



ORIGINAL

RESULTADOS MATERNOS E PERINATAIS EM PORTADORAS DE ANEMIA FALCIFORME

MATERNAL AND PERINATAL OUTCOMES IN WOMEN WITH ANEMIA SICKLE CELL

Shirley Nunes dos SANTOS¹
Fernanda Garanhani de Castro SURITA²
Belmiro Gonçalves PEREIRA²

RESUMO

Objetivo

Avaliar as complicações materno-fetais apresentadas pelas gestantes portadoras de anemia falciforme acompanhadas no ambulatório de pré-natal especializado do Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher da Universidade Estadual de Campinas, no período de janeiro de 2002 a julho de 2004.

Métodos

Os dados coletados em ficha auxiliar pré-codificada foram posteriormente analisados no programa *Epi Info* 6.0. Das sete mulheres portadoras de anemia falciforme, seis apresentam forma homocigota e uma apresenta dupla heterocigose; seis mulheres eram negras e uma parda.

Resultados

As sete mulheres apresentaram alterações no quadro clínico durante a gestação, contudo não foram registradas mortes maternas ou perinatais.

Conclusão

Concluiu-se que a ocorrência de complicações maternas é maior nessa população, porém o pré-natal cuidadoso e o bom controle da doença podem melhorar o quadro.

Termos de indexação: anemia falciforme, assistência perinatal, gravidez.

¹ Mestranda, Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

² Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Caixa Postal 6030, 13081-970, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: FG.C. SURITA. E-mail: <surita@unicamp.br>.

ABSTRACT

Objective

To evaluate the maternal-fetal complications presented by pregnant women with sickle cell disease, doing their pre-natal check-ups in the specialized pre-natal outpatients department of the Women's Health Center of the State University of Campinas, between January 2002 and July 2004.

Methods

The data were collected on a pre-codified form and analyzed using the Epi Info 6.0 program. Of the seven women with sickle-cell anemia, six presented the homozygous form and one the double heterozygous form. Six of the women were negroes and one a half-cast.

Results

The seven women showed changes in their clinical evolution during pregnancy, but no maternal or neonatal deaths occurred.

Conclusion

It was concluded that maternal complications are more likely to occur in this population, but good prenatal care and control of the disease can improve the outcome.

Indexing terms: anemia sickle cell, perinatal care, pregnancy.

INTRODUÇÃO

A anemia falciforme é a doença genética mais freqüente no Brasil¹. É doença originária da África Tropical, identificada em grupos de pardos e negros, ou seja, os afro-descendentes, sendo também decorrente da alta taxa de miscigenação em parcelas cada vez maior na população branca. No Sudeste do Brasil, a prevalência média de heterozigotos é de 2%, valor que sobe de cerca de 6% a 10% entre negros e pardos²⁻⁴. Durante a gravidez, é descrito aumento da morbimortalidade materno-fetal, porém os riscos não são grandes o suficiente para contra-indicar as gestações desejadas, salvo em situações especiais^{5,6}.

O grupo populacional atingido pertence, geralmente, à camada socioeconômica menos favorecida, com problemas concomitantes de subnutrição e infestações parasitárias, fatores também comprometedores do resultado materno-fetal⁶. Complicações como crises dolorosas, crises convulsivas, trombose, hemorragias, hipóxia, e morte, entre outras, podem interferir negativamente no prognóstico materno-fetal^{5,7-9}.

A ocorrência de perda fetal por abortamento, natimortos ou morte neonatal assim como a restrição

do crescimento intra-uterino é maior nas mulheres com anemia falciforme do que nas outras anemias. O vasoespasmato na circulação uteroplacentária deve ser a causa dos maus resultados perinatais descritos, além da anemia materna. Além disso, o uso freqüente de narcóticos pelo quadro doloroso pode ter efeitos vasoconstritores no leito placentário, contribuindo para a má perfusão placentária^{5,10}.

