

Principais dificuldades dos enfermeiros no tratamento de anemia ferropriva em gestantes

Main difficulties of nurses in the treatment of iron deficiency anemia in pregnant women

Principales dificultades de las enfermeras en el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas

Renê Ferreira da Silva Junior^{1*}

Ana Cecília Silva Batista²

Valéria Alexandra Bastos Mota²

Mariza Alves Teles Barbosa²

Claúdia Danyella Alves Leão Ribeiro²

Maria Esméria Neta²

Resumo

Objetivo: identificar as principais dificuldades vivenciadas por Enfermeiros atuantes em uma Estratégia Saúde da Família na prevenção e tratamento da anemia ferropriva em gestantes. **Métodos:** trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa realizada com enfermeiros atuantes em uma estratégia saúde da família, a coleta ocorreu no meses de junho e julho de 2013, tendo como instrumento de coleta de dados um roteiro semi estruturado com uma norteadora sobre as dificuldades no tratamento de anemia ferropriva em gestantes em uma Estratégia Saúde da Família. **Resultados:** Partiu-se da sistematização de cinco categorias que representam o eixo em torno do qual o produto da dinâmica realizada se articula, a saber: Sinais e Sintomas da Anemia Ferropriva, A percepção do Enfermeiro sobre a Vulnerabilidade da Gestante, Impasse entre questões Administrativas e Assistências, Estratégias para Prevenir a Anemia Ferropriva em Gestantes e Questões Relacionadas à Gestante. **Conclusões:** as principais dificuldades dos Enfermeiros relacionados ao tratamento e prevenção da anemia ferropriva associam-se a gestante tais como; a recusa na ingestão do sulfato ferroso e a pouco conhecimento e questões administrativas e assistências.

Descritores: Anemia Ferropriva; Gestantes; Estratégia Saúde da Família.

¹ Acadêmico de Enfermagem, Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais.

*Bolsista do Programa de Iniciação Científica – E-mail: renejunior_deny@hotmail.com

² Docente, Faculdades Unidas do Norte de Minas Gerais

Abstract

Objective: to identify the main difficulties experienced by Nurses who work in a family health Strategy in the prevention and treatment of iron deficiency anemia in pregnant women. **Methods:** this is a qualitative research conducted with nurses who work in a family health strategy, the collection occurred in the months of June and July 2013, with data collection instrument a semi structured with a roadmap guiding on the difficulties in treating iron deficiency anemia in pregnant women in a family health Strategy. **Results:** broke the systematization of five categories that represent the axis around which the dynamic product held articulates, namely: signs and symptoms of iron deficiency Anemia, the perception of the nurse on the vulnerability of pregnant women, Impasse between administrative matters and assists, strategies to prevent iron deficiency Anemia in pregnant women and pregnant women-related issues. **Conclusions:** the main difficulties of nurses related to the treatment and prevention of iron deficiency anemia are associated to pregnancy such as; the refusal on ingestion of ferrous sulphate and little knowledge and administrative matters and assists.

Key Words: Iron Deficiency Anemia; Pregnant Women; The family health strategy.

Resumen

Objetivo: identificar las principales dificultades experimentadas por las enfermeras que trabajan en una estrategia de salud familiar en la prevención y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas. **Métodos:** esta es una investigación cualitativa realizada con las enfermeras que trabajan en una estrategia de salud de la familia, la colección produjeron en los meses de junio y julio de 2013, con el instrumento de recogida de datos un semi estructurado con una hoja de ruta de guía sobre las dificultades en el tratamiento de anemia por deficiencia de hierro en mujeres embarazadas en una estrategia de salud familiar. **Resultados:** se rompió la sistematización de las cinco categorías que representan el eje alrededor del cual el producto dinámico sostenido articula, a saber: signos y síntomas de deficiencia de hierro, Anemia, la percepción de la enfermera en la vulnerabilidad de las mujeres embarazadas, Impasse entre administrativa importa y asiste, estrategias para prevenir la deficiencia de Anemia en mujeres embarazadas y cuestiones relacionadas con las mujeres embarazadas de hierro. **Conclusiones:** las principales dificultades de enfermeras relacionaron con el tratamiento y prevención de la anemia por deficiencia de hierro se asocian al embarazo tales como; la negativa en la ingestión de sulfato ferroso y poco conocimiento y asuntos administrativos y asistencias.

Palabras clave: Anemia; Mujeres embarazadas; La estrategia de salud de la familia.

