

Anemia ferropriva na gestação: incidência, complicações e estratégias de tratamento.

Carla Santos Camargo, Farmácia, Centro Universitário Integrado, Brasil

Rafael Orlando Bassi, Farmácia, Centro Universitário Integrado, Brasil

Vanessa Tatiana de Andrade de Castro, Farmácia, Centro Universitário Integrado, Brasil, vanessatatiana.andrade@grupointegrado.br

A anemia ferropriva é uma condição caracterizada pela redução da hemoglobina decorrente da deficiência de ferro, com impactos significativos na saúde materno-fetal durante a gestação. Trata-se de uma revisão de literatura qualitativa, que analisa a incidência, os fatores de risco e as estratégias de prevenção e tratamento dessa condição em gestantes. A pesquisa foi realizada em bases nacionais e internacionais considerando publicações entre 2020 e 2025. Os resultados evidenciam que a anemia ferropriva permanece prevalente em populações vulneráveis, sendo que a suplementação associada à orientação nutricional é fundamental para seu controle e prevenção efetiva.

Palavras-chave: Gravidez. Anemia Ferropriva. Incidência. Tratamento. Pré-natal.

Iron deficiency anemia is a condition characterized by a reduction in hemoglobin due to iron deficiency, with significant impacts on maternal-fetal health during pregnancy. This is a qualitative literature review that analyzes the incidence, risk factors, and strategies for prevention and treatment of this condition in pregnant women. The research was conducted in national and international databases between 2020 and 2025. The results show that iron deficiency anemia remains prevalent in vulnerable populations, and supplementation combined with nutritional guidance is essential for its control and effective prevention.

Keywords: Pregnancy. Iron Deficiency Anemia. Incidence. Treatment. Prenatal care.

INTRODUÇÃO

A anemia ferropriva, ou anemia por deficiência de ferro, é uma das deficiências nutricionais mais prevalentes no mundo e constitui importante problema de saúde pública, especialmente em países em desenvolvimento. Essa condição ocorre quando as reservas de ferro do organismo estão insuficientes para manter níveis adequados de hemoglobina, proteína essencial para o transporte de oxigênio aos tecidos (Vendramim, 2024). Durante a gestação, a demanda materna por ferro aumenta de forma significativa devido à expansão do volume sanguíneo, às exigências metabólicas do feto e ao desenvolvimento da placenta, que é altamente ativa do ponto de vista metabólico e também armazena ferro. Estima-se que, ao longo da gravidez, sejam necessários cerca de 1 grama adicional de ferro, dividido entre as necessidades maternas e fetais (Georgieff, 2020).

Estudos epidemiológicos mostram que a anemia ferropriva durante a gestação está associada a uma série de complicações materno-fetais, incluindo parto prematuro, baixo peso ao nascer e aumento da mortalidade neonatal (Rahman et al., 2016). Além disso, o quadro clínico pode impactar diretamente a qualidade de vida da gestante, provocando sintomas como fadiga, fraqueza, palidez e redução da capacidade funcional. Dessa forma, o presente estudo teve como objetivo

SIMPAR

Simpósio de Pesquisa, Extensão e Inovação do Paraná

Realização



Apoio



FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA
Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

analisar a incidência, as complicações e as estratégias de tratamento da anemia ferropriva na gestação.

MÉTODO

Este estudo trata-se de uma revisão narrativa de abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar a incidência, os fatores associados e as estratégias de prevenção e tratamento da deficiência de ferro em gestantes. A coleta de dados foi realizada entre os meses de fevereiro e abril de 2025, utilizando as bases de dados BIREME (Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde), PubMed/MEDLINE e Google Acadêmico.

Os descritores empregados em português foram: “gravidez”, “ferro” e “incidência”, combinados entre si por meio de operadores booleanos. A pesquisa foi delimitada a artigos publicados no período de 2020 a 2025, nos idiomas português e inglês, e que abordassem especificamente a deficiência de ferro durante a gestação.

Foram inicialmente recuperados 793 artigos no PubMed, 65 na BIREME e 4.450 no Google acadêmico, totalizando 5.308 artigos. Após a aplicação dos descritores, obteve-se 165 artigos relevantes. Destes, foram selecionados 77 artigos com base nos títulos e, em seguida, os resumos foram analisados, mantendo-se esses 77. Após a leitura completa, 39 artigos foram excluídos por não atenderem ao objetivo da pesquisa, resultando em 14 artigos selecionados para a revisão final. (Figura 1).

