

Prevalência de anemias em gestantes no município de Lagoa Vermelha- RS entre o período de 2009 a 2015

Prevalence of anemia among pregnant women in the city of Lagoa Vermelha- RS between the periods 2009 to 2015

Sérgio Ricardo Nicolodi¹

Resumo

A gestação é um período especialmente propício para o desenvolvimento de anemias carenciais. Esta pesquisa teve como objetivo verificar a prevalência e a classificação morfológica de anemias em microcíticas, normocíticas e macrocíticas em 441 gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde em Lagoa Vermelha RS, de 2009 a 2015. Como instrumento de coleta de dados, foram utilizados os laudos de hemogramas, realizados, pelas gestantes, no Laboratório Nicolodi Ltda. e as variáveis: Idade, dosagem de hemoglobina, Volume Corpuscular Médio (VCM). A prevalência de anemias das gestantes foi de 22,45% e a maioria, 20,18%, apresentava valores de hemoglobina entre 10 e 10,90 g/dl. A faixa etária mais acometida encontra-se entre 14 a 22 anos (48,92%) e em relação a classificação das anemias, conforme VCM, a prevalência foi de 13,38 % de anemias microcíticas e 9,50% anemias macrocíticas. Neste estudo a prevalência de gestantes anêmicas, foi considerada, segundo a OMS um moderado problema de saúde pública, sendo a grande maioria classificada como anemia de grau leve. Os resultados obtidos em nosso estudo possuem grande relevância, principalmente como fonte de futuras consultas, comparações, monitoramento e ações preventivas em saúde pública das gestantes de Lagoa Vermelha.

Palavras-chave: Anemia. Gestantes. Prevalência. Saúde pública.

Abstract

Pregnancy is an especially suitable time for the development of anemia deficiency. This research aimed to determine the prevalence and morphological classification of anemias in microcytic, normocytic and macrocytic in 441 pregnant women in the Basic Health Units in Lagoa Vermelha RS from 2009 to 2015. As a data collection instrument, the reports were used of blood tests, carried out by pregnant women in the Laboratory Nicolodi Ltda. and the variables: age, hemoglobin, mean corpuscular volume (MCV). The prevalence of anemia in pregnant women was 22.45% and most, 20.18%, had a hemoglobin of 10 and 10.90 g / dl. The most affected age group is between 14-22 years (48.92%) and in relation to classification of anemias as VCM, the prevalence was 13.38% of microcytic anemias and 9.50% macrocytic anemias. In this study the prevalence of anemic pregnant women was considered, according to WHO a moderate public health problem, with the majority classified as mild anemia. The results obtained in our study have great importance, especially as a source of future reference, comparison, monitoring and preventive public health of Lagoa Vermelha pregnant.

Keywords: Anemia. Pregnant women. Prevalence. Public health.

¹ Farmacêutico Bioquímico, formado pela Universidade Católica de Pelotas – RS, Pós Graduado em Análises Clínicas pela Universidade Federal de Santa Maria e Acadêmico do curso de Pós Graduação em Hematologia Clínica e Laboratorial da Academia de Ciências e Tecnologia de São José do Rio Preto SP.

Introdução

A anemia pode ocorrer por perda sanguínea, destruição excessiva dos eritrócitos ou deficiência de sua produção. Anemia na gestação, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), é definida como nível de hemoglobina abaixo de 11g/dl. Ela pode ser classificada como leve (Hb 10 – 10,9g/dl), moderada (Hb 8 – 9,9g/dl) e grave (Hb <ou= 8g/dl). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A gravidez é um período em que as mulheres sofrem várias mudanças, tendo que se adaptar ao aumento de peso e a readaptação do organismo às proteínas, açúcares, minerais e ferro. Assim a partir do primeiro trimestre, o volume de sangue tende a aumentar, expandindo com maior rapidez no segundo trimestre e mais lentamente no final da gestação. Esse processo ocorre em desigualdade, pois o volume líquido (plasma é três vezes maior que o dos elementos figurados do sangue (glóbulos vermelhos, glóbulos brancos e plaquetas) (LUND; DONOVAN, 1967; BRANCH, 1992; KAISER, 2002). No entanto, os eritrócitos devem permanecer normocíticos normocrômicos, a menos que ocorra deficiência de ferro, os valores normais tendem a retornar aos valores pré-gravídicos no puerpério, em torno de 6 a 8 semanas após o parto (BERNARD et AL., 2000).