No seguimento pré-natal, aconselha-se acompanhamento em serviço especializado com intervalo reduzido entre as consultas: quinzenais no primeiro e segundo trimestre e semanais no terceiro trimestre. Medidas gerais que contribuem para melhorar o prognóstico materno-fetal são: prevenção e tratamento imediato da anemia (megaloblástica e ferropriva) e das crises dolorosas; controle de infecções (antibioticoterapia agressiva e profilática); disponibilidade de serviços de hemoterapia; instalações adequadas para operações de emergência e assistência neonatal eficiente⁶. O emprego de concentrado de hemácias profilaticamente, a fim de manter níveis hematimétricos mais altos (hemoglobina em torno de 10g/dL) com o intuito de reduzir a incidência de complicações como abortamento e/ou prematuridade é discutível^{5,11} e, para alguns, injustificável¹²⁻¹⁴. A exsanguinotrans-

fução está bem indicada no tratamento das crises dolorosas, infecções e anemia sintomática^{6,15,16}.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo das gestantes portadoras de doença falciforme acompanhadas no ambulatório de pré-natal especializado do Centro de Atendimento Integral à Saúde da Mulher (CAISM), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) no período de janeiro de 2002 a julho de 2004. Foi elaborada uma ficha auxiliar pré-codificada específica para esse estudo na qual constavam os antecedentes pessoais da gestante, dados do pré-natal e internações relacionadas ou não à anemia falciforme e também os dados relacionados ao parto e revisão puerperal. Os dados foram obtidos por meio da análise de seus prontuários médicos.

RESULTADOS

Entre janeiro de 2002 e julho de 2004 foram atendidas sete mulheres portadoras de doença falciforme. Os diagnósticos que levaram as mulheres ao ambulatório foram: seis casos de portadoras da anemia falciforme (homozigoto SS) e um caso de portadora de dupla heterozigose (Sβ talassemia).

A média de idade das mulheres atendidas foi de 26,8 anos. Quanto à cor, seis eram negras e uma parda. A média do número de consultas no pré-natal foi de cinco consultas. Todas as mulheres tiveram apenas uma gestação no período.

Entre as complicações apresentadas por esse grupo de gestantes destacam-se: pneumonia em três mulheres; crises de dor em seis mulheres; alterações vasculares (flebite, lesões varicosas) em duas mulheres e infecção urinária em uma das mulheres do estudo. Quanto às complicações obstétricas ocorreu um caso de pré-eclâmpsia. Houve necessidade de transfusão de hemácias para todas as sete mulheres.

Em relação à via de parto foi realizada cesariana em cinco mulheres e em duas ocorreu parto vaginal. As indicações foram: sofrimento fetal,

falha de indução e malformação fetal. A média da idade gestacional no momento do parto foi de 36,8 semanas. O peso dos recém-nascidos variou de 1 950g a 3 380g, sendo a média de 2 647g, dois foram prematuros e o índice de Apgar foi maior que sete em seis casos no primeiro e quinto minutos. Um recém-nascido apresentou Apgar igual a cinco no primeiro minuto e nove no quinto (não foi considerado anoxiado). O período de internação pós-parto variou de dois a dez dias, média de 4,8 dias. Uma mulher necessitou de cuidados na unidade de tratamento intensivo.

A consulta de revisão puerperal foi realizada por seis mulheres. O método contraceptivo adotado por quatro delas foi a progesterona injetável; uma optou pelo uso do dispositivo intra-uterino e uma fez laqueadura. Não ocorreram mortes maternas ou perinatais (Quadro 1).

DISCUSSÃO

Apesar de os dados de literatura apontarem para resultados desfavoráveis tanto para a gestante como para os recém-nascidos de mulheres com anemia falciforme, a casuística apresentada neste estudo mostrou resultados satisfatórios nessa população^{5,16}. Deve ser ressaltado que todas essas gestantes eram acompanhadas desde antes da gestação pelo Setor de Hematologia do Hospital das Clínicas da Unicamp e dessa forma estavam relativamente bem clinicamente quando engravidaram.

A presença de uma gestante com Sβ talassemia entre as gestantes homozigotas para a talassemia justifica-se porque a gravidade dessa associação é igual à da doença na sua forma homozigota^{9,17}.

