

## EFICÁCIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS NO COMBATE AOS DISTÚRBIOS POR DEFICIÊNCIA DE IODO<sup>1</sup>

Vitor Buss<sup>2</sup>, Valéria Baccarin Ianiski<sup>3</sup>, Maristela Borin Busnello<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> Trabalho desenvolvido durante o componente curricular Nutrição em Saúde Coletiva.

<sup>2</sup> Estudante do curso de Nutrição da UNIJUÍ, e-mail: vitor.buss@hotmail.com.

<sup>3</sup> Estudante do curso de Nutrição da UNIJUÍ, e-mail: valeraiianinski@hotmail.com.

<sup>4</sup> Mestre, docente do Departamento de Ciências da Vida da UNIJUÍ, e-mail: maristela@hotmail.com.

### Introdução

Dentre as carências nutricionais predominantes em território nacional em meados do século passado encontrava-se a deficiência de iodo (BRASIL, 2007). Motivou-se então o desenvolvimento da revisão bibliográfica em questão, com a finalidade de aprofundar os conhecimentos a respeito da deficiência deste nutriente. Espera-se que seja possível identificar quais as políticas públicas atuais relacionadas ao tratamento e prevenção dos agravos à saúde proporcionados por esta deficiência nutricional.

O estudo justifica-se com base em uma das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN), aprovada em 1999 pelo Ministério da Saúde (MS), na qual devem ser realizadas ações de prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e à nutrição. Além disso, é importante salientar que a busca pelos referenciais teóricos deu-se através de materiais publicados a partir do ano 2000, tanto pelo Ministério da Saúde, quanto em plataformas de pesquisa online como Scielo, PubMed e o portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

### Iodo

O iodo é um elemento traço, à semelhança de outros como o cálcio e o ferro, porém, mais raro que estes. Sua importância decorre do fato de ser necessário para o adequado funcionamento da glândula tireóide, uma vez que é parte constituinte dos hormônios tireóideos (BRASIL, 2008).

As necessidades dietéticas diárias de iodo variam entre 100 a 150µg para adultos e adolescentes. Para crianças de 1 a 10 anos recomenda-se de 60 a 100µg e para aquelas com menos de 1 ano de 35 a 40 µg (INSTITUTE OF MEDICINE, 2002).

Como fontes alimentares de iodo, têm-se principalmente peixes, ostras e moluscos, devido à maior concentração do nutriente em ambiente marinho. Porém, vegetais, ovos, leite e derivados também são fontes de iodo, desde que o cultivo dos mesmos ocorra em solos com grande concentração do nutriente (BRASIL, 2007).

### Distúrbios por deficiência de iodo (DDI)



**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XXI Seminário de Iniciação Científica

Segundo o Conselho Internacional para o Controle das Doenças Causadas pela Deficiência de Iodo (ICCIDD), a deficiência de iodo é a causa mais comum e prevenível de retardo mental e danos cerebrais no mundo. Essa deficiência também é responsável pela redução do crescimento e do desenvolvimento infantil, trazendo sérias consequências às crianças, tais como: baixa estatura, apatia, atraso no desenvolvimento cerebral, prejuízos à capacidade motora, à fala e à audição, entre outros (BRASIL, 2007).

Uma das características mais associadas à deficiência de iodo é o bócio, condição clínica que afeta a glândula tireoide, causando um aumento anatomicamente perceptível no tamanho desta. Além disso, a deficiência de iodo também possui uma expressão mais grave, denominada cretinismo, a qual ocasiona deficiência mental, diminuição dos reflexos físicos e prejuízos à fala e à audição, como supracitado (DUARTE et al., 2004).

#### Políticas públicas

No Brasil, o primeiro instrumento de combate à deficiência de iodo foi implementado na década de 50, através do processo de iodação do sal, preconizado pela Lei n.º 1.944, de 14 de agosto de 1953, tornando a adição obrigatória. Posteriormente, no ano de 1955 foi elaborado o primeiro inquérito nacional de prevalência do bócio endêmico, realizado pelo Ministério da Saúde, o qual identificou as áreas com maior carência de iodo através da avaliação de cerca de 90 mil escolares, dos quais 20% apresentaram bócio (SANTOS, 2002).

A partir do ano 2000 iniciaram-se pesquisas populacionais que consideraram não somente o exame clínico baseado na palpação cervical, mas também a avaliação dos níveis bioquímicos, através da excreção urinária de iodo. Os resultados, no entanto, foram surpreendentes, pois identificaram níveis elevados de iodo na urina, decorrente do consumo excessivo de sal pela população e, conseqüentemente, de iodo em excesso, o qual também é prejudicial, pois pode resultar em hipertireoidismo e o desenvolvimento de uma forma autoimune da doença, denominada tireoidite de Hashimoto (YANG et al., 2002; ROSSI et al., 2001; PRETELL, 2000).