É interessante adotar outros critérios para a conceituação e para diagnóstico de anemia. Os índices corpusculares ou hematimétricos, principalmente o Volume Corpuscular Médio (VCM= 81-95 fl) não sofrem variações e podem, então, ser tomados com tal finalidade. Para fins práticos, tomando-se o VCM como indicador, identificando-se, três tipos de anemia: microcíticas (VCM = < 85fl), normocíticas (VCM entre 85 e 95 fl) e macrocítica (VCM > 95 fl). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

As anemias podem ser classificadas, segundo a etiologia, em anemias cuja a produção de eritrócitos esta alterada (anemias carenciais – deficiência de ferro, vitamina B12, folato), anemias devido o aumento da destruição dos eritrócitos (anemias hemolíticas) ou anemias devido a perdas sanguíneas (hemorragias) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Dados apontam no Brasil uma prevalência de anemia de até 50% em crianças de seis meses a cinco

anos, 15 a 30% em gestantes, 20% em mulheres em idade fértil e 20% em adolescentes (BRASIL, 2003; PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Níveis baixos de hemoglobina que correspondem à anemia moderada e grave são associados com índices aumentados de mortalidade materno-fetal e doenças infecciosas. Níveis de hemoglobina abaixo de 9,5g/dl e até mesmo 11g/dl próximo ao termo podem estar relacionados a RN de baixo peso e prematuridade. Por outro lado, níveis elevados de hemoglobina (> ou = 13g/dl) também estão relacionados com mau prognósticos gestacional (prematuridade e baixo peso).(MINISTERIO DA SAÚDE 2012).

A anemia na gestação é um problema de Saúde Pública, devidos aos efeitos prejudiciais que ocasiona na saúde e na qualidade de vida da gestante e do feto. Estudos evidenciam que a anemia na gravidez relaciona-se com maior risco de prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e menor concentração de hemoglobina do recém nascido (ANTOS, CERQUEIRA, 2008).

A anemia pode ser classificada em relação ao seu nível de importância em saúde pública, segundo a OMS, em: normal quando a prevalência estiver entre 5% a 19,9%; moderada quando a prevalência estiver entre 20% a 39,9% e grave quando a prevalência for > 40% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Com as modificações fisiológicas, torna-se difícil o reconhecimento de condições patológicas e assim, considera-se que o adequado diagnóstico de anemia na gestação exige, por vezes, extensa investigação laboratorial: dosagem de hemoglobina, VCM (Volume Corpuscular Médio), ferritina, ferro sérico, capacidade total de fixação no sangue periférico e até mesmo biópsia de medula óssea, além dos antecedentes anamnésticos de cada caso (REZENDE; COLOVSKY, 1998).

Este trabalho teve como objetivo verificar a prevalência e a classificação morfológica de anemias, em Microcítica, Normocítica e Macrocíticas em gestantes, atendidas em Unidades Básicas de Saúde no Município de Lagoa Vermelha – RS, durante os períodos de 2009 a 2015.

Casuísticas e Métodos

Foi realizado um estudo descritivo transversal retrospectivo, de 441 hemogramas de gestantes, atendidas em Unidades Básicas de Saúde do município de Lagoa Vermelha RS, com dados fornecidos pelo Laboratório Nicolodi Ltda. Os dados foram coletados dos hemogramas de gestantes, realizados nos anos 2009 a 2015, com as seguintes variáveis: idade, dosagens de hemoglobina (foram consideradas anêmicas as gestantes que possuíam dosagens de hemoglobina inferior a 11 g/dl segundo OMS) e Volume Corpuscular Médio (foram consideradas anemia microcíticas VCM \leq 85fl, normocíticas VCM entre 85 e 95 fl e macrocíticas VCM $>$ 95. segundo Manual Técnico do Ministério de Saúde-Gestação de Alto Risco).

Lagoa Vermelha, município situado na região nordeste do estado do Rio Grande do Sul, e de acordo com estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a sua população era de 28 419 habitantes em 2014. O Laboratório Nicolodi Ltda. CNPJ 94995859/00001-21, participante do Programa Nacional de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Análises Clínicas, há 28 anos atuando em análises Clínicas em Lagoa Vermelha e região. A pesquisa no decorrer do seu desenvolvimento foi realizada de acordo com as normas da Resolução CNS (Conselho Nacional de Saúde) 196/96 , após consentimento do responsável o Secretario Municipal de Saúde de Lagoa Vermelha.

Resultados

Segundo os dados obtidos nesta pesquisa, por meio de análise de 441 hemogramas realizados, de

gestantes no Laboratório Nicolodi Ltda e atendidas pelas seis Unidades Básicas de Saúde do município. Obteve-se que, 99 gestantes foram diagnosticadas com anemia, hemoglobina inferior a 11 g/dl. A prevalência geral de anemia nas gestantes estudadas foi de 22,42% (Tabela 1).

A faixa de idade de distribuição das gestantes estudada foi de 14 a 44 anos, sendo o período de 14 a 22 anos (48,92%) a com maior frequência de gestantes anêmicas. Os dados mostraram, que a maioria, 89 gestantes (89,90%) apresentaram, hemoglobina entre 10 e 10,9 g/dl, anemia de grau leve, nove gestantes (9,09%) hemoglobina entre 8,0 a 9,9 g/dl, anemia de grau moderado e uma gestante (1,01%), hemoglobina abaixo de 8,0 g/dl anemia de grau acentuado (Tabela 2).

