UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRAO PRETO

O uso de suplemento a base de ferro e os níveis de hemoglobina identificados
durante o período gravídico-puerperal

Lilian Sheila de Melo Pereira do Carmo

Ribeirão Preto
2007

LILIAN SHEILA DE MELO PEREIRA DO CARMO

**O uso de suplemento a base de ferro e os níveis de hemoglobina identificados
durante o período gravídico-puerperal**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do Título de Mestre em Enfermagem em
Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública.

Inserida na linha de pesquisa: Assistência à Saúde da
Mulher no Ciclo Vital.

Orientadora: Prof^a Dr^a Flávia Azevedo Gomes

Ribeirão Preto
2007

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Carmo, Lilian Sheila de Melo Pereira do - O uso de suplemento a base de ferro e os níveis de hemoglobina identificados durante o período gravídico-puerperal.

91p.: il; 30 cm

Dissertação de mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Gomes, Flávia Azevedo.

1. anemia 2. gestação 3. deficiência de ferro

FOLHA DE APROVAÇÃO

Lilian Sheila de Melo Pereira do Carmo

O uso de suplemento a base de ferro eos níveis de hemoglobina identificados durante o período gravídico-puerperal.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Saúde Pública junto ao Departamento materno Infantil e Saúde Pública, inserida na linha de Pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Vital.

Aprovado em: _____

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Flávia Azevedo Gomes – Presidente / Orientadora

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Dra. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Profª Dra. _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Marcos e Luzia, que sempre batalharam muito para fazer com que eu pudesse estar aqui e por me mostrarem que é preciso garra e dedicação para conseguir realizar um sonho. Vocês sabem o quanto são importantes para mim e o imenso orgulho que sinto de vocês. Obrigada pela dedicação, paciência e pela família pude viver e aprender. AMO VOCÊS!!!!

Ao meu marido, Carmo, pelo apoio, paciência, incentivo, companheirismo e pelo profundo significado que sua presença representa em minha vida. TE AMO!!!!

AGRADECIMENTOS

A Deus, minha gratidão pelo dom da vida, a Ele que incomparável e inconfundível na sua infinita bondade, compreendeu meus anseios e me deu a necessária coragem para atingir meu objetivo.

À minha orientadora, Profª Dra. Flávia Azevedo Gomes, por compartilhar o tema do trabalho sendo uma interlocutora disposta a oferecer estímulos. Obrigada pela dedicação, atenção, amizade e principalmente pela contribuição na minha formação profissional, pessoal e elaboração deste trabalho. Obrigada por tudo!

Aos meus irmãos, Marcelo e Mauricio, que distantes ou próximos me ajudaram a trilhar o caminho. Meu eterno carinho!!!

À Tia Darci, por estar presente em todos os momentos da minha vida. Obrigada por tudo!!!

À amiga e coordenadora do curso de Enfermagem da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, Silvia Sidnéia da Silva, pela amizade, colaboração, apoio e incentivo para realização deste trabalho.

Aos professores, Dra. Ana Márcia Spanó Nakano e Dr. Pedro Fredemir Palha, pela força positiva, pelo estímulo e contribuições oferecidas na qualificação do Projeto de Pesquisa.

Aos professores, Dra Ana Márcia Spanó Nakano e Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro, por terem, gentilmente, aceito participar da banca examinadora da dissertação e pelas contribuições para finalização deste.

As colegas Márcia Cristina Guerreiro dos Reis, Rosiléia Carolina Prearo Pelegrin, Claudia Aparecida Arcari Silva, Juliana Stefanello e Juliana Cristina dos Santos Monteiro, pelo companheirismo durante o período de coleta de dados.

Aos funcionários da Unidade Básica e Distrital de Saúde da Vila Virginia, do setor de pediatria e arquivo, pelo convívio e colaboração durante a coleta de dados.

A todas as mães e crianças que se dispuseram a participar do estudo, fazendo com que este se torna-se realidade. Sem vocês ele não seria possível!!!

A todos aqueles que contribuíram de alguma forma para realização deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!!!!

*"É melhor tentar e falhar,
que preocupar-se e ver a vida passar;
é melhor tentar, ainda que em vão,
que sentar-se fazendo nada até o final.
Eu prefiro na chuva caminhar,
que em dias tristes em casa me esconder.
Prefiro ser feliz, embora louco,
que em conformidade viver ..."*

Martin Luther King

CARMO, L. S. M. P. **O uso de suplemento a base de ferro e os níveis de hemoglobina identificados durante o período gravídico-puerperal.** Ribeirão Preto – SP, 2007, 91f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, 2007.

RESUMO

O uso de suplemento a base de ferro é fundamental para profilaxia e tratamento da anemia ferropriva, agravo freqüente em gestantes que vivem em países em desenvolvimento, e que se não for tratada, pode ter conseqüências tanto para mulher quanto para o feto. Entretanto, muitas mulheres não aderem a terapêutica. O objetivo deste estudo foi identificar a utilização de suplemento à base de ferro no ciclo grávido-puerperal, em um grupo de mulheres. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantiquantitativa realizado em uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) de Ribeirão Preto, e que teve como sujeitos um grupo de mulheres, usuárias de um serviço de saúde, que compareceram a UBDS para consulta de puericultura. A coleta foi realizada através de entrevista, coleta de sangue para dosagem de hemoglobina e consulta aos prontuários. A idade das mulheres variou entre 19 a 24 anos, sendo que destas 36,3% apresentaram ensino fundamental incompleto e 75% referiu não trabalhar. Quanto a realização de pré-natal, 75% realizou em Centro ou Posto de Saúde tendo como média de consultas durante a gestação oito. Durante a gestação e o puerpério o valor médio de hemoglobina encontrado nas entrevistadas foi de 12,1 g/dl e 12 g/dl, respectivamente. Quanto ao uso de suplemento a base de ferro na gestação e puerpério, 81,8% referiu ter usado durante a gestação e 66,9% no puerpério. Assim, conseguimos identificar que a maioria das gestantes fez uso do suplemento durante a gestação e puerpério e que apresentaram hemoglobina maior que 11 g/dl, ou seja, não apresentavam anemia. Os dados qualitativos revelam que as mulheres desconhecem a importância do uso do suplemento neste período, sendo mais evidente a preocupação com a saúde do feto.

Palavras chaves: 1 anemia, 2 gestação, 3 deficiência de ferro

CARMO, L. S. M. P. **The supplement use the base of iron and the identified levels of hemoglobina during the gravídico-puerperal period.** Ribeirão Preto – SP, 2007, 91p. Thesis (Master) - College of nursing at Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, 2007.

ABSTRACT

The supplement use the iron base is basic for Prophylaxis and treatment of the ferropriva anemia, I aggravate frequent in gestantes that live in paises in development, and that if it will not be treated, it can in such a way have consequences for woman how much for the embryo. However, many women do not adhere the therapeutical one. The objective of this study was to identify the use of supplement to the base of iron in the pregnant-puerperal cycle, in a group of mulheres. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa em uma Unidade Básica e Distrital de Saúde (UBDS) de Ribeirão Preto, e que um grupo de mulheres tinham como cidadãs, usuárias de um serviço de saúde, que tinham comparecido à UBDS para consulta de puericultura. A coleta foi realizada através de entrevista, coleta de sangue para dosagem de hemoglobina e consultas a livros de referência. A idade das mulheres variou entre 19 e 24 anos, sendo que destas 36.3% tinham apresentado educação básica incompleta e 75% não estavam trabalhando. Quanto ao acompanhamento pré-natal, 75% foi realizado no Centro ou Posto de Saúde, tendo como média de consultas durante a gestação oito. Durante a gestação e o puerpério o valor médio de hemoglobina encontrado nas entrevistadas foi de 12,1 g/dl e 12 g/dl, respectivamente. Quanto ao uso do suplemento de base de ferro na gestação e no puerpério, 81.8% relatou ter utilizado durante a gestação e 66.9% no puerpério. Assim, obtemos para identificar que a maioria das gestantes fez uso do suplemento durante a gestação e o puerpério e que elas tinham apresentado 11 maiores hemoglobinas que g/dl, ou seja, elas não apresentavam anemia. Os dados qualitativos revelaram que as mulheres são desconhecidas da importância do uso do suplemento neste período, sendo mais evidente a preocupação com a saúde do feto.

Key Words: 1 anaemia, 2 pregnancy, 3 iron deficiency

CARMO, L. S. M. P. **El uso del suplemento la base del hierro y los niveles identificados del hemoglobina durante el período gravídico-puerperal.** Ribeirão Preto – SP, 2007, 91h. Disertación (Maestría) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto – USP, Ribeirão Preto, 2007.

RESUMEN

El uso del suplemento la base del hierro es básico para la profilaxis y el tratamiento de la anemia del ferropriya, agravo frecuente en los gestantes que vivo en países en el desarrollo, y que si no es tratado, él pueden de tal manera tener consecuencias para la mujer cuánto para el embrión. Sin embargo, muchas mujeres no adhieren el terapéutico. El objetivo de este estudio era identificar el uso del suplemento a la base del hierro en el ciclo embarazado-puerperal, en un grupo de mulheres. Trata-if de un estudio descriptivo con llevado con quantiquantitativa que subía en una unidad básica y del distrito de Saúde (UBDS) de Ribeirão Preto, y eso que al grupo de mujeres tenía como ciudadanos, usuarios de un servicio médico, que tenía aparecido el UBDS para la consulta del puericultura. La colección fue llevada a través con la entrevista, colección de sangre para la dosificación del hemoglobina y consulta a los manuales. La edad de las mujeres variadas incorpora los 19 24 años, el ser el de estos 36.3% había presentado la educación básica incompleta y el 75% se relacionaron para no trabajar. Cuánto la realización de prenatal, el 75% llevó a través en centro o la fila de la salud que tenía como promedio de consultas durante la gestación ocho. Durante la gestación y el puerpério el valor medio del hemoglobina encontrado en entrevistados con estaba de 12.1 g/dl y de 12 g/dl, respectivamente. Cuánto al uso del suplemento la base del hierro en la gestación y el puerpério, 81.8% relacionados haber utilizado durante la gestación y 66.9% en el puerpério. Así, obtenemos para identificar que la mayoría de los gestantes hechos uso el suplemento durante la gestación y el puerpério y que habían presentado a 11 un hemoglobina más grande que g/dl, o cualquiera, él no presentó a anemia. Los datos cualitativos divulgan que las mujeres son inconscientes de la importancia del uso del suplemento en este período, siendo más evidentes la preocupación con la salud del embrión.

Palabras clave: 1 anemia, 2 gestación, 3 déficit de hierro

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Perfil das mulheres segundo idade, presença de companheiro, escolaridade e atividade laboral	59
Quadro 2 – Distribuição das categorias e subcategorias identificadas nas entrevistas para se conhecer os motivos pelo uso ou não do suplemento a base de ferro.....	64

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Distribuição dos resultados da hemoglobina das puérperas participantes do estudo, durante o seguimento pré-natal.....	49
------------------	---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das puérperas entrevistadas, segundo faixa etária, escolaridade, estado marital, atividade laboral, tipo de moradia e tipo de construção, Ribeirão Preto (SP), 2006.	39
Tabela 2 – Distribuição das puérperas entrevistadas segundo intercorrência apresentada durante a gestação, Ribeirão Preto (SP), 2006.	41
Tabela 3 – Distribuição das puérperas entrevistadas segundo intercorrência apresentada após o parto, Ribeirão Preto (SP), 2006.	44
Tabela 4 – Distribuição das puérperas segundo perda sanguínea aumentada após o parto, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 114.	46
Tabela 5 – Distribuição dos locais de realização do seguimento pré-natal, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 120.	46
Tabela 6 – Distribuição das puérperas entrevistadas segundo orientação para o uso de suplemento à base de ferro na gestação e a sua utilização. Ribeirão Preto (SP), 2006. N= 120.	51
Tabela 7 – Distribuição das mulheres quanto a utilização de suplemento à base de ferro durante o puerpério, Ribeirão Preto (SP), 2006.	53
Tabela 8 – Associação entre local onde realizou o pré-natal e a utilização ou não de sulfato ferroso, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 120.	54
Tabela 9 – Associação entre a média de concentração de hemoglobina no pré-natal e a utilização ou não de suplemento a base de ferro, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 78.	55
Tabela 10 – Associação entre a hemoglobina materna e a prescrição de sulfato ferroso por um ou mais meses, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 121.	56
Tabela 11 – Associação entre valor da hemoglobina e a presença de hiperêmese, hipertensão, hemorragia, cólicas e/ou contrações e anemia durante a gestação, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 78.	57
Tabela 12 - Associação entre valor da hemoglobina durante a gestação e a perda de sangue no após o parto, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 74.	58
Tabela 13 – Associação entre a idade materna e a presença de anemia, Ribeirão Preto (SP), 2006. N=121.	58

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

RESUMEN

MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO16

INTRODUÇÃO.....18

2 REVISÃO DA LITERATURA.....22

2.1 Anemia Ferropriva e Gestação.....22

2.2 Ações dirigidas ao diagnóstico e prevenção da anemia – pré-natal e puerpério.....25

3 OBJETIVOS30

3.1 Objetivo Geral30

3.2 Objetivos Específicos30

4 METODOLOGIA.....31

4.1 Tipo de estudo.....31

4.2 Local do estudo32

4.3 População e aspectos éticos.....32

4.4 Coleta de dados33

4.5 Análise dos dados35

4.6 Definições conceituais.....36

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES37

5.1 Caracterização das mulheres participantes do estudo37

5.2 Caracterização do ciclo grávido-puerperal das mulheres participantes do estudo40

5.3 Caracterização da anemia ferropriva, níveis de hemoglobina e utilização de suplemento a base de ferro48

5.4 A prática institucionalizada e preconizada do uso de suplemento a base de ferro no ciclo grávido-puerperal sob o olhar das mulheres.....	63
6 CONCLUSÕES.....	75
7 IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PESQUISA.....	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	87
ANEXO	91

MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Desde a graduação, tenho interesse pela temática enfermagem em saúde da mulher, e isto se intensificou após cursar a primeira disciplina referente à Saúde da Mulher. Particularmente tivemos a oportunidade de estudar os aspectos relacionados a gestação. Ainda durante a graduação, participei de eventos científicos nesta área, realizei estágio-extracurricular em uma maternidade e desenvolvi uma pesquisa de iniciação científica que abordava o conhecimento de gestantes sobre os sinais e sintomas de início de trabalho de parto. Após concluir a graduação em enfermagem, fui aprovada no curso de residência em Enfermagem Obstétrica e Neonatal da EERP-USP, e dei continuidade ao tema para a monografia de conclusão deste curso, onde foi desenvolvido um folheto explicativo direcionado a gestantes, relativo aos sinais e sintomas de início de trabalho de parto.

Durante o curso desenvolvi atividades no pré-natal, onde deparei-me com várias gestantes que não faziam uso de sulfato ferroso, como medida terapêutica ou profilática para a anemia ferropriva da gestação. A razão por elas declarada para a não utilização deste suplemento, muitas vezes era uma escolha, outras vezes o fato da medicação não ter sido prescrita ou a falta de acesso à medicação. Esta é uma situação que considero preocupante, pois o uso do suplemento a base de ferro é fundamental para a profilaxia e terapêutica da anemia ferropriva na gestação, agravo freqüente em gestantes que vivem em países em desenvolvimento, e que se não for tratada, pode ter como consequência trabalho de parto prematuro, recém-nascido de baixo peso e complicações puerperais. Destaca-se ainda a recomendação pelo Ministério da Saúde do uso de sulfato ferroso a partir da 20ª semana de gestação, mesmo na ausência de anemia, como uma das medidas para atingir a Maternidade Segura, cujo objetivo principal é reduzir a mortalidade e a morbidade materna e perinatal e aumentar a cobertura dos serviços prestados à mulher. O Ministério da Saúde espera que os profissionais de saúde adotem práticas seguras por meio de protocolos que garantam a qualidade dos serviços de pré-natal, parto e puerpério (OPS, 2002).

Com esta “inquietação”, ingressei na pós-graduação – nível mestrado, no Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, e me inseri na linha de pesquisa Assistência à Saúde da Mulher no ciclo vital, com a proposta de desenvolver um estudo que buscasse identificar a utilização do suplemento a base de ferro por gestantes, identificar os níveis de hemoglobina no ciclo grávido-puerperal e compreender como se dá a utilização do suplemento a base de ferro pelas mulheres.

A presente dissertação faz parte de uma pesquisa multicêntrica, financiada pela FAPESP, que foi realizada em três municípios do Brasil – Ribeirão Preto, São Paulo e Rio de Janeiro - e cujo objetivo foi identificar os elementos biológicos e sociais que pudessem ser relacionados aos estados de deficiência de ferro em crianças menores de 1 ano de idade e suas interfaces com as condições e os significados de amamentar, para as mães (SILVA, 2004).

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde estima que anualmente 20 milhões de mulheres apresentem complicações decorrentes da gestação, nos países em desenvolvimento, ocasionando 529 mil óbitos (WHO, 2003).

No Brasil, a morbidade e a mortalidade materna continuam sendo um importante agravo obstétrico e um problema de saúde pública, e não mostra redução nos seus índices há mais de duas décadas (PARENTE; NETO, 2000). Uma mulher em cada 16 pode morrer no Brasil comparado a uma em 2.800 mulheres em países desenvolvidos (WHO, 2004).

Vários fatores estão envolvidos neste quadro, para Faúndes, Cecatti e Parpinelli (2000) uma população de baixa renda está mais sujeita à evolução desfavorável de doenças, seja pela dificuldade de obtenção de cuidados médicos, seja por estado nutricional deficitário. Devemos considerar que a mortalidade materna está associada à morbidade, e dessa forma intervenções devem ser realizadas para redução da morbidade materna. De acordo com Cecatti (2005) por ser a morbidade um antecedente da mortalidade, “é possível se valer da evidência indireta de que qualquer intervenção que consiga reduzir significativamente a morbidade materna deva também ser capaz de reduzir a mortalidade”.

