



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

**DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM**

**FACTORES DE RISCOS EM CRIANÇAS COM MÁ NUTRIÇÃO DOS 0
AOS 5 ANOS DE IDADE. CASOS ASSISTIDOS NO HOSPITAL
MUNICIPAL DO KUIMBA, PROVÍNCIA DO ZAIRE NO II SEMESTRE
DE 2023**

Autora: Helena Ngunga Kumpambula

Orientador: Afonso Eduardo, MSc.

LUANDA, 2023

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**FACTORES DE RISCOS EM CRIANÇAS COM MÁ NUTRIÇÃO DOS 0
AOS 5 ANOS DE IDADE. CASOS ASSISTIDOS NO HOSPITAL
MUNICIPAL DO KUIMBA, PROVÍNCIA DO ZAIRE NO II SEMESTRE
DE 2023**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para a obtenção do grau de Licenciatura em Ciências da Saúde na especialidade de Enfermagem, Sob orientação do professor Afonso Eduardo, MSc.

Autora: Helena Ngunga Kumpambula

Orientador: Afonso Eduardo, MSc.

LUANDA, 2023
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

**FACTORES DE RISCOS EM CRIANÇAS COM MÁ NUTRIÇÃO DOS 0
AOS 5 ANOS DE IDADE. CASOS ASSISTIDOS NO HOSPITAL
MUNICIPAL DO KUIMBA, PROVÍNCIA DO ZAIRE NO II SEMESTRE
DE 2023**

O júri:

Presidente: _____

1º vogal: _____

2º vogal: _____

Secretário (a): _____

CLASSIFICAÇÃO _____

DATA DA DEFESA _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Sebastião Kediamosiko Kumpambula e Morena Mimosa, ao meu noivo, Nicolau Kubanza, pelo apoio financeiro, conselhos, carinho e por tudo de bem que fizeram na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Á Deus, que me tem guiado, protegido, orientado, capacitado, dando conhecimento, forças e sabedoria na minha vida. Sem ele, não seria possível a realização deste trabalho.

Aos meus pais, Sebastião Kediamosiko Kumpambula e Morena Mimosa, aos meus irmãos, Isabel Luzolo, Graça Luzala, Pedro Francisco, Antonica Madidilua, André Mascolino e Sebastião Kediamosiko Kumpambula Júnior, pela ajuda, solidariedade, cumplicidade, apoio técnico e moral em prol deste trabalho.

O meu reconhecimento e agradecimento aos meus padrinhos, Messekala Nzambi Zola e Maria Makubikua, a todos os meus afiliados.

Ao meu orientador Afonso Eduardo, MSc., que ao longo deste trabalho orientou-me de forma honesta, inteligente, meiga e sábia. Sempre com espírito de pai, sincero e motivado.

Aos professores do ISA que, durante 4 anos dedicaram-se em transmitir os conhecimentos e experiências que contribuiu bastante para a nossa formação em Ciências da Saúde.

Ao Instituto Superior de Angola (ISA), que nos disponibilizou a possibilidade da formação no grau de licenciatura.

Aos amigos e colegas, Cordeira Domingos, Maria de Lurdes Augusto, Laura Songo, Eduardo Mamona, Daniel da Costa, Maria Morança e Judith Manuel Luís que directa e indirectamente me apoiaram no momento da elaboração do TFC.

EPÍGRAFE

“A desnutrição é o resultado de uma ingestão insuficiente ou fome e de doenças”.

Monte (2000)

RESUMO

O presente trabalho aborda “factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade. assistidos no Hospital Municipal do Kuimba, Província do Zaire no II semestre de 2023”. Usou-se a pesquisa descritiva, elaborou-se como pergunta de partida: Quais são os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade. Casos assistidos no Hospital Municipal do Kuimba, Província do Zaire no II semestre de 2023? Para responder a nossa problemática partimos nas seguintes hipóteses: H₁: A má alimentação da mãe no período de gestação é um factor de risco que provoca na criança nascer com baixo peso e distúrbios cardiovasculares; H₂: As condições sócio-econômicas apresentam um factor de risco para o aumento da má nutrição da criança; H₃: O nível educacional insuficiente dos pais e prematuridade é um factor de risco má nutrição na criança. Traçamos como objectivo geral Conhecer os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade. Identificar os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade; Descrever os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade; Aplicar sugestões para resolver os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade. Conclui-se deste modo, Os sinais indicados pelos técnicos formam: baixo peso, emagrecimento, braços e pernas magras, barriga grande, falta de lágrima quando chora, pragas cutâneas generalizadas, cabelo acastanhado, etc. Assim, consegue-se dizer que, os nossos objectivos e hipóteses foram confirmados.

Palavras - Chave: Factores, Riscos, Crianças e má nutrição.

ABSTRACT

This work addresses “risk factors in children with malnutrition from 0 to 5 years of age. treated at the Kuimba Municipal Hospital, Province of Zaire in the second half of 2023”. Descriptive research was used and the starting question was: What are the risk factors in children with malnutrition from 0 to 5 years of age. Cases treated at Kuimba Municipal Hospital, Zaire Province in the second half of 2023? To answer our problem we start with the following hypotheses: H1: The mother's poor diet during pregnancy is a risk factor that causes the child to be born with low birth weight and cardiovascular disorders; H2: Socio-economic conditions present a risk factor for the increase in child malnutrition; H3: Insufficient educational level of parents and prematurity is a risk factor for poor nutrition in children. Our general objective is to understand the risk factors in children with malnutrition from 0 to 5 years of age. Identify risk factors in children with malnutrition from 0 to 5 years of age; Describe the risk factors in children with malnutrition from 0 to 5 years of age; Apply suggestions to resolve risk factors in children with malnutrition from 0 to 5 years of age. In conclusion, the signs indicated by technicians include: low weight, weight loss, thin arms and legs, large belly, lack of tears when crying, generalized skin rashes, brownish hair, etc. Thus, it can be said that our objectives and hypotheses were confirmed.

Words - Key: Factors, Risks, Children and bad nutrition

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº1...População e amostra	30
Tabela nº2.....	30
Tabela nº3.....	31
Tabela nº4.....	32
Tabela nº5.....	33
Tabela nº6.....	34
Tabela nº7.....	35
Tabela nº8.....	36
Tabela nº9.....	38
Tabela nº10.....	39
Tabela nº11.....	39
Tabela nº12.....	41
Tabela nº13.....	42
Tabela nº14.....	43
Tabela nº15.....	44
Tabela nº16.....	45
Tabela nº17.....	46
Tabela nº18.....	47
Tabela nº19.....	47
Tabela nº20.....	48
Tabela nº21.....	49
Tabela nº22.....	50
Tabela nº23.....	51

ÍNDICE

DEDICATÓRIA.....	I
AGRADECIMENTO.....	II

RESUMO.....	III
EPÍGRAFE.....	IV
ABSTRACT.....	V
INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	5
1.1. Definições de termos e conceitos.....	5
• Factores.....	5
• Riscos.....	5
• Crianças.....	6
• Má nutrição.....	6
1.2. Abordagem surgimento da má nutrição.....	8
1.3. Factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade....	12
1.4. Crianças com má nutrição.....	13
1.5. Crianças com má nutrição em Angola.....	14
1.6. Principais sintomas relacionadas a má nutrição.....	16
1.7. O diagnóstico da mal nutrição.....	17
1.8. As causas da mal nutrição.....	18
1.9. O grupo com maior risco de mal nutrição.....	19
1.10. Consequências da má nutrição.....	20
1.11. Tratamento da má nutrição e o atraso no crescimento.....	21
1.12. Aleitamento materno exclusivo.....	22
CAPITULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA.....	24
2.1. Tipos de pesquisa.....	24
2.2. Modelo de abordagem	24
2.3. Níveis de estruturação de métodos	25
2.4. Técnicas de recolha de dados.....	26
2.5. Instrumentos e procedimentos	27
2.6. Procedimentos	27
2.7. Descrição das variáveis de estudo.....	28
2.8. População e amostra.....	28

2.9. Característica do Hospital.....	29
2.10. Dificuldades encontradas.....	29
CAPITULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	30
3.1. Apresentação e interpretação dos resultados.....	30
CONCLUSÕES.....	52
SUGESTÕES.....	53
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	54
APÊNDICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho debruça-se sobre “factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade. Casos assistidos no Hospital Municipal do Kuimba, Província do Zaire no II semestre de 2023”.

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, é um dos melhores indicadores de saúde de uma criança e reflete suas condições de vida no passado e presente. Quando o ser humano nasce, traz consigo um potencial genético de crescimento que, para ser alcançado, dependerá das condições de vida à que esteve exposto, desde sua concepção até a fase adulta. O crescimento é influenciado por factores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), que incluem a alimentação, higiene e habitação; sendo que esses podem tanto retardar como acelerar o seu desenvolvimento.

Nesta senda, o surgimento da desnutrição existem alguns factores de risco, esses podem ser macroambientais, ou seja, factores que não são controlados pelos indivíduos, como os sistemas políticos, económicos e sociais; ou microambientais, que se referem aos aspectos ligados à família.

Dentre os macroambientais podemos citar: pobreza, superpopulação, problemas ambientais, instabilidade social e insegurança; dentre os microambientais: baixa renda; baixo nível de instrução formal dos familiares; desemprego, família desestruturada; despreparo para a maternidade ou paternidade; mãe muito jovem ou adolescente; mãe solteira e habitação inadequada.

Os factores microambientais são influenciados pela relação entre mãe ou responsável e criança, pois a interação entre pais e filhos é mediadora dos fatores de risco presentes no ambiente ou daqueles presentes nos próprios pais e na criança.

Caso os factores de risco não sejam eliminados a desnutrição poderá se instalar causando sinais clínicos como: apatia; hipoatividade, pouca interação com o meio, choro fraco, imobilidade com os membros fletidos junto ao tronco; fácies senil; manchas hipo ou hiperocrômicas de pele; cabelos ralos, secos, quebradiços e facilmente destacáveis; fissuras periorais, subcutâneo escasso ou ausentes; musculatura hipotônica e hipotrófica; hepatomegalia e eventualmente edema e até anasarca.

A desnutrição grave pode deixar duas sequelas importantes: uma relacionada à estatura e a outra ao desenvolvimento mental. A estatura pode se desenvolver caso a criança não apresente infecções recorrentes e receba dietas adequadas, mas as alterações do desenvolvimento mental podem ser graves e permanentes; dependendo do grau de desnutrição, essas lesões são as responsáveis pelo atraso do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças, esse atraso pode ser recuperado caso a criança receba uma dieta adequada e esteja em um ambiente sociocultural que a estimule.

Devido o estado nutricional anormal aumenta os riscos de desenvolvimento de patologias, bem como interferir no crescimento e desenvolvimento da criança, é necessário uma avaliação nutricional precoce da população infantil, que revele a magnitude da deficiência presente e os fatores determinantes para a ocorrência do agravo.

O profissional da saúde deve estar atento para identificar precocemente crianças com risco para desnutrição e as que já a possuem, enfatizando aos responsáveis e alguns cuidados com a alimentação, como: alimentar a criança com maior frequência e variedade, cozinhar bem os alimentos para que a digestão seja feita mais facilmente; manter o aleitamento materno e complementar a dieta com vitaminas A, D e ferro, e seguindo a pirâmide alimentar para completar os 40 nutrientes diferentes que a criança necessita.

Formulação do problema consiste em dizer, de maneira explícita, clara, compreensível e operacional, qual a dificuldade que defrontamos e que pretendemos resolver, limitando o seu campo e apresentando suas características. Desta forma, “o objectivo da formulação do problema é torná-lo individualizado, específico, inconfundível”.

Nesta lógica, o nosso estudo tem como pergunta de partida o seguinte:

Quais são os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade. Casos assistidos no Hospital Municipal do Kuimba, Província do Zaire no II semestre de 2023?

- **Hipóteses**

Para Zassala, (2012), a firma que, uma vez formulado o problema, com certeza de ser cientificamente válido, propõe-se uma resposta suposta, provável e provisória, isto é, uma hipótese deve possuir uma visão de setença afirmativa. E é

uma proposição que pode ser colocada à prova para determinar sua validade. Desta feita formulou-se as seguintes:

H₁: A má alimentação da mãe no período de gestação é um factor de risco que provoca na criança nascer com baixo peso e distúrbios cardiovasculares;

H₂: As condições sócio-econômicas apresentam um factor de risco para o aumento da má nutrição da criança;

H₃: O nível educacional insuficiente dos pais, é um factor de risco da má nutrição na criança.

- **Objectivos**

Segundo Cervo & Bervian, (2002), o termo objectivo diz respeito a um fim que se quer atingir. Nesse sentido, é sinónimo de “alvo definido em metas”. Por meio dos objectivos, indicam-se a pretensão com o desenvolvimento da pesquisa e quais são os resultados que se buscam alcançar. E consubstancia-se em: gerais e específicos.

- **Objectivo Geral:**

- Conhecer os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade.

- **Objectivos Específicos:**

- Identificar os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade;

- Descrever os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade;

- Aplicar sugestões para resolver os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade.

- **Delimitação e limitação**

- a) Delimitação**

- De acordo com os objectivos traçados, delimita-se a nossa investigação no Hospital Municipal do Kuimba, Provincia do Zaire. O presente trabalho realizou-se no espaço temporal do II semestre de 2023.

- b) Limitação**

- O nosso estudo limitou-se com factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade.

os seguintes intervenientes: A direcção do Hospital, Técnicos de enfermagem e Encarregados dos pacientes.

- **Justificativa**

Na componente pessoal é de extrema importância realçar o quadro nutricional do ser humano, porque condicionado um sistema alimentar que não favorece o acesso a alimentos saudáveis e por ambientes alimentares promotores da obesidade, sendo agravado pela injusta distribuição da riqueza no país, que determina graves problemas sociais e sanitários.

A dimensão académica visa analisar o impacto da má alimentação infantil na saúde do indivíduo momentaneamente e à longo prazo, a fim de que se possa agregar conhecimento científico sobre o tema abordado e incentivar medidas de promoção à saúde, para a promoção da saúde e o fortalecimento de políticas e programas intersectoriais.

No contexto social, preocupamos devido o enfrentamento da obesidade e das DCNT tem se pautado por programas que priorizam a promoção da saúde e a vigilância em saúde, a formação profissional e a produção de informações para a tomada de decisão baseada em evidências, prevendo a avaliação continua do perfil alimentar e nutricional.

- **Estrutura do Trabalho**

Este trabalho está organizado em três capítulos:

- Introdução;
- No capítulo I. Fundamentação Teórica, onde abordou-se as definições de termos e conceitos de autores que sustentam a temática em estudo;
- No capítulo II. Metodologia de pesquisa, onde abordou-se os métodos, técnicas que usou-se para a elaboração da pesquisa;
- No capítulo III. Discussão e resultados;
- Conclusões;
- Sugestões;
- Referências Bibliográficas.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo se apresenta abordagem sobre os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade, incluindo a definição de termos e conceitos.

