

# PROJETO SAÚDE DIGITAL



## Anemia ferropriva na infância.

Este documento apresenta as recomendações atualizadas dos Departamentos de Nutrologia e Hematologia da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Ministério da Saúde para investigação e tratamento da anemia ferropriva na infância

# Introdução e Contexto

Os Departamentos de Nutrologia e de Hematologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), o Departamento de Nutrição Infantil da Sociedade de Pediatria de São Paulo e o Centro de Excelência em Nutrição e Dificuldades Alimentares (CENDA) Instituto PENSI uniram-se para atualizar o documento "Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica", publicado em 2018 pela SBP.

Esta atualização visa reavaliar cuidadosamente os fatores relacionados ao diagnóstico, tratamento e prevenção da deficiência de ferro e anemia ferropriva, desde o período pré-natal até a adolescência.

# Prevalência da Anemia Ferropriva no Brasil

1

**2009**

Revisão sistemática encontrou prevalência de 53% de anemia ferropriva em crianças de 6 meses a 5 anos de idade.

2

**2020**

Dados do Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil (ENANI) mostraram quedas na prevalência nacional de anemia, com nível de 18,9% entre os lactentes.

3

**2021**

Estudo de metanálise observou prevalência estimada de anemia de 33% em crianças brasileiras, saudáveis e menores de sete anos.

Estes dados, ainda muito acima dos apresentados em outros países, inclusive da América Latina, mostram a importância de elaborar medidas para a prevenção e tratamento adequado da deficiência de ferro no Brasil.

Quadro 1. Causas mais comuns de anemia por faixa etária.

<b>Faixa etária</b>	<b>Causa mais comum de anemia</b>	<b>Causa mais comum da deficiência de ferro</b>
<b>Crianças menores de 7 anos</b>	Deficiência de ferro	Crescimento acelerado Alimentação deficiente Sangramento oculto
<b>Mulheres em idade reprodutiva</b>	Deficiência de ferro	Sangramento uterino anormal Sangramento oculto do TGI (menos frequente)
<b>Grávidas</b>	Deficiência de ferro	Fatores fisiológicos da gestação
<b>Mulheres pós-menopausa</b>	Deficiência de ferro	Sangramento TGI
<b>Homens</b>	Deficiência de ferro	Sangramento TGI

**Legenda:** TGI: trato gastrointestinal

**Fonte:** Camaschella (2019); Camaschella (2015); Cançado (2010); Braga (2010); Fisberg e Lyra (2018); Milman (2006); Kassebaum et al (2014).

# Impacto da Deficiência de Ferro no Desenvolvimento Infantil

## 1 Repercussões de Longo Prazo

A deficiência de ferro desde o período pré-natal tem repercussões importantes e deletérias de longo prazo no desenvolvimento de habilidades cognitivas, comportamentais, linguagem e capacidades psicoemocionais e motoras das crianças.

## 2 Impacto Persistente

O possível impacto negativo permanece mesmo após o tratamento precoce por décadas.

# Ações Preventivas

Entre as ações para prevenção da deficiência de ferro e anemia ferropriva estão:

- Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida e prolongado até dois anos de idade
- Acesso universal à alimentação adequada pela mãe durante a lactação
- Acesso universal à alimentação adequada pelo lactente
- Aumento do consumo de alimentos fontes de ferro
- Aumento do consumo de alimentos que aumentam a biodisponibilidade e a absorção do ferro na introdução de alimentos complementares

# Preocupação com Recém-Nascidos a Termo

A preocupação com esta carência mineral no início da vida existe mesmo nos recém-nascidos a termo e com peso adequado ao nascer, que geralmente têm estoques de ferro suficientes até quatro a seis meses de idade.

Após esta idade, pode ocorrer aumento nas taxas de deficiência de ferro e anemia ferropriva como resultado da presença de fatores de risco.

