

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA – A POLITÉCNICA
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO E UNIVERSITÁRIO DE NACALA
(ISPUNA)

Licenciatura em Enfermagem

Cuidados de Enfermagem Prestados a menores de 0 a 7 anos internados por desnutrição aguda na da Enfermaria da Pediatria 2, do Hospital Central de Nampula no ano de 2022

Valeriano Xavier

Nacala-porto

2024

Valeriano Xavier

Cuidados de Enfermagem Prestados a menores de 0 a 7 anos internados por desnutrição aguda na da Enfermaria da Pediatria 2, do Hospital Central de Nampula no ano de 2022

Monografia apresentada ao Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala (ISPUNA), como requisito para a obtenção do grau em Licenciatura em Enfermagem.

Orientador: Lic. Humberto Salamandane

Nacala-porto

2024

Folha de aprovação

Este trabalho foi apresentado aos _____ de _____ de 2024, por nós membros do Júri, examinador do Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala-Porto, com a nota () valores.

Presidente

Supervisor

Oponente

Parecer do Supervisor

Eu, Humberto Salamandane, na qualidade de tutor, considero o trabalho academicamente correto, seguindo os padrões estabelecidos pela instituição. Confirmando que o estudante demonstrou competência e compromisso na realização deste trabalho, atendendo aos requisitos e objectivos propostos de forma precisa e criteriosa.

Assumo a responsabilidade de ter orientado e acompanhado o estudante durante todo o processo de elaboração desta monografia, garantindo que todas as etapas foram cumpridas com rigor e ética acadêmica. Declaro que o discente Valeriano Xavier demonstrou profissionalismo, dedicação e capacidade de pesquisa ao longo deste trabalho, contribuindo de forma significativa para a produção de conhecimento na área da Enfermagem.

Assim sendo, manifesto a minha concordância com a apresentação deste trabalho perante a banca examinadora, confiando na qualidade e no rigor científico apresentados pelo estudante. Estou disponível para prestar quaisquer esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários no momento da defesa da monografia.

Nacala-Porto, Novembro de 2024

Lic. Humberto Salamandane

Declaração de honra

Eu, Valeriano Xavier, discente do curso de Licenciatura Em Enfermagem Geral, no Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala-Porto, declaro, para todos os fins, que a monografia intitulada Cuidados de enfermagem prestados a menores de 0 a 7 anos internados por desnutrição aguda na Enfermeira da pediatria 2, do Hospital Central de Nampula no ano de 2022, é de minha autoria exclusiva e que não utilizei nenhum outro recurso além dos permitidos pela instituição.

Declaro, ainda, que todas as citações bibliográficas, referências e demais fontes de informação utilizadas estão devidamente creditadas conforme as normas de formatação e ética acadêmica estabelecidas pelo Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala-Porto.

Tenho plena consciência de que a utilização de materiais de forma indevida, sem a devida referência, pode configurar plágio e acarretar em sanções acadêmicas e legais.

Assim, declaro sob as penas da lei, que o conteúdo apresentado é original e de minha inteira responsabilidade.

Nacala-Porto Novembro de 2024

Valeriano Xavier

Dedicatória

Aos queridos familiares, neste caminho repleto de desafios e alegrias, vocês têm sido os pilares de apoio, os sorrisos que iluminam os dias mais escuros e os abraços que acalentam as horas difíceis. Sua presença amorosa e inabalável dedicação têm sido a força motriz por trás de cada passo dado em direção à saúde e felicidade. Com gratidão infinita, dedico os esforços e sucessos a vocês, que têm compartilhado comigo cada momento, cada vitória e cada aprendizado. Seu amor e apoio constante são verdadeiramente inestimáveis e nos fortalecem em cada desafio que enfrentei.

Agradecimentos

Aos meus familiares, que estiveram ao meu lado em cada etapa deste percurso, obrigado por seu amor incondicional, paciência e encorajamento constante. Vocês são minha fonte de inspiração e força, e sou imensamente grato por todo o apoio que me ofereceram.

Aos meus colegas, que compartilharam comigo as alegrias e desafios deste trabalho, agradeço pela colaboração, camaradagem e troca de conhecimento ao longo do processo. Cada um de vocês trouxe uma contribuição valiosa que enriqueceu a minha jornada de maneiras únicas.

Aos docentes da faculdade, que guiaram meu aprendizado e forneceram insights valiosos, expressei minha sincera gratidão. Seus ensinamentos e orientações foram fundamentais para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos profissionais de saúde, cuja experiência e dedicação foram essenciais para a realização deste trabalho, agradeço por seu compromisso inabalável com o bem-estar dos pacientes e por compartilharem seu conhecimento e experiência comigo.

Por fim, ao meu supervisor, Humberto Salamandane, que ofereceu orientação, apoio e inspiração ao longo deste projeto, expressei minha profunda gratidão. Suas orientações e feedbacks foram inestimáveis e me ajudaram a crescer e aprimorar minhas habilidades de maneiras que eu nunca poderia ter imaginado.

A cada um de vocês, meu sincero obrigado por fazerem parte deste percurso e por tornarem este trabalho possível.

Resumo

A desnutrição, uma condição resultante da ingestão inadequada de nutrientes essenciais, é uma preocupação global de saúde pública, especialmente entre crianças de 0 a 7 anos. Caracterizada pela falta de nutrientes necessários para o desenvolvimento saudável, a desnutrição pode causar uma série de complicações, incluindo atrasos no crescimento, comprometimento do sistema imunológico e sérios riscos à saúde se não for tratada adequadamente. Este estudo teve como **objectivo** geral investigar e descrever a qualidade dos cuidados de enfermagem fornecidos a crianças nessa faixa etária, especificamente aquelas internadas por desnutrição aguda, na enfermaria da pediatria 2 do Hospital Central de Nampula (HCN), durante o período de janeiro a dezembro de 2022. Utilizando um **método** qualitativo abrangente, a pesquisa envolveu a análise de 20 processos clínicos detalhados e a realização de entrevistas com 25 profissionais de saúde diretamente envolvidos no cuidado dessas crianças. Os **resultados** deste estudo revelaram uma mistura de aspectos positivos e desafios nos cuidados de enfermagem oferecidos às crianças desnutridas. Aspectos positivos incluíram a dedicação e o compromisso dos profissionais de saúde, bem como a implementação de protocolos de tratamento atualizados. No entanto, desafios foram identificados, como a necessidade de melhoria na educação contínua dos profissionais de saúde, o acesso a recursos adequados e a garantia de práticas de cuidado padronizadas. Destaca-se, portanto, a importância crucial da colaboração interdisciplinar e da implementação de políticas e práticas eficazes de cuidados de saúde infantil para combater a desnutrição e melhorar os resultados de saúde das crianças em situações semelhantes. **Conclusão:** os principais cuidados de enfermagem prestados a crianças dos 0 a 7 anos com desnutrição aguda grave na pediatria 2 são centrados na monitorização intensiva dos sinais vitais, controle rigoroso do peso, administração da terapêutica e alimentação. A abordagem visa detectar precocemente complicações e garantir uma resposta terapêutica adequada, incluindo o manejo de condições médicas secundárias. Esses cuidados integrados são essenciais para melhorar os resultados clínicos e a qualidade de vida dos pacientes pediátricos em tratamento.

Palavra-Chave: Desnutrição, assistência de Enfermagem, desnutrição aguda

Abstract

Malnutrition, a condition resulting from inadequate intake of essential nutrients, is a global public health concern, especially among children aged 0 to 7 years. Characterized by the lack of necessary nutrients for healthy development, malnutrition can lead to a range of complications, including growth delays, compromised immune system, and serious health risks if not properly treated. This study aimed to investigate and describe the quality of nursing care provided to children in this age group, specifically those hospitalized for acute malnutrition, in the pediatric ward 2 of the Central Hospital of Nampula (HCN), during the period from January to December 2022. Using a comprehensive qualitative method, the **research** involved the analysis of 20 detailed clinical records and interviews with 25 healthcare professionals directly involved in the care of these children. The **results** of this study revealed a mixture of positive aspects and challenges in the nursing care provided to malnourished children. Positive aspects included the dedication and commitment of healthcare professionals, as well as the implementation of updated treatment protocols. However, challenges were identified, such as the need for improvement in the continuous education of healthcare professionals, access to adequate resources, and ensuring standardized care practices. The nursing care for children with severe acute malnutrition in pediatrics focuses on intensive monitoring of vital signs, strict weight control, and detailed physical examinations. The approach aims to detect complications early and ensure an appropriate therapeutic response, including management of secondary medical conditions. These integrated care measures are essential for improving clinical outcomes and the quality of life of pediatric patients undergoing treatment.

Keyword: Malnutrition, Nursing care, acute malnutrition

Índice

Folha de aprovação	3
Parecer do Supervisor	4
Declaração de honra.....	5
Dedicatória.....	6
Agradecimentos	7
Resumo	8
Abstract.....	9
Lista de abreviaturas	13
Lista de Gráficos.....	14
Lista de símbolos	15
Lista de tabelas.....	16
Capítulo I: Introdução	17
1.1 Tema	19
1.2 Delimitação	19
1.2.1 Localização do HCN.....	20
1.3 Problematização.....	21
Pergunta de pesquisa (Pp).....	21
1.4 Objectivos	22
1.4.1 Objectivo Geral:.....	22
1.4.2 Objectivos Específicos:.....	22
1.5 Justificativa	23
Capítulo II: Revisão de literatura	24
2.1 Estado nutricional	24
2.2 Desnutrição	24
2.2.1 Epidemiologia da desnutrição no mundo.....	24
2.2.2 Epidemiologia da desnutrição em Moçambique e no local de estudo	24
2.2.1 Classificação da desnutrição	25
2.2.1 Etiologia da desnutrição.....	25
2.3.1 Classificação da desnutrição aguda	25
2.3.2 Diagnóstico	26
2.3.2.1 Avaliação do Perímetro Braquial (PB)	26
2.3.2.2 Avaliação do Estado Nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC)	27
2.3.2.3 Avaliação do Edema Bilateral	27

