

FACULDADE DE CERES
CURSO DE FARMÁCIA

DEUSIMAR RODRIGUES MELO
RAQUEL APARECIDA SANTOS

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS DIAGNÓSTICO E
TRATADAS COM ANEMIA FERROPRIVA EM UM ESF DA CIDADE
DE CERES/GOIÁS**

CERES - GO

2013

DEUSIMAR RODRIGUES MELO
RAQUEL APARECIDA SANTOS

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS DIAGNÓSTICO E
TRATADAS COM ANEMIA FERROPRIVA EM UM ESFDA CIDADE DE
CERES/GOIÁS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao curso de Farmácia da Faculdade de Ceres,
como requisito parcial para a obtenção do
título de Bacharel em Farmácia.

Orientador: Esp. Luciano Ribeiro Silva

CERES - GO
2013

FICHA CATALOGRÁFICA

Melo, Deusimar Rodrigues

Avaliação da prevalência de crianças diagnóstico e tratadas com anemiaferropriva em um ESF da cidade de Ceres/Goiás./ Deusimar Rodrigues Melo; Raquel Aparecida Santos. – Ceres – GO: Faculdade de Ceres – FACERES, Ceres, GO, 2013.
40 fls.

Orientador: Luciano Ribeiro Silva. (Especialista)
TCC (Graduação)-Farmácia da Faculdade de Ceres – FACERES

Bibliografia.

1. Anemia Ferropriva 2. Gestaçã o. 3. Saúde pública – Gravidez. I. Santos, Raquel Aparecida. II. Faculdade de Ceres – FACERES. III. Título.

Cdu616.005.4:618.2(817.3)

Elaborada pela biblioteconomista Célia Romano do Amaral Mariano CRB1/1528

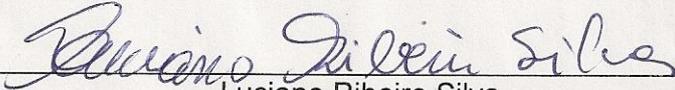
DEUSIMAR RODRIGUES DE MELO
RAQUEL APARECIDA SANTOS

**AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS DIAGNOSTICADAS E
TRATADAS COM ANEMIA FERROPRIVA EM UM ESF DA CIDADE DE
CERES/GOIÁS**

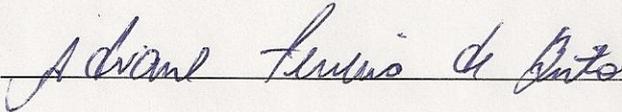
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao curso de Farmácia da
Faculdade de Ceres, como requisito
parcial para a obtenção do título de
Bacharel em Farmácia.

APROVADO EM CERES EM ____ / ____ / ____.

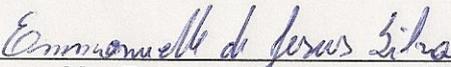
BANCA EXMINADORA



Luciano Ribeiro Silva
Esp. Citologia Clínica
Esp. Saúde Coletiva / Vigilância Sanitária – Medicamentos



Me. Adriane Ferreira de Brito
Mestre em Ciências Farmacêuticas
Docente FACER Faculdades - Unidade de Ceres-GO
Coordenadora TCC - Farmácia e Enfermagem



Me. Emmanuelle de Jesus Silva
Mestre em ciências farmacêuticas

Dedico primeiramente a Deus, a meu filho Jonathan Rodrigues do Nascimento, a toda minha família, aos meus professores e amigos, que me ajudaram em toda minha caminhada durante o curso de Farmácia.

Deusimar Rodrigues Melo

*Dedico primeiramente a Deus,
Que sempre me deu forças para conquistar meus
objetivos.*

*Aos meus pais, em especial minha mãe que acredita
na minha capacidade, a todos da minha família.*

*Aos meus professores e amigos (em especial a
Helen Cássia Leal Borba), que estiveram ao meu
lado durante toda a minha caminhada, no período do
curso de farmácia, até a conclusão deste.*

Raquel Aparecida Santos

AGRADECIMENTOS

Agradecemos sempre a Deus, que não nos desampara em nenhum momento.

A nossa família, amigos e professores que acreditaram na nossa capacidade e sempre deram força para a conclusão do curso.

A todos os profissionais do Posto de Saúde - ESF do Vila Nova que liberou todos os dados necessários para a nossa pesquisa, sempre disponíveis para ajudar no que fosse possível.

Não podemos deixar de agradecer ao nosso orientador Luciano Ribeiro Silva que contribuiu na elaboração deste trabalho sempre com muita dedicação e atenção.

O que mais surpreende é o homem, pois perde a saúde para juntar dinheiro, depois perde o dinheiro para recuperar a saúde. Vive pensando ansiosamente no futuro, de tal forma que acaba por não viver nem o presente, nem o futuro. Vive como se nunca fosse morrer e morre como se nunca tivesse vivido.

Dalai Lama

RESUMO

O objetivo do atual estudo foi avaliar a prevalência de crianças diagnóstico e tratadas com anemiaferropriva em um ESF da cidade de Ceres/Goiás. A anemia ferropriva, é a mais corriqueira de todas as anemias, independentemente da condição socioeconômico do sujeito. Ela pode alojar-se por carência nutricional, parasitoses intestinais, ou no período da gravidez. A anemia tem se destacado mundialmente como uma das faltas nutricionais mais prevalentes, formando deste modo uma grave dificuldade de saúde pública. A elevada prevalência, precocidade e gravidade da anemia ferropriva no nosso ambiente, caracteriza esta falha como uma dificuldade de saúde pública, tendo como importante grupo de risco, as crianças. A anemia na infância intervém nos métodos de crescimento e desenvolvimento, alterações comportamentais e psicológicas e redução da atividade física. A prevenção da AF é de essencial valor, quando já investida acontecem mudanças no comportamento cognitivo, crescimento e desenvolvimento e comprometimento da imunidade. Bebês e crianças pequenas estão entre os grupos com maior risco para anemia ferropriva, já que necessitam de bastante ferro para crescimento e progresso. O farmacêutico exerce uma função importante no tratamento da anemia por meio da isenção de informação pautada com o uso ativo e seguro dos medicamentos. A metodologia utilizada para este estudo foi uma pesquisa de campo de aspecto quantitativo e qualitativo. Os dados foram coletadas em um posto de saúde – ESF da Vila Nova- Ceres – GO.

Palavras-chave: Anemia Ferropriva, cuidados pré natais, Crianças.

ABSTRACT

The aim of the present study was to evaluate the prevalence and diagnosis of children treated with iron deficiency anemia in a ESF de Ceres / Goiás. Iron deficiency anemia, the most common form of all anemias, regardless of the socioeconomic status of the subject. It can house up for nutritional deficiencies, intestinal parasites, or during pregnancy. Anemia has emerged worldwide as one of the most prevalent nutritional shortages, thereby forming a serious public health difficulty. The high prevalence and severity of early iron deficiency anemia in our environment, characterized this failure as a problem of public health, with the major risk group, children. Anemia in infancy intervenes in the methods of growth and development, psychological and behavioral changes and reduced physical activity. The prevention of deficiency anemia is of essential value, has invested happen when changes in cognitive behavior, growth and development and impaired immunity. Babies and young children are among the groups most at risk for iron deficiency anemia, as need enough iron for growth and progress. The pharmacist plays an important role in the treatment of anemia through the exemption of information guided by the use of active and safe remedies. The methodology used in this study was a pair d research field of quantitative and qualitative aspect. The data were collected in a clinic - ESF de Vila Nova - Ceres - GO.

Keywords: Iron Deficiency Anemia, Prenatal care, Children.

