



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

LUCIANE RAMOS DE SOUZA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL
COM ÊNFASE NA ANEMIA FERROPRIVA**

ARIQUEMES - RO

2011

Luciane Ramos de Souza

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL
COM ÊNFASE NA ANEMIA FERROPRIVA**

Monografia apresentada ao curso de graduação em enfermagem da Faculdade de educação e meio ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em enfermagem.

Profa. Orientadora: Esp. Sonia Regina Batini

Co-orientadora: Dra. Rosani Aparecida Alves
Ribeiro de Souza

ARIQUEMES

2011

Ficha Catalográfica elaborada pela bibliotecária Vanessa de Fátima Chaves Leal CRB11/551 , na Biblioteca “Júlio Bordignon”, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA em Ariquemes/RO.

616.1527

S729a

SOUZA, Luciane Ramos de .

Assistência de Enfermagem no pré-natal com ênfase na anemia ferropriva /
Luciane Ramos de Souza . – Ariquemes: [s.n], 2011.

39 f.il .; 30cm.

Monografia de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) –
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA.

Luciane Ramos de Souza

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM ÊNFASE NA ANEMIA FERROPRIVA

Monografia apresentada ao curso de graduação em enfermagem da Faculdade de educação e meio ambiente – FAEMA, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

COMISSÃO EXAMINADORA

Profa. Orientador: Esp. Sonia Regina Batini

Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Profa. Co-orientadora: Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro de Souza

Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Profa. Esp. Denise Fernandes De Angelis Chocair

Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Profa. Esp. Silvia Michelly Rossetto

Faculdade de Educação e Meio Ambiente-FAEMA

Ariquemes, 10 de novembro de 2011

Toda força e coragem a mim concedida,
agradeço a ti senhor.

Aos meus filhos Jhéssica e Guilherme, e ao
meu esposo Antonio que em todo momento
compreenderam a minha ausência e me
apoiaram em tudo que precisei.

A minha mãe e a minha avó querida que não
mediram esforços em momento algum para
me ajudar e dar apoio nos momentos de
angústia.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por me transferir serenidade em todos os momentos difíceis onde achei que não ia conseguir concretizar este sonho.

A minha mãe que muitas vezes deixou seus problemas de lado para me ajudar a resolver os meus sem questionar.

Aos meus filhos por entender e não criticar a minha ausência e também ao carinho e força incondicional que me ofereceram todo este tempo.

Ao meu esposo Antonio que sempre entendeu a importância da realização deste sonho pra mim.

A minha vó que me ofereceu colo sempre que precisei nos momentos difíceis.

A minha orientadora Sonia Regina Batini que iluminou meus pensamentos na elaboração deste trabalho.

A minha co – orientadora Dra. Rosani Aparecida Alves Ribeiro Souza que mesmo tão ocupada sempre me deu atenção e auxílio nas minhas dúvidas.

A todos os professores que participaram de minha formação acadêmica desde o início ensinando com paciência e mostrando a importância de um profissional com caráter e ética.

A minha enfermeira querida Luana Rodrigues Novaes por ser minha fonte de inspiração por optar por esta carreira me ensinando o valor desta profissão quando nos dedicamos a ela com carinho e afeto ao próximo.

A meus colegas de trabalho onde muitas vezes trabalharam em dobro para suprir minha falta.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!

Florence Nightingale

RESUMO

A atenção ao pré-natal é uma medida importante, onde a diminuição da morbimortalidade materno-fetal é o foco principal. Todas as alterações corporais que ocorrem na gestante são essenciais para a finalização do processo gestacional, enfatizando que, uma boa alimentação e uma atenção de enfermagem com qualidade resultam em um pré-natal tranquilo e de qualidade, com redução de riscos para a mãe e o filho. Trata-se de pesquisa de revisão de literatura descritiva, exploratória e quantitativa no período de julho de 2011 a novembro de 2011, com o objetivo de realizar uma revisão de literatura sobre as ações que facilitam o serviço de enfermagem durante o pré-natal na prevenção da anemia ferropriva. A coleta e análise das referências foram entre os anos de 1991 a 2011, com publicações nas bases de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google Acadêmico, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP, em livros da Biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA e Manuais do Ministério da Saúde. No percurso metodológico foram encontradas 5.210 referências e sendo utilizadas 56 dentre as quais se dividem nas seguintes categorias: trinta e dois (56.96%) em periódicos nacionais, três (5.34%) em inglês, um (1.78%) em espanhol, dezessete (30.26%) livros, dois (3.56%) manuais do Ministério da Saúde e uma (1.78%) tese. Observou-se, nesta revisão, que a atenção ao pré natal deve ser de forma completa sem interrupções desnecessárias, realizando ações que visem a prevenção, promoção e assistência integral a saúde da gestante, onde a redução dos índices de anemia ferropriva são essenciais para o bom desenvolvimento gestacional e parto.

Palavras chave: Gravidez, anemia ferropriva, saúde da mulher, alterações fisiológicas and gravidez.

ABSTRACT

The attention to the prenatal is an important measure, where the reduction of maternal-fetal morbidity is the main focus. All the bodily changes that occur during the pregnancy are essential for the completion of the gestation process, emphasizing that good nutrition and a nursing care with quality results in a quiet pre-natal and with quality, reducing risks to the mother and child. It is a of literature review descriptive, exploratory and quantitative in the period from July 2011 to November 2011 with the objective of to make a literature review about the actions that facilitate nursing services during the prenatal prevention of iron deficiency anemia. The collection and analysis of the references was from the year 1991 to 2011, with publications in the database: Virtual Health Library (BVS), Google Scholar, the Digital Library of Theses and Dissertations of USP in books at the library Júlio Bordignon of the Faculty of Education and the Environment – FAEMA and manuals from the Ministry of Health. In the methodological course were found 5210 references and are being used 56 among which are divided into the following categories: thirty-two (56.96%) in national journals, three (5.34%) in English, one (1.78%) in Spanish, seventeen (30.26%) books, two (3.56%) manuals of the Ministry of Health and one (1.78%) thesis. There was saw, in this review, that attention to prenatal should be in a complete form without unnecessary interruptions, doing actions for the prevention, promotion and integral care to pregnant women's health, where the reduction of the iron deficiency anemia rates are essential for a good gestational development and birth.

Keywords: Pregnancy, iron deficiency anemia, women's health, physiological changes and pregnancy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CO ₂	Dióxido de Carbono
DECS	Descritores em Ciências da Saúde
DUM	Data da Última Menstruação
FAEMA	Faculdade de Educação e Meio Ambiente
Hb	Hemoglobina
HCG	Gonadotrofina Coriônica Humana
HCS	Somomatotropina Coriônica Humana
Ht	Hematócrito
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SCIELO	Scientific Eletronic Librery Online
SIS pré-natal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 METODOLOGIA	13
4 REVISÃO DE LITERATURA	14
4.1 PRÉ-NATAL	14
4.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS	16
4.3 ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS	19
4.4 ALTERAÇÕES HORMONAIS	21
4.5 ALTERAÇÕES CORPORAIS NO PERÍODO GESTACIONAL.....	23
4.5.1 Postura e Deambulação.....	23
4.5.2 Alterações Hematológicas.....	25
4.6 ANEMIA FERROPRIVA	27
4.7 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A GESTANTE	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS	33

INTRODUÇÃO

A atenção ao pré-natal é um fator importante onde a diminuição da morbimortalidade materno-fetal é o foco principal. O pré-natal visa dar suporte à gestante a partir do início da gestação realizando a coleta de dados onde o histórico de saúde materna será levantado visto que a saúde fetal depende exclusivamente da mãe (PARADA, 2008).

