



PROPOSTA DE PLANO ASSISTENCIAL PARA GESTANTES COM ANEMIA FERROPRIVA

PROPOSED ASSISTANCE PLAN FOR PREGNANT WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA

PLAN PROPUESTO PARA ASISTENCIA EMBARAZADAS CON ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

Inglyd Kaline Oliveira Gomes¹, Thiciane Nizia Lopes de Azevedo², Rejane Marie Barbosa Davim³, Nicelha Maria Guedes de Albuquerque⁴, Maísa Suares Teixeira Moraes⁵, Richardson Augusto Rosendo da Silva⁶

RESUMO

Objetivo: apresentar uma proposta de plano assistencial para gestantes com anemia ferropriva baseado nos diagnósticos de enfermagem da *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*. **Método:** pesquisa descritiva, bibliográfica, do tipo informativo acerca da anemia ferropriva gestacional onde foram seguidas as seguintes etapas: estabelecimento dos objetivos, critérios de inclusão dos artigos, definição da informação a ser extraída desses artigos, seleção, e por fim apresentação dos resultados. **Resultados:** a anemia ferropriva ocorre quando a concentração de hemoglobina está abaixo do normal, havendo quantidade menor de eritrócitos na circulação sanguínea relacionada com a ingestão inadequada de ferro, na assimilação deficiente do ferro e inibição da absorção desse mineral. **Conclusão:** para que os riscos da gestante com anemia ferropriva sejam minimizados, o cuidado no período gestacional deve ser pautado na sistematização da assistência de enfermagem, tendo em vista que cada mulher requer atenção individualizada e holística. **Descritores:** Enfermagem; Anemia Ferropriva; Gestantes.

ABSTRACT

Objective: to propose a plan of care for pregnant women with iron deficiency anemia based on nursing diagnoses of the *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*. **Method:** this is a descriptive, bibliographic, of informative type about the of gestational iron deficiency anemia which were followed the sequent steps: setting objectives, criteria for inclusion of articles, defining the information to be extracted from these articles, selection, and finally present the results. **Results:** iron deficiency anemia occurs when the hemoglobin concentration is below normal, with fewer erythrocytes in the bloodstream related to inadequate intake of iron in iron deficient uptake and inhibition of absorption of this mineral. **Conclusion:** the risks of pregnant women with iron deficiency anemia are minimized; care during pregnancy should be based on the systematization of nursing care in order that every woman requires individualized and holistic attention. **Descriptors:** Nursing; Iron Deficiency Anemia; Pregnants.

RESUMEN

Objetivo: Proponer un plan de atención para las mujeres embarazadas con anemia por deficiencia de hierro en base a los diagnósticos de enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*. **Método:** investigación descriptiva y bibliográfica, del tipo de gestación con anemia por deficiencia de hierro, que fueron seguidas las siguientes etapas: fijación de objetivos, los criterios de inclusión de los artículos, la definición de la información que se extrae de estos artículos, selección y finalmente presentar los resultados. **Resultados:** la anemia por deficiencia de hierro ocurre cuando la concentración de hemoglobina es inferior a la normal, con un menor número de eritrocitos en el torrente sanguíneo relacionado con la ingesta inadecuada de hierro en la absorción deficiente de hierro y la inhibición de la absorción de este mineral. **Conclusión:** los riesgos de las mujeres embarazadas con anemia por deficiencia de hierro se reducen al mínimo, la atención durante el embarazo debe basarse en la sistematización de la asistencia de enfermería a fin de que cada mujer requiera atención individualizada e integral. **Descriptor:** Enfermería; Anemia Ferropénica; Embarazadas.

