UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
Autorizada pelo Decreto Federal nº 77.496 de 27/04/76
Recredenciamento pelo Decreto nº17.228 de 25/11/2016
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

XXV SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UEFS
SEMANA NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA - 2021

Perfil antropométrico dos adultos com Doença Falciforme na região de Feira de Santana-BA

Mônica Cardoso do Amaral[1]; Jean Carlos Zambrano Contreras[2]; José de Bessa Júnior[3] e Anna Paloma Martins Rocha Ribeiro[4]

1. Bolsista PIBIC/CNPq, Graduando em Medicina, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: monicadoamaral@outlook.com.br
2. Doutorado do programa em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: zambrano.jeancarlos@gmail.com
3. Orientador do grupo UROS e subgrupos populacionais, Departamento de saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: josedebessa@gmail.com
4. Orientadora, Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, e-mail: annapalomaribeiro@yahoo.com.br

PALAVRAS-CHAVE: antropometria; doença falciforme; saúde do homem.

INTRODUÇÃO

A doença falciforme (DF) é uma hemoglobinopatia de cunho genético, e de relevância clínica e epidemiológica, cuja principal característica é a presença da hemoglobina S (HbS) nas hemácias (LOBO et al., 2014; PEREIRA et al., 2008).

No Brasil, estima-se que há 3.000 novos casos de DF por ano e, na Bahia, observa-se a maior incidência do país (1:650 casos). No município de Feira de Santana-Bahia a prevalência da DF é em torno de 4 casos/10.000 habitantes constituindo um problema de saúde pública (ALVES, 2012; DINIZ; GUEDES, 2005; BRASIL, 2015). As principais implicações clínicas da doença estão relacionadas aos fenômenos de vaso-oclusão e à hemólise crônica, que podem levar a graves complicações multissistêmicas, incluindo crises de dor, síndrome torácica aguda, infarto renal e acidente vascular cerebral (AVC) (HEENEY M, 2009). Além destes, observa-se desenvolvimento de leucocitose, priapismo, problemas cardiovasculares, atraso no crescimento ósseo e maturação sexual (CANÇADO, 2007; BRASIL, 2015), que são determinantes para o aumento da morbi/mortalidade das pessoas com DF, com consequências diretas na diminuição da capacidade de trabalho e na qualidade de vida. Os acontecimentos clínicos envolvidos na fisiopatologia da DF ocasionam um elevado risco nutricional, devido ao maior gasto energético, em função do aumento da taxa metabólica basal e maior demanda de proteínas, carboidratos e micronutrientes, que, quando associado à baixa ingestão alimentar e padrões alimentares inadequados, resultam em desnutrição, déficit estatural e deficiências de micronutrientes em todas as faixas etárias (BARDEN et al., 2000; FUNG et al., 2001; ZEMEL et al., 2007; KAWCHAK et al., 2007). Concomitantemente, é comum também ocorrer alteração do paladar, redução do apetite, diminuição da absorção e perda das vitaminas e minerais, principalmente nas fases mais agudas da doença (BARDEN et al., 2000). Embora, hoje, haja evidências convincentes de que a DF esteja associada à desnutrição, seu mecanismo permanece incerto. Estudo sugere que o crescimento prejudicado é resultado de muitos processos, e é provável que suas causas exatas variem significativamente de paciente para paciente (CATANZARO; KOUMBOURLIS, 2014). Suplementação agressiva de calorias e proteínas foi

apresentada como fator de melhora da altura e do peso em pacientes (HEYMAN et al, 1985). No entanto, a ingestão calórica ideal e a composição ideal da dieta para pacientes com DF ainda não é conhecida, em grande parte, porque a ingestão calórica necessária depende da energia exigida pelo paciente, que varia tremendamente de acordo com outros fatores hematológicos.

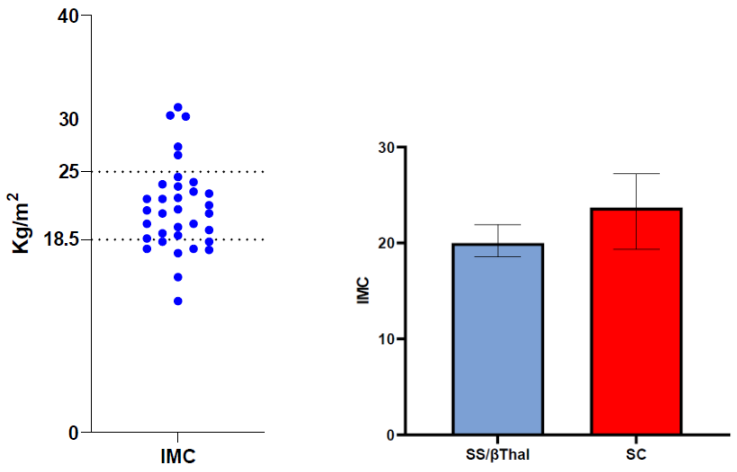
Vale destacar que a prevalência de obesidade em pacientes com DF parece estar em crescimento (WOODS et al, 2001), bem como sua associação como fator de risco para outras doenças, incluindo, sem limitação, diabetes tipo 2, hipertensão, apneia do sono, doenças cardiovasculares, osteoartrite etc. Essas doenças, por sua vez, pioram o quadro clínico da DF e aumentam a frequência de crises vaso-oclusivas (COV) e outras complicações da DF, criando um ciclo vicioso. Portanto, é recomendado que o IMC seja rotineiramente determinado como um sexto sinal vital, além de temperatura, freqüência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e escala de dor em todos os pacientes com DF. Nesse sentido, a melhor abordagem para gerenciar a obesidade em pacientes com DF siga as recomendações da Força-Tarefa Preventiva dos EUA (USPSTF) (STEPHENSON, 2014). Ademais, percebe-se que, o conhecimento da epidemiologia acerca dos dados antropométricos em associação com a DF na população adulta é de muita relevância no contexto público de saúde. O monitoramento desses dados é uma ferramenta vital para cuidados abrangentes, o que facilita a intervenção nutricional precocemente, minimizando agravos relacionados a esta condição.

