

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM CRIANÇAS COM MÁ
NUTRIÇÃO ATENDIDAS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CACUACO,
IIº SEMESTRE DE 2022**

O júri:

Presidente: _____

1º vogal: _____

2º vogal: _____

Secretário (a): _____

CLASSIFICAÇÃO _____ VALORES

DATA DA DEFESA _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

A minha família em especial aos meus pais, Sabino Carpinteiro Gomes e Eusébia Augusto pelo amor, força e apoio incondicional que sempre me transmitiram.

Ao meu esposo Hadi António Gomes Adão e aos meus filhos Hazael e Eusébio aos meus irmãos Albina, Pedro e Dominik em memória, que me deram muita coragem e força em continuar, quando pensava em desistir.

AGRADECIMENTOS

As profundas gratidões vão ao supremo Deus todo poderoso, pelo dom da vida, e força para caminhar segundo a sua misericórdia.

À Direcção do Instituto Superior de Angola, em especial a pessoa do senhor Presidente António Alexandre, Ph.D., pela forma tão sabia como tem conduzido os destinos desta casa de saber.

À todos docentes e funcionários administrativos do Instituto Superior de Angola e de forma especial aos do Departamento de saúde, especificamente do curso de Enfermagem, pela dura tarefa que tiveram em incutir na mente dos estudantes conhecimentos que jamais serão esquecidos, que tornam realidade um grande sonho.

A direcção do Hospital Municipal de cacuaco por nos ter abertas as suas portas, e permitirem colhermos os dados para o presente trabalho.

Saliento aqui a orientação modesta prestada pelo meu Professor Afonso Eduardo, que para além das suas atribuições e responsabilidades proporcionou-me momentos reflexivos e decisivos da minha vida em termos da minha formação, hoje considero que encontrei mais um pai no mundo do saber e não só. Muito obrigada senhor professor.

A todas as mães que responderam positivamente colaborando connosco no fornecimento das informações quando solicitadas relativamente aos seus filhos.

Aos nossos colegas da 1ª promoção pelos quatro anos juntos de muitas amizade, companheirismo, apoio e incentivo. E a todos que de uma forma directa ou indirecta contribuíram para que este trabalho pudesse tornar em realidade, o meu muito obrigado

EPÍGRAFE

“A Enfermagem é uma arte; e para realiza-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comprado ao tratar corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes”

Florence Nightingale

RESUMO

O presente Trabalho de fim – de – curso subordina-se ao tema “Assistência de enfermagem em crianças com má nutrição no Hospital Municipal de Cacuo, IIº semestre de 2022”. A desnutrição representa um problema grave no mundo sobretudo para as crianças assim conhecendo o estado nutricional das crianças atendidas no Hospital Municipal de Cacuo. Como objectivo assistência de enfermagem prestada nas crianças seguidas com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade atendidas no Hospital Municipal de Cacuo. O desenvolvimento do presente trabalho foi baseado em estudo observacional descrito transversal, foram seleccionados todos os Profissionais de saúde que operam no sector de nutrição no Hospital Municipal de Cacuo, o resultado do estudo segundo a observação feita relevou que 65,7% dos profissionais de enfermagem que operam no serviço das crianças com má nutrição a conduta é negativa, o estudo mostrou que a falta de motivação na parte da entidade pregadora é um dos aspectos que favorecem a descontinuidade de seguimento de crianças de ricos que representa 100%, concernente as causas económicas, a investigação mostrou que os factores económicos (como falta de emprego no Marido ou no responsável da família) estão na base da desnutrição das crianças que foram atendidas nesse período do IIº semestre 2022 no hospital municipal de Cacuo que representam (75,41nn%) , seguido com os factores culturais (31%), em relação ao género, o sexo masculino é dominante (37,7%) e concernente a idade das crianças mais desnutridas varia de 0 a 1 anos de idade(45,9%). Concluimos que: A assistência dos profissionais de Enfermagem que operam no serviço de nutrição é negativa.

Palavras-chaves: Assistência, Enfermagem, Crianças, má nutrição

ABSTRACT

To evaluate the nutritional status of the children assisted at the Hospital Municipal de Cacucaco, II° semester of 2022. Malnutrition represents a serious problem in the world, especially for children, thus knowing the nutritional status of children treated at the Municipal Hospital of Cacucaco. The objective of this study was to provide nursing care to children with malnutrition from 0 to 5 years old at the Municipal Hospital of Cacucaco. The development of this work was based on an observational study described cross-sectional, all health professionals who operate in the sector of nutrition at the Municipal Hospital of Cacucaco were selected, the result of the study according to the observation made revealed that 65.7% of nursing professionals who operate in the service of children with malnutrition conduct is negative, the study showed that the lack of motivation on the part of the preacher is one of the aspects that favor the discontinuation of follow-up of children with rich that represents 100%, concerning the economic causes, the research showed that the economic factors (such as lack of employment in the Husband or the responsible of the family) are at the base of malnutrition of the children who were attended in this period of the II° semester 2022 in the municipal hospital of Cacucaco that represent (75.41nn%) , followed with the cultural factors (31%), in relation to the gender, the male sex is dominant (37.7%) and concerning the age of the most malnourished children varies from 0 to 1 years of age(45.9%). We conclude that: The assistance of Nursing professionals operating in the nutrition service is negative.

Key-words: Assistance, Nursing, Children, malnutrition

ABREVIATURAS E SIGLAS

AP – Adenosina trifosfato

CÇA – Criança

DEP – Desnutrição Energética-proteica

E/I – Estrutura para idade

HMC – Hospital Municipal Cacuaco

IMC – Índice de Massa Corporal

MAN – Mini Avaliação Nutricional

OMS – Organização Mundial da Saúde

TFC – Trabalho-de-fim-do-curso

US – Unidade de Saúde

ÍNDICE

EPÍGRAFE.....	I
DECLARAÇÃO DOS AUTORES.....	II
DEDICATÓRIA.....	III
AGRADECIMENTOS.....	IV
RESUMO.....	V
ABSTRACT.....	VI
ABREVIATURA, SIGLAS E SÍMBOLOS.....	VII
ÍNDICE.....	VIII
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	5
1.1 Definições dos termos e conceitos.....	5
1.2 Características do crescimento infantil.....	6
1.3 Etiologia da desnutrição.....	7
1.4 Fisiopatologia.....	8
1.4.1 Principais aspectos da fisiologia da desnutrição.....	8
1.4.2 Tipos de desnutrição.....	9
1.4.2.1 Manifestação da desnutrição proteica – calórica.....	9
1.5. Classificação da desnutrição.....	9
1.6. Diagnostico.....	11
1.7. Tratamento.....	11
1.8. Consequência biológicas da desnutrição.....	12
1.9. Alimentação saudável.....	12
1.10. Tipos de nutrientes.....	14

1.10.1. Macronutrientes.....	14
1.10.2. Proteínas.....	14
1.10.2.1. Balanço Nitrogenado.....	15
1.11. Micronutrientes.....	22
1.11.1. Vitaminas.....	22
1.11.2. Vitaminas lipossolúveis.....	22
1.12. Importância da assistência em enfermagem.....	31
1.13. Objectivos da assistência enfermagem.....	31
1.14. Intervenções de enfermagem.....	31
CAPÍTULO II. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS.....	34
2.1. Métodos.....	34
2.2. Campo ou local de estudo.....	35
2.3. População e Amostra.....	35
2.3.1. População.....	35
2.3,2. Amostra.....	35
2.4. Variáveis em estudo.....	36
2.5. Critérios de inclusão e de exclusão.....	36
2.6. Instrumentos de recolha de dados.....	36
2.7. Processamento e Tratamento de Dados.....	36
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	37
3.1. Caracterização da unidade de análise.....	37
CONCLUSÃO.....	42

SUGESTÕES.....43

BIBLIOGRAFIA.....

Apêndices

Anexos

INTRODUÇÃO

A má nutrição pode ser decorrente de uma diminuição da nutrição ou da nutrição excessiva. Ambas as condições são causadas por um desequilíbrio entre as necessidades de nutrientes essenciais do organismo e a ingestão dos mesmos.

Angola é um país do terceiro mundo que não escapa desta realidade social, a situação económica e financeiro das famílias reflecte o presente estudo, no que as condições sociais dizem respeito e precariedade da vida que a sua população apresenta (Lisboa, 2017).

Lacerda et al (2006, p. 33), a desnutrição é a ausência de um ou mais nutrientes, sendo lógico em aquilo que os filósofos e médicos afirmam que nós somos aquilo que comemos. A desnutrição, uma deficiência de nutrientes essenciais, pode ser decorrente da ingestão inadequada devida a uma dieta ruim ou à má absorção intestinal (má absorção), da utilização anormalmente elevada de nutrientes pelo organismo ou da perda anormal de nutrientes através da diarreia, do sangramento (hemorragia), da insuficiência renal ou da sudorese excessiva.

De acordo Lacerda, et al (2006, p. 33), em países em desenvolvimento a desnutrição atinge proporções alarmantes.

Diante dos fenómenos que afectam a humanidade, a fome e a desnutrição produzem na sua síntese um espaço geográfico de dor e morte

Contudo, a eficácia de alguns programas que visam à liberdade da cidadania vem pondo ao alcance dos excluídos a esperança de superar os momentos de angústia e aflição.

A fome é a condição em que o individuo não recebe a quantidade de alimento suficiente para um dia, causando desconforto e dor. Se os intervalos entre as refeições são grandes demais, o organismo pode até responder com tonturas, mal-estar, fraqueza e dor no estômago, uma espécie de protesto por comida.

Colucci; Philippi; Slater, (2004, p. 29) Para os actores sociais a fome é “uma criatura”, ou “um demônio”, ou “um vento”, que anda pelo bairro, assusta, provoca dor e pode matar quem a percebe e sente. São estes, entre outros, os diversos sentidos e seus

efeitos (metáforas), os quais, na dimensão simbólica, no mundo da linguagem e da cultura, expressam o fenómeno.

A nutrição é o controlo da relação que o homem tem com os alimentos para preservar a sua saúde. O nutricionista tem o trabalho de encontrar um equilíbrio naquilo que seu paciente precisa comer. Ele define os cardápios das refeições e sugere pratos e dietas para aqueles que de acompanhamento alimentar específico.

Monteiro & Conde (2000, p. 34) A desnutrição causa muitos males, entre os quais estão as doenças infecciosas, que aumentam a mortalidade infantil, o atraso psicomotor e o deficit de crescimento.

Para Martins (2008, p. 16), a desnutrição é um problema global, decorrente da má ou inadequada ingestão de nutrientes causando um desequilíbrio, onde pode haver carência ou excesso dos mesmos.