¹Enfermeira, Universidade Potiguar de Natal/UNP. Natal (RN), Brasil. E-mail: inglydkk@hotmail.com; ²Enfermeira, Universidade Potiguar de Natal/UNP. Natal (RN), Brasil. E-mail: thiciane_nizia@hotmail.com; ³Enfermeira Obstetra, Professora Doutora, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: rejanemb@uol.com.br; ⁴Enfermeira, Mestre, Docente, Universidade Potiguar de Natal/UNP. Natal (RN), Brasil. E-mail: nicelha@unp.br; ⁵Enfermeira, Docente Especialista em Docência do Ensino Superior, Universidade Potiguar de Natal/UNP. Natal (RN), Brasil. E-mail: maisast@unp.br; ⁶Enfermeiro, Professor Doutor, Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/PPGENF/UFRN. Natal (RN), Brasil. E-mail: rirosendo@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Anemia ferropriva é decorrente da redução dos depósitos de ferro no organismo com prejuízo na produção de hemoglobina. O corpo pode armazenar aproximadamente de um quarto a um terço de seu ferro e somente depois que ocorre a depleção é que anemia se desenvolve, sendo a mais comum no mundo, atingindo todos os grupos etários. Mais de 500 milhões de pessoas são afetadas em maior proporção nos países subdesenvolvidos, tendo em vista que as reservas inadequadas de ferro podem sobrevir da ingestão inadequada ou da perda sanguínea.¹⁻²

De acordo com a literatura, 20% da população mundial não tem no organismo reserva de ferro suficiente para repor a hemoglobina e qualquer excesso de demanda desencadeia anemia ferropriva transformando essa doença em problema de saúde pública de espantosa prevalência.³

A anemia é um sinal de distúrbio subjacente, e não uma doença específica. Ocorre quando a concentração de hemoglobina está abaixo do normal, havendo uma quantidade menor de eritrócitos na circulação sanguínea, conseqüentemente a quantidade de oxigênio liberada para os tecidos corporais também diminuem. A palavra anemia origina do grego, onde *an* significa privação e *haima* sangue. Quando a concentração da hemoglobina sanguínea diminui aquém de níveis arbitrados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 13 g/dL para homens, 12 g/dL para mulheres, e 11 g/dL para gestantes e crianças menores de seis anos, diz-se haver anemia.⁴

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) os dados sobre a prevalência da anemia no Brasil ainda são poucos e dispersos, porém a anemia por carência de ferro atinge cerca de 50% das crianças em idade pré-escolar, 20% em adolescentes e 15 a 30% nas gestantes. A deficiência de ferro é decorrente de fatores, tais como: prematuridade, erros alimentares em lactentes, gestação, desnutrição severa, perda crônica de sangue, parasitoses intestinais e úlceras gastrintestinais.⁵⁻⁶

O grupo mais vulnerável ao problema é de mulheres no período reprodutivo, particularmente durante a gestação, e as crianças nos primeiros anos de vida, decorrente da situação socioeconômica precária. No Brasil, há escassez de estudos que abordem a temática, porém estima-se que a anemia afeta 30 a 40% das gestantes nas diversas regiões do país. Em termos de saúde pública, a relevância da anemia na gestação

decorre não apenas da magnitude, mais principalmente, dos efeitos danosos que ocasionam a saúde e a qualidade de vida da gestante e do feto.⁷⁻⁸

Pode ser encontrada três categorias etiológicas da anemia que são: perda de eritrócito ocorrendo sangramento no trato gastrintestinal, útero, nariz ou alguma ferida; produção diminuída de eritrócitos necessários para a eritropoiese; produção reduzida quando a medula óssea está suprimida, inadequadamente estimulada por causa de uma carência de eritropoietina e destruição aumentada de eritrócito que pode ocorrer por causa de um sistema reticuloendotelial hiperativo, ou pela medula produzir eritrócitos anormais.⁴

As principais causas da anemia estão relacionadas com a ingestão inadequada de ferro quer seja na quantidade ou qualidade consumida, na assimilação deficiente do ferro na dieta ou estar reduzida pela utilização dos inibidores da absorção desse mineral. A absorção do ferro pelo organismo vai depender do tipo de ferro presente na dieta. Ao ingerir alimentos que contenham o ferro, também é importante conhecer os fatores que possam estimular ou diminuir a absorção do mesmo.⁸