# Fatores de Risco - Baixa Reserva Materna

## 1 Gestações Múltiplas

Gestações múltiplas com pouco intervalo entre elas

## 2 Dieta Materna

Dieta materna deficiente em ferro

## 3 Perdas Sanguíneas

Perdas sanguíneas maternas

## 4 Falta de Suplementação

Não suplementação de ferro na gravidez e lactação

# Fatores de Risco - Aumento da Demanda Metabólica

## 1 Prematuridade e Baixo Peso

Prematuridade e baixo peso ao nascer (< 2.500g)

## 2 Crescimento Rápido

Lactentes em crescimento rápido (velocidade de crescimento > p90)

## 3 Perdas Menstruais

Meninas com grandes perdas menstruais

## 4 Atletas

Atletas de competição

# Fatores de Risco

## Diminuição do Fornecimento

### 1 Clampeamento Precoce

Clampeamento do cordão umbilical antes de um minuto de vida

### 2 Aleitamento Prolongado

Aleitamento materno exclusivo prolongado (superior a seis meses)

### 3 Alimentação Complementar Inadequada

Alimentação complementar com alimentos pobres em ferro ou de baixa biodisponibilidade

# Fatores de Risco

## Diminuição do Fornecimento

### 1 Leite de Vaca Precoce

Consumo de leite de vaca antes de um ano de vida

### 2 Fórmula Inadequada

Consumo de fórmula infantil com baixo teor de ferro ou quantidade insuficiente

### 3 Dietas Vegetarianas

Dietas vegetarianas sem orientação de médico/nutricionista

### 4 Falta de Suplementação

Ausência ou baixa adesão à suplementação profilática com ferro medicamentoso, quando recomendada

# Fatores de Risco

## Perda Sanguínea

### **1** Traumática ou Cirúrgica

Perda sanguínea traumática ou cirúrgica

### **2** Hemorragia Gastrointestinal

Hemorragia gastrointestinal (ex: doença inflamatória intestinal, polipose colônica, drogas anti-inflamatórias não esteroides, infecção por *Helicobacter pylori*, verminose, enteropatias/colites alérgicas, esquistossomose)

# Fatores de Risco

## Perda Sanguínea

### 1 Hemorragia Ginecológica

Hemorragia ginecológica (menorragia, dispositivos intrauterinos)

### 2 Hemorragia Urológica

Hemorragia urológica (esquistossomose, glomerulonefrite, trauma renal)

### 3 Hemorragia Pulmonar

Hemorragia pulmonar (tuberculose, mal formação pulmonar, hemossiderose pulmonar idiopática, síndrome Goodpasture, etc)

# Fatores de Risco

## Perda Sanguínea

### 1 Discrasias Sanguíneas

Discrasias sanguíneas

### 2 Malária

Malária

# Fatores de Risco

## Má Absorção do Ferro

### 1 Síndromes de Má-absorção

Síndromes de má-absorção (doença celíaca, doença inflamatória intestinal)

### 2 Problemas Gástricos

Gastrite atrófica, cirurgia gástrica (bariátrica, ressecção gástrica)

### 3 Redução da Acidez Gástrica

Redução da acidez gástrica (antiácidos, bloqueadores H<sub>2</sub>, inibidores de bomba de prótons)

# Recomendação - Diagnóstico

A recomendação do consenso é realizar a investigação laboratorial da deficiência de ferro, com ou sem anemia, aos 12 meses de vida. No entanto, na suspeita baseada na presença de fatores de risco, a investigação deve ser prontamente e precocemente realizada, especialmente na ausência de profilaxia adequada com ferro.

Considerando o custo dos exames diagnósticos e a necessidade de padronizá-los para se identificar a fase inicial da depleção ou da deficiência de ferro sem anemia, em que a concentração de Hb é normal, recomendamos no mínimo os seguintes exames:

1. Hemograma: para avaliação da Hb, dos índices hematimétricos (VCM, HCM, RDW) e da morfologia dos glóbulos vermelhos.
2. Ferritina sérica: como marcador da fase de depleção dos estoques.
3. Proteína C reativa: para identificar processo infeccioso.

# Recomendação - Tratamento

Ferro oral (dose de 3 a 6 mg de ferro elementar/kg/dia), fracionado ou em dose única, por seis meses ou até reposição dos estoques corporais confirmados pela normalização da Hb, VCM, HCM, ferro sérico, saturação da transferrina e ferritina sérica.

Existem diferentes compostos de ferro disponíveis comercialmente e no Sistema Único de Saúde, e a escolha deve levar em consideração os custos, acessibilidade, padrões de absorção de cada sal, o grau de resposta em relação ao tempo de tratamento e na menor ocorrência de eventos adversos.

