



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

**PERCEÇÃO DE GESTANTES PORTADORAS DE ANEMIA FERROPRIVA
SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA NO PRÉ-NATAL**

KELLEN CRISTINA LINS CAVALCANTE

**CAJAZEIRAS - PB
2009**

KELLEN CRISTINA LINS CAVALCANTE

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES PORTADORAS DE ANEMIA FERROPRIVA
SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA NO PRÉ-NATAL**

Trabalho de conclusão do curso Bacharelado em
Enfermagem da Universidade Federal de Campina
Grande-PB, apresentado como requisito parcial à
obtenção do título do Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.ª Ms Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

CO-ORIENTADOR: Prof. Macerlane Lira da Silva



**CAJAZEIRAS - PB
2009**



C376p Cavalcante, kellen Cristina Lins
Percepção de gestantes portadoras de anemia ferropriva sobre a assistência de enfermagem prestada no pré-natal / Kellen Cristina Lins Cavalcante. - Cajazeiras, 2009. 63f. : il. color.

Nao disponivel em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2009.
Contem Bibliografia, Apendices e Anexos

1. Anemia. 2. Assistência de Enfermagem - mulheres grávidas. 3. Gestantes. 4. Pré-Natal. I. Dantas, Rosimery Cruz de Oliveira. II. Silva, Macerlane Lira da. III. Universidade Federal de Campina Grande-Cajazeiras(PB). IV. Centro de Formação de Professores. V. Título

CDU 616.155.194

KELLEN CRISTINA LINS CAVALCANTE

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES PORTADORAS DE ANEMIA FERROPRIVA
SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA NO PRÉ-NATAL**

APROVADA EM: _____ / _____ / _____

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Ms. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Orientadora/UFCG

Profª. Esp. Macerlane Lira da Silva
Co – orientador/FSM

Enf. Iluska Pinto da Costa
Membro examinadora/UFCG

*Dedico este trabalho
primeiramente a Deus e em
especial à minha família pelo
esforço, apóio e compreensão ao
me ajudar em todos os momentos
desta e de outras caminhadas da
minha vida.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me presenteado com um curso tão nobre em sua essência e por ter iluminado todo o meu caminho de aprendizagem.

Aos meus amados pais Edival Cavalcante Pinheiro e Marina Lins Cavalcante, a quem devo mais que a vida e os tenho como verdadeiros exemplos de amor, bondade e fé.

Aos meus maravilhosos irmãos Iara Jane Cavalcante Lira, Ladjanio Lins Cavalcante e Edilva Lins Cavalcante Fernandes, que jamais mediram esforços para tornar realidade os meus sonhos.

Aos meus queridos cunhados, Marcos Aurélio Lira da Silva, Francisco Dinarte de Sousa Fernandes e Ligia Maria Alves Cavalcante que considero como verdadeiros irmãos e sempre estiveram presentes em todos os momentos da minha vida. E em especial a Dinarte, o meu "cunhadinho", que me incentivou a voltar aos estudos e, portanto um dos maiores responsáveis por essa vitória.

Á minha orientadora professora Mestre Rosimery Cruz de Oliveira Dantas pela orientação e paciência no auxílio nas atividades e discussões sobre o andamento e normalização deste trabalho de conclusão de curso.

Ao meu Co-orientador professor Esp. Macerlane Lira da Silva por sua simpatia contagiante, orientação e incentivo nos momentos mais difíceis.

Ás minhas amigas e companheiras de casa: Ângela Joamábia de Sousa Oliveira, Virlene Galdino de Freitas e até a minha inesquecível amiga Greice Kelly Pereira de Araújo, que estiveram crescendo e aprendendo junto comigo.

Em especial, à minha "amiga-mãe" Cícera Pereira Rolim, por ter-me "adotado" em sua vida me protegendo, ajudando e orientando em todas as minhas dificuldades ao longo desta caminhada. Enfim, a você minha admirável amiga o meu carinho e agradecimento eterno.

Ao meu amigo "Super" Rômulo Alves Augusto de Souza por toda ajuda de informática, amizade e conselhos no decorrer do curso.

Aos meus amigos pelo companheirismo, momentos de aprendizagem constante e amizade solidificada, ao longo deste curso, que, certamente se eternizará.

A todos os meus professores pelos ensinamentos no decorrer desses anos.

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
GALAZEIRAS PARAIBA

*Livrai-me, meu Deus, dos meus
inimigos, defende-me daqueles
que se levantam contra mim.
(salmo 59, 1, 1)*

LISTA DE SIGLAS

ADF – Anemia por deficiência de ferro

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DIU – Dispositivo Intra-uterino

HB – Hemoglobina

HT – Hematócrito

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PSF - Programa Saúde da Família

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USF – Unidade de Saúde da Família

VCM - Volume Corpuscular Médio

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – Distribuição das entrevistadas segundo o estado civil.....	36
FIGURA 2 – Distribuição das entrevistadas segundo faixa etária.....	37
FIGURA 3 – Distribuição das entrevistadas segundo o grau de escolaridade.....	38
FIGURA 4 – Distribuição das entrevistadas segundo a profissão.....	39
FIGURA 5 – Distribuição das entrevistadas segundo a renda familiar.....	40

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – Categorização de falas sobre o que é assistência pré-natal.....	40
QUADRO 2 – Categorização de falas sobre o conceito de anemia ferropriva.....	41
QUADRO 3 – Categorização de falas sobre ações curativas e preventivas.....	42
QUADRO 4 – Categorização de falas sobre ação mais fácil de ser seguida.....	43
QUADRO 5 – Categorização de falas sobre qualidade da assistência pré-natal.....	44
QUADRO 6 – Categorização de falas sobre mudança da assistência pré-natal ofertada.....	45

RESUMO

CAVALCANTE, Kellen Cristina Lins. **Percepção de gestantes portadoras de anemia ferropriva sobre a assistência de enfermagem prestada no pré-natal.** Trabalho de Conclusão de Curso Bacharelado em Enfermagem Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2009. 63f.

A anemia ferropriva é uma alteração fisiológica que ocorre com frequência no período gestacional como resultado do aumento da captação nutricional materno-fetal, quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11g/dl devido principalmente ao consumo inadequado e/ou restrito de nutrientes. O presente estudo teve como objetivos investigar a percepção das usuárias gestantes, portadoras de anemia ferropriva, a cerca da assistência de enfermagem, no tocante às medidas preventivas e tratamento deste agravo, em USF's na cidade de Cajazeiras – PB; identificando as medidas adotadas pelas gestantes pautadas na prevenção e tratamento, com base nas recomendações do enfermeiro, bem como avaliando o grau de satisfação das mesmas quanto às atividades desenvolvidas na assistência pré-natal. A pesquisa adotou como método um estudo do tipo descritivo de campo, com abordagem qualitativa. A amostra foi composta de 15 gestantes portadoras de anemia ferropriva, que fazem regularmente o pré-natal, selecionadas a partir da observação da ficha perinatal. A coleta foi realizada no mês de novembro de 2009, através de um roteiro de entrevista semi-estruturado composto por questões objetivas referentes aos dados sócio-demográficos das entrevistadas e questões subjetivas relacionada aos dados específicos da pesquisa, respeitando os aspectos éticos que envolvem pesquisas com seres humanos. Os resultados revelaram que a maioria das gestantes são solteiras, menores de vinte anos, com baixa escolaridade, do lar e possuem renda familiar baixa, concluindo que a prevalência está diretamente relacionado às condições sócio-econômicas da gestante. Verificou-se também, falhas pelo profissional de saúde no repasse de orientações que determinam a gravidade da anemia na gestação, na implementação de atividades educativas, bem como um déficit de conhecimento por parte das gestantes quanto ao significado da anemia ferropriva. Através desse estudo, pode-se perceber que apesar dos enfermeiros atuarem de forma condizentes com as ações preconizadas pelo o MS, é necessário ainda melhorar a qualidade desta assistência através de atividades contínuas de educação em saúde como reuniões e palestras, que informe e esclareça dúvidas, conscientize as gestantes sobre a importância do sulfato ferroso, incentive as mudanças de atitudes no que se refere aos hábitos alimentares, e favoreça a prática da assistência de enfermagem de maneira holística.

Palavras – chave: Anemia. Assistência de enfermagem. Gestantes.

ABSTRACT

CAVALCANTE, Kellen Cristina Lins. **Perception of users on the nursing care for pregnant women with iron deficiency anemia.** Course Final Paper for the Bachelor's Degree in Nursing. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2009. 63p.

Iron deficiency anemia is a physiological change that occurs frequently during pregnancy as a result of increased uptake maternal-fetal nutrition, when the hemoglobin is equal to or less than 11 g / dl due mainly to inadequate intake and / or restricted nutrient. This study aimed to investigate their perception of pregnant women with anemia, some nursing care, with regard to preventive measures and treatment of this disease in Units of Family Health in the city of Cajazeiras - PB, identifying the steps taken by pregnant women guided in the prevention and treatment, based on the recommendations of the nurse as well as assessing the degree of satisfaction regarding the same activities in the prenatal care. The research method adopted as a descriptive field study, with a qualitative approach. The sample consisted of 15 pregnant women with iron deficiency anemia, who make regular prenatal, selected from the observation of the perinatal file. Data were collected in November 2009 through a roadmap for semi-structured interview consisting of objective questions relating to socio-demographic data of the interviewees and subjective issues related to specific research data, while respecting the ethical aspects of research with humans. The results revealed that most women are unmarried, under twenty years, with low education, home and have low family income, concluding that prevalence is directly related to socio-economic conditions of the pregnant woman. There was also failure of the health professional in the transfer of guidelines that determine the severity of anemia during pregnancy in the implementation of educational activities, as well as a lack of knowledge on the part of women about the significance of iron deficiency anemia. Through this study, it may be seen that although the nurses act in a consistent way with the actions recommended by the MS, it is necessary to increase the quality of care through ongoing activities of health education as meetings and lectures, to inform and clarify doubts, make pregnant women aware of the importance of ferrous sulphate, encourage changes in attitudes regarding dietary habits, and encourage the practice of nursing care in a holistic manner.

Keywords: Anemia. Nursing care. Pregnant women.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Geral	
2.2 Específicos	
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 Aspectos gerais da anemia ferropriva	19
3.2 Importância do ferro ao organismo materno-infantil	23
3.3 Diagnóstico e tratamento da anemia ferropriva	25
3.4 Assistência de Enfermagem à gestante acometida por anemia ferropriva	27
4 PERCURSO METODOLÓGICO	31
4.1 Tipo de estudo	32
4.2 Local de estudo	32
4.3 População e Amostra	32
4.4 Posicionamento ético das pesquisadoras	33
4.5 Instrumento de coleta de dados	33
4.6 Coleta de dados	33
4.7 Análise dos dados	33
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	55
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	
APÊNDICE B – Instrumento de Coleta de dados	
APÊNDICE C – Categorização de falas	
ANEXOS	60
Anexo A - Ofício à Unidade de Saúde da Família	
Anexo B - Ofício ao Comitê de Ética e Pesquisa	

O período gestacional é determinado como um evento fisiológico de grande importância entre todas as fases da vida humana, por ocorrer diversas modificações no organismo materno, as quais exigem maiores cuidados por parte dos profissionais de saúde bem como, estratégias de políticas de saúde que melhorem as condições de saúde do grupo materno-infantil.

Durante a gestação, o metabolismo materno sofre alterações significativas que são necessárias para o crescimento e desenvolvimento fetal. Há uma expansão do volume sanguíneo que resulta normalmente em uma diminuição dos valores normais de hemoglobina e hematócrito, de modo que ocorre uma maior suscetibilidade das gestantes apresentarem distúrbios hematológicos, entre eles, anemia gestacional (ZUGAIB, 2008).

