



**OBNJ**  
Online Brazilian Journal of Nursing

PORTUGUÊS

Universidade Federal Fluminense

ESCOLA DE ENFERMAGEM  
AURORA DE AFONSO COSTA



Artigos Originais



## Crianças com doença falciforme: um estudo descritivo

Thiala Maria Carneiro de Almeida<sup>1</sup>,  
Climene Laura de Camargo<sup>1</sup>,  
Ridalva Dias Martins Felzemburgh<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia

### RESUMO

**Objetivo:** descrever as características socioeconômica e demográfica de crianças de 0 a 11 anos com doença falciforme e descrever o cuidado prestado às mesmas, no Município de São Francisco do Conde-BA. **Método:** Estudo descritivo, quantitativo. A população deste estudo constituiu-se por 15 crianças com doença falciforme. Características demográficas, socioeconômicas e clínicas foram coletadas por meio de um formulário, composto por questões estruturadas, aplicado as mães/responsáveis pelas crianças. A análise estatística dos dados envolveu o uso de distribuições de frequências univariadas apresentadas em tabelas. **Resultados:** Do total da população, 86,7% são negras; 33,3% viviam com renda familiar de até dois salários mínimos e; 73,3% já utilizou o serviço de emergência e foi internada. **Discussão:** As condições socioeconômicas da população identificada interferem na qualidade da assistência prestada à criança com a doença. **Conclusão:** As implicações da doença poderiam ser minimizadas por cuidados de saúde condizentes às necessidades dessas crianças.

**Palavras-chave:** Saúde da criança; Anemia falciforme; Grupo com Ancestrais do Continente Africano

## INTRODUÇÃO

A doença falciforme é uma das alterações genéticas mais frequentes no Brasil. Esse termo define um grupo de hemoglobinopatias que se caracterizam pela predominância da hemoglobina (Hb) S nas hemácias, dentre as quais: anemia falciforme (Hb SS), Hb SC, S-talassemias e outras mais raras, como as Hb SD e Hb SE<sup>(1,2)</sup>.

A hemoglobina S, quando desoxigenada, sofre alterações nas propriedades físico-químicas, que resulta na alteração da hemácia para o formato de foice, sendo este um dos principais mecanismos fisiopatológicos da doença<sup>(1,3)</sup>. Os fenômenos vaso-oclusivos e a hemólise crônica, por sua vez, são os principais determinantes das manifestações clínicas<sup>(4)</sup>.

A doença falciforme distribui-se de forma heterogênea, devido à miscigenação racial, apresentando maior prevalência onde a proporção da população negra é maior, cujas frequências do gene variam de 2% a 3% em todo o país, aumentando para 6% a 10% entre afrodescendentes. Por este fato, essa doença é comumente encontrada nas regiões norte e nordeste, as quais sofreram maior influência da raça negra na sua constituição étnica<sup>(5)</sup>.

Segundo estimativas do Programa Nacional de Triagem Neonatal, a cada ano nascem no Brasil cerca de 3.500 crianças portadoras de doença falciforme<sup>(5,6)</sup>. Vinte por cento delas não vão atingir cinco anos de idade devido a complicações diretamente relacionadas à doença falciforme<sup>(6)</sup>. Tal cenário permite, indubitavelmente, tratar desta patologia como problema de saúde pública<sup>(7)</sup>.

De acordo com os dados oriundos da triagem neonatal, o Estado da Bahia apresenta a maior incidência da doença falciforme, sendo um doente para cada 650 nascimentos e um portador do traço falciforme para cada 17 nascimentos<sup>(2)</sup>.

De acordo com os dados do IBGE (2010), no município de São Francisco do Conde, região metropolitana de Salvador - Bahia, local do estudo, o contingente populacional de afrodescendentes atingiu 90,9%<sup>(8)</sup>. Estima-se que o município apresente elevada incidência da doença falciforme.