INTRODUÇÃO

De acordo a Organização Mundial de Saúde (2001), a prevalência de anemia ferropriva em gestantes de países desenvolvidos e emergentes é de 22,7% e 52,0%, respectivamente, sendo a prevalência total de 50,0% das gestantes acometidas. Essa alta taxa de anemia no período de gestação pode estar associada a uma dieta pobre de ferro, juntamente com aumento da necessidade do mineral típico dessa fase. Uma dieta equilibrada nem sempre é suficiente para suprir as carências de ferro que se elevam no decorrer da gestação, sendo preciso até dois anos para o restabelecimento dos depósitos utilizados durante a gestação (GUERRA *et al.*, 1992).

A deficiência atinge todas as fases do ciclo de vida e no Brasil afeta em torno de 50% das crianças na faixa etária inferior a cinco anos e 30% de gestantes (BRASIL, 2005).

Anemia traduz uma deficiência de hemácias, que pode ser resultado de uma perda muito rápida ou produção muito lenta de hemácias (GUYTON, 2011). O diagnóstico é feito basicamente pela dosagem de hemoglobina (< 11mg/dl) e pelo valor do volume corpuscular médio (VCM) reduzido (BRASIL, 2000).

As mulheres gestantes formam o grupo mais crítico sob a perspectiva da necessidade orgânica de ferro. A demanda total do mineral no decorrer da gestação, com um feto apenas, é triplicada, em razão das

necessidades metabólicas do feto e da placenta em desenvolvimento, da volemia materna em crescimento, e também do aumento da massa eritrocitária e das perdas sanguíneas que ocorrem no momento do parto. Além da gestante, o feto necessita de ferro para produzir hemoglobina e construir uma reserva para os primeiros três meses pós-nascimento (MOURA; PEDROSO, 2003).

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, criado por meio da Portaria MS nº 730, de 13 de maio de 2005, recomenda a suplementação de 40mg/dia de ferro elementar (200mg de sulfato ferroso) para mulheres grávidas. A ingestão deve ser feita uma hora antes das refeições. A suplementação de ferro deve continuar no pós-parto e no pós-aborto por um período de três meses (BRASIL, 2013; BRASIL, 2005).

Horton; Ross (2003) ressaltam o grande custo indireto da carência de ferro na diminuição da produtividade, na mortalidade materna, na prematuridade, no baixo peso das crianças ao nascimento e, sobretudo, nas consequências irreversíveis sobre o desenvolvimento cognitivo que ocorrem na infância e se refletem no decorrer da vida em reprovação e abandono escolar, juntamente de baixa capacidade física para trabalhos braçais. Tanto a fortificação de alimentos comuns na alimentação da população alvo, como a suplementação medicamentosa, se efetivamente implantadas, formam um investimento pequeno, inferior a 0,3% do PIB de países em desenvolvimento.

Uma das práticas da assistência à mulher no período pré-natal é, além de acolher a gestante desde o período inicial da gravidez assistindo-a em todos os estágios de mudanças físicas e emocionais, o de intervir na redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal bem como o de ampliar o conhecimento dos seus direitos como mulher (SOUZA *et al.*, 2002).

As gestantes constituem um dos grupos mais susceptíveis a falta ferro pelo fato da grande necessidade desse mineral, determinada pelo aumento acentuado dos tecidos para o crescimento fetal, da placenta e do cordão umbilical (SOUZA *et al.*, 2002). A atenção nutricional à gestante e também a profilaxia com ferro devem fazer parte da assistência pré-natal, cuja qualidade se alicerça no início precoce, número mínimo recomendado de atendimento, identificação e maior atenção às gestantes de alto risco, combate ao tabagismo na gestação, dentre outras ações (ROCHA *et al.*, 2005).

Na prática dos Enfermeiros no âmbito da Estratégia Saúde da Família nota-se dificuldades para prevenção e tratamento da anemia ferropriva gestacional que perfazem desde questões administrativas-assistências

a variáveis que se relacionam a própria gestante como resistência da mesma e pouco esclarecimento. Assim esse trabalho buscou identificar as principais dificuldades vivenciadas por Enfermeiros atuantes em uma Estratégia Saúde da Família na prevenção e tratamento da anemia ferropriva em gestantes.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo com caráter qualitativo, realizado no âmbito de uma Estratégia Saúde da Família no município de Montes Claros-MG. Foram considerados como sujeitos deste estudo, Enfermeiros que se encaixaram nos seguintes critérios de inclusão: ter vínculo empregatício em uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família do município de Montes Claros com no mínimo cinco meses de atuação, aceitassem participar da pesquisa através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e possuíam disponibilidade de tempo para responder as perguntas solicitadas. A amostra não elegível para esse estudo foi composta de sujeitos que não concordaram em assinar o TCLE e que não estivessem em condições administrativas de serviço para responder a entrevista.

