

PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE UM GRUPO INFANTO JUVENIL COM DEFICIÊNCIA AUDITIVA ASSISTIDO EM UMA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA EM MACAÉ, RÍO DE JANEIRO

EUGENIO JOSÉ ESTEVES CAMPOS¹

MARINA ELLER DE SOUSA¹

BEATRIZ GONÇALVES RIBEIRO¹

JANE DE CARLOS SANTANA CAPELLI¹

¹UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - CAMPUS UFRJ – MACAÉ PROFESSOR

ALOÍSIO TEIXEIRA, RJ, BRASIL

e-mail: eugenioprofedf@gmail.com

INTRODUÇÃO

A magnitude da deficiência auditiva está crescendo a cada ano e tem chamado a atenção de autoridades do mundo inteiro. Pesquisas internacionais publicadas entre 1984 e 2007, com período de estudo entre os anos 60 e 90, mostraram elevada prevalência de perda auditiva acima de 40 decibéis (dB) em crianças. Estudos de base populacional na Europa e nos Estados Unidos identificaram a prevalência de aproximadamente 0,1% das crianças com perda auditiva na mesma de dB (CDC, 2009).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que cerca de 10% da população mundial possui deficiência auditiva, de forma que há aproximadamente 120 milhões de pessoas no mundo com perda auditiva, das quais 8,7 milhões com idades entre 0 e 19 anos. Detectou-se que seis em cada mil crianças apresentam déficit auditivo ao nascer e que uma em cada mil se torna deficiente auditiva antes de chegar à idade adulta (Help for Hearing Loss, 2004; Silva et al, 2007).

Em 2005, a OMS divulgou que cerca de 278 milhões de pessoas no mundo apresentavam perda auditiva, com prevalências em países em desenvolvimento entre 2,1% e 8,8% de deficiência auditiva incapacitante (WHO, 2008).

No Brasil, de acordo com os dados do censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2000, havia cerca de seis milhões de deficientes auditivos, com uma incidência de 3 portadores para cada 1000 indivíduos. Em crianças de zero a nove anos a ocorrência foi cerca de 205.366 casos, detectando-se predomínio na de raça branca, seguidas pelas raças parda e preta (IBGE, 2000).

A perda auditiva é a deficiência de difícil socialização, levando a maior dificuldade de inclusão do indivíduo, uma vez que é o sentido essencial para a aquisição e uso da linguagem (Pagliuca et al, 2007; França, 2004; Marazita et al, 1993), o que pode comprometer outros aspectos do crescimento e desenvolvimento humanos se não detectada precocemente (Gondim et al, 2012).

No processo de crescimento e desenvolvimento humano, o estado nutricional é determinado pelo consumo adequado de energia e nutrientes, e a atuação da família é de primordial importância para o estabelecimento da aquisição de habilidades, dentre elas as escolhas, o consumo e preferências alimentares, que poderão interferir tanto positivamente quanto negativamente no estado nutricional e de saúde.

Dentre os grupos populacionais encontrados na sociedade moderna, os problemas nutricionais detectados na população infantil, principalmente de países em desenvolvimento, são a desnutrição e a obesidade. A desnutrição, em nível mundial, é responsável por 11% da carga global de doenças, levando em longo prazo ao comprometimento do estado nutricional; 178 milhões de crianças estão abaixo do peso e 20 milhões sofrem com a forma mais mortal de desnutrição aguda severa a cada ano (EBI, 2010).

Em contra partida, observa-se nas últimas décadas, em todo o mundo, um importante aumento da obesidade infantil. Em 2010, segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde, havia no planeta 43 milhões de crianças menores de 5 anos acima do peso. As estimativas das taxas de obesidade em países desenvolvidos dobram quando comparados

daquelas observadas em países desenvolvidos. Quanto aos números absolutos, a prevalência é muito maior nos países em desenvolvimento. Nos países em desenvolvimento há cerca de 35 milhões de crianças com sobrepeso/obesidade, já nos países desenvolvidos são 8 milhões (WHO, 2010).

