



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**INCIDÊNCIA DA MÁ NUTRIÇÃO NAS CRIANÇAS MENORES DE 5
ANOS DE IDADE, NO HOSPITAL MUNICIPAL DO KUIMBA / ZAIRE
NO I SEMESTRE DE 2023**

Autor: Kamalandua Zayi

Orientador: Rodrigues José, Lic.

Luanda, 2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**INCIDÊNCIA DA MÁ NUTRIÇÃO NAS CRIANÇAS MENORES DE 5
ANOS DE IDADE, NO HOSPITAL MUNICIPAL DO KUIMBA / ZAIRE
NO I SEMESTRE DE 2023**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisito, para a obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem, sob orientação do professor Rodrigues José, Lic.

Autor: Kamalandua Zayi

Orientador: Rodrigues José, Lic.

Luanda, 2024



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

INCIDÊNCIA DA MÁ NUTRIÇÃO NAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE, NO HOSPITAL MUNICIPAL DO KUIMBA / ZAIRE NO I SEMESTRE DE 2023.

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação: _____

Data ____/____/____

DEDICATÓRIA

A minha família especialmente a minha querida esposa: Ndona Divava, pelo carinho, paciência e por ter sempre me trazido paz na correria de cada quinzena que eu fazia da Província do Zaire para Capital do País.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para chegar até aqui, me ajudando a superar cada obstáculo que surgia ao longo da minha formação.

A minha família, especialmente aos meus queridos filhos: Ana Kamalandua Zayi, Pedro Matuvangua Zayi, Francisco Kamalandua Zayi, Bendita Mbenza Zayi e Faustino Mansaka Menakuanzambi Zayi, pela paciência e a perseverança apresentada durante a minha formação.

Ao meu orientador Rodrigues José, Lic, pelo apoio que me concedeu no preparo deste trabalho e pelos seus estímulos e conselhos profissionais, que me auxiliaram a enfrentar os desafios e acreditar na conclusão deste trabalho.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA) por esses 4 anos de formação.

Ao interveniente que colaborou na minha pesquisa de campo como o pedagogo: Artur Vaz Monteiro, Lic.

Aos meus colegas e amigos, que de uma forma tornaram este caminho mais fácil de ser percorrido especialmente: Monica Lunfila Ndozi e Eduardo Mamona Mbole.

EPÍGRAFE

“A nutrição é arte de amar os detalhes dos alimentos e, através deles, transformar pessoas em um quadro maior em que semblantes caídos dão lugar a grandes sorrisos.”

Bezerra (2014)

RESUMO

O Presente trabalho têm como tema “Incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade, no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no Iº Semestre de 2023”. A metodologia aplicada neste trabalho foi a pesquisa descritiva observacional, prospectivo de tipo transversal, quanto a modelo de abordagem utilizamos a pesquisa quali-quantitativa, Neste trabalho usamos a seguinte hipótese: O baixo nível socioeconômico das famílias contribui na má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade. A falta de saneamento básico é um dos factores que influênciam na má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade. A falta de conhecimento das mulheres sobre a mamamentação exclusiva pode originar má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade. Objectivo geral desta monografia: Conhecer os factores da incidência de má-nutrição nas crianças menores de 5 cinco anos de idade no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no Iº semestre de 2023. Objectivos específicos: Caracterizar o perfil sócio demográficos segundo as variáveis: faixa etária, nível académico, tempo de serviço. Indetificar os factores de risco na incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 cinco anos no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no Iº semestre de 2023. Descrever as possíveis complicações sobre a má nutrição que pode surgir nas crianças menores de 5 anos de idade no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no Iº semestre de 2023. Propor sugestões que podem erradicar a má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no Iº semestre de 2023. Na nossa população, extraímos uma amostra de trinta (30) indivíduos. Concluimos o seguinte: A maior parte dos profissionais do Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, conhecem os possíveis complicações sobre a má nutrição que pode surgir nas crianças menores de 5 anos. Sugerimos o seguinte: Que o Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, trabalhe no sentido de capacitar o pessoal técnicos na área da nutrição.

Palavras - chaves: Incidência, Má-nutrição, Criança.

ABSTRACT

The theme of this work is “Incidence of malnutrition in children under 5 years of age, at the Municipal Hospital of Kuimba/Zaire in the 1st Semester of 2023”. The methodology applied in this work was descriptive observational, prospective cross-sectional research, as for the approach model we used qualitative-quantitative research. In this work, we used the following hypothesis: The low socioeconomic level of families contributes to poor nutrition in children under 5 years of age. The lack of basic sanitation is one of the factors that influence poor nutrition in children under 5 years of age. Women's lack of knowledge about exclusive breastfeeding can lead to poor nutrition in children under 5 years of age. General objective of this monograph: To understand the factors behind the incidence of malnutrition in children aged 5 to 5 years at the Municipal Hospital of Kuimba/Zaire in the first semester of 2023. Specific objectives: To characterize the socio-demographic profile according to the variables: age group, academic level, service time. Identify risk factors in the incidence of malnutrition in children under 5 years of age at the Kuimba Municipal Hospital/Zaire in the first half of 2023. Describe the possible complications regarding malnutrition that may arise in children under 5 years of age at the Municipal Hospital of Kuimba/Zaire in the first half of 2023. Propose suggestions that can eradicate malnutrition in children under 5 years of age at the Municipal Hospital of Kuimba/Zaire in the first semester of 2023. In our population, we extracted a sample of thirty (30) individuals. We conclude the following: Most professionals at the Municipal Hospital of Kuimba/Zaire are aware of the possible complications regarding malnutrition that can arise in children under 5 years of age. We suggest the following: That the Kuimba/Zaire Municipal Hospital works to train technical staff in the area of nutrition.

Key Words: Incidence, Malnutrition, Child.

LISTA DE ABREVIATURA

AIG..... Adequado para Idade Gestacional.
GIG..... Grande para Idade Gestacional.
IMC/Idade..... Índice de massa corporal para idade.
OMS..... Organização mundial da saúde.

P/E..... Peso para estatura.
PA Peso para Altura.
PB..... Perímetro braquial.
PI..... Peso para Idade.
PIG..... Pequeno para Idade Gestacional.
RN..... Recém-Nascido.
TRO..... Terapia de reidratação oral.
Unicef..... Fundo das nações unidas para a infância.
VO..... Via oral.

LISTAS DE TABELAS

Tabela nº01- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	43
Tabela nº02- Distribuição da amostra Segundo o nível acadêmico como profissional de enfermagem.....	44
Tabela nº 03- Distribuição da amostra Segundo o tempo de serviço.....	45
Tabela nº 04- Factores de risco nas crianças com má nutrição.....	46
Tabela nº 05- Possíveis complicações sobre a má nutrição.....	47

LISTAS DOS GRÁFICOS

Gráfico nº01- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	43
Gráfico nº02- Distribuição da amostra Segundo o nível acadêmico como profissional de enfermagem.....	44
Gráfico nº 03- Distribuição da amostra Segundo o tempo de serviço.....	45
Gráfico nº 04- Factores de risco nas crianças com má nutrição.....	46
Gráfico nº 05- Possíveis complicações sobre a má nutrição.....	47

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	5
2.1. Definição dos termos e conceitos	5
2.2. Breve histórica sobre a má nutrição	6
2.3. A má nutrição nas crianças menores de 5 anos	7
2.4. A má nutrição nas crianças menor de 5 anos no mundo em particular em Angola	10
2.5. Perfil epidemiológico e etiológico em crianças com má nutrição	11
2.6. Indicadores de crianças desnutridas	12
2.7.1. incidência de casos de má nutrição nas crianças menor de 5 anos	13
2.8.2. Período neonatal e amamentação sob o olhar da enfermagem	14
2.9.3. As causas da má nutrição nas crianças menor de 5 anos de idade	15
2.10. Factores relacionados à má nutrição infantil	17
2.11. Principais alterações na criança devido à desnutrição	19
2.12. Distribuição de baixo peso devido nutricional nos menores de 5 anos	19
2.13. Desnutrição nos menor de 5 anos por Kwashiorkor	20
2.14. Sinais Clínicos de Kwashiorkor (Edema Bilateral)	22
2.15. Desnutrição por Marasmo e Kwashiorkor-marasmático	22
2.16. Função do enfermeiro na desnutrição	23
2.17. Níveis de Intervenção da má nutrição	24
2.18. Avaliação da Criança com má nutrição e critérios para Internação	25
2.19. Avaliação do estado nutricional e exame físico da criança	26
2.20. Exames Complementares	27
2.21. Procedimentos realizados na avaliação antropométrica	28
2.22. Terapia nutricional com planeamento na conduta terapêutica	30
2.23. Repercussões da desnutrição sobre o organismo da criança	33

2.24. Intervenções de enfermagem à criança com má nutrição	34
2.25. A assistência da enfermagem à desnutrição na primeira infância	37
3. CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA	38
3.1. Tipo de pesquisa	38
3.2. Modelo de abordagem	38
3.3. Nível de estruturação de métodos	38
3.4. Técnicas de recolha de dados	40
3.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados	41
3.6. População e Amostra	41
3.7. Dificuldades encontradas	42
4. CAPÍTULO- III: RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
4.1- Apresentação e interpretação dos resultados	43
4.2. Discussão dos resultados	48
5. CONCLUSÕES	50
6. SUGESTÕES	51
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
8. APÊNDICES	
9. ANEXOS	

1. INTRODUÇÃO

O Presente trabalho tem como tema “Incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade, no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no I Semestre de 2023”.

A desnutrição infantil tem sido amplamente discutida em eventos nacionais e internacionais, pois se trata de um problema de saúde que apresenta sério comprometimento no crescimento e desenvolvimento da criança, associado a uma maior frequência de internações hospitalares e aumento da mortalidade infantil.

Para Monteiro (2010), a higiene precária na preparação dos alimentos, o deficit específicos da dieta em vitaminas e minerais, o alto índice de incidência de infecções como a diarreia e parasitoses intestinais, e ainda, o desmame precoce são as causas mais comuns de desnutrição na infância.

Pobreza e desnutrição se aproximam, uma vez que as necessidades humanas para um bom estado nutricional incluem não apenas a disponibilidade de alimentos, mas também boas condições de moradia, acesso aos serviços de saúde e à educação entre outros. Assim, “a existência da pobreza torna mais frequente, mas não compulsória, a presença de desnutrição na criança, sendo muito importante a ação de programas bem planejados de assistência integral à saúde infantil”

Em Angola em particular na província do Zaire, Município do Kuimba, observa-se por meio dos atendimentos clínicos à população, um alto índice de crianças menor de cinco anos desnutridas e com isso o aparecimento de doenças associadas como anemia, verminose, carência de vitaminas, e infecções que aumentam as chances de internações hospitalares. Nesse território as famílias possuem baixo nível socioeconômico, falta de saneamento básico, casas em péssimas condições de moradia, água sem tratamento, alimentação deficiente, desemprego e falta de informação, fatores estes que fazem aumentar ainda mais os casos de má nutrição infantil.

Nos dias actuais no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, verificou-se um índice elevado de casos de má nutrição, isso levou aprofundar a problemática, o que está na base do aumento de novos casos da má nutrição, para alguns intervenientes é o nível socioeconómico, a falta de saneamento básico, casas em péssimas condições

de moradia, água sem tratamento, alimentação deficiente, alta nível de desemprego, falta de informação, e a má condição de vias de acessos, A falta de conhecimento das mulher sobre a amamentação exclusiva.

Desta feita o problema em causa, formulamos a seguinte pergunta de partida:

Qual é a incidência da má nutrição nas crianças menores de cinco (5) anos de idade no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no I Semestre de 2023?

Hipótese

Segundo Francisco (2017, p. 39), a hipótese é uma explicação, uma condição ou princípio que procura relacionar entre si as variáveis que dizem respeito a um determinado fenómeno ou problema que se queira resolver é o mesmo que dizer: uma hipótese é uma solução provisória, proposta como sugestão no processo de investigação de um problema, resultado de um processo activamente criador de representação do mundo.

Com este propósito formulamos as seguintes hipóteses:

H1: O baixo nível socioeconómico das famílias contribui na incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade.

H2: A falta de saneamento básico é um dos factores que influência na incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade.

H3: A falta de conhecimento das mulheres sobre a amamentação exclusiva pode originar a incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade.

Objectivos

Para Marconi e Lakatos (2017, p. 27), dizem que toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar. O objectivo torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto.

Neste contexto traçamos os seguintes objectivos:

Objectivo geral

- Conhecer a incidência da má-nutrição nas crianças menores de 5 cinco anos de idade no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no I semestre de 2023.

Objectivos específico:

- Caracterizar o perfil sócio demográficos segundo as variáveis: faixa etária, nível académico, tempo de serviço;
- Identificar os factores de risco na incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 cinco anos no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no I semestre de 2023.
- Descrever as possíveis complicações sobre a má nutrição que pode surgir nas crianças menores de 5 anos de idade no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no I semestre de 2023.
- Propor sugestões que podem erradicar a má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no I semestre de 2023.

Delimitação e limitação

a) Delimitação

Em função da natureza da nossa pesquisa e dos objectivos traçados, o nosso estudo delimitar-se-á nos casos que levam à incidência de má nutrição nas crianças menores de 5 cinco anos de idade no Município do Kuimba Província do Zaire no I semestre de 2023.

b) Limitações

O nosso estudo teve os seguintes intervenientes: Licenciados, Técnicos médios, e Auxiliares de enfermagem.

Justificativa

Por isso, escolhemos este tema, no sentido de dar uma visão mais clara e objectiva sobre as causas que levam à má nutrição nas crianças menores de 5 cinco anos de idade no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no Iº semestre de 2023

É de extrema importância conhecer os factores que levam à má nutrição nas crianças menores de 5 cinco anos esse fenómeno já que não é um problema individual mas sim um problema social. No que diz respeito a motivação pessoal pela escolha do tema, é devido à elevada taxa de casos de má nutrição nas crianças menores de 5 cinco anos de idade no Hospital Municipal do Kuimba. Daí que pretendemos conhecer e aprofundar os possíveis factores que estão na base disso.

Toda via, espera-se no entanto que este material sirva de grande instrumento de pesquisa para os profissionais de saúde e dos alunos e todos os necessitados por conhecimentos científicos e académicos relativos a incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade.