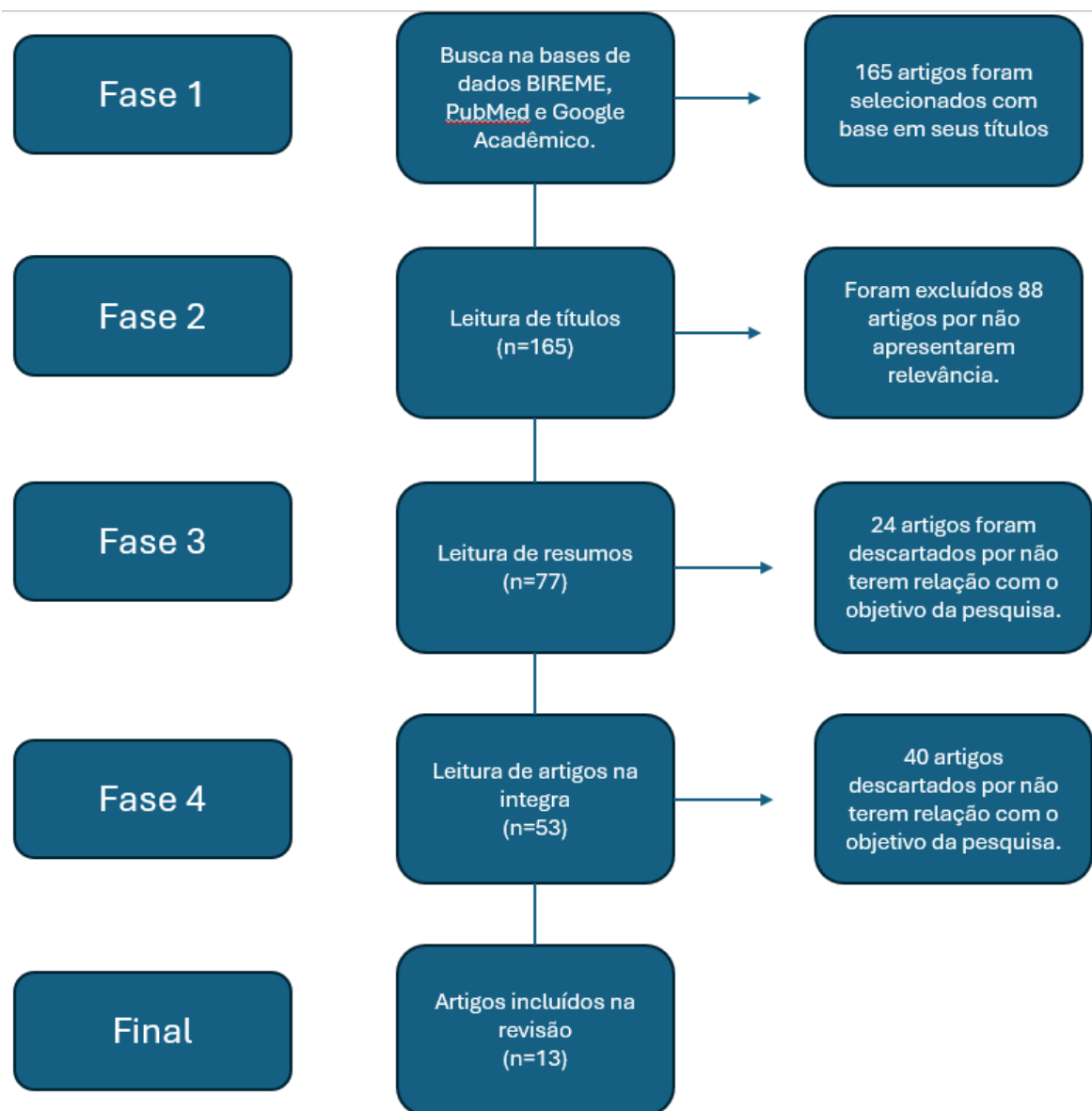


Figura 1 - Busca, seleção, inclusão e exclusão dos artigos

A análise dos dados ocorreu por meio de leitura crítica e categorização temática, contemplando: prevalência da anemia ferropriva em gestantes, fatores de risco associados, complicações materno-fetais e estratégias de intervenção. Estudos que não apresentavam relação direta com a anemia na gravidez foram excluídos da amostra.

REVISÃO DE LITERATURA

A anemia ferropriva durante a gestação é considerada uma das deficiências nutricionais mais comuns em nível global, afetando cerca de 40% das gestantes (Who, 2022). Essa condição está relacionada ao aumento expressivo da

demanda metabólica nesse período, que exige maior aporte de ferro para suprir as necessidades maternas e fetais. Quando essas demandas não são atendidas por meio de dieta adequada ou suplementação, ocorre a diminuição das reservas do mineral e conseqüentemente o desenvolvimento da anemia (Guimarães et al., 2022).