A qualidade da atenção oferecida a gestante merece destaque uma vez que influencia a relação entre profissional, paciente e família, pois durante este período a mulher passa por diversas alterações, onde tais modificações são necessárias para o desenvolvimento fetal (MARTINS, 2011).

Algumas alterações fisiológicas se tornam visíveis como: A pele, mamas, abdômen e a região genitália onde a coloração e o tamanho mudam podendo ocorrer o aparecimento de estrias. A gestante também passa por alterações hematológicas e respiratória, onde seu volume sanguíneo aumenta para suprir as necessidades dela e do feto necessitando assim que o coração passe a trabalhar mais fazendo com que os pulmões aumentem sua demanda de oxigênio visto que com o avanço da gestação o coração sofre um pequeno deslocamento e a respiração de torácica passa a ser abdominal aumentando o desconforto gestacional (MENEZES; DOMINGUES, 2004).

Todas as alterações sofridas pela gestante são essenciais para a finalização do processo gestacional sem problemas patológicos onde a alimentação é de extrema importância no ciclo vital, visto que a falta diária de alimentos rico em nutrientes pode ocasionar a mortalidade materna e fetal. Com o aumento do volume plasmático total, o sangue se torna pobre em hemoglobina onde muitas vezes a quantidade de alimentos ingeridos não possui ferro o suficiente para suprir a demanda da reserva corporal total. A alimentação não deve ser vista apenas como o ato de saciar a fome e sim de recarregar todas as reservas de nutrientes na gestação. Neste período a mulher também passa por um aumento de peso e muitas vezes este aumento não se dá pela ingestão de alimentos certos, onde a mulher deve ser melhor orientada sobre os alimentos ricos em nutrientes e em especial o ferro para manter suas reservas satisfatórias independentemente do total de líquido circulante no corpo (SATO et al., 2010).

As necessidades de ferro variam, acentuadamente, a cada trimestre gestacional, não se altera no primeiro trimestre devido à ausência de menstruação. A alimentação também é importante nas alterações do sistema digestório, pois o mesmo se torna lento e diminui seu peristaltismo onde a gestante entra em um quadro de constipação percebida necessitando de alimentos que facilitem o esvaziamento gastrointestinal (SILVA; SILVA, 2009).

Muitas mulheres quando engravidam já estão com alterações nutricionais devendo ser avaliadas a partir do momento que se inicia o pré-natal, pois o peso do recém nascido depende desta avaliação e mudanças no estilo de vida materna, durante essas alterações nutricionais a gestante pode vir a contrair anemia colocando-se em risco (SANTOS et al., 2006).

A anemia é uma condição caracterizada pela redução da quantidade de hemoglobina funcional circulante total (REY, 2008). De acordo com Jacobson (2007), a anemia ferropriva é causada pela diminuição das reservas corporais de ferro, inclusive ferro plasmático.

Segundo Ministério da Saúde as conseqüências da anemia ferropriva são sérias, níveis baixos de hemoglobina que correspondem a anemia moderada e grave são associados com índices aumentado de mortalidade materno-fetal (BRASIL, 2010).

O estado nutricional da gestante influi diretamente na saúde, crescimento e desenvolvimento fetal, assim como peso ao nascer, parto prematuro e patologias associadas (AZEVEDO, 2010).

De acordo com Ricci (2008), o enfermeiro deve estimular à adesão a alimentação rica em ferro e líquidos que contribuam para melhor absorção do mesmo, embora o ferro constitua uma porcentagem mínima do peso corporal, desempenha papel importante.

A mulher no período gestacional necessita de mais nutrientes que contem ferro e de orientação durante o pré-natal onde são fornecidas informações que auxiliam a gestante a manter uma dieta rica em ferro. De acordo com Cortes (2009) é pequeno o número de mulheres que iniciam a gestação com os estoques de ferro adequados, e quando a hemoglobina encontra-se significativamente abaixo dos níveis adequados, a gestante pode sofrer de insuficiência cardíaca de alto débito, com risco de morte para ela e para o bebê.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Compreender as ações que facilitam o serviço de enfermagem durante o pré-natalna prevenção da anemia ferropriva.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Conhecer e descrever a fisiopatologia da anemia ferropriva.
- ✓ Descrever a importância da nutrição adequada durante o período gestacional.
- ✓ Descrever as principais alterações fisiológicas da gestação.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, de caráter descritivo e exploratório. O levantamento das publicações foi realizado no mês de julho de 2011 a novembro de 2011, deu-se por consulta às bases de dados indexadas, a saber: Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google acadêmico, Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP, acervos disponíveis na biblioteca Júlio Bordignon da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA entre os anos de 1991 à 2011. Os descritores utilizados estão de acordo com os Descritores em Ciências da saúde (DECS), a conhecer: Gravidez, Anemia ferropriva, Saúde da Mulher, Alterações Fisiológicas and Gravidez.

O delineamento dos referenciais foi do ano de 1991 a 2011, onde foram incluídos os estudos disponíveis na íntegra que evidenciavam as ações preventivas do profissional enfermeiro na assistência de enfermagem no pré-natal com ênfase na anemia ferropriva, publicadas na língua portuguesa, inglesa, espanhol em periódicos nacionais e internacionais. Após a leitura dos artigos, foram excluídos os que não guardavam relação com a temática estudada e/ou que não atendiam aos critérios de inclusão anteriormente descritos.

Para o detalhamento metodológico de coleta de dados, foram encontradas 5210 referências e sendo utilizadas 56 dentre as quais se dividem nas seguintes categorias: trinta e dois (56.96%) em periódicos nacionais, três (5.34%) em inglês, um (1.78%) em espanhol, dezessete (30.26%) livros, dois (3,56%) manuais do Ministério da Saúde e uma (1.78%) tese.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 PRÉ - NATAL

Os autores Silva, Chistoffel e Souza (2005) relatam que antes do século XX a gestação era vista como um acontecimento normal na vida da mulher sendo assistida apenas por parteiras sem o mínimo de informação, colocando em risco a vida da mãe e do recém-nascido onde muitas vezes faleciam devido a complicações no parto que poderiam ser evitadas, se durante a gravidez tivessem uma assistência de qualidade. O enfoque na saúde da mulher grávida começou a ter um novo panorama a partir do século XX com a criação de instituições públicas oferecendo atendimento médico e de enfermagem a mulher, visto que a saúde do recém-nascido depende exclusivamente da assistência prestada durante a gravidez e cuidados prévios na hora do parto. Em 1984, criou-se o programa de assistência integral á saúde da mulher (PAISM) visando ao fortalecimento da assistência prestada tendo como premissa a redução dos riscos à gestante e diminuição da morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal.

Ainda de acordo com Silva, Christoffel e Souza (2005) o acesso às informações pertinentes à saúde é de suma importância no quesito humanização, pois a gestante seja de baixo ou auto risco deve estar em constante aprendizado sobre seu estado de saúde, assim como a família e os profissionais que fazem o acompanhamento da gestação, o cuidado oferecido à mesma não gira em torno apenas da consulta, mas sim em torno do elo que se forma em volta da troca de informação entre profissional, paciente e família.

O pré-natal deve ser realizado com compromisso e seriedade pelo profissional, onde a gestante é atendida de acordo com suas necessidades (CHRESTANI et al., 2008).

O acompanhamento da gestante tem por objetivo dar suporte à mulher a partir da confirmação da gravidez garantindo apoio e assistência até o término da gestação, este se dá através da realização pelo enfermeiro de 9 consultas durante a gestação sendo uma por mês e no último mês, se necessário sua intensificação na última quinzena da gravidez, sendo admissível pelo Ministério da Saúde o mínimo de 7 consultas até o final da gestação, e que seja garantido todos os exames

necessários para a prevenção de possíveis intercorrências no período gestacional e após o nascimento da criança (BRASIL, 2006).