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1. INTRODUÇÃO..... | 10 |
| 1.1 Anemia..... | 11 |
| 1.2 Anemia Ferropriva..... | 12 |
| 1.3 Anemia Ferropriva no Brasil..... | 14 |
| 1.4 Prevalência..... | 14 |
| 1.5 Etiologia..... | 15 |
| 1.6 Sinais e Sintomas..... | 16 |
| 1.7 Diagnóstico | 17 |
| 1.8 Prevenção..... | 18 |
| 1.9 Anemia Ferropriva: Principais Causas e Consequências em Crianças..... | 20 |
| 1.10 Farmacêutico: Anemia Ferropriva..... | 21 |
| 2 OBJETIVOS..... | 23 |
| 2.1 Objetivos Gerais..... | 23 |
| 2.2 Objetivos Específicos..... | 23 |
| 3. METODOLOGIA..... | 24 |
| ARTIGO - AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS DIAGNÓSTICADAS E TRATADAS COM ANEMIA FERROPRIVA EM UM UBAS DA CIDADE DE CERES/GOIÁS | 25 |
| RESUMO..... | 25 |
| INTRODUÇÃO..... | 25 |
| METODOLOGIA..... | 27 |
| RESULTADOS E DISCUSSÕES..... | 28 |
| CONCLUSÃO..... | 31 |
| REFERÊNCIAS | 32 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 36 |
| ANEXO..... | 40 |

1. INTRODUÇÃO

A anemia é determinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma condição na qual a substância hemoglobina está mais baixa do que o normal, como resultado da ausência de um ou mais nutrientes. Analisa-se que 90% dos casos de anemia sejam por causa a falta de ferro (MARTINS.et al, 2008).

A anemia ferropriva (AF) é a mais comum de todas as anemias, e afeta todas as condições socioeconômico do sujeito. Ela pode alojar-se por carência nutricional, parasitoses intestinais, ou no período da gravidez, o parto e a amamentação. Pode ainda acontecer por perdas significativas de sangue, em virtude de hemorragias agudas ou crônicas por via gastrointestinal ou como efeito de menstruações abundantes (VARELLA, 2009).

A anemia por carência nutricional prevalece em diversas partes do planeta. Mesmo nos países desenvolvidos, determinados setores da população como as crianças, os pré-escolares e as mulheres grávidas formam grupos de risco. Nos países em desenvolvimento, essa dificuldade é mais extensa e séria (BARROS, 2005).

A elevada prevalência, precocidade e gravidade da AF no nosso ambiente, caracteriza esta falha como uma dificuldade de saúde pública, tendo como importante grupo de risco, as crianças. Encontram-se entre seus fundamentais efeitos o retardo no crescimento físico e desenvolvimento cognitivo e aumento da susceptibilidade às contaminações. (CANÇADO, 2012).

Segundo Dallman (2007), o motivo mais habitual de anemia nutricional é a falta de ferro. As fundamentais conseqüências da falta de ferro no organismo são uma maior susceptibilidade às infecções e diminuir a força muscular. A ênfase de que a falta de ferro danifica o desenvolvimento psicomotor e a função cognitiva tem causado importância cada vez maior. Essas modificações são individualmente preocupantes, pois ocorrem até com níveis relativamente discretos de anemia ferropriva (Hb - hemoglobina < 11g/dl) e sua reversibilidade continua duvidosa.

O ferro opera no transporte de oxigênio por meio da hemoglobina, na atuação de energia oxidativa, guarda oxigênio na mioglobina da fibra muscular, intromete-se nas reações de transferência de elétrons e compartilha da inativação de radicais livres e na síntese de DNA A transferrina o receptor da transferrina e a ferritina, são as proteínas com papel de capturar, conduzir e guardar o ferro, ao

mesmo tempo. O absorvimento desse metal se dá no duodeno e na porção proximal do jejuno, especialmente (CANÇADO, 2012).

O objetivo deste estudo foi analisar a prevalência de crianças diagnosticadas e tratadas com anemia ferropriva em um laboratório da cidade de Ceres/Goiás.

E os objetivos específicos são colocar a importância de se averiguar a AF na infância como um grave problema de saúde pública; averiguar a prevalência e os fatores unificados ao risco de AF em crianças e abordar os medicamentos usados por pacientes com falta de ferro na cidade de Ceres – GO.

A escolha deste assunto pelo fato que a AF concebe, possivelmente, o problema nutricional mais extraordinário da população brasileira, com rigorosos efeitos econômicos e sociais. Apesar da falta de um levantamento nacional, há acordo na comunidade científica de que a AF tem elevadas prevalências em todo o território nacional, abrangendo todas as classes de renda.

Estudos usando diversas metodologias assinalam para efeitos preocupantes; uma vez que a prevalência de anemia ferropriva têm elevado nos últimos anos, na população infantil, em todas as regiões do país (MARTINS et al, 2008).

1.1 Anemia

Anemia é uma das doenças mais conhecidas pelo público leigo. Se a criança está descorada, meio sem coragem e fica cansada rapidamente, logo vem alguma pessoa que sugere a mãe a fazer da melhor maneira na alimentação ou a dar-lhe “umas vitaminas”, porque possivelmente está com anemia (MACHADO & SILVA, 2011).

Esse termo, anemia que vem do grego *anaimia* (*na = negação e haimia = sangue*) convém para instituir um quadro que tem vários motivos, determinantes hereditários e outros adquiridos, mas todos unificados à produção ou à falta dos glóbulos vermelhos. Também chamados de hemácias ou eritrócitos, essas células tem hemoglobina, um pigmento vermelho cujo desempenho vital é conduzir oxigênio por todo o organismo. Entre as anemias adquiridas estão as que acontecem como resultado das hemorragias ou da ausência de ferro no organismo. Entre as

hereditárias, a talassemia e a anemia falciforme são as mais corriqueiras e determinam cuidados especiais (MARTINS et al, 2008).

A resolução do motivo das anemias é essencial para administrar o tratamento de várias doenças e assegurar a qualidade de vida (VARELLA, 2009).

Conforme Machado e Silva (2011) a anemia em crianças, o principal motivo de anemia é a falta de ferro, sendo mais habitual entre os 6 e os 24 meses de idade. O ferro é usado pelo organismo para gerar os glóbulos vermelhos.

1.2 Anemia Ferropriva

Segundo OMS (1968), há anemia quando o agrupamento de hemoglobina está anormalmente baixo no organismo humano em efeito da ausência de um ou mais nutrientes fundamentais. Em meio aos nutrientes aludidos na gênese da anemia, a falta de ferro é marcada como a decisiva causal fundamental da maior parte dos casos, o que caracteriza a AF como a falta nutricional mais prevalente no mundo atual (VANNUCCHI et al., 2003).

No mundo, a carência de ferro abrange mais de 2 bilhões de indivíduos, avaliando-se uma prevalência total de 40% da população. Os principais grupos de risco para esta falta são as gestantes e crianças em idade pré-escolar (GILLESPIE, 2006).

O ferro, deste modo, é imprescindível na formação da hemoglobina. Mais de 65% do ferro corporal localiza-se na hemoglobina, cujo principal papel é o transporte de oxigênio e gás carbônico (QUEIROZ & TORRES, 2005).

Segundo Queiroz & Torres (2005), o ferro é achado em diversos alimentos, tanto de origem vegetal como animal. Porém, o que necessita ser demonstrado é a disposição do organismo em prevalecer este ferro oferecido para desempenhar as seus mais distintos desempenhos, o que origina sua biodisponibilidade.

O principal efeito da ausência de ferro em pré-escolares é o déficit no desenvolvimento psicomotor, cujas consequências podem ser compreendidas mesmo após passados 3 anos da falta ter sido adequadamente tratada.

A AF é particularmente prevalente nos dois primeiros anos de vida, devido às necessidades aumentadas de ferro durante os tempos de crescimento rápido e às quantidades impróprias de ferro na dieta, especialmente nas populações de baixa

renda. Compreende-se que crianças a termo, aleitadas excepcionalmente ao seio até os 4 ou 6 meses de idade, exibem uma assistência substancial contra a anemia (MONTEIRO, 2005). Acredita-se que, desde que estas crianças ganhem no tempo do desmame uma dieta rica em ferro, não teria precisão de suplementação profilática com ferro medicamentoso. Essa maneira é muito controversa, já que se torna complicado aferir os teores de ferro nas dietas comumente proporcionadas aos lactentes no tempo do desmame (MARTINS et al, 2008).