A efetividade do tratamento deve ser checada com hemograma e reticulócitos após 30 a 45 dias do início do tratamento, quando se espera que exista melhora dos níveis de reticulócitos e aumento da Hb em pelo menos 1,0 g/dL.

# Recomendação - Prevenção

Nos lactentes em aleitamento materno exclusivo, sem fatores de risco, recomenda-se a suplementação medicamentosa profilática a partir dos 180 dias de vida, até o final do segundo ano.

No entanto, com presença de fatores de risco, a suplementação deve ser iniciada aos 90 dias, independentemente do tipo da alimentação.

Especificamente, o início deve ocorrer aos 30 dias para os recém-nascidos prematuros (idade gestacional inferior a 37 semanas) ou com peso inferior a 2.500g.

# Recomendação - Prevenção

## Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes SEM fator de risco:

Situação	Recomendação
Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 180 dias de vida até o 24º mês de vida

# Recomendação - Prevenção (Parte 3)

## Recomendação de suplementação medicamentosa profilática de ferro em lactentes COM fator de risco:

Situação	Recomendação
Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, em aleitamento materno exclusivo até o 6º mês	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida
Recém-nascidos a termo, peso adequado para a idade gestacional, independentemente do tipo de alimentação	1 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando aos 90 dias de vida até o 24º mês de vida

# Recomendação - Prevenção

Situação	Recomendação
Recém-nascidos a termo com peso inferior a 2.500 g.	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos prematuros com peso superior a 1.500 g	2 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano

# Recomendação - Prevenção

Situação	Recomendação
Recém-nascidos prematuros com peso entre 1.500 e 1.000 g	3 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano
Recém-nascidos prematuros com peso inferior a 1.000 g	4 mg de ferro elementar/kg/dia, iniciando com 30 dias de vida, durante um ano. Após este prazo, 1 mg/kg/dia mais um ano

# Recomendação - Prevenção

Situação	Recomendação
Recém-nascidos prematuros que receberam mais de 100 mL de concentrado de hemácias durante a internação	Devem ser avaliados individualmente pois podem não necessitar de suplementação de ferro com 30 dias de vida, mas sim posteriormente

# Idade de Início da Suplementação de Ferro

O infográfico apresentado mostra a idade de início de suplementação de ferro medicamentoso para lactentes em amamentação exclusiva, nascidos a termo e com peso adequado ( $\geq 2.500\text{g}$ ), de acordo com a presença ou ausência de fatores de risco.

# Fatores de Risco Adicionais

- Doença hipertensiva específica da gestação, tabagismo ou anormalidades vasculares.
- Má nutrição materna (anemia, desnutrição, obesidade, baixo consumo de alimentos-fonte de ferro).
- Na ausência de informação precisa, o clampeamento precoce e a necessidade de atendimento imediato podem ser consideradas se Apgar 1 min  $\leq$  5.
- Perda sanguínea materna (sangramento uterino disfuncional ou perda sanguínea secundária a doenças); SH: Síndrome Hemorrágica; DPP: Descolamento Prematuro de Placenta; CU: Cordão Umbilical.

# Diagnóstico da Anemia Ferropriva na Infância

De acordo com o Ministério da Saúde, o diagnóstico da anemia ferropriva deve seguir um processo sistemático:



O diagnóstico precoce e preciso é fundamental para o início do tratamento adequado e prevenção de complicações no desenvolvimento infantil.

Quadro 2. Estágios e diagnóstico laboratorial da deficiência de ferro.

Variável	Depleção dos estoques de ferro <sup>a</sup>	Eritropoiese deficiente em ferro <sup>b</sup>	Anemia por deficiência de ferro <sup>c</sup>
Nº de glóbulos vermelhos	Normal	Normal	Diminuído
Hb* (g/dL)	Normal	Normal	< 13 em homens; < 12 em mulheres; < 11 gestantes e crianças
Hipocromia/ microcitose anisocitose/ poiquilocitose	Não	Sim	Sim
VCM e HCM	Normais	Diminuídos	Diminuídos
RDW (%)	Normal	Aumentado	Aumentado
Contagem de reticulócitos	Normal	Normal/Diminuído	Diminuído em relação ao grau de anemia
Ferro medular	Ausente	Ausente	Ausente

