

ANEMIA FERROPRIVA NA GESTAÇÃO

Ronan Raine Tiburcio de Freitas

Graduando em Nutrição,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Sabrina Macedo de Souza

Nutricionista; Esp. em Nutrição Clínica Funcional – FAMERP;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

A anemia ferropriva é conhecida no mundo inteiro por se tratar de uma patologia que decresce o volume corpuscular médio (VCM) das hemácias e da hemoglobina corpuscular média (HCM). É considerada um grande problema de saúde pública; os grupos mais susceptíveis são gestantes, lactantes, crianças, adolescentes e idosos. Entre os sinais e sintomas observados estão: fraqueza, palidez, irritabilidade, intolerância a exercício físico, baixo crescimento e geofagia (desejo de consumir terra ou barro). O diagnóstico é feito através do hemograma completo e dosagem bioquímica de ferro sérico, ferro medular e outros. O tratamento é feito por reposição a base de ferro oral ou ferro parental.

PALAVRAS-CHAVE: anemia; gestante; ferro; diagnóstico.

1 INTRODUÇÃO

A anemia é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado em que a concentração da hemoglobina do sangue é normalmente baixa em consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais. Onde, anemia por deficiência de ferro resulta de longo período de balanço negativo entre a quantidade de ferro biologicamente disponível e a necessidade orgânica desse oligoelemento (JORDÃO; BERNARDI; BARROS FILHO, 2009).

No Brasil, a anemia tem sido encontrada em vários estados do território nacional e se diferencia de outras condições e carências por não se limitar a acometer apenas as populações de baixa renda ou apenas os desnutridos (JORDÃO; BERNARDI; BARROS FILHO, 2009).

A anemia ferropriva compromete, principalmente, alguns grupos mais sensíveis à escassez de ferro devido ao crescimento rápido ou ao aumento de demanda, como crianças entre seis meses e cinco anos de idade, adolescentes do sexo feminino, mulheres em idade fértil, gestantes e nutrízes. Além das alterações funcionais, este tipo de anemia destaca-se como uma das complicações mais comuns de uma gravidez e dependendo da gravidade pode acarretar prejuízo para mãe e/ou feto (JORDÃO; BERNARDI; BARROS FILHO, 2009).

Conforme relatado por Carvalho et al. (2006), observa-se um aumento das necessidades de ferro devido o desenvolvimento do feto, da placenta e cordão umbilical, e, por conseguinte as perdas sanguíneas decorrentes do parto. Estimativas demonstram que 56% das gestantes em países em desenvolvimento são anêmicas, enquanto nos países industrializados essa média diminui para 18%.

Dada a importância devida ao assunto, o objetivo desta pesquisa é analisar a importância do aporte adequado de ferro durante o período gestacional, tão bem como sua reposição adequada, os sinais e sintomas da carência desse mineral e a prevenção da anemia durante essa fase importante.

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é analisar a importância do aporte adequado de ferro durante o período gestacional para o feto e a gestante, além de identificar os sinais e sintomas da carência nutricional de ferro e prevenção da anemia durante a gestação.

3 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um artigo de pesquisa bibliográfica em livros e em artigos científicos publicados em língua portuguesa indexados em bases de dados como Scielo (Scientific Electronic Library Online), Periódicos CAPES e Google Acadêmico, utilizando as palavras chaves, anemia ferropriva em gestantes, gestante e anemia, ferro e gestação.

4 ANEMIA FERROPRIVA DURANTE A GESTAÇÃO

Antes mesmo de engravidar, o corpo precisa de ferro para realizar uma série de funções, como a produção de hemoglobina (proteína do sangue que ajuda a carregar oxigênio para as células do corpo) e a manutenção de um sistema imunológico saudável (COZZOLINO, 2012; NAOUM; NAOUM, 2008).