O pré-natal é a porta de entrada para boa saúde da gestante quando realizado de forma correta, é importante o enfermeiro realizar ações educativas como o grupo de gestante onde ocorre uma troca de experiência e esclarecimento de dúvidas durante a conversa (MIGLIOLI et al., 2010).

Segundo Succi et al.(2008):

O conjunto de procedimentos clínicos e educativos destinados a acompanhar a evolução da gravidez e promover a saúde da gestante, requer esforços constantes das autoridades de saúde e dos profissionais que executam essas ações e também da população alvo, que deve estar atenta aos problemas surgidos e buscar soluções, p.47.

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) foi criado pelo Ministério da Saúde em 2000 para melhorar a assistência prestada à gestante tendo como elemento principal a humanização ao parto complementando o PAISM. O sistema de acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (SIS PRÉ-NATAL) teve sua criação através da necessidade de informatizar o PHPN através do cadastro da gestante para oferecer além do acompanhamento com qualidade, subsídios para o Ministério da Saúde avaliar o tipo de atendimento a gestante em esfera municipal e estadual dando informações pertinentes para a realização dos repasses financeiros aos municípios (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Os dados coletados através do cadastro da gestante são de fundamental importância no diagnóstico de saúde, pois oferecem informações para programar, organizar, e avaliar os serviços de saúde (MOIMAZ et al.,2010).

De acordo com Aerts, 1997; Barbieriet al., 2000; Lansky et al., 2002; Koffman; Bonadio, 2005; Barros et al., 2005 apud GONÇALVES CESAR; MENDOZA-SASSI, (p.2507, 2009).

A assistência ao pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Sua ausência e/ou deficiência está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal.

Kawamoto; Santos e Mattos (1995) relatam que para uma boa assistência o enfermeiro deve realizar junto a sua equipe a busca ativa das gestantes em sua área de abrangência, ter uma equipe com conhecimentos técnico-científicos, um local

para atendimento, garantia dos exames necessários e medicamentos, e avaliar sua assistência de acordo com o que a gestante compreendeu sobre sua gestação e todas as alterações pelas quais passará.

4.2 ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS

As modificações fisiológicas desencadeadas pelo período gestacional são percebidas logo no início, sendo significativas na vida da gestante, o enfermeiro deve estar preparado para orientar e dar apoio a gestante para que haja uma adaptação a nova fase (BRANDEN, 2000).

Essas alterações sejam elas graves ou não, provocam temores, desconfianças, ansiedades, ilusões ou apenas curiosidade (COSTA et al.,2010).

Segundo Guyton (1998, p. 600):

A presença no útero de um feto em crescimento significa para a mãe uma carga fisiológica extra, e grande parte da resposta materna a gravidez, como o aumento do peso corporal, que decorre desse aumento de carga.

Muitas alterações fisiológicas são consideradas normais e tranquilas para algumas mulheres, mas outras sentem essas alterações de forma diferente, segundo Kawamoto, Santos e Mattos (1995) essas alterações podem ser fisiológicas relacionadas ao estado gestacional como náuseas, vômitos, leucorréia, câibras, constipação intestinal ou de formas mais graves como sangramento, edema, temperatura elevada, entre outros.

De acordo com Spence (1991), a gravidez a partir da data da última menstruação (DUM) dura em média 280 dias, onde o feto começa a alterar toda estrutura anatômica da mãe, o útero aumenta seu tamanho vai tomando espaço em toda cavidade abdominal pressionando a bexiga e o reto, onde a gestante começa ter episódios de micção constante e constipação percebida.

A mulher passa por um período de grandes transformações que abrangem tanto o aspecto fisiológico do seu corpo quanto o psíquico, essas alterações fisiológicas são imprescindíveis para o desenvolvimento do feto onde os órgãos

maternos passam a funcionar no limite de sua capacidade máxima (ALMEIDA et al., 2005).

A pele da mulher torna-se sensível no período gestacional devido sua distensão, em conseqüência pode haver o aparecimento de estrias nas mamas, abdome e nádegas. O depósito de tecido adiposo e as alterações hormonais também contribuem para várias alterações como o aumento da coloração da pele, no rosto as alterações são o cloasma gravídico que tende a desaparecer após o parto, na região do abdome aparece a linha negra que vai da cicatriz umbilical ao monte pubiano (CARVALHO, 2007).

Dangelo e Fattini (2011) afirmam que as mamas passam por um ciclo, constituído de duas fases; A de repouso que é a fase pré-ovulatória e a fase de proliferação que provoca um aumento no volume das mamas que é causado pela progesterona que ocorre antes da menstruação. As mamas são diretamente ligadas à reprodução feminina, pois são formadas por glândulas, no período gestacional os hormônios juntamente a essas glândulas são especialistas na produção do leite.

No período gestacional as mamas se tornam sensíveis a aréola se torna mais escura e edemaciada, a rede venosa aumenta consideravelmente no decorrer da gestação conhecida como rede de Haller, todas essas alterações são essências no preparo da mama para a amamentação (BARROS, 2009).

Dangelo e Fattini (2011) relatam que o sistema genital feminino é formado por vários órgãos que em conjunto é responsável pela reprodução.

O sistema reprodutor feminino no período gestacional passa por modificações como a hipertrofia e a hiperplasia de todo aparelho (CARVALHO, 2007).

Ainda de acordo com Dangelo e Fattini (2011) os ovários são responsáveis por produzir os ovócitos no final da puberdade, produzem também os hormônios estrógeno e progesterona que são responsáveis pelas características femininas e também atuam na implantação do óvulo fecundado na cavidade uterina no início do desenvolvimento da gestação.

As tubas uterinas são responsáveis por levar os óvulos em direção contrária dos espermatozóides para serem fecundados no interior da tuba uterina, a ovulação ocorre uma vez por mês de acordo com o ciclo menstrual (DANGELO e FATTINI, 2011).

O útero é responsável por alojar os ovócitos ou o embrião em caso de fecundação, segundo Dangelo e Fattini (2011 p. 193), “a cavidade uterina e a

vagina, pelas quais o feto, após a vida intra-uterina, no fim da gestação, passa para ser liberado, formam no interior da pelve o canal do parto”.

O útero passa por alterações de hipertrofia e dilatação, necessitando assim de um aumento considerável da vascularização, assim como a placenta para suprir as necessidades do feto, com o desenvolvimento da gravidez os vasos sanguíneos aumentam em quantidade, o volume plasmático também aumenta protegendo a mãe e o feto dos efeitos negativos quando ocorre uma queda no débito cardíaco (SOUZA; FERREIRA, 2002).

Segundo Aires (1999) “o corpo lúteo é uma estrutura ovariana de natureza temporária só permanece ativo durante a gestação ou na fase de pseudoprenhez, responsável pela produção de progesterona”.

Geralmente o corpo lúteo cresce em média 1,5 cm, em mulheres com o ciclo menstrual normal sua evolução vai até o sétimo ou oitavo dia após a ovulação após esse período ele começa a regredir (GUYTON, 1998).

A vagina é o órgão feminino responsável pela eliminação do sangue menstrual, passagem do feto na hora do parto e também de secreções. Durante a gravidez a vagina passa por uma série de alterações devido ao aumento da vascularização local que são escurecimento na coloração conhecido como sinal de Chadwick, amolecimento e inchaço (DANGELO e FATTINI, 2011; AIRES, 1999).

