

CRIANÇAS COM ANEMIA FALCIFORME: DEFICIÊNCIAS DO ESTADO NUTRICIONAL E DA INGESTÃO ALIMENTAR E FATORES SOCIOECONÔMICOS ASSOCIADOS

¹Thaís de Fante; ²Mayra Mayumi Kamiji; ³Wanélia Viera Afonso; ⁴Marilene de Fátima Reis Ribeiro
^{1,2}Faculdade de Ciências Aplicadas/UNICAMP, Limeira, SP - thaís.fante@hotmail.com / mayra.kamiji@fca.unicamp.br
^{3,4}Centro Infantil de Investigações Hematológicas Dr. Domingos A. Boldrini, Campinas, SP

FACULDADE DE CIÊNCIAS APLICADAS – UNICAMP / LIMEIRA
Financiamento: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)
Palavras-chave: Anemia Falciforme - Estado Nutricional – Ingestão Alimentar

INTRODUÇÃO

A anemia falciforme é uma das doenças gênicas mais comuns no mundo, sendo considerada, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como uma das prioridades em saúde pública¹. Há evidências de que jovens adultos com a doença apresentem retardo na maturação óssea e sexual, e estatura mais baixa quando comparados a indivíduos saudáveis^{2,3}. Tais alterações estão associadas à redução da ingestão energética e/ou de apetite, seja por anorexia, náusea secundária à febre, dor ou medicações analgésicas^{4,5,6}. Apesar da importância epidemiológica, poucos estudos avaliaram aspectos nutricionais da anemia falciforme no Brasil, particularmente em grupos etários específicos que estariam em risco de uma ingestão dietética inadequada⁷.

O objetivo do estudo foi avaliar o estado nutricional, quanto à antropometria e ingestão hídrica e dietética, de crianças com anemia falciforme, bem como avaliar a possível associação entre ingestão alimentar e condições socioeconômicas das crianças avaliadas.

METODOLOGIA

Foram avaliadas 25 crianças (dados preliminares) de 2 a 12 anos atendidas no Ambulatório de Anemia Falciforme do Centro Infantil Boldrini, Campinas/SP.

- Ingestão alimentar: recordatório alimentar de 24 horas, registro do consumo de 3 dias e questionário de frequência alimentar (QFA).
- Antropometria: peso, altura, Índice de Massa Corporal (IMC), prega cutânea tricipital, circunferência muscular do braço e área muscular do braço.
- Fatores socioeconômicos: (1) renda total familiar, (2) renda per capita e (3) grau de escolaridade do pai e da mãe da criança, ou responsáveis (4) Escala Brasileira de Insegurança Alimentar (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

- Ingestão alimentar: a ingestão de energia foi adequada em 56% das crianças, porém inadequada quanto à distribuição dos macro e micronutrientes (Figuras 1 e 2). A ingestão diária de fibras e de água foi deficiente em 92% (n=23) e em 58% (n=14) das crianças respectivamente.

