CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFTC
CURSOS DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA E NUTRIÇÃO
UNIDADE DE ENSINO: VITÓRIA DA CONQUISTA-BA

AMANDA BISPO
ANIZIA NETA LIMA SANTOS
BIANCA DE ASSUNÇÃO MACHADO

PREVALÊNCIA DE ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA

VITÓRIA DA CONQUISTA-BA
2022

AMANDA BISPO
ANÍZIA NETA LIMA SANTOS
BIANCA DE ASSUNÇÃO MACHADO

PREVALÊNCIA DE ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DA CONQUISTA

Trabalho apresentado à Universidade e Faculdade de Tecnologia e Ciências como exigência dos Cursos de Farmácia e Nutrição na matéria de Projeto Inter profissional de Pesquisa em Saúde.
Orientadora: Prof.ª. Beatriz Oliveira Rabelo

VITÓRIA DA CONQUISTA-BA

2022

BISPO, Amanda; SANTOS, Anizia; MACHADO, Bianca. Prevalência de Anemia Ferropriva em crianças no município de Vitória da Conquista. 2022. Projeto Interprofissional de Pesquisa em Saúde - Centro Universitário UniFTC, Vitória da Conquista, 2022.

RESUMO

A anemia ferropriva faz parte do grupo das anemias hipoproliferativas carenciais classificadas como microcítica hipocrômica, que é uma anemia caracterizada pela diminuição de ferro. Geralmente a falta de ferro no organismo ocorre pela deficiência de sua ingestão, mas também pode ocorrer devido à perda crônica de sangue ou por complicações de absorção, afetando principalmente crianças. A principal causa de anemia ferropriva é o aumento da demanda de ferro e sua ingestão deficiente, que ocorre mais frequentemente na fase inicial da vida. A carência de ferro, mesmo antes de suas manifestações hematológicas, provoca um acometimento sistêmico com repercussões na imunidade e resistência a infecções no processo de aprendizado e no desenvolvimento da criança. É necessário atuar de forma preventiva em relação à deficiência de ferro em crianças, bem como alertar os profissionais de saúde sobre diagnóstico precoce, profilaxia e tratamento. O diagnóstico é realizado de forma clínica e através de exames laboratoriais tal como hemograma, ferro sérico, ferritina, transferrina e saturação da transferrina. O tratamento depende das causas da anemia ferropriva, mas frequentemente envolve a inclusão de alimentos com ferro nas refeições, sulfato ferroso e suplementação de nutrientes. A pesquisa tem como objetivo avaliar o índice de crianças acometidas pela anemia ferropriva no município de Vitória da Conquista, no Estado da Bahia para compreender as causas que contribuem para o desenvolvimento da doença através de um levantamento de dados do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), em Vitória da Conquista.

Palavras chave: Carência; Glóbulo vermelho; Ferro; Hipoproliferativas.

ABSTRACT

Iron deficiency anemia is part of the group of hypoproliferative deficiency anemias classified as hypochromic microcytic anemia characterized by iron deficiency Generally, the lack of iron occurs due to a deficiency in its intake, but it can also occur due to chronic blood loss or absorption defects , mainly affecting children. The main cause of iron deficiency anemia is the increased demand for iron and its insufficient intake, which occurs more frequently in babies. Iron deficiency, even before its hematological manifestations, causes a systemic involvement with repercussions on immunity and resistance to infections, in the learning process and in the child's development. It is necessary to act preventively in relation to iron deficiency in children, as well as to alert health professionals about early diagnosis, prophylaxis and treatment. The diagnosis is made clinically and through laboratory tests such as blood count, serum iron, ferritin, transferrin and transferrin saturation. Treatment depends on the causes of iron deficiency anemia, but often involves including iron-rich foods in meals, ferrous sulfate, and nutrient supplementation. The research aims to evaluate the rate of children affected by iron deficiency anemia in the municipality of Vitória da Conquista, in the State of Bahia, in order to understand the causes that contribute to the development of the disease through a survey of data from the Public Health Laboratory of the Municipality of VDC (LACEN).

Keywords: Deficiency, Red blood cells, Iron, Hypoproliferative.