• **Estrutura do trabalho**

O presente trabalho está dividido da seguinte forma:

A parte introdutória que esclarece os objectivos da pesquisa e apresenta três capítulos:

- No primeiro capítulo falamos da fundamentação teórica.
- No segundo capítulo Falamos da metodologia de pesquisa.
- No terceiro capítulo tratamos dos resultados e discussão.

E por fim fizemos menção das conclusões, sugestões e referências bibliográficas.

2. CAPITULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Definição dos termos e conceitos

Incidência

Para Pereira (2015, p. 27), “define incidência como frequência de surgimento de novos caso de uma doença num intervalo de tempo”.

Segundo Gusso & Lopes (2018, p.155),” incidência corresponde à estimativa estatística do risco de uma pessoa ou um grupo de pessoas, de desenvolver a doença pela qual a incidência é medida”.

Na óptica de Latham (2019, p. 88), “realça que num segundo sentido, a ideia de incidência equivale à influência de algo sobre determinado assunto e na terminologia científica.”

No nosso intender incidência é a frequência de uma doença sobre a população.

Má-nutrição

Má nutrição como um estado nutricional de uma população e um dos indicador de sua qualidade de vida (Lopez, 2017).

Segundo Monteiro (2010, p. 88), realça que “má nutrição é o estudo populacional sobre condições de saúde na infância”.

Para Victora (2014) define má nutrição como parte amplo estudo epidemiológico sobre condições de saúde da infância.

No nosso ponto de vista má nutrição é um dos indicadores do estado da saúde de uma determinada população

Criança

Segundo Organização mundial da saúde (OMS, 2010), criança é todo indivíduo com menos de 18 anos de idade.

De acordo Ferreira (2010), toda pessoa que se encontra em sua primeira fase de existência é considerada criança.

No ponto de vista cronológico, criança é percebida desde o momento do seu nascimento ate a puberdade (Felberg, 2014).

No nosso entender criança são aqueles indivíduos que transcorrem pela primeira instância da vida conhecida como infância.

2.2. Breve histórica sobre a má nutrição

A criança deve ser detalhada, contendo a história da amamentação (duração do aleitamento materno exclusivo e idade da suspensão total do aleitamento materno); Início da introdução de alimentos complementares ao leite materno (Teixeira & Heller, 2014, p. 82).

Nesta senda acreditamos que a dieta habitual (tipo, frequência e quantidade); Perda de apetite recente; Modificações da alimentação em função da doença da criança; Pessoa que cuida/alimenta a criança; Alimentos habitualmente disponíveis no domicílio e utilizados para a alimentação da criança; Alimentos preferidos pela criança

Segundo Severino (2019, p. 28), a carência de nutrientes como ferro, proteínas, vitaminas, carboidratos, cálcio, entre outros, podem provocar uma série de doenças e sequelas.

A má nutrição pode ter uma série de consequências no desenvolvimento biológico da criança, em especial se é acometida precocemente, as vitaminas também são fundamentais ao crescimento infantil, mas, como os minerais, algumas têm ação mais importante sobre o desenvolvimento e o crescimento, a morbimortalidade e sobre o processo de imune do organismo, como é o caso da vitamina.

Vários estudos têm revelado o efeito da sua suplementação sobre a saúde das crianças, durante o exame físico deve-se observar, registrar e anotar presença ou ausência de, peso e comprimento ou altura; Nível de atividade física; Distensão abdominal, movimentos peristálticos intestinais, sinal do piparote; Edema; Palidez grave (Winkelstein, 2017).

Portanto entendemos que, o aumento ou dor hepática ao toque, icterícia; Presença de vínculo mãe/criança (olhar, toque, sorriso, fala); Sinais de colapso circulatório: mãos e pés frios, pulso radial fraco, consciência diminuída, temperatura: hipotermia ou febre; Sede; Olhos: lesões corneais indicativas de deficiência de

vitamina A; Ouvidos, boca, garganta: evidência de infecção; Pele: evidência de infecção ou de petéquias e equimoses; Frequência respiratória e tipos de respiração: sinais de pneumonia ou insuficiência cardíaca e aparência das fezes.

Segundo Victora (2014), as principais alterações que devem ser observadas no exame físico para identificação dos distúrbios nutricionais são:

- Desnutrição grave;
- A diferenciação entre as formas clínicas kwashiorkor;
- Marasmo.

Nesta ordem de ideia entendemos que, trata-se de crianças com emagrecimento acentuado, baixa atividade, membros delgados devido a atrofia muscular e subcutânea, pele frouxa, o que favorece o aspecto envelhecido, o abdome pode ser globoso, mas raramente se observa hepatomegalia, os cabelos são finos e escassos e o comportamento apático.

Segundo Leão (2012, p. 33), no Kwashiorkor, em geral, acomete crianças acima de 2 anos. Caracteriza-se por alterações de pele, acometimento dos cabelos (textura, coloração e 24 facilidade de se soltar do couro cabeludo), hepatomegalia (decorrente de esteatose), ascite, face de lua (edema de face), edema de membros inferiores e/ou anasarca e apatia.

No nosso entendimento à criança desnutrida por equipe multiprofissional em centros especializados, com padronização de condutas adaptadas à fisiopatologia destes pacientes, como a proposta pela OMS, promove a recuperação nutricional, com o tempo de internação satisfatório e baixo índice de letalidade.

2.3. A má nutrição nas crianças menores de 5 anos

Para Aburto (2010, p. 23), A criança quando está malnutrida, ela apresenta inchaço no corpo, principalmente na cara, os braços, as pernas, as vezes também pode ter feridas na pele e o cabelo pode estar fraco e com cor clara.

Entretanto a falta de alimentos adequados com minerais e vitaminas necessárias para o desenvolvimento do corpo, , ocorrido principalmente com crianças menores de cinco anos de idade, os fatores mais preocupantes são os

ambientais e patológicos que estão diretamente ligados à pobreza, não se tratando apenas de má carência alimentar

A má nutrição é uma doença de natureza clínico-social multifatorial cujas raízes se encontram na pobreza, a desnutrição grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crônica e levando a óbito, caso não seja tratada adequadamente (Adriana, 2013).

Pode começar precocemente na vida intra-uterina (baixo peso ao nascer) e frequentemente cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas (diarreias e respiratórias).

Quando estamos realçar sobre desnutrição primária estamos a falar sobre os fatores de risco na gênese da desnutrição incluem problemas familiares relacionados com a situação socioeconômica, precário conhecimento das mães sobre os cuidados com a criança pequena (alimentação, higiene e cuidados com a saúde de modo geral) e o fraco vínculo mãe e filho (Araújo, 2019).

A prevenção e o controle da desnutrição dependem de medidas mais amplas e eficientes de combate à pobreza e à fome e políticas de inclusão social.

No entanto, é responsabilidade dos profissionais de saúde o atendimento à criança com desnutrição de acordo com o atual conhecimento científico disponível e a atuação efetiva, tanto para salvar as vidas dessas crianças, como para promover a sua recuperação e evitar recaídas

Para Barros (2015, P. 87), o sucesso obtido no tratamento da criança hospitalizada deve ter sua continuidade assegurada por meio de medidas adequadas no ambulatório, na comunidade e no domicílio.

Nesta senda acreditamos que, a má nutrição pode ser considerada uma condição patológica e reversível de nutrientes, por necessidade do organismo, acompanhadas de variadas manifestações clínicas de acordo com diversas razões e que se reveste de diferentes graus de severidade.

A má nutrição é a segunda causa de morte mais frequente em crianças menores de 5 anos dentro dos países em desenvolvimento. Cerca de 20 a 30% das crianças gravemente desnutridas chegam a falecer ainda durante o tratamento em serviços públicos de saúde nesses países (Bezerra, 2014).

Portanto a taxa aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) é de apenas 5%, o que acaba gerando um alto índice de mortes devido a vários causadores, como o descaso dos governantes em não aplicar saneamento básico, atendimentos adequados de recuperação nutricional, as pessoas também tem sua parcela de culpa com sua higiene e não preocupação com o ambiente, apenas se acomodando esperando a ação dos seus representantes, governamentais.

Muitas pessoas procuram após verificar que há algo errado com a nutrição de seus filhos, é quando se faz o diagnóstico e identifica o grau de desnutrição. Um dos problemas de saúde pública é a desnutrição, que tem como causas como: pobreza, péssimas condições ambientais nas localidades onde vivem e a própria realidade social, são situações que afetam diretamente certa parte da população, onde principalmente afetando os menores de 5 anos (Brenelli, 2019).

Pais sem escolaridade, mães que não amamentaram seus filhos no período adequado, má nutrição está relacionada diretamente a pobreza, a qual pode ser analisada a renda familiar, isto é, quanto menor for a renda familiar maior a chance de haver eventos relacionados à desnutrição, outros fatores que podem estar diretamente relacionados à má nutrição é a (falta de informação), condições precárias do ambiente em que vivem, na qual várias doenças como a anemia e a parasitose se destacam agravando o grau de desnutrição.

As parasitoses intestinais constituem outro grave problema, podendo ser responsabilizadas de acordo com a gravidade das infecções devido as condições de vida, moradia e carência alimentar, causando malefícios. Entre eles, principalmente crianças na fase de desenvolvimento físico e mental, que estão mais vulneráveis e sensíveis às doenças da própria infância (Caulfield, 2014).

Neste contexto entendemos que, a carência alimentar é um fator importante, porém outros fatores como problemas de ambientes, patológicos e pobreza estão intimamente ligados à desnutrição, De acordo com a organização mundial de saúde (OMS) e o fundo das nações unidas para a infância (unicef), cerca de 190 milhões

de criança menores de cinco anos são desnutridas e que 50% das mortes em crianças desta faixa etária em países subdesenvolvidos possuem fator da desnutrição.

2.4. A má nutrição nas crianças menor de 5 anos no mundo em particular em Angola

Para Comassetto (2016, P. 65), a desnutrição energético-proteica atinge mais de 200 milhões de crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento e é responsável por mais de 25%, de mortes anuais nos países em desenvolvimento, estando geralmente associado à infecção.

Contudo entendemos que, o grupo mais vulnerável é constituído pelos fetos em período de desenvolvimento e por crianças de até 3 anos de idade, má nutrição fetal resulta em recém-nascidos com baixo peso ao nascer e representa o grupo de maior mortalidade e maior risco aos agravos nutricionais. A organização Mundial de Saúde (OMS) estima que 51% das crianças com menos de 4 anos de idade vivendo em países em desenvolvimento estejam sofrendo de anemia.

Além da anemia e da deficiência de vitamina A, as crianças desnutridas sofrem de carências múltiplas de micronutrientes, principalmente de Zinco (Dantas, 2014).

A alta exposição a infecções e dieta inadequada são características comuns das comunidades menos favorecidas. As crianças desnutridas tem um alto risco de infecção, em qualquer comunidade que vivam, prevenir infecções, tratar adequadamente as doenças e alimentar corretamente as crianças doentes é primordial para a saúde e a manutenção do estado nutricional.

Se o processo de desnutrição se mantém, as crianças atingidas terão baixa 17 estatura, fato que concorre para a produção de uma geração de indivíduos com baixo potencial genético-estatural, a desnutrição exerce um importante papel para a ocorrência de deficits no desenvolvimento infantil, pode ter múltiplas causas e significados, mas não pode passar despercebida para a sociedade, que tem o dever de cuidar de suas crianças e protegê-las, sobretudo suprimindo suas necessidades mais básicas (Devincenzi, 2012).

Neste contexto a má nutrição no Brasil foi descrita pela primeira vez em 1956 por Waterlow e Vergara. O quadro clínico era muito parecido com o quadro de desnutrição proteicas descrito como Kwashiorkor, os estudos mostram uma doença com características dietéticas e históricas muito semelhantes, como: aleitamento materno prolongado; desmame inadequado com consumo de cereais, especialmente milho cozido, grãos e pimenta; ausência de ingestão regular de carne, leite, peixe e ovos; dieta pobre em calorias, mais principalmente em proteínas.

Na maioria dos países em desenvolvimento, apesar de ter ocorrido uma melhora da situação nutricional das crianças nos últimos anos, a redução da prevalência da desnutrição infantil e da taxa de mortalidade infantil continua sendo um problema de saúde pública, que atinge, particularmente, as crianças menores de 3 anos de idade (Caulfield, 2014).

Nesta ordem de ideia a pesquisa nacional sobre demografia a forma mais prevalente da desnutrição em todo Angola é a crônica, sendo que 11% das crianças menores de 5 anos de idade estão abaixo de 2DP para o indicador altura/idade, ou seja, com deficit estatural

A existência de casos de má nutrição grave indica que o problema ainda não está totalmente controlado e reconhecido que, para cada caso de desnutrição grave, existem muitos outros que são moderados ou leves, às vezes sem sinais clínicos de má nutrição, a qual se expressa apenas em termos de falha de crescimento, sem intervenção nos programas de saúde (Fernandes, 2016).

2.5. Perfil epidemiológico e etiológico em crianças com má nutrição

Mencionados os principais factores, dessa interrupção, são: baixo nível socioeconómico, baixa lactação e mães que trabalham fora; são ainda inferidas questões de interação mãe-filho, como a dificuldade durante a pega e adequações do tipo de mama, sendo o bico plano o principal mencionado (Ferreira, 2016).

Entretanto acreditamos que, o acompanhamento pré-natal e puerperal adequado alguns desses motivos são mitigados, possibilitando a melhoria da oferta dos aspectos físicos, interactivos e emocionais, partindo do plano individual de modificação, um dos pilares do trabalho da enfermagem, maximizar os

conhecimentos da mãe sobre a amamentação, instruir sobre sua própria alimentação, ingesta de água e analisar se aquela família não passa por uma situação de insegurança alimentar.

Segundo Leão (2012, P. 90), como maior ponto pode ser ilustrado os filhos de mães adolescentes que aumentam em cerca de 50% a chance de o filho desenvolver anemia devido à relação com amamentação, como também os vínculos sociais que estará inserido.

Neste contexto acreditamos que, em Angola a prevalência dessa condição permeia 7,5%, mas ao recortar as regiões Norte e Nordeste, ocorre um aumento, com dados chegando a mais de 14%, que seria quase o dobro das proporções nacionais, por isso, a insegurança alimentar é referida quando há um acesso a alimentos de forma limitada ou incerto, tanto nos aspectos físicos, como económico.

Dessa forma, a família não possui de ferramentas para garantir quantidade suficiente de nutrimento adequados. Outro dado que ainda chama atenção é alta prevalência de anemia em ambos os sexos, principalmente em crianças com idade inferior a 2 anos, devido a uma baixa ingesta na alimentação, permeando cerca de 25% de crianças com anemia (Gobena, 2015).

