

CUIDADOS DE ENFERMAGEM PRESTADOS A UMA CRIANÇA DE 4 ANOS COM ANEMIA SEVERA: ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL MUNICIPAL DO LUBANGO “OLGA CHAVES”

NURSING CARE PROVIDED TO A 4-YEAR-OLD CHILD WITH SEVERE ANAEMIA: A CASE STUDY AT OLGA CHAVES MUNICIPAL HOSPITAL IN LUBANGO

Nazareth Sofia Sebastião¹
Suzana Tiago Augusto²

RESUMO: A anemia severa constitui uma condição clínica relevante na população pediátrica, particularmente quando associada à deficiência de ferro e a factores nutricionais, infecciosos e socioeconómicos. O presente estudo tem como objectivo descrever os cuidados de enfermagem prestados a uma criança de 4 anos com diagnóstico de anemia severa, internada no Serviço de Pediatria do Hospital Municipal do Lubango Olga Chaves. Desenvolveu-se um estudo de caso, de abordagem qualitativa e delineamento descritivo, tendo como técnicas de recolha de dados a observação directa, entrevista semi-estruturada à acompanhante, exame físico, consulta do processo clínico e revisão bibliográfica. O paciente apresentava palidez cutâneo-mucosa acentuada, fraqueza generalizada, cansaço fácil, diminuição do apetite e tonturas ocasionais. Os exames revelaram hemoglobina inferior a 5,8 g/dL, hematócrito e eritrócitos diminuídos, VCM e HCM reduzidos, além de ferro sérico e ferritina diminuídos. Foram identificados seis diagnósticos de enfermagem: perfusão tissular ineficaz, intolerância à actividade, fadiga, nutrição desequilibrada inferior às necessidades corporais, risco de queda e hipertermia. As intervenções incluíram monitorização dos sinais vitais, vigilância clínica, repouso, hidratação, acompanhamento da terapêutica, apoio à transfusão, incentivo alimentar e educação da mãe. Observou-se evolução clínica favorável, caracterizada pela redução da palidez e da fadiga, melhoria da actividade e da aceitação alimentar e estabilização dos sinais vitais. Conclui-se que a assistência de enfermagem sistematizada contribuiu para a recuperação clínica da criança e para a preparação da família para a continuidade dos cuidados.

Palavras-chave: Anemia severa. Cuidados de enfermagem. Deficiência de ferro.

¹ Licenciada em Enfermagem pelo Instituto Superior Politécnico Sinodal (ISPS), Lubango, Huíla, Angola.

² Mestre em Administração e Gestão Hospitalar pela Universidad San Lorenzo. Docente no Instituto Superior Politécnico Sinodal – ISPS, Lubango, Huíla, Angola.

ABSTRACT: Severe anaemia is a relevant clinical condition in the paediatric population, particularly when associated with iron deficiency and nutritional, infectious, and socioeconomic factors. This study aims to describe the nursing care provided to a 4-year-old child diagnosed with severe anaemia and admitted to the Paediatric Service of the Olga Chaves Municipal Hospital in Lubango. A case study was conducted using a qualitative approach and a descriptive design. Data collection techniques included direct observation, a semi-structured interview with the child's caregiver, physical examination, review of the clinical record, and literature review. The patient presented marked cutaneous-mucosal pallor, generalised weakness, easy fatigability, decreased appetite, and occasional dizziness. Laboratory tests revealed haemoglobin levels below 5.8 g/dL, reduced haematocrit and erythrocyte levels, decreased MCV and MCH, as well as reduced serum iron and ferritin levels. Six nursing diagnoses were identified: ineffective tissue perfusion, activity intolerance, fatigue, imbalanced nutrition: less than body requirements, risk for falls, and hyperthermia. The interventions included monitoring vital signs, clinical surveillance, rest, hydration, therapeutic management, transfusion support, nutritional encouragement, and maternal education. A favourable clinical progression was observed, characterised by reduced pallor and fatigue, improved activity and food intake, and stabilisation of vital signs. It is concluded that systematic nursing care contributed to the child's clinical recovery and to the preparation of the family for the continuity of care.

Keywords: Severe anaemia. Nursing care. Iron deficiency.

1. INTRODUÇÃO

A anemia constitui um problema relevante de saúde na infância, caracterizado pela redução da concentração de hemoglobina abaixo dos valores esperados para a idade, sexo e condições fisiológicas. A sua importância clínica decorre da redução da capacidade de transporte de oxigénio pelo sangue, podendo comprometer a actividade, o crescimento, o desenvolvimento e o funcionamento de diferentes órgãos. A Organização Mundial da Saúde (OMS) actualizou em 2024 os pontos de corte para a classificação da anemia, reforçando a necessidade de utilizar valores ajustados à idade e ao contexto clínico (World Health Organization [WHO], 2024).

