

ANEMIA FERROPRIVA EM GESTANTES E USO DA SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO

Autora: Laura Maria Fiod Costa Ciunciusky
Rua Benjamim Constant, 164
Igarapava - SP

RESUMO

Trata-se de um estudo de revisão sobre a ocorrência de anemia carencial de ferro em gestantes e os possíveis efeitos do uso da suplementação de ferro durante a gravidez.

Objetivos: Definir a anemia ferropriva e sua ocorrência em gestantes, bem como analisar o efeito do uso de sulfato ferroso, sendo administrado de modo profilático ou em decorrência da anemia.

Palavras-chave: Anemia ferropriva, diagnóstico, gestantes, prevenção, suplementação.

INTRODUÇÃO

A anemia ferropriva prevalece em todas as partes do mundo. Ela resulta da inabilidade do tecido hematopoiético de manter a concentração de hemoglobina em níveis normais devido a uma inadequada demanda de ferro. Sendo a anemia carencial mais comum, predominante em regiões com baixos padrões socioeconômicos.

A mulher mostra-se mais sensível do que o homem à carência de ferro. Essa carência é constituída pela perda de ferro durante a vida reprodutiva feminina, imposta pela menstruação. Nas grávidas, o crescimento feto – placentário e a expansão do volume sanguíneo levam a gestante a fazer parte do grupo populacional mais exposto ao risco de se tornar ferro deficiente.⁵

As principais causas da anemia ferropriva são inadequação alimentar, má absorção, aumento da perda de ferro e aumento das necessidades de ferro, este ocorrendo principalmente durante a gravidez.¹

A avaliação laboratorial é geralmente de fácil interpretação. O diagnóstico é confirmado quando observa-se concentrações de hemoglobina, volume corpuscular médio (VCM) e hemoglobina corpuscular média (HCM) abaixo do mínimo valor de referência para cada idade e sexo, incluindo a presença de dois ou mais fatores para o desenvolvimento de ferropenia. Os fatores principais são : prematuridade, gestação gemelar, aleitamento materno inferior a quatro meses, ausência de suplementação de ferro na gravidez. Além disso, é importante observar se há presença de um ou mais exames de ferro corporal sugestivos de ferropenia, como redução de ferro sérico, ferritina sérica, índice de saturação de transferrina e aumento da capacidade total de ligação do ferro.³

O diagnóstico é muito usado em razão do baixo custo e da facilidade de realização, diferindo das outras doenças, as quais só são feitos os diagnósticos após uma queixa do paciente, seguindo de observação clínica.¹

Esta anemia apresenta-se como um dos estados patológicos mais comuns na gravidez, prejudicando o desenvolvimento do feto e seu peso ao nascer. Contribui, ainda, para o aumento da mortalidade perinatal.⁴

Gestantes que apresentam uma ingestão dietética inadequada ,poderão apresentar um comprometimento do desenvolvimento fetal.²

Também pode ocorrer: abortamento espontâneo, recém-nascido pequeno para a idade gestacional, sofrimento fetal devido à hipóxia nos últimos meses da gravidez e no trabalho de parto, quando a hemoglobina não consegue transportar o oxigênio necessário para a mãe e o feto; redução da integridade tecidual, com grandes possibilidades de lesões durante o parto; infecção pré-natal ou pós-natal, observando que há retardo na cicatrização. Pode-se observar também a diminuição da resistência imunológica à infecções e sangramento excessivo após o parto.¹

Uma dieta equilibrada às vezes não é suficiente para suprir as necessidades de ferro, que aumentam no período gestacional. A deficiência do ferro na gestante pode trazer diversos efeitos tanto para a sua saúde quanto para a do bebê.

Quando ocorre uma redução na concentração de hemoglobina na gestante, o débito cardíaco aumenta para que o fornecimento de oxigênio ao feto, via placenta, permaneça em equilíbrio. A incidência de abortos espontâneos, partos prematuros, baixo peso do recém nascido e morte perinatal está relacionada às anemias maternas moderadas e graves. No feto, os efeitos podem ser restrição do crescimento intra-uterino, prematuridade e anemia no primeiro ano de vida, resultantes das baixas reservas de ferro no recém-nascido.²

Laboratorialmente, define-se anemia na gestação quando ocorre a queda de mais de dois desvios-padrão abaixo da média dos valores de concentração de Hemoglobina(Hb) e/ou hematócrito. Por outro lado, as gestantes frequentemente apresentam os valores de ferritina próximos ou na faixa de depleção, em implicarem na privação de ferro. Foi observado que a capacidade de ligação de ferro aumenta com o desenvolvimento da gravidez, não estando esse aumento relacionado à variação de concentração de ferro sérico.

A carência de ferro é considerada como a principal causa dos casos de anemia em populações de baixas condições socioeconômicas, inclusive na gestação. Calcula-se que, aproximadamente, a metade das mulheres grávidas no mundo seria anêmica.⁴

Em mulheres grávidas com estado nutricional previamente comprometido, as reservas não são suficientes para cobrir este déficit, levando a uma anemia microcítica hipocrômica. Em mulheres bem nutridas, os depósitos de ferro são suficientes para neutralizar o déficit ocasionado pela gestação.¹

Durante o período gestacional, a disponibilidade da proteína transportadora do ferro é aumentada. Há aumento da absorção do ferro alimentar devido à demanda aumentada. Porém, a captação do ferro pelas vias metabólicas processa-se em grande velocidade, não permitindo, assim, a manutenção dos valores iniciais da saturação de transferrina.

