

AVALIAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DE GESTANTES COM HEMOGLOBINA BAIXA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO

EVALUATION OF PREGNANT WOMEN WITH MONITORING OF HEMOGLOBIN IN A LOW-BASIC HEALTH UNIT OF THE STATE OF SÃO PAULO

Tátiane Ferreira dos Santos *, Aline Teixeira Guidine **, José Otávio do Amaral Corrêa ***, Harleson Lopes de Mesquita ****

RESUMO

O grupo das gestantes é um dos mais sensíveis a possuírem anemia e as conseqüências deletérias dela decorrente. Essa pesquisa pretende demonstrar a importância de realizar durante o pré-natal os exames necessários incluindo o hemograma completo e a cinética do ferro. Na gestação normal ocorre expansão do volume plasmático de 40 a 60% e da massa de eritrócitos de 20 a 40%, ocorrendo do sexto ao sétimo mês. Dados da Organização Pan-Americana da Saúde indicam que 42% das gestantes no Brasil seriam anêmicas. Geralmente nas mulheres grávidas a anemia é causada pelo aumento da necessidade de ferro e a estratégia de combate à deficiência de ferro e à anemia ferropênica já está bem estabelecida, consistindo resumidamente nos seguintes pontos: modificação dos hábitos alimentares, diagnóstico e tratamento das causas da perda de sangue, controle de infecções que contribuem com a anemia, fortificação de alimentos e suplementação medicamentosa com sais de ferro. O presente trabalho tem como objetivo avaliar o acompanhamento de gestantes com hemoglobina baixa na unidade básica de saúde pesquisada e verificar a eficácia dos procedimentos adotados por essa instituição para reverter o quadro supra mencionado. Tratou-se de um estudo transversal com dados secundários. Os dados demonstraram que a prevalência de anemia aumentou e a concentração de hemoglobina reduziu com a evolução da gestação.

PALAVRAS-CHAVE

Anemia. Ferro. Gestação. Hemograma.

ABSTRACT

The group of pregnant women is one of the most sensitive to anemia and they have the deleterious consequences resulting therefrom. This research aims to demonstrate the importance of making during the prenatal examinations required including complete blood count, along with the kinetics of iron. In normal pregnancy there is expansion of plasma volume of up to 40-60% and red cell mass of 20-40%, with the sixth to seventh month. Pan American Health indicate that 42% of pregnant women in Brazil would be anemic. Usually pregnant women anemia is caused by increased demand for iron, and the strategy to combat iron deficiency and iron deficiency anemia is well established, consisting briefly on the following: change in eating habits, diagnosis and treatment of causes of loss blood, infection control that contribute to anemia, food fortification and supplementation with iron salts. This study aims to evaluate the management of pregnant women with low hemoglobin in the basic health unit investigated, and verify the effectiveness of the procedures adopted by that institution to reverse the above mentioned. This was a cross-sectional study with secondary data. The data showed that the prevalence of anemia increased the hemoglobin concentration decreased with the evolution of pregnancy.

KEYWORDS

Anemia. Iron. Pregnancy. Blood cell count.

1 INTRODUÇÃO

Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) indicam que mais da metade das gestantes dos países não industrializados sofrem de anemia. No Brasil, há escassez de estudos com amostras representativas, porém estima-se que a anemia afete 30 a 40% das gestantes nas diversas partes do país (SATO et al., 2008).

A etiologia das anemias caracteriza-se pela biossíntese anormal de hemoglobina. As hemácias em desenvolvimento requerem ferro, protoporfirina e globina em quantidades ótimas para a produção de

* Graduada em Farmácia, Universidade de Barra Mansa – Campus Barra Mansa, Barra Mansa, Rio de Janeiro. Correspondência: tati.fs@hotmail.com

** Graduada em Medicina, Universidade Presidente Antônio Carlos/MG, aline_guidine@yahoo.com

*** Farmacêutico Bioquímico, Doutor em Patologia, Professor Adjunto da Universidade Federal Fluminense, RJ

**** Farmacêutico Bioquímico, Mestre em Análises Clínicas. Professor adjunto da Universidade Presidente Antônio Carlos – Campus IV, Juiz de Fora, Minas Gerais. Correspondence author: Harleson Lopes de Mesquita. harlefar@hotmail.com

Received: 20/07

Accepted: 11/09

hemoglobina. Neste sentido, as anemias caracterizadas pela síntese deficiente de hemoglobina podem ser divididas em três grupos, dependendo de qual dos três compostos está deficiente. No grupo das anemias caracterizadas por distúrbios do metabolismo do ferro, podemos classificar a anemia ferropriva e de doença crônica como sendo as mais comuns (LORENZI et al., 2003; CARVALHO et al., 2006).