Na infância, a deficiência de ferro representa uma das principais causas de anemia. A insuficiência de ferro pode decorrer de ingestão alimentar inadequada, necessidades aumentadas durante o crescimento, perdas sanguíneas, alterações da absorção intestinal ou associação com doenças infecciosas e inflamatórias. Em países africanos, a ocorrência da anemia resulta frequentemente da interacção de múltiplos factores, incluindo deficiência nutricional, infecções, parasitoses e condições socioeconómicas desfavoráveis (Mwangi et al., 2021; Tadesse et al., 2022).

Em Angola, estudos realizados com crianças demonstram a relevância da deficiência de ferro e da anemia na população infantil. Fançony et al. (2020a), num estudo realizado no norte de Angola, encontraram elevada ocorrência de anemia ferropriva entre crianças de 6 a 36 meses, associada a factores relacionados com alimentação, infecções e condições ambientais. Os autores defendem uma abordagem integrada para prevenção e controlo da anemia infantil.

O papel da enfermagem é particularmente importante perante a criança com anemia severa, uma vez que o profissional participa na avaliação sistemática, identificação dos problemas, vigilância dos sinais clínicos, execução das intervenções prescritas, prevenção de complicações, acompanhamento da resposta ao tratamento e educação do cuidador. A assistência deve ser individualizada e orientada para as necessidades da criança e da família.

O interesse pelo tema surgiu durante o estágio curricular realizado no Hospital Municipal do Lubango Olga Chaves, perante a observação de crianças com manifestações como palidez, fadiga, fraqueza, tonturas e redução do apetite. A situação observada motivou a formulação da seguinte questão de investigação: Quais são os cuidados de enfermagem prestados a uma paciente com diagnóstico médico de anemia severa no Hospital Municipal Olga Chaves do Lubango?

O objectivo cinge-se em descrever os cuidados de enfermagem prestados ao paciente com anemia severa no H.M.O.C.-Lubango, especificamente em identificar os principais problemas e diagnósticos de enfermagem, construir um plano de cuidados e avaliar a resposta do paciente às intervenções realizadas.

O estudo está organizado em revisão da literatura, metodologia, apresentação e discussão dos resultados, conclusão, limitações e referências.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Anemia severa na infância: conceito, gravidade e repercussões

A anemia caracteriza-se pela redução da concentração de hemoglobina abaixo do limite estabelecido para determinada idade e condição fisiológica. A hemoglobina é responsável pelo transporte de oxigénio, pelo que a sua redução pode comprometer a oxigenação dos tecidos. A gravidade da anemia depende do nível de hemoglobina, da velocidade de instalação, da causa e

das condições clínicas associadas. A WHO (2024) estabeleceu novos pontos de corte para melhorar a classificação da anemia em diferentes grupos etários.

A anemia severa assume particular importância na criança porque o organismo está em intenso processo de crescimento e desenvolvimento. A redução prolongada da disponibilidade de oxigênio pode associar-se a alterações da capacidade física, atenção, aprendizagem e desenvolvimento neurológico. Raleigh et al. (2024) salientam que a avaliação da anemia infantil deve considerar a idade, a gravidade, a morfologia eritrocitária e possíveis causas subjacentes.

Na deficiência de ferro, a anemia tende a apresentar características microcíticas e hipocrômicas. A diminuição das reservas de ferro reduz a capacidade da medula óssea para produzir hemoglobina adequadamente, produzindo eritrócitos menores e com menor conteúdo de hemoglobina. Aksu e Ünal (2023) destacam que a anemia ferropriva continua a constituir uma das causas mais frequentes de anemia durante a infância e adolescência.

Além das alterações hematológicas, a anemia pode manifestar-se através de palidez, fadiga, fraqueza, irritabilidade, redução do apetite, tonturas, taquicardia e intolerância ao exercício. Em quadros graves podem ocorrer dispneia, alterações cardiovasculares e comprometimento da oxigenação tecidual. Moscheo et al. (2022) reforçam que a intensidade das manifestações depende tanto da concentração de hemoglobina como da rapidez com que a anemia se desenvolve.

4

A repercussão da anemia infantil ultrapassa, portanto, a dimensão hematológica. Chandra et al. (2022) defendem que a abordagem da anemia nutricional na infância deve integrar diagnóstico, tratamento, alimentação, prevenção e acompanhamento, considerando a criança inserida no seu contexto familiar e social.