2.6. Indicadores de crianças desnutridas

Segundo Gough (2016, P. 54), citado por três índices antropométricos são usado como indicadores de desnutrição: Altura para Idade (AI), Peso para Altura (PA), Peso para Idade (PI).

Um deficit em um deste é encarado como desnutrição, mas estes sozinhos não estabelecem um processo específico que levou a criança à desnutrição. Há também outros três fatores indicados de desnutrição: Deficit Estaturas, Ponderal e Hipotrofia, ou (Falta de Peso, Insuficiência nutricional).

A desnutrição apresenta maiores índices de casos em Angola, especialmente no norte do país. Não obstante, nota-se maiores incidências em países da África, Ásia e América Latina (OMS, 2010).

2.7- Os indicadores nutricionais chave para o diagnóstico da desnutrição:

1. Perímetro braquial (PB)³ para crianças dos 6 meses aos 14 anos, incluindo adolescentes grávidas e nos 6 meses pós-parto.
2. Peso para estatura (P/E) para crianças dos 0 aos 59 meses. Índice de massa corporal para idade (IMC/Idade) para crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos de idade.
3. Edema bilateral (edema simétrico em ambos os pés), pode aparecer em todas as idades.

2.8- Incidência de casos de má nutrição nas crianças menor de 5 anos

Segundo Helenice (2011, p. 251), nos dias actuais nota se que a incidência de casos de desnutrição nas crianças menor de 5 anos, identifica as maiores percentagens de crianças menores de cinco anos desnutridas, conforme realça o ministério da saúde e tem preocupado muito a sociedade mundial pós que as qualidades de vida da população é inadequada.

Em virtude disso, o deficit de estatura é a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico da desnutrição infantil em crianças no mundo a incidência de caso da desnutrição global de baixa estatura desde os anos 1990 reflete modificações nas estruturas sociais, de acesso a serviços de saúde, disponibilidade de alimentos e alimentação inadequada

Verificadas nas últimas décadas, contudo, o número actual de pré-escolares com desnutrição ainda representa quase um terço das crianças que vivem nos países de baixa e media renda (Lacerda, 2016).

Nesta senda revelando a importância deste agravo como um problema de saúde pública em muitas regiões do mundo, mas que deve ser uma preocupação de todos, a África é o continente que apresenta a maior proporção de crianças com déficit de crescimento com estimativa para o ano de 2011 de 35,6% (IC 95%: 33,3; 38,0), representando um contingente populacional de 56,3 milhões de crianças menores de cinco anos com desnutrição crônica.

Em 2014, esta estimativa alcançou patamares de 58 milhões de crianças, com uma tendência preocupante de elevação do número de casos. Este incremento no

número de casos, não ocorreu de maneira uniforme, em toda a África, com os quase 10 milhões de desnutridos a mais vivendo em regiões, sobretudo do Leste do continente (Lima, 2016).

Portanto esta porção da África, desde 2014, vem passando por um longo período de seca, ocasionando efeitos devastadores sobre a sobrevivência e saúde infantil, a Oceânia é a segunda região do globo com a mais elevada prevalência de desnutrição (35,5%; IC95%: 16,0-61,4), com a estimativa do número de crianças ficando próxima à verificada na África, porém, o contingente populacional é menor: 0,5 milhões de crianças em 2011.

As últimas estimativas divulgadas para essa região, no ano 2014, apontam a existência de um milhão de crianças com desnutrição, apresentando também tendência de elevação como à observada no continente africano, todavia, em menor escala (Marilyn, 2014).

2.9- Período neonatal e amamentação sob o olhar da enfermagem

De acordo Martines (2016, p. 64), o acompanhamento da criança começa com o pré-natal qualificado, pois desde a sua concepção, faz parte da relação social que ele estará inserido.

Estudos já mostram a sua interação intrauterina, ou seja, a sua relação direta com sua mãe, a qual é constituída por diversas relações interpessoais. Por seguinte, ganhará relações afetivas, identidade social, emotiva, sexual até se transformar em um ser social.

Dessa forma, o primeiro nutrimento e construção social do recém-nascido se dá por meio da relação mãe-filho (Mazzuttl & Ferreto, 2016).

Dessa forma acreditamos que, o profissional da enfermagem fica mais próximo à gestante e ao recém-nascido/pré-escolar, porquanto das 7 consultas de pré-natal, valor esse considerado mínimo para afirmar um bom acompanhamento de acordo com OMS, 4 delas são conduzidos pela enfermagem, como também ocorre na puericultura.

De acordo Aburto (2010, p. 82), também complementa esse pensamento mencionado que, o cuidado oferecido por a enfermagem possui o completo e

complexo envolver dos saberes atrelados à profissão, como o afetivo, como comumente dito como a arte de cuidar.

Portanto o acompanhamento da equipe da enfermagem não pode ser diminuído apenas a arte de cuidar, porquanto há diversas estratégias que torna a presença dessa profissão com alicerce do funcionamento do sistema de saúde, a consulta de enfermagem possui como alicerce cinco fases, sendo elas: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação das intervenções e avaliação.

2.9- As causas da má nutrição nas crianças menor de 5 anos de idade

Para Pelletier (2012, P. 70), a desnutrição energético-proteica (DEP) é decorrente da deficiência primária e/ou secundária de energia e proteínas e representa uma síndrome carêncial que reúne inúmeras manifestações clínicas, antropométricas e metabólicas, em razão da intensidade e duração da deficiência alimentar dos fatores patológicos e fase do desenvolvimento biológico do ser humano.

Neste contexto entendemos que, pode ser definida como uma doença multifatorial de alta letalidade, capaz de promover diversas alterações fisiológicas na tentativa de adaptar o organismo à escassez de nutrientes aumentando o risco de uma série de doenças podendo afetar o crescimento e o desenvolvimento cognitivo, inclusive na fase adulta.

Podendo iniciar ainda na vida intra-uterina, acarretando crianças com baixo peso ao nascer. Na infância, a desnutrição ocorre, frequentemente, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida, associada, muitas vezes, à contaminação ambiental e privação alimentar ao longo da vida (Lima, 2016).

Portanto a infância esteve associada à maiores concentrações de glicose sanguínea, pressão arterial, perfil lipídico inadequado e doença mental, Também é reconhecida como um importante factor de risco para aumento da prevalência e gravidade de infecções e mortalidade, havendo evidência de micronutrientes e maior gravidade das doenças. As causas básicas que contribuem para a desnutrição

infantil são estruturas sociais e instituições, sistemas políticos e ideologias, distribuição de riquezas e de recursos potenciais.

Segundo Rojas (2018, p. 45), a Unicef destaca que as causas são classificadas em imediatas, subjacentes e sociais. As causas imediatas (nível individual), destacam-se o consumo inadequado de alimentos e doenças, que se reforçam mutuamente.

Neste caso as causas subjacentes(nível domiciliar), são atribuídas em três conjuntos, que são: acesso inadequado aos alimentos; serviços de água, saneamento e saúde inadequados e práticas inadequadas de cuidados materno-infantis, Já as causas, sociais (nível básico), pertencem ao nível social e estão relacionadas à distribuição desigual da riqueza que gera a pobreza.

De acordo Santos (2018, P. 41), a raiz da má nutrição está na pobreza, onde faltam, além de recursos, educação, informação, acesso aos serviços básicos de saúde e saneamento básico, ou seja, todos os fatores de risco já apresentados para a desnutrição gerados por fatores estruturais da sociedade.

Nesta ordem de ideia entendemos que, embora a má nutrição esteja intimamente ligada à pobreza, as causas no nível domiciliar, ou seja, os cuidados prestados para essa criança, são determinantes para sua saúde, assim como o cuidado nos serviços de saúde, os cuidados maternos prestados à criança são um fator crítico para neutralizar muitas das influências adversas do ambiente em que ela vive.

Para Severino (2019, p. 56), quando a mãe não recebe informação adequada e não é devidamente apoiada pela equipe de saúde, ela pode ter muitas dificuldades para vencer as condições de pobreza em que vive e prestar o cuidado adequado ao filho.

O estado nutricional infantil reflete basicamente o consumo alimentar e o estado de saúde da criança, e estes dependem da disponibilidade de alimento no domicílio, da salubridade do ambiente e do cuidado destinado à criança, a maior incidência de desnutrição encontra-se em populações de extrema pobreza e crianças menores de 5 anos e tem como principal preditor o baixo peso da criança

ao nascimento, assim como pode ser resultante de desorganização familiar e falta de disciplina na alimentação.

Na óptica de Silva (2017, p. 94), as causas da desnutrição tanto da mãe como da criança actuam em vários níveis, incluindo as causas imediatas a nível individual e as causas subjacentes a nível da família e da comunidade.

A nível imediato, a desnutrição pode ser causada tanto pela inadequada ingestão de alimentos, como também pelo aparecimento de infecções (por exemplo: diarreia, malária, HIV), nível subjacente, a ingestão de alimentos e exposição a doenças são afectados pela insegurança alimentar (falta de disponibilidade, acesso a, e/ou utilização de uma dieta diversa); praticas inadequadas de cuidados maternos e infantis e de alimentação; falta de higiene, bem como de saneamento ambiental, e falta de acesso a serviços de saúde e/ou serviços de saúde inadequados.

As causas básicas englobam as estruturas e processos sociais que negligenciam os direitos humanos e perpetuam a pobreza, limitam ou negam acesso a populações vulneráveis a recursos essenciais (Teixeira & Heller, 2014).

Portanto factores sociais, económicos e políticos podem ter uma influência de longo prazo sobre a subnutrição materna e infantil. Além disso, desnutrição crónica pode levar à pobreza, criando um ciclo vicioso, a curto prazo, a subnutrição aumenta o risco de mortalidade e morbilidade, e, a longo prazo, aumenta o risco de resultados insatisfatórios da gravidez (incluindo recém-nascidos pequenos para a idade gestacional).

2.10- Factores relacionados à má nutrição infantil

Segundo a organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a desnutrição é conceituada como uma condição patológica que aparece por deficiência de nutrientes, pelas células do organismo, associadas quase sempre a infecções, ocorrendo com maior frequência em lactentes e crianças de 0 a 05 anos.

Percebemos que, classifica os fatores de desnutrição em primária ou secundária. As causas primárias são quando as crianças tem uma alimentação quantitativa ou qualitativamente insuficiente em calorias e nutriente, causas secundárias são quando a ingestão de alimentos não é suficiente, porque as

necessidades energéticas aumentaram ou por qualquer outro fator não relacionado diretamente ao alimento

A presença de verminoses, câncer, anorexia, alergia ou intolerância alimentares, digestão e absorção deficiente de nutrientes. Outros fatores que desencadeiam a desnutrição são: desmame precoce factores socioeconómicos, culturais, renda e disponibilidade de alimentos (Viana, 2012).

Neste contexto, os factores secundário é o mais importante, pois não são atendidas muitas famílias de baixa renda e vivendo em situações precárias, não se trata só de alimentação pobre em vitaminas mas pobre em relação a quantidade necessária para a sub-existência do corpo.

Faz uma confirmação, onde muito dos casos o fator secundário esta diretamente ligado ao nível social, a desnutrição apresenta-se associada a vários factores. No nível social as causas ao nível familiar são a falta de alimentos adequados, práticas inadequadas de cuidados as crianças, precariedade de abastecimento de água, saneamento e serviço de saúde (Vinha, 2019).

Acreditamos que, a pobreza, a privação e o subdesenvolvimento regional são aspectos determinantes de desnutrição infantil. O Ministério da Saúde enfatiza que o nível de escolaridade das mães são determinantes na desnutrição infantil, onde se relaciona diretamente a capacidade materna de cuidar das crianças.

Os principais fatores relacionados a desnutrição é a ausência do companheiro e indícios de alcoolismo na infância que também são fatores determinantes da desnutrição, este fator, o peso ao nascer representa, de modo geral, um retardo do crescimento intra-uterino (Visentin, 2017).

Portanto nos países em desenvolvimento, o baixo peso ao nascer é mais atribuído á ocorrência do retardo no crescimento intra-uterino que á ocorrência da prematuridade. As crianças com baixo peso nascidas, tem mais probabilidade de morbidades, logo o ciclo de desnutrição e doenças infecciosas dificulta o crescimento e desenvolvimento no período pós-natal, outro aspecto importante que interfere no estado nutricional das crianças é o acesso a serviços públicos.

Assim as condições socioeconômicas e o contexto do domicílio continua no ciclo de desnutrição. Indicadores da desnutrição infantil, três índices antropométricos são

usado como indicadores de desnutrição: Altura para Idade (AI), Peso para Altura (PA), Peso para Idade (PI) (Weffort, 2015).

Neste caso os três fatores indicados de desnutrição: Deficit Estaturas, Ponderal e Hipotrofia, ou Falta de Peso, Insuficiência nutricional, a má nutrição com maiores índices no mundo estão concentradas na região nordeste, mas pode-se notar a incidência em todos os países, principalmente com maiores resultados na África, Ásia e América Latina.

2.11- Principais alterações na criança devido à desnutrição

Segundo Sigulem (2019, P. 234), a desnutrição altera a composição corporal e o funcionamento normal do organismo. Quanto mais grave for o problema, mais grave é sua repercussão orgânica. As principais alterações são:

- Grande perda muscular e depósitos de gorduras;
- Emagrecimento: peso inferior a 60% do peso dito normal para as crianças;
- Desaceleração, interrupção ou até mesmo involução do crescimento;
- Alterações psíquicas e psicológicas: a pessoa fica retraída, apática, estática, triste;
- Alteração de cabelo e pele: o cabelo perde sua coloração e a pele descama e fica envelhecida;
- Alterações sanguíneas, provocando, dentre elas, a anemia;
- Alterações ósseas provocando má formação.

Na óptica de Wilson (2017, p. 64), alterações no sistema nervoso: estímulos do sistema nervoso prejudicado, neurônios diminuídos, depressão, apatia. Alterações nos demais órgãos e sistemas respiratórios, Imunológico, renal, cardíaco, hepático, intestinal, entre outros.

2.12- Distribuição de baixo peso devido nutricional nos menores de 5 anos

O baixo peso dos recém nascidos pode estar relacionado a prematuridade, sendo um fator de probabilidade em que a criança possa sobreviver ou ter seu

crescimento normal uma vez que é maior fator da mortalidade e morbidade. A criança com baixo peso pode ser associada ao retardo intra-uterino, que é um fator que está diretamente ligado a condição socioeconômico (Viana, 2012).