A este respeito, a compreensão de fenômenos relacionados à fisiologia obstétrica e com os progressos alcançados no campo assistencial, possibilitaram uma diminuição de intercorrências no ciclo grávido-puerperal e com isso uma redução nos índices de morbidade e de mortalidade materna. Apesar desta redução, persiste, nos países em desenvolvimento, a preocupação com a assistência voltada às necessidades de saúde da mulher, com atenção especial para as mulheres que apresentam morbidade grave durante a gestação, parto e puerpério, uma vez que para cada óbito materno ocorrido, um considerável número de mulheres desenvolve morbidade grave e apresenta seqüelas permanentes (SOUZA; CECATTI; PARPINELLI, 2005).

Cecatti (2005) afirma que além de um componente genérico de saúde geral e das condições sociais das mulheres, o adequado atendimento profissional à mulher durante a gestação e o parto desempenha papel importante na determinação de bons resultados de saúde.

A assistência pré-natal não pode prevenir complicações do parto como as hemorragias, septicemias, obstruções de trabalho de parto, mas certas intervenções como as relacionadas à promoção da saúde materna, à prevenção dos riscos e à garantia de suporte nutricional durante o período gestacional, podem alterar e favorecer o prognóstico materno (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006).

Segundo os autores supracitados, para assegurar a qualidade da assistência pré-natal, a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda investigar o risco obstétrico; realizar exame clínico e obstétrico, com especial atenção à presença de anemia e avaliação da idade gestacional, altura uterina e batimentos cardíaco-fetais; aferir os níveis pressóricos; reforçar e estimular a suplementação de ferro e ácido fólico; instruir a gestante sobre os sinais e locais de atendimento de emergência e preencher a ficha de pré-natal de maneira adequada em todas as consultas.

Para Avila e Grinberg (2000), o estado gestacional predispõe a mulher à morbi-mortalidade devido às modificações fisiológicas da gravidez e adaptações dos sistemas, que podem ampliar ou obscurecer sinais e sintomas que dificultam o diagnóstico e retardam o tratamento, acrescentando maior risco materno. A exemplo destas adaptações estão as que ocorrem nos sistemas hematológico e cardiovascular. A adaptação dos sistemas hematológico e cardiovascular resulta em um estado hipovolêmico, reduzindo a capacidade de transporte de oxigênio, levando a mulher a maior risco de anemia (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

A anemia pode ser classificada em anemia por deficiência de ferro, anemia por deficiência de folato, hemoglobinopatia falciforme e talassemia. Porém, a anemia patológica da gestação deve-se principalmente a deficiência de ferro, sendo um distúrbio comum da gestação.

Segundo Lowdermilk; Perry e Bobak (2002) 90% dos casos de anemia na gestação são devido à deficiência de ferro, e os outros 10% restantes devido a anemias adquiridas ou herdadas.

A deficiência de ferro é o distúrbio nutricional mais prevalente no mundo, afetando cerca de um bilhão de pessoas, em especial mulheres em idade reprodutiva e pré-escolares em áreas tropicais e subtropicais. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a anemia afeta cerca de 30 % da população mundial, sendo que desta, pelo menos metade pode ser atribuída a deficiência de ferro. Na América Latina, estima-se uma variação da prevalência da anemia de 13 em homens adultos a 30% ou mais em gestantes (CARDOSO; PENTEADO, 1994).

De acordo com o Ministério da Saúde a anemia ferropriva é considerada o principal problema relacionado à deficiência nutricional no Brasil, afetando cerca de 50% das gestantes e crianças brasileiras de 6 meses a 2 anos; sendo considerada uma endemia em expansão em todos os segmentos sociais (BRASIL, 2005).

Estudo realizado por Barros e Costa (1999), em uma maternidade conveniada à Universidade Federal de São Paulo, com 555 gestantes, mostrou que 45% apresentavam anemia ferropriva. Já em estudo realizado por Prendes et al (2000), na área de Saúde de Santos Suárez, Cuba, 64,59% das gestantes apresentavam anemia ferropriva.

Arruda (1990) realizou um estudo com 1096 gestantes, sendo 710 durante o pré-natal e 386 na maternidade em trabalho de parto. No grupo pré-natal, 30,3% das mães eram anêmicas (hemoglobina abaixo de 11g/dl), sendo que, no último trimestre, a prevalência encontrada foi de 44,3%. Tal estudo demonstrou ainda associação da anemia com o trimestre de gestacional, nível educacional da mãe, estado nutricional materno e enteroparasitoses.

Segundo Galloway et al. (2002) a não adesão das mulheres ao uso diário do suplemento é uma das principais razões para o insucesso dos programas de suplementação de ferro, destinados a

prevenir a anemia ferropriva em crianças de 6 a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana de gestação e mulheres até o 3º mês pós-parto (BRASIL, 2005).

Uma revisão recente sobre este tema sugere que há outras razões para o fracasso dos programas incluindo inadequação na periodicidade em que o medicamento é distribuído para a gestante, medicamentos com qualidade inferior, falta de acesso da gestante ao medicamento ou ao acompanhamento pré-natal e falta de comprometimento dos profissionais de saúde envolvidos com o cuidado da mulher no ciclo grávido-puerperal.

Por acreditar que o uso de sulfato ferroso na gestação pode ser uma prática, que se aderida, traz benefícios à mulher durante todo o ciclo grávido-puerperal, é que nos propusemos a investigar esta problemática em um grupo de mulheres usuárias de uma UBDS do município de Ribeirão Preto.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Anemia Ferropriva e Gestação

A anemia pode ser definida como uma redução do volume de hemáceas ou de hemoglobina, por unidade de volume de sangue. Do ponto de vista fisiológico é caracterizada como uma diminuição na capacidade transportadora de oxigênio para os tecidos, sendo considerada a principal consequência da deficiência de ferro (SOUZA; BATISTA FILHO, 2003 e ARAUJO, 2004).

De acordo com Paiva, Rondó e Guerra-Shinohara (2000) a carência de ferro ocorre no organismo de forma gradual e progressiva, sendo considerados três estágios até que a anemia se manifeste. O primeiro estágio é caracterizado pela depleção de ferro, o segundo pela deficiência de ferro e o terceiro e último estágio é caracterizado pela anemia ferropriva, ou seja, diminuição dos níveis de hemoglobina. A anemia ferropriva é a consequência final da deficiência de ferro, aparecendo somente após a extinção dos estoques de ferro no organismo (CAMPOS; FERMINO; FIGUEREDO, 2001).

Para Cook et al. apud Cintra et al. (2002), várias alterações metabólicas e carências nutricionais podem levar a anemia por deficiência de ferro. Esta ocorre quando a quantidade de ferro necessária às funções metabólicas é insuficiente, seja por inadequação do ferro ingerido, por aumento da necessidade de ferro, por perda crônica de sangue, ou pela associação desses fatores (FIGUEIREDO; KERBAUY, 2001).

Os principais grupos de risco incluem indivíduos em processo rápido de crescimento e em situações de maior necessidade, como na gestação, e em situações cuja dieta seja insuficiente quantitativa ou qualitativamente. Também pode ocorrer devido a perda sangüínea, destruição excessiva de eritrócitos ou deficiência de sua produção (SOUZA; BATISTA FILHO, 2003).

No período gestacional, ocorre um aumento da necessidade de ferro, porém, nem todo ferro presente na circulação materna é destinado à mãe. O ferro é utilizado para o desenvolvimento do feto, placenta, cordão umbilical e na reposição de perdas sanguíneas devidas ao parto e ao puerpério. Para a produção da hemoglobina fetal, a utilização do ferro materno independe do estoque de ferro da mãe (BORGES et al., 1998 apud SOUZA; BATISTA FILHO; FERREIRA, 2002 e HALLBERG, 1992 apud SOUZA; BATISTA FILHO; FERREIRA, 2002)

Há um aumento progressivo do volume plasmático, que tem seu pico por volta da 30ª semana. Concomitantemente ocorre aumento de glóbulos vermelhos, porém em menor concentração, o que caracteriza a anemia fisiológica da gravidez (BACHA, 2001). A demanda de ferro aumenta notadamente na segunda metade da gestação, devido à expansão dos glóbulos vermelhos e à transferência de maior quantidade de ferro tanto para estruturas placentárias quanto para o feto (BOTHWELL, 2000). Quanto maior o estoque de ferro no organismo materno, menor será sua depleção.

Durante a gestação, ocorre também um aumento na absorção de ferro entre 10 e 20% no 1º trimestre; e a partir do 2º trimestre, é quebrada a estabilidade entre a oferta e a demanda, por ocorrer aumento da demanda dos depósitos de ferro sérico pelo incremento da formação de novas hemácias, tanto maternas quanto fetais.

É no decorrer do segundo trimestre que ocorre um aumento significativo na demanda de ferro que de modo geral, é mantida até o final da gestação. O aumento do consumo de oxigênio para a mãe e para o feto está associado às alterações hematológicas. Vários estudos realizados com suplementação de ferro mostram mudanças no volume total de sangue na gestante em torno de 45%, com aumento no volume do plasma de aproximadamente 50% e aumento dos glóbulos vermelhos de aproximadamente 35% (BOTHWELL, 2000).

O aumento do volume circulatório materno é uma das mais notáveis alterações fisiológicas da gravidez. Coincidentemente com o aumento do volume circulatório, ocorre aumento de 20 – 40% na

massa eritrocitária, com ou sem administração de ferro suplementar, embora seja mais evidente quando se administra ferro. Considerando estas alterações, as necessidades de ferro aumentam, e em situações nas quais não se usa ferro suplementar pode ocorrer anemia ferropriva. As necessidades maternas diárias chegam a 7mg na segunda metade da gravidez (BENZECRY, 2000).

Clinicamente a anemia ferropriva caracteriza-se por sinais e sintomas de difícil diferenciação com as adaptações gravídicas, como por exemplo, a palidez cutânea ou de mucosas, taquicardia, taquipnéia, cansaço a esforços maiores e menores na dependência da gravidade da anemia, tornando assim, a conceituação necessariamente laboratorial (DUARTE et al., 2003). As manifestações da doença primária podem ou não ser encontradas no exame clínico inicial (FIGUEIREDO; KERBAUY, 2001). A alteração da hemoglobina por hemodiluição usualmente mascara o diagnóstico de anemia por deficiência de ferro (SOUZA; BATISTA FILHO, 2003).

Apesar destas constatações, a palidez cutânea e de mucosa é um sinal importante, sendo que sua intensidade varia com o grau da anemia; já o cansaço vem sendo associado a fenômenos respiratórios e cardíacos, como a taquicardia (ARAÚJO, 2004).

Bacha (2001) em seu estudo mostra alguns sinais e sintomas da anemia ferropriva durante a gestação, que são classificados como inespecíficos - palidez cutâneo-mucosa, dispnéia, astenia, opressão torácica, palpitações, taquicardia, glossite, estomatite angular, depressão; e os decorrentes da privação de ferro como o desejo de comer terra.

Para Rocha et al. (2005), a redução na concentração de hemoglobina na gestante leva a um aumento do débito cardíaco, o que favorece a passagem de oxigênio da placenta às células fetais.

A anemia hipocrômica e microcítica se associa a um feto e recém-nascido com menores valores de hemoglobina, maior frequência de baixo peso ao nascer, maior mortalidade perinatal; e uma mãe com cansaço e fadiga durante a gestação, e poucas reservas para uma eventual cirurgia ou hemorragia (OPS, 1995). Segundo Scholl (1998) a anemia por deficiência de ferro está intimamente

relacionada com o trabalho de parto prematuro, com frequência duas vezes maior quando se compara à população normal.

As mulheres com anemia apresentam uma incidência maior de complicações puerperais, como a infecção e intolerância a perda sanguínea. Além disso, com a capacidade de transportar oxigênio diminuída há um aumento no débito cardíaco que se associada à pré-eclâmpsia pode resultar em insuficiência cardíaca congestiva (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Rocha et al. (2005) alertam que a anemia durante a gestação pode ser decorrente da qualidade da assistência pré-natal, uma vez, que em seu estudo, das 183 gestantes participantes, 35% não estavam recebendo suplemento. Afirmam ainda, que a qualidade da assistência pré-natal se baseia em seu início precoce, número mínimo de consultas, maior atenção às gestantes de alto risco, entre outros.

Apesar da anemia durante a gestação poder ser decorrente da qualidade da assistência pré-natal, a gravidez induz alterações fisiológicas que frequentemente confundem o diagnóstico de vários distúrbios hematológicos, incluindo as alterações do volume sanguíneo, e isso é particularmente válido para a anemia (NEME, 2000; CUNNINGHAM et al., 2000).

De acordo com dados da OMS, as medidas de combate à deficiência de ferro e à anemia ferropriva estão bem estabelecidas, constituindo-se em modificação dos hábitos alimentares; diagnóstico e tratamento das causas da perda crônica de sangue; controle de infecções e infestações que contribuem para o surgimento e agravamento da anemia; fortificação de alimentos e suplementação medicamentosa de sais de ferro (WHO, 2001).

2.2 Ações dirigidas ao diagnóstico e prevenção da anemia – pré-natal e puerpério

O diagnóstico de anemia pode ser obtido por meio da dosagem de hemoglobina, ferritina, ferro sérico, índice de saturação da transferrina e receptor de transferrina. Porém, a dosagem de

hemoglobina, em pacientes com anemia leve, é suficiente para avaliação de ferropenia (PAPA et al., 2003).

De acordo com Paiva; Rondó e Guerra-Shinohara (2000) o estágio final da deficiência de ferro está associado a uma significativa diminuição na concentração de hemoglobina, sendo, portanto o parâmetro universal para se definir a anemia.

De acordo com normas do Ministério da Saúde, deve ser solicitado à gestante o exame para dosagem de hemoglobina logo que esta inicia o pré-natal. Considera-se que uma gestante não apresenta anemia se a dosagem de hemoglobina for maior que 11g/dl, apresenta anemia leve a moderada se a hemoglobina for maior que 8g/dl e menor que 11g/dl ou anemia grave se a hemoglobina for menor que 8g/dl (BRASIL, 2000). Para a puérpera até 72 horas após o parto, de acordo com Lowdermilk; Perry e Bobak (2002), são considerados normais os valores de hemoglobina maiores ou iguais a 10g/dl.

Resultados de estudo realizado por Andrade, Araújo e Andrade (1996) indicam que a hemoglobina e o hematócrito têm queda progressiva a partir do 2º trimestre da gravidez até atingir os valores mais baixos no período pós-parto imediato, seguidos de ligeira ascensão no puerpério tardio.

Segundo Neme (2000), a necessidade total de ferro a partir da segunda metade da gestação atinge 1000mg, distribuídos para o feto e seus anexos (300mg), e o restante para a expansão do volume dos eritrócitos. Como, normalmente, a gestante não conta com tal reserva férrica e sendo freqüente, em nosso meio, a anemia ferropriva, a suplementação férrica deve ser recomendada. De acordo com Lowdermilk; Perry e Bobak (2002), durante a gestação, a recomendação dietética diária de ferro é de 30mg, e durante o período de lactação 15mg, mesma recomendação para não grávidas.

Para Calderon; Cecatti e Vega (2006), a suplementação de ferro e a dosagem de hemoglobina e hematócrito são condutas eficientes na prevenção da anemia materna.

Sendo assim, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Tal Programa será implantado em todos os municípios brasileiros que estejam habilitados em algumas das condições de gestão do SUS, e o suplemento de ferro será enviado aos municípios, conforme logística definida entre a Secretaria de Atenção à Saúde e Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, do Ministério da Saúde, cujo quantitativo será calculado previamente com base no censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE e no Sistema de Nascidos Vivos - SINASC (BRASIL, 2005).

O tratamento com ferro deve ser utilizado em todos os indivíduos com diagnóstico clínico e laboratorial de anemia, uma vez que as modificações da dieta não são capazes de corrigir a anemia por deficiência de ferro. E o tratamento de escolha é a administração de sulfato ferroso, por ser um sal de baixo custo e de alta biodisponibilidade, sendo sua dose dependente da severidade da anemia (CARDOSO; PENTEADO, 1994).

O sulfato ferroso é um sal hidratado que possui 20% de ferro. Administrado por via oral, é a preparação de ferro de menor custo, constituindo o tratamento de escolha da deficiência do ferro. Sua biodisponibilidade é de aproximadamente 10%, aumentando para cerca de 20%, na insuficiência do ferro. Substâncias como o alumínio, o magnésio e o leite podem reduzir sua absorção, o contrário do que acontece com o ácido ascórbico, que aumenta a absorção do ferro no organismo. Sua administração deve ser evitada após as refeições, para impedir o desconforto gástrico e a diminuição da absorção. Como todo medicamento, pode ocasionar reações adversas como dor epigástrica, náuseas, constipação ou diarreia e escurecimento das fezes. Nesses casos, uma boa medida é a administração de pequenas doses com aumento gradual até o nível desejado. O sulfato ferroso é o tratamento de escolha para prevenir e corrigir tanto as deficiências de ferro, como as anemias ferropriva de qualquer etiologia e idiopáticas (LAFEPE MEDICAMENTOS, 2007).

Estudo realizado no Parkland Hospital, Texas, onde foi avaliado o nível de hemoglobina no momento do parto, constatou entre as mulheres que tomaram suplementos de ferro a dosagem de

hemoglobina, em média, de 12,4g/dl, e 11,3g/dl naquelas que não tomavam o suplemento, isso mostra que a frequência de anemia durante a gestação varia, consideravelmente, dependendo do uso ou não de ferro suplementar durante a gravidez (CUNNINGHAM et al., 2000).

A utilização de sulfato ferroso de forma profilática não é universalmente aceita, existem argumentos contra e a favor. O grupo que aceita essa utilização para uso profilático justifica tal conduta especialmente em multiparas com intervalos curtos entre as gestações, indivíduos com alimentação carente em ferro, ciclos menstruais hipermetrorrágicos, gestações gemelares, possibilidade aumentada de sangramento durante a gestação e o parto – placenta prévia, descolamento prematuro de placenta de repetição, coagulopatias ou passado de grandes perdas sanguíneas de repetição no puerpério (BACHA, 2001). A OMS, entidade reconhecida mundialmente é a favor da suplementação devido às altas taxas de anemia nos países de 3º mundo.

