

JUSTIFICATIVA

A *anemia ferropriva* é uma das síndromes carenciais mais frequentes da infância. Ocorre principalmente entre os seis meses e os seis anos de idade e em mulheres adolescentes e na fase reprodutiva. Na criança, a anemia ferropriva não deve ser confundida com a anemia fisiológica, que aparece em torno do terceiro mês de vida (e não responde a tratamento), nem com as graves anemias hereditárias, que persistem após esta época.

O termo “ferropriva” significa simplesmente privado de ferro. O ferro é elemento essencial na constituição da hemoglobina (a proteína carregadora de oxigênio existente nas hemácias do sangue) e em todas as células do organismo, onde atua na retirada da energia do oxigênio. Na ausência de ferro, a medula óssea não produz hemoglobina, o que, clinicamente, se traduz na anemia e na incapacidade das células em gerar energia para seu funcionamento.

A anemia ferropriva, isoladamente, não é doença grave, que possa levar à morte. A carência de oxigênio nos tecidos, no entanto, está relacionada a vários fatores depreciativos, como o retardo do desenvolvimento neurológico, a falta de apetite, e um certo déficit no sistema imunológico. A presença de ferropenia na gestante é, no entanto, potencialmente perigosa, pois pode acarretar deficiência intelectual irreversível na criança.

A anemia ferropriva está presente em todas as partes do mundo, tanto em países desenvolvidos, como no terceiro mundo, não sendo uma doença exclusivamente relacionada à miséria. Também não está relacionada às parasitoses urbanas comuns, nem apenas à desnutrição, nem ao uso de medicamentos ou antibióticos.

O grande causador da anemia ferropriva é o excesso de ingestão de leite de vaca. Estudos norte-americanos demonstram a relação direta entre a ingestão diária de mais de 900ml de leite de vaca e o aparecimento da anemia ferropriva.

Existem várias razões pelas quais o excesso de leite de vaca pode provocar a diminuição de ferro no organismo. Entre elas, o baixo teor de ferro, a baixa biodisponibilidade (capacidade de ser absorvido pelo sistema digestório) e, sem dúvida a maior de todas, o sangramento da parede intestinal provocado pelas proteínas do leite de vaca.

A anemia ferropriva é atualmente a carência de maior prevalência em nosso meio. Estudos feitos desde a década de 70 apontam seu aumento e a relacionam com idade, renda e ingestão de alimentos, mostrando que a carência de ferro em crianças com menos de 24 meses está mais associada com a qualidade da dieta, eminentemente láctea, do que com a renda ou nível social da família. Para crianças maiores de 24 meses, a renda, e conseqüentemente a ingestão de alimentos é fator importante na etiologia da anemia carencial, sendo que o ferro ingerido por esta população não é qualitativa e quantitativamente adequado.

Estudo realizado em 1999, que avaliou a prática alimentar no primeiro ano de vida, em crianças atendidas em centros de saúde e escolas do município de São Paulo, foi observado que aos 3 meses de idade, cerca de 60% das crianças já estavam em processo de desmame.

Constatou-se também, que mesmo após os seis meses de idade, a dieta continua sendo predominantemente láctea, com o leite de vaca muitas vezes substituindo ou complementando uma refeição salgada.

É importante lembrar que a anemia ferropriva já instalada, caracterizada por níveis baixos de hemoglobina, é considerada o terceiro e último estágio da depleção de ferro no organismo, e que esta diminuição do mineral no organismo ocorre de maneira gradual e contínua. Nos estágios anteriores, diminuição dos estoques – primeiro estágio – e decréscimo no transporte de ferro – segundo estágio, os níveis de hemoglobina permanecem inalterados, assim, em populações com alta prevalência de anemia ferropriva ($Hb < 11,0$ g/dl) pode-se considerar que praticamente toda a população seja ferro-deficiente. Diante deste quadro alarmante, são necessárias medidas preventivas urgentes para alteração desta situação.

Sob este prisma, a anemia ferropriva é considerada conseqüência direta de um erro alimentar e do abandono da suplementação preventiva. O fato é que, em nossa sociedade, o fornecimento de grandes quantidades de leite de vaca à criança perfeitamente apta a ingerir alimentos sólidos é paradigma cultural.

Junte-se a isso a conotação afetiva da sucção ao bico da mamadeira (que relembra o seio), a facilidade do preparo da mamadeira e a rapidez com que é ingerida.

O primeiro passo, portanto, no tratamento da anemia ferropriva, é o da mudança de hábitos alimentares. O ideal é que a criança ingira, no máximo, duas mamadeiras de leite por dia e aumente a ingestão de alimentos sólidos ricos em ferro, como as carnes vermelhas, o fígado, os miúdos do frango, o soja, o feijão, as ervilhas, as lentilhas e a abóbora.

Uma medida útil, mas não definitiva, é trocar o leite integral por um preparado em pó maternizado, enriquecido de ferro. Nos casos resistentes, se a criança aceitar, podem-se utilizar preparados à base de soja.

O tratamento clínico da anemia ferropriva é realizado com a administração de preparados à base de ferro e deve durar, no mínimo, quatro meses, a fim de que o organismo tenha chance de repor todos os estoques exauridos. No entanto, se a criança continuar a ingerir grandes quantidades de leite, dificilmente vai obter a cura definitiva e a anemia ferropriva tornará a aparecer.

