros.

De fato, neste aspecto, o fator econômico interfere na aquisição de preservativos, e a rede pública nem sempre é procurada por este público. E no tocante à afetividade, tanto quanto afeta os demais adolescentes, independentemente da situação

homem e uma mulher; 29,3% associaram sexualidade à reprodução, como também a novas descobertas da fase da adolescência e ao conhecimento do próprio corpo, e 17% não responderam.

Diante de tais resultados, é possível concluir que as respostas definem sexualidade tal como a proposição da Organização Mundial de Saúde, conforme afirma Pereira et al. (2007, p.15): A sexualidade é um aspecto central do bem estar humano, do começo ao fim da vida, envolvendo sexo, identidade de gênero, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução.

Conforme afirmado por Pereira et al. (2007, p. 15-16), adolescência é a fase peculiar de transição, desenvolvida pelo início da liberação de hormônios sexuais no eixo hipotálamo-hipofisário-gonadal, que se traduz psicologicamente por um súbito interesse

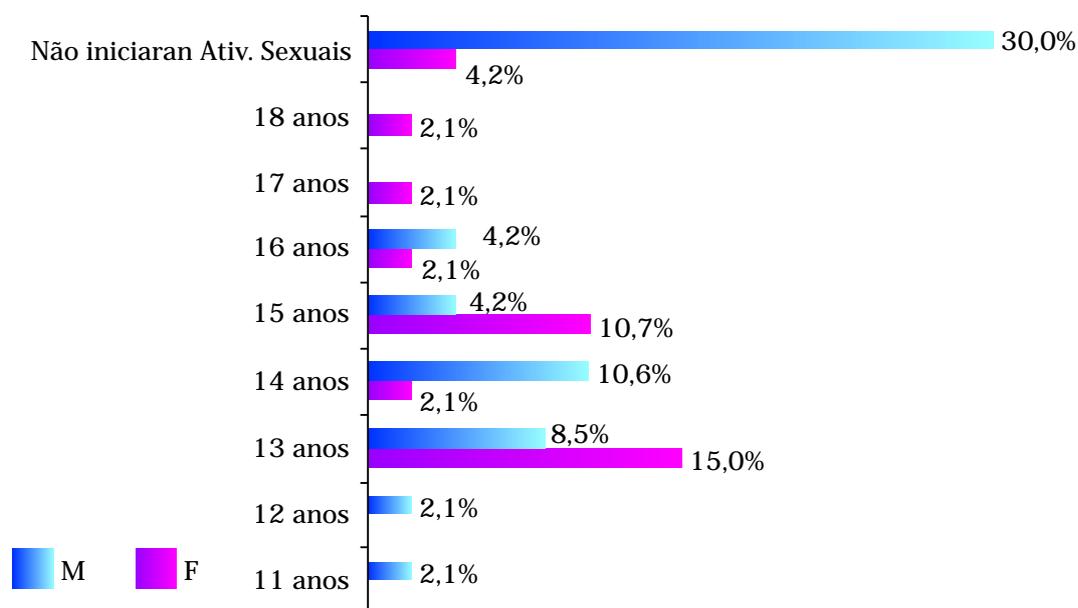


Figura 1 - Distribuição dos adolescentes que já iniciaram atividade sexual, segundo faixa etária da 1ª relação sexual de uma Escola Estadual de Dourados - MS - 2009 (n=47)

A primeira relação sexual é relatada pela maioria do grupo, entre os 13 e 15 anos. Este dado é semelhante aos resultados encontrados por Costa et al. (2003) e Ribeiro et al. (2006), que encontraram 75,6% e 83,3% de jovens entre 13 e 15 anos que tinham iniciado sua vida sexual. Este início precoce pode agravar os índices de DST/AIDS entre os grupos populacionais mais jovens (COUTO, 2004).

A Figura 2 mostra os tipos de relacionamento dos adolescentes segundo gênero, apresentando uma variedade de comportamento afetivo onde se destaca “namoro fixo” no sexo feminino (21%). Observa-se ainda que existe o dobro de meninas casadas nesta faixa etária. Estudo de

Quando observamos o conhecimento sobre DSTs, observamos que, entre aqueles que já têm atividade sexual, 87,1% responderam corretamente como se contrai as DSTs. Dos adolescentes que declararam ainda não ter tido atividade sexual (34%), apenas 6,2% responderam que é uma doença venérea, da rua, do mundo e que se contrai apenas com profissionais do sexo.

Couto (2004) enfatiza que há uma percepção conservadora no discurso dos adolescentes que ainda associam as DSTs somente a um comportamento praticado fora do casamento ou do namoro. Entretanto podemos observar que este conceito vem avançando entre os adolescentes, o que pode indicar maior acesso a informações adequadas

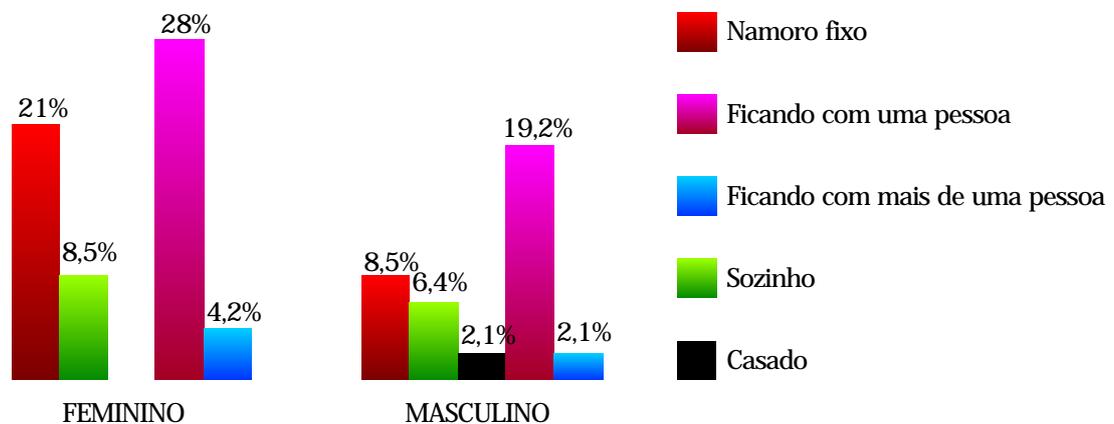


Figura 2 - Tipos de relacionamento atual dos adolescentes, segundo sexo, matriculados em uma Escola Estadual de Dourados - MS - 2009 (n=47)

Em relação às DSTs elencadas no questionário as que se destacaram em foram o HIV/Aids (78,7%), a gonorreia (67,7%) e sífilis (65,4%). Já Doreto e Vieira (2007) realizaram um estudo entre os adolescentes do Programa Saúde da Família de Ribeirão Preto/SP, e os seus resultados indicaram que os adolescentes conheciam em média, de 5 a 6 doenças que podem ser transmitidas pelo contato sexual, com percentuais diferenciados, principalmente em relação à gonorreia e sífilis,

Verificou-se que as variáveis categóricas referentes aos meios pelos quais os adolescentes recebem informações sobre DSTs apontadas com maior relevância é a televisão (57,4%) e a internet (55,3%), seguida da escola (31,9%).

Diferindo dos resultados do presente estudo, Azevedo e Abdo (2006) constataram em sua pesquisa que as principais fontes de informação sobre sexualidade eram os pais (45%) e os amigos (26%), seguidos pelos meios

(29,8%). Marques (2006, p. 62) acredita que a partir do momento que os pais e a escola se empenharem conjuntamente na formação e preparação desse público sobre sexualidade será menor a prevalência de DSTs entre estes.

Ainda que a maioria (83%) tenha respondido corretamente ao questionamento, ainda existe um percentual significativo que acredita em grupos de risco específicos.

Maior número de parceiros sexuais

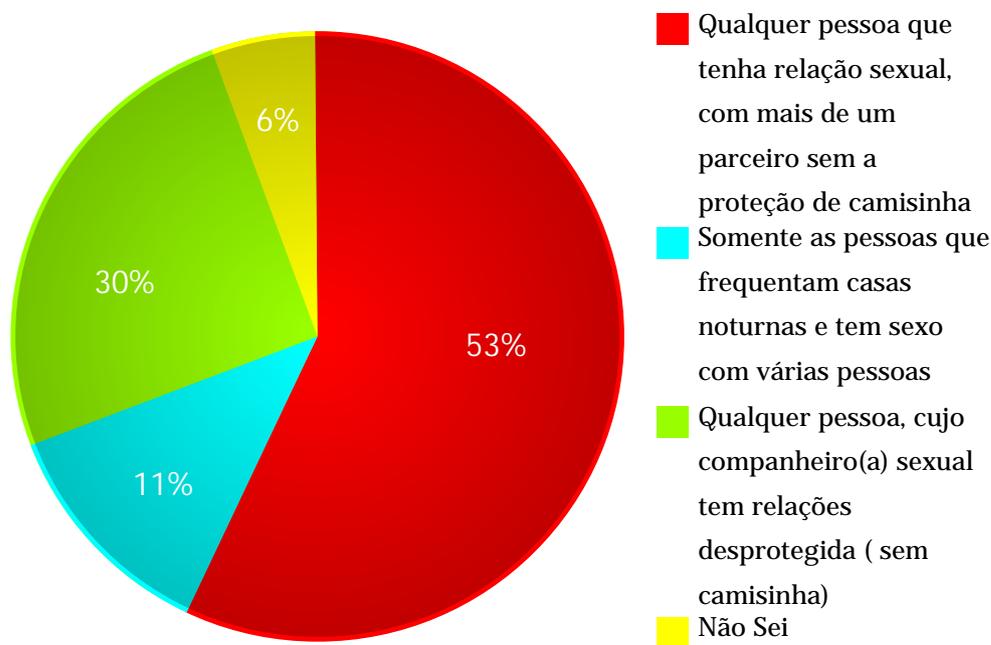


Figura 3 - Conhecimento sobre quem pode contrair DST, dos adolescentes matriculados em uma Escola Estadual de Dourados - MS - 2009 (n=47)

importante para mulheres do que para homens. Isto se deve ao fato da relação extraconjugal ser aceita socialmente para os homens, sendo comum para eles ter duas parceiras sexuais "fixas". (CARRET et al., 2004). Desta forma, diversos autores referem que progressivamente os indivíduos que expõem ao sexo desprotegido possuem uma vulnerabilidade bastante acentuada em adquirir DST/AIDS.

Entretanto, o estado civil não é, necessariamente, fator de proteção contra DST, principalmente devido à incapacidade da mulher de influenciar o comportamento do seu cônjuge. Mulheres/homens solteiros(as) que não vivem com parceiro(a) regular têm risco aumentado devido às possíveis características

que, conforme os relatos dos adolescentes, 66% destes são pertencentes ao grupo sexualmente ativo e dentre estes, 45% negam ter sido portadores de alguma DST e 4% relatam já ter adquirido uma das DSTs. Entretanto, temos uma limitação de conhecimento desse público a cerca do tema, pois, 17% afirmam desconhecer se já adquiriam ou não uma DST.

Conforme demonstrado na Figura 4, verifica-se a frequência de uso do preservativo pelos adolescentes, apresentando como relevância o uso do preservativo em todas as relações sexuais (56,8%) e como fato preocupante o de nunca ter usado (22,6%).

Esse resultado não apresenta uma diferença significativa quando confrontado ao

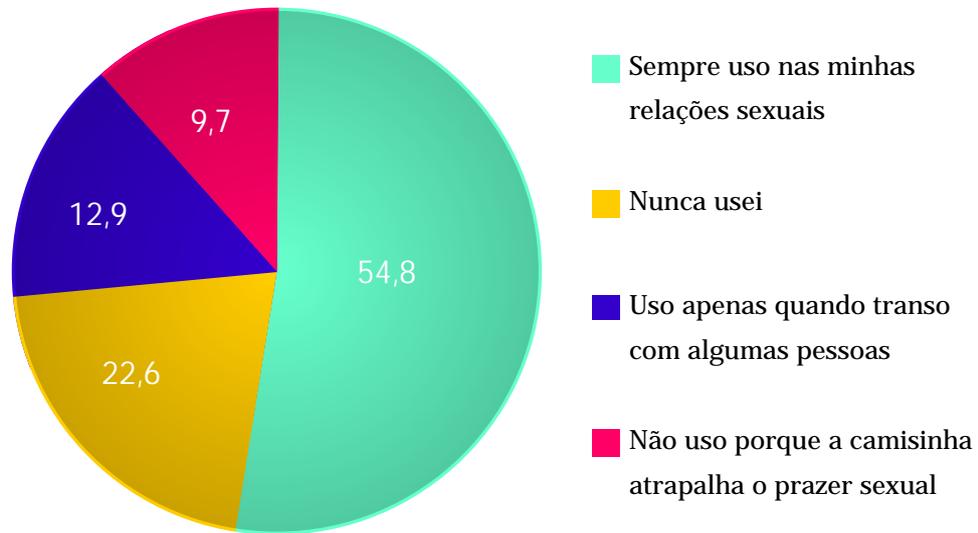


Figura 4 - Uso de preservativo pelos adolescentes sexualmente ativos, matriculados em uma Escola Estadual de Dourados - MS - 2009 (n=47)

Entre a população de jovens sexualmente ativos estudados por Melo, Silva e Oliveira (2006), 68% utilizaram preservativos em todas as relações; 10% nunca usaram e 22% usaram raramente. Nascimento e Lopes (2000) verificaram em seu estudo que 61,7% sempre fazem uso do preservativo, seguido de 32,0% que usam às vezes e 6,3% que nunca usam.

No estudo de Lopes e Alves (2008) observou-se que para 46,1% o preservativo não interfere na relação sexual e 23,1% acham que usar o preservativo diminui o prazer. Além disso, 65,1% não aceitariam ter relações se o(a) parceiro(a) não quisesse utilizar preservativo, mas 17,6% aceitariam se conhecessem bem o(a) parceiro(a).

Taquette, Vilhena e Paula (2004) afirmam que esta situação está atrelada à difícil negociação entre os parceiros quando se referem ao uso de preservativo durante as práticas sexuais.

No presente estudo, verifica-se através da avaliação dos adolescentes que a atividade sexual geralmente não é programada, apontam várias justificativas para o não uso do preservativo, podendo destacar como

comportamento desejado entre os adolescentes, o uso consistente ainda não é frequente para essa população, iniciam sua vida sexual cada vez mais cedo e na maioria das vezes, não fazem uso do preservativo.

Quando questionados sobre a possibilidade de contraírem DST, 38,3% dos adolescentes responderam não ser possível isso ocorrer, enquanto que só 8,5% mencionam ser muito possível.

Esse resultado não difere do resultado obtido por Doreto e Vieira (2007) quando afirma que muitas adolescentes não se consideram em risco de adquirir uma DST (65,5%), principalmente devido ao fato de terem um parceiro fixo. Afirmando ainda que esses adolescentes revelam um bom nível de conhecimento sobre as DSTs, mas que há percepção equivocada sobre o risco pessoal em adquirir essas doenças, considerando a ausência de proteção durante as práticas sexuais.

Em relação ao nível de referência para os adolescentes no enfoque do comportamento de risco para uma DST, percebe-se relevância para a variável categórica "Amigos" (34,0%) e

outro aspecto: o senso de pertença, pois segundo os estudiosos do ser adolescente, este é um sentimento que decorre da necessidade que ele tem de identificação e aceitação com um determinado grupo. É entre os pares que se sentem iguais, onde o diálogo é fácil, criam dialetos, termos próprios e se sentem independentes.

Todavia, fazendo uma reflexão sobre o contexto, pode-se afirmar que os adolescentes

CONCLUSÕES

Para a realização deste estudo várias dificuldades foram encontradas, dentre elas, pode-se destacar a falta de interesse dos próprios adolescentes em falar sobre o assunto, já que ainda há entre eles aquela concepção de que “comigo não acontece”; como também o tabu dos pais não consentindo que seus filhos participassem da pesquisa. Do total de 178 alunos matriculados, somente 47 pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. É importante enfatizar que a família e a escola devem trabalhar em conjunto para a promoção da saúde do adolescente (MARQUES, VIEIRA, BARRETO, 2003), mas a realidade ainda é de transmissão da responsabilidade da família para a escola pela dificuldade da primeira em tratar de assuntos relacionados à sexualidade com os filhos.

Neste estudo, os adolescentes relataram início precoce da vida sexual, nem sempre praticando sexo seguro. As respostas demonstraram ainda que os adolescentes têm informações insuficientes, tornando-se, assim, mais vulneráveis aos comportamentos de riscos com a multiplicidade de parceiros sexuais e uso irregular de preservativo.

Estes fatores mostram o despreparo dos adolescentes em lidar com as próprias práticas

nas escolas, já que constituem espaços fundamentais para a formalização do conhecimento. Outro item importante para que as ações tenham efetividade é saber que não basta somente informar, mas que se faz necessário identificar onde estão as falhas entre o conhecimento e a prática desses adolescentes frente ao sexo seguro.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, G. E., ABDO, C. H. N. Adolescentes de classe média do ensino fundamental: prática e conhecimento da sexualidade. *Revista de Pediatria*. São Paulo, v. 28, n. 3, p. 184-90, 2006.

CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; SILVEIRA, D. S.; BERTOLDI, A.; HALLAL, P. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis: prevalência e fatores de risco. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 38, n. 1, p. 76-84, 2004.

COSTA, J. O; CARVALHO, M. A. B; GARRIDO, A.; GOUVEA, C. M. L.; ALVES, D. S.; BOLWERK, G. A. Sexualidade na adolescência: conhecimentos, atitudes e práticas dos estudantes de Barbacena, em 2001. *GO Atual*: Rio de Janeiro. 2003.

COUTO, V. A. S. F. Sexualidade e DST/Aids: conhecimentos e práticas de proteção com escolares. São Bernardo do Campo/SP, 2004. Dissertação (Mestrado/Doutorado em Psicologia da Saúde). Universidade Metodista de São Paulo.

DIEESE, Salário Mínimo Necessário. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos – DIEESE, Disponível em: <http://www.dieese.org.br/rel/rac/salminMenu09-05.xml>. Acesso em 09 de ago 2009.

DORETO, D. T.; VIEIRA, E. M. O conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis

- adolescentes universitários. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, v. 61, n. 1, p. 11-7, jan./fev. 2008.
- MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. Técnicas de pesquisa. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- MARQUES, E. S.; MENDES, D. A.; TORNIS, N. H. M.; RODRIGUES, C. L.; BARBOSA, M. A. O conhecimento dos escolares adolescentes sobre doenças sexualmente transmissíveis/aids. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v. 8, n. 1, p. 58-62, 2006.
- MARQUES, M. F. C.; VIEIRA, N. F. C.; BARROSO, M. G. T. Adolescência no contexto da escola e da família – uma reflexão. Família Saúde Desenvolvimento. Curitiba, v. 5, n. 2, p.141-146, mai./ago. 2003.
- MELO, E. J.; SILVA, D. L. D., OLIVEIRA, K. M. P. Conhecimento sobre DST, métodos de prevenção e drogas de abuso dos alunos do ensino médio da rede pública do município de Candói – PR. Iniciação Científica CESUMAR. Maringá, v. 8, n. 1, p. 49-55, Ed. Especial, Jun. 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- NASCIMENTO, L. C. S.; LOPES, C. M. A atividade sexual e doenças sexualmente transmissíveis em escolares do 2º grau do Rio Branco – Acre, Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 98, n. 1, p. 107-113, jan. 2000.
- OLIVEIRA, S. L. Tratado de metodologia científica: Projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 2002.
- centro de convivência. Revista de Pediatria do Ceará. Fortaleza, v. 7, n. 2, p. 59-67, jul./dez. 2006.
- SILVA, P. D. B.; OLIVEIRA, M. D. S.; MATOS, M. A.; TAVARES, V. R.; MEDEIROS, M.; BRUNINI, S.; TELES, S. A. Comportamentos de risco para as doenças sexualmente transmissíveis em adolescentes escolares de baixa renda. Revista Eletrônica de Enfermagem. Goiânia, v. 7, n. 2, p. 185-189, 2005.
- TAQUETTE, S. R.; VILHENA, M. M. de; PAULA, M. C. de. Doenças sexualmente transmissíveis na adolescência: estudo dos fatores de risco. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Uberaba, v. 3, n. 37, p. 210-214, mai./jun. 2004.

PREVALÊNCIA DA DOENÇA CÁRIE E NECESSIDADE DE TRATAMENTO EM MULHERES E CRIANÇAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE CAMPO GRANDE-MS¹

Prevalence of caries disease and need for treatment in women and children enrolled at the family health strategy in Campo Grande-MS

Luana Bertagnolli Gonçalves – UFMS

Janáina Rodrigues Lopes da Silva – UFMS

Marina de Almeida Romanini – UFMS

Alessandro Diogo De Carli – UFMS

Valéria Rodrigues de Lacerda – UFMS

Contato: Alessandro Diogo De Carli (alessandrodecarli@hotmail.com)

RESUMO

Objetivo: Verificar a prevalência da doença cárie e necessidade de tratamento em mulheres e crianças cadastradas na Estratégia de Saúde da Família no município de Campo Grande-MS. Materiais e métodos: A amostra foi calculada proporcionalmente ao número de famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família por Distrito Sanitário em Campo Grande-MS, resultando em quatro unidades amostrais, Norte (n=40), Sul (n=56), Leste (n=26), Oeste (n=38), perfazendo 80 mães (sem restrição de idade) e 80 crianças (entre 5 a 12 anos), selecionadas proporcional e aleatoriamente. Para a prevalência de cárie, foram utilizados os índices CPO-D e ceo-d, nas dentições permanente e decídua, respectivamente. Os dados obtidos foram tabulados em ficha clínica fundamentada no Projeto SB Brasil. Resultados: O CPO-D médio nas mulheres/crianças de 12 anos foi de 17,44(± 7,15) (média± desvio padrão) e 1,80(± 1,69), nesta ordem. O CPO-D/ceo-d na faixa etária de 6 a 11 anos foi de 0,68(± 1,09) e 2,08(± 2,65), respectivamente. A maior necessidade de tratamento para as mulheres e crianças foi de restauração de uma face ou mais. Não ocorreu correlação linear entre o CPO-D das mães e dos filhos. Conclusão: A prevalência de cárie no grupo das mães foi considerada alta e, no grupo das crianças, a experiência de cárie prevaleceu na dentição decídua. Os procedimentos restauradores constituíram a principal necessidade de tratamento, passível de atendimento na atenção básica.