2.2. Etiologia e factores de risco da anemia severa

A etiologia da anemia infantil é multifactorial. A deficiência de ferro representa uma das principais causas, mas outras situações também podem estar envolvidas, como deficiência de folato ou vitamina B₁₂, hemorragias, hemoglobinopatias, doenças crónicas, infecções e alterações da produção ou destruição dos eritrócitos. Lemoine e Tounian (2020) destacam que, na África Subsaariana, a anemia infantil resulta da interacção entre factores nutricionais, infecciosos e socioeconómicos.

No contexto africano, a deficiência de ferro não deve ser analisada isoladamente. A presença de malária, parasitoses, infecções recorrentes e inflamação pode interferir no metabolismo do ferro e na produção de hemoglobina. Fançony et al. (2020b), ao analisarem a anemia em crianças pré-escolares de Angola, evidenciaram a necessidade de estratégias que ultrapassem a simples suplementação e integrem nutrição, saneamento, prevenção das infecções e acompanhamento infantil.

A alimentação constitui outro factor importante. Dietas pobres em alimentos fontes de ferro podem contribuir para o desenvolvimento da deficiência de ferro, sobretudo durante períodos de maior necessidade nutricional. Mwangi et al. (2021) observam que determinados grupos pediátricos apresentam maior vulnerabilidade à anemia ferropriva devido à combinação entre crescimento rápido, ingestão insuficiente e exposição a factores infecciosos.

A magnitude da anemia entre crianças africanas também está relacionada com factores individuais e comunitários. A meta-análise de Tadesse et al. (2022) demonstra que a anemia entre menores de cinco anos apresenta elevada prevalência no continente africano e está associada a múltiplos determinantes, incluindo factores nutricionais, infecciosos, maternos e socioeconómicos.

Seifu e Tesema (2022) acrescentam que factores individuais e comunitários podem actuar simultaneamente na determinação da anemia infantil. Assim, a avaliação de uma criança com anemia deve procurar compreender não apenas os resultados laboratoriais, mas também a alimentação, as condições de vida, o histórico de infecções, a saúde materna, a exposição a parasitoses e o acesso aos serviços de saúde.

2.3. Manifestações clínicas e diagnóstico

O diagnóstico da anemia inicia-se pela avaliação clínica e é confirmado por exames laboratoriais. Entre os sinais observáveis encontram-se palidez cutâneo-mucosa, fraqueza, fadiga, redução da tolerância à actividade, tonturas e alterações do apetite. A gravidade do quadro determina a intensidade das manifestações. Brehm et al. (2024) destacam a importância da determinação da hemoglobina para a identificação da anemia, inclusive em contextos de recursos limitados.

A avaliação laboratorial deve ser orientada para a confirmação da anemia e para a identificação da sua possível causa. O hemograma permite avaliar hemoglobina, hematócrito,

número de eritrócitos e índices hematimétricos, como VCM e HCM. A Jullien (2021) salienta que a identificação precoce da deficiência de ferro é importante para evitar a progressão para anemia e as suas possíveis consequências.

A ferritina constitui um marcador importante das reservas corporais de ferro, embora a sua interpretação deva considerar a existência de processos inflamatórios. Mattiello et al. (2020) recomendam que a avaliação da deficiência de ferro em crianças combine dados clínicos e laboratoriais, uma vez que nenhum parâmetro isolado é suficiente em todas as situações.

As recomendações contemporâneas reforçam igualmente a necessidade de diferenciar anemia ferropriva de outras formas de anemia. Chaber et al. (2024) propõem uma abordagem que inclui hemograma, avaliação dos índices eritrocitários, ferritina e outros exames conforme a situação clínica, permitindo orientar a investigação etiológica e o tratamento.

Pasricha et al. (2021) salientam que a deficiência de ferro constitui uma condição frequente e que o diagnóstico deve considerar a avaliação das reservas de ferro e os factores que podem alterar os resultados laboratoriais. No contexto da criança estudada, os resultados demonstraram Hb inferior a 5,8 g/dL, hematócrito e eritrócitos diminuídos, VCM e HCM reduzidos, além de ferro sérico e ferritina reduzidos, quadro compatível com anemia severa associada à deficiência de ferro.

2.4. Tratamento e cuidados de enfermagem na anemia severa pediátrica

O tratamento da anemia deve ser determinado pela causa, gravidade e condição clínica da criança. Na deficiência de ferro, a reposição de ferro constitui a principal estratégia terapêutica. Arulparithi et al. (2023), numa revisão sistemática e meta-análise, analisaram diferentes preparações de ferro utilizadas no tratamento da anemia ferropriva infantil, destacando a eficácia da terapêutica com ferro na recuperação hematológica.

Em situações graves, a abordagem clínica pode incluir intervenções destinadas à estabilização do paciente, conforme avaliação médica. McEvoy et al. (2023) salientam a importância de reconhecer rapidamente as crianças com anemia nutricional grave e estabelecer uma estratégia terapêutica adequada à gravidade e à etiologia.