A anemia é um problema de saúde pública que ocorre com muita frequência na gestação, seja ela de causa primária (fisiológica) ou como uma complicação secundária que geralmente está intimamente ligada às condições socioeconômicas da mãe, visto que a nutrição e os cuidados pré-natais determinam mais comumente a incidência global dessas complicações (DUFFY, 1996).

O Ministério da Saúde, conceitua anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11g/dl e que, 90% dos casos ocorrem por deficiência de ferro (Brasil, 2005). Entre as causas mais comuns como hemorragias, gestação múltipla, intervalo curto entre as gestações, hemólise, doenças e infestações recorrentes, a principal delas é o consumo inadequado e/ou restrito de nutrientes (MONTENEGRO; REZENDE-FILHO, 2008).

A deficiência de ferro é um estado no qual há redução da quantidade total de ferro e o fornecimento deste é insuficiente para atingir as necessidades de diferentes tecidos, incluindo as necessidades para formação de hemoglobina (Hb) dos eritrócitos (CARDOSO; PENTEADO, 1994).

Segundo a organização mundial da saúde (OMS) apud Massucheti (2007), a anemia por carência ferropriva está relacionada ao quadro de pobreza, por isso é mais frequente, em crianças e gestantes, de baixa renda, com maior índice nos países em desenvolvimento.

A anemia ferropriva é prejudicial tanto para a gestante quanto para o bebê, uma vez que, neste período reprodutivo as mulheres sofrem perdas fisiológicas do ferro, e o organismo é incapaz de manter os níveis normais apenas com a suplementação alimentar, em decorrência do aumento da captação nutricional pela mãe e pelo feto, levando a redução da resistência materna a infecções e sangramentos, prejudicando o desenvolvimento fetal, propiciando o

nascimento de fetos com baixo peso, e favorecendo o aumento do risco de mortalidade materno-infantil (MATTOS, STEIN E WICHMANN, 2007).

O Ministério da Saúde, para garantir uma melhor assistência ao grupo materno-infantil, e desta forma, também, minimizar o quadro de anemia ferropriva e os problemas decorrentes da mesma para o binômio mãe-filho, através das políticas públicas de saúde oferece o atendimento pré-natal, de baixo e alto risco, de forma pública e gratuita com o objetivo de acompanhar as mulheres no período gestacional a fim de assegurar uma gestação e um parto saudável sem risco de complicações obstétricas e perinatal.

O pré-natal de baixo risco é aquele em que a gestante apresenta alterações fisiológicas próprias da gravidez sem riscos de complicações materno-fetal, podendo ser realizado inteiramente pelo enfermeiro, e que no tocante a anemia ferropriva pode atuar de modo consistente, na importância de orientar um multivitamínico e suplemento de ferro e conferir as instruções sobre a dieta no que diz respeito à ingestão de alimentos ricos em ferro (ZIEGEL; CRANLEY, 1996).

Diante do exposto a assistência de enfermagem assume grande importância nas Unidades de Saúde da Família (USF's), pois através do pré-natal acompanha as gestantes no período gravídico e puerperal, prevenindo e detectando alterações, dentre elas a anemia ferropriva, através da realização de exames de rotina, como a avaliação de hemoglobina, fornecimento de orientações e suplementação de ferro.

Durante as atividades curriculares nas USF's, foi percebido que nas mesmas não há estudos que retratem a realidade das gestantes locais no tocante a anemia ferropriva, e que durante a atividade da assistência pré-natal, ainda fica a desejar intervenções que focalizam a prevenção deste agravo, mesmo com a recomendação de suplementação de ferro preconizada pelo MS.

Diante deste quadro, foi despertado o desejo de descobrir por que ainda ocorrem com frequência casos de anemia ferropriva na gestação, se há tantas ações voltadas para a prevenção da mesma, como orientações alimentares e distribuição gratuita de suplemento ferroso nos serviços de atenção básica. E a partir da percepção das usuárias, identificar que medidas estariam sendo realizadas pelo enfermeiro da unidade para prevenir, detectar e tratar a anemia gestacional, para, com base nos resultados e sua divulgação, sensibilizar os profissionais para a intensificação e implementação de estratégias preventivas e atividades educativas que assistam as gestantes de forma holística e contribuam com a redução do índice de morbi-mortalidade causada pela anemia gestacional.

2.1 GERAL

- Investigar a percepção das usuárias gestantes, portadoras de anemia ferropriva, a cerca da assistência de enfermagem, no tocante às medidas preventivas e tratamento deste agravo, em USF's na cidade de Cajazeiras – PB.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar as medidas que as gestantes adotam para prevenir e tratar a anemia ferropriva, com base nas recomendações do enfermeiro.
- Avaliar o grau de satisfação das gestantes com as atividades desenvolvidas no pré-natal pelo enfermeiro da unidade na assistência para prevenção e tratamento da anemia ferropriva.

3.1 Aspectos gerais da anemia ferropriva

Para Guyton; Hall (2003), a anemia é definida como a deficiência de hemoglobina no sangue, que pode ser causada pela redução do número de hemácias, que depende do ferro para a sua formação, e sua carência torna-se um fato decisivo na qualidade de saúde da gestante uma vez que são necessárias quantidades maiores do mesmo para realizar diversos processos metabólicos entre eles transporte de oxigênio e produção de hemoglobina para os órgãos vitais da mãe e do feto. A insuficiência desse nutriente é uma das causas mais comuns da anemia ferropriva.

A Anemia por Deficiência de Ferro (ADF) refere-se ainda à condição de fornecimento insuficiente de ferro à medula óssea, com conseqüente redução da concentração sangüínea de hemoglobina abaixo do limite inferior, segundo sexo, idade e estado fisiológico (HALLBERG; ROSSANDER-HULTHÉN, 1989 apud CARDOSO; PENTEADO, 1994).

Segundo Silva et al (2007), essa deficiência apresenta elevada prevalência mundial, estimando-se que cerca de 40% das gestantes apresentam anemia, sendo que nos países em desenvolvimento, cerca de 1,1 bilhão de mulheres e 96% milhões de gestantes são anêmicas, considerado como um problema de saúde pública.

Já de acordo com os dados da OMS (2004), a anemia contribui com 40% das mortes maternas nos países em desenvolvimento. No Brasil, a anemia ferropriva é uma das doenças por carências nutricionais considerada como problema de saúde pública, onde cerca de 50% das crianças menores de 5 anos e quase 60% das gestantes são acometidas. Para prevenir e controlar a doença, o Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Suplementação de Ferro implementou a distribuição desse suplemento ferroprivo para crianças, gestantes e mulheres até o terceiro mês pós-parto como opção para controlar essa deficiência nutricional (BRASIL, 2005).

Além deste, o governo brasileiro juntamente com recomendações internacionais implantou desde junho de 2004 o Programa de Fortificação de Farinhas de Trigo e de Milho com Ferro e Ácido Fólico, com o objetivo de erradicar a anemia e minimizar a deficiência de ferro dentre os problemas de saúde pública (SATO et al, 2008).

Duffy (1996), relata que sob condições normais, o hematócrito de uma mulher adulta mede em torno de 42,5% e a hemoglobina mede de 12,5 a 15 g/dl. Com a evolução da gravidez, há uma hidremia fisiológica ou uma hemodiluição devido a uma expansão no volume das hemácias e do plasma materno. Quando ocorre uma leve queda do hematócrito para aproximadamente 30% e da hemoglobina para 10,5 a 11 g/dl, considera-se a anemia

como “fisiológica”, que favorece o feto por reforçar a perfusão placentária e assim, antecipar a perda de sangue que acompanha o parto normal. Entretanto, quando as anemias gestacionais estão instaladas, há uma redução real na massa de hemácias e não uma hemodiluição dessa massa.

Ramos; Magnoni; Cukier (2004), identificam três estágios na instalação da deficiência de ferro. Inicialmente, no primeiro estágio, ocorre uma diminuição da ferritina sérica, que está diretamente relacionada com as reservas de ferro. No segundo estágio, há um declínio da concentração de ferro sérico e aumento da capacidade de ligação do ferro. O terceiro estágio ocorre quando há restrição na síntese de hemoglobina, podendo-se instalar a anemia. Na anemia ferropriva, as hemácias que eram normocíticas e normocrômicas sofrem alterações morfológicas, tornando-se microcíticas e hipocrômicas.

As hemácias têm um ciclo vital de 100 a 120 dias, depois são removidas da periferia pelas células reticuloendoteliais esplênicas e sua hemoglobina é degradada, com o núcleo de ferro voltando ao reservatório que é disponível para nova síntese de hemoglobina. Sua produção diária exige aproximadamente 30 a 35mg de ferro por dia, dos quais apenas 1 a 2mg é a perda diária do organismo proveniente da reciclagem do depósito de ferro (DUFFY, 1996, p.63).

Com relação a quantidade de ferro total do corpo humano, Assao et al (2004) afirmam que aproximadamente 50mg/kg de peso corporal é em homens e 40mg/kg em mulheres adultas, variando em função da idade e do estado nutricional. Mulheres em idade reprodutiva apresentam reservas de ferro em torno de 300 a 500mg, bem menor do que os homens que tem aproximadamente 1000mg, uma diferença atribuível à perda de ferro durante as menstruações e gestações. Por isso, Smeltzer; Bare (2005) relatam que até 2mg diário de quantidades adicionais de ferro devem ser absorvidos pelas mulheres para repor o sangue perdido.

Em uma única gestação, Zugaib (2008) ressalta que as necessidades maternas de ferro variam em torno de 300 a 800mg para o feto e 500mg para a placenta, além do que já está disponível para a expansão da massa de hemoglobina no organismo materno, sendo que aproximadamente 200mg são excretados por intestino, pele e urina.

A quantidade de ferro alimentar recomendado para atender as necessidades diárias das mulheres em idade reprodutiva é de 18mg. No entanto, essas necessidades exigem um grande incremento no período gestacional, em virtude do aumento tanto do volume plasmático como da massa eritrocitária, passando a ter uma indicação diária em torno de 27mg/dia, que deve ser fornecida e/ou reforçada pela alimentação (MASSUCHETI, 2007).

Szarfarc et al apud Massucheti, (2007), relatam que o organismo adota mecanismos para compensar esta deficiência, tais como amenorréia e uma maior absorção intestinal do ferro na gravidez, todavia, não são suficientes para garantir a grande demanda de ferro exigida na gestação, sendo necessário a indicação do suplemento de sulfato ferroso para anêmicas e não anêmicas.

Entende-se que a anemia não é uma doença em si, mas um sinal-sintoma originado por vários distúrbios orgânicos subjacentes podendo ser um “índice de doença” do organismo, pedindo atenção para um distúrbio ou deficiência despercebida (DUFFY, 1996). Mas sem dúvida, é uma condição hematológica em que a concentração de hemoglobina está abaixo do normal refletindo na presença de uma quantidade menor de eritrócitos dentro da circulação e conseqüentemente, numa diminuição da quantidade de oxigênio liberado para os tecidos corporais (SMELTZER; BARE, 2005).

Entre as deficiências nutricionais mais comuns na gestação, a anemia ferropriva se destaca, não só pela freqüência com que se manifesta, mas também pelos os efeitos deletérios resultantes da baixa concentração de hemoglobina no sangue, tornando-se prejudicial para a saúde da gestante e do concepto, e aumentando assim, os riscos de morbi-mortalidade dos mesmos (FUGIMORI et al, 2000).

Smeltzer; Bare (2005), classificam as anemias segundo a conduta fisiológica, como deficiência na produção dos eritrócitos (anemia hipoproliferativa), por sua destruição (anemia hemolítica) ou por perda sanguínea e Rezende (2008), a classifica em nutricional, segundo o fator deficiente e responsável pela queda de hemoglobina como: anemia por deficiência de ferro (hipocrômica ferropriva), anemia por deficiência de ácido fólico (megaloblástica) e por deficiência de vitamina B12 (anemia perniciosa).

