

CRIANÇA PORTADORA DE ANEMIA FERROPRIVA: UMA EXPERIÊNCIA DE CUIDADO

CHILDREN WITH IRON DEFICIENCY ANEMIA: AN EXPERIENCE IN CARE

NIÑO PORTADOR DE ANEMIA FERRIPRIVO: UNA EXPERIENCIA DE CUIDADO

Francisca Georgina Macedo de Sousa¹
Thelma Leite de Araújo²

Relata-se a experiência de atenção direta e efetiva à criança portadora de anemia por deficiência de ferro, envolvendo o cuidado e o conhecimento materno, assim como o ambiente familiar, físico e social no qual a criança se encontrava, para que fosse possível corrigir as causas subjacentes envolvidas. Estabeleceram-se como objetivos, elaborar diagnósticos de enfermagem, implementar intervenções e desenvolver capacidades e habilidades maternas para o cuidado à criança portadora de anemia carencial por deficiência de ferro. A tarefa criativa e construtiva de saberes foi utilizada neste processo de cuidar e o planejamento constituiu-se na base para a escolha de intervenções eficazes junto aos padrões negativos de comportamentos, facilitando formas alternativas de educação para a saúde. Concluiu-se que, em virtude das práticas profissionais de saúde ainda valorizarem as habilidades de diagnóstico, em detrimento das de comunicação, e estarem centradas na patologia, dando ênfase à doença física, com poucas referências ao ambiente doméstico, faz-se necessário embutir, na prática diária do cuidado, elementos que norteiem os processos de ensino e aprendizagem materna.

PALAVRAS CHAVES: Anemia. Cuidado. Criança.

This study describes the experience of direct and effective care to children with anemia due to iron deficiency. It includes maternal care and knowledge, as well as the family, physical and social environment of the children with the purpose of rectifying the underlying causes involved. The objectives were to elaborate nursing diagnoses, to implement interventions, and to develop maternal capabilities and abilities for the care of the children with anemia due to iron deficiency. Creative and constructive knowledge was utilized in this process of caretaking in which the planning was based on the choice of efficient interventions regarding the negative standards of behavior, thus facilitating alternatives for health education. The study concludes that professional health practices by virtue of emphasizing diagnostic abilities to the detriment of communication abilities, and being centered on pathology, emphasizing physical illness, with few references to the domestic environment, make it necessary to insert, in the daily practice of care giving, elements that will lead the teaching and maternal learning processes.

KEY WORDS: Anemia. Care. Children.

En este trabajo se relata la experiencia de la atención directa y efectiva al niño portador de anemia por deficiencia de hierro, envolviendo el cuidado y el conocimiento materno, como también el ambiente físico, familiar y social en el que se encontraba el niño, para poder así corregir las causas subyacentes involucradas. Se establecieron como objetivos:

¹ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal do Ceará

elaborar diagnósticos de enfermería, implementar intervenciones y desenvolver capacidades y habilidades maternas para el cuidado del niño portador de anemia por deficiencia de hierro. En este proceso de cuidar, se utilizó la tarea constructiva y creativa de saberes y, la planificación, se constituyó en la base para la elección de intervenciones eficaces junto a los patrones negativos de comportamiento, facilitando formas alternativas de educación para la salud. Se concluye, en virtud de que todavía las practicas profesionales de salud valorizen las habilidades de diagnóstico en perjuicio de las comunicativas, centradas en la patología, enfatizando la enfermedad física y con pocas referencias al ambiente doméstico, se torna necesario introducir, en la práctica diaria del cuidado, elementos que orienten la enseñanza y el aprendizaje materno.

PALABRAS-CLAVE: Anemia. Cuidado. Niño.