Entendemos que, pode ser associado quanto maior o índice de crianças nascidas com baixo peso mais grave é o problema de nutrição, entende-se que cada recém-nascido com peso inferior a 2500g. é considerado baixo peso, independe da idade gestacional Porém pode sim ser classificado com a sua idade gestacional.

O baixo peso pode ser classificado em PIG (Pequeno para Idade Gestacional), AIG (Adequado para Idade Gestacional) e GIG (Grande para Idade Gestacional). Esse recém-nascido pode ser caracterizado quanto sua maturidade ao nascer: idade gestacional abaixo de 37 semanas chama-se pré-termo; quando tiver idade gestacional entre 37 a 42 semanas chama-se de termo e acima de 42 semanas chama-se pós termo (Zanardo, 2018).

Nesta senda entendemos que, na prática clínica, o termo PIG também pode ser utilizado para crianças que tiveram desnutrição intra-uterina, diferem dessa opinião, não acreditando na possibilidade de ser desnutrição intra-uterina, podendo ser apenas uma variação biológica. Já a desnutrição sendo como um processo fisiopatológico, a necessidade energética do recém-nascido (RN) varia muito na primeira semana de vida para os de termo e AIG (adequado para idade gestacional) é necessário 120 Kcal/kg/dia e a necessidade hídrica de 150 ml/kg/dia.

2.12- Desnutrição nos menor de 5 anos por Kwashiorkor

Segundo Vasconcellos (2016, p. 82), expressam que, entre as inúmeras condições associadas à desnutrição, desencadeando o processo ou agravando um estado nutricional pré-existente, são mencionadas.

Portanto entendemos que, as condições biológicas, como a idade; doenças associadas, especialmente infecções e parasitoses; baixo peso ao nascer; desmame precoce; e desnutrição materna, em relação às condições socioeconômicas, temos: baixa renda familiar; condições precárias de moradia e saneamento; baixa escolaridade dos pais; inadequação da atenção à saúde; e desestruturação familiar.

De acordo Monteiro (2010, p. 21), nas condições culturais existem: hábitos alimentares e de higiene; crenças e preconceitos contra o uso de certos alimentos. E, por fim, condições psíquicas, como são o fraco vínculo mãe-filho e a depressão materna.

Entretanto compreendemos que, quando a desnutrição proteico-calórica agrava-se e passa a ser identificada como uma patologia, esta pode ser classificada de três modos: marasmo, kwashiorkor e kwashiorkor-marasmático, o marasmo, tipo seco, predominantemente energético, resultando em extrema magreza.

O kwashiorkor, tipo molhado, a deficiência é proteica, normalmente causada pela substituição do leite materno, resultando em edema, doença de pele, e descoloração do cabelo, a desnutrição energético proteica engloba uma ampla variedade de situações clínicas cuja a gravidade oscila desde muito graves até leves, como no caso de kwashiorkor e marasmo, que se manifestam clinicamente de forma distinta (Adriana, 2013).

Contudo argumenta-se que, de forma convincente, que os efeitos da desnutrição e da infecção, mesmo nas formas moderadas e leves, não são aditivos, mas sim multiplicativos, descreveu o Kwashiorkor, que era bem mais visível que a magreza (marasmo) das crianças a nível mundial, a doença foi registrada pela primeira vez nos anos 50, kwashiorkor foi definido no passado como uma deficiência primariamente proteica com um suprimento adequado de calorias.

Extraído da linguagem Ga(gama), a palavra Kwashiorkor significa “a doença que a criança mais velha tem quando um bebê “nasce” e descreve muito bem a síndrome que se desenvolve em uma criança geralmente entre 1 à 4 anos de idade (Caulfield, 2014).

Nesta ordem de ideia, a criança com kwashiorkor apresenta extremidades finas, enfraquecidas e um abdômen proeminente causado pelo edema (ascite), o edema geralmente mascara e severa, atrofia musculatura, fazendo com que a criança pareça menos debilitada do que realmente está, a pele é escamosa, seca e possui despigmentação. Várias dermatoses podem ser evidentes, em parte, resultantes de deficiências vitamínicas.

A cegueira permanente geralmente resulta de suma severa falta de Vitamina A. As deficiências de sais minerais são comuns, especialmente de ferro, cálcio e zinco, o cabelo é fino, seco, áspero, grosso e sem brilho. As causas são complexas, pois a criança consome habitualmente uma dieta escassa tanto em energia como em proteínas (Ferreira, 2016).

Portanto a presença de infecções desempenha um importante papel nessa doença, visto que quando a ingestão de proteína é muito baixa em relação aos carboidratos, o que pode ser agravado pelas perdas de nitrogénio nas infecções, ocorrem várias alterações metabólicas que podem resultar em edema.

2.13- Sinais Clínicos de Kwashiorkor (Edema Bilateral)

Segundo Felberg (2014), um doente com kwashiorkor (edema bilateral) poderá apresentar as seguintes características:

- “Cara de lua cheia” (arredondada);
- Dermatite: pele rachada ou/e com manchas escuras ou claras (em casos graves), Apatia, com pouca energia, Perda de apetite;
- Cabelos claros e lisos;
- Irritável, chora facilmente;
- Causas da Desnutrição.

2.14- Desnutrição por Marasmo e Kwashiorkor-marasmático

Segundo Lacerda (2016, P. 23), o marasmo resulta de uma desnutrição geral tanto de proteínas, quanto de calorias, geralmente é uma síndrome de privação física e emocional e não se limita às áreas geográficas onde os suprimentos alimentares são inadequados.

Portanto acreditamos que, as principais características são a ingestão inadequada de alimentos, sobretudo, de energia insuficiente para cobrir as necessidades metabólicas do crescimento normal, ele pode ser observado em crianças com falha no crescimento causadas não somente por fatores nutricionais, mas também emocionais.

O marasmo pode ser visto em crianças tão jovens quanto com 3 meses de vida, se a amamentação for inadequada e na ausência de alternativas alimentares.

O marasmo-kwashiorkor é uma forma de DPC (Desnutrição proteico calórica) na qual os achados clínicos de kwashiorkor e marasmo são evidentes (Pereira, 2015).

Nesta ordem de ideia acreditamos que, as crianças que apresentam edema, severa ficam debilidade e interrupção do crescimento, o marasmo se caracteriza por uma debilidade gradual e atrofia dos tecidos corporais, especialmente da gordura subcutânea, as principais características são a ingestão inadequada de energia suficiente para cobrir as necessidades metabólicas e de crescimento normal.

Apresenta um aspecto inconfundível, a criança ser muito magra, devido a perda evidente de massa muscular nas extremidades muito delgadas e abdômen às vezes proeminente, bem como, face com aparência de “velha” (Souza, 2019).

A criança com marasmo fica irritada, apática, retraída e letárgica de modo que frequentemente se observa uma prostração. Infecções intercorrentes com doenças debilitantes como a tuberculose, parasitose, HIV e disenteria são comuns, o tratamento é baseado na gravidade da desnutrição, mas tem como princípios básicos a adequação da dieta, a prevenção e o controle de doenças infecciosas, a estimulação do desenvolvimento da criança e a educação para a saúde e o suporte para as famílias, através de ações de saúde oferecidas nas unidades básicas de saúde.

2.15- Função do enfermeiro na desnutrição

A função do enfermeiro no Abordagem da Enfermagem Histórico , Exame físico , Identificar as necessidades e prestar assistência a criança e a sua família; Terapia de reidratação oral (TRO) (Rojas, 2018).

Portanto promoção do leite materno; avaliar o controle da desnutrição e agravos; Realizar atendimento emergencial e encaminhar para a unidade de referência, Realizar controle de imunização, infecção respiratória aguda leve Cuidados com gotas nasais para a obstrução nasal, anti-inflamatórios e paracetamol para controle das dores e da febre e nebulizações com broncodilatadores

Para Vasconcellos (2016, p. 56), registrar no prontuário da criança o atendimento realizado e os dados obtidos; Preencher formulário específico para fins

de estatística e produção; Capacitar, supervisionar e avaliar as ações exercidas por técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

2.16- Níveis de Intervenção da má nutrição

De acordo Victora (2014, p. 301), existem três níveis de intervenção: internação hospitalar, centros de reabilitação nutricional e domicílio.

No nosso entendimento o regime de internação hospitalar pode ser muito efetivo para resolver a desnutrição muito grave ou a intercorrência que motivou a internação por 18 apresentar complicações que necessitam de cuidados médicos especializados.

O atendimento hospitalar, além de ter alto custo e tratar a criança fora do seu ambiente domiciliar, atinge apenas uma pequena parcela dos desnutridos, pois a criança desnutrida moderada e leve não é tratada em hospitais, a não ser que patologias associadas indiquem uma internação (Vinha, 2019).

Portanto o atendimento em centros de recuperação nutricional ou em hospital é uma alternativa intermediária entre o hospital e ambulatório, o atendimento em nível ambulatorial/domiciliar é o mais barato para o setor de saúde e preferido pelas mães. O objectivo do atendimento da criança desnutrida em nível de ambulatório e domicílio é proporcionar a reabilitação nutricional e prevenir as recaídas.

É necessário: Identificar a criança, a mãe e/ou cuidador, conhecer a situação de doença dessa criança, ir ao encontro da criança desnutrida e de sua família em seu ambiente para conhecer as circunstâncias em que elas se encontram e o fatores domiciliares interligados à desnutrição (Vaitsman, 2017).

Promover processo de interação com mãe e/ou cuidador para capacitá-las em práticas adequadas de cuidados que promovam a reabilitação nutricional e previnam as recaídas; Envolver os trabalhadores do PSF, agentes comunitários, visitantes domiciliares, voluntários da comunidade treinados para dar suporte adequado à mãe no domicílio; Diagnosticar a desnutrição quanto ao tempo de evolução, a gravidade e estabelecer com precisão em que nível de tratamento ela deve ser reabilitada.

2.17- Avaliação da Criança com má nutrição e critérios para Internação

Segundo Vasconcellos (2016, p. 26), toda criança atendida em nível hospitalar deve ter de início, seu estado nutricional criteriosamente avaliado.

Contudo as crianças com desnutrição grave devem ter atendimento e cuidado especializado imediatos, devido à sua maior susceptibilidade a complicações graves e risco de morte, quando atendida pela primeira vez, a criança deve ser imediatamente avaliada quanto ao risco de morte.

Se houver sinais gerais de perigo (hipoglicemia, desidratação, hipotermia, anemia grave, sinais de infecção ou outros), o tratamento deve começar o mais rápido possível, para redução do risco de morte (Felberg, 2014).

Com base as informações dos autores compreendemos que, as perguntas dirigidas à mãe ou ao cuidador da criança devem ser sumárias e precisas, e o exame físico dirigido de modo a fornecer informações suficientes que permitam diagnóstico e conduta rápidos e eficazes, A história clínica e o exame físico mais detalhados devem ser feitos após superada a fase do risco imediato de morte, tal doença ainda se configura como importante problema de saúde pública, especialmente em crianças menores de cinco anos.

Uma das causas prováveis para esse fato reside no desconhecimento dos profissionais de saúde com relação a fisiopatologia da DEP grave e consequentemente, da instituição de uma terapia inadequada que resulta em sérias complicações logo nos primeiros dias de internação hospitalar, culminando com a morte (Torres, 2012).

Entretanto compreendemos que, a necessidade de atualização e adequada capacitação dos profissionais de saúde envolvidos na assistência das crianças gravemente desnutridas, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou e divulgou, em 1999, um manual com essa finalidade, todas as fases de tratamento da desnutrição leva-se em conta as características fisiopatológicas peculiares da Grave e a importância da abordagem multidisciplinar.

Segundo Vitolo (2012), visando dessa forma tratar a criança de forma global, com participação da família, evitando recorrências e reduzindo a mortalidade, tendo

em vista a complexidade do atendimento ao desnutrido grave, especialmente, na fase inicial(intra-hospitalar), as crianças referidas para internação por desnutrição grave, como causa principal, podem ser encaminhadas por:

- Unidades Básicas de Saúde;
- Postos e Centros de Saúde.

Na óptica de Scastro (2015), deve-se tomar as providências necessárias para que a criança em estado grave tenha o atendimento adequado de que necessita, que seja alimentada ou receba, pelo menos, soro glicósido enquanto aguarda a remoção, durante o transporte, e, ainda, enquanto espera a internação na enfermaria do hospital.

Portanto a internação da criança no primeiro mês de vida mostra como um fator de risco para a desnutrição aguda. Resultado este esperado, pois, uma vez que estas crianças apresentam, segundo a literatura especializada, quadros de desnutrição aguda que podem durar durante anos em famílias de baixa renda.

A equipe responsável pela internação deve examiná-la para verificar se preenche os critérios para internação por desnutrição grave e verificar se há outras causas que indiquem internação, em caso positivo, providenciar a internação e, obrigatoriamente, registrar o diagnóstico nutricional correspondente ao caso (Monteiro, 2010, p. 11).

Os critérios de internação por desnutrição grave devem ser universalmente conhecidos por todos os profissionais dos serviços de saúde, para minimizar a ocorrência de indicações desnecessárias de internação e evitar que crianças com desnutrição grave não sejam internadas, deve-se avaliar a evolução antropométrica, terapia nutricional e letalidade de crianças desnutridas hospitalizadas, sem doença crônica associada, utilizando-se as práticas propostas no manual da OMS.

2.18- Avaliação do estado nutricional e exame físico da criança

A classificação adotada é a preconizada pela OMS, com a finalidade de comparar os dados nacionais com a literatura universal. Nessa classificação, o sinal clínico valorizado é a presença ou não de edema (Gobena, 2015, p. 34).

Entretanto os indicadores antropométricos peso/altura e altura/idade também são utilizados. Para classificar o estado nutricional da criança é necessário pesquisar os sinais clínicos de edema, Pesar, medir a estatura (altura ou comprimento) e registrar, respectivamente em gramas e centímetros, no prontuário.

Na mesma senda Latham (2019, p. 52), realça que no caso da criança com desnutrição, é essencial que sejam registrados os dados verificados, porque eles são componentes que ajudarão na realização do diagnóstico, tratamento e conduta padronizada neste Manual.

Nesta senda o estado nutricional influencia diretamente nos riscos de morbimortalidade e no desenvolvimento e crescimento infantil, sendo necessário uma avaliação nutricional da população mediante procedimentos diagnósticos que possibilitem avaliar e identificar os grupos de risco, as intervenções adequadas, o comportamento e os determinantes dos agravos nutricionais.