Orlonskietal, (2009, p. 42) Avaliar a criança em várias fases do seu crescimento tem uma importância singular no que diz respeito a detectar factores que provavelmente interferem no seu desenvolvimento, podendo assim descobrir problemas do passado ou ainda promover intervenções imediatas.

Farias etal (2008, p. 66) A forma mais convincente, por ser considerada prática e de baixo custo, de se avaliar o estado nutricional de um indivíduo inclusive de uma criança é relacionar peso e altura com a idade e sexo, além de ser também um método eficaz na intervenção nutricional.

Santosetal (2009, p. 54) É possível avaliar o crescimento linear da criança utilizando como indicador a estatura para idade (E/I). Esse crescimento ocorre de forma lenta e progressiva tornando-se danoso quando detectado um retardo no mesmo, por ser um resultado cumulativo, indicando um problema crónico de desnutrição. Quando a criança se torna uma adulto sua estatura final será decorrente de vários factores, tanto genético, como na maioria dos casos, ambientais. O factor ambiental neste contexto assume um papel imprescindível e determinante para o desenvolvimento e crescimento infantil.

Fernandes etal (2006, p. 55) Medidas de peso e altura são consideradas importantes e fácil realização, pois é feito comparação com um padrão de referência de manuseio simples, inclusive em estudos populacionais, tornando-se possível avaliar e

diagnosticar o estado nutricional, relacionando indirectamente com o nível socioeconómico, e desta forma detectar precocemente possíveis casos de desnutrição ou de obesidade.

Actualmente no mundo a realidade expressa dois factores que se contrapõe entre si, um grupo de pessoas sofre por causa da falta de alimentos tendo deficiência tanto de macro como de micronutrientes enquanto outro grupo tenta lutar incansavelmente em busca de “milagres” para redução de peso a fim de solucionar ou amenizar os estragos causados pelos mesmos CUPPARI (2005, p.35).

Toda pesquisa se inicia com algum tipo de problema ou indagação. Entretanto, um problema é de natureza científica quando envolve variáveis que podem ser testadas, observadas e manipuladas.

Problemática

A desnutrição pode representar um problema grave para as crianças a nível mundial, Angola não se exime do mesmo, e com agravante contexto actual influenciado pela crise económica e a seca em algumas regiões; assim conhecermos o estado nutricional das crianças da nossa Capital Luanda e Município de Cacuaco em particular, as atendidas no serviço de nutrição do Hospital Municipal de Cacuaco, suscitou-nos a levantar algumas questões sobre o mesmo assunto e destacamos a seguinte:

Que assistência de enfermagem é prestada as crianças seguidas com má nutrição no Hospital Municipal de Cacuaco?

●Hipóteses

H1- A conduta dos profissionais de enfermagem perante as crianças com má nutrição é de extrema responsabilidade;

H2- A baixa renda pode favorecer a descontinuidade de seguimento de crianças em risco.

Justificativa

Enquanto estudante finalista do curso de Enfermagem, sinto-me no ensejo em abordar na elaboração do TFC (trabalho de fim – de – curso), sobre o tema em causa, dando-me a possibilidade de expressar um dos aspectos mais marcante para mim durante os quatro anos de formação, e que de certa forma poderia estar ajudando a preencher um vazio, na senda da abordagem sobre a má nutrição.

O interesse em trabalhar directamente com este tema decorre de uma grande preocupação com aumento da percentagem dos desnutridos presentes no país e no bairro. O estudo tem interesse social e económico na medida em que, o desenvolvimento do ser humano em geral e das crianças em particular depende do equilíbrio alimentar para evitar os maiores riscos de doenças no estado adulto, outra maneira, com índice elevado de desnutrição no país, pode influenciar negativamente no desenvolvimento do coeficiente intelectual das crianças e no futuro pode influenciar na economia do país.

OBJECTIVOS DO ESTUDO

Objectivo Geral

Avaliar a assistência de enfermagem prestada nas crianças seguidas com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco.

Objectivo específicos

- (1) Avaliar a conduta dos profissionais de enfermagem perante as crianças com má nutrição
- (2) Identificar os aspectos que favorecem a descontinuidade de seguimento de crianças de risco;
- (3) Identificar os tipos de desnutrição mais frequentes neste hospital.
- (4) Descrever as causas da desnutrição,
- (5) Descrever o género mais afectados,
- (6) Identificar idade dos desnutridos mais afectados.

Limitação e delimitação do estudo

O presente trabalho limita-se a realizar uma abordagem sobre “a assistência de enfermagem prestada as crianças seguidas com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade atendidas nos serviços de pediatria do Hospital Municipal de Cacuaco, no IIº semestre de 2022. O Hospital Municipal de Cacuaco, localiza-se na Capital de Luanda, município de Cacuaco.

Estrutura do trabalho

Fora da introdução, o nosso trabalho está estruturado em três capítulos: o primeiro fala de enquadramento teórico, o segundo aborda procedimentos metodológicos e o terceiro apresenta discussão e os resultados.

CAPÍTULO I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Definições dos termos e conceitos

Assistência enfermagem

De acordo com Miguel et al, (2012), assistência da enfermagem significa dedicação, zelo, atenção, se colocar no lugar do outro, seja em situações diversas, seja no contexto da vida, em colectividade, ou não.

Segundo OMS, (2021), assistência de enfermagem é definida como um conjunto de cuidados de enfermagem que tem natureza diversa e que se articulam entre si para melhor atender o paciente.

Criança

Por OMS (2021), considera-se criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade.

Má nutrição

Morais, et al (2009). é uma circunstância que ocorre quando há uma deficiência de determinados nutrientes vitais na dieta de uma pessoa. A deficiência não encontra as procuras do corpo que conduz aos efeitos no crescimento, na saúde física, no humor, no comportamento e em outras funções do corpo. A Má Nutrição afecta geralmente crianças e as pessoas idosas.

Nutrição

Segundo Vitolo, (2014). é o processo através do qual os organismos vivos obtêm alimentos e os usam para o crescimento, metabolismo físico, e reparação dos tecidos/células. Este processo passa pela ingestão, digestão, absorção, transporte, e assimilação dos nutrientes, e excreção. O consumo de alimentos deve responder as necessidades dietéticas.

Nutrição é a ciência que estuda as relações entre os alimentos e nutrientes ingeridos pelo ser humano e possíveis estados de saúde e doenças (OMS, 2018).

1.2. Alimentos com os principais nutrientes

De acordo com k. Amaral (2008), alimentos são formados por uma combinação única de nutrientes diferentes, sendo que alguns deles são encontrados em maiores quantidades do que outros em determinados alimentos. Veja, a seguir, alguns dos alimentos nos quais os principais nutrientes são encontrados:

- **Carboidratos:** pães, arroz, batata, e mandioca.
- **Lipídios:** óleos vegetais, castanhas e sementes, leite, e frutas, como o abacate.
- **Proteínas:** carnes e leguminosas, como lentilha, grão-de-bico e feijão.
- **Vitamina A:** gordura do leite, fígado, gema do ovo, manteiga, e vegetais verde-escuros e alaranjados, como brócolis, couve, cenoura e abóbora.
- **Vitamina D:** fígado, gema de ovo e leite enriquecido.
- **Ferro:** carnes, fígado, leguminosas, como feijão e lentilha, vegetais verde-escuros, rapadura, melaço, camarão, ostras, e grãos integrais.

1.2.1 Os principais alimentos para o crescimento e o desenvolvimento das crianças.

Cereais: aveia, arroz integral, pão integral e macarrão integral, são fontes importantes de carboidratos complexos e fibras. Eles fornecem energia e ajudam a manter a saciedade por mais tempo, o que é importante para controlar o apetite das crianças. Incluir nas refeições principais ou a aveia com frutas no lanche da tarde.

Carnes: frango, peixe, ovos, tofu e leguminosas, são essenciais para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Elas também ajudam a manter a massa muscular e a fornecer energia para actividades físicas.

Leite e derivados: são fontes de cálcio, que é importante para o desenvolvimento dos ossos e dentes. O iogurte, por exemplo, que pode ser usado como lanche da tarde, tem bactérias benéficas para a saúde intestinal, que podem ajudar a fortalecer o sistema imunológico.

Abacate: o abacate é uma fonte rica em gorduras saudáveis, vitaminas e minerais. Ele também contém fibras que ajudam a manter a saciedade. O abacate pode ser uma ótima opção para adicionar no lanche da tarde das crianças e podem ser tanto combinada com coisas salgadas como doces.

Castanhas e nozes: as castanhas e nozes são fontes ricas em gorduras saudáveis, proteínas, vitaminas e minerais. Elas podem ser uma ótima opção de lanche para crianças, mas é bom frisar que elas têm um potencial alergênico maior, sendo necessário ter cautela na introdução desses alimentos na dieta.

Carne vermelha: a carne vermelha é uma fonte rica em ferro, um mineral essencial para o desenvolvimento cognitivo e físico das crianças. É importante escolher cortes magros e preparar a carne de forma saudável, como grelhada ou assada. Incluir nas refeições principais.

Água: a água é essencial para manter o corpo hidratado e saudável. Crianças devem beber água regularmente ao longo do dia, especialmente durante atividades físicas.

Leite materno: o leite materno é o alimento ideal para bebês até os 6 meses de idade podendo ser dado até os 2 anos. É rico em nutrientes essenciais para o desenvolvimento do bebê, incluindo proteínas, gorduras, carboidratos, vitaminas e minerais. O leite materno também contém anticorpos que ajudam a proteger o bebê contra infecções.

1.2.2. Principais grupos de alimentos das crianças a partir de 6 meses de idade.

Segundo Monteiro, et al, (2004) Os 5 grupos alimentares englobam os alimentos usados no preparo das grandes refeições (almoço e jantar), que começam a ser oferecidas aos pequenos a partir dos 6 meses.

Nessa fase de introdução alimentar, os bebês entram em contacto com um mundo novo, cheio de sabores, cores, texturas e aromas diferentes. É a partir desse momento que os pequenos começam a construir sua relação com a comida e a criar hábitos alimentares saudáveis junto da família.

1. Vegetais A

Este grupo é formado principalmente pelas hortaliças folhosas verdes, que devem marcar presença no pratinho dos bebês.

Isso porque elas possuem muitas fibras, vitaminas e minerais (como ferro, cálcio, magnésio e vitaminas do complexo B). Ou seja, são super nutritivo!

- brócolis;
- couve;
- espinafre;
- tomate;
- abobrinha;

- jiló;
- repolho roxo;
- couve-flor;
- pepino
- acelga;
- rúcula;
- alface;
- agrião;
- almeirão;
- ora-pro-nóbis;
- chicória.