Sumário

1. INTRODUÇÃO.....07

2. TEMA.....08

3. PROBLEMÁTICA.....08

4. HIPÓTESE.....08

5. OBJETIVO GERAL.....08

5.1OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....08

6. JUSTIFICATIVA.....08

7. REFERENCIAL TEÓRICO.....09

7.1 ANEMIA.....10

7.2 ANEMIA FERROPRIVA.....11

7.3 PREVALÊNCIA.....12

7.4 DIAGNÓSTICO.....13

7.5. TRATAMENTO.....14

8. METODOLOGIA.....15

8.1 TIPO DE ESTUDO.....15

8.2 LOCAL DE ESTUDO.....15

8.3 AMOSTRA E COLETA DE DADOS.....15

8.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....16

8.5 DISPENSA DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....16

8.6 ASPECTO ÉTICO.....16

9. CRONOGRAMA.....17

10. TABELA DE CUSTOS.....17

11. RESULTADOS ESPERADOS.....17

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....18

1. INTRODUÇÃO

A anemia é definida como uma condição no qual o conteúdo de hemoglobina está inferior ao valor de referência, que pode se resultado da carência de um ou mais nutrientes essenciais, a anemia ferropriva é caracterizada como um tipo de anemia que acontece devido à deficiência de ferro no organismo, A organização mundial da saúde (OMS) estima que metade da população com menos de quatro anos nos países em desenvolvimento possuem anemia ferropriva, e no Brasil os dados para prevalência variam de 22,7% a 77,0%. (DUNCAN, 2004). Diversos fatores podem estar relacionados ao desenvolvimento da anemia ferropriva em crianças como questões socioeconômicas, baixo peso ao nascer, baixa ingestão de carne ou vitamina C, aleitamento materno insuficiente, falta de acesso aos serviços de saúde, sendo a principal causa o aumento da demanda de ferro e sua ingestão insuficiente. A alimentação adequada logo nos primeiros anos de vida é de fundamental importância para o desenvolvimento da criança (CUNHA, Antônio, 2001).

Considerada como um sério problema de saúde pública, a anemia ferropriva pode prejudicar a capacidade de aprendizado, retardar o processo de crescimento e redução na resistência às infecções. O diagnóstico da anemia ferropriva é realizado, através de exames laboratoriais com hemograma e dosagem de ferro sérico ferritina e saturação de ferritina, o profissional farmacêutico exerce um papel importante no diagnóstico e tratamento da anemia, visando a melhora do paciente e se certificando do uso seguro dos medicamentos, (BRAGA; VITALL, 2011). Juntamente com o nutricionista desempenha um papel importante na educação nutricional voltada para a prevenção e o tratamento da anemia ferropriva, orientando sobre a alimentação adequada, de forma a aumentar o consumo de alimentos fonte de ferro e os benefícios do aleitamento materno (BARTOLINI, VITOLO, 2010).

Diante da importância do ferro e os impactos que a deficiência acarreta na saúde, torna-se fundamental analisar a prevalência de crianças diagnosticadas com anemia ferropriva, que por consequência contribui para medidas preventivas, que podem trazer impactos na redução da prevalência e promover melhor qualidade de vida à população (BRAGA, VITALLE, 2010).

2. TEMA

Analisar a prevalência de crianças diagnosticadas com anemia ferropriva no município de Vitória da Conquista.

3. PROBLEMÁTICA

Diante do exposto em literatura, quais as causas que desencadeiam a prevalência de crianças portadoras de anemia ferropriva?

4. HIPÓTESE

Diante de estudos que apresentam dados que comprovam a prevalência de crianças diagnosticadas com anemia ferropriva, é possível afirmar que, isto ocorra devido a deficiência de alimentos ricos em ferro e a falta de realização de exames laboratoriais de rotina capazes de detectar determinadas patologias?

5. OBJETIVO GERAL

Avaliar o índice de crianças acometidas por anemia ferropriva no município de Vitória da Conquista

5.1OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1.Compreender as causas que corroboram o desenvolvimento da anemia ferropriva em crianças;

2.Reforçar a importância do farmacêutico e nutricionista na orientação e prevenção da anemia ferropriva;

3.Determinar a prevalência de anemia ferropriva em crianças no município de Vitória da Conquista.

6. JUSTIFICATIVA

Visto que a anemia ferropriva ainda é um problema de saúde pública, sendo um distúrbio nutricional com prevalência em populações com carências nutricionais, estilo de vida vegetariano e baixo perfil socioeconômico, principalmente em crianças com menos de 24 meses que não receberam alimento lácteo materno, faz-se fundamental o estudo aprofundado a respeito desta patologia com o intuito de investigar as possíveis causas.