2.19- Exames Complementares

Para Tratamento Muitos exames adotados nas rotinas dos serviços de saúde são úteis para o diagnóstico de problemas associados à desnutrição (por exemplo, infecções diversas muitas vezes são assintomáticas (Machado, 2016, p. 27).

Nesta ordem de ideia entendemos que, é importante destacar que a interpretação dos exames complementares é difícil porque seus resultados podem ser alterados pela desnutrição. (Ministério da Saúde, frequentemente, os exames de laboratório podem confundir trabalhadores de saúde. Por esta razão, para a criança com desnutrição, não se preconiza a realização de um conjunto de exames de rotina.

Os exames devem ser solicitados em condições específicas com vistas a esclarecer situações que são suspeitadas no exame clínico. “As alterações bioquímicas e metabólicas no Kwashiorkor diferem um pouco do marasmo, pois a sérica total e a albumina estão diminuídas, e no marasmo, estão normais² (Muniz, 2019, p. 56).

Neste contexto entendemos que, o mais importante para o tratamento da criança com desnutrição é o diagnóstico é preciso de uma avaliação cuidadosa do

seu estado clínico e acompanhamento da evolução, hemoglobina e/ou hemograma: devem ser solicitados, objetivando avaliar a presença de anemia ou processo infeccioso, em crianças com desnutrição e infecção associada, observar rigorosamente sinais de descompensação cardio-respiratória, independentemente dos níveis de hemoglobina

Segundo Santos (2018, p. 90), glicose sanguínea (plasma ou soro): deve ser realizada em toda a criança com desnutrição grave, tendo em vista a detecção de hipoglicemia (glicemia: menor que 54mg/dl ou menor que 3mmol/l). Exame urina e de fezes (parasitológico para todas as crianças).

Contudo acreditamos que, o estado nutricional influencia diretamente nos riscos de morbimortalidade e no desenvolvimento e crescimento infantil, sendo necessário uma avaliação nutricional da população mediante.

2.20- Procedimentos realizados na avaliação antropométrica

Segundo Mason (2017, p. 51), a avaliação do estado nutricional tem se tornado aspecto cada vez mais importante no estabelecimento de situações de risco, no diagnóstico nutricional e no planejamento de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Nesta senda, a sua importância é reconhecida tanto na atenção primária, para acompanhar o crescimento e a saúde da criança e do adolescente, quanto na detecção precoce de distúrbios nutricionais, seja desnutrição ou obesidade, a identificação do risco nutricional e a garantia da monitoração contínua do crescimento fazem da avaliação nutricional um instrumento essencial para que os profissionais da área conheçam as condições de saúde dos pacientes pediátricos

De acordo Silva (2017, p. 91), ao monitorá-los, é possível obter o conhecimento de seu padrão de crescimento, instrumento importante na prevenção e no diagnóstico de distúrbios nutricionais.

Portanto cabe ressaltar que algumas deficiências nutricionais específicas podem ocorrer sem comprometimento antropométrico imediato, e sua detecção depende da realização de cuidadosa anamnese nutricional, a fome oculta, deficiência isolada ou combinada de micronutrientes, pode ser identificada e

confirmada utilizando-se métodos dietéticos, clínicos e bioquímicos, que também fazem parte da avaliação do estado nutricional.

Com o aumento da escolaridade dos pais, do saneamento básico e da prevalência do tempo total de aleitamento materno e com o sucesso das campanhas de vacinação, houve redução dos agravos nutricionais na infância, em especial a desnutrição, sem redução da prevalência de carências de micronutrientes, como deficiência de ferro o primeiro procedimento é o de pesar e medir a criança, registrando os valores em prontuário (Wilson, 2017).

Compreendemos que, o diagnóstico do estado antropométrico da criança pode ser realizado a partir dos índices peso/estatura, peso/idade, comparados com as referências de crescimento da OMS, os valores desses dados antropométricos deverão ser sempre analisados em função da idade e do sexo da criança, que são os principais determinantes de sua evolução, apesar de serem 29 procedimentos corriqueiros e simples, devem ser aplicados cuidadosamente, com padronização, além de que os instrumentos utilizados devem ser realizados frequentemente.

Para Carvalhes & Benicio (2018, p. 73), a classificação da desnutrição grave é baseada em índices antropométricos e o sinal clínico valorizado é o edema.

Portanto o ministério da Saúde recomenda a utilização de um gráfico de registro diário de peso durante a internação. Se a criança apresentar desidratação ou edema, o peso inicial a ser considerado é aquele referente ao dia quanto estas situações estiverem resolvidas.

Na caderneta de Saúde da Criança, o registro do peso e estatura da criança deverá ser feita por ocasião da internação(peso inicial) e da alta caso a internação da criança se prolongue, esta anotação deverá ser feita mensalmente até a alta, o comprometimento do índice estatura /idade indica que a criança tem o crescimento comprometido em processo de longa duração em inglês, “stunting”, que significa nanismo (Damasceno, 2017).

O deficit no índice peso/estatura reflete um comprometimento mais recente do crescimento com reflexo mais pronunciado no peso (em inglês, “wasting”, que significa emagrecimento), para se estabelecer uma comparação de um conjunto de

medidas antropométricas com um padrão de referência, várias escalas podem ser utilizadas, sendo as mais comuns o percentil e o escore, o escore Z significa, em termos práticos, o número de desvios-padrão que o dado obtido está afastado de sua mediana de referência.

Os percentis são derivados da distribuição em ordem crescente dos valores de um parâmetro, observados para uma determinada idade ou sexo, a classificação de uma criança em um determinado percentil permite estimar quantas crianças, de mesma idade e sexo, são maiores ou menores em relação ao parâmetro avaliado (Delizan, 2019).

Neste contexto as classificações antropométricas mais utilizadas e que têm se mantido ao longo do tempo são: Gomez (modificado por Bengoa), Waterlow (modificado por Batista) e a da OMS, a metodologia proposta pelos autores tinha como função a determinação do prognóstico de morbi-mortalidade de crianças hospitalizadas de acordo com a sua condição nutricional, entretanto, esse critério passou a ser utilizado como classificação nutricional. Diagnóstico do estado nutricional baseia-se no índice de peso para a idade e sexo (P/I).

Para Florêncio (2018, P. 223), a classificação de Waterlow, foi proposta em 1973, possibilitando o estabelecimento de prioridades de intervenção, uma vez que estabelece o tipo de desnutrição. Baseia-se nos índices de estatura/idade (E/I) e peso/ estatura (P/E).

A classificação de Waterlow é preconizada para crianças de 2 a 10 anos de idade. Nessa fase, o crescimento é mais lento e constante, predominando o estatural, fazendo com que o peso da criança varie mais em função de sua estatura do que da idade, Considera desnutridas crianças com índices inferiores a -2 escores Z abaixo da mediana de referência. Crianças abaixo de -3 escores Z ou menos de 70% de adequação em relação à mediana, ou ainda na presença de edema comprovadamente nutricional, são consideradas desnutridas. Esta classificação pode ser empregada para crianças independente da faixa etária.

Esta classificação é inadequada para ser utilizada em nível de assistência primária, pois identifica apenas as formas moderadas e graves de DEP, o que

impediria uma intervenção mais precoce junto às crianças com formas leves ou em risco nutricional (Fernandes, 2016).

2.21- Terapia nutricional com planeamento na conduta terapêutica

Segundo Faria (2014, P. 122), a evolução favorável com a terapia nutricional proposta reflete a importância do planeamento da conduta terapêutica.

Com respeito ao fornecimento energético, salienta-se que a oferta exclusiva de nutrientes, especialmente em crianças desnutridas em fase aguda de processo infeccioso, pode levar à hiperglicemia, hiperosmolaridade, diurese osmótica, desidratação e esteatose hepática.

Segundo Gobena (2015, p.111), a via enteral foi significativamente mais utilizada do que a parenteral durante toda a internação, indicou-se o uso de sondas, inicialmente, em 10% das crianças, após estabilização hidroeletrólítica, contudo, durante a evolução, esse percentual dobrou para 20,4%.

Portanto as causa mais frequente para indicação da sonda foi a oferta energética insuficiente na fase inicial (inferior a 80 kcal/kg/dia), uma vez que anorexia é bastante comum, especialmente nas fases iniciais do tratamento das crianças gravemente desnutridas, o mesmo autor realça que o uso de sonda nesta fase pode garantir a manutenção da condição nutricional, entretanto, é fundamental que previamente à infusão da dieta por sonda os eletrólitos séricos estejam normalizados.

O tal procedimento evita a síndrome de realimentação, fenômeno causado pelo deslocamento de eletrólitos intracelulares ocasionado pela utilização de glicose e produção de adenosina trifosfato (Gomez, 2010).

O planeamento familiar, a realização de uma adequada assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério, as medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida são condições cruciais para que o crescimento infantil se processe de forma adequada.

De acordo Araújo (2019, p. 88), “as crianças com ascendência indígena apresentam prevalências de desnutrição maiores quando comparadas àquelas sem ascendência indígena”.

O estudo dos factores Associados à desnutrição entre esses grupos mostrou diferenças importantes nas variáveis relacionados a esse agravo, com o primeiro apresentando variáveis ligadas a incorporação de hábitos negativos da sociedade envolvente como o consumo de álcool durante a gestação, o uso de chupeta e a introdução de leite de vaca integral e a introdução precoce da dieta complementar como factores relacionados à desnutrição, enquanto no segundo, variáveis ligadas à gestação tiveram maior peso.

Além disso, verificou-se um menor poder explicativo do modelo de factores associados entre o grupo com ascendência indígena, apesar do maior número de variáveis estatisticamente associadas, indicando uma limitação de determinantes tradicionais na explicação do desfecho além de maior homogeneidade nesse grupo (Carvalhes & Benicio, 2018).

Neste caso as condições socioeconômicas, de acesso a bens duráveis, serviços e alimentos além de um possível componente genético presentes na região, modulados por factores naturais presentes em sua paisagem, sobretudo, produzem resultados heterogêneos sobre o padrão de crescimento infantil e revelam a dificuldade de intervenções nessa realidade.

Segundo de Muniz (2019, p. 99), os grupo de crianças com ascendência indígena e entre aqueles sem ascendência indígena residentes na área rural que apresentam maior dificuldade de acesso aos bens e serviços disponibilizados na área urbana.

Entende-se que, a implementação de políticas públicas que foquem na redução da pobreza e da desigualdade social, devem levar em consideração as particularidades e as especificidades da população, a opinião dos pais quanto o desenvolvimento da criança é importância para anamnese para averiguar o desenvolvimento neuro-psicomotor, porquanto a ausência de alguns marcos determinados para cada faixa etária também não se apresenta no cotidiano das crianças o exame seria mais fidedigno e auxiliaria no diagnóstico de alterações.

Percebemos que, no caso da atenção primária à Saúde, os principais pontos a serem abordado são orientações dietética, suplementações e acompanhamento de

marcos do desenvolvimento, como principal alicerce até os 6 meses de vida seria o aleitamento materno exclusivo.

Dessa forma, o profissional da enfermagem possui um olhar voltado aos aspectos do seu desenvolvimento forma preestabelecida como o padrão, respeitando as nuances que cada critério permite (Cruz, 2019).

Ao perceber alterações em alguma das funções deve ser investigado as causas e a necessidade de tomada de decisão, como exemplo a procura por políticas afirmativas quando o caso encontrado for de carácter da insegurança alimentar.

Esse caso fere os Direitos Humanos, pois a garantia à alimentação saudável e estado nutricional adequado são condições básicas de saúde, ou seja, é garantindo condições suficientes para a criança desenvolver os seus aspectos biológicos, culturais e sociais, é notório que a desnutrição tornas as crianças mais prováveis ao desenvolvimento de patologias, principalmente infecciosas e a morte prematura. Devido a isso, é uma temática da população mais carente, já que a insegurança alimentar das famílias e desnutrição é apresentado à população menos favorecida de condições socioeconômicas.

Assim, tem-se que o cenário apresentado é preocupante, porquanto o deficit de estatura tem consonância ao crescimento diminuído ou comprometido, comumente sendo em decorrência da subnutrição e infecções recorrentes, fora as demais condições dos DSS. Sendo, esse o tipo de desnutrição mais encontrando nos bolsões de pobreza, que atinge a população de áreas menos abastardas e periféricas (Garcia & Faria, 2019).

2.22- Repercussões da desnutrição sobre o organismo da criança

Para Filho (2017,P. 347), a desnutrição, especialmente entre os países de baixa e média renda, ainda gera preocupação, sobretudo, por sua estreita relação com a sobrevivência infantil, incidência de . 35 doenças agudas e crônicas e no capital humano.

Portanto nessas localidades, problemas de saúde relacionados à má nutrição são frequentes, podendo se manifestar através dos deficits de crescimento pôndero-

estatural, deficiências de micronutrientes ou mesmo com a ocorrência de sobrepeso e obesidade.

Na perspectiva de Machado (2016, p. 49), estima-se que mais de metade das mortes entre os menores de um ano de idade esteja relacionada à desnutrição infantil com os valores dos coeficientes aumentando de acordo com a gravidade deste agravo.

Neste caso estas mortes possuem como causa base, sobretudo doenças infecciosas revelando o perverso círculo vicioso da pobreza, desnutrição e morte prematura por infecções, além de seu impacto sobre a mortalidade e o desenvolvimento de outros processos patológicos severos, a desnutrição possui efeito marcante sobre o desenvolvimento motor cognitivo e econômico ao longo da vida da criança, o seu estabelecimento antes de 2-3 anos de vida interfere significativamente na sua capacidade de aprendizado, impactando negativamente seu desempenho escolar.

As consequências da má nutrição podem perdurar durante a vida adulta, aumentando o risco de repetência escolar e consequente diminuição da escolaridade atingida, que, segundo estimativa de estudo realizado com cinco coortes conduzidas (Elisa e Maria, 2016).

2.23- Intervenções de enfermagem à criança com má nutrição

Na óptica de Florêncio (2018, p. 88), para facilitar a visualização das várias tarefas que compõem o tratamento, estas encontram-se organizadas em um conjunto de orientações denominado “10 Passos para Recuperação Nutricional da Criança com Desnutrição Grave”.