A anemia por deficiência de ferro é tipicamente resultado de uma ingestão alimentar ferropriva inadequada para a síntese de hemoglobina. Mais de 500 milhões de pessoas são afetadas, geralmente nos países subdesenvolvidos, verificado pelas reservas inadequadas de ferro no organismo que podem sobrevir de uma dieta nutricional pobre em ferro, insuficiente para manter o crescimento continuado de crianças e adolescentes e perda sanguínea decorrente de verminoses intestinais, sangramentos por traumas em adultos, ou menstrual em mulheres (SMELTZER; BARE, 2005).

Além das causas mais comuns da anemia ferropriva já citadas, outros fatores importantes também contribuem indiretamente para a incidência da anemia, como baixa renda, tabus alimentares existentes em certas sociedades e analfabetismo. E Massucheti (2007), corrobora com este pensamento quando afirma que a anemia por deficiência de ferro

ou anemia ferropriva, está amplamente relacionada ao quadro de pobreza e sua erradicação está diretamente relacionada com a diminuição das grandes diferenças econômicas e sociais existentes.

Entende-se que a gestante que apresenta deficiência de ferro seja por dieta inadequada, perda fisiológica ou sangramento, terá o desenvolvimento do seu conceito prejudicado e sua disposição física diminuída, e este pensamento encontra respaldo em Rocha et al (2005), quando afirmam que grávidas com reserva inadequada de nutrientes, aliada a uma ingestão dietética insuficiente, poderão ter um comprometimento do crescimento fetal, e conseqüentemente, do peso ao nascer, em decorrência dos ajustes fisiológicos e da necessidade do aumento nutricional que ocorrem nesse período gestacional.

Silva et al (2007), afirmam que as necessidades de ferro variam conforme o trimestre gestacional. No primeiro trimestre não há alteração devido à ausência da menstruação, apesar da vasodilatação e do aumento no volume plasmático. Já no segundo trimestre, os requerimentos de ferro no organismo materno começam a se elevar em decorrência do aumento das necessidades de oxigênio materno-fetal que perdura até o final da gestação, tornando assim necessário manter adequado os níveis de hemoglobina para promover a saúde da mãe e do feto.

Apesar das necessidades de ferro do feto ter precedência sobre as da mãe, estudos voltados para suplementação ferropriva na gestação são cautelosos quando se trata de conseqüências a saúde materno-fetal devido a essa deficiência, já que na maioria das vezes, a quantidade de ferro dirigida ao feto não se altera mesmo quando surge ou não deficiência materna, permitindo que a criança ainda tenha um nível normal de hemoglobina (DUFFY, 1996). Tal fato pode ser explicado segundo o MS que diz que, embora a concentração da hemoglobina esteja diminuída, a hipervolemia possibilita a perfusão e a oxigenação adequadas dos tecidos (BRASIL, 2006).

Entretanto, de acordo com Rocha et al (2005), já as anemias maternas moderada e grave estão associadas a um aumento na incidência de abortos espontâneos, partos prematuros, baixo peso ao nascer e morte perinatal. No feto, os efeitos podem ser a restrição do crescimento intra-uterino, prematuridade, pois na placenta ocorre hipertrofia e redução na excreção do esterol, morte fetal e anemia no primeiro ano de vida, devido às baixas reservas de ferro no recém-nascido.

Entre os possíveis fatores do aumento da mortalidade em gestantes anêmicas, Silva et al (2005), elenca como complicações o comprometimento cardíaco, hemorragia antes e

durante o parto e a deficiência do sistema imunológico que reduz a resistência da grávida a infecções.

Com relação às manifestações clínicas, que são os sinais e sintomas, estes dependem da causa subjacente da anemia, que podem está relacionada à doença gastrointestinal ou ginecológica, gestação, desnutrição e má absorção. Segundo Ziegel; Cranley (1996), a mulher com anemia ferropriva apresenta fadiga, anorexia seguida de fraqueza, mal-estar, imunidade baixa, palidez em pele e mucosas e taquicardia, porém Barger; Fein, (1997) apud Barros; Costa (1999), afirmam que a deficiência de ferro durante a gestação pode ser assintomática, mas a gestante apresenta o mesmo risco de desenvolver infecções, fadiga e hemorragia pós-parto, e o feto tem maior chance de apresentar prematuridade, baixo peso ao nascer, natimortalidade e morte neonatal.

3.2 Importância do Ferro ao organismo materno-infantil

O ferro tem um papel fundamental na homeostase orgânica desde as funções imune até as inúmeras funções fisiológicas, por participar de processos celulares vitais como: transporte de oxigênio, produção de energia através do metabolismo oxidativo, crescimento celular, síntese de neurotransmissores cerebrais, reações enzimáticas e vários outros processos metabólicos (ASSAO et al, 2004).

Para Robbins (2005), o ferro é dividido em compartimento de estocagem e funcional. Aproximadamente 80% do ferro funcional é encontrado na hemoglobina; a mioglobina e as enzimas contendo ferro tais como a catalase e os citocromos contém o restante. O depósito de estocagem representado pela hemossiderina e ferritina, contém cerca de 15 a 20% do ferro total do corpo. Quantidades muito pequenas de ferritina normalmente circulam no plasma na forma de apoferritina. Quando há deficiência de ferro, a ferritina sérica está sempre abaixo de 12g/l, enquanto que em excesso podem ser vistos valores altos cerca de 5.000mg/l. Sobre a transferrina, a mesma é encontrada saturada cerca de 33% com ferro, produzindo níveis séricos em media de 120mg/l em homens e 100mg/l em mulheres. Assim, a capacidade total de ligação de ferro no soro está na faixa de 300 a 350mg/l.

O ferro é armazenado no intestino delgado como ferritina e nas células reticuloendoteliais. Quando necessário esse ferro é liberado no plasma, liga-se à transferrina e é transportado para dentro das membranas dos normoblastos que são as células precursoras dos eritrócitos dentro da medula

óssea, onde é incorporado à hemoglobina (SMELTZER; BARE, 2005, p.922).

Segundo Rang et al (2007), declaram que a quantidade de ferro na dieta, bem como os vários fatores que afetam sua biodisponibilidade são, pois, determinantes importantes da sua absorção, mas a regulação da absorção do ferro é influenciada pelos depósitos corporais de ferro do indivíduo a partir da ingestão que é encontrada na dieta sob a forma de ferro heme (carnes vermelhas) e não heme (leguminosas). O ferro heme é absorvido em maior proporção do que o ferro inorgânico, sendo este último influenciado por outros componentes da dieta. Ácido ascórbico, ácido cítrico, aminoácidos e açúcares são conhecidos por potencializarem a absorção do ferro não heme, já os tanatos (presente nos chás), carbonatos, oxalatos, e fosfatos inibem sua absorção.

Como melhores fontes de ferro recomendados à dieta nutricional das gestantes destacamos as carnes vermelhas, principalmente fígado de qualquer animal e outras vísceras (miúdos), como rim e coração; carnes de aves e de peixes e mariscos crus. Dos alimentos de origem vegetal, destacamos: couve, feijões, favas, grão-de-bico, ervilhas, grãos integrais ou enriquecidos; nozes e castanhas.

Ziegel; Cranley (1996), afirmam ser necessários mais de 600-800mg de ferro elementar para prover as exigências fetais e as maternas adicionais. Já Rang et al (2007), relata que cada gestação “custa” à mãe 680mg de ferro, o equivalente a 1.300ml de sangue, em razão das demandas fetais adicionadas às necessidades da expansão do volume sanguíneo e da perda sanguínea no parto,

As necessidades diárias normais de ferro são de aproximadamente 5mg para homens, 15mg para crianças em fase de crescimento e mulheres em idade fértil (que menstruam), enquanto que gestantes precisam de quantidades de ferro 2 a 10 vezes maior do que essa, em virtude da demanda fetal e do aumento das necessidades maternas (RANG et al, 2007).

Considerando a hemodiluição da gravidez, a OMS considera como anemia gestacional, os valores de hemoglobina abaixo de 11g/dl no início da gravidez, e com 28 semanas inferior a 10,5 g/dl. Nos países em desenvolvimento, essa anemia participa como causa subjacente em 40-45% dos casos de mortalidade materna, representando um péssimo indicador de saúde. (REZENDE, 2008).

A gravidez é um período de readaptação anatômico-fisiológica que acarreta uma série de alterações e modificações no organismo materno, necessárias ao crescimento e desenvolvimento fetal. Assim, a deficiência de ferro nessa fase pode acarretar efeitos adversos tanto para a saúde da mãe quanto para a do recém-nascido.

Para que este quadro não se instale é necessário aumentar o aporte de ferro, visto que sua carência interfere na produção de hemoglobina, levando a redução na concentração da mesma na gestante, o que resulta em aumento do débito cardíaco a fim de manter um fornecimento adequado de oxigênio via placenta às células fetais, reduzindo assim, a capacidade de trabalho e o desempenho físico nas mães anêmicas (ROCHA et al, 2005).

Para Ramos; Magnoni; Cukier (2005) os grupos populacionais mais sujeitos à deficiência de ferro destacam-se crianças e gestantes, sendo necessário neste último, um aumento de ferro para o desenvolvimento materno-fetal, placenta, cordão umbilical, e para as perdas sanguíneas por ocasião do parto e puerpério. Além destes, Silva et al (2007), relatam como vulneráveis os lactentes, devido às necessidades aumentadas de ferro para a formação de novos tecidos e expansão do número de hemácias. Caso a deficiência ocorra nesse período, há uma redução na condução nervosa e prejuízos na memória, que podem se tornar irreversíveis mesmo após a correção da deficiência de ferro bem como retardo no desenvolvimento físico e mental, diminuição da capacidade cognitiva, aprendizagem, concentração e alteração do estado emocional.

Sobre os benefícios oferecidos pela a suplementação profilática com ferro para as gestantes, são observados aumento na concentração sérica de hemoglobina e na reserva tecidual do mineral durante a gravidez e pós-parto; há também incremento das reservas ferropriva no feto e recém-nascidos em desenvolvimento, o que promove um melhor aperfeiçoamento cognitivo durante a infância; e fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, pois uma mãe que não está cansada interage mais com o filho repercutindo assim, no melhor desenvolvimento psicomotor e emocional (RAMOS; MAGNONI; CUKIER, 2005).

Diante dessa condição, vemos a importância da detecção e tratamento precoce da anemia em gestantes, com a atenção voltada ao atendimento pré-natal por este ser um fenômeno fisiológico constantemente susceptível à ocorrência de agravos que podem contribuir para uma evolução desfavorável à saúde materno-infantil. Assim, podemos perceber também, que o estado de saúde/doença da gestante durante o seu pré-natal, influencia no nascimento de um recém-nascido saudável ou não.

3.3 Diagnóstico e tratamento da Anemia Ferropriva

A necessidade de intervenções para o controle da prevalência da anemia por deficiência de ferro é determinada pela magnitude da deficiência nutricional e pelo

conhecimento de seus efeitos na qualidade de vida, na morbidade e na mortalidade (CARDOSO; PENTEADO, 1994), o que sugere a necessidade de assistência direcionada para estas gestantes com uma equipe multiprofissional, dentre esta a enfermagem, que atua no pré-natal através da realização de consultas, que contempla solicitação de exames, orientações e cuidados específicos as necessidades da gestante.

Segundo Smeltzer; Bare (2005), os principais exames hematológicos realizados para determinar o tipo e causa da anemia são hemoglobina, hematócrito, contagem de reticulócitos e os índices eritrocitários, principalmente o volume corpuscular médio (VCM), podendo ainda contar, para um exame mais específico com o nível de ferro sérico, capacidade total de fixação de ferro, saturação percentual e ferritina, assim como os níveis séricos de vitamina B12 e folato, além da avaliação microscópica de esfregaços de medula óssea.