A tendência após o parto é que toda estrutura feminina volte ao normal, mas nem sempre isso acontece devido a perda do tônus muscular ou lesão perineal. Segundo Branden (2000, p. 34) “após o nascimento os grandes lábios permanecem separados e ligeiramente entreabertos, além disso, varizes podem ser causadas pela pressão aumentada nos vasos das regiões perineal e perianal”.

Aires (1999) diz que o muco cervical sofre alterações repetitivas a cada ciclo menstrual, no final de cada ciclo este muco é secretado tornando a vagina seca, durante a fase que antecede a ovulação o nível de estrogênio aumenta e o muco cervical torna-se transparente e sem viscosidade, no momento em que a progesterona começa a atuar o muco se torna turvo e viscoso onde se inicia o período fértil da mulher, com a regressão do corpo lúteo o muco volta a ser aquoso e transparente.

As alterações se tornam intensas durante a gestação, Carvalho (2007) afirma que no sistema respiratório o diafragma passa por um deslocamento sendo levemente elevado para se adaptar as condições da gestante causando assim uma

dificuldade para a gestante respirar e conseqüentemente diminuindo a concentração de CO₂ na corrente sanguínea.

De acordo com Branden (2000) toda essa alteração é compensada pelo diafragma através do aumento da amplitude das suas excursões de acordo com o crescimento fetal a respiração torácica assume o padrão respiratório abdominal.

Durante o período gestacional o sistema digestório começa a ficar mais lento diminuindo o peristaltismo e segundo Carvalho (2007) isso acontece “em virtude do efeito da progesterona sobre a musculatura lisa”. Com a diminuição do peristaltismo todo o sistema passa por um retardo de suas funções como esvaziamento gástrico e trânsito intestinal, esses retardos provocam grandes desconforto à gestante como náuseas e constipação.

Com o aumento do fluxo sanguíneo e do volume plasmático total, a função renal também aumenta através da filtração glomerular em 60%, aumentando a oferta de sódio e a capacidade do túbulo reabsorvê-lo, o que se torna visível na gestante a partir do terceiro trimestre, através de edemas em membros inferiores e nas formas mais graves membros superiores e face (AIRES, 1999).

De acordo com Carvalho (2007) “a musculatura lisa dos ureteres sofrem ação da prostaglandina, diminuindo o peristaltismo e dilatando-se, esta dilatação dos ureteres ocorre em parte devido a pressão do útero onde ocorre polaciúria na mulher.

Diante de tantas alterações a mulher a cada consulta deve ser orientada adequadamente pelo enfermeiro evitando assim que seu estado psicológico seja afetado de forma patológica.

4.3 ALTERAÇÕES PSICOLÓGICAS

O planejamento da gestação é de fundamental importância, principalmente no convívio familiar, pois alguns fatores variam de acordo com o desenvolvimento fetal (FIGUEIREDO, 2008).

Silva e Silva (2009) relatam que a gravidez passa por um período de adaptação familiar e aceitação dos membros da família, principalmente paterna na

formação dos laços afetivos, esta adaptação também envolve o convívio social, a parte econômica e estrutural da mulher, onde pode ser marcada por grandes desequilíbrios emocionais se não houver uma resposta adaptativa positiva por parte da mulher e família.

A aceitação da gravidez tem grande importância, pois a imagem corporal da gestante sofre alterações durante toda a gestação afetando seu convívio social e sua sexualidade, o que também é afetado pelos sintomas fisiológicos e alterações constantes no humor (SAVALL; MENDES; CARDOSO, 2008).

A vida sexual da gestante não se resume apenas no contato íntimo do casal é um momento especial de descobertas com benefícios para os mesmos, o desejo sexual geralmente não diminui, mas sofre inibições diante de tantas modificações no decorrer deste período, onde o apoio e a compreensão paterna ajudam a redescobrir esse desejo (ARTILES et al., 2006; SENKUMWONG N, et al., 2006 apud CAMACHO, p. 33, 2010).

A prestação de assistência pelo enfermeiro à mulher grávida deve ser realizada de forma ampla, abordando dentro dessa amplitude a sexualidade do casal visto que a mesma se entende como essencial no percurso vital do ser humano e no período gestacional esse tema deve ser trabalhado de forma correta pelo profissional, pois é onde muitas vezes, a única fonte de informação da paciente (BARROS, 2009).

A gravidez pode ser considerada como uma fase de desenvolvimento em que a maternidade desempenha um papel relevante na personalidade da mulher ou, então, pode ser encarada como uma doença, podendo apresentar mudanças transitórias que conduzem a desorganizações e a reações, por vezes, patológicas (CANAVARRO 2001 apud MARTINS, p. 1370, 2011).

As alterações psicológicas na gestação podem ser compreendidas como a emoção e a ansiedade de ter um filho ou até mesmo alterações mais graves como a não aceitação dos cuidados oferecidos durante o pré-natal podendo chegar a ponto da gestante tentar contra a própria vida. A gestação é o período mais crítico na vida da mulher pois é onde todos os sistemas passam por alterações (SILVA, et al., 2010).

Bowlby 1990; Matthey et al., 2004; Falcone et al., 2005; Drake et al., 2007 , apud Maçola, Vale e Carmona (2010, p. 571) afirmam que durante os cuidados com a gestante a preocupação não deve estar focada apenas com exames e desenvolvimento fisiológicos da gestação, também deve abordar preocupações em

torno do desenvolvimento de vínculos afetivos entre mãe e feto gerando compromisso nos cuidados com a criança após seu nascimento, melhorando sua auto-estima após o parto diante da posição de ser mãe não afetando assim seu estado emocional e conseqüentemente não alterando seu comportamento diante da família e sociedade.

Martins (2010) relata que durante todo este período de adaptação da gravidez e até mesmo após o parto a mulher passa por uma grande desordem hormonal onde o enfermeiro, a equipe e família são fundamentais na saúde materna de qualidade.

4.4 ALTERAÇÕES HORMONAIIS

Durante o período menstrual o útero sofre uma descamação do endométrio, na fase de gestação o hormônio gonadotrofina coriônica humana é responsável pela conservação dos níveis de estrógeno e progesterona conservando o corpo lúteo e evitando a descamação do endométrio e conseqüentemente causando a ausência da menstruação (HERLIHY, 2002).

O revestimento uterino cresce no período gestacional devido a atuação desses hormônios que também são responsáveis pelo estímulo das glândulas mamarias na produção de leite materno, o estrógeno relaxa os órgãos reprodutores e ligamento das articulações facilitando a saída do feto na hora do parto (HERLIHY, 2002).

Durante a gestação o estrogênio aumenta onde sua fonte de produção é o corpo lúteo durante o primeiro trimestre, a partir do segundo trimestre a placenta começa a sintetizar esse hormônio (DAVIES 2002).

O estrogênio é fundamental na expansão do miométrio, este hormônio associado ao hormônio relaxina provocam um relaxamento nos ossos pélvicos facilitando a acomodação uterina durante o desenvolvimento da gravidez (BERNER, 2004).

A progesterona é considerada o hormônio da gestação, pois ele é responsável por sustentar o feto em sua vida intra uterina, a síntetização da progesterona pela placenta depende da quantidade de colesterol de origem materna (DAVIES, 2002).

Este hormônio antes do período gestacional facilita a captação do esperma, também é responsável pela inibição das contrações uterinas durante o desenvolvimento gestacional bloqueando a produção de prostaglandina através da diminuição da sensibilidade à ocitocina evitando assim um aborto, a progesterona também tem um grande papel no sistema respiratório materno, pois aumenta a capacidade de ventilação ajudando assim na eliminação de dióxido de carbono (CO₂) (BERNER, 2004).

De acordo com Aires (1999) para a placenta produzir este hormônio, necessita de seus precursores, colesterol e pregnenolona, que são fornecidos pela mãe e pelo feto.