A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, tendo em vista que o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrente dos ajustes fisiológicos da gestante e da demanda de nutrientes para o crescimento fetal, por isso na maioria das vezes a mulher sofre de carência de ferro durante sua gestação. Em estudo desenvolvido com gestantes no Centro de Saúde Escolar no município de São Paulo/SP, evidenciou que a anemia na gravidez acarreta maior risco de prematuridade, baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e menor concentração de hemoglobina no recém nascido.⁹

Corroborando com este estudo, uma pesquisa desenvolvida com gestantes atendidas em um hospital universitário na cidade de Mato Grosso do Sul/MT, no período de janeiro a agosto de 2007 objetivando identificar o perfil demográfico e a frequência de anemia e hemoglobinopatias nestas gestantes com base para uma futura implementação de ações dirigidas a esta população no âmbito da saúde pública, evidenciaram a relevância e importância do diagnóstico precoce baseando-se nos indicadores de ações preventivas e assistenciais para o acompanhamento clínico

adequado, tendo em vista a redução da morbimortalidade materna e neonatal nos serviços de saúde pública.¹⁰

Dessa forma é essencial o acompanhamento das gestantes na Estratégia Saúde da Família (ESF), tendo em vista que durante a assistência pré-natal é recomendada a inclusão compulsória do suplemento sulfato ferroso mesmo em áreas de baixa prevalência da anemia. Nas regiões onde os recursos de saúde são insuficientes e há prevalência elevada de anemia, a dosagem de hemoglobina e do hematócrito são utilizados como testes de triagem ou até mesmo para confirmação diagnóstica.³

Em se tratando de anemia na gravidez, a ferropriva é ocasionada pela deficiência de ferro (DF) e a redução nos níveis do seu estoque no organismo, evidenciado pela redução das taxas de transferrina e ferritina, com ou sem a presença de anemia, ou seja, é uma situação subclínica. A anemia ferropriva é um estado no qual há redução da quantidade total de ferro corporal até a exaustão de suas reservas e o fornecimento do mesmo é insuficiente para suprir as necessidades do organismo. Caracteriza-se pela deficiência no tamanho e no número de glóbulos vermelhos ou na quantidade de hemoglobina presente nesses glóbulos. A anemia ferropriva é, portanto, definida como o estado patológico que apresenta níveis mais baixos que os aceitáveis de hemoglobina ou hematócrito, com níveis variando segundo o ciclo de vida. É uma situação clínica.¹¹

No Brasil, um dos fatores desencadeantes da anemia ferropriva é uma dieta deficiente. Nas mulheres em idade fértil, a hipermenorréia pouco valorizada é causa de 95% da anemia ferropriva, e a razão da prevalência ser 20 vezes maior em mulheres que em homens. A anemia ferropriva atinge também as gestantes, tendo em vista que a passagem de ferro pela placenta, a fim de atender as necessidades fetais, causa um balanço negativo de ferro necessitando haver suplementação desse mineral na dieta.^{2,12}

Anemia na gravidez, definida como a presença no sangue periférico de baixos níveis de hemoglobina é o problema hematológico mais frequente da gestação, acometendo mais de 50% das grávidas. Em países mais carentes, esse índice pode alcançar 88%. É relevante citar que a hemodiluição e a expansão da massa eritrocitária características da gravidez, dificultam o diagnóstico laboratorial da anemia.⁸

O diagnóstico da anemia ferropriva é detectada por meio do hemograma, da dosagem de ferritina e da transferrina. O

hemograma é o exame mais comum solicitado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo este um método de fácil acessibilidade além de sofrer menor variação circadiana de resultados. Esse exame mostra a anemia caracterizada pela presença de glóbulos vermelhos menores que o normal, por faltarlhes conteúdo hemoglobínico.⁸