Diante de tantas opções, é possível variar bastante as escolhas, explorar os sabores das folhas verdes e as diversas formas de preparo no cardápio da família toda. É uma ótima maneira de melhorar a aceitação de verduras desde cedo. Muitas vezes, as crianças se recusam a comer determinados alimentos pela falta de familiaridade ou por perceberem que o resto da família não os consome, (FREITAS, 2002).

2. Vegetais B

Fazem parte deste grupo os legumes — cujas partes comestíveis não são folhas — e as hortaliças mais coloridinhas. São ricos em vitaminas, fibras e minerais.

- cenoura;
- vagem;
- beterraba;
- cogumelos;
- quiabo;
- abóbora;
- chuchu;
- pimentão;
- berinjela;
- nabo;
- rabanete;

- ervilha-torta.

Esses vegetais oferecem experiências gostosas e divertidas para os bebês por conta da variedade de texturas, cores, formas e sabores. Assim como os Vegetais A, é importante que os Vegetais B façam parte do consumo diário das famílias, estimulando os bebês a pegarem gosto por eles.

3. Carboidratos

O grupo dos carboidratos é formado pelos tubérculos, grãos e cereais, bastante presentes na alimentação diária das famílias.

- batatas;
- inhame;
- mandioca;
- cará;
- arroz branco e integral;
- macarrão;
- quinoa;
- milho.

Esses alimentos fornecem energia para os bebês brincarem e se desenvolverem de forma saudável. Também são fontes de fibras, minerais e vitaminas. Além de serem servidos no almoço e jantar, as raízes e tubérculos podem ser consumidos no café da manhã e nos lanches, (FREITAS, 2002).

De preferência, ofereça esses alimentos in natura. Isso porque as farinhas feitas a partir do refinamento deles possuem menos vitaminas e minerais.

4. Proteínas

As proteínas têm um papel importante para o crescimento dos ossos, tecidos e músculos dos pequenos. E os alimentos que fazem parte deste grupo ainda fornecem outros micronutrientes, como ferro, zinco e vitamina B12.

- carne bovina;
- carne suína;

- frango e outras aves;
- ovos;
- vísceras;
- peixes;
- frutos-do-mar.

5. Leguminosas

Para fechar a lista dos 5 grupos alimentares, estão as leguminosas, que correspondem aos grãos nascidos em vagens.

- feijões;
- grão-de-bico;
- lentilha;
- ervilha;
- fava;
- soja.

Além de saborosas, são fontes de proteínas, fibras, ferro, zinco e vitaminas do complexo B. Portanto, faz bem oferecê-las desde o início da introdução alimentar.

1.3. Nutrientes

1.3.1. Etimologia da palavra nutriente

A palavra nutriente tem origem no *latim* *nutriens*, *de* nutrire, que significa "alimentar". Nutriente é qualquer elemento ou composto químico necessário para o metabolismo de um organismo vivo (MONTEIRO et al, 2007).

Os mesmos autores salientam que os Nutrientes são estruturas que constituem os alimentos e que são essenciais para o funcionamento do organismo, fornecendo energia, servindo como matéria-prima, mantendo e reparando partes do corpo e sustentando o crescimento, (MONTEIRO et al, 2007).

1.3.2. classificação de nutrientes

Segundo Fernandes (2000), na sua obra *os segredos para uma vida longa e saudável* afirma que manter uma vida saudável pode não ser tão fácil como parecem. Para que o idoso, e quem cuidam dele, tenha conhecimento dos nutrientes que são necessários

diariamente, tem a seguinte classificação dos nutrientes. Estão divididos em macro nutrientes e micro nutrientes:

- **Macros nutrientes:** proteínas, lipídios e carboidratos, que são necessários em maiores quantidades;

Os macronutrientes são aqueles que o organismo necessita absorver em grandes quantidades e que são encontrados em abundância nos alimentos, entre eles estão:

- **Carboidratos:** são considerados fontes rápidas de energia e possuem por função principal o fornecimento de energia para o organismo desempenhar suas atividades, permitindo o funcionamento adequado dos sistemas do corpo, como o sistema nervoso e o sistema muscular.
- **Lípidos:** podem ser de origem animal ou vegetal e, assim como os carboidratos, fornecem energia para o corpo desempenhar corretamente suas actividades. Os lipídios são armazenados pelo corpo e atuam como uma reserva de energia prontamente disponível em momentos de escassez alimentar. Os lipídios também são essenciais para a absorção de algumas vitaminas e na formação e manutenção das membranas celulares.

Proteínas são essenciais para a construção e reparação dos tecidos, assim como são essenciais para a composição e estruturação de todas as células do corpo. As proteínas estão presentes em diversos processos fisiológicos do corpo, participando, por exemplo, da constituição de hormônios e do transporte de substâncias pelo sangue.

- **Micros nutrientes:** Vitaminas e sais minerais, necessários em pequenas quantidades.

Segundo Lacerda, et al, (2006), os micronutrientes são aqueles que nosso organismo não absorve em grandes quantidades, quando comparados aos macronutrientes. Mesmo sendo consumidos em quantidades menores, ainda são essenciais para o funcionamento adequado das actividades. Entre eles estão:

- **Vitaminas:** são essenciais para o funcionamento adequado do metabolismo e outros processos fisiológicos, atuando, por exemplo, no fortalecimento do sistema imunológico, ajudando a combater infecções e promovendo resposta

imunológica adequada. São diversas as vitaminas presentes nos alimentos, entre elas estão a vitamina A (ou retinol); vitamina D (ou calciferol); vitamina E (ou tocoferol); vitamina C (ou ácido ascórbico); e vitamina B12 (ou cianocobalamina). Mesmo sendo necessárias em baixas quantidades, seu consumo adequado é essencial, pois a deficiência de vitaminas pode levar a disfunções do organismo e ao aparecimento de doenças. (LACERDA, et al 2006)

A deficiência de ferro, pode levar à anemia, gerando sintomas como fadiga, palidez, falta de ar, vertigem, tonturas, e batimento cardíaco acelerado.

- **Minerais** assim como as vitaminas, esses nutrientes não são produzidos pelo organismo, e devem ser ingeridos por meio da alimentação. Os minerais são essenciais para regular as funções do nosso organismo, assim como para compor estruturas, como os ossos e dentes. Entre os minerais presentes nos alimentos, estão: ferro, cálcio, fósforo, zinco, sódio, iodo, entre outros (LACERDA, et al 2006).

Nutrientes Plásticos

Nutrientes plásticos são aqueles que servem de **matéria prima** na produção e no crescimento de células e tecidos. Estão neste grupo as proteínas, que também têm função energética, água e alguns minerais, (MARTINS e CRISTINA, 2008).

Nutrientes Energéticos

Os nutrientes energéticos têm a função de fornecer grande parte da **energia** necessário ao corpo. Neste grupo estão carboidratos, lipídicos e proteínas (MARTINS e CRISTINA, 2008).

Nutrientes Reguladores

Segundo Martins e Cristina (2008), os nutrientes reguladores controlam as **funções vitais** e exercem um importante papel no funcionamento adequado do organismo, controlando a queima de gorduras, a síntese de proteínas e a formação dos ossos, entre outras funções. Fazem parte deste grupo as vitaminas, os sais minerais e a água.

1.3.3. Importância dos nutrientes

De acordo com Monteiro e Júnio, (2007), Os nutrientes são importantes para a manutenção do equilíbrio do corpo e o desempenho adequado das actividades, uma vez que estão envolvidos em diversos processos fisiológicos.

Os mesmos autores ressaltam que a falta de nutrientes ou o consumo inadequado pode levar a disfunções no organismo e comprometer seriamente a saúde. Cada nutriente desempenha funções específicas, e, quando algum deles está em falta, diversas áreas do corpo podem ser afectadas.

1.3.4. Função dos nutrientes

Para Orlonski, et al, (2009), Cada nutriente desempenha funções específicas dentro do organismo, e, em conjunto, eles são indispensáveis para a manutenção da saúde e das actividades vitais. Entre essas funções, estão o fornecimento de energia para o desempenho das actividades diárias e das actividades vitais; a reparação dos tecidos do corpo; a estruturação das células; e o eficiente funcionamento de todos os processos fisiológicos que ocorrem no organismo.

Confira quais são as vitaminas fundamentais para o período de crescimento

A vitamina D: é essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável dos ossos, já que ela ajuda o corpo a absorver o cálcio. Além disso, tem um papel importante no sistema imunológico, ajudando a proteger contra infecções.

O ferro: é essencial para a produção de glóbulos vermelhos. A deficiência de ferro pode levar a uma anemia. A deficiência desse mineral pode afetar o crescimento e desenvolvimento cognitivo.

O cálcio é importante para o desenvolvimento e manutenção dos ossos e dentes. A sua deficiência pode levar a problemas ósseos, como a osteoporose.

A vitamina: é importante para a saúde dos olhos, pele e sistema imunológico. A deficiência dessa vitamina pode levar a problemas de visão, redução da imunidade e até mesmo atrasar o crescimento.

O zinco: é essencial para o crescimento e desenvolvimento adequados. Ele participa de inúmeras reacções químicas do nosso corpo como: a regular o crescimento celular, a produção de proteínas e o sistema imunológico. A deficiência de zinco pode levar a problemas de crescimento, problemas de pele e redução da imunidade.

1.4. Características do crescimento infantil

De acordo Orlonski, et al, (2009), O crescimento na criança não é apenas um aumento de peso e altura, mas envolve vários processos de modificações estruturais e quantitativas nas células, que por sua vez sofre influências de factores como:

1.5. Desnutrição

É uma doença de natureza clinico-social multifactorial cujas raízes se encontram na pobreza. A desnutrição grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crónica e levando a óbito, caso não seja tratada adequadamente, (GUIMARÕES, 2007).

Segundo a OMS, (2010) desnutrição é o resultado final da privação nutricional e, frequentemente, emocional por parte daqueles que cuidam da criança os quais, devido a falta de entendimento, pobreza ou problemas familiares, são incapazes de prover a nutrição e o cuidado que a criança requer.

1.5.1. Etiologia da desnutrição

Ferreira (2000, p. 58) A génese da desnutrição infantil é multicausal. Provêm principalmente da pobreza. Outro aspecto considerável, é o facto cultural. Para o mesmo a desnutrição ainda se relaciona com o saneamento básico precário, moradia indigna, desemprego ou sub emprego, deficiência na educação em saúde, e a falta política pública de assistência básica e enfim com a alimentação deficiente ou inadequada.

