



## UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA

Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76

Recredenciamento pelo Decreto nº 17.228 de 25/11/2016

PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

### XXVI SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UEFS SEMANA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - 2022

#### PERFIL ANTROPOMÉTRICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM DOENÇA FALCIFORME DE FEIRA DE SANTANA

**Cida Almeida da Conceição de Santana; Ivanilde Guedes de Mattos<sup>2</sup>; Gabriela Silva Santos<sup>3</sup> e Lea Barbeta Pereira da Silva<sup>4</sup>**

1. Bolsista PROBIC/UEFS, Graduando em Educação Física, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: [cidaalmeidasantana@gmail.com](mailto:cidaalmeidasantana@gmail.com)
2. Orientadora, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: [ivyfirmina@gmail.com](mailto:ivyfirmina@gmail.com)
3. Participante do Grupo de Pesquisa Firmina, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: [gabrielasantosdf1@gmail.com](mailto:gabrielasantosdf1@gmail.com)
4. Participante do Grupo de Pesquisa Firmina, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: [barbeta@uefs.br](mailto:barbeta@uefs.br)

**PALAVRAS-CHAVE:** peso, estatura, crianças, adolescentes, doença falciforme.

#### INTRODUÇÃO

A doença falciforme (DF) é uma doença crônica, genética e hereditária que tem como característica dor, anemia crônica e lesão de órgãos. Tendo maior incidência na África, Arábia Saudita e Índia, no Brasil a DF afeta a população majoritariamente negra (MARQUES; SOUZA; PEREIRA, 2015).

A causa da DF é uma mutação que acontece no gene da hemoglobina A, originando assim uma hemoglobina alterada (S).

A denominação “Anemia Falciforme” é reservada para a forma da doença que ocorre em homocigotos SS, mas o gene S pode combinar-se com outras alterações hereditárias das hemoglobinas como as hemoglobinas C, D, E e Beta Talassemia, entre outras, gerando combinações que também são sintomáticas. (MARQUES; SOUZA; PEREIRA, 2015).

Dessa forma, ao invés de apresentarem a sua forma original que é arredondada, as hemácias sofrem um processo denominado falcização, apresentando-se assim em formato de foice, o que causa o encurtamento da sua vitalidade média, sendo que é possível observar as primeiras manifestações das doenças nos primeiros meses de vida. (MARQUES; SOUZA; PEREIRA, 2015).

No Brasil, estima-se que em torno de 3 mil crianças nascem com DF anualmente. (...)A DF é considerada problema de saúde pública com elevada predominância entre negros, que em muitos casos compõem os grupos mais pobres da sociedade, moram nas regiões periféricas dos grandes centros urbanos e possuem menor acesso à saúde e à educação (JESUS et. al., 2018).

Menezes et.al. (2013), consideram que “as crianças e os adolescentes com DF são indivíduos expostos a diversos fatores potencialmente determinantes de uma diminuição da qualidade de vida, seja no campo físico ou no psicossocial.” Além disso, crianças com DF têm o seu peso e a sua estatura afetadas pela doença já desde a primeira infância (SOUZA et. al.,

2011). Diante disso, o objetivo desse estudo foi descrever o perfil antropométrico de crianças e adolescentes com DF de Feira de Santana.

## **METODOLOGIA**

Foi realizado um estudo de campo de corte transversal.

### **Local da pesquisa**

A pesquisa foi realizada no município de Feira de Santana localizado na região do semiárido do Estado da Bahia, a 108 km de Salvador, capital do estado.

O estudo contou com o apoio da equipe do Centro de Referência Municipal à Pessoa com Doença Falciforme (CRMPDF) de Feira de Santana localizado no Centro Social Urbano (CSU) do município. O centro é a única unidade de referência para o cuidado com a DF na região e atende anualmente uma média de 368 pessoas (RODRIGUES et al., 2018).

A coleta de dados foi realizada no ambulatório multidisciplinar de saúde da UEFS localizado no CSU.

### **Participantes**

Foram convidados a participar do estudo as crianças e adolescentes acompanhadas no CRMPDF de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

### **Critérios de inclusão**

Crianças com idade entre seis e onze anos e adolescentes entre doze e dezoito anos, de acordo com a Lei 8.069/90 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, de ambos os sexos, cadastradas no CRMPDF, diagnosticadas com DF sendo hemoglobinopatias HbSS (anemia falciforme), HbSC, HbSD e HbS $\beta$ talassemia.

### **Critérios de exclusão**

Crianças e adolescentes com necrose avascular do fêmur, em crise álgica no período da coleta de dados, priapismo, com histórico ou risco de acidente vascular encefálico (AVE) e sequestro esplênico.

### **Coleta de dados**

**Massa corporal:** foi aferida após a entrevista com balança antropométrica digital com estadiômetro da marca *LD 1050*<sup>®</sup>. O participante foi medido preferencialmente descalço, com roupas leves, em pé com os cotovelos (braços) estendidos e juntos ao corpo. A medida foi anotada em quilogramas, com a utilização de uma casa decimal após a vírgula (GAYA; GAYA, 2016).

**Estatura:** foi medida através de estadiômetro, com precisão até 2 milímetros. O participante foi medido preferencialmente descalço, em pé com os cotovelos (braços) estendidos e juntos ao corpo, olhando para frente. A medida foi anotada em metros com uma casa decimal (GAYA; GAYA, 2016).