Argumentos contra o uso de ferro de forma profilática são citados nos estudos de Calderon, Cecatti e Vega (2006), que mostram que de acordo com revisão da Biblioteca Cochrane, a suplementação de ferro previne níveis baixos de hemoglobina no parto e até seis meses pós-parto, porém, ainda faltam informações sobre o prognóstico materno-fetal e dados específicos de populações com reconhecida deficiência de ferro; e de Mengue et. al. (2001) que ressaltam que as evidências que sustentam o uso rotineiro de sais de ferro durante a gestação são fracas e os benefícios do tratamento não são bem definidos. Outra justificativa contra o uso rotineiro é o fato de que somente 5 a 10% do ferro ingerido é absorvido em condições normais; o organismo humano só absorve ferro em proporções maiores (25%) em situações de deficiência, o que justifica seu uso somente em casos de anemia diagnosticada (CARMO; NITRINI, 2004).

A suplementação com ferro como medida preventiva tem grande chance de sucesso quando dirigida a grupos específicos, como por exemplo, as gestantes, lactantes, lactentes e pré-escolares. No caso das gestantes, a suplementação deve ser distribuída na assistência primária e ocorrer principalmente durante a segunda metade da gestação (CARDOSO; PENTEADO, 1994). Já no caso

das lactantes, a suplementação, de acordo com o Ministério da Saúde, deve ser realizada até 120 dias após o parto (BRASIL, 2000).

Embora o uso de suplemento a base de ferro seja capaz de reduzir a incidência de anemia durante a gestação, muitas vezes ele não é usado devido a seus efeitos colaterais e preocupações da mulher. Dentre os efeitos colaterais relacionados ao uso dos sais de ferro, os mais relatados têm sido diarreia, constipação, desconforto gástrico, pirose e náusea, principalmente nas prescrições com doses acima de 60 mg/dia de ferro. Os motivos mais frequentes para o abandono do tratamento têm sido o temor das mulheres de gerarem fetos grandes e terem dificuldades durante o parto (SOUZA; BATISTA FILHO, 2003).

Porém, a baixa ou a não adesão à suplementação com compostos a base de ferro não é apenas devido aos efeitos colaterais que o medicamento pode causar, mas devido a uma série de outros fatores tais como: a terapêutica preconizada e instituída, manifestações clínicas da anemia ferropriva na gestação, características individuais das gestantes, relação médico-paciente, falta de confiança depositada na prescrição, falta de acesso ao medicamento e o conhecimento adquirido sobre a doença e o tratamento.

Sendo assim, este estudo tem por finalidade identificar o uso de suplemento à base de ferro durante a gestação e também no puerpério; busca conhecer das mulheres participantes do estudo, o porquê da utilização ou não da terapêutica com sulfato ferroso durante a sua gestação. Este estudo foi um recorte do estudo multicêntrico desenvolvido por Silva (2004).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar a ocorrência de anemia ferropriva e a utilização de suplemento à base de ferro no ciclo grávido-puerperal, em um grupo de mulheres, usuárias de uma UBDS do município de Ribeirão Preto.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as mulheres de acordo com as condições sócio-demográficas e intercorrências clínicas apresentadas durante a gestação e o puerpério;
- Identificar os níveis de hemoglobina destas mulheres na gestação e no puerpério.
- Conhecer os motivos pelos quais estas mulheres usaram ou não usaram o sulfato ferroso durante a gestação.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Neste estudo, a metodologia quanti-qualitativa foi empregada, por compreendermos ser a melhor maneira para atingirmos os objetivos propostos. A combinação de dois métodos em uma pesquisa, segundo Sandelowski (2000) proporciona uma maior compreensão do evento em estudo, bem como, o potencial de análise dos dados encontrados.

Assim, parte do estudo é descritivo, do tipo transversal. Segundo Barros e Lehfeld (2000) na pesquisa descritiva não há inferência do pesquisador, ele descreve o objeto de pesquisa e procura descobrir a frequência com que um fenômeno ocorre, sua natureza, característica, causas, relações e conexões com outros fenômenos. Para Oliveira (1997) o estudo descritivo é mais adequado quando o pesquisador necessita obter melhor entendimento a respeito do comportamento de vários fatores e elementos que influem sobre determinados fenômenos. O estudo transversal, que é um tipo de estudo descritivo, mede a prevalência das doenças, ou seja, a proporção da população que tem a doença num determinado momento (BEAGLEHOLE; BONITA; KJELLSTRÖN, 1996; FREIRE; PATUSSI, 2001).

A abordagem qualitativa compõe a segunda parte da metodologia deste estudo e propõe uma compreensão particular e profunda dos fenômenos sociais em questão (MINAYO, 1998). Esta abordagem permite a compreensão da subjetividade expressa nos discursos de pessoas envolvidas nos eventos estudados. Segundo Triviños (1987), é necessário observar os sujeitos não em situações isoladas, mas sim na perspectiva de um contexto social, enfatizando a idéia dos significados latentes do comportamento humano. O universo empírico, na pesquisa qualitativa, refere-se ao grupo que será estudado, e ao local onde será realizada a investigação, sendo que o local e o grupo escolhido devem apresentar as melhores condições do problema a ser investigado (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000).

4.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto, que em 2000, apresentava uma população de 504.923 habitantes. Atualmente Ribeirão Preto possui 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 05 Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS) e 16 Hospitais, sendo 6 Maternidades (RIBEIRÃO PRETO, 2005). O estudo foi realizado na Unidade Básica e Distrital de Saúde “Dr Marco Antonio Sahão”, no distrito Sul do Município de Ribeirão Preto - SP. A escolha desta Unidade de Saúde deveu-se ao fato desta unidade ter apresentado um dos maiores índices de nascidos-vivos do município de Ribeirão Preto, sendo 410 nv em 2005 de um total de 7591 e 424 nv em 2006, de um total de 7338. Além disso, Reis (2007) destaca que o fato de esta Unidade de Saúde apresentar um aumento no indicador de aleitamento materno exclusivo em menores de 4 meses, de 14,5% em 1999 para 37,6% no ano de 2003 foi determinante para a escolha desta Unidade para a coleta dos dados.

4.3 População e aspectos éticos

A população estudada constituiu-se de mulheres que compareceram à Unidade Básica e Distrital de Saúde escolhida para a coleta dos dados, para consulta de puericultura de seus filhos de três a doze meses de idade¹ e que aceitaram em participar do estudo, após receberem as informações referentes à pesquisa e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (**APÊNDICE B**).

Para realização do estudo foram seguidas as recomendações da Resolução 196/96 que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Conselho Nacional de Saúde, 1996). Durante a pesquisa os padrões éticos e de dignidade humana foram respeitados. Após o consentimento do Secretário Municipal da Saúde e da Instituição de Saúde

¹ O recorte amostral nesta faixa etária das crianças se justifica como critério do projeto de pesquisa intitulado Deficiência de ferro em crianças de 3 a 12 meses: compreensão de determinantes biológicos, sociais, e suas implicações para o incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo, cuja finalidade é verificar a incidência de deficiência de ferro em crianças menores de 1 ano.

na qual a pesquisa foi realizada, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO A).

4.4 Coleta de dados

Dimensão Quantitativa

Este estudo teve dois momentos distintos para a coleta dos dados. O primeiro foi realizado no dia em que as mães levavam a criança para a consulta de puericultura na Unidade de Saúde.

Buscou-se nesta etapa a identificação de variáveis sociais, demográficas e de saúde da mulher, durante o ciclo grávido-puerperal.

Os dados foram coletados durante contato com a mãe, no dia da consulta de puericultura. Utilizamos um questionário com 18 questões (**APÊNDICE A**), para buscar dados demográficos, informações referentes aos valores de hemoglobina e sinais de intercorrências durante o ciclo grávido-puerperal. O instrumento de coleta de dados foi o mesmo utilizado pela pesquisa multicêntrica, adaptado para esta pesquisa, baseado na literatura revisada e constou de levantamento de dados sobre a gestação da criança do estudo, de caracterização biológica e social da mãe e dados sobre o puerpério. Informações sobre os valores de hemoglobina foram complementadas com dados do Pré-Natal da mulher, por meio de consulta ao prontuário.

Após este procedimento, foram colhidas amostras de sangue da mãe para a dosagem de hemoglobina. Foram coletadas amostras de sangue capilar por meio de punção digital, através de microcuvetas descartáveis, utilizando fotômetro portátil da marca Hemocue®. O resultado era obtido imediatamente pela leitura do aparelho utilizado e a dosagem realizada uma única vez. Para diagnóstico da anemia nas gestantes utilizou-se o critério proposto pelo Ministério da Saúde, que define anemia como a concentração de hemoglobina menor que 11mg/dl (BRASIL, 2000).

A coleta teve início em setembro de 2005 e término em julho de 2006 (10 meses), tendo sido realizada de 2ª à 6ª feira, no período da tarde.

Dimensão Qualitativa

Conduzimos entrevistas semi-estruturadas, partindo de questões norteadoras, que nos ajudaram a explorar e compreender a utilização ou não, da suplementação a base de ferro pelas mulheres participantes do estudo. As entrevistas foram realizadas no período de julho de 2006 a fevereiro de 2007, no domicílio das mulheres, por sua conveniência, garantindo-lhes privacidade e comodidade. Após sorteio, as mulheres foram contactadas e compuseram dois grupos, sendo mulheres que usaram ou não suplementação a base de ferro durante o ciclo-grávido puerperal.

Utilizamos a modalidade de entrevista semi-estruturada, valorizando opiniões e sentimentos das mulheres acerca do tema investigado. De acordo com Minayo (1998), durante uma entrevista, os sujeitos têm a possibilidade de discorrer sobre o tema que lhes foi proposto, sem respostas ou condições estabelecidas previamente pelo pesquisador.

Dessa maneira, entrevistamos 10 mulheres, utilizando as seguintes questões norteadoras:

- Para você, como foi a sua gravidez, você teve algum cuidado especial?
- Você tomava alguma medicação a base de ferro? Por quê?
- Eu gostaria de saber como foi fazer o uso da medicação a base de ferro durante sua gravidez?
- O que fez com que você usasse ou não usasse essa medicação
- Você sabe pra que serve essa medicação?

Todas as entrevistas foram gravadas em fitas cassete e após, transcritas.

4.5 Análise dos Dados

Os dados quantitativos receberam tratamento estatístico utilizando-se o programa Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versão 10.1, para Windows. Para análise destes dados foi realizada uma descrição das frequências das variáveis: idade, estado marital, nível de instrução, trabalho, tipo de habitação, tipo de construção da moradia, realização de pré-natal, local de realização do pré-natal, quando iniciou o pré-natal, número de consultas realizadas, presença de intercorrências na gestação, uso de medicamento com sulfato ferroso na gestação e no pós-parto, tempo de uso do medicamento, intercorrências no pós-parto, valores de hemoglobina na gestação (consulta ao prontuário) e no pós-parto (data da primeira fase da coleta de dados). Para tal, utilizou-se como referência os valores mínimos e máximos, valores médios, desvios-padrão, medianas. Estes dados estão apresentados por meio de distribuição de frequência sob a forma de tabelas e gráficos.

Quanto à análise dos dados qualitativos, foram analisados considerando-se os registros da observação e através da análise de conteúdo, modalidade temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que formam uma comunicação (BARDIN, 1977), e cuja frequência signifique algo para o objetivo analítico visado (MINAYO, 1998). Estes foram analisados buscando compreender os motivos do uso ou não do sulfato ferroso durante a gestação, tendo como base o ponto de vista das mulheres.

A análise dos dados qualitativos foi realizada, de acordo com as etapas de Bardin (1977), da seguinte forma: **a)** pré-análise (fase de organização) – nesta etapa foi realizada a formulação de hipóteses e a elaboração de indicadores para nortear a explicação final; **b)** exploração do material (operação de codificação) – nesta etapa, primeiramente recortou-se o texto em unidades de registro, e após escolheu-se as regras de contagem, seguidas da classificação e agregação dos dados, segundo Minayo (1998); **c)** por último, foi realizado o tratamento dos resultados e sua interpretação.

4.6 Definições conceituais

Neme (2000) define anemia como uma concentração de hemoglobina abaixo dos valores de normalidade, para determinada faixa etária e sexo. Desta forma, a anemia pode ser classificada de acordo com três critérios, a saber: avaliação do volume sanguíneo, determinação dos índices hematimétricos (volume corpuscular médio e hemoglobina corpuscular média) e de acordo com os processos fisiopatológicos determinantes. Segundo Smeltzer e Bare (1998) existem diferentes tipos de anemia, sendo algumas devido a produção inadequada de hemácias, outras à destruição excessiva ou prematura das hemácias, além de perda de sangue, deficiência de nutrientes, fatores hereditários e doenças crônicas, sendo a anemia por deficiência de ferro a mais comum no mundo. O ferro não é adequadamente absorvido quando o indivíduo tem uma dieta muito rica em fibra.

A anemia por deficiência de ferro, ou anemia ferropriva, é a condição na qual todo o ferro do corpo fica abaixo do nível normal. Sua causa habitual nos homens e mulheres pós-mestruação é o sangramento ou má absorção; já nas mulheres na pré-menopausa é a menorragia (SMELTZER; BARE, 1998).

Neste estudo, os valores de hemoglobina foram utilizados para identificar a anemia ferropriva. Desta forma, realizamos a busca de valores de hemoglobina durante o período gestacional por meio de revisão dos prontuários na Unidade Básica e Distrital de Saúde onde o estudo foi realizado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização das mulheres participantes do estudo

Nos meses de setembro de 2005 a julho de 2006, participaram do estudo, 121 mulheres, que compareceram ao serviço acompanhando seus filhos, de 3 a 12 meses, para atendimento na puericultura.

A idade das mulheres variou de 15 a 43 anos, com média de 25,3 anos e desvio padrão da média de 6,5 anos. A faixa etária mais freqüente foi a de mulheres entre 19 e 24 anos. Podemos observar que 14% (11) mulheres eram adolescentes, ou seja, menos de 19 anos, 76,8% (93) estavam na faixa etária entre 19 e 34 anos e 9,1% (11) tinham mais de 35 anos. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1989) a adolescência pode ser delimitada de acordo com o critério cronológico, definido como a fase entre 11 e 19 anos de idade.

De acordo com Faúndes et. al. (2000) não há um intervalo certo de idade para se definir idade fértil. Entende-se que é o período entre a menarca e a menopausa; entretanto, sabe-se que tais idades podem sofrer variações. O Ministério da Saúde (2000) descreve que segundo definição internacional, considera-se idade fértil entre 15 e 49 anos, e no Brasil entre 10 e 49 anos de idade.

Segundo descrito em estudo realizado por Reis (2007), no Brasil em 2004, 68,8% das mulheres que deram a luz tinham entre 20 e 35 anos, e em Ribeirão Preto, no ano de 2005, dentro da mesma faixa etária, 73,8%.

Estudo realizado por Lopes et.al. (2006), que avaliou a prevalência de anemia e hipovitaminose A em puérperas do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP, no Recife, mostra semelhança ao nosso estudo com relação a faixa etária, que variou de 12 a 41 anos, com mediana de 22,5 anos.

Outro estudo que mostrou semelhanças foi o realizado por Rocha et. al. (2005) no Centro de Saúde da Mulher e da Criança em Viçosa – MG. Tal estudo mostrou que das 183 gestantes avaliadas 27,4% eram adolescentes, 3% tinham mais de 35 anos e a maioria, 69,6% tinham entre 20 e 35 anos; com idades variando entre 14 e 38 anos, e média de 23,6 anos.

De acordo com Sonogo (2004) a idade da mulher no momento da gestação pode trazer riscos perinatais, no entanto, Rezende (1998) afirma que não há consenso quanto aos limites de idade para a mulher engravidar, considerando risco e intercorrências. Sonogo (2004) segue discutindo que os riscos inerentes aos extremos da vida reprodutiva, podem ser controlados com aparato tecnológico, se tivermos apenas a perspectiva do risco biológico. No entanto, a situação social e a dinâmica familiar devem ser consideradas, pois muitas vezes a mulher assume a maternidade sozinha, sem o apoio do parceiro, não tendo oportunidade de maior educação e emprego.

Quanto ao estado marital, 76,8% (93) viviam com um companheiro, e a ocupação da maioria das mulheres estava relacionada às atividades domésticas no lar, pois 75% (90) referiram não ter atividade laboral (Tabela 1).

Como podemos observar, as mulheres têm suas atividades restritas em seu domicílio, compreendendo o cuidado do filho e a organização do cotidiano familiar. Segundo Buschini (2000), esse fator determina a posição secundária ocupada pelas mulheres no mercado de trabalho.

A atividade laboral pode ter relação com o nível de escolaridade das mulheres, sendo que a maioria das mulheres que participaram do estudo, apresentou baixa escolaridade: 36,3% (44) referiram ter ensino fundamental incompleto, seguidas de 23,1% (28) com ensino médio completo. Chama-nos a atenção o fato de que 4 mulheres (3,3%) eram analfabetas (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição das puérperas entrevistadas, segundo faixa etária, escolaridade, estado marital, atividade laboral, tipo de moradia e tipo de construção, Ribeirão Preto (SP), 2006.