1.1. Definição de termos e conceitos

- **Factores**

Os factores da desnutrição, especialmente nas crianças, são gerais, afectando todos os sistemas, impedindo o adequado crescimento e desenvolvimento, diminuindo a qualidade de vida e restringindo consideravelmente as chances de elas se tornarem adultos saudáveis.

Segundo (Sarni, 2005), os factores mais preocupantes são os ambientais e patológicos que estão diretamente ligados à pobreza, não se tratando apenas de má carência alimentar.

Na visão de Willrich; Azevedo; Fernandes (2009) citado por Miranda, Resegue e Figueiras (2003), definem os factores de risco como uma série de condições biológicas ou ambientais que aumentam a probabilidade de déficits no desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

- **Riscos**

Segundo Martins et al. (2007), afirmam que, os riscos a prevalência de crianças gravemente desnutridas diminuiu, passando assim a ter sua importância diminuída, até mesmo sendo ignorada, apesar da epidemia silenciosa de fome oculta e de desnutrição que é expressada através de crianças com desnutrição moderada e leve, sendo esses casos menos evidentes.

Na visão de Giovanna Mainardi (CRM 1897), diz que as crianças provenientes de famílias de baixa renda apresentam um risco maior relacionado a deficiências alimentares. Além disso, condições sanitárias precárias contribuem para o aparecimento de infecções e parasitoses que resultam em desnutrição.

Riscos socioculturais também influenciam no consumo de alimentos, já que algumas culturas ou religiões realizam dietas restritivas, que podem resultar em poucas calorias ou deficiências nutricionais importantes.

- **Crianças**

Criança para alguns, é uma fase da vida onde reina a fantasia e a liberdade. Para outros, a infância é uma etapa da vida onde a criança é considerada um adulto em miniatura. Outros ainda consideram a infância como uma fase em que a criança vai ser preparada para o futuro.

Para Silveira (2000), a definição de infância está ligada à ótica do adulto, e como a sociedade está sempre em movimento, a vivência da infância muda conforme os paradigmas do contexto histórico. Dessa forma, a dimensão da construção de uma concepção de infância pelos intelectuais nos leva a uma questão: os formuladores de uma concepção de infância são, em sua maioria, os adultos.

Ainda Silveira (2000), salienta que, criança por sua vez, indica uma realidade psicobiológica referenciada ao indivíduo.

Segundo o Dicionário Aurélio (2010), define criança é ser humano de pouca idade, a infância está definida como um período de crescimento, no ser humano, que vai do nascimento até a puberdade. Na sua origem etimológica, o termo “infância em latim é in-fans, que significa sem linguagem.

No interior da tradição filosófica ocidental, não ter linguagem significa não ter pensamento, não ter conhecimento, não ter racionalidade. Nesse sentido a criança é focalizada como um ser menor, alguém a ser adestrado, a ser moralizado, a ser educado.

- **Má nutrição**

Segundo Lerman (2009), define que a desnutrição é o estado em que as funções fisiológicas de um indivíduo estão a tal ponto debilitadas que não é possível manter as capacidades normais do organismo, como o crescimento, a gravidez, a lactação, a aprendizagem, o trabalho físico, a resistência e a recuperação de problemas de saúde.

Para Rosegrant e Meijer (2002), a desnutrição é devida a um déficit de ingestão alimentar, quer porque as necessidades do organismo estão aumentadas,

como acontece em algumas doenças, quer porque o fornecimento de alimentos é insuficiente, como em situações de carência de recursos ou perda de apetite.

Na visão de Who (2003), a desnutrição pode ser classificada em primária e secundária; a desnutrição primária é devida ao déficit de ingestão por insuficiência de alimentos, e a desnutrição secundária está associada a doenças.

Segundo Monteiro (2003), as causas mais comuns de desnutrição na infância são o desmame precoce, a higienização deficiente na preparação dos alimentos, a falta de vitaminas e minerais na dieta e a incidência repetida de infecções, em particular, das doenças diarreicas e posteriormente intestinais.

Na investigação de Souza (2012), realça que, a prevalência da má nutrição e os factores associados em crianças menores de 60 meses; este estudo demonstrou que há uma relevante prevalência de déficit de altura para idade, relacionado principalmente às condições de saneamento, moradia, nível económico baixo, ter 2 ou mais irmãos menores, ausência de mãe biológica no domicílio e baixa escolaridade de pai ou padrasto.

Na visão de Mansur e Neto (2006) citado por Plaza et al. (2001), apontam em seu estudo com lactentes de 0 a 24 meses que a desnutrição altera o desenvolvimento intelectual pela interferência na saúde, níveis de energia, taxas de desenvolvimento motor e crescimento. Na primeira infância ocorrem as aquisições neuromotoras básicas, portanto neste período é importante que a nutrição seja completa.

Na perspectiva de Mansur e Neto (2006) citado por Taner e Finn-Stevenson (2002), afirmam que, na ausência de alimentação adequada durante período crítico de má nutrição, é possível que a criança não atinja seu verdadeiro potencial genético. Quando uma criança não tem sua fome saciada, pode perder a motivação para explorar o ambiente e, assim, ter um atraso no aprendizado de certas habilidades cognitivas, indiferentemente da ocorrência de lesão cerebral.

De acordo com McDonald (2012), há três indicadores antropométricos que são mais vulgarmente utilizados para se descrever a subnutrição infantil a nível de população:

- Altura para a idade que seja pelo menos dois z-scores abaixo da mediana da referência internacional reflecte desnutrição crónica ou raquitismo.

Esta condição é resultado de uma subnutrição duradoura e de falta de saúde.

- Peso para altura que seja pelo menos dois z-scores abaixo da mediana da referência internacional reflecte uma malnutrição aguda ou debilitação, o que descreve um processo severo, recente ou corrente, conduzindo a uma significativa perda de peso, normalmente uma consequência de fome aguda ou doença grave.
- Peso para a idade que seja pelo menos dois z-scores abaixo da mediana da referência internacional reflecte insuficiência ponderal, o que pode implicar raquitismo, debilitação ou ambos e é um indicador de desnutrição mais geral, se bem que menos útil.

1.2. Abordagem surgimento da má nutrição

Durante os séculos XVIII e XIX, com os contributos médicos e psicológicos, surge uma nova concepção de criança: a criança médico-psicológica. Ela é o resultado de graduais e significativos investimentos na preocupação de obter respostas científicas acerca do desenvolvimento infantil.

Como resultado dos investimentos feitos nas áreas da saúde, da prevenção social e da educação, aparece em fins do século XIX e inícios do XX (1880-1918), uma nova concepção de criança - a criança bem-estar, em relação à qual se organizam serviços específicos e especializados no sentido de atender às suas necessidades específicas. Durante a primeira década do século XX, a infância era alvo de interesse e definição de campos muito específicos como a medicina, a psicologia, sendo, no entanto o investimento e o contributo dado pela psicologia que mais influenciava as posturas e atitudes para com as crianças, resultando daí uma outra concepção: a da criança psicológica.

Sengundo Silveira et al. (2010) citado por Sawaya (2003) e Victoria et al. (2008), descrevem que além do contexto social no qual a criança vive, a desnutrição infantil é também determinada pelo factor biológico, sendo a figura materna um forte interlocutor da criança ambiente; sendo assim, a má nutrição materna durante o período gestacional levaria ao baixo peso ao nascer das crianças.

No ponto de vista de Magalhães, Oliveira & Assencio-Ferreira (2001) apud Barros, Campos & Oliveira (1995), referem que, a criança desnutrida apresenta com grande frequência algum tipo de atraso ou desvio no desenvolvimento

neuropsicomotor, e, em casos mais acentuados, ocorrem atrasos nos sectores pessoal-social e na linguagem, assim, é visto a importância do estudo e prevenção da desnutrição na infância.

O surgimento da má nutrição como ciência deu-se somente nas primeiras décadas do século XX, a partir da demonstração que a deficiência de nutrientes ocasionava doenças. No século XIX os estudos para determinação do valor calórico dos alimentos, não se dando ênfase as fontes alimentares de poucas calorias como hortaliças e frutas em geral, que eram até mesmo desaconselhadas na alimentação diária.

O avanço da Endocrinologia, entre a segunda metade do século XIX e início do século XX, trouxe mudanças nesta concepção. Os estudos na área aprofundaram a observação das inter-relações entre elementos como ferro, iodo e cálcio e as substâncias hormonais.

A nova ciência da nutrição começou a surgir nos meados do século XX, apesar de que a relação entre o escorbuto e a pouca ingestão de frutas cítricas já tivesse sido observada desde o século XVIII. Na época das grandes navegações, o escorbuto se constitui doença grave que dizimou mais vidas que a guerra entre franceses e espanhóis.

Segundo, Sarni, (2005), A desnutrição é a falta de alimentos adequados com minerais e vitaminas necessárias para o desenvolvimento do corpo. Hoje é considerada um problema social, ocorrido principalmente com crianças menores de cinco anos de idade.

Na perspectiva de, Monte (2000) a desnutrição 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 falecer ainda durante o tratamento em serviços públicos de saúde nesses países.

Sendo que a taxa aceitável pela Organização Mundial de Saúde (OMS) 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.

De acordo com Sameroff e Chandler (1973), publicou um artigo intitulado “uma investigação sobre a natureza, causas e tratamento do escorbuto” em que observou a grande efectividade de ingestão diária de limonada, impedindo o surgimento da doença. Concluiu-se que laranja e limões eram remédios mais eficientes contra escorbuto.

Historicamente, os estudos sobre desenvolvimento têm colocado as características biológicas da população infantil como determinante principal dos atrasos intelectuais da criança. Isso pode ser verdadeiro para crianças gravemente comprometidas, mas não para a maioria das que apresentam um atraso moderado ou leve no seu desenvolvimento. Para uma melhor abordagem do desenvolvimento humano se faz necessária e uma outra ótica, onde seja possível uma análise coletiva das variações do desenvolvimento, oferecendo uma perspectiva “ecológica” dos achados encontrados.

Ainda Sameroff e Chandler (1973), descreveram o “modelo transaccional” de desenvolvimento, que relaciona entre si os efeitos da família, do meio ambiente e da sociedade sobre o desenvolvimento humano. Esse modelo considera o desenvolvimento como sendo único e peculiar, de tal forma que o resultado final seria o balanço entre os factores de risco e os de protecção. Segundo esse modelo, problemas biológicos podem ser modificados por factores ambientais, e determinadas situações de vulnerabilidade podem ter etiologia relacionada com factores sociais e do meio ambiente.

Devido à importância e ao impacto dos atrasos no desenvolvimento no que se refere à morbidade infantil, é fundamental que se possa, o mais precocemente possível, identificar as crianças de maior risco, a fim de minimizar os efeitos negativos daí decorrentes.

O teste, delineado para aplicação em crianças desde o nascimento até a idade de 5 anos, consiste em 125 itens, divididos em quatro grupos:

- a) Pessoal social – aspectos da socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar;
- b) Motricidade fina – coordenação olho/mão, manipulação de pequenos objetos;
- c) Linguagem – produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar a linguagem;

d) Motricidade ampla – controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e todos os demais movimentos realizados através da musculatura ampla.

Assim, a avaliação de Denver II foi feita conforme a idade de desenvolvimento, impedindo uma superestimação das crianças com o teste alterado. A variável de desfecho suspeita de atraso foi tratada como variável dicotômica. Para a análise dos dados, foi utilizado o método de regressão logística, cuja modelagem obedeceu um modelo hierárquico de determinação.

Esse modelo permite que possamos quantificar a contribuição de cada nível hierárquico e evitar uma subestimação dos efeitos de determinação distal de risco. Em um primeiro momento, as variáveis independentes foram isoladamente analisadas com o desfecho. Posteriormente, elas foram colocadas no modelo, permanecendo no mesmo apenas aquelas que contribuíam significativamente, em um nível de análise multivariada foi conduzida seguindo-se o plano proposto no modelo teórico, de acordo com os níveis hierárquicos.

Considerou-se o primeiro nível como sobredeterminante, e a inclusão de variáveis seguiu-se na ordem crescente para os demais níveis. Foram considerados possíveis factores de confusão as variáveis independentes do mesmo nível hierárquico ou de um nível imediatamente superior

Os primeiros factores voltados à alimentação e nutrição surgiram a partir de iniciativas de médicos nutrólogos, ocorrendo a criação dos primeiros cursos nos anos de 1938-1939, em São Paulo (Salomon, 1976). Formaram-se os primeiros dietistas em cursos de nível técnico e, aos poucos, foram sendo ampliados para cursos de Nutrição de nível superior, ainda nas décadas de 40 e 50, em outras regiões do Brasil, como Rio de Janeiro e Bahia.

A formação e o campo de prática estavam pré-definidos pelos ideais da problemática alimentar da América Latina. No Brasil, a actuação prática do nutricionista-dietista acontecia na área clínica para assistência hospitalar sob influência da disciplina “Higiene Alimentar” nos cursos da saúde e, também se fez presente nos desdobramentos da ciência da Nutrição (Costa, 1999; Vasconcelos, 2002).

Ainda Vasconcelos; Batista Filho, 2011; Ypiranga, 1991. O objecto de trabalho dos nutricionistas estava se consolidando no âmbito da saúde humana, na abordagem sobre o homem e o alimento. Além dos hospitais, aos poucos os órgãos

públicos de fornecimento de refeições a trabalhadores foram sendo administrados por nutricionistas, valorizando a alimentação oferecida às colectividades sadias, sob a ótica política e econômica da época (Bosi, 1996; Vasconcelos, 2002).

1.3. Factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade

Willrich; Azevedo; Fernandes (2009) apud Miranda, Resegue e Figueiras (2003), referem que:

Diversos factores podem alterar o desenvolvimento normal de uma criança. Dentre as principais causas de atraso motor encontram-se: baixo peso ao nascer, distúrbios cardiovasculares, respiratórios e neurológicos, infecções neonatais, desnutrição, baixas condições sócio econômicas, nível educacional insuficiente dos pais e prematuridade. Quanto maior o número de factores de risco presentes, maior é a possibilidade de alterações do desenvolvimento.

Segundo Motta et al., (2005) os factores de riscos em crianças com má nutrição constitui um dos graves problemas nas sociedades em desenvolvimento. Apesar da proporção de crianças com desnutrição ter diminuído nos últimos 20 anos, ela ainda ocorre de forma heterogênea e em níveis elevados nas regiões Norte e Nordeste do nosso país.

Segundo Oliveira et al., (2006) reforça que a má nutrição continua a ser uma das causas de morbilidade de mortalidade mais comuns entre crianças de todo o mundo, e ainda é considerada um problema social, cúmplice de famílias de baixo poder aquisitivo, e que vivem em situação de extrema miséria e pobreza.

Ainda Oliveira et al (2007), afirma que, o contexto de vida a qual a criança está inserida exerce grande influência no seu crescimento e desenvolvimento; ao estudar pré-escolares de municípios da Bahia e São Paulo, observou que a variedade do crescimento linear na infância estava associada não só a factores directamente relacionadas a criança (baixo peso ao nascer, desmame precoce, vacinas incompletas, história prévia de desnutrição), mas também as condições relacionadas aos municípios.