A amostra foi determinada por saturação; as informações foram coletadas até que houvesse repetições em seu conteúdo e as informações novas não representasse conteúdo significativo (DENZIN, 1994). Dessa forma a amostra final foi composta por 11 enfermeiros.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizado um roteiro semi-estruturado com a seguinte questão: Quais as principais dificuldades vivenciadas por você na sua prática para prevenção e tratamento da anemia ferropriva em gestantes?

As entrevistas foram realizadas nos meses de outubro e novembro de 2013. As falas foram gravadas e ouvidas pelos pesquisadores e, posteriormente, transcritas na íntegra, para interpretação e análise temática (MINAYO, 2004). Foram codificadas como: E1, E2, E3, E4, E5, E6, E7, E8, E9, E10 e E11.

O estudo foi previamente apresentado e aprovado pela Coordenação do Departamento de Atenção Básica de Montes Claros- Estratégia Saúde da Família e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Soebras, sob o protocolo 403.503 (CAAE: 19570113.5.0000.5141), no período que antecedeu a coleta de dados foi obtido o parecer favorável da Coordenação da Estratégia Saúde da Família. Esse estudo respeita e corrobora com as diretrizes da Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

RESULTADOS

De início é caracterizado o perfil sociodemográfico dos enfermeiros, com a finalidade de conhecer a população em estudo. A faixa etária dos Enfermeiros variou de 24 a 49 anos, predominando profissionais do sexo feminino (10). Com relação à situação conjugal a maioria era casada (8), sendo dois Enfermeiros em situação estável e uma viúva.

No que se refere à formação profissional a maior parte (9) se graduou em Universidades públicas e dois deles em instituição particular. Com relação à capacitação, 70% da amostra possuíam Residência em Saúde da Família. Quando indagados sobre a abordagem do tema anemia ferropriva em gestantes na graduação, todos eles, afirmaram que houve abordagem.

O tempo de atuação na presente unidade variou de seis meses a 13 anos. Em relação às condições de trabalho, nove eram concursados e apenas dois eram regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Dos 11 Enfermeiros, apenas três possuíam mais de um vínculo empregatício, dois atuava concomitantemente na docência e outro na assistência hospitalar. A renda familiar mensal apresentou um predomínio seis salários mínimos ou mais (7), com quatro Enfermeiros com renda de quatro a seis, ao passo que a maioria (oito) possuía de dois a cinco dependentes.

DISCUSSÃO

São apresentadas as cinco categorias emanadas do processo de análise temática. Partiu-se da sistematização de cinco categorias que representam o eixo em torno do qual o produto da dinâmica realizada se articula, a saber: Sinais e Sintomas da Anemia Ferropriva, A percepção do Enfermeiro sobre a Vulnerabilidade da Gestante, Impasse entre questões Administrativas e Assistências, Estratégias para Prevenira Anemia Ferropriva em Gestantes e Questões Relacionadas à Gestante.

Sinais e Sintomas da Anemia Ferropriva

Os sinais e os sintomas mais habituais são inespecíficos, como anorexia, palidez de pele e mucosas, perversão do apetite, apatia, adinamia, irritabilidade, fadiga generalizada, fraqueza muscular e dificuldade na realização de atividade física (BRASIL, 2012). De uma maneira geral os profissionais Enfermeiros não apresentaram dificuldades em relatar os sinais e sintomas da anemia ferropriva nas gestantes. Conforme as seguintes declarações:

“O próprio hemograma né, com diminuição da hemoglobina, menor que 11 né, se eu não me

engano, e também tem o sinal de palidez, fraqueza, e a queixa da mulher quando chega pra gente” (E1).

“Palidez, fraqueza, além do exame laboratorial” (E2).

“Diminuição da hemoglobina e do hematócrito né, no exame de sangue, além de cansaço, fraqueza, quando o paciente está hipocorado, alguns sinais e sintomas que a gente pode está observando no paciente” (E3).

“Palidez, dor nos membros superiores e inferiores, sonolência” (E7).