FAIXA ETÁRIA (EM ANOS) n=121	N	%
15 a 18 anos	17	14,0
19 a 24 anos	49	40,5
25 a 29 anos	21	17,4
30 a 34 anos	23	19,0
35 ou mais	11	9,1
ESCOLARIDADE n=121		
Analfabeta	04	3,3
Ensino fundamental incompleto	44	36,3
Ensino fundamental completo	19	15,7
Ensino médio incompleto	21	17,3
Ensino médio completo	28	23,1
Ensino superior incompleto	02	1,6
Ensino superior completo	03	2,4
VIVE COM COMPANHEIRO		
Sim	93	76,8
Não	28	23,1
TIPO DE MORADIA n=121		
Casa	117	96,7
Apartamento	02	1,6
Barraco	02	1,6
TIPO DE CONSTRUÇÃO n=121		
Madeira	09	7,4
Alvenaria	111	91,7
Mista	01	0,8

OBS: A amostra referente ao tipo de trabalho que a mulher exerce apresenta-se com n = 120, pois um instrumento encontrava-se sem preenchimento.

Com relação à escolaridade, em nosso estudo podemos observar que a maioria das mulheres (36,3%) apresenta ensino fundamental incompleto, ou seja, menos de oito anos de estudo. Rocha et. al. (2005) mostraram em seu estudo que a maioria das gestantes, (61,3%), não tinha o primeiro grau completo e apenas 2,4% tinham doze ou mais anos de estudo. Estudo realizado por Gomes et. al. (1999) encontrou entre mulheres grávidas, 3,0% de analfabetas; 39,2% com primeiro grau incompleto; 10,1% com primeiro grau completo; 6,4% com segundo grau incompleto; 17,2% com segundo grau completo; 5,3% com terceiro grau incompleto e 18,8% com terceiro grau completo.

Lopes et. al. (2006), em estudo citado anteriormente, mostram uma maior frequência de mulheres que estudaram de 4 a 8 anos, ou seja, apresentam ensino fundamental completo ou incompleto. O que também mostra o estudo de Mengue et. al, (2004), que entrevistou 5.564 gestantes;

destas, 20,9% tinham menos de quatro anos de estudo, 23,9% de cinco a sete anos, 21,4% de oito a onze anos e 33,8% mais de onze anos de estudo.

Concordamos com Oliveira (2000) quando discute escolaridade como um fator que merece atenção, pois fornece subsídios de como conduzir as orientações na assistência pré-natal; e outro fator importante de salientar, é que quanto maior a escolaridade, maior a frequência do uso de medicamentos (MENGUE et. al., 2004).

Com relação à situação marital, observamos que nosso estudo apresenta similaridade aos realizados por Lopes et. al. (2006) e Mengue et. al. (2004), que fazem referência ao estado marital das mulheres, mostrando que a maioria delas refere viver com o companheiro, 91,7 e 92,3% respectivamente. Esta situação também parecida com o que Gomes et. al. (1999) e Mengue et. al. (2004) trazem em seus estudos, onde 85,3% e 92,3%, respectivamente, das mulheres referiram viver com companheiro e 14,7% e 7,7%, respectivamente, viver sem companheiro.

Com relação ao tipo de moradia das mulheres participantes do estudo, podemos observar que 96,7% das mulheres moram em casas, e o tipo de construção predominante é alvenaria, 91,7%. Lima (2006) em seu estudo mostra que entre as mulheres entrevistadas, 3% moram em barraco, 8,9% em cortiço, 73,8% em casa e 14,4% em apartamento, e que apesar de a maioria viver em condições adequadas, uma pequena parcela das mulheres ainda vivem em situações precárias, ou seja, tem como moradia um barraco, situação que afeta as condições de vida do ser humano. Situação semelhante à de nosso estudo, onde a maioria das mulheres referiu morar em casa.

5.2 Características do ciclo grávido-puerperal das mulheres participantes do estudo

Apesar do período gestacional não ser considerado como doença, a gestante está sujeita a alguns desconfortos, que são inerentes à gravidez e que podem ser intensificados, caracterizando intercorrências como por exemplo, náuseas e vômitos em excesso, edema e hipertensão arterial, hemorragia, contrações, anemia, problemas por incompatibilidade sanguínea, entre outros.

Neste estudo, as mulheres participantes foram investigadas quando a presença das intercorrências mais freqüentes, apontadas pela literatura revisada. Na Tabela 2 apresentaremos a descrição da frequência com que estas intercorrências ocorreram durante a gestação das mulheres do estudo.

Tabela 2 – Distribuição das puérperas entrevistadas segundo intercorrência apresentada durante a gestação, Ribeirão Preto (SP), 2006.

	N	%
HIPERÊMESE¹		
Sim	14	11,6
Não	106	88,4
Total	120	100,0
EDEMA E PRESSÃO ALTA		
Sim	15	12,4
Não	106	87,6
Total	121	100,0
HEMORRAGIA		
Sim	12	9,9
Não	109	90,1
Total	121	100,0
CÓLICAS E/OU CONTRAÇÕES		
Sim	26	21,5
Não	95	78,5
Total	121	100,0
ANEMIA¹		
Sim	29	24,2
Não	91	75,8
Total	120	100,0
PROBLEMAS POR CAUSA DO TIPO DE SANGUE¹ (Incompatibilidade ABO e/ou Rh)		
Sim	1	0,8
Não	119	99,2
Total	120	100,0
OUTRAS DOENÇAS/INTERCORRÊNCIAS² (Infecção urinária, cansaço, dispnéia, pneumonia)		
Sim	20	87,0
Não	3	13,0
Total	23	100,0

Obs.: ¹ ausência de resposta para as referidas questões =120

² Vários formulários não apresentam resposta pra questão, o que pode sugerir que não apresentaram outras doenças/intercorrências

Náuseas e vômitos de intensidade fraca ou moderada são freqüentes durante o início da gestação, afetando entre 50 a 70% das mulheres durante a gestação. Sua ocorrência é mais incidente entre a 5ª e 12ª semanas e pode se estender até o segundo trimestre de gestação. A hiperêmese gravídica é um evento relativamente raro, segundo Olds (2004), ocorre em cerca de 1% das gestações e é caracterizada por vômitos incontroláveis durante o período gestacional. O estágio avançado da manifestação emética simples atinge, segundo Duarte et. al. (2003), 0,5% das gestantes. Situação diferente da encontrada em nosso estudo, onde 11,6% das mulheres referiram ter apresentado hiperemese. Esta diferença de incidência encontrada entre a revisão da literatura e nosso estudo, pode ser resultado de uma compreensão equivocada do que seja Hiperemese gravídica sendo assim, confundida com náuseas e vômitos na gravidez.

Com relação à presença de hipertensão, a literatura mostra que é a complicação mais comum na gestação, ocorrendo em 10 – 20% das gestações e sendo responsável por 15% das internações hospitalares na gravidez (KAHHALE e ZUGAIB, 1997; OLDS, 2004; OLIVEIRA, et. al., 2006). A hipertensão na gravidez tem repercussões em vários órgãos e sistemas, causando complicações na gravidez e no puerpério. Neste estudo o valor encontrado foi de 12,4%, ou seja, de acordo com os estudos citados. Uma das limitações da variável hipertensão para este estudo foi a de que hipertensão na gestação é classificada de acordo com a National Institutes of Health (NIH) em pré-eclâmpsia e eclâmpsia, hipertensão crônica, hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta e hipertensão gestacional. O instrumento de coleta de dados nos deu apenas a informação sobre hipertensão geral.

A literatura considera que uma em cada cinco gestações possa ser complicada por sangramento. A presença de sangramento na gestação pode prejudicar tanto a mãe quanto o feto, a perda de sangue materno, diminui a capacidade de transporte de oxigênio, predispõe a mulher a maior risco de hipovolemia, anemia, infecção, trabalho de parto prematuro e parto prematuro (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

As contrações uterinas podem ser sentidas após o quarto mês de gestação. Se forem indolores e de intensidade e frequência constantes, são denominadas contrações de Braxton Hicks, caso contrário, podem ser diagnosticadas como contrações de trabalho de parto, que é classificado como prematuro se estas acontecerem da 20^a a 37^a semana de gestação. (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002). Em se tratando do nosso estudo, tentamos identificar a presença de trabalho de parto prematuro, a qual foi identificada em 21,5% dos casos.

No que diz respeito a anemia durante a gestação, em nosso estudo 24,2% das mulheres referiu ter apresentado durante a gestação, quadro diferente do apresentado por Leal et. al. (2004), onde encontraram que 37,1% das mulheres com anemia durante o período gestacional. A anemia por deficiência de ferro é a complicação médica mais comum na gestação (OLDS, 2004), principalmente como consequência da expansão do volume do plasma sem uma expansão da massa de hemoglobina materna. A maior necessidade do aumento de ferro durante a gestação ocorre na segunda metade da gravidez. A mulher com anemia por deficiência de ferro pode ser assintomática, porém mais susceptível a infecções, pode apresentar cansaço frequente, tem chances maiores de desenvolver pré-eclampsia e hemorragia pós-parto (OLDS, 2004).

A incompatibilidade Rh ocorre quando uma mãe Rh negativo tem um feto Rh positivo, assim, ela forma anticorpos contra as células do sangue fetal. A incidência dessa sensibilização vem diminuindo, porém ainda ocorre em 1,5% de todas as gestações (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002). Na população estudada por nós, identificamos a presença de tal intercorrência em 0,8 % das mulheres.

Com relação a presença de outras doenças / intercorrências é sabido que o cansaço e a dispnéia são sinais que podem caracterizar clinicamente a anemia (DUARTE et. al., 2003; BACHA, 2001). Já a presença de pneumonia, de acordo com Neme (2000), como as gestantes apresentam diminuição da resposta imunológica, são mais susceptíveis às infecções respiratórias. Com relação a

presença de infecção urinária, elas são freqüentes durante a gravidez, devido a alterações anatômicas e funcionais do trato urinário (DUARTE et. al., 2003).

No que diz respeito a intercorrências apresentadas no puerpério e o manejo das mesmas com procedimentos médicos, obtivemos os dados que estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3- Distribuição das puérperas entrevistadas segundo intercorrência apresentada após o parto, Ribeirão Preto (SP), 2006.

	N	%
HIPERTENSÃO		
Sim	7	5,8
Não	114	94,2
Total	121	100,0
INFECÇÃO		
Sim	12	9,9
Não	109	90,1
Total	121	100,0
TRANSFUSÃO ¹		
Sim	3	2,5
Não	116	97,5
Total	119	100,0
OUTRAS DOENÇAS / INTERCORRÊNCIAS ² (cansaço, dispnéia, pneumonia)		
Sim	6	66,7
Não	3	33,3
Total	9	100,0

Obs.: ¹ não foram encontradas respostas em dois formulários = 119

² em 112 formulários não foram encontradas respostas, o que pode sugerir que não apresentaram nenhuma intercorrência no parto = 9

A hipertensão arterial no pós-parto pode ser resultante da presença desta durante a gestação. Segundo Neme (2000), a mulher que teve diagnóstico de hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia, apresenta normalização da pressão arterial em até 6 semanas após o parto, já naquela que apresentou hipertensão crônica, os níveis pressóricos podem persistir elevados por mais de 6 semanas após o parto. Como nosso instrumento não diferencia os tipos de hipertensão, não temos como saber que tipo de hipertensão essa mulher apresentou no pós-parto.

A infecção pós-parto constitui uma das principais causas de morbidade e mortalidade materna em todo mundo. Segundo Machado e Praça (2004) acometem 0,16% das mulheres e de acordo com Nomura; Alves e Zugaib (2005) 1,51%. Os fatores de risco para a infecção uterina no pós-parto incluem entre outros, o estado de saúde comprometido, como baixo nível sócio-econômico, anemia, obesidade fumo e uso de drogas ilícitas (OLDS, 2004). No presente estudo 9,9% das mulheres referiram ter apresentado infecção após o parto, o que difere em parte com a literatura revisada. A desigualdade de incidência encontrada entre a revisão da literatura e nosso estudo, pode ser resultado de uma dificuldade de entendimento do que é realmente uma infecção, além disso, não especificamos para as mulheres a que tipos de infecção estávamos nos referindo.

Com relação à necessidade de transfusão no pós-parto, estudo apresentado por Nomura; Alves e Zugaib (2004) mostra que existe diferença na proporção de necessidade de transfusão de acordo com o tipo de parto, sendo maior pós-parto cesárea. A proporção apresentada foi de 1,9 e 0,39% pós-partos cesárea e normal, respectivamente. Em nosso estudo, 2,5% das mulheres disseram ter sido transfundidas.

Com relação as outras doenças/ intercorrências apresentadas no pós-parto, elas se referem a pneumonia, cansaço e dispnéia. Segundo Duarte et. al. (2003) e Bacha (2001), cansaço e dispnéia são sinais que caracterizam a anemia.

A hemorragia pós-parto é a principal causa de mortalidade materna em nosso país, perfazendo um total de 25% dos óbitos maternos (CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006), e é responsável também por altos índices de morbidade materna (DOUMOUCTSIS; PAPAGEORGHIU; ARULKUMARAN, 2007) A tabela 4 mostra a distribuição das puérperas segundo perda sanguínea aumentada após o parto.

Tabela 4 – Distribuição das puérperas segundo perda sanguínea aumentada após o parto, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 114.

PERDA SANGÜÍNEA AUMENTADA APÓS O PARTO	N	%
Sim	20	17,5
Não	94	82,5
Total	114*	100,0

* Em sete prontuários não encontramos resposta para tal questionamento.

Segundo Nomura; Alves e Zugaib (2004), as complicações hemorrágicas do pós-parto estão em número de 2,09% do total de partos. Segundo Waterstone; Bewley e Wolfe (2001), das complicações obstétricas, a morbidade secundária à hemorragia é a mais incidente, manifestada por anemia ferropriva, fadiga e complicações circulatórias. Como prevenção das complicações inerentes à hemorragia pós-parto, principalmente da transfusão sanguínea e da anemia, está o manejo ativo do terceiro período clínico do parto e acompanhamento da puérpera no quarto período clínico do parto.

Durante o ciclo grávido-puerperal, a atenção básica durante a gestação é fundamental e muitas vezes determinante dos resultados perinatais. O acompanhamento pré-natal deve incluir ações de prevenção, promoção da saúde e tratamento dos problemas identificados, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2000). O seguimento pré-natal pode ser realizado tanto em serviços públicos como em particulares ou conveniados. Em nosso estudo, obtivemos 75% (90) mulheres que realizaram este acompanhamento da rede pública municipal (Tabela 5).

Tabela 5 – Distribuição dos locais de realização do seguimento pré-natal, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 120

LOCAIS DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL	N	%
Hospital Público	6	5,0
Centro ou posto de saúde	90	75,0
Médico particular	2	1,7
Médico Convênio	4	3,3
Outros	18	15,0
Total	120	100,0

Obs.: Uma puérpera não realizou pré-natal.

Podemos observar que a maioria das mulheres (75%) referiu ter realizado pré-natal em Centro ou Posto de Saúde, o que mostra que grande parte não disponibiliza de serviço de saúde particular ou conveniado, característica predominante em nosso país, onde a significativa parcela da população recorre ao Sistema Único de Saúde. Estudo realizado por Davim et.al. (2003) mostra situação semelhante quando aponta a rede básica de saúde como o local escolhido pela maioria das entrevistadas para realização do pré-natal, sendo citada por 80% das mulheres, seguida pela unidade hospitalar, 16,67% e pela clínica particular, 3,3%.

A assistência pré-natal constitui-se num conjunto de procedimentos clínicos e educativos, como por exemplo, orientações com relação à gestação, parto e puerpério, com o objetivo de acompanhar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante e da criança. Diante de tal importância, analisamos entre as mulheres entrevistadas o mês em que iniciaram o seguimento pré-natal e o número de consultas em que compareceram.

Com relação ao mês que iniciaram o seguimento pré-natal, de acordo com os dados obtidos, quatro semanas foi a idade gestacional mínima e 32 semanas a máxima, apresentando uma média de 10 semanas para início do seguimento. Segundo recomendação do Ministério da Saúde, a primeira consulta de pré-natal deve ser realizada com até 120 dias de gestação, ou seja, no primeiro trimestre (BRASIL, 2005). Estudo realizado por Rocha et. al. (2005) mostra situação semelhante a encontrada no presente estudo, mostrando que 70,9% das mulheres entrevistadas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e apenas 2,4% no último.

O Ministério da Saúde mostra que de 1995 para 2003 houve um aumento do número de consultas de pré-natal por parto em mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde, crescimento este de 1,2 consultas para 5,1, respectivamente (BRASIL, 2005b). O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento recomenda que durante a gestação as mulheres realizem no mínimo seis consultas de pré-natal, em nosso estudo observamos que 10,9% das mulheres realizaram menos de 6 consultas e 81,5% mais que seis, tendo como média oito consultas; sendo assim, podemos considerar

que nossas puérperas iniciaram e realizaram seguimento pré-natal de acordo com o encontrado na literatura e o preconizado.

Durante o pré-natal, ocorre a investigação e o rastreamento de possíveis agravos à saúde da mulher que podem repercutir no desenvolvimento da gravidez. Offerhaus, Fleuren e Wensing (2005) apontam que a anemia deve ser rotineiramente rastreada durante o pré-natal. As ações de promoção da saúde também devem ser utilizadas no acompanhamento pré-natal. De acordo com Pernilla, Dejin-Karlsson e Udén (2006), educação em saúde é considerada como a ação mais importante na prevenção de agravos. Para tal, as ações educativas no pré-natal devem ser adequadas às condições sociais e culturais das mulheres e focar tanto a saúde da mulher quanto a do feto. As orientações relativas a prevenção da anemia no pré-natal podem abordar a importância do uso de suplemento a base de ferro regularmente durante os três trimestres da gestação, necessidade de ingerir alimentos ricos em ferro diariamente inclusive no período puerperal e ainda a importância de um intervalo de pelo menos dois anos entre uma gestação e outra.

A qualidade da assistência pré-natal não deve apenas ser avaliada pelo número de consultas realizadas, mas sim pela forma como são realizadas as consultas, incluindo o acolhimento, vínculo com a gestante e o acompanhante, exames laboratoriais e complementares do diagnóstico, como preconizado pelo Ministério da Saúde. Neste sentido, o número de consultas realizadas durante o acompanhamento pré-natal não deve ser o único parâmetro de avaliação do mesmo.