Segundo Moraes et al (2009), relata que 34,6% dos artigos pesquisados no estudo sobre a desnutrição infantil, apontam como causa principal, a pobreza, em 2º lugar com 27%, apontam a ingesta deficiente ou inadequada de alimentos, em 3º lugar 23%, apontam o difícil acesso a assistência de saúde e ao saneamento básico adequado como a principal causa. A quarta causa se refere aos cuidados inadequados da mãe para com a criança 19,2%. O desmame precoce vem em 5º lugar com 15,4%.

De acordo com Guimarães (2007, p. 22) a desnutrição infantil configura-se como um dos maiores problemas mundiais da actualidade, tratando-se de saúde pública. A causa da desnutrição infantil é multifatorial, com condições socioeconómica e culturais, doença, desmame precoce, etc.

A desnutrição infantil é mostrada como resultado de uma ingestão de alimentos inadequada, cuidados precários de saúde e cuidados maternos deficientes para a criança, (GUIMARÕES 2007, p. 22).

Osório et al., (2002, p. 60), dentre os factores que contribuem para a desnutrição infantil destaca-se ainda necessidades maiores como a deficiência de proteínas, devido a indisponibilidade por factores socioeconómicos e/ou desigualdade social. Outra causa comum é a falta de pré-natal, assim como o desmame inadequado, sem contar com a vacinação que deve ser feita dentro dos padrões normais (completa, segundo o órgão regulamentador de políticas governamentais) para não agravar a doença.

Crianças de 6 à 24 meses compõem o grupo de alto risco da desnutrição, e por isso a Organização Mundial da Saúde recomenda amamentação exclusiva por pelo menos 6 meses. Outro aspecto fundamental é o nível de instrução dos progenitores. Meses, (OMS, 2010).

1.5.2. Fisiopatologia de desnutrição

Para Sawaia, (2006, p. 47), todos os sistemas do organismo de uma criança desnutrida são afectados, pois o organismo provoca uma vasta série de respostas adaptativas. Com o avanço progressivo da DEP, e a persistência do estado de desnutrição, a adaptação então se converte em uma má adaptação, onde a partir daí, vários mecanismos fisiopatológicos são instalados, desencadeados e mantidos por controles hormonais e a partir destes são evidenciados as manifestações clínicas.

1.5.3. Principais aspectos da fisiopatologia da desnutrição

Alterações do tubo digestivo: Achatamento e atrofia das vilosidades intestinais, que provoca as seguintes consequências; -Diminuição de todas as enzimas digestivas, - Má digestão, má absorção e diarreia, -Deficiência de micronutrientes

Alterações do fígado: Esteatose, -Lesão de hepatócitos, -Alteração grave de todas as funções hepáticas, Redução de síntese de proteínas e da gliconeogénese, que provoca as seguintes consequências; -Hipoproteinemia, -Edema, -Hipoglicemia

Alterações musculares: -Redução/perda de massa muscular esquelética e lisa, que provoca as seguintes consequências; -Magreza acentuada, -Movimentos débeis de membros e troncos, -Alterações miocárdicas.

Alterações no Sistema Imunitária: -Atrifia de timo, amígdalas e linfonodos, -Imunidade deprimida, que provoca as seguintes consequências; -Infecções subclínicas, -Septicemia.

Alterações no Metabolismo: -Metabolismo basal e bomba de sódio-potássio alterados, que provoca as seguintes consequências; -Hipoglicemia, -Hipotermia/Hipertermia, - Distúrbios electrolíticos.

Alterações no Sistema Circulatório: Função renal alterada, -Débito cardíaco e volume circulatório reduzidos, que aumenta o risco de morte por sobrecarga cardíaca.

Alterações no Sistema Hormonal: -Nível de insulina e de factor 1 de crescimento e insulina reduzidos, -Hormônio do crescimento e cortisol aumentados, que pode causar intolerância à lactose.

Alterações no Rim: -Redução da filtração glomerular, de excreção de sódio e do fosfato, que pode aumentar o –Risco de morte por administração de sódio e infecção urinárias.

1.5.4. Tipos de desnutrição

Específica – quando falta um nutriente bem determinado, por exemplo:

Falta de ferro – anemia

Falta de vitamina D – raquitismo

Falta de vitamina C – escorbuto

Global – desnutrição proteica calórica. Deficit de proteína e de calorias

1.5.5. Manifestação da desnutrição proteica – calórica

Para OMS, (2010), Universais presente em todos os desnutridos. São de natureza bioquímica e apresenta 3 processos fundamentais, disfunção e depressão, este

processo levam a desaceleração nos casos leves, interrupção nos casos moderados ou evolução nos casos graves do crescimento.

Circunstâncias – edema, alterações da pele e cabelos agregados-podem dependerem de doenças primatas que provocou a desnutrição. Exemplo: vômito na estenose hipertrofica do piloro, (OMS, 2010).

1.5.6. Classificação da desnutrição

Para Moraes e tal (2009), classifica a desnutrição em três etapas: Primária – por oferta inadequada de alimentos em virtudes de condições socioeconômicas desfavoráveis.

Secundárias – aproveitamento inadequado dos alimentos fornecidos de maneira correcta. Exemplo: estenose e hipertrofica do piloro.

– Desnutrição proteico – calórica quanto a intensidade:

1º Grau – leve: déficit de peso de mais de 10% até 25%

2º Grau – moderado: déficit de peso de mais de 25% até 40%

3º Grau – grave: déficit de peso de mais de 40%.

Do ponto de vista clínico, os médicos identificaram dois principais grupos ou doenças decorrentes da desnutrição grave em crianças: o marasmo e o kwashiorkor, que podem ocorrer de forma isolada ou combinada. Estas provêm da prática do desmame precoce em muitos dos países do chamado Terceiro Mundo, (ESCOBAR e tal, 2000, p.38).

Marasmo

Para Escobar et al (2000, p. 39) é a DEP de grau 3. É caracterizado como um déficit crónico de energia, com perda de massa muscular e ausência de gordura subcutânea. A criança torna-se extremamente magra (em media 60% a baixo da media para a idade), em baixo estatura, apresenta face com expressão envelhecida, pele enrugada, costelas proeminentes, apresents baixa actividade motora e sempre está cometida por doenças diarreicas e desidratação, parasitoses intestinais, anemia, hipotermia e hipoglicemia, tende a ser uma criança irritada, triste e prostrada, chorosa, frequentemente evolui para a morte.

Kwashiorkor

Existem várias explicações para o aparecimento e desenvolvimento da Kwashiorkor, havendo ainda controvérsias e é a que aparece com maior frequência comparada com o marasmo. É a DEP caracterizado por ganho de peso, massa muscular, gordura subcutânea, retardo no crescimento, porém menos intensa que no Marasmo, edema, principalmente nos membros inferiores, mas pode atingir todo corpo, hipoalbuminemia, lesões de pele e cabelo, frequentemente são cometidas por doenças, infecções e anorexia. Uma significativa perda de peso e a presença de edema são os aspectos fundamentais para o diagnóstico de Kwashiorkor, segundo a OMS, (2010).

Kwashiorkor-marasmática

Uma outra forma de desnutrição mista, que como a sua própria definição é caracterizada por apresentar formas clínicas características concomitantes ao Marasmo e ao Kwashiorkor (OMS, 2010).

1.5.7. Efeitos da desnutrição em Crianças

De acordo com a OMS (20010) a desnutrição infantil pode gerar algumas complicações que incluem:

- **Baixa imunidade:** A desnutrição infantil torna o sistema imunológico fraco e susceptível a doenças infecciosas.
- **Problemas de crescimento:** A deficiência nutricional combinada com infecções retarda completamente o processo de crescimento.
- **Deficiência de nutrientes específicos:** A deficiência de alguns nutrientes específicos pode gerar vários problemas na saúde da criança.
- **Falência dos órgãos:** Desnutrição infantil grave torna os órgãos disfuncionais. Alguns dos órgãos altamente afectados pela deficiência nutricional são fígado, coração e rins.
- **Início de doenças nocivas:** Algumas doenças desencadeadas pela desnutrição infantil incluem gastroenterite, infecção o trato urinário e pneumonia. No caso da sobre nutrição, a obesidade, doenças cardíacas, acidentes vasculares cerebrais, diabetes,

hipertensão arterial e algum tipo específico de câncer são as doenças que podem afectar a criança, (SAWAYA, Et al2006).

A desnutrição infantil também pode levar a outros efeitos adversos como:

Desenvolvimento comportamental lento;

Retardo mental;

Sarcopenia, ou perda constante de massa corporal;

Dificuldades de aprendizagem;

Problema de crescimento (nanismo);

Redução das capacidades de resolução e Problemas;

Redução das habilidades sociais;

Transtorno de déficit e atenção de atenção;

Desordens digestivas;

Desenvolvimento de linguagem reduzida;

Perda de peso severa

1.5.8. Diagnostico de desnutrição

A história clínica apresentada pela criança desnutrida é o principal componente para o diagnóstico. A ciência é soberana, inclusive nas situações onde a realização de exames laboratoriais complementares são difíceis. Ressalta-se que na desnutrição grave os resultados dos exames devem ser cuidadosamente interpretados, pois estes podem estar alterados pela própria desnutrição e das alterações bioquímicas e metabólicas e frequentemente são semelhantes nas crianças com Marasmo, Kwashiorkor e Kwashiorkor – Marasmática (OMS, 2010).

De acordo com campos (2003, p. 70) O diagnóstico segue principalmente os índices antropométricos da criança, como índice de massa corporal (IMC), perda de peso, alteração de peso a média é circunferência do meio do braço, sendo este último responsável pela correlação com as reservas proteicas dos músculos, útil para detectar a presença edema. Actualmente, um novo método de identificação do

desnutrido vem sendo usado, a mini avaliação nutricional (MAN), que foi desenvolvido pelo Centro de Pesquisas na Nestlé para, em menos de 15 minutos, classificar o indivíduo em eutrófico, em risco de desnutrição ou desnutrido, usado 18 itens facilmente mensuráveis, e sem nenhum exame de sangue.

1.5.9. Tratamento de desnutrição

Para Campos (2003, p. 70), O tratamento da desnutrição envolve o diagnóstico preciso e rápido, o uso adequado de medicamentos e a terapia nutricional. Este tratamento clínico é preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sendo dividido em três fases: Período de Estabilização; Etapa de Reabilitação e Acompanhamento Ambulatórios.

Fase 1: O paciente deve ser considerado imunodeficiência, devidas as características fisiopatológicas, e não tolera administração de grandes volumes, sendo necessária a reposição de macronutrientes. A terapia nutricional deve ser adequada às necessidades energéticas de macro e micro nutrientes, devendo-se considerar o nível de estresse a cada criança. O objectivo não deve ser somente a recuperação nutricional da criança, mas a estabilização clínico metabólica, (CAMPOS (2003, p. 70).