A anemia em período gestacional pode desencadear, dependendo da gravidade, processos deletérios graves para a mãe e para o feto (BARROS & COSTA, 1999). Estudos evidenciam que a anemia na gravidez relaciona-se com pobre resultado gestacional, com maior risco de prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e menor concentração de hemoglobina no recém-nascido (VITALLE et al., 2008).

A anemia na gestação é definida laboratorialmente com a queda de mais de dois níveis da média dos valores da concentração de Hb e/ou hematócrito. Acredita-se que quase a metade das mulheres grávidas no mundo seria anêmica, sendo 52% em países “não industrializados”. Informes da Organização Pan-Americana da Saúde indicam que 42% das gestantes no Brasil seriam anêmicas (ESCODA et al., 2002; BRESANI et al., 2007).

A carência de ferro é classicamente considerada a principal responsável pelos casos de anemia na gestação. Essa elevada taxa pode estar relacionada a uma dieta insuficiente de ferro, associada ao aumento da demanda do mineral típico desse período. Uma dieta equilibrada nem sempre é suficiente para suprir as necessidades de ferro que aumentam durante a gestação, sendo necessários até dois anos para o restabelecimento dos depósitos utilizados durante esse período (ROCHA et al., 2005; BRUNTON et al., 2006).

A estratégia de combate à deficiência de ferro e à anemia ferropênica já está bem estabelecida. Consiste nos seguintes pontos: modificação dos hábitos alimentares, diagnóstico e tratamento das causas da perda de sangue, controle de infecções que contribuem com a anemia, fortificação de alimentos e suplementação medicamentosa com sais de ferro (CARDOSO et al., 1994; SOUZA et al., 2003).

2 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal com dados secundários. A pesquisa teve como cenário de captação de dados, a ficha protocolizada individual de seguimento de 20 gestantes que realizaram o acompanhamento pré-natal na Unidade básica de Saúde.

A amostra estudada foi constituída de 20 gestantes adultas que utilizavam os serviços locais de saúde onde o estudo foi desenvolvido. Como critério para admissão dos prontuários, a gestante deveria ter idade superior a 19 anos e possuir um exame laboratorial de concentração de hemoglobina para o estabelecimento de diagnóstico de anemia. Como critérios de exclusão foram estabelecidos idade inferior a 19 anos (gestantes adolescentes segundo critérios da OMS) e gestantes que não apresentam anemia.

A presença de anemia foi comprovada através dos dados sobre a concentração de hemoglobina sanguínea que foram obtidos dos prontuários, a partir da anotação do primeiro resultado do exame laboratorial disponível nas consultas do Pré-Natal.

Para o diagnóstico da anemia a concentração de hemoglobina das gestantes deveria estar abaixo do normal durante os estágios da gestação.

Outros fatores que compuseram a variável independente foram obtidos através dos prontuários das gestantes como idade gestacional (primeiro trimestre, segundo trimestre e terceiro trimestre), idade da gestante, grau da anemia (leve, moderada e grave), entre outros extraídos dos prontuários do período de 2007 a 2008.

Os dados foram analisados por estatística descritiva.

Este estudo populacional não envolveu riscos de natureza física, psíquica, moral, social e cultural para a população investigada.

