

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA SAÚDE DA FAMÍLIA

CESAR CHALUB CRUZ

**PROPOSTA DE REDUÇÃO DA ANEMIA FERROPRIVA NOS
MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE NO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA (PSF) POMPÉU, MUNICÍPIO DE SABARÁ/MG.**

BELO HORIZONTE/MG
2014

CESAR CHALUB CRUZ

PROPOSTA DE REDUÇÃO DA ANEMIA FERROPRIVA NOS
MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE NO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA (PSF) POMPÉU MUNICÍPIO DE SABARÁ/MG

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de Minas
Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.

Orientadora: Dra. Marlene Azevedo Magalhães
Monteiro

BELO HORIZONTE/MG
2014

CESAR CHALUB CRUZ

PROPOSTA DE REDUÇÃO DA ANEMIA FERROPRIVA NOS
MENORES DE DOIS ANOS DE IDADE NO PROGRAMA DE SAÚDE
DA FAMÍLIA (PSF) POMPÉU MUNICÍPIO DE SABARÁ/MG

Banca Examinadora:

Professora

Professor

Aprovado em ___/___/___

BELO HORIZONTE – MG
2014

Dedico esta monografia aos meus familiares, que sempre estiveram ao meu lado apoiando e dando-me coragem para vencer mais esta batalha.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por cuidar sempre de meus caminhos.

À minha família pelo apoio incondicional.

Aos meus amigos pelo apoio e incentivo.

RESUMO

A anemia ferropriva permanece como uma das deficiências nutricionais mais frequentes e importantes no mundo. A anemia ferropriva, é a desordem nutricional de maior prevalência em todo o mundo, acometendo principalmente crianças menores de cinco anos. Os sinais clínicos da deficiência de ferro não são facilmente identificáveis e, muitas vezes, a anemia não é diagnosticada. Estes sinais incluem palidez, anorexia, apatia, irritabilidade, diminuição da atenção e deficiências psicomotoras. Este trabalho teve como objetivo propor um plano de ação para erradicar a anemia ferropriva nos menores de dois anos de idade na área de abrangência do PSF Pompéu em Sabará, Minas Gerais. Neste contexto, foi elaborada uma proposta de intervenção baseada na realização de oficinas com foco na promoção do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, destacando-se a importância do vínculo mãe/filho e das orientações adequadas quanto à introdução correta de alimentos complementares e quanto ao uso de profilaxia medicamentosa e/ou fortificação de alimentos com ferro.

Palavras-chave: Anemia ferropriva; Crianças; Deficiência de ferro.

ABSTRACT

Iron deficiency anemia remains one of the most frequent and important nutritional deficiencies in the world. Iron deficiency anemia is the most prevalent nutritional disorder worldwide, affecting mainly children under five years. The clinical signs of iron deficiency are not easily identifiable and often goes undiagnosed anemia. These signs include pallor, anorexia, apathy, irritability, decreased attention and psychomotor disabilities. This paper had the objective to create an action plan for eradicate iron deficiency anemia in under two years old children at PSF Pompéu coverage area in Sabara, Minas Gerais. In this context, it was elaborated a proposal of intervention based on realization of workshops focused on promotion of exclusive breastfeeding until six months, highlighting the importance of bond mother/son and the appropriate orientations as the correct introduction of complementary food and as the use of chemoprophylaxis or fortification of foods with iron.

Key words: Iron deficiency anemia; Children; iron deficiency.

LISTA DE ABREVIATURA

- PSF** - Programa Saúde da Família
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- ADF** - Anemia por Deficiência de Ferro
- UBS** - Unidade Básica de Saúde
- ADF** - Anemia por Deficiência de Ferro

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	JUSTIFICATIVA.....	11
3	OBJETIVOS.....	12
3.1	Objetivo geral.....	12
3.2	Objetivos específicos.....	12
4	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
4.1	Anemia ferropriva.....	13
4.2	Causas e consequências da deficiência de ferro.....	15
4.3	Diagnóstico.....	18
4.4	Como é o tratamento da anemia ferropriva	18
5	METODOLOGIA.....	21
6	PLANO DE AÇÃO.....	22
6.1	Local de atuação.....	22
6.2	Trabalho desenvolvido na UBS Pompéu.....	23
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
	REFERÊNCIAS.....	26

1 INTRODUÇÃO

A anemia pode ser conceituada como a redução no número de eritrócitos ou da hemoglobina sanguínea abaixo dos valores considerados normais. Dentre as principais causas de anemia está a deficiência de ferro, cuja carência nutricional é a de maior repercussão no mundo. Estima-se que acometa mais de dois bilhões de pessoas, tornando um importante problema de saúde pública (SARI *et al.*, 2001).