Quando a mulher entra no período gestacional, o ferro passa a ser mais importante para o corpo porque o organismo passa a exigir uma quantidade maior de ferro devido ao aumento de sangue que pode chegar até 50% acima do normal

durante a gestação, por isso o corpo requer uma quantidade maior de ferro. Neste sentido, a definição de três estágios da deficiência no organismo é reconhecida (NAOUM; NAOUM, 2008).

A deficiência de ferro pré-latente ou a depleção de ferro, refere-se à redução nas reservas (ferritina sérica) sem diminuição dos níveis de ferro sérico. A deficiência latente de ferro ocorre quando são exauridas as reservas de ferro, mas o nível de hemoglobina permanece acima do limite inferior do normal, para produzir mais hemoglobina (CÔRTEZ et al., 2009).

Durante a gestação, a necessidade de ferro é maior do que na mulher não grávida (entre 700-1.000 mg de Fe^{2+} a mais), devido à formação do feto e dos anexos embrionários. A anemia ferropriva é a principal causa de anemia na gravidez uma vez que a alimentação por si só não é capaz de suprir ferro suficiente (CARVALHO et al., 2006).

4.1 Quantidade de Ferro Utilizado Pelo Embrião

O ferro é utilizado pelo embrião em desenvolvimento e pela placenta especialmente no segundo e terceiro trimestre da gestação. Muitas gestantes precisam de uma quantidade elevada de ferro na alimentação por já terem entrado na gravidez com estoques insuficientes, devido a esse fator é muito comum os médicos receitar suplementos a base de ferro (MAHAN; ESCOTT-STUMP; RAYMOND, 2012).

A deficiência de ferro durante o período gestacional pode levar a abortos espontâneos e o bebê poderá ter problemas graves como deficiências, más formações, o que pode levar a partos prematuros e baixo peso no recém-nascido. Os efeitos da carência de ferro não são evidentes, desde que os níveis hemáticos de hemoglobina não sejam inferiores 7 g/d (OMS, 2004). Fundamentada nesta informação, há uma série de questionamentos em relação à reposição indiscriminada de ferro durante a gestação e se o aumento de sua concentração no organismo seria mais deletério do que uma depleção moderada (NAOUM; NAOUM, 2008).

Sendo que o aumento da absorção de ferro varia de 0,8 mg/dia no primeiro trimestre da gestação para 6,3mg/dia no segundo e terceiro trimestres, já para as mulheres grávidas essa quantidade de ferro mínima é de 27 mg por dia (NAOUM; NAOUM, 2008).

A necessidade de ferro do feto para produzir hemoglobina e constituir uma reserva para os primeiros três meses após o nascimento é grande, uma vez que a ingestão do bebê é baixa (NAOUM; NAOUM, 2008).

5 ALTERAÇÕES BIOQUÍMICAS NO METABOLISMO DO FERRO NO PERÍODO GESTACIONAL

A anemia ferropriva ocorre quando a concentração de hemoglobina no sangue encontra-se abaixo do limite inferior do normal, ocorrendo também produção de eritrócitos microcíticos (JORDÃO; BERNARDI; BARROS FILHO, 2009).

Em particular na gestação, além da expansão do volume sanguíneo, também ocorre aumento de demanda pelas necessidades do feto. Além disso, é pequeno o número de mulheres que iniciam a gestação com os estoques de ferro adequados. Sendo assim a hemoglobina se encontra significativamente abaixo dos níveis adequados, podendo causar insuficiência cardíaca de alto débito, com risco de morte para gestante e para o bebê (NAOUM; NAOUM, 2008).

Tal estágio caracteriza-se por algumas alterações bioquímicas no metabolismo de ferro, principalmente a redução da saturação da transferrina, assim como um aumento na capacidade total de ligação de ferro (JORDÃO; BERNARDI; BARROS FILHO, 2009).

5.1 Necessidade Orgânica de Ferro no Período Gestacional

Do ponto de vista da necessidade orgânica de ferro, as mulheres gestantes constituem o grupo mais crítico. A demanda total do mineral durante o processo gestacional, com um único feto, é triplicada, em virtude das necessidades do feto e da placenta em crescimento, da volemia materna em expansão, bem como do aumento da massa de eritrócitos e das perdas sanguíneas do parto (CARVALHO et al., 2006; JORDÃO; BERNARDI; BARROS FILHO, 2009).