A AF é o estágio final de um extenso tempo de balanço negativo do ferro. Com o princípio da queda do nível total de ferro corpóreo, um efeito particularidade de eventos surge: primeiro, os estoques de ferro dos hepatócitos e macrófagos do fígado, baço e medula óssea são debilitados; esta fase é nomeada de falta de ferro pré-latente ou depleção de ferro. Com a diminuição dos estoques, a concentração plasmática de ferro diminuiu e a suplementação de ferro para a medula torna-se imprópria para a formação normal de hemoglobina; esta segunda fase é nomeada de fase de falta latente. Carecendo de ferro, a protoporfirina eritrocitária livre cresce e a hemoglobina reduz, principiando a produção de eritrócitos microcísticos; diferenciando a anemia ferropriva (QUEIROZ & TORRES, 2005). Em todo o mundo, o processo mais habitual de screening de falta de ferro em pessoas e populações abrange a determinação da prevalência de anemia pela concentração de hemoglobina (WHO, 2001).

A anemia tem se destacado mundialmente como uma das faltas nutricionais mais prevalentes, formando deste modo uma grave dificuldade de saúde pública. A OMS, o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Organização das Nações Unidas divulgaram informações que revelam prevalência de 20,1% de anemia em crianças menores de quatro anos em países industrializados, e de 39,0% em países em desenvolvimento. No grupo das gestantes as prevalências achadas, por estas instituições, foram de 22,7% e 52,0% em países industrializados e em desenvolvimento respectivamente (WHO, 2001).

Conforme Queiroz e Torres (2005), a Organização Panamericana de Saúde a OMS avaliam que, para cada indivíduo com anemia, tenha, pelo menos, mais uma com falta de ferro. Deste modo, em uma população com 50% de crianças com anemia, como é o episódio de determinadas regiões do Brasil, 100% das crianças teriam falta de ferro.

Dentre os fatores determinantes da anemia localizam-se as classes socioeconômicas, as classes de assistência a saúde, o estado nutricional, o comparecimento de morbidades, o consumo alimentar e os fatores biológicos (OSÓRIO, 2002).

1.3 Anemia Ferropriva no Brasil

No Brasil, a frequência de casos vem crescendo e, agora, já é a falta nutricional mais prevalente, reprimindo até a desnutrição energético-protéica. (MONTEIRO, 2005). Acredita-se que há um custo anual de US\$ 605 milhões em tratamentos e perdas de produtividade e dias de trabalho e US\$ 2 bilhões com desprezíveis rendimentos escolares (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

No Brasil, nas últimas três décadas houve um progresso respeitável no quadro de saúde infantil, de maneira especial a diminuição na prevalência de desnutrição (MONTEIRO et al, 2000). Entretanto, a decadência da desnutrição infantil não foi seguida por progresso adequado no quadro das anemias (BATISTA FILHO & RISSIN, 2006), sendo determinado, de modo inclusivo, aumento em sua prevalência entre crianças. É caracterizado, também, que, a prevalência da anemia apareça entre crianças de diversas condições socioeconômicas, e pode alastrar-se no território nacional como um problema que afetam pobres e ricos, sem evidência de contestações na realidade das anemias entre as macrorregiões do país (BATISTA FILHO & RISSIN, 2006).

Entretanto, no Brasil, são pequenos os números de investigações de base populacionais acerca do predomínio da anemia (SOUZA et al., 2007). A maior parte dos estudos disponíveis usa-se das informações de usuários de serviços de saúde ou de grupos reservados, que não arrumam uma amostra equivalente a 20% da população (VANNUCCHI et al, 2003).

1.4 Prevalência

Estudos usando diversas metodologias marcam para resultados inquietantes; já que a prevalência de AF tem crescido nos últimos anos, na população infantil, em todas as regiões do país (FERRAZ, 2011).

A anemia na infância intervém nos métodos de crescimento e desenvolvimento, alterações comportamentais e psicológicas e redução da atividade física. Podem ser notadas até mudanças de pele e mucosas e empenho do sistema digestivo e imunológico (NEUMAN, et al. 2006).

Existem diferenças diversas no predomínio de AF entre crianças no mundo: nos países do oeste e leste europeu, o predomínio de anemia em pré-escolares é de 5% e 10%, respectivamente, sendo avaliada em 53% entre pré-escolares dos países em transição (UNICEF, 2003).

A faixa de maior risco acontece, sobretudo entre as crianças de 6 a 24 meses, as quais tem sido constatada alta prevalência dessa falha no Brasil (LACERDA, 2009).

Conforme Santos et al (2011), na faixa etária de pré-escolares, 80% dos casos de anemia são ocasionadas por falta de ferro no organismo. A anemia por falta de ferro contrafaz 24,8% da população mundial, das quais 47,4% são crianças na faixa etária pré-escolar, conforme estudo organizado pela Organização Mundial de Saúde.

Ultimamente, a AF necessita ser classificada como um problema de saúde pública grave, já que aproximadamente 45% a 50% das crianças brasileiras tem a doença (FERRAZ, 2011).

Os países em desenvolvimento são responsáveis pelo elevado ascendência da anemia, esse índice é decorrente das modificações dos hábitos alimentares que acompanham o início nutricional do país (MACHIAFAVE & SILVA, 2009).

O controle da anemia nutricional no Brasil ocorreu no ano de 1977. As propostas de interferência que vinham sendo aceitas em todo o mundo tinham como finalidade o aumento no consumo de ferro, já que a patologia foi atribuída à deficiência alimentar desse mineral (SZARFARC et al, 2010).

1.5 Etiologia

Os fatores abrangidos na etiologia da AF em crianças são: classes sócio-econômicas (baixa renda, baixa escolaridade dos pais, constituir uma família com grande número de crianças), ingestão alimentar (ingresso precoce da alimentação complementar, dieta imprópria em ferro e com reduzida biodisponibilidade), baixa

assistência à saúde (escasso auxílio pré-natal e ausência de acompanhamento do desenvolvimento e desenvolvimento da criança), morbidades e fatores biológicos (idade – predomínio mais marcante em crianças de 6 a 24 meses) (OSÓRIO, 2002).

Machiafavel e Silva (2009) descrevem determinados outros fatores etiológicos que podem desencadear a AF correlacionando-os com defeitos do transporte ou metabolismo que derivam em menor oferta concreta do nutriente para a medula óssea, o resultado de uma absorção intestinal diminuída influenciada por fatores fisiológicos ou nutricionais e o acréscimo da secreção ou perdas, como é o caso de hemorragias.

A pobreza, baixo status e o nível de escolaridade também operam como determinantes importantes da ausência de ferro e AF na infância. Além disso, o tempo gasto para o corte do cordão umbilical no período do nascimento pode interferir muito nas reservas fetais de ferro, pessoas com corte precoce do cordão proporcionam valores médios de ferritina sérica e hemoglobina expressivamente menores (CASTRO 2007).

1.6 Sinais e Sintomas

Os sinais e sintomas da AF dependem da sua gravidade. A AF leve ou moderada pode não apresentar sinais ou sintomas. Quando os sinais e sintomas ocorrem, eles podem variar de leves a severos. Muitos dos sinais e sintomas da se aplicam a todos os tipos de anemia (ZANIN, 2010).

Conforme Fontes (2010), o sintoma mais comum de todos os tipos de anemia é a fadiga. Não ter hemoglobina suficiente no sangue causa fadiga. A hemoglobina é uma proteína rica em ferro nas células vermelhas que carrega oxigênio ao corpo.

Os sinais e sintomas da AF podem abranger inchaço ou a língua sensível, fissuras nos lados da boca, baço inchado, unhas e nos cabelos, que se tornam delicadas e frágeis e contaminações freqüentes (MACHIAFAVEL & SILVA, 2009).

Pessoas com AF podem ter anseios incomuns de engolir artifícios que não são alimentos, como gelo ou barro. Determinadas pessoas com AF podem apresentar síndrome das pernas desassossegadas, a qual é um transtorno que origina urgência forte em movimentar as pernas (ZANIN, 2010).

Entre as revelações clínicas da anemia por falta de ferro enfatizam-se: descoramento, fadiga, ausência de apetite, insensibilidade. Em crianças, a AF pode contrafazer o crescimento, a aprendizagem, e acrescer a predisposição a infecções (CASTRO 2007).