2.3.2.3.1 Classificação do edema bilateral.....	27
2.3.3 História Nutricional	28
2.3.4 Exame físico da criança	29
2.3.5 Exames complementares.....	29
2.3.6 Tratamento das complicações medicas da desnutrição aguda grave	30
2.3.6.1 Hipoglicemia.....	30
2.3.6.1.1 Diagnóstico da Hipoglicemia.....	30
2.3.6.1.3 Tratamento da Hipoglicemia.....	31
2.3.6.2 Hipotermia	31
2.3.6.2.1 Diagnóstico da Hipotermia	31
2.3.6.2.2 Tratamento da Hipotermia	32
2.3.6.3 Choque séptico.....	32
2.3.6.4 Diagnóstico do choque séptico	32
2.3.6.5 Tratamento do choque séptico	33
2.3.7 Desidratação.....	33
2.3.7.2 Tratamento da desidratação	33
2.4 Tratamento nutricional.....	33
2.4.1.1 Monitoria durante a fase de estabilização	34
2.4.1.2 Critérios para passar da fase de estabilização para a fase de transição.....	34
2.4.2 Fase de transição	34
2.4.2.1 Monitoria durante a fase de transição	35
2.4.2.2 Critérios para regressar da fase de transição para a fase de estabilização	35
2.4.2.3 Critérios para passar para a fase de reabilitação no internamento	35
2.4.3 Fase de reabilitação.....	35
2.4.3.1 Critérios para passar para a fase de reabilitação no ambulatório.....	35
2.4.3.2 Monitoria durante a fase de reabilitação	36
2.5 Falta de resposta ao Tratamento da Desnutrição no Internamento	36
2.5.1 Causas frequentes da falta de resposta ao Tratamento no Internamento	36
2.6 Assistência de enfermagem.....	37
2.6.1 Tabela 1: Assistência de enfermagem.....	38
Capítulo III: Metodologia	41
3.1. Quanto aos objectivos	41
3.2. Quanto a natureza	41
3.3. Quanto a abordagem	41

3.4. Quanto aos procedimentos.....	41
3.5 Universo.....	41
3.6 Amostra.....	41
3.7 Instrumento de colheita de dados.....	41
Capítulo IV: Apresentação, análise e interpretação de dados.....	43
4.1 Descrição do resultado dos questionários direcionados aos profissionais de saúde.....	43
4.2 Descrição das observações constatadas nos processos clínicos.....	49
Capítulo V: Análise e explicação dos dados apresentados.....	53
Capítulo VI: Consideração finais.....	55
6.1 Recomendações.....	57
6.2 Limitações.....	59
Referências bibliográficas.....	60
Apêndice A: Questionário destinado aos funcionários de saúde do HCN.....	64
Apêndice B: Guião de observação de recolha de dados.....	66

Lista de abreviaturas

AATPU – Alimento pronto para consumo

DAG – Desnutrição Aguda Grave

DL – decilitro

OMS – Organização mundial de saúde

IMC – Índice de massa corporal

P/E – Peso para Estatura

PB – Perímetro braquial

PC – Perímetro craniano

HCN – Hospital Central de Nampula

SNG – Sonda Nasogástrica

ReSoMal – Oral rehydration solution for severely malnourished patients (

HIV – Vírus da imunodeficiência humana

SIDA – Síndrome da imunodeficiência adquirida

TB – Tuberculose

DAG – Desnutrição aguda grave

BPN – Broncopneumonia

INS – Instituto nacional de estatística

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância (United Nations International Children's Emergency Fund)

ICSN – Instituto de ciências e saúde de Nampula

DPS – Direção provincial de saúde

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Descrição da idade das profissionais.....	43
Gráfico 2: Descrição do gênero dos profissionais.....	44
Gráfico 3: Categoria dos profissionais.....	44
Gráfico 4: Tempo de serviço.....	45
Gráfico 5: Causas da DAG.....	45
Gráfico 6: Complicações.....	45
Gráfico 7: Realização de palestras educativas.....	46
Gráfico 8: Cuidados de enfermagem.....	46
Gráfico 9: Recomendações.....	48
Gráfico 10: Dados demográficos dos pacientes.....	49
Gráfico 11: Gênero dos pacientes.....	49
Gráfico 12: Diagnóstico.....	50
Gráfico 13: Doenças associadas.....	50
Gráfico 14: Complicações.....	51
Gráfico 15: Assistência de enfermagem.....	51

Lista de símbolos

- Kg – Kilo grama
- MG – Miligramas
- ML – Mililitros
- MMOL/L – Milimol por Litro
- % – Percentagem
- °C – Graus Celso
- < – Menor que
- > – Maior que

Lista de tabelas

Tabela 1: Assistência de enfermagem de acordo com NANDA.....38
Tabela 2: Descrição da amostra.....43

Capítulo I: Introdução

A Desnutrição é uma doença de natureza clínico-social multifatorial cujas raízes se encontram na pobreza. A desnutrição grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crônica e levando a óbito, caso não seja tratada adequadamente. Pode começar precocemente na vida intra-uterina (baixo peso ao nascer) e frequentemente cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas (diarréias e respiratórias). Isso gera a desnutrição primária. Outros factores de risco na gênese da desnutrição incluem problemas familiares relacionados com a situação sócio-econômica, precário conhecimento das mães sobre os cuidados com a criança pequena (alimentação, higiene e cuidados com a saúde de modo geral) e o fraco vínculo mãe e filho. (Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar, 2005)

A desnutrição, em qualquer das suas formas, está associada à morte de 56% das crianças menores de 5 anos nos países em desenvolvimento (PELETIER et al., 1995, Apud Kamalanga, et al, 2022). A Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo feito uma revisão de 67 estudos internacionais, mostrou que ao longo de cinco décadas (50 a 90) a mortalidade de crianças hospitalizadas com desnutrição grave não mudou, mantendo-se alta e, em alguns locais, chegando a 50%. A média, nos anos 90, chegou a 23,5% (SCHOLFIELD,1996, apud Kamalanga, et al, 2022).

Com a aplicação correta do protocolo preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como uma estratégia prioritária para o tratamento dessas crianças, foram observadas substanciais reduções de mortalidade logo ao se iniciar a sua implementação e, ainda, uma redução maior à proporção que se reforçou o treinamento e aumentou o envolvimento dos profissionais de saúde no cuidado específico da criança. (CAVALCANTE et al.,1998; KHANUM et al.,1994, apud Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar, 2005).

Quanto a estrutura do trabalho, o trabalho está estruturado em 3 capítulos, nomeadamente:

- O capítulo 1 está reservado à introdução que também inclui o problema de pesquisa, as hipóteses, a justificativa do tema, a problematização e respectiva delimitação da pesquisa.
- O capítulo 2 está dedicado à revisão de literatura que inclui aspectos relacionados com a desnutrição aguda.

- O capítulo 3: a metodologia utilizada para a realização do estudo.
- O capítulo 4: Análise e interpretação de dados.
- O capítulo 5: Discussão.
- O capítulo 6: Conclusão e recomendações.

1.1 Tema

Para Lakatos (2003), o tema é o assunto que se deseja provar ou desenvolver. Pode surgir de uma dificuldade prática enfrentada pelo coordenador, da sua curiosidade científica, de desafios encontrados na leitura de outros trabalhos ou da própria teor. O presente estudo, tem como tema: Cuidados de enfermagem prestados a menores de 0 a 7 anos internados por desnutrição aguda na Enfermeira da pediatria 2, do Hospital Central de Nampula no ano de 2022

1.2 Delimitação

De acordo com Lakatos (2003), processo de delimitação do tema consiste na limitação geográfica e espacial, com vistas na realização da pesquisa. O presente estudo foi realizado na Enfermeira da pediatria 2 do Hospital Central de Nampula, no ano de 2022.

1.2.1 Localização do HCN

O Hospital Central de Nampula é a maior unidade de saúde de nível quaternário na região norte do país, localizado na cidade de Nampula, Província de Nampula. Funciona como centro de referência para casos complexos de várias regiões, incluindo hospitais provinciais de Cabo Delgado, Niassa e parte da Zambézia, além de pacientes transferidos de distritos dentro da Província de Nampula. Além de oferecer serviços de medicina curativa, reabilitativa e preventiva, o hospital também desempenha um papel crucial na formação de profissionais de saúde em pós-graduação, incluindo Gineco-Obstetrícia e Pediatria, e na capacitação de técnicos de saúde em diversas áreas. Inicialmente projetada para ter 401 camas de internamento, a capacidade da unidade variou ao longo do tempo para atender às necessidades e demandas em constante mudança. No que diz respeito as delimitações ao este, limita-se da Cidade através da Rua Samora Machel e DPS, ao oeste, limita-se através da Rua de Tete, ao norte, limita-se através da Rua dos Continuadores e ao sul, limita-se através do ICSN e Rua Sofala.

1.3 Problematização

O autor supracitado define o problema como sendo a parte do projecto, em que o autor esclarece a dificuldade específica com a qual se defronta e que se pretende resolver por intermédio da pesquisa.

Segundo a Organização Mundial da Saúde, (apud Tomás, et al, 2018), a desnutrição faz referência as carências, excessos ou desequilíbrios na ingestão de energia, proteínas e/ou outros nutrientes. Lima (2018), ressalta que A desnutrição infantil tem acometido grande parte da população mundial infantil, tornando-se um enorme problema de saúde pública. As implicações desta patologia podem causar sérios danos à criança, comprometendo o desenvolvimento e o crescimento da mesma. A desnutrição infantil se estabelece por intermédio de múltiplos factores, os quais envolvem processos ambientais quanto patológicos, estando associada à vulnerabilidade, pobreza, estado nutricional materno durante a gestação, baixo peso ao nascer entre outros.

No Hospital Central de Nampula, é notável um número significativo de crianças menores de 8 anos, que são admitidas diariamente devido a essa patologia, e a Enfermagem acaba a sumindo um papel importante no atendimento inicial e no seguimento desses pacientes, actuando nas fases de estabilização até a alta do paciente, permitindo, deste modo uma assistência que é baseada nas necessidades humanas básicas afectadas e atendendo as suas demandas, de modo a garantir a recuperação dessas crianças, pelo facto da enfermagem desempenhar um dos papéis importantes na assistência dessas crianças, com base nisso, projecto tem como pergunta de partida:

Pergunta de partida: Quais são os cuidados de enfermagem prestados a crianças menores de 0 a 7 anos de idade, internadas na Enfermeira da pediatria 2, no ano de 2022?

Pergunta de pesquisa (Pp)

O presente estudo terá como pergunta de pesquisa:

Pp1: Quais são os cuidados de enfermagem prestados a pacientes menores de 0 a 7 anos internados por desnutrição aguda na da Enfermeira da pediatria 2, do Hospital Central de Nampula no ano de 2022?

Pp2: Qual é a qualidade da assistência prestada?

Pp3: Que dificuldades os Enfermeiros que trabalham nessa enfermaria enfrentam durante as suas actividades?