A doença falciforme não tem cura, porém, existem tratamentos que dão ao doente o direito a uma vida com qualidade e proporcionam à família conforto e segurança<sup>(9)</sup>. Os

cuidados profiláticos representam a essência do tratamento até o quinto ano de vida, período de maior ocorrência de óbitos e complicações graves<sup>(10)</sup>. Dessa forma, o diagnóstico precoce, por meio do teste do pezinho, e o tratamento adequado representam papel fundamental na redução da morbidade e mortalidade destas crianças<sup>(5)</sup>.

É importante destacar que o grupo étnico acometido, majoritariamente, a população negra, está na base da pirâmide social e apresenta os piores indicadores epidemiológicos, educacionais e econômicos<sup>(11)</sup>. Neste contexto, os fatores socioeconômicos contribuem significativamente para a variabilidade clínica e prognóstico de pessoas com doenças falciformes, no qual as condições de moradia; a qualidade e quantidade insuficiente da alimentação ingerida e; a carência de assistência médica, muitas vezes estão associadas a baixa renda e baixa escolaridade<sup>(12)</sup>.

Considerando a gravidade e a frequência da doença falciforme e os fatores que a interferem, os objetivos específicos deste estudo foram a): Identificar crianças de 0 a 11 anos com doença falciforme; b) descrever as características socioeconômicas e demográficas das crianças identificadas e de suas mães e/ou responsáveis e; c) descrever o cuidado prestado às mesmas, no Município de São Francisco do Conde - Bahia.

## **MÉTODO**

Estudo descritivo de caráter quantitativo realizado no município de São Francisco do Conde, Bahia, Brasil.

A população deste estudo foi constituída por 15 crianças com doença falciforme, na faixa etária de 0 a 11 anos, residentes em São Francisco do Conde, cujas mães/responsáveis aceitaram participar na condição de informante da pesquisa. Este número, apesar de parecer pequeno é extremamente significativo quando se consideram os índices estimados para doença falciforme no Brasil que aponta um doente para cada 1.000 (1:1000) nascidos vivos. Na Bahia este índice é de 1:650. Considerando a população de São Francisco do Conde que é de 33.183 habitantes, e a população infantil que é

composta por aproximadamente 5.551 crianças de 0 a 9 anos, segundo o censo demográfico de 2010 (IBGE), a proporção 1:650, nesta população, corresponde a aproximadamente 8 crianças doentes.

Este estudo inicialmente abarcava crianças de 0 a 5 anos, mas devido ao pequeno número de crianças identificadas, a faixa etária inicial foi ampliada para até 11 anos. Ainda assim, esta faixa etária está de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990, que considera como criança a pessoa com até 12 anos de idade incompletos.

Como critérios de inclusão foram considerados: estar na faixa etária de 0 a 11 anos; residir em São Francisco do Conde; ter diagnóstico de doença falciforme e; mãe/responsável consentirem sua participação no estudo.

Para identificação das crianças com doença falciforme foram executadas as seguintes etapas: solicitação da relação de pessoas com doença falciforme, para a Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), de São Francisco do Conde; seleção, por faixa etária, das pessoas com doença falciforme; solicitação, nas Unidades de Saúde da Família (USFs), de endereço para contato com os responsáveis pelas crianças identificadas com doença falciforme (dados coletados nos prontuários da USFs e complementados com informação dos agentes comunitários).

Foram identificadas 17 crianças com doença falciforme, entretanto só foram localizadas 15, pois dois dos endereços fornecidos não foram encontrados.