Fase 2: Nesta fase a criança encontra-se em estabilidade clínica e pode ser iniciada a reabilitação nutricional com objectivo de recuperação pondero-estatural, que consiste em oferecer alimentação adequada e estímulo motor e emocional.

Fase 3: Acompanhamento em Unidade de Saúde (US) para prevenir recaídas e assegurar a continuidade de tratamento.

1.5.10. Consequências biológicas da desnutrição

Para Sawaya e tal, (2006, p. 58) São inúmeras as consequências de que a desnutrição traz ao organismo humano, sendo os principais a fadiga, irritabilidade e alergia, porém os sintomas mais específicos variam de acordo com o tipo de desnutrição. Segure-se que as diferenças na etiologia de acordo com as áreas geográficas, tipo de comida, idade, ausência ou presença de algumas infecções, entre outros.

Ainda para Sawaya (2006, p. 58) No marasmo a perda de peso é mais severa, devido à perda de tecido muscular e de gordura subcutânea. Além disso, são relatadas

inúmeras anormalidades no metabolismo da glicose, que variam de acordo com a severidade e duração. Observa-se também um aumento no nível de cortisol, o hormônio do stresse, tornando a criança irritada e apática, além de transformar o cabelo em quebradiço, podendo descolorir-se no Kwashiorkor o edema é essencial característica para diagnóstico. O fígado é particularmente afectado, tornando-se gorduroso e aumentando, ocorrendo uma perda dos mecanismos homeostáticos. Nesse caso, é comum os pacientes apresentarem lesões típicas na pele, cabelo descolorido e apatia.

1.6. Assistência de Enfermagem das crianças com má nutrição

De acordo com Whaley et al (2003), Assistência de enfermagem consiste orientar e estimular uma dieta completa e saudável, abrangendo todos grupos de alimento que a criança necessita considerando sua realidade.

1.6.1. Objectivos da assistência enfermagem

Para Whaley et al (2003), O Objectivo da enfermagem é suprir a ajuda que o paciente requer para satisfazer suas necessidades. Tendo alcançado o seu Objectivo, o enfermeiro contribui simultaneamente para a saúde física e mental do paciente.

1.6.2. Importância da assistência em enfermagem

Segundo Frota et al (2007), O enfermeiro possui um papel fundamental dentro da atenção primária, pois nesse contexto esse profissional deve identificar os problemas de saúde e factores de riscos da população, monitorar a evoluções clínicas dos pacientes, participar e realizar acções voltadas para educação em saúde, realizações e acompanhamentos de pacientes.

1.6.3. Intervenções de enfermagem

Segundo Carpenito (1999, p. 24) é necessário que seja realizado um controle rigoroso no estado nutricional da criança para que sejam evitadas possíveis perdas de peso durante as manifestações clínicas da doença, fazendo com que haja uma melhor aceitação de dieta e, conseqüentemente, que essa criança não tenha uma perda de

peso. Pode-se assim, orientar a ingestão de uma alimentação rica em proteínas e calorias para suprir o déficit dessa perda inicial.

Para Carpenito (1999, p. 27) A temperatura corporal deverá ser restaurada, pois a criança que apresenta um quadro de pneumonia pode desenvolver febre e em alguns casos convulsões, uma vez que sua temperatura encontra-se alterada. Entretanto, nos casos citados é extremamente necessária a administração de antitérmicos, banho morno e uso de compressas frias, uma vez que a hipertermia pode também diminuir as defesas do organismo.

Resumidamente temos:

1. Orientar a família sobre o que é a desnutrição e quais são as possíveis consequências para a criança;
2. Orientar a mãe/cuidadora, da necessidade da estimulação neuro psicomotora e da criança;
3. Orientar a mãe/cuidadora para que exponha a criança ao sol, iniciando com 5 minutos no primeiro dia, 10 minutos no segundo dia e do terceiro em diante 15 minutos. Não esquecendo os horários nocivos de exposição (o normal é antes das 10h e depois das 16h);
4. Orientar a família quanto aos cuidados de higiene básicos;
5. Orientar a mãe/cuidadora a realizar a troca de fraldas sempre que a criança evacuar e urinar, mantendo a região pubiana sempre limpa e livre da humidade;
6. Orientar sobre a importância da vacinação, verificar o cartão vacinal da criança e encaminhar para a vacinação, caso o esquema vacinal esteja atrasado;
7. Orientar a estimular uma dieta completa e saudável, abrangendo todos os grupos de alimento que a criança necessita, considerando a sua realidade socioeconómica;
8. Discutir com a mãe/cuidadora as suas percepções sobre as alternativas alimentares, o uso e opções de manejo e orientar quanto à adequação da dieta e correção de possíveis erros;
9. Estimular a ingestão hídrica;
10. Estimular a interação e o vínculo mãe-filho orientando sobre o uso do brinquedo, brincadeiras, e formas de estimulação adequadas para cada etapa do desenvolvimento, de acordo com a realidade da família:

11. Estimula a criança a voltar as suas actividades normais gradativamente;
12. Realizar o controle do peso da criança, com a criança despida, diariamente, sempre pela manhã, antes do pequeno almoço;
13. Verificar os sinais vitais, aferir principalmente o pulso e a temperatura;
14. Observar e registar as alimentações/evacuações e suas características (odor, quantidade, coloração e etc).
15. Prevenir as complicações e infecções;
16. Ter atenção aos sinais de desidratação como: sede, prega cutânea, mucosa oral seca, olhos fundo;
17. Para crianças acamadas, prevenir lesões da pele e das mucosas, alternando o decúbito;
18. Encaminhar a mãe e a criança para a unidade de saúde mais próxima a sua residência, (WHALEY et al, 2003).

Segundo Whaley e tal, (2003), a enfermagem exerce a educação em saúde, que tem por objectivo o oferecer ao ser humano um cuidado integral. No caso dos cuidados com as crianças, deve-se além de educar a própria criança, também educar seus pais e responsáveis, para que adquiram um comportamento adequado de saúde ao longo de toda vida e, principalmente durante o processo saúde-doença.

1.6.4. O papel da enfermagem em relação a nutrição dos pacientes

A enfermagem possui um papel preponderante no controle da nutrição parenteral e enteral desde a manutenção e controle da via escolhida, o volume administrado e até as mais variadas reacções que o paciente possa apresentar durante esta terapêutica, (WHALEY et al, 2003).

1.6.5. Os cuidados da enfermagem na alimentação do paciente

Entre os principais cuidados na nutrição enteral estão: a higienização para evitar contaminação de contaminação de equipamento, observação do paciente para evitar complicações, certificação da qualidade nutricional e das funcionalidades do tratamento, (WHALEY et al, 2003).

1.6.6.o papel do técnico de enfermagem em relação a dieta.

De acordo Carpenito, (2017), Orientar os cuidados relativos a sonda, administração de medicamentos no sistema e infusão da dieta alimentar.

1.6.7. Os cuidados da enfermagem na desnutrição

Segundo Carpenito (2017), orientar a dietética suplementações e acompanhamento de marcos de desenvolvimento. É necessário que seja realizado um controle rigoroso no estado nutricional da criança para que sejam evitadas possíveis perdas de peso durante as manifestações, fazendo com que haja uma melhor aceitação da dieta e, conseqüentemente, que essa criança não tenha uma perda de peso. Pode-se assim, orientar uma alimentação rica em proteínas e calorias para suprir o deficit dessa perda inicial.

1.7. Avaliação nutricional

A influência da nutrição na saúde do indivíduo pode ser analisada através da avaliação do estado nutricional a qual tem como objectivo identificar distúrbios nutricionais, possibilitando uma intervenção adequada de forma a auxiliar na recuperação e/ou manutenção do estado de saúde do indivíduo ou colectividade. Consiste na utilização de métodos e procedimentos diagnósticos (dados clínicos, dietéticos, bioquímicos, antropométricos, entre outros) com a finalidade de avaliar/examinar as manifestações orgânicas decorrentes da influência das relações que ocorrem entre o homem, o ambiente e o alimento, no interior de uma sociedade, identificando as causas prováveis visando estabelecer atitudes de intervenção. (FERREIRA, 2000).

A importância da avaliação nutricional é reconhecida tanto na atenção primária, para acompanhar o crescimento e a saúde da criança e do adolescente, quanto na detecção precoce de distúrbios nutricionais, seja desnutrição ou obesidade. (FERREIRA, 2000).

De acordo com (Ferreira, 2000), a avaliação do estado nutricional é uma condição fundamental no estudo da criança e do adolescente, sendo possível verificar/averiguar/investigar se o crescimento está se afastando do padrão adoptado e esperado, seja por doença e/ou condições sociais desfavoráveis. O método de avaliação do estado nutricional está directamente relacionado com o objectivo da

avaliação, qual seja: diagnosticar a magnitude dos problemas nutricionais, identificar e analisar os seus determinantes para o estabelecimento de medidas de intervenção adequadas.

Segundo o mesmo autor pré-citado, a identificação do risco nutricional e a garantia da monitorização contínua do crescimento fazem da avaliação nutricional um instrumento essencial para que os profissionais da área conheçam as condições de saúde dos indivíduos. Dessa forma, a avaliação nutricional pode ser embaçada por diferentes métodos, sejam eles directos ou indirectos. Neste manual, uma ênfase maior será dada à avaliação antropométrica, aos dados bioquímicos e aos sinais clínicos de crianças e adolescentes.

Quadro nº1: dos métodos tradicionais de avaliação do estado nutricional de colectividades.

Métodos de avaliação nutricional de colectividades		Exames antropométricos	Peso, altura, pregas cutâneas, perimetro branquial, cefálico e tórax, peso ao nascer IMC etc. ...
	Métodos directos	Exames laboratoriais	Hemograma, glicemia, perfiliidico, etc. ...
		Exames clínicos	Sinais clínicos e sintomas
		Inquérito de consumo alimentar	Ingestão/ gasto/ necessidades nutricionais, inquéritos dietéticos etc...
	Métodos indirectos	Estudos demográficos	População por sexo, faixa etária, mortalidade
		Inquéritos sócio económicos e cultura	Salário, renda familiar, ocupação, esscolaridades etc..

Fonte: Vasconcelos (2017).