1.4 Objectivos

De acordo com Lakatos (2003), o objectivo de uma pesquisa responde às questões para quê? e para quem? E são divididos em gerais e específicos. A diferença entre os dois tipos de objectivos é que o objectivo geral está ligado a uma visão global e abrangente do tema. Relaciona-se com o conteúdo intrínseco, quer dos fenómenos e eventos, quer das ideias estudadas. Vincula-se diretamente à própria significação da tese proposta pelo projecto, enquanto que os objectivos específicos apresentam carácter mais concreto. Têm função intermediária e instrumental, permitindo, de um lado, atingir o objectivo geral e, de outro, aplicá-lo a situações particulares.

1.4.1 Objectivo Geral:

Descrever a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a crianças de 0 a 7 anos internadas por desnutrição aguda na enfermaria da pediatria 2 do Hospital Central de Nampula (HCN) durante o período de janeiro a dezembro de 2022.

1.4.2 Objectivos Específicos:

1. Identificar os principais desafios enfrentados pela equipe de enfermagem perante a de crianças de 0 a 7 anos com desnutrição aguda no HCN.
2. Analisar os protocolos e procedimentos existentes para o atendimento de crianças desnutridas e propor possíveis melhorias ou adaptações.
3. Avaliar a eficácia das estratégias de monitoramento nutricional e cuidados específicos aplicados durante a Internamento das crianças com desnutrição aguda.
4. Proporcionar capacitação adicional e suporte técnico à equipe de enfermagem para aprimorar suas habilidades no cuidado especializado de crianças desnutridas.
5. Elaborar recomendações para otimizar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às crianças de 0 a 7 anos com desnutrição aguda, visando melhorar os resultados clínicos e o tempo de recuperação desses pacientes no HCN.

1.5 Justificativa

De acordo com Lakatos (2003), a justificativa é a parte do projecto em que apresenta respostas à questão por quê? De suma importância, consiste numa exposição sucinta, porém completa, das razões de ordem teórica e dos motivos de ordem prática que tomam importante a realização da pesquisa.

De acordo com Fraga et al (2012, apud Ramalho 2019), a desnutrição exerce um importante papel para a ocorrência de déficits no desenvolvimento infantil, pode ter múltiplas causas e significados.

Com o crescente número de desnutrição aguda no nosso meio, houve uma necessidade de identificar os cuidados de enfermagem prestados às crianças menores de 8 anos, de modo a garantir melhor qualidade de vida para essas crianças, bem como para as suas famílias, e prevenindo futuras complicações psicomotoras.

O estudo em questão apresentada tanto relevâncias sociais, como humanas, pois além de garantir melhor qualidade de vida as crianças, irá garantir também que o autor do projecto, bem como os futuros leitores da área de saúde, possam implementar condutas adequadas para alcançar o bem-estar físico e mental dessas crianças, bem como na implantação de medidas preventivas, através da educação as famílias, de modo a prevenir Internamentos recorrentes por desnutrição aguda.

Através da identificação dos cuidados de enfermagem, o autor do projecto espera que haja uma redução no nível de morbimortalidade, por desnutrição aguda a nível da unidade sanitária, e garantindo uma assistência melhor e humanitária.

Capítulo II: Revisão de literatura

2.1 Estado nutricional

De acordo com o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010), um bom estado nutricional de um indivíduo é reflectido pela manutenção dos processos vitais de sobrevivência, crescimento, desenvolvimento e actividade. Qualquer desvio do estado nutricional óptimo resulta em distúrbios nutricionais referidos como malnutrição.

2.1.1 Malnutrição

A Malnutrição é um estado patológico resultante da deficiente ingestão e/ou absorção de nutrientes pelo organismo (desnutrição ou subnutrição), como da ingestão e/ou absorção de nutrientes em excesso (sobrenutrição). (Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, 2010)

2.2 Desnutrição

De acordo com Bazerra, et, al (2022), a desnutrição é definida com um conjunto de situações que resultam em uma alimentação precária, a qual compromete a saúde e sendo considerada uma situação patológica, que modifica o desenvolvimento neuropsicomotor e o crescimento das crianças.

2.2.1 Epidemiologia da desnutrição no mundo

A desnutrição infantil é um problema global complexo, amplamente estudado por diversos autores. Segundo Victora et al. (2021), estima-se que aproximadamente 149 milhões de crianças menores de 5 anos estavam com baixo peso para a idade em 2020, destacando a persistência do problema em países de baixa e média renda. Segundo Black et al. (2013), as principais causas incluem dieta inadequada e doenças frequentes, exacerbadas por condições socioeconômicas desfavoráveis. Intervenções eficazes, como descritas por Bhutta et al. (2013), enfatizam a importância de programas que promovam práticas alimentares adequadas, suplementação nutricional e melhorias no acesso a serviços de saúde materno-infantil para mitigar os impactos negativos da desnutrição na infância.

2.2.2 Epidemiologia da desnutrição em Moçambique e Nampula

De acordo com os dados recentes do Instituto Nacional de Estatística (INE), revelou-se que aproximadamente 38% das crianças menores de cinco anos em Moçambique sofrem de desnutrição. De acordo com a UNICEF (2021), as crianças residentes na província de Nampula enfrentam um risco consideravelmente maior de desenvolver desnutrição crônica e aguda em comparação com a média nacional de Moçambique. Os dados revelam uma disparidade preocupante, enquanto a média nacional de desnutrição crônica é de 38% e a de desnutrição

aguda é de 4,5%, em Nampula esses índices são alarmantemente superiores, com a desnutrição crônica alcançando 49,7% e a desnutrição aguda chegando a 9,1%.

Esses índices elevados de desnutrição em Nampula podem ser atribuídos a uma combinação de factores, incluindo insegurança alimentar, pobreza, falta de acesso a serviços de saúde e educação, além de práticas inadequadas de alimentação e cuidados infantis. Em relação à epidemiologia no Hospital Central de Nampula (HCN), a análise foi dificultada pela falta de acesso aos dados estatísticos anteriores a 2022, o que compromete uma avaliação abrangente e histórica dos padrões de saúde pública e nutricional na região.

2.2.1 Classificação da desnutrição

Segundo o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010), existem diferentes formas de desnutrição que podem aparecer isoladas ou em combinação, das quais podemos destacar:

- Desnutrição aguda: manifesta-se através de baixo peso para altura e/ou edema bilateral;
- Desnutrição crônica: manifesta-se através de baixa altura para idade;
- Desnutrição de micronutrientes: as formas mais comuns de desnutrição de micronutrientes estão relacionadas com as deficiências de ferro, vitamina A, iodo e das vitaminas do complexo B .

2.2.1 Etiologia da desnutrição

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 parasitoses intestinais. Aliado a tudo isso, está a pobreza que torna mais frequente a presença da desnutrição na criança. Já Nudelmann e Halpern (2011) especificam que, pelo facto da criança depender da mãe ou responsável para o seu cuidado, a desnutrição tem ligação íntima com o fraco vínculo mãe-filho, normalmente associado à ocorrência da gestação indesejada, além da multiparidade, a condição econômica da família e a falta de alimento. (Apud Siqueira, 2012).

2.3 Desnutrição aguda

A desnutrição aguda é causada pelo deficiente consumo alimentar e/ou aparecimento de uma enfermidade, num passado recente, resultando na perda de peso num período recente e/ou aparecimento de edema bilateral. (Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, 2010).

2.3.1 Classificação da desnutrição aguda

O Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010), ressalta que de acordo com a condição clínica, a desnutrição aguda pode ser classificada em ligeira, moderada ou grave.

De acordo com Santos, et al (2018), na desnutrição aguda leve, o peso é normal para a idade da pessoa, mas o tamanho é inferior ao normal, na desnutrição aguda moderna, as crianças com esse tipo de desnutrição pesam menos do que deveria para a sua estatura e na desnutrição aguda grave, o peso da criança está muito abaixo do que seria suposto (é inferior a 30% do normal) e as funções corporais vão-se alterando. Trata-se de uma situação crítica, com elevado risco de morte para a criança que sofre desta doença. Rápida perda de peso ou incapacidade de ganhar peso normalmente.

De acordo com o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010), a desnutrição aguda grave manifesta-se através das seguintes condições clínicas:

- Marasmo: acomete mais lactentes, menores de 12 meses, a criança apresenta uma aparência de homem velho e pequeno, com cabelo normal, sem gordura/subcutâneo, com uma perda marcante de massa muscular e perda de peso importante
- Kwashiorkor: acomete mais crianças a partir dos 2 anos de idade, a criança apresenta um cabelo fino, descolorido e ralo, anemia leve, apático, inapetente, usualmente abaixo do peso, com edema, hepatomegalia, membros superiores delgados e pele com erupções descamantes.
- Kwashiorkor-marasmático: é uma manifestação mista em que os sinais e os sintomas do marasmo e do kwashiorkor constantemente se combinam.

2.3.2 Diagnóstico

De acordo com o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010), os indicadores nutricionais chave para o diagnóstico da desnutrição aguda são:

- Perímetro braquial (PB);
- Peso para estatura (P/E), para crianças dos 6-59 meses;
- Índice da massa corporal para idade (IMC/Idade) para crianças e adolescentes dos 5-15 anos de idade;
- Edema bilateral (edema em ambos os pés). Os indicadores do P/E e IMC/Idade mostram como o peso e estatura (altura ou comprimento) das crianças ou adolescentes se comparam com o peso e estatura das outras crianças ou adolescentes da população padrão da OMS, do mesmo sexo e idade.

2.3.2.1 Avaliação do Perímetro Braquial (PB)

O PB é obtido através da medição da circunferência do braço. A circunferência do braço é medida no braço esquerdo. Para se encontrar o local correcto para a medição, o cotovelo da criança é flectido na posição de 90°C. A fita de PB é usada para localizar o ponto médio entre

a parte final do ombro (acrómio) e a ponta do cotovelo (olecrano); este ponto médio deve ser marcado com uma caneta de tinta fácil de lavar. O braço é então largado, estendendo-se livremente com a palma da mão virada para a perna, e a fita de PB é colocada justamente à volta do braço, na marca do ponto médio. A fita não deve estar muito apertada. Finalmente, regista-se a medida indicada entre as duas setas na fita de PB. (Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, 2010).

2.3.2.2 Avaliação do Estado Nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC)

Ainda de acordo com o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010), o IMC, pode ser obtido da seguinte forma:

- 1º: Pesar o doente e registar o seu peso em kg;
- 2º: Medir a altura usando um instrumento de medição de altura. Registar a altura em metros;
- 3º: Calcular o IMC do doente, usando a seguinte fórmula: **IMC = Peso em kg / (Altura em metro)²**.