Estes passos não são necessariamente subsequentes e, para possibilitar uma melhor visão global de todo o tratamento, são divididos em três fases: Fase 1, inicial(estabilização), inclui os passos 1 à 5; Fase 2, (reabilitação), inclui os passos 6 à 9; Fase 3, (acompanhamento) inclui o passo 10.

Passo 1 e 2, Tratar(prevenir a hipoglicemia): A hipoglicemia é uma importante causa de morte da criança com desnutrição grave, pode ser causada por

infecção sistêmica grave ou período prolongado de jejum, há presença de letargia, sonolência ou crise convulsiva (Machado, 2016).

Nesta ordem de ideia compreendemos que, o tratamento é baseado na oferta de solução de glicose à 10%, via oral, se a criança estiver consciente e for capaz de deglutir, e intravenosa, se a criança está perdendo a consciência ou tem dificuldade de deglutição, a hipotermia também é uma importante causa de morte nas primeiras 48 horas de internação e ocorre nas infecções graves.

As crianças menores de meses, o aquecimento da criança poderá ser obtido agasalhando a criança, inclusive a cabeça, roupas, fraldas e lençóis mantidos secos, evitar banhos prolongados (Martines, 2016).

Os princípios básicos para o tratamento da desidratação é a oferta de soro de reidratação oral, com menor teor de sódio e maior teor de potássio que a solução de reidratação oral padrão preconizada pela OMS, a via oral é a preferencial e a via intravenosa deverá ser usada quando há sinais evidentes de choque, o choque séptico é reconhecido por hipotermia ou hipertermia, estado mental acelerado, enchimento capilar lento ou rápido, pulsos periféricos reduzidos ou oscilantes e débito urinário reduzido.

Segundo Muniz (2019), a criança deve ser encaminhada para uma unidade de tratamento intensivo. Passo 4, Corrigir distúrbios hidroeletrólíticos,

As crianças com desnutrição grave tem deficiências de potássio e magnésio. Também podem apresentar deficiência de ferro, zinco, cobre, selênio e de vitaminas(vitamina A e ácido fólico).

Segundo a organização mundial da saúde (OMS, 10), recomenda a adição de mistura de eletrólitos e sais minerais nos preparados alimentares dessas crianças. Passo 5, Tratar a infecção:

Nesta senda entendemos que as crianças com desnutrição grave não apresentam sinais clínicos evidentes, como febre, inflamação ou dispnéia, sendo recomendadas que todas recebam antibioticoterapia de amplo espectro desde o início do tratamento, escolha adequada do antibiótico a ser usado é crítica para o sucesso do 26 tratamento. Antibióticos de largo espectro e/ou associação de

antibióticos são mais aconselháveis para crianças desnutridas, especialmente as mais graves.

Para Cruz (2019, p. 364), durante a infecção o manejo dietético visa a modificar o curso e o desfecho da doença, por meio da ingestão de alimentos durante a infecção, particularmente nas crianças pequenas.

Contudo as ações gerais de manejo dietético podem ser promovidas pela orientação direta às mães. Passo 6, Corrigir deficiências de micronutrientes, a deficiência vitamínica de maior risco à saúde das crianças é a de Hipovitaminose A, a suplementação com vitamina A tem demonstrado impacto positivo na redução de morbidade e mortalidade por diarreia e sarampo, a suplementação com zinco reduz a incidência de diarreia e pneumonia e melhora o crescimento.

De acordo Costa (2014, P. 234), a suplementação com ferro previne (corrige a anemia e melhora a cognição e o crescimento da criança, mas não é recomendada na fase de estabilização inicial.

Nesta ordem de ideia acreditamos que, o tratamento da criança com desnutrição grave, pois agrava a infecção que ocorre nesse período, a alimentação da criança com desnutrição grave deve, inicialmente, estar voltada para a estabilização metabólica da criança, e , posteriormente, para sua reabilitação, a abordagem alimentar deve ser cuidadosa, respeitando-se o estado fisiológico frágil e a reduzida capacidade homeostática da criança.

Reiniciar a alimentação cautelosamente; Alimente a criança durante a reidratação intravenosa. Se a criança for amamentada e estiver sugando, não suspenda a amamentação durante a reidratação, a Se não consegue sugar, orientar a mãe para ordenhar o peito e ofereça o leite por meio de sonda nasogástrica (Branca, 2016).

Portanto nas crianças não amamentadas no peito, se estiverem alertas e aceitando líquidos via oral (VO), inicie a alimentação (VO), utilizando o preparado alimentar inicial na quantidade indicada. Isto geralmente ocorre 2 ou 3 horas após o início da hidratação venosa. No caso da criança recusar a alimentação oral, usar a via nasogástrica.

Na óptica de Filho (2017, p. 78), as refeições deverão ter maior densidade energética que pode ser obtida com adição de carboidratos e lipídeos.

Neste contexto a equipe envolvida no tratamento da criança desnutrida 27 também deve avaliar o vínculo efetivo entre a criança e a sua mãe ou responsável, bem como entre a criança e os profissionais de saúde, solicitando apoio do serviço de psicologia para as intervenções adequadas.

A oportunidade de contacto com as mães também devem ser usadas para promover a mudança de hábitos alimentares desfavoráveis, esclarecer sobre tabus e crenças alimentares com repercussão no estado nutricional, promover melhorias nas condições de higiene do lar e orientar o tratamento (Souza, 2019).

Neste caso afetividade, estimulação, recreação e cuidado: Para que a reabilitação nutricional tenha sucesso é fundamental garantir a estimulação física e sensorial da criança porque a desnutrição grave leva ao atraso do desenvolvimento físico e psicossocial.

2.24- A assistência da enfermagem à desnutrição na primeira infância

Segundo Torres (2012, P. 70), a atenção na primeira infância, de 0 a 6 anos de idade, traz aditivos à saúde que irão perdurar durante toda a vida, o qual repercutirá na aprendizagem, autonomia e consciência social, com bem aludido por

Nesse caso ainda que tenha acontecido melhora na saúde das crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento, o qual está incluso o Brasil, a problemática da subnutrição permanece como uma questão de relevância significativa.

Devido, principalmente, às grandes repercussões ao crescimento, desenvolvimento e sobrevivência das crianças, as quais configuram cerca de 50% das mortes infantis mundialmente, por isso é considerado uma questão de saúde pública (Hockenberry, 2012).

3. CAPITULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

3.1. Tipo de pesquisa

A pesquisa foi descritiva, observacional, prospectivo de tipo transversal. A escolha do tipo de pesquisa descritiva, prospectiva e transversal, permitirá fazer a colheita de dados bem como detalhar todas as informações coletadas que possibilitou na compressão dos diversos que estão implícitos no fenómeno em estudo.

Segundo Silva (2014), o estudo descritivo, observacional, prospectiva e transversal, procuram especificar as propriedades importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise.

A aplicabilidade destas pesquisas permitiu-nos na colecta de dados e na descrição das condições existentes, possibilitando assim a compreensão dos diversos factores e elementos que estão implícitos no fenómeno em estudo.

3.2. Modelo de abordagem

No nosso trabalho utilizamos o modelo de abordagem mista (quali-quantitativa).

Segundo Alves (2012), a abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema.

Na óptica de Oliveira (2012), a abordagem quantitativa significa quantificar dados, opiniões nas formas de colecta de informações, enquanto que a abordagem qualitativa possibilita a recolha de informação mais profunda, rica e precisa e, faz a descrição dos fenómenos que ocorrem durante o processo.

3.3. Nível de estruturação de métodos

a) Nível teórico

• Análise/Síntese

Na perspectiva de Ramos e Naranjo (2014, p.103), a análise é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades.

Este método auxiliou-nos na orientação do diagnóstico e estudo da incidência

de má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade, bem como na simplificação de um todo para estudá-lo detalhadamente, descobrindo os constrangimentos deste fenómeno que afecta a sociedade e elaborar propostas para aperfeiçoar este projecto.

• **Histórico/Lógico**

Para resolver a essência de um objecto é preciso produzir o processo histórico real do seu desenvolvimento mais isso só é possível se conhecermos a essência do objecto estudado.

Segundo Marconi e Lakatos (2017, p. 71), o método histórico consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência na sociedade de hoje.

O método lógico investiga as leis gerais e essenciais do funcionamento e desenvolvimento dos fenómenos factos e processos. O lógico reproduz no plano teórico o mais importante do fenómeno, facto ou processo do histórico e o que constitui a sua essência afirma (Ramos e Naranjo, 2014).

Este método auxiliou-nos na caracterização da evolução do conhecer as causas que levam à incidência de casos de má nutrição nas crianças menores de 5 cinco anos de idade.

• **Hipotético/Dedutivo**

Segundo Marconi e Lakatos (2017, p. 91), o método hipotético/dedutivo inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos acerca da qual formula hipótese e pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómeno abrangido pelo hipótese.

Para Ramos e Naranjo (2014, p.115), reafirmam que consiste num sistema de procedimentos metodológicos que consiste em fazer algumas afirmações na qualidade de hipótese verificadas mediante a dedução a partir delas das conclusões e da confrontação destas últimas acções.

Com este método tivemos a possibilidade de aumentar o conhecimento da realidade da incidência de má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade.

- **Nível empírico/experimental**

Os métodos de nível empírico/experimental para a pesquisa foi, o inquérito por questionário aplicadas aos membros do Hospital, assim como a observação não estruturada.

Este método permitiu-nos alcançar os objectivos propostos na nossa pesquisa através da utilização das diferentes técnicas, assim como na confirmação das hipóteses levantadas.

- c) **Nível estatístico/matemático**

O método estatístico Segundo Ramos e Naranjo (2014, p. 100), revelam as tendências e relações dos fenómenos. E podem ser descritivos e inferenciais.

Este método permitiu-nos clarificar a investigação ao quantificar os dados coletados na investigação de campo.

3.4.Técnicas de recolha de dados

Para a recolha de dados foram utilizados as seguintes técnicas:

- Observação;
- Inquérito;
- Pesquisa bibliográfica.

Na visão de Silva (2014, p. 38), é necessário observar basicamente por meio dos sentidos (a visão, audição, tacto, olfacto, paladar), para tirar um conhecimento claro e preciso de um objecto de pesquisa. Tal objecto pode ser um ambiente onde pessoas se relacionam.

Segundo Alves (2012, p. 50), inquérito é uma técnica usada para recolha de dados que o investigador pode optar através da realização de entrevistas ou da aplicação de questionário.

Na visão de Diogo (2012, p.121), o inquérito é um instrumento de recolha de dados onde são classificados os documentos impressos tais como livros, artigos ou jornais.

Para Morisi (2013, p.111), pesquisa bibliográfica tem por finalidade conhecer as diferentes formas de contribuição científica. Normalmente faz-se levantamento

bibliográfico realizado em bibliotecas, faculdades, universidades e especialmente naqueles acervos que fazem parte do catalogo colectivo e das bibliotecas virtuais.

Aplicamos esta pesquisa porque nos permitiu no contacto com as informações já existente acerca da incidência de má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade.

3.5. Instrumentos e procedimentos de recolha de dados

Para o inquérito por questionário usamos o guião de questionário para adquirirmos informações do director geral do Hospital, Enfermeiros. Depois de ter a permissão da direcção do Hospital em causa, acertamos uma data e hora para a distribuição dos guiões e a sua recolha.

3.6. População e Amostra

• População

Para Silva e Menezes (2014, p. 43), considera que população é a totalidade de indivíduos que possuem as mesmas características defendidas para um determinado estudo.

Segundo Morisi (2013, p. 77), a população é um conjunto de indivíduos que ocupam um determinado espaço geográfico.

A população alvo da nossa pesquisa é constituída por: cem (100) indivíduos, na qual temos dois (2) Licenciados, setenta (70) Técnicos médios, e quinze (38) Auxiliares de enfermagem.

• Amostra

Na visão de Marconi & Lakatos (2017, p. 55), amostra é a parte da população ou do universo, seleccionada de acordo com uma regra.

Na nossa população extraímos uma amostra de (30) indivíduos, na qual temos dois (2) Licenciados, dezoito(18) Técnicos médios, e dez (10) Auxiliares de enfermagem.

Quadro da População e Amostra

Inqueridos	População-Alvo	Amostra	Percentagem
Licenciados	2	2	6,66%
Técnicos médios	70	18	60%
Auxiliares de enfermagem	38	10	33,33%
Total	100	30	100%

Fonte: Elaboração própria

A população alvo da nossa pesquisa foi constituída por: cem (100) indivíduos na qual extraímos uma amostra de trinta (30) indivíduos na qual temos: dois (2) Licenciados, dezoito(18) Técnicos médios, e dez (10) Auxiliares de enfermagem.

3.7. Dificuldades encontradas

No momento da nossa pesquisa nos deparamos com algumas situações que dificultaram a nossa investigação as principais são:

- Dificuldades financeiras;
- Escassez de tempo dado para a realização do trabalho;
- Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;
- Dificuldades em termos de recolha e selecção do material para elaborar da fundamentação teórica;
- Dificuldades quanto a recolha de dados no campo de estudo.

4. CAPITULO- III: RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para percebermos as respostas dos indivíduos da investigação sobre “Incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade, no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no I Semestre de 2023”.

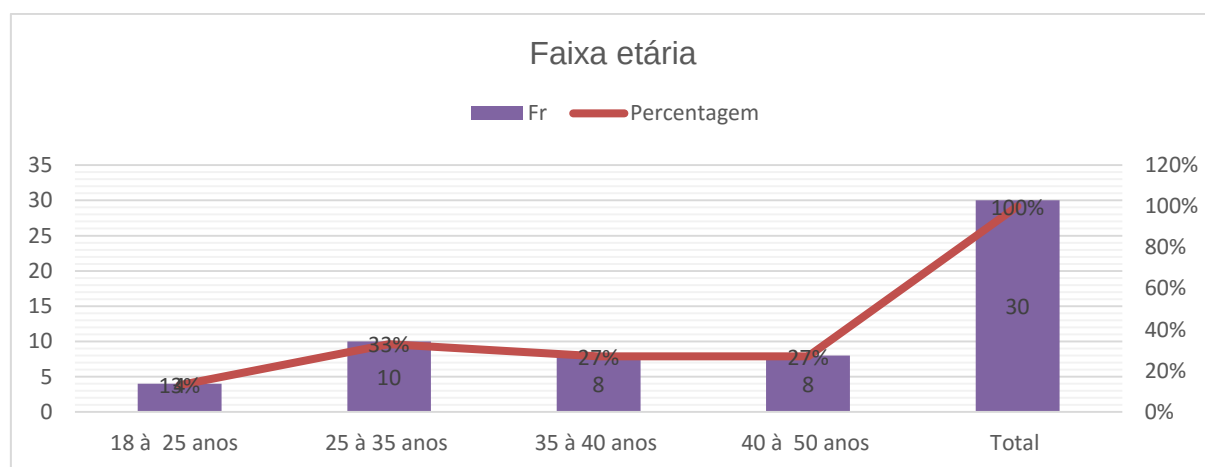
4.1- Apresentação e interpretação dos resultados

Tabela nº 1- Distribuição da amostra segundo a faixa etária

Faixa etária	Fr	Percentagem
18 à 25 anos	4	13%
25 à 30 anos	10	33%
30 à 35 anos	8	27%
35 à 40 anos	8	27%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 1



Fonte: Elaboração própria

Segundo a tabela nº 1 e o gráfico nº 1 nos trinta (30) profissionais inquerido na pesquisa a maior percentagem foi dos técnicos profissionais que tinham uma idade dos 25 á 30 anos e, a menor foi dos 18 à 25 anos de idade.