Ainda de acordo com os mesmos autores, o diagnóstico da anemia por deficiência de ferro apóia-se em estudos laboratoriais e são representados quando a hemoglobina e o hematócrito estão reduzidos associados a hipocromia (menos pigmentados), microcitose (de tamanho pequeno) e poiquilocitose. Além dos níveis séricos do ferro e ferritina baixos, a capacidade total plasmática de ligação ao ferro (que reflete a concentração de transferrina) está alta. Esse nível de ferro baixo com alta capacidade de ligação ao ferro resulta numa diminuição dos níveis de saturação de transferrina abaixo de 15%.

Com relação ao tratamento, o mesmo é direcionado no sentido de corrigir ou controlar a causa da anemia através de medidas simples, de baixo custo e comprovada eficácia. Entre as principais medidas estão as orientações e o fornecimento de ferro suplementar a gestantes e lactentes em programas de assistência primária.

Silva et al (2007) relatam que a suplementação de ferro na gestação geralmente é recomendada mesmo para aquelas mães que não apresentam anemia no decorrer da gestação, objetivando satisfazer o aumento dos requerimentos desse mineral durante os dois últimos trimestres.

De acordo com Souza et al (2004),

As medidas de combate à deficiência de ferro e à anemia ferropriva estão bem estabelecidas, consistindo, resumidamente, em modificação dos hábitos alimentares; diagnóstico e tratamento das causas da perda crônica de sangue; controle de infecções e infestações que contribuem para a gênese e o agravamento da anemia; fortificação de alimentos e suplementação medicamentosa com sais de ferro.

A anemia ferropriva, evidenciada por alterações dos níveis de hemoglobina deve ser tratada de acordo com o esquema terapêutico descrito pelo Ministério da Saúde (MS) que é

feito através da suplementação de ferro, com comprimido de 200mg de sulfato ferroso corresponde a 40mg de ferro elementar quando os níveis de hemoglobina estiverem maior ou igual a 11g/dl, deve-se manter a suplementação de 40mg/dia de ferro elementar e 5mg de ácido fólico, a partir da 20ª semana, devido à maior intolerância digestiva que ocorre no início da gravidez. Na confirmação de anemia moderada a leve (Hg entre 8 e 11g/dl), prescreve-se sulfato ferroso em dose 120 a 140mg de ferro elementar/dia), via oral, uma hora antes das principais refeições, e solicita-se exame parasitológico de fezes que sendo positivo trata-se. Após 60 dias repetir o exame; se os níveis estiverem subindo mantém o tratamento até a Hg atingir 11g/dl, quando deverá se mantida a dose de suplementação de 60mg ao dia. Entretanto, se os níveis de hemoglobina permanecer estacionários ou em queda (menor que 8g/dl), considera-se anemia grave e a gestante deve ser imediatamente referida ao pré-natal de alto risco.

A suplementação oral de ferro pode originar efeitos colaterais gastrointestinais tais como náuseas, cólicas abdominais, obstipação e/ou diarreia que podem ser minimizados se administrados junto às refeições, mesmo sua absorção sendo mais eficaz em jejum tais efeitos estão relacionados à dosagem de ferro ingerida e quando a suplementação diária de 60mg de ferro não é bem tolerada e há dificuldade de adesão ao tratamento é sugerido a suplementação duas vezes por semana ou a administração parenteral devendo esta última ser realizada em unidade de referência somente sob supervisão médica (CARDOSO; PENTEADO, 1994).

Sob o ponto de vista nutricional, é importante conhecer as necessidades alimentares das gestantes nas quais se pretende intervir e averiguar o potencial de múltipla etiologia no tratamento da anemia, pois, ao adicionar outros micronutrientes ao ferro como a associação de ácido fólico, vitamina C ou vitamina A, tem-se obtido maior resultado. Desta forma, cabe a enfermagem a assistência do cuidado quanto às orientações sobre os efeitos colaterais e reações adversas, os quais deverão ser identificados e avaliados para prestação de uma assistência qualificada, pautada na tentativa de minimizar ou aliviar tais efeitos (LOPES et al, 2006).

3.4 Assistência de Enfermagem à gestante acometida por anemia ferropriva

Inicialmente, a equipe de saúde ao entrar em contato com uma mulher gestante na unidade de saúde ou na comunidade, deve acolhê-la desde a sua chegada e buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família,

responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações e angústias (BRASIL, 2005).

Para Costa; Carbone (2004), entre as características mais relevantes para um enfermeiro atuar na unidade de saúde são: ter afinidade ao trabalho em equipe; liderança; facilidade para trabalhar com planejamento e programação em saúde; empatia com o programa; conhecimento científico sobre patologias; capacidade de organizar grupos e reuniões; qualificação adequada para o cargo; e interesse por aspectos psicológicos e sociais do processo saúde-doença.

Com relação as principais medidas do enfermeiro para com as gestantes anêmicas, este deve assisti-las sob os aspectos humanísticos e científicos do cuidado da enfermagem através do processo de enfermagem. Isto porque, na consulta de enfermagem o enfermeiro utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade (COREN, 1997 apud BARROS; COSTA, 1999).

Ainda segundo os mesmos autores, entre as principais metas das consultas de enfermagem específicas a esse grupo de gestantes seriam completar a gravidez e o parto sem as complicações relacionadas à anemia ferropriva, retorno dos valores de hemoglobina aos níveis normais e compreensão das gestantes sobre o tratamento prescrito.

Para Serruya, Lago e Cecatti (2004) apud Mattos, Stein e Wichmann (2007), o pré-natal de qualidade é um dos pilares da maternidade segura. Entretanto, apesar de existir um bom nível de evidência nas suas diretrizes, observa-se no país, uma inacessibilidade em alguns casos a esse serviço e uma falta de efetividade ocasionando disparidade entre o pré-natal particular e o público.

Sobre esse respeito, a baixa adesão a terapêutica da anemia ferropriva, pode ocorrer em virtude dos efeitos colaterais atribuídos ao uso de medicamentos como náusea, vômito, cólica e diarreia, além da pouca motivação por parte das gestantes em tratar ou prevenir essa condição, visto que em muitas das vezes, há uma ausência de sintomas decorrentes da anemia. Por isso, o papel da enfermagem torna-se essencial para orientar e incentivar as gestantes a procurarem os serviços de saúde, estimulando-a adesão ao tratamento bem como evitar o abandono do mesmo e participarem das atividades de forma adequada.

O MS estabeleceu políticas e normas técnicas de assistência pré-natal com o objetivo de acolher a mulher o mais precoce possível no início da gestação, fazendo um acompanhamento com pelo menos seis consultas até o final da gestação, visto que o início

tardio desse acompanhamento aumenta os riscos de agravo à saúde da mãe e da criança. O roteiro da primeira consulta deve incluir a coleta de dados sobre a história clínica da gestante, exames físicos, solicitação de exames laboratoriais e ações complementares, devendo ser realizada no primeiro trimestre gestacional. Nas consultas subseqüentes deve-se fazer a revisão da ficha perinatal e anamnese atual; cálculo da idade gestacional; controle de calendário de vacinação; exame físico geral e gineco-obstétrico; interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros se necessários e realização de práticas educativas. (MASSUCHETI, 2007).

Somado a isto, o enfermeiro da USF deve esclarecer e orientar a gestante sobre as causas e os possíveis efeitos da anemia durante a gestação, sempre se detendo na prevenção. É necessário fazer toda uma anamnese sobre a gestante como hábitos alimentares e estilo de vida, e encorajá-la a fazer perguntas sobre o assunto para retirar as dúvidas e auxiliar em um planejamento de cuidados adequados que evitem as complicações e doenças associadas.

No que se refere à interpretação do exame de concentração de hemoglobina o enfermeiro deve estar capacitado e consciente do seu papel, e como parte da equipe multiprofissional, identificar os agravos e conduzi-los de acordo com a sua competência. Serve de norte para a sua conduta no tratamento da anemia ferropriva o Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada publicado no ano de 2006, pelo MS.

Cabe ao enfermeiro outro papel importante, que é o de orientador e educador, cujas práticas estão focadas nas ações educativas desenvolvidas no pré-natal e que no caso da anemia ferropriva, prioriza-se a educação nutricional, sendo efetuadas individualmente, durante as consultas, ou em grupos de gestantes e puérperas com linguagem clara e compreensível. Para Sauders (2004), o trabalho em grupo é a melhor forma de sensibilizar as gestantes quanto às modificações de hábitos.

Algumas ações são recomendadas para maximizar o impacto do pré-natal. Entre elas estão a adesão das gestantes ao tratamento e/ou uso profilático do sulfato ferroso de forma gratuita; orientações nutricionais, levando em consideração as condições socioeconômicas das mães; disponibilização do número maior de consultas pré-natais e de qualidade por considerar que um pré-natal inadequado propicia a anemia ferropriva; realização de visitas domiciliares para todas as gestantes, identificando os fatores de riscos associados como condições ambientais, sócio-demográficos e econômicos; e estímulo à formação dos grupos de gestantes para efetuar as orientações nutricionais, já citados anteriormente.

Mesmo diante dos compromissos assumidos sobre a adoção do suplemento ferroso como rotina na Assistência do Pré-Natal e da aparente simplificação da utilização do mesmo,

uma série de fatores tende a limitar a eficiência da proposta. Entre as maiores dificuldades destacam-se aquelas relacionadas a operacionalização, incluindo abastecimento e distribuição dos suplementos de ferro e adesão ao programa, isto é, ingestão do suplemento pela gestante, já que a eficiência dos programas depende tanto da cobertura como do alcance do serviço de distribuição e do consumo (YIP, 1996). E estas dificuldades geralmente, podem resultar de um ciclo vicioso que envolve diversos elementos da política, administração, planejamento, gestão, organização e disponibilidade de recursos econômicos, materiais e humanos.

Entretanto, é competência do MS estabelecer políticas e normas para oferta do pré-natal com boa qualidade. Além dos equipamentos e instrumental para realização das consultas e exames, deve-se levar em conta a capacitação adequada de todas as pessoas que atendem a mulher no seu percurso pela unidade de saúde (BRASIL, 2006).

O cuidado de enfermagem deve ser humanizado e centrado nos aspectos biopsicossociais, de forma que atenda adequadamente as necessidades individuais de cada gestante propiciando um aconselhamento para as dietas variadas que proporcionem a ingestão e a absorção adequada de ferro a partir da suplementação férrica.

Assim, por meio dessas ações associadas ao manejo adequado da anemia ferropriva, obtém-se uma melhora na qualidade de vida materno-infantil, reduzindo possíveis nascimentos de crianças com baixo peso e complicações maternas.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de estudo

O estudo, segundo a natureza do problema, é uma pesquisa descritiva de campo, com abordagem qualitativa submetido à entrevista semi-estruturada. Para Prestes (2003, p. 26)

A pesquisa descritiva de campo tem como objetivos proporcionar maiores informações sobre o assunto que vai ser investigado, facilitar a delimitação do tema a ser pesquisado, orientar a fixação dos objetivos e a formulação das hipóteses ou descobrir uma nova possibilidade de enfoque para o assunto.

Segundo Marconi e Lakatos (2008), a metodologia qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano. De acordo com os objetivos do estudo será abordada a qualidade da assistência de enfermagem prestada no pré-natal, a partir da percepção das gestantes, bem como, a identificação de medidas adotadas pelos os enfermeiros para prevenção e tratamento da anemia ferropriva.

4.2 Local de estudo

A referida pesquisa foi realizada nas Unidades Saúde da Família no município de Cajazeiras do estado da Paraíba. Foram escolhidas 3 Unidades de Saúde dos bairros Sol Nascente na zona Norte, bairro São Francisco na zona Sul e bairro Vila Nova na zona Leste da cidade, as quais cada uma é composta por uma equipe multiprofissional de médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, agente administrativo e atendente que constam com salas distintas para o atendimento de cada profissional e tem como finalidade o acolhimento e promoção de uma assistência de qualidade à comunidade.