A anemia ferropriva resulta da interação de múltiplos fatores etiológicos. Dentre eles, uma das causas mais importantes é a ingestão deficiente de ferro, especialmente na forma heme, devido ao baixo consumo de alimentos de origem animal, ou seja, a uma dieta baseada em alimentos de origem vegetal. Outros fatores, como o baixo nível socioeconômico, as precárias condições de saneamento e a alta prevalência de doenças infecto-parasitárias, principalmente as que provocam perdas sanguíneas crônicas, também se constituem determinantes da anemia (COSTA; MONTEIRO; AUGUSTO, 200) apud LACERDA, 2007).

A taxa de anemia ferropriva e desnutrição nas crianças, principalmente, na faixa etária dos menores de dois anos de idade na área de abrangência da unidade básica de saúde do bairro Pompéu no município de Sabará é bem elevada.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Pompéu situa-se a cerca de quinze quilômetros da região central da cidade de Sabará, compreendendo novecentos e setenta e quatro famílias totalizando uma população de dois mil novecentos e noventa e dois habitantes. Nessa localidade tem-se um elevado número de hipertensos e diabéticos descompensados que frequentemente procuram o serviço de saúde sob a forma de demanda espontânea. Esse elevado número de casos descompensados provoca dificuldade no manejo entre ações de prevenção e promoção de saúde juntamente com atendimento aos casos agudos, limitando a execução das ações de responsabilidade da equipe de saúde da família.

Foi observado que um dos principais motivos para essa elevada incidência de anemia nas crianças está relacionado à falta de planejamento das ações de promoção e prevenção de saúde na área.

A unidade é cadastrada como programa de saúde da família, mas não tem executado as ações e programas preconizados pelo Ministério da Saúde, incluindo a suplementação de ferro para as crianças. O ministério da saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria recomendam o uso profilático de suplementos ferruginosos para prevenção de anemia ferropriva para crianças entre seis meses e dois anos. A anemia ferropriva é uma das causas de desnutrição, atrasos no crescimento e desenvolvimento.

2 JUSTIFICATIVA

A deficiência de ferro é a carência nutricional mais frequente no Brasil, tendo como principal etiologia a baixa ingestão do mineral. A fortificação alimentar é medida sustentável e de melhor custo-benefício para a prevenção e controle (BARBOSA, 2012).

O tratamento e a posterior tentativa de erradicação da anemia ferropriva na área do PSF Pompéu em Sabará tem grande impacto em vários aspectos no crescimento educacional e biológico das crianças. É notável a diferença de aprendizado nas crianças portadoras de anemia ferropriva, que normalmente, se queixam de astenia, fraqueza e cansaço frequente, alterando de certa forma a capacidade de aprendizado. Por outro lado, observa-se necessidade de identificação e tratamento precoce de anemia ferropriva, visando prevenção de desnutrição associada.

Nos casos que evoluem com desnutrição pode-se ter sequelas até mesmo irreversíveis no atraso de crescimento e desenvolvimentos das crianças. A desnutrição crônica tem-se como sequela redução no potencial de crescimento final, culminando em baixa estatura.