Variável	Depleção dos estoques de ferro <sup>a</sup>	Eritropoiese deficiente em ferro <sup>b</sup>	Anemia por deficiência de ferro <sup>c</sup>
Ferro sérico	Normal	Diminuído	Diminuído
Capacidade total de ligação do ferro	Normal	Aumentada	Aumentada
Índice de saturação da transferrina**	Normal 20%-40%	Diminuído (< 20%)	Diminuído (< 20%)
Ferritina sérica (ng/mL)	Diminuída (< 30)	Diminuída (< 30)	Diminuída (< 30)
CHr/RetHe	Normal	Diminuído	Diminuído
% de hemácias hipocrômicas	Normal	Aumentado	Aumentado

**Legenda:** <sup>a</sup> As reservas de ferro estão diminuídas ou ausentes, mas ainda não há comprometimento da oferta de ferro à eritropoiese; <sup>b</sup> Há redução da oferta de ferro à eritropoiese, porém, não há redução dos valores de Hb; observa-se sinais de falha na hemoglobinizacão dos eritrócitos; <sup>c</sup> A menor oferta de ferro à medula óssea reduz a síntese e o conteúdo de Hb nos precursores eritrocitários; VCM: volume corpuscular médio; HCM: hemoglobina corpuscular média; RDW: índice de anisocitose; CHr/RetHe: conteúdo de hemoglobina nos reticulócitos; \*Hb=

Quadro 3. Diagnóstico diferencial entre deficiência de ferro e ADF.

Parâmetro	Deficiência de Ferro	Anemia* por Deficiência de Ferro
Hemoglobina (g/dL)	Normal	< 13 - em homens; < 12 - em mulheres; < 11 - gestantes e crianças
IST (%)	Normal	< 20
Ferritina (ng/mL)	< 30 **	< 30

**Legenda:** \* anemia: hipocrômica e microcítica; IST: índice de saturação da transferrina. \*\* Valor proposto pelo último consenso da SBP<sup>19</sup>.

**Fonte:** Camaschella (2019); Cançado (2010); Cook (2005); Grotto (2010).

Quadro 4. Diagnóstico diferencial entre ADF e ADC.

Parâmetro	Anemia por Deficiência de Ferro*	Anemia por Deficiência de Ferro + Anemia de Doença Crônica	Anemia de Doença Crônica#
IST (%)	< 20	< 20	< 20
Ferritina (ng/mL)	< 30	≥ 30 e < 100	≥ 100
Proteína C reativa	Normal	Normal ou Elevada	Elevada

**Legenda:** \* anemia (Hb < 13, 12 e 11 g/dl para homens, mulheres, gestantes e crianças, respectivamente) hipocrômica e microcítica. # paciente com quadro infeccioso, inflamatório ou neoplásico que desenvolve anemia (Hb usualmente entre 9 e 11 g/dL, normocrômica e normocítica).

**Fonte:** Camaschella (2019); Cançado (2010); Cook (2005); Grotto (2010); Powers e Buchanan (2014); Tefferi (2003); Weiss e Goodnough (2005); Figueiredo e Vicari (2010).

Quadro 5. Diagnóstico diferencial entre ADF e talassemia beta menor.

Variável	Anemia por Deficiência de Ferro	Talassemia beta menor
Número de glóbulos vermelhos	Diminuído	Normal ou Aumentado
Hemoglobina	Diminuída	Diminuída ou normal
VCM	Diminuído	Diminuído
RDW	Aumentado	Normal ou Diminuído

Contagem de reticulócitos	Normal ou Diminuído	Normal ou Aumentado
Morfologia do sangue periférico	Hipocromia	Microcitose, pontilhado basófilo
Índice de Saturação da Transferrina	Diminuído	Normal ou Aumentado
Ferritina (ng/mL)	Diminuída	Normal ou Aumentada
Eletoforese de Hemoglobina*	Hb A <sub>2</sub> normal	Hb A <sub>2</sub> Aumentada

**Legenda:** Hb, hemoglobina; VCM: volume corpuscular médio; RDW: índice de anisocitose (do inglês: *red cell distribution width*). \* Associação entre talassemia menor e ADF influi na dosagem da Hb A<sub>2</sub>, diminuindo sua concentração. Assim, na suspeita desta associação, recomenda-se corrigir a deficiência de ferro para, posteriormente, quantificar a Hb A<sub>2</sub>.

**Fonte:** Camaschella (2019); Cançado (2010); Cook (2005); Grotto (2010); Powers e Buchanan (2014); Tefferi (2003); Figueiredo e Vicari (2010); DeLoughery (2014); Brugnara e Mohandas (2013).