4.3 População e amostra

A população da pesquisa foi formada por gestantes cadastradas nas respectivas Unidades de Saúde; a amostra foi composta de 15 gestantes portadoras de anemia ferropriva, selecionadas a partir da ficha Peri-natal existente nos prontuários e a aplicação do questionário foi realizado tanto na residência das mesmas quanto nas Unidades de Saúde durante o atendimento. Os questionários foram aplicados a todas que, levando em consideração a participação voluntária na pesquisa e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, aceitaram participar, todas atendendo aos critérios estabelecidos de estar

fazendo regularmente o pré-natal nessas unidades e não ser portadora de distúrbio mental. Assim que a coleta atingiu o número de 15 entrevistadas, a mesma foi encerrada.

4.4 Posicionamento ético das pesquisadoras

A pesquisa cumpriu de forma fiel as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em especial no que se refere ao cumprimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que trata da pesquisa envolvendo seres humanos, os quais foram analisados pelo o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria.

4.5 Instrumento de coleta de dados

Para a realização da pesquisa foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semi-estruturado, que segundo Santos (2004), caracteriza-se por conter um conjunto de itens bem ordenados e bem apresentados, com a exigência de respostas. O questionário constou com questões objetivas referentes aos dados sócio-demográficos e subjetivas, correspondente aos dados específicos da pesquisa para investigar a percepção das gestantes sobre a assistência de enfermagem acerca da anemia ferropriva.

4.6 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no mês de novembro de 2009 após a aplicação dos questionários com as gestantes sob a autorização das mesmas. Inicialmente ocorreu um primeiro contato onde foi esclarecido quanto aos objetivos do estudo, bem como a sua contribuição no âmbito científico. Em seguida, foi solicitada a autorização das pesquisadas por escrito e após aceito o pedido, a entrevista foi iniciada.

4.7 Análise dos dados

Para a realização da análise dos dados, estes foram codificados e tabulados iniciando-se pela classificação, para prosseguir o agrupamento das respostas em categorias previamente elaboradas, a partir da literatura pertinente, sistematizando e interpretando os dados obtidos

Os dados quantitativos foram analisados com o auxílio da estatística descritiva e os resultados apresentados em forma de gráficos e quadros, a partir do programa microsoft excel. Os dados qualitativos foram analisados com base nas categorias elaboradas previamente, através da categorização de falas, a partir da abordagem de Minayo (2003), que afirma que categorizar é uma atividade da ciência, que visa a construção da realidade, mas que se preocupa com as ciências sociais em um nível de realidade que não pode ser quantificado, a partir das questões subjetivas junto aos entrevistados e discutidos à luz da literatura pertinente ao tema.

5.1 Identificação das participantes

No presente estudo, a população da pesquisa foi formada por gestantes que estão sob acompanhamento do pré-natal em 3 USF's no município de Cajazeiras – PB. A amostra constou de 15 gestantes portadoras de anemia ferropriva, selecionadas a partir da ficha Perinatal existente nos prontuários que concordaram em participar livremente da pesquisa e foram identificadas com o número quantitativo (n) de colaboradoras (n=15). Os dados foram apresentados em duas partes, sendo a primeira voltada aos dados sócio-demográficos e a segunda relacionada aos objetivos propostos que são os dados específicos da pesquisa.

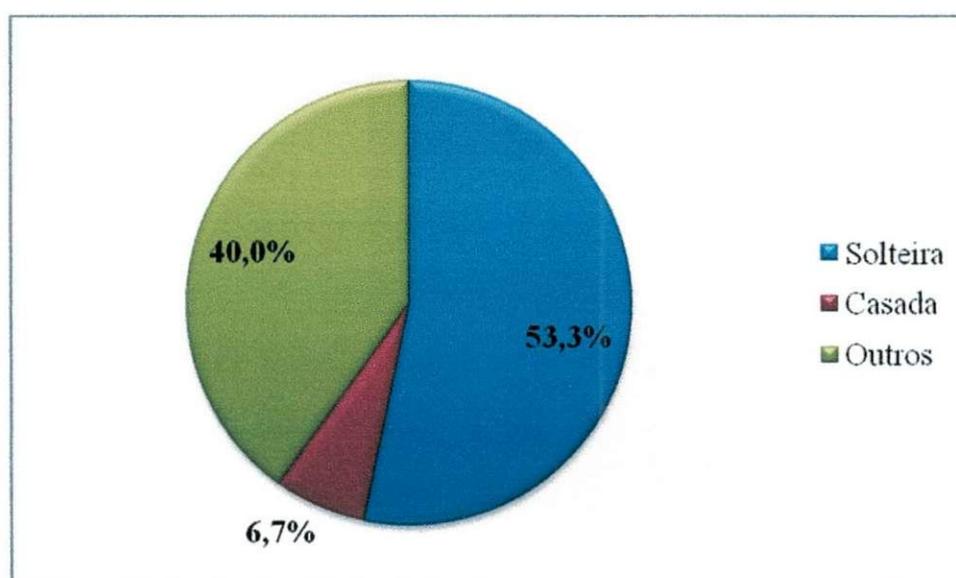


FIGURA 1 – Distribuição das entrevistadas segundo o estado civil

Na figura 1, das 15 gestantes entrevistadas 53,3% (n=8) relataram ser solteiras, 40% (n=6) declararam ter uma união estável e apenas 6,7% (n=1) é casada. Os dados colhidos revelam uma prevalência de mulheres grávidas que são solteiras tendo muitas vezes, de se responsabilizar sozinhas pelas conseqüências de uma gravidez indesejada, que pode resultar de uma falha nas orientações de métodos contraceptivos, mesmo que seja oferecido à comunidade pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF) a assistência ao planejamento familiar que, segundo o MS, é o direito que toda pessoa tem à informação, à assistência especializada como também, acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filho.

Para Moura; Silva; Galvão (2007), o planejamento familiar é um modelo de política pública de saúde que traz a proposta do trabalho em equipe tomando por base o dispositivo da

lei do planejamento familiar (Lei nº. 9.263/96), determinado pelo o MS, como competência dos profissionais de saúde, assistir em concepção e contracepção às famílias, empenhando-se em informar sobre as opções para as duas finalidades e destacando a oferta dos métodos anticoncepcionais autorizados e disponíveis no Brasil como método de Billings, tabela, temperatura, sintotérmico, camisinhas, diafragma, espermicida, dispositivo intra-uterino (DIU), hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia.

E percebe-se ainda que é cada vez mais crescente o número de casais que passam a constituir famílias por meio de uma união estável, condição esta de convivência considerada como entidade familiar não registrada (como o casamento), onde segundo a Lei 9.278/96 do novo Código Civil são exigidos o atendimento de quatro requisitos fundamentais: que a convivência seja duradoura, seja pública, seja contínua, e que a união tenha o objetivo de constituir família.

Esta nova forma de constituir família ou somente dos casais se relacionarem na sociedade pode ser consequência da mulher está cada vez mais inserida no mercado de trabalho, passando a contribuir com as despesas do lar. Além dessa responsabilidade profissional tem de dar conta dos atributos maternos, socialmente delegados a ela.

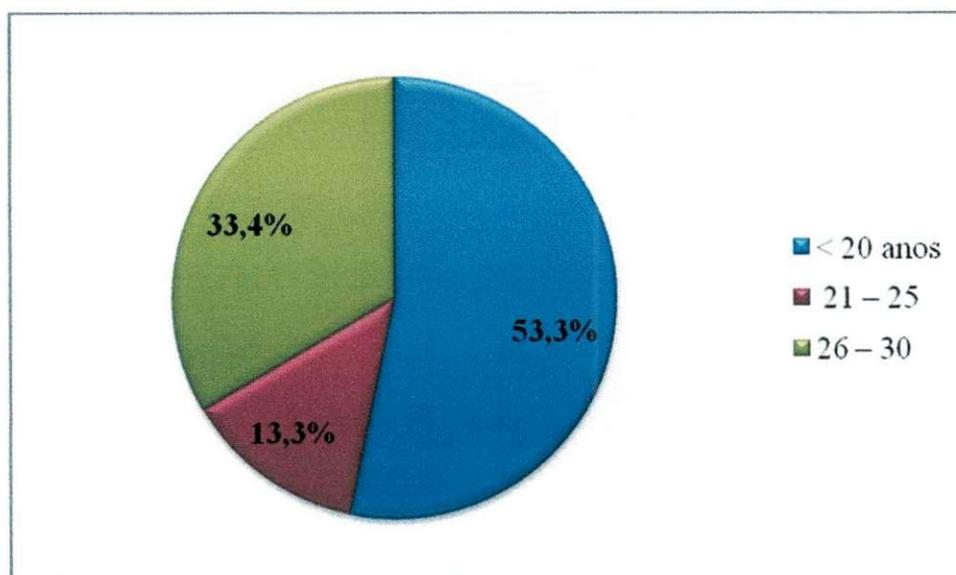


FIGURA 2 – Distribuição das entrevistadas segundo faixa etária

Conforme mostra a figura acima, 53,3% (n=8) apresentavam faixa etária menor que 20 anos; 33,4% (n=5) idade entre 26 – 30 anos e apenas 13,3% (n=2) tinham idade entre 21 – 25 anos. Observa-se que a faixa etária de maior predominância entre as gestantes foram aquelas que tinham idade menor que 20 anos, o que se trata de uma população de gestantes jovens, fase da vida de dúvidas e descobertas sexuais, susceptíveis a ocorrência de gravidezes não

planejada e, portanto, freqüentemente associada a uma maior incidência de intercorrências obstétricas e perinatal.

Temos como fatores que colaboram para essa ocorrência, a curiosidade, a busca pelo novo, a necessidade de assegurar-se como adulto, entre tantos outros conflitos que os adolescentes atravessam, fazem com que eles não busquem os serviços públicos de saúde para receber ajuda profissional necessária e acabem entrando em uma gravidez não planejada que lhe trará grandes repercussões físicas, econômicas e sociais.

Desta forma, a maternidade na segunda década da vida pode criar problemas de ordem social e psicológica para a maioria das gestantes, além de que, sob o ponto de vista nutricional, há uma demanda aumentada em virtude do crescimento de um organismo jovem somado ao processo gestacional, fatores que combinados aumentam significativamente o risco de deficiências nutricionais, como a anemia ferropriva, principalmente nas classes sociais menos favorecidas, cujo consumo de alimentos, na maioria dos casos é inadequada (FUJIMORI et al, 2000).

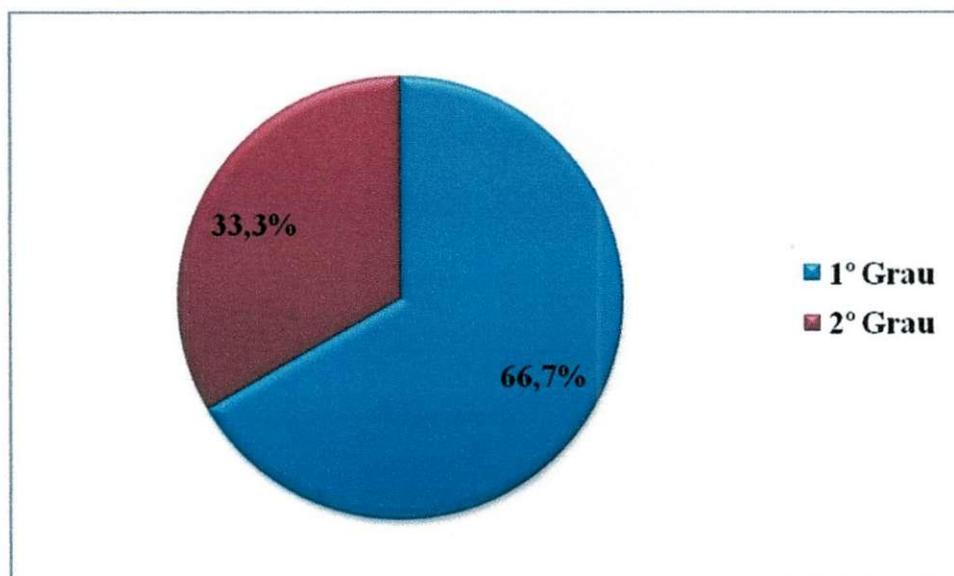


FIGURA 3 – Distribuição das entrevistadas segundo o grau de escolaridade

A figura 3 apresenta um grau de escolaridade baixo entre as participantes, determinado por 66,7% (n=10) para o 1º grau, sendo a maioria delas incompleto e 33,3% (n=5) para o 2º grau, a maioria também incompleta, não havendo casos de nenhuma gestante que tivesse o 3º grau do ensino superior. Fator esse que pode ser explicado por ser um grupo caracterizado como jovem, entrando no mundo das descobertas sexuais, e com o resultado de uma gravidez não planejada, pode vir acarretar o abandono dos estudos, reforçando ainda mais a pouca formação.