A má nutrição segundo os autores (Monteiro, 2003; Victora 2003 e Valente 2003), afirmam que:

A má nutrição, ocorre pela ausência de alimentos, em associação ou não com outros factores. No entanto, na maior parte dos casos, a má nutrição não ocorre por falta de alimento, isto porque existem várias outras dimensões necessárias adequadas para sua utilização (Água limpa, saneamento adequado, utensílios, equipamentos, etc.), condições de vi, habitação e saúde das famílias, acesso a serviços de promoção e atenção à saúde.

Os autores acima citados, verificam também o aumento na média da altura das crianças com o umento de renda percapita, da idade materna ao nascimento da criança, do intervalo interpartal e do peso ao nascimento, sendo, esta última variável, a de maior efeito sobre altura. O efeito do peso estabelece ao nascimento deve-seem parte a dificuldades no estabelecimento da alimentação, complicações clínicas e maior risco de doenças infessiosas (Berkowitz 1993, Sawaya 2006).

Conforme Coutinho et al., (2008) afirmam que, apesar da redução do déficit de peso por idade em crianças menores de cinco anos, e do aumento na cobertura da Estratégia Saúde da Família que resultou numa redução de 4,6 %, na taxa de mortalidade infantil, pode-se dizer que a desnutrição ainda é um dos problemas de desigualdade social que prevalecem até aos dias de hoje.

Ratificando a afirmativa de Silveira et al., (2012) que dizem que apesar da redução expressiva da desnutrição no Brasil nas últimas três décadas, esses quadros, ainda acometem crianças pequenas, que vivem em condições desfavoráveis, justificando o interesse dos pesquisadores em identificar os determinantes da desnutrição A esse respeito, pode-se dizer que a desnutrição é, sem dúvida, um problema latente no contexto latino-americano, que atinge principalmente a população menor de cinco anos.

Objectivou-se analisar se os factores de riscos em crianças com má nutrição a menores de cinco anos de idade estão relacionados às condições biológicas de suas mães, ao acesso a serviços de saúde, ao benefício de programas sociais e às condições socioeconômicas. Trata-se de um estudo transversal realizado no contexto da Estratégia Saúde da Família, em sete municípios do interior do estado da Paraíba. A metodologia incluiu o diagnóstico do déficit de estatura e do excesso de peso (sobrepeso e obesidade) das crianças, cujos determinantes foram analisados por meio de árvore de decisão.

1.4. Crianças com má nutrição

A má-nutrição de acordo com Monte (2000), a desnutrição infantil é uma doença de origem multicausal e complexa que tem as suas raízes na pobreza. Ocorre quando o organismo não recebe os nutrientes necessários para o seu metabolismo fisiológico, devido a falta de aporte ou problema na utilização do que lhe é oferecido. Assim sendo, na maioria dos casos a desnutrição é o resultado de uma ingestão insuficiente ou fome e de doenças.

Para Silva (2015), as causas mais comuns da desnutrição na infância são: o desmame precoce, a higienização deficiente na preparação dos alimentos, a falta de vitaminas e minerais na dieta e a incidência repetida de infecções, em particular das doenças diarreicas e parasitoses intestinais. Aliado a tudo isto, esta a pobreza que torna mais frequente a presença de desnutrição em crianças.

De acordo com a Unicef (2008), a desnutrição resulta de um conjunto de factores inter-relacionados, inclusive alimentação e cuidados inadequados, condições precárias de saneamento, doenças, acesso insatisfatório a serviço de saúde, e pouco conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo, as práticas de complementação alimentar e o papel de micro nutrientes.

Na visão de Ferreira et al. (2013), há dois tipos de desnutrição, o mais grave e o mais leve, que dependendo da classificação da doença pode ser tratado, mais nos casos graves pode deixar sequelas, que podem ser irreversíveis. "Foram consideradas desnutridas leves as crianças com que apresentarem seu peso entre a percentagem de 25,0 e 2,5 e desnutrição grave as crianças que apresentarem seu peso abaixo do percentil 2,5".

De acordo com os dados, as crianças desnutridas apresentam peso leve, levando em consideração o nível de gravidade, as crianças apresentam um peso abaixo do estimado em cada categoria do estado da causa da doença.

1.5. Crianças com má nutrição em Angola

Segundo Rosegrant e Meijer, (2002, p. 18) a desnutrição, particularmente a primária, é mais frequente nas populações desfavorecidas, como em algumas regiões de África, onde a desnutrição e as doenças a si associadas matam milhões de indivíduos por ano.

Na ótica de Coucelo, (2010), afirma que, em Angola o problema de desnutrição também é acentuado. Trabalhos de 2004/2005 em Angola, relataram

que no plano nutricional vivia ainda situações difíceis, calculando que mais de metade da população em Angola estivesse mal nutrida, apesar de se verificar alguma recuperação da produção agrícola e do acesso aos produtos agrícolas produzidos.

De acordo com o CNA (Conselho de Nutrição de Angola), a má nutrição nas crianças permanecia muito elevada, durante o ano de 2005/2006; relativamente às crianças nos primeiros anos de vida (até aos 3 anos) foi atribuída parcialmente à deficiente prática de aleitamento. A avaliação feita no Planalto Central em Janeiro de 2005 pelo programa VAM, descreveu a situação de má nutrição crónica e de baixo peso como “crítica” e a má nutrição aguda como “séria” atribuída à elevada incidência de diarreia (nos dois meses antes do estudo).

Segundo Who, (2002), afirmava que, nos países em desenvolvimento quase um terço das crianças com idade inferior a cinco anos sofria de desnutrição, situação que era responsável por mais de metade das mortes na infância; as crianças com desnutrição que sobreviviam até à idade adulta tinham mais doenças crónicas e elevada probabilidade de ter baixa produtividade física e intelectual.

Considerando que em Angola, a mortalidade nas crianças, nos primeiros anos de vida e até aos 5 anos, é de 150 e de 250, respectivamente, por 1000 nados vivos (sendo as principais causas, a malária 76%, as diarreias 7%, a doença respiratória aguda 7%), é importante evidenciar que a má nutrição constitui um factor associado, com responsabilidade em metade destas mortes. (VAM, 2005, p. 21).

De acordo com o Cfsva, (2006), os agregados familiares dependiam predominantemente da agricultura como principal fonte de subsistência e de obtenção de dinheiro; os mecanismos de aquisição eram limitados, a nutrição em geral era pobre e as condições de saúde eram precárias.

Os problemas causados pela ingestão de um número de calorias desadequado relativamente ao recomendado para cada indivíduo (uma média de 2100 calorias por dia) são variados e afectam o desenvolvimento da pessoa de maneira directa e visível, enfraquecendo o sistema imunológico e tornando o indivíduo, principalmente a criança, mais vulnerável (Who, 2003).

A desnutrição infantil é uma das mais significativas patologias tornando-se problema de saúde pública, sendo de origem multicausal, tendo como uma das principais origens o factor social, o qual engloba as condições e qualidade de vida.

Para Lopes e Vieira, (2005), A maioria das crianças desnutridas provém de meio-ambiente em que a má nutrição, a pobreza, a fome e a ignorância são concomitantes e, muitas vezes, sofrem não só da falta de alimentos, mas sobretudo de carência de estímulos psicossociais.

Sengudo Ferreira, (2000), a alimentação, principalmente nas creches, favorece a modificação de hábitos alimentares, por facilitar a aceitação de novos alimentos, sendo importante a implantação de programas de educação nutricional nestas instituições para promover uma melhora na qualidade da alimentação infantil.

Valle e Euclydes, (2007), o estudo de indicadores múltiplos realizados em 2001 revelou que 45,2% das crianças com menos de cinco anos sofriam de subnutrição crónica, 31% tinham peso a menos e 6,2% estavam gravemente subnutridas. A má nutrição era a principal causa dos altos níveis de morbidade e mortalidade infantis em Angola.

O agravamento da situação de pobreza dos agregados familiares e a insegurança alimentar e nutricional continuam a contribuir para as taxas elevadíssimas de depauperação das crianças, verificadas em muitas zonas, durante a guerra e mesmo após o cessar-fogo (UNICEF, 2004).

Segundo Ctenas e Vitolo, (1999), destacam o seguinte sobre o desenvolvimento psico-motor de uma criança:

- Uma criança cresce em média 25 centímetros (cm) no primeiro ano de vida.
- No segundo ano de vida, a criança cresce em média 12 cm de altura.
- A partir do terceiro ano de vida ela cresce de 5 a 7 cm por ano.
- O cérebro da criança ao nascer pesa em média 400 gramas e ao final do primeiro ano de vida pesa em média 1 quilo (kg), crescendo 600 gramas durante este período.
- Do primeiro ano até a vida adulta o cérebro crescerá apenas mais 400 gramas, chegando a pesar 1,4 kg na vida adulta.
- Associadas ao crescimento físico, a criança vai adquirindo capacidades que podem ser observadas a cada mês. Por volta dos 3 meses de idade a criança já sustenta a cabeça e aos 7 meses já consegue sentar sem apoio.
- As deficiências nutricionais ou práticas alimentares inadequadas, além de causar prejuízos imediatos à saúde das crianças, podem deixar sequelas futuras

como retardo do crescimento, atraso escolar e desenvolvimento de doenças como diabetes, pressão alta, doenças do coração e obesidade, entre outras.

1.6. Principais sintomas relacionadas a má nutrição

Para Vannucchi e Marchicni (1996), defendem:

A avaliação dos sinais e sintomas clínicos permite identificar as manifestações que podem estar relacionadas com uma possível alimentação inadequada, resultando em alterações no tecido orgânico, na pele, nas mucosas, no cabelo, nos olhos, entre outros. A identificação dos sinais clínicos de alteração do estado nutricional é de grande importância para a prática clínica. Entretanto, quando a carência ainda se encontra na fase inicial, torna-se difícil sua interpretação. Dessa forma, os sinais clínicos de deficiências nutricionais devem ser confirmados com exames laboratoriais e com dados alimentares.

Na perspectiva de Reis (2023) – Enfermeiro. Lemos – Biométrica e Tatiana Zanin janeiro, as doenças relacionandas a má nutrição são:

- ✓ Perda de peso corporal;
- ✓ Diarreia frequente;
- ✓ Cansaço excessivo;
- ✓ Dificuldade de concentração;
- ✓ Falta de apetite;
- ✓ Diminuição da temperatura corporal;
- ✓ Apatia ou irritabilidade;
- ✓ Inchaços generalizados.

Nos casos mais graves de má nutrição pode acontecer enfraquecimento do sistema imune, resultando em infecções frequentes. Apesar da má nutrição estar principalmente relacionada com a magreza, é possível estar com o peso adequado porém com deficiência de vitaminas e minerais, caracterizando a desnutrição.

Na perspectiva Chemello, Emiliano; Pandolfo, Felipe G. (2013), o baixo consumo de alimentos naturais, como legumes cereais, tubérculos etc. é reflexo de uma má alimentação estimulada pela alimentação moderna introduzida por meio do mercado de alimentos industrializados. E essa alimentação é adotada em grande escala pela população brasileira que atualmente prefere refeições condimentadas, ricas em gorduras, sal e açúcares, com pouco ou nenhum teor nutritivo, porém abundante em aditivos químicos.

Esses hábitos distanciam o indivíduo cada vez mais da nutrição do seu organismo, da possibilidade de um conjunto integrativo de qualidade de vida e

garantia da saúde. Esse fato pode ser caracterizado como um processo de uniformização social preocupante, vez que versa sobre bens essenciais de consumo alimentar que agem diretamente na saúde da população.

1.7. O diagnóstico da má nutrição

O diagnóstico da má nutrição deve ser feito pelo médico a partir da avaliação dos sinais e sintomas apresentados pela pessoa, avaliação dos hábitos alimentares e exame físico. O exame físico realizado pelo médico consiste na avaliação do peso da pessoa, circunferência abdominal e perímetro cefálico, no caso das crianças. Além disso, pode ser também recomendada a realização de exame de urina, de fezes e de sangue, como hemograma e dosagem de vitaminas e minerais no sangue. (Black et al., 2013; Bhutta 2013).

Para a pesquisa de palidez, a avaliação da região palmar é considerada uma opção melhor do que as conjuntivas, por estar menos sujeita a alterações provocadas pelo choro e estados gripais. Pode-se comparar a cor da palma da mão da criança com a da mãe ou de pessoa da mesma cor. Considerar também outros fatores de confusão, como as diferenças raciais, a vasoconstrição periférica causada pelo frio ou por patologias graves, a hiper胡萝卜素emia e a icterícia.

O diagnóstico definitivo de anemia é dado pelo hemograma, e o da ferropenia pelos testes de cinética do ferro, que nem sempre são necessários. O hematócrito e/ou a concentração de hemoglobina abaixo do mínimo indicado para a idade e sexo, associados à microcitose e à hipocromia, são fortemente sugestivos de anemia ferropriva em nosso meio. O Quadro 3 mostra os valores mínimos da hemoglobina, do hematócrito e dos índices hematimétricos por idade, ao nível do mar.

A Organização Mundial de Saúde, numa definição operacional de anemia, apresenta os seguintes limites dos níveis de hemoglobina: 11,0 g/dl para crianças entre seis meses e cinco anos e gestantes; 11,5 g/dl para crianças de cinco de idade.

1.8. As causas da má nutrição

Segundo Breitman (1999) o retardo de crescimento sem causa orgânica é, na maioria dos casos, de difícil diagnóstico, sobretudo quando os sinais e sintomas são pouco evidentes, e em razão das causas subjectivas envolvidas nessa desordem.

Sabe-se que a origem é multifactorial e complexa, mas com uma via final de baixa ingestão calórica e consequentemente perda de peso da criança.

As principais causas de desnutrição são:

- Falta de acesso a alimentos;
- Problemas no metabolismo ou absorção de nutrientes, devido a diarreia, anorexia ou diabetes;
- Uso de remédios que diminuam a absorção de nutrientes, como quimioterápicos;
- Infecção intestinal;
- Febre alta ou queimaduras, que são situações que aumentam a necessidade de nutrientes, conforme Who, (2003).

Além disso, trabalhos demonstram que as possíveis causas na nutrição de crianças, quando ocorrem em estágios críticos do crescimento e desenvolvimento encefálico, podem impactar gravemente na cognição, uma vez que o cérebro não recebe os nutrientes necessários para seu desenvolvimento. As consequências do déficit de macro e micronutrientes na infância podem não ser reversíveis, e permanecem afectando actividades cognitivas e qualidade de vida até a idade adulta Zuanetti et al, (2019).

Akca e Bostanci, (2017), Afirmação de que, a desnutrição e a obesidade são os dois extremos da má alimentação das crianças, e ambos possuem impacto negativo nos processos bioquímicos, acção celular, crescimento, desenvolvimentamental e comportamental, sistema imunológico, capacidade física e diversos outros sistemas do organismo.

Por isso, onde os alimentos encontrados não são suficientes para suprir às demandas nutricionais, a suplementação é uma boa opção a fim de evitar consequências negativas no desenvolvimento infantil, (Olsen, et al., 2020).