As recomendações de Iolascon et al. (2024) reforçam que o tratamento da deficiência de ferro deve considerar diagnóstico correcto, reposição das reservas e identificação da causa

subjacente. A terapêutica não deve limitar-se à correção da hemoglobina, sendo necessário prevenir a recorrência através da correção dos factores que originaram a deficiência.

Em crianças com anemia ferropriva, a reposição oral de ferro continua a constituir uma opção terapêutica fundamental. Powers et al. (2017), num ensaio clínico randomizado com crianças pequenas com anemia ferropriva nutricional, demonstraram melhoria da concentração de hemoglobina com terapêutica à base de ferro, embora a resposta possa variar conforme a preparação, adesão e características clínicas.

Mohd Rosli et al. (2021), numa revisão sistemática e meta-análise, também evidenciaram a utilidade das preparações de ferro no tratamento e prevenção da anemia ferropriva infantil. Neste processo, a enfermagem desempenha funções essenciais: monitorização, administração segura da terapêutica prescrita, vigilância de reacções adversas, avaliação da resposta clínica, apoio nutricional, prevenção de acidentes e educação do cuidador.

2.5. Prevenção, educação alimentar e participação da família

A prevenção da anemia infantil exige uma abordagem que combine alimentação adequada, acompanhamento do crescimento, prevenção de infecções e identificação precoce dos factores de risco. Christian et al. (2023) demonstraram associação entre práticas inadequadas de alimentação infantil e ocorrência de anemia e atraso do crescimento em populações da África Subsaariana.

A deficiência de ferro pode igualmente apresentar consequências que ultrapassam a redução da hemoglobina. McWilliams et al. (2022), numa revisão sobre deficiência de ferro e alterações do neurodesenvolvimento, chamam atenção para a importância da prevenção e do diagnóstico oportuno, especialmente durante períodos críticos do desenvolvimento infantil.

Gedfie et al. (2022), numa revisão sistemática e meta-análise, demonstraram a elevada frequência da deficiência de ferro e da anemia ferropriva entre crianças menores de cinco anos. Os resultados sustentam a necessidade de estratégias preventivas dirigidas à alimentação, suplementação quando indicada e acompanhamento das crianças vulneráveis.

A alimentação deve fornecer fontes adequadas de ferro e ser acompanhada de práticas que favoreçam a sua absorção. Visser et al. (2021) demonstram a importância da diversidade alimentar e da qualidade da dieta na prevenção de deficiências nutricionais relacionadas com a

anemia. A educação alimentar deve, por isso, considerar os alimentos disponíveis e culturalmente aceitos pelas famílias.

Siamisang et al. (2023) reforçam a necessidade de atenção à anemia em crianças atendidas nos serviços de saúde, particularmente quando coexistem factores nutricionais e clínicos. A participação da família é fundamental, pois a continuidade dos cuidados depende da compreensão das orientações, adesão à terapêutica, alimentação adequada, acompanhamento clínico e reconhecimento precoce dos sinais de agravamento.

3. METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido com base num estudo de caso clínico, de abordagem qualitativa e delineamento descritivo. O método foi escolhido por permitir a análise aprofundada dos cuidados de enfermagem prestados a uma criança de 4 anos com diagnóstico de anemia severa, considerando a situação clínica no seu contexto real de internamento.

O campo de investigação foi o Hospital Municipal do Lubango Olga Chaves, especificamente o Serviço de Pediatria. A unidade estudada correspondeu a uma criança identificada pelas iniciais R.J., de 4 anos de idade, sexo masculino, nacionalidade angolana, natural da Huíla, residente no Lubango e internada na cama n.º 3.

8

A população do estudo foi constituída por quatro crianças com diagnóstico de anemia severa atendidas no contexto definido pela investigação, tendo sido seleccionada uma criança como caso clínico. A amostragem foi não probabilística, baseada na selecção intencional que correspondia aos objectivos da investigação.

A recolha de dados foi realizada mediante observação directa, entrevista semi-estruturada à mãe, exame físico, consulta do processo clínico e análise dos exames complementares. Também foi utilizada revisão bibliográfica para fundamentar a análise do caso.

Foram consideradas informações relativas à identificação, queixas principais, antecedentes, exame físico, exames laboratoriais, diagnóstico médico, necessidades humanas básicas, problemas de enfermagem, diagnósticos, intervenções, evolução clínica e plano de alta.