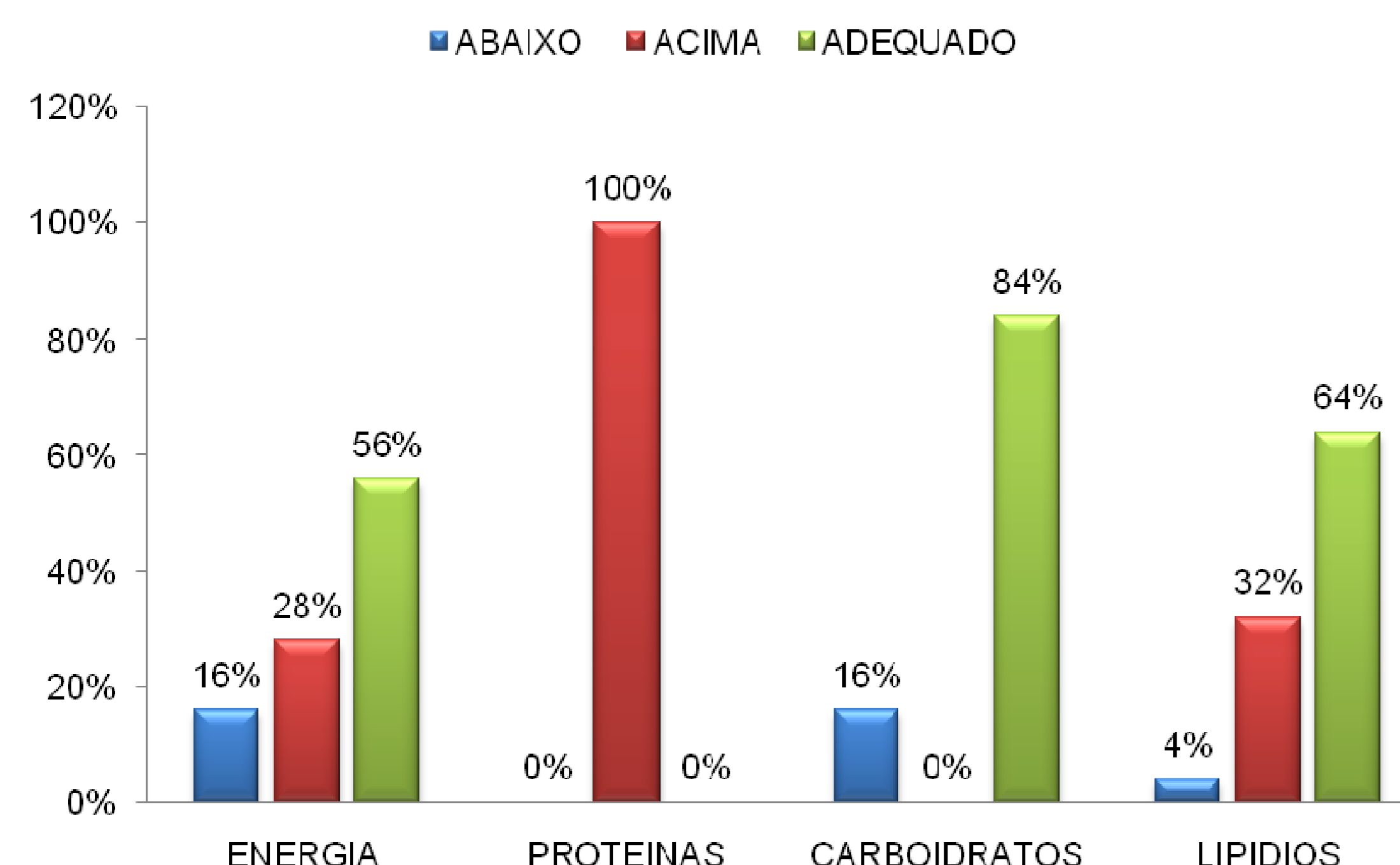


Figura 1: Porcentagem de crianças conforme adequação (DRI) de consumo de energia e de macronutrientes, avaliado por recordatório alimentar de 24 horas.