Segundo Campigoto et al (2001), o nível de escolaridade do indivíduo modifica sua mente, visão e compreensão acerca da sua morbidade bem como os cuidados necessários. Diante disso, fica evidente que a maioria das participantes da pesquisa, possuindo um baixo grau de escolaridade, sente dificuldade em compreender o que seja a anemia ferropriva na gestação e suas conseqüências, bem como a importância da prevenção e tratamento desse agravo.

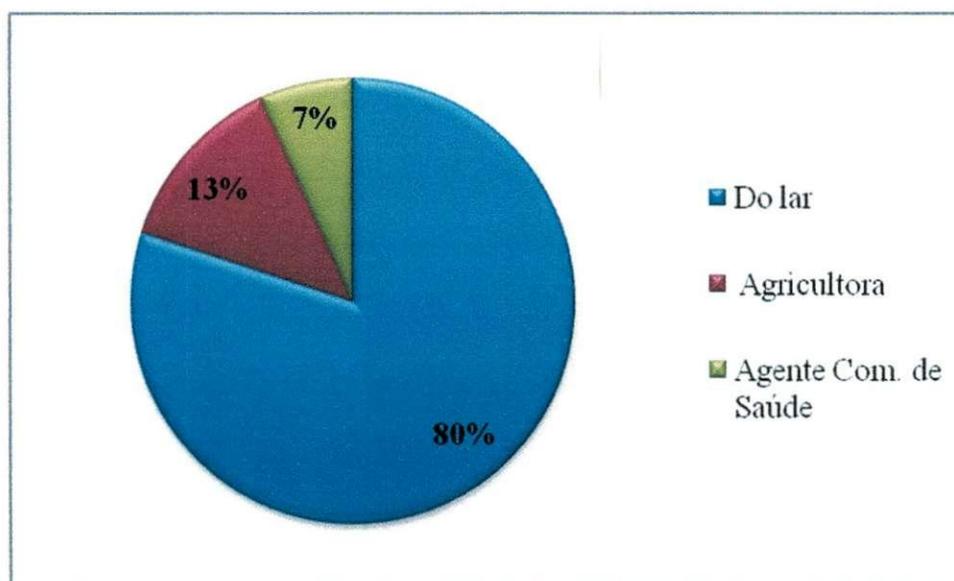


FIGURA 4 – Distribuição das entrevistadas segundo a profissão

De acordo com a figura 4 que apresenta a profissão das entrevistadas, verifica-se que quase todas, 80% (n=12) são mulheres que vivem exclusivamente para o lar e não apresentam nenhuma carreira profissional; 13,3% (n=2) disseram ser agricultoras e apenas 6,7% (n=1) tem uma profissão. Esses dados, somados com a baixa escolaridade já apresentados anteriormente na pesquisa podem contribuir para a incidência de anemias durante o período gestacional.

Osis et al (1993), afirmam que não há definição clara de como a classe social baixa ou aspectos socioeconômicos influenciam os resultados perinatais. Entretanto, Kilsztajn et al (2003) consideram que há algumas indicações de que a idade, estado civil, escolaridade, nutrição, ordem de nascimento do filho, a estatura, profissão e o número de consultas pré-natais durante a gravidez são fatores associados a tais resultados.

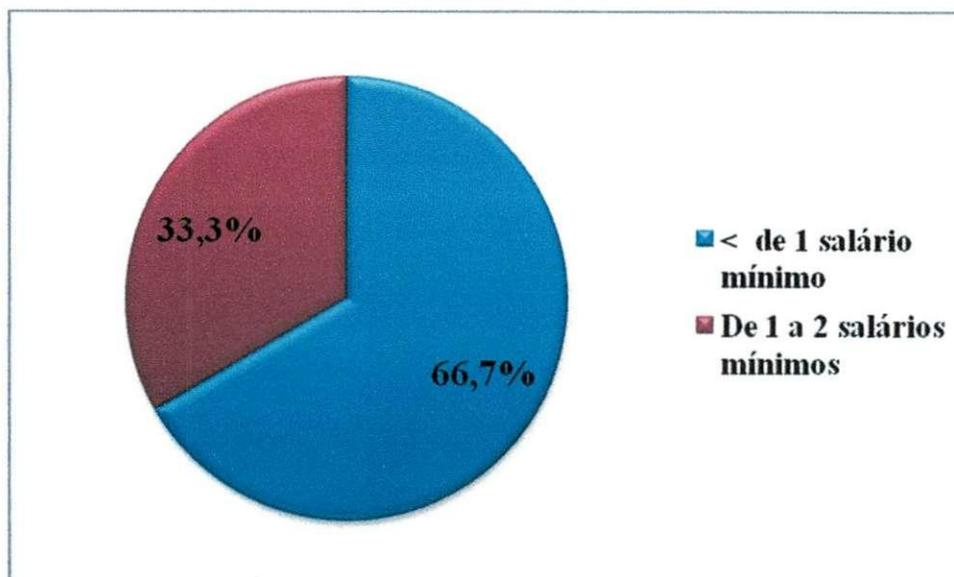


FIGURA 5 – Distribuição das entrevistadas segundo a renda familiar

Com base na figura 5 que demonstra a renda familiar das participantes, percebe-se que a maioria delas, 66,7% (n=10) possui uma renda menor que 1 salário mínimo e apenas 33,3% (n=5) relata ganhar entre 1 e 2 salários mínimos, situação essa que impede das gestantes terem condições de obter uma alimentação adequada de acordo com as exigências demandadas pela gestação.

Para Batista Filho; Rissin apud Massucheti (2007), a anemia ferropriva, dentre outras doenças por carência nutricional de maior importância epidemiológica, está amplamente relacionada ao quadro de pobreza, e sua erradicação depende da diminuição das grandes diferenças econômicas e sociais existentes.

5.2 Dados específicos da pesquisa

Nesta segunda parte do estudo, os dados são apresentados conforme a categorização de falas apresentadas em quadros, de acordo com as perguntas subjetivas. As respostas esperadas tem por base o que teóricos já escreveu sobre o assunto.

5.2.1 QUADRO 1 – Categorização de falas sobre o que é assistência pré-natal

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Cuidados ofertados a mãe e a criança na gestação	São os cuidados oferecidos a mãe e a criança
Consultas durante a gestação	É o acompanhamento realizado na gestação para a mãe e a criança
Oferta de exames na gestação	Fazer exames para descobrir doenças

Podemos perceber que diante dos resultados a maioria emitiu respostas condizentes com a literatura, pois as mesmas conseguiram expressar a assistência Pré-Natal como toda e qualquer atividade realizada pelo profissional enfermeiro e médico que beneficiam a saúde da criança e da gestante além de, perceberem a real importância da assistência para ela e o conceito.

Para reforçar esta análise utilizamos a fala das entrevistadas:

“São os cuidados que a gestante recebe do início da gravidez até o final, para saber se a criança tem alguma deficiência” (E 12)

“É o acompanhamento feito pelo médico e pelo enfermeiro, para garantir que os nove meses de gravidez ocorra tudo bem”(E 9)

“É uma assistência para saber o risco que a mãe e a criança correm.... e faz exames para descobrir doenças”(E 5)

A assistência pré-natal é o conjunto de medidas e de aconselhamentos dietéticos, visando o bem estar da grávida bem como a valorização do conceito e tem como importância baixar os índices de morbimortalidade, uma vez que 90% das causas de morte materna diretas são evitáveis no pré-natal e menos de 10% morrem de causas indiretas (BRASIL, 2005).

Desse modo, conforme os relatos das gestantes na pesquisa percebemos o quanto importante se faz necessário a mãe ter conhecimento acerca do pré-natal e os benefícios que esta assistência promove uma vez que, uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal.

5.2.2 QUADRO 2 – Categorização de falas sobre o conceito de anemia ferropriva

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Carência de ferro	É falta de ferro
Deficiência de hemoglobina	
Diminuição do volume de sangue	É a falta de sangue; Sangue fraco

De acordo com o quadro acima, fica evidente a falta de conhecimento das participantes, onde a maioria declarou saber superficialmente o que é apenas anemia e quase por unanimidade responderam não saber o que vem a ser ferropriva.

As respostas apresentaram-se não condizentes com a literatura. Isto pode ser observado nos seguintes relatos:

“Não sei bem mas acho que é falta de sangue”. (E 13)

“É o sangue fraco mas não sei o que ferropriva”. (E 7)

“É o sangue fraco e falta de ferro”. (E 12)

“Pouco sangue”. (E 4)

“Acho que é grave...falta de sangue né”(E 5)

“Não sei” (E 3)

Um fator contribuinte para a falta de conhecimento das gestantes sobre o conceito da anemia ferropriva e os prejuízos que esta causa à saúde materno-infantil, pode ser pelo o fato dos enfermeiros não se atentar em explicar com clareza os significados de resultados de exames de sangue no momento da consulta de pré-natal. No hemograma estarão discriminados os níveis de hemoglobina e hematócrito que são elementos determinantes do sangue e que dependem do ferro para a sua formação. Estes elementos são encontrados exatamente nos alimentos orientados pelo os profissionais de saúde como as carnes vermelhas e as vísceras, em especial o fígado e os vegetais de coloração verde escura (espinafre, agrião, entre outros).

Este desconhecimento ou inadequação à dieta na prevenção e tratamento da anemia gestacional pode acarretar na mulher grávida, uma série de alterações e modificações no organismo materno como na pele e mucosas, no sistema gastrintestinal, redução do trabalho físico e da função imunitária, e no bebê causa além destes, peso baixo para a idade, pouco desenvolvimento físico e cognitivo (BATISTA FILHO, 1996).

Assim, a Organização Mundial da Saúde (2004) esclarece que, anemia ferropriva é o desequilíbrio entre as demandas fisiológicas de ferro e o nível de ingestão dietética, enquanto que Lima et al (1994), define como uma concentração sanguínea de hemoglobina abaixo dos valores de normalidade que, dependendo da gravidade na gestação, pode ter efeito deletério para a mãe e para o feto.

5.2.3 QUADRO 3 – Categorização de falas sobre ações curativas e preventivas

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Sulfato ferroso comprimido	Passou o sulfato ferroso e ácido fólico
Dieta rica em ferro	Comer feijão, fígado, verduras e frutas
Consumo de vitamina C	Tomar muito suco

Segundo relatos das participantes, a maioria dos enfermeiros apresenta uma conduta compatível com as habilidades preconizadas e amparadas legalmente pelo MS, fazendo suas prescrições curativas e preventivas para as gestantes que correm riscos ou já apresentem anemia ferropriva, podendo ser verificado nos relatos abaixo:

“Ele passou medicamentos como sulfato ferroso e orientou comer muita fruta...legume e feijão”. (E 15)

“Comer muita verdura, doce e água e continuar tomando os medicamentos: sulfato ferroso e ácido fólico”. (E 8)

“Tomar muito suco dessas frutas que tem ferro... comer rapadura, suco de beterraba e o sulfato ferroso”. (E 11)

“Sulfato ferroso, comer bastante alimentos que tenha ferro...fígado”. (E 4)

Sabe-se que o ferro e o ácido fólico são micronutrientes indispensáveis ao metabolismo da mulher no período gestacional, por participarem de diferentes reações no organismo e suas deficiências, podem acarretar prejuízos à saúde muitas vezes irreversíveis. Nota-se, porém, que há uma deficiência na devida orientação quanto ao uso da vitamina C por não especificar qual fruta contém essa vitamina, seja através de sucos ou do consumo da própria fruta, uma vez que a mesma aumenta a ação da absorção do ferro pelo o organismo. A associação destes com outros micronutrientes, tais como, vitamina C ou vitamina A, tem sido recomendada em regiões onde se supõe que estas deficiências contribuam para a ocorrência de anemia (LOPES, 2009).

