

ANEMIA E SENILIDADE

Fernanda Pereira Galeigo¹

Kárita Rayanne Liberato dos Santos¹

Lorena Rodrigues Calábria¹

Pamella Fernanda Moreira²

RESUMO

Anemia é comum em idosos e é associada a significativa morbidade e mortalidade neste grupo. Mais de 10% dos indivíduos acima de 60 anos são diagnosticados com anemia. Define-se anemia pela baixa concentração de hemoglobina nos eritrócitos, que influencia no tamanho e morfologia celular. Em geral as anemias podem ser classificadas como normocíticas e microcítica, hipocrômicas e hiperocrômicas, tendo como principais sintomas irritabilidade, cefaléia, cansaço, taquicardia, dispnéia a esforços continuados, palidez cutâneo-mucosa e tontura. Os níveis de hemoglobina utilizados (de acordo com a Organização Mundial de Saúde) para identificação de anemia é < 12 g/dL para mulheres e < 13 g/dL para homens, além da contagem de hemácias, RDW e índices hemantimétricos.

PALAVRAS-CHAVE: Anemia, idosos, carência nutricional, doenças crônicas

¹ Acadêmica do Curso de Biomedicina da Faculdade União de Goyazes

² Orientador: Prof. Ms. Pamella Fernanda Morreira, Faculdade União de Goyazes.

ANEMIA AND SENILITY

ABSTRACT

Anemia is common in older people and is associated with significant morbidity and mortality. More than 10% of individuals over age 60 are diagnosed with anemia. Anemia was defined by low hemoglobin concentration in erythrocytes, which influence the size and cell morphology. In general anemias can be classified as normocytic and microcytic, hypochromic and hyperchromic, with the main symptoms irritability, headache, fatigue, tachycardia, dyspnea upon continued efforts, pallor mucocutaneous and dizziness. Hemoglobin levels used (according to WHO) to identify anemia was <12 g / dL for women and <13 g / dL for men, and blood counts, RDW and hemantimétricos indices.

PALAVRAS-CHAVE: Anemia, elderly, nutritional deficiency, chronic diseases.

INTRODUÇÃO

Define-se a anemia pela baixa concentração de hemoglobina nos eritrócitos, que influencia no tamanho e morfologia da célula, em decorrência da má alimentação, perda de sangue, parasitose, mutações genéticas, etc. A anemia é considerada um problema de saúde pública em escala mundial e é o distúrbio hematológico de maior prevalência que acomete a população idosa com idade superior a 60 anos, resultado do próprio processo do envelhecimento (BARBOSA, *et al.*, 2006; VICARI, 2010; MATOS, 2013).

As anemias microcíticas e hipocrômicas ocorrem por falta de produção de hemoglobina por ferropenia provocada pela ausência de ferro por perda de sangue, por motivos comuns e/ou pela falta de absorção de ferro. As talassemias são doenças genéticas em que o organismo não consegue produzir quantidades adequadas de cadeias alfa ou beta de hemoglobina. Nas anemias normocíticas e normocrômicas não há carência de ferro ou vitaminas, ocorrem por várias razões entre elas a aplasia/hipoplasia de médula óssea, insuficiência renal crônica, insuficiência cardíaca, invasão da médula óssea por leucemias, linfomas, mieloma múltiplo, mielofibrose, metástases, doenças de depósito, doenças hepáticas, hipotireoidismo, doença de Addison e presença de doenças crônicas (LOTÉRIO, 2001; CANZIANI, *et al.*, 2006; CARDOSO, *et al.*, 2010).

As anemias macrocíticas mais comuns são as anemias megaloblásticas, causadas por carência de vitamina B12 e/ou de ácido fólico. A carência de vitamina B12 é mais grave porque, quando não diagnosticada com rapidez e tratada adequadamente pode evoluir para neuropatia periférica irreversível, e mesmo com normalização do hemograma não se obtém alta médica ao paciente, que deverá repor vitamina B12 intramuscular periodicamente. A carência de ácido fólico está mais relacionada à falta de ingestão ou ao uso de substâncias que impedem sua absorção: como álcool, fenitoína, contraceptivos orais, etc. Além das megaloblásticas, outras anemias podem apresentar macrocitose, especialmente as síndromes mielodisplásicas, algumas anemias aplásticas e anemias hemolíticas (LOTÉRIO, 2001; FUTTERLEIB, 2005).