# Critérios de Inclusão

Pacientes serão incluídos no protocolo ao apresentarem um dos seguintes critérios:

## Marcadores Bioquímicos

- Ferritina abaixo de 30 ng/mL
- Ferritina normal/elevada com índice de saturação da transferrina inferior a 20%

## Condições Específicas

- Doenças inflamatórias, infecciosas ou malignas com Hb indicativo de anemia e saturação da transferrina abaixo de 20%
- Crianças com Hb abaixo de 11 g/dL
- Gestantes com Hb abaixo de 11 g/dL

## Critérios por Gênero e Idade

- Homens adultos: Hb abaixo de 13 g/dL
- Homens idosos: Hb abaixo de 12,7 g/dL
- Mulheres adultas: Hb abaixo de 12 g/dL
- Mulheres idosas: Hb abaixo de 11,5 g/dL

# Orientação Nutricional para Absorção de Ferro

A orientação nutricional adequada é fundamental para otimizar a absorção de ferro, embora apenas a correção da dieta não seja suficiente para o tratamento completo da ADF.

## **Recomendações Positivas**

- Aumentar ingestão de carnes vermelhas e vísceras (fontes de ferro heme)
- Incluir aves e peixes na dieta
- Consumir suco de fruta com vitamina C junto às refeições
- Utilizar panela de ferro no preparo das refeições

## **O Que Evitar**

- Não misturar leite e chá na mesma refeição
- Evitar cereais integrais durante tratamento com sal ferroso
- Evitar chocolate como sobremesa durante tratamento
- Atenção a fitatos, fosfatos, tanino e fosfoproteína

**Observação importante:** Com sais férricos, onde o ferro já está quelado com açúcar ou aminoácido, estas restrições alimentares não são necessárias, pois não há interação com alimentos.

# Tratamento profilático da deficiência de ferro

## Recomendações para Crianças

- Crianças nascidas pré-termo ou de baixo peso: necessitam receber ferro precocemente devido à baixa reserva
- Crianças nascidas a termo com peso adequado e em aleitamento materno exclusivo: não necessitam de suplementação até aproximadamente 6 meses
- Após desmame e introdução de alimentos sólidos: devem receber suplementação profilática com ferro oral ou fórmulas lácteas enriquecidas

## Recomendações para Gestantes

- Recomendação OMS: 60 a 100 mg de ferro elementar + 400 µg de ácido fólico
- Aplicável para gestantes sem anemia (Hb > 11 g/dL)
- Período: do início do segundo trimestre até 1º-3º mês pós-parto
- Atenção especial: gestantes com ferritina < 30 ng/mL
- Gestantes com ADF: seguem tratamento padrão para adultos

\* Este documento é uma versão preliminar e poderá sofrer alteração após a consulta pública

# Tratamento Medicamentoso da Anemia Ferropriva

1

## Primeira Linha de Tratamento

Reposição de ferro por via oral, sendo eficaz e de baixo custo. A escolha depende da gravidade da doença e tolerância do paciente.

2

## Fatores de Decisão Terapêutica

Consideração de fatores críticos: efetividade terapêutica, tolerância gastrointestinal, frequência de administração, eventos adversos e perfil de segurança. Também importantes: intensidade da anemia, absorção intestinal e doenças concomitantes.

[2,20,28,51,55,56]

3

## Tratamento Parenteral

Em casos específicos, pode ser necessário ferro por via parenteral, com formulações modernas mais eficazes e seguras.

4

## Casos Graves

Para anemia grave ( $Hb < 7g/dL$ ), sintomas de isquemia miocárdica ou risco de vida: indicada transfusão de sangue para estabilização, seguida de avaliação para suplementação adicional de ferro.

# Tratamento com ferro oral

1

## Dose Terapêutica

A dose depende da idade e objetivo: prevenção da deficiência, tratamento da deficiência ou tratamento da ADF. Limite máximo recomendado: 200 mg diários (40 mg de ferro elementar).

2

## Duração do Tratamento

Mínimo de 90 dias, podendo estender até 6 meses. Normalização da Hb: 4-8 semanas. Restauração dos estoques: 2-6 meses (até ferritina sérica  $\geq 30$  ng/mL).