Quadro nº2: Medidas antropométricas

Medidas	Faixa etária	Interpretação
Peso	De zero a dois anos de idade	É o parâmetro mais sensível aos agravos nutricionais por ser o primeiro a modificar-se, apresentando maior velocidade de mudança.
Altura	Para maiores de dois anos de idade	Reflete processo de desnutrição mais prolongada (crônica)
Comprimento		Reflete processo de desnutrição mais prolongada (crônica)
Circunferência Abdominal	—	Devido à crescente prevalência da obesidade infanto-juvenil, a CA pode ser utilizada para avaliar a concentração de gordura abdominal.

Fonte: : Ribeiro Júnior (2000).

A avaliação do crescimento é a medida que melhor define a saúde e o estado nutricional de crianças, pois permite avaliar o potencial de desenvolvimento físico alcançado, já que distúrbios na saúde e na nutrição, independente de suas etiologias, invariavelmente afectam o crescimento infantil. (VITOLLO, (2014).

Os parâmetros antropométricos usualmente utilizados para avaliar a condição nutricional de crianças e adolescentes são o peso e a estatura (altura ou comprimento). Essas são medidas consideradas de alta sensibilidade, particularmente durante a idade pré-escolar, por reflectirem variações nas condições nutricionais e, indirectamente, influências do ambiente socioeconómico. . (VITOLLO, (2014).

Além dessas medidas, os perímetros cefálico, torácico, branquial e abdominal também podem ser utilizados na avaliação nutricional de crianças e adolescentes. (VITOLLO, 2014).

Os Indicadores Antropométricos de Avaliação do Crescimento e da Massa Corporal A partir da aferição do peso e da altura podem ser calculados os três índices antropométricos mais frequentemente empregados: Peso/idade, Estatura/idade e Peso/estatura, além do Índice de Massa Corporal/Idade.
Peso/Idade (P/I) – Expressa a massa corporal em relação à idade cronológica, reflectindo a situação global, isto é, não diferenciando o comprometimento nutricional actual (ou agudo) dos regressos (ou crónicos). Assim, deve-se realizar a complementação dessa avaliação com outro índice antropométrico. (VITOLLO, 2014).

A utilização do indicador P/I é preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil para avaliação do estado nutricional, contemplado na Caderneta de Saúde da Criança.
Estatura/Idade (E/I) – Expressa o crescimento linear da criança alcançado para uma idade específica. Esse índice é o que melhor aponta o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança e do adolescente (valores abaixo do esperado indicam défice de longa duração), sendo considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população. (VITOLLO, 2014).

Este indicador está presente na Caderneta de Saúde da Criança e também na Caderneta de Saúde dos Adolescentes.
Peso/Estatura (P/A) – Expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e estatura, ou seja, a adequação do processo de crescimento. (VITOLLO, 2014).

Para Freitas vilar, (2002), é sensível para identificar tanto o emagrecimento, quanto o excesso de peso da criança, porém necessita de medidas complementares para o diagnóstico de sobre peso/obesidade, uma vez que não diferencia massa magra e

gorda e muito menos a distribuição de gordura corporal. Quando apresenta valores abaixo da normalidade, reflete comprometimento mais recente.

O Índice de Massa Corporal/Idade (IMC/I) – Expressa a relação entre o peso da criança/adolescente e o quadrado da estatura. Utilizado principalmente para identificar déficit nutricional e o excesso de peso entre crianças e adolescentes, tem a vantagem de ser um índice empregado em outras fases da vida. Este indicador é recomendado internacionalmente no diagnóstico individual e colectivo dos distúrbios nutricionais, já que incorpora a informação da idade do indivíduo e foi validado como indicador de gordura corporal total nas percentagens superiores. (VILAR FREITAS, 2002).

Entretanto, não é capaz de fornecer a composição corporal, sendo, portanto, recomendado que seja associado a outros indicadores, como o somatório das pegs cutâneas tricipital e subescapular e a área muscular do braço. Para expressar os indicadores antropométricos (P/I, A/I e P/A), podemos utilizar três parâmetros: o Z-escore, a percentagem e o percentual do valor da mediana. (VILAR FREITA, 2002).

A Percentagem refere-se à posição do indivíduo numa dada distribuição de referência. É recomendado pelo Ministério da Saúde para uso em serviços de saúde. Já o Z-escore, em termos práticos, significa o número de desvios-padrão relativos ao afastamento da mediana de referência. (VILAR FREITA, 2002).

Avaliação do Crescimento e de Massa Corporal As curvas de crescimento permitem uma avaliação seriada do peso e da estatura através do tempo. A utilização das curvas de crescimento, em pelo menos três mensurações sucessivas de peso e estatura, com intervalos compatíveis com sua velocidade de crescimento em função da idade, permite aferir se a criança está em risco nutricional (VILAR FREITA, 2002).

1.7.1. Estado nutricional

De acordo com Orlonski, et al. (2009). O estado nutricional dos indivíduos é caracterizado por grande dinamismo e decorre essencialmente do equilíbrio entre três factores:

- composição da alimentação (tipo e quantidade dos alimentos ingeridos),
- necessidades do organismo em energia
- nutrientes e eficiência do aproveitamento biológico dos alimentos (ou da nutrição propriamente dita).

Combinações óptimas desses três factores, comportando razoáveis margens de variação de cada factor, propiciam ao indivíduo um estado nutricional óptimo, compatível com o pleno exercício de todas as suas funções vitais. Combinações não equilibradas da ingestão alimentar, necessidades nutricionais e aproveitamento biológico dos alimentos produzem a má -nutrição. A má nutrição pode ser oriunda de variações extremas (não passíveis de compensação), positivas ou negativas, em um único factor, mas, com frequência, envolve alterações simultâneas e aditivas, ainda que moderadas, nos três factores que determinam o estado nutricional: composição da alimentação, necessidades nutricionais e aproveitamento biológico dos alimentos (ORLONSKI, et al. (2009).

1.7.2. Avaliação do estado nutricional

A avaliação do estado nutricional é uma etapa fundamental no estudo de uma criança, para que possamos verificar se o crescimento está se afastando do padrão esperado por doença e/ou por condições sociais desfavoráveis. Ela tem como objectivo verificar o crescimento e as proporções corporais em um indivíduo ou em uma comunidade, estabelecendo atitudes de intervenção. Assim, quanto mais populações e/ou indivíduos são avaliados do ponto de vista nutricional, e quanto mais seriadas são essas avaliações, mais intervenções precoces podem ser instituídas, certamente melhorando a qualidade de vida da população de uma forma geral. Não existe forma de diminuir a desnutrição se ela não for preparada de maneira adequada, (MARTINS, CRISTINA, (2008).

A avaliação nutricional é um instrumento de diagnóstico, já que mede - de diversas maneiras - as condições nutricionais do organismo, determinadas pelos processos de ingestão, absorção, utilização e excreção de nutrientes; ou seja, uma avaliação nutricional determina o estado nutricional, que é resultante do balanço entre a ingesta e a perda de nutrientes. O estado nutricional de uma população é um excelente indicador de sua qualidade de vida, (MARTINS, CRISTINA, 2008).

Quanto à avaliação do estado nutricional, sabe-se que não existe um método sem críticas, tanto em se tratar de crianças saudáveis como de crianças portadoras de doença crónica. Existem vários métodos para a avaliação do estado nutricional. Deve-se utilizar aqueles que melhor detectam o problema nutricional da população em

estudo e/ou aqueles para os quais os pesquisadores têm maior treinamento técnico, (MARTINS, CRISTINA, 2008).

CAPÍTULO II. PROCEDIMENTOS METODOLOGICOS

2.1. Tipo (S) de Pesquisas

Foi realizado uma pesquisa com carácter descritivo retrospectivo.

Na pesquisa descritiva, prevalece a observação, o registro, a análise e a interpretação dos fenômenos sem que haja interferência do pesquisador. O principal objetivo nesse tipo de investigação não é descobrir as causas de ocorrência dos fenômenos, mas sua ocorrência em si, sua frequência e suas características, a fim de facilitar a análise das relações entre as variáveis que estão sendo investigadas (Koche, 2013).

2.2. Modelo (s) de Abordagem

Foi realizado um estudo com o modelo de abordagem quali-quantitativa.

Qualitativa: apresenta a possibilidade da investigação das subjectividades, o que foi durante muito tempo evitado pela ciência, dada a aplicação universal do positivismo na explicação de todos os fenômenos, quer naturais ou sociais. Assim, as informações coletadas numa pesquisa qualitativa não são quantificáveis, mas analisadas a partir de modelos de interpretação que buscam atribuir significados aos fatos observada (Gil, 2019).

Quantitativa: é aquela na qual prevalece a análise de dados numéricos, quantificáveis, e na qual as opiniões e informações são passíveis de quantificação. Nesse caso, o uso de programas estatísticos é fundamental, prevalecendo os critérios da racionalidade e objetividade da ciência que enfatizam a análise quantitativa dos fenômenos observados (Carvalho, 2019).

2.3. Nível (s) de Estruturação de Métodos

a) Nível Teórico

- **Indutivo**

Baseado no Racionalismo. Sua explicação parte da análise de premissas particulares para construção de uma teoria geral (Marconi & Lakatos, 2013).

Método Hipotético – Dedutivo

Para Karl R. Popper, o método científico parte de um problema (P1), ao qual se oferecesse uma espécie de solução provisória, uma teoria-tentativa (TT), passando-se depois a criticar a solução, com vista à eliminação do erro (EE) e, tal como no caso da dialética, esse processo se renovaria a si mesmo, dando surgimento a novos problemas (P2) (Lakatos E. M., 2003).

b) Nível Estatístico ou Matemático

- **Método Estatístico**

Utilizamos a estatística para investigação de um fenómeno ou objeto de estudo. Nesse sentido, permite uma descrição quantitativa da realidade observada (Gil, 2012).

2.4. Métodos

O desenvolvimento do presente trabalho foi baseado em um estudo de observacional, documental, descritivo transversal e bibliográficos.

Segundo Silva (2006, p. 14), estudo observacional “é todo o estudo que tem por base a mera observação do fenómeno biomédico ou social, não existindo por conseguinte qualquer intervenção experimental sobre o homem saudável ou doente”.

O método observacional nos permitiu observar os fenómenos que ocorrem na assistência das crianças mal nutridas atendidas no hospital Municipal de Cacauco, o método documental serviu identificar os tipos de desnutrição mais frequentes das crianças atendidas nesse hospital. Também o mesmo permitiu-nos verificar o género e a idade das crianças com mal nutrição mais afectadas.

Segundo o mesmo autor o estudo descritivo “é todo aquele em que é feita a descrição pura e sistematizada dos fenómenos biomédicos ou sociais”.

Ainda Silva (2006, p. 14), considera que o estudo é observacional descritivo transversal, “quando descreve um fenómeno que decorre numa população, comunidade ou instituição, num determinado momento”.