O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Barra Mansa (CEPE-UBM) e as informações obtidas foram confidenciais, garantindo a privacidade de cada participante, de acordo com os referenciais da bioética.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa foi realizada nos meses de setembro e outubro do ano de 2009, através da coleta de dados secundários nos prontuários das gestantes adultas que realizaram o pré-natal nos anos de 2007 e 2008 na Unidade Básica de Saúde da Rede Pública. Os prontuários estavam armazenados em um arquivo,

Idade	Número	Porcentagem
20 - 25	9	45%
26 - 30	7	35%
31 - 35	4	20%

Levando em consideração o estudo realizado por Carvalho et al.,(2006), onde mostram que os parâmetros da cinética do ferro são fundamentais para o correto diagnóstico das anemias, uma limitação que se destaca nesse trabalho é a falta desses dados secundários, pois grande parte dos prontuários não foram preenchidos de forma adequada pelos profissionais responsáveis.

Outra limitação encontrada foi a não execução da cinética do ferro pela Unidade Básica de Saúde, já que segundo o Manual de Assistência Pré-Natal de 2000, gestantes com hemoglobina inferior a 11 g/dL devem receber suplementação de ferro.

Entre os 20 laudos selecionados de gestantes com hemoglobina menor que 11 g/dL, a classificação morfológica das hemácias pelos índices hematimétricos revelou que 45% dos exames foram normocíticos normocrômicos, 40% microcíticos hipocrômicos e 15 % macrocíticos (Gráfico 1).

Estes dados já eram esperados porque a maior frequência de anemia na gestação é devido à deficiência de ferro, que inicialmente pode ser normocítica normocrômica evoluindo posteriormente para microcítica hipocrômica (WALTER et al., 2004; FABIAN et al., 2007).

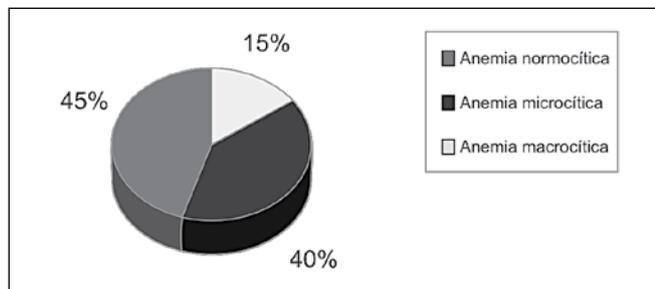


Gráfico 1. Classificação morfológica das anemias

A segunda avaliação a ser feita foi a prevalência de anemia segundo a idade gestacional (Gráfico 2) sendo essa dividida em trimestres 1, 2 e 3. Os resultados demonstram predomínio de anemia nos estágios finais da gestação (50% de casos), seguido do trimestre 2 (40% casos). No trimestre 1 a anemia foi demonstrada em apenas 10% dos casos.

Esses dados são compatíveis com trabalho de Guerra et al., (1990), onde evidencia também a prevalência de anemia no terceiro trimestre gestacional.

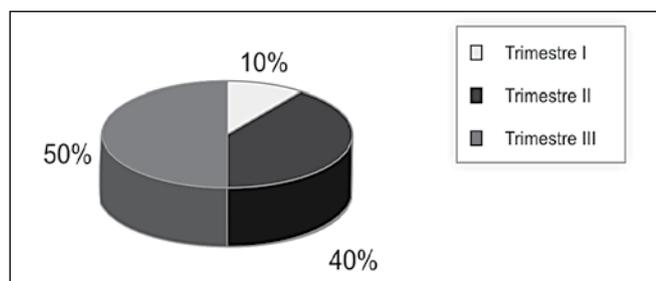


Gráfico 2. Prevalência de anemia segundo idade gestacional

A terceira avaliação feita foi a classificação do grau de anemia, visto que anemia grave é aquela cujo valor de hemoglobina é inferior a 7 g/dL, moderada o valor de hemoglobina esta entre 7 e 9,9 g/dL e leve apresenta valores entre 10 e 10,9 g/dL (SANTOS et al., 2008).

Os resultados encontrados para anemia grave, moderada e leve foram respectivamente 5%, 15% e 80%.

Esses valores foram compatíveis com o trabalho de Santos et al., (2008), onde a prevalência de anemia grave é significativamente menor que as prevalências de anemia moderada e leve.