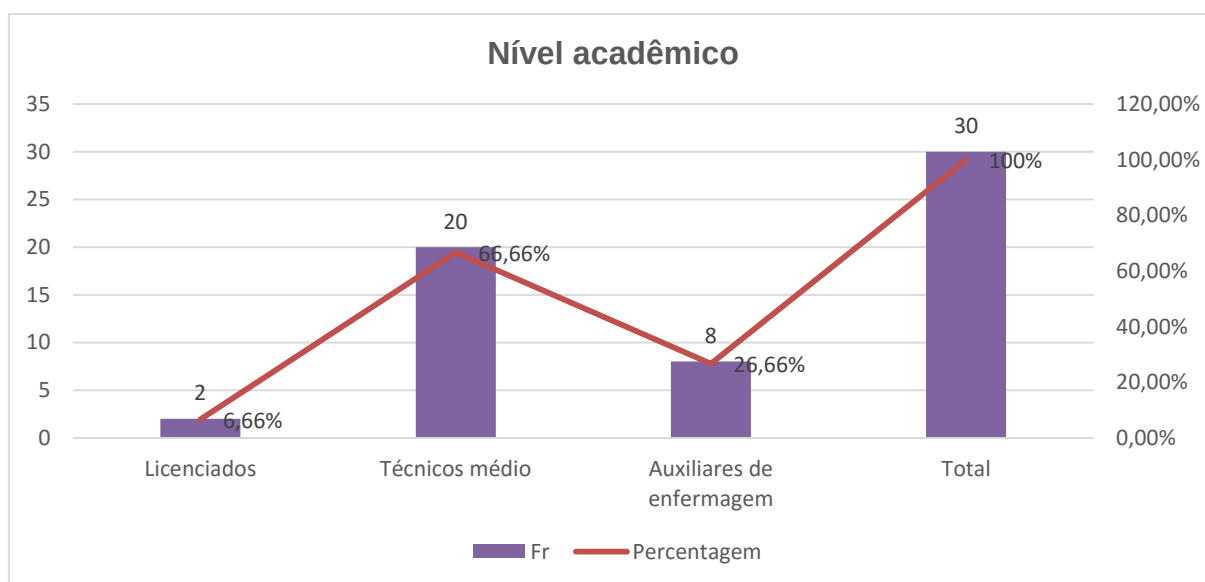
De acordo os dados obtidos pelos intervenientes conclui-se, que no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, uma boa parte dos profissionais tem idades dos 25 à 35 anos de idade que corresponde à 33%.

Tabela nº 2- Distribuição da amostra Segundo o nível acadêmico como profissional de enfermagem.

Nível acadêmico	Fr	Percentagem
Licenciados	2	6,66%
Técnico médio	20	66,66%
Auxiliares de enfermagem	8	26,66%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 2



Fonte: Elaboração própria

De acordo a tabela nº 2 e o gráfico nº 2 nos trinta (30) profissionais inquerido durante a pesquisa a maior percentagem foi dos técnicos médio com 66,66%, a menor percentagem foi dos Licenciados de com 6,66%.

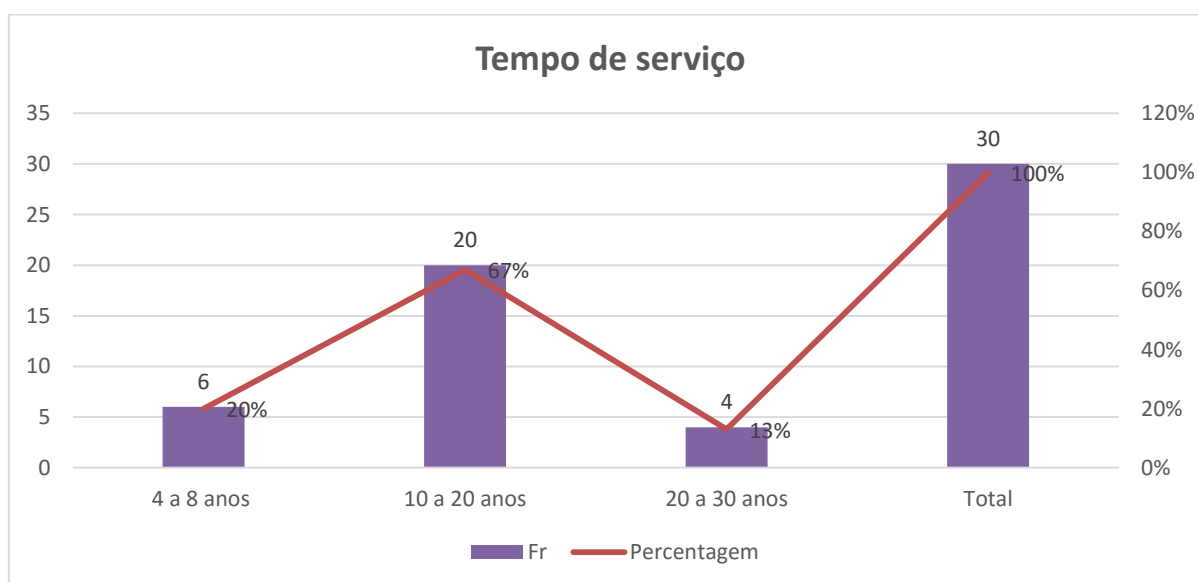
Segundo os dados dos interlocutores conclui-se que no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, a maior parte dos profissionais são técnicos médios.

Tabela nº 3- Distribuição da amostra Segundo o tempo de serviço

Tempo de serviço	Fr	Percentagem
4 - 8 anos	6	20%
10 - 20 anos	20	67%
20 - 30 anos	4	13%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 3



Fonte: Elaboração própria

Segundo a tabela nº 3 e o gráfico nº 3 nos trinta (30) profissionais inquerido durante a pesquisa a maior percentagem foi de vinte (20), profissionais com tempo de serviço de 10 à 20 anos de serviços que corresponde um total de 67%.

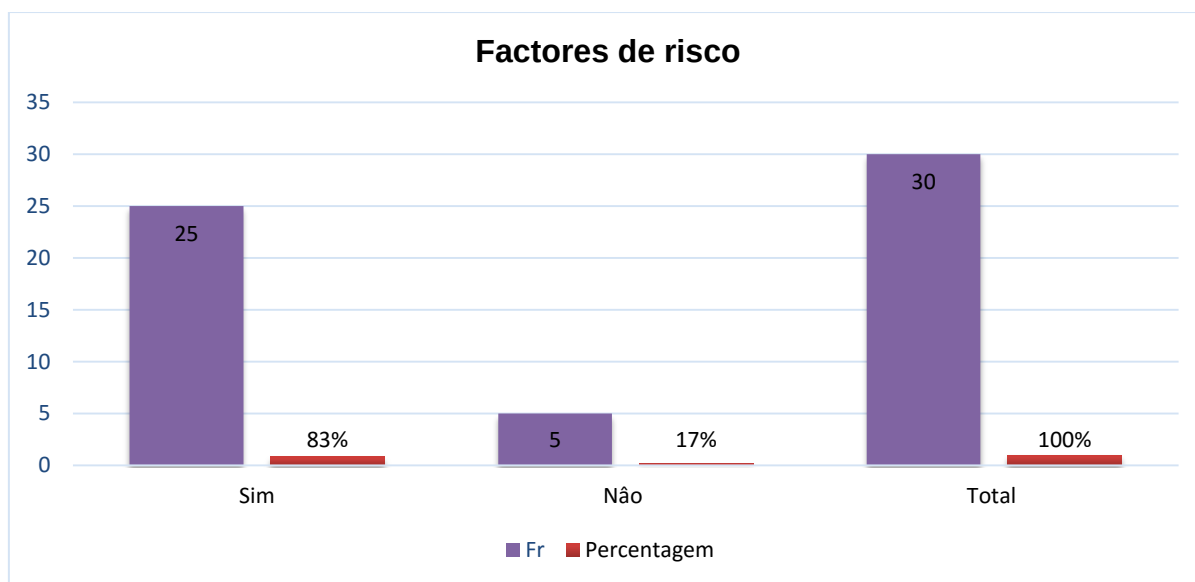
Com base os dados dos interlocutor conclui-se que no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, a maior parte dos profissionais tem tempo de serviço de 10 à 20 anos.

Tabela nº 4- Tens detectado os factores de risco nas crianças com má nutrição?

Descrição	Fr	Percentagem
Sim	25	83%
Não	5	17%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 4



Fonte: Elaboração própria

Segundo a tabela nº 4 e o gráfico nº 4 nos trinta (30) profissionais usado durante a pesquisa vinte cinco (25) responderam sim e cinco (5) responderam não que corresponde a 100%.

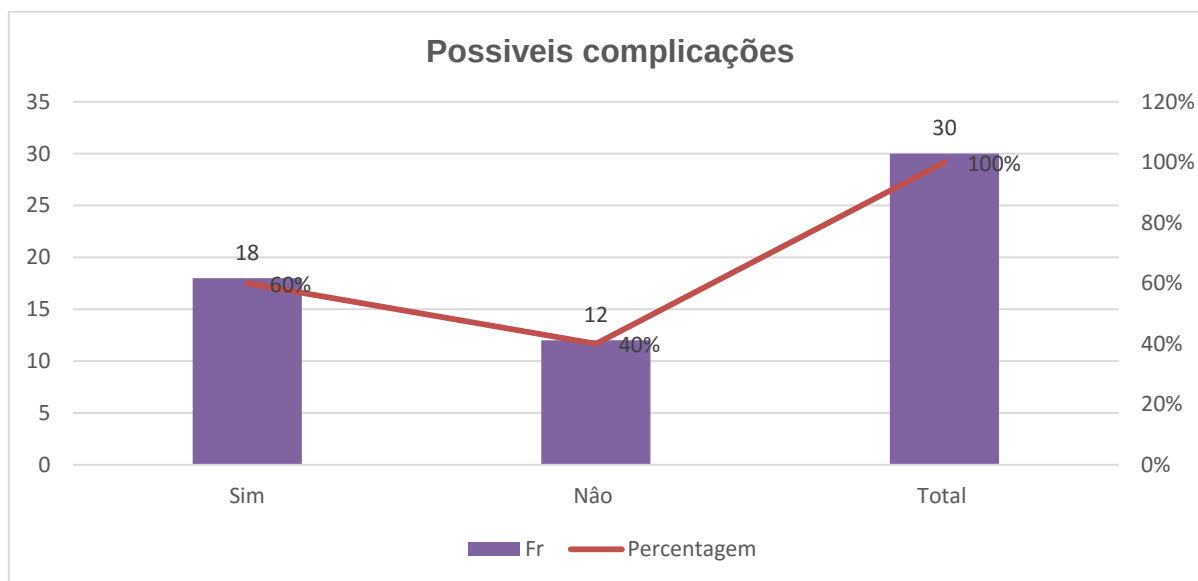
De acordo os dados dos interlocutor conclui-se que no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, a maior parte dos profissionais detectam os factores de nas crianças com má nutrição.

Tabela nº 5- Possíveis complicações da má nutrição que pode-se surgir nas crianças menores de 5 anos

Descrição	Fr	Percentagem
Sim	18	60%
Não	12	40%
Total	30	100%

Fonte: Elaboração Própria

Gráfico nº 5



Fonte: Elaboração Própria

De acordo a tabela nº 5 e o gráfico nº 5 nos trinta (30) profissionais usado durante a pesquisa dezoito (18) responderam sim e doze (12) responderam não que corresponde a 100%.

Com base os dados dos interlocutores conclui-se que no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, a maior parte dos profissionais conhecem as possíveis complicações sobre a má nutrição que pode surgir nas crianças menores de 5 anos.

4.2. Discussão dos resultados

Segundo a tabela nº 1 e o gráfico nº 1 nos trinta (30) profissionais inquerido na pesquisa a maior percentagem foi dos técnicos profissionais que tinham uma idade dos 25 à 30 anos, e a menor foi dos 18 à 25 anos de idade.

Na perspectiva de Rojas (2018), realça que faixa etária é a divisão da população de determinada sociedade por geração de acordo com a época que nasceram, neste contexto os dados coincidem com os dados do autor supracitado publicado no ano 2018.

De acordo a tabela nº 2 e o gráfico nº 2 nos trinta (30) profissionais inquerido durante a pesquisa a maior percentagem foi dos técnicos médio com 66,66%, a menor percentagem foi dos Licenciados com 6,66%.

Os nossos dados obtido relaciona-se com os dados da pesquisa de Carvalhes & Benicio (2018), que dizia que profissionais refere-se a um conjunto de características que compõe um profissional, englobando suas competências, responsabilidades e ética.

Com base os dados da tabela nº 3 e o gráfico nº 3 nos trinta (30) profissionais inquerido durante a pesquisa a maior percentagem foi de vinte (20), profissionais com tempo de serviço de 10 à 20 anos de serviços que corresponde um total de 67%.

Portanto os dados obtido nesta pesquisa aparenta-se dos dados da pesquisa realizado por Bezerra (2014), que dizia que, tempo de serviço é todo o período de tempo no qual o trabalhador prestou serviço para determinada empresa ou pessoa física, pode estar se referindo a meses ou a anos.

Segundo a tabela nº 4 e o gráfico nº 4 nos trinta (30) profissionais usado durante a nossa pesquisa vinte cinco (25) responderam sim e cinco (5) responderam não que corresponde a 100%.