A somatomotropina coriônica humana (HCS) hormônio é sintetizado pela placenta, segundo Davies (2002, p. 915), “é responsável pelo crescimento hipofisário e prolactina, conforme os níveis de HCG caem ele aumenta, é uma indicação de bem estar do feto se sua concentração cair pode ser indicativo de aborto”.

A prolactina permanece secretado durante a gestação devido a atuação do estrogênio e progesterona e só é liberado após o parto quando os níveis desses hormônios caem liberando-a para a produção de leite materno e também atuação no retorno do útero, é um contraceptivo natural nos primeiros seis meses após o parto (DAVIES, 2002).

Aires (1999) afirma que a ocitocina é um contribuinte importante na hora do parto sendo responsável pela contração do músculo uterino, sua ação prolonga mais o tempo de contração e a força exercida durante a mesma que perdura até a hora do nascimento. Este hormônio também tem papel importante sobre as glândulas mamárias fazendo contração nos alvéolos e ductos causando a saída do leite materno, a ocitocina também é liberada através de estímulos mandados pela sucção, estímulos estes essenciais para a contínua produção de leite.

A prostaglandina é um hormônio importante na contração uterina e atua também na expulsão fetal sua concentração aumenta no período gestacional concentrando-se mais na hora do parto (AIRES, 1999).

O corpo lúteo secreta a relaxina durante o primeiro trimestre, a partir do início do segundo trimestre as células do endométrio assumem esta função até o final da gestação onde o mesmo é liberado na hora do parto realizando sua principal ação

que é causando relaxamento dos ossos e também inibindo as contrações miométriais (DAVIES, 2002).

As alterações hormonais são importantes para o desenvolvimento fetal, e para que tal processo ocorra sem alterações patológicas, o corpo materno passa por alguns ajustes provocados pelos hormônios que são o relaxamento dos ossos pélvicos, podendo ou não contribuir para o aumento de peso. Essas possíveis alterações devem fazer com que a gestante se atente para alguns cuidados, como readequação corporal a fim de evitar potenciais transtornos durante a gravidez (IDA, SILVA, 2007; DAVIES, 2002).

4.5 ALTERAÇÕES CORPORAIS NO PERÍODO GESTACIONAL

4.5.1 Postura e Deambulação

A postura e a deambulação da gestante sofrem alterações, onde a mesma passa a ter uma postura involuntária se curvando para frente exigindo também uma nova base de sustentação onde ocorre a necessidade de afastar os pés para deambular, isso ocorre devido ao peso extra que a mãe adquire na região abdominal e mamas (AIRES, 1999).

O peso da mulher deve ser acompanhado durante todo período gestacional, este ganho de peso durante a gestação deve estar em torno de 11,5 kg (BRASIL, 2006).

Muitas mulheres vêem este ganho de peso durante a gestação como uma fase normal do período em que ela está passando se sentem bonitas, algumas mulheres usam a gravidez como um alívio por já estarem acima do peso, outras a partir do momento que descobrem a gravidez já se sentem preocupadas em como perder peso após o parto (RICCI, 2008).

A alimentação da gestante é um ponto preocupante nos cuidados de enfermagem durante o pré-natal, pois a imagem corporal é uma das maiores preocupações neste período, onde as dúvidas sobre o que comer aumentam, a busca constante do corpo ideal faz com que a gestante passe por dietas absurdas sacrificando a si próprio e ao feto tendo em consciência a transformação de seu

corpo para assim atingir os critérios de beleza que a sociedade exige (IDA; SILVA, 2007).

A alimentação é de extrema importância principalmente quando esse ser humano carrega outro ser em seu ventre, por menor que seja a ingestão de nutrientes pela mulher o feto não para de se alimentar para suprir suas necessidades durante seu desenvolvimento, o feto absorve mais nutrientes no último estágio da gravidez onde seu ganho de peso aumenta significativamente e para suprir toda essa demanda é necessário que a mulher venha mantendo uma boa ingestão de nutrientes para que o mesmo possa ser armazenado evitando assim complicações maiores no final da gestação (GUYTON, 1998).

O ser humano para sua sobrevivência necessita de alimentação que supra todas as suas necessidades corporais, para muitas mulheres a alimentação significa mais do que se alimentar tem o significado de visão social, alterações orgânicas e psicológicas onde as características principais são a preocupação com o peso e o corpo, na gestação essa preocupação aumenta de acordo com o desenvolvimento gestacional (SOUTO; FERRO-BUCHER, 2006).

O desenvolvimento fetal pode ficar comprometido devido a restrições alimentares durante a gestação o que também pode ser indicativo de baixo peso do recém nascido, a ingestão de alimentos ricos em caloria deve ser controlada pela grávida, mas não evitado totalmente (LAMEU, 2005).

O padrão alimentar sofre influências culturais, familiares e muitas vezes por não ter disponibilidade do alimento ou mesmo por caprichos conhecidos por “desejos” a falta de conhecimento leva a gestante a todo esse emaranhado de erros nutricionais diminuindo assim a disponibilidade de nutrientes necessária para a sobrevivência corporal e fetal (BARROS et al., 2004).

Durante o pré-natal o enfermeiro deve estar sempre atento a nutrição da gestante, pois é um fator determinante durante e após a gestação, o peso deve estar em constante avaliação assim como os exames preconizados pelo ministério da saúde (BRANDEN, 2000).

4.5.2 Alterações Hematológicas

Para o desenvolvimento adequado do feto, as funções circulatórias da mãe sofrem uma série de modificações a começar pelo aumento da necessidade de oxigênio que varia de 15 a 25%, o volume de sangue também sofre alterações para suprir às necessidades do feto que passa de 3.500 ml antes da gestação para 5.000 ml durante a gestação, contribuindo também na hora do parto onde ocorre grandes perdas sanguíneas, a elevação do volume plasmático ocorre em velocidade superior aos elementos globulares onde ocorre queda relativa da hemoglobina e conseqüentemente aparecimento da anemia (AIRES,1999).

Com o aumento do fluxo sanguíneo o coração da gestante passa a trabalhar mais rápido chegando a aumentar dez batimentos por minuto em repouso, no final da gestação o feto passa a precisar de mais espaço na região abdominal forçando os órgãos da mãe a se deslocar de lugar, inclusive o coração que é deslocado para cima, essa alteração causa desconforto a gestante em determinadas posições de repouso e provoca alterações na frequência cardíaca (CARVALHO, 2007).

As alterações cardiovasculares segundo Branden (2000, p. 42) “são tão marcantes que se não fossem no período gestacional seriam consideradas patológicas e até mesmo potencialmente fatais”.

Aires (1999) afirma que as células sanguíneas são formadas na medula óssea, sendo que as células prontas para a circulação chamadas de célula adulta são lançadas na corrente sanguínea pela célula pluripotente que são responsáveis pela produção e amadurecimento das mesmas. O sangue é formado por eritrócito tendo sua vida na corrente sanguínea de 100 dias, leucócitos após sua liberação é em média 4 a 8 horas circulando no sangue e mais 4 a 5 dias nos tecidos e plaquetas 3 a 4 dias.

Ainda de acordo com Aires (1999), para que o corpo tenha sempre a quantidade necessária de sangue é importante que a medula óssea mantenha sempre sua linha ideal de produção constante, as células pluripotentes devem estar sempre em perfeitas condições, pois são as únicas capazes de se auto renovar, então, se a pessoa tiver problemas com essas células todo seu sistema de produção sanguínea estará danificado.