Estudos recentes no Brasil e em outros países indicam que fatores como condição socioeconômica, escolaridade, qualidade do acompanhamento pré-natal e hábitos alimentares estão fortemente associados ao risco de desenvolver anemia ferropriva na gestação (Ribeiro et al., 2023). Mulheres em situação de vulnerabilidade, com baixa renda ou acesso limitado aos serviços de saúde, encontram-se mais expostas a complicações, como parto prematuro, nascimento de bebês com baixo peso e mortalidade perinatal (Vendramim et al., 2024).

Para enfrentar esse desafio, diretrizes nacionais e internacionais recomendam a suplementação profilática de ferro durante a gravidez. O sulfato ferroso é o suplemento mais utilizado devido à eficácia e ao baixo custo (Pavord et al., 2020). Contudo, a adesão ao tratamento ainda representa um obstáculo, pois efeitos adversos como náuseas, constipação e gosto metálico levam muitas gestantes a interromperem o uso (Santos et al., 2020).

Nesse cenário, a orientação nutricional torna-se indispensável, incentivando o consumo de alimentos ricos em ferro como carnes vermelhas, leguminosas e vegetais verde-escuros associados a fontes de vitamina C, que potencializam a absorção de ferro (Martins et al., 2020).

A combinação de suplementação, educação alimentar e acompanhamento pré-natal de qualidade constitui a estratégia mais eficaz para reduzir os índices de anemia em gestantes (Vendramim et al., 2024). A literatura recente reforça que ações integradas e contínuas, desenvolvidas no âmbito da Atenção Primária à Saúde, são determinantes para o sucesso no controle desse agravo (Ministério da Saúde, 2023).

Fisiopatologia da Anemia Ferropriva na Gestação

A anemia ferropriva ocorre quando há diminuição na concentração de hemoglobina em decorrência da deficiência de ferro, elemento essencial para a eritropoiese (Ministério da Saúde, 2023). Durante a gestação, o organismo materno passa por diversas adaptações fisiológicas, incluindo o aumento do volume plasmático em até 40%, o que leva à hemodiluição e à redução relativa da concentração de hemácias (Moreira et al., 2021). Esse fenômeno, embora esperado, pode evoluir para quadros anêmicos quando associado à ingestão insuficiente ou à absorção inadequada de ferro.

A absorção intestinal do mineral é influenciada por fatores como acidez gástrica, presença de fitatos e consumo de alimentos ricos em cálcio, que reduzem sua biodisponibilidade (Martins et al., 2020). No contexto gestacional, essa limitação torna-se ainda mais crítica devido à demanda aumentada da placenta e do feto, especialmente a partir do segundo trimestre. A eritropoetina, hormônio responsável pela estimulação da produção de glóbulos vermelhos, apresenta

elevação durante a gravidez. No entanto, sua eficácia está condicionada à disponibilidade adequada de ferro. A carência do mineral limita a resposta hematopoiética e reduz o transporte de oxigênio para os tecidos fetais, podendo comprometer o desenvolvimento neurológico e cognitivo do feto (Guimarães et al., 2022; Georgieff, 2020).

Outro aspecto relevante é que mulheres que iniciam a gestação com estoques reduzidos de ferro têm risco significativamente maior de desenvolver anemia grave no terceiro trimestre (Who, 2022). Dados recentes indicam que cerca de 23% das gestantes brasileiras iniciam o pré-natal com níveis de ferritina abaixo do recomendado (Ministério da Saúde, 2024).

O diagnóstico diferencial da anemia ferropriva baseia-se em marcadores como ferritina sérica, saturação de transferrina, volume corpuscular médio (VCM) e o índice de distribuição do tamanho das hemácias (RDW). A forma ferropriva caracteriza-se por microcitose, hipocromia e baixos níveis de ferritina (<15 ng/mL), sendo a mais prevalente entre gestantes (Ribeiro et al., 2023).

Além do impacto materno, a deficiência de ferro compromete diretamente o transporte de oxigênio para os tecidos fetais. Estudos recentes relacionam níveis reduzidos de hemoglobina à restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e ao aumento do risco de alterações neurológicas no feto (Vendramim et al., 2024).

Como resposta adaptativa, o organismo materno pode aumentar a frequência cardíaca, promover vasodilatação periférica e intensificar a absorção intestinal de ferro. Contudo, esses mecanismos são limitados e não compensam deficiências severas ou persistentes ao longo da gestação (Ministério da saúde, 2024).

Portanto, a fisiopatologia da anemia ferropriva na gravidez não se resume à diminuição do ferro plasmático. Trata-se de um conjunto complexo de alterações moleculares, hemodinâmicas e endócrinas que comprometem a homeostase materno-fetal. A falha no diagnóstico e tratamento precoce pode resultar em complicações graves, como pré-eclâmpsia, sofrimento fetal agudo e parto prematuro (Who, 2022).