INTRODUÇÃO

Dentre os agravos de saúde à população infantil, os problemas nutricionais destacam-se pela alta incidência e repercussões negativas no crescimento e desenvolvimento da criança (BRASIL, 1999). Entre os problemas nutricionais, a desnutrição energético-proteica e as anemias são os mais prevalentes, sendo a anemia por deficiência de ferro a de maior magnitude, constituindo grave problema de saúde pública (UNICEF, 1990). As significativas conseqüências da carência nutricional de ferro dizem respeito às repercussões negativas no crescimento e no desenvolvimento da criança, à elevada morbidade como conseqüência da resistência diminuída às infecções, além da associação com a mortalidade infantil (GOMEZ et al., 1999; MARTORELL, 2001; QUEIROZ; TORRES, 2000). O acesso irregular a uma alimentação balanceada, práticas e hábitos alimentares, desemprego, ausência de saneamento básico, prematuridade, doenças diarreicas e o requerimento contínuo e elevado de nutrientes devido ao crescimento tornam as crianças propensas a desenvolver anemia por deficiência de ferro (NEUMAN et al., 2000).

Considerando-se as mães as responsáveis diretas pelos cuidados dispensados aos filhos, e ainda que é no ambiente domiciliar que se encontram os fatores que implicam em uma possibilidade maior ou menor de garantir a saúde, torna-se importante identificar estes fatores e recuperar a saúde neste contexto. O

cuidado, para Waldow (1998, p. 149), é um processo interativo entre cuidadora e ser cuidado, definido como: “[...] o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humana.”

Ressalta-se, portanto, que o cuidado de enfermagem aos portadores de anemia ferropriva deverá estar direcionado às causas e fatores de risco, assim como ao conhecimento e comportamento das mães em relação a esta carência nutricional. A identificação destes aspectos permite ao enfermeiro elaborar diagnósticos de enfermagem, de forma a garantir cuidado holístico, além de identificar déficits de conhecimento e de autocuidado. Contribuem ainda para esta assertiva, Doenges e Moorhouse (1999, p. 23), quando afirmam que, ao utilizar o diagnóstico de enfermagem, a “[...] enfermagem profissional identifica um corpo de conhecimentos que contribui para a prevenção da doença, bem como para a manutenção e/ou estabelecimento da saúde.”

Relata-se, neste trabalho, a experiência de cuidado à criança portadora de anemia por deficiência de ferro, envolvendo o cuidado e o conhecimento materno, assim como o ambiente familiar, físico e social, no qual a criança se encontrava, para que fosse possível corrigir as causas subjacentes envolvidas. Acredita-se que o

tratamento não deve ser orientado para a doença, mas deve envolver as várias dimensões, sejam elas sociais, comportamentais ou culturais. Estabeleceu-se como objetivo desenvolver capacidades e habilidades maternas para o cuidado à criança portadora de anemia carencial por deficiência de ferro.

METODOLOGIA

Para a construção deste estudo foi utilizada a abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, por se entender que este permite identificar a realidade e alcançar depoimentos que revelem como acontecem, na dinâmica familiar, o conhecimento e o cuidado em relação à criança portadora de anemia ferropriva. Estudo de caso é, para Polit e Hungler (1995, p.25): “[...] a investigação em profundidade de uma pessoa, grupo, instituição ou outra unidade social, onde o pesquisador tenta analisar e compreender as variáveis importantes ao histórico, desenvolvimento ou cuidado dispensado ao indivíduo ou a seus problemas.” Leopardi (2002) acrescenta ao conceito de estudo de caso a possibilidade de aprofundamento dos dados, sem preocupação sobre a frequência de sua ocorrência.

Os sujeitos do estudo foram mãe, pai e filha residentes em um bairro da cidade de Fortaleza-CE. A criança, com idade de um ano e nove meses, foi selecionada por apresentar diagnóstico médico e laboratorial de anemia por deficiência de ferro, estar em acompanhamento médico e residir nas proximidades da unidade de saúde. Os recursos metodológicos utilizados para o estudo foram a visita domiciliar, a entrevista, a observação, a cartilha e o jogo da memória.