As hemácias tem papel de transportar as hemoglobinas ricas em oxigênio dos pulmões para os tecidos, o sangue contém 25 gr de hemoglobina para cada 100 ml de sangue isso só ocorre quando a pessoa está com os níveis de hematócrito normais (GUYTON, 1998).

As trocas gasosas das células são essenciais para a liberação de eritrócito, a produção de glóbulos vermelhos depende da quantidade de oxigênio mandado para os tecidos. Além do oxigênio outro fator importante para a boa produção dos glóbulos vermelhos é o fator nutricional onde o ferro é o mais importante na qualidade das hemácias, sendo ideal o consumo de 14 mg dia onde será absorvido apenas 1 a 2 mg. Se não consumido pelo menos as 14 mg, considera-se que a qualidade sanguínea estará comprometida. Após a ingestão o ferro se liga a várias substâncias onde o tipo de alimento ingerido determina a qualidade de sua absorção (AIRES, 1999).

O ferro total presente no corpo humano segundo Guyton (1998, p. 250).

É de 4 a 5 gr onde 65% estão em forma de hemoglobina, 4% forma de mioglobina, 1% integra os diversos componentes hêmicos que promovem a oxidação intracelular, 0,1% está combinado á proteína plasmática transferrina e 15 a 30% estão armazenados principalmente no fígado em forma de ferritina.

O ferro após ser ingerido é absorvido pelo intestino delgado onde se combina a uma betaglobulina de onde se origina a transferrina. Seu transporte acontece através do plasma, quando os níveis de ferro presentes na corrente sanguínea caem a ferritina libera sua reserva facilmente onde o plasma novamente transporta, mas agora em forma de transferrina (GUYTON, 1998).

A hemácia após ser liberada pela medula óssea seu tempo de vida na circulação sanguínea é em média 120 dias após este período se tornam frágeis e se rompem ao passar por algum ponto estreito. A hemoglobina que foi liberada pela hemácia após seu rompimento é fagocitada sendo o ferro liberado para a sua reutilização (GUYTON, 1998).

Santos et al. (2010) mencionam que o ferro liberado pelas hemácias envelhecidas é reaproveitado através da vitamina B12 e o ácido fólico, que além de participarem do processo de reabsorção auxiliam na maturação de novas células vermelhas. Quando a vitamina B12 e o ácido fólico não estão disponíveis, o ferro não sofre reabsorção podendo causar anemia por deficiência do mesmo.

4.6 ANEMIA FERROPRIVA

A anemia é causada por hemorragias constantes, produção de hemácias menor que as necessidades corporais ou por falta do consumo de alimentos ricos em ferro que desencadeia a produção de hemácias pobres em hemoglobina (GUYTON, 1998).

De acordo com Bothwell, 2000; Ministério da Saúde, 2000 apud Silva et al, 2007.

A suplementação de ferro na gestação geralmente é recomendada, mesmo na ausência de anemia, objetivando satisfazer o aumento dos requerimentos desse mineral durante os dois últimos trimestres gestacionais. Tal fato deve-se a dificuldade de atendimento das necessidades de ferro serem atingidas somente pela ingestão dietética.

Na anemia ferropriva há um balanço negativo de ferro, a ingestão deste elemento é menor do que a necessidade do organismo, a deficiência de ferro se instala por mecanismos diversos como aumento da necessidade, má-absorção do ferro da alimentação, dieta deficiente de ferro, etc. (LORENZE, 2006).

O fator socioeconômico também é um grande contribuinte para o quadro de anemia ferropriva na gestação, quanto menor a renda da mulher maior são as chances de adquirir a mesma, onde a situação de moradia e o conhecimento sobre a alimentação são precários dificultando a aquisição dos alimentos ricos com esse micronutriente (OSÓRIO, 2002).

A anemia ferropriva vem sendo observada como um dos principais fatores relevantes na saúde pública, pois a falta de atenção a mulher pode implicar em aumento das taxas de mortalidade, partos pré termo e recém nascidos portadores de deficiência de ferro (FUJIMORI et al., 2009).

É muito comum a mulher já iniciar o pré-natal com um quadro de anemia, situação esta que deve ser resolvida, pois a deficiência de ferro afeta a capacidade de raciocínio e de realizar atividades físicas, causando cansaço facilmente além de poder desencadear para o feto um quadro de hipóxia visto que o oxigênio se torna reduzido devido à diminuição de hemoglobina (VIANA et al., 2009).

Souza e Filho (2003) afirmam que para a redução da anemia ferropriva em gestantes existem estratégias como a atuação de uma equipe multidisciplinar trabalhando a reeducação alimentar, diagnosticando através de exames a existência

da anemia para seu tratamento além de reduzirem as infecções que também é um fator desencadeante da anemia.

A produção de hemácias aumenta consideravelmente durante a gestação para suprir as necessidades do feto e da mãe, mas a quantidade da produção dessas hemácias é inferior ao aumento do volume plasmático onde a retenção de água e sódio contribui além dos fatores hormonais, onde a hemoglobina (Hb) e hematócrito (Ht) caem, desencadeando assim o quadro de anemia ferropriva fisiológica da gestação (RICCI, 2008).

A anemia ferropriva é desencadeada na maioria das vezes devido a ingestão de alimentos pobres em ferro, fazendo com que este quadro se complique onde a educação alimentar é vista como um dos focos principais frente ao atendimento a gestante a fim de evitar danos ao feto e a mãe (MIGLIOLI, 2010).

O número de gestantes com anemia ferropriva é alto, quando a mulher não inicia o pré-natal com anemia ferropriva contrai a mesma durante o ciclo gravídico se não iniciada a prevenção, podendo assim aumentar os índices de morbimortalidade materno-fetal. Mulheres com índices adequados de hemoglobina são capazes de lidar com o aumento da necessidade de ferro sem necessariamente adquirir anemia onde a consulta no pré-natal não deve abordar apenas o sistema nutricional, mas também a quantidade de alimentos ricos em ferro e o que deve ser associado ao mesmo durante a alimentação para melhor absorção do mesmo (SATO et al., 2010).

4.7 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO A GESTANTE

A gravidez é uma condição vivida pela mulher de forma natural sem intercorrências, necessitando de atenção e planejamento por parte do profissional no atendimento oferecido. O intuito do pré-natal não é a atenção a procedimentos complexos, mas sim educativos e preventivos valorizando assim, o tempo disponível do profissional para criar laços entre a gestante à família e unidade de atendimento, de forma a facilitar a compreensão de ambas as partes no que diz respeito a todo

trajeto a ser percorrido até final da gestação (BRASIL, 2000; CABRAL et al., 2005 apud LANDERDAHL et al., 2007, p. 106).

Todo atendimento realizado pelo enfermeiro principalmente a mulheres gestantes, necessita estar em constante avaliação. Situação essa que deve ser exigida pelo próprio profissional através de sua auto avaliação, pois o atendimento não se resume apenas em pedidos de exames e encaminhamentos para especialidades, todo atendimento deve ser oferecido com qualidade e humanização (COSTA,2011).

A humanização no ponto de vista de Serruya (2004) é dividida em duas partes fundamentais na prestação de assistência a mulher grávida, a primeira diz respeito ao acolhimento em unidades de saúde onde deve ser feito de forma completa, não só pelo profissional de enfermagem, mas por toda a equipe. Este acolhimento deve ser visto como dever e não como obrigação, onde a solidariedade e a ética andam juntas. O próprio ambiente deve ser organizado de forma acolhedora. A segunda parte refere-se na hora do parto, onde medidas certas devem ser tomadas, momento em que o profissional deve acolher a mulher com transparência e responsabilidade estando ao seu lado para confortá-la e tranquilizá-la, evitando assim complicações mais graves.