1.9. O grupo com maior risco de má nutrição

O grupo que apresenta maior risco de má nutrição são os bebês, especialmente quando a mãe não amamenta de forma adequada ou quando o bebê não consome o leite de forma adequada para sua idade, e as crianças de até 5 anos, fase em que depende totalmente do cuidado de adultos para se alimentar.

Leite; Ferreira, (2004), neste sentido, e tendo em conta o contexto de riscos e incertezas no qual se inserem as sociedades contemporâneas, pode-se sustentar

que a implementação do princípio de prevenção, bem como a sua amplitude em um contexto de incerteza – precaução – e a efetividade do direito ambiental como um todo, “depende de uma profunda revisão dos valores e comportamentos predominantes nas sociedades ocidentais contemporâneas”, e uma mudança da postura ética em face do meio ambiente, de modo a considerar, pelo menos, os conceitos de “desenvolvimento sustentável” e “responsabilidade intergeracional” como necessários à manutenção da vida com dignidade.

O estado de saúde dos indivíduos é reflectido com maior clareza através da avaliação do crescimento infantil, testemunhando as condições de vida às quais estão submetidos. O crescimento e a nutrição das crianças de um país, dado a inter-relação de nutrição e o meio socioeconómico, além de permitir aferir as condições de saúde da própria criança, permite também extrapolar sobre a evolução das condições de vida da população em geral (Rito, 2004).

Como confere Ravelli et al. (1976) sugerem que o atraso do crescimento ou a má nutrição durante o desenvolvimento em etapas precoces do feto alteram o desenvolvimento do hipotálamo, de tal forma que o controlo do apetite ou as funções de manutenção da energia corporal encontram-se permanentemente em “reset”, para elevar a eficiência energética para promover o rápido ganho de peso. De outra forma, se a má nutrição fetal ocorrer durante os períodos finais da gestação, quando a divisão das células adiposas ocorre mais rapidamente, o aumento da gordura corporal é inibida por um reduzido número de adipócitos.

1.10. Consequências da má nutrição

Na visão de Sawaya et al., (1998). Afirma de que as principais consequências da desnutrição são:

1. Atraso no crescimento e desenvolvimento das crianças;
2. Grave perda de peso;
3. Baixa imunidade, favorecendo o aparecimento de doenças;
4. Anemia;
5. Dificuldade na cicatrização das feridas;
6. Pele, cabelos e unhas frágeis;
7. Rugas mais visíveis;
8. Mau funcionamento intestinal;
9. Atraso no desenvolvimento intelectual nas crianças;

10. Infertilidade.

Além disso, nos casos mais graves, em que não é tratada adequadamente, a desnutrição pode colocar em risco a vida.

Já mostramos anteriormente Sawaya et al, (2003) que crianças que foram desnutridas e que não se recuperaram em estatura apresentam um quociente respiratório maior do que crianças que nunca foram desnutridas. Isso significa que o organismo delas "deseja" fisiologicamente acumular gordura corporal. Um quociente respiratório mais alto significa que a oxidação de gordura no corpo é menor; portanto, a criança crescerá menos, ganhará menos músculos, menos ossos, e tenderá a usar a energia que ingeriu para acúmulo de gordura.

1.11. Tratamento da má nutrição e o atraso no crescimento

Na visão de Sawaya et al, (2003), o tratamento para desnutrição é feito com o aumento gradual da quantidade de calorias ingeridas, evitando alterações intestinais, como diarreia. Assim, são feitas entre 6 a 12 refeições por dia com pouca quantidade de alimentos.

Com o avanço do tratamento, o número de refeições é diminuído, enquanto as quantidades de comida a cada refeição são aumentadas, conforme a adaptação do paciente. Porém, quando o indivíduo não consegue ingerir alimentos sólidos podem ser utilizadas dietas ou suplementes líquidos para garantir os nutrientes necessários. Nos casos mais graves, pode ser necessário internamento hospitalar para que o paciente seja alimentado com nutrientes diretamente na veia ou através de sonda gástrica. (Black et al., 2013; Bhutta 2013).

Tratamento actual, preconizado pela OMS/UNICEF, (2009). Actualmente, o tratamento dietético da Desnutrição Primária Grave preconizado pela OMS/UNICEF, em 2009, contempla numa primeira etapa, o tratamento com fórmulas terapêuticas à base de leite com a adição de uma fonte de glícidos, óleo vegetal e açúcar, através da F75 (Fórmula com 75kcal/100mL) durante o tratamento inicial e através da F100 (Fórmula com 100kcal/100mL) durante a fase de reabilitação nutricional, e numa segunda etapa ou em casos menos graves na comunidade, pelo Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU), com composição semelhante à F100.

Com este tipo de alimentação terapêutica obtêm-se resultados aceitáveis e sem qualquer registo de risco ou consequências negativas. Tratamento da

Desnutrição Primária Grave Critério adicional independente Sem apetite Com complicações médicas Com apetite Sem complicações médicas Tipo de alimentação terapêutica Baseada nos recursos Baseada na comunidade Intervenção F75 y F100/ATPU e 24 horas de cuidados médicos ATPU e cuidados médicos básicos Critério de alta (critérios de transição para facilitar os cuidados baseados na comunidade) Redução do edema Bom apetite (com ingestão aceitável de ATPU*) Aumento de peso de 15-20% * Criança ingere pelo menos 75% do ATPU calculada para o dia. Adaptado: OMS/UNICEF, 2009.

O atraso no crescimento infantil está declinando na grande maioria dos países. Na maioria dos casos, quanto maior a prevalência, menor a taxa anual média de redução. Dezenove países apresentam uma taxa anual média de redução negativa, com a Somália apresentando o pior prognóstico. Seis países têm uma taxa anual média de redução superior a 2%, apesar de terem taxas de atraso no crescimento de mais de 40% (Bangladesh, Camboja, Etiópia, Nepal, Iêmen e Zâmbia). Este progresso é impressionante, dadas as altas prevalências.

O tratamento para desnutrição é feito com o aumento gradual da quantidade de calorias ingeridas, evitando alterações intestinais, como diarreia. Assim, são feitas entre 6 a 12 refeições por dia com pouca quantidade de alimentos. Com o avanço do tratamento, o número de refeições é diminuído, enquanto as quantidades de comida a cada refeição são aumentadas, conforme a adaptação do paciente. Porém, quando o indivíduo não consegue ingerir alimentos sólidos podem ser utilizadas dietas ou suplementes líquidos para garantir os nutrientes necessários. Nos casos mais graves, pode ser necessário internamento hospitalar para que o paciente seja alimentado com nutrientes diretamente na veia ou através de sonda gástrica. (Black et al., 2013; Bhutta 2013).

1.12. Aleitamento materno exclusivo

Os bebês com baixo peso ao nascer correm um risco aumentado de morbidade e mortalidade. O baixo peso ao nascer afeta todas as regiões do mundo (por exemplo, as taxas na América do Norte e do Sul são muito semelhantes) mas a taxa no Sul da Ásia é de longe a mais alta. Neste momento não é possível apresentar dados de tendências críveis.

Segundo Malta (2021), o aleitamento infantil tem início ainda durante a gravidez, uma vez que a alimentação materna possui influência direta no

desenvolvimento do feto. Hábitos saudáveis durante a gestação, como dieta equilibrada e atividade física regular possuem um papel de fatores protetores contra eventos adversos como macrosomia, diabetes gestacional, obesidade futura materno-infantil, entre outros.

A Visão de (Pinto, et al., 2021), afirma que a alimentação infantil é introduzida logo ao nascimento com o aleitamento materno, que é um acto de promoção à saúde indicado de maneira exclusiva durante os primeiros seis meses de vida, devendo ser iniciada, preferencialmente, ainda na primeira hora de vida. É um alimento inato às mães e que proporciona grandes benefício ao lactente, uma vez que dispõe de todos os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento (Pinto, et al., 2021).

Sendo assim, crianças que são amamentadas adequadamente e pelo tempo recomendado possuem menores índices de morbidade e mortalidade por diarreias, infecções do aparelho respiratório e auditivo, apresentam proteção contra a obesidade e diabetes ao longo da vida. Além disso, há vantagens também para as lactantes, uma vez que o ato de amamentar ajuda a precaver o câncer de mama e ovário e diminuir as chances de desenvolver diabetes (Pereira, et al., 2021).

As maiores probabilidades de letalidade pós-operatória, entre aqueles com déficit nutricional e desnutrição crônica foram consistentes, uma vez que estudos mostram uma relação entre essa carência e o crescimento do número de mortes no período pós-operatório em crianças expostas à cirurgia cardíaca, por exemplo (Souza, et al., 2020).

As crianças devem estar bem alimentadas para um bom desenvolvimento, recebendo uma dieta equilibrada e saudável, pois a alimentação tem ligação com a aprendizagem (Salim E Bonfim 2017).

Como refere Pedraza (2022), a má alimentação está se tornando o factor fundamental de riscos para doenças no mundo. Uma alimentação inadequada pode vir a ocasionar baixa estatura, desnutrição crônica, excesso de peso, menor desenvolvimento e menor performance escolar. A desnutrição é ocasionada por diversos fatores, mas de forma geral, pode surgir quando a criança não recebe o aporte de macronutrientes necessários ao seu desenvolvimento, devido à falta ou insuficiência de alimentos, ou por determinada doença.

1.13 Os alimentos mais saudáveis nas crianças.

Os alimentos mais importante no cardápio da criança são:

-Alimentos orgânicos (frutas e sucos, ovos, legumes e verduras, peixe, leite e derivados, carboidratos de boa qualidade).

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

Neste capítulo, apresenta-se o modelo de pesquisa utilizado, os diferentes métodos e técnicas que permitiu a recolha de dados.

Para Cervo & Bervian, (2002, p.13). métodos é um “conjunto de etapas e processos a serem vencidos ordenadamente na investigação dos factos ou procura da verdade”.

2.1. Tipos de pesquisa

A pesquisa é apresentada na tipologia descritiva, para Oliveira, (2002, p.114), “é um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos factores e elementos que influenciam determinados fenômenos”.

De acordo com Ramos & Naranjo, (2014, p.54), os estudos descritivos “procuram especificar as propriedades importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise”. Por sua vez Zassala, (2017, p.42), reforça que “é a investigação que procura determinar a natureza e grau de condições existentes”.

A escolha do tipo de pesquisa descritiva permitiu fazer a colheita de dados bem como a descrição das condições existentes, possibilitando assim a

compreensão dos diversos factores e elementos que estão implícitos no fenómeno em estudo.

2.2. Modelo de Abordagem

O trabalho centrou-se tecnicamente na abordagem mista (qualitativa e quantitativa).

A abordagem qualitativa é uma abordagem que não emprega dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema, Oliveira, (2002).

Na visão de Vianna, (2006, p.24), “é utilizada no desenvolvimento da pesquisa descritiva na qual se preocupa descobrir e classificar a relação entre variáveis assim como na investigação da relação de causalidade entre os fenómenos”.

A abordagem quantitativa, significa quantificar dados, opiniões nas formas de colheita de informações, enquanto que, a abordagem qualitativa possibilita a recolha de informação mais profunda, rica e precisa e, faz a descrição do factor de risco para aumento da má nutrição da criança. Vianna, (2006).

2.3. Nível de Estruturação de Métodos

a) Nível teórico

- **Análise/síntese**

Na visão de Cervo e Bervian (2002, p.16), a análise é um procedimento teórico mediante o qual um todo complexo se decompõe nas suas diversas partes e qualidades. Permite a divisão mental de todos nas suas múltiplas relações e componentes e a síntese estabelece mentalmente a união entre as partes previamente analisadas e possibilita a descoberta das relações essenciais e as características gerais entre elas.

Este método auxiliou na orientação do diagnóstico, 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, mas isso só é possível se conhecermos a essência do objecto dado. Segundo Marconi e Lakatos, (2004, p.91), o método histórico “consiste em investigar acontecimentos, processos e instituições do passado para verificar sua influência na sociedade hoje”.

Por sua vez, Cervo & Bervian (2002, p.13), afirmam que, o método histórico está ligado ao conhecimento das diferentes fases dos objectos na sua sucessão cronológica, para conhecer a evolução e desenvolvimento do objecto ou fenómeno de investigação torna-se necessário revelar a sua história as fases principais do seu desenvolvimento e as ligações históricas fundamentais.

Já 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 Cervo e Bervian, (2002, p.13).

Este método auxiliou na compreensão da evolução do processo das aprendizagens nas várias fases do seu desenvolvimento educacional de um alun.

- **Hipotético / Dedutivo**

Segundo Marconi & Lakatos, (2004, p.91), o método hipotético/dedutivo, inicia pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos da qual formula hipóteses e pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómeno abrangido pela hipótese. Vianna, (2006), 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.

Este método a possibilitou aumentar o conhecimento da realidade das dificuldades existentes, há necessidade de propor soluções para colmatar as deficiências e melhorar os factores de riscos em crianças com má nutrição.

b) Nível Empírico

O método de nível empírico para a pesquisa utilizou-se o questionário para os membros do Hospital, enfermeiros e pacientes, assim como a observação directa.

Este método permitiu alcançar os objectivos propostos na nossa investigação através da utilização das diferentes técnicas, assim como na confirmação ou informação das hipóteses levantadas.

c) Nível Estatístico / Matemático

Os métodos estatísticos, para Cervo & Bervian, (2002, p.20) “revelam as tendências e relações dos fenómenos. E podem ser descritivos e inferenciais”.

Este método permitiu clarificar a investigação ao quantificar os dados colectados na investigação de campo.

2.4. Técnicas de recolha de dados

Para a recolha de dados utilizou-se as seguintes técnicas: Entrevista, Questionário, Observação, Pesquisa bibliográfica e documental.

Na visão de Vianna, (2006), realça que, é necessário observar basicamente por meio dos sentidos (a visão e audição), para tirar um conhecimento claro e preciso de um objecto de pesquisa. Tal objecto pode ser um ambiente onde pessoas se relacionam.

Para Rudio, (2012, p.38), a observação, permitiu o estudo do fenómeno por investigar sirva como objectivo formulado, planeado, registado e relacionado a partir do simples para o geral, ao invés de ser visto o fenómeno como um facto curioso.

Utilizou-se a observação participante ou directa que, na visão de Rudio, (2012, p.36), “o observador embora presente, assume o papel de espectador anónimo; para além de estar visivelmente presente participa activamente na situação que pretende observar”.

Para Marcone & Lakatos, (2004, p.278), a entrevista “trata-se de uma conversa oral entre duas pessoas das quais umas delas é o entrevistador e a outra é o entrevistado”. Para Vianna, (2006), a entrevista “é uma técnica de compilação de informação mediante uma conversa profissional com que além disso, se adquire informação acerca do que se investiga”.

Segundo Vianna, (2006), inquérito “é uma técnica usada para recolha de dados que o investigador pode optar através da realização de entrevistas ou da aplicação de questionário”. Já na visão de Cervo e Bervian, (2002, p.19), “é uma

técnica de aquisição de informação de interesse sociológico, mediante um questionário previamente elaborado através do qual se pode conhecer a opinião ou a avaliação do sujeito seleccionado numa amostra sob um assunto dado”.