Isto quer dizer que realizamos um corte ou paragem e estudamos o fenómeno tal como se apresenta num dado momento.

Segundo Vergara, (2000, p. 47), “a pesquisa descritiva expõe as características de determinada população ou fenómeno, estabelece correlações entre variáveis e define sua natureza”..

Queremos com essa pesquisa não explicar o fenómeno, mas usa-la como base para melhor compreender-se o comportamento da variável em estudo.

2.5. Campo ou local de estudo

O estudo realizou-se nos serviços de Pediatria do Hospital Municipal de Cacuaco na província de Luanda, situa-se na via expressa, entre ponte de betão de Cacuaco e o SIAC de Cacuaco.

É uma instituição hospitalar de referência, encarregue a prestação de cuidados de saúde em diversas áreas à população, com maior enfoco para Pediatria, Maternidade, Banco de Urgências, entre outros.

2.6. População e Amostra

2.6.1. População

Segundo Gil (2008, p. 89) população é “o conjunto de elementos que possuem determinadas características”.

O hospital é composto por 35 Profissionais de enfermagem, que operam no serviço de nutrição no qual, 21 do sexo Feminino e 14 do sexo Masculino.

A população das crianças foi constituída por 61 crianças com seus respectivos processos clínicos com idade compreendida entre 0 a 5 anos de idade atendidas naquela unidade hospitalar durante o período em análise com o diagnóstico de desnutrição; foi usada a teoria de amostragem não probabilística por conveniência.

2.6.2. Amostra

Silva & Menezes (2000, p. 70), afirmam que “amostra é a parte da população ou do universo, seleccionada de acordo com uma regra ou plano”.

Nesse contexto, trabalhamos com uma amostra de 35 (100%) dos profissionais de enfermagem perante as crianças com má nutrição.

A amostra das crianças atendidas foi feita com o mesmo número de 61 processos clínicos das crianças atendidas no período em análise.

2.7. Variáveis em estudo

As nossas variáveis de estudo foram; idade, sexo, formação dos profissionais que operam no sector de nutrição no mesmo Hospital, avaliação da conduta dos profissionais de enfermagem perante as crianças com má nutrição, identificar aspectos que favorecem a descontinuidade de seguimento de crianças em risco, descrever os tipos de desnutrição mais frequentes que afectam as crianças atendidas no mesmo serviço e proveniência das mesmas.

2.8. Critérios de inclusão e de exclusão

Quanto ao critério de inclusão, só inserimos no nosso estudo, os profissionais que operam na pediatria, especialmente na área de nutrição e somente as crianças com má nutrição de 0 a 5 anos de idades. Concernentes a exclusão, referimos os técnicos não passam no serviço pré-citados e as crianças que não fazem parte na faixa etária entre 0 e 5 anos de idades.

2.9. Instrumentos de recolha de dados

Para Lakatos e Marconi (2001, p. 77), “os instrumentos são conjuntos de preceitos ou processos de que se utiliza a ciência para obtenção de seus propósitos. Referem-se mais precisamente à parte prática de colecta de dados”. Assim, para o nosso trabalho, recolheu-se a observação, documental e entrevista para a recolha de dados nos encarregados (as) das crianças com má nutrição atendidas no mesmo hospital para bem confirmar os comportamentos positivos ou negativos dos profissionais que operam no serviço de nutrição.

2.10. Processamento e Tratamento de Dados

Vergara (2000, p. 59) “afirma que tratamento de dados refere-se aquela secção na qual se explicita como se pretende tratar os dados e colectar, justificando porque tal tratamento é adequado aos propósitos do projecto”.

Neste sentido após a colheita, os dados foram agrupados, categorizados, codificados e interpretados matematicamente e estatisticamente, com suporte em um banco de dados criado na planilha do programa informático Windows utilizando o

Microsoft PowerPoint na elaboração da apresentação. Os resultados apresentados em forma de tabelas.

CAPÍTULO III: DISCUSSÃO E RESULTADOS

3.1 Apresentação e interpretação dos resultados

Este capítulo trata sobre a apresentação e interpretação dos resultados Assistência de Enfermagem em Crianças com má Nutrição atendidas no Hospital Municipal de Cacuaco no IIº Semestre 2022.

3.2. Caracterização da unidade de análise

O estudo realizou-se nos serviços de Pediatria do Hospital Municipal de Cacuaco na província de Luanda, situa-se na via expressa, entre ponte de betão de Cacuaco e o siac de Cacuaco.

É uma instituição hospitalar de referência, encarregue a prestação de cuidados de saúde em diversas áreas à população, com maior enfoque para Pediatria, Maternidade, Banco de Urgências, entre outros.

Quadro nº 1 – Distribuição de frequência em relação a idade e sexo

Idade	Género		Total	
	Feminino	Masculino		%
Menos de 1 ano	14	9	23	37,7
1 Ano	17	11	28	45,9
2 Anos	5	2	7	11,5
3 Anos	1	1	2	3,3
4 Anos	0	1	1	1,6
5 Anos	0	0	0	0
Total	37	24	61	100%

Fonte: Investigação própria, 2022

O quadro número um, indica que segundo a idade e o sexo; as crianças de 1 ano de idade foram as mais vulneráveis com uma percentagem de 45,9%, seguida as que tinham menos de 1 ano de idade 37,7%, não foram registadas crianças com 5

anos de idade. Isso vai de conta, partindo sob pressuposto que a má nutrição afecta geralmente crianças e as pessoas idosas. Foi registado um menino de 4 anos de idade. Relativamente ao sexo as crianças do sexo feminino foram mais afectadas com 60%, contra 39,3% do sexo masculino. Partindo sob ponto de vista da realidade vivenciada onde às crianças de sexo feminino são a maioria, justifica-se a maior percentagem existente ao sexo feminino, em relação ao sexo masculino.

Segundo Mandal (2017, p. 27) A má nutrição é uma circunstância que ocorra quando há uma deficiência de determinados nutrientes vitais na dieta de uma pessoa.

Quadro nº 2 – Distribuição de frequência sobre avaliação da conduta dos profissionais de enfermagem perante as crianças com má nutrição atendidas no hospital Municipal de Cacuaco no IIº Semestre de 2022.

Condutas	FA	FR (%)
Positiva	12	34,3
Negativa	23	65,7
Total	35	100

Fonte: Investigação própria, 2022

O quadro número dois mostra que 65,7% dos profissionais de enfermagem têm conduta negativa perante as crianças com má nutrição atendidas no hospital Municipal de Cacuaco no IIº semestre de 2022.

Quadro nº 3 – Distribuição de frequência sobre os aspectos que favorecem a descontinuidade de seguimento de crianças em riscos.

Aspectos Motivacional	FA	FR (%)
Sim	0	
Não	35	100
Total	35	100

Fonte: Investigação própria,2022

Em relação a esta questão, todos profissionais que operam nesse serviço (100%) responderam que a falta de motivação na parte da entidade empregadora faz com que há seguimento de crianças em riscos.

Quadro nº 4– Distribuição das crianças com desnutrição atendidos segundo a causa – Hospital Municipal de Cacuaco IIº semestre de 2022.

Causas	Nº	%
Patológicas	11	18,0
Desmame Precoce	43	70,5
Outras causas	7	11,4
Total	61	100%

Fonte: Investigação própria,2022

O quadro nº 4 indica que segundo a causa o desmame precoce prodominou com 43 casos que corresponde a 70,5%, seguida das causas patológicas com 11 casos que corresponde a 18,0% e causa não específicas com 7 casos que corresponde a 11,4%. São muitas as causas que perpetuam a desnutrição em crianças desde os distúrbios alimentares, dietas sem nutriente, parasitas, dificuldade socioeconómico, entre outros.

Quadro nº 5 - Distribuição das crianças com desnutrição atendidos segundo tipo de desnutrição – Hospital Municipal de Cacuaco IIº semestre de 2022.

Idade	Tipo				Total	
	Marasmo	%	Kwashiorkor	%		%
Menos de 1 ano	21	41	0		21	34,4
1 Ano	28	54,9	7	70	35	57,3
2 Anos	1	2	1	10	2	3,3
3 Anos	0		2	20	2	3,3
4 Anos	1	2	0		1	1,6
5 Anos	0	0	0		0	0
Sub Total	51	100	10	100	61	100%

Fonte: Investigação Própria, 2022

O quadro nº 5 indica que segundo a idade e o tipo de desnutrição as crianças de 1 ano foram mais afectada com a desnutrição de tipo marasmo com 28 casos, que corresponde a 54,9%; seguida de crianças com menos de 1 ano acometidos com marasmo, na razão de 21 casos, correspondente à 41%, no geral foram registados 51 casos de marasmo, que corresponde a um subtotal 100%.

Marasmo é caracterizado como um déficit crónico de energia, com perda de massa muscular e ausência de gordura subcutânea. E 10 casos de Kwashiorkor que corresponde a 16,4%. Contrariando assim algumas literaturas por nós consultadas que defendiam que Kwashiorkor, é a que aparece com maior frequência comparada com o marasmo. É caracterizado por ganho de peso, massa muscular, gordura subcutânea, retardo no crescimento, porém menos intensa que no Marasmo, edema, principalmente nos membros inferiores, mas pode atingir todo corpo, hipoalbuminemia, lesões de pele e cabelo, frequentemente são a cometidas por doenças, infecções e anorexia. OMS, (2010).

7 casos que corresponde 70% 2 casos na faixa anterior dos 2 anos 20% e 1 caso na faixa elevado 1 ano que correspondente à 10%, sub totalizando 100% de casos de Kwashiorkor.

Quadro nº 5– Distribuição das crianças com desnutrição atendidos segundo o tipo e sexo –Hospital Municipal de cacuaco IIº semestre de 2022.

Tipo	Sexo				Total	
	Feminino	%	Masculino	%		%
Marasmo	35	94,6	19	79,2	54	88,5
Kwashiorkor	2	5,4	5	20,8	7	11,5
Subtotal	37	100	24	100	61	100%

Fonte: Investigação própria, 2022.

O quadro nº 5 indica que segundo o tipo de desnutrição e o sexo, crianças do sexo feminino foram as mais afectadas com 35 casos só tipo desnutrição marasmo que corresponde a 94,6%, o mesmo género teve 2 casos de kwashiorkor, que corresponde a 5,4%. O género masculino, teve um registo de 19 casos de desnutrição por marasmo, que corresponde a 79,2%, quanto ao kwashiorkor, comparadamenteos dois géneros, masculino foi mais afectado, com 5 casos, correspondente 20,8%, 3 casos a mais que género oposto.