A mulher, a partir do momento da confirmação da gravidez, automaticamente procura a unidade básica de saúde para dar início ao acompanhamento de pré-natal realizado pelo enfermeiro. O profissional deve estar munido de informações sobre a fisiologia da gravidez visando à identificação precoce de alterações que pode ocorrer durante a gestação, diminuindo assim, os riscos de morbimortalidade materna e fetal (BARROS, 2009).

O enfermeiro frente ao atendimento de saúde à mulher grávida deve oferecer facilidades de acesso ao atendimento em saúde abrangendo uma equipe multidisciplinar e exames, onde a mulher se sinta segura e diminuindo assim, sua ansiedade frente ao serviço de saúde (NARCHI, 2010).

A atenção ao pré-natal se dá de forma completa, sem interrupções desnecessárias, realizando ações visando à prevenção, promoção e assistência integral a saúde da mulher, desde o atendimento ambulatorial ao hospitalar. Esta assistência deve ser garantida à mulher de acordo com os parâmetros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (2006, p. 10 e 11) que são:

Captação precoce da gestante e desenvolvimento das seguintes atividades durante a atenção ao pré natal: escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes, atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente com linguagem clara e compreensível, estímulo ao parto normal, anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante, exames laboratoriais, imunização, avaliação do estado nutricional com prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais, tratamento das intercorrências da gestação, classificação dos riscos gestacionais e detecção do problema, atendimento a gestante com problema ou comorbidades e registro no prontuário e cartão da gestante inclusive de intercorrências que requer avaliação hospitalar.

A falta deste atendimento implica em maiores riscos para a mulher, pois mesmo realizado com o mínimo de condições evita muitas intercorrências no período gestacional. O enfermeiro deve estar focado no bem estar da mulher, para o bom atendimento o enfermeiro deve dividir as gestantes por grupos de riscos, pois a idade, a situação educacional e financeira, se não tratadas com prioridade pelo enfermeiro, mais comprometido ficará o tipo de assistência prestada aumentando assim os riscos maternos e fetais (GONÇALVES; CESAR; MENDONZA-SASSI, 2009).

Souza et al. (2009) relatam que:

[...] os serviços e profissionais de saúde devem adotar novas atitudes, visando à promoção, a prevenção e a vigilância da anemia carêncial por deficiência de ferro. Atitudes que devem extrapolar as ações prescritivas e curativas, e alcancem as ações educativas que se consolidam na perspectiva da atenção básica de saúde, assentada na estratégia Saúde da Família. [...] tais alterações devem ser acompanhadas por profissionais capazes de identificar, o mais brevemente possível, fatores que possam se sobrepor a estas alterações e comprometer o bem-estar materno e infantil.

As conseqüências trazidas pela anemia vão além das alterações físicas e como já foi citado podem provocar um quadro de pré eclampsia, alterações cardíacas graves, alterações no sistema imunológicos colocando a gestante em risco para infecções, e em alguns casos submeter a mulher a hemotransfusões (RODRIGUES, 2010).

O comprometimento materno fetal se agrava conforme o grau da anemia onde o enfermeiro realiza um trabalho minucioso buscando sanar as deficiências de ferro existentes na gestante, pois o mesmo é um componente importante que participa ativamente das funções vitais, onde a alimentação é uma das fontes mais rica deste micronutriente (SANTOS, 2010).

A educação em saúde deve ser realizada de forma a integrar a mulher sobre sua real situação de saúde mudando seus hábitos de vida como forma principal na

resolução de problemas. O enfermeiro é o principal responsável a causar esta reflexão dando orientações pertinentes sobre a adoção de novas práticas de vida encorajando a mulher a enfrentar determinadas situações no período em que ela se encontra sem causar maiores danos psicológicos em relação a todas as alterações que vão acontecer durante a gestação. O pré-natal é um momento único na vida da mulher para a captação de novos aprendizados valorizando sua auto confiança, diminuindo assim, a ansiedade que gira em torno da mulher durante toda a gestação em relação ao momento do parto, pois a gestante bem acompanhada é demonstração de menos problemas no parto e puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por muito tempo a mulher foi vista como objeto de reprodução e dona de casa sem alternativas de cuidados de saúde pública. A criação do PAISM fez com que esta realidade sofresse mudanças, onde o PHPN e o SIS pré-natal complementassem a atenção oferecida a saúde da mulher. A gestação passou a ser vista como responsabilidade de saúde pública, fazendo com que o enfermeiro, munido de conhecimentos científicos, ofereça uma assistência de qualidade a mulher gestante uma vez que a saúde da mesma se torna mais frágil no período gestacional. A anemia é um dos fatores que mais afeta a mulher podendo trazer consequências graves, pois as reservas de ferro são reduzidas devido ao aumento da demanda de hemoglobina circulante e desenvolvimento fetal. O enfermeiro em conjunto com uma equipe multiprofissional trabalha a saúde da gestante durante toda gestação através de orientações sobre a alimentação, sendo a reposição de ferro, um fator determinante na redução dos índices de morbimortalidade materno fetal. As ações desenvolvidas pelo enfermeiro são de extrema importância pois seu conhecimento científico é utilizado para identificar situações de saúde/doença contribuindo para a prevenção e promoção a saúde durante a gravidez, reduzindo também medos sobre as alterações fisiológicas da gestação.

O preparo do profissional através de capacitação transforma toda a assistência prestada durante o pré-natal melhorando a qualidade do serviço oferecido, fazendo com que a gestante realize todas as consultas necessárias e colabore para levar uma gestação saudável sem alterações inesperadas.

REFERÊNCIAS

AIRES, Margarida de Mello et al. **Fisiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

ALMEIDA, Leila Grazielle; Dias de, et al. Análise comparativa das pe e pi máximas entre mulheres grávidas e não-grávidas e entre grávidas de diferentes períodos gestacionais. **Rev. Saúde. Com.** v. 1, n.1, p. 9-17, 2005. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v1/v1n1a2.pdf>> Acesso em: 13 set. 2011.

AZEVEDO, Bernadete Aparecida Raimundo. **Consumo de ferro e orientação alimentar: Uma análise envolvendo gestantes**. 2010. dissertação de mestrado em nutrição em saúde pública, São Paulo, USP, 2010. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6138/tde22102010103507/publico/BernadeteAzevedo.pdf>> Acesso em: 17 set. 2011.

BARROS, Denise Cavalcante de, et al. Consumo alimentar de gestantes adolescentes no Município do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 121-129, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2004000700013&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 set. 2011.

BARROS, Sonia Maria Oliveira de. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: Guia para a prática assistencial**. 2 ed. São Paulo: Roca, 2009.

BERNER, Robert M. **Fisiologia**, 5ed. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2004.

BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno-infantil**, 2ed. Rio de Janeiro, Reichmann & Affonso editores, 2000.

BRASIL. Ministério da saúde. **Manual técnico pré natal e puerpério**, Atenção Qualificada e Humanizada. Brasília: ministério da saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/producao/livros/genero/s00a.htm>> Acesso em: 17 set. 2011.

CAMACHO, Karla Gonçalves; VARGENS, Octavio Muniz da Costa; PROGIANTI, Jane Marcia. Adaptando-se a nova realidade: A mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro. v.18, n. 1, p. 32-37, março, 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-556434>> Acesso em: 10 set. 2011.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em obstetrícia.** 3ed, São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 2007.

CHRESTANI, Maria Aurora D. et al . Assistência à gestação e ao parto: resultados de dois estudos transversais em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, Jul. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700016&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 25 set. 2011.

CORTES, Mariana Helcias; VASCONCELOS, Ivana Aragão Lira; COITINHO, Denise Costa. Prevalência de anemia ferropriva em gestantes brasileiras: uma revisão dos últimos 40 anos. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 22, n. 3, Jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141552732009000300011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 31 ago.2011.