A entrevista foi apoiada por perguntas norteadoras: *O que a senhora sabe sobre anemia? Na sua opinião o que pode ter contribuído para a ocorrência da anemia? O que poderá ser feito para resolver o problema de anemia da sua filha?*

A observação foi utilizada como método de investigação para avaliar as necessidades de aprendizagem, situações e déficits que pudessem comprometer o cuidado materno. Segundo

Lüdke e André (1986), a observação possibilita um contato pessoal e estreito do pesquisador com o fenômeno pesquisado, sendo o melhor teste de verificação da ocorrência de um determinado fenômeno. Para Campedelli et al. (1989), a observação fornece subsídios importantes para o planejamento da assistência a ser prestada e para o conhecimento das necessidades de enfermagem do cliente. Alertam as autoras, que, para observar, é preciso ver, ouvir, perceber e interpretar aquilo que constitui o interesse do profissional para determinado momento.

Para a etapa de implementação do cuidado, a estratégia utilizada foi uma cartilha colorida e ilustrada, onde se descreveu, de forma clara e objetiva, o que é anemia por deficiência de ferro, causas, fatores de risco, exemplos de alimentos ricos em ferro, cuidados de higiene domiciliar, corporal e dos alimentos. Continha ainda a sugestão de quatro dietas para a criança com os alimentos mais frequentes e de fácil acesso para a família que, se combinadas, totalizavam doze opções dietéticas entre lanches e refeições. Para apoiar e auxiliar a mãe a alcançar os resultados desejados, foi realizado ainda o “jogo da memória”, constituído de quarenta e uma cartas com desenhos e situações que envolviam a anemia por deficiência de ferro. As cartas do jogo foram agrupadas em três categorias: a primeira, com o objetivo de caracterizar anemia por deficiência de ferro (o que é anemia e os sinais clínicos desta carência nutricional), totalizando seis cartas. A segunda explicitava situações de risco para anemia ferropriva, compreendendo doze cartas. A terceira categoria apresentava medidas preventivas, de controle e tratamento, com vinte e três cartas. O uso do jogo da memória teve como principal finalidade desenvolver nos pais a percepção e compreensão das alterações resultantes do distúrbio, os fatores determinantes para a anemia carencial e estabelecer alternativas para a solução do problema de saúde da criança.

A última etapa do processo metodológico foi avaliar o alcance das metas e objetivos propostos

por meio de conhecimentos e atitudes maternas positivas adquiridas.

Foram realizados seis encontros domiciliares, com intervalos que variaram entre três e sete dias, que tiveram por objetivos levantar dados que permitissem: elaborar diagnósticos de enfermagem e planejar intervenções (quatro visitas); implementar e avaliar o cuidado (duas visitas). Os diagnósticos de enfermagem foram elaborados segundo a classificação da NANDA (DIAGNÓSTICOS..., 2002).

HISTÓRIA DA CLIENTE E SEU CONTEXTO FAMILIAR

A menor F.B.S., primeira filha do casal, com um ano e nove meses, nascida de parto eutócico hospitalar, prematura (não identificada idade gestacional), pesando 2.400g e medindo 47cm, saiu do Centro Obstétrico em companhia da mãe e foi amamentada nas primeiras seis horas de vida. O apgar não foi identificado (mãe não soube informar e não constava no cartão da criança), mas, segundo a mãe, a criança apresentava-se corada e ativa ao nascer. Recebeu leite materno exclusivo nas duas semanas de vida, tendo a mãe incluído leite artificial, pois achava sua filha “muito magrinha”. Manteve a alimentação no peito até mais ou menos o terceiro mês de vida, oferecendo com mais frequência à noite e ao acordar, nos demais horários prevalecia o leite artificial. A mãe é doméstica e o pai trabalha realizando serviços de limpeza e conservação em cemitério do bairro, com renda de dois salários mínimos. Antes de ir para o trabalho, o pai realiza cuidados com a menor como banho e preparo da mamadeira e participa no seu tratamento.