Ainda com base nos resultados de consumo excessivo de iodo, foram encaminhados ao longo da última década, pedidos ao Ministério da Saúde para que promovesse a respectiva diminuição dos níveis de iodo no sal. No ano de 2011 a redução da iodação do sal foi proposta em consulta pública e tramitou até o presente ano, quando a Agência Nacional de Vigilância Sanitária determinou através da Resolução da Diretoria Colegiada n.º 23, de 24 de abril de 2013, a redução do intervalo de iodação de 20 a 60mg para 15 a 45mg de iodo por quilo de sal (BRASIL, 2013).

Diversas autoridades de saúde pública, bem como profissionais da saúde defendem que as políticas públicas devem focar-se na redução do consumo de sódio pela população devido ao crescente desenvolvimento de doença hipertensiva. Portanto, a alternativa de redução dos níveis de iodo





**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XXI Seminário de Iniciação Científica

adicionado ao sal é uma conduta de prevenção e combate à ingestão excessiva de iodo questionável (SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA, 2013).

#### Panorama atual

Observa-se a eficácia das políticas públicas nacionais para combate à deficiência de iodo, tendo em vista que atualmente os DDI são cada vez menos prevalentes, totalizando somatório inferior à 5%, referência estabelecida pela OMS para controle dos DDI. Isso decorre, principalmente, devido à adequada iodação do sal, bem como pelo consumo excessivo deste pela população, o qual é um produto de baixo custo, ou seja, de fácil acesso (PATRICK, 2008; BRASIL, 2008; KNOBEL; MEDEIROS-NETO, 2004).

Em nível mundial, o continente americano é o que tem alcançado maiores avanços no controle da deficiência de iodo. No entanto, ressalta-se que apesar deste considerável avanço do controle dos DDI, ainda há a necessidade de aperfeiçoamento das ações de prevenção e controle, uma vez que o constante monitoramento da deficiência de iodo constitui peça fundamental para evitar a reincidência deste problema. Os casos de retrocesso em alguns países justificam-se, principalmente, pela falta de sustentabilidade das políticas públicas (BRASIL, 2008).

#### Considerações finais

Elucidaram-se as políticas públicas relacionadas ao combate dos distúrbios por deficiência de iodo, com apresentação de um breve histórico nacional da carência do nutriente. Além disso, entende-se que os DDI encontram-se, atualmente, controlados, pois em território nacional na última década identificou-se índices de prevalência inferiores a 5%, referência estabelecida pela OMS. Isso ocorre por duas principais razões, a adequada iodação do sal, bem como o consumo excessivo deste pela população.

Palavras-Chave: epidemiologia; bócio; saúde pública.

#### Referências bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: carência de micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual técnico e operacional do Pró-Iodo: Programa Nacional para a Prevenção e Controle dos Distúrbios por Deficiência de Iodo. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 23, de 24 de abril de 2013. Dispõe sobre o teor de iodo no sal destinado ao consumo humano e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília: Ministério da Saúde, n.75, 2013.

Duarte, C.G.; TOMIMORI, E.K.; BORIOLLI, R.A.; FERREIRA, J.E.; CATARINO, R.M.; CAMARGO, R.Y.; et al. Echographic evaluation of the thyroid gland and urinary iodine concentration in schoolchildren from various regions of the State of São Paulo, Brazil. Arq Bras Endocrinol Metab, vol.48, p. 842-8, 2004.



# SALÃO DO CONHECIMENTO

UNIJUÍ 2013  
Ciência • Saúde • Esporte



**Modalidade do trabalho:** Relatório técnico-científico

**Evento:** XXI Seminário de Iniciação Científica

Institute of medicine. Dietary Reference Intakes for Vitamin A, Vitamin K, Arsenic, Boron, Chromium, Copper, Iodine, Iron, Manganese, Molybdenum, Nickel, Silicon, Vanadium, and Zinc. Washington: National Academy Press, 2002.

Knobel, Meyer; MEDEIROS-NETO, Geraldo. Moléstias associadas à carência crônica de iodo. Arq Bras Endocrinol Metab, vol.48, n. 1, 2004.

Patrick, L. Iodine: deficiency and therapeutic considerations. Altern Med Rev, vol. 13, n.2, p.116-127, 2008.

Pretell, E.A. Thyromobil project in Latin America; Report of the study in Brazil. Relatório apresentado ao Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2000.

Rossi, A.C.; TOMIMORI, E.; CAMARGO, R., MEDEIROS-NETO, G. Searching for iodine deficiency disorders in schoolchildren from Brazil: the Thyromobil project. Thyroid, vol.11, p.661-3, 2001.

Santos, Leonor Maria Pacheco (org.). Bibliografia sobre a deficiência de micronutrientes no Brasil 1990 – 2000: volume 3 – Iodo e bócio endêmico. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde, 2002.

Sociedade brasileira de endocrinologia. Comunicado: Redução de Iodo no Sal. Disponível em: <[www.tireoide.org.br/reducao-de-iodo-no-sal/](http://www.tireoide.org.br/reducao-de-iodo-no-sal/)>, Acesso em: 01/05/2013.

Yang, F.; et al. Epidemiological survey on the relationship between different iodine intakes and the prevalence of hyperthyroidism. Eur J Endocrinol, vol. 146, p. 613-8, 2002.