Outra forma de diagnosticar a anemia ferropriva se dá pela dosagem de transferrina, proteína esta que transporta no plasma, o ferro absorvido. Níveis de saturação abaixo de 18% indicam estados de sua deficiência, sendo um critério de aporte inadequado de ferro para a medula. Este tem sido considerado a melhor forma de diagnosticar, o qual não sofre influência de fenômenos inflamatórios, infecciosos e da hemodiluição, além de permitir a avaliação dos diversos estágios da anemia e realização de diagnóstico diferencial entre as várias causas de anemia.¹³

A redução da concentração de hemoglobina sanguínea compromete o transporte de oxigênio para os tecidos acarretando alterações das mucosas e gastrointestinais, tais como: palidez, glossite, estomatite, disfagia, fadiga, fraqueza, palpitações, redução da função cognitiva do crescimento e desenvolvimento psicomotor.¹⁴

O sintoma mais comum é a palidez bem evidente nas mucosas, principalmente nas pálpebras dos olhos. Também há cansaço fácil ao se exercitar, sensação de tontura, desmaio e dispnéia. Determinadas pessoas apresentam anorexia, o que piora a situação. É muito comum o indivíduo se queixar de palpitação pela batida mais rápida do coração para compensar a falta dos glóbulos vermelhos.¹⁵

A anemia ferropriva traz os seguintes efeitos adversos ou consequências: diminuição da produtividade no trabalho, diminuição da capacidade de aprendizado, retardamento do crescimento, apatia, perda significativa de habilidade cognitiva, baixo peso ao nascer e mortalidade perinatal. Como os sinais e sintomas da carência de ferro são inespecíficos, é necessária a realização de exames laboratoriais para que seja confirmado o diagnóstico de anemia ferropriva.⁵

Existem dois tipos de tratamentos para a anemia ferropriva: suplementação preventiva e terapêutica e as intervenções nutricionais. A suplementação deve ocorrer principalmente durante a segunda metade da gravidez. No entanto, o seu controle consiste no planejamento de intervenções dirigidas a adolescentes e mulheres antes da concepção, como também no intervalo intergestacional.

Essa medida tem demonstrado efeitos benéficos para mulher.¹⁶

A carência de ferro pode ser corrigida através da suplementação preventiva. Essa suplementação deve ser distribuída a todas as gestantes na assistência primária à saúde. Em áreas de baixa prevalência de anemia a dose preconizada pela OMS é de 60 mg de ferro elementar por dia com 250 µg de ácido fólico e em áreas de alta prevalência, 120 mg de ferro elementar e 500 µg de ácido fólico.⁵

Na suplementação terapêutica o tratamento com ferro medicamentoso deve ser utilizado em todos aqueles com diagnóstico clínico-laboratorial de anemia, uma vez que as modificações da dieta por si só não suprem estas necessidades. O tratamento de escolha é a administração oral de ferro, e o de escolha é o sulfato ferroso. A administração parenteral deve ser reservada para quem tem intolerância ao ferro oral.⁸

A correção da anemia geralmente ocorre em seis semanas. Entretanto, a reposição das reservas de ferro ocorre em quatro a seis meses, devido principalmente, à diminuição da absorção de ferro após correção da anemia.⁴

Entre a população brasileira, há evidências da associação entre prevalência de anemia e deficiência de ferro nas dietas, uma vez que a quantidade total e a biodisponibilidade de ferro parecem insuficientes para atender as necessidades individuais nos vários grupos etários.¹⁷

A deficiência de ferro atinge principalmente a população de países em desenvolvimento. O difícil cited aos serviços de saúde, dieta pouco balanceada, indisponibilidade de suplementos, alimentos pobres em ferro, alta frequência de infecções e parasitoses gastrointestinais, somadas a exposição de condições sanitárias precárias favorecem significativamente para o surgimento desse agravamento.¹⁸