Palavras-chave: índice CPO, levantamento de saúde bucal, saúde pública.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this was to check caries prevalence and the need for treatment in women and children enrolled at the Family Health Strategy in Campo Grande – MS. Method: The sample calculation was proportional to the number of families enrolled at the Family Health Strategy per sanitary district in Campo Grande - MS, resulting in four sample unities: North (n=40), South (n=56), East (n=26), West (n=38), amounting to 80 mothers (irrespective of age)

¹Artigo originado da monografia de conclusão do curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde, oferecido pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul – ESP/SES/MS.

INTRODUÇÃO

Embora tenha ocorrido um expressivo declínio na experiência de cárie dentária em escolares brasileiros (Narvai et al., 1999; Cangussu et al., 2001; Traebert et al., 2001; Narvai et al., 2006; Martins et al., 2006; Moreira et al., 2007), a mesma ainda prevalece na população adulta e em algumas regiões do Brasil (Fantini, 2005; Villalobos-Rodelo et al., 2006).

A cárie dentária é uma doença multifatorial (Freire et al., 1999; Maltz e Silva, 2001; Frazão et al., 2003; Santos et al., 2007) e a redução de sua prevalência é bastante limitada no que diz respeito à assistência odontológica.

É importante ressaltar que os pais exercem um papel fundamental na promoção e manutenção da saúde de seus filhos, sendo a mãe a responsável pela saúde da família. Fatores que comprometem a capacidade materna de cuidar e o equilíbrio do ambiente familiar podem estar associados ao desenvolvimento precoce de cárie dentária (Martin e Ângelo, 1999; Couto et al., 2001; Souza et al., 2006).

Por meio de levantamentos epidemiológicos, é possível estimar a condição de saúde bucal de diferentes grupos populacionais, conhecimentos indispensáveis para a proposição de ações adequadas às suas necessidades e riscos (Baldani et al., 2002; Farias et al., 2004; Rihs et al., 2007). No caso brasileiro, o uso da epidemiologia nos serviços de saúde é previsto pela Lei 8080 de 1990, garantindo sua utilização para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática (Brasil, 1990).

As principais informações epidemiológicas de cárie dentária no Brasil são oriundas de três grandes levantamentos

contínua (Brasil, 2002). Nesse sentido, em 1994, o Ministério da Saúde propôs a Estratégia de Saúde da Família (ESF) desenvolvendo ações básicas, no primeiro nível de atenção à saúde, buscando ampliar a cobertura e o acesso da população. A inclusão das equipes de saúde bucal na ESF ocorreu em 1998, em função da necessidade de aumentar as ações de prevenção e garantir a assistência odontológica (Brasil, 2002).

A escassez de estudos mencionando o impacto das ações voltadas à assistência odontológica dificulta a possibilidade de se avaliar o desempenho das equipes de saúde bucal, e conseqüentemente de poder intervir

METODOLOGIA

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos – CEP/UFMS, sendo aprovado pelo protocolo nº 1196 e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Grande - MS (SESAU). Para a realização dos exames, os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Realizou-se uma pesquisa quantitativa transversal para verificar a prevalência de cárie dentária e necessidade de tratamento em mulheres e crianças da ESF em Campo Grande-MS. Para quantificação da prevalência da cárie dentária utilizaram-se os índices: Cariado, Perdido e Obturado (CPO-D) para a dentição permanente e cariado, com extração indicada e obturado (ceo-d) para dentição decídua.

O município de Campo Grande-MS é dividido em quatro Distritos Sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste) e, para a realização dos exames, foram sorteadas quatro Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), uma de cada Distrito Sanitário, das quais foram relacionadas às famílias cadastradas.

A amostra foi calculada

a 12 anos e mulheres não cadastradas na ESF. Os exames foram realizados em visitas domiciliares, sob luz natural. Utilizou-se um abaixador de língua e espelho bucal, preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Os critérios de diagnóstico e a tabulação dos dados (ficha clínica) foram fundamentados no Projeto SB Brasil 2003.

A comparação dos resultados referentes ao CPO-D foi realizada por meio do teste t-student para uma única amostra. A correlação linear entre as variáveis ceo-d e

realizada utilizando-se o “Software” SPSS, versão 13.0, considerando diferenças e

RESULTADOS

Previamente à realização da pesquisa, realizou-se a calibração intra e interexaminadores e os resultados demonstrados pela estatística Kappa revelaram um excelente nível de concordância intraexaminador. Os resultados para as

Tabela 1 - Distribuição, em números absolutos e percentuais, da prevalência de cárie medida pelo ceo-d/CPO-D, segundo faixa etária e Distrito Sanitário, Campo Grande-MS, 2008 (n=153)

VARIÁVEL	DISTRITO								
	NORTE		SUL		LESTE		OESTE		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Faixa etária									
6-11 anos	ceo-d=0	3	17,65	10	45,45	7	63,64	8	53,33
	ceo-d≥1	14	82,35	12	54,55	4	36,36	7	46,67
	Total	17	100,00	22	100,00	11	100,00	15	100,00
6-11 anos	CPO-D=0	9	52,94	14	63,64	9	81,82	9	60,00
	CPO-D ≥ 1	8	47,06	8	36,36	2	18,18	6	40,00
	Total	17	100,00	22	100,00	11	100,00	15	100,00
12 anos	CPO-D=0	0	0,00	1	33,33	0	0,00	2	66,67
	CPO-D ≥ 1	2	100,00	2	66,67	2	100,00	1	33,33
	Total	2	100,00	3	100,00	2	100,00	3	100,00
<35 anos	CPO-D=0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	CPO-D ≥ 1	8	100,00	18	100,00	3	100,00	11	100,00
	Total	8	100,00	18	100,00	3	100,00	11	100,00
35-44 anos	CPO-D=0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	CPO-D ≥ 1	9	100,00	8	100,00	6	100,00	5	100,00
	Total	9	100,00	8	100,00	6	100,00	5	100,00
45-64 anos	CPO-D=0	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
	CPO-D ≥ 1	3	100,00	2	100,00	3	100,00	2	100,00
	Total	3	100,00	2	100,00	3	100,00	2	100,00

n = número de voluntários pesquisados; ceo-d = dentes cariados, com extração indicada e obturados; CPO-D = Dentes Cariados, Perdidos e Obturados.

variou de moderada a boa, uma vez que os valores encontrados foram 0,81 na primeira avaliação e 0,79 na segunda avaliação (Brasil, 2000).

Da amostra de 160 indivíduos, evidenciou-se que entre as crianças com idade de 5 a 12 anos, com idade média de $8,67 \pm 1,97$

anos. A distribuição da amostra por Distrito Sanitário foi proporcional ao número de famílias cadastradas na ESF.

Houve uma perda em torno de 4% da amostra selecionada, pois foram excluídas da amostra as crianças de 5 anos, pois totalizavam apenas 5, e as 2 únicas mães da faixa etária de

Tabela 2 - Médias dos componentes do índice CPO-D e ceo-d, desvios-padrão e valores mínimo e máximo para mulheres e crianças, segundo a faixa etária e Distritos Sanitários, Campo Grande - MS - 2008 (n=153)

IDADE	DISTRITO	Nº	HÍGIDOS	CARIADOS	OBTURADOS	PERDIDOS	ceod/ CPOD	DP	MIN- MAX
6-11 anos (ceo-d)	Norte	17	7,18	2,00	0,59	0,24	2,82	2,83	0-10
	Sul	22	8,05	1,45	0,86	0,09	2,41	2,84	0-9
	Leste	11	9,82	0,55	0,18	0,09	0,82	1,70	0-6
	Oeste	15	5,93	1,00	0,47	0,20	1,67	2,53	0-8
	Total	65	7,63	1,34	0,58	0,15	2,08	2,65	0-10
6-11 anos (CPO-D)	Norte	17	12,71	0,41	0,24	0,00	0,65	0,79	0-2
	Sul	22	12,32	0,18	0,68	0,00	0,86	1,36	0
	Leste	11	12,27	0,09	0,09	0,00	0,18	0,39	0-1
	Oeste	15	14,27	0,20	0,60	0,00	0,80	1,26	0-4
	Total	65	12,86	0,23	0,45	0,00	0,68	1,09	0-4
12 anos	Norte	2	23,00	2,00	0,50	0,00	2,50	2,12	1-4
	Sul	3	24,33	1,00	1,00	0,00	2,00	2,00	0-4
	Leste	2	23,50	1,50	1,00	0,00	2,50	1,50	1-4
	Oeste	3	22,00	0,33	0,33	0,00	0,67	1,15	0-2
	Total	10	23,20	1,10	0,70	0,00	1,80	1,69	0-4
< 35 anos	Norte	8	20,38	4,50	4,25	2,88	11,63	4,07	6-19
	Sul	18	17,89	1,83	6,56	5,72	14,11	7,53	3-32
	Leste	3	16,00	2,00	10,33	3,67	16,00	2,65	14-19
	Oeste	11	18,18	2,45	7,00	4,36	13,82	3,40	9-22
	Total	40	18,33	2,55	6,50	4,63	13,68	5,69	3-32
35-44 anos	Norte	9	9,67	1,67	6,44	14,22	22,33	6,02	15-30
	Sul	8	13,5	1,38	8,25	8,88	18,50	6,02	8-29
	Leste	6	13,33	0,33	11,00	7,33	18,67	7,00	12-32
	Oeste	5	15,6	0,60	12,00	3,80	16,40	6,35	8-24
	Total	28	12,61	1,11	8,93	9,36	19,39	6,33	8-32
45-64 anos	Norte	3	5,00	1,67	0,33	25,00	27,00	1,73	26-29
	Sul	2	6,50	1,50	1,00	23,00	25,50	4,95	22-29
	Leste	3	11,33	2,00	11,00	8,00	21,00	5,20	18-27
	Oeste	2	5,50	1,50	5,00	20,00	26,50	7,78	21-32
	Total	10	7,30	1,70	4,60	18,50	24,80	4,83	18-32

N = Número de voluntários pesquisados; ceo-d = dentes cariados, com extração indicada e obturados, CPO-D = Dentes Cariados, Perdidos e Obturados; DP = Desvio Padrão da Média; Min-Máx = Mínimo e Máximo.

Sanitários, principalmente em relação às crianças na faixa etária de 6 a 11 anos. dentes sem e com necessidade de tratamento para a cárie dentária, e respectivos

Os resultados contidos na Tabela 2 descrevem as médias dos componentes do índice CPO-D e ceo-d, desvios - padrão e valores mínimo e máximo para crianças de 6 a 11 anos e 12 anos e suas mães com idade menor que 35 componentes como restaurações de 1 superfície, restaurações de 2 superfícies, coroa, tratamento pulpar mais restauração, extração e selante é apresentada para as crianças com idade entre 6 e 11 anos e 12 anos

Tabela 3 - Distribuição percentual de dentes com e sem necessidade de tratamento para cárie dentária e respectivos componentes, de mulheres e crianças, segundo idade e Distrito Sanitário, Campo Grande - MS - 2008 (n=153)

		NECESSIDADE DE TRATAMENTO PARA CÁRIE DENTÁRIA						
		SEM	COM NECESSIDADE					
		NECESSIDADE	REST 1	REST 2	COROA	TTT	EXTRAÇÃO	SELANTE
IDADE	DISTRITO		SUPERF.	OU MAIS		PULPAR		
			SUPERF.			+ REST.		
6-11 anos	Norte	83,45	44,83	11,21	0,00	5,28	8,33	30,35
	Sul	91,24	29,7	26,82	0,00	1,52	3,33	38,64
	Leste	96,28	50,00	39,29	0,00	0,00	0,00	10,71
	Oeste	91,27	50,54	21,25	0,00	0,00	3,57	24,64
	Total	90,04	42,19	20,8	0,00	2,52	5,01	29,48
12 anos	Norte	92,36	33,33	66,67	0,00	0,00	0,00	0,00
	Sul	88,41	16,67	40,00	0,00	0,00	0,00	43,33
	Leste	91,07	75,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00
	Oeste	98,77	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total	92,84	33,33	44,17	0,00	0,00	0,00	22,50
< 35 anos	Norte	86,85	35,18	42,57	0,00	1,14	21,12	0,00
	Sul	94,64	28,57	33,42	0,00	25,26	12,76	0,00
	Leste	94,17	91,67	8,33	0,00	0,00	0,00	0,00
	Oeste	92,66	32,78	30,63	0,00	0,00	36,59	0,00
	Total	92,5	37,06	32,74	0,00	11,33	18,86	0,00
35-44 anos	Norte	95,33	82,5	10,00	0,00	0,00	7,50	0,00
	Sul	95,73	28,57	42,86	14,29	0,00	14,29	0,00
	Leste	98,96	0,00	0,00	50,00	50,00	0,00	0,00
	Oeste	98,13	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total	96,72	40,83	30,00	13,33	6,67	9,17	0,00
45-64 anos	Norte	95,96	50,00	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00
	Sul	95,31	0,00	75,00	0,00	25,00	0,00	0,00
	Leste	93,75	11,11	88,89	0,00	0,00	0,00	0,00
	Oeste	95,31	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Total	95,04	16,67	64,58	0,00	6,25	12,50	0,00

Rest 1 superf. = Restaurações de uma superfície;

Rest 2 ou mais superf. = Restaurações de duas ou mais superfícies;

TTT pulpar+rest.= Tratamento pulpar mais restauração.

Não houve correlação linear entre o CPO-D das mães e o CPO-D dos filhos avaliados neste estudo (teste de correlação de Pearson, $p=0,57$, $r=0,07$) (Figura 1). Em relação ao CPO-D das mães e o ceo-d dos filhos, também não

DISCUSSÃO

Para as crianças de 6 a 11 anos, o índice ceo-d encontrado no município de Campo Grande - MS foi de 2,08, concordando com o valor encontrado em Blumenau-SC

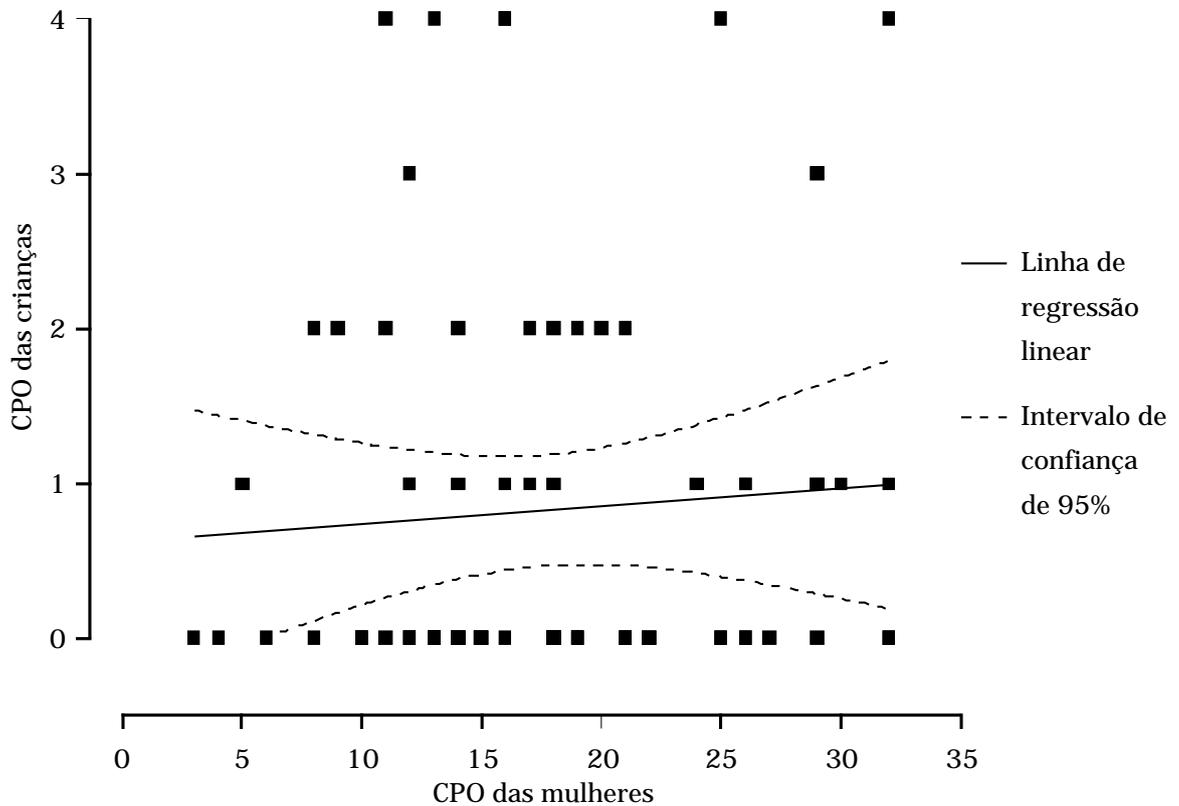


Figura 1 - Correlação linear entre o CPO-D das mulheres e o CPO-D das crianças de 6 a 12 anos, Campo Grande - 2008 (n=153)

Nota: Cada ponto representa o CPO-D da mãe e o CPO-D do respectivo filho.

considerados baixos. Para o mesmo índice, encontrou-se discordância em relação aos estudos realizados em Goiás (Freire et al., 1999) e no México (Villalobos-Rodelo et al., 2006). Apenas o estudo realizado no México (Villalobos-Rodelo et al., 2006) não concordou com o índice CPO-D das crianças de 6 a 11 anos do presente estudo, que teve em média 0,68 dentes com atividade de cárie.

Na faixa etária de 12 anos, diversos fatores são sugeridos como causas da redução da prevalência de cárie dentária, como a fluoretação das águas de abastecimento e os dentífricos fluoretados (Narvai et al., 1999; Narvai et al., 2006; Martins et al., 2006). Em

(Cangussu et al., 2001), Blumenau-SC (Traebert et al., 2001), João Pessoa- PB (em crianças de escolas privadas) (Moreira et al., 2007), Bilac-SP (Martins et al., 2006), Porto Alegre-RS (Maltz e Silva, 2001) e Feira de Santana-BA (Santos et al., 2007). Estudos realizados em João Pessoa-PB (em crianças de escolas públicas) (Moreira et al., 2007), no Paraná (Baldani et al., 2002), Goiás (Freire et al., 1999) e no México (Villalobos-Rodelo et al., 2006) revelaram dados adversos quando comparados com essa pesquisa. Analisando o valor encontrado no SB Brasil 2003 (Brasil, 2004) constatou-se que o CPO-D aos 12 anos foi significativamente maior (teste t-student

ao encontrado no presente estudo. Valores semelhantes foram encontrados em estudos realizados em São Paulo (Frazão et al., 2003) e no Ceará (Gaião et al., 2005). É importante destacar que nessa faixa etária, ainda são escassos os trabalhos.

Para as necessidades de tratamento em crianças na faixa etária de 6 a 11 anos, verificou-se a prevalência de restaurações de uma ou mais faces de maneira geral, com 42,19% para as restaurações de uma face, concordando com estudo realizado no México (Villalobos-Rodelo et al., 2006). Para a idade de 12 anos, estudos realizados em Itatiba-SP (Cangussu et al., 2001), Indaiatuba-SP (Rihs et al., 2007) e México (Villalobos-Rodelo et al., 2006) apresentaram valores semelhantes aos desta pesquisa, que obteve como resultado 44,17% das suas necessidades para restaurações de duas ou mais faces. Os dados para necessidade de tratamento revelados no SB Brasil 2003 (Brasil, 2004) para a região Centro-Oeste confirmaram os resultados dessa pesquisa.

Nas mulheres, em relação à necessidade de tratamento, apenas o SB Brasil 2003 (Brasil, 2004) apresentou dados semelhantes a este estudo. Na faixa etária de

CONCLUSÃO

A prevalência de cárie no grupo das mães foi considerada alta e no grupo das crianças a experiência de cárie prevaleceu na dentição decídua. Os procedimentos

REFERÊNCIAS

BALDANI, M.H.; NARVAI, P.C.; ANTUNES, J.L.F. Cárie dentária e condição sócio-econômica no Estado do Paraná, 1996. Caderno de Saúde Pública, São Paulo, v.18, n.3, p.755-763, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programas de Saúde da Família: Ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v.3, n.1, p.113-125, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Projeto SB Brasil 2003. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003: Resultados Principais. [Série C. Projetos, Programas e Relatórios]. 2004.

BRASIL. Lei 8080/90. Diário Oficial da União, Brasília 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em 22 de outubro de 2008.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde Pública. Relatório Levantamento Epidemiológico em escolares. Consultoria Estação Saúde. Belo Horizonte. 1999.

CANGUSSU, M.C.T.; COELHO, E.O.; CASTELLANOS, F.R.A. Epidemiologia e Iniquidade em saúde bucal aos 5, 12 e 15 anos de idade no município de Itatiba, São Paulo. Revista da Faculdade de Odontologia de Bauru, São Paulo, v. 9, n. 1/2, p. 77-85, 2001.

COSTA, I.C.C.; UNFER, B.; OLIVEIRA, A.G.R.C. Investindo na promoção de saúde: Programas de Saúde da Família (PSF) e Agente Comunitário de saúde (PACS), uma análise se suas performances em oito municípios brasileiros. Revista da ABOPREV, Porto Alegre 1998; 1(1): 30-7.