No Brasil, é notória também a mudança do perfil nutricional da população infanto juvenil ao longo das últimas décadas. A Pesquisa de Orçamento familiar (POF) de 2008-2009 revelou em 2009, que uma em cada três crianças de 5 a 9 anos estava acima do peso. Em 2008, o excesso de peso atingia 33,5% das crianças de cinco a nove anos, sendo que 16,6% do total de meninos também eram obesos; entre as meninas, a obesidade apareceu em 11,8%. Na área urbana, o excesso de peso foi maior quando comparado a rural: 37,5% e 23,9% para meninos e 33,9% e 24,6% para meninas, respectivamente. A região Sudeste foi a que apresentou maior percentual de sobrepeso nessa faixa etária, 40,3% dos meninos e 38% das meninas (IBGE, 2010).

Esses dados são referentes à população nacional, não havendo, contudo, a discriminação por grupos populacionais específicos, como por exemplo, os portadores de necessidades especiais, dentre eles os deficientes auditivos. Pesquisas isoladas na área da epidemiologia nutricional sobre esse tema são escassas e pouco divulgadas, não havendo estudos específicos que permitam identificar os riscos nutricionais na população infanto juvenil com deficiência auditiva, limitando, portanto, as decisões profissionais para este grupo.

Nesta perspectiva, o presente estudo objetivou avaliar o perfil antropométrico de crianças e adolescentes com deficiência auditiva em uma instituição de referência em Macaé, Rio de Janeiro.

SUJEITOS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal realizado com 23 crianças e adolescentes deficientes auditivos assistidos na Associação Macaense do Deficiente Auditivo (AMADA), no período de agosto de 2011 a agosto de 2012. Esta associação localiza-se no município de Macaé, pertencente à Região Norte Fluminense, tendo uma área total de 1.219,8 km², correspondentes a 12,5% da área da Região Norte Fluminense. A população é de, aproximadamente, 200 mil habitantes (169,513 mil fixos e 50 mil flutuantes) e a densidade demográfica de 103,11 hab./Km² (Prefeitura Municipal de Macaé, 2011).

Participaram do estudo as crianças e adolescentes entre 07 e 19 anos 11 meses e 29 dias de idade que aceitaram e consentiram, por escrito, através de seus responsáveis, após leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido contendo explicações quanto aos objetivos do estudo e aos procedimentos a serem efetuados. Respeitaram-se todas as normas e diretrizes para estudos envolvendo seres humanos contidas na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

As variáveis estudadas foram: gênero (masculino e feminino); idade (anos); estatura (metros); peso (Kg); E/I; IMC segundo idade.

Na avaliação antropométrica foram aferidas as medidas de peso e estatura. O peso foi obtido através de balança eletrônica e portátil Tanita, com capacidade até 150 kg e variação de 50g. A estatura será obtida por meio do antropômetro Alturaexata com variação de 0,1 cm. Os estudantes foram pesados e medidos com o mínimo de vestimentas e descalços. As medidas de estatura e peso foram aferidas duas vezes, tirando-se a média. Considerando a alta precisão da balança eletrônica, o peso foi medido apenas 1 vez. Com as medidas de peso e estatura foi calculado o Índice de Massa Corporal. A metodologia para avaliação antropométrica foi realizada seguindo a técnica proposta por Gordon et al (1988).

Os dados foram consolidados e analisados por meio das frequências absoluta e relativa, das medidas de tendência central (média e desvio padrão) e dos valores mínimos e máximos, das variáveis selecionadas, utilizando-se o *Microsoft Excel 2010*.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Campos, sob o nº 065/11. Todas as crianças receberam os resultados referentes a sua avaliação nutricional e foram orientados a procurar orientação profissional caso

apresentavam alguma alteração de risco à saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo avaliou 23 indivíduos, sendo 73,9% adolescentes e 26,1% escolares. Dos 17 adolescentes avaliados, 58,8% eram do sexo masculino e 41,2% do sexo feminino. Dos 6 escolares avaliados, 50% eram do sexo masculino e 50% do sexo feminino.

Os valores médios, desvio padrão, mínimo e máximo dos escolares e adolescentes deficientes auditivos de variáveis selecionadas são apresentados na tabela 1. Observou-se que as idades médias(\pm DP) dos escolares e adolescentes foram $7,52\pm 0,83$ e $13,81\pm 2,57$ anos, respectivamente. As médias(\pm DP) de peso dos escolares e adolescentes foram de $30,23\pm 12,52$ Kg e $46,5\pm 14,65$ Kg, respectivamente.

As médias(\pm DP) de estatura dos escolares e adolescentes foram de $1,25\pm 0,07$ m e $1,56\pm 0,15$ m, respectivamente. Na avaliação antropométrica, os valores médios(\pm DP) de IMC segundo idade dos escolares e dos adolescentes foram $18,85\pm 5,36$ e $18,76\pm 3,4$ Kg.m², respectivamente.