A coleta dos dados foi realizada no domicílio da criança por meio de um formulário composto de questões estruturadas, aplicado às responsáveis pelas crianças, preferencialmente as genitoras. Esta etapa ocorreu durante os meses de fevereiro e março de 2011. As variáveis estudadas incluíram às características demográficas, clínicas e socioeconômicas das crianças (sexo, idade, cor, tipo da doença falciforme, responsável pelo sustento da família, escolaridade do (a) chefe da família, renda familiar, classe econômica de acordo com o Critério de Classificação Econômica do Brasil proposto pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa<sup>(13)</sup>, número de residentes, quantidade de cômodos, tipo de residência e se possui água encanada e fossa séptica); variáveis demográficas referentes às cuidadoras (sexo, grau de parentesco com a criança, idade)

e; variáveis referentes à caracterização dos cuidados prestados à criança com doença falciforme (serviços de acompanhamento, frequência de acompanhamento, profissionais que atendem a criança no Serviço de Saúde, caderneta de vacinação, medicamentos utilizados, palpação regular do baço, conduta em caso de dor na criança, utilização de serviços de emergência, casos de internação e ingestão diária de litros de água pela criança).

Após a coleta dos dados, as informações foram inseridas e checadas em um banco de dados elaborado em plataforma do Microsoft Access e, posteriormente, exportados para o programa estatístico STATA versão 8. A análise estatística dos dados envolveu o uso de distribuição por frequências univariadas objetivando descrever as características socioeconômicas e demográficas.

Este trabalho é parte do projeto intitulado "Fatores de Vulnerabilidade na Saúde de Crianças e Adolescentes de São Francisco do Conde" financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), aprovado pelo Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA), protocolo 04.2010. Na realização do estudo, foram seguidos todos os procedimentos relativos à pesquisa em seres humanos. Dessa forma, foi elaborado um termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi assinado pelas mães/responsáveis, das crianças com doença falciforme, participantes desta pesquisa.

## **RESULTADOS**

Foram identificadas 15 crianças com diagnóstico de doença falciforme, em São Francisco do Conde, no período entre fevereiro e março de 2011. Por meio da Tabela 1, que apresenta a caracterização demográfica e clínica das crianças estudadas, nota-se que 60,0% das crianças são do sexo masculino e apresentam a doença falciforme do tipo SC. Todas as demais apresentam o tipo SS, à exceção de uma responsável que não soube informar o tipo da doença falciforme (6,7%).

Quanto à idade, verificou-se que 53,3% encontram-se na faixa etária de seis anos ou mais, seguida pela faixa etária de dois a cinco anos (33,3%). Com relação à variável cor da pele, 86,7% das crianças são negras, sendo que destas, 60,0% foram declaradas por suas mães ou responsáveis como pretas e 26,7% declaradas como pardas.

**Tabela 1-** Caracterização das crianças com doença falciforme em São Francisco do Conde-BA, Fevereiro-Março de 2011 (n=15).

<b>Característica</b>	<b>N (%)</b>
<b>Tipo da Doença Falciforme</b>	
SC	9 (60,0)
SS	5 (33,3)
Não soube informar	1 (6,7)
<b>Sexo</b>	
Feminino	6 (40,0)
Masculino	9 (60,0)
<b>Grupo etário</b>	
< 2 anos	2 (13,3)
2 a 5 anos	5 (33,3)
6 anos ou mais	8 (53,3)
<b>Cor</b>	
Branca	2 (13,3)
Preta	9 (60,0)
Parda	4 (26,7)

**Fonte dos dados:** Projeto Fatores de vulnerabilidade na saúde de crianças e adolescentes de São Francisco do Conde (FAPESB), Julho de 2011.

Quanto à caracterização socioeconômica das crianças estudadas, identifica-se, na tabela 2, que a maioria pertence à classe C (46,6%), seguida da classe B (26,7%). No que tange à moradia, 93,3% tinham casa própria com água encanada, das quais, 60% possuem fossa séptica.

Do total da população estudada, 73,3% residem em moradia com três ou quatro integrantes, enquanto 26,7% moram com cinco ou mais integrantes. Em relação à quantidade de cômodos por domicílio, identificou-se que a seguinte composição mais frequente: dois quartos, sala, cozinha e banheiro (40,0%).