2.5. Instrumento e procedimentos de recolha de dados

Para a concretização do nosso estudo usamos as seguintes técnicas:

➤ Questionário

O guião de questionário nos permitiu adquirir as informações aos membros da Direcção do Hospital, Enfermeiros e pacientes. Para a aplicação da mesma iremos entrar em contacto com a Direcção do Hospital para passar as devidas informações e objectivos da pesquisa.

➤ A observação: Este instrumento utilizou-se para observar os factores de riscos em crianças com má nutrição.

2.6. Procedimentos

- Escolha e aprovação do tema;
- Contacto com o tutor;
- Recolha de bibliografias;
- Contacto com a direcção do Hospital;
- Aplicação dos instrumentos de pesquisa;
- Redacção do trabalho;
- Entrega do trabalho para aprovação e posterior apresentação pública.

2.7. Descrição das variáveis de estudo

Tomamos para a pesquisa a variável independente e dependente. Segundo Zassala (2012, p.60), “a variável independente é o factor determinante, condição ou causa para certo resultado, efeito ou consequência”.

Esta variável é manipulada pelo investigador, na sua tentativa de assegurar a relação do factor com um fenómeno observado ou a ser descoberto, para ver que influência exerce sobre um possível resultado.

Enquanto, que a variável dependente consiste nos valores e/ou fenómenos a serem explicados ou descobertos, em virtude de serem influenciados, determinados ou afectados pela variável independente; é a

variável que varia à medida que o investigador introduz ou modifica a variável independente, Zassala, (2012, p.60).

2.8. Variáveis

Para o presente estudo temos como variáveis:

- a) Variável independente:** Factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade.
- b) Variável dependente:** Membros da Direcção do Hospital, enfermeiros e crianças.

2.9. População e amostra

2.9.1. População

Na visão de Aktouf apud Deschaies, (1992, p.372), população é o “conjunto indiferenciado de elementos entre os quais serão escolhidos aqueles sobre quem se efectuar as observações. É o que se designa por população alvo”.

A nossa população alvo é constituída por de três (3) membros da Direcção do Hospital, doze (12) Técnicos de enfermagem, cem (100) Pacientes, correspondendo com o total de (115) indivíduos, que usou-se na investigação.

2.9.2. Amostra

Na visão de Lakatos & Marconi, (2004, p.55), A amostra é a parte da população ou do universo, seleccionada de acordo com uma regra.

Da população alvo extraímos uma amostra de três (3) membros da Direcção do Hospital, nove (9) Técnicos de enfermagem, vinte e quatro (24) Pacientes, o que perfaz o total de (36) indivíduos que representa 31,3%.

Quadro nº1: População e amostra

Nº	Indicadores	População	Amostra	Percentagem %
1	Direcção do Hospital	3	3	1,0
2	Técnicos de enfermagem	12	9	75
3	Acompanhante dos paciente	100	24	24
4	Total	115	36	100

Fonte: Investigação própria, 2023.

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS

3.1. Apresentação dos resultados obtidos com o inquérito por questionário dirigida aos membros de direcção do Hospital Municipal do Kuimba.

O inquérito aos membros de direcção do HMK foi composto por dois blocos, sendo um específico para a apresentação dos dados biométricos, composto por 6 indicadores, e, o outro bloco baseado nas questões sobre o objecto, contendo um conjunto de 10 perguntas de carácter abertas e fechadas. Realçar que as questões de carácter fechadas serão apresentadas com recurso a tabelas, e as questões abertas com recurso a quadro síntese dos principais aspectos indicados nas respostas pelos inqueridos. A baixo a apresentação, análise e interpretação dos mesmos.

a) Dados do bloco I do questionário aos membros de direcção do HMK: dados biométricos

A compreensão dos dados biométricos dos inqueridos permeia o entendimento síntese sobre quem são, onde e como estão enquadrado, quanto tempo exercem a profissão. A percepção destes aspectos se torna uma mais valia para a interpretação por eles apresentadas, já que factos sobre o que sabem do objecto podem por exemplo estar ligados ao género, idade, habilitação literárias, área de formação, tempo de serviço, profissão.

Quadro nº2: Dados relacionados ao Género e tempos de serviços dos membros da Direcção do HMK

INDICADORES	RESPOSTAS		
Género	M	F	
	3	0	
Idade	19 anos	41 anos	46 anos
	1	1	1
Habilitações literárias	Técnico médio	Licenciado	Mestre
	1	2	0
Área de formação	Medicina	Enfermagem	
	2	1	
Profissão	Médico	Enfermeiros	

	2	1
Tempo de serviço	8 anos	18 anos
	2	1

Fonte: Investigação própria, 2023.

Os dados da tabela a cima remetem ao entendimento de que os membros da direcção do HMK são maioritariamente do género masculino, estando todos na média de 35 anos. Entre os mesmos, verifica-se a presença de um jovem na idade de 19 anos, o que indica tendência de revigoração da força activa de trabalho, isto é, na medida em que a vida segue, os adultos devem assegurar a preparação dos jovens quer em experiência tanto na formação. Pode-se também verificar que dois entre os inqueridos nessa categoria têm a sua formação ao nível superior, portando o grau de licenciados, sendo ambos no ramo da medicina. O mais jovem no grupo, é técnico médio, porém, não indicou a área da sua formação no questionário.

No tocante a profissão, está-se na presença de 1 médico e 1 enfermeiro, sendo que aqui, de igual modo ao indicador anterior, o mais novo não indicou a profissão que exerce. Os dados biométricos aqui tomados, culminam na percepção do indicador sobre o tempo de serviço, de onde se pode ver que um de entre eles exerce a 8 anos, outro a 18 anos e uma vez mais sem definição do tempo de serviço pelo outro membro.

Vale realçar que desde o ponto de vista da formação profissional à sua experiência como profissionais no sector da saúde, dois de entre os inqueridos parecem estar a altura para resposta as questões sobre o objecto, já que corresponde a uma situação muito vivida no ambiente hospitalar.

3.1.1. Dados da primeira questão: Já ouviu falar da má nutrição?

O segundo bloco está composto por 10 questões que a baixo passam a ser analisadas, apresentadas sinteticamente em tabelas, seguidas da sua interpretação.

A primeira questão dirigida aos gestores do hospital foi se já ouviram falar de má nutrição.

Quadro nº 3: Informação sobre o conhecimento da má nutrição.

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Informação sobre o conhecimento da má nutrição	Sim	3	3	100
	Não		0	0
	As vezes		0	0
	Total		3	100

Fonte: Investigação própria,2023.

Todos os membros de direcção referem ter conhecimento sobre a má nutrição, o que demonstra que de alguma forma terão tido algum contacto com o assunto, podendo ser uma mais valia para o desenvolvimento da pesquisa, na medida em que os inqueridos não tem esse assunto como desconhecido na sua rotina diária de actividade no hospital e bem como no dia a dia, devido às diversas experiências de socialização nos mais variados contextos em que socialmente interagem, o que cria a mínima ideia de que se terão dados próximos ou correspondentes a verdade sobre o objecto em estudo.

Quadro nº4: Conhecimento dos acompanhantes dos pacientes sobre sinais da má nutrição.

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Conhecimento dos sinais de uma doença desnutrida	Sim	3	3	100
	Não		0	0
	As vezes		0	0
	Total		3	100

Fonte: Investigação própria,2023.

Além da questão sobre se já ter ouvido falar sobre a má nutrição, para real percepção sobre o domínio destes profissionais sobre o assunto foi dirigida a terceira questão que visou a percepção sobre se os mesmos conhecem os sinais que manifestam a doença. Em sua resposta ao questionamento, os inqueridos mostram ter domínio sim sobre os sinais da doença, o que continua assegurando a ideia de uma experiência destes sobre o assunto, o que pode remeter ao facto da obtenção de respostas plausíveis sobre o objecto de estudo.

Conhecer os sinais da doença é um dos aspectos essenciais para o seu diagnóstico, de modos a que se desenvolvem as melhores respostas para o seu combate.

Os sinais que também se designam como a manifestação clínica da doença, são em grande parte indicadores para medir ou compreender os efeitos e tipo da doença que o paciente possa estar passando.

3.1.3. Dados da terceira questão: Quais são os sinais da criança desnutrição?

Na terceira questão efectuou-se uma pergunta aberta que passa a ser analisada considerando os aspectos mencionados pelo inqueridos. O foco desta questão foi sobre quais os sinais da má nutrição de que têm domínio. Estes, em resposta, indicam que os sinais da má nutrição são: emagrecimento, falta de apetite, edemas, desidratação, coloração estranha da pele e dos olhos que se tornam em grande parte amarelados.

Confere Vannucchi & Marchicni (1996, p. 36), defendem:

A avaliação dos sinais e sintomas clínicos permite identificar as manifestações que podem estar relacionadas com uma possível alimentação inadequada, resultando em alterações no tecido orgânico, na pele, nas mucosas, no cabelo, nos olhos, entre outros. A identificação dos sinais clínicos de alteração do estado nutricional é de grande importância para a prática clínica. Entretanto, quando a carência ainda se encontra na fase inicial, torna-se difícil sua interpretação. Dessa forma, os sinais clínicos de deficiências nutricionais devem ser confirmados com exames laboratoriais e com dados alimentares.

Os sintomas indicados pelo inqueridos coincidem com os apresentados por (Vannucchi & Marchicni, 1996), a pesar de não terem directamente espelhado, pode-se perceber no seu discurso o facto de que são visíveis ainda outros sinais além dos que eles aqui mencionam.

Nesta questão, os inqueridos foram questionados sobre quanto tempo o bebé deve mamar exclusivamente. Respostas indicadas na tabela 5

Tabela nº5: Tempo de amamentação exclusiva das crianças

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Tempo de amamentação exclusiva das crianças	1 Mês	3	0	0
	2 Meses		1	33
	4 Meses		0	0
	6 Meses		1	33
	1 Anos		0	0
	2 Anos		1	33
	4 Anos		0	0
	5 Anos		0	0
	6 Anos		0	0
	Total		3	100

Fonte: Investigação própria, 2023.

Os inqueridos não concordam com as opiniões, na medida em que estão divididos sobre o tempo em que a criança deve mamar exclusivamente o leite materno. Verifica-se que 1, correspondente a 33% indica ser o tempo de 2 meses, outro na mesma proporção indica o tempo de 6 meses e o último indica o tempo de 2 anos como que o período em que o bebé deve mamar exclusivamente.

As opções indicadas não representam qualquer desvio do padrão, ou seja, exclusivamente as crianças devem ser amamentadas do leite materno até aos primeiros seis meses de vida, facto que concorda a ideia de (Pinto, et al., 2021), já a cima mencionados, dando suporte de que a alimentação infantil é introduzida logo ao nascimento com o aleitamento materno, que é um acto de promoção à saúde indicado de maneira exclusiva durante os primeiros seis meses de vida, devendo ser iniciada, preferencialmente, ainda na primeira hora de vida.

O aleitamento é um alimento inato às mães e que proporciona grandes benefício ao lactente, uma vez que dispõe de todos os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento. Como se sabe, grandes causas da desnutrição estão associadas a má alimentação, pelo que é necessário que as regras de alimentação das crianças iniciadas desde o período do aleitamento materno sejam seguidas para a boa saúde do indivíduo.

Outro aspecto que se colocou em causa é o facto do tempo em que os bebés devem começar a tomar outra alimentação, além do aleitamento materno. Da experiência dos inqueridos, mediante essa situação, as respostas foram unânimes tendo indicado todos para um único aspecto, como se pode ver na tabela a seguir.

Tabela nº6: Tempo em que os bebés começam a comer outros alimentos

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Tempo em que os bebés começam a comer outros alimentos	1 Mês	3	0	0
	2 Meses		0	0
	4 Meses		0	0
	6 Meses		3	100
	1 Anos		0	0
	2 Anos		0	0
	4 Anos		0	0
	5 Anos		0	0

	6 Anos		0	0
	Total		3	100

Fonte: Investigação própria,2023.

No tocante ao início da alimentação, todos os inquéritos indicam que deve ser a partir dos 6 meses.

Como se viu anteriormente, o aleitamento materno é exclusivo até ao sexto mês, pelo que se pode de imediato entender que ao fim da exclusividade do aleitamento, a criança já pode ser alimentada gradualmente com alguns alimentos gastronómicos.

Como se pode ver convirmado em (Monteiro et al, 2003) a OMS recomenda que ao fim dos seis meses, dada a insuficiência da quantidade de leite que mama da mãe, sejam introduzidos de forma lenta e gradual. O facto é porque reconhece-se que aos seis meses, já o sistema digestivo do bebe está mais maduro.

Não obstante ao período dos seis meses convencionalmente aceites, (Pequito & Cristovão, 2021) referem que em casos de impossibilidade do início aos 6 meses, a alimentação ao bebé pode ser iniciada até ao quarto mês, porém, não em período inferior.

Tabela nº7: Número de refeições por dia que os bebés devem comer

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Número de refeições por dia que os bebés devem comer	1 Vez	3	0	0
	2 Vezes		0	0
	3 Vezes		0	0
	4 Vezes		3	100
	5 Vezes		0	0
	6 Vezes		0	0
	Total		3	100

Fonte: Investigação própria,2023.

No tocante a periodicidade na alimentação diária, os inqueridos voltaram a divergir, mostrando cada um à sua posição. Na verdade, o período pode variar de criança a criança, devendo sempre considerar o facto de que a introdução dos alimentos deve ser de forma lenta e gradual atendendo a fragilidade dos tecidos

orgânicos das crianças que ainda estão em desenvolvimento. Como indicam (Pequito & Cristovão, 2021), a diversificação alimentar deve ser feita de forma gradual e com tranquilidade, respeitando o ritmo do bebé, fazendo a transição de uma alimentação exclusivamente láctea para a alimentação familiar. Este processo de adaptação aos alimentos sólidos depende dos hábitos alimentares da família.

3.1.7. Dados da sétima questão: Quantas vezes por dia, deve comer o menor de cinco anos?

A sétima questão, de carácter aberta, indagou aos membros de direcção sobre qual a alimentação favorável para as crianças. Como sendo uma questão de carácter aberta, livremente os inqueridos indicaram que entre a alimentação saudável para as crianças deve se considerar: peixe, carne, verduras, feijão, papa, o próprio leite materno até pelo menos dois anos. Um dos inqueridos, limita-se a mostrar que a alimentação deve ser rica em proteínas e vitaminas.

O crescimento adequado da criança de facto deve ser feito por suprimento nutricional em que essencialmente devem se assegurar a ingestão de calorias, proteínas e ferro, tidos como adequados ao seu crescimento. (Monte, Giugliani, Carvalho, Philippi, & Albuquerque, 2005)

Como se viu na questão anterior, a dieta normalmente depende dos hábitos alimentares da família, nisto, o que comer, se ovos, peixes, verduras, leites, papas, entre outros dependem do ambiente e possibilidades familiares, ao que se deve assegurar que em torno da alimentação não falem as proteínas necessárias ao crescimento do latente.