Considerando a atual conjuntura da equipe de saúde da família do Pompéu percebe-se certa limitação de parte dos profissionais de saúde na execução e aplicação do programa de suplementação de ferro. Seria de grande importância uma capacitação desses profissionais com o intuito de melhorar a cobertura da profilaxia, o que reduziria sobremaneira as taxas atualmente encontradas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Propor um plano de ação para diminuir o índice de anemia ferropriva nos menores de dois anos de idade na área de abrangência do PSF Pompéu em Sabará, Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

- Realizar oficinas educativas.
- Identificar e promover mudanças nos fatores de risco para desenvolvimento de anemia ferropriva e desnutrição nessa localidade e na faixa etária descrita.
- Realizar a dosagem laboratorial de ferro sérico nas crianças desta comunidade.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Anemia ferropriva

A anemia é considerada uma das doenças de maior prevalência no mundo, especialmente a caracterizada por deficiência de ferro, que chega a ser responsável por 95% das anemias. Sua maior incidência acomete principalmente a população infantil, que tem sido considerada um dos grandes desafios nutricionais nos países em desenvolvimento, seguida da desnutrição proteico-calórica. Um dos períodos do ciclo de vida de maior vulnerabilidade e especialmente sensíveis a essa carência, consiste nas fases de infância e gestação (SZARFARC *et al.*, 1990).

Segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS, 1968), existe anemia quando a concentração de hemoglobina está anormalmente baixa no organismo humano em consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais. Dentre os nutrientes implicados na gênese da anemia, a deficiência de ferro é apontada como a determinante causal principal da maioria dos casos, o que caracteriza a anemia ferropriva como a carência nutricional mais prevalente no mundo atual (VANNUCCHI *et al.*, 1992; apud CASTRO, 2007).

Ainda de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que metade da população de crianças com idade inferior a quatro anos, nos países em desenvolvimento, sofre de anemia. No Brasil, não existem dados disponíveis que possam indicar a exata dimensão do problema no país. Nos últimos anos, foram realizados alguns estudos separados em várias regiões, acredita-se que apesar da diminuição da desnutrição e da mortalidade infantil, continua existindo um aumento da anemia ferropriva. Alguns estudos com amostras representativas vêm demonstrando um aumento na prevalência da anemia de 35,6% na década de 80, para 46,9% na década de 90 (SILVA *et al.*, 2001).

A anemia é uma condição onde ocorre deficiência no tamanho, número de eritrócitos ou na quantidade de hemoglobina que eles contêm, limitando as trocas de oxigênio e dióxido de carbono, entre o sangue e as células teciduais. A maioria das anemias

é causada por uma ausência de nutrientes necessários para a síntese normal de eritrócitos, principalmente ferro, vitamina B12 e ácido fólico. Outras resultam de uma variedade de condições, tais como hemorragia, anormalidades genéticas, estados de doença crônicos ou toxicidade de drogas. As anemias que resultam de uma ingestão inadequada de ferro, proteínas, certas vitaminas (B12, ácido fólico, piridoxina e ácido ascórbico), cobre e outros metais pesados, são frequentemente chamadas de anemias nutricionais (KRAUSE, 1998).

A Anemia por Deficiência de Ferro (ADF) é caracterizada pela produção de eritrócitos pequenos (microcítica) e um nível diminuído de hemoglobina circulante. Este é o último estágio de deficiência de ferro e, representa o ponto final de um longo período de privação de ferro e depleção das reservas de ferro no organismo (KRAUSE, 1998).

Esta doença agride geralmente crianças menores de dois anos de idade e pode ocorrer devido ao desmame precoce e a introdução de alimentos com menor teor de ferro, em termos de saúde, está incluída às patologias que interferem no retardo no desenvolvimento psicomotor, comprometimento da imunidade celular e diminuição da capacidade cognitiva. Considera-se, então, que a falta de uma assistência à saúde adequada, que previna a anemia e identifique precocemente as crianças portadoras de deficiência de ferro, faz com que esta carência não seja tratada oportunamente. Para isso, é necessário que os serviços de saúde integrem como rotina uma assistência nutricional a gestantes e crianças, através de avaliação do estado nutricional e atividades de educação alimentar (MORA; MORA, 1997).

A anemia ferropriva ocorre quando a ingesta de ferro na dieta é inadequada para a síntese de hemoglobina. É o tipo mais comum de anemia.

Embora as anemias sejam amplamente estudadas, continuam merecendo atenção especial por parte das autoridades de saúde, sobretudo a anemia por deficiência de ferro. O reconhecimento dos grupos de risco, dos fatores associados e o diagnóstico precoce interferem no curso natural da doença, prevenindo danos futuros, às vezes de caráter irreversível.