Os sinais e sintomas da anemia são irritabilidade, cefaléia, cansaço, taquicardia e dispnéia a esforços continuados, palidez cutâneo-mucosa e tontura. Alguns sintomas clássicos como a palidez, taquicardia e dispnéia podem ser confundidos e mascarados pelas próprias características da senescência, por outras comorbidades ou uso de medicamentos (NEKEL, 2013).

O exame inicial, através do qual se parte para o diagnóstico da anemia é o hemograma, no hemograma são avaliados os níveis de hemoglobina, a contagem de eritrócitos, os índices hematimétricos, RDW (medida do grau de variação do tamanho do eritrócito) e no exame microscópico a morfologia das hemácias no sangue periférico. Outro exame é a dosagem de Proteína C Reativa (PCR) que indica a presença de um processo infeccioso ou inflamatório concomitante. Em caso de PCR negativo associado a microcitose, hipocromia e ferritina sérica menor que 12 ng/mL confirmam o diagnóstico de anemia ferropriva. Outros exames também utilizados são: dosagem de vitamina B12, ácido fólico, eritropoietina, eletroforese de hemoglobina, Fator Anti Núcleo (FAN), Velocidade de Hemossedimentação (VHS) e exames de imagem (se necessário em casos de neoplasias) (CANÇADO & CHIATTONE, 2010; CLIQUET, 2010; MATOS, *et al.* 2008; MATOS, 2012; NEKEL, 2013).

De acordo com Gualandro *et al.*, 2010 o envelhecimento populacional que ocorre de maneira vertiginosa desde o início do século XX no Brasil, traz um dos maiores desafios para a saúde pública contemporânea. No Brasil, no período de 1960 a 2002, o número de indivíduos com mais de 60 anos aumentou em 500%, passando de 3 para 14 milhões e estima-se que alcançará 2 bilhões em 2050. Anemia é comum na senilidade e é associada a significativa morbidade e mortalidade. Mais de 10% dos indivíduos acima de 65 anos tem anemia. Com uma proporção crescente da população mundial atingindo idade igual ou superior a 65 anos, a prevalência de anemia certamente aumentará no futuro (GUALANDRO, *et. al*, 2010; MATOS, 2013).

Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão bibliográfica e identificar quais são as principais anemias encontradas nos idosos, além de retratar quais dessas anemias são de maiores prevalências nesta população.

METODOLOGIA

Como metodologia adotada para a elaboração deste artigo foram realizadas pesquisas bibliográficas de base documental com dados disponibilizados pelas bibliotecas virtuais e banco de dados de saúde como Scielo (*Scientific Eletronic Libray Online*), Pub Med, Lilacs (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Google Acadêmico. Foram encontrados 30 (trinta) artigos publicados com data a partir do ano de 2001 até 2014, dentre eles foram selecionados 17 artigos.

Os critérios de inclusão utilizados foram as palavras chaves: anemia, idosos, carência nutricional, doenças crônicas, e com data de publicação de 2001 a 2014.

Como critério de exclusão foram utilizados os seguintes fatores: artigos que não continham as palavras chaves utilizadas: anemia, idosos, carência nutricional, doenças crônicas, e com data de publicação inferior a 2001 e artigos que não apresentavam dados de prevalência de anemia em idosos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os dezessete artigos estudados, cinco apresentaram dados de prevalência de anemia entre os gêneros masculino e feminino com idade superior a sessenta anos, os autores fizeram comparações de prevalência entre os grupos (Tabela 1).

Tabela 1. Prevalência de anemia quanto ao gênero em idosos de artigos publicados de 2006 a 2014.