Foram observados princípios éticos relacionados com confidencialidade, anonimato, respeito pela dignidade, protecção da criança e consentimento da responsável legal. Para preservar a identidade do paciente, foi utilizada apenas a designação R.J.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. Caracterização clínica e sociodemográfica do caso

O paciente R.J. tinha 4 anos de idade, sexo masculino, nacionalidade angolana, naturalidade Huíla, residência no Lubango e grupo sanguíneo AB+. Encontrava-se internado no Serviço de Pediatria, cama n.º 3.

As principais queixas registadas foram palidez acentuada, fraqueza generalizada, cansaço fácil, diminuição do apetite e tonturas ocasionais. Não havia antecedentes de doenças crónicas previamente diagnosticadas, embora a mãe tenha relatado episódios ocasionais de infecções respiratórias e febre recorrente. Foi igualmente referido baixo consumo de alimentos ricos em ferro.

No histórico familiar não foram identificados casos conhecidos de anemia falciforme ou talassemia. A mãe relatou, entretanto, ter apresentado episódios de anemia durante a gestação, facto considerado no trabalho como possível factor predisponente. Este dado deve ser interpretado como antecedente relevante, não como prova isolada de causalidade.

Os resultados clínicos são compatíveis com manifestações frequentemente descritas na anemia ferropriva infantil, nomeadamente palidez, fadiga, fraqueza, redução do apetite e menor tolerância à actividade. A associação entre os sinais clínicos e os resultados laboratoriais reforçou a gravidade do quadro.

9

4.2. Resultados laboratoriais

Os exames complementares revelaram hemoglobina inferior a 5,8 g/dL, hematócrito diminuído, redução dos eritrócitos, VCM diminuído e HCM diminuída. O ferro sérico e a ferritina encontravam-se igualmente reduzidos. A glicemia foi de 92 mg/dL e foi realizada pesquisa de *Plasmodium* por gota espessa.

A hemoglobina inferior a 5,8 g/dL demonstra uma redução muito acentuada da capacidade de transporte de oxigénio. A WHO (2024) utiliza pontos de corte específicos por idade para classificar a gravidade da anemia; no grupo etário pediátrico, valores muito abaixo dos limites de referência representam situação de elevada gravidade clínica.

A diminuição do VCM e da HCM indica uma alteração microcítica e hipocrómica, padrão frequentemente observado na deficiência de ferro. A associação entre ferro sérico e

ferritina reduzidos fortalece a hipótese de depleção das reservas de ferro, embora a etiologia completa de uma anemia infantil deva considerar outros factores clínicos e laboratoriais.

Os resultados, portanto, são coerentes com o diagnóstico médico de anemia severa e com a hipótese de deficiência de ferro como componente importante do quadro. Esta interpretação é consistente com as recomendações actuais para investigação da anemia infantil, que valorizam a combinação entre hemograma, índices eritrocitários e avaliação das reservas de ferro.

4.3. Problemas e diagnósticos de enfermagem

Foram identificados seis problemas principais: palidez acentuada, fraqueza generalizada, cansaço fácil, diminuição do apetite, tonturas ocasionais e temperatura de 37,5 °C. A partir destes problemas foram estabelecidos os diagnósticos de perfusão tissular ineficaz, intolerância à actividade, fadiga, nutrição desequilibrada inferior às necessidades corporais, risco de queda e hipertermia.

A perfusão tissular ineficaz foi relacionada à diminuição da hemoglobina e evidenciada pela palidez. O plano estabeleceu como resultado esperado a melhoria da perfusão e da oxigenação tecidual em 48–72 horas, através de monitorização dos sinais vitais, avaliação da palidez, vigilância de sinais de hipóxia, oxigenoterapia, acompanhamento da transfusão e repouso.

A intolerância à actividade esteve relacionada ao défice de oxigenação tecidual e evidenciada pela fraqueza generalizada. Foram adoptadas intervenções como avaliação da fadiga, incentivo ao repouso, auxílio nas actividades básicas e prevenção de esforços excessivos. Ao final do período de acompanhamento, o paciente apresentava apenas fraqueza leve e conseguia realizar actividades simples com menor esforço.

O diagnóstico de fadiga foi relacionado à redução da hemoglobina e evidenciado pelo cansaço fácil. As intervenções incluíram organização do repouso, manutenção de ambiente calmo, redução de estímulos e monitorização da resposta. A avaliação registou diminuição do cansaço e melhoria da disposição.

A nutrição desequilibrada: inferior às necessidades corporais esteve relacionada com ingestão insuficiente e diminuição do apetite. O plano incluiu avaliação da dieta, incentivo ao consumo de alimentos ricos em ferro, fraccionamento das refeições e administração de

suplementos conforme prescrição. Houve melhoria do apetite, embora a ingestão ainda fosse considerada inferior ao ideal na avaliação final.