**Tabela 2** - Caracterização socioeconômica das quinze crianças estudadas, São Francisco do Conde-BA, Fevereiro-Março de 2011 (n=15).

<b>Característica</b>	<b>N (%)</b>
<b>Critério Brasil de Classificação econômica</b>	
B	4 (26,7)
C	7 (46,7)
D	2 (13,3)
E	2 (13,3)
<b>Número de moradores no domicílio</b>	
3 a 4	11 (73,3)
5 e mais	4 (26,7)
<b>Quantidade de cômodos</b>	
1 quarto, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro	1 (6,7)
2 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro	6 (40,0)
3 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro	1 (6,7)
1 vão	2 (13,3)
Outros	5 (33,3)
<b>Tipo de residência</b>	
Própria	14 (93,3)
Outros	1 (6,7)
<b>Água encanada</b>	
Sim	14 (93,3)
Não	1 (6,7)
<b>Fossa séptica</b>	
Sim	9 (60,0)
Não	6 (40,0)
<b>Responsável pelo sustento da família</b>	
A própria mulher	9 (60,0)
O companheiro	6 (40,0)
<b>Grau de instrução do chefe do domicílio</b>	
Analfabeto/ Primário incompleto	2 (13,3)
Primário completo/ Ensino Fundamental incompleto	7 (46,1)
Fundamental completo/ Ensino Médio incompleto	3 (20,0)
Médio completo/ Superior incompleto	2 (13,3)
Superior completo	1 (6,7)
<b>Renda familiar (em salários mínimos - SM)</b>	
Inferior a 1 SM	1 (6,7)
1 SM	2 (13,3)
Maior que 1 até 2 SM	5 (33,3)
Maior que 2 até 3 SM	4 (26,7)
Maior que 3 até 4 SM	3 (20,0)

**Fonte dos dados:** Projeto Fatores de vulnerabilidade na saúde de crianças e adolescentes de São Francisco do Conde (FAPESB), Julho de 2011.

Na Tabela 3 está descrita a caracterização demográfica das mães/responsáveis legais pelas crianças. Das 15 responsáveis, 14 eram as genitoras e 1 era avó e a maioria (53,3%) encontra-se na faixa etária entre 30 a 35 anos.

**Tabela 3** - Caracterização demográfica das mães/responsáveis legais pelas crianças, São Francisco do Conde - BA, Fevereiro-Março de 2011 (n=15).

<b>Característica</b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Feminino	15 (100,0)
<b>Grau de parentesco com a criança</b>	
Mãe	14 (93,3)
Avó	1 (6,7)
<b>Grupo etário</b>	
< 30 anos	5 (33,3)
30 a 35 anos	8 (53,3)
36 a 40 anos	1 (6,7)
41 anos e mais	1 (6,7)

**Fonte dos dados:** Projeto Fatores de vulnerabilidade na saúde de crianças e adolescentes de São Francisco do Conde (FAPESB), Julho de 2011.

A Tabela 4 descreve o cuidado prestado à criança com doença falciforme. Observa-se que todas as crianças são acompanhadas por um serviço de saúde, sendo que as instituições mais citadas foram a APAE Salvador (26,6%) e a Fundação de Hematologia e Hemoterapia da Bahia (HEMOBA) (26,6%). O acompanhamento se dá com uma frequência de seis em seis meses (33,3%), seguida de quatro em quatro meses (20,0%). O profissional responsável pelo atendimento à criança com doença falciforme mais citado foi o médico (100,0). O atendimento se dá, na maioria das vezes, nas especializações de pediatria (86,7%) e hematologia (46,6%). Outros profissionais também foram citados como parte da equipe multiprofissional que atende a criança, quais sejam: odontólogo



(40,0%), assistente social (26,7%), nutricionista (20,0%) e enfermeira (20,1%), citados como componentes da equipe de saúde.