2.3.2.3 Avaliação do Edema Bilateral

De acordo com o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010), para se determinar a presença de edema bilateral, deve-se fazer uma pressão firme com o dedo polegar no dorso de ambos os pés durante três segundos. Em seguida, o dedo polegar é retirado e, se houverem cavidades nos locais pressionados, a presença de edema é afirmada. O edema bilateral normalmente começa nos pés e na região pré-tibial. É importante testar ambos os pés; se a cavidade não aparece em ambos os pés, o edema não tem origem nutricional. Uma segunda pessoa deverá repetir o teste para confirmar a presença de edema bilateral.

2.3.2.3.1 Classificação do edema bilateral

De acordo com o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010), existem três graus de edema bilateral, que são classificados pelo sinal positivo (+; ++; +++). Quando não se verifica a presença de edema bilateral, classifica-se como "ausente".

- Ausente ou O: Quando não existe edema bilateral;
Grau + : Edema ligeiro, que geralmente confinado ao dorso dos pés;
- Grau ++ : Edema moderado, que aparece na região dos pés e das pernas;
- Grau +++: Edema grave, surge em todo o corpo (inclui ambos os pés, pernas, braços, e rosto e pálpebras);

Para além dos indicadores acima mencionados o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010), ressalta que o diagnóstico da desnutrição pode ser feita ainda através da história nutricional, exame físico e meios auxiliares de diagnóstico.

2.3.3 História Nutricional

De acordo com o Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar (2005), a história nutricional progressiva e actual da criança deve ser detalhada, particularmente nos seguintes aspectos:

- História Alimentar da criança: duração do aleitamento materno exclusivo e idade da suspensão total do aleitamento materno; Início da introdução de alimentos complementares ao leite materno; Dieta habitual (tipo, frequência e quantidade); Perda de apetite recente; Modificações da alimentação em função da doença da criança; Pessoa que cuida/alimenta a criança; Utensílios utilizados para alimentar a criança (tipo e higienização); Prática de armazenagem de alimentos já preparados e sua oferta à criança; Prática de administração de sobras/restos de alimentos de uma refeição para outra ; Alimentos habitualmente disponíveis no domicílio e utilizados para a alimentação da criança; Alimentos habitualmente consumidos pela família, mas que não são dados à criança e razões para a sua não administração e Alimentos preferidos pela criança;
- Os antecedentes da criança: Peso e estatura da criança ao nascer; Condições de preenchimento do Cartão de Saúde da Criança (monitoria do desenvolvimento e do crescimento, imunização, suplementação vitamínica e/ou mineral); Marcos de desenvolvimento atingidos (sentar, ficar em pé, etc); Doenças e internamentos anteriores, particularmente por desnutrição e infecções; Tratamento nutricional recebido, acompanhamento após a alta e re-internamentos; Ocorrência de diarreia e vômitos actual e nas duas últimas semanas (duração, frequência e aparência); Cor da urina e hora em que urinou pela última vez • Contacto com sarampo, tuberculose e malária; Participação em programas de saúde e sociais, inclusive recebimento directo de alimentos ou transferência directa de renda; Uso habitual de medicamentos e Histórico de alergia;
- Os antecedentes familiares, incluindo as condições de vida da família: Presença de irmãos menores de 5 anos; Antecedentes de internamento ou tratamento para desnutrição entre irmãos menores de 5 anos; Morte de irmão menor de 5 anos e sua causa, especialmente por desnutrição; Responsável/chefe da família; Condição de

emprego/trabalho do chefe da família; Condições de moradia (água, saneamento básico e tipo e propriedade do domicílio); Comportamento de risco da família (alcoolismo, tabagismo e uso de drogas).

2.3.4 Exame físico da criança

De acordo com o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, durante a realização do exame físico da criança, o profissional de saúde deve observar, colher e registrar a presença ou ausência de, no mínimo, os seguintes dados: Peso e estatura; Nível de actividade física; Distensão abdominal, ruídos intestinais, movimentos peristálticos, salpico abdominal (som de salpicos no abdómen); Panículo adiposo e massa muscular (observar se existe redução, principalmente na região das nádegas e face interna das coxas); Edema; Palidez grave; Aumento ou dor hepática ao toque, icterícia; Presença de vínculo mãe/criança (olhar, toque, sorriso, fala); Sinais de colapso circulatório: mãos e pés frios, pulso radial fraco, consciência diminuída; Temperatura: hipotermia ou febre; Olhos encovados recentemente (examine e pergunte a mãe), presença de lesões corneais indicativas de deficiência de vitamina A; Ouvidos, boca, garganta: evidência de infecção; Pele: evidência de infecção ou de petéquias e equimoses; Frequência respiratória e tipos de respiração: sinais de pneumonia ou insuficiência cardíaca e Aparência das fezes;

2.3.5 Exames complementares

Muitos exames adoptados nas rotinas dos serviços de saúde são úteis para o diagnóstico de problemas associados à desnutrição (por exemplo, infecções diversas muitas vezes são assintomáticas). Os exames devem ser solicitados em condições específicas com vistas a esclarecer situações que são suspeitadas no exame clínico. (Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, 2010)

De acordo com o manual supracitado os exames complementares, solicitados nos serviços de saúde para crianças com desnutrição grave, podem ser:

- O hemograma: deve ser solicitados, com objectivo de avaliar a presença de anemia ou processo infeccioso. Em crianças com desnutrição e infecção associada, observar rigorosamente sinais de descompensação cárdio-respiratória, independentemente dos níveis de hemoglobina;
- Glicemia (plasma ou soro): deve ser realizada em toda a criança com desnutrição grave, tendo em vista a detecção de hipoglicemia;

- Exame sumário e cultura de amostra de urina: o diagnóstico de infecções do tracto urinário deve ser realizado através de urocultura. A higienização da genitália da criança ou adolescente para colecta de urina deve ser rigorosa;
- Exame de fezes: parasitológico para todas as crianças e adolescentes;
- Exames de cultura (hemo, copro, urocultura e nasofaringe): devem ser realizados, sempre que possível, em todos os pacientes e antes do início do tratamento com antibiótico.

2.3.6 Tratamento das complicações medicas da desnutrição aguda grave

O tratamento inicial envolve a avaliação e tratamento dos problemas com risco de vida, em hospital ou em instalações para tratamento em internamento, as deficiências específicas são corrigidas, as anormalidades metabólicas são revertidas e dá-se início à alimentação. Gevena: WHO (1999, apud Cavaleiro, 2010).

De acordo com o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010), as crianças com desnutrição aguda grave (DAG), estão sujeitas a várias complicações medicas, das quais se não forem tratadas de imediato, podem resultar na morte da criança, e essas complicações devem ser prevenidas e tratadas antes do início do tratamento nutricional, das quais iremos destacar:

- Hipoglicemia;
- Hipotermia;
- Desidratação;
- Choque séptico.

2.3.6.1 Hipoglicemia

De acordo com o manual supracitado, todas as crianças com desnutrição aguda grave, são susceptíveis a desenvolverem hipoglicemia, que é definida com baixa concentração de glicose no sangue que pode ser menor que 54mg/dl ou menor que 3mmol/l, que é uma das causas de morte nessas crianças.

2.3.6.1.1 Diagnóstico da Hipoglicemia

A Hipoglicemia pode ser diagnosticada com base no exame laboratorial, porém existem alguns sinais sugestivos que a criança pode apresentar, tais como:

- Baixa temperatura corporal (temperatura axilar <36,5 °C);
- Presença de letargia, dificuldades de coordenação motora e perda de consciência;
- Sonolência, crises convulsivas e coma são sinais de gravidade que podem levar à morte.

2.3.6.1.3 Tratamento da Hipoglicemia

O Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010) e o Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar (2005), enfatizam que se há suspeita de hipoglicemia, deve ser imediatamente, mesmo que ainda sem confirmação laboratorial, utilizando um dos esquemas a seguir:

- Se a criança dorme com os seus olhos ligeiramente abertos, então deve-se acordá-la e dar-lhe a beber uma solução de água açucarada.
- Se a criança está consciente e consegue beber, deve-se dar-lhe a beber 50 ml (aproximadamente 5 a 10ml/kg de peso corporal) de água com açúcar ou solução de glicose ou sacarose a 10% (5g/50ml), ou uma dieta de F75 (ou F100).
- Se a criança está a perder consciência deve-se dar imediatamente 50 ml (ou 5 a 10 ml/kg de peso) de água com glicose ou sacarose por sonda naso-gástrica (SNG). Quando a consciência é restabelecida, deve-se dar leite terapêutico frequentemente.
- Se a criança está inconsciente deve-se dar água com açúcar por sonda naso-gástrica (SNG).
- Deve-se dar também glicose através de uma única dose endovenosa (aproximadamente 5 ml/kg peso corporal para uma solução de glicose a 10%).

A resposta ao tratamento da hipoglicemia é dramática e rápida. Se um doente em estado de letargia ou inconsciente não responde desta maneira, poderá haver uma outra causa da sua condição clínica, que deve ser identificada e tratada. (Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, 2010).

2.3.6.2 Hipotermia

Os doentes com desnutrição aguda grave são altamente susceptíveis à hipotermia, que pode ser definido como temperatura rectal abaixo de 35,5°C ou temperatura axilar abaixo de 35°C. Os lactentes com menos de 12 meses de idade, os doentes com marasmo, ou com extensas lesões da pele e infecções graves são mais susceptíveis à hipotermia. (Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, 2010).

2.3.6.2.1 Diagnóstico da Hipotermia

O diagnóstico pode ser realizado através da avaliação da temperatura da sala (28-32°C) e através da avaliação da temperatura da criança, se a temperatura rectal do doente é < 35,5° C e a temperatura axilar é < 35°C, considera-se que a criança está com hipotermia. (Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar, 2005).