Quando bem-estruturada, a equipe multidisciplinar de saúde pode ser usada como estratégia para tornar o atendimento mais qualificado, efetivo e seguro para o paciente. Além disso, é possível promover diferentes ações que resultem em benefícios clínicos, humanísticos e econômicos para a instituição.

7. REFERENCIAL TEÓRICO

7.1 ANEMIA

A anemia é definida como a perda considerável de massa de hemoglobina e, consequentemente, da massa eritrocitária. De acordo a Organização Mundial da Saúde (OMS) um paciente é considerado anêmico quando sua concentração de Hemoglobina (Hb) é inferior a 12 g/dL para mulheres pré-menopausa e inferior a 13,0 g/dL para homens e para mulheres na fase pós-menopausa, sendo ambos os valores considerados para o nível do mar, os parâmetros da normalidade da concentração da Hb em crianças e em adolescentes diferem daqueles observados nos adultos, entre os 6 meses e os 5 anos, o limite inferior é de 11,0 g/dL; entre 6 e 11 anos, de 11,5 g/dL; entre 12 e 14 anos, de 12,0 g/dL, valor que se mantém para as mulheres a partir de então (OMS,2017).

Diversos fatores podem promover a diminuição da hemoglobina, como deficiência de nutrientes como proteínas, ferro, vitamina B12, zinco; má absorção do ferro por doença celíaca, gastrite atrófica, cirurgia bariátrica, uso de drogas, infecção por *H. pylori*; perca sanguínea por trauma, hemorragia digestiva, hemoptisis, hematúria, hemodiálise; alta demanda em fases da vida mais específicas: infância, adolescência e gestação (CUNHA, Gil, 2019).

A anemia pode ser classificada em três grandes grupos, são eles: Anemia microcítica, assim chamada quando há uma redução no tamanho dos glóbulos vermelhos, conhecidos cientificamente como volume corpuscular médio ou VCM, deixando o seu valor abaixo de <80 fL, isso acontece quando a hemoglobina sofre alterações, deixando os glóbulos vermelhos menores; macrocítica, conhecida como anemia por deficiência de vitamina B12, causada desde problemas no sistema digestivo a danos causados por cirurgias de perda de peso até uma dieta

vegetariana ou vegana; e normocítica, nesta os glóbulos vermelhos possuem tamanho considerável normal, é geralmente associada a outros tipos de patologias como doenças crônicas que cursam com inflamação crônica (BEUTLER E., Waalen, 2006).

Destas, a mais comum é a Anemia Ferropriva, que é um tipo da microcítica causada pela deficiência de ferro, cerca de 90% das anemias são advindas da carência deste nutriente. De forma geral, os principais sinais e sintomas são astenia, dispneia, palpitações, especialmente aos esforços, que se acentuam à medida que a anemia se intensifica, falta de apetite e palidez de pele e mucosas. Sua prevalência é baseada de acordo com a região, país e condições socioeconômicas, no Brasil a região Nordeste apresenta a maior porcentagem de crianças e mulheres anêmicas (QUEIROZ, Suzana; TORRES, Marco, 2000).

7.2 ANEMIA FERROPRIVA

A Anemia Ferropriva é a mais comum das anemias, causada pela deficiência de ferro devido à baixa ingestão de alimentos ricos neste nutriente, como feijão, fígado e miúdos, frutos do mar, carnes vermelhas magras, hortaliças, gema de ovo, dentre outros. O ferro é fundamental na formação de células sanguíneas e transporte de oxigênio pelo corpo, motivo pelo qual é considerado um mineral tão importante, sua absorção é realizada no duodeno e na parte superior do jejuno, as propriedades físicas do trato gastrointestinal propiciam esta absorção (LACERDA, Elisa, 2001).

O mineral é classificado como heme e não heme, sendo que o primeiro é encontrado abundantemente em carnes vermelhas e o segundo pode ser encontrado em alimentos de origem vegetal e animal. Após absorção, o ferro é transportado através da proteína transferrina, que possui alta afinidade com o mesmo, de maneira que se liga a quase todo o ferro não heme circulante. A maior parte do ferro é incorporada a hemoglobina dos eritrócitos circulantes, a outra parte é estocada em forma de ferritina e hemossiderina (BRAUNSTEIN, Evan, 2021).