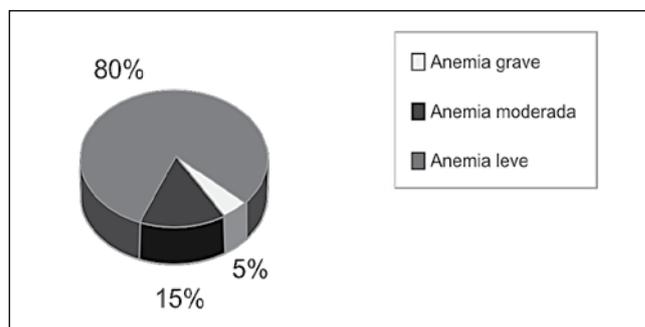


Gráfico 3. Grau de anemia (Leve, moderada e grave)

A classificação da anemia de acordo com o seu grau é de grande valia para o tratamento da gestante anêmica, pois como visto anteriormente, o Manual de Assistência ao pré-natal de 2000 preconiza diferentes abordagens terapêuticas.

A última avaliação feita foi sobre o tratamento da gestante anêmica. A adesão total ao tratamento pelas gestantes foi de apenas 80% (gráfico 4). As principais causas de não adesão ao tratamento com sulfato ferroso relatadas no prontuário foram queixas de dores no estômago e mal estar na ingestão dos comprimidos.

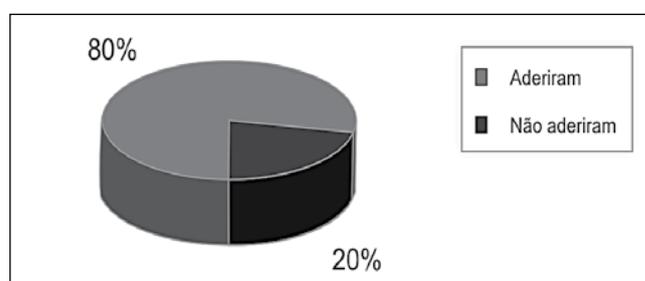


Gráfico 4. Adesão ao tratamento.

Entre as 80% tratadas, apenas 4 (25%) não apresentaram melhoria significativa da anemia. Esse fato sugere que outros fatores além da deficiência de ferro poderiam estar associados, como deficiência de vitaminas. É importante ressaltar também que três dessas gestantes apresentaram anemias macrocíticas, quadro não compatível com anemia ferropriva e uma apresentou anemia normocítica.

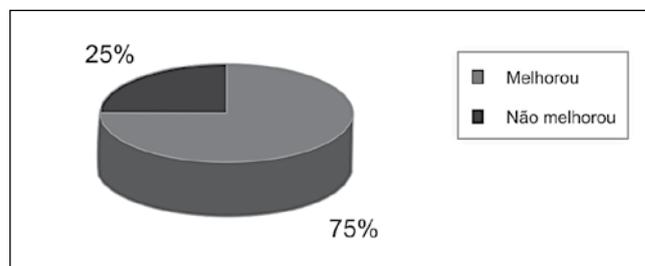


Gráfico 5. Avaliação do tratamento

4 CONCLUSÃO

Esta pesquisa possibilitou caracterizar morfológicamente o tipo de anemia entre 20 gestantes atendidas na Unidade Básica de Saúde do município de Cachoeira Paulista, nos anos de 2007 e 2008. A prevalência de anemia aumentou e a concentração de hemoglobina reduziu com a evolução da gestação.

Segundo a classificação morfológica das anemias as mais encontradas foram as do tipo normocítica normocrômica, e microcítica hipocrômica. Essas anemias podem ter grande relação com a deficiência de ferro, visto que a falta dele gera queda na produção de hemácias, levando a diminuição da concentração de hemoglobina sem alteração inicial nos índices hematimétricos, e que a falta prolongada desse mineral reflete nos índices hematimétricos (VCM, HCM e CHCM) levando a queda da concentração de hemoglobina e microcitose (ZAGO et al., 2004).

A classificação das anemias segundo a gravidade demonstrou predomínio de quadros leves de anemia (valores de hemoglobina de 10 a 10,9 g/dl). O tratamento, com adesão correta de 80% das gestantes mostrou-se efetivo em 75% dessas.

Devem ser feitas duas considerações importantes quanto a não adesão completa das gestantes e a não efetividade do tratamento em 25% delas.