5.3 Caracterização da anemia ferropriva, níveis de hemoglobina e utilização de suplemento a base de ferro

Na busca pela identificação dos valores de hemoglobina, durante o pré-natal, das mulheres que participaram do estudo, observamos que não foi possível identificar os valores de hemoglobina para todas as mulheres, visto que algumas delas não possuíam prontuário no serviço de saúde e ou

não foi encontrado o resultado do hemograma no prontuário. O gráfico 1, mostra a variação dos valores de hemoglobina nas mulheres que participaram do estudo, durante o seguimento pré-natal.

Gráfico 1 - Distribuição dos resultados da hemoglobina das puérperas participantes do estudo, durante o seguimento pré-natal (n = 78).

Através do gráfico podemos observar os valores da hemoglobina nas gestantes distribuídos dentro de valores normais. Observamos que o valor mínimo encontrado da hemoglobina foi 8 g/dl, o máximo 15 g/dl e a média 12,1 g/dl; tendo como desvio padrão 1,26.

A partir da análise dos prontuários pudemos identificar que 1,3% (01) das mulheres, durante a gestação, apresentavam hemoglobina menor que 10 g/dl, 28,2% (22) entre 10 e 11 g/dl e 70,5% (55) maior que 11 g/dl, no total das 78, 29,5% (23) apresentaram concentração de hemoglobina menor que 11 g/dl. Em estudo realizado por Rocha et. al. (2005), em um serviço público de saúde no município de Viçosa – MG, foi encontrado 21,4% das gestantes com anemia, considerando ponto de corte de hemoglobina menor que 11 g/dl. Em contrapartida, estudo desenvolvido na Austrália mostrou uma

prevalência de anemia por deficiência de ferro em gestantes, entre 10 a 11% (MAKRIDES et al, 2003). O que mostra que as diferenças sócio-econômicas tem relação com a anemia, ou seja, é uma doença que afeta mais os países em desenvolvimento.

Com relação aos valores de hemoglobina encontrados durante o puerpério, observamos entre as 120 mulheres que o valor mínimo foi 6,1g/dl, o máximo 16,3g/dl com média 12 g/dl. Como consideramos anêmica a mulher com hemoglobina menor que 11 g/dl, em acordo com o valor considerado pelo Ministério da Saúde, encontramos em nosso estudo a ocorrência de anemia no puerpério em 10,3% das mulheres entrevistadas.

Em estudo realizado por Lopes et. al. (2006) observou-se que 43,1% das puérperas de alta hospitalar, apresentaram concentração de hemoglobina menor que 10 g/dl e 65,3% menor que 11,0 g/dl. Em nosso estudo identificamos que 89,7% das mulheres, com período de puerpério de 3 a 12 meses, não apresentavam anemia, fato que pode ser explicado pelo tempo de pós-parto, pois segundo Neme (2000) ocorre uma queda no número de hemácias nos primeiros dias de pós-parto. O puerpério é convencionalmente um período em que a mulher está com menor risco de adquirir anemia por deficiência de ferro, uma vez que é esperado que os níveis de ferro aumentem durante o período pós-parto, como afirmam Bodnar, Cogswell e Mcdonald (2005). As reservas de ferro no sangue da mãe sofrem um aumento devido a expansão das células vermelhas do sangue, contrastando a perda sanguínea no momento do parto. Dados do National Health and Nutrition Examination Survey (NHNES), indicam que a anemia por deficiência de ferro tem prevalência de 4,2% entre todas as mulheres americanas com tempo de pós-parto de 0 a seis meses (BODNAR; COGSWELL; SCANLON, 2003).

O Ministério da Saúde recomenda que toda gestante deve receber, como medida de prevenção da anemia ferropriva, suplementação a base de ferro a partir da 20ª semana. Assim, a orientação e a prescrição do sulfato ferroso deve ser uma prática adotada pelos profissionais de saúde que conduzem

e participam da assistência pré-natal. A Tabela seis mostra a distribuição das mulheres segundo a orientação e utilização de suplemento a base de ferro.

Tabela 6 – Distribuição das puérperas entrevistadas segundo orientação para o uso de suplemento à base de ferro na gestação e a sua utilização. Ribeirão Preto (SP), 2006. N= 120

	N	%
ORIENTAÇÃO PARA USO		
Sim	110	90,9
Não	10	8,3
UTILIZAÇÃO		
Sim	99	81,8
Não	22	18,2

* Um dos prontuários não apresentou resposta para a questão.

Através dos dados coletados podemos observar que 90,9% (110) das mulheres referiram ter sido prescrito o uso de suplemento a base de ferro durante a gestação, e destas, 18,2% (22) não o fizeram. Além disso, podemos observar que a maioria das gestantes, 81,8% (99) usou suplemento a base de ferro. Das gestantes que fizeram uso do suplemento a base de ferro, um mês foi o período mínimo e nove meses o máximo, com média de uso de quatro meses.

Nosso estudo está em concordância com o de Carmo e Nitrini (2004), no que se refere a prescrição do suplemento a base de ferro, o qual foi realizado com gestantes do SUS de Piracicaba – SP, com o objetivo de traçar o perfil de prescrição de medicamentos entre estas. No referido estudo, identificaram que entre os grupos farmacológicos mais prescritos estão os medicamentos que atuam sobre o sistema hematopoiético (produtos que tinham como princípio ativo sulfato ferroso, compostos de ferro associados a suplementos vitamínicos, ácido fólico e ácido fólico associado a suplementos vitamínicos) – 34,9%; os anti-infecciosos – 21,2% e os que atuam sobre o sistema digestivo – 15,6%.

Com relação ao uso do suplemento, nosso estudo mostra resultado similar ao encontrado nos estudos de Lopes et. al. (2006), onde a maioria das gestantes (66,7%) referiu ter usado suplemento a

base de ferro, e no de Gomes et. al. (1999) onde 86,7% das mulheres referiu ter usado vitaminas e sais minerais durante a gestação.

Segundo Mengue et. al. (2001), em estudo realizado com o intuito de descrever os medicamentos utilizados por gestantes que fizeram pré-natal em serviços do SUS, o uso de antianêmicos e vitaminas foi relatado por 57,2% das gestantes entrevistadas, correspondendo a 34,5% de todos os medicamentos utilizados.

Outros estudos mostram resultados diferentes com relação ao uso do suplemento a base de ferro. Rocha et. al. (2005) mostram que entre as gestantes analisadas 35,7% não estavam fazendo uso de suplementação, e destas 21,6% já estavam com 20 semanas ou mais de gestação. Osório-de-Castro et. al. (2004), em estudo que teve por objetivo analisar a utilização de medicamentos entre gestantes que tiveram partos em Maternidades do município do Rio de Janeiro, mostra que das 20.287 referências feitas com relação ao uso de medicamentos durante a gravidez, o sulfato ferroso aparece em 14,4% das citações.

Assim, observamos que as mulheres participantes do presente estudo, em sua maioria, receberam prescrição de uso do sulfato ferroso e fizeram uso. Os profissionais de saúde, que atenderam tais mulheres durante a gestação, estão seguindo a recomendação do Ministério da Saúde no que concerne a prescrição do suplemento para todas as gestantes a partir da 20ª semana de gestação.

Com relação a utilização de suplemento a base de ferro durante o puerpério, quando perguntamos as mulheres se haviam feito uso a maioria referiu que sim. Através da tabela 7 apresentaremos dados referentes ao uso deste tipo medicamento no puerpério.

Tabela 7 – Distribuição das mulheres quanto a utilização de suplemento à base de ferro durante o puerpério, Ribeirão Preto (SP), 2006.

	N	%
ORIENTAÇÃO PARA USO n=118		
Sim	88	74,5
Não	30	25,5
UTILIZAÇÃO n= 121		
Sim	81	66,9
Não	40	33,1

Em nosso estudo, podemos observar que a maioria das mulheres referiu ter sido prescrito a suplementação, e elas o fizeram por um mês (70% - 84,7) ou dois (23% - 15,3). Segundo recomendação do Ministério da Saúde toda puérpera deve utilizar tal medicamento até 120 dias após o parto, também para prevenir a anemia (BRASIL, 2005a). Dessa forma, constatamos que as mulheres que participaram do nosso estudo fizeram uso do suplemento por período inferior ao recomendado, e os dados que foram obtidos por meio do formulário de investigação não nos permite discutir se as mulheres não usaram pelo fato de não ter sido prescrito ou por outro motivo.

Isso mostra que as mulheres durante a gestação seguem as recomendações com mais cautela do que no puerpério, pois existe uma vida dependendo delas. Após o parto, tudo se modifica, as atenções nesse momento são dirigidas a criança, e se algum cuidado é destinado a mãe, o fim certamente é a criança. Tal situação é identificada até mesmo quando pesquisamos sobre o puerpério, pois poucos artigos abordam exclusivamente a mãe e suas necessidades, e os que abordam a mulher tem a criança e suas necessidades como plano de fundo.

Em relação ao local onde realizou o pré-natal e a utilização ou não do sulfato ferroso, observamos que não há diferenças entre fazer o pré-natal em serviços públicos ou privados e usar o sulfato ferroso, como mostra a tabela 8.

Tabela 8 – Associação entre local onde realizou o pré-natal e a utilização ou não de sulfato ferroso, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 120

		Utilização		Total
		Sim	Não	
Local de realização do pré-natal	Hospital Público	n	4	2
		%	4,1	9,1
	Centro ou posto de saúde	n	74	16
		%	75,5	72,7
	Médico particular	n	1	1
		%	1,0	4,5
	Médico Convênio	n	4	0
		%	4,1	0,0
	Outros	n	15	3
		%	15,3	13,6
	Total	n	98	22
		%	100,0	100,0

($\chi^2 = 3,19$; $p=0,526$);

Gomes et. al. (1999) citam em seu trabalho que esperavam menor proporção no uso de medicamentos pela clientela do setor privado do que no setor público, por considerar a do setor privado mais saudável devido ao nível socioeconômico mais elevado, porém, encontraram o contrário. Ziaei et al (2007) não encontraram diferenças, para o uso de suplementação a base de ferro na gestação, quando analisaram as variáveis idade gestacional, idade da gestante, paridade e nível sócio-econômico.

Com relação a concentração de hemoglobina durante a gestação e o uso ou não de suplemento de ferro no mesmo período, apresentamos a tabela 9.

Tabela 9 – Associação entre a média de concentração de hemoglobina no pré-natal e a utilização ou não de suplemento a base de ferro, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 78

	Utilização	N	Média	Desvio Padrão
Resultado do último exame de hemoglobina	Sim	58	12,0	1,239
	Não	20	12,2	1,342

Através dos resultados apresentados na tabela 10, podemos observar que não houve diferença entre as médias de concentração de hemoglobina durante a gestação e o uso ou não de suplemento no mesmo período. O que difere do apresentado em um estudo realizado no Parkland Hospital (CUNNINGHAM et. al., 2000) onde mostraram que a frequência de anemia durante a gestação varia dependendo ou não do uso de ferro suplementar durante a gravidez, ou seja, em média, o valor de hemoglobina encontrado nas que usaram ou não foi 12,4g/dl e 11,3g/dl, respectivamente.

Considerando estes resultados, Cogswell et al. (2003) seguem discutindo a proposta de um programa de suplementação de ferro na gestação, que seja seletivo, que seja baseado em um rastreamento de gestantes no primeiro e segundo trimestres de gestação utilizando dosagens de hemoglobina e ferritina. Os autores recomendam que o suplemento a base de ferro não seja prescrito para mulheres que não são anêmicas. Já no terceiro trimestre, as gestantes receberiam o suplemento, mas adequado aos seus níveis de hemoglobina.

Quando comparamos o valor da hemoglobina da mulher, no puerpério, com a prescrição ou não de sulfato ferroso por um mês ou mais, no pós-parto, não encontramos diferença significativa entre as médias, o que podemos verificar na tabela 10.

Tabela 10 – Associação entre a hemoglobina materna e a prescrição de sulfato ferroso por um ou mais meses, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 121

	Prescrição de ferro	N	Média	Desvio Padrão
Hemoglobina da mãe	Até 1 mês	63	13,00	1,341
	Mais de 1 mês	57	12,83	1,654

Ao associarmos o valor da hemoglobina durante a gestação e o puerpério com o uso de ferro no mesmo período, não encontramos diferenças significativas, pois o uso de ferro não mostra associação com o valor da hemoglobina, estando esta nas duas situações com concentração média maior que 12 g/dl, ou seja, ausência de anemia tendo ou não usado a suplementação durante os períodos recomendados.

Lopes et. al.(2006) em associação similar, analisando 25 mulheres com Hb maior que 11 g/dl, encontrou que destas, 52% não usaram ferro. Tais situações é que criam os argumentos a favor e contra o uso de suplemento de ferro durante a gestação, os quais foram apresentados e discutidos anteriormente.

Ao analisamos as intercorrências apresentadas pelas mulheres durante a gestação com o resultado do exame de hemoglobina também neste período, encontramos as seguintes situações, apresentadas nas tabelas que seguem.

Tabela 11 – Associação entre valor da hemoglobina e a presença de hiperêmese, hipertensão, hemorragia, cólicas e/ou contrações e anemia durante a gestação, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 78

	Durante a gravidez apresentou	N	Média	Desvio Padrão
Resultado do último exame de hemoglobina	Hiperêmese (vômitos intensos que necessitam internação)			
	Sim	9	11,84	1,591
	Não	69	12,14	1,221
	Edema mais pressão alta			
	Sim	9	11,37	1,515
	Não	69	12,20	1,203
	Hemorragia			
	Sim	6	12,33	1,240
	Não	72	12,08	1,268
	Cólicas e/ou contrações			
	Sim	16	12,48	1,218
	Não	62	12,01	1,262
	Anemia			
	Sim	19	12,15	1,661
	Não	58	12,08	1,127

n= 78, pois as mulheres ou não apresentavam resultado de hemoglobina no prontuário ou não tinham prontuário no serviço.

A literatura mostra que a anemia durante a gestação associa-se a uma mãe com fadiga e cansaço, além da chance de trabalho de parto prematuro duas vezes maior que entre as não anêmicas (OPS, 1995; SCHOLL, 1998).

Em nosso estudo, ao analisarmos as intercorrências apresentadas durante a gravidez com o valor da hemoglobina no mesmo período, identificamos que não há associação, pois dentre as mulheres que referiram intercorrências, a média da hemoglobina estava acima de 11 g/dl, situação que não é considerada anemia durante a gravidez; portanto, não encontramos associação. Mesmo entre as

que referiram anemia durante a gestação, a média encontrada foi de 12,1g/dl, com desvio padrão de 1,66.

Na tabela que segue, analisaremos a presença de perda sanguínea aumentada, referida pela puérpera, no pós-parto associado à concentração de hemoglobina durante a gestação.

Tabela 12 - Associação entre valor da hemoglobina durante a gestação e a perda de sangue no após o parto, Ribeirão Preto (SP), 2006. N = 74

Perdas sanguíneas após o parto (referida pela puérpera)		N	Média	Desvio Padrão
Resultado do último exame de hemoglobina	Sim	11	11,81	1,190
	Não	63	12,13	1,252

Observamos que não houve associação entre valores de hemoglobina, na gestação, menores que 11g/dl e presença de sangramento aumentado no pós-parto, pois o valor médio da hemoglobina entre as mulheres que referiram tal intercorrência foi de 11,8g/dl. De acordo com a literatura, as mulheres com anemia tornam-se mais predispostas a infecção e com menor tolerância a perda sanguínea (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Quando analisamos a idade da mãe e a presença ou não de anemia encontramos a situação descrita na tabela abaixo.

Tabela 13 – Associação entre a idade materna e a presença de anemia, Ribeirão Preto (SP), 2006. N=121

Anemia da mãe		N	Média	Desvio padrão
Idade Mãe	Sim	8	25,25	6,364
	Não	113	25,27	6,518

OBS: A diferença de média de idade da mãe entre anemia e não anemia não foi significativa ao nível de 5%.

Podemos observar que a idade não interferiu, pois a média tanto para presença de anemia ou não foi de 25 anos. Diferente do apresentado no estudo de Betiol (2005) onde 1/3 (31,3%) das gestantes anêmicas eram adolescentes.

Na busca pela identificação das razões pelas quais as mulheres participantes deste estudo utilizaram ou não o suplemento à base de ferro durante a gestação, realizamos entrevistas guiadas por questões norteadoras. Desta forma, entrevistamos 10 mulheres, escolhidas aleatoriamente, que participaram da primeira fase do estudo, em seus domicílios, seguindo suas preferências de horário e local.

O perfil de cada uma delas está apresentado no quadro 1, foram utilizados nomes fictícios.

Quadro 1 – Perfil das mulheres segundo idade, presença de companheiro, escolaridade e atividade laboral.

Nome	Idade	Vive com companheiro	Escolaridade	Atividade laboral
Vilma	32	Sim	Ensino fundamental incompleto	Não
Maria	29	Sim	Ensino médio incompleto	Não
Dalva	20	Não	Ensino médio incompleto	Não
Roseli	20	Sim	Ensino médio completo	Não
Nilce	19	Sim	Ensino médio completo	Não
Célia	23	Sim	Ensino médio completo	Não
Thaís	33	Não	Ensino fundamental incompleto	Não
Maura	28	Sim	Ensino superior completo	Não
Vera	35	Sim	Ensino médio completo	Não
Ana	19	Não	Ensino médio completo	Não

Entrevista 1 – Vilma

Vilma morava com o marido e o filho. Referiu que no começo a gravidez foi complicada, pois teve hemorragia e quase perdeu a criança, mas que passado isso não teve mais nada. Vilma mostra-se calma e comunicativa, respondendo a tudo que era questionada. Recebeu-me em sua casa, na companhia do filho. Ao término da entrevista mostrou-se disposta a esclarecer as dúvidas que surgissem.