COUTO, C.M.M.; RIO, L.M.S.P.; MARTINS, R.C.; MARTINS, C.C.; PAIVA, S.M. A percepção de mães pertencentes a diferentes níveis socioeconômicos sobre a saúde bucal de seus

- Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v.6, n.1, p. 49-57, 2003.
- FREIRE, M.C.M.; PEREIRA, M.F.; BATISTA, S.M.O.; BORGES, M.R.S.; BARBOSA, M.I.; ROSA, A.G.F. Prevalência de cárie e necessidade de tratamento em escolares de 6 a 12 anos da rede pública de ensino. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n.4, p.385-390, 1999.
- GAIÃO, L.R.; ALMEIDA, M.E.L.; HEUKELBACH, J. Perfil epidemiológico da cárie dentária, doença periodontal, uso e necessidade de prótese em idosos residentes em uma instituição de Fortaleza, Ceará. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.8, n.3, p.316-323, 2005.
- MALTZ, M.; SILVA, B.B. Relação entre cárie, gengivite e fluorose e nível socioeconômico em escolares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.2, p.170-176, 2001.
- MARTIN, V.B.; ÂNGELO, M. A organização familiar para o cuidado dos filhos: percepção das mães em uma comunidade de baixa renda. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, São Paulo, v.7, n.4, p.89-95, 1999.
- MARTINS, R.J.; GARBIN, C.A.S.; GARBIN, A.J.I.; MOIMAZ, S.A.S.; SALIBA, O. Declínio da cárie em Município da Região Noroeste do Estado de São Paulo, no período de 1998 a 2004. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.1035-1041, 2006.
- MOREIRA, P.V.L.; ROSENBLATT, A.; PASSOS, I.A. Prevalência de cárie em adolescentes de escolas públicas e privadas na cidade de João Pessoa, Paraíba, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.5, p. 1229-1237, 2007.
- RONCALLI, A.G.; UNFER, B.; COSTA, I.C.C.; ANCIERI, R.M.; GUIMARÃES, L.O.C.; SALIBA, N.A. Levantamentos epidemiológicos em saúde bucal: análise metodológica proposta pela Organização Mundial de Saúde. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.1, n.2, p. 1-13, 1998.
- RONCALLI, A.G.; FRAZÃO, P.; PATTUSSI, M.P.; ARAÚJO, I.C.; ELY, H.C.; BATISTA, S.M. Projeto SB2000: uma perspectiva para a consolidação da epidemiologia em saúde bucal coletiva. *Revista Brasileira de Odontologia em Saúde Coletiva*, v.1, n.2, p.9-25, 2000.
- RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C.; COSTA, P.A.P. A cárie dentária. In: FERREIRA, M.A.F.; RONCALLI, A.G.; LIMA, K.C. *Saúde Bucal Coletiva: Conhecer para atuar*. Natal, RN: EDUFRN – Editora da UFRN, p. 81-102, 2004.
- SANTOS, N.C.N.; ALVES, T.D.B.; FREITAS, V.S.; SARINHO, E.S.C. A saúde bucal de adolescentes: aspectos de higiene, de cárie dentária, e doença periodontal nas cidades de Recife, Pernambuco e Feira de Santana: Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.12, n.5, p.1155-1166, 2007.
- SOUZA, M.A.A.; VIANNA, M.I.P.; CANGUSSU, M.C.T. Disfunção familiar referida pela presença de depressão materna e/ou alcoolismo na família e ocorrência de cárie dentária em crianças de dois e três anos de idade. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.6, n.3, p.309-317, 2006.
- TRAEBERT, J.L.; PERES, M.A.; GALESSO, E.R.; ZABOT, N.E.; MARCENES, W. Prevalência e severidade da cárie dentária em escolares de seis e doze anos de idade. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.3, p.283-288, 2001.

AVALIAÇÃO DAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS PROVENIENTES DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE, MATO GROSSO DO SUL, BRASIL¹

Evaluation of medical prescriptions from health basic units of Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brazil

Rita de Cássia Gomes Bernardes Cunha – SESAU, Campo Grande - MS

Elenir Rose Cury Pontes - UFMS

Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal - UFMS

Maria Beatriz Cardoso Ferreira - UFRGS

Mônica Cristina Toffoli Kadri - UFMS

RESUMO

Contato: Mônica Cristina Toffoli Kadri (mkadri@nin.ufms.br)

Introdução: A prescrição medicamentosa é um recurso terapêutico utilizado nos cuidados à saúde. Na prática, observa-se que a prescrição inadequada e o modo como os medicamentos são utilizados geram consequências para a saúde pública e para a utilização dos recursos disponíveis. Objetivo: Avaliar as prescrições médicas provenientes de Unidades Básicas de Saúde do município de Campo Grande – MS, segundo os indicadores de prescrição propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Materiais e métodos: A pesquisa realizada foi do tipo transversal, quantitativa e descritiva. Foram analisadas as prescrições provenientes da Clínica Médica, obtidas nas farmácias internas das Unidades Básicas de Saúde, durante os meses de abril a junho de 2008. Para tanto, os indicadores avaliados foram: número médio de medicamentos por prescrição; porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico; porcentagem de prescrições que contém um antibiótico; porcentagem de prescrições em que se prescreve um medicamento injetável; porcentagem de medicamentos prescritos que constam na RENAME; na REMUME e na 14^a Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS. Resultados: Foram analisadas 367 prescrições (n=1044 medicamentos). O número médio de medicamentos por prescrição foi 2,8. 81,5% foram prescritos pelo nome genérico. Do total de prescrições, 12,7% continham antibióticos e 5,7% injetáveis. 94,2% dos medicamentos constavam na lista de medicamentos padronizados pelo município (REMUME), 84% na RENAME e 64,6% na 14^a lista Modelo de Medicamentos Essenciais (OMS). Conclusão: Os dados indicaram a adequação das prescrições na promoção do uso racional de medicamentos.

Palavras-chave: prescrição, indicadores, medicamentos.

ABSTRACT

Introduction: Medical prescriptions are therapeutic resources used in health care. In the practice, it is observed that inadequate prescription and the manner as drugs are used cause consequences to public health and to the use of available resources. Objective: Evaluate medical prescription of Basic Health Units of the city of Campo Grande – MS, according to prescription indicators proposed by World Health Organization (WHO). Methods: This was a transversal, quantitative and descriptive study that evaluated prescriptions of Medical Clinic received by the pharmacy of Basic Health Units during april to june of 2008. The analysed indicators were

¹Artigo originado da monografia de conclusão do curso de Especialização em Políticas Públicas e Gestão Estratégica em Saúde, oferecido pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul – ESP/SES/MS.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a conjuntura político-econômica desenha um perfil de consumo de medicamentos típico de país em desenvolvimento, onde as indústrias farmacêuticas definem as regras de produção e comercialização, fazendo do país um dos maiores consumidores mundiais de medicamentos (CUNHA; ZORZATTO; CASTRO, 2002). Após a descentralização do sistema de saúde, os municípios assumiram responsabilidades que exigem competências e habilidades técnicas e gerenciais para formular políticas municipais de assistência farmacêutica. Esta deve estar de acordo com a Política Nacional de Medicamentos (BRASIL, 1998), que propõe a garantia da segurança, eficácia e qualidades dos medicamentos, bem como a promoção do uso racional e acesso da população aos medicamentos essenciais.

Admite-se uso racional de medicamentos quando o paciente recebe o medicamento apropriado à sua necessidade clínica, na dose e posologia correta e nos intervalos definidos, por um período de tempo adequado ao menor custo para si e para a comunidade (OMS, 1985). Estima-se que a prescrição incorreta pode acarretar de 50% a 70% de aumento de despesas nos recursos governamentais destinados aos medicamentos.

Entretanto, quando utilizados corretamente, proporcionam a melhoria na resolutividade terapêutica, ganhos na eficiência e, por conseguinte, na equidade do acesso aos medicamentos. A utilização inadequada desses pode gerar consequências como efeito terapêutico insuficiente, reações adversas, efeitos colaterais, interações medicamentosas, e aumento da resistência bacteriana aos antimicrobianos (OMS, 2002). Os medicamentos constituem parte importante dos recursos terapêuticos

Municipal de Medicamentos / REMUME (CAMPO GRANDE, 2008) e na 14ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2005).

Assim, foi objetivo deste trabalho avaliar por meio de indicadores, as prescrições médicas provenientes de Unidades Básicas de

MATERIAIS E MÉTODOS

O estudo foi realizado no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, que possui 724.524 habitantes, de acordo com o Censo Demográfico 2007 / IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 2007. O sistema de Saúde local está organizado administrativamente em quatro Distritos Sanitários (Norte, Sul, Leste e Oeste), formados a partir do reagrupamento das sete regiões urbanas que norteiam a administração municipal. Estes são responsáveis pela administração regionalizada da rede municipal de saúde (REMUS) e são compostos por 61 unidades de saúde, 27 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 9 Centros Regionais de Saúde (CRS) e 25 Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF), 01 Centro de Especialidade Municipal (CEM), 04 Centros de Assistência Psicossocial (CAPS), 01 Hospital Dia e 01 Maternidade para atendimento à população.

Desta forma, fez parte do estudo uma UBS de cada um dos quatro distritos sanitários vinculados a Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, definida aleatoriamente por meio de sorteio.

A pesquisa realizada foi do tipo transversal, quantitativa e descritiva. A mesma foi submetida ao Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. O Termo de Consentimento para o Uso dos dados foi aceito pela Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande.

Fizeram parte da população de estudo, as

Como variáveis do estudo, utilizaram-se os seguintes indicadores de prescrição: número médio de medicamentos por prescrição; porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico; porcentagem de prescrições que contém um antibiótico; porcentagem de prescrições em que se prescreve um medicamento injetável; porcentagem de medicamentos prescritos que constam na RENAME; na REMUME e na 14ª

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O presente estudo foi conduzido de modo a conhecer a prática terapêutica corrente, por meio de indicadores do uso racional de medicamentos recomendados pela OMS (1985). A escolha do período de três meses para o estudo foi baseada em dados da OMS que considera que uma amostra obtida em determinado momento representa outra que envolva um período mais amplo (SANTOS; NITRINI, 2004).

Tabela 1 - Número de medicamentos por prescrição provenientes da Clínica Médica das UBS do município de Campo Grande - Mato Grosso do Sul - 2008

NÚMERO DE MEDICAMENTO / PRESCRIÇÃO	Nº	%
Medidas não medicamentosas	1	0,27
1 medicamento	96	25,89
2 medicamentos	97	26,41
3 medicamentos	66	17,98
4 medicamentos	43	11,72
5 medicamentos	34	9,26
6 medicamentos	15	4,09
7 medicamentos	6	1,63
8 medicamentos	7	1,91
9 medicamentos	3	0,82
TOTAL	367	100,00

A análise desse índice identifica o grau de polimedicação e o valor obtido neste estudo foi maior que 1,5 encontrado por Farias et al. (2007), 2,0 por Giroto e Silva (2006), 1,8 por Colombo et al. (2004) e 2,2 por Santos e Nitrini (2004). A média nacional apontada pela Organização Panamericana de Saúde foi de 2,3

3,8 medicamentos por prescrição (HOGERZEIL et al, 1993).

Dos 1044 medicamentos, 81,5% foram prescritos pela denominação genérica (Tabela 2). Para que o medicamento fosse considerado prescrito pelo nome genérico, foi utilizada como referência a Denominação Comum

Tabela 2 - Indicadores de prescrição obtidos na Clínica Médica das UBS do município de Campo Grande - Mato Grosso do Sul - 2008

INDICADORES	Nº	%
Medicamentos prescritos pelo nome genérico	851	81,5
Prescrições com indicação de antibióticos	133	12,7
Prescrições com indicação de medicamento injetável	60	5,7

O valor encontrado foi inferior ao relatado pela OPAS (2005) que foi de 84,2% e por Cunha, Zorzatto e Castro (2002) que encontrou valor semelhante, 84,3%, porém foi superior ao encontrado por Giroto e Silva (2006), que foi de 70,2%. A OMS recomenda que se utilize o nome genérico em todas as prescrições, pois isto facilita a educação e informação, além de maior acesso aos medicamentos, seja por meio da compra no setor privado ou de forma gratuita nos serviços de saúde (OMS, 1993).

No Brasil, de acordo com a Lei 9787/99 (BRASIL, 1999), é obrigatória a prescrição de medicamentos pela DCB nos serviços de saúde vinculados ao setor público. Os resultados aqui apresentados mostram que os prescritores estão atentos a esta obrigatoriedade, embora alguns ainda não tenham aderido a essa prática. A não prescrição por nome genérico pode ser creditada à influência da indústria farmacêutica e ao forte marketing para o consumo, além de disponibilização de várias apresentações comerciais para o mesmo princípio ativo. O desconhecimento da legislação da denominação comum, o elevado número de associações, a confiabilidade em marcas farmacêuticas, também são fatores que

disponibilidade, acompanhada de publicidade, a falta de informação, o desejo de satisfazer o paciente, a pressão exercida pelos fabricantes que incitam o uso do que é mais novo e mais caro (WANNMACHER, 2004). Ainda, a prescrição de antibiótico serve para reduzir o tempo da consulta (menor possibilidade de contágio, maior número de consultas por hora) e evitar nova consulta e realização de culturas diagnósticas (medida econômica dos planos de saúde). Um fato comum é a repetição automática de prescrições, fazendo com que a duração de um tratamento com antimicrobiano se prolongue além do racional (AVARON; SOLOMON, 2000).

Considerando a prescrição de medicamentos injetáveis, 5,72% das prescrições apresentavam pelo menos 1 medicamento prescrito. Este valor mostrou-se inferior ao obtido em outros estudos como o de Colombo et al.(2004), (8,1%) e Cunha, Zorzatto e Castro (2002) (10,2%). Mas, superior ao obtido por Farias et al.(2007) (1,1%). Embora os injetáveis sejam importantes em situações de urgência ou na absorção da substância em sua forma ativa, eles podem trazer sérias consequências se forem prescritos ou administrados erroneamente. Situações como reações anafiláticas, necroses teciduais ou

Tabela 3 - Indicadores de prescrição obtidos na Clínica Médica das UBS - Medicamentos elencados na RENAME, REMUME e 14ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS, município de Campo Grande - Mato Grosso do Sul - 2008

	REMUME		RENAME		OMS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consta	983	94,2	877	84,0	674	64,6
Não consta	47	4,5	153	14,7	356	34,1
Sem acesso à informação (ilegível)	14	1,3	14	1,3	14	1,3
TOTAL	1044	100	1044	100	1044	100

Considerando os medicamentos pertencentes à REMUME, o resultado obtido foi superior ao encontrado em Blumenau (82,4%) (COLOMBO et al, 2004), em Araraquara (61,35%) (SIMÕES; FALVO, 2002) e em Florianópolis (86,5%) (NASCIMENTO, 2002). Ainda, contrastam dramaticamente com os achados de Fegadolli, Mendes e Simões (2002) no município de Tabatinga, que foi de apenas 22,8%.

O valor encontrado é resultado da adequação da REMUME ao perfil epidemiológico do município e à RENAME, bem como a adesão dos prescritores aos medicamentos padronizados para atendimento das doenças prevalentes no município de Campo Grande, MS. A vantagem da elaboração de uma lista de medicamentos essenciais regionalizada (REMUME) é atender às necessidades locais, uma vez que com tal instrumento é possível reduzir o a aquisição de

CONCLUSÃO

Com este trabalho, foi possível constatar que as prescrições provenientes da Clínica Médica das UBS do município de Campo Grande seguiram os padrões preconizados pela OMS, no que se referem aos indicadores do uso racional de medicamentos. Esta situação pode ser consequência das discussões sobre o assunto no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde por meio dos farmacêuticos envolvidos na gestão, administração e dispensação de medicamentos, visando adequar a Assistência Farmacêutica Municipal, e assim garantir a

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Saúde do município de Campo Grande, MS.

À farmacêutica Vanessa T.G. Matos (NHU/UFMS) pelo auxílio no manuscrito deste

REFERÊNCIAS

AVARON, J.; SOLOMON, D. H. Cultural and economic factors that shape antibiotic use: the nonpharmacologic basic of therapeutic. *Ann Intem Med*, v. 133, p. 128-135, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 9787/99. Altera a lei nº 6360 de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamentos genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e da outras providências. Brasília (DF): Diário Oficial da União; 11 de fevereiro de 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998. Disponível em: < <http://e-legis.anvisa.gov.br/leisref/public/showAct.php?id=751&word=>> Acesso em 25 janeiro 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). 3 ed. Brasília, DF, 2007.

CAMPO GRANDE. Secretaria Municipal de Saúde. Coordenadoria Geral de Assistência a Saúde. Serviço de Farmácia. Relação Municipal de Medicamentos (REMUME). 2 ed. Campo Grande, MS, 2008.

COLOMBO, D.; HELENA E. T. S.; AGOSTINHO, A. C. M. G.; DIDJURGETT, J. S. M. A. Padrão de Prescrição de Medicamentos nas Unidades de Programa Saúde da Família de Blumenau. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 40, n.4, out./ dez. 2004.

CUNHA, M. C. N.; ZORZATTO, J. R.; CASTRO, L. L. C. Avaliação do uso de medicamentos na Rede Municipal de Saúde de Campo Grande / MS.

São Paulo, v.10, n. 2 p.149 – 56, 2007.

FARMACOTERAPÊUTICA. Promovendo o uso racional dos medicamentos: principais componentes. *Pharmacia Brasileira*, 1, p.38-43, 2003.

FEGADOLLI, C.; MENDES, I. J. M.; SIMÕES, M. J. S. Avaliação da prescrição médica em pediatria, baseada nos indicadores de medicamentos selecionados pela OMS em município do interior do Estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 23, n. 2, p. 239-254, 2002.

GIROTTO, E.; SILVA, P. V. A Prescrição de medicamentos em um município do norte do Paraná. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 226-34, 2006.

HOGERZEIL, H.V.; ROSS-DEGNAN D.; LANG, R.O.; OFORI-ADJEI, D.; SANTOSO, B.; CHOWDHURY, A.K.; DAS, A.M.; KAFLE, K.K.; MABADEJE, A.F.B.; MASSELE, A.Y. Fields tests for rational drug use in twelve developing countries. *Lancet*, 342:1408-10, 1993.

MARIN, N.; LUIZA, V. L.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; MACHADO-DOS-SANTOS, S. Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Brasília, OPAS, 2003.

NASCIMENTO, M. C. A centralidade do medicamento na terapêutica contemporânea. 139 p. Tese Doutorado em Saúde Pública. Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). The Rational Use of Drugs. Report of the Conference of Experts. Geneva: OMS, 1985.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde, 2005.

SANTOS, V.; NITRINI, S. M. O. O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. *Revista Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, p. 819-26, 2004.

SIMÕES, M. J. S.; FALVO, I. F. Estudo da prescrição de medicamentos para idosos atendidos em serviço público de saúde, em município da região sudeste. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 217-222, 2002.

WANNMACHER, L. Uso indiscriminado de antibióticos e resistência microbiana: Uma guerra perdida? Uso racional de medicamentos: Brasília, v. 1, n. 4, 2004.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA TUBERCULOSE EM AMAMBAI-MS¹

The epidemiological profile of tuberculosis in Amambai-MS

Tatiana Scheidt – Secretaria Municipal de Saúde de Amambaí

Pollyanna Kássia de Oliveira Borges – UNIGRAN

Cibele de Moura Sales – UEMS

Wesley Sousa Borges – UNIGRAN

Contato: Tatiana Scheidt (tatianascheidt@hotmail.com)

RESUMO

Introdução: A tuberculose permanece como prioridade de saúde pública no Brasil e a carga de morbidade suscitada preocupa em certos segmentos sociais. O município de Amambai, localizado no Mato Grosso do Sul (MS), vem apresentando elevada incidência de tuberculose nos últimos anos, e esta tem permanecido como proeminente causa de morbi-mortalidade. Objetivo: Caracterizar o perfil da tuberculose em Amambai-MS. Materiais e métodos: Estudo descritivo dos casos de tuberculose notificados no município entre 2001 a 2006. Os dados foram coletados do programa de tuberculose de Amambai-MS e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os indivíduos envolvidos na pesquisa foram descritos segundo as variáveis sócio-demográficas, e relativas à tuberculose. Resultados: Os doentes foram predominantemente indígenas (76%), do sexo masculino, com idade entre 20 a 39 anos e a forma pulmonar esteve presente na totalidade dos casos. Em relação ao desfecho do tratamento a taxa de cura foi de 84.0%. Conclusões: Os resultados encontrados sugerem a necessidade de incrementar e adequar os serviços de prevenção, controle e tratamento da tuberculose no município pesquisado.

Palavras-chave: tuberculose, epidemiologia, programa de controle da tuberculose.

ABSTRACT

Introduction: Tuberculosis remains as public health priority in Brazil and the burden of morbidity raised concern in certain social segments. The municipality of Amambai located in Mato Grosso do Sul (MS), is a high incidence of tuberculosis in recent years ago, and this has remained prominent because of morbidity-mortality. Objective: Characterize the profile of tuberculosis in Amambai-MS. Methodology: Descriptive study of notified cases of tuberculosis in the

¹Artigo originado da monografia de conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública, oferecido pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul – ESP/SES/MS.

INTRODUÇÃO

A tuberculose é uma das mais antigas doenças da humanidade e relevante causa de morbidade e mortalidade em nosso país, atingindo indistintamente diversas faixas etárias e classes sociais (SANTOS, 2007). A frequência da tuberculose é tanto maior quanto mais precária a qualidade de vida de uma população, tendo profundas raízes sociais e estando intimamente ligada à pobreza e a má distribuição de renda (GONÇALVES, 2000). O Brasil, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é o país com o maior número de casos da doença nas Américas e o 15º entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose no mundo (VERONESI; FOCACCIA, 2004).

Desde 1994, a OMS vem recomendando a estratégia de tratamento diretamente observado (DOTS) como prioritária para o controle da tuberculose, sobretudo em países com alta incidência da doença, pois a proporção de cura é maior e a taxa de abandono menor com a utilização desta conduta (DUNCAN, 2006).

O Brasil elaborou no ano de 1996 um Plano Emergencial para o Controle da Tuberculose, objetivando que 100% dos municípios tivessem ações de diagnóstico e tratamento da tuberculose, 80% dos centros de saúde desenvolvessem essas ações, 90% dos casos existentes fossem diagnosticados e que 85% dos casos fossem curados. (GONÇALVES; PENNA, 2009).

O Conselho Nacional de Saúde, em 1998, concluiu que o Plano Emergencial ainda em implementação requeria ajustes e ampliação. A tuberculose passou então a ser considerada problema prioritário de saúde pública no Brasil e foram sugeridas estratégias para um novo plano. Neste mesmo ano, foi lançado pelo Ministério da Saúde o Plano

2001 a 2006 e compreender as peculiaridades

MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo descritivo a fim de delinear o perfil epidemiológico da tuberculose em indivíduos residentes no município de Amambai. A privacidade foi garantida a todos os pacientes e houve autorização do gestor municipal para busca das informações. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, sob protocolo de número 567, em três de agosto de 2005.