4.2 Causas e consequências da deficiência de ferro

Dentre as principais causas de anemia está a deficiência de ferro, cuja carência nutricional é a de maior repercussão no mundo. Estima-se que acometa mais de dois bilhões de pessoas, tornando um importante problema de saúde pública.

Atualmente, no Brasil, a anemia ferropriva, doença hematológica mais comum da infância e da adolescência, comporta-se com tendência temporal de ascensão, sobretudo em segmentos populacionais mais vulneráveis (CARVALHO *et al.*, 2010).

Acomete aproximadamente 42% das crianças menores de cinco anos em países em desenvolvimento e cerca de 17% nos países industrializados.

Santos (2004) apud Claudio e colaboradores (2010) demonstram em seus estudos três fatores contribuem para a alta prevalência de anemia na infância: as reservas de ferro ao nascer, a velocidade de crescimento e o balanço entre a ingestão e as perdas do mineral. Ao nascer, a criança tem cerca de 500 miligramas de ferro, enquanto um adulto, 5 gramas.

Para contrabalancear essa diferença, uma média de um grama por dia de ferro deve ser absorvida durante os primeiros quinze anos de vida, já contabilizando uma pequena quantidade no balanceamento das perdas.

Os estoques de ferro são geralmente suficientes nos primeiros 6-9 meses de vida em bebês a termo e, naqueles de baixo peso ou com perda sanguínea, os armazenamentos podem ser diminuídos precocemente e as fontes dietéticas tornam primordiais. A anemia ferropriva pode ser causada por baixas reservas de ferro ao nascimento, ingestão e/ou absorção insuficientes e perda excessiva de ferro (Santos, 2004 apud CLAUDIO *et al.*, 2010).

As infecções parasitárias por *Necator americanus*, *Trichiuris trichiura*, *Ancylostoma duodenalis* e *Schistosoma mansoni* podem desencadear perdas fecais de sangue, variando com a intensidade de infestação. Além das verminoses, as diarreias

frequentes e o uso contínuo de ácido acetilsalicílico podem levar a uma perda significativa de ferro (SIGULEM *et al.*, 1995).

O déficit de ferro pode levar a alterações de pele e mucosas, baixo peso para a idade, alterações gastrointestinais, redução do trabalho físico e mental devido à limitação do transporte de oxigênio, perda do apetite, adinamia e diminuição da função imunitária. Além disso, a deficiência de ferro pode causar alterações na função cerebral, dependendo da idade do paciente, duração e gravidade do quadro anêmico, repercutindo em um prejuízo no desenvolvimento psicológico e cognitivo (Almeida, 2000 apud CAPANEMA *et al.*, 2003).

A anemia ocorre por deficiência da produção de eritrócitos, devido à falta de elementos essenciais para sua formação e diferenciação. Os principais fatores são a deficiência de ferro, de vitamina B12 e de ácido fólico. Outras anemias relacionadas às deficiências de proteínas, vitamina C, riboflavina e outras vitaminas possuem menores taxas de ocorrência (QUEIROZ *et al.*, 2000).

De acordo com Vitolo (2008) na instalação da deficiência de ferro ocorrem três estágios, de caráter progressivo: há diminuição dos níveis de ferro no organismo, com redução nos seus depósitos, observada através da queda na ferritina sérica (<12,0 mg/L); a seguir, instala-se a segunda fase com eritropoiese deficiente, caracterizada por diminuição do ferro sérico, saturação de transferrina.

Entre as manifestações clínicas da anemia por deficiência de ferro destacam-se: palidez, cansaço, falta de apetite, apatia, palpitações e taquicardia. Nos estágios mais avançados da doença, ocorrem alterações na pele e nas mucosas (atrofia das papilas da língua e fissuras nos cantos da boca), nas unhas e nos cabelos, que se tornam frágeis e quebradiços (VITOLLO, 2008).

Em crianças, a anemia ferropriva pode afetar o crescimento, a aprendizagem, e aumentar a predisposição a infecções. Está relacionada a baixos escores em testes de desenvolvimento mental e atividade motora, cujas sequelas, após tratamento adequado, podem ser percebidas em até três anos e, outra complicação importante

é uma maior susceptibilidade às infecções (Heijblom, 2007 apud CARVALHO *et al.*, 2010).