Entrevista 2 – Maria

Maria morava com o marido e duas filhas, a mais velha com 6 anos e a caçula com 6 meses. Referiu ter tido uma gravidez complicada, pois teve ameaça de aborto, precisou ficar muito tempo de repouso e por conta da situação parou de trabalhar, e continua em casa. Maria era uma mulher bastante comunicativa e simpática. Relatou que apesar de ter sido orientada para manter repouso, não conseguia e fazia o serviço da casa, “sem pegar peso”. Maria preferiu participar da entrevista em sua casa, agendou um horário e me recebeu. Quando cheguei estava voltando do supermercado, pediu que eu esperasse um momento até que ela guardasse as coisas na geladeira, assim que terminou mostrou-se disposta a conversar sobre a gravidez. Contou-me que além de usar sulfato ferroso fazia comida em uma panela de ferro, que acreditava ser útil para prevenir a anemia. Quando terminamos a entrevista mostrou-se disposta a colaborar quantas vezes fosse necessário.

Entrevista 3 - Dalva

Dalva morava na casa da avó, com a filha. Não era casada e não trabalhava. Referiu ter tido uma gravidez sem problemas com ela e com o bebê. Dalva mostrou-se de pouca conversa e tinha dificuldade para responder o que eu perguntava. Durante a entrevista algumas vezes sua avó entrava na conversa, mas percebi que ela não dava atenção. Dalva me recebeu na sua casa, na varanda, onde

sentamos em um degrau, na porta da sala, e conversamos. Apesar de falar pouco, foi muito atenciosa mostrando-se disposta a responder as questões novamente caso fosse necessário.

Entrevista 4 - Roseli

Roseli morava com o marido e o filho na casa da sogra, e não trabalhava. Referiu não ter tido uma gravidez muito boa, pois teve anemia e não se alimentava bem, passou muito mal. Referiu também que tinha muito medo de morrer durante a gravidez. Roseli era bastante comunicativa, mas mostrava-se apreensiva na hora de responder, preocupando se o que estava falando estava certo ou não. Preferiu conceder a entrevista na sua casa, onde me recebeu na garagem. O marido estava presente, porém não ficou junto com ela no momento da entrevista.

Entrevista 5 - Nilce

Nilce morava com o marido e dois filhos no fundo da casa da sogra, em um cômodo. Referiu ter tido uma gravidez tranqüila, sem problemas. Era uma mulher aparentemente calma e pouco comunicativa, durante a entrevista foi difícil conseguir respostas não monossilábicas. Nilce recebeu-me em sua casa, no seu quarto, onde seus filhos dormiam. Apesar de pouco comunicativa, foi atenciosa e disponibilizou-se a responder novamente as questões caso fosse necessário.

Entrevista 6 – Célia

Célia morava com o marido e as duas filhas. Referiu não ter tido problemas durante a gravidez, e ter procurado alimentar-se bem e não pegava peso. Mostrou-se uma mulher tranqüila e comunicativa, durante a entrevista preocupou-se em responder tudo corretamente e estava com as duas filhas. Logo que cheguei o marido saiu para trabalhar, Célia não trabalhava fora de casa. A entrevista foi realizada em sua casa, onde conversamos na garagem. A mesma referiu que se precisasse de mais alguma informação poderia procurá-la novamente.

Entrevista 7 – Thaís

Thaís morava com o filho na casa dos pais, não era casada. Referiu ter tido uma gravidez difícil, pois teve enjôo durante todo período, e além disso, vomitava muito. Thaís aparentava ser uma mulher tranqüila, porém, de poucas palavras. No momento da entrevista, que foi realizada na cozinha da casa, ficamos a sós. Apesar de pouco comunicativa, colaborou com a entrevista e se propôs a esclarecer qualquer dúvida que surgisse.

Entrevista 8 – Maura

Maura morava com o filho e o marido. Referiu que apesar da presença constante de enjôos, teve uma gravidez boa, e preocupava-se muito com a alimentação, pensando no bebê. Maura era bastante comunicativa e aparentemente tranqüila; recebeu-me em sua casa, na sala, onde conversamos na presença do filho. Maura se dispôs a esclarecer eventuais dúvidas, caso surgissem na transcrição da entrevista.

Entrevista 9 – Vera

Vera morava com o marido e as filhas. Referiu ter tido uma gravidez tranqüila e ter ganho muito peso, diferente da gestação anterior. Aparentemente mostrou-se uma mulher calma, bastante comunicativa e disposta a responder as perguntas. A entrevista foi realizada na sua casa, onde recebeu-me na sala, na presença de uma das filhas, a mais nova. Vera se propôs a responder novas questões caso fosse necessário.

Entrevista 10 – Ana

Ana morava em casa, em uma favela, com os pais. Referiu ter descoberto a gravidez dias antes da criança nascer. Ana era comunicativa, porém, de poucas palavras. Durante a entrevista, respondia as perguntas, mas brincava muito com as pessoas que estavam a sua volta. Recebeu-me na porta de sua

casa, na rua, onde estava com uns amigos. Sugeriu que ficássemos a sós, mas ela não aceitou, preferiu ficar onde estava. Apesar de responder as perguntas não se mostrou disposta a esclarecer posteriores dúvidas, no final da entrevista, quando já estava com o gravador desligado, ela perguntou se era só e saiu.

5.4 A prática institucionalizada e preconizada do uso de suplemento a base de ferro no ciclo grávido-puerperal sob o olhar das mulheres

Embora as iniciativas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, do Projeto Maternidade Segura – lançado através de uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia, UNICEF e Organização Pan Americana de Saúde – e outras desenvolvidas nos últimos anos, em âmbito municipal e estadual, a suplementação a base de ferro para gestantes ainda não é, no Brasil, uma prática adotada por todos os profissionais de saúde que conduzem o pré-natal. Desta forma, segundo Souza (2004) a escassez de estudos nesta temática, não permite a verificação do cumprimento da meta estabelecida na Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância em 1990 que propôs reduzir em um terço a prevalência de anemia em mulheres em idade reprodutiva.

Outro aspecto importante é que, nem sempre, quando prescrito e orientado o seu uso, a gestante concorda em utilizar, por uma série de aspectos, como acesso, compreensão da importância, cultura entre outros. Estes aspectos mostram-se presentes entre as mulheres participantes deste estudo, depreendidas nas subcategorias temáticas que foram categorizadas de acordo com a utilização ou não do suplemento a base de ferro e que passamos a apresentar no quadro 2.

Quadro 2 – Distribuição das categorias e subcategorias identificadas nas entrevistas para se conhecer os motivos pelo uso ou não do suplemento a base de ferro

Categoria	Decisão por usar ou não o suplemento
Subcategoria	Sentindo os efeitos indesejáveis do suplemento
	Confiando no saber médico
	Em nome da criança
	Medo de tomar e acontecer algo a sua saúde e a do feto/RN
	Sentindo-se obrigada a tomar o suplemento
Categoria	Práticas de saúde no uso do suplemento
Subcategoria	Reconhecendo a importância do uso
	Suplemento: para que?
	Descontinuidade no uso do suplemento

➤ **Decisão por usar ou não o suplemento a base de ferro:**

De acordo com Lescura (1994), para que o indivíduo apresente comportamento preventivo em relação a uma doença ele deve acreditar que é suscetível que a ocorrência do agravo poderá ter pelo menos moderada seriedade e que tomando uma atitude preventiva, poderá ter algum benefício. Assim, apresentamos alguns motivos para o uso ou não de suplemento a base de ferro durante a gestação.

Sentindo os efeitos indesejáveis do suplemento

Estudos como o de Vitolo, Boscaine e Bortolino (2006) mostram que a ingestão diária de sulfato ferroso pode ser acompanhada de náusea, vômitos, diarreia, constipação e dor abdominal, situações que podem intervir no uso conforme recomendado.

De acordo com Lopes, Ferreira e Batista Filho (1999) muitas pessoas ficam pouco motivadas a tratar a anemia com sais de ferro, devido à administração de altas doses, a longa duração do tratamento e os efeitos indesejáveis. Com relação ao uso diário, propõem a utilização de doses semanais em substituição a estas, o que simplificaria o tratamento, reduziria os efeitos colaterais e baixaria o custo.

– *“Eu tomava assim antes do almoço, da janta, só que me dava muita fome, eu ficava o dia inteiro comendo, o dia inteiro comendo”. (Maria)*

– *“Ah, parece que fica um gosto amargo na boca, o estômago fica embrulhando, fica enjoada, aquela coisa ruim, aquele gosto amargo. Aí eu creio que era por causa do sulfato ferroso”. (Dalva)*

– *“Não, quando eu não tomava não sentia isso. Aí eu parei”. (Dalva)*

– *“Tem um gosto meio esquisito, e às vezes você esquece de tomar”. (Dalva)*

– *“Eu tinha enjoô, normal da gravidez, mas com o medicamento ficava mais forte, eu achava”. (Maura)*

O efeito do suplemento a base de ferro no organismo, ou seja, suas implicações como cheiro, gosto, além da náusea e do enjoô, são fatores que segundo Dewulf (2005) motivam a não adesão ao tratamento. Estudo realizado por Cantero (2003) mostra que entre os fatores relacionados aos pacientes com relação a baixa aderência ao uso de ferro incluem o pouco entendimento da importância da medicação e de seus efeitos colaterais, a frustração com relação a frequência e o número de comprimidos a ser tomado, as náuseas que acompanham a gravidez, o temor de gerar filhos grandes e a conseqüente dificuldade no parto. Apesar do uso dos sais de ferro ser recomendação da OMS seus efeitos colaterais e seu odor ruim são os principais dificultores da adesão ao tratamento.

Segundo Milstein-Moscati et.al. (2000) os efeitos colaterais da terapia medicamentosa constituem entraves para a adesão do paciente, tanto que a não adesão pela presença de efeitos colaterais pode ser denominada “não adesão inteligente à terapêutica.” Dessa forma podemos observar que os motivos para não uso do suplemento coincidem com os motivos apresentados na literatura.

Confiando no saber do médico

Podemos depreender das falas das mulheres que as mesmas depositam total confiança nas condutas médicas, independente da solicitação ou não de dosagem de hemoglobina para a confirmação ou diagnóstico da anemia por deficiência de ferro. A opção pelo uso ou não de sulfato ferroso, pauta-se, portanto, na relação médico-paciente, não sendo identificadas nas falas, referências quanto ao desejo de participar das condutas médicas como sujeito ativo deste processo. De acordo com estudo realizado por Rocha (2007) muitos profissionais não oferecem abertura ao diálogo, agindo como senhores absolutos da verdade, desconsiderando aquilo que ao paciente traz consigo. Segundo ela, o paciente deveria ver o profissional como um facilitador e não o único responsável pelo tratamento e prevenção de doenças, visão que faz surgir a consciência da própria responsabilidade pela eficiência do tratamento.

Com relação ao uso ou não do suplemento a base de ferro baseado na orientação médica, identificamos situação semelhante à abordada por Leite e Vasconcelos (2003). Eles verificaram em seu estudo que a confiança depositada nas prescrições, na equipe de saúde ou no próprio médico motivam o indivíduo para o cumprimento da terapia. Tal situação é encontrada nas afirmativas abaixo, onde as mulheres referem o uso ou não do medicamento de acordo com a prescrição médica, ou seja, se houve prescrição usou, se não houve não usou. Além disso, existe a exaltação e hegemonia do médico como profissional responsável por ordenar e normalizar questões referentes ao corpo feminino (COSTA et. al., 2006)

- *“Eu fui nas consultas todo mês, aí ela entrou, falou vamo entrar no sulfato ferroso até... até o fim da gravidez, você vai tomar até o fim da gravidez.”(Vilma)*
- *“Só tomei o sulfato ferroso, porque o médico mandou”.(Dalva)*
- *“Acho que deve ser bem, como já falei, se não precisasse não mandariam usar”.(Dalva)*
- *“Não, o medico falou para tomar ele me deu as cartelinhas mais deu só para um mês”.(Dalva)*
- *“O médico achou que não precisava a gravidez tava normal, então ele não fez o uso do ferro”. (Célia)*
- *“Não, por nenhum instante. Passei os nove meses sem fazer o uso, só apos a gravidez e...porque o medico mandou”.(Célia)*
- *“Disse que era importante que eu usasse por causa do sangramento, para não ficar anêmica”.(Célia)*

Em nome da criança

Outro aspecto importante é a referência do uso da suplementação com vistas à saúde do feto e posteriormente do recém-nascido, em detrimento da sua própria saúde. Scavone (2004) afirma que há em nossa sociedade, um modelo idealizado para a maternidade, que inclui o amor instintivo, que é incorporado ao papel natural de um amor maternal pelo filho. Daí a necessidade de valorização e de reconhecimento social de sacrificar-se pelo filho, dedicar-se a ele. Para Stefanello (2005), o ideal materno é culturalmente construído sob a relação entre mãe e filho, com desejos e atitudes da mãe subordinadas ao bem estar e saúde do filho.

- *“Não, porque a neném tava bem, né? Se não tivesse o neném, igual, desenvolvendo bem, pegando peso, tudo, aí ele falou que não precisava”.(Célia)*
- *“E ele vendo o ultrassom dela, achou que ela tava tudo bem”.(Célia)*
- *“Ela falou que era pra mim tomar, que era importante pra gravidez.”(Vilma)*

– *“Ela falou assim que também era bom pra mim tomar que quando eu tivesse o nenê eu ia perder muito sangue e aí, caso eu tomando o sulfato ferroso ia ser muito bom pra mim na hora de ter o nenê”. (Vilma)*

Ainda podemos encontrar, considerando a inserção cultural e dentro do imaginário popular, que o ganho de peso, principalmente durante a gestação pode ser compreendido como sinônimo de saúde. Muitas vezes a maternidade está ligada à idéia de abnegação, refletindo também na imagem que as mulheres fazem de seus corpos no ciclo grávido-puerperal. Desta forma, o ganho de peso é valorizado pelas mulheres, na gestação, a exemplo da fala de Vera:

– *“Ele nem orientou....eu ganhei muito peso”.(Vera)*

À medida em que a gestante se volta para as necessidades do feto, a compreensão da necessidade do uso de medicamentos preventivos faz-se presentes, algumas vezes estruturado não na compreensão da sua necessidade na prevenção de agravos para si, mas voltada para o filho e muitas vezes em receios, duvidas e medo de acontecer algo.

Medo de não tomar e acontecer algo à sua saúde e do feto / recém-nascido

Durante a gestação a dificuldade na aceitação da necessidade do uso de medicamentos é evidente, pois a gravidez é percebida pela paciente e familiares como estado fisiológico e considera-se todo medicamento potencialmente perigoso para o feto (CANTERO, 2003). Além disso, desde o acidente da talidomida o uso de medicamentos por gestantes tem sido uma prática evitada, pois estes podem resultar em toxicidade para o feto, com lesões de variada monta, algumas irreversíveis (GOMES et. al., 1999). Entretanto, o uso de sais de ferro durante a gravidez é uma prática rotineira para prevenção de anemia materna. A presença de anemia durante a gestação pode além de ocasionar problemas para mãe, associar-se a um feto ou recém-nascido com deficiência de hemoglobina, baixo peso ao nascer e com a mortalidade perinatal (OPS, 1995).

Sendo assim, durante o seguimento pré-natal é preciso oportunizar espaços educativos, especialmente em grupo, para ouvir o que as mulheres conhecem sobre as mudanças do corpo durante a gestação, principalmente o que diz respeito ao risco de anemia. A partir das trocas de experiências e vivências é possível colocar na roda de discussão a importância do uso do suplemento, os riscos do não uso e os efeitos indesejáveis, bem como estratégias para amenizá-las. Segundo Davim et. al. (2003) durante a consulta pré-natal o atendimento médico e de enfermagem está voltado basicamente a queixas e condutas, à realização de exames físicos, solicitação de exames complementares, não havendo tempo e disponibilidade para o diálogo e questionamentos da gestantes.

— “Então quando eu fiquei sabendo que da anemia eu fiquei com medo, aí eu faço o que posso pra não me dar né.” (Maria)

— “Ah, eles fala que tem que tomar, que tem que tomar, a gente fica com medo de acontecer alguma coisa...” (Dalva)

— “Ah, eu fiquei com medo menina, de me dar uma leucemia, alguma coisa, de morrer, aí eu continuei tomando.” (Roseli)

— “Ah, de dá uma anemia, de a criança nascer com peso abaixo, é...precisar tomar ferro desde pequenininho porque não tomou quando tava grávida.” (Dalva)

As afirmativas acima, as quais se referem ao medo de acontecer algo por não usar o suplemento a base de ferro, vem de encontro a um dos fatores que influenciam a adesão que é o reconhecimento e aceitação das condições de saúde, fator este citado no estudo de Silveira e Ribeiro (2005) e ao que Miasso (2006) mostra em seu estudo, que o indivíduo chega a conclusão que tem necessidade de usar um medicamento quando acredita que este possa ter um saldo positivo.

O que significa, que o indivíduo aceita o tratamento dependendo de como percebe seu estado de saúde ou compreende sua enfermidade, sendo assim a percepção de maior gravidade está associada a maior aceitação (LEITE; VASCONCELOS, 2003). Ou seja, a preocupação com os efeitos da anemia tanto para elas quanto para seus filhos, fez com que utilizassem o medicamento

Sentindo-se obrigada a tomar o suplemento a base de ferro

Como já mencionado, o uso de um medicamento depende muito de como o indivíduo encara seu problema, ou seja, a aceitação do prescrito é proporcional a gravidade do problema. Miasso (2006) mostra em seu estudo que o paciente muitas vezes não vê outra opção de tratamento se não utilizar o medicamento prescrito, ou seja, usa por não encontrar outra saída.