Fontes (2010) expõe que determinados sinais e sintomas da anemia ferropriva são pautados às classes que a ocasionam. Por exemplo, sinais de sangramento intestinal podem ser sangue vermelho vivo nas fezes, ou fezes escuras. Mulheres que apresentam menstruação intensa ou por um período extenso, ou outros sangramentos na vagina, podem aludir que estão com risco maior para anemia ferropriva.

1.7 Diagnóstico

O diagnóstico da AF é feito por meio de exames laboratoriais como o hemograma, onde necessitam ser medidas designadamente a hemoglobina e a ferritina. (VELOZO, 2010).

De acordo com Zanin (2010), o diagnóstico do mesmo modo é efetivado através da imagem (ultrassom, endoscopia) para averiguar a origem de imagináveis perdas de sangue são passos importantes para constituir o diagnóstico. Valores abaixo a 11 g/dL de hemoglobina para mulheres grávidas e crianças entre os 6 meses e os 6 anos de idade, 12 g/dL hemoglobina para mulheres adultas e 13 g/dL de ferro para homens adultos são avaliados anemia.

Machiafavel (2009) o ferro é usado para a constituição da hemoglobina que conduz o oxigênio do pulmão para todas as outras células do corpo, tomar parte na formação de energia, age no sistema enzimático e no sistema nervoso central. Sua falta além de ocasionar os sintomas acima mencionados pode induzir ao comprometimento do sistema nervoso e a complicações cardio-respiratórias(VARELLA, 2009).

Machiafavel (2009) delinea que o parâmetro bioquímico mais peculiar e adequado como apontador real das reservas de ferro corporal é a deliberação da ferritina sérica. É um processo benéfico por proporcionar intensa correlação com os depósitos ferro tissular já que usa sangue periférico. No diagnóstico da anemia ferropênica também são usados saturação da transferrina, protoporfirinaseritocitâneas livres e o cálculo dos índices hematimétricos.

A quantidade da taxa da hemoglobina é responsável por definir a gravidade da anemia. A anemia grave é aquela na qual os nível de hemoglobina são inferiores à 7 g/dL, regular se ficar entre 7 e 9mg/dL e leve quando encontrar-se maior ou igual a 9mg/dL (FERRAZ, 2011).

1.8 Prevenção

A prevenção da AF é de essencial valor, quando já investida acontecem mudanças no comportamento cognitivo, crescimento e desenvolvimento e comprometimento da imunidade. Tendo maior caso em lactentes, com maiores chances de irreversibilidade desses sintomas em crianças com até 1 ano de idade (ALMEIDA, 2007).

A prevenção da AF e da falta de ferro precisa ser esquematizada priorizando-se a educação nutricional e classes ambientais satisfatórias. Conforme Almeida (2007, p. 43) a prevenção abrange:

O incentivo a amamentação materno peculiar até o sexto mês; o não uso do leite de vaca no primeiro ano de vida; a suplementação medicamentosa profilática; a fortificação de alimentos de consumo massivo; o controle de infecções; ingresso a água e esgoto adequados; e o estímulo ao consumo de alimentos que contenham ferro de alta biodisponibilidade na fase de introdução da alimentação complementar e em fases de maior vulnerabilidade a essa deficiência, como a adolescência.

Segundo Carvalho et al (2010), as atuais políticas aceitas pelo Programa Nacional de Combate à Anemia Carencial Ferropriva do Ministério da Saúde, no desígnio de diminuir a prevalência de anemia ferropriva, versam na suplementação medicamentosa profilática (lactentes) e na fortificação de alimentos.

Com o Programa de Fortificação de Farinhas de Trigo e de Milho com ferro e ácido fólico na absorção do ferro houve a grande revelação da reciprocidade do governo brasileiro com as recomendações internacionais e da vontade política de tornar mínima a anemia, cujo implante aconteceu em junho de 2004. Além disso, em maio de 2005, o Ministério da Saúde organizou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro nas Unidades Básicas de Saúde para repartição desse mineral a crianças de 6 a 18 meses de idade, abrangendo recomendações acerca de orientações alimentares (SZARFARC 2010).

Soares (2009), expõe que a entrada do ferro pode ser bloqueada ou danificada pelo consumo de tanino e cafeína (café, chá preto, erva mate e refrigerantes), oxalato (chocolate), fitatos (cereais integrais) e cálcio (leites, queijo, coalhadas e iogurtes). O cozimento demorado de alimentos danifica a subsequente absorção do ferro.

A biodisponibilidade desse mineral também pode suportar influências positivas como é notado com a presença de ácido ascórbico, ácido cítrico, lactose e frutose (VELLOZO. 2010).

Nos alimentos, o ferro é descoberto de dois modos: heme e não-heme. Na sua maneira heme, é localizado em carnes e vísceras tendo maior disponibilidade e não estão exibidos a fatores inibentes. Sua maneira não-heme é menos chupada pelo organismo, mas pode ser melhor submergidos diante da interação com as vitaminas A ou C e são localizados nos ovos, cereais, leguminosas e hortaliças (JUSTO, 2012).

Oliveira (2012) fala que frutas como laranja, abacaxi e limão são recomendados após as refeições para melhor absorção do ferro, já que a vitamina C contida nesses alimentos auxilia na absorção do ferro vegetal.

A melhor qualidade de vida é adquirida unida com uma alimentação nutricional apropriada no período da infância e adolescência, fazendo com que ocorra um bom crescimento e progresso com menor risco de doenças na fase adulta e idosa (VELLOZO, 2010). Apresentar uma alimentação apropriada, avanço da ingestão de carnes, legumes e vegetais folhosos cozinhados além da correta elaboração dos alimentos enfatizam-se como o melhor enfoque para ausência nutricional de ferro (SZARFARC 2010).

Determinadas orientações precisam ser levadas em conta na alimentação das crianças para que a biodisponibilidade de ferro seja desenvolvida, como: consumir suco de frutas cítricas depois das refeições, verduras verde-escura, vísceras e miúdos e impedir sobremesas a base de leite (JUSTO, 2012).

Ferraz (2012) expõe que têm ainda medidas custo-efetivas sendo aceitas como táticas de minimização da enfermidade, como fortificação do leite em pó ou fluido, da farinha de milho e trigo e suplementação efetiva com sais ferrosos.

Justo (2012) descreve que o hábito alimentar da população e a valorização cultural de alguns alimentos precisam ser levados em conta na

fortificação dos alimentos além da relação custo efetividade do procedimento já mencionadas acima.

Conforme Nascimento et al (2008) a estratégia de educação nutricional, mirando o consumo quantitativa e qualitativamente apropriado de alimentos fontes dos vários nutrientes, é uma escolha que tem baixo custo e dá resultados que desejamos. Nota-se no entanto que mudanças nos hábitos alimentares não são ligeiramente obtidas, contornando a estratégia de longo prazo. Mas, precisa sempre ser seguida juntamente com outras estratégias de combate a falta de ferro.

1.9 Anemia Ferropriva: Principais Causas e Consequências em Crianças

Bebês e crianças pequenas estão entre os grupos com maior risco para AF, já que necessitam de bastante ferro para crescimento e progresso. O ferro que um bebê nascido de gravidez normal tem estocado no organismo é aproveitado até as primeiras 4-6 semanas de vida. Bebês prematuros ou com peso baixo estão têm maior risco de desenvolver a AF, já que não tem tanto ferro estocado no corpo (FONTES, 2010).

Segundo Szarfarc (2010) os alimentos vigorados com ferro ou suplementos de ferro, quando utilizados adequadamente, podem auxiliar a precaver a anemia ferropriva na infância. Crianças pequenas que ingerem grandes quantidades de leite de vaca podem ter risco maior para anemia ferropriva na infância. Leite contém pouco ferro, e ingerir muito leite pode tomar o espaço de alimentos ricos em ferro na dieta. Muito leite também pode precaver o corpo da criança de chupar ferro de outros alimentos.

Nascimento et al (2008) garante que os riscos e resultados da falta de ferro, é importante não se fixar somente ao tratamento dos casos que existem e sim justapor medidas que mirem primordialmente a precaução, para que as crianças na faixa etária de maior risco não aproximem-se a ampliar quadro de diminuição de hemoglobina.