Conclui-se que a anemia ferropriva deve ser entendida não apenas como uma deficiência nutricional isolada, mas como um desequilíbrio sistêmico que exige diagnóstico precoce, intervenção terapêutica adequada e acompanhamento contínuo durante todo o pré-natal (Pavord et al., 2020; Ministério da Saúde, 2023)

Impactos Materno Fetais

A anemia ferropriva, além de comprometer a saúde materna, está associada a diversos desfechos obstétricos adversos. Sua presença durante a gestação é considerada fator de risco para parto prematuro, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal (Who, 2022).

Clinicamente, gestantes anêmicas podem apresentar sintomas como fadiga intensa, fraqueza muscular, sonolência, cefaléia, palpitação e irritabilidade. A palidez cutânea e a hipocromia de mucosas são achados frequentes no exame físico, mas muitas vezes subestimados na atenção primária (Santos et al., 2020). Do ponto de vista fisiológico, a deficiência de hemoglobina compromete a

oxigenação tecidual, reduzindo a reserva funcional da placenta e prejudicando o transporte de nutrientes e oxigênio ao feto. Esse processo pode resultar em restrição de crescimento intrauterino (RCIU) e atraso no desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2024).

Estudos recentes apontam que gestantes com hemoglobina inferior a 10 g/dL apresentam risco 2,5 vezes maior de parto prematuro e complicações como ruptura prematura de membranas (Ribeiro et al., 2023). Além disso, a anemia materna tem sido associada ao aumento da incidência de descolamento prematuro de placenta e hemorragias pós-parto, condições que elevam a mortalidade materna.

As repercussões não se limitam ao período gestacional. Recém-nascidos de mães anêmicas apresentam maior risco de deficiência de ferro nos primeiros meses de vida, o que pode comprometer o desenvolvimento neurológico, incluindo memória, linguagem e cognição (Vendramim et al., 2024).

Do ponto de vista obstétrico, a anemia está relacionada a maior necessidade de intervenções durante o parto, como uso de ocitocina, fórceps, cesarianas de emergência e internações em UTI neonatal. Essas situações elevam os custos hospitalares e impactam negativamente os indicadores de saúde materno-infantil (Ministério da Saúde, 2023).

A presença da anemia também pode agravar comorbidades como hipertensão gestacional, diabetes mellitus e infecções urinárias recorrentes, funcionando como um fator adicional de descompensação clínica (Guimarães et al., 2022). Em casos extremos, pode evoluir para insuficiência cardíaca congestiva gestacional, sobretudo em mulheres com reservas nutricionais já comprometidas ou que engravidaram em intervalo curto após outra gestação (Who, 2022).

Outro ponto crítico é a maior vulnerabilidade a complicações cirúrgicas em partos cesáreos. A hipoxemia materna compromete a resposta anestésica, dificulta a recuperação pós-operatória e aumenta o risco de infecções e hemorragias (Martins et al., 2020).

No período puerperal, a anemia materna está relacionada ao aumento da incidência de depressão pós-parto, dificuldades na amamentação e maior lentidão na recuperação física e emocional (Vendramim et al., 2024).

Dessa forma, a anemia ferropriva deve ser reconhecida como um agravante sistêmico, que aumenta os riscos obstétricos em todas as fases da gestação e compromete não apenas o bem-estar materno, mas também o desenvolvimento saudável do recém-nascido.

Estratégias de Prevenção e Tratamento

A prevenção da anemia ferropriva na gestação constitui um dos pilares do cuidado pré-natal. Recomenda-se a suplementação universal de ferro a partir da 20ª semana de gestação, em doses diárias entre 40 e 60 mg de ferro elementar. Essa medida busca suprir a demanda fisiológica elevada nos trimestres finais da gravidez (Ministério da Saúde, 2023). Contudo, a simples prescrição do suplemento não garante adesão. Efeitos colaterais gastrointestinais, como

náuseas, constipação e gosto metálico, frequentemente levam gestantes a interromper o tratamento (Santos et al., 2020).

Além disso, a falta de conhecimento sobre a importância do uso regular contribui para o abandono da suplementação.

Nesse cenário, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel central. Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e agentes comunitários devem atuar de forma integrada, promovendo não apenas a distribuição do suplemento, mas também o acompanhamento ativo do seu uso (Ministério da Saúde, 2024). Orientações individualizadas, em linguagem acessível, são fundamentais para garantir maior adesão.

A alimentação é outro eixo preventivo essencial. O ferro heme, presente em carnes vermelhas e vísceras, possui maior biodisponibilidade do que o ferro não-heme, encontrado em leguminosas e vegetais de folhas verdes. A associação com fontes de vitamina C melhora a absorção do mineral, enquanto o consumo simultâneo de leite, café e chá reduz significativamente sua eficácia (Guimarães et al., 2022).