“As principais características mais é o cansaço né, a palidez e geralmente os pacientes vão queixar de dor nas pernas, mais relacionado ao cansaço, a hemoglobina também vai ta baixa né, do nível recomendado” (E9).

A Percepção do Enfermeiro sobre a Vulnerabilidade da Gestante

No caso peculiar da gravidez, além do aumento do volume sanguíneo (OMS, 1998) também há elevação de demanda pelas necessidades do feto (BARÓN *et al*, 2005). É também pequeno o número de mulheres que iniciam a gestação com reservas de ferro adequadas (FREIRE, 1998; VÍTOLO, 2003). A ausência de ferro no organismo eleva as mortalidades materna e infantil e afeta a produtividade (ALLEN, 2002; OMS, 2004). Ainda, quando a hemoglobina encontra-se significativamente menor que os níveis adequados, a puérpera pode ser acometida de insuficiência cardíaca de alto débito, com risco de morte para ela e para o feto (RIBEIRO; SOARES; JANARELLI, 1995). Os profissionais Enfermeiros reconhecem que é necessário atenção especial para com as gestantes, como é representado nas seguintes falas:

“[...]a gestante com anemia, geralmente é aquela gestante que demanda mais do serviço, que vem mais no serviço, ela vem sem estar agendado, porque às vezes ela tem mais queixas e a gente na maioria das vezes não tem disponibilidade” (E4).

“[...] a gente deveria prestar mais atenção as gestantes que estão com deficiência de ferro no organismo” (E2).

Dessa forma o Enfermeiro deve não apenas reconhecer essa demanda diferenciada que a gestante exige, deve também gerir o serviço para que o cuidado não seja automatizado; pois essa é uma fase de intensas emoções na vida da mulher. Deve refletir com a gestante sobre as alterações advindas da gravidez, e discorrer sobre os papéis desempenhados para que a gravidez transcorra bem.

Impasse entre Questões Administrativas e Assistências

Apesar do espaço conquistado pelo Enfermeiro a Atenção Básica e seu destaque na consolidação da Estratégia Saúde da Família, ainda existem dificuldades com relação ao processo de trabalho dentro da equipe, tornando-se um desafio para o profissional enfermeiro conciliar suas demandas (FREITAS, 2010). Esse impasse administrativo-assistencial é representado nas seguintes falas:

"[...] a parte administrativa ela demanda muito da enfermagem, então às vezes você podia estar prestando uma assistência, marcando atendimentos de demanda continuada e às vezes você não consegue porque você tem que tirar a parte do tempo para está fazendo ainda a parte administrativa, então acaba que compromete o tempo, até a qualidade mesmo da assistência muitas vezes" (E6).

"[...] a gente tem que alimentar o sistema do Ministério da Saúde, o SISPRENATAL, o SISVAN, então isso acaba ocupando uma parte do tempo" (E8).

Como relatado na falas dos E9 e E2, as questões administrativas podem em algumas vezes refletir na qualidade do atendimento dispensado:

"[...] em relação à assistência de maneira geral, a gente acaba dificultando porque você está no atendimento e chega um problema, chega à parte de gestão que você tem que está resolvendo, então você tem que conciliar as duas coisas ao mesmo tempo e acaba que você às vezes deixa de fazer um atendimento mais completo, uma assistência de melhor qualidade ao usuário porque você tem as questões administrativas, agora, especificamente para gestante anêmica vai interferir do mesmo modo" (E9).

"Sim, existe um fator grande, porque a gente deveria prestar mais atenção as gestantes que estão com deficiência de ferro no organismo, e o trabalho administrativo interfere porque a gente atende uma consulta de pré natal e é muito rápido, na consulta devido a sobrecarga de trabalho, então assim, a gente tem que pegar dados para cadastrar no SisPrenatal e isso acaba interferindo nas orientações e cuidados que a gente poderia estar prestando a gestante com anemia ferropriva" (E2).

São atribuições específicas do Enfermeiro da Saúde da Família: realizar consultas de enfermagem, planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos Agente Comunitário de Saúde, supervisionar, coordenar e realizar atividades de educação permanente dos ACS e da equipe de enfermagem; participar do gerenciamento dos insumos necessários

para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2011). Alguns Enfermeiros dessa pesquisa concordam que a estratégia de inserir no serviço dois profissionais Enfermeiros, um atuante na área administrativa e o respectivo nas questões assistências, pode melhorar a qualidade do serviço:

"[...] não somente só da gestante, mas de toda a população, porque a enfermeira fica muito presa na administração e falta muito tempo mesmo, por isso que hoje no município está inserindo um enfermeiro administrativo e deixando os assistenciais, que vai melhorar muito, não só a questão perante a gestante com anemia, mas toda a população" (E1).