A população em estudo foi composta por 278 pessoas inscritas no Programa de Controle da Tuberculose (PCT) de Amambai, no período entre janeiro de 2001 a dezembro de 2006. Foram fontes de informação deste estudo: o Livro de Registro e Controle de Tratamento dos Casos de Tuberculose, o Programa de Tuberculose de Amambai e o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Para a coleta de dados foi elaborado um instrumento para anotação das informações clínico-epidemiológicas e demográficas relacionadas ao caso estudado (nome, data de nascimento, sexo, endereço, forma clínica da tuberculose, esquema de antibioticoterapia, início e término do tratamento). Para indivíduos que apresentaram duplicidade de nome ou data de nascimento nos registros de notificação, foi

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os anos de 2001 e 2006, foram notificados 330 casos de tuberculose no município de Amambai. Do total de casos notificados de tuberculose, 52 foram excluídos (36 de pacientes residentes em municípios vizinhos, 09 com duplicidade de informação - o mesmo paciente notificado duas vezes - e 07

Tabela 1 - Número de casos e de óbitos, coeficiente de incidência e mortalidade por tuberculose (por 100 mil habitantes), no município de Amambai - MS - 2001 - 2006

ANO	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Número de casos	26	35	44	39	81	53
Coeficiente de incidência	87	116	144	126	256	165
Número de óbitos	-	2	7	3	2	4
Coeficiente de mortalidade	-	7	23	10	2	12

Fonte: SINAN e PCT de Amambai-MS.

As taxas de incidência e mortalidade, por tuberculose, foram calculadas tomando-se como base os valores populacionais descritos, ano a ano, pelo Datasus (DATASUS, 2008).

A incidência da tuberculose nos anos de 2001 a 2006, após os critérios de exclusão, variou entre 87 e 256 casos/100.000 habitantes (Tabela 1).

No período considerado, faleceram, segundo o SINAN, 21 pessoas por tuberculose. As taxas de mortalidade nos anos de 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 e 2006 foram, respectivamente, 3, 7, 30, 10, 2 e 12 óbitos para cada cem mil habitantes.

Verificou-se que, do total de mortes, três ocorreram em pacientes que residiam em outra cidade. Logo, são óbitos que, provavelmente, foram contabilizados pelo local de ocorrência. Assim, conforme as informações descritas na Tabela 1, as taxas de mortalidade por tuberculose nos anos de 2001 e 2006 neste estudo são menores que aquelas divulgadas no SINAN, pois, ao utilizar os critérios de exclusão, essas taxas decresceram nos anos de 2001 e 2003 para zero e 14/100.000 habitantes, respectivamente. Já nos anos de 2002, 2004, 2005 e 2006 as taxas permaneceram iguais.

A literatura tem questionado a confiabilidade dos dados divulgados no SINAN e corroborado a necessidade de desenvolver um plano para aprimorar a qualidade do mesmo nos vários níveis dos sistemas de saúde, à semelhança de outros sistemas de

uma atitude permanente e incorporada à rotina de atividades de todos os membros das equipes de saúde.

Atenção especial deve ser dada a populações de maior risco de adoecimento, representadas, sobretudo, por residentes em comunidades fechadas, como presídios, manicômios, abrigos e asilos. Nessas comunidades, justifica-se a busca ativa periódica de casos.

Indivíduos etilistas, usuários de drogas, pedintes, trabalhadores de saúde e outros em situações especiais em que haja contato próximo com paciente portador de tuberculose pulmonar bacilífera, são também prioritários para essa ação. Também se incluem nessa categoria os imunodeprimidos por uso de medicamentos ou por doenças imunossupressoras.

Observou-se também que em Amambai são notificados doentes procedentes de outros municípios. Tal ocorrência pode ser explicada pelo fato de a tuberculose ser uma doença estigmatizada, fazendo com que os infectados procurem assistência em serviços distantes de seus municípios de residência na tentativa de esconder, até mesmo da família, a condição de “tuberculoso” (BASTA; CAMACHO, 2006). Outro fato que pode ter contribuído para a notificação de residentes em outras localidades é que a cidade em estudo é pólo da Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), que presta assistência a todas as aldeias da região como das cidades de Coronel Sapucaia, Laguna

2007). De igual modo, Levino e Oliveira (2007) confirmam em sua pesquisa com indígenas do Amazonas que, de todos os casos estudados, 60% na área urbana e 57% na rural aconteceram em sujeitos do sexo masculino. Portanto, supõe-se que os homens possam estar expostos com maior frequência aos fatores de risco para a tuberculose.

Em ambos os sexos, a faixa etária mais acometida pela tuberculose foi entre 20 e 39 anos (51.1%). Observou-se que o adulto jovem na idade produtiva foi o mais atingido pela

afastamento do indivíduo com tuberculose para tratamento da doença (INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL, 2008). Em contrapartida, para a Previdência Social, o afastamento do trabalhador por motivo de doença pode elevar os custos com o pagamento dos benefícios.

Existem também trabalhadores que desconhecem o direito à seguridade social e tendem a continuar no trabalho, apesar de uma condição de saúde precária. Cabe ainda destacar que, muitas vezes, há resistência dos

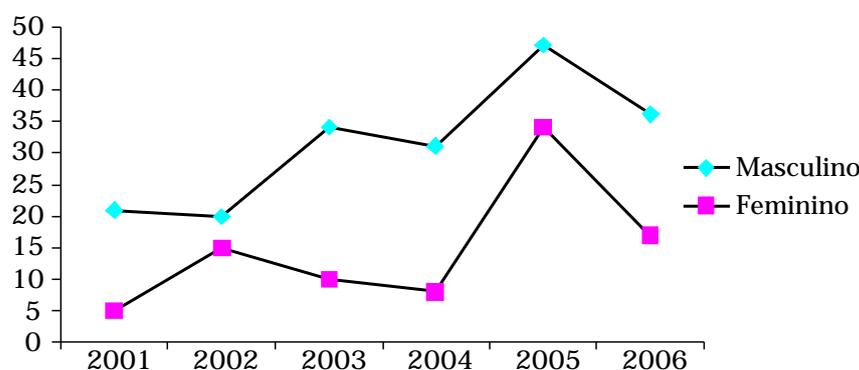


Figura 1 - Percentual de casos de tuberculose segundo o sexo no município de Amambai-MS, no período entre 2001 - 2006

Fonte: SINAN e PCT de Amambai-MS.

Tabela 2 - Número e porcentagem de casos de tuberculose segundo a faixa etária e sexo, no município de Amambai - 2001 - 2006

FAIXA ETÁRIA (anos)	SEXO				Total	
	MASCULINO		FEMININO		Nº	%
	Nº	%	Nº	%		
< 1	1	0.4	-	-	1	0.4
1 - 4	3	1.1	1	0.4	4	1.5
5 - 9	4	1.5	2	0.7	6	2.1
10 - 14	5	1.8	2	0.7	7	2.5
15 - 19	19	6.8	10	3.6	29	10.5
20 - 29	63	22.7	28	10.0	91	32.8
30 - 39	37	13.3	14	5.1	51	18.3
40 - 49	22	7.9	9	3.2	31	11.2
50 - 59	10	3.6	9	3.2	19	6.8
60 - 69	19	6.8	9	3.2	28	10.0
70 - 79	4	1.5	2	0.7	6	2.1
80 e +	2	0.7	3	1.1	5	1.8

Fonte: SINAN e PCT de Amambai-MS.

Segundo o local de residência do paciente (Figura 2), para todo o período de seis do seguinte modo: 212 (76.0%) indígenas (Aldeia Amambai, Jaguari e Limão Verde), 52

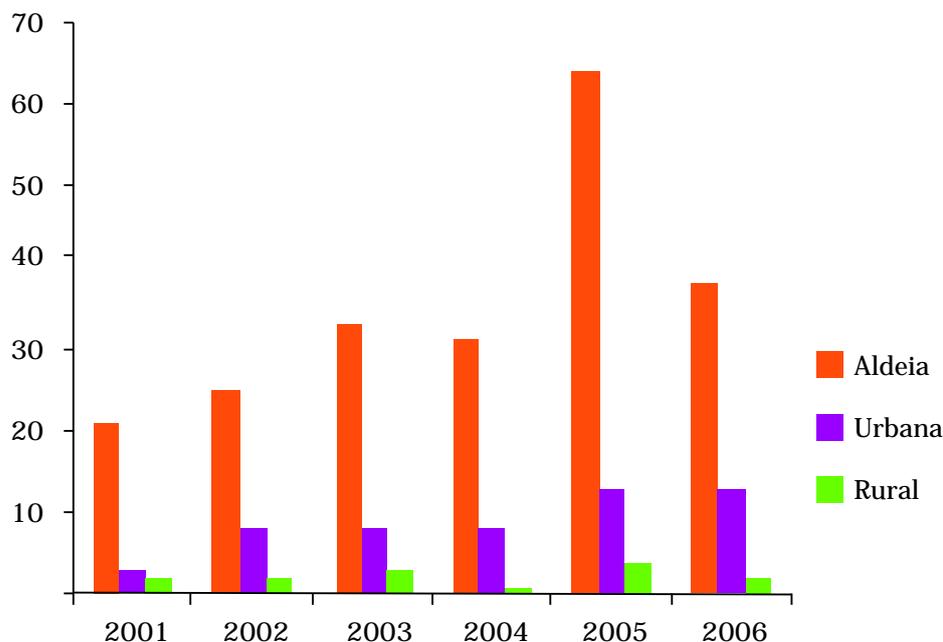


Figura 2 - Número de casos de tuberculose por região urbana, rural e aldeias (Amambai, Jaguari e Limão Verde) - 2001 - 2006

Fonte: SINAN e PCT de Amambai.

Sabe-se que, dentre os fatores de risco para a tuberculose, encontram-se renda familiar baixa, habitação ruim, famílias numerosas, adensamento comunitário, desnutrição alimentar, alcoolismo e educação precária (BASTA, 2006). Toda esta realidade está presente na área indígena de Amambai, de modo que esta população fica mais suscetível à ocorrência da tuberculose. Justificando-se as elevadas taxas neste local e o aumento da incidência da doença na região.

Machado Filho (2008) ao avaliar a situação da tuberculose em indígenas de São Gabriel da Cachoeira-AM, observou situação similar a Amambai, apontando esta população como mais vulnerável à tuberculose, relacionando-a as suas condições sócio-econômicas.

Em Mato Grosso do Sul, Marques e Cunha (2003) citam a tuberculose como sendo um agravo importante à saúde do povo indígena Guaraní-Kaiowá da região sul do

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) assinala que no país 15.0% dos casos de tuberculose poderiam ocorrer em menores de 15 anos. Em Amambai, esse percentual foi apenas de 6.0%, observando-se discrepância entre os percentuais pressupostos e os encontrados para os menores de 15 anos. Porém, não se pode descartar que o município, nos anos estudados, possa ter encontrado dificuldades no diagnóstico da tuberculose em crianças.

A forma pulmonar que apareceu na totalidade dos casos também difere com a distribuição estimada para o Brasil pelo Ministério da Saúde há alguns anos (BRASIL, 2002), que espera que os casos de tuberculose em menores de 15 anos ocorram 75.0% na forma pulmonar e 25.0% na forma extrapulmonar. Porém, em maiores de 15 anos, a forma pulmonar prevalece em 90.0% dos casos. A falta de meios diagnósticos poderia explicar a ausência de forma extrapulmonar da

Quanto à condição de saída do paciente inscrito no PCT, dos anos estudados (Tabela 3), no ano de 2003 foi o que ocorreu o

foi o que apresentou frequência mais elevada. A maior taxa de cura aconteceu em 2001 (88.5%) e o ano em que houve maior número de

Tabela 3 - Motivo da alta dos casos de tuberculose do município de Amambai - MS - 2001 - 2006

MOTIVO \ ANO DE ALTA	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Cura	23	27	36	33	67	46	232
Óbito	-	2	7	3	2	4	18
Transferência	-	3	-	3	5	1	12
Abandono	3	3	1	-	5	2	14
Não concluídos	-	-	-	-	2	-	2

Fonte: SINAN e PCT de Amambai-MS.

De todos os casos de tuberculose notificados em Amambai, a taxa de cura foi de 84.0%, ficando aquém do critério preconizado pela OMS que é de, no mínimo, 85.0% de cura para os casos diagnosticados. Ocorreu óbito em 6.5% de todos os pacientes acompanhados, sendo que essas taxas elevadas também sugerem a dificuldade do serviço em atingir a meta proposta de no máximo 5.0% de óbitos para os casos confirmados. Porém, sabe-se que o ideal é que a morte de um caso novo ou de recidiva deveria ser excepcional nos dias de hoje, visto a disponibilidade que deve haver nos municípios dos meios de detecção dos doentes e da farmacoterapêutica para o seu tratamento (PELAQUIN, et al., 2007).

Houve 5.0% de abandono e uma transferência de 4.5%. A meta de alcançar um percentual de abandono inferior a 5.0% de abandono foi alcançada. Assim, como uma taxa de transferência de 5.0%, sendo que estes

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo possibilitaram conhecer as características dos casos notificados de tuberculose no município de Amambai nos últimos anos, o que pode contribuir para a execução de medidas que aprimorem o controle da doença na área estudada.

As notificações de doentes procedentes de outros municípios apontam para a necessidade de um maior esforço no preenchimento das fichas de notificação do SINAN para a obtenção e registro de dados mais qualificados nos sistemas de informação de saúde, permitindo uma estruturação de uma vigilância eficaz.

Avalia-se que as altas taxas de incidência e óbito por tuberculose encontrada, bem como a baixa taxa de cura para a doença, devem incentivar os gestores e servidores envolvidos no PCT - coordenado pelo serviço municipal de saúde de Amambai - a incrementar e adequar os serviços prestados de prevenção, controle e tratamento da tuberculose.

Sugere-se o desenvolvimento de medidas como a implantação da estratégia DOTS, já praticada no Mato Grosso do Sul, em

REFERÊNCIAS

- BASTA, P. C.; CAMACHO, L. A. B. Teste tuberculínico na estimativa da prevalência de infecção por *Mycobacterium tuberculosis* em populações indígenas do continente americano: uma revisão da literatura. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006.
- BASTA, P. C. As pestes do século XX: tuberculose e AIDS no Brasil, uma história comparada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, 2006.
- BRAGA, J. U. Vigilância epidemiológica e o sistema de informação da tuberculose no Brasil, 2001-2003. *Rev. Saúde Pública*, 41 (supl.), 77-BB, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de informação de agravos de notificação. Área técnica de pneumologia sanitária. Brasília: 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Controle da tuberculose: uma proposta de integração ensino-serviço. 5. ed. Rio de Janeiro: 2002.
- CABRAL, M. M. L. et al. Espondilite tuberculosa em adolescente. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 31, n. 3, 2005.
- CARVALHO, M. L. Eficácia da BCG percutânea versus intradérmica na prevenção de tuberculose em crianças na África do Sul: Estudo randomizado. *Rev. Port. Pneumol.*, vol. 15, n. 4, 2009. p. 747-749.
- DATASUS. Departamento de informática do SUS. População residente em Mato Grosso do Sul. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popms.def>>. Acesso em: 27 set. 2008.
- LEVINO, A.; OLIVEIRA, R. M. Tuberculose na população indígena de São Gabriel da Cachoeira, Amazonas, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, 2007.
- MACHADO FILHO, A. C. Incidência da tuberculose em indígenas do município de São Gabriel da Cachoeira, AM. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, Uberaba, v. 41, n. 3, June 2008.
- MARQUES, A. M. C.; CUNHA, R. V. A medicação assistida e os índices de cura de tuberculose e de abandono de tratamento na população indígena Guaraní-Kaiowá no município de Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, 2003.
- PELAQUIN, M. H. H.; SILVA, R. S.; RIBEIRO, S. A. Fatores associados ao óbito por tuberculose na zona leste da cidade de São Paulo, 2001. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, v. 33, n. 3, 2007.
- SANTOS, M. C. V. Busca ativa de casos de tuberculose na demanda de serviços de saúde: percepção do profissional de saúde. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado. Universidade de São Paulo – Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, 2007.
- SARACENI, V. et al. Estudo de confiabilidade do SINAN a partir das campanhas para a eliminação da sífilis congênita no município do Rio de Janeiro. *Rev. bras. epidemiol.* São Paulo, v. 8, n. 4, 2005.
- SILVA JÚNIOR, J. B. Tuberculose: Guia de Vigilância Epidemiológica. *J. bras. pneumol.*, São Paulo, 2008.
- VERONESI, R.; FOCACCIA, R. Tratado de infectologia. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2004.

ATENÇÃO ODONTOLÓGICA A GESTANTES USUÁRIAS DO SUS: DIFERENÇAS ENTRE DOIS GRUPOS¹

Dental care in pregnancy SUS users: differences between two groups

Elizandra de Queiroz Venancio – Secretaria Municipal de Saúde de Dourados-MS

Ana Carolina Acevedo-Poppe – UnB

Lilian Marly de Paula – UnB

Contato: Elizandra de Queiroz Venâncio (elizandra_venancio@hotmail.com)

RESUMO

Introdução: Em 2004, o Ministério da saúde propõe a reorganização da política da saúde bucal, baseando-se nas especificidades próprias dos ciclos e condições de vida. Em relevo, encontra-se a saúde da mulher e a importância do desenvolvimento de programas de prevenção e promoção de saúde bucal durante a gestação. Objetivo: Estudo transversal descritivo sobre atenção odontológica a gestantes usuárias do SUS, atendidas em unidades de saúde da família e livre demanda, de Dourados-MS. Materiais e métodos: Foram entrevistadas 82 gestantes atendidas na saúde da família e 168 em unidades livre demanda, através de questionário. Resultados: Os perfis socioeconômicos dos grupos estudados são semelhantes. Observou-se maiores frequências para consulta odontológica (34,2%), orientação em saúde bucal (50%) e orientação para visita ao dentista (65%) no grupo de gestantes da saúde da família. Os cirurgiões dentistas foram os que mais orientaram visita ao consultório odontológico (38%) a gestantes unidades de livre demanda, mas estas encontram barreiras para atendimento odontológico (57,7%). Conclusão: Os resultados demonstram que a implantação da saúde bucal na saúde da família teve impacto positivo sobre a atenção odontológica oferecida a gestantes destas unidades, principalmente quanto ao serviço odontológico e orientações sobre saúde bucal. É necessário investir na educação continuada e incentivar ampla discussão, com os profissionais que prestam assistência pré-natal, em ambas as unidades de saúde, sobre a relevância da promoção e atenção em saúde bucal nesta fase, como forma de proteção a estas mulheres e seus bebês. Novos estudos devem ser realizados em longo prazo, para verificar se o modelo de saúde da família desencadeará a gestantes maior acessibilidade à saúde bucal.

Palavras-chave: saúde bucal, gestante, SUS.

ABSTRACT

Introduction: In 2004, the Ministry of Health proposes the reorganization of the politics of oral, based on the specific characteristics of cycles and living conditions. In relief is the health of women and the importance of developing prevention programs and promotion of oral health during pregnancy. Objective: Cross-sectional descriptive study dental care to pregnant women SUS users received care in family health and demand, in Dourados-MS. Methods: We interviewed 82 pregnant women in family health units and 168 on demand, through a questionnaire. Results:

¹Este artigo é parte da dissertação de mestrado "Avaliação de conhecimentos e práticas de saúde bucal de gestantes usuárias do SUS, no município de Dourados-MS"

INTRODUÇÃO

Entre as décadas de 80 e 90, a Saúde Pública brasileira passou por grandes transformações guiadas pela necessidade de ruptura com a estrutura hospitalocêntrica do sistema de saúde vigente.

Baseado nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o programa saúde da família (PSF) surge em 1994, como estratégia do modelo de atenção básica direcionada a reestruturação do modelo assistencial e fundamentada na lógica da promoção de saúde que prioriza ações de promoção, proteção, controle e manutenção da saúde dos indivíduos e da família de forma integral (GROISMAN et al., 2005).

Em oposição ao modelo tradicional biomédico, a atenção do PSF focaliza a família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, permitindo às equipes de saúde da família (ESF) a compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (FILHO, 2002; RIBEIRO et al., 2004).

Nesta perspectiva, em 2000, o Ministério da Saúde vê a necessidade de ampliar a cobertura da atenção em saúde bucal à população brasileira e estabelece incentivo financeiro para a inserção das ações de saúde bucal nas ESF com a introdução da equipe de

família (PSF) no município de Dourados teve início em 2000 e as equipes de saúde bucal (ESB) foram inseridas a partir de 2001. Como estímulo, o Estado do Mato Grosso do Sul, através do decreto estadual nº. 11.684, de 8 de setembro de 2004, condiciona que a cada equipe de saúde da família instalada deve-se, obrigatoriamente, instalar uma equipe de saúde bucal para a liberação dos incentivos financeiros estaduais (MATO GROSSO DO SUL, 2004).

Considerando a perspectiva de mudança de paradigma assistencial representada pelo PSF e as orientações do Ministério da Saúde sobre a necessidade de

MATERIAIS E MÉTODOS

Estudo transversal descritivo. Teve início após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade da Grande Dourados (Unigran), Mato Grosso do Sul, Brasil, por meio do processo 087/05.

O Município de Dourados no momento do estudo encontrava-se como o segundo maior de Mato Grosso do Sul, com população de 183.096 habitantes em 2005 (IBGE, 2005). Com vinte e seis unidades de saúde oferecendo de assistência pré-natal e odontológica à população de gestantes. Destas, dezesseis eram unidades de saúde de livre demanda e dez unidades de saúde da família com cobertura

Tabela 1 - Distribuição percentual, por local, de gestantes entrevistadas atendidas pelas saúde da família (SF) e unidade de livre demanda (LD)

UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (SF)	Nº	%	UNIDADES DE SAÚDE LIVRE DEMANDA (LD)	Nº	%
USF Maracaná	34	41,4	Santo André	34	19,1
USF Parque das Nações II	24	29,3	Isidro Pedroso	33	18,6
Cachoeirinha	24	29,3	Vila Rosa	27	15,1
			Ouro Verde	34	19,1
			Seleta	50	28,1
TOTAL	82	100		178	100

saúde da família, ambas com atendimento odontológico. Participaram do estudo, após leitura e assinatura do consentimento livre e esclarecido, 260 gestantes que realizavam pré-natal, sendo 82 atendidas pela saúde da família e 178 em unidades de livre demanda. A distribuição percentual das gestantes por unidade está representada na Tabela 1.