A casa em que moram é alugada, construída de tijolo, coberta de telha, paredes rebocadas e pintadas, piso de cerâmica apresentando vários desníveis (batentes), cinco cômodos, servida por rede elétrica, esgoto sanitário, coleta sistemática do lixo domiciliar e água tratada. Localiza-se em nível superior ao da rua e o acesso é feito por calçada alta com quatro degraus. Em todas as

visitas, apresentava-se limpa e organizada. A rua é asfaltada, com grande fluxo de automóveis. A família reside próxima a pessoas significativas: avó e tias. Apresenta ajustamento familiar satisfatório.

Ao exame físico, a criança apresentava palidez cutâneo-mucosa evidenciada principalmente na face e palma das mãos, integridade da pele comprometida por lesões sugestivas de escabiose e manchas hipocrômicas no abdômen, membros superiores e inferiores. Frequência respiratória de 46 irpm e frequência cardíaca de 53 bat/minuto. Deambula, sobe e desce da poltrona e dos degraus da casa, liga e desliga a televisão, usando o controle remoto, dança e articula algumas palavras (água, nenê, mamãe, papai).

A dieta da menor é essencialmente láctea, sendo oferecido irregularmente outros alimentos (baixa frequência, evidenciada quando a mãe refere que algumas vezes oferece outros alimentos como, por exemplo, comida da família e sucos de frutas, não havendo periodicidade na oferta). Recebeu todas as doses de vacinas para a sua idade, tem registro na Unidade Básica de Saúde do bairro, é acompanhada por uma equipe do Programa Saúde da Família e está inscrita no programa de suplementação alimentar. O peso atual é de 9kg, aferido na última semana pela Agente de Saúde. Apresenta déficit nutricional, classificado como baixo peso (percentil > 3). Portadora de cardiopatia, anemia ferropriva e desnutrição leve. O diagnóstico médico foi obtido a partir dos registros do prontuário da Unidade de Saúde.

VISITAS PARA LEVANTAMENTO DE DADOS

1ª VISITA: neste encontro foi feita a apresentação pessoal à mãe e explicação dos motivos da visita. Ressaltou-se os objetivos do trabalho e fez-se o convite para que participasse do estudo, no que concordou prontamente. Elogiou essa forma de trabalho, pois percebe a preocupação dos profissionais em resolver os

problemas da criança. Sente-se agradecida pela oportunidade de ter sido escolhida. Nesta oportunidade, fez-se algumas considerações sobre a criança, como idade e nome. A mãe adiantou-se com as informações sobre o problema de saúde da criança, reafirmando o diagnóstico médico de cardiopatia e anemia. Nesta visita, a criança encontrava-se dormindo. Diante do aceite, foi marcado um próximo encontro para três dias após.

2ª VISITA: encontrou-se, além da mãe, o pai da criança. Este permaneceu por pouco tempo, pois precisou sair para o trabalho. A entrevista foi conduzida mediante a pergunta: *O que a senhora sabe sobre anemia?* Constatou-se que a mãe percebe a anemia como fator limitante para o desenvolvimento da filha, “a pessoa com anemia não cresce direito”, porém sem identificar outras repercussões. Atribui o problema da anemia ao grande número de antibióticos utilizados em função de episódios de doença respiratória de repetição. Relata ser a filha portadora de “sopro no coração” e encontra-se fazendo acompanhamento com cardiologista. Nesse momento, o pai interrompe, dizendo ter a mãe esquecido da data do retorno à consulta médica (fala com indignação). A mãe justificou dizendo não ter encontrado o cartão de aprazamento. O último atendimento médico foi em agosto do ano em curso. A mãe preocupa-se com o problema cardíaco, não gosta de ver a filha chorar ou irritar-se, pois receia que apresente alterações respiratórias (dispnéia) e aumento da frequência cardíaca. Tranqüiliza-se quando a criança está dormindo. O pai se ausenta e a mãe refere que ele é muito atencioso e carinhoso, dizendo “ele é muito chato com essa menina”. Durante o período da visita, a criança encontrava-se dormindo (14h30min – 16h00). O diálogo é mantido, tentando-se resgatar informações mais detalhadas sobre a alimentação e problemas de saúde da criança.