Experiências recentes mostram que atividades educativas em grupos de gestantes, conduzidas por equipes multiprofissionais, contribuem para a melhora dos indicadores hematológicos. O uso de materiais visuais, receitas práticas e visitas domiciliares favorece a compreensão e aplicação das orientações (Ribeiro et al., 2023).

Do ponto de vista tecnológico, ferramentas como o SISPRENATAL permitem monitorar exames, suplementação e evolução clínica das gestantes. Apesar disso, muitos municípios ainda enfrentam dificuldades estruturais para a utilização plena do sistema (Ministério da Saúde, 2023).

Nos casos em que há intolerância grave ao suplemento oral, má absorção intestinal ou quadros de anemia severa, recomenda-se a administração de ferro por via parenteral (intravenosa), que apresenta bons resultados em gestantes (Pavord et al., 2020). Embora seguro, esse protocolo ainda é pouco adotado na atenção básica devido à falta de capacitação de profissionais e ao receio de efeitos adversos.

Outro fator importante é o intervalo inter-gestacional. Gravidezes com menos de 24 meses de diferença reduzem as reservas maternas de ferro, aumentando o risco de anemia. Assim, o planejamento reprodutivo, integrado ao cuidado pré-natal, é uma medida eficaz de prevenção (Who, 2022).

Políticas públicas recentes, como o Programa de Prevenção e Controle das Deficiências Nutricionais, têm buscado integrar ações de nutrição, saúde da mulher e assistência farmacêutica. Contudo, ainda enfrentam desafios operacionais em nível local (Ministério da Saúde, 2024).

Diante desse cenário, é necessário compreender a anemia ferropriva não apenas como um distúrbio nutricional, mas como reflexo de falhas estruturais no acesso e na qualidade do cuidado em saúde. Superar essa condição exige protocolos clínicos consistentes, equipes capacitadas e um acompanhamento humanizado que coloque a gestante no centro do processo de cuidado. Apesar dessas medidas, a prevalência da anemia ainda é elevada, como demonstrado a seguir

(Ribeiro et al., 2023; Guimarães et al., 2022).

Prevalência e Perfil da Anemia Ferropriva em Gestantes no Brasil

Diante dos estudos analisados, observa-se que a prevalência da anemia ferropriva durante a gestação ainda representa um desafio significativo para a saúde pública, especialmente em populações vulneráveis. As evidências apontam que, embora as estratégias de suplementação e educação em saúde sejam amplamente recomendadas, persistem barreiras de adesão, acompanhamento e diagnóstico precoce.

A prevalência da anemia ferropriva entre gestantes no Brasil ainda é considerada elevada, sobretudo em regiões com menor desenvolvimento socioeconômico. Dados apontam que cerca de 29% das gestantes cadastradas no SISPRENATAL apresentaram níveis de hemoglobina abaixo de 11 g/dL no primeiro exame laboratorial (Ministério da Saúde, 2024).

Entretanto, esse número pode estar subestimado, já que muitas mulheres não realizam hemograma completo no início da gravidez devido a falhas no sistema, baixa adesão ao pré-natal ou ausência de encaminhamento adequado (Santos et al., 2020). A insuficiente cobertura de exames laboratoriais constitui um dos maiores obstáculos da atenção básica.

Entre os grupos mais vulneráveis, destacam-se mulheres jovens (15 a 24 anos), com baixa escolaridade e residentes em áreas periféricas. Pesquisas recentes confirmam que em municípios das regiões Norte e Nordeste, a ausência de condições adequadas de saneamento, a alimentação insuficiente e a dificuldade de acesso ao transporte elevam significativamente o risco de anemia (Guimarães et al., 2022).

O contraste entre áreas urbanas e rurais também é evidente. Enquanto em regiões urbanas a taxa média de anemia entre gestantes gira em torno de 22%, em áreas rurais esse índice pode ultrapassar 38%, de acordo com estudo publicado na Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil (2023). A carência de equipes multiprofissionais e o atraso no início do pré-natal ajudam a explicar essa discrepância.

Outro aspecto relevante refere-se à frequência das consultas. Gestantes que realizam menos de quatro atendimentos pré-natais apresentam risco duas vezes maior de desenvolver anemia grave, evidenciando a importância da continuidade do cuidado (Ministério da Saúde, 2023).

A prevalência da anemia também reflete desigualdades estruturais. Mulheres negras e pardas apresentam índices mais elevados, mesmo quando considerados fatores socioeconômicos semelhantes. Esse dado aponta para a presença de racismo institucional que afeta diretamente o acesso a serviços de saúde de qualidade (Ribeiro et al., 2023).