Foi aplicado um questionário sob forma de entrevista estruturada, baseado em

manutenção de sua saúde e de seu bebê.

Os dados foram codificados e a tabulação realizada com o programa Epi-Info,

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características socioeconômicas dos grupos estudados são semelhantes. Verifica-se que a idade média das gestantes atendidas na saúde da família foi de 24,02 anos (aprox. 6,7) e unidade de livre demanda 24,19 anos (aprox. 6,3). A maioria com pouca

Tabela 2 - Distribuição percentual das características socioeconômicas de gestantes atendidas pelas unidades de saúde da família (SF) e livre demanda (LD).

CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS	SF (%)	LD (%)
Idade		
=20	35,4	28,1
21 a 30	41,4	55
31 a 40	23,2	16,9
Renda familiar		
Até 2 Salários Mínimos	73,2	64
2 até 4 Salários Mínimos	25,6	27
Mais de 4 Salários Mínimos	1,2	9
Escolaridade		
Ensino fundamental Incompleto	58,5	50,5
Ensino Médio Incompleto	24,1	45,3
Ensino Médio Completo	17,1	25,2
Ensino Superior Completo	-	3,4

De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD de 2003, o perfil socioeconômico das entrevistadas, de ambos os grupos, caracteriza-se por mulheres adulto-jovens, com baixa escolaridade e renda.

Estudos que investigaram gestantes, usuárias do SUS, sobre atenção odontológica, obtiveram que grande parte delas depende exclusivamente do serviço público para ter acesso à saúde bucal (MENINO e BIJELLA, 1995; TIVERON et al., 2004; CATARIN et al., 2008).

Alguns autores relacionam a

inevitável a construção de políticas públicas saudáveis que permitissem e oportunizassem o acesso à saúde e educação com intuito de qualificar os indivíduos e conseqüentemente melhorar sua qualidade de vida (ALBUQUERQUE et al., 2004; BERND et al., 1992).

Outros estudos demonstram que, quanto maior a experiência educacional da mãe, mais positivamente ela influenciará o padrão de saúde da criança (COSTA et al. 1998; LOPES, 2000; KONIASHI e KONIAHI, 2002).

Assim como mães muito jovens podem

1981; LOPES, 2000).

Nos últimos anos, estratégias vêm sendo desenvolvidas e direcionadas a todas as comunidades, do individual ao coletivo, buscando a redução de desigualdades e alcance da equidade para culminar na autonomia dos cidadãos (FERNANDES e SALES, 2004; COSTA et al., 2006). Em 2001, o Ministério da Saúde lança o Plano de Reorganização da Saúde Bucal na atenção básica, baseado na necessidade de superar o

das relações e permitir uma adequação das práticas em saúde, além da reorientação do processo de trabalho e da própria atuação dos profissionais de saúde bucal no âmbito dos serviços públicos de saúde (FILHO, 2002; COSTA et al., 2006).

Com isso, a atenção em saúde bucal passou a exigir dos profissionais o trabalho em equipe, o atendimento humanizado do usuário, participação na gestão dos serviços, respostas às demandas quanto ampliação e

Tabela 3 - Distribuição percentual das respostas dadas por gestantes atendidas em unidades de saúde da família (SF) e livre demanda (LD), quanto ao acesso a serviços odontológico pré-natal

PERGUNTAS	SF (%)	LD (%)
Foi ao dentista alguma vez na vida	98,8	97
Tempo desde a última consulta		
Menos de 1 ano	61,7	56,4
Entre 1 e 3 anos	27,1	25,8
Mais de 3 anos	11,2	17,8
Local do atendimento		
Serviço Público	80,2	61
Serviço Particular	17,3	35
Serviço Particular (Convênio)	2,5	4
Foi ao dentista durante a gravidez	34,2	25,3
Dificuldades em obter atendimento odontológico	7,1	57,7

Pode se observar, em ambos os grupos, que a maioria das gestantes foi ao dentista alguma vez na vida. Em relação ao tempo transcorrido desde a última consulta odontológica e ao local de atendimento, a maioria nos dois grupos, procurou pelo serviço público num período inferior a um ano, porém os maiores percentuais, para tais questionamentos, foram obtidos no grupo atendido pela saúde da família (Tabela 3).

O SB Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004b) demonstrou que 97,18% dos adultos foram ao dentista alguma vez na vida. Sendo o

estão muito distantes de estudos realizados nos Estados Unidos (HABASHENCH et al., 2005) e no Kuwait (HONKALA e AL-ANSAR, 2005) que mostram resultados entre 50 e 60 %.

Rocha (1993) discute que a busca por atendimento odontológico não é prioridade entre as gestantes, mesmo existindo real necessidade de tratamento, o que sugere pouca valorização ou mesmo conformismo com as condições de saúde bucal.

Entre as muitas responsabilidades da atenção básica, quanto à saúde bucal no

Evidências científicas mostram que as mudanças fisiológicas geradas pela gestação podem repercutir na homeostase da cavidade bucal devido, principalmente, a variações hormonais que produzem alterações na resposta imunológica da gestante (HONKALA e AL-ANSARI, 2005; XIONG et al., 2006).

Indícios sugerem que a presença da inflamação crônica dos tecidos de sustentação dos dentes, durante a gestação, pode ser fator de risco ao parto prematuro, recém-nascido com baixo peso, pré-eclampsia e aborto, além disso, o estresse gerado pela dor e o risco de septicemia por uma infecção também podem trazer prejuízos à mãe e ao feto (HABASHENCH et al., 2005; XIONG et al., 2006).

Estudos recentes orientam para a importância de ações educativo-preventivas e atendimento individual das gestantes com intuito de prevenir e tratar doenças bucais assim como qualificá-la como agente formador e transformador de conceitos relacionados à boca e a condições de saúde de sua família, introduzindo e cultivando bons hábitos desde cedo da vida da criança (COSTA et al., 1998; BRASIL, 2001; KONIASHI e KONIAHI, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

Bernd et al. (1992) acreditam que barreiras socioculturais podem impedir o acesso da gestante ao dentista, uma vez que ainda é muito comum as crenças de que a dor de dente está diretamente associada à gravidez e que o atendimento odontológico nesse período pode por em risco a saúde da mãe assim como do bebê (CODATO et al., 2008).

Nas unidades de saúde da família são desenvolvidas estratégias para atender desigualmente os desiguais de maneira integral, fortalecendo a confiança e o vínculo entre usuários e a equipe da saúde da família assim como a sensibilização, tanto dos recursos humanos quanto das próprias gestantes. Fatos estes que se relacionam

de derrubar barreiras que empecem ou dificultem a acessibilidade dos indivíduos e da comunidade aos serviços de saúde e mais especificamente da atenção odontológica durante o período gestacional (COSTA et al., 1998; SCAVUZZI et al., 1998; CODATO et al., 2008).

Por isso, é importante que os membros da saúde da família estejam em sintonia e atentos para encaminhar toda gestante, no início do pré-natal, à consulta odontológica, durante a qual, o cirurgião dentista tecerá orientações sobre possibilidade de atendimento durante a gestação, hábitos alimentares e higiene bucal; examinará os tecidos bucais para diagnosticar lesões de cárie, gengivite e doença periodontal e se pertinente, realizará tratamento odontológico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004a).

A maior parte das mulheres em período não gestacional, nos dois grupos, recebeu orientação sobre saúde bucal. Enquanto na gravidez, tal orientação teve maior frequência no grupo atendido pela saúde da família (50%), assim como maior frequência de orientação sobre a necessidade de consulta odontológica (65%) na gestação. Em ambos os grupos, a orientação sobre saúde bucal foi realizada principalmente pelo cirurgião dentista, enquanto a orientação sobre consulta odontológica no período gestacional foi dada principalmente por enfermeiros, da saúde da família, e médicos, nas unidades de livre demanda (Tabela 3).

Tiveron et al. (2004) e Honkala e Al-Ansari (2005) em seus respectivos estudos, também encontraram percentuais altos de gestantes que não receberam instruções sobre cuidados bucais na gravidez. Pode se observar que orientação odontológica e acompanhamento da condição bucal na gestação não são práticas convencionais (MENINO e BIJELLA, 1995; KONIASHI e

multiplicador de saúde (COZZUPOLI, 1981; ROCHA, 1993; COSTA et al., 1998). entre conhecimentos científicos e populares, afetando diretamente a postura profissional,

A evolução dos conceitos de saúde e do pessoal e o discurso popular, sugerindo

Tabela 4 - Distribuição percentual de respostas dadas por gestantes atendidas em unidades de saúde da família (SF) e livre demanda (LD), quanto a orientações de saúde bucal

PERGUNTAS	SF (%)	LD (%)
Recebeu orientação sobre saúde bucal antes da gravidez	84,0	62,0
De quem recebeu orientação sobre saúde bucal na gravidez	50,0	15,2
Cirurgião dentista	46,4	59,2
Enfermeiro	41,4	14,8
Outros (médico, mídias, agentes comunitários, pais)	12,2	26,0
De quem recebeu orientação para passar por consulta odontológica na gravidez	65,9	11,8
Enfermeiro	50,0	19,0
Cirurgião dentista	5,5	38,0
Médico	27,8	28,6
Agente comunitário	13,0	14,2
Outros (pais, mídia)	3,7	-

CONCLUSÃO

A saúde da família é uma estratégia de recente, na qual a saúde bucal ainda engatinha. Os resultados deste estudo não podem ser conclusivos quanto à ampliação efetiva da saúde bucal, mas apontam que a mesma propicia atenção odontológica acessível a gestantes, que em sua grande maioria são jovens, pertencem a uma classe socioeconômica desfavorecida e dependem exclusivamente do sistema público de saúde para os cuidados de saúde bucal. É relevante salientar a importância de enfermeiros e médicos no reforço positivo junto a este grupo para o cuidado bucal, uma vez que tradicionalmente são os profissionais do pré-natal.

Conhecer as diferenças existentes na atenção odontológica recebida pelos dois

mulheres e seus bebês. Estudos deverão ser realizados com a finalidade de verificar, em longo prazo, os resultados efetivos gerados pela estratégia de saúde da família sobre a

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, O.M.R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C.S. Percepção de gestantes do Programa Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. *Cad Saúde Pública*, v.20, n.3, p.789-96, 2004.
- BERND, B. et al. Percepção popular sobre saúde bucal: o caso das gestantes de Valão. *Saúde em Debate*, v.34, p. 33-9, 1992.
- BRASIL. Portaria nº 1.444/GM. Estabelece incentivo financeiro para a reorganização da

2001. Dispõe sobre reorganização das ações de saúde bucal na atenção básica. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 mar. 2001.
- CATARIN, R.F.Z.; ANDRADE, S.M.; IWAKURA, M.L.H. Conhecimentos, práticas e acesso a saúde bucal durante a gravidez. Revista Espaço para saúde, Londrina, v.10, n.1, p. 16-24, dez. 2008. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasau>. Acesso em 15 de mai. 2009.
- CODATO, L.A.B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. Cien Saude Colet, v.11, n.3, p.1075-80, 2008.
- COSTA, I.C. et al. Gestante como multiplicador de saúde. RPG Rev Pos Grad v.5, n.2, p. 87-92, 1998.
- COSTA, J. F. R; CHAGAS, L.D; SILVESTRE, R. M. A (Org.) Política nacional de saúde bucal do Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2006.
- COZZUPOLI, C.A. Odontologia na gravidez. São Paulo: Panamed, 1981.
- FERNANDEZ, A. S.; SECLÉN, J.(Org.) Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: caso Brasil. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.
- FILHO, A.D.S. Odontologia no PSF - um desafio. Revista de Saúde da Família. Brasília v.4, p.17-8, 2002.
- GROISMAN, S.; MORAES, N. M.; CHAGAS, L. D. A evolução da atenção à saúde no Brasil: o contexto da saúde bucal. Cadernos da Aboprev II, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: <www.aboprev.org.br/>
- KONIASHI, F.; KONIASHI, R. Odontologia intra-uterina: um novo modelo de construção de saúde bucal. In: CARDOSO, A. J. R. Odontopediatria: Prevenção. São Paulo: Artes Médicas, 2002. p.155-65.
- LOPES, G. Gravidez na adolescência: política prioritária de Saúde. Jornal da Febrasgo, v.3, n.7, p.4, 2000.
- MALDONADO, M.T. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 14º ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- MATO GROSSO DO SUL. Decreto nº 11.684 de 8 de Setembro de 2004. Dispõe sobre a composição das Equipes do Programa de Saúde da Família e altera os valores de incentivo financeiro estadual para o Programa de Saúde da Família. Diário oficial Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 20 jun. 2006.
- MENINO, R.T.M.; BIJELLE, V.T. Necessidades de saúde bucal em gestantes dos núcleos de saúde de Bauru. Conhecimentos com relação à própria saúde bucal. J. Appl. Oral Sci, v. 3, n.1/4, p. 5-16, 1995.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção Básica. Condições de Saúde Bucal da População Brasileira 2002-2003. Resultados Principais. Série C. 1.ª ed. 2004.
- RIBEIRO, E. M. ; CHOMATAS, E. R. V.; NETO, M. C. Integralidade e redes de atenção básica e

BAUSELLS, J. Avaliação do conhecimento das práticas de saúde bucal em gestantes do município de Adamantina-SP. Rev Ibero-am Odontopediatr Odontol Bebê, v.7, n.35, p. 66-77, 2004.

XIONG, X. et al. Periodontal disease and adverse pregnancy outcomes: a systematic review. Int J Gynaecol Obstet, v.113, n.2, p.135-43, 2006.

ANÁLISE DA TAXA DE INAPTIDÃO SOROLÓGICA EM CAMPANHAS EXTERNAS REALIZADAS PELO CENTRO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA DE MATO GROSSO DO SUL – HEMOSUL, NO PERÍODO DE 2002 A 2007¹

Analysis the serological inability rate in external campaigns performed by the center of hematology and hemotherapy of Mato Grosso do Sul - HEMOSUL, in the period of 2002 to 2007

Ana Cláudia Seixas Formiga - HEMOSUL

Marina Sawada Torres - HEMOSUL

Contato: Ana Cláudia Seixas Formiga (claudiaformiga@terra.com.br; ana.formiga@saude.ms.gov.br)

RESUMO

Introdução: É um desafio constante manter um estoque de sangue e hemocomponentes que possam atender à demanda do Estado de Mato Grosso do Sul. Uma das estratégias utilizadas pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia de MS (HEMOSUL) para suprir esta demanda é a realização periódica de coletas externas para doação de sangue nos municípios do Estado. Objetivo: Analisar a taxa de inaptidão sorológica obtida em campanhas. Materiais e Métodos: Foi realizado em estudo comparativo e quantitativo, no período de 01/01/2002 a 31/12/2007, utilizando a base de dados do Sistema de Gerenciamento de Unidades Hemoterápicas - HemoVIDA. Resultados: Participaram 18.262 doadores, com idade entre 18 e 65 anos. Deste total, 1.842 apresentaram reatividade para um ou mais testes sorológicos, resultando numa taxa de inaptidão sorológica de 10,09%. O perfil sócio-demográfico e sócio-econômico dos doadores reagentes foi de 62,98% para o gênero masculino, 56,40% de etnia parda, 18,68% na faixa etária entre 36 a 41 anos, 56,84% casados e 58,47% no ensino fundamental. O teste sorológico de maior prevalência foi o anti-HBc (7,54%), seguido do VDRL (0,97%), anti-HCV (0,79%), Chagas (0,58%), HBsAg (0,54%), anti-HIV 1/2 (0,53%), anti-HTLV 1/2 (0,15%). Conclusões: Os resultados obtidos no presente estudo nos permitiu concluir que, no período estudado, não foi alcançada a taxa de inaptidão sorológica estabelecida pela Meta Mobilizadora Nacional, sugerindo a necessidade de uma revisão nos procedimentos de triagem clínica, com vistas a corrigir algumas deficiências que potencialmente podem afetar a taxa de inaptidão sorológica e a realização de campanhas educativas para garantir a elevação do padrão de qualidade do sangue coletado e conscientizar a população de que a doação é um gesto voluntário que poderá salvar vidas e não simplesmente uma forma gratuita de se fazer exames.

Palavras-chave: doadores de sangue, triagem do doador, sorologia.

ABSTRACT

Introduction: It is a challenge to keep a blood stock and blood components that could attend the demand of the state of Mato Grosso do Sul. One of the strategies used by the Center of Hematology and Hemotherapy of MS (HEMOSUL) to supply this demand is the periodic realization of blood donations in other cities of the state. Objective: Analyze the serological inability rate achieved in campaigns. Materials and methods: It was carried out in order to realize comparative and quantitative studies in the period of 01/01/2002 to 12/31/2007, using the hemotherapeutic unities managing system database - HemoVIDA. Results: They announced 18.262 donors, aged between 18 and 65. Of this total, 1.842 presented reactivity for one or more serological test, so that there is a

¹Artigo originado da monografia de conclusão do curso de Especialização em Saúde Pública, oferecido pela Escola de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul – ESP/SES/MS

INTRODUÇÃO

É um desafio constante manter um estoque de sangue e hemocomponentes que possam atender à demanda do Estado de Mato Grosso do Sul. Uma das estratégias utilizadas pelo Centro de Hematologia e Hemoterapia de Mato Grosso do Sul (HEMOSUL) para suprir esta demanda é a realização periódica de campanhas externas para doação de sangue nos municípios do Estado.

As campanhas externas são realizadas no município de Campo Grande, fora das instalações do HEMOSUL e em algumas cidades do interior do Estado de Mato Grosso do Sul e correspondem, em média, a 19% da produção anual, sendo um importante recurso para a regulação de estoque de hemocomponentes, além de campanhas de conscientização sobre o ato de doar e o fortalecimento de parcerias com os municípios do Estado.

A transfusão sanguínea não é um procedimento isento de riscos, em razão disto, a segurança transfusional depende de ações que envolvem captação de doadores, seleção clínica, coleta de sangue, fracionamento, análise imuno-hematológica e sorológica que, em conjunto, determinam a qualidade do sangue e dos hemocomponentes a serem utilizados.

O lançamento da Meta Mobilizadora Nacional (MMN): “Sangue com garantia de qualidade em todo o seu processo até 2003” pelo Ministério da Saúde, estabeleceu um marco importante na hemoterapia brasileira com a mudança comportamental dos doadores, passando pela humanização do atendimento até a revisão dos processos internos dos órgãos executantes das atividades hemoterápicas, consolidando o atual Programa Qualidade do Sangue (BRASIL, 2000).

Para nortear os rumos da Meta Mobilizadora Nacional (MMN), foram criados indicadores que monitorados anualmente

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo comparativo, quantitativo de corte transversal, no qual teve como população todos os doadores de sangue que doaram em campanhas externas realizadas no período de 01/01/2002 a 31/12/2007 em alguns municípios do Estado de Mato Grosso do Sul, pelo Setor de Captação de Doadores do HEMOSUL: Anaurilândia, Bela Vista, Bonito, Camapuã, Campo Grande, Cassilândia, Chapadão do Sul, Costa Rica, Maracaju, Mundo Novo, Nova Alvorada do Sul, Ribas do Rio Pardo, Rio Brillhante, São Gabriel do Oeste, Sidrolândia e Terenos e que apresentaram exames sorológicos reagentes.

O início do estudo foi condicionado ao começo do sistema informatizado (Sistema HemoVIDA do DATASUS) que é utilizado atualmente no HEMOSUL.

Os dados foram captados do Sistema HemoVIDA: Tabela Doador, Tabela Coleta, Tabela Texame e Tabela Bloqueio através do programa Query Analise do Microsoft® SQL Server 2007 que gerou um arquivo em forma de texto e esse foi transportado para o Microsoft® Office Excel 2003.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A população total de doadores de sangue nas campanhas realizadas nos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul, no período estudado, foi de 18.262 indivíduos, sendo que 11.422 (62,55%) eram masculinos e 6.840 (37,45%) femininos.