MATERIAL E MÉTODOS OU METODOLOGIA (ou equivalente)

Trata-se de estudo transversal observacional (cross-sectional) em que serão avaliados pacientes adultos (com idades acima de 18 anos) de ambos os sexos, com DF acompanhados em Centro de referência em Feira de Santana-BA. Estima-se que aproximadamente 100 sujeitos constituirão nossa amostra. Após assinatura do TCLE em conformidade com a Resolução 466/12, os sujeitos responderão a questionário estruturado acerca das características sócio-demográficas, e do histórico de complicações relacionadas à doença, acrescido da avaliação antropométrica. A avaliação antropométrica será realizada através de aferição de peso (P) e altura (H) com balança e fita métrica, e o IMC será calculado a partir dos valores obtidos através da fórmula: IMC=P/H2. As variáveis quantitativas, contínuas ou ordinais, serão descritas por suas medidas de tendência central (médias ou medianas) e pelas respectivas medidas de dispersão (desvio-padrão, variação interquartil ou valores mínimo e máximo), enquanto as nominais ou qualitativas por seus valores absolutos, percentagens ou proporções. Para comparação das diferenças das variáveis contínuas, utilizaremos o teste t de Student ou o teste de Mann-Whitney. Teste de D'Agostino – Pearson será empregado na avaliação do padrão de distribuição das variáveis. Valores de p menores que 0,05 ($p<0,05$) serão considerados significativos. Nas análises será utilizado o programa estatístico computacional GraphPad Prism, versão 9.0.3,GraphPad Software, San Diego-CA, USA.

RESULTADOS E/OU DISCUSSÃO (ou Análise e discussão dos resultados)

O estudo incluiu 34 homens, com média de idade mediana de 33,5[25-45]anos e média de IMC 21,1[18,5-23.6]. De forma categórica, 3 obesos, 3 sobrepeso, 8 magreza e 20 normais.



Notamos que, embora os acontecimentos clínicos envolvidos na fisiopatologia da DF ocasionem um elevado risco nutricional, que, quando associado à baixa ingestão alimentar e padrões alimentares inadequados, resultam em desnutrição, déficit estatural e deficiências de micronutrientes em todas as faixas etárias (FUNG et al., 2001; ZEMEL et al., 2007; KAWCHAK et al., 2007), a prevalência de obesidade nesses pacientes parece estar mesmo em crescimento (WOODS et al, 2001).

Assim, a recomendação de que o IMC seja rotineiramente determinado como um sexto sinal vital, além de temperatura, frequência respiratória, frequência cardíaca, pressão arterial e escala de dor, deve ser considerada em todos os pacientes com DF. Estudos sugerem que o crescimento prejudicado dos pacientes com DF é resultado de muitos processos, e é provável que suas causas exatas variem significativamente de paciente para paciente (CATANZARO; KOUMBOURLIS, 2014). Suplementação agressiva de calorias e proteínas foi apresentada como fator de melhora da altura e do peso em pacientes (HEYMAN et al, 1985). No entanto, a ingestão calórica ideal e a composição ideal da dieta para esses pacientes ainda não é conhecida, em grande parte, porque a ingestão calórica necessária depende da energia exigida pelo paciente, que varia tremendamente de acordo com outros fatores hematológicos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS (ou Conclusão)

Os achados demonstram que em homens com Doença Falciforme, há uma heterogeneidade das apresentações clínicas do estado nutricional. Já temos tantos obesos quanto desnutridos. Nas formas mais graves, o IMC é menor que nos heterozigotos.

REFERÊNCIAS

1. CATANZARO, Tina; KOUMBOURLIS, Anastassios C. Somatic growth and lung function in sickle cell disease. Paediatric respiratory reviews, v. 15, n. 1, p. 28-32, 2014;
2. FUNG, E.B. et al. Energy expenditure and intake in children with sickle cell disease during acute illness. Clin Nutr. 20(2): 131-8, 2001;
3. HEYMAN MB, Vichinsky E, Katz R, et al. Growth retardation in sickle-cell disease treated by nutritional support. Lancet 1985 20;1:903–6;
4. KAWCHAK, D. A. et al. Adequacy of dietary intake declines with age in children with sickle cell disease. J Am Diet Assoc.;107(5):843-8. 2007;
5. WOODS KF, Ramsey LT, Callahan LA, Mensah GA, Litaker MS, Kutlar A, Barbeau P, et al. Body composition in women with sickle cell disease. Ethn Dis. 2001;11(1):30-35;
6. ZEMEL, B.S. et al., Effects of delayed pubertal development, nutritional status,

and disease severity on longitudinal patterns of growth failure in children with sickle cell disease. Pediatr Res.;61(5):607-13. 2007.