O risco de incidir todos os agravos decorrentes da desnutrição se caracteriza por mulheres gestantes anêmicas que acabam dando a luz a filhos também anêmicos que pelo fato de obter uma alimentação deficiente também se sustentam anêmicos (SZARFARC. 2010).

No campo de atenção primária em saúde a AF não vem ganhando o destaque merecido já que é um problema subdiagnosticado e subtratado no país (FERRAZ, 2011).

O risco da AF é advindo pela ingestão do leite de vaca em qualquer faixa etária, isso ocorre não apenas pela menor disponibilidade do ferro no leite de vaca, mas do mesmo modo pelo fato de sangramento gastrointestinal oculto (FERRAZ, 2011).

A prevalência de AF comprometendo o desenvolvimento infantil ocasiona efeitos não apenas para o desenvolvimento pessoal, mas ainda para toda a nação que abordará uma alta prevalência da patologia. A identificação dessa anemia é depositada como grupo prioritário dentro dos programas de intervenção nutricional de controle da deficiência de ferro, ao lado das gestantes. Por ser analisado um dos fatores causais do impróprio aumento cognitivo, social, motor e de diminuição da capacidade de aprendizagem entre crianças (SZARFARC, 2010).

A manifestação sistêmica da AF é preocupante não apenas por proporcionar menor índice de suspeita, como ainda pela dificuldade diagnosticada, rigidez e aparecimento tardio (VELLOSO, 2010). Um estudo foi feito para conferir a linguagem entre pessoas anêmicas e não anêmicas, averiguando diferenças significativas entre os avaliados, no qual as crianças anêmicas impetraram os piores efeitos (SANTOS, 2011). Outros estudos também alcançaram os mesmos efeitos, indivíduos não anêmicos proporcionaram melhor desempenho cognitivo e de aprendizado e menor frequência de distúrbios comportamentais até a adolescência (VELLOZO, 2010).

1.10 Farmacêutico: Anemia Ferropriva

Uma das ações da assistência farmacêutica tem como finalidade a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos lugares públicos e privados, exercida pelo farmacêutico, têm como objetivo maior cooperar para a adesão do paciente ao tratamento (QUEIROZ, 2007).

O farmacêutico exerce uma função importante no tratamento da anemia por meio do oferecimento de informação pautada no uso ativo e seguro dos medicamentos. Ele precisará também de uma nutricionista para recomendar uma dieta contrabalanceada, contendo as doses diárias indicadas de ferro, vitamina B₁₂,

ácido fólico e ácido ascórbico e, até mesmo controle no consumo de álcool, tendo em vista a prevenção das anemias deficitárias (VELLOSO, 2010).

Segundo Queiroz (2007) são responsabilidades peculiares em relação ao paciente:

Garantir que a terapêutica farmacológica é certa, ativa, segura e com planejamento de administração; Identificar, resolver e precaver problemas relacionados com medicamentos que possam intervir na segurança da terapêutica farmacológica e afiançar de que os desígnios do tratamento do paciente serão obtidos com excelentes resultados.

De acordo como o Ministério da Saúde (2009), segundo normas do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, os medicamentos sulfato ferroso e ácido fólico, munidos pelo Ministério da Saúde através do Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica, designam-se à cautela da AF, devendo, assim, serem disponibilizados somente para o público alvo do programa (crianças de 06 meses a 18 meses de idade, gestantes a partir da 20ª semana e mulheres até o 3º mês pós-parto).

Conforme Velloso (2010), ainda da força do tratamento medicamentoso, o melhor recurso é sempre precaver. Para isso, uma dieta contrabalançada rica em ferro é essencial. Também é de igual importância a melhoria das condições socioeconômicas da população e criação de programas de fornecimento de ferro aos grupos de risco, sob supervisão e acompanhamento.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Avaliar a prevalência de crianças diagnóstico e tratadas com anemia ferropriva em um laboratório da cidade de Ceres/Goiás

2.2 Objetivos Específicos

- Estabelecer a importância de verificar a anemia ferropriva na infância como um sério problema de saúde pública;
- Investigar a prevalência e os fatores associados ao risco de anemia ferropriva em crianças;
- identificar as práticas alimentares das crianças correlacionadas com a prevenção da anemia por deficiências de ferro.

3. METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo de aspecto quantitativo e qualitativo. Os dados foram coletados em um posto de saúde – ESF - Estratégia Saúde da Família do Vila Nova - Ceres – GO.

A unidade atende os setores Vila Nova, Curumim, Nova Vila, Bougainville, Jardim Tropical e o Centro.

A unidade atende 1234 famílias, tendo como total 4.500 pessoas atendidas no posto de saúde.

A população de estudo foi composta por 225 crianças de até 5 anos de idade o que corresponde a 5% das 4.500 pessoas atendidas. A razão de escolher essas pessoas se encontra no fato de que estão na faixa etária mais indicada para o presente estudo.

A pesquisa foi realizada através de prontuários utilizada na unidade como controle de frequências das crianças de até 5 anos de idade atendidas no posto de saúde.

Os dados foram coletados no posto de saúde no período de setembro e outubro de 2012.

AVALIAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE CRIANÇAS DIAGNÓSTICO E TRATADAS COM ANEMIA FERROPRIVA EM UM UBAS DA CIDADE DE CERES/GOIÁS

MELO^{1a}, D.R.; SANTOS^{1b}, R.S; A.F; SILVA², L.R.

¹ Acadêmicas do curso de Farmácia da Faculdade de Ceres

² Docente do curso de Farmácia da Faculdade de Ceres
luciano_rsilva@ig.com.br

Resumo:

O objetivo do estudo em questão foi avaliar a prevalência de crianças diagnosticadas e tratadas com anemia ferropriva em um posto de saúde ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF) da cidade de Ceres/Goiás. A anemia ferropriva é a mais corriqueira de todas as anemias, independentemente da condição socioeconômico do sujeito. Ela pode alojar-se por carência nutricional, parasitoses intestinais, ou no período da gravidez. A anemia tem se destacado mundialmente como uma das faltas nutricionais mais prevalentes, formando deste modo, uma grave dificuldade de saúde pública. A anemia na infância intervém nos métodos de crescimento e desenvolvimento, alterações comportamentais e psicológicas e redução da atividade física. A prevenção da anemia ferropriva é de essencial importância. Quando já acometida acontecem mudanças no comportamento cognitivo, no crescimento, no desenvolvimento e comprometimento da imunidade. A metodologia utilizada para este estudo foi uma pesquisa de campo, de aspecto quantitativo e qualitativo. Os dados foram coletadas em um posto de saúde – ESF do setor Vila Nova - Ceres – GO.

Palavras-chave: Anemia Ferropriva, cuidados pré natais, Crianças.

INTRODUÇÃO

A anemia é determinada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma condição na qual a substância hemoglobina está inferior do natural.

Como resultado da ausência de um ou mais nutrientes, principalmente por falta de ferro (MARTINS, et al, 2008).

De acordo com Varella (2009), a AF é a mais corriqueira de todas as anemias, independentemente da condição socioeconômico do sujeito. Ela pode alojar-se por carência nutricional, parasitoses intestinais, no período da gravidez, no parto, na amamentação, por perdas significativas de sangue em virtude de hemorragias agudas ou crônicas, pela via gastrintestinal ou como efeito de menstruações abundantes.

Segundo Neuman et al (2006), a anemia na infância intervém nos métodos de crescimento e desenvolvimento, nas alterações comportamentais e psicológicas e redução da atividade física. Podem ser notadas até mudanças de pele e mucosas e empenho do sistema digestivo e imunológico.

Os fatores relacionados etiologia da AF em crianças são: classes sócio-econômicas (baixa renda, baixa escolaridade dos pais, constituir uma família com grande número de crianças), ingestão alimentar (ingresso precoce da alimentação complementar, dieta imprópria em ferro e com reduzida biodisponibilidade), baixa assistência à saúde (escasso auxílio pré-natal e ausência de acompanhamento do desenvolvimento e desenvolvimento da criança), morbidades e fatores biológicos (idade – predomínio mais marcante em crianças de 6 a 24 meses) (OSÓRIO, 2007).