A predominância do gênero masculino na população de doadores de sangue está em conformidade com outros estudos que demonstram que o número de mulheres doadoras de sangue é inferior ao número de homens doadores: Itália (78,5%) (TORRES et al., 2003), Peru (79,5%) (PINTO et al., 2003), Sergipe (74,97%) (SANTOS; MARCELLINI;

reatividade para um ou mais testes inaptidão sorológica não deve ultrapassar sorológicos, resultando numa taxa de 8,3%.

inaptidão sorológica nos anos estudados de A Figura 1 demonstra as taxas de

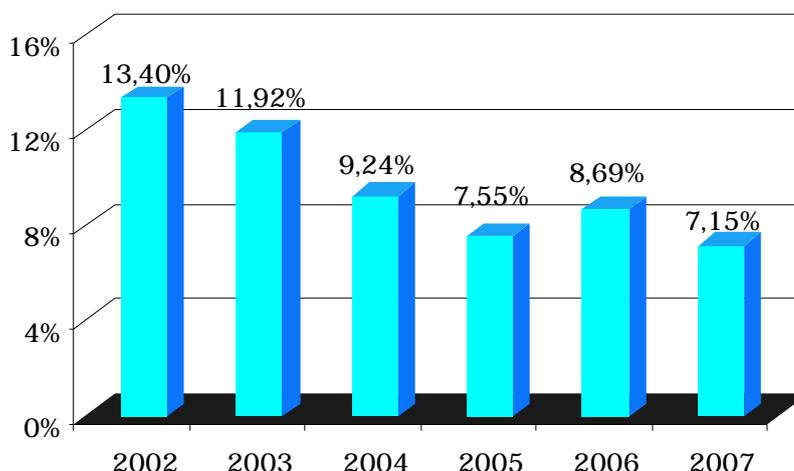


Figura 1 - Taxa de inaptidão sorológica nas campanhas realizadas pelo HEMOSUL, nos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul - 2002 - 2007 (n=18.262)

Fonte: Tabelas do Sistema HemoVIDA, 2007

Tabela 1 - Associação entre triagem sorológica reagente para doadores de sangue e variáveis sócio-demográficas, nas campanhas realizadas pelo HEMOSUL, nos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul - 2002 - 2007 (n=1.842)

VARIÁVEL	2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%								
Sexo														
Masculino	216	18,6	390	33,6	199	17,2	170	14,7	122	10,5	63	5,4	1.160	62,98
Feminino	149	21,8	229	33,6	112	16,4	87	12,8	72	10,6	33	4,8	682	37,02
Total	365		619		311		257		194		96		1.842	100,00
Etnia														
Parda	173	16,7	277	26,7	186	17,9	180	17,3	151	14,5	72	6,9	1.039	56,40
Branca	186	24,8	323	43,0	118	15,7	63	8,4	39	5,2	22	2,9	751	40,77
Negra	6	13,0	17	37,0	5	10,9	12	26,1	4	8,7	2	4,3	46	2,50
Amarela	-	-	2	33,3	2	33,3	2	33,3	-	-	-	-	6	0,33
Total	365		619		311		257		194		96		1.842	100,00
Faixa etária														
18-23 anos	28	13,7	75	36,6	31	15,1	37	18,0	17	8,3	17	8,3	205	11,13
24-29 anos	49	20,1	78	32,0	39	16,0	35	14,3	27	11,1	16	6,6	244	13,25
30-35 anos	62	22,0	78	27,7	59	20,9	43	15,2	27	9,6	13	4,6	282	15,30
36-41 anos	65	18,9	115	33,4	69	20,1	47	13,7	31	9,0	17	4,9	344	18,68
42-47 anos	61	18,5	128	38,8	46	13,9	37	11,2	45	13,6	13	3,9	330	17,92
48-53 anos	46	21,6	64	30,0	39	18,3	31	14,6	28	13,1	5	2,3	213	11,56
54-59 anos	41	24,1	60	35,3	26	15,3	18	10,6	16	9,4	9	5,3	170	9,23
60-65 anos	13	24,1	21	38,9	2	3,7	9	16,7	3	5,6	6	11,1	54	2,93
TOTAL	365		619		311		257		194		96		1.842	100,00

No ano de 2002, a taxa de inaptidão sorológica foi de 13,40%, nos anos seguintes, houve um declínio na taxa. Em 2005 e 2007, as taxas de inaptidão foram de 7,55% e 5,15%, portanto, nestes anos, as metas foram alcançadas.

No entanto, em 2006, essa taxa tornou a aumentar, chegando a 8,69%. Um fato que explicaria esse aumento seria que o profissional responsável pela realização das triagens clínicas nas campanhas, foi substituído e, passou a se adotar um rodízio entre triadores do HEMOSUL para a realização das triagens clínicas nas campanhas.

Motivos, tais como, excesso de cuidados, desconhecimento ou não cumprimento dos protocolos de triagem, número de candidatos à doação acima do habitual, diminuição do tempo de entrevista e redução de questionamentos podem levar o triador a uma triagem clínica imprecisa.

Segundo Brasil (2004) e Peterson (1994), nem sempre o doador está preparado para ser verdadeiro e honesto durante a

(2008) no Banco de Sangue de Caxias do Sul-RS (69,10%) e em conformidade com o Perfil de Doadores de Sangue (BRASIL, 2004a). Este fato poderia indicar maior frequência de exposição a fatores de risco entre os homens.

Quanto à variável etnia, houve predomínio da parda (56,40%), seguido da branca (40,77%), da negra (2,50%) e com uma quantidade menor a amarela (0,33%), estando em conformidade com o Perfil de Doadores de Sangue na Região Centro-Oeste, Norte e Nordeste, mas discordante com os da Região Sul e Sudeste (BRASIL, 2004a).

Segundo Brasil (2004b), as cinco categorias para a pessoa se classificar quanto à característica etnia são: branca, preta, amarela (compreendendo-se nesta categoria a pessoa que se declarou de origem japonesa, chinesa, coreana, etc.), parda (incluindo-se nesta categoria a pessoa que se declarou mulata, cabocla, cafuza, mameluca ou mestiça de preto com pessoa de outra cor ou raça) e indígena (considerando-se nesta categoria a pessoa que se declarou indígena ou índia).

Tabela 2 - Associação entre triagem sorológica reagente para doadores de sangue e variáveis sócioeconômicas, nas campanhas realizadas pelo HEMOSUL, nos municípios do Estado de Mato Grosso do Sul - 2002 a 2007 (n=1.842)

VARIÁVEL	2002		2003		2004		2005		2006		2007		Total	
	Nº	%	Nº	%										
Estado civil														
Casado	222	21,2	327	31,2	183	17,5	153	14,6	113	10,8	49	4,7	1.047	56,84
Solteiro	93	16,4	197	34,8	99	17,5	80	14,1	65	11,5	32	5,7	566	30,73
Desquitado e/ou separado	20	31,7	22	34,9	7	11,1	9	14,3	3	4,8	2	3,2	63	3,42
Divorciado	10	18,5	14	25,9	9	16,7	10	18,5	6	11,1	5	9,3	54	2,93
Viúvo	7	24,1	11	37,9	5	17,2	2	6,9	3	10,3	2	3,4	29	1,57
Outros	13	15,7	48	57,8	8	9,6	3	3,6	4	4,8	7	8,4	83	4,51
Nível de escolaridade														
Ensino fundamental	240	22,3	376	34,9	177	16,4	145	13,5	100	9,3	39	3,6	1.077	58,47
Ensino médio	82	15,7	167	31,9	90	17,2	81	15,5	71	13,6	32	6,1	523	28,40
Ensino superior	28	14,7	56	29,5	40	21,1	26	13,7	18	9,5	22	11,6	190	10,31
Não alfabetizado	15	28,8	20	38,5	4	7,7	5	9,6	5	9,6	3	5,8	52	2,82

Quanto às variáveis sócioeconômicas, a Tabela 2 demonstra que em relação à variável estado civil, a maioria eram casados 56,84%, seguido de 30,73% solteiros, 4,51% outros, 3,42% desquitados e/ou separados, 2,93% divorciados e 1,57% viúvos.

Na variável nível de escolaridade, 58,47% possuíam apenas o ensino fundamental, seguido por 28,40% com ensino médio, 10,31% com ensino superior e 2,82%

desconhecimento de medidas de prevenção e controle e o acesso mais restrito a serviços de saúde.

Em relação às variáveis sócioeconômicas, observou-se que os resultados foram discordantes com as tabelas do Perfil de Doadores de Sangue do Brasil (BRASIL, 2004a), nas quais a maioria eram solteiros e com ensino médio, ao contrário do obtido neste estudo, onde predominou casados

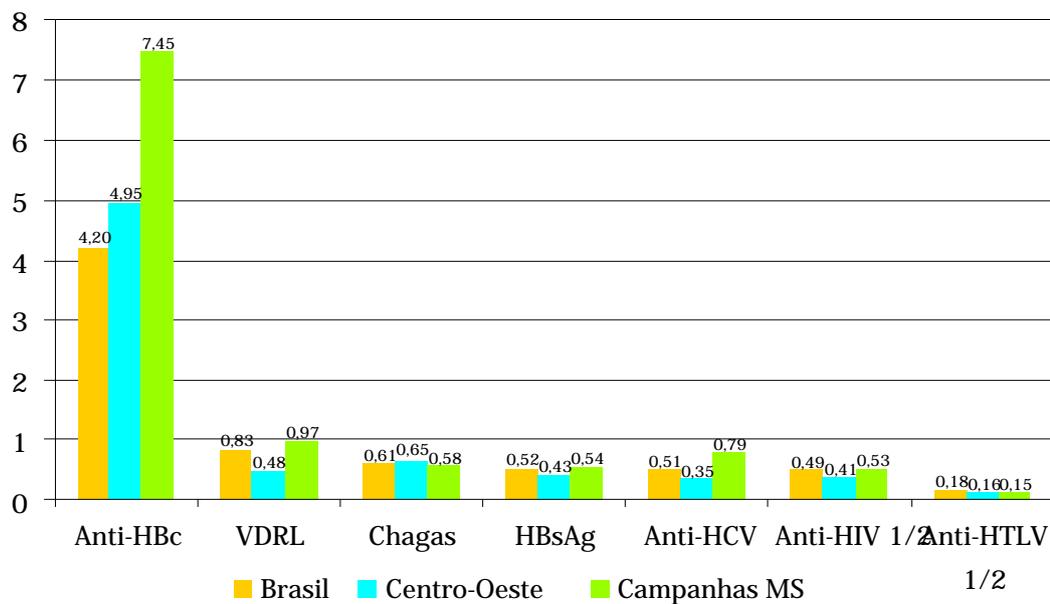


Figura 2 - Percentual de reatividade por teste sorológico no Brasil, na Região Centro-Oeste e nas Campanhas no Estado de Mato Grosso do Sul

Fonte: BRASIL, 2002.

Analisando na Figura 2, as taxas encontradas nas Campanhas no Estado de Mato Grosso do Sul no período estudado, verificou-se que o teste mais prevalente foi o anti-HBc (7,45%), seguido do VDRL (0,97%), Anti-HCV (0,79%), Chagas (0,58%), HBsAg (0,54%), Anti-HIV 1/2 (0,53%) e Anti-HTLV 1/2 (0,15%).

Comparando os percentuais dos testes sorológicos deste estudo, que foi realizado na Região Centro-Oeste, com os encontrados no Banco de Sangue de Caxias do Sul-RS (RODRIGUES et al., 2008), Região Sul, com os do HEMOLACEN-SE (SANTOS; MARCELLINI;

dados obtidos neste estudo (0,97%) revelaram valores inferiores aos obtidos na Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas - HEMOAM (FERREIRA et al., 2006) para as amostras bolsas provenientes do interior que foi de 2,87%.

Observou-se, na Figura 2, que a taxa para o teste anti-HBc (7,45%), obtida neste estudo, foi relativamente alta quando comparada com a da Região Centro-Oeste (4,95%) e do Brasil (4,20%) (BRASIL, 2002).

A exclusão de doadores anti-HBc positivos é assunto muito controverso e gera discussões, em decorrência do elevado número

estão acima dos demonstrados no estudo realizado no Banco de Sangue de Caxias do Sul-RS (RODRIGUES et al., 2008).

Este estudo demonstrou ainda que, em relação aos 1.842 doadores positivos,

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa, a taxa de inaptidão sorológica foi de 10,09%, que nos permite concluir que no período estudado, não foi alcançado o índice de inaptidão sorológica estabelecido pela Meta Mobilizadora Nacional do Ministério da Saúde que é de até 8,3%.

A adoção de testes sorológicos de elevada qualidade não garante a taxa de inaptidão sorológica dentro dos padrões estabelecidos pelo Ministério da Saúde, mas a realização da triagem clínica de forma eficiente, eficaz e efetiva na identificação de indivíduos de risco para a transmissão de doenças por transfusão, podem modificar esta realidade.

A realização de campanhas educativas pode garantir a elevação do padrão de qualidade do sangue coletado e conscientizar a população a encarar a doação como um gesto voluntário que salvará vidas e não como uma forma gratuita de se fazer exames.

Outro fator importante demonstrado nesta pesquisa é a necessidade de se conhecer o perfil dos doadores de sangue com sorologia reagente para direcionar a triagem clínica, sorológica e as políticas de sangue que, em última análise, vão se refletir na segurança do sangue disponibilizado à população.

Este estudo indicou a necessidade de uma revisão nos procedimentos de triagem

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária Executiva. Programa Qualidade do Sangue: sangue e hemoderivados. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Sangue, tecidos e órgãos. 2002. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sangue/legis/sangue_componentes.htm#resolucoes>. Acesso em: 15 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Pesquisa revela perfil de doadores e não doadores de sangue. 2004. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/doador_sangue/pdsbfiles/introducaod.htm>. Acesso em: 28 jul. 2008.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). 2004b. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2004/notas_brasil.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2009.

FERREIRA, C. M. et al. Reatividade do teste VDRL em bolsas de sangue da Fundação de Hematologia e Hemoterapia do Amazonas-HEMOAM, os custos decorrentes do descarte e a estimativa de prevalência de sífilis em doadores de sangue do Estado do Amazonas. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 18, n. 1, p. 14-17, 2006.

PETERSEN, L. R. et al. The effectiveness of the confidential unit exclusion option. *Transfusion*, v. 34, p. 865-869, 1994.

PINTO, J. L. V. et al. Infección por el vírus de la

vírus antibodies in blood donors from the province of Latina, Italy. *European Journal of Epidemiology*, v. 18, n. 7, p. 691-694, jul. 2003.

TORRES, M. S. Prevalência da infecção pelo vírus da hepatite C em doadores de sangue em Campo Grande – MS, 2004. *Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2006.*

RISCOS DE TRANSTORNOS ALIMENTARES EM ADOLESCENTES DO SEXO FEMININO EM ESCOLAS PÚBLICAS E PRIVADAS DE CAMPO GRANDE-MS

Risks of eating disorders in adolescents women's sex in the public and private schools in Campo Grande-MS

Jacqueline Moreira Menezes - UNIDERP

Natalia de Oliveira Lima – UNIDERP

Osvaldinete Lopes de Oliveira – UNIDERP

Contato: Jacqueline Moreira Menezes (jacqueline_ti@hotmail.com)

RESUMO

Introdução: a autonomia alimentar se define na adolescência, fase em que são mais influenciados por modismos nutricionais, podendo originar transtornos alimentares. Objetivo: identificar adolescentes do sexo feminino de escolas públicas e privadas com comportamentos de risco para o desenvolvimento de transtornos alimentares associados ao estado nutricional e rede de ensino. Materiais e métodos: foram entrevistadas e avaliadas, mediante índice de massa corporal, 100 adolescentes matriculadas em quatro escolas, sendo duas da rede pública de ensino e duas escolas privadas. Para avaliação do risco de anorexia nervosa foi aplicado o Teste de Atitudes Alimentares (EAT-26) e para identificar risco de bulimia o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE). Resultados: a presença de sintomas de risco para anorexia nervosa foi encontrada em 12% da amostra, sendo maior entre as adolescentes de escolas públicas. O teste (BITE) identificou sintomas de risco para bulimia em 41% da amostra, incluindo comportamento alimentar de risco em 34% e comportamento alimentar compulsivo indicando grande possibilidade de se ter bulimia em 7% das adolescentes; também com maior prevalência entre aquelas de escolas públicas. O risco para bulimia e anorexia apresentou associação positiva com estado nutricional adequado e rede pública de ensino. Conclusão: a prevalência de risco para anorexia e bulimia apresentou-se elevada na amostra estudada. Ressalta-se que as adolescentes de escolas públicas estão mais propensas aos transtornos alimentares, o que requer ações estruturadas de orientação individual e familiar visando à prevenção e o controle deste problema.

Palavras-chave: transtornos alimentares; anorexia nervosa; bulimia nervosa.

ABSTRACT

Introduction: the food sovereignty is defined in adolescence, phase that they are more influenced by nutrition fads can lead to eating disorders. Objective: identify female teenagers of public and private schools with risk behaviors the development of eating disorders associated with nutritional status and education network. Materials and Methods: we interviewed and evaluated by body mass index, 100 adolescents enrolled in four schools, two from public schools and two private schools. To assess the risk of anorexia nervosa was applied Eating Attitudes Test (EAT-26)

INTRODUÇÃO

Na fase da adolescência ocorre a aceitação ou a contradição dos hábitos alimentares obtidos na infância, sendo o período em que se estabelece a sua própria autonomia alimentar. No entanto, os adolescentes em geral desconhecem o padrão alimentar adequado e repetidamente se deixam influenciar por modismos nutricionais incultos e perigosos. O comportamento inadequado como a exclusão de determinados alimentos e até mesmo de refeições durante o dia é um dos graus de comprometimento do padrão alimentar, podendo se tornar um transtorno psiquiátrico resultando em transtornos alimentares (MELO, 2005; SAITO, SILVA, 2001).

Os transtornos alimentares costumam afetar mulheres jovens e ter curso crônico, variável e com alto grau de morbidade e mortalidade. São fenômenos pluridimensionais, consequentes da influência mútua de fatores pessoais, familiares e socioculturais caracterizados pela preocupação intensa com alimento, peso e corpo. Esses transtornos são divididos em duas categorias principais: Anorexia Nervosa e Bulimia Nervosa (PINZON, 2004; SOUTO, FERRO-BUCHER, 2006).

Anorexia Nervosa (AN) é caracterizada por uma restrição dietética autoimposta, com um padrão alimentar "incomum" que acarreta uma grande perda de peso, associada a um grande temor de engordar e à má compreensão corporal (DUNKER, PHILIPPI, 2003).

Os estudos sobre anorexia nervosa no Brasil com enfoque populacional ainda são escassos. As prevalências de comportamentos alimentares anormais que sinalizam risco para o desenvolvimento da anorexia nervosa (EAT+) oscilam entre 4,9% a 25%, e mostram-se associados à faixa etária de 10 a 13 anos, sobrepeso e obesidade, insatisfação com a

jovens. As consequências são muito perigosas e podem ser fatais. Em média, 15% das mortes causadas por transtornos alimentares relacionam-se à anorexia nervosa. A doença ocorre nove vezes mais em mulheres do que em homens. Segundo a American Psychiatric Association (2000), a prevalência de anorexia nervosa no mundo varia de 0,3 a 3,7% e a prevalência de bulimia nervosa é de 1,1 a 4%, ambas na população jovem feminina (SAITO, SILVA, 2001).

A anorexia pode desencadear sintomas como o emagrecimento saliente, bradicardia, hipotermia, edema em membros inferiores, amenorreia nas mulheres, obstipação entre outros. Já naqueles que apresentam a bulimia, os sintomas podem ser distúrbios gastrointestinais como, esofagite, gastrite e esvaziamento gástrico anormal (CORDÁS, NEVES, 1999; SILVA et al., 2006; ABREU, CANGELLI, 2005).

O que ocasiona as doenças citadas acima são as extremas alterações dos hábitos alimentares. Isso, em grande parte, se deve à pressão da sociedade que está cada vez mais exigente, principalmente com jovens mulheres que se sentem na obrigação de acompanhar o padrão de beleza imposto pela mídia de ter um corpo magro, associando a este padrão mensagens de sucesso, controle, aceitação, conquistas de amor e estabilidade psicológica induzindo as rigorosas dietas com baixo valor calórico, uso de laxantes, fármacos com inibidores de apetite, indução de vômitos e exercícios físicos em excesso (SOUTO, FERRO-BUCHER, 2006).

Quanto ao nível sócio econômico, observa-se nos últimos anos uma distribuição mais ampla dos transtornos alimentares, com maior prevalência nas sociedades industrializadas e tendo a mídia televisiva como grande propagadora dos ideais de beleza relacionados à forma do corpo que induz a estes transtornos

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal e descritivo, aprovado pelo comitê de ética da UNIDERP sob o nº 095/2008. Os sujeitos foram adolescentes do sexo feminino na faixa etária correspondente de 10 a 20 anos de idade (MELO, 2005).

Foram entrevistadas 100 adolescentes matriculadas em quatro escolas, sendo 56 alunas de duas escolas públicas e 44 de duas escolas privadas, com o objetivo de observar o risco de transtornos alimentares associado à rede de ensino.

As escolas públicas e privadas foram escolhidas aleatoriamente mediante sorteio a partir da listagem oficial das escolas disponível no site da Secretaria Estadual de Educação (SED). Em cada uma das escolas foi sorteada uma turma em cada série do ensino médio. Nas turmas selecionadas, participaram da amostra todas as adolescentes cujos pais ou responsáveis autorizaram a participação na pesquisa assinando o termo de consentimento elaborado em conformidade com a Resolução 196/96 (1996).

As adolescentes participantes foram submetidas à avaliação antropométrica para coleta das medidas de peso corporal e estatura e preencheram os questionários autopreenchíveis.

As medidas de peso corporal foram realizadas com balança digital, portátil, marca TANITA, com capacidade de 150 kg e precisão de 100 gramas. Para medida da estatura foi utilizada uma fita métrica afixada a uma parede sem rodapé, sendo a posição das adolescentes, eretas, com os calcanhares, nádegas, ombros e cabeça encostada na parede e o olhar na posição de Frankfurt, conforme técnica adotada pelo Ministério da Saúde (FAGUNDES et al., 2004).

O diagnóstico do estado nutricional foi realizado pelo índice de massa corpórea - IMC,

“sempre” equivale a 3 pontos, “muito frequente” 2 pontos, “frequentemente” 1 ponto, “às vezes”, “raramente” e “nunca” 0 ponto. As adolescentes com menos de 20 pontos na soma total, possuem ausência de riscos de anorexia; aquelas com 20 pontos ou mais apresentam risco para a anorexia nervosa (MAGALHÃES, AZEVEDO, MENDONÇA, 2005).

Para identificar risco de bulimia, foi aplicado o Teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE). Este se constitui em um questionário autoaplicativo com 33 questões que avalia os aspectos sintomatológicos de pacientes com Bulimia Nervosa, tendo como resposta “sim” ou “não”. (Magalhães, Azevedo, Mendonça, 2005). Consiste em duas subescalas de pontuação e foi desenvolvido e validado por Henderson, Freeman (1987).

A primeira subescala chamada de sintomática está relacionada aos sintomas de conduta e dieta; a resposta “sim” equivale a 1, ponto representando a presença de sintoma e, a resposta “não” equivale a 0 ponto, significando ausência de sintomas; porém, nas questões 1, 13, 21, 23, 31 pontua-se ao contrário onde a resposta “sim” equivale a 0 ponto e a “não” 1 ponto. A pontuação menor que 10 significa ausência de sintomas; entre 10 e 19 significa escore médio, sugerindo comportamento alimentar de risco; maior ou igual a 20 escore elevado, significa presença de comportamento alimentar compulsivo, grande

RESULTADOS

A média de idade das adolescentes investigadas foi de 16,1 anos. A prevalência de sintomas de risco para anorexia nervosa, pelo teste de atitudes alimentares (EAT+) foi de 12% na amostra e maior entre adolescentes de escolas públicas.