A necessidade total de ferro elementar durante o período gestacional é de aproximadamente 800-1000 mg, o que equivale a um terço do ferro total do organismo, para suprir esta necessidade o organismo utiliza diversos mecanismos, priorizando o novo ser que se desenvolve. Cerca de 300 mg ou mais de ferro são transferidos para o feto e a placenta (COZZOLINO, 2012; NAOUM; NAOUM, 2008).

6 SINAIS E SINTOMAS DA ANEMIA FERROPRIVA

Os principais sintomas relacionados à anemia é palidez, fadiga generalizada, anorexia (falta de apetite), palidez de pele e mucosas (parte interna do olho, gengivas), menor disposição para o trabalho, dificuldade de aprendizagem (principalmente nas crianças), apatia, desamino, palpitação, taquicardia e desmaio são de grau variável e dependem da intensidade da anemia (BRASIL, 2004; VERRASTRO; LORENZI, 2005).

7 EXAMES LABORATORIAIS

É realizado hemograma com contagem dos eritrócitos, contagem dos reticulócitos, análise da morfologia das hemácias do sangue periférico, também conta a leitura de valores de VCM, HCM, saturação de transferrina e ferro sérico (VERRASTRO; LORENZI, 2005).

Para a confirmação da deficiência de ferro é realizado o cálculo da ferritina sérica, pois ela é a proteína que atua na reserva orgânica de ferro, quando a dosagem da ferritina está menor que 20 ng/ml, significa que há deficiência de ferro. Já no exame físico encontramos mucosas hipocoradas, escleras azuladas, unhas frágeis, face com pigmentação malar e glossite (VERRASTRO; LORENZI, 2005).

8 TERAPIA DE REPOSIÇÃO DE FERRO DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL

A terapia é feita através da reposição de ferro por via oral na dose de 60-180mg de ferro elementar por dia, o medicamento que mais é indicado para a reposição de ferro é o sulfato ferroso, por possuir um preço acessível e por conter 67 mg de ferro por comprimido (HOFFBRAND; PETTIT; MOSS, 2008).

Aborda-se como melhor momento de uso sempre longe das refeições para ser melhor absorvido, com o estômago completamente vazio em um intervalo de 6 em 6 horas de quatro a seis meses para correção total dos níveis de hemoglobina e reposição das reservas corporais de ferro. O tratamento deve ser feito o mais rápido possível para corrigir e repor os depósitos de ferro (HOFFBRAND; PETTIT; MOSS, 2008).

9 PREVENÇÃO DA ANEMIA DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL

A indicação rotineira de reposição de ferro para gestantes na prevenção de baixos níveis de ferritina no neonato tem provocado controvérsias, há relatos na literatura que mostram os efeitos deletérios do aumento da concentração de ferro provocada pela suplementação desnecessária (HOFFBRAND; PETTIT; MOSS, 2008).

Verificou-se que não há diferença significativa nos níveis de ferritina no cordão umbilical entre bebês de mães com ferritina acima e abaixo de 20 ng/mL. Provavelmente, isso ocorre porque o estoque de ferro, no final da gestação, é igual à somatória dos estoques de ferro no começo da gestação e o ferro absorvido (da alimentação ou suplementação), menos a soma das perdas para a placenta e para o bebê (CARVALHO et al., 2006).

Foi concluído por pesquisadores que o baixo estoque de ferro diagnosticado no parto não significa necessariamente que o bebê recebeu menos ferro. Mostrando-se assim importante manter uma média na ingestão diária de ferro no de correr de alguns dias ou em uma semana (FABIAN; OLINTO; COSTA, 2007).

10 ALIMENTAÇÃO DURANTE A GESTAÇÃO

Nesta fase é de extrema importância uma alimentação saudável tanto para o bem-estar da mãe quanto para o desenvolvimento adequado do bebê. As recomendações para o período da gravidez não diferem das recomendações de uma alimentação saudável para toda a população (TEIXEIRA et al., 2015).

Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições beba muita água; diminua o consumo de sal, gorduras e açúcar durante a gestação (<http://portalms.saude.gov.br>).

É importante incluir na alimentação uma porção de carnes, peixes ou ovos e leite; recomenda-se um consumo diário de frutas, legumes e verduras (<http://portalms.saude.gov.br>).

10.1 Ingestão de Ferro da Dieta

Para evitar a falta de ferro durante a gestação é necessário um consumo diário de alimentos ricos em ferro, como carnes, miúdos, feijão, lentilha, grão-de-

bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e consuma alimentos ricos em vitamina C, como acerola, goiaba, laranja, caju, limão entre outros (<http://portalms.saude.gov.br>).

É recomendado um suplemento oral diário de ferro e ácido fólico, com 30 mg a 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para as mulheres grávidas, a fim de evitar anemia na gestante, infecção puerperal, baixo peso à nascença e parto prematuros

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anemia ferropriva gera um grande impacto na vida da gestante, tão bem quanto no desenvolvimento fetal, e no futuro o desenvolvimento infantil. É preciso antes mesmo de engravidar realizar exames de rotina para manutenção dos níveis de ferro sérico, de forma que na fase gestacional não ocorra depleção tão severa.

É possível perceber através dos dados pesquisados que a carência de ferro durante a gestação pode acarretar partos prematuros, baixo peso do bebê ao nascer e em casos bem mais graves, mortalidade infantil.

Torna-se necessário, a suplementação correta quando identificado a carência desse mineral, pensando nas possibilidades medicamentosas via oral mais eficientes e melhor absorvidas pelo corpo humano. A fim de prevenir impactos negativos como os vistos ao longo do artigo para a gestante e o bebê.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde, anemia, 2004. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/69anemia.html>> acessado em 25 de setembro de 2012.

CARVALHO, M. C.; BARACAT, E. C. E.; SGARBIERI, V. C. Anemia Ferropriva e Anemia de Doença Crônica: distúrbios do metabolismo de ferro. Revista de Segurança Alimentar e Nutricional, Campinas. v. 13, n. 2, p. 54-63, 2006.

CÔRTEZ, M. H.; LIRA, I. A.; COITINHO, D. C. Prevalência de anemia ferropriva em gestantes brasileiras: uma revisão dos últimos 40 anos. Revista de Nutrição. v. 22, n. 3, maio/jun. 2009.

COZZOLINO, S. M. F. Biodisponibilidades de Nutrientes. 4ª Ed. Atual. e ampl. Barueri, SP: Manole, 2012.

FABIAN, C.; OLINTO, A. T. M.; COSTA, J. S. D. Prevalência de anemia e fatores associados em mulheres adultas residentes em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Cad. Saúde pública. Vol. 23, n. 5: 1199-1205, março, 2007.

HOFFBRAND, A. V.; PETTIT, J. E.; MOSS. Fundamentos em hematologia. Artmed. 5 ed. Porto Alegre: 2008.

JORDÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D.; BARROS FILHO, A. A. Prevalência de Anemia Ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Paul Pediatría, Campinas, v. 27, n. 1, p. 90-98, 2009.

MAHAN, L. K.; ESCOTT-STUMP, S.; RAYMOND, J. L. Krause: Alimentos, nutrição e dietoterapia. Rio de Janeiro : Elsevier, 2012. 1227p.

NAOUM, P. C.; NAOUM, F. A. Hematologia laboratorial: eritrócitos do Rio. 2 ed. São Jose do Rio Preto, 2008.

TEIXEIRA, D. et al. Alimentação e Nutrição na Gravidez. Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável. Lisboa, 2015.

VERRASTRO, T; LORENZI, T. Hematologia e hemoterapia: fundamentos de morfologia, fisiologia, patologia e clinica. 1 ed. São Paulo: Atheneu., 2005.