2.3.6.2 Tratamento da Hipotermia

No tratamento da hipotermia, os seguintes cuidados devem ser assegurados:

- Deve-se evitar dar banho ao doente desnutrido durante a admissão, o banho só deve ser dado após a criança estar estável. Lavar o doente com água morna durante o período mais quente do dia e secar rapidamente. O banho deve ser dado depois da criança estar estabilizada.
- Aquecer a criança usando o “método Canguru” para crianças com acompanhante (colocar a criança nua em contacto com a pele da pessoa que está a cuidar dela), colocar um gorro na cabeça da criança para evitar a perda de calor através da cabeça e agasalhá-la envolvendo-a juntamente com a mãe ou o provedor de cuidados.
- Disponibilizar cobertores adequados e camas de adulto para permitir que as crianças durmam junto das suas mães ou cuidadores.
- Controlar a temperatura do corpo de 30 em 30 minutos durante o reaquecimento.
- Manter a sala aquecida, as janelas e portas fechadas especialmente à noite (entre 28°C a 32°C): um termómetro de máxima-mínima deve ser colocado na parede do compartimento na fase de estabilização para o controlo da temperatura.
- Colocar aquecedor ou lâmpada próxima à criança. Evitar contato ou proximidade excessiva com a fonte de aquecimento.
- Assegurar que a criança esteja coberta todo o tempo, particularmente a cabeça e os pés, para reduzir a perda de calor.

2.3.6.3 Choque séptico

O choque séptico apresenta-se como um dos sinais de verdadeira desidratação e também de choque cardiogénico; muitas vezes o diagnóstico diferencial é muito difícil. As crianças que aparentam estar muito apáticas podem ter choque séptico, choque cardiogénico e todas as outras condições severas. Todas as crianças que aparentam estar muito apáticas não devem ser automaticamente diagnosticadas como tendo um choque séptico, pelo contrário, deve-se investigar a verdadeira razão desta condição. (Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar, 2005)

2.3.6.4 Diagnóstico do choque séptico

De acordo com o Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar (2005), o diagnóstico de choque séptico estabelecido requer que estejam presentes os sinais de choque hipovolémico que são: pulso rápido e fraco, extremidades frias, nível de consciência alterada e ausência de sinais de insuficiência cardíaca

2.3.6.5 Tratamento do choque séptico

Todos os doentes com sinais de choque séptico incipiente ou estabelecido devem, imediatamente: Tratar com antibióticos de largo espectro, manter aquecidos para prevenir ou tratar a hipotermia e tratar a hipoglicemia. Para além do tratamento inicial, pode também ser feito um tratamento nutricional para as crianças com choque séptico, através de soro lento por via endovenosa com 10 ml/kg durante a primeira hora com uma das soluções seguintes:

- Lactato de Ringer com dextrose a 5%;
- Soro fisiológico a metade ($\frac{1}{2}$) do normal com dextrose a 5%;

2.3.7 Desidratação

O diagnóstico da desidratação depende mais propriamente da história clínica, do que do exame físico numa criança com marasmo. É necessário haver: Uma história de perda recente de líquidos, geralmente fezes aquosas, não somente moles ou mucosas e frequentes com início súbito nas últimas horas ou dias, uma história de recente mudança no aspecto físico da criança e se os olhos estiverem encovados, o cuidador da criança deverá confirmar que a aparência dos olhos mudou, tornando-se encovados, desde que a diarreia começou, e por fim a ausência de edema. (Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar, 2005)

2.3.7.2 Tratamento da desidratação

No tratamento da desidratação, quando possível, uma criança com desnutrição aguda e desidratada deve ser reidratada oralmente. Uma infusão intravenosa facilmente causa hiperidratação e insuficiência cardíaca e deve ser usada apenas quando há sinais definitivos de choque. As crianças gravemente desnutridas apresentam deficiência de potássio e têm teores anormalmente elevados de sódio e portanto, a solução de sais de reidratação oral deve ter menos sódio e mais potássio que a solução padrão recomendada pela OMS. Magnésio, zinco e cobre também devem ser dados para corrigir a deficiência destes minerais. A solução de sais de reidratação oral recomendada para crianças gravemente desnutridas é designada por ReSoMal (Oral REhydration SOLution for severely MALnourished patients). Usualmente, uma quantidade entre 70 e 100mL de ReSoMal por kg de peso corporal é suficiente para restaurar a hidratação normal. Gevena: WHO (1999, apud Cavaleiro, 2010).

2.4 Tratamento nutricional

2.4.1 Fase de Estabilização

A fase de Estabilização é a primeira fase do tratamento nutricional e tem como objectivo tratar os problemas que ocasionem risco de morte, corrigir as deficiências nutricionais específicas, reverter as anormalidades metabólicas e iniciar a alimentação. Nessa fase a pós o tratamento

das complicações médicas é feita a introdução da alimentação, que consiste na administração de leite terapêutico o F75 a criança, que restaurar a hidratação e a homeostase (equilíbrios eletrolítico e metabólico), providenciando as calorias e nutrientes necessários para as necessidades de manutenção. Durante o período em que as crianças e os adolescentes consomem o F75, o seu peso não aumenta. (Programa de Reabilitação Nutricional Volume 1, 2018).

2.4.1.1 Monitoria durante a fase de estabilização

O acompanhamento individual das crianças com DAG na fase de estabilização deve ser feito continuamente. Com base na melhoria da condição da criança, pode-se tomar a decisão de passá-la para a fase de transição do tratamento.

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados: O peso diário da crianças; O grau de edema (0 a ++++) deve ser avaliado todos os dias; A temperatura corporal deve ser medida duas vezes por dia;

Os seguintes sinais clínicos devem ser diariamente registados no cartão: Frequência cardíaca, frequência respiratória, aspectos das fezes, lesões peri-anais, vômitos, sinais de desidratação, tosse, tamanho do fígado, lesões cutâneas o Infecções dos olhos e ouvidos, perímetro braquial (PB) deve ser registado todas as semanas e comprimento (ou altura) deve ser registado na entrada e na saída do internamento (quando se usa uma nova folha).

2.4.1.2 Critérios para passar da fase de estabilização para a fase de transição

Os seguintes são os critérios para passar da fase de estabilização para a fase de transição:

- Retorno do apetite;
- Desaparecimento das complicações médicas;
- Início da perda de edema (verificado por perda apropriada e proporcional do peso à medida que o edema começa a desaparecer);

As crianças e os adolescentes com edema grave (+++) são particularmente vulneráveis. Eles devem permanecer na fase de estabilização com a dieta de F75 até que o grau de edema reduza para edema moderado (++) . Quando as crianças e os adolescentes com DAG completam o tratamento na fase de estabilização eles devem passar para a fase de transição para continuarem com o tratamento.

2.4.2 Fase de transição

A fase de transição corresponde a segunda fase do tratamento nutricional, onde após melhoria das condições clínicas e retorno do apetite, deve-se introduzir lentamente o F100 e o ATPU. A transição deve ser gradual para evitar o risco de insuficiência cardíaca por consumo excessivo

de leite terapêutico. O ATPU é introduzido durante a fase de transição, devido ao retorno do apetite nesta fase. (Programa de Reabilitação Nutricional, 2018).

2.4.2.1 Monitoria durante a fase de transição

A monitoria de uma criança ou adolescente com desnutrição aguda grave na fase de transição é feita diariamente. O aumento do peso médio esperado é 5 g por kg do peso corporal. O ganho do peso em excesso não é um bom sinal na fase de transição e necessita de investigação. Os doentes com edema bilateral devem permanecer na fase de transição até que haja uma redução definida e gradual do edema para o grau +. (Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, 2010).

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados diariamente e lançados no cartão da criança: Peso; Grau de edema bilateral (0 a +++); Temperatura do corpo; Sinais clínicos: fezes, vômitos, desidratação, tosse, respiração e tamanho do fígado; PB semanal

2.4.2.2 Critérios para regressar da fase de transição para a fase de estabilização

A criança deve regressar para a fase de estabilização se houver:

- Uma combinação de aumento do peso em mais de 10 g/kg de peso corporal/dia e aumento taxa respiratória: isto é um indicativo de excesso de retenção de fluidos;
- Aumento ou desenvolvimento de edema bilateral;
- Aumento rápido do tamanho do fígado;
- Qualquer sinal de sobrecarga de fluidos;
- Distensão abdominal;
- Aumento significativo da diarreia;
- Uma complicação que necessita de uma infusão endovenosa;
- Uma necessidade de alimentação por sonda nasogastrica;

2.4.2.3 Critérios para passar para a fase de reabilitação no internamento

A passagem da fase de transição para a fase de reabilitação no internamento é obrigatória para as crianças e adolescentes que não podem retornar à sua comunidade ou que não podem comer o ATPU e que apresentam as seguintes condições:

2.4.3 Fase de reabilitação

2.4.3.1 Critérios para passar para a fase de reabilitação no ambulatório

Uma criança passando para a fase de reabilitação e que está sob dieta de ATPU pode ser encaminhado para os cuidados em ambulatório com seguimento numa Unidade Sanitária mais próxima do local de residência. A criança ou adolescente deve fazer visitas de controlo

semanais ou quinzenais na Unidade Sanitária. Ao permanecer nos cuidados no internamento, a criança ou o adolescente pode estar exposto às infecções. (Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, 2010).

A criança ou o adolescente deve passar para a fase de reabilitação no ambulatório nas seguintes condições:

- Bom apetite: se a criança consumir pelo menos 80% da quantidade diária do ATPU;
- Não tem edema durante 7 dias;
- Ausência de complicação médica;
- Clinicamente bem e alerta.

2.4.3.2 Monitoria durante a fase de reabilitação

De acordo com o Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar (2005), a monitoria da criança ou adolescente em recuperação na fase de reabilitação no internamento deve ser feita diariamente.

Os seguintes parâmetros devem ser diariamente monitorados e registados no cartão da criança: Peso; Grau de edema bilateral (0 a +++); Temperatura do corpo; Sinais clínicos: fezes, vômitos, desidratação, tosse, respiração; Perímetro braquial semanal; Comprimento ou altura medida depois de 21 dias (quando um novo multicartão é usado) e Outros registos: por exemplo, ausente, vômitos, recusa do alimento.

2.5 Falta de resposta ao Tratamento da Desnutrição no Internamento

De acordo com o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional (2010), algumas crianças e adolescentes sob cuidados no internamento podem não responder ao tratamento ou mostrar uma deterioração no seu estado em diferentes etapas do tratamento. Se uma criança ou um adolescente desenvolver quaisquer sinais de uma complicação médica, ele/ela deve ser referido/a de volta à fase de estabilização.