Outro desafio é o diagnóstico tardio: muitas gestantes só são identificadas como anêmicas no terceiro trimestre, quando os efeitos clínicos já estão em curso e a reversão se torna mais difícil (Vendramim et al., 2024). Além disso, mesmo quando o diagnóstico é feito, a conduta terapêutica muitas vezes restringe-se à

prescrição do suplemento, sem orientação nutricional ou acompanhamento ativo, perpetuando uma abordagem fragmentada e superficial.

Adicionalmente, a falta de integração entre sistemas como e-SUS, SISPRENATAL e prontuários físicos dificultam o monitoramento longitudinal da gestante, comprometendo a gestão do cuidado (Ministério da Saúde, 2024).

Esses dados demonstram que a anemia ferropriva durante a gestação não deve ser vista apenas como um problema clínico, mas como um marcador de vulnerabilidade múltipla. Tratar apenas os sintomas, sem abordar suas raízes sociais e estruturais, é insuficiente para romper o ciclo de adoecimento.

Desafios no Diagnóstico e Acompanhamento da Anemia Ferropriva em Gestantes

Além da alta prevalência, o diagnóstico precoce da anemia ferropriva na gestação permanece como um dos principais desafios enfrentados pela Atenção Primária à Saúde (APS). Apesar da recomendação do Ministério da Saúde para realização do hemograma já na primeira consulta pré-natal, muitos serviços iniciam o acompanhamento sem exames laboratoriais adequados (Ministério da Saúde, 2023).

Essa lacuna está frequentemente associada à sobrecarga dos profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF), à ausência de protocolos padronizados e à falta de insumos laboratoriais nas unidades básicas. Como resultado, o diagnóstico é retardado e o tratamento iniciado tardiamente (Santos et al., 2020).

Outro obstáculo é o número insuficiente de consultas. Dados do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) indicam que aproximadamente 18% das gestantes brasileiras realizam menos de quatro atendimentos durante toda a gestação, o que compromete o acompanhamento clínico e o monitoramento da resposta ao tratamento (Guimarães et al., 2022).

Mesmo quando o diagnóstico é estabelecido, a adesão à suplementação é baixa. Estima-se que até 40% das gestantes não completem o ciclo mínimo de 90 dias. Entre os principais motivos estão os efeitos adversos do sulfato ferroso e a ausência de orientações claras sobre como e quando administrar o suplemento (Ribeiro et al., 2023).

Outro ponto crítico é a falta de rastreamento ativo pelas equipes de saúde. Em muitos municípios, o acompanhamento de gestantes anêmicas fica restrito ao médico, sem a participação de enfermeiros, nutricionistas ou agentes comunitários, o que vai contra a abordagem multiprofissional recomendada (Ministério da Saúde, 2024).

A educação em saúde, essencial para estimular a adesão, também é frequentemente negligenciada. Muitas mulheres não compreendem a gravidade da anemia e abandonam o tratamento por acreditarem que se trata de uma condição transitória e sem maiores riscos. Esse déficit de comunicação resulta em descontinuidade, reincidência e agravamento do quadro (Vendramim et al., 2024). Outro desafio é a ausência de protocolos clínicos uniformes. Não há consenso sobre a periodicidade ideal de exames após o início da suplementação, tampouco

critérios padronizados para encaminhamento a especialistas. Essa falta de padronização gera insegurança nos profissionais e atrasos nas condutas (Who, 2022).

Questões culturais também exercem impacto significativo. Em algumas comunidades, circulam crenças de que o sulfato ferroso teria efeito abortivo, o que contribui para o abandono do tratamento. Sem mediação cultural adequada essas resistências prevalecem sobre a orientação científica (Ministério da Saúde, 2024).

Além disso, a logística de distribuição dos suplementos ainda é falha. Em muitas localidades, não é incomum a falta do medicamento nas farmácias das UBS, transferindo às gestantes a responsabilidade de adquiri-lo por conta própria, o que reforça a desigualdade no acesso (Ministério de Saúde, 2023).

Por fim, observa-se a ausência de continuidade do cuidado no puerpério. Mulheres que dão à luz com anemia raramente recebem acompanhamento após o parto, perpetuando o risco de recorrência em futuras gestações. A falta de integração entre pré-natal e acompanhamento pós-parto cria uma lacuna assistencial que compromete a saúde materna (Guimarães et al., 2022).