Tabela 1. Valores médios, desvio padrão, mínimo e máximo de variáveis selecionadas de crianças e adolescentes assistidos na Associação Macaense do Deficiente Auditivo, Macaé. Agosto, 2011-2012.

Fases do ciclo da vida/ Variáveis	Média	DP	Mínimo	Máximo
Escolares (n=6)				
Idade (anos)	7,52	0,83	7,0	9,01
Peso (Kg)	30,23	12,52	20,40	40,0
Estatura (m)	1,25	0,07	1,19	1,32
IMC segundo idade (Kg.m ²)	18,85	5,36	14,47	22,99
Adolescentes (n=17)				
Idade (anos)	13,81	2,57	10,0	17,05
Peso (Kg)	46,5	14,65	26,3	73,8
Estatura (m)	1,56	0,15	1,33	1,77
IMC segundo idade (Kg.m ²)	18,76	3,4	14,18	25,27

A Figura 1 apresenta a distribuição percentual do Índice de Massa Corporal segundo idade de crianças e adolescentes deficientes auditivos. O estudo revelou que 66,7% dos escolares estavam eutróficos e 33,3% obesos. Dos adolescentes, 94,1% apresentaram eutrofia e 5,9% baixo peso.

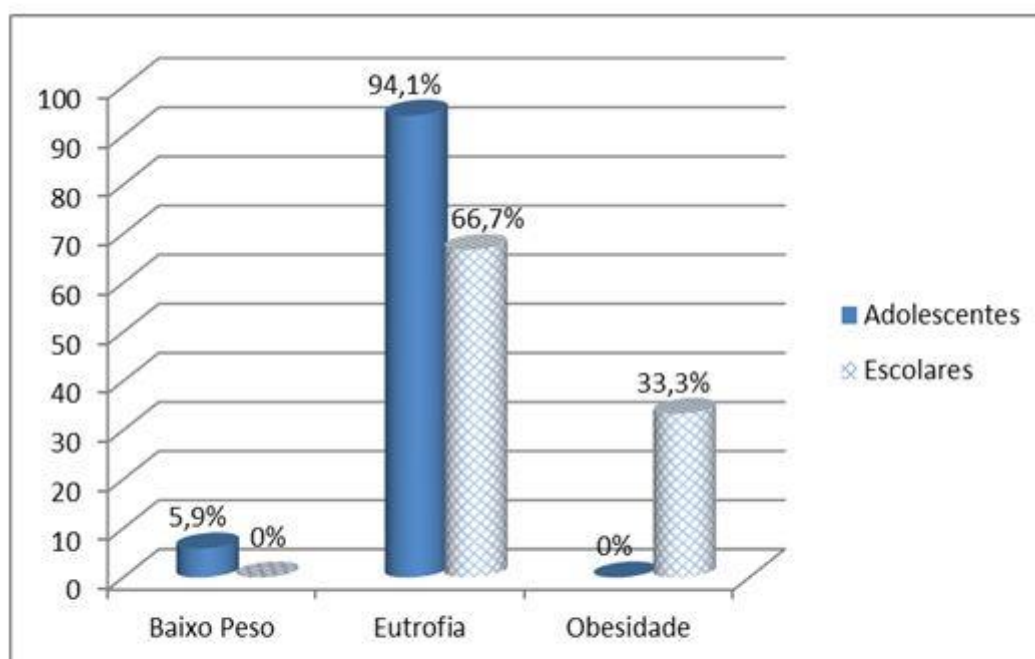


Figura 1. Distribuição percentual do Índice de Massa Corporal segundo idade de crianças e adolescentes assistidos na Associação Macaense do Deficiente Auditivo, Macaé. Agosto, 2011-2012.

A Figura 2 apresenta a distribuição percentual do indicador Estatura por Idade de crianças e adolescentes deficientes auditivos. O estudo revelou que 83,3% dos escolares estavam com a estatura dentro da normalidade e 16,7% com baixa estatura. Quanto aos adolescentes, 94,1% estavam com a estatura dentro da normalidade e 5,9% estavam com a estatura baixa para a idade.