Além disso, a alimentação mais recomendada é aquela rica em ferro, tendo como maiores fontes desses nutrientes os de origem animal e vegetal como fígado, espinafre, feijão e beterraba. No entanto, vale ressaltar também a importância que as condições sócio-econômicas da mãe adquire, visto que quando muito baixa, pode levar a mulher a não ter acesso a todos esses nutrientes, o que contribui para o aumento da gravidade da patologia, e apenas o uso do sulfato ferroso não chega a ser suficiente para o tratamento. Por isso é tão importante a suplementação e fortificação de alimentos de baixo custo e disponíveis no mercado para a população mais carente.

5.2.4 QUADRO 4 – Categorização de falas sobre ação mais fácil/eficaz de ser seguida

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Dieta	A alimentação
Tomar a medicação	Os medicamentos
Tomar Vitamina c	

Diante dos relatos das participantes, houve uma divergência de opiniões quanto à escolha da ação mais eficaz e mais fácil de ser seguida para o tratamento da anemia no tocante

a dieta e ao uso da medicação, porém não condiz com o esperado relacionado a vitamina C, que também não foi citada na resposta anterior, confirmado nas seguintes falas:

“A melhor e mais fácil é a alimentação porque os remédios são amargos, dá náuseas”. (E 12)

“Tomar os medicamentos pois não agüento as alimentações....abusa”. (E 6)

“O medicamento...pra dá mais 'sustança' à criança”. (E 10)

“As duas, pois o sulfato ferroso tem nos PSF's e a alimentação a gente tem em casa”. (E 4)

“A mais fácil de ser seguida eu acho a alimentação... não gosto de remédio”. (E 5)

Segundo as opiniões das participantes percebemos que ambos os tratamentos possuem os seus benefícios e malefícios. Em vista do sabor e dos efeitos colaterais que a suplementação medicamentosa provoca como as intercorrências gastrintestinais e a conseqüente falta de motivação para a manutenção da mesma, muitas das gestantes dão preferência aos alimentos ricos em ferro reforçando a sua ingestão.

Enquanto que outras acreditam ser mais importante a medicação via oral por fornecer maior quantidade do nutriente ferroprivo ao organismo materno-fetal, sustentado no fato também de que alguns alimentos recomendados causam mal-estar. Assao et al (2004), afirmam que novos compostos com ferro estão sendo utilizados na terapêutica visando principalmente melhorar a tolerabilidade e minimizar os efeitos indesejáveis do uso do medicamento. Esse fato nos mostra a importância da educação nutricional como agente transformador de conceitos, onde se faz necessário que o profissional de saúde interceda no melhor método de escolha as gestantes para a prevenção e tratamento da anemia visando o consumo quantitativo e qualitativamente adequado de alimentos com fontes de ferro, associado à suplementação medicamentosa como uma alternativa que possua baixo custo e não produza efeitos indesejáveis.

5.2.5 QUADRO 5 – Categorização de falas sobre qualidade da assistência pré-natal

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Satisfatória/adequada	Foi eficiente/adequada
Pouco satisfatória	Foi bom mas poderia ser melhor
Inadequada	Acho que foi inadequada

Com relação à avaliação das ações desenvolvidas pelo o enfermeiro no pré-natal, boa parte das entrevistadas considerou adequada; outras se mostraram “conformadas”, talvez por não saber como qualificar ser uma assistência pré-natal e uma minoria criticou dizendo q apresenta falhas.

Isso é constatado nas seguintes falas:

“Acho que o enfermeiro fez essas ações muito certa...eficiente”. (E 5)

“Foi adequada mas poderia ser melhor”. (E 7)

“Normal... eu acho.” (E 4)

“Acho que foi inadequada e que houve negligência pois todas lá do posto sabem que as minhas outras gravidezes foram de risco e por isso eu deveria ter prioridade”. (E 12)

Diante dos relatos das entrevistadas percebemos que torna-se fundamental os profissionais de saúde criarem um canal de diálogo com as gestantes que possam esclarecer dúvidas por meio de informações, respeitando-se os valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, para promover uma assistência humanizada e acolhedora. Ou seja, que os profissionais demonstrem interesse pelos os problemas das gestantes e se empenhem na busca de soluções que atendam as suas necessidades.

A inserção da humanização da assistência pelo o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) é vista para Serruya; Lago; Cecatti (2004), como uma nova estratégia para a melhoria do acesso e da qualidade no ciclo gravídico-puerperal, instituído em junho de 2000 pelo MS. Esse programa segue os preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal deve ser destacada como relevante para o adequado acompanhamento do parto e puerpério (BRASIL apud DUARTE; ANDRADE, 2008).

5.2.6 QUADRO 6 - Categorização de falas sobre mudança da assistência pré-natal ofertada

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Permanecer como está	Até agora ta bom
Melhorar as orientações	Deveria orientar mais
Aumentar a oferta de medicamentos	

Quando foram questionadas sobre a assistência de enfermagem, de como esta poderia melhorar no atendimento pré-natal, muitas gestantes se mostraram satisfeitas com a

assistência que recebeu, no entanto, algumas melhoras poderiam ser acrescentadas como promover mais palestras, reuniões e visitas domiciliares, todos com o objetivo de orientá-las e esclarecer dúvidas acerca do período gestacional. E nenhuma das entrevistadas mencionou quanto ao aumento da oferta de medicamentos, observado nos seguintes relatos:

“Acho que deveria ter mais palestras, mais visitas domiciliares.” (E 15)

“Pra mim já tá bom”. (E 1)

“Poderia ter mais reuniões e palestras pra orientar as gestantes”. (E 7)

“Deveria orientar e conversar com as gestantes”. (E 10)

“... palestras com sorteios de brindes e diminuir a fila nos postos”. (E 6)

“Considero bom, excelente”. (E 5)

Para Duarte; Andrade (2008) a gestante deve ser contemplada muito além do que se vê e se palpa. A assistência pré-natal não deve limitar-se apenas às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações educativas na rotina da assistência integral, abordando todos os aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, e que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem. Essas ações educativas desenvolvidas no pré-natal são voltadas para a educação em saúde, priorizando a educação nutricional, sendo, normalmente, efetuadas em grupos de gestantes e de puerpério.

Todo trabalho de pesquisa ao seu término, deixa margem para dúvidas e novos questionamentos que permite demonstrar as inúmeras possibilidades de conhecimento acerca da problemática levantada.

A partir do referido tema, buscou-se delimitar a problemática para retratar a realidade das gestantes com quadro de anemia ferropriva e identificar a partir da percepção delas, quais intervenções do pré-natal estariam sendo realizadas pelo enfermeiro da unidade para prevenir e tratar este agravo.

Com base nos dados obtidos, entende-se que anemia ferropriva no período gestacional é um problema considerado de saúde pública, que têm como uma das principais causas uma dieta pobre em ferro, evidenciada pela desvalorização de uma alimentação adequada, seja pela falta de recursos econômicos, precariedade de saneamento ambiental, falta de orientação ou por outros indicadores que direta ou indiretamente contribuem para a sua elevada prevalência.

De acordo com os dados sócio-demográficos da pesquisa, os resultados apresentaram uma prevalência de mulheres grávidas que são solteiras, seguido de um crescente número de casais que passam a constituir famílias por meio de uma união estável. Segundo a faixa etária, a maioria das gestantes são jovens menores de vinte anos, de baixa escolaridade e, conseqüentemente com quase nenhuma profissão, podendo tais resultados ser explicados pela prevalência de baixa renda encontrados na coleta de dados.

Desse modo, o estudo realizado revelou que apesar da anemia ferropriva ser tão comum no período gestacional devido ao aumento da necessidade nutricional materno-fetal, sua prevalência está mais comumente relacionada às condições sócio-econômicas de renda mais baixa, uma vez que gestantes com menor poder aquisitivo determina o tipo de consumo alimentício, não tendo acesso àqueles com fontes de ferro de alta biodisponibilidade pelo seu elevado custo na cesta básica.

Através do instrumento de obtenção dos dados, foi possível identificar falhas vivenciadas pelas gestantes no que se refere ao significado da anemia ferropriva na gestação, informações que evidenciem a gravidade do que é a anemia gestacional e por que deve ser tratada, além do modo de avaliação da qualidade da assistência pré-natal. Falhas essas que tem como causas atendimentos de enfermagem restrito apenas ao útero gravídico, que não se preocupa em ampliar diálogos que permitam explicar com linguagem fácil às gestantes o repasse de informações necessárias sobre as diversas intercorrências clínica-obstétricas, bem como as devidas orientações quanto aos resultados de exames, os quais determinam a gravidade da anemia, interferindo portanto, na importância do fiel seguimento dessas orientações quanto a adequada alimentação juntamente com o suplemento medicamentoso.

Apesar do enfermeiro, ter atuado geralmente, de forma condizente com as ações preconizadas pelo MS a gestantes que apresentam anemia por deficiência de ferro, compreende-se que o mesmo ainda falha, quando não leva em consideração todos os aspectos culturais, sociais e econômicos que permeiam o modo de viver em grupo dessas mulheres, haja vista que o baixo nível de escolaridade materno, que interferem no modo de compreensão das mulheres grávidas acerca do significado da anemia ferropriva e dos malefícios que esta gravidade causa na saúde do binômio mãe/filho e, conseqüentemente, provocando uma deficiência na procura a assistência adequada durante o pré-natal por mera falta de instrução.

Vale ressaltar que apesar de boa parte das gestantes ter considerado como adequada a assistência de enfermagem no tocante a anemia ferropriva, há necessidade ainda de promover atividades contínuas de educação em saúde como reuniões e palestras, que informe e esclareça dúvidas, conscientize as gestantes sobre a importância do sulfato ferroso, incentive as mudanças de atitudes no que se refere aos hábitos alimentares, e favoreça a prática da assistência de enfermagem de maneira holística, próspera e recíproca compreendendo esta educação continuada como um constante aprender de todas as partes.

Dessa maneira, para que a assistência seja humanizada e prestada com qualidade é preciso conhecer o que pensam as gestantes a respeito do pré-natal, praticar o acolhimento, criar vínculo com elas e oferecer-lhes acesso às informações necessárias abrangendo toda a complexidade que envolvem a gestação, de modo que possam entender essas informações.

Concluimos sabendo da importância que tem o nutriente ferroprivo para o período gestacional e as conseqüências que sua carência pode causar a saúde materno-fetal, revelados na qualidade da assistência pré-natal e nos fatores sociais e econômicos que, reforçam a necessidade da prevenção e do tratamento da anemia por deficiência de ferro. Mas para que isso aconteça, é preciso que ocorram mudanças quanto as ações de saúde implementadas, de modo que considere todo o contexto no qual as gestantes estejam inseridas e assim, sejam capazes de intervir efetivamente na realidade.

Neste sentido, a atuação do enfermeiro frente a gestantes com anemia ferropriva deve apresentar uma conduta confiável e que possibilite ações não só aquelas preconizadas pelo MS como: verificar periodicamente os níveis de Ht e Hb, observar se há alterações na pele e mucosas, se há intercorrências clínicas, ouvir queixas e fazer as devidas orientações. Mas também, dentro das possibilidades, deve atrair as gestantes para a Unidade de Saúde com promoção de palestras com sorteios de brindes, além de campanhas com doação de alimentos entre as comunidades com o propósito de ajudar as gestantes anêmicas mais carentes. Além disso, é de suma importância que os órgãos competentes estabeleçam cursos que invistam na

capacitação profissional e incentivo dos gestores locais, como um excelente denominador para a atuação profissional de modo que promova um pré-natal de boa qualidade.

