



ACADEMIA DE CIENCIA E TECNOLOGIA
CURSO DE HEMATOLOGIA E BANCO DE SANGUE

JAICÉIA CRISTINA DE MORAES

ANEMIA CARENCIAL EM GESTANTES

São José do Rio Preto

2017

ANEMIA CARENCIAL EM GESTANTES

Jaicéia Cristina de Moraes

E mail laborclin_sc@yahoo.com.br

Hematologia e Banco de Sangue Turma 2016-2017

Professor Paulo César Nauom

Resumo:

A anemia carencial é um problema nutricional comum entre as mulheres em idade reprodutiva. Essa anemia acarreta graves consequências para o feto e sua gestante, porém um protocolo com o procedimento para tratamento dessas anemias ainda não está bem consolidado entre os serviços de saúde, e as diferentes dosagens medicamentosas recomendadas tem em muitos casos levado a uma baixa adesão no tratamento dessa doença.

Palavras chave: Gestação, anemia, ferro.

Introdução:

Define-se anemia como uma constatação clínica e laboratorial, resultante da diminuição dos níveis circulantes de hemoglobina, usando como comparativo os valores dosados em pessoas normais, da mesma faixa etária e sob as mesmas condições ambientais. As causas que levam a anemia são diversas e de uma forma geral essas situações patológicas ou fisiológicas resultam em uma diminuição na síntese da hemoglobina ou na sua degradação precoce. (NAOUM, 2008)

Tomando-se por base a concentração de hemoglobina, a literatura considera um processo anêmico quando os níveis de hemoglobina

estão inferior a 13 g/dL em homens, 12g/dL em mulheres e 11 g/dL em gestantes. (NAOUM, 2008)

Durante a gestação ocorrem ajustes metabólicos para proporcionar o melhor ambiente para um desenvolvimento fetal normal. (THAME, 1998). A nutrição inadequada pode causar uma anemia nutricional (queda anormal das taxas de hemoglobina no sangue) e resultar em retardo do crescimento, resistência reduzida a doenças infecciosas, interferindo no desenvolvimento da criança. (THAME, 1998)

Essa anemia nutricional é resultante da deficiência de ferro, vitamina B12 ou ácido fólico no sangue. Outras causas incluem parasitoses e verminoses, além de hemoglobinopatias hereditárias como a talassemia. (MONTENEGRO, 2015). A prevalência mundial de anemia na mulher grávida é de aproximadamente 40 %, e em mais de 50% dos casos é por deficiência de ferro. (MONTENEGRO, 2015). Atentar-nos-emos mais neste artigo, portando, a Anemia ferropriva gestacional.

1. Alterações nos primeiros meses de gestação

Nos dois primeiros trimestres de gestação o volume plasmático aumenta em até 50% enquanto a massa eritrocitária eleva-se em apenas 20 a 30%, resultando em hemodiluição, o que resulta em anemia de discreta intensidade, com hemoglobina em torno de 10,5 g/dL, especialmente entre a 16^o e 40^o semanas de gestação. Há também aumento fisiológico do VGM de cerca de 5 a 10 fL. (NAOUM, 2015)

Além da hemodiluição, outros fatores podem contribuir para o aparecimento da anemia na gestação como a deficiência de ferro, ácido fólico e vitamina B12, devido ao aumento em seu catabolismo. (NAOUM 2015). Essas deficiências tem fundamental importância, pois esses nutrientes participam de reações indispensáveis à formação de novos tecidos. Na gestação a eritropoiese materna está aumentada e os tecidos do feto estão se formando rapidamente. (THAME, 1998)

2. Tipos de anemia

Há três tipos de anemia nutricional; caracterizando-se de acordo com o fator deficiente e responsável pela queda da hemoglobina: A anemia hipocrômicaferropriva, por deficiência de ferro, a anemia megaloblástica por deficiência de ácido fólico; e a anemia perniciosa, pela deficiência de vitamina B12. (MONTENEGRO, 2015)

A vitamina B12 é cofator na conversão do metilmalonil coenzima A (CoA) em succinil CoA, bem como na síntese da metionina, a partir da homocisteína e, juntamente com o folato, é necessária para síntese de DNA. (THAME, 1998)

A ferritina é o depósito de ferro no organismo e esses depósitos ocorrem no baço, fígado e medula óssea. Existe também uma parcela de ferritina circulante plasmática e seus valores correlacionam-se com os depósitos orgânicos. Por isso a importância de uma dosagem em seus níveis plasmáticos, pois é um indicador de quantidade de ferro armazenada, e por extensão do estado nutricional da gestante. (THAME, 1998)