Em nosso país, pouco ou nada se fez ainda para reverter os índices de anemia e deficiência de ferro, apesar de existir uma Política Nacional de Alimentação elaborada pelo Ministério da Saúde, baseada no conceito de *Segurança Alimentar e Nutricional*, adotado pelo Brasil a partir de 1986, com a 1ª Conferência Nacional de Alimentação e Nutrição e consolidado na 2ª Conferência Nacional de Segurança Alimentar, em 1994.

A definição de segurança alimentar agregou, além da garantia universal ao acesso físico e econômico regular e permanente a um conjunto básico de alimentos em quantidade e qualidade significantes para atender os requerimentos nutricionais, também a preocupação com as condições fisiológicas do organismo para o aproveitamento destes alimentos. Desta forma, o conceito foi ampliado para Segurança Alimentar e Nutricional.

As ações voltadas a garantir essa segurança resultam, como consequência prática, ao direito humano à alimentação e nutrição, extrapolando, portanto, o setor saúde e alcançando caráter intersetorial, sobretudo no que diz respeito à produção e ao consumo que engloba necessariamente a capacidade aquisitiva da população e a escolha dos alimentos que devem ser consumidos, incluindo-se, assim, os fatores culturais que interferem em tal seleção (UNICEF, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999). Tanto a adoção do conceito de Segurança Alimentar e Nutricional, em âmbito mundial, quanto a retomada das discussões acerca do tema por parte do Governo Brasileiro, facilitaram a compreensão do papel do setor Saúde no tocante à alimentação e nutrição, reconhecidas como elementos essenciais para a promoção, proteção e recuperação da saúde (UNICEF, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; MONTEIRO, 1999). Um dos pontos prioritários da questão alimentar e nutricional refere-se às deficiências de micronutrientes, centralizadas no trinômio Vitamina A / Ferro / Iodo, sobre as quais as avaliações recentes evidenciam um quadro alarmante.

Outra ocorrência extremamente importante no cenário da alimentação e nutrição no Brasil é a manutenção de índices ainda insatisfatórios de aleitamento materno exclusivo, apesar dos relevantes progressos observados nas últimas décadas. Devido a este fato, uma das diretrizes desta política é a prevenção e controle dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição. Sua ação baseia-se inicialmente no mapeamento das endemias carenciais, de modo a evidenciar a sua distribuição espacial e a indicar a magnitude da ocorrência da desnutrição energético-protéica, da anemia, da hipovitaminose A e da deficiência de iodo.

Em relação às carências de micronutrientes, e especificamente no controle da deficiência de ferro, a Política Nacional de Alimentação prevê a adoção de medidas essenciais como o enriquecimento alimentar, a orientação educativa e, sobretudo, o uso de ferro medicamentoso.

Para a redução da anemia por carência de ferro no País, prevê-se a implementação de ações de fortificação de parte da produção brasileira das farinhas de trigo e de milho, alimentos de amplo consumo popular. Em 2005, por exemplo, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, iniciando a distribuição de preparados com este elemento, em doses profiláticas, que devem ser administrados às gestantes a partir da 20ª semana de gestação e às crianças de 6 a 18 meses de idade.

Juntamente com as ações de redução da deficiência de micro-nutrientes, é necessária atenção especial a promoção de linhas de investigação para o aprofundamento do conhecimento sobre a epidemiologia das anemias e da hipovitaminose A. Por outro lado, a promoção de práticas alimentares e estilos de vida saudáveis, que se inicia com o incentivo ao aleitamento materno, tem importância estratégica, quer na prevenção da desnutrição energético-protéica, da anemia e da deficiência de vitamina A, nos primeiros meses

de vida, quer na redução da incidência, duração e gravidade das diarreias e das infecções respiratórias agudas, e de outros distúrbios nutricionais, que podem ir desde carências específicas até a obesidade. Na adoção de cuidados especiais às crianças dos seis aos 23 primeiros meses de vida, valer-se-á, como referência, de experiências já desenvolvidas no País e que vêm obtendo resultados importantes (UNICEF, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

No final do ano de 2005, professores da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) realizaram levantamento da prevalência da anemia ferropriva no Estado em crianças de 18 meses a 6 anos e em mulheres, não grávidas, no período fértil, de 14 a 30 anos de idade. Em média, 44,2% das crianças e 36,3% das mulheres estavam anêmicas. Em certas regiões do Estado, esta prevalência sobe para 68,7% e 65,9%, respectivamente. Segundo a Organização Mundial da Saúde, níveis de 40% de prevalência se constituem em um gravíssimo problema de saúde pública. Adicionalmente, estudo realizado por macro-economistas de renome internacional, patrocinados pelo Banco Mundial, mostrou que a redução na capacidade intelectual decorrente da deficiência de micronutrientes durante a gestação, contribui na manutenção da desigualdade social, resultando no alienamento de uma parcela da população que, aprisionada em condições de pobreza, é incapaz de usufruir dos avanços tecnológicos e sociais.

No município de Porto Alegre, a Semana de Controle da Anemia Ferropriva já é uma realidade, instituída que foi pela Lei nº10.002/2006 (cópia anexa), de autoria deste Deputado, quando Vereador da Capital.

Por tais razões, propomos a instituição da “Semana Estadual de Controle da Anemia Ferropriva”, buscando divulgar a importância do aleitamento materno e, após o desmame da criança, a necessidade de incentivo ao consumo de alimentos ricos em nutrientes, para que esta desenvolva todo o seu potencial físico e intelectual.

Sala das Sessões,

Deputado(a) Raul Carrion