Eficácia das Estratégias Preventivas nas Unidades Básicas de Saúde

Diante dos desafios citados, torna-se essencial avaliar a eficácia das medidas já implementadas. As estratégias de prevenção da anemia ferropriva em gestantes, embora consolidadas nas diretrizes oficiais, ainda enfrentam uma grande distância entre a teoria e a prática. A suplementação universal de ferro, recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2023), demonstra eficácia apenas quando acompanhada de ações educativas contínuas e de monitoramento ativo por parte das equipes de saúde. Estudos recentes indicam que em unidades onde há atividades regulares de educação em saúde, como rodas de conversa para gestantes, os níveis médios de hemoglobina ao final da gravidez são significativamente mais altos. A simples prescrição verbal do suplemento, sem reforço educativo, não garante adesão. Por outro lado, o vínculo criado em encontros coletivos aumenta o engajamento das gestantes (Ribeiro et al., 2023).

O acompanhamento domiciliar por agentes comunitários de saúde (ACS) também se mostra uma ferramenta eficaz. Quando o ACS verifica o uso correto do suplemento durante visitas domiciliares, a adesão pode crescer em até 60% (Santos et al., 2020). Esse contato direto favorece a escuta qualificada e ajuda a quebrar barreiras de desconfiança.

Em contrapartida, unidades que adotam uma abordagem puramente prescritiva limitando-se a entregar o medicamento sem retorno agendado ou orientação nutricional apresentam taxas muito maiores de abandono. Dados do SISAB (2024) apontam que, nessas condições, mais da metade das gestantes não retorna para retirar o suplemento após o primeiro mês. Outro fator determinante é a forma de distribuição, locais que mantêm controle de estoque rigoroso, associando a entrega do suplemento à oferta de orientações nutricionais,

apresentam resultados clínicos até três vezes melhores do que unidades que deixam o medicamento disponível sem acompanhamento (Guimarães et al., 2022).

A presença de nutricionistas nas equipes multiprofissionais também é um diferencial. Gestantes acompanhadas com plano alimentar estruturado apresentam menor queda nos níveis de hemoglobina ao longo da gestação. Entretanto, levantamento nacional mostra que em 41% das UBS brasileiras não há profissional de nutrição disponível de forma regular (Ministério da Saúde, 2024).

O farmacêutico é essencial no tratamento da anemia ferropriva em gestantes, pois orienta sobre o uso correto dos suplementos de ferro, melhora a adesão ao tratamento ao esclarecer efeitos adversos e formas de aumentar a absorção, acompanha a evolução clínica, identifica possíveis interações medicamentosas e promove educação em saúde para prevenir complicações maternas e fetais. Sua atuação integrada à equipe multiprofissional garante um tratamento mais seguro, eficaz e adequado às necessidades da gestante (Córdoba, 2022).

Municípios que estruturaram protocolos integrados entre médicos, enfermeiros e ACS, com metas específicas de acompanhamento de gestantes anêmicas, conseguiram reduzir em até 40% os índices de anemia moderada. Um exemplo é Serra Talhada (PE), onde a linha de cuidado foi organizada em torno de três eixos: diagnóstico precoce, suplementação supervisionada e educação alimentar semanal (Vendramim et al., 2024).

Já estratégias pontuais, como mutirões de coleta de sangue ou campanhas temáticas em datas específicas, têm impacto limitado. Sem acompanhamento contínuo, os indicadores voltam a piorar nos meses seguintes. A literatura recente reforça que a eficácia depende da regularidade do cuidado, e não de ações isoladas (Who, 2022).

Também merece destaque a integração com programas sociais. UBS que associam condicionalidades do Bolsa Família ao acompanhamento pré-natal relatam maior adesão das gestantes às consultas e à suplementação, evidenciando a força da intersetorialidade no enfrentamento da anemia (Ministério de Saúde, 2024).

Por fim, a capacitação técnica das equipes é um elemento crítico. Profissionais que recebem treinamento específico sobre anemia gestacional apresentam maior segurança nas condutas, melhor comunicação com as gestantes e conseguem reduzir complicações clínicas de forma significativa (Ribeiro et al., 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A anemia ferropriva na gestação não deve ser vista apenas como uma condição clínica isolada, mas como reflexo de desigualdades sociais e estruturais que atravessam o cuidado à saúde da mulher. Este estudo evidenciou que, apesar das diretrizes bem estabelecidas por órgãos como o Ministério da Saúde e a Organização Mundial da Saúde, ainda há grande distância entre a teoria e a prática no enfrentamento desse agravo.

A análise fisiopatológica demonstrou que as alterações hematológicas próprias da gravidez aumentam de forma significativa a demanda por ferro, tornando a gestante mais vulnerável a deficiências nutricionais. A carência desse mineral não compromete apenas a saúde materna, mas também o desenvolvimento fetal, resultando em maior risco de parto prematuro, baixo peso ao nascer e déficits neurocognitivos em recém-nascidos.