Das 441 gestantes, 59 apresentavam valor de VCM $<$ 85 fl, anemia microcítica, com prevalência de 13,38% e 42 gestantes com valor de VCM $>$ 95 ou anemia macrocítica, com prevalência de 9,53% (Tabela 3).

Do total de gestantes com hemoglobina abaixo de 11 g/dl, 19 delas apresentavam VCM $<$ 85 fl, e tiveram microcitose, prevalência de 4,31%, 71 gestantes tiveram VCM entre 85 e 95 fl, normocitose, prevalência de 16,10% e 9 gestantes com VCM $>$ 95fl, macrocitose, prevalência de 2,04 % (Tabela 4).

Do total de gestantes com hemoglobina acima de 11 g/ dl, foram encontradas 40 gestantes com VCM $<$ 85 fl , e 33 gestantes com VCM $>$ 95 fl. A prevalência de anemias, nestes casos, foram de: 9,07% anemias microcíticas e 7,48% de anemias macrocíticas (Tabela 5).

Tabela 1. Prevalência de anemias em gestantes no município de Lagoa Vermelha –RS entre os períodos de 2009 e 2015.

Número total de gestantes	Número de gestantes anêmicas	Prevalência de anemia
N	N	%
441	99	22,42

Tabela 2. Perfil da faixa etária com a respectiva prevalência de grau de anemia , das gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de Lagoa Vermelha –RS , nos períodos de 2009 e 2015.

Idade	Número total de gestantes	Número de gestantes , anemia de grau leve		Número de gestantes, anemia de grau moderado		Número de gestantes, anemia de grau acentuado	
	N	%	N	%	N	%	N
14-18 anos	51	25,49	13	0,20	1	0,2	1
18-22 anos	111	23,43	26	0,09	1	-	-
22-26 anos	95	17,90	17	0,21	2	-	-
26-28 anos	51	19,61	10	0,40	3	-	-
28-32 anos	64	18,75	12	0,32	2	-	-
32-36 anos	42	19,00	8	-	-	-	-
36-40 anos	19	5,27	1	-	-	-	-
40-44 anos	8	25,00	2	-	-	-	-

Tabela 3. Prevalência morfológica das anemias em gestantes no município de Lagoa Vermelha -RS entre os períodos de 2009 e 2015.

Número total de gestantes	Anemia Microcítica		Anemia Macroscítica	
	N	%	N	%
441	59	13,38	42	0,50

Tabela 4. Prevalência morfológica das anemias em gestantes , com hemoglobina abaixo de 11g/dl, no município de Lagoa Vermelha –RS , entre os períodos de 2009 e 2015.

Número total de gestantes	Anemia Microcítica		Anemia Macroscítica	
	N	%	N	%
99	19	19,20	9	9,07

Tabela 5. Prevalência morfológica das anemias em gestantes, com hemoglobina acima de 11g/dl no município de Lagoa Vermelha-RS entre os períodos de 2009 e 2015.

Número total de gestantes	Anemia Microcítica		Anemia Macroscítica	
	N	%	N	%
342	40	11,70	33	9,65

Discussão

Nesta pesquisa, foi obtida uma prevalência de 22,42% (99/441) de gestantes diagnosticadas com anemia, no município de Lagoa Vermelha, no período de 2009 a 2015. A prevalência encontrada neste estudo foi, acima do normal, representando um moderado problema de saúde pública em Lagoa Vermelha, com prevalência de gestantes anêmicas excedendo a 19,9 % segundo os parâmetros da OMS.(WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001). A anemia de grau leve, foi a de maior prevalência com 89,90% das gestantes. As conseqüências de anemia ferropriva são sérias, principalmente durante a gestação. Níveis baixos de hemoglobina que correspondem à anemia moderada e grave são associados com índices aumentados de mortalidade maternofetal e doenças infecciosas. Níveis de hemoglobina abaixo 9,5 g/dl e até mesmo 11,0 g/dl próximo ao termo, podem estar relacionados com mau prognóstico gestacional (prematuridade e baixo peso) (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2012).

Em relação à faixa etária, foi observado que a maior prevalência de anemia em mulheres gestantes encontrava-se entre 14 a 22 anos (48,92 %), resultado que confirmaram os estudos em que crianças, adolescentes, mulheres em idade reprodutiva e gestantes são considerados os principais grupos de riscos para o desenvolvimento de anemias carências (KRAEMER; ZIMERMANN, 2007).