"[...] com certeza, se o nosso serviço fosse só assistencial o resultado hoje já é eficaz, mas seria muito mais" (E3).

Estratégias para Prevenir a Anemia Ferropriva em Gestantes

O acompanhamento pré-natal objetiva assegurar o desenvolvimento da gestação, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde da mãe, abordando também aspectos psicossociais e as atividades educativas e de prevenção (BRASIL, 2012). Os Enfermeiros relatam algumas estratégias para prevenir casos de anemia ferropriva entre as gestantes:

"Sim, os grupos é de forma geral né, a gente trabalha tudo, anemia, higiene, dentro do grupo de gestantes, na hora do cadastro a gente oferece pra ela uma lista de alimentos que ela necessita esta consumindo" (E3).

"A prevenção é a prescrição da medicação que a gente pode fazer, que esta no protocolo, o tratamento que nos podemos fazer o monitoramento através do exame laboratorial mais frequente pra ver se a hemoglobina esta tendo uma melhora, e atividade educativa" (E4).

"O que a gente realiza mesmo é orientação durante consulta de pré-natal né, desde a primeira consulta, a gente já fala sobre a questão da alimentação, da suplementação, de comer alimentos que, é, contenha ferro, e facilitam a absorção de ferro, e a partir do momento que a gente identifica uma anemia a gente foca ainda mais na alimentação, sendo que mesmo quando não chega a ser uma anemia, mais esta próximo, a hemoglobina ainda ta baixa, agente já foca bastante nessa questão da alimentação" (E8).

"Geralmente o que a gente faz é na consulta mesmo, a gente passa o sulfato ferroso, orienta a importância de tá tomando esse sulfato ferroso todos os dias é e orienta também a tá tomando mesmo após o parto, até os três meses" (E6).

Os relatos acima retratam o cuidado holístico que os Enfermeiros dispensam às gestantes, refletindo também

a compreensão dos aspectos biológicos e psicológicos advindos da gravidez.

Questões Relacionadas à Gestante

O uso do sulfato ferroso na gravidez muitas vezes é associado aos enjoos e às náuseas na gestante, podendo gerar resistência da gestante em continuar a suplementação, portanto é fundamental que a gestante seja orientada quanto à importância da suplementação de forma ininterrupta até o final da gestação (BRASIL, 2005). Tal fato foi retratado na seguinte fala:

"[...] tem anemia que é orientado tomar duas vezes o comprimido e elas não tomavam e tem gestante no normal que a gente orienta tomar e elas tomam dia sim, dia não, fala que tá enjoando, que não tá suportando o gosto, não segue corretamente o tratamento, aí a gente sempre faz os exames, primeiro trimestre, segundo, terceiro, aí geralmente quando não da alterado a gente deixa, porque é melhor tomar pelo menos um comprimido dia sim dia não, do que não tomar nada, mas ainda acontece, mesmo com orientações" (E6).

A falta de informação a cerca da importância do uso dos medicamentos essenciais está associada à falta de qualidade da assistência pré-natal e à falta de desenvolvimento de atividades educativas por parte das equipes de saúde responsáveis pela atenção pré-natal (FERREIRA, 2010). Como mostrado na seguinte fala há ideias incorretas referente ao uso do sulfato ferroso:

"A dificuldade em relação à prevenção de anemia em gestantes, é a adesão delas ao uso do sulfato ferroso e ácido fólico, muitas gestantes acreditam que o sulfato ferroso vai engordar, então por isso elas não tomam" (E11).

É ressaltada a relevância da Educação em Saúde, estratégia ímpar, no âmbito da Estratégia Saúde da Família, para promoção da saúde as gestantes. A Educação em Saúde diz respeito a uma soma de oportunidades que contribuem para a manutenção da saúde e sua promoção, não compreendida apenas como transmissão de conteúdos, mas também como a adesão de práticas educativas que objetivem a autonomia das

pessoas na condução de sua vida. Desse modo, Educação em Saúde nada mais é que o pleno exercício de construção da cidadania (PEREIRA, 2003).