As implicações clínicas e obstétricas vão além dos parâmetros laboratoriais. A anemia é um marcador de risco real, que compromete a vitalidade fetal, o prognóstico obstétrico e o estado emocional da gestante. Mulheres anêmicas apresentam maior probabilidade de complicações graves no parto e no puerpério, o que reforça a necessidade de abordagens clínicas mais rigorosas e humanizadas.

Os dados epidemiológicos analisados apontam prevalência preocupante da anemia entre gestantes da rede pública, especialmente entre mulheres jovens, negras, com baixa escolaridade e residentes em áreas rurais. Esses achados revelam que a anemia tem determinantes sociais claros, relacionados a cor, classe e território, evidenciando falhas institucionais que perpetuam um ciclo de exclusão e adoecimento.

Os desafios identificados no diagnóstico e no acompanhamento como a baixa adesão ao tratamento, a falta de protocolos padronizados e a comunicação deficiente entre profissionais e pacientes comprometem a eficácia do cuidado. Ainda hoje, a anemia não é tratada como prioridade clínica na atenção básica, quando deveria ser reconhecida como condição de risco imediato.

Embora esta revisão tenha reunido evidências atualizadas e consistentes, reconhece-se como limitação a heterogeneidade metodológica entre os estudos incluídos, bem como a escassez de dados regionais padronizados, o que pode limitar a generalização dos achados. Ainda assim, a análise integrada dos estudos permitiu compreender de forma ampliada os múltiplos fatores que contribuem para a persistência da anemia gestacional no país.

Por outro lado, experiências bem-sucedidas demonstram que, quando estratégias integradas são aplicadas, como grupos educativos, visitas domiciliares, atuação de nutricionistas e articulação com políticas sociais, há melhora significativa nos indicadores clínicos. A presença ativa de profissionais comprometidos, aliada a uma escuta qualificada e planos de cuidado estruturados, tem potencial para reduzir complicações e salvar vidas.

O enfrentamento da anemia ferropriva na gestação exige mais do que protocolos e suplementos: requer políticas públicas eficazes, equipes capacitadas e um sistema de saúde que reconheça a gestante como sujeito de direitos. Sem isso, a assistência permanece fragmentada e insuficiente. Conclui-se que a prevenção e o tratamento da anemia ferropriva exigem ações integradas de diagnóstico precoce, suplementação supervisionada e educação nutricional.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer aos administradores do evento SIMPAR que tornaram possível nossa pesquisa e também ao Centro Universitário Integrado pela confiança depositada na apresentação do nosso trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderno de Atenção Básica: Saúde da Mulher*. Brasília: MS, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas da anemia ferropriva*. Brasília: MS, 2023.

CÓRDOBA, A. C.; CAMILO, P. da Cunha. Atenção farmacêutica na anemia ferropriva. *Revista Científica Unilago*, v. 1, n. 1, 2022.

GEORGIEFF, M. K. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. Manuscrito do autor; disponível no PMC: 1 out. 2021. Publicado na forma final editada como: *Am J Obstet Gynecol.*, v. 223, n. 4, p. 516–524, 14 mar. 2020.

GUIMARÃES, A. C. et al. Alterações hematológicas na gestação: fisiologia e implicações clínicas. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 44, n. 3, p. 123-130, 2022.

MARTINS, F. A. et al. Fatores que interferem na absorção do ferro e suas implicações clínicas. *Revista de Nutrição Clínica e Dietética*, v. 36, n. 1, p. 45-53, 2020.

MOREIRA, R. M. et al. Alterações fisiológicas maternas durante a gestação e implicações no cuidado pré-natal. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, v. 15, n. 2, p. 1-9, 2021.

PAVORD, S. et al. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *British Journal of Haematology*, v. 188, n. 6, p. 819–830, 2020.

RAHMAN, M. M. et al. Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low- and middle-income countries. *American Journal of Clinical Nutrition*, v. 103, n. 2, p. 495–504, 2016.

RIBEIRO, M. T. et al. Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes no Brasil: uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v. 26, p. e230015, 2023.

SANTOS, L. M. et al. Adesão à suplementação com sulfato ferroso entre gestantes na atenção primária. *Saúde em Debate*, v. 44, n. 124, p. 789-798, 2020.

SIMPAR

Simpósio de Pesquisa, Extensão e Inovação do Paraná

Realização



Apoio



FUNDAÇÃO
ARAUCÁRIA
Apoio ao Desenvolvimento Científico
e Tecnológico do Paraná

VENDRAMIM, C. L. et al. Abordagens preventivas na anemia gestacional: revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 58, e230118, 2024.

VENDRAMIM, M. C. Anemia ferropriva: fisiopatologia e manifestação em casos clínicos – uma revisão literária. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, 2024.

WHO – World Health Organization. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: WHO, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>. Acesso em: 02 set. 2025.