Em relação a prevalência morfológica das anemias em gestantes, os resultados foram de 13,38% de anemia microcíticas e de 9,50% de anemia macrocíticas. Como na gestação a expansão do volume plasmático é maior do que a expansão da massa eritrocitária, a despeito do aumento da eritropoiese, as concentrações de hemoglobina e hematócrito diminuem com conseqüente diminuição da viscosidade sangüínea .(CUNINGHAN FG *et all* 1993), Esta hemodiluição leva a uma "anemia fisiológica", atingindo um equilíbrio em torno de valores do hematócrito de 31 a 33% e hemoglobina de 11g/dl (BARRET JFR *et all* 1994). Os eritrócitos, no

entanto, devem permanecer normocíticos e normocrômicos (a menos que ocorra uma deficiência de ferro), e tendem a retornar aos valores pré-gravídicos no puerpério, em torno de 6 a 8 semanas após o parto (BERNARD J, *et all* 2000.). Portanto, seria necessário associar pelo menos dois critérios (como por exemplo, o valor da hemoglobina com o valor do VCM) para firmar o diagnóstico, particularmente na gestação. Assim, a utilização de dois critérios conjugados seria fundamental para o esclarecimento do diagnóstico, desde que a utilização de mais de um indicador aumente consideravelmente a especificidade do diagnóstico (COOK JD, *et all* 1992). Esses dois indicadores, devido ao baixo custo e facilidade de realização, podem ser recomendados para programas extensivos de saúde pública, como é o caso do pré-natal. (CUNINGHAN FG *et all* 1993).

Conclusão

A prevalência de anemia em 441 gestantes no município de Lagoa Vermelha RS, foi de 22,42%, segundo a OMS considerada um moderado problema de saúde pública. Esses dados demonstram a importância do seguimento pré-natal e da realização de hemograma, com intuito de diagnósticos de anemia.

O tipo de anemia mais prevalente foi a anemia normocítica (77,10%), seguida de microcítica (11,70%) e macrocítica (9,65%). A pesquisa demonstrou a importância de associar a dosagem de hemoglobina a outro critério conjugados para firmar o diagnóstico de anemias em gestantes, como exemplo, neste estudo, o volume corpuscular médio, aumentando a especificidade e direcionando a conduta terapêutica do clínico.

A faixa etária com maior prevalência de anemia foi de 14 a 22 anos com 48,92%. As gestantes adolescentes, entre 14 e 18 anos, com 25,49% de prevalência, foram as que mais desenvolveram anemias carências.

Os resultados obtidos no presente estudo, possuem dados de grande relevância, como fonte

de futuras ações e monitoramento da saúde, na população de gestantes, em Lagoa Vermelha RS.

Referências

BERNARD, J.; LÉVY, J. P.; VARET, B.; CLAUVEL, J. P.; RAIN, J. D.; SULTAN, Y. Hematologia. 9. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2000.

SANTOS, P. N. P.; CERQUEIRA, E. M. M. Prevalência de anemia nas gestantes atendidas em unidades de Saúde em Feira de Santana, Bahia, entre Out. 2005 e Mar.2006. Revista Brasileira de Análises Clínicas, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 219-223.

REZENDE, J. Obstetrícia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

BRASIL. Ministério da saúde. Política nacional de alimentação e nutrição. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da saúde. Manual técnico gestação de alto risco. 5. Ed. Brasília: Ministério da saúde-2012.

LUND, C. J.; DONOVAN, J. C. Blood volume during pregnancy: significance of plasma and red cell volumes. Journal of the American Gynecology Obstetrics, St. Louis, v. 98, n. 3, p. 394-403, 1967.

BRANCH, D. W. Physiologic adaptations of pregnancy. Journal of the American Reproductive Immunology, New York, v. 28, n. 102, p. 3-4, 1992.

KAISER, L. L. Nutrition and lifestyle for a healthy pregnancy outcome. Journal of the American Dietetic Association, Chicago, v. 102, p. 1470-1490, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers. Geneva: WHO, 2000/2001.

KRAEMER, K.; ZIMMERMANN, M. Nutritional anaemia. Basel: Sight and Life; 2007.

Cunningham FG, MacDonald PC, Gant NF, Leveno KJ, Gilstrap LC. *Maternal Adaptations to Pregnancy*. In: **Williams Obstetrics**. 19th ed. 1993. USA: Appleton & Lange.

Barrett JFR, Whittaker PG, Williams JG, Lind T. *Absorption of non-haem iron from food during normal pregnancy*. **BMJ**. 1994; 309: 79-82.

COOK, J. D.; SKIKNE, B. S.; BAYNES, R. D. Screening strategies for nutritional iron deficiency. In: FOMON, S. J.; ZLOTTKIN, S. (Ed.). Nutritional anemias. New York: Raven; 1992. p. 159-162,168. (Nestlé Nutrition Workshop Series, 30).