**Índice de Massa Corporal (IMC):** foi determinado através do cálculo da razão entre a medida da massa corporal em quilogramas pela estatura em metros elevada ao quadrado. A medida foi anotada com uma casa decimal em Kg/m<sup>2</sup> (GAYA; GAYA, 2016).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Ao todo, 24 crianças e adolescentes participaram do estudo, com idade entre 5 e 14 anos, sendo 9 meninas e 15 meninos. Para a classificação dos resultados foram utilizadas tabelas de curva de crescimento a OMS, levando-se em conta os Score-Z para maior fidedignidade.

Para a variável peso para idade, só havia a disponibilidade de tabelas de referência para a idade de 0 a 5 anos e de 5 a 10 anos, sendo assim, acima das referidas idades não se pôde obter resultados, portanto os dados fora dessa faixa etária não entrarão nesse estudo.

Os resultados estão apresentados nas tabelas a seguir.

**Tabela 1. Peso para a idade**

Classificação	Meninas		Meninos	
	Score – Z	n	Score – Z	n
Peso elevado para a idade	2 e 3	2	--	0
	-1 e 0	2	-2 e -1	2
Peso adequado para a idade	0 e 1	1	-1 e 0	2
	1 e 2	1	0 e 1	1
	--	0	2 e 3	2

Os resultados estão expressos em números absolutos.

**Tabela 2. Estatura para a idade**

Classificação	Meninas		Meninos	
	Score – Z	n	Score – Z	n
Estatura adequada para a idade	-1 e 0	2	-2 e -1	2
	0 e 1	2	-1 e 0	6
	1 e 2	3	1 e 2	2
	--	0	2 e 3	1
Estatura baixa para a idade	-3 e -2	1	--	0
Estatura muito baixa para a idade	< -3	1	< -3	2

Os resultados estão expressos em números absolutos.

**Tabela 3. IMC para a idade**

Classificação	Meninas		Meninos	
	Score – Z	n	Score – Z	n
Magreza	--	0	-3 e -2	2
	-2 e -1	3	-2 e -1	3
Eutrofia (estado de normalidade nutricional)	0 e 1	3	-1 e 0	4
	--	0	0 e 1	1
Risco de sobrepeso (5 a 10 anos) / sobrepeso (10 a 19 anos)	--	0	1 e 2	3
Obesidade	2 e 3	1	--	0
Obesidade grave	> 3	2	> 3	2

Os resultados estão expressos em números absolutos.

O perfil antropométrico dos participantes se apresentou adequado para a maioria das crianças e adolescentes e podemos supor que isso foi possível principalmente por causa do

acompanhamento e orientação que essas pessoas recebem por parte dos profissionais de saúde da equipe de cuidados.

Infelizmente essa não é uma realidade para grande parte das pessoas com a doença, uma vez que alguns autores afirmam que a diminuição da absorção de nutrientes, perdas de nutrientes e ingestão calórica reduzida associados aos quadros agudos da doença, maior número de complicações, maior frequência e tempo de internamento hospitalar, vulnerabilidade socioeconômica, interferem negativamente com consequências no estado nutricional a curto e longo prazo (GUIMARÃES, 2018).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo com todas as dificuldades enfrentadas por essas crianças e adolescentes em relação à doença falciforme e seus desdobramentos no cotidiano dos jovens e suas famílias, o acompanhamento multidisciplinar é de extrema importância para garantir melhor prognóstico e qualidade de vida desses indivíduos.

## REFERÊNCIAS

GAYA, AGAR. Projeto Esporte Brasil: manual de testes e avaliação versão 2016. <https://WwwUfrgsBr/Proesp/Arquivos/Manual-Proesp-Br-2016Pdf> 2016:25.

GUIMARÃES, C. O. S.; JÚNIOR, J. de B. Estado nutricional antropométrico e composição corporal de crianças e adolescentes com doença falciforme. Universidade Estadual de Feira de Santana. Feira de Santana, 2018.

JESUS, A. C. da S. de. et. al. Características socioeconômicas e nutricionais de crianças e adolescentes com anemia falciforme e nutricionais de crianças e adolescentes com anemia falciforme: uma revisão sistemática. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 36, n. 4, p. 491-499, 2018.

MARQUES, L. N.; SOUZA, A. C. A.; PEREIRA, A. R. O viver com a doença falciforme: percepção de adolescentes. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 26, n. 1, p. 109-117, 2015.

MENEZES, A. S. de O. da P. et. al. Qualidade de vida em portadores de doença falciforme. *Revista Paulista e pediatria*. V. 31, n. 1, p. 24 – 29, 2013.

RODRIGUES, Catharinne da Silva Souza; XAVIER, Aline Silva Gomes; CARNEIRO, Jayanne Moreira; SILVA, Tamillys Damasceno; ARAÚJO, Roberta Lima Machado de Souza; Sílvia da Silva Santos Passos. Caracterização das pessoas com doença falciforme em uma cidade do estado da Bahia. **Revista Baiana De Enfermagem**, v. 32, 2018.

SOUZA, K. C. M. de. Et. al. Baixa estatura e magreza em crianças e adolescentes com doença falciforme. *Revista de Nutrição*. Campinas, v. 24, n. 6, p. 853-862, 2011.

WHO, World Health Organization. Indicadores. Peso para a idade. Organização Mundial da Saúde, 2007.