3

## Fatores que Influenciam o Tratamento

Intensidade da deficiência, perda de sangue, atividade eritropoiética, fatores intraluminais, eventos adversos e adesão ao tratamento.

## Comparação entre Tipos de Sais de Ferro

### Sal Ferroso

- Absorção rápida e quase total (90%) no duodeno
- Ingestão com estômago vazio, 1h antes das refeições
- Ácido ascórbico pode aumentar absorção, mas não é essencial

### Sal Férrico

- Eficácia similar ao sal ferroso
- Menor incidência de eventos adversos (10-15%)
- Ferripolimaltose: pode ser administrada com refeições

**Nota:** A ferripolimaltose foi incorporada pela CONITEC (Portaria SECTICS/MS nº 17/2023) para pacientes com anemia ferropriva e intolerância ao sulfato ferroso.

Medicamento	Dose	Duração e outras orientações
<b>Sulfato ferroso (Tratamento profilático da deficiência de ferro em gestantes e crianças)</b>		
RN Pré-termo ou baixo peso ao nascer (1.000 - 1.500 g)	3 a 4 mg de ferro elementar/kg/dia. Após 12 meses, reduzir para 1-2 mg/kg/dia	Início: 30º dia de vida Duração: Até 24 meses
RN Pré-termo ou baixo peso ao nascer (1.500-2.500 g)	1 a 3 mg de ferro elementar/kg/dia	Início: 30º dia de vida Duração: Até 24 meses
RN a termo com peso adequado para a idade gestacional	1 a 3 mg de ferro elementar/kg/dia	Início a partir do 3º mês ou do momento do desmame Duração: Até 24 meses

Medicamento	Dose	Duração e outras orientações
Gestante (com Hb > 11 g/dL e ferritina ≥ 30 ng/mL)	60 a 100 mg de ferro elementar + 400 µg de ácido fólico	A partir do início do 2º trimestre ou 20ª semana de gestação Duração: Até 3 a 6 meses após o parto
<b>Sulfato ferroso (Tratamento da deficiência de ferro de acordo com o grupo populacional)</b>		
Crianças	2,5 a 5 mg de ferro elementar/kg/dia	2 a 3 meses (até atingir ferritina ≥ 30 ng/mL)
Mulheres e Gestantes	60 a 100 mg de ferro elementar/dia	
<b>Sulfato ferroso (Tratamento da ADF de acordo com o grupo populacional)</b>		
Crianças	3 a 6 mg de ferro elementar/kg/dia	3 a 6 meses (até atingir ferritina ≥ 30 ng/mL) Gestantes devem associar o uso de ferro a 400 mcg/dia de ácido fólico
Mulheres e Gestantes	100 a 200 mg de ferro elementar/dia	
Homens adultos	120 mg de ferro elementar/dia	
Idosos	15 mg de ferro elementar/dia	
<b>Complexo férrico polimaltosado (ferripolimaltose) (Tratamento da ADF)</b>		
Bebês (até 1 ano)	2 gotas/kg/dia;	3 a 5 meses até a normalização da Hb
Crianças menores de 12 anos (até 35 kg)	20 gotas 1 a 2 vezes/dia ou 5 a 10 mL de xarope/dia;	
Crianças maiores de 12 anos, adultos e lactentes	40 gotas/dia 1 a 2 vezes/dia ou 1 comprimido 1 a 3 vezes/dia ou 10 a 30 mL/dia;	