Durante o período gestacional, são necessários aumentos de 11 % de energia na dieta, em relação à mulher não grávida, enfatizando que a gestante deverá receber um adicional diário de 30 – 60 Mg de ferro através de suplementação. Tendo em vista a dificuldade de manter uma ingestão adequada de ferro através da dieta habitual, a suplementação está sendo recomendada para toda a população de grávidas, mesmo em áreas onde a prevalência de anemia é baixa.⁵

A absorção máxima do ferro suplementar ocorre quando a ingestão é feita 30 minutos antes da refeição. O ferro é processado pelas células da mucosa duodeno-jejunal, que possui um mecanismo de controle para que sua assimilação seja equilibrada. Quando é absorvido pelo intestino, o ferro é transportado através das células da mucosa para o sangue, onde é levado por uma proteína, a transferrina, para a medula óssea em que participa da produção do eritrócito. A ferritina é a forma disponível de reserva de ferro no organismo.

A longa duração do tratamento e os efeitos indesejáveis apresentados pelas gestantes, como: náuseas, vômitos, diarreia, têm desmotivado os profissionais de saúde a indicarem a suplementação de ferro. Deve-se observar que esses distúrbios gastrointestinais são comuns na gravidez, levando, assim, a uma dificuldade de se identificar os efeitos reais do uso dos sais de ferro na gravidez.

O esquema de administração diária do uso de ferro não apresenta adesão satisfatória das gestantes, grande parte desiste do tratamento em razão dos efeitos indesejados, descritos anteriormente. Seria o ideal, já que, quando se administra o sulfato uma vez por semana, seus resultados são muito modestos e não trazem grandes sinais de cura às gestantes. Em decorrência disso, os médicos passaram a indicar o uso de ferro duas vezes por semana, pois, as gestantes aderiram melhor a este esquema de administração, não abandonando, assim, o tratamento.

Diante de muitas incertezas sobre o tratamento, é importante esclarecer que as gestantes devem ser acompanhadas durante este período, para que seja prevenido o abandono precoce do sulfato ferroso, já que seus efeitos indesejáveis tendem a desaparecer à medida em que o organismo se adapta ao medicamento.

Por isso, diante das mudanças hematológicas que ocorrem no organismo da gestante, estudos e pesquisas vêm sendo realizados com o objetivo de comprovar a necessidade da suplementação de sulfato ferroso neste período, prevenindo a anemia tão comum em gestantes e que ocorre tão frequentemente nas populações de países pobres.¹

CONCLUSÃO

Quando se inicia a gravidez, o feto atua, essencialmente, na obtenção de ferro. Com isso, durante este período, a medula óssea, que era a maior consumidora de ferro, passa a receber uma menor quantidade deste. Provavelmente, o equilíbrio do sistema fetal ocorre juntamente com os outros mecanismos bioquímicos e o final aumento da volemia, em torno do sétimo mês de gravidez. Depois disso, a medula óssea consegue substratos em maior quantidade para a formação de hemoglobina, ocasionando um aumento de sua concentração na gestante. O mesmo ocorre para o ferro sérico no decorrer da gestação.

A concentração de ferro sérico reflete a reserva marcial de ferro. Essa reserva que garante uma eritropoiese equilibrada em estados fisiológicos de maior demanda, como ocorre na gravidez.⁴

Assim, se for realizado um tratamento a fim de suprir as necessidades da gestante que se encontra com uma deficiência no seu estado nutricional, ocorrerá uma melhora das condições do nascimento do feto, podendo minimizar as taxas de mortalidade perinatal e neonatal.²

Ressaltando que também há necessidade de fornecimento de ferro suplementar a gestantes que não se encontram com carência nutricional para prevenir, possivelmente, uma gravidez dificultada pela falta de ferro no organismo e anemia nos recém-nascidos.⁴

REFERÊNCIAS :

1. Costa, Alba Valéria Sousa; Madeira, Lélia Maria. O uso do sulfato ferroso durante a gravidez: reflexões à luz da literatura / The use of ferrous sulfate during the pregnancy: reflections by the light of literature. **REME rev. min. enferm**;11(2):196-200, abr.-jun. 2007. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=15209&indexSearch=ID>> . acessos em 24 mar.2010.
2. ROCHA, Daniela da Silva et al . Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 4, ago. 2005 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732005000400004&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 mar. 2010.
3. SANTANA, Márcio Antônio Portugal; NORTON, Rocksane de Carvalho; FERNANDES, Rachel Aparecida Ferreira. Deficiência de ferro: ainda a principal etiologia entre crianças encaminhadas por motivo de anemia para serviço especializado de hematologia. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 9, n. 3, set. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292009000300010&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 mar. 2010.
4. SZARFARC, Sophia Cornbluth. Anemia ferropriva em parturientes e recém-nascidos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 8, n. 4, dez. 1974 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101974000400003&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 mar. 2010.
5. SZARFARC, Sophia Cornbluth; SIQUEIRA, Arnaldo Augusto F. de; MARTINS, Ignez Salas. Avaliação da concentração de ferro orgânico em uma população de grávidas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 17, n. 3, jun. 1983 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101983000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 24 mar. 2010.