Em relação à vacinação, 86,7% das crianças apresentaram a caderneta de vacinação incompleta. Das vacinas faltantes, 50,0% correspondeu a Pneumocócica conjugada 7-valente. Outras citadas foram a vacina contra o Vírus Influenza e Hepatite A entre outras do calendário de rotina. Com relação aos medicamentos utilizados, todas as crianças estudadas fazem uso de ácido fólico e 80,0% utilizam antibiótico de rotina, dentre os quais 75,0% utilizam a Penicilina V oral e 25,0% a Penicilina benzatina.

A maior proporção das mães/responsáveis (73,3%) não sabe realizar a palpação do baço da criança. Nos casos em que as crianças manifestaram dor, 93,3% das mães administraram analgésico, destas, 13,3% além da administração do analgésico também procuraram o serviço de saúde (13,3%).

Em relação ao encaminhamento das crianças aos Serviços de Saúde, identificou-se que 73,3% das mães/responsáveis já havia utilizado o serviço de emergência por motivos como dor intensa (73,5), seguidos de febre (53,5%). A maior percentagem das crianças (73,3%) já havia sido internada, sendo que destas 53,3% mais de cinco vezes.

Todas as mães/responsáveis referiram que a criança possui alimentação diversificada e que a maioria ingeria dois litros ou mais de água por dia (66,7%).

**Tabela 4** - Cuidados à criança com Doença Falciforme, São Francisco do Conde-BA, Fevereiro Março de 2011 (n=15).

<b>Cuidados</b>	<b>N (%)</b>
<b>Serviços utilizados no acompanhamento das crianças com a Doença Falciforme</b>	
APAE Salvador	4 (26,7)
HEMOBA	4 (26,7)
APAE Salvador/ Unid. PSF	1 (6,7)
APAE Salvador/ Outros	1 (6,7)
APAE Salvador/ Unid. PSF/ Outros	1 (6,7)
HEMOBA/ Unid. PSF/ Outros	1 (6,7)
Outros (Ambulatório- SFC, Hospital- SFC, Peterson - Salvador)	3 (20,0)
<b>Frequência que leva ao serviço de saúde</b>	
Mensalmente	1 (6,7)

2 em 2 meses	1 (6,7)
3 em 3 meses	3 (20,0)
4 em 4 meses	3 (20,0)
5 em 5 meses	2 (13,3)
6 em 6 meses	5 (33,3)
<b>Profissional que atende a criança no Serviço de Saúde</b>	
Pediatra	2 (13,3)
Enfermeira/ Pediatra	1 (6,7)
Pediatra/ Odontólogo	1 (6,7)
Pediatra/ Outros	1 (6,7)
Assistente social/ Outros	1 (6,7)
Enfermeira/ Pediatra/ Outros	1 (6,7)
Pediatra/ Assistente social/Odontólogo	2 (13,3)
Pediatra/ Assistente social/Outros	1 (6,7)
Pediatra/ Nutricionista/ Odontólogo	1 (6,7)
Pediatra/ Nutricionista/ Outros	1 (6,7)
Pediatra/ Odontólogo/ Outros	1 (6,7)
Enfermeira/ Pediatra/ Nutricionista/ Odontólogos	1 (6,7)
Outros (Hematologista, Clínico Geral, Psicólogo, Oftalmologista)	1 (6,7)
<b>Caderneta de vacinação</b>	
Completa	2 (13,3)
Incompleta	13 (86,7)
<b>Ácido fólico</b>	
Faz uso	15 (100,0)
<b>Antibiótico de rotina</b>	
Faz uso	8 (53,3)
Não faz uso	7 (43,7)
<b>Palpação regular do baço da criança</b>	
Sabe fazer	4 (26,7)
Não sabe fazer	11 (73,3)
<b>Conduta em caso de dor na criança</b>	
Administra analgésico	11 (73,3)
Não faz nada	1 (6,7)
Administra analgésico/ Intensifica hidratação	1 (6,7)
Administra analgésico/ Procura serviço de saúde	2 (13,3)
<b>Utilização do serviço de emergência</b>	
Sim	11 (73,3)
Não	4 (26,7)
<b>Internação Hospitalar</b>	
Sim	11 (73,3)
Não	4 (26,7)
<b>Número de internações</b>	
Até 5	7 (46,7)
Mais que 5	8 (53,3)
<b>Ingestão diária de litros de água pela criança</b>	