O teste de investigação bulímica de

comportamento alimentar compulsivo Das 41 alunas que apresentavam indicando grande possibilidade de se ter algum tipo de risco para o desenvolvimento de bulimia (7%). Com maior prevalência mais uma bulimia, 19% apresentaram severidade

Tabela 1 - Frequência absoluta e relativa (%) dos sintomas de risco para Bulimia Nervosa e Anorexia nervosa em adolescentes de escolas públicas e privadas em Campo Grande - MS - 2008 (n=100)

SINTOMAS DE RISCO PARA TRANSTORNOS ALIMENTARES	PÚBLICA		PRIVADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Anorexia Nervosa						
Ausência de sintomas de risco	48	54,5	40	45,5	88	88,0
Presença de sintomas de risco	8	66,7	4	33,3	12	12,0
Bulimia Nervosa						
Ausência de sintomas de risco	31	52,5	28	47,5	59	59,0
Comportamento alimentar de risco	19	55,9	15	44,1	34	34,0
Presença de comportamento alimentar compulsivo	8	85,7	1	14,3	7	7,0

Tabela 2 - Frequência da Escala de gravidade para bulimia em adolescentes com risco de escolas públicas e privadas em Campo Grande - MS - 2008 (n=21)

ESCALA DE GRAVIDADE	PÚBLICA		PRIVADA		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ausência de sintomas de risco	9	47,4	10	52,6	19	19,0
Presença de sintomas de risco	0	0,0	2	100,0	2	2,0

Entre as alunas que apresentaram sintomas de risco para desenvolver bulimia nervosa, foram observadas as seguintes práticas inadequadas para auxiliar na perda de peso: 14,6% induziam vômito no mínimo de vez em 23,4% destas, seja para excesso ou

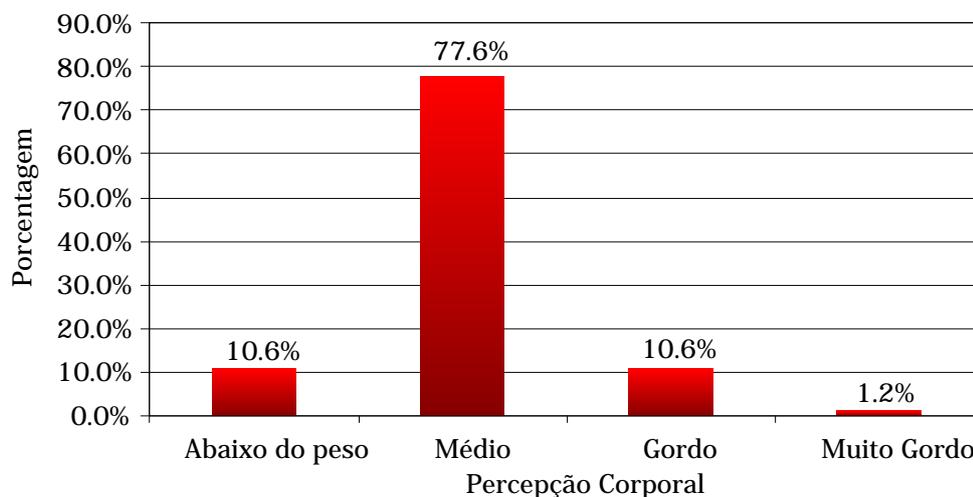


Figura 1 - Percepção corporal das adolescentes eutróficas de escolas públicas e privadas em Campo Grande - MS - 2008

Quando ao estado nutricional e risco de anorexia, não foram observadas associações entre risco e sobrepeso/obesidade. Por outro lado, observou-se associação significativa (35%), 60% pertenciam a escolas públicas,

A prevalência de risco para bulimia não esteve associado a sobrepeso e obesidade. Entre as adolescentes eutróficas com risco (35%), 60% pertenciam a escolas públicas,

Tabela 3 - Frequência do risco para anorexia nervosa associado ao estado nutricional em adolescentes de escolas públicas e privadas em Campo Grande - MS - 2008

IMC	TOTAL DE ALUNAS PARTICIPANTES	ADOLESCENTES COM RISCO DE ANOREXIA					
		TOTAL		PÚBLICA		PRIVADA	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo peso	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Eutrofia	85	10	12,0	8	80,0*	2	20,0
Sobrepeso	10	2	20,0	0	0,0	2	100,0
Obesidade	4	0	0,0	0	0,0	0	0,0
TOTAL	100	12		8		4	

* p = 0,0386

Tabela 4 - Frequência do risco para bulimia nervosa em adolescentes de escolas públicas e privadas em Campo Grande - MS - 2008

IMC	TOTAL DE ALUNAS PARTICIPANTES	ALUNAS COM RISCO DE BULIMIA					
		TOTAL		PÚBLICA		PRIVADA	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baixo peso	1	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Eutrofia	85	30	35,0	18	60,0*	12	40,0
Sobrepeso	10	8	80,0	4	50,0	4	50,0
Obesidade	4	3	75,0	3	100,0	0	0,0
TOTAL	100	41		25		16	

* p = 0,0433

DISCUSSÃO

A prevalência de sintomas de risco para anorexia nervosa encontrada através do teste de Atitudes Alimentares (EAT+) converge para valores encontrados em outros estudos realizados com a mesma metodologia de identificação. Em Minas Gerais, Vilela (2004) investigando adolescentes de escolas públicas de ambos os sexos, identificou 13,3% com sintomas de anorexia. Em uma escola privada de São Paulo (n=279), foi encontrada

de 15,6% de EAT + em adolescentes femininas de Florianópolis. Dados internacionais também evidenciam essa problemática em diferentes níveis. Na Espanha, Ferrando et al (2002) encontraram prevalência de 16,3% entre o sexo feminino de 14 a 19 anos de idade. Neumarker et al (1998) observaram 7,4% de risco de anorexia entre adolescentes do sexo feminino matriculadas no ensino médio em Berlim, Alemanha.

Para Alves (2008), prevalências de

variando conforme grupo étnico, idade, atividade ocupacional e grau de urbanização do local de residência dos indivíduos investigados. Esses dados reiteram a preocupação com a saúde das adolescentes brasileiras.

Segundo Dunker e Philippi (2003), felizmente a possibilidade de desenvolvimento da doença em uma pessoa cujo resultado do EAT foi positivo é baixo, ou seja, apenas 0,19% poderão apresentar o transtorno; isso significa que em cada 100, somente 19 poderão vir a ter de fato a doença.

Os resultados encontrados através do teste de Investigação Bulímica de Edimburgo (BITE) foram maiores quando comparado a um estudo realizado com alunos de escola pública em Minas Gerais, onde 18,1% tiveram algum tipo de risco para bulimia e 11,8% apresentaram severidade significativa (Vilela, 2004). Não foram encontrados outros estudos que utilizou o BITE como instrumento de teste para detectar a bulimia em adolescentes brasileiros.

Entre as alunas que apresentaram risco para Bulimia, ainda mais preocupante são os dados de uso abusivo de laxantes e principalmente a indução de vômitos como mecanismo compensatório, semelhantemente ao detectado por Vilela, (2004), que apontou essa prática em 73,3% dos escolares com risco. Segundo Pinzon (2004), a indução de vômito constitui-se um dos fatores que piora a evolução da doença.

Quanto ao estado nutricional, ressalta-se o elevado número de adolescentes eutróficas com risco, evidenciando uma distorção da imagem corporal explicada por Souza et al (2002): segundo eles, indivíduos com transtornos alimentares são consumidos por um medo doentio de engordar. Mesmo com peso corporal adequado, essas adolescentes se autoclassificam abaixo ou acima do seu peso.

Florianópolis e por Rodrigues (2001) em Cádiz na Espanha. Vilela (2004) investigando escolares da rede pública também identificou sintomas de anorexia em 13,3% das adolescentes. Os dados despertam uma questão que requer estudos mais aprofundados para elucidar esta relação.

Estudos mostram que nos últimos anos houve uma distribuição mais ampla dos transtornos alimentares, passando a ocorrer em todas as classes sociais, com maior prevalência nas cidades industrializadas e urbanizadas. Uma vez que, o ideal de beleza

CONCLUSÃO

A prevalência dos sintomas de risco tanto para anorexia nervosa quanto para bulimia apresenta-se elevada na amostra estudada a semelhança de outras regiões brasileiras. O risco para transtornos alimentares entre as adolescentes classificadas como eutróficas pelo IMC percentilar para idade e sexo esteve associado à rede pública de ensino. Adolescentes com sintomas de risco para bulimia já apresentam práticas inadequadas de controle de peso, como mecanismos compensatórios que oferecem riscos à própria saúde.

Os resultados alertam para a

REFERÊNCIAS

- ABREU, C.N.; CANGELLI FILHO, R. Anorexia nervosa e bulimia nervosa: a abordagem cognitivo-construtivista de psicoterapia. *Psicol. teor. prat.* 2005; vol.7, n° .1: p.153-165.
- ALVES, E.; VASCONCELOS, F.A.G.; CALVO, M.C.M.; NEVES, J. Prevalência de sintomas de anorexia nervosa e insatisfação com a imagem corporal em adolescentes do sexo feminino do Município de Florianópolis, Santa Catarina,

Goiânia /GO: AB; 2005.

- BERNARDI, J.L.; ABRAHÃO, C.F.; BAIS, T.P. Transtorno Alimentar: Bulimia Nervosa, Sinais clínicos e Tratamento Dietoterápico. Rev. Nutr. Pauta 2006. Disponível em: http://www.nutricaoempauta.com.br/lista_artigo.php?cod=530. Acesso em: 15/09/2008.
- BIGHETTI, F. Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto – SP 2003. p. 123.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política nacional de Alimentação e Nutrição. Novas Curvas de Crescimento da OMS. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms. Acesso em: 17/11/2008.
- CORDÁS, T.A.; NEVES, J.E.P. Escalas de avaliação de transtornos alimentares. Rev. Bras. Psiquiatr. 1999; v.26.
- DUNKER, K.L.L.; PHILIPPI, S.T. Hábitos e comportamentos alimentares de adolescentes com sintomas de anorexia nervosa. Rev. Nutr. 2003; vol. 16: p 51-60.
- FAGUNDES, A. A, et al. Vigilância Alimentar Nutricional – SISVAN: orientações básicas para a coleta, o processamento, a análise de dados e a informação em serviços de saúde. [il. color]. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
- FERRANDO, D.B, et al. Eating attitudes and body satisfactions in adolescents: a prevalence study. Actas Esp Psiquiatria 2002.
- GARNER, D.M.; GARFINKEL, P.E. The eating attitudes test: and index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychochological Medicine; 1979. p. 273-279.
- MORGAN, C.M.; VECCHIATTI, I.R.; NEGRÃO, A.B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. Rev. Psiquiatr. 2004; vol. 24: p.18 – 21.
- Neumärker, K.J. et al. The Eating Attitudes Test: comparative analysis of female and male students at the Public Ballet School of Berlin. Eur Child Adolesc Psychiatry 1998; 7:19-23.
- NUNES, M.A. et al. Influência da percepção do peso e do índice de massa corporal nos comportamentos alimentares anormais. Rev. Bras. Psiquiatr 2001; vol.23: p 21- 27.
- SAMPEI, M.A. Antropometria e composição corporal em adolescentes nipônica e não-nipônicas da rede escolar privada de São Paulo: comparação étnica e análise de distúrbios alimentares, imagem corporal e atividade física [Tese de Doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2001.
- SAITO, M.I.; SILVA, L.E.V. Adolescência: prevenção e risco. São Paulo: Atheneu; 2001.
- SILVA, K.P. et al. Transtornos Alimentares: considerações clínicas e desafios do tratamento. Infama. 2006; vol.18: p 10- 13.
- SOUTO, S.; FERRO-BUCHER, J.S.N. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. Rev. Nutr. 2006; vol. 19: p. 693-704.
- SOUZA, F.G.M. et al. Anorexia e bulimia nervosa em alunas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará – UFC. Rev. Psiq. Clín. 2002; vol. 29: p.172 – 179.

PREVALÊNCIA DE PÉ PLANO EM CRIANÇAS NA FAIXA ETÁRIA DE 10 ANOS DE UMA ESCOLA DE ENSINO FUNDAMENTAL DE DOURADOS-MS

Prevalence of flat foot in children at the age of 10 years in a primary school of Dourados - MS

Thais Duarte Felice - UNIGRAN

Joici Adriana Antoniazzi Batistão Ribeiro - UNIGRAN

Raphaela Oliveira Ramos Ishizuka - UNIGRAN

Gabriela De Los Rios Vilhalva - UNIGRAN

RESUMO

Contato: Thais Duarte Felice (thais.felice@hotmail.com)

Introdução: O pé plano é caracterizado pela diminuição ou ausência do arco longitudinal medial do pé, ocorrendo um maior contato desta região com o solo. Aos 10 anos de idade é rara a ocorrência deste, pois o coxim adiposo é absorvido e as estruturas mioligamentares se tornam resistentes. É necessário que as estruturas ósteo-articulares e mioligamentares estejam em equilíbrio para manter a curvatura do arco interno, prevenindo sintomas dolorosos na idade adulta, déficit de equilíbrio, alterações posturais, entre outras. Objetivo: Verificar a prevalência do pé plano, seus fatores de risco e consequentes alterações biomecânicas na sua ocorrência. Materiais e métodos: Foi realizado um estudo observacional transversal com amostra de 36 escolares do ensino fundamental, com faixa etária de 10 anos de idade, de ambos os sexos. Analisaram-se os dados por meio de estatística descritiva. Realizou-se avaliações física e postural, e plantograma. Para classificação do tipo de pé, utilizou-se o índice de contato II. Resultados: Dos escolares avaliados, 75% do sexo feminino e 25% do sexo masculino; 11,11% do total apresentaram pé plano. Destas, a obesidade prevaleceu como fator de risco em 50%, o joelho valgo em 100% como alteração postural e o relato de algias em 50% (sendo 22,22% na região dorsal). Conclusões: A prevalência de pé plano foi baixa, e que pode ser desencadeado por fatores como obesidade, anteversão pélvica associada à hiperlordose lombar, joelho e tornozelo valgo. É importante sua detecção precoce, assim como seus fatores desencadeantes, para que seja realizada intervenção conservadora, prevenindo complicações na vida adulta.

Palavras-chave: pé chato, avaliação, postura.

ABSTRACT

Introduction: The flat foot is characterized by drop or absence of the medial longitudinal arch of the foot, occurring in this region a greater contact with the ground. At 10 years of age is a rare occurrence of this because the fat pad is absorbed and of myoligaments structures become resistant. It is necessary that the structures osteo-articular and myoligaments are in balance to maintain the internal curvature of the arc, preventing painful symptoms in adulthood, lack of balance, posture changes, among others. Objective: The objective of this study was to assess the prevalence of flat feet, its risk factors and the resulting biomechanical changes in their

INTRODUÇÃO

O pé sofre modificações ao longo do curso de desenvolvimento da criança. No recém-nascido observa-se tecido adiposo localizado na região medial do pé, mascarando o arco plantar. À medida que a criança cresce, a quantidade deste tecido é diminuída.

Ao iniciar a marcha, a frouxidão dos ligamentos e a insuficiência muscular permitem a posição de pronação do pé, e com o crescimento ocorrem adaptações, os ligamentos tendem a tornarem-se menos frouxos e a condição muscular tende a melhorar, conseqüentemente, inicia a formação do arco plantar. Estas adaptações duram até os primeiros 24 meses de vida (LIN et al, 2001). Entre 3 e 5 anos de idade inicia-se a formação do arco longitudinal normal.

O pé plano é caracterizado pela diminuição ou ausência do arco longitudinal medial do pé, ocorrendo um maior contato desta região com o solo (BELOTO; MANTOVANI; BELOTINI, 2004).

Estima-se que 90% das crianças com menos de 2 anos de idade apresentam graus variáveis de pé plano, em decorrência da hiper mobilidade articular normal e ao coxim adiposo normal; e, 4% desta população apresentarão pé plano persistente, por volta dos 10 anos (WEINSTEIN; BUCKWALTER, 2000).

A persistência do pé plano deve ser avaliada através de fatores genéticos com evidência de frouxidão ligamentar generalizada; obesidade; fatores raciais, embora Leme et al (1990) revelem que a condição racial não é um fator predisponente para o pé plano; contratura do gastrocnêmio, alterações posturais, inadequação dos calçados, desequilíbrio muscular, artrite reumatoide, entre outros.

“O pé plano fisiológico caracteriza-se

sintomas e das complicações secundárias a este, e inserir um tratamento conservador precoce.

Esta pesquisa objetivou verificar a prevalência do pé plano, seus fatores de risco e

MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Centro Universitário da Grande Dourados (UNIGRAN) mediante protocolo número 019/08.

Trata-se de um estudo observacional transversal, envolvendo crianças de uma escola municipal de ensino fundamental da cidade de Dourados-MS.

Nesta escola, existe uma população de 2000 alunos matriculados do 1º ao 9º ano dos períodos matutino e vespertino, apresentando uma amostra de 133 alunos com idade de 10 anos, sendo selecionados para a pesquisa os alunos do período matutino por conveniência. Esta seleção foi realizada através de uma análise das datas de nascimento de todos os registros de matrículas da instituição, selecionando-se alunos nascidos entre Janeiro e Agosto de 1998 e entre Setembro e Dezembro de 1997.

Daqueles selecionados pelo registro, foram excluídos: crianças submetidas a qualquer tipo de tratamentos anteriores para a alteração do arco plantar (como uso de palmilhas corretivas, botas ortopédicas, intervenção fisioterapêutica ou cirúrgica, entre outros), indivíduos que não vestiram roupas apropriadas para a avaliação postural e crianças que não apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelos pais.

A amostra deste estudo foi composta por 36 crianças na faixa etária de dez anos, de ambos os sexos, matriculadas no 4º, 5º e 6º

movimentos ativos, sendo verificada a amplitude articular de acordo com a função da articulação. Para testar a flexão plantar e a movimentação dos dedos, foi solicitado para a criança andar na ponta dos dedos; para testar a dorsiflexão, andar sobre os calcanhares; para testar a inversão do pé, andar sobre as bordas laterais dos pés; e o teste para a eversão andar apoiada nas bordas mediais dos pés.

Caso a criança fosse incapaz de realizar os testes acima descritos, realizaram-se testes passivos, onde a criança permaneceu sentada na borda da mesa de exame. O examinador com uma mão fixou a articulação subtalar, segurando o calcâneo da criança e com a outra mão segurando o antepé em inversão, e realizou os movimentos de dorsiflexão e flexão plantar. Para testar a inversão e a eversão, o examinador estabilizou a extremidade distal da tíbia e segurou o calcâneo, realizando estes movimentos alternadamente. Para testar a flexão e a extensão da primeira articulação metatarsofalangeana, o examinador fixou o pé e realizou os movimentos citados. Do 2º ao 5º artelhos foi realizada a extensão e a flexão passiva tanto na articulação metatarsofalangeana, quanto nas articulações interfalangeanas proximal e distal.

A força muscular foi classificada de acordo com a Escala de Oxford, segundo Pinheiro et al (2007): sem abalo ou contração grau 0, abalo ou contração grau 1, movimento ativo sem ação da gravidade grau 2, movimento ativo contra a gravidade grau 3, movimento ativo contra resistência manual imposta pelo examinador moderada grau 4, e movimento ativo contra grande resistência manual imposta pelo examinador grau 5.

Os músculos avaliados foram o tibial anterior que realiza os movimentos de dorsiflexão e inversão do pé; tibial posterior que é responsável pela inversão do pé e flexão

posição bípede o arco medial esteve ausente, mas ao sentar-se o arco medial fora observado.

O teste na ponta dos pés avaliou a mobilidade da articulação subtalar e o tipo de pé plano, flexível ou rígido. Ao pedir que a criança se posicionasse na ponta dos pés, no pé plano flexível, evidenciou-se o arco plantar e a mudança da posição do calcânhar em valgo para varo; já no pé plano rígido, ao permanecer na ponta dos pés, não ocorreu a formação do arco medial.

Para verificar encurtamento de tríceps sural, realizou-se a mobilização passiva de tornozelo em dorsiflexão com extensão de joelho. Observou-se a restrição deste movimento na presença do encurtamento. Em contraprova, quando o joelho fora fletido, a dorsiflexão esteve livre.

Logo, foram registradas as impressões plantares dos escolares através do plantograma, e finalizando com a avaliação postural em uma sala reservada da instituição.

Para a realização do plantograma, foi

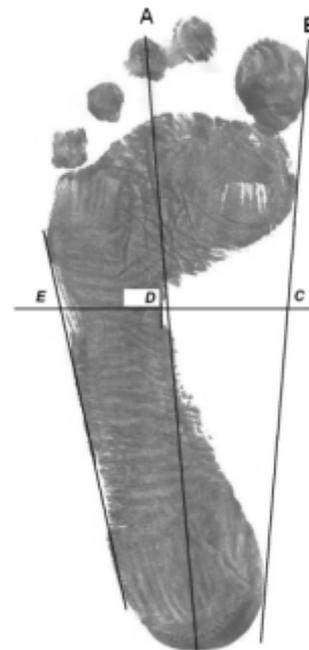


Figura 1 - Esquema das linhas para a obtenção do índice de contato II

Foi selecionado o ponto proximal do arco plantar, denominando de ponto D e, neste ponto, foi traçado uma reta perpendicular à reta mediana do pé que compreendeu da região posterior do calcanhar até o terceiro artelho. Deste modo, o ponto de intersecção da reta tangencial à borda medial do pé com a reta perpendicular foi denominado de ponto C.

O ponto de intersecção da reta tangencial à borda lateral do pé com a reta perpendicular foi chamado de ponto E. No entanto, as distâncias CE e DE (em cm) foram medidas com régua e utilizadas para calcular o índice de contato II, modificado de Qamra, Deodhar e Jit (1980), onde o mesmo avalia a porcentagem do contato da região plantar no solo. Este fora definido utilizando a fórmula:

Onde: DE = distância em cm; CE = distância em cm e IC II = expresso em porcentagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na presente pesquisa foram avaliadas 36 crianças na faixa etária de dez anos, sendo 75% do sexo feminino e 25% do masculino, matriculadas no 4º, 5º e 6º ano do período

1. AVALIAÇÃO FÍSICA

Com relação ao IMC, 63,89% (N=23) do total das crianças foram classificadas como eutróficas, seguido de baixo peso com 25% (N=9), obesidade com 8,33% (N=1) e sobrepeso com 2,78% (N=3).