3ª VISITA: realizada após quatro dias. A criança acabara de acordar e a mãe ofereceu água de coco em mamadeira dizendo que, mais

cedo, o pai havia preparado e oferecido mingau de maisena. A criança apresentava-se limpa, apesar de ter terminado de acordar. A mãe pediu licença para dar banho na filha, retornando com a criança de cabelos penteados e presos, de calcinha e pés descalços. Neste encontro, foi perguntado à mãe o que ela sabia sobre anemia, sobre suas causas e conseqüências. Respondeu, dizendo que “a anemia deixa o sangue fraco e pode levar a criança a ter leucemia”, e afirmou temer pelas conseqüências. A conversa foi interrompida pela criança e retomada com certa dificuldade, pois a criança era o centro da atenção. Optou-se por interagir com a mesma, participando das brincadeiras, estimulando-a a dançar e dando atenção a seus gestos e movimentos. Estas interrupções eram cíclicas e, a cada vez que a criança se manifestava, a conversa era interrompida. Continuando, a mãe cita que fígado e feijão são alimentos ricos em ferro e que foram orientados pelo médico como necessários para a criança. Quanto ao tratamento, diz ter usado a “vitamina do posto” durante duas semanas. Suspendeu o tratamento, pois considerou que a medicação era muito forte, tendo causado diarreia.

Analisando os dados obtidos nas duas últimas visitas, conclui-se que a mãe desconhece as causas da anemia, não segue regime terapêutico prescrito e oferece à criança dieta essencialmente láctea. Nesta ocasião, optou-se, inicialmente, pelas orientações dietéticas. Com esta finalidade, indagou-se à mãe que alimentos são consumidos com mais frequência pela família, tendo informado que dispõe regularmente de carne, feijão, arroz, macarrão, ovos, frango, batata, cenoura, banana e laranja. Resaltou que há, por parte do pai, a preocupação em adquirir os alimentos necessários à saúde da filha.

4ª VISITA: a mãe não estava em casa e a menor encontrava-se dormindo, sob os cuidados de uma adolescente (prima da mãe). Nesta ocasião, avaliou-se a situação vacinal e a curva de crescimento no cartão da criança. Para o lanche desta tarde, a criança receberia vitamina

de fruta (banana + leite) liquidificada, como a mãe teria recomendado. Até as 16h50m a criança não havia acordado. Ficou agendada por escrito a próxima visita, para que a mãe tomasse conhecimento.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ELABORADOS

Com base nos dados levantados nas quatro visitas, foi possível formular os seguintes diagnósticos de enfermagem: *nutrição alterada menos do que as necessidades corporais*, relacionada à dieta da criança (essencialmente láctea e pouco calórica); *controle ineficaz do regime terapêutico*, relacionado à dificuldade materna em seguir tratamentos prescritos; *déficit de conhecimento*, relacionado às limitações maternas de aprendizagem; *intolerância à atividade*, relacionada à dispnéia e à frequência cardíaca aumentada da criança durante atividade física; *risco para trauma*, relacionada à estrutura física da residência.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