3.1.8. Dados da oitava questão: Que comidas são importantes para alimentação da criança?

Diferente da sétima questão, a presente teve carácter fechada, onde os inqueridos tiveram que seleccionar apenas uma opção disposta no questionário. A mesma voltou-se na percepção se o hospital tem realizado actividades de sensibilização e instrução às famílias sobre a alimentação adequada aos seus filhos. A baixo a tabela contendo as respostas.

Tabela 3.8. Aconselhamento sobre alimentação das crianças

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Aconselhamento sobre alimentação das crianças	Sim	3	2	67
	Não		1	33
	As vezes		0	0

	Total	3	100
--	-------	---	-----

Fonte: Investigação própria, 2023.

Mediante a questão, verifica-se um de entre os inqueridos indicando que não têm desenvolvido práticas de aconselhamento ou ensino as mães sobre a alimentação das crianças. Como se pode ver, dois de entre os mesmos, correspondendo a 67% dizem que sim, e um diz que não, o que representa 33%. Olhando ao questionário, percebeu-se que a opção do não tem ensinado foi selecionada pelo técnico mais novo, o que se tem vindo a presumir pela sua idade que tenha poucos anos de experiência de trabalho, apesar de não ter indicado tal aspecto.

Sabe-se que em grande parte dos casos, a má nutrição é originada pelo défice na boa alimentação para as crianças e outras devido aos cuidados sanitários que acabam sendo da responsabilidade dos pais ou cuidadores dos meninos a quem recai toda a responsabilidade. Na verdade, ações de instrução às mães para evitar a má nutrição devem transcender ao facto da alimentação do menor, até mesmo o cuidado que estas devem ter com a própria alimentação durante a gravidez, sendo que, entre as causas da doença está associada a falta de saúde ou nutrição da mãe no período gestacional. Como refere (SCIP, 2014, p. 7)

Nas causas imediatas estão a ingestão inadequada de alimentos, as doenças, e a desnutrição materna. No tocante as causas subjacentes, consideram-se a insegurança alimentar, cuidados inadequados às crianças, condições de água e saneamento e serviços de saúde inadequados. No último grupo das causas básicas estão a qualidade, quantidade e controle dos recursos existentes: humanos, socioeconómicos, ambientais e organizacionais.

Muitas famílias não têm acesso a informação através dos médias, dadas as suas condições socioeconômicas, acabando em grande parte a responsabilidade atribuída aos hospitais que diariamente lidam com os casos da doença, a informarem e ensinarem os pais e encarregados de educação para as boas práticas que permitem um processo nutritivo seguro para a boa saúde dos seus filhos.

Verdadeiramente ocorrência da má nutrição pode ser evitada, considerando o facto de que ele é em grande parte originada pelos cuidados da mãe para os filhos, por condições ambientais directamente ligadas ao saneamento básico, as condições socioeconómicas que ditam a qualidade da alimentação das famílias. Medidas para

evitar a má nutrição, devem então estar fundamentada na garantia de boas condições sanitárias, boas saúde e nutrição materna no período gestacional, diversificação e alimentação equilibrada para as crianças, cuidados na amamentação, entre outros. (Dantas, Oliveira, & Bezerra, 2022)

É possível evitar a ocorrência da má nutrição nas crianças.

3.2. Apresentação dos resultados obtidos com o inquérito por questionário dirigida técnicos de enfermagem do HMK.

Um conjunto de nove técnicos de enfermagem fizeram parte do conjunto de inqueridos no intuito de compreender sobre os factores da má nutrição. Os enfermeiros são os técnicos que directamente lidam com os pacientes, podendo estar sobre o cuidado dos mesmos sempre que se deslocar em unidade hospital com a patologia. Esse grupo de técnicos, representa uma força profissional que lida directamente os problemas, sendo em várias ocasiões os olhos dos médicos que após primeiro diagnóstico, deixam o controle e andamento da medicação a sua reponsabilidade.

Tal como a estrutura do questionário dos membros de direção, também este compõe-se por dois blocos com as mesmas características, cujos dados se passam a apresentar e analisar a baixo.

a) Dados do bloco I do questionário aos técnicos de enfermagem do HMK

O bloco I apresenta um conjunto de indicadores que permitem a obtenção dos dados biométricos dos técnicos de enfermagem, como se pode ver na tabela a seguir.

Tabela 3.9. Dados biométricos dos técnicos de enfermagem

INDICADOR	RESPOSTA			%			Total
	M	F		M	F		
Género	1	8		11	89		100
Idade	20-30 Anos	30-40 Anos	40-50 Anos	20-30 Anos	30-40 Anos	40-50 Anos	Total
	3	4	2	33	44	22	100
Habilitações literárias	Tecnico Médio	Licenciado	Mestre	Tecnico Médio	Licenciado	Mestre	Total
	7	2	0	78	22	0	100
Área de formação	Enfermagem	Outra área		Enfermagem	Outra área		Total
	9	0		100	0	0	100
Profissão	Médico	Enfermeiro	Outra	Médico	Enfermeiro	Outra	Total
	0	9	0	0	100	0	100
Tempo de serviço	01-05 Anos	5-10 Anos	10-20 Anos	01-05 Anos	5-10 Anos	10-20 Anos	Total
	3	2	4	33	22	44	100

Os dados dão conta de que a maioria da população entre os enfermeiros é jovem, já que cerca de 7 de entre eles estão a baixo de 40 anos.

Do ponto de vista das habilitações literárias, 7 técnicos, o equivalente a 78% são técnico médio, sendo que 2, correspondente a 22% são licenciados. Verifica-se também que tanto os licenciados quanto os técnicos médios são formados em enfermagem, como se verifica no tocante a área de formação, os 9, indicando 100% dos inqueridos indicam como área de formação a enfermagem. Como obvio, todos exercem a profissão de enfermeiros, estando cada um deles alocado a sua área de formação profissional, o que representa ganho do ponto de vista da realização pessoa e profissional, elevando as possibilidades do bom desempenho da profissão.

O último indicador, referente ao tempo de serviço mostra que a maioria dos profissionais estão a exercer a profissão a cerca a mais de 10 anos, estando 4 técnicos, o equivalente a 44% na indicação do tempo de serviço entre “10-20” dez a vinte anos. Porém, pode-se considerar já elevado tempo de serviço para a maioria dos técnicos de enfermagem, o que pode conduzir a percepção de que sejam experientes em matéria da má nutrição, sendo este um fenómeno muito visível nos centros hospitalares.

O bloco II da do questionário aos técnicos de enfermagem apresenta um conjunto de questões que permitem o levantamento de informações sobre o objecto de estudo que a seguir passa-se a sua apresentação, análise e interpretação por meio de tabelas para as questões fechadas e por interpretação directa as respostas obtidas nas questões abertas sem a apresentação em tabelas.

3.2.1. Dados da primeira questão: Já ouviu falar da má nutrição?

A questão um intentou a percepção se os técnicos de enfermagem já ouviram falar sobre má nutrição. Nisto, as respostas obtidas seguem-se apresentadas na tabela a baixo.

Tabela 3.10. Informação sobre a má nutrição

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Falar sobre a má nutrição	Sim	9	9	100
	Não		0	0
	As vezes		0	0
	Total		9	100

Fonte: Investigação própria,2023.

Na sua generalidade, como era obvio e de se esperar, todos os técnicos de enfermagem indicam em suas respostas que já ouviram falar sobre má nutrição, o que assegura desde já uma base para a continuidade de uma interpretação da sua informação sobre o assunto.

Ouvir falar de facto não é suficiente, no entanto, a resposta contrária ao facto de já ter ouvido falar, pode pressupor falta de informação, podendo indicar estar-se a lidar com quem não tenha noção sobre o assunto, o que não é o facto aqui já que 9 dos técnicos, correspondendo a 100%, isto é, o todo indicam que sim, já ouviram falar sobre a má nutrição.

3.2.2. Dados da segunda questão: Conheces os sinais de uma criança desnutrida?

Na segunda questão, o foco foi sobre se os inqueridos conhecem os sinais da doença. Aqui, também como uma pergunta fechada, as opções limitadas de respostas são apresentadas na tabela a baixo, seguida de sua interpretação.

Tabela 3.11. Os sinais de uma criança desnutrida

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Os sinais de uma criança desnutrida	Sim	9	9	100
	Não		0	0
	As vezes		0	0
	Total		9	100

Fonte: Investigação própria,2023.

A semelhança da questão anterior, todos os técnicos de saúde enveredaram para a mesma resposta. Como se pode ver, os 9, correspondente ao todo (100%) dos inqueridos nesta categoria indicam que “sim”, conhecem os sinais da má nutrição. Para continuidade do que os mesmos sabem sobre os sinais, a pergunta a seguir focou-se em saber dos mesmos quais são então os seus sinais.

3.2.3. Dados da terceira questão: Quais são os sinais da criança desnutrição?

A terceira questão não teve mais carácter fechado e sim aberto, buscando saber dos inqueridos quais são os sinais da manifestação da má nutrição. Realçar

que os aspectos mencionados pelos mesmos serão apresentados a baixo de forma generalizada.

Os sinais indicados pelos técnicos formam: baixo peso, emagrecimento, emagrecimento, falta de lágrima quando chora, pragas cutâneas generalizadas, cabelo acastanhado. Interessa realçar que no conjunto dos 9, cerca de 3 inqueridos deixaram em branco a questão.

Mediante os sinais apresentados, de facto corroboram com os estudos sobre o assunto, como é o caso específico de (SCIP, 2014, p. 11), que em uma ilustração apresenta o conjunto de sinais que podem surgir indicando a ocorrência da má nutrição.

Figura: Ilustração de sinais da ocorrência da má nutrição.



Fonte: (SCIP, 2014, p. 11)

Mediante a ilustração, pode-se então perceber que os sinais da doença podem varia de pessoa para pessoa, no entanto há um conjunto deles que podem ser muito visíveis a olhos nús, tornando o diagnóstico clínico da doença mais facilitado.

3.2.4. Dados da quarta questão: Quanto tempo o Bebê deve mamar exclusivamente?

Na quarta questão, os técnicos de enfermagem foram inqueridos sobre quanto tempo um bebê deve mamar. Como uma pergunta fechada, os dados recolhidos os seguem apresentados na tabela a baixo.

Tabela 3.12. Dados sobre tempo que o Bebê deve mamar exclusivamente

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Número de refeições por dia que os bebês devem comer	1 Vez	9	0	0
	2 Vezes		0	0
	3 Vezes		0	0
	4 Vezes		0	0
	5 Vezes		0	0
	6 Vezes		9	100
	Total		9	100

Fonte: Investigação própria, 2023.

Os dados da tabela indicam divisão entre as respostas pelos técnicos, porém, no colectivos das várias opções que podiam escolher, os mesmos optaram em apenas em uma. Como se pode ver, um grupo composto de 9 técnicos, o equivalente a 100%, indicam que as crianças devem mamar exclusivamente até seis meses ou seja sempre que for necessário deve amamentar a criança.

Na verdade, ambos os grupos indicam opções aceites, apesar de a questão dos seis meses ser a mais indicada, também já teorias comprovadas cientificamente indicam que a criança a partir dos 4 meses de vida e não antes disso, pode deixar de mamar exclusivamente, podendo introduzir na sua dieta e de forma paulatina outra alimentação, (Pinto, et al., 2021).

Nisto, os técnicos apesar de em opções diferentes, estão exatamente informados sobre o assunto, o que remete segurança quando a necessidade de orientação às parturientes sobre a matéria.

3.2.5. Dados da quinta questão: Com quantos meses o Bebê deve começar a comer?

A quinta questão buscou perceber a percepção dos enfermeiros sobre com que idade a o bebê pode começar a comer. Na verdade, é uma questão já ligada a anterior, no entanto, dirigiu-se ainda assim aos enfermeiros, para melhor segurança sobre o domínio que os mesmos possuem sobre o assunto, indicando a qualidade da informação. A seguir a tabela indicado as respostas colectadas.

Quadro 3.13. Quantos meses o Bebê deve começar a comer

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Quantos meses o Bebê deve começar a comer	1 Mês	9	0	0
	2 Meses		0	0
	4 Meses		4	44
	6 Meses		5	56
	1 Anos		0	0
	2 Anos		0	0
	4 Anos		0	0
	5 Anos		0	0
	6 Anos		0	0
	Total		9	100

Fonte: Investigação própria,2023.

A informação recolhida, indica segurança e domínio dos técnicos de enfermagem sobre o assunto que em resposta a quinta questão se procedem do mesmo modo como a questão sobre a exclusividade na amamentação das crianças. Aqui, também 4 técnicos, correspondendo a 44% indicam que é a partir dos 4 meses que os bebés devem começar a comer, ao passo que outros 5, correspondendo a 56% indicam também ser ao sexto mês o período a que se introduz a alimentação aos bebés.

A reflexão indicada na questão anterior a esta, serve para esta também, uma vez que os períodos coincidem e é cientificamente comprovado o facto indicado pelos técnicos em ambas as questões.

3.2.6. Dados da sexta questão: Quantas vezes por dia, deve comer o menor de cinco anos?

Sabido dos técnicos o período em que os bebés podem começar a provar de outro tipo de alimentação, diferente do leite materno exclusivo, na sexta questão os inqueridos nos fizeram saber sobre quantas vezes ao dia o bebé deve mamar. Também uma questão fechada, registou a respostas nas opções indicadas na tabela a baixo.

Quadro 3.14. Quantas vezes ao dia o menor de cinco anos deve comer

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Quantas vezes ao dia o menor de cinco anos deve comer	1 Vez	9	0	0
	2 Vezes		2	22
	3 Vezes		5	56
	4 Vezes		2	22
	5 Vezes		0	0
	6 Vezes		9	0
	Total		9	100

Fonte: Investigação própria, 2023.

Nas respostas, desta vez a classe dos enfermeiros não foi unânime numa só, por tanto, a maioria indica o facto de que os bebés devem comer pelo menos 3 vezes por semana. Aqui, forma 5 inqueridos, isto é, 56% destes disseram que por três vezes devem comer.

Os outros quatro técnicos apresentam ideias diferentes, onde 2 correspondendo a 22% apontam para a refeição em duas vezes, sendo que outros 2, de igual modo representando a 22% indicam que devem comer 4 vezes ao dia.

Na verdade, a questão da alimentação é relativa tendo em conta as condições da família, devendo também considerar a idade da criança. Como se viu, a introdução de outros alimentos deve ser de forma paulatina e na fase da sua introdução, ainda que em uma vez ao dia o bebé pode se saciar, devendo aumentar gradualmente as dozes de refeição na medida em que o mesmo for indicando a necessidade de alimentação.

3.2.7. Dados da sétima questão: Que comidas são importantes para alimentação da criança?

Nesta questão, buscou-se saber dos técnicos que tipo de comida os bebés podem tomar inicialmente diferente do leite materno. Essa foi uma pergunta de carácter aberta, cuja resposta dos inquerido indicaram entre o colectivo de alimentos na dieta dos bebés os seguintes: leite, papa, chá, couve, kizaca, funge, peixe, ovos, carne, feijão, frutas, soja.