O risco de queda foi associado às tonturas e fraqueza. Foram utilizadas grades elevadas, supervisão da mobilização, orientação da mãe e manutenção de ambiente seguro. Não foram registados episódios de queda durante o internamento.

A hipertermia foi relacionada, no plano original, à possibilidade de processo infeccioso e evidenciada por temperatura de 37,5 °C. Foram estabelecidas monitorização da temperatura, hidratação, observação de sinais de infecção e administração de antipiréticos conforme prescrição. A temperatura evoluiu para valores estáveis.

4.4. Evolução clínica

No primeiro dia de internamento, 21/04/2026, o paciente encontrava-se consciente, porém prostrado, com palidez cutâneo-mucosa acentuada, fraqueza generalizada e cansaço fácil. Apresentava temperatura de 37,5 °C, frequência cardíaca de 120 bpm, frequência respiratória de 28 irpm e peso de 11 kg. Foram realizadas monitorização contínua, repouso, hidratação venosa e terapêutica prescrita.

Em 22/04/2026, observou-se maior tranquilidade, embora persistissem mucosas hipocoradas e episódios leves de fadiga aos esforços mínimos. A temperatura era de 37,2 °C, frequência cardíaca de 116 bpm e frequência respiratória de 26 irpm, mantendo peso de 11 kg. A aceitação da dieta era parcial e os cuidados de higiene, conforto e vigilância foram mantidos.

Em 23/04/2026, terceiro dia de internamento, verificou-se melhoria gradual do estado geral, redução da prostração e da palidez, maior actividade no leito e melhor aceitação alimentar. Os sinais vitais apresentavam temperatura de 36,9 °C, frequência cardíaca de 110 bpm, frequência respiratória de 24 irpm e peso de 11,2 kg.

Em 24/04/2026, o paciente estava consciente, colaborante e hemodinamicamente estável, relatando menor cansaço nas actividades habituais. Apresentava temperatura de 36,8 °C, frequência cardíaca de 104 bpm, frequência respiratória de 22 irpm e peso de 11,4 kg, sem sinais de desconforto respiratório.

Em 25/04/2026, foi registada evolução clínica satisfatória, com redução significativa da palidez e melhoria da tolerância às actividades. Não houve episódios de tontura ou febre; a temperatura era de 36,7 °C, frequência cardíaca de 100 bpm, frequência respiratória de 22 irpm e

peso de 11,5 kg. A mãe demonstrou compreensão das orientações relacionadas com a prevenção da anemia.

No dia 26/04/2026, foi identificado o diagnóstico de enfermagem de hipertermia relacionada a possível processo infeccioso, evidenciada por temperatura corporal de 37,5 °C. Como resultado esperado, estabeleceu-se a normalização da temperatura em 15 minutos.

Para alcançar este resultado, foram definidas as seguintes intervenções de enfermagem: monitorizar a temperatura; administrar antipiréticos conforme prescrição médica; promover hidratação; e observar sinais de infecção.

A evolução demonstra resposta clínica favorável às intervenções realizadas durante o internamento. A redução progressiva da frequência cardíaca, da frequência respiratória, da temperatura e da palidez, associada à melhoria da actividade e da alimentação, indica recuperação clínica gradual.

4.5. Plano de alta e educação da família

A alta hospitalar ocorreu em 27/04/2026. Na ocasião, o paciente encontrava-se consciente, activo e hemodinamicamente estável, com melhoria significativa da palidez cutâneo-mucosa, sinais vitais dentro dos parâmetros considerados adequados para a idade, boa aceitação alimentar e ausência de sinais de agravamento clínico.

A mãe recebeu orientações sobre a administração correcta da medicação prescrita, alimentação rica em ferro, incluindo fígado, carne vermelha, feijão e folhas verdes, bem como consumo de frutas ricas em vitamina C. Foi igualmente orientada sobre hidratação, repouso, redução de esforços físicos excessivos, consultas de acompanhamento e realização dos exames laboratoriais solicitados.

Foram ainda recomendadas medidas preventivas, como desparasitação regular, vacinação de acordo com o calendário, alimentação saudável e acompanhamento pediátrico periódico. O encaminhamento para os serviços de pediatria e nutrição procurou assegurar a continuidade da monitorização clínica e dos níveis de hemoglobina.

A educação da família constitui uma componente essencial da assistência porque a recuperação da anemia não termina com a alta. A adesão ao tratamento, a melhoria da qualidade da alimentação, a identificação de sinais de alarme e o cumprimento das consultas são determinantes para reduzir o risco de recorrência.