Assim, pode-se perceber que todos objetivos do trabalho, inicialmente propostos foram alcançados, na perspectiva que esta pesquisa seja modelo de incentivo ao desenvolvimento de novos estudos para os profissionais de enfermagem, visando fornecer subsídios sobre um planejamento de medidas que busque uma melhor assistência às gestantes acometidas com anemia ferropriva.

REFERÊNCIAS

ASSAO, T. Y., et al. A importância do ferro na saúde e nutrição do grupo materno infantil. **Revista Compacta Nutrição**, v.5, n.3, 2004.

BARROS, S. M. O. ; COSTA, C. A. Ribeiro. Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, 1999.

BATISTA FILHO, M.; FERREIRA, L.O.C. Prevenção e tratamento da anemia nutricional ferropriva: novos enfoques e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, v.12, n.3, p.411-415, 1996

BRASIL. Datasus. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, 2006. 6p.

_____, Ministério da Saúde. Suplementação Alimentar: Ferro para combater anemia. In: **Saúde, Brasil**. Publicação do Ministério da Saúde. Edição nº 110, julho de 2005.

_____, Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** -Manual Técnico. Caderno nº5. 3 ed. Brasília: Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Epidemiologia o ferro**. 2005. Disponível em <http://www.saude.gov.br/nutricao/deficiencia_ferro.php>. Acesso em: 18/10/2009.

CAMPIGOTO, M. C. et al. **Clube de mães: um espaço contraditório**. Blumenau: FURB. Nº 35, vol 09, abr./jun, 2001.

CARDOSO, Marly A.; PENTEADO, Marilene de V. C.. Intervenções nutricionais na anemia ferropriva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, June 1994.

COSTA, C.A. R.; BARROS, S. M. O. Anemia e Gravidez: intervenções de enfermagem para a sua prevenção e tratamento. In: CONGRESSO PIBIC/CNPq DA UNIFESP, 4, São Paulo, 14-18 de outubro de 1996. **Anais**. São Paulo, 1996.

COSTA, E. M. A.; CARBONI, M. H. **Saúde da Família: Uma abordagem interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Rubio, 2004.

DUARTE, S. J. H; ANDRADE, S. M. O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saude soc**. São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2008.

DUFFY, T. P. Aspectos hematológicos da gravidez. In: BURROW, G. N.; FERRIS, T. F. **Complicações Clínicas durante a Gravidez**. 4ª Ed. SP: Edit Roca Ltda, 1996.

FERREIRA, H. S.; MOURA, F. A.; CABRAL JUNIOR, C. R. Prevalência e fatores associados à anemia em gestantes da região semi-árida do Estado de Alagoas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, 2008.

FUJIMORI, E. et al . Anemia e deficiência de ferro em gestantes adolescentes. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 3, Dec. 2000.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11ª Ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006

KILSZTAJN, S. et al . Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 3, June 2003 .

LIMA, C. S. P.; ARRUDA, V. R.; COSTA, F. F. Hemopatias: anemias. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Savier, 1994. Cap. 37, p. 265-267.

LOPES, R. E. et al . Prevalência de anemia e hipovitaminose A em puérperas do Centro de Atenção à Mulher do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP: um estudo piloto. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, 2009 .

MASSUCHETI, L.; CORSO, A. C. T.; ZENI, L. A. R. **Prevalência de anemia em gestantes adultas atendidas na rede pública de saúde do município de Florianópolis-SC**. In: 9 Congresso Nacional da Sociedade Brasileira de Alimentação e Nutrição-SBAN, 2007, São Paulo-SP.

MATTOS, K. M.; STEIN, A. T.; WICHMANN, F. M. A. A qualidade do pré-natal e o reflexo na anemia ferropriva em um serviço de atenção primária. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, Vol. 21, N. 1, Jan./Jun. 2007.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. Anemia. **Obstetrícia Fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 403-404.

MOURA, E. R. F; SILVA, R. M; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.4, p.961-970, Abr 2007.

OMS. Série Informes Técnicos, 182. **Anemia nutricionais**: informe de um grupo de expertos en nutricion de la OMS. Ginebra: OMS, 2004.

OSIS, Maria José Duarte et al . Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 27, n. 1, Feb. 1993 .

PRESTES, M. L. de M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico**. 2 ed. Catanduva, SP: RESPEL, 2003.

RAMOS, S. C.; MAGNONI, D.; CUKIER, C. **Ferro e ácido fólico**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2004.

RANG, H. P., et al. **Farmacologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

ROBBINS, S. L.; COTRAN, R. S. Distúrbios Hemorrágicos e dos Eritrócitos. **Bases patológicas das doenças**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005

ROCHA, D. S. et al . Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 18, n. 4, ago. 2005.

SATO, A. P. S. et al. Prevalência de Anemia em Gestantes e Fortificação de Farinhas de Ferro. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis; v.17, nº 3, Jul-Set, 2008.

SERRUYA, S. J; LAGO, T. G; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, ago. 2004 .

SILVA, L. S. V.; THIAPÓ, A. P.; SOUZA, G. G. et al. Micronutrientes na gestação e Lactação. **Revista Brasileira de Saúde materno Infantil**. v. 7, nº 3, jul/set, 2007.

SZARFARC, S.C. et al Concentração de hemoglobina em crianças do nascimento até um ano de vida. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p.266-274, jan./fev. 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Tratamento dos distúrbios hematológicos. In: **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p.928-933.

SOUZA, A. I.; BATISTA-FILHO, M. Diagnóstico e tratamento das anemias carenciais na gestação: consensos e controvérsias. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n.4, p. 473-479, out./dez. 2003.

SUZANA, S. Q.; MARCO, A. de A. T. Anemia ferropriva na infância. **Jornal de Pediatria**, v. 76, Supl. 3, 2000.

VITOLO M R. **Nutrição: da gestação à adolescência**. Rio de janeiro: Reichmann & Affonso Editores, 2003.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. 8ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

ZUGAIB, M. Doenças hematológicas. In: **Zugaib Obstetricia**. 1ª Ed – Barueri SP: Edit Manole Ltda, 2008, p. 760-770.

YIP, R. Iron supplementation during pregnancy: is it effective? **American Journal of Clinical Nutrition**, v. 63, p. 853-855, 1996.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=285

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do projeto: PERCEPÇÃO DE GESTANTES PORTADORAS DE ANEMIA FERROPRIVA
SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA NO PRÉ-NATAL

Pesquisador responsável: Rosimery Cruz de Oliveira Dantas

Pesquisador participante: Kellen Cristina Lins Cavalcante

Eu _____, RG _____, CPF _____, residente na _____, fui informado (a) que este projeto tem o objetivo de investigar a assistência de enfermagem a gestantes em Unidades de Saúde da Família da cidade de Cajazeiras – PB, e que para desenvolvê-lo será necessário a aplicação de um questionário com perguntas objetivas e subjetivas, para as quais o entrevistador poderá estar fazendo outras perguntas para melhor compreensão da resposta, e se eu consentir, também será utilizado um gravador, para gravar as minhas respostas e assim manter a fidelidade delas.

Fui informada ainda que a pesquisa será utilizada para melhorar a assistência prestada, com base na opinião que as gestantes emitirem. Também fui informada que tenho direito a obter resposta a qualquer pergunta e receber esclarecimento sobre os procedimentos, riscos e benefícios que estejam relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras (PB), telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o Professor Joselito Santos, telefone (83) 88124039/ 3335-4586, ou ainda junto ao pesquisador responsável a Professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas, telefone (83) 8860-9974.

Após obter as informações necessárias sobre o projeto de pesquisa, declaro ainda estar ciente do conteúdo deste Termo e desejar participar do projeto.

Cajazeiras – PB, ____ de _____ de _____.

Nome do sujeito ou responsável: _____

Assinatura: _____

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1:

Nome: _____

Assinatura: _____

Testemunha 2:

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO

A. Dados sócio-demográficos

1. Nome: _____
2. Data de nascimento: ____ / ____ / ____
3. Estado civil: () solteira () casada () divorciada () outros
4. Faixa etária: () abaixo de 20 anos () 21-25 anos () 26-30 anos () 31-35 anos
() 36-40 anos () acima de 40 anos
5. Grau de escolaridade: () 1º grau () 2º grau () 3º grau
6. Profissão: _____
7. Renda familiar :
() < 1 salário () 1 a 2 salários () 3 a 4 salários () + de 5 salários

B. Dados específicos da pesquisa

1. No seu entendimento o que é assistência pré-natal?

2. Na sua concepção o que é anemia ferropriva?

3. Quais as ações preventivas e curativas foram repassadas pelo enfermeiro?

4. Que ação você considera mais eficaz para o tratamento da anemia e mais fácil de ser realizada?

5. Como você avalia as ações desenvolvidas pelo enfermeiro no tocante ao tratamento da anemia.

6. Considerando sua avaliação, como esta assistência deveria ser?

APÊNDICE C

CATEGORIZAÇÃO DE FALAS

1. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Cuidados ofertados à mulher e a criança na gestação	
Consultas de pré-natal	
Oferta de exames na gestação	

2. ANEMIA FERROPRIVA

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Carência de ferro	
Diminuição do volume de sangue	
Deficiência de hemoglobina	

3. AÇÕES CURATIVAS E PREVENTIVAS

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Sulfato ferroso comprimido	
Dieta rica em ferro	
Consumo de vitamina C	

4. MAIS FÁCIL DE SER SEGUIDA

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Dieta	
Tomar a medicação	
Tomar Vitamina c	

5. QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Satisfatória/adequada	
Pouco satisfatória	
Inadequada	

6. MUDANÇA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL OFERTADA

RESPOSTA ESPERADA	RESPOSTA EMITIDA
Permanecer como está	
Melhorar as orientações	
Aumentar a oferta de medicamentos	

ANEXOS

ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMÇÃO DE PROFESSORES
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS-PB

OFÍCIO CCE/CFP/Nº. ____

Da: Coordenação do Curso de Enfermagem
Á: Secretária Municipal de Saúde

Sra. Raelza Borges Pereira

Venho por meio deste, solicitar a V. As. Autorização pra a aluna Kellen Cristina Lins Cavalcante, matricula Nº 50522127, coletar dados referente ao Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) AO Curso de Graduação em Enfermagem intitulada: **PERCEPÇÃO DE GESTANTES PORTADORAS DE ANEMIA FERROPRIVA SOBRE A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRESTADA NO PRÉ-NATAL**

Sob a orientação da professora Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Durante o período de Novembro de 2009.

Atenciosamente,

Anúbes Pereira de Castro
Coordenadora de Enfermagem

Ilma. Sra. Raelza Borges Pereira
Secretária Municipal de Saúde

ANEXO B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
COORDENAÇÃO DO CURSO DE ENFERMAGEM
CAMPUS DE CAJAZEIRAS – PB

OFÍCIO CCE/ CFP/ UFCG N° 37/09

Da: Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem

Ao: Comitê de Ética e Pesquisa

Venho por meio deste, encaminhar o Projeto de Monografia da aluna, **Kellen Cristina Lins Cavalcante**, matrícula **50522127** intitulado: **percepção de gestantes portadoras de anemia ferropriva sobre a assistência de enfermagem prestada no pré-natal** para fins de apreciação e parecer. Ademais, segue em anexo: Projeto de Pesquisa, Folha de Rosto para Pesquisa envolvendo seres humanos devidamente assinada e cadastrada, bem como o Currículo Lattes do orientador.

Atenciosamente,

Cajazeiras, 06 de outubro de 2009.

Ao Comitê de Ética e Pesquisa