Quanto à prática de atividade física, 50% das crianças não realizavam, porém estas relataram que participavam da aula de educação física na instituição, não sendo considerada uma atividade regular. O restante (50%) praticava atividades físicas extracurriculares, dentre elas, balé, futebol, vôlei, basquete, natação e atletismo.

Lorenzi et al (2005) argumentam que a atividade física é dita regular quando realizada com frequência mínima de três vezes por semana e duração não inferior a 30 minutos, independente da modalidade de exercício realizado.

Álvarez apud Cáceres (2005) relata que a atividade física tem sido fundamental para o desenvolvimento músculo-esquelético, apesar de não permitir somente a descoberta das capacidades e habilidades, mas também as limitações no desempenho para a realização de suas conquistas.

Na avaliação do quadro algico, 50% (N=28) das crianças não relataram algia; 22,22% (N=8) relataram algia nas costas; 8,33% (N=3) nos joelhos; 2,78% (N=1) na

Tabela 1 - Relação em porcentagem do quadro algico em crianças com pé plano

QUADRO ÁLGICO	Nº	%
Não apresenta	2	50
Regiões de costas, joelhos, região dos maléolos	1	25
Regiões de maléolos	1	25

No estudo realizado por Leme et al (1990) com 1090 crianças de ambos sexos, em que se analisou os tipos de pés (com enfoque no pé plano valgo), possíveis fatores causais desta ocorrência e o impacto da intervenção fisioterapêutica preventiva, com a utilização de orientação a serem executadas em domicílio, todas as crianças eram assintomáticas e, somente se tornariam sintomáticas na idade adulta. Entretanto, Rodríguez, Camayd e Geigel (1992) relatam que a queixa algica na primeira infância é excepcional. Na segunda infância, a algia ou a sensação de cansaço podem ocorrer nos pés; e na adolescência estes sintomas ocorrem nas regiões das pernas e medialmente ao pé, sendo relacionado com a prática de esportes.

Ao realizar os testes ativos da musculatura de plantiflexores, dorsiflexores, inversores e eversores do pé, todos os sujeitos da pesquisa apresentaram a amplitude de movimento normal, não relatando queixa algica durante a execução dos testes.

A força muscular teve graduação 5 em 91,67% (N=33) dos sujeitos para os músculos dorsiflexores, plantiflexores, inversores e eversores do pé, flexor longo dos dedos do membros inferiores direito e esquerdo; e graduação 4, nos músculos plantiflexores direito e esquerdo em 8,33% (N=3).

Entre as crianças com pé plano, 75% (N=3) não apresentaram fraqueza muscular e

Leme et al (1990) relatam que o desequilíbrio das potências musculares ou a debilidade muscular generalizada podem ser fator etiológico para o pé plano.

Ao realizar o teste de encurtamento do músculo tríceps sural 80,56% (N=29) das crianças obtiveram o resultado negativo; 13,89% (N=5) positivo nos membros inferiores direito e esquerdo; 5,56% (N=2) positivo no membro inferior esquerdo. Diante destes resultados 2,78% (N=1) das crianças apresentam encurtamento de tríceps sural associado ao pé plano.

No teste para pé plano rígido ou

2. ANÁLISE DO CALÇADO

Ao analisar o desgaste dos calçados bilateralmente foram encontrados: 47,22% (N=17) das crianças não apresentavam desgaste; 5,56% (N=2) apresentavam desgaste na região medial do antepé; 16,67% (N=6) na região medial do retropé; 8,33% (N=3) na região medial do antepé e retropé; 19,44% (N=7) na região lateral do retropé; 2,78% (N=1) na região medial do antepé e lateral do retropé.

Destes valores encontrados, foi observado que 50% (N=2) das crianças que apresentam pé plano não obtiveram desgaste; 25% (N=1) apresentaram desgaste na região lateral do pé; e, 25% (N=1) na região medial do antepé e retropé (Tabela 2).

Tabela 2 - Análise do desgaste do calçado dos sujeitos que apresentam pé plano

QUADRO ÁLGICO	Nº	%
Não apresenta	2	50
Região lateral do retropé	1	25
Região medial do antepé e retropé	1	25

Leme et al (1990) afirmam que o desgaste do calçado em crianças com pé plano é visto nas regiões medial do antepé e retropé.

Contudo, a ausência de desgaste obteve predomínio sobre os desgastes nas regiões lateral do pé e na região medial do

3. AVALIAÇÃO POSTURAL

Na avaliação postural foram analisadas as vistas laterais direita e esquerda,

observado que 16,67% (N=6) dos sujeitos apresentam pelve em anteversão; 2,78% (N=1) retroversão pélvica; 13,89% (N=5) aumento da lordose lombar; 11,11% (N=4) retificação da lordose lombar; 5,56% (N=2) retificação da cifose torácica; 25% (N=9) ombros protraídos; 16,67% (N=6) retificação da lordose cervical e 6,56% (N=2) cabeça protraída.

Ao relacionar as alterações posturais,

Tabela 3 - Alterações posturais nas vistas laterais direita e esquerda, anterior e posterior

ALTERAÇÕES POSTURAIS	CLASSIFICAÇÃO DO PÉ					
	PÉ NORMAL		PÉ PLANO		PÉ CAVO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Vistas laterais direita e esquerda						
Anteversão	4	12,90	2	50	0	0
Retroversão	1	3,23	0	0	0	0
Retificação da lordose lombar	3	9,68	1	25	0	0
Aumento da lordose lombar	4	12,90	1	25	0	0
Retificação da cifose torácica	2	6,45	0	0	0	0
Ombros protraídos	9	29,03	0	0	0	0
Retificação da lordose cervical	6	16,13	0	0	1	100
Protração de cabeça	1	3,23	0	0	1	100
Vista Anterior						
Hálux valgo	7	22,58	1	25	0	0
Antepé aduzido	10	32,26	4	100	0	0
Arco longitudinal plano	10	32,26	4	100	0	0
Arco longitudinal cavo	1	3,23	0	0	0	0
Joelhos valgo	6	19,35	4	100	1	2,78
Joelhos varo	4	12,90	0	0	0	0
Rotação da cintura escapular	8	25,81	2	50	0	0
Inclinação lateral do tronco	1	3,23	0	0	0	0
Escoliose	7	22,58	3	75	1	2,78
Rotação da cabeça	7	22,58	3	75	0	0
Vista Posterior						
Tornozelo valgo	7	22,58	3	75	0	0
Tornozelo varo	1	3,23	0	0	0	0
Escápulas aladas	9	29,03	0	0	0	0
Escoliose	6	19,35	3	75	1	2,78
Rotação da cabeça	5	16,13	2	50	0	0

No estudo de Campos, Silva e Fisberg (2002) foi verificado que a hiperlordose lombar destacou-se como uma das alterações mais frequente em ambos os sexos, sendo associada a anteversão pélvica e abdome protuso. Outra alteração com grande prevalência foi o pé plano associado ao valgismo do joelho.

Bruschini e Nery apud Zuri et al (2007) analisaram que, em crianças obesas, a presença de abdômen protuso determina o deslocamento anterior do centro de gravidade corporal, conseqüentemente, o aumento da lordose lombar e anteversão pélvica. Além de ocorrer acentuação da cifose torácica, ocasionando o aumento da lordose cervical e o deslocamento anterior da cabeça.

Campos, Silva e Fisberg (2002) complementam que com a evolução destas alterações, podem promover encurtamentos e alongamentos musculares excessivos que, em combinação, com a anteversão pélvica e a protusão abdominal, ocasionarão a rotação interna dos quadris, surgimento do joelho valgo e pé plano.

Para Cock e Cañón (2001), a anteversão pélvica é considerada fisiológica nos primeiros seis anos de vida, com influência genética, sendo reduzido na adolescência.

Na vista anterior, foram observados que 22,22% (N=8) dos sujeitos avaliados apresentaram hálux valgo; 38,89% (N=14) antepé aduzido e arco longitudinal plano; 2,78% (N=1) arco longitudinal cavo; 30,56% (N=11) joelhos valgo; 11,11% (N=4) joelhos varo; 27,78% (N=10) rotação da cintura escapular; 2,78% (N=1) inclinação lateral do tronco; 30,56% (N=11) escoliose; 27,78% (N=10) rotação da cabeça.

Ao analisar as alterações posturais com o tipo de pé (tabela 3), as alterações antepé aduzido e joelhos valgo apresentaram maior frequência em crianças com pé plano.

Ao relacionar as alterações posturais com os tipos de pé (tabela 3), o tornozelo valgo e a escoliose foram as alterações mais encontradas em escolares com pé plano.

As alterações posturais com maior prevalência associadas ao pé plano encontradas no estudo de Rivas (1991) foram rotação interna, anteversão pélvica, geno valgo e escoliose, entretanto, a rotação externa, retroversão pélvica, joelho varo, joelhos normais também estiveram associadas ao pé plano.

Arruda e Simões (2007) observaram em seu estudo que a escoliose obteve um índice alto em escolares com pré-obesidade e obesidade. Em concordância, nesta pesquisa, 66,67% das crianças classificadas como obesas apresentaram escoliose.

Com os resultados do estudo de Pinto et al (2007) o calcâneo valgo e o joelho valgo apresentam característica marcante em

4. ÍNDICE DE CONTATO II

Através dos dados do índice de contato II pode-se observar que 66,67% (N=24) dos escolares apresentaram pé normal referentes ao sexo feminino e 19,44% (N=7) no masculino; 5,56% (N=2) pé plano no sexo feminino e 5,56% (N=2) no masculino; 2,78% (N=1) pé cavo no sexo feminino, sem nenhuma ocorrência desta natureza no sexo masculino (Figura 2).

Nos estudos de Beloto, Mantovani e Bertolini (2004) e Vásquez, Cacin e Consuegra (1998), o pé plano obteve um predomínio no sexo masculino sobre o feminino. Entretanto, o estudo de Rivas (1991) não apresentou predomínio do sexo em relação às alterações do arco longitudinal, o que condiz com o presente estudo.

Giordano Neto et al (1998) afirmam que por volta dos dez anos de idade o pé encontra-se normal e estruturado, devido à ossificação dos ossos do tarso, ligamentos mais

pequena porcentagem se torna persistente, corroborando com os resultados do presente estudo.

Ao analisar os dados do índice de contato II e o IMC foi constatado que o pé plano esteve presente em 50% (N=2) das crianças classificadas como eutróficas e 50% (N=2) classificadas como obesas, sendo que, de acordo com Arruda e Simões (2007), Cáceres (2005) e Weinstein e Buckwalter (2000), a obesidade pode ser um fator de risco para o pé plano.

Foi observado que, 63,89% dos

obesidade e obesidade apresentaram pé plano e os eutróficos apresentaram pés normais. Fato que difere dos resultados obtidos nesta pesquisa, pois 8,70% dos eutróficos apresentaram pés planos, podendo ser devido às alterações posturais encontradas como os joelhos valgo.

Segundo Souza, João e Sacco (2007) o desenvolvimento do arco longitudinal medial em crianças obesas encontra-se atrasado, podendo ser explicado pelo atraso na redução do tecido adiposo subcutâneo do pé, que ocorre na infância. Este mesmo autor diz ainda

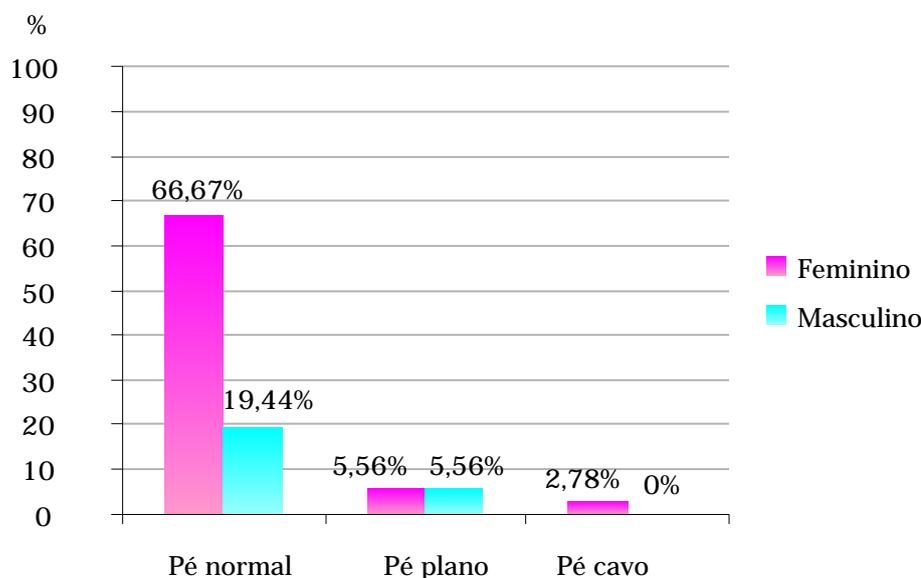


Figura 2 - Percentual do tipo de pé em relação ao sexo

CONCLUSÃO

Nesta pesquisa pode-se considerar que o pé plano apresentou uma prevalência baixa, no entanto, superior aos achados das literaturas. Diante análise da prevalência dos fatores de risco para o pé plano, dados como sexo, peso e atividade física, foram estudados.

Em relação à amostra, o sexo feminino prevaleceu sobre o masculino, entretanto, na ocorrência de pé plano não houve predomínio

crianças classificadas como eutróficas portando pé plano, podendo estar presente devido às alterações posturais encontradas.

Foi observado que metade das crianças estudadas não praticava atividades físicas extracurriculares, sendo que estas atividades contribuem para a formação do arco longitudinal medial.

Ao analisar o quadro álgico, foi verificado que parte das crianças apresentaram sintomatologia, o que difere das

Na análise do calçado, a ausência de desgaste apresentou maior predomínio, sendo que o pé plano apresenta uma pronação excessiva, portanto, o desgaste deveria ocorrer nas regiões mediais do antepé e retropé.

O pé plano pode ser desencadeado por fatores como a obesidade, anteversão pélvica

valgo em crianças da primeira série do primeiro grau nas classes A e D. *Fisioterapia em Movimento*, v. 3, n. 2, p. 71-92, out, 1990.

LEÓN, J. B.; ORTEGA, X. F. Pie plano: enfrentamiento del pediatra general. *Pediatría al día*, v.12, n.3, p. 158-60, nov, 1996.

REFERÊNCIAS

ARRUDA, M. F.; SIMÕES, M. J. S. Caracterização do excesso de peso na infância e sua influência sobre o sistema músculo esquelético de escolares em Araraquara – SP. *Movimento & percepção*, v. 8, n. 11, p.323-44, jul/dez, 2007.

BELOTO, A. B.; MANTOVANI, J.; BERTOLINI, S. M. M. G. Estudo da prevalência de pé plano em indivíduos de diferentes faixas etárias da cidade de Maringá-PR. *CESUMAR*, v. 6, n. 2, p. 146-150, jul/dez, 2004.

CÁCERES, Z. Pie plano y la podometria. *Revista CLON*, v. 3, n. 2, p. 73-81, 2005.

CAMPOS, F. S.; SILVA, A. S.; FISBERG, M. Descrição fisioterapêutica nas alterações posturais de adolescentes obesos. *Brazilian Pediatric News* [periódico da Internet]. Vol 4, n. 2, jun, 2002. Disponível em: <<http://www.brazilpednews.org.br/junh2002/obesos.pdf>> Acesso em: 11 nov. 2008.

COCK, P. R.; CAÑÓN, A. M. La verdadera utilidad del “calzado correctivo” en niños. *Revista Colombiana de Ortopedia e Traumatología*, v. 15, n. 2, p. 72-5, ago, 2001.

FONSECA, P. et al. Quando enviar uma criança a ortopedia?, *Saúde infantil*, v. 21, n. 1, 1999.

GIORDANO NETO, V. et al. Tratamento do pé plano flexível pela técnica de Lelièvre. *Revista*

LIN, C. J. et al. Correlating factors and clinical significance of flexible flat foot in preschool children. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, v.21, p.378-82, 2001.

LORENZI, D. R. S. et al. Prevalência de sobrepeso e obesidade no climatério. *Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica*, v. 27, n. 8, p. 479-84, 2005.

PINHEIRO, C. H. J. et al. Considerações sobre a reabilitação física e fisioterapia nas alterações cinesiológicas e funcionais em um caso de pênfigo foliáceo endêmico. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, v. 20, n. 2, p. 124-32, 2007.

PINTO, M. M. et al. Perfil de marcha em crianças com pé plano flexível de uma escola da cidade de Natal, Rio Grande do Norte. Livro de Memórias do III Congresso Científico Norte-Nordeste - CONAFF, 2007. p. 30-36.

QAMRA, S. R.; DEODHAR, S. D.; JIT, I. Podographical and metrical study for pes planus in a Northwest Indian population. *Human Biology*, v. 52, n. 3, p. 435-45, set, 1980.

RIVAS, Z. R. R. Estudio de las alteraciones del arco longitudinal del pie em pre escolares y su asociacion a otras deformidades y malformaciones ortopedicas. *Revista de la Sociedad Médica Hospital San Juan de Dios*, v. 12, n. 12, p. 23-9, 1991.

Un problema de salud en los círculos infantiles.
Revista Cubana de Medicina General Integral, v. 14, n. 4, p. 311-5, ago, 1998.

VOLPON, J. B. O pé em crescimento, segundo as impressões plantares. Revista Brasileira de Ortopedia, v. 28, n. 4, p. 219-23, 1993.

WEINSTEIN, S. L.; BUCKWALTER, J. A. Ortopedia de Turek: princípios e sua aplicação. 5.ed. São Paulo: Manole, 2000.

ZURI, J. T. et al. Avaliação do arco plantar por meio da baropodometria em crianças de 6 a 10 anos em posição ortostática. In: VI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação, 2007, São José dos Campos. XI INIC VI EPG- Universidade do Vale do Paraíba, 2007. p. 1980-3.

NORMAS PARA PREPARAÇÃO DE MANUSCRITOS¹

OBJETIVO E POLÍTICA EDITORIAL

A Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (RSPMS) tem por finalidade publicar artigos produzidos por profissionais vinculados à Escola de Saúde Pública “Dr. Jorge David Nasser” (ESP/COES/SES/MS) e instituições parceiras, contribuindo para a divulgação da pesquisa em saúde pública em diferentes áreas do conhecimento. Sua publicação tem periodicidade semestral.

TIPOS DE ARTIGOS:

Serão aceitos artigos em apenas três categorias, sendo:

1) Artigos originais: pesquisas originais em saúde pública, que atingiram resultados relevantes e que possam servir de apoio para os serviços de saúde. Devem ser estruturados em: Resumo; Abstract; Introdução; Materiais e Métodos; Resultados e Discussão; Conclusão; Referências.

2) Artigos de revisão: pesquisas desenvolvidas com análise crítica e sistematizada da literatura, abordando temas relevantes para a saúde pública. Devem ser estruturados em: Resumo; Abstract; Introdução; Desenvolvimento; Conclusão; Referências.

3) Relatos de caso ou de experiência profissional: artigos que se refiram a relatos de casos raros ou experiências profissionais de interesse para a saúde pública. Devem ser estruturados em: Resumo; Abstract; Introdução; Apresentação do caso ou experiência profissional; Discussão; Considerações finais; Referências.

PREPARAÇÃO DO MANUSCRITO

A) Preparo do manuscrito

Os artigos devem ser digitados em folhas de tamanho A4, no editor de texto Word/Windows, fonte Times New Roman, tamanho 12, margem de 2,0 cm (direita, esquerda, superior e inferior) e espaço 1,5 entre linhas.

Cada artigo deve ter variação de 10 a 15 laudas (incluindo todo o material, exceto a página de rosto). Notas de rodapé não serão aceitas em nenhuma seção do artigo.

B) Página de rosto

Deve conter as seguintes informações:

- O título do artigo, que deve ser conciso e informativo, preferencialmente sem uso de abreviaturas. Digitado em letras maiúsculas, negrito e centralizado (em língua portuguesa e inglesa).
- Nomes completos dos autores (sem titulação acadêmica) e suas respectivas instituições de origem. Serão aceitos artigos com no máximo cinco autores.
- Nome do autor responsável, com endereço completo, telefones e endereço eletrônico (e-mail).
- Indicação do “Tipo de Artigo” que está encaminhando, conforme descrito nestas Normas.

¹Atualizações das normas para preparação de manuscritos, bem como outras informações sobre a Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul, podem ser obtidas pela internet no site da Escola de Saúde Pública Dr. Jorge David Nasser (www.esp.ms.gov.br).

E) Nomenclatura

Devem ser observadas rigorosamente as regras de nomenclatura biológica, zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

F) Aspecto Ético

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo, direta ou indiretamente, seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Resolução 196/96 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Os autores devem obrigatoriamente anexar cópia digitalizada (escaneada) da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP) ao qual a pesquisa foi submetida.

G) Referências e Citações

As referências devem ser ordenadas alfabeticamente em seção específica do artigo e as citações presentes no texto devem seguir o sistema “autor-data”, devendo haver correspondência absoluta entre o número de citações e de referências.

Tanto as Referências quanto as Citações devem obedecer as normas vigentes da ABNT.

PROCESSO DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Os artigos serão recebidos exclusivamente via correio eletrônico, no e-mail: revistasp@saude.ms.gov.br.

Deverão ser encaminhados para o referido e-mail, na forma de anexos, os seguintes documentos:

- Artigo (em formato Word).

CARTA DE ENCAMINHAMENTO (Modelo)

Os autores do manuscrito intitulado “título do manuscrito” o encaminham para apreciação pela Revista de Saúde Pública de Mato Grosso do Sul (RSPMS) com a finalidade de publicação e declaram que:

“Participaram suficientemente do trabalho para tornar pública sua responsabilidade pelo conteúdo do texto”.

“O manuscrito é um trabalho original e não foi publicado nem está sendo analisado para publicação em outra revista”.

Nomes dos autores e respectivas assinaturas:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Local e Data: _____

Revista de
Saúde Pública
de Mato Grosso do Sul

V.3, n.2, 2009



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER



ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA
DR. JORGE DAVID NASSER



Secretaria de Estado de Saúde de MS



GOVERNO DE
Mato Grosso do Sul
RUMO AO DESENVOLVIMENTO

Ministério
da Saúde



UM PAÍS DE TODOS
GOVERNO FEDERAL