Além disso, de acordo com Heijblom (2007) apud Carvalho e colaboradores (2010), compromete a função tireoidiana, a produção e o metabolismo de catecolaminas e outros neurotransmissores e a capacidade de absorver metais tóxicos pesados.

4.3 Diagnóstico

Os sinais e os sintomas mais frequentemente observados são inespecíficos e o diagnóstico do estado nutricional relativo ao ferro é realizado principalmente por meio de exames laboratoriais (CARVALHO *et al.*, 2010).

Levantamento da história, avaliação clínica e dos hábitos alimentares, além da realização de exames laboratoriais (hemograma, sangue oculto nas fezes, por exemplo) e da imagem (ultrassom, endoscopia) para investigar a origem de possíveis perdas de sangue são passos importantes para estabelecer o diagnóstico (CAPANEMA *et al.*, 2003).

4.4 Como é o tratamento da anemia ferropriva

A primeira medida no tratamento da anemia ferropriva é determinar e corrigir a causa da deficiência de ferro. Uma vez constatada a carência, é importante recomendar uma dieta rica nesse nutriente e prescrever sulfato ferroso por via oral. Raros são os casos em que o uso do medicamento por via endovenosa se faz necessário (Lacerda, 2001 apud CAPANEMA *et al.*, 2003).

A adesão ao tratamento deve ser mantida durante aproximadamente seis meses depois de o exame de sangue acusar níveis normais de ferro no organismo (CAPANEMA, 2003).

O tratamento da anemia ferropriva depende da sua causa e severidade. As opções de tratamento podem incluir mudanças na dieta e suplementos alimentares, medicamentos, e cirurgia. Anemia ferropriva severa pode requerer tratamento

hospitalar, transfusões de sangue, injeções de ferro, ou terapia intravenosa de ferro (CAPANEMA, 2002).

Os objetivos do tratamento da anemia ferropriva são tratar as causas por trás dela, e restaurar os níveis normais de células vermelhas, hemoglobina e ferro (CAPANEMA, 2002).

Tratamento da anemia ferropriva com mudanças na dieta e suplementos alimentares. O paciente com anemia ferropriva pode necessitar de suplementos de ferro para elevar os níveis desse mineral o mais rápido possível. Suplementos de ferro podem corrigir os níveis baixos desse mineral em meses. Altas quantidades de ferro podem ser danosas. Desta forma, devem-se tomar suplementos de ferro somente da forma prescrita pelo médico. É importante manter os suplementos de ferro longe do alcance de crianças. Suplementos de ferro podem causar efeitos colaterais, como fezes escuras, irritação estomacal, azia e constipação (CAPANEMA, 2003).

O conteúdo de ferro varia nos diferentes sais. A posologia sugerida é de 3 a 5 miligramas de ferro elementar por quilo de peso por dia, dividida em duas ou três doses (BRAGA; FISBERG, 1996).

Recomenda-se a utilização de sais ferrosos, preferencialmente por via oral. Os sais ferrosos (sulfato, fumarato, succinato, gluconato, citrato, etc.) são mais baratos e absorvidos mais rapidamente, porém produzem mais efeitos colaterais- náuseas, vômitos, dor epigástrica, diarreia ou obstipação intestinal, fezes escuras e, a longo prazo, o aparecimento de manchas escuras nos dentes. Sua absorção é maior quando administrado uma hora antes das refeições (QUEIROZ *et al.*, 2000).

De acordo com Capanema (2003) o médico pode aconselhar o paciente a ingerir mais alimentos ricos em ferro. A melhor fonte de ferro é a carne vermelha, especialmente bife e fígado. Frango, peru, porco, peixe e frutos do mar também são boas fontes de ferro.

O corpo tende a absorver o ferro nas carnes melhor do que nos outros alimentos. Entretanto, há outros alimentos que também podem ajudar na obtenção de ferro, como:

- * Espinafre e outros vegetais verdes escuros.
- * Amendoim e amêndoas.
- * Lentilhas e feijões.

5 METODOLOGIA

5.1. Caracterização da UBS Pompéu

A UBS Pompéu situada em Sabará atua de forma limitada no que tange à prevenção e tratamento da anemia ferropriva em crianças até dois anos. Habitualmente, a população procurava atendimento médico na Policlínica local devido a maior proximidade dessas em relação à UBS.

O distrito de Pompéu fica afastado das demais localidades que compõem a área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF). Além disso, a UBS funciona com atendimento exclusivamente por demanda espontânea sem uma programação ou agendamento, o que também dificulta a acessibilidade.

A UBS Pompéu funciona numa casa alugada com espaço físico restrito. Há dois consultórios utilizados no momento pelos dois médicos, sendo que há um revezamento nos dias de semana para que a enfermeira possa realizar atividades de prevenção, pré-natal e puericultura.

Não há ambiente específico e adequado à realização do acolhimento. O espaço reservado para farmácia também é utilizado como sala de curativo e sala de medicação, sendo todo esse trabalho realizado pela técnica de enfermagem. Não existe sala de vacina.

Não existe funcionário responsável exclusivamente pela farmácia, logo, não há controle sobre as medicações dispensadas. A recepção da unidade é o espaço compreendido pela garagem e varanda da casa, não havendo, portanto, espaço suficiente para acomodar todos os usuários, nem cadeiras para que todos aguardem o atendimento assentados de forma mais confortável.

5.1.2 Trabalho desenvolvido na UBS Pompéu

Na UBS Pompéu em Sabará, Minas Gerais houve inicialmente uma dificuldade na implantação do agendamento de consultas, pois havia uma grande demanda espontânea diária, não havendo programas de prevenção e promoção de saúde. Os

programas de atenção a condições crônicas não eram executados e, por isso, havia um elevado contingente populacional com patologias descompensadas tumultuando ainda mais o acolhimento na unidade.

Outro fato observado foi o pequeno número de gestantes cadastradas na área, sendo que o acompanhamento pré-natal não era realizado na UBS.

O agendamento para os casos crônicos é realizado mediante contato com os agentes de saúde. Dentro do agendamento de condições crônicas aumentou-se o número de gestantes cadastradas na área, além de aperfeiçoar o acompanhamento pré-natal. Sendo assim, foi possível também aumentar a cobertura de puericultura e atendimento referente ao puerpério.

5.2. Plano de Ação

A prevenção da anemia ferropriva deve ser estabelecida com base nos seguintes aspectos: educação nutricional e melhoria da qualidade da alimentação oferecida, incluindo o incentivo ao aleitamento materno, suplementação medicamentosa, fortificação dos alimentos e controle de infecções. Portanto, é necessária a conscientização, tanto da população e da equipe de saúde, quanto o governo para que medidas cabíveis sejam implantadas, melhorando o desenvolvimento normal das crianças.

Para elaborar o plano de ação optou-se, em uma primeira etapa por um levantamento bibliográfico com os descritores *anemina* e *prevenção* nas seguintes bases de dados Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e na Scientific Electronic Library Online (SciELO), além de teses, dissertações e livros. Os artigos foram lidos na íntegra, e apreendidas as informações mais relevantes contidas nos mesmos, condizentes com o objeto de estudo.

Além disto, foi realizada busca ativa aos menores de dois anos de idade na área de abrangência do PSF Pompéu, município de Sabará, Minas Gerais. Baseado nestes dados coletados pelos agentes comunitários de saúde sabe-se que existem cento e trinta e quatro crianças na faixa etária de um a quatro anos nesta comunidade.

Em uma segunda etapa foi realizada uma busca ativa aos menores de dois anos de idade na área de abrangência do PSF Pompéu. Baseado nos dados coletados pelos agentes comunitários de saúde identificaram-se cento e trinta e quatro crianças na faixa etária de um a quatro anos.

A partir destes dados foi iniciada uma busca ativa para avaliar o percentual de crianças abaixo dos dois anos de idade que eram portadoras de anemia ferropriva e desnutrição. Após a realização de exames laboratoriais e medidas antropométricas foi instituída profilaxia com sulfato ferroso para os lactentes após o desmame e tratamento para anemia naquelas crianças diagnosticadas como portadores da doença. Também foi detectada a necessidade de reavaliar os hábitos alimentares desta população. No quadro 1 tem-se as atividades realizadas pela equipe de Saúde da Família do PSF Pompéu com vistas a melhoria no que tange a educação da população local quanto a medidas simples que podem impactar de forma relevante na prevalência de anemia nessa região.

Quadro 1 – Atividades semanais destinadas à redução da anemia ferropriva em crianças até dois anos de idade na UBS Pompéu, Sabará, Minas Gerais.

Tema da oficina	Responsável	Público alvo
Importância do pré-natal e cuidados com a saúde da gestante e os reflexos na saúde do bebê.	Médico	Gestantes e nutrizes.
Cuidados com o bebê, vacinação e higienização.	Enfermeira	Gestantes e nutrizes.
Importância do aleitamento materno.	Nutricionista e Enfermeira	Gestantes e nutrizes.
Cuidados com a saúde bucal da gestante e do bebê, e os reflexos de uma boa alimentação.	Dentista	Gestantes, nutrizes e mães.
Apoio da família para com a gestante; importância dos cuidados com a alimentação dos bebês.	Assistente social	Comunidade em geral.
Alimentação saudável para as crianças até dois anos de vida	Nutricionista	Comunidade em geral.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crianças são sempre acometidas de algumas doenças, mas algumas delas em seu primeiro ano de vida são propensas a desenvolverem anemia ferropriva. A anemia ferropriva é um importante problema nutricional, tanto em países em desenvolvimento, quanto nos países desenvolvidos, mesmo que em alguns locais tenha ocorrido uma diminuição nos seus índices, outros fizeram crescer as estatísticas nas últimas décadas.

No trabalho na UBS Pompéu situada em Sabará, mesmo com muita dificuldade, pode-se verificar a existência de crianças com anemia ferropriva.

As crianças diagnosticadas com anemia ferropriva foram incluídas em um plano de ação que desenvolveu um trabalho junto com as famílias, orientando-as sobre a alimentação especial para as crianças.

O conhecimento dos fatores que interferem, ou melhoram a absorção do ferro, são imprescindíveis no controle e combate da anemia, bem como uma implantação efetiva de programas de suplementação com ferro com sua adição em alimentos comumente consumidos.

A melhor arma para a prevenção da anemia ferropriva é, sem dúvida, a alimentação bem variada. Pode-se inferir rica em alimentos que naturalmente possuem ferro e os enriquecidos ou fortificados com o mineral.

Em muitos casos podem-se usar os alimentos ricos em ferro: brócolis, a carne de peru, ervilha seca, espinafre refogado, feijão preto, fígado de boi e de galinha, gema de ovo, lentilha seca, patê de fígado e a soja, além de folhas verdes escuras, como rúcula, agrião e espinafre.

É possível aumentar a capacidade de absorção do ferro, fazendo com que a criança consuma alimentos ricos em ferro, acompanhados de suco de laranja, limão ou acerola, uma vez que a vitamina C facilita o aproveitamento do ferro.

A prevenção deve ser estabelecida com base nos seguintes aspectos: educação nutricional e melhoria da qualidade da dieta oferecida, incluindo o incentivo do aleitamento materno, suplementação medicamentosa, fortificação dos alimentos e controle de infecções.

Portanto, é necessária a conscientização, tanto da população e da equipe de saúde, quanto o governo para que medidas cabíveis sejam implantadas, melhorando o desenvolvimento normal das crianças, e a realização de oficinas educativas é uma boa ferramenta.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A.P.C. **Prevalência de anemia ferropriva em crianças menores de seis anos em Vitória, ES** (Dissertação de Mestrado em Pediatria). Belo Horizonte, MG: Faculdade de Medicina da UFMG; 2000, p. 86.
- BARBOSA, T.N.N. *et al.* Estudo duplo-cego randomizado controlado com pães fortificados com ferro micro encapsulados. **Revista da Associação Médica Brasileira.**, v.58, n.1, São Paulo, Fev. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101994000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso: em 12 jun. 2013.
- BRAGA JAP, FISBERG M, Anemias carenciais. In: Nóbrega FJ, ed. Distúrbios da nutrição. Rio de Janeiro. Revinter: 1996
- CAPANEMA, F.D. **Anemia em crianças de 0 a 6 anos em creches conveniadas da Regional Leste da Prefeitura de Belo Horizonte: aspectos clínicos e laboratoriais** (Dissertação de Mestrado em Pediatria). Belo Horizonte, MG: Faculdade de Medicina da UFMG; 2002. p.75.
- CAPANEMA, F.D. *et al.* Anemia ferropriva na infância: novas estratégias de prevenção, intervenção e tratamento. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 13, supl. 4, p.30-34, 2003.
- CARVALHO, D.C.; GRALA, C.G.; BUSSOLO, R.; Prevalência de anemia ferropriva em crianças de 0 a 5 anos internadas no Hospital Nossa Senhora da Conceição, em Tubarão/SC, no período de agosto a dezembro de 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n. 1, Feb. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102000000100011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 dez 2013.
- CASTRO, T.G. **Anemia ferropriva na infância: prevalência e fatores associados na Amazônia Ocidental Brasileira.** (Tese de Doutorado em Saúde Pública). São Paulo, SP: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2007, p. 70.
- COSTA, L.; MONTEIRO, R. B.; AUGUSTO, C.. Consumo de leite de vaca e anemia na infância no Município de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.38, n. 6, p. 797-803, ago./abr, 2004.
- HEIJBLUM, G.S.; SANTOS, L.M.P. Anemia ferropriva em escolares da primeira série do ensino fundamental da rede pública de educação de uma região de Brasília, DF. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.10, n.2, p.258-266, 2007.
- KRAUSE. **Alimentos, Nutrição & Dietoterapia.** Editado por L. Kathleen Mahan, Sylvia Escott-Stump; 10 ed., São Paulo: Roca, 1998, p.69.
- LACERDA, A. P. F.; NAZÁRIO, A. C. M.; COELHO, S. C. Anemia ferropriva em crianças. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, 2001. ISSN-1982-6451. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/nutricao/documentos/portaria_730_ferro.pdf>. Acesso em: 29 out 2008.

LACERDA, E. C.; JOSÉ, A.. Anemia ferropriva e alimentação no segundo ano de vida no Rio de Janeiro, Brasil. **Revista Pan-americana de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 5, p.294-301, 2001.

MORA JO, MORA LM. **Deficiencias de micronutrientes em América Latina Y el Caribe: anemia ferropriva**. Washington DC: Org Panam de La Salud; 1997.

OMS. Organización Mundial de la Salud. **Anemias Nutricionais: informe de un Grupo de Expertos de la OMS**. Serie de Informes Técnicos 580. Geneva, OMS, 1968.

SZARFARC, S. C. et al. Prevenção da anemia nos primeiros anos de vida em centros de saúde do município de Santo André, São Paulo. **Jornal Pediatria**, v.72, p.329-34, 1996.

SANTOS I.; César JA, MINTEN G.; Valle N.; Neumann N.A.; Cercato E. Prevalência e fatores associados à ocorrência de anemia entre menores de seis anos de idade em Pelotas, RS. **Revista Brasileira Epidemiologia**, v.7, n.4, p.403-415, 2004.

SARI M, DE PEE S, MARTINI E, HERMAN S, BLOEM MW, YIP R. Estimating the prevalence of anaemia: a comparison of three methods. *Bull Who Health Organ* 2001;79:506-11.

SIGULEM, D.M.; TUDISCO, E.S.; PAIVA, E.R.; GUERRA, C.C.C. Anemia nutricional e parasitose intestinal em menores de cinco anos. **Revista de Paulista Médica**, v.103, n.6, p.308-312, 1995.

SILVA D.G. *et al*. Anemia ferropriva em crianças de 6 a 12 meses atendidas na rede pública de saúde do município de Viçosa, MG. **Revista de Nutrição**, v.15, n.3, p.301-308, 2001.

QUEIROZ, S.S. Torres, M.A.A. Anemia ferropriva na infância. **Jornal de Pediatria**, v. 76, supl.3, p.298-304, 2000.

VANNUCCHI H, Freitas MLS, Szarfarc SC. Prevalência de anemias nutricionais no Brasil. **Cadernos de Nutrição**, v.4, n.7, p.7-26, 1992.

VITOLLO, MR. **Nutrição da gestação ao envelhecimento**. 1 ed. Rio de Janeiro. 2008, p. 75.