A Anemia Ferropriva também pode ser causada pela má absorção de ferro devido cirurgias, como a bariátrica, ou uso de medicamentos inibidores da bomba de prótons, pela perda excessiva de sangue ou alta demanda de ferro na primeira infância, adolescência e especialmente durante a gestação, quando a mulher necessita ainda mais deste mineral em seu organismo, nas mulheres ocorre principalmente no período menstrual, em adultos pós menopausa é necessário investigar, podendo ser obstruções intestinais (CUNHA, Gil, 2019).

A deficiência deste mineral no organismo ocorre por estágios, no primeiro estágio a quantidade necessária pelo corpo excede o que é absorvido resultando no consumo do depósito de ferro da medula óssea, conforme os estoques são reduzidos aumenta-se a absorção dietética de ferro. Nos próximos estágios a deficiência do mesmo se torna grave ao ponto de ocasionar insuficiência na síntese de eritrócitos, levando a anemia. Quando se trata de crianças diagnosticadas com anemia ferropriva temos como principal causa a dieta pobre em ferro, entretanto vale ressaltar que também pode ser causado pelo uso excessivo de leite de vaca, sobretudo quando está substituindo o leite materno, alergias alimentares e intoxicação por chumbo (QUEIROZ, S de S, 2000).

Os sintomas não são observados de imediato, pois não são aparentes, dificultando o diagnóstico e início de um tratamento. Com um tempo pode-se observar: Coloração azulada ou muito pálida da esclera dos olhos, unhas quebradiças, diminuição do apetite ou desejos por alimentos incomuns, fraqueza e fadiga prolongada, dores de cabeça e tontura, irritabilidade, dificuldades respiratórias e taquicardia, palidez, ganho de peso (ZANIN, Tatiana, 2001).

7.3 PREVALÊNCIA

Os fatores que determinam a prevalência e distribuição da anemia em uma população envolvem uma complexa interação de fatores políticos, ecológicos, sociais e biológicos. Quando se trata do desenvolvimento econômico a prevalência de anemia está inversamente correlacionada. A prevalência de anemia está estimada em 9% em países com alto desenvolvimento, em países com baixo desenvolvimento a prevalência é de 43%, estimando um total de mais de dois bilhões de pessoas acometidas pela Anemia ferropriva em todo o mundo, dentre elas aproximadamente 47% dos casos são de crianças em fase pré-escolar (HORIZ, Med, 2020).

As crianças e mulheres em idade reprodutiva estão em maior risco, em parte devido à sua vulnerabilidade fisiológica, sendo que aquelas que estão entre 25 e 60 meses são ainda mais vulneráveis a desenvolverem a doença. O aumento de crianças anêmicas está associado às mudanças de hábitos alimentares, acompanhando a transição nutricional do país. É válido ressaltar que as condições socioeconômicas possuem grande relevância no aumento de casos da anemia ferropriva, visto que a condição social interfere diretamente com a qualidade de vida e da alimentação da população vigente (BRAUNSTEIN, Evan, 2009).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) têm como objetivo oferecer serviços mais próximos à população, especialmente a mais carente, tendo como referência as condições socioeconômicas e, portanto, a mais vulnerável aos agravos nutricionais, com prevenção e tratamento relacionados à saúde em todas as faixas etárias visando a redução do número de pacientes encaminhados aos hospitais. Neste ambiente é possível observar de perto o número considerável de crianças com anemia ferropriva. Estudos realizados na UBS de Recife encontraram 85% de crianças com anemia na faixa etária de 6 a 11 meses e 82% na de 12 a 23 meses de idade (JORDÃO, Regina, 2009).

Os países em desenvolvimento, emergentes, apresentam prevalência quatro vezes maiores que as encontradas em países desenvolvidos, isso se explica pela carência de saneamento básico, baixas condições econômicas e alta morbidade na infância. Segundo o relatório anual "O estado da segurança alimentar no mundo", produzido pelas agências das Nações Unidas (FAO, OMS, PAM e Unicef), estudos foram realizados em todo o país em crianças com idade entre zero a 72 meses apontando que as regiões Norte e Centro-Oeste são as que possuem maior prevalência de casos de anemia ferropriva (BERNARDI, Júlia, 2009).