Autor/ Ano	Amostra (n)	Homens (%)	Mulheres (%)	Localidade
SILVA, <i>et al.</i> , 2013	1322	4,6	3,3	BambuÍ - MG
BARBOSA, <i>et al.</i> , 2006	284	10,9	12,6	Camaragibi - PE
MATOS, 2013	178	14	15	Manaus - AM
CORONA <i>et al.</i> , 2014	2143	7,3	7,9	São Paulo - SP

Silva, *et al.*, 2013 confirma que a maior prevalência de anemia foi do gênero masculino, esse resultado se dá pelo fato de que os homens deste grupo eram fumantes e relataram consumo de álcool. Apesar do gênero feminino ser em maior número os hábitos desse grupo eram diferentes, confirmaram não serem fumantes e nem fazerem uso de álcool. Já Barbosa *et al.*, 2006 apresentou uma opinião divergente, a maior prevalência foi de anemia por doença crônica, seguida de anemia ferropriva, em decorrência do acompanhamento médico que estes idosos recebiam através dos Postos de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O estudo de Matos, 2013 apresentou pacientes com anemia por decorrência dos mesmos serem portadores de doença crônica, no qual não houveram discrepâncias nos resultados obtidos entre os gêneros masculino e feminino.

Ao comparar estudos de grupos com faixas etárias variadas, a população idosa (mais de 60 anos) indicou ser a mais acometida. De acordo com Matos *et al.*, 2008 indivíduos com faixa etária >18 (dezoito) anos apresentaram 52,20% de anemia ferropriva, 33,33% anemia por doença crônica e 14,46% β -talassemia. Dado este concordante com Cardoso *et al.*, 2010 que encontrou prevalência de 38,24% de portadores de anemia em indivíduos maiores de dezoito anos.

Artigos analisados de 2006 a 2014 indicaram a anemia ferropriva como a mais ocorrente, seguido de anemia por doença crônica e por fim, causas desconhecidas (Tabela 2).

Tabela 2. Prevalência dos tipos de anemia em idosos entre os anos de 2006 a 2014

Autor/ Ano	Amostra (n)	Localidade	Anemia Ferropriva (%)	ADC (%)	Causas desconhecidas (%)
BARBOSA et al., 2006	284	Camaragibe - PE	8	-	-
CANCAZIANI et al., 2006	401	SP, RJ, PR, MG	57	-	-
CARDOSO., 2010	99	São Paulo - SP	38,24	-	-
SILVA et al., 2013	1322	Bambui – MG	-	-	3,8
MATOS, 2013	178	Manaus - AM	5	20	-
CORONA et al., 2014	2143	São Paulo - SP	-	7,7	-

A maior prevalência entre os autores analisados de 2006 a 2014 foi de anemia ferropriva, devido principalmente a idade avançada e os problemas de saúde que esse grupo está submetido. De acordo com OHTA, 2009, a maior causa de anemia é a falta de produção pela medula óssea em decorrência da idade ou da deficiência de ferro, que nem sempre se dá pela falta de ingestão do mesmo, pode ser também pela má absorção do ferro no intestino secundária a outras doenças, como por exemplo neoplasias, doenças hepáticas, doenças renais, doenças endócrinas, etc. Outra causa a ser diagnosticada é descartar a possibilidade de hemorragia crônica, esse fato pode ser identificado através de ultrassom e pesquisa de sangue oculto nas fezes.

O mecanismo desencadeador da anemia ferropriva se refere à restrição do ferro à medula óssea e a falta da ingestão do mesmo, comprometendo assim a produção dos eritrócitos. Nas anemias microcíticas, como por exemplo, a ADC está relacionada com a diminuição do número de eritrócitos em conjunto com o decréscimo da concentração de hemoglobina. Em pacientes com insuficiência cardíaca quanto menor o índice de hemoglobina, maior o índice de mortalidade, essa condição era confirmada quando acompanhava os hábitos daquele paciente, incluindo a situação socioeconômica, comportamentos em saúde, percepção da própria saúde e marcadores biológicos das condições de saúde (Silva, *et al.*, 2013).