2.5.1 Causas frequentes da falta de resposta ao Tratamento no Internamento

- Problemas relacionados com a Unidade Sanitária: Ambiente desagradável para crianças e adolescentes desnutridos; Falta de adesão aos protocolos de tratamento da DAG; Fracasso no tratamento de crianças e adolescentes desnutridos numa área separada; Mau preenchimento do multicartão individual para o controlo do tratamento, resultando na falta de dados para acompanhar o desenvolvimento da criança; Pessoal insuficiente (particularmente de noite) ou escassez de pessoal treinado; Supervisão inadequada e rotação constante do pessoal entre as Unidades Sanitárias e/ou Unidades de

Reabilitação Nutricional; Balanças não calibradas e Leites terapêuticos incorrectamente preparados ou administrados às crianças e adolescentes em tratamento

- Problemas relacionados com cada criança e adolescente: Leites terapêuticos dados em quantidades insuficientes; Deficiências em vitaminas e minerais; Mal absorção; Trauma psicológico (particularmente em situações de vulnerabilidade tais como refugiados e famílias vivendo com HIV/SIDA);
- Infecção, especialmente diarreia (amebíase, giardíase, disenteria), pneumonia, tuberculose (TB), infecção urinária, otite média, malária, HIV e SIDA, esquistossomíase, Kalazar/Leishmaniose, hepatite/cirrose

Quando uma criança ou um adolescente não responde ao tratamento de forma positiva, deve-se tomar as seguintes acções:

- Manter os registos completos de todas as crianças e adolescentes que não respondem ao tratamento e daqueles que morreram. Estes registos devem incluir, no mínimo, detalhes sobre a idade da criança, sexo, data de internamento, o índice do peso para altura (ou peso para comprimento) na altura do internamento, diagnóstico principal e tratamento, e onde for apropriado, a data, hora e causa aparente de morte.
- Sempre examinar sistematicamente, as causas da falta de resposta e de morte, e identificar as áreas onde os protocolos devem ser melhorados para correcção dos problemas;
- Se as acções anteriores não produzem efeito positivo, significa que há necessidade de avaliação por alguém experiente no manejo da DAG em internamento. Como parte da avaliação, deve-se realizar também uma investigação na organização e aplicação dos protocolos para o tratamento;
- Fazer supervisão em trabalho para a reciclagem do pessoal com formação, se for necessário;
- Recalibrar a balança (e o altímetro).

2.6 Assistência de enfermagem

A assistência de enfermagem nesses pacientes visa a identificação e satisfação das necessidades humanas básicas, como:

- Identificação e tratamento das complicações médicas, através da hidratação, protecção contra infecções, prevenção ou tratamento da Hipotermia, Hipoglicemia e Choque séptico;
- Garantir o consumo adequado de nutrientes;

- Garantir a reintegração da integridade cutânea;
- Realizar o controle rigoroso do peso da criança;
- Avaliar os edemas e o perímetro braquial da criança;
- Avaliar e monitorar os sinais vitais;
- Iniciar o tratamento com antibiótico, de acordo com a prescrição médica;
- Orientar a mãe quanto às práticas de saneamento básico para prevenir patologias gastrointestinais na infância.

O enfermeiro tem como um dos seus inúmeros cuidados orientar e educar sobre alimentação saudável, destacando a importância nutritiva dos alimentos regionalizados e disponíveis baixo custo. Espertar-se para as propagandas enganosas por coincidência apresentadas pelos produtos industrializados, incentivando à imunização, a qualificação da equipe de saúde na identificação precoce de problemas nutricionais e seu manejo objetivando recuperar o desnutrido nas primeiras fases de carência, preparar a equipe para investigar situações de risco que torna a criança mais suscetível à desnutrição. (LEÃO et al., 2017, Apud Lima, 2018)

2.6.1 Tabela 1: Assistência de enfermagem

Necessidade Humana básica afetada	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenções de enfermagem	Resultados esperados
Nutrição Desequilibrada	Ingestão de nutrientes insuficiente para atender às necessidades metabólicas, relacionada a Ingestão alimentar inadequada/Condições médicas subjacentes que afetam a absorção de nutrientes (ex: doenças gastrointestinais)	Avaliar a ingestão alimentar diária e os padrões de nutrição; Consultar um nutricionista para desenvolver um plano de alimentação adequado; Monitorar peso corporal e parâmetros laboratoriais nutricionais; Administrar suplementos nutricionais conforme prescrição.	Recuperar o estado nutricional

Risco de infecção	Aumentada suscetibilidade a invasão e multiplicação de organismos patogênicos, relacionada ao estado nutricional comprometido.	Manter higiene adequada e técnicas assépticas; Monitorar sinais e sintomas de infecção (febre, leucocitose); Incentivar ingestão adequada de proteínas para suporte imunológico; Ensinar à família técnicas de prevenção de infecções.	Prevenir infecções
Risco de Desequilíbrio Eletrolítico	Risco de alteração nos níveis de eletrólitos séricos que podem comprometer a saúde.	Monitorar níveis de eletrólitos séricos (sódio, potássio, cálcio, magnésio); Avaliar sinais e sintomas de desequilíbrios eletrolíticos (arritmias, fraqueza muscular); Administrar reposição de eletrólitos conforme prescrição médica; Incentivar ingestão adequada de líquidos e eletrólitos.	Prevenir o desequilíbrio hidroelétrico
Risco de desenvolvimento Infantil Prejudicado	Desvios significativos dos padrões de crescimento e desenvolvimento esperados para a idade, relacionada com a ingestão nutricional inadequada, doenças crônicas, ambiente desfavorável.	Avaliar regularmente o desenvolvimento da criança em relação aos marcos esperados; Proporcionar estímulos adequados para o desenvolvimento motor e cognitivo;	Manter o desenvolvimento infantil

		<p>Envolver a família no cuidado e fornecer orientações sobre atividades que promovam o desenvolvimento;</p> <p>Colaborar com outros profissionais de saúde, como nutricionistas e terapeutas ocupacionais, para um plano de cuidados integrado.</p>	
--	--	--	--

Fonte: Adaptação do autor de acordo com NANDA (2024)

Capítulo III: Metodologia

A metodologia é um conjunto de métodos e técnicas utilizadas para execução de uma pesquisa. Neste item, pretende-se que o pesquisador apresente a abordagem/tipo de pesquisa, faça o universo, a amostragem e os respectivos processos de seleção dos métodos e técnicas de recolhas de dados e do plano de apresentação e análise de dados.

3.1. Quanto aos objectivos

Quanto aos objectivos, o estudo em questão foi descritivo, pois ela permitiu descrever os cuidados de enfermagem realizados no sector do pediatra a menores com desnutrição.

3.2. Quanto a natureza

Quanto a natureza, o estudo teve uma natureza aplicada, pois ela permitiu gerar conhecimentos que terão o seu uso na área praticamente.

3.3. Quanto a abordagem

No que tange a abordagem, o estudo teve uma abordagem qualitativa, de modo a perceber os fenómenos envolvidos nos cuidados aos pacientes com desnutrição.

3.4. Quanto aos procedimentos

Em relação aos procedimentos, foi utilizada a pesquisa documental, através de acesso a processos clínicos dos pacientes diagnosticados e internados com desnutrição aguda.

3.5 Universo

Para Lakatos (2003), o universo ou população é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum. O estudo em questão terá como universo todos os profissionais de saúde da Pediatria 2.

3.6 Amostra

A autora supracitada, define a amostra como sendo uma porção ou parcela, convenientemente seleccionada do universo (população). Para a realização do estudo a amostra foi de 20 processo de clínicos de internamento de menores diagnosticadas com desnutrição aguda no HCN no ano de 2022 e 20 profissionais de saúde que trabalham na Enfermeira da pediatria, sendo utilizada uma amostragem por conveniência, visto que os processos e os profissionais serão acesso e entrevistados de acordo com a sua disponibilidade.

3.7 Instrumento de colheita de dados

De acordo com Lakatos (2003), os instrumentos indicam "como" a pesquisa será realizada, devem-se anexar ao projeto os instrumentos referentes às técnicas seleccionadas para a coleta de dados. Desde os tópicos da entrevista, passando pelo questionário e formulário, até os testes ou escalas de medida de opiniões e atitudes, a apresentação dos instrumentos de pesquisa deve ser feita, dispensando-se tal quesito apenas no caso em que a técnica escolhida for a de

observação. Para a realização do estudo foi utilizado um questionário, que foi entregue aos profissionais de saúde e serão observados os processos clínicos das crianças entre os 0 a 7 anos de idade, internadas na Enfermeira da pediatria 2.

3.7.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na presente pesquisa todos os processos clínicos de crianças internadas na enfermaria de pediatria 2 com diagnóstico de desnutrição aguda grave durante o ano de 2022. Ao todo, foram avaliados 20 processos clínicos.

3.7.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da presente pesquisa todos os processos clínicos de crianças internadas na enfermaria de pediatria 2 que não apresentavam diagnóstico de desnutrição aguda grave e que foram internadas fora do ano de 2022.

3.8 Variáveis de estudo

As variáveis de estudo em uma pesquisa são elementos ou características que podem assumir diferentes valores e são fundamentais para o desenvolvimento e análise de um estudo científico (Lakatos, 2003). As variáveis do respectivo estudo são:

3.8.1 Variáveis Demográficas:

- Idade da Criança;
- Gênero da Criança.

Capítulo IV: Apresentação, análise e interpretação de dados

4. Tabela 2. Descrição da amostra

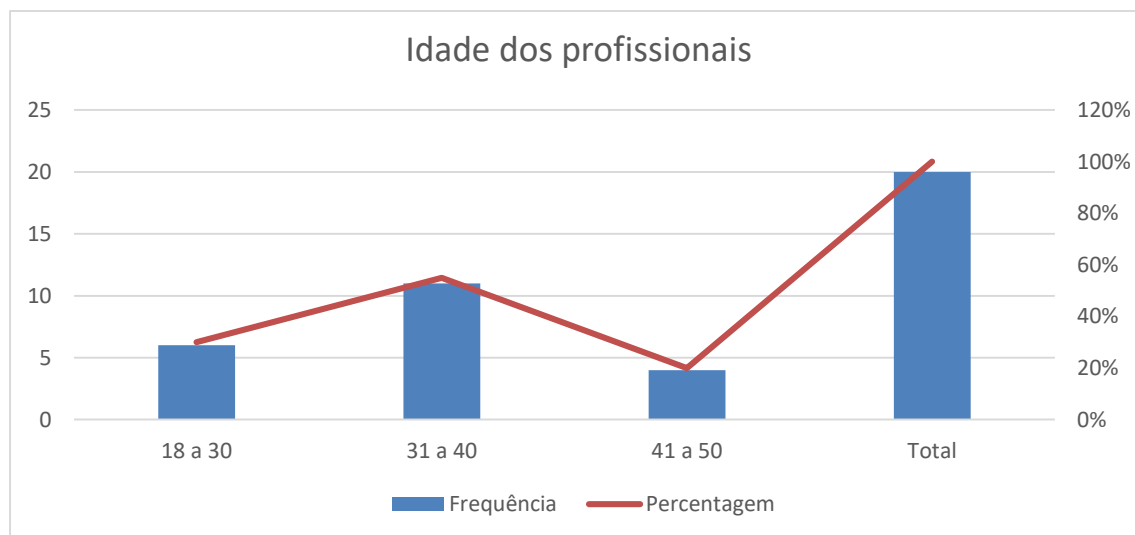
Amostra	Tamanho da amostra	Dados colhidos	Porcentagem
Profissionais de saúde	25	20	80%
Processos clínicos	20	20	100%

Fonte: Autor (2024)

A amostra de processos é totalmente representativa do plano inicial, o que sugere que as conclusões tiradas a partir dos dados dos processos devem ser robustas e confiáveis, uma vez que todos os processos planejados foram incluídos no estudo. A amostra de profissionais é um pouco menor do que o planejado (80% em vez de 100%). Embora essa diferença possa não ser crítica, é importante reconhecer que os dados podem não capturar toda a variabilidade potencial que poderia ter sido observada se todos os 25 profissionais tivessem sido entrevistados.