– *“Tinha que tomar né, é obrigado a tomar a gente toma né, então, mas era bom, vai.”(Maria)*

– *“Eu não gosto de tomar remédio, fala sério, eu não gosto, mas como a gente é obrigado a tomar, né, aí eu precisei tomar”(Maria)*

– *“O cheiro é ruim, tem aquele cheiro esquisito, mas eu tinha que tomar”(Maria)*

– *“Olha, o gosto não era muito agradável não, mas tinha que tomar, então...No começo, foi ruim, mais depois fui acostumando e acabei...”(Roseli)*

– *“Ah, é meio ruim, mais dá pra tomar né. Tinha que tomar então tomava, mesmo sendo ruim.”(Dalva)*

Nas falas acima podemos identificar a utilização do medicamento como uma obrigação, talvez pelo desconhecimento de sua importância. Segundo Leite e Vasconcelos (2003) a ignorância do

indivíduo com relação a importância do tratamento é um dos motivos para que este abandone o tratamento.

➤ **Prática do uso de suplemento a base de ferro:**

Reconhecendo a importância do uso do suplemento a base de ferro

Pudemos depreender da fala das mulheres que o uso do medicamento durante a gestação de deu mediante o reconhecimento da sua importância pela mulher, considerando os benefícios para si e para a criança. Nestes casos, as mulheres tinham conhecimento da sua condição de saúde. Segundo Dewulf (2005), o conhecimento da doença faz com que o indivíduo use corretamente o medicamento prescrito, e Sliveira e Ribeiro (2005) trazem o reconhecimento e a aceitação das condições de saúde como fatores que influenciam a adesão.

– *“Foi né, bom porque não me deu anemia”.(Vilma)*

– *“Eu acho que é importante tomar, que é bom pra não dar anemia, é bom pro nenê também”.(Vilma)*

– *“Pra mim foi bom porque eu tava ajudando, ah, como é que vou te explicar, a me tratar porque eu tava com anemia”.(Roseli)*

– *“Eu também tomei porque como não me alimentava muito bem, eu tomava por causa da anemia também”.(Roseli)*

– *“Além do remédio eu comia os legumes que é bom também pra não dar anemia, eu tenho uma panelinha de ferro que eu fazia a comida também, fazia feijão, que também é bom né, então além do remédio eu comia essas coisas”.(Maria)*

– *“Porque se a mãe não está bem a criança também não fica bem”.(Célia)*

Suplemento: para que?

Klein e Gonçalves (2005) afirmam em seu estudo que a falha do médico em fornecer informações é um dos motivos para não adesão. Outra situação que leva a desvalorização do uso de um medicamento prescrito, é a falta de conhecimento com relação a importância deste (LEITE; VASCONCELOS, 2003). Além disso, Silveira e Ribeiro (2005) mostram que a falta de informação e esclarecimentos para o auto-cuidado também motivam a não adesão, o que podemos observar nas falas abaixo. Assim, concordamos com Cardoso e Penteado (1994) que referem que a ineficiência da suplementação com ferro deve-se em muitos casos a dois motivos, que são a presença de efeitos colaterais e a dificuldade em manter a motivação para o seguimento do programa.

– *“Pra mim mesmo foi indiferente, nenhum problema comigo, então acredito que para mim foi indiferente”.(Vera)*

– *“Eu acredito que se eu tivesse tido uma...necessidade de usar e me colocarem realmente se ia prejudicar, aí eu acho importante.” (Vera)*

– *“É que não gosto de tomar remédio. Como é que fala? Eu não gosto de tomar remédio, e de forma preventiva daí que não tomo mesmo”.(Maura)*

– *“Ela passou o ferro, só que ela não explicou direito para que que era, daí eu não tomei. Não tentei tomar e não tomei.” (Maura)*

– *“Acho que não fez falta não, ela nasceu bem”.(Célia)*

– *“Não, só que daí eu me alimentava, tentava me alimentar melhor do que antes de ficar grávida né. Comia mais carne, mais feijão”...(Maura)*

Descontinuidade do uso do suplemento a base de ferro

De acordo com Souza (2004) devido a baixa resolubilidade dos esquemas habitualmente recomendados de suplementação a base de ferro, caracterizada pelo abandono freqüente do uso justificada pelos efeitos colaterais, pela dosagem alta habitualmente prescritas e pela reduzida absorção, questiona-se os esquemas adotados. Assim, sugere que sejam desenvolvidos ensaios clínicos para testar outras formas de administração de ferro, com vistas a reduzir a descontinuidade do uso.

A descontinuidade do uso pode estar associada a ocorrência de efeitos colaterais atribuídos ao ferro, em particular dor abdominal, diarreia e constipação. Segundo Souza et. al. (2004), nos últimos anos tem sido discutida a possibilidade de tratamentos intermitentes com ferro como uma estratégia para melhorar a adesão das mulheres ao tratamento. No entanto estudos mostram que o padrão-ouro para o tratamento da anemia por deficiência de ferro na gestação é o uso diário de sulfato ferroso.

São várias as explicações dos motivos pelos quais as mulheres participantes deste estudo abandonaram o tratamento:

- *“É, às vezes eu esquecia, só lembrava depois que me alimentava, aí eu não tomava”.(Dalva)*
- *“Ah, eu tomei menos... acho que sobrou uma cartela ainda”.(Dalva)*
- *“Ah, porque eu já tava com o estômago embrulhando já, não agüentava nem vê o remédio na frente”.(Dalva)*
- *“A hora que eu lembrava de tomar...Na hora do almoço eu não esquecia não, mas na hora do jantar tinha vez que eu esquecia, ...já passou muitos dia sem toma”(Dalva)*
- *“Por causa do gosto, tinha vez ate que eu esquecia”. (Nilce)*

– *‘Não, como eu te disse, eu enjoava muito, vomitava muito, então não consegui tomar.’(Thaís)*

– *“Ai foi indo e eu falei, não vou tomar mais.”(Thaís)*

– *“Eu tomei ele mais ou menos uma semana e ficava um gosto muito ruim na boca, sentia... o cheiro também não gostava, me dava enjoô.”(Maura)*

– *“Foi somente...não chegou a durar um mês, foi somente...acho que uma semana.”(Vera)*

Tais afirmativas descrevem desvios no plano de tratamento, ou seja, uso inadequado do medicamento ou interrupção de uso sem orientação profissional. Segundo Klein e Gonçalves (2005) a não adesão não se relaciona apenas a não usar o medicamento prescrito, mas a situações como se esquecer de tomar o medicamento, ingeri-lo fora do tempo certo e terminar o tratamento antes do recomendado, o que nos mostra as falas acima.

Estudo realizado por Vitolo, Boscaine e Bortolini (2006) mostra que a escolaridade está associada a presença de anemia, exercendo papel fundamental no contexto da adesão às atitudes vinculadas ao adequado estado de saúde e nutrição. Esses resultados sugerem que sem mudanças estruturais nas condições socioeconômicas da população os programas de combate à anemia podem resolver parcialmente o problema, mas não permitirão que se alcancem as cifras recomendadas pela OMS.

Através do nosso estudo, conseguimos identificar que a maioria das gestantes fez uso do suplemento durante a gestação e puerpério e que apresentaram hemoglobina maior que 11 g/dl, ou seja, não apresentavam anemia. Os dados qualitativos revelam que as mulheres desconhecem a importância do uso do suplemento neste período, sendo mais evidente a preocupação com a saúde do feto.

6 CONCLUSÕES

Os resultados desta investigação possibilitaram identificar a ocorrência de anemia ferropriva em 29,5% e 10,3% das mulheres estudadas durante a gestação e puerpério respectivamente, e o uso de suplemento a base de ferro por 81,8% durante a gestação e 66,9% no puerpério. O presente estudo revelou que a utilização do suplemento a base de ferro está associado a fatores adversos como reconhecimento da necessidade do uso para a saúde do filho e da própria gestante, aspectos culturais e sociais.

Diante da análise das variáveis envolvidas no estudo, concluímos que:

- A maioria das mulheres fez uso do suplemento a base de ferro durante a gestação e puerpério, e apresentaram hemoglobina maior que 11 g/dl, não sendo, portanto, consideradas como anêmicas, apesar de no puerpério terem utilizado o medicamento por período inferior ao recomendado pelo Ministério da Saúde.
- Durante a gestação o suplemento a base de ferro foi prescrito e utilizado por mais mulheres que durante o puerpério, situação que pode ser entendida pela preocupação com a saúde do feto, tanto pelo profissional quanto pela mãe.
- Não encontramos diferença entre o valor da hemoglobina durante a gestação e o uso ou não do sulfato ferroso, as concentrações médias de hemoglobina tanto na gestação quanto no puerpério foram maiores que 12 g/dl. A presença de anemia durante a gestação não apresentou relação com o não uso de ferro.
- A prevalência de anemia durante a gestação e puerpério entre as mulheres deste estudo foi baixa, principalmente, se considerarmos que níveis significantes de anemia por deficiência de ferro, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, são aqueles acima de 40% na população estudada (WHO, 2001).

➤ Dentre os motivos para as mulheres terem usado ou não o suplemento a base de ferro durante a gestação estão a presença de efeitos indesejáveis do suplemento, a confiança no saber médico, a preocupação com a criança, o medo de não tomar e acontecer algo com sua saúde e a do feto/recém-nascido, o sentimento de obrigação, o reconhecimento ou desconhecimento da importância do suplemento e a descontinuidade do tratamento.

➤ A falta de diálogo e de uma escuta atenta sobre as necessidades de saúde de gestantes e seus familiares muitas vezes, leva o profissional de saúde a simplesmente prescrever o medicamento, não reconhecendo a importância da co-responsabilidade na construção de um projeto terapêutico, que certamente inclui esclarecimentos sobre os benefícios do uso da suplementação, pois apesar de termos uma maioria que fez uso, temos ainda as que fazem o uso por um período em desacordo com o recomendado e as que não o fazem. Dentre o grupo que fez uso do medicamento encontramos as que o fizeram por motivos diferentes ao reconhecimento da importância do medicamento, fator que podemos considerar essencial para o seguimento de uma terapia medicamentosa.

7 IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA E PESQUISA

Ao longo deste estudo, tivemos a oportunidade de entender a situação de um grupo de mulheres em relação à sua condição de saúde considerando a anemia por deficiência de ferro durante o ciclo grávido-puerperal do último filho. Por meio dos instrumentos de coleta de dados e das entrevistas, identificamos que em nosso meio, existe um comportamento passivo por parte dos usuários do sistema de saúde e ao mesmo tempo uma conduta paternalista por parte dos profissionais de saúde. Como resultado, as mulheres participantes deste estudo mostraram-se alheias à sua situação de saúde durante a gestação e puerpério.

Observamos que, para as mulheres deste estudo, a garantia da saúde do filho é prioritária à sua própria saúde, e que muitas vezes isto determinou o uso da medicação prescrita para o tratamento ou prevenção da anemia ferropriva. Desse modo, acreditamos que durante o seguimento pré-natal os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado da gestante, devem ir além da propedêutica obstétrica, cuja anamnese muitas vezes é centrada em queixas apresentadas, e cuja complementação da consulta por meio da realização do exame físico e da solicitação de exames complementares mostra-se insuficiente. As atividades de educação em saúde, as orientações para o autocuidado e cuidado com o recém-nascido devem ser oferecidas em todos os momentos que a gestante procura o serviço de saúde, ou seja, durante a consulta de pré-natal e durante os momentos em que a mulher encontra-se em sala de espera. Uma das orientações por nós consideradas importantes, diz respeito ao uso do suplemento a base de ferro durante a gestação, incluindo os benefícios para a mulher e o recém-nascido. Assim, a mulher poderá utilizar o medicamento por saber da sua importância e não simplesmente por acatar uma orientação médica.

As intervenções em educação em saúde quer realizadas em grupos ou individualmente, configuram-se em um espaço de trocas de experiências, onde se identifica conhecimentos, atitudes e práticas de saúde e se propõe ações educativas que considerem as percepções das mulheres. Para isto os profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado, necessitam estar envolvidos com a gestante

e sua família; em outras palavras, significa conhecer a gestante, a família, tendo desenvolvido o vínculo entre eles. O projeto terapêutico deve ser construído com a participação ativa da gestante, sendo esta co-responsável pela sua própria saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*

ANDRADE, G.N. de; ARAUJO, D.A.C.; ANDRADE, A.T.L. Alterações dos estoques de ferro durante a gestação na mulher brasileira pela medida da ferritina sérica. **J. bras. ginecol**, v.106, n.9, p. 345-349, set. 1996.

ARAÚJO, J. T. de. Anemia ferropriva. **Revista de Pediatria Moderna**. v.40, n.3, p. 111-114, mai/jun 2004.

ARRUDA, I.K.G. **Prevalência de anemia em gestantes de baixa renda: algumas variáveis e sua repercussão no recém-nascido**. 1990, 116p. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, 1990.

AVILA, W. S.; GRINBERG, M. Abordagem pré-operatória da gestante cardiopata. **Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo**. v. 3, n. 10, p. 361-70, mai/jun 2000.

BACHA, C. A. Anemias carenciais e gravidez. **Femina**. v. 29, n.6, p. 397-401, jul. 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 1977.

BARROS, A.J.S.; LEHFELD, N.A.S. **Fundamentos de metodologia científica – um guia para iniciação científica**. 2ª ed. São Paulo: Makron Books, 2000. 122p.

BARROS, S.M.O.de; COSTA, C.A.R. Anemia ferropriva e gestação: intervenções de enfermagem para prevenção e tratamento. **Acta Paul. Enfermagem**, v.12, n.2, p.47-57, maio-ago.1999.

BEAGLEHOLE, R.; BONITA, R.; KJELLSTRÖN, T. **Epidemiologia Básica**. São Paulo: Santos Livraria e Editora, 1996. 176p.

BENZECRY, R. **Tratado de Obstetrícia da Febrasgo**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. 913p.

BETIOL, M. T. **Anemia em mulheres grávidas assistidas pelo SUS no município de Irati**. 2005, 63p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

* Este trabalho foi realizado:

Universidade de São Paulo. Sistema Integrado de Bibliotecas. **Diretrizes para apresentação de teses e dissertações à USP: documento eletrônico ou impresso**. São Paulo: SIBi/USP, 2004.

BODNAR, L. M.; GOCSWELL, M. E.; McDONALD, T. Have we forgotten the significance of postpartum iron deficiency. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, 198: 36-44, 2005.

BODNAR, L. M.; GOCSWELL, M. E.; SCANLON, K. S. Low income postpartum women are at risk of iron deficiency. **J Nutr**, 132: 2298-302, 2003.

BOTHWELL, T. H. Iron requirements in pregnancy and strategies to meet them. **Am J Clin Nutr.** v. 72 (suppl), p. 257-264, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3ª ed. Brasília, 2000.

BRASIL. Portaria nº 730 de 13 de maio de 2005. Programa Nacional de Suplementação de Ferro. **Diário Oficial da União**, Brasília, 16 de maio de 2005. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília, 2005.

BUSCHINI, C. Gênero e trabalho no Brasil: novas perspectivas ou persistência da discriminação? In: ROCHA, M. I. B. **Trabalho e Gênero: mudanças, permanências e desafios**. São Paulo: Editora 34, 2000. 384p.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. **Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna**. Rev Bras ginecol Obstet., v. 28, n. 5, p. 310-315, 2006.

CAMPOS, M. G. V. de; FERMINO, F. A.; FIGUEIREDO, M. E. Anemias carenciais. **RBM – Rev. bras. méd.**, v.58, edição especial, p.41-50, dez 2001.

CANTERO, M. A. R. Fatores influenciadores da aderência ao uso de medicamentos durante a gestação. Enfoque no uso de compostos de sais de ferro e vitaminas. **RBM – Revista Brasileira de Medicina**, v.60, n.40, p. 214-216, abr 2003.

CARDOSO, M. A., PENTEADO, M. V. C. Intervenções nutricionais na anemia ferropriva. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 2, p. 231-240, abr./jun. 1994.

CARMO, T. A. do; NITRINI, S. M. O. O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1004-1013. jul./ago, 2004.

CECATTI, J. G. Saúde da mulher: enfoque da evidência científica para a prevenção da morbidade e mortalidade materna. **Rev. Brás. Saúde Mater. Infant.**, v.5, n. 1, p. 9-11, jan./mar. 2005.

COGSWELL, M. E.; PARVANTA, I.; ICKES, L.; YIP, R.; BRITTENHAM, G. M. Iron supplementation during pregnancy, anemia, and birth weight: a randomized controlled trial. **Am J Clin Nutr**, v. 78, p. 773-781, 2003.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução n. 196/96. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Ministério da Saúde, 1996. 1241p.

COSTA, T.; STOTZ, E. N.; GRZYNSZPAN, D.; SOUZA, M. C. B. Naturalização e medicalização do corpo feminino: o controle social por meio da reprodução. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 20, p. 363 – 380, jul - dez 2006.

CUNNINGHAM, F.G.; MACDONALD, P.C.; GANT, N.F.; LEVENO, K.J.; GILSTRAP III, L.C.; HANKINS, G. D.V.; CLARK, S.L. **Williams Obstetrícia**. 20ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2000.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. de V.; LIMA, A. M. de; SILVA, G. C. da. Orientações do pré-natal quanto ao trabalho de parto: benefícios às parturientes. **Revista Nursing**, v. 57, n. 6, p. 18-23, 2003.

DEWULF, N. L. S. **Investigação sobre a adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes portadores de doenças inflamatórias intestinais**. 2005. 99 p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, SP, 2005.

DOUMOCHTIS, S.; PAPAGEORGHIU, A. ; ARULKUMARAN, S. Systematic review of conservative management of postpartum hemorrhage: what to do when medical treatment fails. **Obstet Gynecol Surv.**, v. 62, n. 8, p. 540-547, Aug 2007.

DUARTE, G.; CUNHA, S.P.; FILHO, F.M.; NOGUEIRA, A.A.; BEREZOWSKI, A.T.; RODRIGUES, R. **Protocolo de Condutas em Gestação de Alto Risco**. 3ª ed. São Paulo: FUNPEC Editora, 2003. 282p.

FIGUEIREDO, M. S.; KERBAUY, J. Anemias. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J. A. ; VALLE, J. R. **Atualização terapêutica: manual pratico de diagnóstico e tratamento**. 20ª ed. São Paulo: Artes Medicas, 2001. 1630p.