De acordo com os resultados encontrados através de sua pesquisa com 709 idosos Bosco *et al.*, 2013, supõe-se que um menor nível de escolaridade pode interferir no tratamento de anemia e outras morbidades em pacientes idosos, principalmente quando se tem associação de vários medicamentos, os pacientes não possuem a capacidade de distinção de horários e a quantidade de cada fármaco que deve ser utilizado.

O tratamento imediato é a medida mais eficaz a ser tomada. Cançando *et al.*, 2010, relata que o tratamento da anemia ferropênica consiste em orientação nutricional, administração oral ou parenteral de compostos com ferro e, eventualmente, transfusão de hemácias. Embora o idoso tenha maior tendência à anemia, sua presença, via de regra, não deve ser atribuída à idade; por isso, tratar a anemia sem identificar sua causa pode significar a perda da oportunidade de se diagnosticar uma doença subjacente maligna em

fase inicial. Nekelel, 2013 afirma que para melhores resultados no tratamento de anemia ferropriva, deve-se realizar a administração oral de compostos de ferro sendo a forma terapêutica mais recomendada. A dose é de 2 a 5mg/Kg/dia por um período suficiente para normalizar os valores de hemoglobina, e repor os estoques de ferro do organismo. Após o início do tratamento, a partir do 5º dia, ocorre elevação da hemoglobina na ordem de 1 a 2% por dia, até a correção da anemia, de um a dois meses. O tratamento deve ser mantido de três a quatro meses, até a reposição do estoque de ferro, sendo os resultados de ferritina sérica devem ser maior de 50ng/mL.

O tratamento da anemia megaloblástica ou macrocítica, consiste em reposição oral de folato, com doses de 5 a 10 mg por dia, a dose máxima absorvida gira em torno de 5 mg diários, além da administração intramuscular de vitamina B12 na dose de uma ampola (1.000 mcg) por semana no primeiro mês, uma por mês durante seis meses e, em seguida, uma a cada seis meses. Após o início do tratamento a reversão da megaloblastose é rápida, observa-se um aumento de reticulócitos em 5 a 10 dias, seguido do aumento gradual da hemoglobina de 1g/dL por semana (NEKELEL, 2013).

CONCLUSÃO

O índice de anemia está mais elevado em pacientes com faixa etária acima de 60 anos, as anemias com maior prevalência foram: ausência ou deficiência de ferro, anemia por doenças crônicas, talassemia, anemia por causa desconhecidas e por fim anemia megaloblástica que advém da falta de ingestão ou absorção da vitamina B12.

Os idosos estão mais vulneráveis a anemia devido o próprio processo de envelhecimento, pois ocorrem alterações fisiológicas e metabólicas durante a senilidade. Com o crescimento da população idosa, um aumento na incidência das condições de saúde relacionadas à idade é esperado.

Com intuito de se obter melhoras no quadro de saúde da população idosa deve ser realizado um diagnóstico correto, para que se possa determinar um tratamento com eficácia. Além do correto diagnóstico para identificação da anemia, é imprescindível a investigação da causa da mesma em idosos, para que o tratamento seja adequado resultando na cura da anemia e em melhora na saúde e qualidade de vida do paciente idoso.