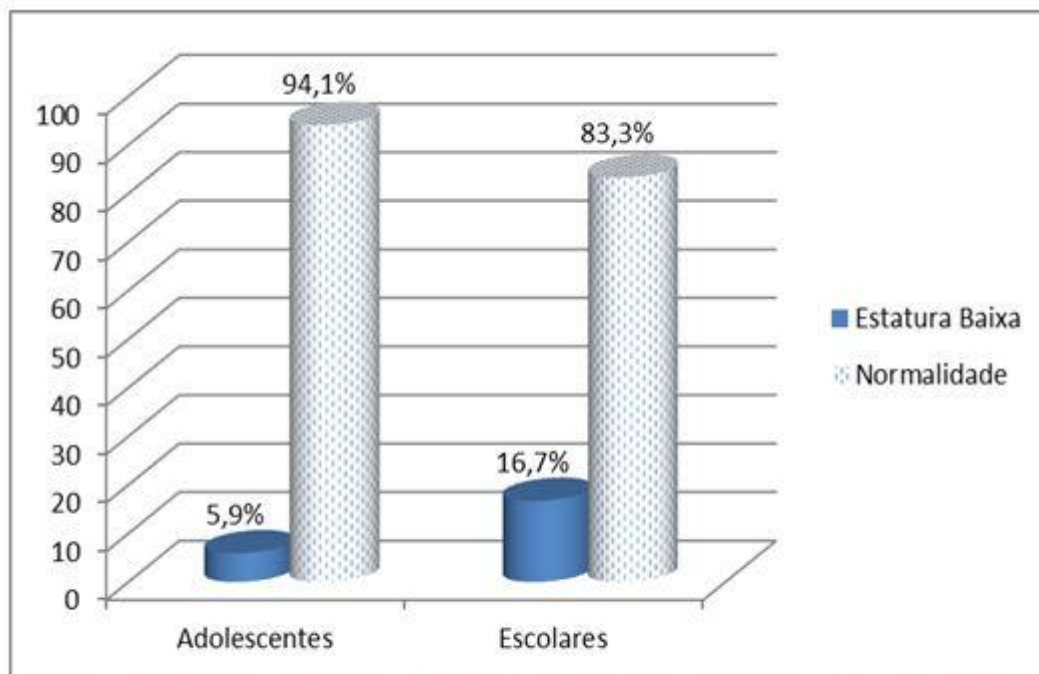


Figura 2. Distribuição percentual do indicador de Estatura por Idade de crianças e adolescentes assistidos na Associação Macaense do Deficiente Auditivo, Macaé. Agosto Agosto, 2011-2012.

O perfil nutricional infanto juvenil nos países do mundo inteiro é um assunto de grande interesse por contribuir com elevada carga global de doenças, representar um grupo de grande vulnerabilidade biológica e refletir no percentual de doenças crônicas não transmissíveis da população, na fase adulta.

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004) mostraram a prevalência de baixo peso em adolescentes de 7,3% no Brasil. Quanto ao déficit de IMC segundo idade a prevalência foi de 3,7%, sendo para a região sul, os resultados foram menores, 3,9% de baixo peso e 2,1%. As prevalências de sobrepeso e obesidade entre os adolescentes foram de 12,3% de sobrepeso, 16,7% de excesso de peso e 2,3% de obesidade. Na região sul, detectou-se 13,6% de sobrepeso, 22,6% de excesso de peso e 3,1% de obesidade. Os resultados do IBGE revelaram que, havia um obeso para cada 10 meninos com excesso de peso e uma obesa para cada 5 meninas com excesso de peso (IBGE, 2004).

Ao compararmos os dados obtidos na pesquisa com aqueles da população nacional em 2008-2009, observamos resultados similares tanto para os escolares como para os adolescentes. Dados da Pesquisa de Orçamento familiar (POF) de 2008-2009 revelaram que o excesso de peso e obesidade em crianças do sexo masculino, entre cinco e nove anos, atingia 34,8%, e 16,6%, respectivamente. No sexo feminino, o excesso de peso e a obesidade apareceram em 32% e 11,8%, respectivamente. Entre os adolescentes, a POF mostrou que o excesso de peso e a obesidade no sexo masculino foram de 21,7% e 5,9%, respectivamente; e entre as do sexo feminino, 19,4% e 4%, respectivamente (IBGE, 2010).

Segundo a POF 2008-2009, o excesso de peso em escolares (5 a 9 anos) elevou-se

aceleradamente em relação as demais faixas etárias, como também ao longo de 35 anos, evidenciado nas pesquisas de base populacional: ENDEF, 1974-75; PNSN, 1989; e POF, 2002-2003. Já a desnutrição tem decrescido em todos os grupos etários, contudo, ainda persistindo em menores graus - comparado as prevalências observadas em pesquisas anteriores - entre as crianças da região Norte ou em famílias de rendas mais baixas (IBGE, 2010).

Quanto ao indicador E/I, a POF 2008-2009 mostrou que 6,8% das crianças entre cinco e nove anos apresentaram déficit de estatura, sendo ligeiramente maior em meninos (7,2%) que em meninas (6,3%), tendendo a decrescer com o aumento da idade (IBGE, 2010).

CONCLUSÃO

Conclui-se que 1/3 dos escolares está com obesidade. É necessário traçar medidas de intervenção e desenvolver novos estudos, para compreender o perfil de nutrição do grupo estudado para, posteriormente, pensar em estratégias adequadas, de amplo alcance e que atendam as suas reais necessidades.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à presidente da AMADA, Marilene de Miranda Fernandes, que nos apoiou, e ainda apóia, em todos os momentos para a viabilização deste projeto, e a todos os profissionais da instituição que diariamente contribuem para a continuidade do mesmo. À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ) pelo apoio financeiro.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Centers for Disease Control and Prevention. 2006. EHDI hearing screening reports. Retrieved February 2, 2009. Disponível em: www.cdc.gov/ncbddd/ehdi/data.htm. Acessado em 16/Ago/2012.

EBI. Infant and young child nutrition. 126th Session. EB126.R5. Agenda item 4.6 21. World Health Organization, 2010.

França, ISX. Formas de sociabilidade e instauração da autoridade: vivência dos portadores de deficiência [tese]. Fortaleza: Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2004.

Gordon, CC; Chumlea, WC; Roche, AF. Stature recumbent length and weight. In: Lohman, TG; Roche, AF; Martorell, R. Anthropometric standardization reference manual. Champaign Illinois: Human Kinetics Books; 1998.p. 3-8.

Gondim, LMA et al. Estudo da prevalência e fatores determinantes da deficiência auditiva no município de Itajaí, SC. Braz. J. Otorhinolaryngol. [online]. 2012, vol.78, n.2, pp. 27-34.

Help for Hearing Loss (HHL). Medical aspects of hearing loss. <http://www.hearinglossweb.com/Medical.Htm#deaf> (acessado em 09/Ago/2004).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2010. Antropometria e estado nutricional e crianças e adolescentes no Brasil. Pesquisa de Orçamento familiar – 2008-2009. Disponível em www.ibge.gov.br. Acessado em 15/08/2012.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo de 2000 http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/27062003censo.shtm#sub_indicadores. Acessado em 20/07/2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, 2004. Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003: primeiros resultados: Brasil e grandes regiões/IBGE, Coordenação de Índices de Preços. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. 276 p.

Marazita, MI; Ploughmam, LM; Rawlings, B; Remington, E; Arnos, KS; Nance, WE et al. Genetic epidemiological studies of early-onset deafness in the U.S. school-age population. Am J Med Genet 1993; 46:486-91.

Pagliuca, LMF; Fiúza, NLG; Rebouças, CBA. Aspectos da comunicação da enfermeira com o deficiente auditivo Rev. Esc Enferm USP, 2007; 41(3):411-8.

Prefeitura Municipal de Macaé. Dados. Disponível em: <http://www.macaee.rj.gov.br/conteudo.php?idCategoria=27&idSub=27&idConteudo=37>
Acessado em 14/01/11.

Silva, EJC; Llerena, Jr; JC; Cardoso, MHCA. Estudo seccional descritivo de crianças com deficiência auditiva atendidas no Instituto Nacional de Educação de Surdos, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública vol.23 N°3. Rio de Janeiro Mar. 2007.

World Health Organization (WHO). Population-based prevention strategies for childhood obesity: report of a WHO forum and technical meeting, Geneva, 15–17. December 2009. World Health Nutrition, 2010.

World Health Organization (WHO). Prevention of deafness and hearing impairment. Disponível em: http://www.who.int/pbd/deafness/en/survey_countries.gif. Acesso em 12 de outubro de 2008.

Endereço

Universidade Federal do Rio de Janeiro
Campus UFRJ – Macaé Professor Aloísio Teixeira
Rua Alúcio da Silva Gomes, 50
Granja dos Cavaleiros – Macaé – RJ
CEP: 27930-560
e-mail: eugenioprofedf@gmail.com