"[...] problema é só a gestante aderirem mesmo, elas terem a consciência de que o uso do sulfato ferroso é pra anemia, pra prevenir a anemia que mesmo tomando, mesmo comendo a quantidade de alimentos, ela não vai conseguir suprir, ela pode comer fígado, feijão, carne todo dia, mais não vai suprir a necessidade que precisa, então pra elas entenderem isso é um custo, é um trabalho de educação em saúde, promoção que a gente faz ao longo do pré-natal" (E10).

Essa interface de educação considera a ação educativa como uma prática dialogada e participativa que aspira a mudança da realidade de saúde dos indivíduos e grupos sociais assistidos. Nessa perspectiva, nota-se uma forte relação com o princípio de integralidade preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (LEONELLO; OLIVEIRA, 2010). Para que os sujeitos apreendam as orientações e ajam em conjuntamente com a equipe no planejamento das ações, é necessário que eles tenham uma compreensão efetiva referente ao conhecimento partilhado, a fim de entender o porquê das ações educativas (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2013).

CONCLUSÕES

O desenvolvimento desse estudo mostrou que as principais dificuldades dos Enfermeiros relacionados ao tratamento e prevenção da anemia ferropriva associam-se a gestante tais como; a recusa na ingestão do sulfato ferroso, pouco conhecimento e questões administrativas e assistências. Por conseguinte, para manter uma boa qualidade da saúde da mulher no período gestacional é fundamental uma assistência integral e constante, por isso recomenda-se fazer a consulta do pré-natal logo no primeiro trimestre da gestação, quando é função do Enfermeiro orientar, prevenir e tratar a anemia ferropriva reduzindo assim consideravelmente os riscos materno-fetais. Esse estudo não encerra a temática, acrescentando projeções para a abordagem sob variadas perspectivas.

REFERÊNCIAS

- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de Outubro de 2011. *Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).*
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos: resolução n. 466 de 12 de dezembro de 2012.*
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº 730 MS/GM*, de 13 de maio de 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

5. BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. *Gestação de alto risco*. Brasília: MS; 2000.
6. DENZIN NK, LINCOLN YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
7. FERREIRA GA, GAMA FN. Percepção de gestantes quanto o ácido fólico e sulfato ferroso durante o pré-natal. *Revista Enfermagem Integrada*, 2010; (3):2: 578-589.
8. FREIRE WB. La anemia por deficiencia de hierro: estrategias de la OPS/OMS para combatirla. *Salud Pub Mex*, 1998; 40(22):199-205.
9. FREITAS MCMC. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Revista Interdisciplinar NOVAFAP*, 2010; 3(3): 39-43.
10. GUYTON A, HALL JE. *Tratado de Fisiologia Médica*. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 393-395.
11. GUERRA EM *et al*. Prevalência de deficiência de ferro em gestantes de primeira consulta em centros de saúde de área metropolitana, Brasil. Etiologia da anemia. *Revista de Saúde Pública*, 1992; 26(2): 88-95.
12. HORTON S, ROSS J. The economics of iron deficiency. *Food Policy*, 2003; 28(1): 51-75.
13. LEONELLO VM; OLIVEIRA MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2010; 63(3):366-370.
14. MINAYO CS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco; 2004.
15. MOURA LC, PEDROSO MA. Anemia ferropriva na gestação. *Revista de Enfermagem da UNISA*, 2003; 4(1):70-75.
16. PEREIRA ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Caderno de Saúde Pública*, 2003; 19(5):1527-1534.
17. RIBEIRO JAC, SOARES CB, JANARELLI AL. Anemias na gestação. *Ginecologia e Obstetrícia Atual*, 1995; 4(1): 280-291.
18. ROCHA DS *et al*. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. *Revista de Nutrição*, 2005; 18(4): 481-489.
19. ROECKER, S, BUDÓ EPA; MARCON SS. O trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 2013; 22(1):29-36.
20. SOUZA AIB, FILHO M, FERREIRA LOC. Alterações hematológicas e gravidez. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 2002; 24(1): 29-36.
21. VÍTOLO MR. *Nutrição da gestação à adolescência*. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores, 2003.
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Assessing the iron status of populations. Report of a Joint World Health Organization/Centers for Disease Control and Prevention Technical Consultation on the Assessment of Iron Status at the Population Level*. Geneva, 2004.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Iron deficiency anaemia: assessment, prevention, and control: a guide for programme managers*. Geneva: WHO; 2001.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Vitamin and mineral requirements in human nutrition*. 2nd ed. Bangkok: WHO; 1998.

Recebido em: 28/10/2014.

Aceito em: 12/08/2015.