Inferior a 2 litros	4 (26,7)
2 litros ou mais	10 (66,7)
Não sabe informar	1 (6,7)

**Fonte dos dados:** Projeto Fatores de vulnerabilidade na saúde de crianças e adolescentes de São Francisco do Conde (FAPESB), Julho de 2011.

**Fonte dos dados:** Projeto Fatores de vulnerabilidade na saúde de crianças e adolescentes de São Francisco do Conde (FAPESB), Julho de 2011.

No que tange às formas de prevenção de complicações, 86,7% das informantes referiram o uso de imunoprofilaxia; 66,7% usam a antibioticoprofilaxia; 73,3% realizam hidratação oral; 66,6% fazem proteção das crianças com uso de roupas adequadas nas alterações climáticas e; 59,9% das crianças são acompanhadas por equipe multiprofissional.

## DISCUSSÃO

A identificação das características demográficas, socioeconômicas e clínicas de crianças com doença falciforme é importante para nortear as ações de cuidado e, conseqüentemente, promoverem a melhoria da qualidade de vida de indivíduos com essa patologia.

Sabe-se que as doenças não discriminam, mas um perfil crítico de saúde e de condições de vida pode ser determinante para a aquisição, cura ou reabilitação de um agravo em saúde<sup>(14)</sup>.

A partir da caracterização das crianças com doença falciforme, observou-se que a maioria delas era do sexo masculino e apresentava idade igual ou maior que seis anos. A doença falciforme diagnosticada predominantemente foi do tipo SC. Fato este, que não corrobora com estudos de prevalência de hemoglobinopatias realizados em diferentes regiões do Brasil. Conforme apontam Amorim et al (2010), as duas hemoglobinas anormais mais frequentes na população brasileira são as hemoglobinas S e C, com predominância do SS<sup>(15)</sup>. Ao cotejar a presença de hemoglobinas anormais com a cor da pele da criança, este estudo confirma a maior prevalência dessa doença na população negra.

Em relação à caracterização das mães/responsáveis, identificou-se que todas são do sexo feminino, majoritariamente de 30 a 35 anos, e se declararam como principal responsável pelo sustento da família. A maioria delas apresenta escolaridade entre o primário completo e ensino fundamental incompleto e apresenta renda familiar entre um e dois salários mínimos.

Em um estudo realizado em 2009, constatou-se que as famílias do paciente portador de doença falciforme atingem, frequentemente, a população negra, que em sua maioria, vivem em situação de pobreza e encontram dificuldades para conduzir a criança doente ao hospital. Nessas famílias, alguns membros não sabem ler, fato dificulta o entendimento das orientações passadas pelos profissionais, tanto no que diz respeito aos cuidados com a saúde e quanto no que tange às leis que garantem seus direitos<sup>(16)</sup>.

Em relação à caracterização do domicílio, verificou-se que a maioria dessas famílias possui entre três a quatro moradores e cinco cômodos. De acordo com o Critério Brasil de Classificação Econômica, a maioria dos sujeitos do estudo pertence à classe C. No que se refere ao saneamento, apenas um domicílio não possui água encanada e seis não possuem fossa séptica. Cabe salientar que o município estudado não dispõe de rede de esgoto. Nesse sentido, as deficiências nas condições de habitação e saneamento são fatores geralmente associados à baixa renda, que podem interferir sensivelmente na fisiopatologia da doença falciforme, contribuindo para uma situação de maior risco às complicações, principalmente no que tange às infecções. Dessa maneira, as condições de habitação das crianças com doença falciforme, em São Francisco do Conde, é um fator que contribui para o aumento da sua vulnerabilidade.