Os sinais e sintomas da AF dependem da sua gravidade. A AF leve ou moderada pode não apresentar sinais ou sintomas. Quando os sinais e sintomas ocorrem, eles podem variar de leves a severos. Muitos dos sinais e sintomas da AF se aplicam a todos os tipos de anemia. E o diagnóstico é efetivado através de ultrassom, endoscopia para averiguar a origem das perdas de sangue. Sendo que os valores abaixo de 11 g/dL de hemoglobina para mulheres grávidas e crianças entre os 6 meses e os 6 anos de idade, 12 g/dL hemoglobina para mulheres adultas e 13 g/dL de ferro para homens adultos são avaliados como anemia (ZANIN, 2010).

A prevenção da AF é de essencial valor. Quando já acometida acontecem mudanças no comportamento cognitivo, crescimento e desenvolvimento e comprometimento da imunidade. É mais frequente em lactentes, com maiores chances de irreversibilidade desses sintomas em crianças com até 1 ano de idade (ALMEIDA, 2007).

Bebês e crianças pequenas estão entre os grupos com maior risco para anemia ferropriva, já que necessitam de bastante ferro para crescimento e

progresso. O ferro que um bebê nascido de gravidez normal tem estocado no organismo é aproveitado até as primeiras 4-6 semanas de vida. Bebês prematuros ou com peso baixo têm maior risco de desenvolver AF, já que não têm tanto ferro estocado no corpo (FONTES, 2010).

A prevalência de AF comprometendo o desenvolvimento infantil ocasiona efeitos não apenas para o desenvolvimento pessoal, mas ainda para toda a nação que abordará uma alta prevalência da patologia. A identificação dessa anemia é depositada como grupo prioritário dentro dos programas de intervenção nutricional de controle da deficiência de ferro, ao lado das gestantes. É considerado como um dos fatores causais do impróprio aumento cognitivo, social, motor e de diminuição da capacidade de aprendizagem entre crianças (SZARFARC, 2010).

Uma das ações da assistência farmacêutica tem como finalidade a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos lugares públicos e privados, exercida pelo farmacêutico, têm com desígnio maior de cooperar para a adesão do paciente ao tratamento (QUEIROZ, 2007).

O farmacêutico exerce uma função importante no tratamento da anemia por meio de informações pautadas no uso ativo e seguro dos medicamentos. Precisar também sugerir uma dieta contrabalanceada, contendo as doses diárias indicadas de ferro, vitamina B₁₂, ácido fólico e ácido ascórbico e, até mesmo controle no consumo de álcool, tendo em vista a prevenção das anemias deficitárias (VELLOSO, 2010). Sendo assim, o desígnio deste estudo é analisar a prevalência de crianças diagnosticadas e tratadas com AF em uma ESF da cidade de Ceres/Goiás. Lembrando que as medidas importantes para redução da patologia em crianças consistem na atenção ao acompanhamento pré-natal, orientação sobre a adequada alimentação de desmame e incentivo ao aleitamento materno exclusivo.

METODOLOGIA

O presente estudo tratou-se de uma pesquisa de campo de aspecto quantitativo e qualitativo. Os dados foram coletados em um posto de saúde – ESF - Estratégia Saúde da Família do Vila Nova -- Ceres – GO.

A unidade atende os setores Vila nova, Curumim, Nova Vila, Bougainville, Jardim Tropical e o Centro.

A unidade atende 1234 famílias, tendo como total 4.500 pessoas atendidas no posto de saúde.

A população de estudo foi composta por 225 crianças de até 5 anos de idade proporcionando uma porcentagem de 5% do atendimento. A razão de escolher essas pessoas se encontra no fato de que estão na faixa etária mais indicada para o presente estudo.

A pesquisa foi realizada através das fichas utilizada na unidade como controle de freqüências das crianças de até 5 anos de idade atendidas no posto de saúde.

Os dados foram coletados no posto de saúde no período de setembro e outubro de 2012.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A unidade ESF - Estratégia Saúde da Família do Vila Nova -- Ceres – GO, atende 1234 pessoas, tendo como total 4.500 pessoas atendidas no posto de saúde.

A população de estudo foi composta por 225 crianças de até 5 anos de idade proporcionando uma porcentagem de 5% do atendimento. A razão de escolher essas pessoas se encontra no fato de que estão na faixa etária mais indicada para o presente estudo.

A determinação dos fatores que influenciam a ocorrência e a manutenção da anemia e da deficiência de ferro em uma população é fundamental para a implementação de medidas de controle. Esta pesquisa que foi realizada no posto de saúde – ESF do setor Vila Nova - Ceres – Go, onde foi feito o levantamento das fichas individuais, tendo como público-alvo crianças na faixa etária de até 5 anos para a AF, fator preponderante para essa faixa.

Segundo Finch (2003), a AF pode afetar as crianças na faixa etária dos 5 anos em todo o mundo, especialmente nos países em ampliação, que proporcionam prevalências quatro vezes maiores que as descobertas nos países desenvolvidos. Essa alta prevalência está catalogada com a ausência de saneamento básico, baixo nível socioeconômico e elevada morbidade na infância.

O fato de não ter sido diagnosticada a AF em nenhuma das crianças que representa 5% das que são atendidas no posto de saúde pode ser justificado pelo

acompanhamento das mães durante a gestação, pré-natal, cujo protocolo recomenda a administração de medicamento à base de Sulfato ferroso durante a gestação. Outra situação é o incentivo ao aleitamento materno. As mulheres gestantes fazem parte do grupo mais crítico referente à necessidade orgânica de ferro no período gestacional. Sabe-se que a gestante e o feto necessitam de ferro para poder desenvolver a hemoglobina, a fim de formar uma reserva para os primeiros três meses depois do nascimento.

Segundo Queiroz e Torres (2005), para o recém-nascido, as reservas de ferro que se constituem no transcorrer da gestação são de total valor, já que originam uma grande fonte de ferro endógeno que, ligado com a fonte exógena procedente do leite materno, podem assegurar as precisões de ferro até os 4-6 meses de vida. Também DeMayer (2002) delinea que a maior precisão de ferro acontece durante os períodos de crescimento veloz. Em consequência, as crianças menores de 2 anos são os mais vulneráveis ao seu fato. Monteiro et al (2000) garante que a deficiência de ferro está presente em todas as classes socioeconômicas, ainda que seja mais comum entre as crianças de família com baixo poder aquisitivo.

No posto de saúde – ESF do setor Vila Nova são distribuídos materiais educativos aos pais e às gestantes durante o atendimento. É também realizado no ESF o Programa de Fortificação de Farinhas de Trigo e de Milho com ferro e ácido fólico. Para Coutinho (2005) a fortificação de alimentos é também analisada como uma medida custo-efetiva. Em diversos países são seguidas táticas de fortificação de farinhas, arroz, cereais matinais, pães etc. No Brasil, a experiência maior é com a fortificação do leite em pó ou fluido, com resultados satisfatórios tanto na precaução quanto no tratamento da anemia. O Ministério da Saúde (2005) assegura que a fortificação da farinha de milho e trigo com ferro e ácido fólico foi apartir de 2002 pelo governo federal; cada 100 gramas de farinha contém 4,2 miligramas de ferro e 150 microgramas de ácido fólico.

Uma grande participação da equipe de saúde em prol no atendimento às gestantes atendidas na unidade, com incentivo na mudança dos seus hábitos alimentares, sendo o fator preventivo das anemias, em especial a anemia ferropriva. Uma vez que mudanças na dieta ou suplementos alimentares são acrescentados para prevenir certos tipos de anemia e do mesmo modo tratar uma condição médica que possa causar anemia também é uma forma de preveni-la. Para isso ocorrer foi

indispensável que os serviços de saúde do posto do Vila Nova passassem a integrar como rotina assistencial nutricional a gestantes e crianças, por meio da avaliação do estado nutricional, atividades de educação alimentar e acompanhamento médico laboratorial à anemia.

Os pesquisadores Veloso e Fisberg (2010) expõem que hoje em dia existe um crescente interesse para o desenvolvimento de novos ingredientes e alimentos como veículo de promoção do bem-estar e à saúde e, do mesmo modo, como prevenção e diminuição dos riscos de algumas doenças. Os alimentos fortificados são criados a partir do crescente progresso de pesquisas científicas, pautando alimentação e saúde, ligadas também aos custos da saúde pública.