COSTA, Edina Silva et al. Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene.** Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun.2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-557582>>. Acesso em: 27 ago. 2011.

COSTA, Glauce Dias da et al . Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 02 set. 2011.

DANGELO, José Geraldo; FATTINI, Carlo Américo. **Anatomia humana, sistêmica e segmentar.** 3 ed. São Paulo: Atheneu, 2011.

DAVIES, Andrew; BLAKELEY, Asa G. H.; KIDD, Cecil; MCGEOWN, J. G. **fisiologia humana.** Porto Alegre: Artimed, 2002.

FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida. **Tratado Prático de Enfermagem.** 2 ed. São Paulo: Yendis editora, 2008.

FUJIMORI, Elizabeth et al .Anemia in pregnant women from two cities in the South and Mid-West Regions of Brazil. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 43, n. spe./Dez.2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342009000600010&lng=en&nrm=iso>Acesso em 03 out. 2011.

GONÇALVES, Carla Vitola; CESAR, Juraci Almeida; MENDOZA-SASSI, Raul A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov. 2009. Disponível em<http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100020&lng=en&nrm=iso> Acesso em 29 ago. 2011.

GUYTON, Arthur C. **Fisiologia humana e mecanismos das doenças**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1998.

HERLIHY, Barbara; MAEBIUS, K. Nancy. **Anatomia e fisiologia, do corpo humano saudável e enfermo**.São Paulo: Manole, 2002.

IDA, Sheila Weremchuk; SILVA, Rosane Neves da.Transtornos alimentares: uma perspectiva social. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 7, n. 2, set. 2007 Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518.61482007000200010&lng=pt&nrm=iso>Acesso em:15 set. 2011.

JACOBSON, Roxane. **Doenças da sintomatologia ao plano de alta**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

KAWAMOTO,Emilia Emi; SANTOS, Cristina Honório dos; MATTOS, Thalita Maia de.**Enfermagem comunitária**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária Ltda, 1995.

LAMEU, Edson. **Clínica nutricional**. Rio de Janeiro: Editora revinterLtda, 2005.

LANDERDAHL, Maria Celeste et al . A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Mar. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452007000100015&lng=en&nrm=isoAcesso em: 28 set. 2011.

LORENZI, Therezinha F. **Manual de hematologia propedêutica e clinica.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

MACOLA, Ligia; VALE, Ianê Nogueira do; CARMONA, Elenice Valentim. Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 44, n. 3, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000300004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 14 set. 2011.

MARTINS, Maria de Fátima da Silva Vieira. Imagens construídas em torno da gravidez. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700046&lng=en&nrm=iso Acesso em: 14 set. 2011.

MENEZES, Ida Helena Carvalho Francescantonio; DOMINGUES, Maria Hermínia Marques da Silva. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 17, n. 2, Jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732004000200005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 set. 2011.

MIGLIOLI, Teresa Cristina et al . Anemia no binômio mãe-filho no Estado de Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, Set. 2010. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900014&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 01 set. 2011.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al . Sistema de Informação Pré-Natal: análise crítica de registros em um município paulista. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000300006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 03 set. 2011.

NARCHI, Nádia Zanon. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo - Brasil. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 44, n. 2, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000200004&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 01 set. 2011.

OSORIO, Mônica M.. Fatores determinantes da anemia em crianças. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 78, n. 4, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572002000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2011.

PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292008000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 02 set. 2011.

REY, Luís. **Dicionário de termos técnicos de medicina e saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RICCI, Suzan Scott. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, , 2008.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, Abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200024&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 28 set. 2011.

RODRIGUES, Lilian P.; JORGE, Silvia Regina P. F.. Deficiência de ferro na gestação, parto e puerpério. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São Paulo, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842010000800011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 24 out. 2011.

SANTOS, Anna Flavia Salomão; DONADIA, Julietti Tatila; SANTOS, Lucinéia Lima dos. Ferro: benefícios a saúde. **8º Simpósio de Ensino de Graduação**, 26 a 28/ 10 de 2010. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/mostracademica/anais/8mostra/4/165.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2011.

SANTOS, Luzia Aparecida dos et al . Orientación nutricional em EI prenatal em servicio público de salud de La ciudad de Ribeirão Preto: el discurso y la práctica asistencial. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, Out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692006000500008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 out. 2011.

SATO, Ana Paula Sayurietal . Food Consumption and Iron Intake of Pregnant and Reproductive Aged Women. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, Abr. 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692010000200016&lng=en&nrm=iso Acesso em: 03 out. 2011.

SAVALL, Ana Carolina Rodrigues; MENDES, Aline Knepper; CARDOSO, Fernando Luiz. Perfil do comportamento sexual na gestação, **Fisioter. Mov.** v. 21, n. 2, p. 61-70, junho, 2008. Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-528926>.> Acesso em: 10 set. 2011.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tânia Di Giácomo; CECATTI, José Guilherme. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 4, n. 3, Set. 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000300007&lng=en&nrm=iso Acesso em: 18 set. 2011.

SILVA, Cristiane Schumann et al .Relação entre prática religiosa, uso de álcool e transtornos psiquiátricos em gestantes. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 37, n. 4, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832010000400002&lng=en&nrm=iso Acesso em: 14 set. 2011.

SILVA, Laura Johanson da; SILVA, Leila Rangel da. Mudanças na vida e no corpo: vivências diante da gravidez na perspectiva afetiva dos pais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, June 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000200022&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 set. 2011.

SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SOUZA, Kleyde Ventura de. História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto contexto - enferm.** Florianópolis, v. 14, n. 4, Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072005000400016&lng=en&nrm=iso Acesso em: 19 set. 2011.

SILVA, Luciane de Souza Valente da et al . Micronutrientes na gestação e lactação. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 7, n. 3, Set. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292007000300002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 02 set. 2011.

SOUTO, Silvana; FERRO-BUCHER, Júlia Sursis Nobre. Práticas indiscriminadas de dietas de emagrecimento e o desenvolvimento de transtornos alimentares. **Rev. Nutr., Campinas**, v. 19, n. 6, Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732006000600006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 15 set. 2011.

SOUZA et al. Prevalência de anemia por deficiência de ferro em gestantes na vila são Pedro – Paço do lumiar – MA. **Revista Científica - Cadernos de Pesquisa**. Disponível em: <http://www.pppg.ufma.br/cadernosdepesquisa/uploads/files/2009_1_02.pdf> Acesso em: 21 out. 2011.

SOUZA, Ariani I.; B. FILHO, Malaquias; FERREIRA, Luiz O. C.. Alterações hematológicas e gravidez. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.** São José do Rio Preto, v. 24, n. 1, Mar. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S15168484200200010006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 18 set. 2011.

SOUZA, Ariani Impieri de; BATISTA FILHO, Malaquias. Diagnóstico e tratamento das anemias carências na gestação: consensos e controvérsias. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** Recife, v. 3, n. 4, Dez. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292003000400012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 31 ago. 2011.

SPENCE, Alexander P. **Anatomia humana básica**. São Paulo: Manole, 1991.

SUCCI, Regina Célia de Menezes et al . Evaluation of prenatal care at basic health units in the city of Sao Paulo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 6, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692008000600008&lng=en&nrm=iso Acesso em: 03 out. 2011.

VIANA, Juliana Moreira Lino et al. Adequação do consumo de ferro por gestantes e mulheres em idade fértil atendidas em um serviço de pré-natal. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.33, n. 3 p. 286-293, 2009. Disponível em: http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/69/286a293.pdf. Acesso em: 10 out. 2011.