Um estudo com gestantes adolescentes pobres, de baixa escolaridade, com menor atenção durante o pré-natal e com filhos que nasceram com baixo peso, demonstrou que os mesmo são fatores que dificultam à adequada inserção da mulher no mercado de trabalho, o que acarretará piores condições de emprego e salário.¹⁷

O empobrecimento da população e a falta de recursos para adquirir alimentos saudáveis não são as únicas causas da anemia. Apesar de a pobreza ser um forte empecilho para uma dieta diversificada com alimentos ricos em ferro, acredita-se que a má educação alimentar e o hábito de comer fora de casa

são fatores determinantes do problema, o que explicaria sua elevada prevalência também em países desenvolvidos.¹⁹

O foco central do enfermeiro é o cuidado da gestante tendo em vista os aspectos humanísticos e científicos, exercidos por meio do processo de enfermagem. Portanto, a Sistematização da Assistência a Enfermagem (SAE) é o método científico de identificar e resolver problemas de enfermagem sendo composto pelas seguintes etapas: levantamento de dados, diagnósticos de enfermagem, planejamento de intervenções e avaliação. O levantamento sistemático dos dados dos usuários é o primeiro passo do processo de enfermagem, e presta-se a determinar o estado de saúde atual e passado dos mesmos, seu estado funcional e para avaliação da resolução dos problemas.²⁰

O levantamento de informação destes pode ser realizado por meio de entrevista, exame físico e leitura dos registros em prontuário. Muito mais que um banco de informações clínicas, o levantamento de dados deve ser centrado nos aspectos bio-psico-espirituais, de forma a conduzir o enfermeiro a atender adequadamente as necessidades individuais.²¹

A assistência do enfermeiro as gestantes é uma das atribuições dentro da ESF. Durante o pré-natal, a anemia ferropriva se apresenta como um dos problemas mais comuns. Dessa forma, suas repercussões na gestação apresentam-se como fator de risco obstétrico. Tendo em vista que a anemia ferropriva não implica em encaminhamento ao serviço de pré-natal de alto risco, a assistência a gestante permanece sob a responsabilidade dos enfermeiros na Atenção Básica a Saúde (ABS).²²⁻³

Portanto, na consulta de enfermagem o enfermeiro necessita utilizar componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. A consulta do enfermeiro específica a esse grupo de gestantes tem as seguintes metas: final de uma gravidez e parto sem complicações relacionadas à anemia ferropriva, que os níveis de hemoglobina retornem aos valores normais, e que as mesmas compreendam o tratamento prescrito.⁷

O enfermeiro, ao prestar o cuidado a gestante deve possibilitar que a mesma participe de forma ativa no atendimento. Por meio do acolhimento com interesse e disposição, favorecer liberdade de expressão verbal percebendo a gestante como um ser

único e subjetivo. A partir desse momento, a assistência é planejada considerando a individualidade de cada mulher possibilitando formação de vínculos e relação benéfica entre ambos.²¹

Diante de todas estas considerações, acredita-se que este estudo tenha importante relevância para as gestantes e profissionais da saúde, haja vista que a assistência durante a gravidez favorece cuidado específico à mãe e ao feto, dentro de uma visão holística, especialmente no que se refere à assistência a mulher durante o pré-natal. Poderá também estimular os enfermeiros a programar a SAE na sua prática assistencial, visando proporcionar um cuidado que atenda as gestantes nos aspectos biopsicosocial e espiritual.

MÉTODO

Neste estudo, utilizou-se a pesquisa bibliográfica, do tipo informativo, onde foram seguidas as seguintes etapas: estabelecimento dos objetivos, critérios de inclusão dos artigos, definição da informação a ser extraída desses artigos, seleção, e por fim apresentação dos resultados.

A busca das publicações selecionadas foi realizada especificamente na base de dados dos seguintes sites: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Pubmed, sites do Ministério da Saúde. Além dos livros NANDA, NIC e NOC, no período de janeiro a maio de 2011.