4.1 Descrição do resultado dos questionários direcionados aos profissionais de saúde

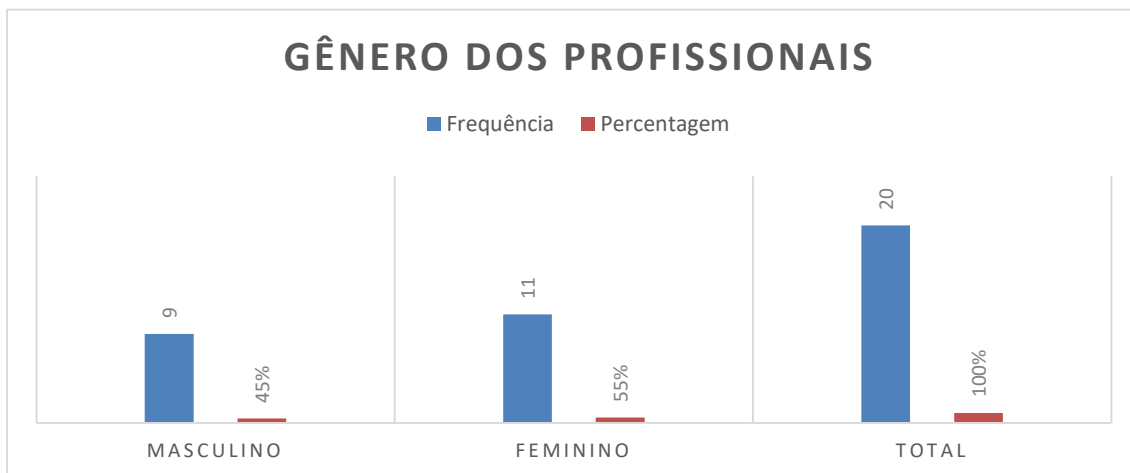
4.1.1 Gráfico 1: Descrição da idade dos profissionais de saúde entrevistados



Fonte: Autor (2024)

Dos 20 funcionários entrevistados, 6 estão na faixa etária dos 18 a 30 anos de idade, que corresponde a 30%, 11 estão na faixa etária dos 31 a 40 anos de idade, que corresponde a 55% e 3 estão na faixa etária dos 41 a 50 anos de idade, que corresponde a 15%.

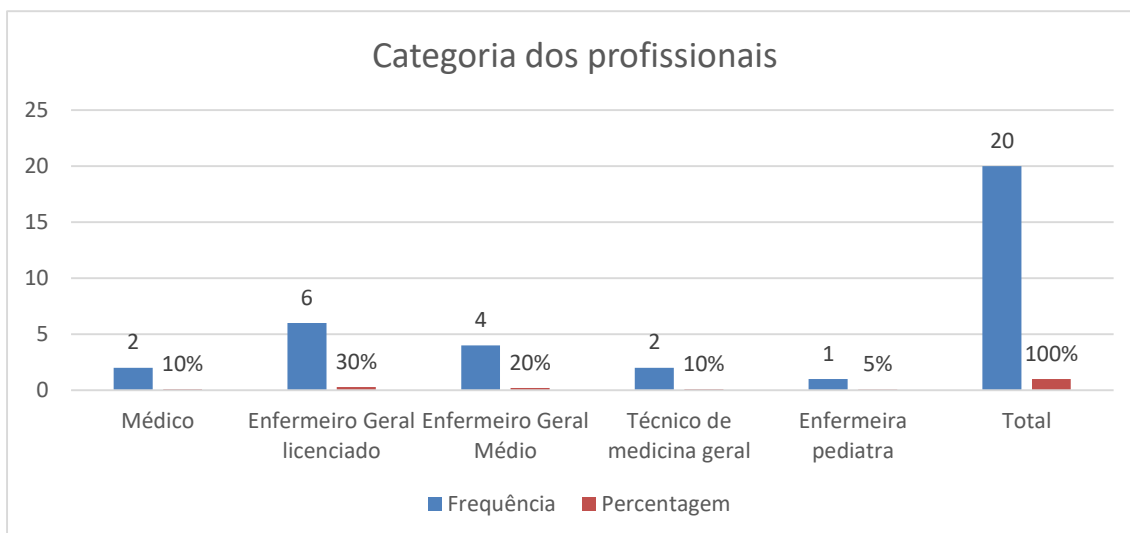
4.1.2 Gráfico 2: Descrição do Gênero dos profissionais de saúde



Fonte: Autor (2024)

Dos 20 funcionários entrevistados, 9 são do sexo masculino, correspondendo a 45%, e 11 são do sexo feminino, correspondendo a 55%.

4.1.3 Gráfico 3: Descrição da categoria dos profissionais entrevistados

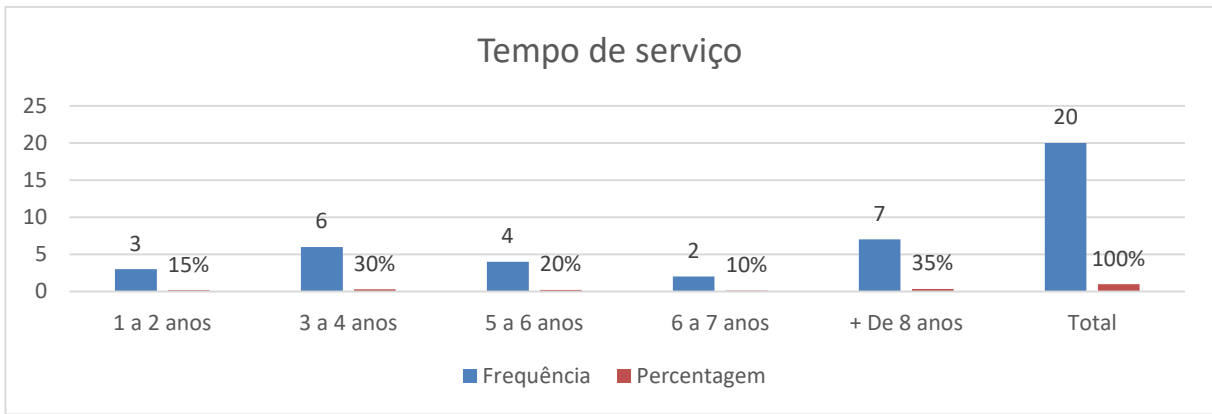


Fonte: Autor (2024)

Dos 20 profissionais entrevistados 2 eram médicos clínicos (10%), 6 eram Enfermeiros Licenciados (30%), 4 eram Enfermeiros Médios (20%), 2 eram Técnicos de Medicina Geral (10%) e 1 era Enfermeira Pediátrica (5%).

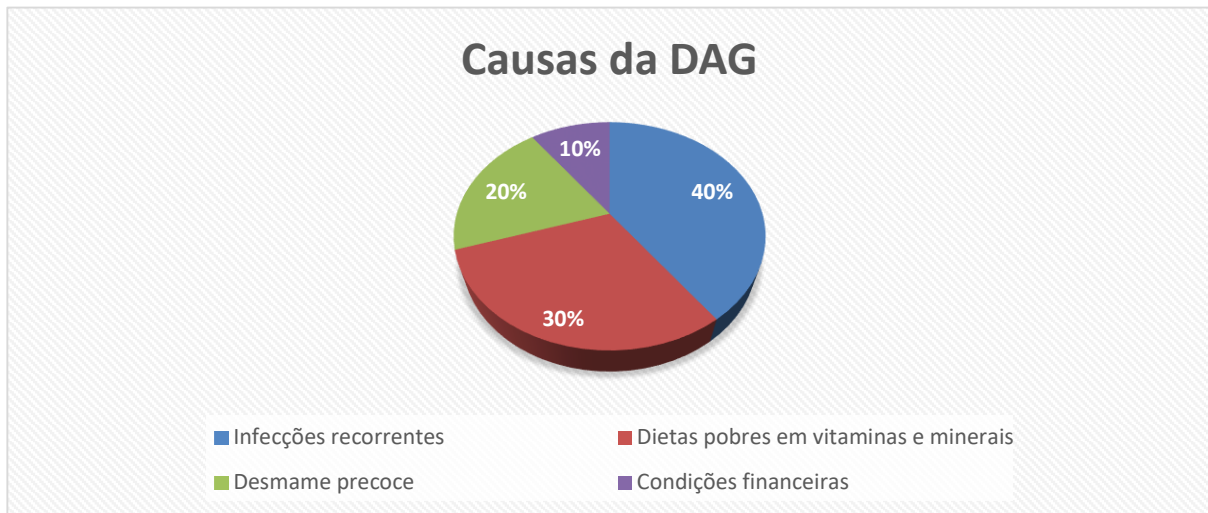
4.1.4 Gráfico 4: Descrição do tempo de serviço dos profissionais de saúde

A maior porcentagem (35%) está no grupo com mais de 8 anos de serviço, seguido pelo grupo de 3 a 4 anos (30%), os profissionais com 5 a 6 anos de serviço representam (20%), os com 1 a 2 anos representam (15%) e os com 6 a 7 anos (10%).