5. CONCLUSÃO

O estudo permitiu descrever os cuidados de enfermagem prestados a uma criança de 4 anos com anemia severa internada no Hospital Municipal do Lubango Olga Chaves. O caso apresentou manifestações clínicas importantes, nomeadamente palidez cutâneo-mucosa acentuada, fraqueza generalizada, fadiga, diminuição do apetite e tonturas ocasionais, associadas a alterações laboratoriais caracterizadas por hemoglobina inferior a 5,8 g/dL, redução do hematócrito e dos eritrócitos, microcitose, hipocromia e diminuição do ferro sérico e da ferritina.

Foram identificados seis diagnósticos de enfermagem: perfusão tissular ineficaz, intolerância à actividade, fadiga, nutrição desequilibrada inferior às necessidades corporais, risco de queda e hipertermia. Estes diagnósticos resultaram da avaliação dos sinais, sintomas e necessidades apresentadas pelo paciente.

Foi elaborado e implementado um plano de cuidados individualizado, contemplando monitorização dos sinais vitais, avaliação da perfusão e da oxigenação, repouso, apoio às actividades, prevenção de quedas, vigilância da temperatura, hidratação, acompanhamento da terapêutica, suporte nutricional e educação da mãe.

Verificou-se resposta favorável às intervenções realizadas. Entre 21 e 26/04/2026 houve redução progressiva da palidez e da prostração, melhoria da tolerância às actividades, redução da fadiga, melhor aceitação alimentar e estabilização dos sinais vitais. Na alta, em 27/04/2026, o paciente encontrava-se consciente, activo e hemodinamicamente estável, com boa aceitação alimentar e sem sinais de agravamento clínico.

Os cuidados de enfermagem desempenharam papel fundamental na recuperação clínica da criança, sobretudo através da vigilância contínua, identificação precoce dos problemas, implementação de intervenções individualizadas, acompanhamento da terapêutica, prevenção de complicações e educação da família. A continuidade do acompanhamento pediátrico e nutricional é necessária para monitorizar a recuperação hematológica e reduzir o risco de recorrência.

A principal limitação do estudo está relacionada ao carácter individual do caso clínico, que não permite generalizar os resultados para todas as crianças com anemia severa. Como perspectiva, recomenda-se a realização de estudos com maior número de crianças e

acompanhamento após a alta, incluindo avaliação da hemoglobina, ferritina, estado nutricional, adesão terapêutica e factores familiares e ambientais associados à recorrência da anemia.

REFERÊNCIAS

Aksu, T., & Ünal, Ş. (2023). Iron deficiency anemia in infancy, childhood, and adolescence. *Turkish Archives of Pediatrics*, 58(4), 358–362. <https://doi.org/10.5152/TurkArchPediatri.2023.23049>

Arulparithi, C. S., Arunbabu, T., & Manjani, S. (2023). Iron preparations in the management of iron deficiency anemia in infants and children: A systematic review and meta-analysis. *Indian Pediatrics*, 60(9), 752–758. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37209050/>

Brehm, R., South, A., & George, E. C. (2024). Use of point-of-care haemoglobin tests to diagnose childhood anaemia in low- and middle-income countries: A systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 29(2), 73–87. <https://doi.org/10.1111/tmi.13957>

Chaber, R., Helwich, E., Lauterbach, R., Mastalerz-Migas, A., Matysiak, M., Peregud-Pogorzelski, J., Styczyński, J., Szczepański, T., & Jackowska, T. (2024). Diagnosis and treatment of iron deficiency and iron deficiency anemia in children and adolescents: Recommendations of the Polish Pediatric Society, Polish Society of Pediatric Oncology and Hematology, Polish Neonatology Society, and Polish Society of Family Medicine. *Nutrients*, 16(21), 3623. <https://doi.org/10.3390/nu16213623>

Chandra, J., et al. (2022). Nutritional anaemia in children: Diagnosis and management. *Indian Pediatrics*.

14

Christian, A. K., Afful-Dadzie, E., & Marquis, G. S. (2023). Infant and young child feeding practices are associated with childhood anaemia and stunting in sub-Saharan Africa. *BMC Nutrition*, 9, 9. <https://doi.org/10.1186/s40795-022-00667-9>

Fançony, C., Lavinha, J., Brito, M., & Barros, H. (2020b). Anemia in preschool children from Angola: A review of the evidence. *Porto Biomedical Journal*, 5(1), e60. <https://doi.org/10.1097/j.pbj.000000000000060>

Fançony, C., Soares, Â., Lavinha, J., Barros, H., & Brito, M. (2020a). Iron deficiency anaemia among 6-to-36-month children from northern Angola. *BMC Pediatrics*, 20, 298. <https://doi.org/10.1186/s12887-020-02185-8>