Quadro nº 6 – Distribuição das crianças com má desnutrição atendidas segundo a proveniência – Hospital Municipal de Cacuaco IIº semestre de 2022.

Proveniência	FA	FR (%)
Bairro Nova Urbanização	4	6,56
Belo monte	25	40,98
17 de Setembro	6	9,84
22 de Janeiro	14	22,95
Baixa vidrul	12	19,67
Total	61	100%

Fonte: Investigação Própria, 2022.

O quadro nº 6 indica a proveniência dos casos, na qual tivemos: 25 casos que corresponde a 40,98% vindo do bairro Belmonte, 14 casos provenientes do 22 de Janeiro (22,95%), 12 casos provenientes de Baixa Vidrul e respectivamente 6 casos para 17 de Setembro e 4 para nova urbanização.

Análise da situação económica das famílias das crianças com má nutrição atendidas no hospital Municipal de cacuaco no IIº semestre 2022.

O estudo relevou que no conjunto das mulheres entrevistadas encarregadas das crianças com má nutrição no período do estudo em análise, 46 casos responderam que os Maridos não têm empregos que correspondem a 75,41%, 6 casos responderam seus Maridos têm empregos 9,84% e 9 casos seus Maridos já morreram que correspondem a 14,76%.

CONCLUSÕES

Foi realizado um estudo observacional descrito transversal, em 35 profissionais e 61 crianças com os seus respectivos processos clínicos, atendidas com má nutrição. Relativamente as hipóteses formuladas e os objectivos traçados, concluímos que: o maior número de crianças atendidas no período em análise segundo a idade e o sexo; as crianças de 1 ano de idade foram as mais vulneráveis com uma percentagem de 45,9%, seguida as que tinham menos de 1 ano de idade 37,7%, não foram registadas crianças com 5 anos de idade; as crianças do sexo, feminino foram as mais afectadas com 35 casos; a de desnutrição marasmo com 35 casos que corresponde a 57,3%, teve maior relevância. O desmame precoce predominou com 43 casos que corresponde a 70,5%, seguida de causas patológicas com 11 casos que corresponde a 18,0% e causas não específicas com 7 casos que corresponde a 11,4%. O bairro Belmonte foi a mais predominante com 25 casos que corresponde a 40,98 %.

Quanto as hipóteses, a primeira não foi confirmada porque na parte dos profissionais não há responsabilidade no seguimento das crianças com má nutrição, porque o quadro nº 3 mostrou que 100% dos profissionais que operam no serviço de nutrição responderam não há motivação na parte da entidade empregadora. Concernente a segunda hipótese, a baixa renda favorece a descontinuidade de seguimento de crianças em risco. Como demonstra o último paragrafo da nossa conclusão.

SUGESTÕES

No sentido de contribuir para a aquisição do conhecimento sobre aspectos em estudo, sugerimos o seguinte:

- Que os enfermeiros desenvolvam simpatia com os pais para que haja um bom relacionamento e comunicação;
- Que a Direcção do hospital incentive os profissionais da saúde para a criação de modalidades de interacção com os pais e fora do hospital.

AO MINISTERIO DA SAUDE

Que continue a desenvolver cada vez mais campanhas de mobilização e divulgação sobre aspectos da desnutrição, no sentido de se aumentar o nível de conhecimento por parte das populações do Município e não só.

AO INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA (ISA)

- Que continue a desenvolver o seu papel social de formar com qualidade os seus quadros, para tal dando todo apoio possível em trabalhos de investigação científica.
- Sugerimos ainda que se desenvolvam mais estudos do género em hospitais e não só visto que o nosso foi limitado.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Amaral K. (2008). Alimentação como facto de grande contribuição para melhor qualidade de vida. 4ª. Edição. Rio Grande do Sul.

Valente Miguel, Catarino Rodrigo, Ribeiro Helder. Emergencias de trauma. Manual TAS. 1ª ed inem; 2012.

Belchior da Silva. (2006). Estatísticas em Ciências Humanas. 2ª Edição. Luanda

Carpenito. (1999). Estado nutricional de paciente na enfermagem gastroenterologia. S. Paulo.

Campos S. (2003). Desnutrição e seus factores associados em crianças menores de cinco anos. 1ª. Edição. Recife.

Dartona L. (2006). Dualidad de malnutricionen el hogarantiqueno. 2ª. Edição. Colombia.

Escobar. Etal., (2000). A desnutrição infantil energética proteica e suas implicações no processo de memória e aprendizagem motora. 1ª. Edição. S. Paulo

Ferreira H. (2000). Evolução do estado nutricional de crianças submetidas a internação hospitalar. 3ª. Edição. Rio de Janeiro.

Fernandes, I.T.et.al. (2006). A variação antropométrica do pré-escolar, 2006.

Freitas, Paulo G. (2002). Saúde um estilo de vida. Baseado no Equilíbrio de quatro pilares.

Frota, M.A., Sousa, R.M V., Filho, O.A.S., e Barros, M.G.T. (2007). Diagnóstico das necessidades humanas no contexto sócio familiar de crianças desnutridas. Cogitare Enfermagem.

Gil, A.C (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª.ed. São Paulo: Atlas, Gouveia, E.L.C. (1999). Nutrição, saúde e comunidade, Revinter.

Gowdak, Demétrio; Martins, Eduardo. (2006). Ciência: novo pensar, 2ª ed.

Guimarães, R. N . (2007). Prevalência da desnutrição infantil à intervenção.

- Harrison, N. (2006). Manual de medicina interna, 16ª edição McGraw – Hill Interamericana de Espanã S. A. U.
- Lacerda, E. M. A. Et al. (2006). Práticas de Nutrição Pediátrica. São Paulo: Atheneu.
- Marconi, M. (2004). Metodologia científica. São Paulo: Atlas.
- Martins, Cristina. (2008). Avaliação do Estado Nutricional e Diagnóstico.
- Ministério de saúde do Brasil (2005). Protocolos do sistema de vigilância alimentar e nutricional. Serie B.
- Monteiro, P. H. N., Costa, R. B. L. (2004) Alimentação saudável e Escolas: possibilidades e incoerências.
- Monteiro, J. P. e Júnior J. S. C. (2007). Caminhos da Nutrição e Terapia Nutricional: Da concepção à Adolescência. Rio de Janeiro: GuanabaraKoogan.
- Monteiro, C. A. e Conde, W. L. (2000). Tendência secular da desnutrição e a obesidade na infância.
- Morais, R. A.; Franco, L.P.; Peixoto, A. I.T. (2009). Como diminuir a incidência de desnutrição infantil.
- Nóbrega, F. J. (1998). Distúrbios da nutrição.
- Organização Mundial da Saúde (2000). Proteção e apoio ao aleitamento materno: o papel dos serviços materno – infantis.
- Organização Mundial da Saúde (2010). Desnutrição em crianças e sua reabilitação.
- Organização mundial da saúde (2021), programa nacional de humanização da assistência hospitalar.
- Orlonski, S, et al. (2009). Estatura Nutricional e Fatores Associados em Crianças.
- Osório, et al. (2002). Prevalence of anemia in children 6-59 months.
- Passos, P. (1996). Transtorno alimentares e obesidade.

Rey, N. (1999). Dicionário de Termos Técnicos de medicina e Saúde, 2ª edição, Portugal, editora GuanabaraKoogan S. A.

Rothefeld, Glenn S; Levert, Suzanne.(1997). Medicina natural para doenças de coração. Os melhores métodos alternativos para prevenção e tratamento.

Salgado, C. M. e Carvalhães; J. T. A. (2006). Hipertensão arterial na infância. Revista jornal de pediatria.

Saúde, (2009). Manual de Pirâmide dos alimentos.

Sawaya. Etal., (2006). Desnutrição infantil: um problema a se enfrentado onal de crianças submetidas a internação hospitalar. 2ª. Edição. S. Paulo

Silva, E. (2000). Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. 4ª. Ed. Florianopolis: UFSC.

Silva Júnior. (2000). Introdução a nutrição. 2ª. Edição. Goiana : UFG.

Vilar Freitas. (2002). Praticas alimentares saudáveis. 1ª. Edição. Ibaiti.

Vitolo, E. (2014). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. 1ª. Edição. Florianopolis: UFSC.

Whaley, LF.E Wong, D. L. (2003).Enfermagem pediátrica. Elementos essenciais a intervenção efectiva. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora GuanabaraKoogan.

Zancul M. (2004). Preferências e hábitos alimentares. 5ª. Edição. S. Paulo.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO DE RECOLHA DE DADOS

Pretende-se realizar um estudo com o objectivo de avaliar a assistência de enfermagem prestada as crianças seguidas com má nutrição dos 0 aos 5 anos de idade atendidas no Hospital Municipal de cacuaco. A sua participação é muito importante para efetivação do presente estudo. Agradecemos

Número de ordem: _____

1. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DA CRIANÇA

- a) Idade: _____
- b) Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
- c) Residência: _____
- d) Peso a nascença: _____
- e) Peso actual: _____
- f) Altura: _____

2. DADOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DA DOS PAIS

- a) Quantas vezes tomam leite e derivados por semana? Assinale com X
Nenhum ☐ 1 – 3 ☐ 4 -7 ☐
- b) Idade: _____
- c) Sexo: Masculino () Feminino ()
- d) Nível académico Iltrado () Básico () Médio () Superior ()
- e) Residência: Panguila () Cacucaco Vila () Funda () Vidrul () Petrangol ()
- f) Estado civil dos progenitores:
- | | | |
|-----------------|-----------------------|-------------------|
| a) Solteira () | b) Casada () | c) Divorciada () |
| b) Viúva () | e) União 3 factos () | |
- a) Menor ou igual a 5
- b) Maior que 5
- a) Sim ☐

3. AMAMENTAÇÃO ATUAL

- b) Não ☐
- c) Amamentou até aos 2 anos

4. ALTURA

- a) Adequado ☐
- b) Baixa estatura ☐
- c) Maior ou igual ao Percentil ☐

5. ÍNDICE PESO/ALTURA

- a) Eutrófico ☐
- b) Desnutrição aguda ☐
- c) Risco para sobrepeso ☐

E= Eutrófico; RN= Risco Nutricional; D= Desnutrição; RS= Risco para Sobrepeso.

6. DOENÇAS NOS ÚLTIMOS 6 MESES

- a) Diarreia ☐
- b) Anemia ☐
- c) Infecções Respiratórias Agudas ☐
- d) Parasitose ☐
- e) Outra ☐
- f) Mais de uma ☐
- g) Nenhuma ☐
- h) Não soube informar ☐

7. Cobertura vacinal

- a) Completa ☐
- b) Incompleta ☐

ANEXOS