Praticamente todas as gestantes apresentaram crises de dor e cerca da metade (três casos) apresentou pneumonia. Uma paciente apresentou infecção urinária, o que corrobora o encontrado em revisão sistemática¹². A literatura cita 33% de toxemia gravídica^{12,16}. Nessa casuística apenas uma paciente apresentou pré-eclâmpsia, porém, pelo pequeno número de casos, não podemos

Quadro 1. Resumo dos resultados das gestantes com anemia falciforme seguidas no Caism/Unicamp.

Caso	Idade	Paridade	Nº transfusões hemácias (n)	Crises de dor	Doenças associadas	Tratamento utilizado	Tipo de parto e resultado perinatal	Dias de internação	Método anticoncepcional pós-parto
1	27	G2P1	3	2	infecção urinária, lesões varicosas	Interferon Paracetamol	cesareana, 1 950g, 9/10 33 semanas	4	progesterona injetável
2*	27	G2P1	1	-	-	-	parto normal 3 380g, 8/9 41 semanas	2	progesterona injetável
3	22	G2A1	1	1	pneumonia	Azitromicina Paracetamol	cesareana 2 915g, 5/9 39 semanas	3	DIU
4	26	G1	2	1	síndrome torácica	Cefalexina	parto normal 2 190g, 9/9 39 semanas	2	não fez revisão puerperal
5	26	G1	1	-	-	Dipirona	cesareana 3 250g, 9/9 37 semanas	8	progesterona injetável
6	34	G2P1	1	-	pré-eclâmpsia, flebite	Cefalexina	cesareana 2 495g, 9/9 36 semanas	4	progesterona injetável
7	26	G4P3	3	2	síndrome torácica	Tramadol Penicilina Cefepime	cesareana 3 250g, 8/9 37 semanas	10	laqueadura

*caso de hemoglobinopatia Sβ.

discutir a incidência de pré-eclâmpsia nessa população.

Nessa casuística não foi observado morte materna. Na literatura os relatos com mortalidade materna nula surgiram a partir de 1960^{17,18}. Há relatos de mortalidade materna, apesar de terapêutica implementada precocemente com tratamento de exsanguinotransfusão profilática^{5,11,15}. Entretanto, se forem considerados os critérios de morbidade materna severa ou *near miss*, um dos casos entraria nessa casuística pelo número de transfusões utilizadas, um dos casos entraria pelo quadro de síndrome torácica aguda e outro pela necessidade de terapia intensiva mais a síndrome torácica aguda. Com a melhora do suporte de terapia intensiva, cada vez mais a tendência é a diminuição da mortalidade materna e, dessa forma, os casos de *near miss* que devem ser utilizados para estimarmos o risco materno frente a uma determinada situação clínica e obstétrica. A ocorrência de *near miss* em três dos sete casos analisados chama a atenção para o risco materno da associação entre anemia falciforme e

gestação ainda que não tivessem ocorrido casos de morte materna.

Rocha⁵ em uma análise retrospectiva incluindo 33 gestantes portadoras de anemia falciforme demonstrou que 30% tiveram perdas fetais: natimorto, abortamento espontâneo ou morte logo após o nascimento. Nessa casuística, a prematuridade ocorreu em dois casos, sem nenhum caso de prematuridade extrema. Nenhum caso de anóxia intra-uterina ocorreu e o peso médio dos recém-nascidos foi de 2 647g. Dessa forma, os resultados perinatais superaram as expectativas.

A frequência de parto cesariano foi elevada: cinco cesarianas e dois partos vaginais. São citados como indicação da cesariana nessa população: sofrimento fetal e apresentação anômala^{16,19}, o que de certa forma coincide com os dados dessa casuística.

O tempo médio de internação foi de 4,8 dias, variando de dois a dez dias a permanência no hospital, sendo maior que a média das internações de rotina para esse fim. Existe grande variabilidade

no quadro clínico da doença no ciclo gravídico-puerperal, com resultados distintos de mortalidade materna fetal, apesar da gravidade da doença. A gravidez impõe alterações importantes no organismo, levando a uma maior incidência de complicações que necessitam de maiores cuidados para minimizá-las ou combatê-las.