O ácido fólico participa de numerosas reações metabólicas indispensáveis para síntese normal do DNA; suas deficiências têm sido relacionadas aos defeitos de formação do tubo neural do feto e é a segunda causa mais comum de morte perinatal. (THAME, 1998). Embora muito frequente a anemia por deficiência de ácido fólico ocorre, habitualmente junto com a anemia ferropriva e permanece não diagnosticada. (MONTENEGRO, 2015)

3. Sinais e sintomas

Os principais sintomas maternos são:

- Comprometimento do comportamento físico e mental;

- Pré-eclâpsia e alterações cardiovasculares;
- Diminuição da função imunológica;
- Alterações da função da tireoide;
- Queda de cabelos e enfraquecimento das unhas;
- Menor tolerância às perdas sanguíneas do parto, resultando em maior risco de anemia pós-parto e necessidade de hemotransfusão.

Fetais:

- Morte (aborto e óbito intrauterino);
- Hipoxemia fetal;
- Prematuridade;
- Quadro séptico por ruptura prematura de membranas;
- Restrição de crescimento intrauterino, muitas vezes com alterações irreversíveis do desenvolvimento neurológico da criança. (AGUIAR, 2013)

4. Anemia por carência de ferro

É difícil estabelecer a anemia por deficiência de ferro na gravidez, uma vez que a hemoglobina está alterada pela hemodiluição de maneira variável. Ademais, neste período as mulheres comumente são assintomáticas ou apresentam sintomas que podem ser atribuídos às alterações fisiológicas que ocorrem na gestação normal. Desse modo seria ideal conhecer o status de ferro da mulher no período pré concepcional, a fim de verificar se a mesma se iniciou antes ou durante a gestação. (ARIANI, 2013)

A demanda de ferro está mais intensificada no segundo trimestre gestacional, a razão para a intensificação na demanda está relacionada ao suprimento da eritropoiese pela mãe dela e da criança em formação. (MARTINS, 2009). A dieta muitas vezes não fornece ferro biodisponível, o que é responsável pela carência de ferro ainda antes da gravidez, e muitas vezes a

tentativa de ajustes durante a gravidez não é suficiente. Observa-se que a anemia, se tiver início no começo da gravidez, dificilmente acarretará problemas para o desenvolvimento fetal, sendo que a demanda será suprida pelos estoques maternos. O déficit de ferro se agrava diante de gestações repetidas e do comprometimento da saúde materna. (MARTINS, 2009)

Quando os níveis de ferro da gestante estão reduzidos apreciavelmente, ela não é capaz de sintetizar hemoglobina. À conta da hemodiluição fisiológica, os níveis de hemoglobina que configuram a anemia são bem mais baixos que os existentes na gestação. Assim a definição de anemia na gravidez recomendada pelo Centro de Controle de Prevenção de Doenças (CDC) é o valor de hemoglobina menor que 11 g/dL no primeiro trimestre da gestação, menor que 10,5 g/dL no segundo trimestre e menor que 11 g/dL no terceiro trimestre. Especificamente a anemia por deficiência de ferro é definida pela hemoglobina menor que 11 g/dL e ferritina menor que 12 ug/L. nas mulheres saudáveis, a dosagem de ferritina sérica é um marcador razoável de reserva de ferro, sendo assim uma queda nos valores de ferritina indica deficiência de ferro, e quando somado a diminuição dos níveis de hemoglobina, o critério para diagnóstico de anemia ferropriva fica confirmado. (MONTENEGRO, 2015)

Na avaliação das alterações hematimétricas que ocorrem na gestação têm sido utilizados com frequência valores de hematócrito, hemoglobina, volume corpuscular médio (VCM) e ferritina sérica. Porém em regiões pobres e com recursos diagnósticos limitados o hematócrito e hemoglobina podem ser utilizados como testes de triagem e até mesmo confirmatórios do diagnóstico de anemia. (ARIANI, 2013)

Fatores de risco para anemia ferropriva:	
Dieta deficiente em alimentos ricos em ferro:	Ostra, fígado, carne vermelha, camarão, cereais enriquecidos, feijão, linhaça;
Carencia na dieta de facilitadores da absorção de ferro:	Suco de laranja e de limão, morango, brócolis, pimenta

Rica na dieta em alimentos que dificultam a absorção de ferro	Soja, café, chocolate, chá
Alterações físicas patológicas	Desordens gastrointestinais, hipermenorreia, pequeno intervalo interpartal e perda sanguínea após o parto.

Tabela 1

(MONTENEGRO, 2015)

5. Profilaxia e tratamento

Nos países desenvolvidos, segundo MONTENEGRO (2015) a profilaxia da anemia baseada nos níveis dosados de ferritina, tem vantagens fisiológicas sobre a profilaxia universal que prevê a suplementação em altas doses de ferro por via oral a todas as gestantes independente de estarem anêmicas ou não.