As intervenções de enfermagem foram dirigidas, essencialmente, à mãe, pois o pai, por motivos de trabalho, não participou dos encontros na sua totalidade. Tiveram como metas: melhorar qualitativamente a dieta da criança, por apresentar-se monótona e predominantemente láctea; levar a mãe a reconhecer dificuldades e soluções para seguir os tratamentos prescritos; eliminar fatores causais e contribuintes para a anemia; contribuir para reduzir os riscos de lesão e a ocorrência de quadros infecciosos, além de proporcionar cuidado eficiente e necessário para recuperar a saúde da criança. Como objetivos das intervenções dirigidas à mãe destacou-se: identificar a importância de oferecer dieta qualitativamente equilibrada; estimular a aderir ao tratamento medicamentoso e dietético que a criança necessita, relatando a intenção de praticar comportamentos saudáveis para

recuperar a saúde da filha; possibilitar o entendimento do risco aumentado para infecções e as formas de evitá-las; ajudar a identificar situações de risco, considerando os desníveis no piso do domicílio e tomadas elétricas de fácil acesso e, finalmente, apoiar a mãe no domínio de tarefas positivas para o cuidado da criança.

As intervenções de enfermagem foram agrupadas em cinco categorias: *orientar*, *incentivar*, *explicar*, *ouvir e apoiar*. As intervenções nas categorias orientar, incentivar e explicar foram traduzidas em explicações dirigidas à mãe da criança, utilizando-se a cartilha e o jogo da memória como recursos metodológicos. Já nas categorias ouvir e apoiar, foram apresentadas intervenções que diziam respeito à própria pesquisadora e traduzidas em recomendações de atitudes profissionais.

Na categoria *orientar*, as prescrições foram: aproveitar, da forma mais racional possível, os alimentos a que têm acesso; oferecer seis refeições diárias à criança, sendo duas de sal; oferecer suco de frutas cítricas (laranja, acerola, limão, abacaxi) após as refeições, para ajudar na absorção do ferro presente nos alimentos da dieta; possíveis efeitos adversos da medicação (sulfato ferroso) como diarreia, constipação ou dor abdominal no início do tratamento; oferecer a medicação uma vez ao dia, preferencialmente uma hora antes da alimentação principal; importância da vida em grupo para o desenvolvimento da criança; brincadeiras que exigem pouca atividade física como pintura, modelagem e bonecas, para evitar o aumento da frequência respiratória; cuidados gerais com a criança para diminuir riscos de infecção (higiene da criança, do ambiente e dos alimentos); medidas básicas de segurança do ambiente familiar; utilizar protetores plásticos para interruptores elétricos ou posicionar móveis para dificultar o acesso da criança aos mesmos.

Na categoria *incentivar*, as prescrições foram: reduzir as dietas lácteas, substituindo-as por dieta de sal nos principais horários (11h30mn e 18h00); aquisição e aumento na oferta de

alimentos de valor nutricional e ricos em ferro como os vegetais de folhas verde-escuras (couve, vinagreira e cheiro verde); leguminosas (feijão, fava e grão de bico); frutas cítricas; carnes vermelhas, principalmente fígado e coração, carne e miúdos de frango, peixes e mariscos; castanhas, melado de cana e rapadura (estes comuns na alimentação local); usar água tratada (fervida ou filtrada); realizar coleta adequada do lixo, utilizando sacos plásticos ou depósitos de material resistente, de preferência com tampa, para prevenção e controle de vetores; escovar diariamente os dentes da criança, utilizando escovas de cerdas macias e arredondadas, realizando movimentos circulares para evitar traumatismo gengival; identificar os perigos em casa, que possam provocar traumatismos e, conseqüente, perda sanguínea; retornar com a filha para consultas médicas e de enfermagem de seguimento; compartilhar das atividades lúdicas para incentivar a socialização da filha; providenciar grade de proteção para a porta que dá acesso à rua, impedindo a saída da menor.

Na categoria *explicar*, as prescrições dirigidas à mãe foram: esclarecer o que é anemia, suas causas e conseqüências para o crescimento da criança, utilizando informações claras e objetivas sobre a doença, tratamentos e cuidados necessários; informar o tempo necessário de utilização da medicação (sulfato ferroso), que não deve ser inferior a três meses, sem interrupção; explicar de forma clara a dose da medicação e testar o entendimento da mãe, pedindo que demonstre como oferecerá à criança; relacionar os cuidados necessários para acompanhamento sistemático da criança; reforçar o conhecimento sobre os alimentos ricos em ferro e como prepará-los; discutir as responsabilidades dos pais no tratamento da doença dos filhos; esclarecer os riscos da anemia para o crescimento e desenvolvimento da criança e as causas da dispnéia e do aumento da frequência cardíaca; ensinar à mãe o que acontece no organismo da criança anêmica, que favorece a instalação de processos infecciosos.