7.4 DIAGNÓSTICO

Para diagnosticar a anemia ferropriva é fundamental observar os sinais clínicos advindos da falta de ferro, que incluem fraqueza, cefaleia, irritabilidade, síndrome das pernas inquietas e vários graus de fadiga e intolerância aos exercícios ou pica (apetite pervertido por barro ou terra, papéis, amido). Pode-se observar também distúrbios de conduta e percepção e psicomotores, atenuação ou impedir a capacidade bactericida dos neutrófilos, diminuição de linfócitos T, redução do rendimento a exercícios, palidez da face, das palmas das mãos e das mucosas conjuntiva e oral, respiração ofegante, astenia e algia em membros inferiores, unhas quebradiças e rugosas e estomatite angular (CUNHA, Antônio José, 2001).

Há pacientes que apresentam a patologia, entretanto assintomáticos, nesses casos são necessários os exames laboratoriais para realizar o diagnóstico, pois a análise clínica não é o suficiente, especialmente na detecção de casos precoces. Quando o diagnóstico é precoce a prevalência de tratamentos mais eficazes e melhor qualidade de vida ao paciente se tornam ainda maior. Sendo assim, é válido ressaltar a importância da orientação dada pelo profissional pediatra aos pais sobre o aleitamento, introdução de alimentos complementares na dieta e a

regularidade de exames clínicos para acompanhar o bebê desde o início da sua vida (FILHO, Antônio de Azevedo, 2009).

A realização de exames laboratoriais oferece diagnósticos mais precisos quando se trata da descoberta dos estágios de depleção do ferro. Os principais exames laboratoriais realizados são o hemograma, a dosagem de ferro sérico, de ferritina e de transferrina, a avaliação da capacidade total de ligação do ferro (TIBC) e a saturação da transferrina (QUEIROZ &TORRES, 2000; OSÓRIO, 2002).

O nível de concentração de ferritina é o marcador mais confiável das reservas de ferro no corpo, seus valores normais variam de 40 a 200 ng/mL (mcg/L), não havendo nenhuma situação clínica em que os valores estejam reduzidos que se refira a alguma patologia que não esteja associada a deficiência de ferro, sendo assim todo indivíduo com concentração de ferritina menor do que 10 a 15 ng/mL têm deficiência deste mineral e geralmente está correlacionada com anemia ferropriva. Valores inferiores a 12μg/L são fortes indicadores de depleção das reservas corporais de ferro em crianças menores de 5 anos, e inferiores a 15μg/L para crianças entre 5 e 12 anos (LORENZI, 2006).

7.5. TRATAMENTO

O tratamento para a Anemia ferropriva pode ser farmacológico ou não farmacológico, sendo realizado de acordo com as causas desta patologia com o objetivo de corrigir o valor da hemoglobina circulante e preencher os depósitos de ferro nos tecidos onde ele é armazenado. De forma geral, o tratamento inicial é a reposição da necessidade de ferro no organismo através da prescrição de medicamentos que tenham como objetivo suprir tal ocorrência (MATOS et al., 2012).

O tratamento farmacológico pode ser oral, parenteral e em casos graves por transfusão de hemácias. A mais comum é a via oral, as dosagens de sais de ferro podem chegar a 200 ou 300 mg diárias por no mínimo 2 a 3 semanas, variando conforme cada caso e grau de anemia. É indicado que não faça a administração deste medicamento juntamente com suplementos polivitamínicos e minerais, pois há interação entre o ferro e o cálcio, fosfato, zinco e outros elementos, diminuindo sua biodisponibilidade. Além de evitar a ingestão de chá mate ou preto, café e antiácidos durante ou logo após a administração do medicamento s (FIGUEIREDO & VICARI, 2006).

A transfusão sanguínea somente está indicada em crianças com hemoglobina inferior a 5g/dl ou com sinais de descompensação cardíaca. As causas secundárias envolvem a má absorção intestinal do ferro, perdas sanguíneas crônicas e parasitose intestinal. Os medicamentos mais utilizados para o tratamento da anemia ferropriva são: Combiron, Combiron fólico, Ferronil, Hemax Eritron, Hemogenin, Neutrofer, Noripurum EV, Noripurum fólico. Somente o médico pode dizer qual o medicamento mais indicado para cada caso, bem como a dosagem correta e a duração do tratamento (NAOUM, 2011).

