

Anemia e gravidez

Carlos Antônio Barbosa Montenegro¹

Jorge de Rezende-Filho²

A *anemia nutricional*, queda anormal das taxas de hemoglobina no sangue, é resultante da deficiência de ferro, vitamina B₁₂ e ácido fólico.

Outras causas de anemia incluem as doenças parasitárias (malária, verminoses) e as hemoglobinopatias hereditárias (talassemia).

A incidência de anemia na mulher grávida no mundo todo é de aproximadamente 40%, e em mais de 50 % dos casos é por deficiência de ferro. Na Ásia, a anemia é a segunda causa de mortalidade materna - 14 % (OMS, 2006).

Tipos de anemia nutricional

Há, caracterizados, três tipos de anemia nutricional, de acordo com o fator deficiente e responsável pela queda da hemoglobina:

- *Anemia hipocrômica ferropriva*: anemia por deficiência de ferro.
- *Anemia megaloblástica*: anemia por deficiência de ácido fólico.
- *Anemia perniciosa*: anemia por deficiência de vitamina B₁₂.

A anemia ferropriva, já se disse é a mais comum. A anemia por deficiência de ácido fólico, embora muito frequente na gravidez, em virtude das necessidades aumentadas de folato, habitualmente ocorre juntamente com a ferropriva e permanece não diagnosticada. Presume-se que em países em desenvolvimento ocorra em 20-25 % das grávidas. A anemia por carência de vitamina B₁₂ tem menor prevalência.

Etiologia

A elevada incidência de anemia nos países em desenvolvimento resulta dos efeitos combinados e aditivos de:

- Dieta inadequada.
- Doenças e infestações recorrentes.
- Multiparidade e pequeno intervalo interpartal.

As necessidades de ferro e de ácido fólico são 6 vezes maiores no último trimestre da gravidez. Essas elevadas demandas de ferro - 1.000 a 1.300 mg por gestação - não podem ser cobertas exclusivamente pela dieta, sendo supridas parcialmente pelas reservas maternas. E desde que elas são, pelo geral, (repostas) tão somente fora da gravidez, as mulheres que têm pequenos intervalos entre os (partos) sofrem de anemias crônicas e progressivas.

Quando o nível de ferro da gestante está reduzido apreciavelmente, ela não é capaz de sintetizar a hemoglobina.

À conta da hemodiluição fisiológica da gravidez, os níveis de hemoglobina que configuram a anemia são bem mais baixos que os existentes fora da gestação. Assim, a definição de anemia na gravidez recomendada pelo *Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC)*

¹ Professor de Obstetrícia da Escola de Medicina Souza Marques; Membro Titular da Academia Nacional de Medicina.

² Professor de Obstetrícia e Chefe do Departamento de Tocoginecologia da Escola de Medicina Souza Marques.

é o valor de hemoglobina < 11 g/dl no 1º trimestre da gestação, < 10,5 g/dl no 2º trimestre e < 11 g/dl no 3º trimestre [*American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)*, 2008]. Particularmente a anemia por deficiência de ferro é definida pela hemoglobina < 11 g/dl e ferritina < 12 µg/l.

Os fatores de risco para a anemia ferropriva incluem a dieta pobre em alimentos ricos em ferro (ostra, fígado, carne vermelha, camarão, cereais enriquecidos, feijão, linhaça); carente em facilitadores da absorção de ferro (suco de laranja e de limão, morango, brócolis, pimenta), rica em alimentos que dificultam a absorção de ferro (soja, chocolate, café, chá); desordens gastrointestinais; hipermenorreia; pequeno intervalo interpartal; e perda sanguínea após o parto normal.

As verminoses e a malária são também causas expressivas. Estima-se, por exemplo, que na ancilostomose as perdas sanguíneas variem entre 2-100 ml, diariamente.

Complicações na gravidez

A anemia reduz a resistência da grávida a infecções, aumenta as taxas de hemorragias ante e pós-parto e de parto pré-termo e eleva o risco de mortalidade materna.

Profilaxia e tratamento

O ACOG (2008) refere que uma dieta convencional (contém) 15 mg de ferro elementar por dia. As necessidades de ferro elementar diárias na gravidez são de 27 mg, quantidade geralmente presente nos suplementos vitamínicos. Por outro lado, a OMS (2007) recomenda na gravidez 60 mg/dia de ferro elementar e o *Institute of Medicine (IOM)* (2001), 45 mg/dia.

Mas a suplementação dietética no pré-natal é o principal fator profilático, sendo relevante o uso de proteína animal e de vegetais ricos em ferro. O planejamento pré-natal também é importante, espaçando os intervalos interpartais para 2 anos, e até para 3 anos em pacientes malnutridas. Os anticoncepcionais orais merecem considerações especiais em anêmicas crônicas, pela prevenção da gravidez e pela redução do sangramento menstrual.

Nas grávidas já anemiadas, o tratamento será feito com o sulfato ferroso, 200-400 mg, 3 vezes ao dia, via oral; excepcionalmente se administra o ferro pela via intravenosa (sacarato de hidróxido de ferro

III).

O tratamento das verminoses é igualmente importante.

Quando a hemoglobina é < 6-7 g/dl, indica-se o concentrado de hemácias.

Anemia macrocítica

As *anemias macrocíticas* mais relevantes incluem a por deficiência de folato (anemia megalobástica) e de vitamina B₁₂. A anemia macrocítica está caracterizada por VCM > 100 fl. O diagnóstico pode ser confirmado pela avaliação da concentração sérica de ácido fólico e de vitamina B₁₂.

A anemia por deficiência de ácido fólico está associada a dieta pobre em vegetais folhosos frescos, legumes e proteínas animais. Na gravidez, as necessidades de ácido fólico diárias aumentam de 50 para 400 µg. O tratamento é feito com alimentos ricos em ácido fólico e suplementação oral, 1 mg/dia.

A anemia macrocítica por deficiência de vitamina B₁₂ (anemia perniciosa) pode ser encontrada em mulheres submetidas à gastrectomia total ou com doença de Crohn. Aquelas gastromizadas podem requerer 1.000 µg de vitamina B₁₂, a intervalos mensais.

Bibliografia suplementar

Haider BA, Olofin I, Wang M, Spiegelman D, Ezzati M, Fawzi WW. Anemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2013; *346*: 3443.

Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gülmezoglu AM, Van Look PFA. WHO analysis of causes of maternal death: a systematic review. *Lancet* 2006; *367*: 1066.

American College of Obstetricians and Gynecologists. Anemia in pregnancy. Practice Bulletin N° 95. *Obstet Gynecol* 2008; *112*: 201.