Na categoria *ouvir*, buscou-se prescrever como atitude a ser adotada pelo profissional: ouvir atentamente o relato da mãe, descobrir os motivos da dificuldade para seguir os tratamentos e avaliar as possibilidades de adesão à terapêutica.

As intervenções para a categoria *apoiar* foram: os pais, para que assumam as responsabilidades de cuidar integralmente da criança e optem pelos cuidados a serem adotados; possibilidades de mudança de comportamento; a mãe, caso demonstre insegurança em relação a pontos específicos; corrigir as falhas de conhecimentos adquiridos pela mãe sobre as causas e complicações da anemia e permitir-lhe verbalizar dúvidas e preocupações.

VISITAS PARA IMPLEMENTAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Após a identificação dos diagnósticos e do planejamento do cuidado de enfermagem, foram realizadas duas visitas (5ª e 6ª) com a finalidade de implementar as intervenções elaboradas e avaliar o cuidado de enfermagem, as quais estão descritas a seguir:

5ª VISITA: realizada sete dias após a quarta visita. Pai e mãe foram encontrados em casa e a criança encontrava-se dormindo. Apresentada aos pais uma cartilha elaborada especificamente para apoiar as ações de ensino sobre anemia, destacando os fatores desencadeantes, conseqüências e tratamento. Foi enfatizada a questão dietética, incluindo sugestão de quatro refeições que poderiam ser preparadas e oferecidas à criança. A leitura foi realizada pela mãe e, em seguida, dadas explicações e esclarecidas as dúvidas. Os pais se mostraram surpresos com as informações. O pai falou que sempre soube que anemia era uma *coisa ruim* e que precisava de cuidados. Desconheciam a maioria dos aspectos discutidos (etiologia, causas e conseqüências), demonstraram interesse em aderir às orientações propostas, como redução das refeições lácteas, introdução de refeição de sal e a necessidade de

suplementação com sulfato ferroso. Foi estimulada a participação da mãe no cuidado à criança e a necessidade de que a terapêutica fosse implementada considerando o problema da anemia ser progressivo, conduzindo à deficiência imunológica e riscos de infecções. O diálogo foi agradável, e a mãe concordou que na próxima visita pudessemos participar do preparo da dieta da criança. Estava com consulta apazada para a semana seguinte na Unidade Básica de Saúde.

6ª VISITA: a mãe informou que já havia reiniciado o tratamento com sulfato ferroso, porém mostrava-se insegura sobre o que fazer diante dos efeitos adversos da medicação. Foi então orientada a fracionar a dose da medicação em duas tomadas e em dias alternados, caso a criança apresentasse desconforto gastrointestinal. Solicitou-se que demonstrasse como estava oferecendo a medicação, com o objetivo de identificar falhas. Foi reforçada orientação sobre a dose correta e o horário da medicação. Após ter confirmado que era capaz de seguir corretamente os dois passos (dose e horário), a mãe foi elogiada e parabenizada. Demonstrava-se satisfeita e confirmou consulta de enfermagem a ser realizada dali a dois dias. Para o almoço da criança, havia preparado frango cozido, batata e macarrão. A criança aceitou bem a dieta oferecida. Reforçado o uso de suco de fruta cítrica após as principais refeições para ajudar na absorção do ferro.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM ELABORADOS APÓS INTERVENÇÕES

Após implementação do cuidado, os diagnósticos elaborados foram: *comportamento de busca de saúde adequado*, relacionado a comportamentos e atitudes maternas de maior controle sobre as práticas de saúde; *disposição para enfrentamento familiar aumentado*, caracterizado por atitudes dos pais em promover a saúde da criança, evidenciada pelo início do tratamento medicamentoso e dietético da criança.