Em primeiro lugar, a ausência da realização do exame de cinética do ferro gerou dificuldades no esclarecimento da verdadeira causa das anemias. Esse fato provavelmente levou a falha posterior do tratamento com sulfato ferroso já que a deficiência de ferro nessas gestantes provavelmente não era a causa da anemia, ou na melhor das hipóteses, não era a única causa.

Em segundo lugar, a dificuldade de adesão ao tratamento por distúrbios gastrointestinais relacionados ao uso oral de sulfato ferroso tem sido relatada na literatura. Uma alternativa nesses casos, como uso parenteral do fármaco, poderia ter sido adotada.

Espera-se que os resultados do trabalho possam contribuir para melhora do atendimento à gestante, possibilitando o diagnóstico precoce das anemias gestacionais e o esclarecimento de suas causas, fundamentais para abordagem terapêutica correta.

5 REFERÊNCIAS

BARROS, S. M. O.; COSTA, C. A. R. Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, p. 105-111, 1999.

BRESANI, C. C.; SOUZA, A. I.; BATISTA, M.; FIGUEIROA, J. N. Anemia e ferropenia em gestantes: dissensos de resultados de um estudo transversal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 1, p. 15-22, 2007.

BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKET, K. L. **Goodman & Gilman: as bases farmacológica da terapêutica**. 11ed. Rio de Janeiro: Mcgraw-Hill, 2007.

CARDOSO, M. A.; PENTEADO, M. V. C. Intervenções nutricionais na anemia ferropriva. **Caderno da Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 231-240, 1994.

CARVALHO, M. C.; BARACAT, E. C. E.; SGARBIERI, V. C. Anemia Ferropriva e Anemia de Doença Crônica: Distúrbios do Metabolismo de Ferro. **Segurança Alimentar e Nutricional**, Campinas, v. 13, n. 2, p. 54-63, 2006.

ESCODA, M. S. Q. Debate: Para a Crítica da Transição Nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 219-226, 2002.

FABIAN, C.; OLINTO, M. T. A.; COSTA, J. S. D.; BAIROS, F.; NÁCUL, L. C. Prevalência de anemia e fatores associados em mulheres adultas residentes em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1199-1205, 2007.

GUERRA, E. M.; BARRETTO, O. C. O.; VAZ, A. J.; SILVEIRA, M. B. Prevalência de deficiência de ferro em gestantes de primeira consulta em centros de saúde de área metropolitana, Brasil: etiologia da anemia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 2, p. 88-95, 1990.

LORENZI, T. F.; D'AMICO, E.; DANIEL, M. M.; SILVEIRA, P. A. A.; BUCCHERI, V. **Manual de hematologia propedêutica e clínica**. 3 ed. Guanabara Koogan (Grupo GEN): São Paulo, 2003.

ROCHA, D. S.; NETTO, M. P.; PRIORE, S. E.; LIMA, N. M. M.; ROSADO, L. E. F. P. L.; FRANCESCHINI, S. C. C. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. **Revista de nutrição**, Campinas, v. 18, n. 4, p. 481-489, 2005.

SANTOS, P. N. P.; CERQUEIRA, E. M. M. Prevalência de anemia nas gestantes atendidas em Unidades de Saúde em Feira de Santana, Bahia, entre outubro de 2005 e março de 2006. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 3, p. 219-223, 2008.

SATO, A. P. S.; FUJIMORI, E.; SZARFARC, S. C.; SATO, J. R.; BONADIO, I. C. Prevalência de anemia em gestantes e a fortificação de farinhas com ferro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 474-481, 2008.

SOUZA, A. I.; BATISTA F. M. Diagnóstico e tratamento das anemias carenciais na gestação: consensos e controvérsias. **Revista Brasileira da Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 4, p. 473-479, 2003.

VITALLE, M. S. S.; FISBERG, M. Deficiência de Ferro Entre Adolescentes. **Jornadas Científicas do NISAN**. 1 Ed. São Paulo: Editora Manole, 2008.

WALTER, T.; OLIVARES, M. Causas y consecuencias de la deficiencia de hierro. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 17, n. 1, p. 5-14, 2004.

ZAGO, M. A.; FALCÃO, R. P.; PASQUINI, R. **Hematologia: Fundamentos e Prática**. 1 Ed. São Paulo: Atheneu, 2004.