As listas de alimentos indicados a cima representam a dieta normal das famílias. Por exemplo, já se vê entre os alimentos mencionados o funge, couve como parte da alimentação para bebés, o que demonstra que essa questão também pode variar tendo em conta as condições socioeconómicas das famílias. Interessa realçar que qualquer alimento dirigido às crianças deve ser rico em proteínas e ferro.

Tal como se referiu anteriormente, (Monte, Giugliani, Carvalho, Philippi, & Albuquerque, 2005) reflectem que o crescimento adequado da criança de facto deve ser feito por suprimento nutricional em que essencialmente devem se assegurar a ingestão de calorias, proteínas e ferro, tidos como adequados ao seu crescimento.

3.2.8. Dados da oitava questão: Têm feito aconselhamento sobre as práticas de alimentação das crianças?

Na oitava questão, os técnicos responderam-nos sobre se têm realizado actividades de aconselhamento e ensino sobre as práticas de amamentação das crianças. As respostas a essa questão encontram-se a baixo indicadas.

Quadro 3.15. Informação do aconselhamento sobre as práticas de alimentação das crianças

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Informação do aconselhamento sobre práticas de alimentação das crianças	Sim	9	4	44
	Não		3	33
	As vezes		2	22
	Total		9	100

Fonte: Investigação própria, 2023.

As respostas sobre o questionamento à realização de palestras ou actividades de ensino às mães sobre o amamentamento aos bebés, os enfermeiros também não indicaram todos o mesmo aspecto. A maioria indica que sim, isto é, 4

peças, representado a 44% dizem que têm feito aconselhamento e ensinado as mães a amamentarem as crianças.

Muitas famílias necessitam de treinamentos sobre o modo como lidar com as crianças e cuidá-las da melhor forma possível, em vários casos as famílias não tem boas condições de se informar, nisso, o hospital e seus colaboradores tomam a responsabilidade de agir para evitar que ocorram situações que periguem a vida das crianças.

Educar as mães sobre os cuidados na amamentação das crianças e dos cuidados a si mesma mesmo quando ainda em gestação concorrerá para a prevenção de várias situações, incluído a desnutrição que em alguns casos surge pela falta de condições de nutrição à mãe ou aos maus hábitos alimentares desta. Se por um lado as condições de saúde da mãe influenciam, por outro lado, a questão dos cuidados após nascimento pode ligar a mãe como responsável da ocorrência da desnutrição na criança. (SCIP, 2014)

3.2.9. Dados da nona questão: A malnutrição pode ser evitada?

A nona e última questão foi se os técnicos de enfermagem concordam que a má nutrição pode ser evitada, e se sim, como é que se deve proceder para o efeito. Vejamos a baixo as respostas obtidas.

Tabela 3.16. A malnutrição pode ser evitada

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
A malnutrição pode ser evitada	Sim	9	9	100
	Não		0	0
	As vezes		0	0
	Total		9	100

Fonte: Investigação própria,2023.

Os enfermeiros concordam na totalidade de que a má nutrição pode ser evitada. Estes, em resposta a questão respondem que sim, isto é, os 9 inqueridos, correspondendo a 100% disseram que é evitável a má nutrição.

Em justificação a questão, as razões apresentadas sobre o facto foram que é possível evitar a má nutrição através de: assegurar a alimentação rica em proteínas, tomar bons cuidados com a comida e a água da criança, manter alimentação regrada e saudável.

Na verdade, considerando as razões da ocorrência da doença e como já se afirmou na entrevista com os membros de direcção, é possível evitar que ocorra a má nutrição, facto que ocorre quando os cuidados às crianças, a garantia da saúde da mãe na fase gestacional, a melhoria das condições de saneamento bem como a melhoria das condições socioeconômicas das famílias, sendo este último um aspecto que evidencia a responsabilidade do estado.

3.3. Guião de questionário aplicada aos encarregados (as) dos pacientes do HMK

O outro grupo de inqueridos na pesquisa foi o grupo dos encarregados, acompanhantes das crianças portadoras de má nutrição.

A baixo, se indicam os dados do questionário que diferente dos anteriores, teve apenas um único bloco apresentado as questões directas sobre o objecto de estudo, apesar que numa primeira questão, intentou-se a percepção sobre o grau de parentesco que têm com o paciente.

a) Dados do grau de parentesco do acompanhante da criança.

Nesta questão, o foco foi a percepção sobre o grau de parentesco do acompanhante com a criança. De modos a tomar certeza se o acompanhante cuida da criança em tempo integral, elaborou-se a questão número 1, podendo este ter maiores informações sobre a doença e sua evolução no paciente. As respostas a essa questão estão indicadas na tabela a seguir.

Tabela 3.17. Grau de parentesco do acompanhante da criança

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Grau de parentesco do acompanhante da criança	Pai	24	4	17
	Mãe		15	63
	Prima		0	0
	Avó		4	17
	Tia		1	4
	Total		24	100

Fonte: Investigação própria,2023.

Os dados mostram que entre os inqueridos estão maioritariamente a figura da paternidade. Como se pode ver, 4 dos acompanhantes correspondendo a 17% indicam ser pai das crianças, sendo 15 de entre estes, correspondendo a 63% indicam ser mães, o que somando indica a figura paterna como 19 inqueridos, podendo corresponder a 80%.

Os outros inqueridos estão entre a figura de avó e tia, sendo prevalecente a “avó” que está representada por 4, correspondendo a 17% dos inqueridos, ao passo que na figura de tia esteve apenas 1, equivalente a 4%.

Verifica-se estar diante de uma maioria de parentes que estão diretamente ligados às crianças já que na sua maioria são os pais, podendo assegurar maior clareza na informação a obter.

3.3.1. Dados da primeira questão: Já ouviu falar da má nutrição?

Nesta questão os encarregados foram questionados se antes do diagnóstico da má nutrição ao seu acompanhando já tinham ouvido falar sobre a má nutrição. A baixo as respostas apresentadas na tabela.

Quadro 3.18. Informação do Conhecimento sobre a má nutrição

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Informação do conhecimento sobre a má nutrição	Sim	24	5	21
	Não		17	71
	As vezes		2	8
	Total		24	100

Fonte: Investigação própria, 2023.

Como ilustram os dados da tabela, uma maioria considerável indica não ter ouvido antes falar sobre a má nutrição, foram 17 inqueridos correspondendo a 71% que assim responderam. Entre as respostas ainda se pode ver que 5 entre os mesmos, sendo 21% dizem já ter ouvido falara, ao passo que 2, o equivalente a 8% indica estar na dúvida sobre o assunto.

O desconhecimento sobre a doença é um aspecto que sem sobra de dúvidas inibe as acções tendentes a sua prevenção, partindo do pressuposto de que não se

lida com o que não se conhece, entende-se que muitos casos podem ter sido originados pela ignorância das dos encarregados de educação sobre o assunto. Nisto, coloca-se em causa a acção de ensino necessária de ser desenvolvida pelo hospital, no sentido de prevenir a ocorrência de doenças durante o período de gestação da mãe e após nascimento tendo em conta os cuidados necessários para a saúde da que criança, revelando-se assim necessário o desenvolvimento dessa iniciativa pelos demais profissionais do hospital.

3.3.2. Dados da segunda questão: Conheces os sinais de uma criança desnutrida?

Questionados se conhecem os sinais da doença, os inqueridos apresentaram as seguintes respostas indicadas na tabela a baixo.

Quadro 3.19. Conhecimento dos acompanhantes dos pacientes sobre os sinais de uma criança desnutrida.

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Conhecimento dos acompanhantes dos pacientes sobre os sinais de uma criança desnutrida	Sim	24	6	25
	Não		15	63
	As vezes		3	13
	Total		24	100

Fonte: Investigação própria, 2023.

A maioria dos encarregados indica também não conhecer os sinais da doença. Foram 15 inqueridos, correspondendo a 63% indicando tal facto.

Os resultados revelam-se preocupantes, já que ao não se sabre identificar os sinais da doença, os pais podem tomar medidas contrárias as mais correctas que precisam ser tomadas na ocorrência da má nutrição. Uma vez mais verifica-se a necessidade de uma acção educativa e ou informativa aos encarregados sobre a doença, de formas a que possam auxiliar na sua detecção imediata para buscar pelo devido acompanhamento.

Reconhece-se que a detecção precoce de qualquer enfermidade representa uma mais valia no seu tratamento, podendo em grande parte evitar repercussões fortes da mesma, nisto, dar a conhecer aos pais e encarregados de educação sobre a manifestação da má nutrição é fundamental.

3.3.3. Dados da terceira questão: Quanto tempo o Bebê deve mamar exclusivamente?

A questão número quatro permitiu a colecta de informação sobre a noção do tempo em que a criança deve mamar exclusivamente. Como se tem vindo a observar, os cuidados na amamentação dos bebés podem evitar que ocorra má nutrição, isto quando são tomados positivamente, podendo pelo contrário ser uma das causas para que a mesma ocorra. A tabela a baixo indica as respostas obtidas.

Quadro 3.20. Percepção dos acompanhantes dos pacientes sobre a duração da amamentação exclusiva

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Percepção dos acompanhantes sobre a duração da amamentação exclusivo.	1 Mês	24	0	0
	2 Meses		0	0
	4 Meses		7	29
	6 Meses		17	71
	1 Anos		0	0
	2 Anos		0	0
	4 Anos		0	0
	5 Anos		0	0
	6 Anos		0	0
	Total		24	100

Fonte: Investigação própria, 2023.

Sobre o amamentar exclusivamente, os encarregados de educação concordam com as respostas apresentadas tanto pelos membros de direção como pelos técnicos de enfermagem que indicam exatamente os dois períodos de 4 e 6 meses. Aqui, a semelhança dos enfermeiros, a maioria indicou que é até aos 6 meses que se deve mamar exclusivamente, foram 17 encarregados, o equivalente a 71%, sendo que 7, o equivalente a 29% indicou o período de quatro meses. Como já muito discutido nos dois questionários anteriores, é reconhecido que tanto aos 4, quanto 6 meses a criança pode deixar de mamar exclusivamente.

3.3.5. Dados da quinta questão: Quantas vezes por dia, dás de comer o menor de cinco anos?

Saber a periodicidade em que a criança deve comer ao dia foi o foco da seta questão. Uma questão de carácter fechada, tem os dados obtidos indicados na tabela a seguir.

Quadro 3.21. Quantas vezes por dia, deve comer o menor de cinco anos.

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Quantas vezes ao dia deve comer o menor de cinco anos.	1 Vez	24	0	0
	2 Vezes		8	33
	3 Vezes		14	58
	4 Vezes		2	8
	5 Vezes		0	0
	6 Vezes		0	0
	Total		24	100

Fonte: Investigação própria, 2023.

Com 14 inqueridos, correspondendo a 58%, a maioria dos inqueridos indica que a criança deve comer pelo menos três vezes ao dia. Numa proporção também considerável, está a opção da alimentação da criança ser feita 2 (duas) vezes ao dia. Para essa acção foram 8 encarregados, o equivalente a 33%, sendo que 2, representando a fatia percentual de 8% indicam que os bebés devem comer até 4 vezes ao dia.

Se tem vindo a fundamentar que a questão da periodicidade da alimentação varia de família para família, no entanto, é necessário que a sua introdução na dieta da criança seja de forma paulatina, obedecendo as limitações físicas dos mesmos que ainda se encontram em contínuo desenvolvimento.

3.3.6. Dados da sexta questão: Que comidas são importantes para alimentação da criança?

Essa questão, de carácter aberta tencionou ouvir dos encarregados que tipo de comida acham importante e necessária para a alimentação do bebé além do leite materno.

As várias respostas obtidas, permitiram alistar segundo os inqueridos os seguintes alimentos: funge, couve, kizaca, peixe, carne, feijão, banana, arroz, leite, ovo, papa, mandioca, milho, sumo.

A lista apresentada a cima, indicando a resposta dos encarregados, permeia a percepção sobre o facto de que a alimentação depende mesmo da capacidade da família e do ambiente em que se encontra. Por exemplo, se pode ver na lista que a criança deve comer o milho, o que dificilmente seria indicado por alguém que tem sua vida nas cidades. Mediante suas condições, os encarregados desenvolvem a

sua tarefa em nutrir os bebés, no entanto, é necessário que lhes seja ensinado o modo gradual da introdução dos alimentos sólidos para a dieta das crianças para que não sejam um problema, ao invés de solução no desenvolvimento saudável dos filhos.

3.3.7. Dados da sétima questão: Já foste aconselhada (o) ou te ensinaram sobre práticas de alimentação das crianças?

A essência da pergunta foi o facto de se os encarregados de educação já receberam aconselhamento ou ensino sobre práticas de alimentação de bebés. Aqui, as respostas todas coincidiram num mesmo aspecto. Ver tabela a baixo.

Quadro 3.22. Informação do aconselhamento sobre as práticas de alimentação das crianças

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
Informação do conhecimento sobre as práticas de alimentação das crianças	Sim	24	24	100
	Não		0	0
	As vezes		0	0
	Total		24	100

Fonte: Investigação própria,2023.

Todos os inqueridos conforme a tabela indicou que sim, já receberam aconselhamento e ensino sobre práticas de alimentação a bebés, o que com certeza incorrerá na segurança da qualidade de vida das crianças e no desenvolvimento saudável dos mesmos por uma nutrição segura.

3.3.8. Dados da oitava questão: A má nutrição pode ser evitada?

O intuito da nona questão foi de saber se os encarregados concordam que a má nutrição pode ser evitada. Aqui, diferente da anterior, as respostas foram divididas, tendo se constatado o seguinte apresentado na tabela.

Quadro 3.23. A malnutrição pode ser evitada

INDICADOR	RESPOSTAS		FA	%
A má nutrição pode se evitada	Sim	24	12	50
	Não		10	42
	As vezes		2	8
	Total		24	100

Fonte: Investigação própria,2023.

Nesta questão 24 inqueridos, dos quais: 12 responderam sim, correspondendo a 50%, 10 responderam não, correspondendo 42% e 2 responderam as vezes, correspondendo 8%, o que perfaz 100%.

CONCLUSÕES

De acordo com a interpretação da análise feita, concluiu-se o seguinte:

- ✓ Identificou-se os factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade mediante a ilustração, pode-se então perceber que os sinais da doença podem variar de pessoa para pessoa, no entanto há um conjunto deles que podem ser muito visíveis a olhos nus, tornando o diagnóstico clínico da doença mais facilitado.
- ✓ Os sinais indicados pelos técnicos formam: baixo peso, emagrecimento, braços e pernas magras, barriga grande, falta de lágrima quando chora, pragas cutâneas generalizadas, cabelo acastanhado. Interessa realçar que no conjunto dos 9, cerca de 3 inqueridos deixaram em branco a questão.
- ✓ Descreveu-se os factores de riscos em crianças com má nutrição nas respostas, desta vez a classe dos enfermeiros não foi unânime numa só, por tanto, a maioria indica o facto de que os bebés devem comer pelo menos 3 vezes por semana. Aqui, foram 5 inqueridos, isto é, 56% destes disseram que por três vezes devem comer. Os outros quatro técnicos apresentam ideias diferentes, onde 2 correspondendo a 22% apontam para a refeição em duas vezes, sendo que outros 2, de igual modo representando a 22% indicam que devem comer 4 vezes ao dia.