REZENDE (2002) defende a necessidade de se modificar a política de suplementação indiscriminada de ferro a todas as gestantes, sob o argumento de não se justificar intervir em adaptações fisiológicas que coordenam os processos de absorção, utilização e armazenamento de ferro. Já alguns autores consideram que apesar da redução da hemoglobina ser fisiológica, ocorre diminuição nos estoques de ferro, refletidos pelos valores de ferritina, e defendem a utilização de ferro suplementar como rotina, a partir do terceiro trimestre de gravidez. (ARIANI, 2013)

MONTENEGRO (2015) ainda enfatiza que não há um consenso nos países ocidentais acerca do uso profilático de ferro na gestação. No Brasil, apesar do Ministério da Saúde recomendar a suplementação de ferro de 40 mg por dia de ferro para todas as gestantes com hemoglobina menor ou igual a 11 g/dL a partir da 20ª semana, alguns serviços seguem os protocolos dos países desenvolvidos na prescrição de ferro baseado no nível de hemoglobina do

paciente. A OMS recomenda que a suplementação de ferro deva ser feita até a 12^o semana após o parto nos países em desenvolvimento.

Dentre os efeitos colaterais com o uso dos sais de ferro os mais relatados tem sido sintomas gástricos como: diarreia, constipação, desconforto gástrico, pirose e náusea, esses tem sido os motivos mais frequentes de abandono do tratamento, principalmente nos esquemas com dose acima de 60 mg/dia de ferro. (UNICEF, 1998; WHO, 2001). O medo das mulheres em gerarem fetos grandes e terem dificuldade no parto também tem sido relatado como causa da baixa adesão ao tratamento. (UNICEF, 1998)

Considerações finais

A anemia na gestação é uma importante causa de deficiência no desenvolvimento fetal além de acarretar prejuízos durante e pós-parto a gestante. O diagnóstico da anemia e seu tratamento devem, portanto, ser acompanhados durante toda a gestação para que se tenha um amplo conhecimento do histórico da gestante facilitando assim a escolha do protocolo de tratamento a se seguir. Segundo o “Canadian Task Force on Preventive Health Care” as evidências pesquisadas e publicadas até o momento não são suficientes para recomendar nem pra contraindicar a suplementação de ferro durante a rotina na gravidez. Sendo assim cada país adota um protocolo diferenciado de prevenção e tratamento da anemia gestacional seguindo padrões próprios definidos basicamente pelo perfil epidemiológico a ser abordado.

REFERÊNCIAS

- MONTENEGRO, C. A. B.; Santos, F. C.; Rezende, J. F. *Anemia e gravidez*. Artigos de Revisão. Vol. 14, N. 2. 2015. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Maternidade-Escola. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- THAME, G.; Shinohara, E. M. G.; Santos, H. G; MORON, A. F. *Folato, Vitamina B12 e Ferritina Sérica e Defeitos no Tubo Neural*. Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, 1998. Vol. 20, pág. 1 -7.
- SOUZA, Ariani Impieri; BATISTA FILHO, Malaquias. *Diagnóstico e Tratamento das Anemias Carenciais na Gestação: Consensos e Controvérsias*. Rev. Bras. Saúde e Maternidade Infantil, Recife, 2003, Vol3, pág. 473-479.
- REZENDE, J. *Modificações Sistêmicas*. Obstetrícia. 9º ed. Guanabara-Koogan; 2002, pag. 138-156.
- AGUIAR, Claudia de Azevedo. *Anemia na Gestação*. Curso de Nutrição. Universidade de São Paulo, 2013.
- WHO (World Health Organization). *Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers*. Geneve: The Organization; 2001.
- UNICEF (Fundo das Nações Unidas para Infância). *Preventing iron deficiency in women and children*. Technical consensus on key issues. New York; 1998.
- NAOUM, P. C.; Naoum, F. A. *Hematologia Laboratorial Eritrócitos*. 2ª edição. São José do Rio Preto: Edição da Academia de Ciência e tecnologia de São José do Rio Preto, 2008.
- NAOUM, F. A. ;Naoum, P. C. *Hematologia Laboratorial Eritrócitos*. 3ª edição. São José do Rio Preto: Edição da Academia de Ciência e tecnologia de São José do Rio Preto, 2015.

MARTINS, Alessandra Gorayeb. *Alterações hematológicas na gestação*. 70 f. Trabalho de conclusão do curso de Biomedicina apresentado a Universidade Federal do Pará. Curso de Biomedicina, Universidade Federal do Pará, 2009.