No que se refere aos cuidados prestados às crianças, verificou-se que a maioria dos serviços utilizados por elas foram APAE Salvador e HEMOBA, onde são acompanhadas de seis em seis meses. Outros serviços bastante citados pelas entrevistadas foram os serviços de emergência e internação, o que pode indicar que o acompanhamento clínico dessas crianças não tem sido suficiente para prevenir o agravamento do quadro da doença.

A assistência ao indivíduo com doença falciforme é, de maneira geral, vista como responsabilidade dos centros hematológicos, entretanto este acompanhamento deve ser

realizado por toda a rede de saúde, em todos os níveis de complexidade<sup>(17)</sup>. Para tanto, se faz necessário o preparo desses serviços, assim como de seus profissionais, visando um atendimento qualificado e integral, como é proposto pela Política Nacional de Atenção Integral às Pessoas com Doença Falciforme<sup>(5)</sup>.

Todas as crianças do estudo fazem uso do ácido fólico. Ressalta-se a importância dessa substância para evitar sua deficiência no organismo e, conseqüentemente, a anemia megaloblástica<sup>(18)</sup>. Em relação ao uso de antibiótico e vacinação, identificou-se que grande parte das crianças faz uso contínuo de antibiótico, mas não se vacinaram conforme recomendado. Fato que resulta em benefício para elas, dada a importância da profilaxia com Penicilina Benzatina ou V oral dos quatro meses até cinco anos de idade, embora, em associação, seja importante a vacinação especial e a vacinação do calendário básico que auxilia, significativamente, para a redução drástica da incidência e mortalidade por infecções causadas por germes encapsulados<sup>(19)</sup>.

No que se refere à palpação do baço, o estudo identificou que a maioria das mães/responsáveis não sabe palpar o baço como método de prevenção da crise de sequestro esplênico. Este fato contribui para a dificuldade de identificar o aumento súbito do volume do baço e a procura por atendimento. Para a realização deste método pode ser utilizado um abaixador de língua, de madeira, com uma extremidade direcionada para a cicatriz umbilical e encostada na ponta do baço palpável. Em seguida deve-se hachurar o palito até o encontro do gradil costal esquerdo. Tal estratégia dispensa o uso de fitas métricas que pode limitar seu uso para alguns cuidadores<sup>(2)</sup>.

Com relação às formas de prevenção, a maioria das mães tinha conhecimento da importância de medidas como imunoprofilaxia, antibioticoprofilaxia, hidratação, utilização de roupas adequadas nas crianças em alterações climáticas, acompanhamento com a equipe multiprofissional e alimentação diversificada.

A educação dos pais ou responsáveis sobre a doença é de extrema importância. Os familiares devem ser orientados sobre a necessidade de manter a hidratação e a nutrição adequada da criança doente; a importância da prevenção das infecções por meio das vacinações; o uso da penicilina profilática e; o reconhecimento das intercorrências da doença<sup>(20)</sup>.

## CONCLUSÃO

No presente estudo, pôde-se identificar que o número de crianças com doença falciforme, em São Francisco do Conde, foi maior que o esperado, embora este seja próximo da realidade, considerando que a pesquisa buscou uma instituição de referência para identificar crianças com diagnóstico de doença falciforme. Ainda assim, esse dado pode estar subestimado devido a uma baixa cobertura para a triagem neonatal no município, o que limita a identificação de crianças com a patologia.

Em suma, os dados apresentados evidenciam que apesar de São Francisco do Conde ter uma renda per capita elevada, a população identificada apresenta baixas condições socioeconômicas, o que interfere diretamente no cuidado prestado às crianças com doença falciforme e, conseqüentemente, em suas condições clínicas.