A seleção dos artigos se deu por meio da leitura de títulos e resumo dos trabalhos que apresentavam relação direta com a temática, procurando explicar um problema a partir de referenciais publicados, tendo a intenção de recolher os conhecimentos acerca do tema.

Foi utilizado como critério de inclusão: artigos publicados na íntegra no período 1985 a 2010 em português, espanhol e inglês, publicações em revistas nacionais e internacionais nas bases de dados já definidas e que tivesse em seu conteúdo a assistência de enfermagem a gestante com anemia ferropriva. Foram critérios de exclusão: resumos de artigos; artigos não disponíveis gratuitamente; artigos em outros idiomas que não português, inglês e espanhol.

RESULTADOS

O plano de cuidados do enfermeiro para a gestante com anemia ferropriva foi elaborado de acordo com a taxonomia II da NANDA.

O diagnóstico de enfermagem é um julgamento clínico sobre a resposta do indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde reais ou potenciais ou processo de vida, visando intervenção para atingir resultados pelos quais o enfermeiro é responsável, o qual deve identificar, controlar os diagnósticos de enfermagem e selecionar as intervenções a fim de alcançar as metas que estão diretamente relacionadas ao diagnóstico de enfermagem.²⁴

A partir do conteúdo abordado, foi elaborado uma proposta de plano assistencial para as gestantes com anemia ferropriva, baseado nos problemas de enfermagem apresentados por essas usuárias e de acordo com os diagnósticos de enfermagem publicados na NANDA 2009-2011(2009).

Diagnósticos	Metas	Intervenções
1. Nutrição desequilibrada: menos que as necessidades corporais, relacionado à incapacidade de absorver nutrientes;	A gestante deve ingerir a exigência nutricional diária, de acordo com o seu nível de atividade e suas necessidades metabólicas.	1.1 Determinar exigências calóricas diárias e adequadas; 1.2 Pesar e monitorar os resultados laboratoriais; 1.3 Explicar a importância da nutrição adequada;
2. Deglutição prejudicada evidenciada a disfagia	A gestante deverá relatar melhora na capacidade de deglutição.	2.1 Alimentar-se lentamente, garantindo que a porção anterior tenha sido deglutida; 2.2 Fazer com que a gestante sente na cadeira com o pescoço levemente flexionado; 2.3 Ensinar a família intervenções de emergência em caso de obstrução;
3. Fadiga, relacionada à oxigenação tissular inadequada, secundária a anemia;	Estimular atividades que ajudem os aspectos físico, cognitivo, afetivo e social.	3.1 Explicar o motivo da fadiga 3.2 Recomendar para evitar esforço excessivo 3.3 Enfatizar a necessidade de 8h de sono

4. Ventilação espontânea prejudicada relacionada a fatores metabólicos;	Manter padrão respiratório eficaz e apresentar melhor troca gasosa nos pulmões.	4.1 Monitorar a frequência respiratória; 4.2 Ajudar na redução da ansiedade; 4.3 Permanecer com a gestante e orientá-la a respirar mais lento e eficazmente;
5. Perfusão tissular periférica ineficaz, relacionado ao conhecimento deficiente do processo da doença	Deverá apresentar função sensorial cutânea tissular: pele e mucosas, e uma boa perfusão tissular.	5.1 Monitorar os níveis de hemoglobina 5.2 Monitorar sinais vitais 5.3 Ensinar a gestante a manter as extremidades aquecidas 5.4 posicionar o paciente para melhorar a posição periférica 5.5 Planejar um programa de caminhadas diárias
6. Risco de infecção relacionado a defesas secundárias inadequadas	Melhora no estado imunológico, e descrever fatores de risco associados à infecção e precauções necessárias.	6.1 Ensinar a prevenir infecção do trato urinário durante a gestação; 6.2 Explicar a maior vulnerabilidade a infecção durante a gestação; 6.3 Ensinar formas de prevenir a infecção pos-parto;
7. Manutenção ineficaz da saúde, relacionado à falta de educação e/ou conhecimento;	Apresentar estímulo ou envolver-se em comportamentos de manutenção da saúde.	7.1 Investigar se dispõe de recursos necessários em casa; 7.2 Aconselhamentos sobre o estilo de vida (sexo seguro, planejamento familiar);
8. Déficit no auto cuidado: alimentação, relacionado à fraqueza (diminuição da motivação);	Mostrar interesse e capacidade para se alimentar.	8.1 Estimular o consumo de alimentos que ela aprecia; 8.2 Fazer com que as refeições sejam feitas em um ambiente agradável 8.3 Proporcionar contato social durante a refeição;