Comparando os dados da nossa pesquisa com os dados de Winkelstein (2017), nos revelam que parecem com do mesmo autor que dizia que, factores de

riscos são eventos que podem ou não acontecer, os factores de risco são condições que já existem e que podem influenciar os riscos.

De acordo a tabela nº 5 e o gráfico nº 5 nos trinta (30) profissionais usado durante a pesquisa dezoito (18) responderam sim e doze (12) responderam não que corresponde a 100%.

Fazendo comparação dos dados obtido na pesquisa de Devincenzi (2012), os mesmos coincidiram o mesmo autor realça que a desnutrição grave pode provocar complicações como a diarreia, desequilíbrios na água corporal, glicose (um açúcar), e outros nutrientes.

5. CONCLUSÕES

Tendo em conta a questão de partida e os objectos do trabalho chegou-se a seguinte conclusão: participaram 30 intervenientes, de todos profissionais que trabalham no hospital municipal do Kuimba. O objectivo geral, juntamente com os objectivos específicos, foram alcançados mediante as respostas concedidas com o auxílio do estudo de campo realizado no municipal do Kuimba.

Diante da problemática levantada neste estudo, foi possível confirmar as hipóteses segundo qual a incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade, atendidos no hospital municipal do Kuimba/zaire é deplicada por baixo nível socioeconómico das famílias; falta de saneamento básico e a falta de conhecimento das mulheres sobre a amamentação exclusiva, estão na base da incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade.

Outrossim, a análise mostrou também, que o Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, uma boa parte dos profissionais tem idades dos 25 à 35 anos de idade. isso mostrou que neste Hospital precisa-se enquadrar novos funcionário de idades dos 18 à 25 anos sabendo que a juventude é a força motriz.

A maior parte dos profissionais do Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, são técnicos médio, no que tangem ao enquadramento dos profissionais neste Hospital precisa se enquadrar mais técnicos superiores.

Um número elevado dos profissionais do Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, tem tempo de serviço de 10 à 20 anos, neste Hospital é preciso que haja mas colocações de quadros precisa-se de novos quadros que tragam novas inovações.

No Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, a maior parte dos profissionais detectam os factores de risco nas crianças com má nutrição.

Encontra partida o baixo nível socioeconómico das famílias contribuem na incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade.

Portanto a falta de saneamento básico influência na incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade.

6. SUGESTÕES

Com base os resultados obtidos na análise do trabalho, sugerimos o seguinte:

- ✓ Que o Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, trabalhe no sentido de capacitar o pessoal técnicos na área da nutrição;
- ✓ À Direcção do Hospital Municipal do Kuimba/Zaire que crie programas relacionado com a má nutrição.
- ✓ Que os profissionais, que trabalham no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire trabalhem no sentido para melhorar o atendimento das crianças internadas;
- ✓ À Direcção do Hospital Municipal do Kuimba/Zaire, que de sempre formações de capacitação ao profissionais de saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aburto et al (2010), *desnutrição nas crianças menor de 5 Anos e na dolecencia*. 4ª Edição São Paulo: editora Platano.
- Alves, F. K. (2012). *Metodologia científica*. 1ª Edição. Porto. Editora: Escolar editora.
- Adriana. F (2013). *Desnutrição nas Crianças Menores de 5 Anos*. 4ª Edição São Paulo: editora Platano.
- Araújo (2019). *Manuel de epidemiologia e estado Clinica dos pacientes* . 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Barros, F. C (2015). *As causas da desnutrição nos menor de 5 anos de idade*.1ªedição. São. Paulo.
- Bezerra (2014). *Desnutrição Energético Proteica Grave*. 4ª ed. São Carlos. Scielo.
- Branca, N. K (2016). *Fases clinica e patogenica da desnutricao na infancia*.3ª.ed.rio de janeiro: Hucitec-Abrasco.
- Carvalhes & Benicio (2018), *Desnutrição aspectos fisiopatológicos e terapêuticos*. 5ª.Ed.São Paulo. Atlas.
- Caulfield et al (2014). *Avaliação do impacto do programa “Leite é Saúde” na recuperação de crianças desnutridas*. 5ª.Ed.São Paulo.Atlas.
- Comassetto, V (2016). *Insegurança alimentar de suas famílias. Ciência saúde coletivo*. 6ª Edição. São Paulo. Editora Florianopolis.
- Costa (2014). *Percepções e demandas de nutricionistas da alimentação escolar sobre sua formação*. 5ª Edição. São Paulo. Editora Florianopolis.
- Cruz (2019). *Avaliação do estudo nutricional e frequência do consumo de alimentos em criança de 4 a 6 anos*.5ª.Ed.São Paulo. Atlas.
- Damasceno (2017). *Prticipação na perspectiva de mães de crianças desnutridas*. .5ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Dantas et al (2014). *Tratamento da Desnutrição em Crianças Hospitalizadas* .7ª edição. São Paulo.
- Delizan (2019). *Diagnóstico do Estado Nutricional da Criança e do Adolescente*. 2ª.

- Ed. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Devincenzi, C (2012). *Nova abordagem para o grave problema da desnutrição infantil*. 3ª. Ed. Rio de Janeiro.Cortez.
- Diogo, P. (2012). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.
- Elisa e Maria (2016). *Nutrição e Dietética em Pediatria*. 4ª Edição, São Paulo: Atheneu.
- Francisco, C. & Pakisi, A. (2017). *Introdução a metodologia de investigação científica*. 1ª ed. Luanda: Bc Livtec.
- Felberg (2014). *Repercussões da Desnutrição sobre o Organismo da Criança*. 4ª ed. São Carlos. Scielo.
- Fernandez (2016). *Causas básicas de morte neonatal Período neonatal e amamentação sob o olhar da enfermagem*. 3ª Edição. São Paulo. Editora Florianopolis.
- Ferreira (2010), *Novo Dicionário da Língua Portuguesa*. 2.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Ferreira (2016). *Desnutrição, magnitude, significado social e possibilidade de prevenção*. 3ª . ed. Brasília. Scielo.
- Filho et al (2017), *estratégica na melhoria do estado nutricional de criança de 1 semana a menores de 5 anos*. 7ª. Ed. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Florêncio et al (2018). *Práticas de Enfermagem, ensinando a cuidar da criança*. 4ª edição. 5ª. Ed. Rio de Janeiro, SP: Editora Difusão Enfermagem.
- Garcia & Faria (2019). *Repercussões da Desnutrição sobre o Organismo da Criança* 4ª ed. São Carlos. Scielo.
- Garcia (2015) *Prevalência e fatores associados à desnutrição* . 2ª Edição. São Paulo. Editora Florianopolis.
- Gobena, T (2015). *Avaliação da Criança com Desnutrição e Critérios para Internação* 4ª Edição, São Paulo: Atheneu.
- Gomez (2010). *Desnutrição e Parasitoses intestinais nas crianças com escolaridade*.

7ª edição. São Paulo. Atlas.

Helenice et al (2011). *Atenção integrada às doenças prevalentes na infância*. 2ª ed. São Paulo: Atlas.

Hockenberry (2012). *Estratégias Alimentares de Mães de Crianças Desnutridas e Eutróficas*. 4ª ed. Porto Alegre.

Lacerda (2016). *Desnutrição, obesidade e práticas alimentares na perspectiva de educadoras infantis*. 4ª Edição, São Paulo: Atheneu.

Latham (2019). *Some indicators of nutritional status are associated with activity*. 2ª edição. Portugal: Editora Florianópolis.

Leão (2012). *Principais alterações na criança devido à desnutrição nos menor de 5 Anos*. 3ª ed. Rio de Janeiro: Cortez.

Lima et al (2016). *Fraqueza de nascença": sentidos e significados culturais de impressões maternas na saúde infantil*. 4ª Edição, São Paulo: Atheneu.

Lopes (2017). *Leite é Saúde" na recuperação de crianças desnutridas*. 1ª ed. São Paulo.

Machado (2016). *Consumo alimentar, antropometria e morbidade em pré-escolares de creches*. 5ª edição. Campina Grande: Paraíba.

Marconi & Lakatos (2017) *Fundamentos da metodologia científica*. 4ª Edição. São Paulo. Editora: Guimarães.

Marilyn, J (2014). *Manejo da desnutrição grave: um manual para profissional de nível superior*. 3 ed. Porto Alegre: Sagra.

Martines, J. C (2016). *Avaliação nutricional em crianças menores de 5 anos de idade*.

6ª edição. São paulo. Atlas.

Mason, J. (2017). *Avaliação da Criança com Desnutrição e Critérios para Internação*.

4ª. São Paulo: Cortez.

Mazzuttl & Ferreto (2016). *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS)*. 4ª ed. Curitiba. Florianópolis.

Monteiro et al (2010). *Padrão dos óbitos dos recém-nascidos vivos da unidade*

- neonatal*. 2^a.ed.Porto Alegre: Artmed.
- Moresi, E. (2013). *Metodologia da pesquisa*. 2^a Edição. São Paulo. Editora Atlas.
- Muniz, et al (2019). *Parasitoses intestinais entre escolares*.4^a. ed. Rio de janeiro: Scielo.
- Organização mundial da saúde (OMS, 2010). *A desnutrição com maiores índices no Brasil*.
- Oliveira, A. (2012). *Como elaborar projecto de pesquisa*. 4^a Edição São Paulo: editora Platano.
- Pelletier (2012). *Organizadores. Alimentação, nutrição e saúde no Estado de Pernambuco*. Ed. Rio de Janeiro: Renovar.
- Pereira (2015). *Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil*. 3^a edição.São paulo. Atlas.
- Ramos, S. e Naranjo, E. (2014). *Metodologia de Investigação Científica*. 2^a Edição Lobito- Angola. Editora Escolar.
- Rojas, J. (2018). *Informações do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena*.5^a.ed. Rio Grande do Sul.Cortez.
- Santos, A. R (2018). *Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança*. .5^a.ed. Rio Grande do Sul.Cortez.
- Scastro et al (2015). *Avaliação do Estado Nutricional num Contexto de Mudança Sócio-Econômica* . Ed. Rio de Janeiro: Renovar.
- Silva, E. e Menezes, E. (2014). *Metodologia da Pesquisa e elaboração de dissertação*.
- Severino (2019). *Desnutrição por Marasmo e Kwashiorkor-marasmático*. 9^a.ed. sao paulo. cortez.
- Sigulem (2019). *Contribuição ao estudo da desnutrição energético proteico em crianças* de 5^a .edição. São Paulo: A tlas.
- Silva (2017). *Informações do Sistema de Informações da Atenção à Saúde Indígena* .4^a. São Paulo.
- Souza (2019). *Diagnóstico do Estado Nutricional da Criança e do Adolescente*. 3 ed. Porto Alegre: Sagra.
- Teixeira & Heller (2014), *Programa Nacional de Alimentação no DF e entorno*. 3^a.ed.

Rio de Janeiro: Atlas.

Torres (2012). *O papel dos eventos de vida em mães de crianças desnutridas: o outro*

lado da desnutrição. 3ª.ed. Rio de Janeiro: Atlas.

Vaitsman, J (2017). *Causas do declínio acelerado da desnutrição infantil.1ª.ed. São Paulo: Febreed.*

Vasconcellos, D. R. (2016). *Avaliação do Estado Nutricional num Contexto de Mudança Sócio-Econômica . 3ª.ed. Rio de Janeiro: Atlas.*

Viana, T. C. (2012). *enfermeira e a prática educativa em saúde: a arte de talhar pedras. 3ª.ed. Rio de Janeiro: Atlas.*

Victora, C. G (2014). *Nutrição e Dietética em Pediatria. 4ª Edição, São Paulo: Atheneu.*

Vinha, C. E (2019). *Enfermeira e a prática educativa em saúde .9ª.ed. São Paulo.*

Virgínia (2010). *Novas estimativas para a prevalência de desnutrição na infância .3ª. ed.São Paulo: UFRGS.*

Visentin, A (2017) *Consumo de sobremesas por alunos e destino das sobras.1ª.ed. São Paulo.*

Vitolo atal (2012). *Fatores relacionados à desnutrição infantil .3ª.edição .Luanda: Mayamba Editora.*

Weffort (2015). *Enfermeira e a prática educativa em saúde: a arte de talhar pedras. 2ª. Ed. São Paulo.*

Wilson (2017). *Determinantes da Desnutrição Infantil em uma População de Baixa Renda.*

Winkelstein. Z. S (2017). *Avaliação do estudo nutricional e frequência do consumo de alimentos em criança de 4 a 6 anos.4ª. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.*

Zanardo, K. P (2018). *Importância e Procedimentos Realizados na Avaliação Antropométrica .3 ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.*

APÊNDICES

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

QUESTIONÁRIO

Autor	Kamalandua Zayi
Orientador	Professor: Rodrigues José, Lic.
Título do TFC: Licenciatura em ciências de Enfermagem	INCIDÊNCIA DA MÁ NUTRIÇÃO NAS CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS DE IDADE, NO HOSPITAL MUNICIPAL DO KUIMBA/ZAIRE NO 1º SEMESTRE DE 2023.

Kamalandua Zayi: Estudante finalista do Instituto Superior de Angola encontrando-me a elaborar meu projecto para a obtenção do título de, Licenciatura em ciências de Enfermagem.

Venho por intermédio deste, respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder algumas questões exclusivamente em **“Incidência da má nutrição nas crianças menores de 5 anos de idade, no Hospital Municipal do Kuimba/Zaire no 1º Semestre de 2023”**, ao preenchimento como fonte de informação para o trabalho de rotina assistencial, e deste modo respeitando as normas bioéticas e o anonimato.

Grato pela sua colaboração

COM RESPEITO AOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM:

1- Qual é a sua faixa etária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

18 à 25 anos	
25 à 30 anos	
30 à 40 anos	
40 à 50 anos	

2- Qual é o seu nível académico como profissional de enfermagem?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Licenciado	
Técnico Médio	
Auxiliares de enfermagem	

3- Qual é o seu tempo de serviço?

Assinala com um X no lado direito da tabela

4 a 8 anos	
10 a 20 anos	
20 a 30 anos	

4- Tens detectado os factores de risco nas crianças com má nutrição?

Sim	
Não	

5- Conheces os possíveis complicações sobre a má nutrição que pode surgir nas crianças menores de 5 anos?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

MUITO OBRIGADO!

GRELHA DE OBSEVAÇÃO

Assuntos a observar	
Altura	
Peso	
Cabelo	
Membros e rosto	
A pele	

ANEXOS