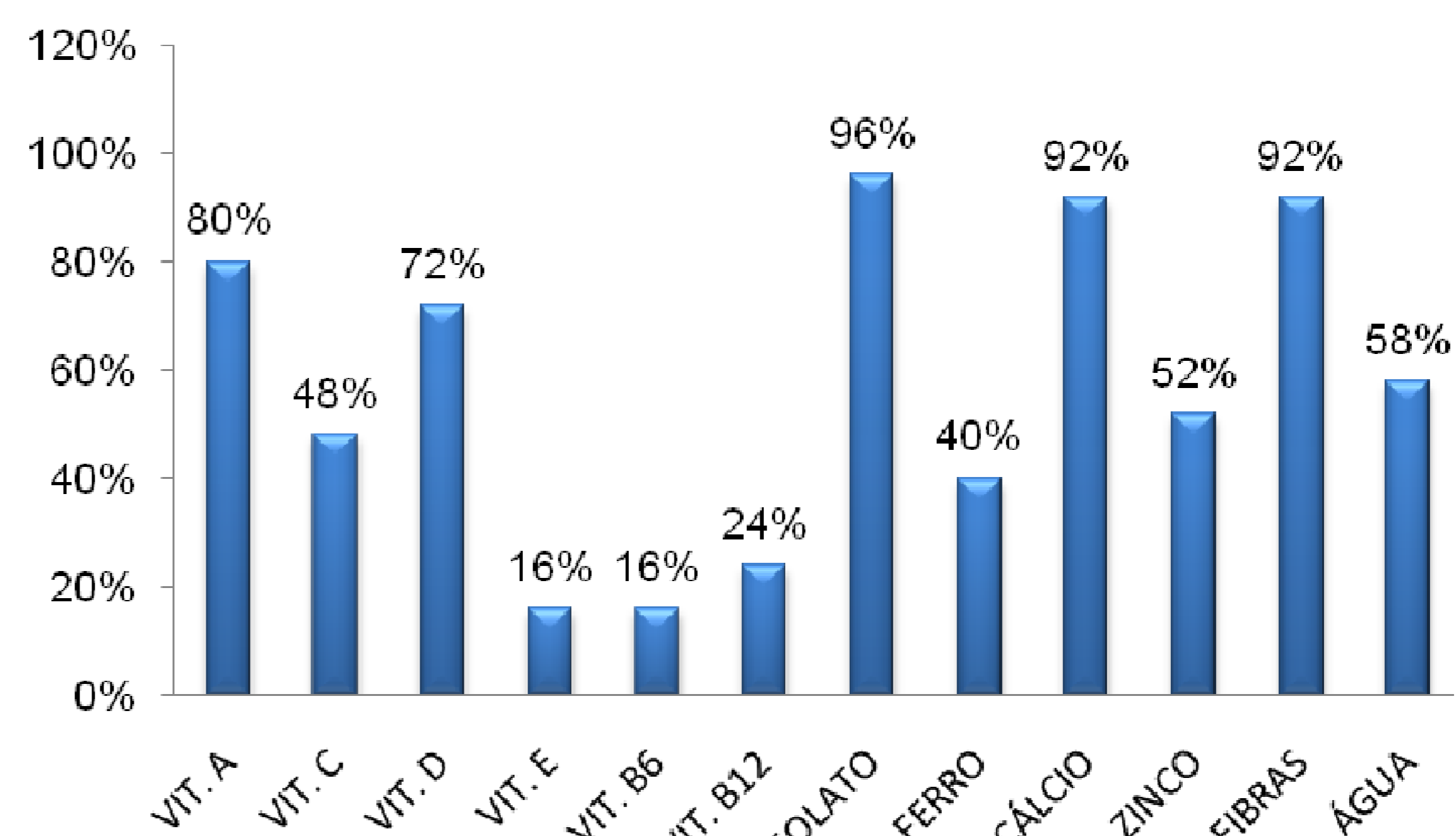


Figura 2: Porcentagem de crianças com consumo inadequado de micronutrientes, fibras e água (DRI), avaliado por recordatório alimentar de 24 horas.

A baixa ingestão de micronutrientes pode ser atribuída ao consumo deficiente de alimentos como frutas, verduras e leite (QFA).

- Antropometria: 12% (n=3) das crianças foram classificadas abaixo de dois escores Z na curva estatura/idade da OMS. Nenhuma criança foi classificada como obesa, mas 16% (n=4) apresentaram-se com sobrepeso ou em risco, segundo curva IMC/idade. A partir das medidas do braço, 24% (n=6) das crianças foram classificadas como desnutridas. A maioria (72%) das crianças não apresentou comprometimento de seu estado nutricional pelos parâmetros de avaliação utilizados.
- Fatores socioeconômicos: 57% (n=11) das crianças estão em condições de segurança alimentar, 31% (n=6) em condições de insegurança alimentar leve e o restante se divide igualmente em segurança alimentar moderada e grave.

CONCLUSÃO

A partir dos dados apresentados, ainda que preliminares, destaca-se a baixa ingestão de micronutrientes, mas não de energia pelas crianças. A maioria apresenta-se eutrófica, com sobrepeso ou em risco, e esses dados estão presentes em condições de segurança alimentar ou insegurança alimentar leve.

Após a finalização da coleta e análise estatística dos dados, espera-se a confirmação ou não dos dados apresentados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 WEATHERALL, CLEGG. *Bull World Health Organ*, 2001./
- 2 BARDEN *et al. American Journal of Clinical Nutrition*, 2002./
- 3 ZEMEL *et al. Pediatric Research*, 2007./
- 4 BOREL *et al. American Journal of Clinical Nutrition*, 1998./
- 5 FUNG *et al. Clinical Nutrition*, 2001./
- 6 KAWCHAK *et al. Journal of American Dietetic Association*, 2007./
- 7 MATARATZIS *et al. Journal of Hematology and Hemotherapy*, 2010.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao órgão de fomento CNPq, ao Centro Infantil Boldrini que possibilitou esse projeto, e a todos que dele participaram de algum modo.