Na análise feita, os enfermeiros concordam na totalidade de que a má nutrição pode ser evitada. Estes, em resposta a questão respondem que sim, isto é, os 9 inqueridos, correspondendo a 100% disseram que é evitável a má nutrição. A alimentação varia de família para família, no entanto, é necessário que a sua introdução na dieta da criança seja de forma paulatina, obedecendo as limitações físicas dos mesmos que ainda se encontram em contínuo desenvolvimento.

SUGESTÕES

De acordos com a temática em estudo, sugeriu-se o seguinte:

- Que se faça campanhas de sensibilização aos encarregados das crianças sobre o factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade;
- Que se aconselhe os encarregados sobre práticas de alimentação a bebés;
- Que se tenha cuidado a forma de confeccionar os alimentos devido a segurança da qualidade de vida das crianças e no desenvolvimento saudável dos mesmos por uma nutrição segura;
- Que se tenha cuidado com os alimentos não confeccionados;
- Que se preste atenção na quantidade dos alimentos solúveis;
- Que se tenha cuidados na amamentação dos bebés para evitar que ocorra má nutrição na criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS

- Abramovay, M. (2002), *Cotidiano da Escola: Entre Violências*. Fundação Ford, Consed, Undime.
- Akca, Bostanci (2017). *The impact of anemia and body mass index (BMI) on neuromotor development of preschool children*. Revista da Associação Médica Brasileira.
- Brasil. (2005). *Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Programa Nacional de Suplementação de Ferro*. Brasília, 2005.
- Breitman, F. (1999). *Programa de atención intedisciplinaria de lactantes com retardo de crecimiento nó orgânico*. Archivos Argentinos de Pediatría. Buenos Aires.
- Cervo, A. L. Bervian, P. A. (2002). *Metodologia científica*. 5 edição, São Paulo: Prentice Hall.
- Cetenas, M. L. B.; Vitolo, M. R. (1999). *Crescendo com Saúde: o guia do crescimento da criança*. 2ª edição, Editora e Consultoria em Nutrição. São Paulo, Brazil.
- Chemllo, Emiliano; Pandolfo, Felipe G. *Açúcar, vício moderno e perigoso. Núcleo de Apoio ao Ensino da Química. Departamento de Física e Química da Universidade de Caxias do Sul*.
- Coucelo J. M. C. P. C. (2010). *Caracterização de Hábitos Alimentares na Província da Huíla, Angola. Contribuição para a Elaboração de Um Guia Alimentar*. Centro de Estudos Africanos.
- Endef-74/75, PNSN – (1989), PNDS – (1996). *1 Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar*,
- Giovanna Mainardi (1997). *Médica nutrologista pós-graduada em Nutrologia pela Associação Brasileira de Nutrologia (Abram) e em Prática Ortomolecular e Nutrigenômica pela Fundação de Apoio à Pesquisa e Estudo na Área da Saúde (Fapes)*.

- Lakatos, E. M. e Marconi, M. de A. (1999). *Metodologia Científica*. 2 edição, , Editora Atlas, São Paulo, Brasil.
- Leite, J. R. M.; Ferreira, H. S. (2000). *Estado de direito ambiental – Tendências*. Rio de Janeiro: Forense, 2000
- Magalhães, M. S. Q.; Oliveira, P. R. P.; Assencio-Ferreira, V. J. (2001). *Desnutrição como fator etiológico de deficiência auditiva em crianças de 0 a 2 anos*. Rev CEFAC. , São Paulo, V. 3.
- Malta M. B. (2021). *Effectiveness of an intervention focusing on diet and walking during pregnancy in the primary health care service*. Cadernos de Saúde Pública.
- Mansur, S. S.; Neto, F.R. (2006). *Desenvolvimento neuropsicomotor em lactentes desnutridos*. Rev. bras. fisioter. , Florianópolis, v. 10, n. 2.
- Martins, Ignez Salas et al. (2007). *Pobreza, desnutrição e obesidade: inter-relação de estados nutricionais de indivíduos de uma mesma família*. Ciência saúde coletiva, v. 12, n. 6, Dezembro, Rio de Janeiro, Brasil.
- McDonald C., Hyder Z., Cossa H. A. (2012). *Documento de discussão sobre SNP Análise das Deficiências Nutricionais de Angola*. 2012.
- Monteiro, Carlos Augusto et al . (2003). *Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 43.
- Oliveira, Lucivalda P. M. et al . (2007). *Preditores do retardo de crescimento linear em pré-escolares: uma abordagem multinível*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, Março.
- Oliveira, Valterlinda Alves de et al . (2006). *Determinantes dos déficits ponderal e de crescimento linear de crianças menores de dois anos*. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 40, n. 5, Outubro.
- Olsen, et al (2020). *Impact of food supplements on early child development in children with moderate acute malnutrition: A randomised 2 x 2 x 3 factorial trial in Burkina Faso*. PLOS Medicine.

- Pereira T.A.D.M, et al. (2017). *Exclusive breastfeeding and underweight in children under six months old monitored in primary health care in Brazil, 2017*. Revista Paulista de Pediatria, 2021.
- Pinto S. B, et al. (2021). *Evaluation of breastfeeding self-effectiveness and its associated factors in puerperal women assisted at a public health system in Brazil*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 2021.
- Ravelli, Stein, Susser M. (1976). *Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy*.
- Rito A. (2004). *Estado nutricional de crianças e oferta alimentar do pré-escolar do município de Coimbra, Portugal*. Tese de doutoramento.
- Rudio, F. V. (1980). *Introdução ao Projecto de Pesquisa Científica*. 4 edição Petrópolis: Vozes.
- Santos P. (2004). *Nutrição e obesidade: Estudo comparativo entre adolescentes não desportistas do sexo feminino obesas e não obesas quanto aos hábitos nutricionais*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Ciências do Desporto e de Educação Física. Universidade do Porto.
- Sawaya, A. L. (2006). *Denutrição: Consequências em longo prazo e efeitos da recuperação nutricional 2006*
- Sawaya, A. L. et al (1998). *Mild stunting is associated with higher susceptibility to the effects of high fat diets: Studies in a shantytown population in São Paulo, Brazil*. American Society for Nutritional Sciences, (2003).
- Schweigert, Ingrid Dalira; Souza, Diogo Onofre Gomes de; Perry, Marcos Luiz Santos. (2009). *Desnutrição, maturação do sistema nervoso central e doenças neuropsiquiátricas*. Rev. Nutr., Campinas, v. 22, n. 2, Abril.
- Silva K. S. M., Fontoura E. S., Blümke A. C. e Margutti. K. M. M. (2015) *Insegurança Alimentar E Sua Relação Com Factores Socioeconómicos De Nutrizes Atendidas Na Atenção Primária*. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 16, n. 2, p. 221-229, 2015. ISSN
- Silveira, Jacira Cabral da (2000). *Infância na Mídia: sujeito, discurso, poderes*. SP. Brasil.

- Silveira, Kátia B. R. et al . (2010). *Associação entre desnutrição em crianças moradoras de favelas, estado nutricional materno e fatores socioambientais*. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 86, n. 3, Junho.
- Souza, et al. (2020). *Associação do estado nutricional e os desfechos clínicos em cirurgia cardíaca pediátrica*. Acta Paulista de Enfermagem.
- Souza, Orivaldo Florencio de et al . (2012). *Desnutrição em crianças menores de 60 meses em dois municípios no Estado do Acre: prevalência e fatores associados*. Rev. bras. epidemiol., São Paulo, v. 15, n. 1, Março.
- UNICEF. Who (2009). *Child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children - a joint statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund*. Geneva, New York.
- Valente F.L.S. (2003). *Desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos*. Saúde e sociedade.
- Valeta, V. (2008) *Proposta De Introdução Do Subtema Consanguinidade Humana, No Tema De Genética Inserido No Programa Da 10ª Classe De Ciências Físicas E Biológicas*. Lubango.
- Vannucchi, H.; de U; Maria R. Del L.; Marchicni, J. S. (1996). *Avaliação do Estado Nutricional*. Medicina, Ribeirão Preto, Brazil.
- Vasconcelos, Francisco A. G. O (2002). *Nutricionista no Brasil: uma análise histórica*. Rev. Nutrição, Campinas, v. 15, n. 2, p. 127-138, maio/ago. 2002.
- Vasconcelos, Francisco A. G.; Batista Filho, Malaquias. (2011). *História do campo da alimentação e nutrição em saúde coletiva no Brasil*. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 81-90.
- Vianna, I. O. A. (2006). *Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica*. 1ª edição.
- Victora C. (2003). *Entrevista Folha de São Paulo*. 04 de Março. Brazil
- Who. (2022). *Malnutrition*, [www.who.int/news-room/questions-and-answers /item/](http://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/). Acesso em 24 mai 2022.

- Willrich, Aline; Azevedo, Camila Cavalacanti Faturri de; Fernandes, Juliana Oppitz. (2008). *Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção*. Revista Neurociencias. , Porto Alegre.
- Zassala, C. (2012). *Manual de Iniciação à Pesquisa Científica: produção de conhecimento científico*, Luanda, Angola.
- Zuanetti, et al (2019). *Early undernutrition as a cause of changes in phonological processing skills*. Revista CEFAC.

APÊNDICES

GUIÃO DE QUESTIONÁRIO APLICADA AOS MEMBROS DA DIRECÇÃO DO HOSPITAL MUNICIPAL DO KUIMBA.

Prezado (a) Director geral do Hospital (a), estou realizando essa pesquisa com o objectivo obter informações, verificar acções e concepções sobre **“factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade. Casos assistidos no Hospital Municipal do Kuimba, Província do Zaire no II semestre de 2023”**

Nas questões que se seguem, marque as opções que achar conveniente com um “X”, excepto alinea **a,3,4,8,10**), que deverá colocar a idade, género, tempo de serviço, habilitações e profissão.

a) - Género:____; Idade: ____ anos; Habilitações Literárias:_____;
Tempo de serviço:____ano (s); Profissão: _____.

Questões:

1-Já ouviu falar da má nutrição? Sim (); Não (); As vezes ().

2-Conhce os sinais de uma criança desnutrida? Sim (); Não (); As vezes ().

3-Quais são os sinais da criança desnutrição?

4-Quanto tempo o Bebê deve mamar exclusivamente?

1 Mês (), 2 Meses (), 4 Meses (), 6 Meses (), 1 Ano (), 2 Anos (), 3 Anos (), 4 Anos (), 5 Anos (), 6 Anos ().

5-Com quantos meses o Bebê deve começar a comer?

1 Mês (), 2 Meses (), 3 Meses, 4 Meses (), 6 Meses (), 1 Ano (), 2 Anos (), 3 Anos (), 4 Anos (), 5 Anos (), 6 Anos ().

6-Quantas vezes por dia, deve comer o menor de cinco anos?

1 Vez (), 2 Vezes (), 3 Vezes (), 4 Vezes (), 6 Vezes ().

7-Que comidas são importantes para alimentação da criança?

8-Têm feito aconselhamento ou ensinam sobre práticas de alimentação das crianças?

? Sim (); Não (); As vezes ().

9-A malnutrição pode ser evitada? De que forma.

Sim (); Não (); As vezes ()

Luanda ____/____/____

Obrigada pela informação.

GUIÃO DE QUESTIONÁRIO APLICADA AOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM HMK

Prezado (a) Director geral do Hospital (a), estou realizando essa pesquisa com o objectivo obter informações, verificar acções e concepções sobre **“factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade. Casos assistidos no Hospital Municipal do Kuimba, Província do Zaire no II semestre de 2023”**

Nas questões que se seguem, marque as opções que achar conveniente com um “X”, excepto alínea **a,3,4,8,10**) que deverá colocar a idade, género, tempo de serviço, habilitações e profissão.

a) - Género:____; Idade: ____ anos; Habilitações Literárias:____; Tempo de serviço:____ano (s); Profissão: _____.

Questões:

1-Já ouviu falar da má nutrição? Sim (); Não (); As vezes ().

2-Conhece os sinais de uma criança desnutrida? Sim (); Não (); As vezes ().

3-Quais são os sinais da criança desnutrição?

4-Quanto tempo o Bebê deve mamar exclusivamente?

1 Mês (), 2 Meses (), 4 Meses (), 6 Meses (), 1 Ano (), 2 Anos (), 3 Anos (), 4 Anos (), 5 Anos (), 6 Anos ().

5-Com quantos meses o Bebê deve começar a comer?

1 Mês (), 2 Meses (), 3 Meses (), 4 Meses (), 6 Meses (), 1 Ano (), 2 Anos (), 3 Anos (), 4 Anos (), 5 Anos (), 6 Anos ().

6-Quantas vezes por dia, deve comer o menor de cinco anos?

1 Vez (), 2 Vezes (), 3 Vezes (), 4 Vezes (), 6 Vezes ().

7-Que comidas são importantes para alimentação da criança?

8-Têm feito aconselhamento ou ensinam sobre práticas de alimentação das crianças?

? Sim (); Não (); As vezes ().

9-A malnutrição pode ser evitada? De que forma.

Sim (); Não (); As vezes ()

Luanda ____/____/____

Obrigada pela informação.

GUIÃO DE QUESTIONÁRIO APLICADA AOS ENCARREGADOS (AS) DOS PACIENTES DO HMK.

Prezado (a) Director geral do Hospital (a), estou realizando essa pesquisa com o objectivo obter informações, verificar acções e concepções sobre **“factores de riscos em crianças com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade. Casos assistidos no Hospital Municipal do Kuimba, Província do Zaire no II semestre de 2023”**

Nas questões que se seguem, marque as opções que achar conveniente com um “X”, excepto alinea **a,3,4,8,10**) que deverá colocar a idade, género, tempo de serviço, habilitações e profissão.

a) - Género:____; Idade: ____ anos; Habilitações Literárias:____; Tempo de serviço:____ano (s); Profissão: _____.

Questões:

1-Já ouviu falar da má nutrição? Sim (); Não (); As vezes ().

2-Conhces os sinais de uma criança desnutrida? Sim (); Não (); As vezes ().

3-Quanto tempo o Bebé deve mamar exclusivamente?

1 Mês (), 2 Meses (), 4 Meses (), 6 Meses (), 1 Ano (), 2 Anos (), 3 Anos (), 4 Anos (), 5 Anos (), 6 Anos ().

4-Com quantos meses o Bebé deve começar a comer?

1 Mês (), 2 Meses (), 3 Meses, 4 Meses (), 6 Meses (), 1 Ano (), 2 Anos (), 3 Anos (), 4 Anos (), 5 Anos (), 6 Anos ().

5-Quantas vezes por dia, dás de comer o teu filho menor de cinco anos?

1 Vez (), 2 Vezes (), 3 Vezes (), 4 Vezes (), 6 Vezes ().

6-Que comidas são importantes para alimentação da criança?

7-Já foste aconselhada (o) ou te ensinaram sobre práticas de alimentação da crianças?

Sim (); Não (); As vezes ()

8-A malnutrição pode ser evitada? De que forma.

Sim (); Não (); As vezes ()

Luanda ____/____/____

Obrigada pela informação.

ANEXOS