Percebe-se também que o acompanhamento prestado as crianças nos serviços de saúde e cuidados realizados pelas mães/responsáveis não atendem as suas necessidades. Portanto, faz-se necessário o acompanhamento da equipe multiprofissional de saúde e a implementação da Política Nacional de Atenção às Pessoas com Doença Falciforme, no município.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de eventos agudos em doença falciforme. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de Educação em Saúde: auto-cuidado na Doença Falciforme. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
3. Lobo C, Marra VN, Silva RMG. Crises dolorosas na doença falciforme. Rev Bras Hematol Hemoter [serial on the internet]. 2007 [cited 2012 Ago 10]; 29(3):247-58. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a11.pdf>.
4. Fernandes APPC, Januário JN, Cangussu CB, Macedo DL, Viana MB. Mortality of children with sickle cell disease: a population study. J Pediatr [serial on the Internet]. 2010 Aug [cited 2012 Aug 12]; 86(4): 279-84. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n4/en\\_a06v86n4.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v86n4/en_a06v86n4.pdf).
5. Cançado RD, Jesus JA. A doença falciforme no Brasil. Rev Bras Hematol Hemoter [serial on the internet]. 2007 Sep [cited 2012 Ago 16]; 29(3): 204-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a02.pdf>.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de anemia falciforme para agentes comunitários de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

7. Araujo PIC. O autocuidado na doença falciforme. Rev Bras Hematol Hemoter [serial on the Internet]. 2007 Sep [cited 2012 Ago 10]; 29(3): 239-46. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a10.pdf>.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage on the internet]. [cited 2012 may 20]. Available from: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=292920>>
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual da anemia falciforme para a população. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
10. Ministério da Saúde (BR). Doença falciforme e outras hemoglobinopatias [homepage on the internet]. [cited 2012 Ago 16]. Available from: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=27777&janela=1](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=27777&janela=1).>
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
12. Zago MA, Pinto ACS. Fisiopatologia das doenças falciformes: da mutação genética à insuficiência de múltiplos órgãos. Rev Bras Hematol Hemoter [serial on the Internet]. 2007 Set [cited 2012 Ago 12]; 29(3): 207-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a03.pdf>.
13. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [homepage on the internet]. [cited 2012 May 20]. Available from: <http://www.abep.org/>.
14. Terassi M, Rissardo L, Peixoto J, Salci M, Carreira L. Prevalência do uso de medicamentos em idosos institucionalizados: um estudo descritivo. Online braz j nurs [serial on the Internet]. 2012 Apr [Cited 2012 Feb 24]; 11(1). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3516>
15. Amorim T, Pimentel H, Fontes MI, Purificação A, Lessa P, Boa-Sorte N. Avaliação do Programa de Triagem Neonatal da Bahia entre 2007 e 2009: as lições da Doença Falciforme. Gaz méd Bahia. 2010; 80 (3):10-3.
16. Guimarães TM, Miranda W, Tavares M. O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. Rev Bras Hematol Hemoter [serial on the Internet]. 2009 [cited 2011 Feb 15]; 31(1): 9-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v31n1/aop0209.pdf>.
17. Kikuchi BA. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. Rev Bras Hematol Hemoter [serial on the Internet]. 2007 Sep [cited 2012 Aug 12]; 29 (3): 331-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a27.pdf>.
18. Paz R, Hernández-Navarro F. Manejo, prevención y control de la anemia megaloblástica secundaria a déficit de ácido fólico. Nutr Hosp [serial on the Internet]. 2006 Feb [cited 2012 Ago 16]; 21(1): 113-9. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n1/recomendaciones.pdf>.
19. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de condutas básicas na doença falciforme. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
20. Braga JA. Medidas gerais no tratamento das doenças falciformes. Rev Bras Hematol Hemoter [serial on the Internet]. 2007 [cited 2012 Ago 13]; 29 (3): 233-8. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v29n3/v29n3a09.pdf>.

**Recebido: 09/03/2012**  
**Aprovado: 12/11/2012**