REFERÊNCIAS

1. BARBOSA, Diana L.; ARRUDA, Ilma K.G.; DINIZ, Alcides S.
Prevalência e caracterização da anemia em idosos do Programa de Saúde da Família. Rev. bras. Hematol. hemoter. 2006; 28 (4): 288-92.
2. BOSCO, Raquel M.; ASSIS, Elisa P. S.; PINHEIRO, Renata R.; QUEIROZ, Luiza C. V.; PEREIRA, LEANI, S. M. *et al.* **Anemia and functional capacity in elderly Brazilian hospitalized patients.** Cad. Saúde Pública. 2013; 29 (7): 1322-32.
3. CARDOSO, Juliano; BRITO, Michel I.; OCHIAI, Marcelo E; NOVAIS, Milena; BERGANIN, Fabricio; THICON, Tatiana. *et al.* **Anemia nos Pacientes com Insuficiência Cardíaca Avançada.** Arq. Bras. Cardiol 2010; 95 (4): 524-29.
4. CANZIANI, Maria E. F.; BASTOS, Marcus G.; BREGMAN, Rachel; FILHO, Roberto P.; TOMIYAMA, Cristiane; DRAIBE, Sergio A. *et al.* **Deficiência de Ferro e Anemia na Doença Renal Crônica.** J Bras Nefrol Volume XXVIII 2006; 86-90.
5. CANÇADO, Rodolfo D; CHIATTONE, Carlos S. **Anemia ferropenica no adulto – causa, diagnostico e tratamento.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2010;32 (3): 240-46.
6. CORONA, Ligiana P.; DUARTE, Yeda A. O.; LEBRÃO, Maria L.
Prevalência de anemia e fatores associados em idosos: evidências do Estudo SABE. Ver. Saúde Pública. 2014; 48 (5): 723-31
7. FUTTERLEIB, Alexandre. **Importância da vitamina B12 na avaliação clínica do paciente idoso.** Scientia médica. 2005; 15 (1): 74-78

8. GUALANDRO, Sandra F. M.; HOJAIJ, Naira H. S. L.; FILHO, **Wilson J.** **Deficiência de ferro no idoso.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2010; 32 (Supl. 2): 57-61
9. LOTÉRIO, Hélio A. **Anemias.** Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal Sistema de Información Científica. 2001; 12: 5-8.
10. MATOS, Maguinoria M. M. **Associação entre doença renal e anemia em idosos atendidos em um centro de atenção integrada a melhor idade de Manaus (AM).** 2013. 66p, Fisiopatologia em clínica médica. Tese (doutorado), Ms., Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu, 2013.
11. MATOS, Januária F.; CARVALHO, Maria G.; DUSSE, Luci M. S.; FERREIRA, Mônica F. R.; STUBBERT, Rachel V. B. **O papel do RDW, da morfologia eritrocitária e de parâmetros plaquetários na diferenciação entre anemias microcíticas e hipocromicas.** Rev. Bras. Hematol. Hemoter. 2008; 30 (6): 463-69
12. MATOS, Januária F.; DUSSE, Luci M. S.; GOMES, Karina B.; STUBERT, Rachel V. B.; FERREIRA, Mônica F. R.; MOREIRA, Roberta C. N. *et al.* **O hemograma nas anemias microcíticas e hipocromicas: aspectos gerais.** J. Bras. Patol. Med. Lab. 2012; 48 (4): 255-58
13. NEKEL, Jocielle C. **Anemia carencial em idosos por deficiência de ferro ácido fólico e vitamina B12.** 2013. 23p, tese, Pós Graduação em Hematologia Laboratorial, UNIJUI – UNIVERSIDADE REGIONAL DO NOROESTE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, Ijuí Rio Grande do Sul, 2013.

14. OHTA, Masatsugu. **Management of Anemia in the Elderly.** JMAJ. 2009; 52 (4): 219-23
15. SILVA, Clarice L. A.; COSTA, Maria F. L.; FIRMO, Josélia O. A. **Anemia e nível de hemoglobina com fatores prognósticos da mortalidade entre idosos residentes na comunidade: evidências da Coorte de Idosos de Bambuí, Minas Gerais, Brasil.** Cad. Saúde Pública. 2013; 29 (11): 2241-50
16. SOUZA, Kleber J.; TABOX, Vinicius F.; OLIVEIRA, Juliana M. C.; PIEREZAN, Márcio R.; GIUFFRIDA, Rogério; BRESSA, Rebeca C. *et al.* **Perfil epidemiológico da anemia ferropriva no serviço de hematologia de um hospital público, estado de São Paulo, Brasil.** Colloquium Vitae. 2013; 5 (1): 18-28
17. VICARI, Perla; **Diagnóstico diferencial da deficiência de ferro.** Rev. Bas. Hematol. Hemoter. 2010; 32 (Supl. 2): 29-31