Gedfie, S., Getawa, S., & Melku, M. (2022). Prevalence and associated factors of iron deficiency and iron deficiency anemia among under-5 children: A systematic review and meta-analysis. *Global Pediatric Health*. <https://doi.org/10.1177/2333794X221110860>

Iolascon, A., Andolfo, I., Russo, R., Sanchez, M., Busti, F., Swinkels, D., Aguilar Martinez, P., Bou-Fakhredin, R., Muckenthaler, M. U., Unal, S., Porto, G., Ganz, T., Kattamis, A., De Franceschi, L., Cappellini, M. D., Munro, M. G., & Taher, A. (2024). Recommendations for

diagnosis, treatment, and prevention of iron deficiency and iron deficiency anemia. *HemaSphere*, 8(7), e108. <https://doi.org/10.1002/hem3.108>

Jullien, S. (2021). Screening of iron deficiency anaemia in early childhood. *BMC Pediatrics*, 21, 337. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02725-w>

Lemoine, A., & Tounian, P. (2020). Childhood anemia and iron deficiency in sub-Saharan Africa—Risk factors and prevention: A review. *Archives de Pédiatrie*, 27(8), 490–496. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2020.08.004>

Mattiello, V., Schmutz, M., Hengartner, H., von der Weid, N., & Renella, R. (2020). Diagnosis and management of iron deficiency in children with or without anemia: Consensus recommendations of the SPOG Pediatric Hematology Working Group. *European Journal of Pediatrics*, 179(4), 527–545. <https://doi.org/10.1007/s00431-020-03597-5>

McEvoy, M. T., Stuckert, A. J., Castellanos, M. I., Gilbert, M. M., Pfeiffer, T., Prudowsky, Z., Rios, X., Airewele, G., Okcu, M. F., & Powers, J. M. (2023). Management of nutritional iron deficiency anemia for young children in the emergency department. *Pediatric Blood & Cancer*, 70(3), e30181. <https://doi.org/10.1002/pbc.30181>

McWilliams, S., Singh, I., Leung, W., Stockler, S., & Ipsiroglu, O. S. (2022). Iron deficiency and common neurodevelopmental disorders—A scoping review. *PLOS ONE*, 17(9), e0273819. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0273819>

Mohd Rosli, R. R., Norhayati, M. N., & Ismail, S. B. (2021). Effectiveness of iron polymaltose complex in treatment and prevention of iron deficiency anemia in children: A systematic review and meta-analysis. *PeerJ*, 9, e10527. <https://doi.org/10.7717/peerj.10527>

Moscheo, C., Licciardello, M., Samperi, P., La Spina, M., Di Cataldo, A., & Russo, G. (2022). New insights into iron deficiency anemia in children: A practical review. *Metabolites*, 12(4), 289. <https://doi.org/10.3390/metabo12040289>

Mwangi, M. N., Mzembe, G., Moya, E., & Verhoef, H. (2021). Iron deficiency anaemia in sub-Saharan Africa: A review of current evidence and primary care recommendations for high-risk groups. *The Lancet Haematology*, 8(10), e732–e743. [https://doi.org/10.1016/S2352-3026\(21\)00193-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3026(21)00193-9)

Pasricha, S.-R., Tye-Din, J., Muckenthaler, M. U., & Swinkels, D. W. (2021). Iron deficiency. *The Lancet*, 397(10270), 233–248. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32594-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32594-0)

Powers, J. M., Buchanan, G. R., Adix, L., Zhang, S., Gao, A., & McCavit, T. L. (2017). Effect of low-dose ferrous sulfate vs iron polysaccharide complex on hemoglobin concentration in young children with nutritional iron-deficiency anemia: A randomized clinical trial. *JAMA*, 317(22), 2297–2304. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.6846>

Raleigh, M. F., Yano, A. S., & Shaffer, N. E. (2024). Anemia in infants and children: Evaluation and treatment. *American Family Physician*, 110(6), 612–620.

Siamisang, C., et al. (2023). Anaemia among hospitalized children in Botswana. *Global Pediatric Health*. <https://doi.org/10.1177/2333794X231156059>

Tadesse, S. E., Zerga, A. A., Mekonnen, T. C., Tadesse, A. W., Hussien, F. M., Feleke, Y. W., Anagaw, M. Y., & Ayele, F. Y. (2022). Burden and determinants of anemia among under-five children in Africa: Systematic review and meta-analysis. *Anemia*, 2022, 1382940. <https://doi.org/10.1155/2022/1382940>

Visser, J., et al. (2021). Dietary diversity and anaemia among South African schoolchildren. *Public Health Nutrition*.

World Health Organization. (2024). *Measuring haemoglobin concentration to define anaemia: WHO guidelines*. *The Lancet*, 403(10440), 1963–1966. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00502-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00502-6)