### 8.3.2. Fluxograma de tratamento

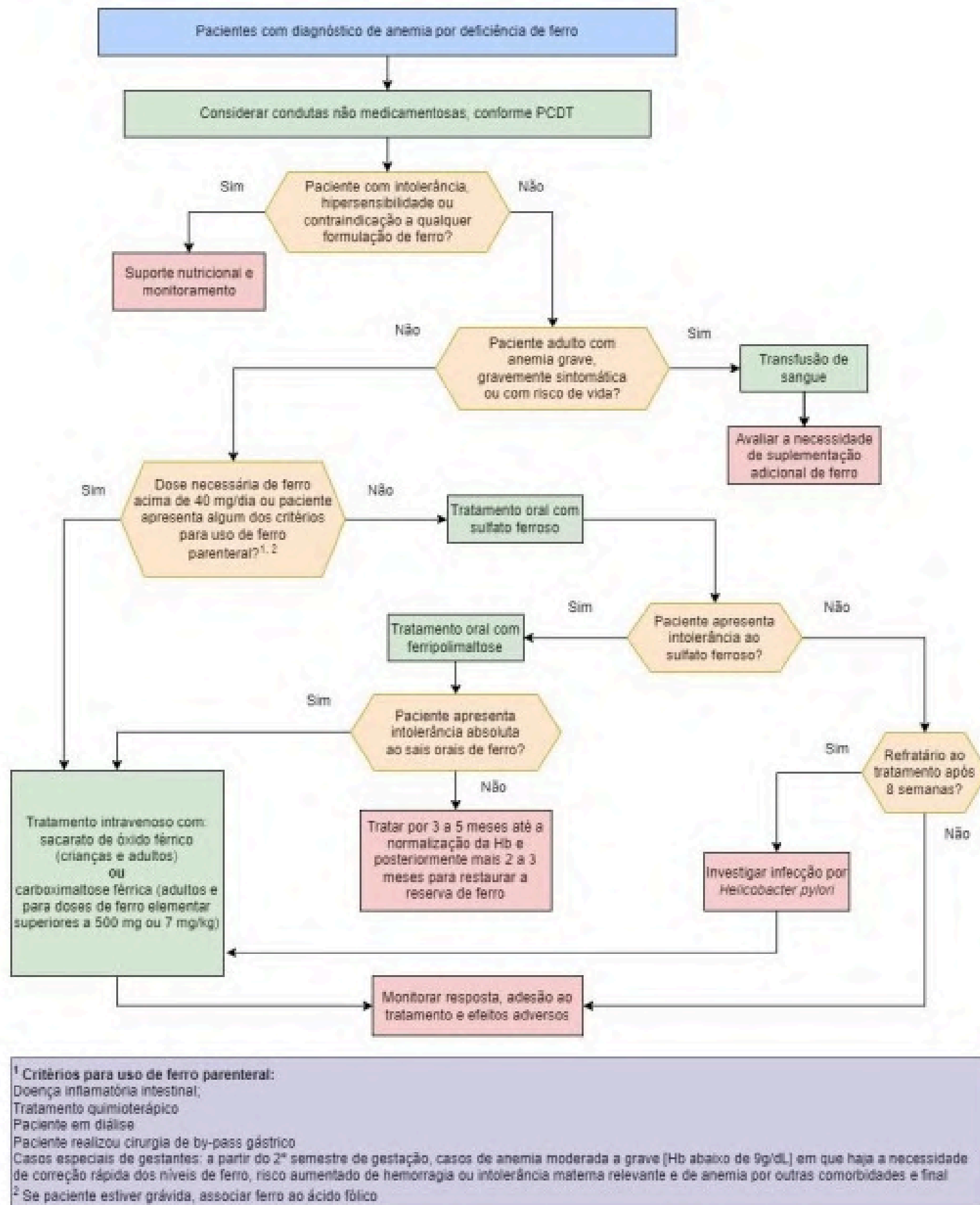


Figura 1. Fluxograma de tratamento para pacientes com anemia por deficiência de ferro.

Fonte: elaboração própria.

# Considerações Finais

Com base nas prevalências de anemia evidenciadas no nosso país e pela importância do ferro para o adequado neurodesenvolvimento infantil, com risco acentuado da deficiência de ferro, permanece atual o lema: ANEMIA FERROPRIVA, MAIS DO QUE UMA DOENÇA, UMA URGÊNCIA MÉDICA.

Com esta mensagem temos o objetivo de chamar a atenção dos pediatras em geral e para a elaboração de políticas públicas sobre a importância desta condição clínica, cujo controle e prevenção permanecem um desafio de saúde pública no Brasil.

PROJETO SAÚDE DIGITAL

# Anemia Ferropriva na Infância

## Organização

Dra. Flávia Schaidheur

Médica Pediatra

Projeto Saúde Digital – FIOCRUZ-MS

## Referências

1. Brasília, DF | Agosto de 2023

[Relatório técnico – Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Anemia por Deficiência de Ferro](#)

2. CONSENSO SOBRE ANEMIA

FERROPRIVA: ATUALIZAÇÃO 2021

[Diretrizes – Departamentos](#)

[Científicos de Nutrologia e](#)

[Hematologia – Sociedade Brasileira de Pediatria](#)