Queiroz e Torres (2005) afirmam que a prevenção da anemia ferropriva precisa ser situada com base em quatro tipos de abordagens: educação nutricional e melhoria da qualidade da dieta oferecida, com inclusão o incentivo do aleitamento materno, suplementação medicamentosa, fortificação dos alimentos e controle de infecções.

Já Simões (2006) descreve que tomando por base todos os conceitos dos fatores catalogados com a fortificação dos alimentos com ferro e sua participação na prevenção da anemia, entende-se a precisão de intensificação de estudos sobre biomarcadores e na área de tecnologia de alimentos. Jordão (2009) garante que a força na precaução de anemia utilizando alimentos fortificados é demonstrada visivelmente na literatura manifestando-se como uma estratégia apropriada nos programas de prevenção dessa doença em vários países.

Ferraz (2012) deixa claro que a anemia ferropriva é uma classe multifatorial, não estando sua origem somente unida aos fatores biológicos e sim, posicionada dentro de um contexto mais extenso, onde precisam ser demonstrados fatores socioeconômicos, culturais e de morbidade presentes na população infantil. Modesto (2007) conta que o combate à falta de ferro precisa ser uma prioridade, passando por táticas de estabelecimento de políticas públicas apropriadas, empenho da comunidade e reformulação de serviços de saúde. E assim, Cardoso e Penteado (2008) destacam que a maior atenção precisa ser ao acompanhamento pré-natal, reduzindo o baixo peso ao nascer, a prematuridade e a anemia materna. Assim como o estímulo ao aleitamento materno peculiar e a orientação sobre a apropriada alimentação de desmame, são conceitos importantes para a diminuição da prevalência de anemia em crianças.

Entretanto, Martins (2000) relata que as classes para a ocorrência da carência de ferro podem estar ligadas às classes sociais e econômicas, características das circunstâncias de classe, seja pelas deficiências qualitativas e quantitativas da dieta, sejam pela precariedade de saneamento ambiental. Isto se sustenta, por um lado, quando se averigua que tanto a falta de consumo como a de absorção são devidas à inadequação qualitativa e quantitativa da dieta. Fato não encontrado no levantamento, uma vez que, as condições sociais e econômicas embora estejam relacionadas com casos de anemia ferropriva, não sendo evidentes no estudo, pois a sistemática de acompanhamento desses indivíduos é eficiente, sendo assim, os mesmos se encontram em boas condições de saneamentos.

CONCLUSÃO

Após chegar ao término deste estudo, percebe-se que, se uma pessoa não tem uma alimentação apropriada ou perde sangue por doença, ela tem grandes possibilidades de contrair a anemia. Sendo necessárias, portanto, a adesão ao tratamento e alimentação adequada.

Acredita-se que seja de suma importância, ainda no período de infância a verificação da existência de AF na criança. Assim sendo, a mesma poderá ser tratada antes que as consequências sejam ainda maiores, afetando sua vida completamente, e colocando risco a sua vida. De acordo com a pesquisa realizada, as crianças objeto do estudo no qual representa 5% dos atendimentos no ESF foram muito bem acompanhadas pela equipe de saúde, foi verificado que não apresentaram quadro de anemias e muito menos a ferropriva, pelo levantamento das fichas dessas crianças.

Felizmente, no posto de saúde – ESF do Vila Nova não foi diagnosticado nenhum caso de AF, uma vez que pode ser justificado pelo fato de que as gestantes estão obtendo uma boa orientação da equipe de saúde da unidade e da mesma forma as mães estão cuidando da alimentação de seus filhos da maneira adequada.

Acredita-se que seja sempre de extrema importância que ações de prevenção, orientação e nutrição sejam realizadas em prol da saúde dos sujeitos que se encontram mais propensos à AF pela equipe multiprofissional, dando ênfase ao farmacêutico quanto ao tratamento medicamentoso e seu uso seguro, quando diagnosticada a AF e pela prescrição da medicação pelo o médico.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos funcionários do posto de saúde – ESF do Vila Nova que colaboraram com esta pesquisa.

ABSTRACT

This essay aims to evaluate the prevalence and diagnosis of children treated with iron deficiency anemia in a ESF in the city of Ceres / Goiás. Iron deficiency anemia, the most common form of all anemias, regardless of the socioeconomic status of the subject. It can house up for nutritional deficiencies, intestinal parasites, or during pregnancy. Anemia has emerged worldwide as one of the most prevalent nutritional shortages, thereby becoming a serious public health difficulty. Anemia during childhood intervenes in the methods of growth and development, psychological and behavioral changes and reduced physical activity. The prevention of AF is very important, it has invested happen when changes in cognitive behavior, growth and development and impaired immunity. The methodology used in this study was a pair research field of quantitative and qualitative aspect. The data were collected in a ESF from district of Vila Nova - Ceres - GO.

Keywords: Iron Deficiency Anemia, Prenatal care, Children.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, J. L. V. Prevalência de Anemia Ferropriva Associada a Fatores de Risco em Pré-Escolares da Creche Cantinho do Fiorello no Município de Natividade – RJ. **NewsLab**. 2007. Disponível em: <http://www.newslab.com.br/ed_anteriores/84/art02/art02.pdf>. Acesso em: 13/09/2012.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual Operacional de Suplementação de Ferro**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

CANÇADO, R. D. Deficiência de ferro: causas, efeitos e tratamento. **Copyright Moreira Jr, Editora**, p. 17-26, 2012.

CARDOSO, M. A.; PENTEADO, M. V. C. Intervenções Nutricionais na Anemia Ferropriva. **Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 2008 abr./ju; v. 2, n. 10, p. 231-40.

COUTINHO, G. G. P. L. et al. **Suplementação intermitente de ferro para controle da anemia ferropriva em lactentes**. São José do Rio Preto: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2005.

DEMAEYER, E. M. Anemia e deficiência de ferro em crianças doença prevenção e controle da anemia por deficiência de ferro através de cuidados de saúde primários. **Geneva, WHO**, 2002. 58p.

FERRAZ, S. T. Anemia Ferropriva na infância: estratégias para prevenção e tratamento. **Revista Pediatria Moderna**, v.48, n.3, março, 2012.

FINCH, C. A. **A anemia e deficiência de ferro doença em crianças**. 2003. Disponível em: <<http://bmb.oxfordjournals.org/content/55/3/534.full.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2012.

FONTES, H. A. F. **Anemia Ferropriva - Sintomas e sinais**. 2010. Disponível em: <<http://www.copacabanarunners.net/anemia-ferropriva-sintomas.html>>. Acesso em: 05 set. 2012.

JORDÃO, R. E et al. A Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. **Rev. Paul. Pediatr.** 2009 mar; v. 27, n. 1, p90-8.

MARTINS, I. S. et al. As determinações biológica e social da doença: um estudo de anemia ferropriva. **Rev. Saúde Pública**, 2000, v.21, n.2, pp. 73-89. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n2/03.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2012.

MARTINS, P. C. et al. **Projeto Anemia: Diagnóstico, Tratamento E Prevenção Da Anemia Ferropriva No Município De Viçosa-Mg E Região**. 2008. Disponível em: <http://www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/anais/saude/anemia.pdf>. Acesso em: 12/08/2012.

MODESTO, S. P. et al. Práticas alimentares e estado nutricional de crianças no segundo semestre de vida atendidas na rede pública de saúde. **Rev. Nutr.** 2007 jul./ago; v. 20, n. 4, p405-15.

NEUMANN, N. A. et al.. Prevalência e fatores de risco para anemia no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, 2006; v. 34, p. 56-63.

OSÓRIO, M. M. Fatores determinantes da anemia em crianças. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 4, p. 269-278, 2002.

QUEIROZ, S. S.; TORRES, M. A. A. *Anemia ferropriva na infância* 2005. Disponível em: <<http://www.idpas.org/pdf/1681Anemiaferropriva.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

SIMÕES, M. C. C. et al. Avaliação do impacto de um suplemento nutricional rico em ferro hematínico. **Cad. de Saúde Pública**. 2006 out./dez; v. 15, n. 4, p. 871-81.