Quando se trata do tratamento não medicamentoso é realizada uma dieta balanceada, assegurando nutrientes suficientes para garantir o fornecimento essencial dos aminoácidos formadores da hemoglobina. Os alimentos recomendados para compor a dieta são fontes de ferro, os principais são as carnes vermelhas, vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, peixes e hortaliças verde-escuras. Para melhorar a absorção do ferro, recomenda-se a ingestão de alimentos ricos em vitamina C. Este nutriente está disponível nas frutas cítricas, como laranja, acerola e limão (CANÇADO, 2009).

8. METODOLOGIA

8.1 TIPOS DE ESTUDO

É um estudo transversal, retrospectivo, utilizado como plano amostral através dos dados contidos nos prontuários, registros e resultados dos exames laboratoriais acessados pelo Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) dos pacientes submetidos ao atendimento neste centro de referência, advindos do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN), em Vitória da Conquista.

8.2 LOCAIS DE ESTUDO

O trabalho será desenvolvido através da base de dados do LACEN, localizado na Avenida. Macaúbas, 100 - Kadija, Vitória da Conquista - BA.

8.3 AMOSTRA E COLETA DE DADOS

Será realizado um estudo transversal de base populacional com amostra representativa de crianças de 0 a 12 anos de idade, do sexo feminino e masculino, de todas as raças residentes na zona urbana de Vitória da Conquista, Bahia. Serão estudados os seguintes indicadores obtidos por meio de Eritrograma: dosagem de hemoglobina, volume corpuscular médio (VCM), hemoglobina corpuscular média (HCM) e red cell distribution width (RDW). critério que será utilizado para sinal sugestivo de anemia ferropriva, além do parâmetro de Hemoglobina (Hb) presente na amostra do sangue venoso, tendo como referência de normalidade em crianças, valor igual ou superior a 11 g/dL e de anemia valores abaixo de 11 g/ dL, essa ainda subdivida em: Anemia grave (Hb < 7) Anemia moderada (Hb 7 - 9,9) ,Anemia leve (Hb 10 - 10,9), dosagem de ferro sérico, de ferritina e de transferrina, a avaliação da capacidade total de ligação do ferro (TIBC) e saturação da transferrina.

Foram excluídos do estudo crianças com anemia de etiologia definidamente não nutricional, aqueles cuja amostra não era referente as crianças com idade acima de 12 anos, além dos que não apresentavam identificação precisa do local de estudo, da amostra e da faixa etária do público-alvo.

8.4 ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados Coletados serão tabulados, através de análises estatísticas de prevalência, assistência, frequência e teste de Kolmogorov-Smirnov, com a finalidade de definir se os testes são paramétricos ou não paramétricos, para então definir quais testes estatísticos serão aplicados.

8.5 DISPENSAM DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Solicita – se a dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por considerar o caráter observacional retrospectivo mantendo o sigilo, bem como o comprimento de todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas na resolução 466/2012.

8.6 ASPECTO ÉTICO

Riscos: Possível exposição dos dados confidenciais dos pacientes, para minimizar esse risco não será realizada entrevistas aos pacientes, além disso os pesquisadores asseguram o respeito aos princípios éticos estabelecidos na resolução 466/2012.

Benefícios: Oferecerem elevada possibilidade de gerar conhecimento para entender, prevenir ou aliviar a patologia que afete o bem-estar dos pacientes da pesquisa.

9. CRONOGRAMA

Período	**2022**										
Meses	**fev**	**mar**	**abr**	**maio**	**jun**	**jul**	**ago**	**set**	**out**	**nov**	**dez**
Definição do tema	**X**										
Desenvolvimento do projeto	**X**	**X**	**X**								
Entrega do projeto			**X**								
Coleta de dados							**X**	**X**			
Análise dos dados									**X**	**X**	
Defesa do TCC											**X**

10. TABELA DE CUSTOS

Gastos	**Valor**	**Valor total**
Transporte	40,00	
Panfletos	21,99	
Impressão	12,00	=73,99

11. RESULTADOS ESPERADOS

Notificar a incidência de crianças diagnosticadas com Anemia Ferropriva de acordo com a Secretaria de Saúde, utilizando os dados do Laboratório Central de Vitória da Conquista, Demonstrar promoção de ações de saúde, ajudando a criar hábitos alimentares saudáveis com criações de palestras, dinâmicas e interações com sua rede de apoio a família, podendo contribuir com informações e curiosidades sobre uma boa alimentação, com introdução adequada, transmitindo de forma clara e acessível com o objetivo de despertar a curiosidade

dos pais e responsáveis, para que quando capacitados ofereçam aos seus filhos uma alimentação adequada acessível às suas condições financeiras.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARTOLINI, G.A; VITOLO, M.R. Importância das práticas alimentares noprimeiro ano de vida na prevenção da deficiência de ferro. Revista de Nutrição, campinas, vol 23, n6, 2010.