CONCLUSÃO

A anemia por deficiência de ferro não deve ser vista como simples anemia corrigida com suplementação de ferro. As correções das alterações laboratoriais deverão ser acompanhadas por melhoria nas condições de vida, de nutrição, moradia e no conhecimento materno. As práticas prescritivas e terapêuticas devem estar associadas ao conhecimento e análise que contemplem a complexidade e a dinâmica destas interações.

Neste estudo, apesar de a criança ter tido acesso a serviços de saúde (consulta médica, de enfermagem e apoio laboratorial), a mãe não seguia o tratamento prescrito e os pais não tinham entendimento sobre a doença. Os contatos com a família possibilitaram constatar que as práticas profissionais de saúde ainda valorizam as habilidades de diagnóstico, em detrimento das de comunicação, e estão centradas na patologia, dando ênfase à doença física, com poucas referências ao ambiente doméstico. Portanto, faz-se necessário embutir na prática diária do cuidado elementos que norteiem os processos de ensino e aprendizagem materna. Os problemas de saúde devem ser tratados com explicações adequadas, para compreensão do problema, produzindo um impacto maior sobre a qualidade do cuidado.

A tarefa criativa e construtiva de saberes foi utilizada neste processo de cuidar. O planejamento constituiu-se na base para a escolha de intervenções eficazes junto aos padrões negativos de comportamento, facilitando formas alternativas de educação para a saúde. O planejamento possibilitou utilizar técnicas, selecionar recursos e retirar a cliente da passiva situação de receptora, melhorando conhecimentos, práticas e enriquecendo o ambiente familiar, lugar onde a criança crescerá e se desenvolverá. Destaca-se, ainda, que o cuidado planejado revelou o que há de mais importante na relação profissional/cliente, que é a coresponsabilidade. Esta forma de cuidar permitiu planejar a assistência com a segurança de que os

diagnósticos e as intervenções atenderam a todos os aspectos que envolviam a situação, desvelando o cuidado holístico. Abordaram-se aspectos do crescimento e desenvolvimento da criança e do ambiente, não se detendo no problema da anemia.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Ações para o controle da anemia ferropriva**. Brasília, 1999.
- CAMPEDELLI, Maria Coeli et al. **Processo de enfermagem na prática**. São Paulo: Ática, 1989.
- DIAGNÓSTICOS de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2001 – 2002 / Organizado por North American Nursing Association. Tradução de Jeanne Marlene Michel. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2002.
- DOENGENS, Marilyn E.; MOORHOUSE, Mary Francês. **Diagnóstico e intervenção em enfermagem**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- GOMÉZ, Hortênsia Gautier du Défais, et al. Fatores de riesgo de la anemia por deficiencia de hierro en lactantes de un área de salud. **Rev. Cubana Hematología Inmunología e Hematología**, Cuba, v. 15, n. 3, p. 175-181, 1999.
- LEOPARDI, Maria Tereza. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002.
- LÜDKE, Menga; ANDRÉ, Marli E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1996.
- MARTORELL, Reynaldo. Conseqüências a longo prazo da subnutrição no desenvolvimento físico e mental. **Anais Nestlé**, Rio de Janeiro, v. 61, p. 19-30, 2001.
- NEUMAN, Nelson A. et al. Prevalência e fatores de risco para anemia no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 126-138, fev. 2000.
- POLIT, Denise F.; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- QUEIROZ, Suzana de Souza; TORRES, Marco A.A. Anemia ferropriva na infância. **J. Pediat.**, São Paulo, v. 76, p. 298-304, dez. 2000. (Suplemento 3).
- UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Estratégia para melhorar a nutrição de crianças e mulheres nos países em desenvolvimento**. New York, 1990.
- WALDOW, Vera Regina. **Cuidado humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.