SZARFARC, S. C. et al. **Prevenção da anemia no primeiro ano de vida em centros de saúde de Santo André, São Paulo**. 2010. Disponível em: <<http://www.idpas.org/pdf/1683Prevencaodaanemia.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2012.

VANNUCCHI, H. et al. A prevalência de anemias nutricionais no Brasil. **Cad Nutr**. 2003.

VARELLA, D. **Anemia Ferropriva**. 2009. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/anemia-ferropriva/>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

VELLOZO, E. P.; FISBERG, M. A contribuição dos alimentos fortificados na prevenção da anemia ferropriva. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**. 2010, v.32. disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s2/aop55010.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO Anemia por deficiência: prevenção, avaliação e controle - para orientar os gestores no Programa de Controle de deficiência de ferro.. Geneva:, 2001 Disponível em: <http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Iron_Deficiency_Anaemia_Assessment_Prevention_and_Control.pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

ZANIN, T. **Anemia Ferropriva**. 2010. Disponível em: <<http://www.tuasaude.com/anemia-ferropriva>>. Acesso em: 22 set. 2012.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, J.L.V. Prevalência de Anemia Ferropriva Associada a Fatores de Risco em Pré-Escolares da Creche Cantinho do Fiorello no Município de Natividade – RJ. **NewsLab**. 2007. Disponível em <http://www.newslab.com.br/ed_anteriores/84/art02/art02.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

BARROS, F.C. **Epidemiologia da saúde infantil - Manual para diagnóstico comunitário**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec-UNICEF, vol 2, n3, 2005.

BATISTA FILHO, M; RISSIN A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad Saúde Pública**. 2006.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Brasil 2004: uma análise da BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Componente Básico da Assistência Farmacêutica: o que muda com a Portaria GM/MS nº 2.982, de 26 de Novembro de 2009, publicada no DOU em 01/12/2009**. 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/perguntas_respostas_portaria_2982.pdf>. Acesso em: 13 set. 2012.

CANÇADO, R.D. Deficiência de ferro: causas, efeitos e tratamento. **Copyright Moreira Jr, Editora**, p. 17-26, 2012.

CARVALHO, D. C. **Prevalência de Anemia Ferropriva em Crianças de 0 A 5 Anos Internadas no Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC), Tubarão/SC, no Período de Agosto À Dezembro de 2008**. 2010. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/811.pdf>>. Acesso em: 28/08/2012.

CASTRO, T. G. **Anemia Ferropriva Na Infância: Prevalência E Fatores Associados Na Amazônia Ocidental Brasileira**. 2007. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/8508/000578123.pdf?sequence=>>> Acesso em: 02 set. 2012.

DALLMAN, P.R. **Deficiência de ferro e anemias nutricionais relacionados**. 2007. 4ª ed. Philadelphia: WB Saunders Company. 2007.

FERRAZ, S.T. Anemia Ferropriva na infância: estratégias para prevenção e tratamento. **Revista Pediatria Moderna**, v.48, n.3, março, 2012.

FONTES, Hélio Augusto Ferreira. **Anemia Ferropriva - Sintomas e sinais**. 2010. Disponível em: <<http://www.copacabanarunners.net/anemia-ferropriva-sintomas.html>>. Acesso em: 05 set. 2012.

GILLESPIE, S. **Principais Problemas no controle da deficiência de ferro**. 2006. Disponível em <http://fkilp.iimb.ernet.in/pdf/Healthcare_Anaemia/Prevention_of_Anaemia/Gillespie_Major_Issues_in_the_Control_of_Iron_Deficiency.pdf> . Acesso em: 20 ago. 2012.

JUSTO, G. F. **Anemia ferropriva na infância**. 2012. Disponível em: <<http://www.anutricionista.com/anemia-ferropriva-na-infancia.html>>. Acesso em: 15 set. 2012.

LACERDA, A. P. F. **Anemia Ferropriva em Crianças**. 2009. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/612/563>>. Acesso em: 05 set. 2012.

MACHADO, C.; SILVA, A. **Anemia na criança**. 2011. Disponível em: <<http://www.educare.pt/educare/Opinioao.Artigo.aspx?contentid=90393CF565C4521CE0400A0AB8001D4F&channelid=90393CF565C4521CE0400A0AB8001D4F&schemaid=&psel=2>>. Acesso em: 22/09/2012.

MACHIAFAVEL, M. A.; SILVA, C. M. C. **Anemia Ferropriva Infantil – Uma Revisão Bibliográfica**. 2009. Disponível em: <http://www.inesul.edu.br/revista/arquivos/arq-idvol_14_1310673864.pdf>. Acesso em: 03 out.2012.

MARTINS, P. C. et al. **Projeto Anemia: Diagnóstico, Tratamento E Prevenção Da Anemia Ferropriva No Município De Viçosa-Mg E Região**. 2008. Disponível em <http://www.prac.ufpb.br/anais/lcbeu_anais/anais/saude/anemia.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2012.

MONTEIRO, C. A. et al. Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1997). **Rev Saúde Pública**, 2000, v. 34, p. 62-72.

MONTEIRO, C. A. **Saúde e Nutrição das Crianças de São Paulo, Diagnósticos, Contrastes Sociais e Tendências**. 1ª ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, v. 3, n. 2, 2005.

NASCIMENTO, A. F. **Prevenção da Anemia Ferropriva em Lactentes**. 2008. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/prevencao-da-anemia-ferropriva-em-lactentes/11885/>>. Acesso em: 22 ago. 2012.

NEUMANN, N. A. et al.. Prevalência e fatores de risco para anemia no Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, 2006, v. 34, p. 56-63.

OLIVEIRA, F. M. **Anemia não é só falta de ferro**. Disponível em: <<http://www.anutricionista.com/anemia-nao-e-so-falta-de-ferro.html>>. Acesso: 04 Jun. 2012.

OSÓRIO, M. M. Fatores determinantes da anemia em crianças. **Jornal de Pediatria**, v. 78, n. 4, p. 269-278, 2002.

QUEIROZ, A. P. **Atenção Farmacêutica na Doença Falciforme - Orientação sobre o uso de Medicamentos**. 2007. Disponível em: <http://www.hemorio.rj.gov.br/Html/pdf/palestras_2007/Orientacoes_Medicamentos.pdf>. Acesso em: 07 set. 2012.

QUEIROZ, S. S. TORRES, M. A. A. Anemia Ferropriva na Infância. **Jornal de Pediatria**, 76, supl.3, 2000.

SANTOS, J. N. et al. Fatores favoráveis à recuperação do quadro clínico de crianças anêmicas: um estudo exploratório. **Rev. CEFAC**. 2011, Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v13n4/51-10.pdf>>. Acesso em: 15/09/2012.

SOUZA, S. B. et al. Anemia no primeiro ano de vida em relação ao aleitamento materno. **Rev Saúde Pública**, 2007, v. 31, p. 15-20.

SZARFARC S. C. et al. **Prevenção da anemia no primeiro ano de vida em centros de saúde de Santo André, São Paulo**. 2010. Disponível em: <<http://www.idpas.org/pdf/1683Prevencaodaanemia.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2012.

UNICEF - FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação mundial da infância. Brasília (DF): O Fundo; 2003**.

VANNUCCHI, H. et al. A prevalência de anemias nutricionais no Brasil. **Cad Nutr**. 2003.

VARELLA, D. **Anemia Ferropriva**. 2009. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/doencas-e-sintomas/anemia-ferropriva/>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

VELLOZO, E. P.; FISBERG, M. A contribuição dos alimentos fortificados na prevenção da anemia ferropriva. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter**. 2010, v. 32, n. 2, p.

140-147. Epub May 28, 2010. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32s2/aop55010.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO Anemia por deficiência: prevenção, avaliação e controle - para orientar os gestores no Programa de Controle de deficiência de ferro.. Geneva:, 2001 Disponível em:
<http://www.searo.who.int/LinkFiles/Publications_Iron_Deficiency_Anaemia_Assessment_Prevention_and_Control.pdf>. Acesso em: 15 set. 2012.

ZANIN, T. **Anemia Ferropriva**. 2010. Disponível em:
<http://www.tuasaude.com/anemia-ferropriva/>. Acesso em: 29 set. 2012.