BRAGA JAP, VITALL MMS. Deficiência de ferro e desenvolvimento cognitivo. Rev Bras Cresc e desenvolvimento humano. 2011.

BRASIL. Pesquisa Nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – pnds 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Brasília.

CLÁUDIO, ES, Lima Júnior, SJ de, Rodrigues, AM, Rosa, T. de S., Rezende, RR, & Silva, HJR e. (2019). ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO. Em SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE: Atividade Física, Nutrição e Reabilitação (pp. 68–74). Editora Stricto Sensu.

CÔRTES, M. H.; VASCONCELOS, I. A. L.; COITINHO, D. C. Prevalência de anemia ferropriva em gestantes brasileiras: uma revisão dos últimos 40 anos. Revista de Nutrição

DE SANTIS, GC (2019). Anemia: definição, epidemiologia, fisiopatologia, classificação e tratamento. Medicina (Ribeirão Preto). https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1025768

DUNCAN, BRUCE B: et.al. Medicina ambulatorial. Condutas de atenção primaria baseadas em evidências, 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004, 1600p.

ERNER BR. A alimentação e a anemia carencial em adolescentes (tese de doutorado). São Paulo, SP: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1999.

ESTEVES JORDÃO, R., LAURA, J., BERNARDI, D., AZEVEDO, AD, FILHO, B., & De Revisão, A. (sd). Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma sistemática. Gov.Br. Recuperado em 22 de maio de 2022, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0209/pdfs/IS29(2)033.pdf

LACERDA, E., & CUNHA, AJ (2001). Anemia ferropriva e alimentação no segundo ano de vida no Rio de Janeiro, Brasil. Revista panamericana de saúde pública, 9 (5), 294–301. https://doi.org/10.1590/s1020-49892001000500002

M. da Saúde do. Cadernos de Atenção Básica - n° 20: Carência de micronutrientes. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

M. da S. Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília: Ministério da Saúde,2013.

MOREIRA, Thiago César. et al. Análise da Prevalência de Anemia em crianças de dois a sete anos do Centro Educativo Padre Agostini, Pontal do Araguais, MT.

NEWS LAB- ed.67-2004 OLIVEIRA, Maria A. A.; OSÓRIO, Mônica M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. Jornal de Pediatria (Rio J.) vol.81 n.5 Porto Alegre Sept./Oct. 2005.

OSÓRIO, Mônica M. Fatores determinantes da anemia em crianças. Jornal de Pediatria (Rio Janeiro), 2002.

PALOMBO, Claudia Nery Teixeira; FUJIMORI, Elizabeth. Conhecimentos e práticas de educadoras infantis sobre anemia. Revista Brasileira Saúde Matern. Infant. Recife, 209- 216, abr./ junho, 2006.

PAIVA, A. A.; RONDÓ, P. H. C.; SHINOHARA, E. M. G. Parâmetros para avaliação do estado nutricional de ferro. Revista de Saúde Pública. v.34, n.4, São Paulo, 2000.

PINHEIRO, Fabíola G. M. B.; et al. Avaliação da anemia em crianças da cidade de Campina Grande, Paraíba, Brasil. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia v.30 n.6 São Paulo nov./dez. 2008. Disponível em:<https://www.scielo.br/j/rbhh/a/Vj4LSxMv6SQNLG6p74nr4bf/abstract/?lang=pt#>. Acessado em: 16/04/22.

QUEIROZ, S. de S., & TORRES, MA de a. (2000). Anemia por deficiência de ferro em crianças. Jornal de Pediatria, 76 (8), 298–304. https://doi.org/10.2223/jped.167

SZARFARC SC. Diagnóstico de deficiência de ferro na infância. Rev Saúde Pública 19885.