Figura 1. Plano Assistencial para gestantes com Anemia Ferropriva - Natal/RN - 2012.

Fonte: Pesquisa atual

A SAE constitui um meio para o enfermeiro aplicar seus conhecimentos técnico-científicos caracterizando sua prática profissional, dando-lhe autonomia na coleta de dados, prescrições e intervenções de enfermagem eficientes. Ao planejar a assistência, assume responsabilidade junto ao assistido, uma vez que o planejamento permite diagnosticar as necessidades do mesmo, garantindo prescrição adequada dos cuidados, orientando a supervisão, avaliando os resultados e a qualidade da assistência, permitindo melhor desempenho de suas ações.²⁵

CONCLUSÃO

Com a assistência do enfermeiro durante o pré-natal, é possível detectar precocemente a presença da anemia ferropriva e evitar que a gestante desenvolva complicação, assim como seu filho. Sendo assim, é importante que o enfermeiro, como um dos profissionais que está diretamente envolvido com a gestante durante o pré-natal, seja capaz de reconhecer e definir condutas para o acompanhamento da mesma.

Tendo em vista a SAE, o enfermeiro pode prestar assistência voltada especialmente à gestante com anemia ferropriva, tendo em vista seu conhecimento técnico científico que proporcione o alcance de resultados esperados, tanto na prevenção quanto no tratamento.

Em virtude do que foi abordado vê-se a importância do enfermeiro na atenção a gestante diante de um pré-natal de qualidade pautado na SAE, como o caminho para atender as necessidades da mesma com anemia ferropriva, entendendo-se que medidas simples podem ser decisivas para prevenção desse agravo e suas complicações.

Sugere-se, portanto, que os enfermeiros aprofundem os conhecimentos científicos tanto com relação ao processo de enfermagem como na anemia ferropriva já que esse problema pode ser resolvido ainda na atenção básica.

REFERÊNCIAS

1. Paiva AA, Rondó PHC, Shinohara EMG. Parâmetros para avaliação do estado nutricional de ferro. Revista de Saúde Pública. [Internet]. 2000 [cited 2011 Oct 16]; 34(4): 1-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artt_ext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S0034-89102000000400019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

2. Smeltzer SC, Bare BG. Tratado de enfermagem - médico cirúrgica. 10th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.

3. Lorenzi TF. Manual de hematologia: propedêutica e clínica. 3rd ed. Rio de Janeiro: Atheneu; 2003.

4. Umbelino DC, Rossi EA. Deficiência de ferro: consequências biológicas e propostas de prevenção. Rev Ciência Farm Básica Aplicada

[Internet]. 2006 [cited 2011 Nov 15];27(2):103-12. Available from: http://200.145.71.150/seer/index.php/Cien_Far/article/view/369/353.

5. Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil: uma análise da desigualdade em saúde [Internet]. 2006 [cited em 2011 July 10]; Available from: <http://www.saude.gov.br>

6. Porto CC. Exame clínico. 5th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004.

7. Szarfarc SC. A anemia nutricional entre gestantes atendidas em centros de saúde do Estado de São Paulo (Brasil). Revista Saúde Pública. [Internet]. 1985 [cited 2011 Nov 19];19(5):731-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0034-89101985000500009

8. Papa ACE, Furlan JP, Pasquele M, Guazzeli CAF, Figueiredo ME, Camano I, et al. A anemia por deficiência de ferro na grávida adolescente - comparação entre métodos laboratoriais. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia [Internet]. 2003 [cited 2011 Oct 15];25(10):[about 5 p.]. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt&pid=S0100-72032003001000006&lng=ptnrm=iso&tlng=pt

9. Rocha DS, Pereira Netto M, Priore SE, Lima NMM, Rosado LEFPL, Franceschini SCC. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. Revista Nutrição [Internet]. 2005 [cited 2011 Aug 11];18(4):481-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S1415-52732005000400004&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

10. Sakamoto TM, Ivo ML, Brum MAR, Pontes ERJC, Domingos, Ferreira Júnior MA. Anemia and hemoglobinopathies in pregnant women attended in a public hospital. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2012 [cited 2012 Dec 9];6(7):1576-81. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/2527/pdf_1330

11. Vieira N, Javier RV, Luiza A, Rui T. Síndrome depressiva como apresentação de uma anemia perniciososa. Revista de Medicina Interna [Internet]. 2004 [cited 2011 Sept 10];11(1):1-7. Available from: http://www.spmi.pt/revista/vol11/vol11_n1_20_04_13_16.pdf

12. IBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), 2000. Censo Demográfico, 2000. Fecundidade e Mortalidade Infantil: conceito e definições. Preliminares; 2000.

13. Brunner LS, Suddarth DS. Brunner & Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

14. Osório MM, Lira PIC, Batista Filho M. Prevalence of anaemia in children 6-59 months

old in the state of Pernambuco, Brazil. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2001. 10(2):101-7.

15. Porto CC. Vademecum de clínica médica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2007.

16. Cardoso MA, Penteado MVC. Intervenções Nutricionais na Anemia Ferropriva. Caderno de Saúde Pública. [Internet]. 1994 [cited 2011 Aug 04];2(10):232-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n2/v10n2a10.pdf>

17. Sato APS, Fujimori E, Szarfarc SC, Sato JR, Bonadio IC. Prevalência de anemia em gestantes e a fortificação de farinhas com ferro. Texto & Contexto - Enfermagem [Internet]. 2008 [cited 2011 Oct 13];17(3):1-5. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_artext&pid=S0104-07072008000300008&lng=pt

18. Calvo EB, Gnazzo N. A prevalência de deficiência de ferro em crianças de 9-24 mo de uma grande área urbana da Argentina. Am J Clin Nutr [Internet]. 1990 [cited 2011 Nov 03];3(52):534-40. Available from: <http://www.ajcn.org/>

19. Dias ACP, Lessa AC, Telarolli Junior. Anemia e consumo alimentar de gestantes adolescentes. Revista Alimentação e Nutrição [Internet]. 2005. [cited 2011 Nov 15];16(3): 1-8.

20. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2007 - 2008/ North American Nursing Diagnostics Association. Tradução Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2008; 396p.

21. Gallani MCBJ. Coleta de dados: avaliação de um modelo piloto. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 1996 [cited 2011 Sept 18];2(4):179-99. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v4n2/v4n2a12.pdf>

22. Barros SMO, Costa CAR. Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva. Rev Latino-am Enfermagem [Internet]. 1999. [cited 2011 Nov 08];7(4):105-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0104-11691999000400014&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

23. Carpenito LJ. Compreensão do Processo de Enfermagem. São Paulo: Artmed; 2007.

24. Duarte MJ, Nêbia MAF, Antônio MM, Iraci S. Enfermagem fundamental: realidade, questões e soluções. São Paulo: Atheneu; 2002. v. 1.

Submissão: 17/01/2013

Aceito: 31/05/2013

Publicado: 01/07/2013

Correspondência

Rejane Marie Barbosa Davim
Residencial Villaggio Di Firenze
Av. Rui Barbosa, 1100, B-C, Ap. 804
Bairro Lagoa Nova
CEP: 59056-300 – Natal (RN), Brasil