FREIRE, M.C.M.; PATUSSI, M.P. Tipos de Estudo. In: ESTRELA, C. **Metodologia Científica: ensino e pesquisa em odontologia**. 1ª ed. São Paulo: Editora artes Médicas, 2001. 483p.

GALLOWAY, R. et al. Women's perceptions of iron deficiency and anemia prevention and control in eight developing countries. **Social Science and Medicine**, v. 55, p. 529 – 544, 2002.

GOMES, K. R. O.; MORON, A. F.; SILVA, R. S.; SIQUEIRA, A. A. F. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 246-254, 1999.

KAHHALE, S.; ZUGAIB, M. Conceito, classificação e incidência das síndromes hipertensivas na gestação. **Rev. bras. hipertens.**, v. 4, n. 3, p. 139-144, 1997.

KLEIN, J. M., GONÇALVES, A. G. A., A adesão terapêutica em contexto de cuidados de saúde primários. **Psico-USF**, v.10, n. 2, p. 113-120, jul./dez. 2005.

LAFEPE MEDICAMENTOS. Disponível em: (www.lafepe.pe.gov.br). Acesso em 10 de outubro de 2007.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CAMPOS, M. R.; CAVALINI, L. T.; GARBAYO, L. S.; BRASIL, C. L. P.; SZWARCOWALD, C. L. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 1, p. 20-33, 2004.

LEITE, S. N., VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.

LESCURA, Y. **Doenças Sexualmente Transmissíveis – Sífilis, Gonorréia e AIDS – nos espaço de vida dos alunos universitários**. 1994. 228p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

LIMA, M. O. P. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres grávidas com baixo nível socioeconômico**. 2006. 86p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

LOPES, R. E.; RAMOS, K. S.; BRESSANI, C. C.; ARRUDA, I. K.; SOUZA, A. A. 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. Saúde Mater. Infant.** v.6 (supl 1): S 63- S68, maio, 2006.

LOPES, M. C. S.; FERREIRA, L. O. C.; BATISTA FILHO, M. Uso diário e semanal de sulfato ferroso no tratamento da anemia em mulheres no período reprodutivo. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n.4, p. 799-808, 1999.

LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. **O cuidado em enfermagem maternal**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2002. 927p.

MACHADO, N. X. S.; PRAÇA, N. S. Infecção puerperal em centro de parto normal: ocorrência e fatores predisponentes. **Rev. bras. Enfermagem**, v. 58, n. 1, p. 55-60, jan-fev. 2005.

MAKRIDES M, CROWTHER CA, GIBSON RA, GIBSON RS, SKEAFF CM. Efficacy and tolerability of low-dose iron supplements during pregnancy: a randomized controlled trial. **Am J Clin Nursing**, v. 78, p.145-53, 2003.

MENGUE, S. S.; SCHENKEL, E. P.; DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 5, p. 415-420, 2001.

MENGUE, S. S., SCHENKEL, E. P., SCHMIDT, M. I., DUNCAN, B. B. Fatores associados ao uso de medicamentos durante a gestação em seis cidades brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1602-1608, nov-dez. 2004.

MIASSO, A. I. **"Entre a cruz e a espada:" o significado da terapêutica medicamentosa para a pessoa com transtorno afetivo bipolar, em sua perspectiva e na sua família.** 2006. 261p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

MILSTEIN-MOSCATI, I.; PERSANO, S.; CASTRO, L. L. C. Aspectos metodológicos e comportamentais da aderência a terapêutica. In: CASTRO, L. L. C. (Org). **Fundamentos da farmacoepidemiologia.** S. L. : AG Editora, 2000. p. 171-179.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Controle e Avaliação de Sistemas. **Assistência hospitalar no SUS – 1995-1999.** Brasília, 2000.

NEME, B. **Obstetrícia básica.** 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000. 1362p.

NOMURA, R. M. Y.; ALVES, E. A.; ZUGAIB, M. Complicações maternas associadas ao tipo de parto em hospital universitário. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 1, p.9-15, 2004.

OFFERHAUS, P.; FLEUREN, M.; WENSING, M. Guidelines on anaemia: effect on primary-care midwives in the Netherlands. **Midwifery**, v. 21, n. 3, p. 204-211, 2005.

OLIVEIRA, C. A.; LINS, C. P., SÁ, R. A. M.; NETTO, H. C.; BORNIA, R. C.; SILVA, N. R.; JUNIOR, J. A. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. **Rev. Bras. Saúde Mater.Infant.**, v.6, n. 1, p. 93-98, 2006.

OLIVEIRA, V. M. **Um lugar no cuidado pré-natal: possibilidades e opções das gestantes.** 2000.131f. Tese (Mestrado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

OLIVEIRA, S.L. de. **Tratado de metodologia científica – projetos de pesquisa, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses.** São Paulo: Pioneira, 1997. 302p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para a ação.** Genebra: OMS/FNUAP/UNICEF, 1989.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Marco jurídico de la maternidad segura en 10 países de America Latina y el Caribe.** Washington D. C.: OPS, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Atención prenatal y Del parto de bajo riesgo. Salud Reproductiva Materna Perinatal.** Montevideo, CLAP: OPS/OMS, 1995.

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L.; LUIZA, V. L.; COSENDEY, M. A. E.; FREITAS, A. M.; MIRANDA, F. F.; BERMUDEZ, J. A. Z.; LEAL, M. C. Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 1: S73-S82, 2004.

PAIVA, A. A., RONDÓ, P. H. C., GUERRA-SHINOHARA, E. M. Parâmetros para avaliação do estado nutricional de ferro. **Rev. Saúde Pública.** v. 34, n. 4, p. 421-426, ago 2000.

PAPA, A.C.E.; FURLAN, J.P.; PASQUELLE, M.; GUAZZELI, C.A.F.; FIGUEIREDO, M.S. de; CAMARRO, L.; MATTAR, R. A anemia por deficiência de ferro na grávida adolescente – comparação entre métodos laboratoriais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** v. 25, n. 10, p. 731-738, 2003.

PARENTE, J.V.; NETO, J.D.V. Mortalidade Materna. In: MORAIS, E.N.; FILHO, F.M. **Medicina Materna e Perinatal.** Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter, 2000. **cap. , p. 464-469**

PERNILLA, N.; DEJIN-KARLSSON, E.; UDÉN, G. Health education to prevent anemia among women of reproductive age in South India. **Health care for women international**, v. 27, p. 131-144, 2006.

PRENDES LABRADA, M.de la C; BAÑOS RODRÍGUEZ, A. F; TOLEDO DIEPPA, O.; LESCAY MEGRET, O. Prevalência de anemia em gestantes del área de salud de Santos Suárez. **Rev. cuba. med. gen. integr.** v.16, n. 1, p. 25-30, ene.-feb. 2000.

REIS, M. C. G. dos. **Prevalência de anemia em crianças de 3 a 12 meses de vida em relação ao aleitamento materno, num serviço de Ribeirão Preto – SP.** 2007. 116 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara koogan, 8ed, 1998.

RIBEIRÃO PRETO. Dados Demográficos. Disponível em: (www.ribeiraopreto.sp.gov.br). Acesso em 20 maio 2005.

ROCHA, K. P. W. F. A educação em saúde no ambiente hospitalar. **Revista Nursing**, v.108, n.9, p. 216-221, 2007.

ROCHA, D. S.; NETTO, M. P.; PRIORE, S. E.; LIMA, N. M. M. De; ROSADO, L. E. F. P. de L.; FRANCESCHINE, S. C. C. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. **Rev. Nutr.**, v.18, n.4, p. 481-489, jul/ago 2005.

SANDELOWSKI, M. Combining Qualitative and Quantitative Sampling, Data Collection, and Analysis Techniques in Mixed-Method Studies. **Res Nurs Health.**, v. 23, n. 3, p. 246-255, jun. 2000.

SCAVONE, L. **Dar a vida e cuidar da vida**: feminismo e ciências sociais. São Paulo: Editora UNESP, 2004.

SCHOLL, TO. High third-trimester ferritin concentration: associations with very preterm delivery, infection, and maternal nutritional status. **Obstet Gynecol** , v. 92, n. 2, 161-166, 1998.

SILVEIRA, L. M. C., RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de ensinagem para profissionais de saúde e pacientes. **Interface**, v. 9, n. 16, p. 91-104, set./fev. 2005.

SILVA, I.A. **Deficiência de ferro em crianças de 3 a 12 meses**: compreensão de determinantes biológicos, sociais, e suas implicações para o incentivo ao Aleitamento Materno Exclusivo. EEUSP, 2004.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8ª ed. Rio de janeiro: Editora Guanabara Koogan, 1998.

SONEGO, J.; SAND, I. C. P. V.; ALMEIDA, A. M.; GOMES, F. A. **Estudo sobre a busca de apoio social por mulheres primíparas na fase puerperal**. 2004. 134p. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

SOUZA, A.I.; BATISTA FILHO, M. Diagnóstico e tratamento das anemias carenciais na gestação: consensos e controvérsias. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 3, n. 4, p. 473-479, out./dez. 2003.

SOUZA, A.I.; BATISTA FILHO, M.; FERREIRA, L.O.C. Alterações hematológicas na gravidez. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, v.24, n.1, p. 29-36, mar 2002.

SOUZA, J. P., CECATTI, J. G., PARPINELLI, M. A. et al. Revisão sistemática sobre morbidade materna *naer miss*. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 2, p. 255-264, fev.2006.

STEFANELLO, J. **A vivencia do cuidado no puerpério: as mulheres construindo-se como mães**. 2005. 133p. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 1987.

VICTORIA, C. G.; Knauth, D.R.; Hassen, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em Saúde**. Porto Alegre: Tomo, 2000.

VITOLO, M. R.; BOSCAINE, C.; BORTOLINI, G. Baixa escolaridade como fator limitante para o combate a anemia entre gestantes. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v. 28, n. 6, p. 331-339, 2006.

WATERSTONE, M.; BEWLEY, S.; WOLFE, C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. **BMJ**, n. 322, p. 1089-94, 2001.

World Health Organization (WHO). **Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for progame managers**. Geneva: WHO, 2001.

World Health Organization (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Geneva: WHO, 2003.

World Health Organization (WHO). **The WHO Reproductive Health Library**. Geneva: WHO, 2004.

ZIAEI, S.; NORROZI, M.; FAGHIHZADEH, S.; JAFARBEGLOO, E. A randomized placebo-controlled trial to determine the effect of iron supplementation on pregnancy outcome in pregnant women with haemoglobin > 13,2 g/dl. **BJOG**, v. 111, p. 684-688, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A - *Termo de consentimento livre e esclarecido*

[Mãe/nutriz]

Título da pesquisa: Deficiência de ferro em crianças de 3 a 12 meses: compreensão de determinantes biológicos, sociais, e suas implicações para o incentivo ao aleitamento materno exclusivo

Eu _____, estou colhendo dados para realizar um estudo que tem como objetivos, identificar e compreender os determinantes biológicos e sociais das deficiências de ferro em crianças menores de um ano e suas interfaces com os significados de amamentar para as mães. Para essas mulheres, se busca compreender, o significado da experiência de amamentar e como isso interfere em suas decisões de manter a amamentação ou introduzir outros alimentos na dieta do RN. Para realização do estudo necessitarei de consultar o prontuário do bebê para obter informações sobre seu estado de saúde e resultados de exames já realizados. Também, farei medida de altura e pesagem, da mãe e do bebê, bem como, farei perguntas sobre os alimentos ingeridos por ambos nas últimas 24 horas. O estudo ainda prevê a coleta de sangue por punção da ponta dos dedos da mãe e do calcanhar do bebê, por meio de uma microcuveta¹, sendo que o resultado é obtido na hora com leitura do fotômetro. Será realizada coleta de leite materno para aquelas mães que ainda estão amamentando exclusivamente. Também haverá uma entrevista com a mãe, cujo bebê estiver com a hemoglobina baixa, será realizada em local, horário e data a ser marcado por ela, com confirmação prévia de pelos menos 72 horas, com perguntas sobre como tem sido (foi) o processo de amamentar seu filho.

¹ No momento da abordagem aos participantes será mostrado o material a ser utilizado.

Eu _____, fui esclarecida sobre o estudo e estou ciente dos objetivos e finalidades da pesquisa, plenamente satisfeita com as respostas às dúvidas e desejo voluntariamente participar do estudo. Esse procedimento será realizado enquanto eu desejar, sendo que tenho a garantia da pesquisadora de que posso interromper quando for desejável para mim ou meu filho, não havendo qualquer prejuízo para minha pessoa, meu filho ou familiar. Ainda, continuo a receber todas as orientações e atendimentos necessários nos serviços de saúde.

Também tenho plena segurança de que será mantido meu anonimato e de que os resultados desse estudo serão utilizados e divulgados com finalidade única de contribuir para os conhecimentos científicos sem qualquer ganho pessoal e econômico da pesquisadora. Fui informada de a mesma poderá ser contatada pelo tel: (11) 30667602 ou (11) 30667606.

(16) 602 3466 ; (21) 3553 0052

Participante do estudo**

Pesquisador (a)

* Caso a participante tenha dificuldades para leitura e escrita, será solicitada a presença de testemunha de sua escolha para acompanhar os esclarecimentos e análise do termo a ser assinado.

APÊNDICE B - Formulário de identificação dos sujeitos

Data: ____/____/____ Questionário (nº): _____

Nome: _____

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____

Estado marital

1. Com companheiro () 2. Sem companheiro ()

Instrução da mulher

1. Analfabeto () 4. Médio incompleto () 7. Superior completo ()
 2. Fundamental incompleto () 5. Médio completo ()
 3. Fundamental completo () 6. Superior incompleto ()

A Sra. trabalha?

1. Sim () 2. Não ()

Tipo de habitação

1. Casa () 3. Barraco ()
 2. Apartamento () 4. Cortiço ()

Tipo de construção da moradia

1. Madeira () 2. Alvenaria () 3. Mista ()

A Sra. fez consulta de pré-natal durante a gravidez da criança?

1. Sim () 2. Não ()

Se sim, onde?

1. Hospital público () 3. Centro ou posto de saúde () 5. Cons. de convênio ()
 2. Hospital privado () 4. Consultório particular ()

Em que mês da gravidez iniciou as consultas de pré-natal da criança? (Em meses): _____

Quantas consultas de pré-natal fez na gravidez da criança? _____

Durante a gravidez a senhora apresentou:

Hiperêmese 1. Sim () 2. Não ()

Anemia 1. Sim () 2. Não ()

Edema e pressão alta 1. Sim () 2. Não ()

Problema por causa do tipo de sangue 1. Sim () 2. Não ()

Hemorragia 1. Sim () 2. Não ()

Outras doenças 1. Sim () 2. Não ()

Cólicas e/ou contrações 1. Sim () 2. Não ()

Alguma vez tomou alguma medicação com sulfato ferroso na gestação da criança?

1. Sim () 2. Não () 3. Não sei ()

Se sim, qual?

Sulfato ferroso 1. Sim () 2. Não ()

Outros 1. Sim () 2. Não ()

Tomou durante quanto tempo?

(1)	< 1 mês ()	(5)	4 meses ()	(9)	8 meses ()
(2)	1 mês ()	(6)	5 meses ()	(10)	9 meses ()
(3)	2 meses ()	(7)	6 meses ()		
(4)	3 meses ()	(8)	7 meses ()		

Se não, qual foi o motivo?

Falta de orientação 1. Sim () 2. Não ()

Acesso ao medicamento 1. Sim () 2. Não ()

Efeitos colaterais do medicamento 1. Sim () 2. Não ()

Odor ruim 1. Sim () 2. Não ()

Tamanho do medicamento 1. Sim () 2. Não ()

Esquecimento 1. Sim () 2. Não ()

Temor de ter bebês muito grandes e conseqüente dificuldade no parto 1. Sim () 2. Não ()

Manteve o uso conforme prescrito? 1. Sim () 2. Não ()**Fez uso de sulfato ferroso ou algum tipo de complexo com ferro após o parto?**

1. Sim ()

2. Não ()

3. Não sei ()

Se sim, qual?

Sulfato ferroso 1. Sim () 2. Não ()

Outros 1. Sim () 2. Não ()

Por quanto tempo usou?

(1) < 1 mês ()

(3) 2 meses ()

(5) + 3 meses ()

(2) 1 mês ()

(4) 3 meses ()

Se não, qual foi o motivo?

Falta de orientação 1. Sim () 2. Não ()

Acesso ao medicamento 1. Sim () 2. Não ()

Efeitos colaterais do medicamento 1. Sim () 2. Não ()

Odor ruim 1. Sim () 2. Não ()

Tamanho do medicamento 1. Sim () 2. Não ()

Esquecimento 1. Sim () 2. Não ()

Temor de ter bebês muito grandes e conseqüente dificuldade no parto 1. Sim () 2. Não ()

Manteve o uso conforme prescrito? 1. Sim () 2. Não ()**Após o parto a senhora apresentou:**

Hipertensão 1. Sim () 2. Não ()

Infecção 1. Sim () 2. Não ()

Transfusão 1. Sim () 2. Não ()

Informações contidas no prontuário:

Resultado do exame de Hemoglobina no pré-natal. (Se tiver): _____

Resultado do exame de hemoglobina no pós-parto (data da entrevista) Hb = _____

Tempo de pós-parto: _____

ANEXO

ANEXO A - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
 FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 091/2005

Ribeirão Preto, 28 de julho de 2005

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua **77ª Reunião Ordinária**, realizada em 27 de julho de 2005.

Protocolo: nº 0561/2005

Projeto: DEFICIÊNCIA DE FERRO NO PERÍODO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Pesquisadores: Flávia Azevedo Gomes (Orientadora)
 Lílian Sheila de Melo (Mestranda)

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Claudia B. Santos
Profª Drª Claudia Benedita dos Santos
 Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmª. Srª.

Profa. Dra Flávia Azevedo Gomes (Orientadora)
 Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP