

Cuidados de Enfermagem a Puérpera com Anemia: Relato de Caso

Nursing Care for Puerperal Women with Anemia: Case Report

Cuidados de enfermería para mujeres puérperas con anemia: informe de un caso

RESUMO

Objetivo: Elaborar proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na anemia em uma puérpera. **Método:** Relato de caso referente a uma puérpera de 24 anos, parto eutócico às 39 semanas com valor de hemoglobina sérica pós-parto 7,9 gr/dL. Utilizado Modelo Teórico do Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem e a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Resultados:** Foram identificados 9 diagnósticos de enfermagem, Intolerância à atividade; Risco de queda; Padrão de repouso anormal; Processo familiar comprometido; Ansiedade; Dor; Risco de infecção; Amamentação comprometida; Baixo Conhecimento sobre autocuidado e cuidados com o recém-nascido após a alta. **Conclusão:** O desenvolvimento deste estudo de caso favoreceu a identificação das necessidades de cuidados da puérpera, sendo o ponto de partida para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem, dando subsídio na prestação de cuidados com qualidade e individuais, possibilitando responder as necessidades identificadas e as particularidades da puérpera com anemia.

Descritores: Relatos de Casos; Período Pós-Parto; Anemia; Cuidados de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem.

Andreia Filomena Monteiro Lobão¹

 0000-0002-2215-2131

Maria Otília Brites Zangão²

 0000-0003-2899-8768

1 Centro Hospitalar Universitário do Algarve (CHUA), Unidade de Portimão (UP), Portimão, Portugal.

2 Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora (UE), Departamento de Enfermagem, Évora, Portugal

ABSTRACT

Objective: To develop a nursing care plan proposal focusing on anemia in a puerperal woman. **Method:** Case report of a 24-year-old puerperal woman, eutocic delivery at 39 weeks with a postpartum serum hemoglobin value of 7.9 g/dL. Dorothea Orem's Theoretical Model of Self-Care Deficit and the taxonomy of the International Classification for Nursing Practice were used. **Results:** Nine nursing diagnoses were identified: Activity intolerance; Risk of falling; Abnormal resting pattern; Compromised family process; Anxiety; Pain; Risk of infection; Compromised breastfeeding; Low knowledge about self-care and care for the newborn after discharge. **Conclusion:** The development of this case study favored the identification of the care needs of the puerperal woman, and is the starting point for the development of nursing interventions, providing support for the provision of quality and individual care, making it possible to respond to the identified needs and to the particularities of puerperal women with anemia.

Descriptors: Case Reports; Postpartum Period; Anemia; Nursing Care; Nursing Diagnosis.

RESUMEN

Objetivo: Elaborar una propuesta para un plan de cuidados de enfermería con foco en la puérpera con anemia. **Método:** Reporte de caso de una puérpera de 24 años, parto eutócico a 39 semanas con valor de hemoglobina sérica posparto 7,9 gr/dL. Se utilizaron el Modelo Teórico del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem y una taxonomía de la Clasificación Internacional para la Práctica de Enfermería. **Resultados:** Se identificaron 09 diagnósticos de enfermedad: Intolerancia a la actividad; Riesgo de caída; Patrón de descanso anormal; Proceso familiar comprometido; Ansiedad; Dolor; Riesgo a infección; Amamantamiento comprometido; y Bajo Conhecimento sobre autocuidado y cuidados con el recién nacido tras el alta. **Conclusión:** El desarrollo de este estudio de caso identificó las necesidades de los cuidados de la puérpera, que son el punto de partida para las intervenciones de enfermería, dando lugar a la prestación de cuidados individuales y de calidad, lo que puede dar respuesta a las necesidades identificadas y a las particularidades de la puérpera con anemia.

Descriptores: Informes de Casos; Período Posparto; Anemia; Atención de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería.

Autora correspondente
Maria Otília Brites Zangão
E-mail: otiliaz@uevora.pt

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a anemia como uma condição em que há diminuição do número de eritrócitos ou redução da sua capacidade de transportar oxigênio para satisfazer as necessidades fisiológicas. Essas necessidades variam com sexo, idade, altitude, tabagismo e gravidez⁽¹⁾.

A anemia é o resultado de uma grande variedade de causas que podem ser isoladas, mas na maioria das vezes coexistem. O mais significativo é a deficiência de ferro. Nesse sentido, as causas da anemia incluem uma deficiência na ingestão de micronutrientes (ferro, fólico, vitamina A e B12), mas também outras condições de perda, necessidade aumentada ou diminuição da absorção dos mesmos (infecção aguda ou crônica, doença inflamatória intestinal, insuficiência cardíaca crônica, doença renal crônica, neoplasias, doenças autoimunes), hemoglobinopatias e patologias hereditárias⁽²⁾. Os principais fatores de risco envolvem uma baixa ingestão de ferro e/ou má absorção desse micronutriente em um período específico de vida cujos requisitos de ferro são especialmente elevados como crescimento e gravidez.

A anemia resultante da deficiência desse micronutriente afeta negativamente o desenvolvimento cognitivo e motor, causa fadiga, baixa produtividade e, quando ocorre durante a gravidez, pode estar associada a um baixo peso no nascimento e a um risco acrescido de mortalidade materna e perinatal.

Em 2011, a OMS estimou que cerca de 38% das mulheres grávidas tinham anemia gestacional, enquanto na Europa essa prevalência seria de 26%⁽³⁾. Em Portugal, o estudo EMPIRE, que é um estudo transversal baseado na população, avaliou a prevalência de anemia e deficiência de ferro na população portuguesa, descreveu uma prevalência global de anemia de 20% e descreveu uma prevalência de anemia em mulheres grávidas de 54,2%, com variações regionais⁽⁴⁾. O mesmo estudo mostrou que a Anemia da Deficiência de Ferro é o tipo de anemia mais frequente na população adulta em Portugal, sendo subtratada (2% em tratamento) e a percepção da

população da doença muito abaixo da realidade (84% desconheciam o diagnóstico)⁽⁴⁾.

A anemia é um problema de saúde pública global que afeta tanto os países em desenvolvimento como os países desenvolvidos, com grandes consequências para a saúde humana, bem como para o desenvolvimento social e econômico, que afetam a qualidade de vida das mulheres. Apesar de ocorrer em todas as fases do ciclo de vida, os bebês, as crianças com menos de cinco anos e as mulheres em idade fértil são os grupos mais vulneráveis⁽³⁾.

Durante a gravidez há o risco da mulher desenvolver anemia, pois há um aumento da demanda por sangue para suportar o desenvolvimento do bebê. Se o organismo não recebe o ferro e nutrientes necessários para a produção dos eritrócitos para esse sangue adicional, é possível que se verifique uma anemia. Essa doença, na gravidez, é definida por valores de hemoglobina inferiores a 11 g/dL, no 1º e 3º trimestre de gravidez, valores de hemoglobina inferiores a 10,5 g/dL no segundo trimestre de gravidez e valores de hemoglobina inferiores a 10 g/dL no período pós-parto⁽⁴⁻⁶⁾. Recomenda-se a ingestão de alimentos ricos em ferro e ácido fólico para repor os níveis no organismo, o que influencia diretamente na quantidade de hemoglobina circulante.

Existem várias causas associadas ao desenvolvimento da anemia no puerpério. A anemia por deficiência de ferro antes e durante a gravidez, bem como a hemorragia peri-parto são as principais^(7,8). O paciente com anemia devido a deficiência de ferro pode ser assintomático ou apresentar sintomas tais como palidez, astenia, palpitações, dispneia ou mesmo sintomas mais amplos, tais como alterações da termogênese, alterações no metabolismo da tiroide, irritabilidade, distonia neurogênica, fraqueza muscular, síndrome das pernas inquietas, pica e pagofagia⁽⁵⁾.

Em Portugal, a investigação laboratorial da anemia pós-parto não é realizada em todas as situações. Só em casos de hemorragia superior a 500 mL, quando há anemia gestacional ou pré-gestacional mal controlada, ou quando o paciente apresenta sintomas⁽⁵⁾. A anemia

pós-parto está associada ao desenvolvimento de défices cognitivos e funcionais que afetam diretamente a mulher e indiretamente o recém-nascido. Neste sentido, a anemia pós-parto está associada a capacidades cognitivas reduzidas, instabilidade emocional e depressão, prejudicando a qualidade de vida destas mulheres e o seu desempenho na realização das atividades necessárias ao cuidado do recém-nascido^(8,9).

Considerando isso, uma vez que a anemia pós-parto é um problema muito relevante para a prática diária de enfermagem na ala de obstetrícia, deve ser tomado como um tema relevante para a elaboração de um estudo de caso.

Este estudo de caso visa elaborar uma proposta de plano de cuidados de enfermagem com enfoque na anemia numa puérpera.

MÉTODO

Este trabalho caracteriza-se por ser um estudo dos problemas e necessidades da paciente e da família, para obter um vasto conjunto de conhecimentos e detalhados, concedendo subsídios para a decisão da melhor estratégia para resolver ou reverter os problemas identificados⁽¹⁰⁾. Este estudo de caso segue as orientações do CAsE REport (CARE)⁽¹¹⁾, e o fluxograma foi utilizado para apresentar o caso de acordo com o modelo de Equator Network (2019).

Este relato de caso resulta da prestação direta de cuidados de enfermagem num ambiente de aprendizagem académica. Foi desenvolvido numa Unidade Hospitalar em Portugal, durante os meses de fevereiro e março de 2021. A recolha de dados foi realizada durante as 48 horas de internamento conjunto da mãe/recém-nascido, num Serviço de Obstetrícia.

Conforme recomendado pelo artigo 106 do Código de Ética (Inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (OE), republicado em anexo pela Lei n.º 156/2015, de 16 de setembro⁽¹²⁾, foram preservadas a identidade e a confidencialidade da mãe e do recém-nascido, bem como da instituição de saúde. A paciente foi elucidada sobre os seus direitos, e os princípios éticos na investigação de enfermagem (beneficência, não-maleficência,

fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade) foram respeitados. O seu consentimento verbal informado foi obtido consoante as premissas da Declaração de Helsínquia e da Convenção de Oviedo sobre a investigação com seres humanos⁽¹³⁾. No entanto, tendo em vista a publicação do estudo, os dados foram fundamentados, o anonimato foi respeitado, cumprindo os princípios estabelecidos na Declaração de Helsínquia para estudos envolvendo seres humanos (2013) e seguimos as recomendações contidas na Convenção de Oviedo⁽¹⁴⁾ para garantir a dignidade humana.

Na aplicação do processo de enfermagem, foi adotado o modelo teórico da Dorothea Orem, que visa melhorar a vida, saúde e bem-estar do indivíduo por meio do autocuidado. A teoria da enfermagem de Dorothea Orem – Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem – consiste numa teoria geral composta por três teorias interrelacionadas: a teoria do autocuidado, a teoria do déficit de autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem. Planejado pelo profissional, o sistema de enfermagem baseia-se nas necessidades de autocuidado e na capacidade do indivíduo de realizar atividades em seu próprio benefício com o objetivo de manter a vida, a saúde e o bem-estar⁽¹⁵⁾.

A recolha de dados foi realizada por meio da entrevista, observação, anamnese e exame físico do paciente, para determinar os problemas ou preocupações que precisam de ser resolvidos. A partir dos dados obtidos, foi realizada uma avaliação inicial com base na teoria de Orem, que resultou em diagnósticos de enfermagem utilizando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®, versão 2015⁽¹⁶⁾. Com base nos diagnósticos elaborados, foram delineadas as intervenções de enfermagem a implementar, com vista à obtenção dos resultados esperados. A terceira e última fase do processo de enfermagem consistiu na implementação de intervenções e avaliação de enfermagem, interpretando os resultados da implementação do plano.

RESULTADOS

A avaliação da paciente é apresentada conforme os Requisitos de Autocuidado, de acordo com a teoria de Dorothea Orem (Tabela 1). Os dados

de avaliação dos cuidados de enfermagem apresentados referem-se ao momento da alta hospitalar, aproximadamente 48 horas após o parto. Dessa forma, para satisfazer os requisitos de autocuidado do indivíduo (universais, de desenvolvimento e no desvio de saúde), Orem identificou três classificações de sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema de apoio-educação. Esse modelo teórico compreende o processo de enfermagem como um método que determina os défices de

autocuidado, permitindo definir os papéis do enfermeiro e da pessoa cuidada, de modo a satisfazer os requisitos de autocuidado.

O fluxograma foi preparado consoante as CARE guidelines⁽¹⁷⁾ com vista a uma melhor compreensão do caso (Figura 1).

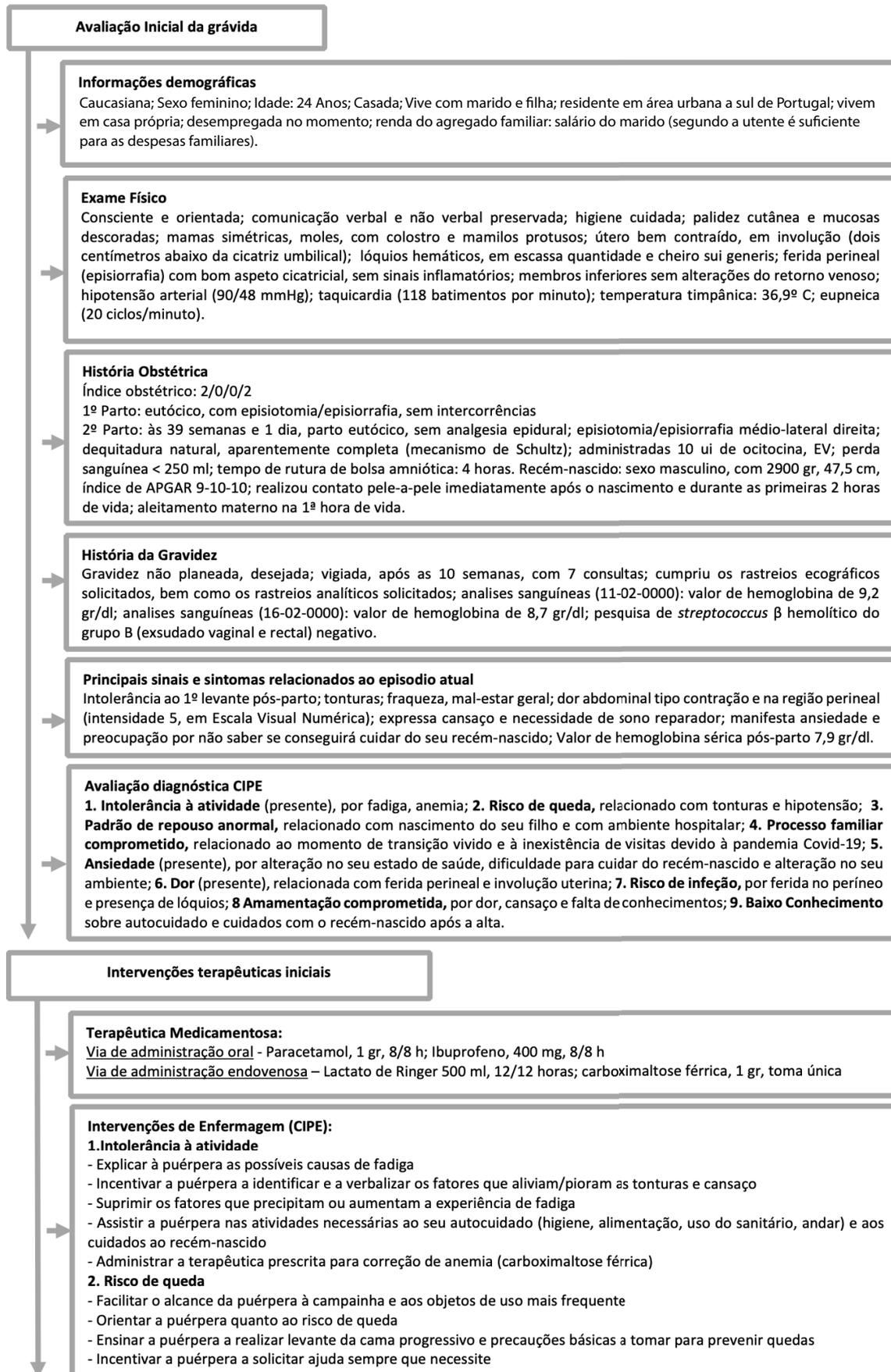
Após recolha de dados, foram definidos os diagnósticos de enfermagem adequados à utente em estudo, de seguida foram planeadas as intervenções, aplicadas e realizada avaliação dessas intervenções de forma a verificar a diminuição do deficit de autocuidado identificado (Figura 1).

Tabela 1 – Avaliação da puérpera de acordo com os Requisitos de Autocuidado, segundo a teoria de Dorothea Orem

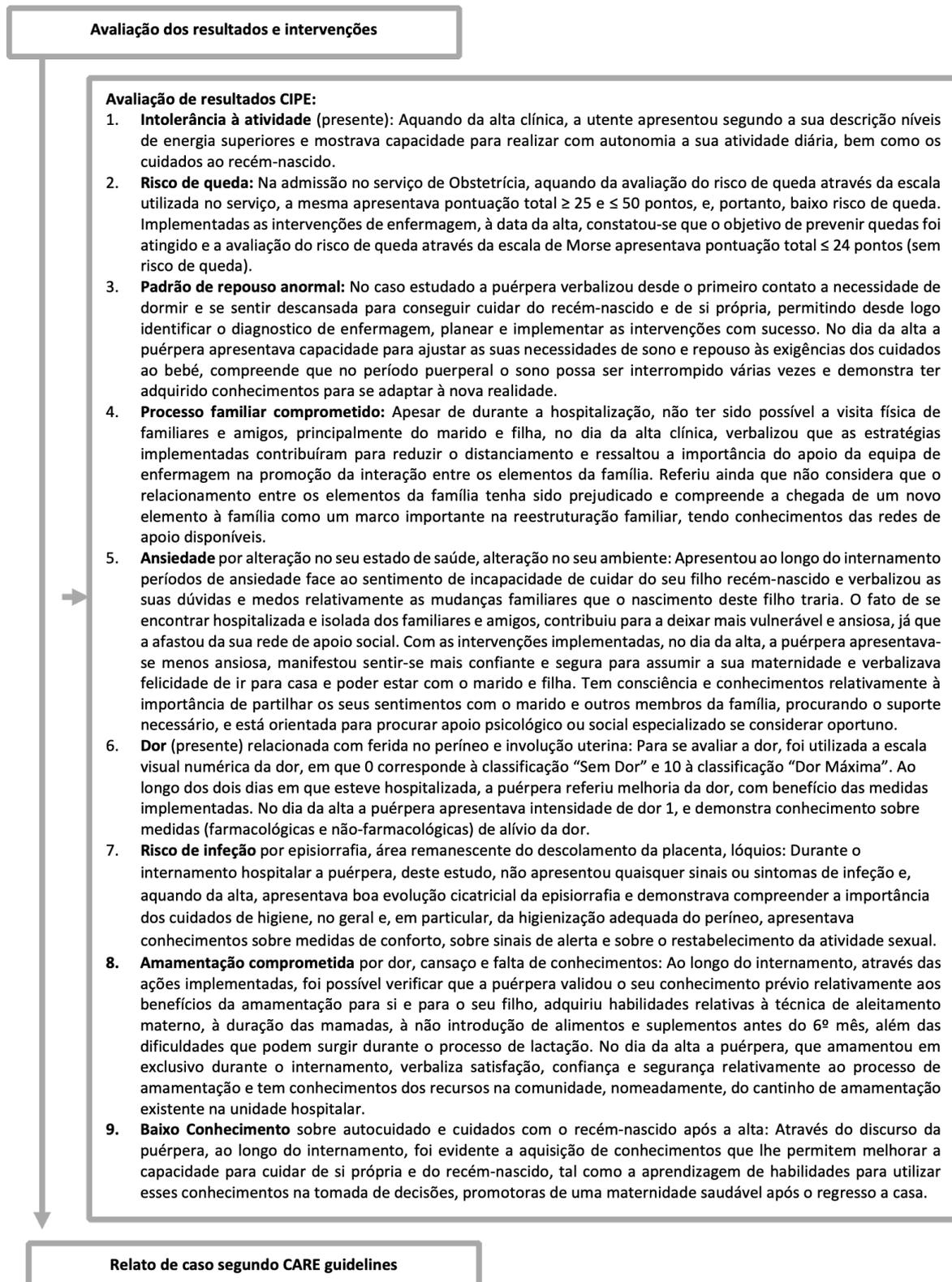
Universais	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta-se eupneica, sem queixas de dificuldade respiratória. • É independente na sua alimentação e na ingestão de água, referindo apetite normal. Refere-se a uma dieta geral, diversificada, sem restrições e ingestão de cerca de 2 litros de água por dia. • Refere padrão de eliminação vesical e intestinal diários, sendo independente nesse processo. Pós-parto urinou espontaneamente na arrastadeira e refere eliminação intestinal antes do parto e 24 h pós-parto. • Refere que desde o nascimento da primeira filha dorme por curtos períodos devido à necessidade de cuidados que ela exige. Refere cansaço e desejo de dormir por considerar que o trabalho de parto e o parto em si foram momentos esgotantes e pela dificuldade em descansar por necessidade de amamentar o recém-nascido, bem como pelo facto de se encontrar num ambiente desconhecido. • Na tentativa de realização do primeiro levante pós-parto a puérpera apresentava tonturas, fraqueza e mal-estar geral, não conseguindo permanecer em pé. Tolerava sentar-se na cama por curtos períodos. Na segunda tentativa de levante, mantinha tonturas e desconforto face a pequenos esforços, conseguindo deambular com ajuda e supervisão, curtas distâncias. • O risco de queda, de acordo com a escala de Morse, oscilou entre um baixo risco à ausência de risco de queda, devido à melhoria na condição de saúde da puérpera e à remoção do acesso venoso periférico por suspensão da terapia endovenosa. • Refere angústia, medo e incerteza diante da necessidade de cumprir o protocolo da instituição hospitalar, que suspendeu as visitas devido à pandemia da covid-19, verbalizando a sua frustração perante a carência de vínculos de afeto e interação familiar e social.
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Manifesta estar feliz e satisfeita com o nascimento do seu segundo filho e, ao mesmo tempo refere receio e insegurança relativamente às mudanças que o nascimento do segundo filho irá trazer na dinâmica familiar nomeadamente, no tempo, que já considerava ser pouco para a relação conjugal depois do nascimento da primeira filha, bem como nas dificuldades que possa vir a sentir quanto ao equilíbrio da atenção pelos dois filhos e na reação da primeira filha face à divisão da atenção dos pais com o irmão recém-nascido. Refere que por se encontrar atualmente desempregada, será ela a responsável das duas crianças, apesar de contar com a ajuda da sua mãe nos primeiros tempos. Junto a isso, a puérpera considera que o facto de não poder ter visitas, principalmente do companheiro e da filha mais velha, tem contribuído para o aumento da sua ansiedade e preocupação. • Apesar de verbalizar a sua satisfação por estar a amamentar o recém-nascido, como era o seu desejo, refere necessitar de ajuda prática pois apresenta dúvidas relativamente à pega do bebê, aos horários das mamadas, aos cuidados com as mamas e às posições para amamentar confortavelmente pois sente-se cansada, desconfortável e com períodos de dor. • Refere incertezas e receio relativamente aos cuidados a ter consigo própria no puerpério, à falta de energia, aos cuidados ao recém-nascido (nomeadamente de higiene e conforto, cuidados ao coto umbilical, alimentação), ao reinício da atividade sexual e métodos contraceptivos durante a amamentação. A puérpera atribui as suas dúvidas e medos ao desconhecimento e informações que obteve durante a gravidez que considera superficiais sobre estes assuntos.
Desvio de saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta hipotensão (98/51 mmHg; 90/48 mmHg) e taquicardia (115/118 batimentos por minuto) • Refere dor de intensidade 5 (Escala Visual Numérica) • Exames laboratoriais (Hemoglobina): <ul style="list-style-type: none"> • Pré-parto: de 8,7 g/dL • 1º dia pós-parto: 7,9 g/dL • 2º dia pós-parto: 8,5 g/dL • Terapêutica medicamentosa no internamento: <ul style="list-style-type: none"> • Via de administração oral – Paracetamol, 1 g, 8/8 h; Ibuprofeno, 400 mg, 8/8 h • Via de administração endovenosa – Lactato de Ringer 500 mL, 12/12 horas; carboximaltose férrica 1 g, toma única

Fonte: Própria

Figura 1 – Fluxograma do Relato do Caso



- Vigiar tensão arterial e frequência cardíaca uma vez por turno e sempre que necessário
 - Avaliar o risco de queda através da Escala de Quedas de Morse, na admissão e sempre que ocorra alteração do estado seu estado clínico
- 3. Padrão de repouso anormal**
- Incentivar a puérpera a identificar e verbalizar os fatores que causam desconforto, como irritantes ambientais (ruído, luminosidade...), falta de privacidade
 - Ensinar a puérpera sobre técnicas de relaxamento (musicoterapia, aromaterapia, visualização)
 - Assegurar posição confortável e ambiente favorável ao repouso e recuperação
 - Evitar interrupções desnecessárias e permitir períodos de descanso
 - Facilitar a conciliação entre os cuidados ao recém-nascido e as necessidades de repouso da puérpera
 - Ensinar a puérpera sobre ciclo de sono/vigília do recém-nascido e suas particularidades
- 4. Processo familiar comprometido**
- Orientar a puérpera e seus familiares sobre a situação transitória que estão a viver
 - Apoiar a puérpera nas dificuldades sentidas pelo distanciamento físico, através do diálogo
 - Facilitar a comunicação familiar através de meios audiovisuais (telemóvel)
 - Encorajar a puérpera a manter o contacto frequente com membros da família e amigos
 - Encorajar a puérpera a exprimir os seus sentimentos, dificuldades e expectativas
 - Estar presente durante o contato (telefónico e videochamada) com a família para esclarecer dúvidas e dar informações necessárias
- 5. Ansiedade (presente)**
- Informar a puérpera sobre sua condição de saúde e terapêutica medicamentosa
 - Ensinar sobre anemia no pós-parto
 - Estimular o diálogo terapêutico
 - Encorajar a puérpera a verbalizar sentimentos, percepções, medos e dúvidas que lhe provoquem inquietação
 - Encorajar a puérpera a cuidar do filho, fornecendo informações relevantes acerca dos cuidados
 - Assistir a puérpera nos cuidados ao recém-nascido sempre que necessite, promovendo segurança e diminuindo o medo
 - Esclarecer as dúvidas e receios que a puérpera apresente
 - Reforçar a autoeficácia da puérpera
 - Dar apoio emocional nos momentos de ansiedade
 - Encorajar a puérpera a partilhar os seus sentimentos com o marido e outros membros da família
 - Informar sobre sintomas de depressão pós-parto que pode ocorrer após a alta e necessidade de apoio psicológico ou social especializado, orientando para recursos na comunidade.
- 6. Dor (presente)**
- Permitir e incentivar a verbalização de sentimentos de desconforto e dor
 - Informar sobre a dor, suas causas, duração
 - Orientar sobre medidas não farmacológicas de alívio da dor (posicionamento de alívio, respiração, leitura, musicoterapia, aplicação de calor/frio)
 - Gerir o espaço físico da puérpera, proporcionando um ambiente calmo, que facilite a sua resposta à dor
 - Administrar terapêutica prescrita ou em SOS para aliviar a dor (Paracetamol e Ibuprofeno)
 - Avaliar a dor e eficácia das medidas de controle, através da escala visual numérica da dor
- 7. Risco de infeção**
- Ensinar sobre os cuidados de higiene perineal e mudança regular do penso higiénico, lavagem perineal com água tépida no sentido ântero-posterior após cada ida à casa de banho
 - Ensinar sobre a importância de lavagem das mãos antes e depois dos cuidados perineais
 - Ensinar sobre características dos lóquios (quantidade, cor, odor)
 - Ensinar acerca dos sinais inflamatórios (edema, rubor, calor, odor)
 - Ensinar sobre importância de abstinência sexual até à consulta de revisão do puerpério (6 semanas pós-parto)
 - Ensinar e incentivar a puérpera a realizar aplicação de gelo no períneo
 - Observar e avaliar o períneo e ferida perineal (caraterísticas e evolução cicatricial), involução uterina e caraterísticas dos lóquios uma vez por turno ou sempre que necessário
 - Avaliar a temperatura corporal vez por turno ou sempre que necessário
- 8. Amamentação comprometida**
- Elogiar a puérpera pela opção de amamentar
 - Assistir a puérpera na amamentação
 - Estar presente nos momentos de dificuldade
 - Validar os conhecimentos sobre as vantagens do aleitamento materno
 - Ensinar sobre posicionamentos confortáveis para amamentar e que não potenciem a dor
 - Esclarecer dúvidas relativas ao processo de lactação, sinais de boa pega e prevenção de complicações nas mamas
 - Orientar para recursos na comunidade para apoio no aleitamento materno (Cantinho de Amamentação)
- 9. Baixo Conhecimento** sobre autocuidado e cuidados com o recém-nascido após a alta
- Ensinar sobre sinais e sintomas comuns de problemas físicos e psicológicos maternos pós-parto
 - Ensinar sobre reinício da atividade sexual e contraceção
 - Orientar a puérpera para recursos da comunidade quanto a serviços de planeamento familiar
 - Orientar sobre a consulta de revisão do puerpério (entre a 6ª e 8ª semana pós-parto)
 - Ensinar a puérpera sobre o teste de diagnóstico precoce (entre 3º e 6º dia de vida do bebê), sobre avaliação ponderal do bebê, semanal, no 1º mês de vida, sobre 1ª consulta de saúde do bebê aos 15 dias de vida e importância do cumprimento do programa nacional de vacinação
 - Ensinar sobre situações de risco para o recém-nascido (posicionamento no berço, asfixia, acidentes domésticos e rodoviários) e sobre transporte seguro do bebê desde a maternidade (Projeto de Promoção de Alta Segura)
 - Validar com a puérpera a compreensão da informação transmitida e a aquisição dos conhecimentos.



Fonte: Adaptado de <https://www.equator-network.org/wpcontent/uploads/2013/09/CAREFlowDiagram-updated-2019.pdf>

DISCUSSÃO

O período pós-parto é marcado por várias e significativas mudanças nas mulheres, seja a nível fisiológico ou psicológico, que requerem

a sua consequente adaptação. Por si só, o período pós-parto é intenso, implica dificuldades e pode tornar-se ainda mais exigente para as mulheres quando acompanhadas de complicações.

O autocuidado engloba todas as atividades necessárias para atender às necessidades do dia a dia. Nesse contexto, as intervenções de enfermagem desenvolveram-se visando que a paciente enfrentasse os desafios que o desvio de saúde lhe colocava, nomeadamente no autocuidado básico e no cuidado do recém-nascido, com vista à preservação e ao reforço da sua independência.

É normal que os níveis de hemoglobina diminuam ligeiramente nas primeiras 24 horas após o parto, devido à perda de sangue durante o processo. Nas mulheres que já têm anemia durante a gravidez, como no caso do paciente em estudo, essa redução no nível de hemoglobina potencia as alterações bioquímicas, comuns no período pós-parto, mais especificamente, microcitose (avaliada pelo volume corpuscular médio – MCV), hipocromia (avaliada pela hemoglobina corpuscular média – MHC) e a deficiência de ferro armazenada (ferritina). Isso compromete o transporte de oxigénio, criando exigências energéticas excessivas que excedam a capacidade física e psicológica da mulher.

Todas as manifestações clínicas de anemia resultam da redução da capacidade de transporte de oxigénio do sangue e conseqüente menor oxigenação do tecido. Alguns dos principais sintomas são tonturas, enfraquecimento, tinnitus, fraqueza muscular. Os sistemas compensatórios, por outro lado, tentam equilibrar a capacidade reduzida de transporte de oxigénio e, assim, corrigir a hipoxia do tecido. Dois dos principais mecanismos compensatórios da anemia envolvem o aumento do débito cardíaco e a redução da resistência vascular sistémica global, que se traduz em hipotensão e taquicardia⁽¹⁸⁾. Neste sentido, tendo em conta os sinais e sintomas que o paciente apresenta neste caso, o risco de queda foi considerado. Uma “queda” ocorre quando uma pessoa cai involuntariamente para um nível inferior à posição inicial, causada por circunstâncias multifatoriais, que podem ou não resultar em danos⁽¹⁹⁾. É considerado um evento indesejável, que pode resultar em desconforto, lesão, aumento do comprimento e custo da hospitalização, exigindo a implementação de

estratégias preventivas. Em Portugal, ainda não há uma escala específica para avaliar o risco de quedas em mães e recém-nascidos. A Escala de Queda Morse é o instrumento validado para a população portuguesa⁽¹⁹⁾, em uso no hospital onde foi realizado o estudo, para avaliar as pessoas em risco de queda, discriminando-as em três grupos diferentes: sem risco, baixo risco ou risco elevado.

No período pós-parto, o sono materno apresenta um desequilíbrio tanto na sua qualidade como na sua quantidade. A paciente é confrontada com o sono fragmentado, principalmente devido às suas responsabilidades de cuidador e práticas de maternidade, que também podem estar relacionadas com outros fatores, tais como barreiras ambientais (ruído, exposição à luz, temperatura ambiente, localização desconhecida) e privacidade insuficiente⁽²⁰⁾. A diminuição da quantidade e qualidade do sono leva a uma mudança de humor e a uma diminuição do nível de energia, comprometendo a capacidade funcional da mãe para o autocuidado e para os cuidados recém-nascidos. Nesse sentido, entende-se a importância da implementação de intervenções de enfermagem que promovam a qualidade do sono da paciente durante o internamento e estratégias para resgatar o tempo de sono que a mulher pós-parto considera necessário para satisfazer as suas necessidades, preservando a sua autonomia, bem como o seu bem-estar físico e emocional.

O processo familiar pode ser definido como o desenvolvimento de interações e padrões de relacionamento entre membros da família⁽¹⁶⁾. A transição para a paternidade é um período do ciclo de vida familiar em que ocorrem mudanças profundas na vida e nas relações dos indivíduos que a experimentam. A família sofre mudanças marcantes na sua estrutura quando nasce uma criança, o que pode levar ao desequilíbrio familiar e à vulnerabilidade, sendo considerada uma das transições mais importantes na vida dos indivíduos⁽²¹⁾. É da responsabilidade da Enfermeira Parteira “Cuidar das mulheres na família e na comunidade durante o período

pós-natal”, com vista a promover a saúde da mãe e do recém-nascido, facilitando o processo de transição e adaptação à paternidade. Tendo em conta a pandemia da covid-19, experimentada na altura do internamento da paciente, as visitas de familiares e amigos não foram possíveis devido às restrições em vigor no hospital, pelo que a paciente viveu a experiência do parto e os primeiros dias pós-parto longe da família. Se por si só a transição para a paternidade já é um período de vulnerabilidade para o processo familiar, a distância entre os membros da família pode dificultar esse processo, podendo contribuir para situações frágeis ou patológicas durante essa transição. Nesse sentido, era essencial encontrar estratégias que pudessem colmatar o fosso e promover a interação entre os membros da família, a fim de facilitar o processo de transição em que se encontram. Ao mesmo tempo, as intervenções implementadas facilitaram a identificação das necessidades, recursos e apoio que a família tem à sua disposição para ultrapassar as dificuldades.

No processo de transição para a maternidade, a mulher é subitamente confrontada com a responsabilidade de cuidar de uma nova pessoa indefesa, além de ter de lidar com todas as atividades que já realizava antes da gravidez, muitas vezes privada de descanso, tornando-se socialmente mais isolada e com a necessidade de reestruturar a sua identidade feminina. O puerpério é geralmente apresentado como um período de maior risco para o aparecimento ou agravamento de perturbações de ansiedade, que nessa fase têm características e causam problemas específicos. As mulheres experimentam sentimentos ambivalentes em torno da experiência da maternidade, sentindo-se muito felizes e apaixonadas pelos seus bebês, embora também se sintam exaustas e ansiosas⁽²²⁾. Como resultado das transformações submetidas, as mulheres têm medos, dúvidas e ansiedades sobre a sua capacidade de cuidar do bebê, afetando a relação mãe-bebê, uma vez que dificulta a compreensão das exigências do recém-nascido⁽²²⁾.

No que diz respeito à paciente em estudo, a anemia e, portanto, sintomas adicionais de

fadiga e mal-estar geral, constituem outro fator de risco para o agravamento da ansiedade⁽²³⁾, contribuindo para a redução da sua capacidade de cuidar de si mesma e do seu recém-nascido. Na verdade, a ansiedade no contexto da maternidade é um fenómeno multifatorial, relacionado com diferentes variáveis, tanto sociodemográficas como psicossociais, o que pode desencadear um estado de ansiedade na mãe ou mesmo ser influenciado pela ansiedade pré-existente na personalidade da mulher. Um olhar individualizado para cada mulher é essencial, tendo em vista a compreensão da origem da ansiedade materna em relação aos aspetos da maternidade.

No período pós-parto, as mudanças locais e sistémicas ocorrem no corpo da mulher que conduzem ao estado pré-gravidez, enquanto alguns desconfortos inerentes ao processo de parto são evidentes. A dor é o sintoma mais relatado pelas mulheres, o que causa dificuldades no desenvolvimento de atividades diárias, como autocuidado, interfere com o sono e o descanso, urinar e evacuar, apetite, limitações cansativas de movimento, caminhada, mudanças de postura, além de dificultar o exercício da maternidade, interfere com a amamentação, com o cuidado recém-nascido e torna difícil a ligação entre a díade^(24,25).

A paciente deste estudo relata a dor na episiotomia e na região abdominal que se intensifica durante a amamentação. A dor abdominal que a paciente apresenta, resulta da atividade contrátil rítmica do músculo uterino, característica da involução uterina⁽²⁶⁾. O processo de involução uterina que ocorre após o parto, é caracterizado como um evento fisiológico, de contração uterina e retração, o que é bastante doloroso. A dor é sentida no abdómen inferior e pode irradiar para a região dorsal, sacral e/ou membros inferiores. Às vezes esta dor é evidente no momento da amamentação, devido ao reflexo útero-mamário. A estimulação dos mamilos e da árvore galactófora provoca a libertação de oxitocina na corrente sanguínea, intensificando a contração uterina⁽²⁶⁾. O trauma na região perineal é outro fator que conduz frequentemente à

ocorrência de dor no período pós-parto, predominantemente nas primeiras 24 horas⁽²⁴⁾, sendo também uma das queixas da paciente em estudo. Para o alívio da dor, foram utilizados métodos farmacológicos e não farmacológicos. Nesse caso foi utilizada a crioterapia⁽²⁷⁾, com bons resultados no alívio momentâneo da dor perineal. Devem ser oferecidos métodos não farmacológicos para minimizar a dor, tendo em conta a vantagem de não interferir com o processo de lactação⁽²⁴⁾.

As infecções pós-parto, ocorrem independentemente do tipo de parto que a mulher sofreu⁽²⁸⁾. Neste estudo, a paciente, mesmo tendo um parto vaginal, tem outros fatores de risco para a infecção pós-parto, incluindo a anemia, a imunossupressão relacionada com os requisitos metabólicos da gravidez ou mesmo as relacionadas com a anemia durante o período gestacional, a presença de episiotomia⁽²⁹⁾, bem como a restante área de descolamento placentário⁽²⁶⁾. No período pós-parto, a anemia está associada a um risco acrescido de infecção⁽³⁰⁾. Para evitar a infecção pós-parto são necessárias algumas medidas preventivas, principalmente relacionadas com ações de higiene por parte do paciente, bem como com profissionais de saúde. Os profissionais de saúde são uma fonte de contaminação, que pode contribuir para a ocorrência de infecção pós-parto, sendo essencial manter um ambiente limpo e adotar medidas de precaução universais para evitar infecções cruzadas. Ao mesmo tempo, é essencial que a paciente receba orientação para capacitá-la com condições para melhorar o autocuidado.

Evidências científicas⁽³¹⁻³⁴⁾ comprovam os benefícios da amamentação, que tem vantagens tanto para a mãe, quanto para o recém-nascido. O aleitamento materno contribui para o aumento da imunidade da criança, suprime todas as necessidades do bebê até aos 6 meses, promove uma melhor adaptação da criança a novos alimentos ao introduzir alimentos e reduz o risco de desenvolver certas doenças no bebê e na mãe⁽³¹⁾. O aleitamento materno facilita a involução uterina, a redução da perda de sangue pós-parto, a prevenção de hemorragias e

anemia, ajuda a voltar ao peso pré-gravidez, além de ter benefícios a longo prazo, como a redução da incidência do cancro do ovário e da mama⁽³²⁾. A amamentação é uma prática natural de alimentação, que reforça a ligação afetiva entre mãe e filho⁽³³⁾. O aleitamento materno é recomendado exclusivamente pela OMS até 6 meses e, para além da diversificação alimentar, durante pelo menos 2 anos⁽³⁴⁾.

Apesar de ser um evento natural, o aleitamento materno não é um processo instintivo, mas sim um comportamento aprendido, que requer prática e tempo para se adaptar, podendo constituir um momento de grandes desafios para as mães⁽³⁵⁾. Apesar da intenção da mãe em estudo, para amamentar o seu recém-nascido, sabe-se que o estabelecimento e a duração do aleitamento materno são influenciados por determinantes fisiológicos (produção insuficiente de leite, cansaço, fadiga), determinantes clínicos (mastite, ingurgitamento da mama) e aspetos culturais, além da participação da criança, da rede de apoio e dos aspetos psicológicos. As primeiras dificuldades detetadas referem-se principalmente à posição imprópria do binómio materno-infantil, o que dificulta a pega adequada, podendo levar a traumas e dores nos mamilos, à amamentação ineficaz, ao esvaziamento mamário incompleto, causando consequências negativas na produção de leite, no crescimento do bebê e no desmame precoce⁽³⁶⁾. A fadiga materna e o cansaço são também exemplos comuns de obstáculos à correta técnica de amamentação nas primeiras 24 horas após o parto. Na participante deste estudo de caso, a situação de cansaço e diminuição da energia, relacionada com o trabalho de parto e parto, é agravada pela ocorrência de anemia, com menor disponibilidade materna para amamentar nas primeiras tentativas⁽³⁰⁾. A dor foi outra das dificuldades apontadas pelo paciente no momento da amamentação, o que pode levar a uma prática de amamentação malsucedida, uma vez que interfere com o reflexo de ejeção do leite e, conseqüentemente, a criança não consegue mamar⁽³²⁾.

No período pós-parto, as mulheres experimentam as primeiras exigências da maternidade, e é comum que se sintam emocionalmente vulneráveis perante a insegurança e as dúvidas, seja em termos de cuidar do recém-nascido, ou de cuidar de si mesmas. Por vezes, as mulheres do pós-parto não recebem preparação ou informação sobre autocuidado nesse período, durante o pré-natal, tornando essencial que, no decorrer do internamento pós-parto, sejam ouvidas e orientadas sobre ações de autocuidado, amamentação, planeamento familiar, crenças e cuidados com o bebê, tendo em vista a sua autonomia e segurança. É essencial que as mulheres tenham conhecimento, autoconfiança e compreensão, que são essenciais para tomar decisões responsáveis que influenciem a sua saúde durante o período pós-parto, bem como a do recém-nascido.

As fontes de conhecimento que influenciam as mulheres para um autocuidado adequado no pós-parto podem ser variadas, incluindo os meios de comunicação, conselhos de mães, avós, amigos e profissionais de saúde. A falta de orientação no momento da alta hospitalar relativamente à importância das consultas maternas e do recém-nascido, bem como o desconhecimento dos profissionais sobre as práticas das mulheres no ambiente doméstico, podem contribuir para que as mulheres adotem comportamentos prejudiciais à sua saúde e a do recém-nascido⁽³⁷⁾. A paciente em estudo não planeou a gravidez, ocorrendo antes do intervalo de 24 meses recomendado pela OMS⁽³⁸⁾, que denota um défice de conhecimento sobre o planeamento e espaçamento da gravidez. Um fator de risco para a anemia na gravidez e no pós-parto é precisamente o curto intervalo entre as gravidezes^(39,40).

CONCLUSÕES

O modelo teórico escolhido ofereceu subsídio na prestação de cuidados com qualidade e individuais, possibilitando a elaboração dos diagnósticos de enfermagem, a fim de dar resposta às necessidades identificadas e às

particularidades da puérpera, isto é, às suas necessidades pessoais, fisiológicas e emocionais. O desenvolvimento deste estudo de caso favoreceu a identificação das necessidades de atendimento das mulheres pós-parto, sendo o ponto de partida para o desenvolvimento de intervenções de enfermagem para atender a essas necessidades. Além disso, proporcionou a oportunidade para o desenvolvimento de competências de diagnóstico, favorecendo a melhoria da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, ocupa um papel fundamental no acompanhamento às puérperas, que necessitam de recomendações e cuidados para que esse período seja vivenciado com serenidade e as dificuldades que se põem sejam ultrapassadas, no sentido de potenciar a saúde da puérpera e do recém-nascido, apoiando o processo de transição e adaptação à parentalidade.

Este estudo contribuiu para o planeamento dos cuidados ao binômio mãe/recém-nascido, resultando na implementação de ações eficazes para satisfazer as necessidades identificadas. Este caso mostrou-se pertinente dada a considerável prevalência de casos de anemia no puerpério, muito relacionada à ocorrência de anemia que não foi corrigida durante a gestação e às hemorragias agudas durante o parto, levando a manifestações orgânicas e psicológicas que trazem prejuízo à díade mãe-bebê.

Este estudo apresenta como limitação, o curto espaço de tempo para a realização da recolha de informação devido ao reduzido período de internamento da utente, visto que que foi em 48 horas e decorreu em contexto pandémico.

REFERÊNCIAS

1. WHO - World Health Organization. Anemias nutricionais: ferramentas para uma prevenção e controlo eficazes. Geneva: WHO; 2017. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513067?sequence=1>.

2. Areia AL, Silva CN, Serrano F, Mairós J, Guimarães M, Clode N. Normas de Orientação Clínica. Anemia na Gravidez e no Puerpério. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-fetal; 2019. Disponível em: <https://www.spommf.pt/wp-content/uploads/2019/07/Norma-Anemia-na-Gravidez-e-no-Puerpe%CC%81rio.pdf>.
3. WHO – World Health Organization. A prevalência global da anemia em 2011. Geneva: WHO; 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/177094>.
4. Fonseca C, Marques F, Robalo Nunes A, Belo A, Brillhante D, Cortez J. (2016). Prevalência de anemia e deficiência de ferro em Portugal: o estudo empire. Rev Med Interna. 2016;46(4):470-78. DOI: [10.1111/imj.13020](https://doi.org/10.1111/imj.13020).
5. DGS – Direção-Geral da Saúde. Norma nº 030/2013 – Abordagem, Diagnóstico e Tratamento da Ferropénica no Adulto. Lisboa: Ordem dos Médicos; 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0302013-de-31122013-pdf.aspx>.
6. Gynecologists ACO. Boletim de prática da ACOG nº 95: anemia na gravidez. Obstet Gynaecol. 2008;112(1):201-7. DOI: [10.1097/AOG.0b013e3181809c0d](https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181809c0d).
7. Medina Garrido C, León J, Román Vidal A. Anemia materna após o parto: prevalência e fatores de risco. J Obstet Gynaecol. 2018; 38(1):55-9. DOI: [10.1080/01443615.2017.1328669](https://doi.org/10.1080/01443615.2017.1328669).
8. Milman N. Anemia pós-parto I: definição, prevalência, causas e consequências. Ann Hematol. 2011;90(11):1247-53. DOI: [10.1007/s00277-011-1279-z](https://doi.org/10.1007/s00277-011-1279-z).
9. Massoni RSDS, Leão, PRD, Ruver CX. Anemia grave sem puerperio. FEMINA. 2020;48(10):637-40. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/10/1127706/femina-2020-4810-637-640.pdf>.
10. Galdeano LE, Rossi LA, Zago MM. Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. Rev Lat Am Enfermagem, 2013;11(3):371-5. DOI: [10.1590/S0104-11692003000300016](https://doi.org/10.1590/S0104-11692003000300016).
11. Riley DS, Barber M, Kienle G, Aronson J, von Schoen-Angerer T, Tugwell P, et al. Diretrizes de cuidados para relatórios de casos: documento de explicação e elaboração de documentos. J Clin Epidemiol, 2017;89:218-35. DOI: [10.1016/j.jclinepi.2017.04.026](https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.04.026).
12. OE – Ordem dos Enfermeiros. Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Lisboa: OE; 2015. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf.
13. Nunes L. Aspeto Éticos na investigação de enfermagem. Setúbal: Escola Superior de Saúde de Setúbal; 2020. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf.
14. Portugal. Resolução da Assembleia da República nº 1/2001 de 3 de janeiro. Assembleia da República. Lisboa: Diário da República Eletrónico; 2001. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/235128/details/maximized>.
15. Queirós P, Vidinha T, Filho A. (2014). Autocuidado: o teórico de Orem para a disciplina e profissão de Enfermagem. Rev Enferm Ref. 2014;4(3):157-64. DOI: [10.12707/RIV14081](https://doi.org/10.12707/RIV14081).
16. OE – Ordem dos Enfermeiros. Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem (CIPE) – Versão 2015. Lisboa: Lusodidacta; 2016. Disponível em: https://futurosenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf.
17. Rede Equator. Diagrama de fluxo – Relatórios de caso seguindo as diretrizes CARE. Oxford; 2019. Disponível em: <https://www.equator-network.org/wp-content/uploads/2013/09/%20CAREFlowDiagram-updated-2019.pdf>.
18. Zago MA. Tratado de Hematologia. Rio de Janeiro: Atheneu; 2014.
19. DGS – Direção-Geral da Saúde. Norma nº 008/2019. Prevenção e Intervenção na Queda do Adulto em Cuidados Hospitalares. Lisboa: Serviço Nacional de Saúde; 2019. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/12/prevencao-e-intervencao-na-queda-do-adulto-em-cuidados-hospitalares.pdf>.
20. Silva A, Manguera S, Perrelli J, Rodrigues B, Gomes R. Avaliação do diagnóstico de enfermagem Padrão de sono doado em puerperas. Rev Cubana de Enfermer, 2020;36(1):1-15. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000100008&lng=es&tlng=pt.
21. Tralhão F, Rosado AF, Gil E, Amendoeira J, Ferreira R, Silva M. A Família como promotora da transição para a parentalidade. Rev UIIPS. 2020;8(1):17-30. DOI: [10.25746/ruiips.v8.i1.19874](https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19874).
22. Donelli T, Chemello M, Levandowski D. Ansiedade materna e maternidade: revisão crítica da literatura. Interação Psicol. 2017;21(1):78-89. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/psicologia/article/view/46153>.
23. Corwin EJ, Murray-Kolb LE, Beard JL. O baixo nível de hemoglobina é um fator de risco para a depressão pós-parto. Nutr J. 2003;133(12):4139-42. DOI: [10.1093/jn/133.12.4139](https://doi.org/10.1093/jn/133.12.4139).
24. Francisco AA, Oliveira SMJV, Santos JO, Silva FMB. Avaliação e tratamento da dor perineal sem pós-parto vaginal. Acta Paul Enferm. 2011;24(1):94-100. DOI: [10.1590/S0103-21002011000100014](https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000100014).
25. Tomasoni TA, Silva JB, Bertotti TCW, Perez J, Korelo RIG, Gallo RBS. Intensidade de dor e desconfortos puerperais imediatos. BrJP, 2020;3(3):217-21. DOI: [10.5935/2595-0118.20200047](https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200047).

26. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende Obstetrícia Fundamental. 14. ed. São Paulo: Guanabara Koogan; 2019.
27. Dutra LRDV, Araújo AMPH, Micussi MTABC. Terapias não farmacológicas para analgesia no pós-parto: uma revisão sistemática. BrJP. 2019;2(1):72-80. DOI: [10.5935/2595-0118.20190014](https://doi.org/10.5935/2595-0118.20190014).
28. Leidentz ECB, Batista IS, Berlet LJ. Infeciosa Puerperal: Fatores de Risco e a Importância da Assistência Humanizada em Enfermagem. Revis AJES. 2019;2(2):133-46. Disponível em: <https://revista.ajes.edu.br/revistas-noroeste/index.php/revisajes/article/view/15/29>.
29. Lima DM, Wall ML, Hey A, Falcade AC, Chaves AC de M, Souza MAR. (2014). Fatores de Risco para Infecção no Puerpério Cirúrgico. Cogitare Enferm. 2014;19(4):734-40. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35170/23940>.
30. Munhoz NT, Schmdt KT, Fontes KB. Dificuldades vivenciadas por puérperas no cuidado domiciliar com o recém-nascido. Rev Enferm UFPE. 2015;9(Supl. 3): 7516-23. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10489>.
31. Lopes JML, Chora MAFC. Aleitamento Materno: Fatores que contribuem para o abandono precoce. Rev Iberoam Saúde Envelhecim. 2019;5(2):1797-1809. Disponível em: http://revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/view/314/577.
32. Costa S, Fettermann FA, Azevedo L da S de, Freitas HMB de, Bordignon JS, Donaduzzi DS da S. A Prática do Aleitamento Materno na Percepção de Mulheres Primigestas. Vivências. 2019;15(29):289-310. DOI: [10.31512/vivencias.v15i29.90](https://doi.org/10.31512/vivencias.v15i29.90).
33. Levy L, Bértolo H. Manual do Aleitamento materno. Comité Português para a UNICEF e Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa: UNICEF; 2012. Disponível em: <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>.
34. WHO – World Health Organization. Alimentação infantil e infantil: capítulo-modelo para manuais escolares para estudantes de medicina e profissionais de saúde aliados. Geneva: WHO; 2009. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>.
35. Barbosa DFR, Reis RP. O Enfermeiro no Incentivo do Aleitamento Materno. Rev Elet Estácio Recife. 2020;6(1):1-10. Disponível em: http://nippromove.hospedagemdesites.ws/anais_simposio/arquivos_up/documentos/artigos/7a26bb461b3bd3d6a6b088d6bf87a476.pdf.
36. Carreiro J de A, Francisco AA, Abrão ACF de V, Marcacine KO, Abuchaim E de SV, Coca KP. Dificuldades relacionadas ao aleitamento materno: análise de um serviço especializado em amamentação. Acta Paul Enferm. 2018;31(4):430-8. DOI: [10.1590/1982-0194201800060](https://doi.org/10.1590/1982-0194201800060).
37. Acosta DF, Gomes VL de O, Kerber NP da C, Costa CFS. Influências, crenças e práticas no autocuidado das puérperas. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(6):1327-33. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/hn8gV53YMLfBWPs89yfTf5C/?format=pdf&lang=pt>.
38. WHO – World Health Organization. Relatório de uma consulta técnica da OMS sobre o espaçamento do nascimento: Genebra, Suíça de 13 a 15 de junho de 2005. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2007. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69855>.
39. Montenegro C, dos Santos F, de Rezende-Filho J. Anemia e gravidez. Rev Hosp Univers Pedro Ernesto. 2015;14(2):29-33. Disponível em: DOI: [10.12957/rhupe.2015.18350](https://doi.org/10.12957/rhupe.2015.18350).
40. Muñoz M, Peña-Rosas JP, Robinson S, Milman N, Holzgreve W, Breyman C, et al. Gestão do sangue do paciente em obstetrícia: gestão da anemia e das deficiências hemáticas na gravidez e no período pós-parto: declaração de consenso naTA. Transfus Med Rev. 2018;28(1):22-39. DOI: [10.1111/tme.12443](https://doi.org/10.1111/tme.12443).

Editores responsáveis:

Patrícia Pinto Braga | Editora Chefe
Helisamara Mota Guedes | Editora Científica

Nota: Não houve financiamento por agência de fomento.

Recebido em: 14/03/2022

Aprovado em: 17/11/2022

Como citar este artigo:

Lobão AFM; Zangão MOB. Cuidados de Enfermagem a Puérpera com Anemia: Relato de Caso. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2022;12:e4624. [Access_____]; Available in:_____. DOI: <http://doi.org/10.19175/recom.v12i0.4686>