Os recursos anticoncepcionais foram solicitados por seis mulheres. Embora os riscos inerentes a uma gravidez sejam pequenos, ultrapassam, em muito, qualquer risco teórico de contracepção. O anticoncepcional injetável medroxi-progesterona tem a vantagem de aumentar a sobrevivência dos glóbulos vermelhos e de diminuir as dores ósseas, sendo o método de eleição²⁰.

CONCLUSÃO

A gravidez para uma mulher com anemia falciforme vem acompanhada de um aumento da morbidade materna e fetal, mas os riscos não são grandes o suficiente para contra-indicar a gestação desejada. Toda mulher portadora de doença falciforme, em idade reprodutiva e sexualmente ativa, deve ser informada dos riscos da gravidez. As complicações apresentadas podem ser minimizadas se as mulheres forem orientadas a procurarem cuidados médicos precoces na gestação e se os cuidados pré-natais forem realizados com equipe multiprofissional, envolvendo obstetra e hematologista.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de doenças mais importantes por razões étnicas na população brasileira afro-descendente. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Kikuchi BA. Anemia falciforme: manual para trabalhadores da saúde e educadores nas américas. 2.ed. Belo Horizonte: Health; 2003.
3. Zago MA. A anemia falciforme e doenças falciformes: manual de doenças mais importantes por razões étnicas, na população afro-descendentes. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Paiva e Silva RB, Ramalho AS, Cassorla RMS. A anemia falciforme como problema de saúde pública no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1993; 27(1):54-8.
5. Rocha HHAG. Gravidez e anemia falciforme. *ARS Cvrand*. 2000; 33(5):31-3.
6. Gonçalves MG, Ávila I. Anemia falciforme e gravidez. *Femina*. 1985; 13(1):23-30.
7. Serjant GR. *Sickle cell disease*. 2nd ed. New York: Medical Publication; 1992.
8. Powards DR, Sandhu M, Niland-Weiss J, Johnson C, Bruce S, Manning PR. Pregnancy in sickle cell disease. *Obst Gynecol*. 1986; 67(2):217-28.
9. Pritchard JA, Scott DE, Whalley PH, Cunningham FG, Manson RA. The effects of maternal sickle cell hemoglobinopathies and cell trait on reproductive performance. *Am J Obstet Gynecol*. 1973; 117(5): 622-70.
10. Samuel F, et al. Pregnancy in sickle cell women: Review of 68 cases in Guadalupe. *J Gynecol Biol Reprod*. 2000; 29:86-93.
11. Koshy M, Burd L, Wallace D, Moawad A, Baron A. Prophylactic red cell transfusion in pregnant patients with sickle cell disease. *N Eng J Med*. 1988; 319(22):1447-52.
12. Charache S, Scott J, Nubyl J, Bond D. Management of sickle cell disease in pregnancy patients. *Obstet Gynecol*. 1980; 55(4):407-10.
13. Milner PF, Jones BR, Dobler J. Outcome of pregnancy in sickle cell anemia and sickle cell hemoglobin C disease. *Am J Obstet Gynecol*. 1980; 138(3):239-45.
14. Koshi M. Sickle cell disease and pregnancy. *Blood Rev*. 1995; 9(3):157-64.
15. Miller JM, Horger EO III, Key TC, Walker EM. Management of sickle hemopathies in pregnant patients. *Am J Obstet Gynecol*. 1981; 141(30): 237-41.
16. Sun PM, Willburn W, Raynor D, Jamienson D. Sickle disease in pregnancy: twenty years of experience at Grady Memorial Hospital, Atlanta, Georgia. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184(6):1127-30.
17. Morrison JC, Blake PG, Reed C. Therapy for the pregnant patient with sickle hemoglobinopathies; a national focus. *AM J Obst Gynecol*. 1982; 144(3): 268-9.
18. Anderson M, Went LM, Maciver JE, Dixon HG. Sickle cell disease in pregnancy. *Lancet*. 1960; 3(2):516-21.
19. Silva HF. Anemia falciforme e gravidez: prognóstico materno-fetal [mestrado]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1983.
20. Serjeant GR. A doença da célula falciforme. *Anais Nestlé*. 1999; 58:11-22.

Recebido para publicação em 27 de janeiro e aceito em 1 de agosto de 2005.