Fonte: Autor (2024)

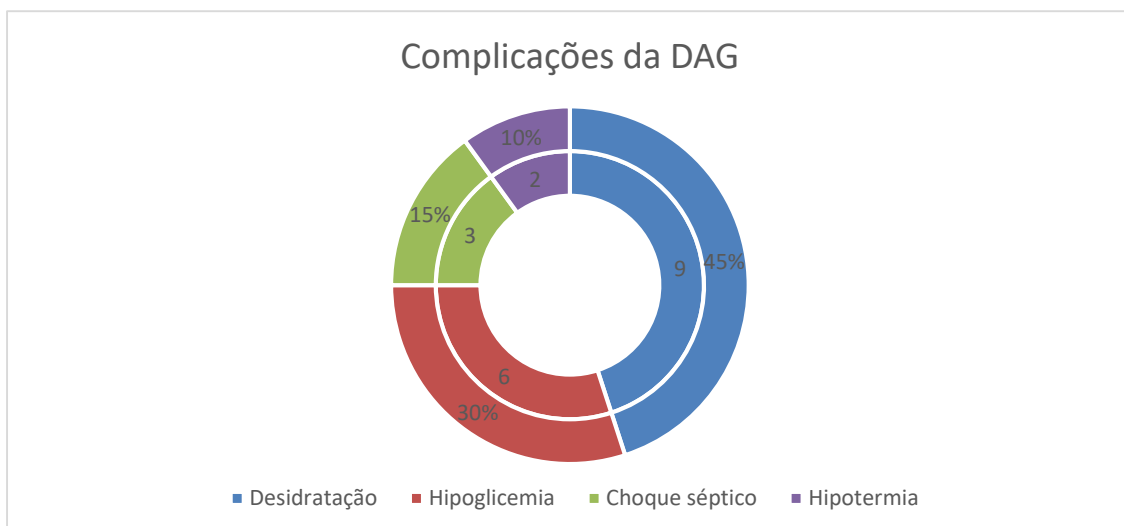
4.1.5 Gráfico 5: Descrição das causas de desnutrição aguda grave de acordo com os profissionais de saúde



Fonte: Autor (2024)

De acordo com os 20 profissionais entrevistados 2 (10%) disseram que as causas de desnutrição eram por condições financeiras, 8 (40%) por infecções recorrentes, 6 (30%) por dietas pobres em vitaminas e minerais e 4 (20%) por desmame precoce,

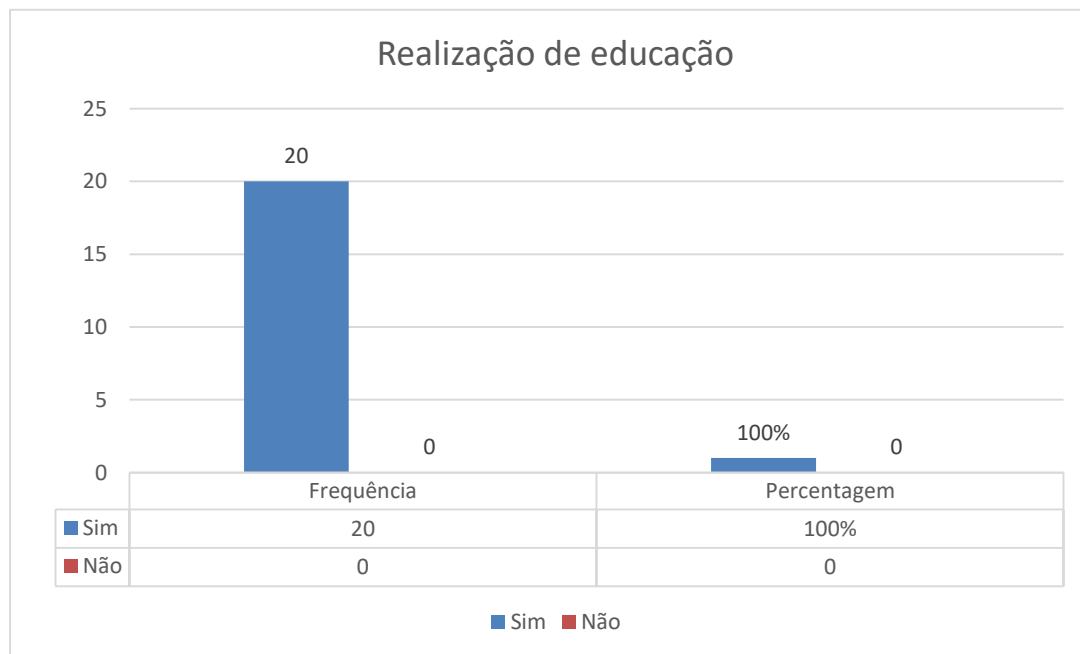
4.1.6 Gráfico 6: Descrição das complicações frequentes nas crianças com DAG de acordo com os profissionais de saúde



Fonte: Autor (2024)

De acordo com os profissionais entrevistados, 2 (10%), mencionaram a hipotermia como sendo uma das complicações que acomete os pacientes com DAG, 3 (15%) o choque séptico, 6 (30%) a hipoglicemia e 9 (45%) a desidratação.

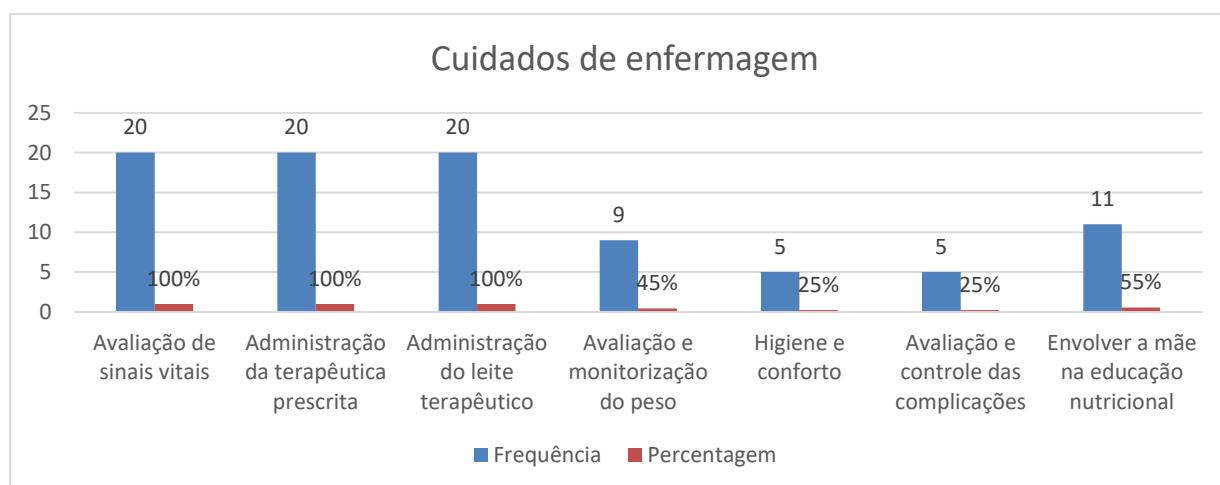
4.1.7 Gráfico 7: Descrição da realização de palestras educativas para as mães



Fonte: Autor (2024)

De acordo com os profissionais entrevistados, todos os 20 (109%), realizam palestras educativas para as mães.

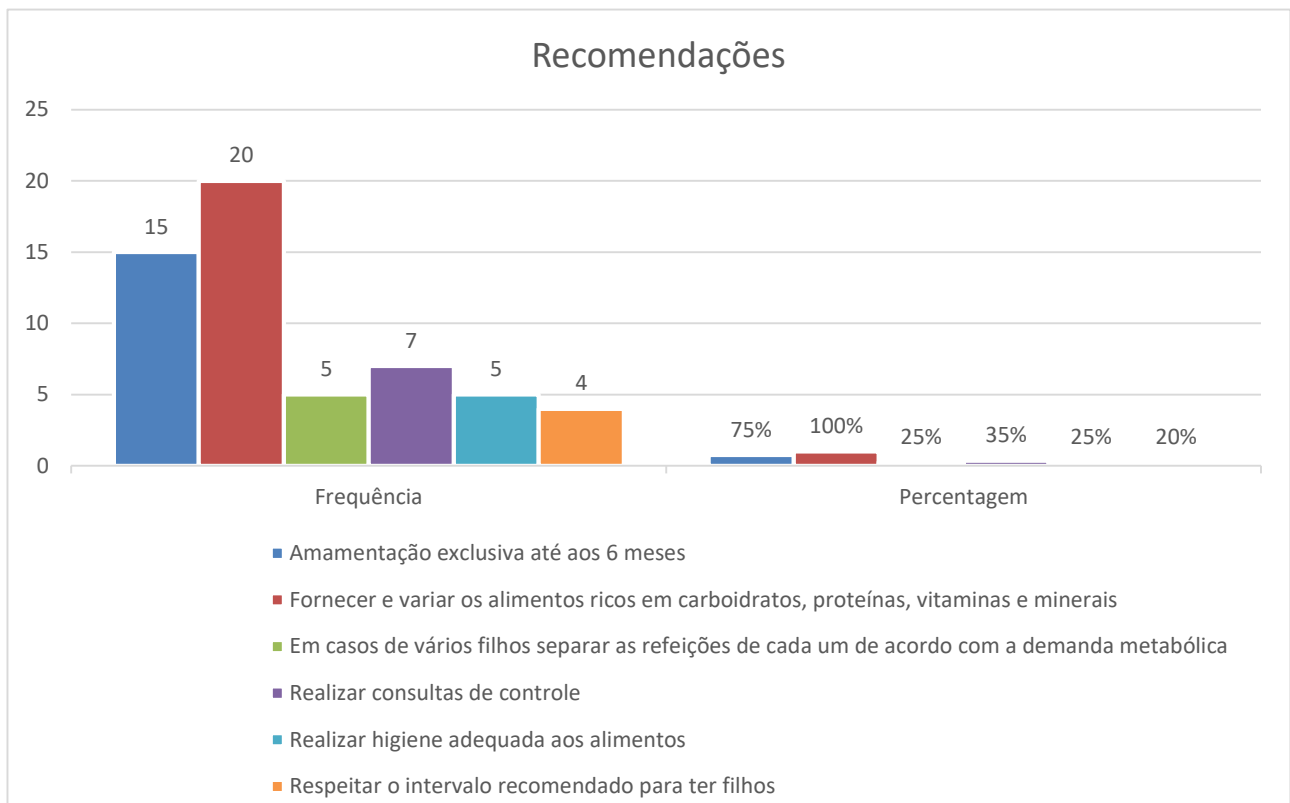
4.1.8 Gráfico 8: Descrição dos cuidados de enfermagem prestados pelos profissionais de saúde



Fonte: Autor (2024)

- Avaliação de Sinais Vitais (20/20, 100%): Todos os sinais vitais foram avaliados conforme recomendado, indicando uma boa prática clínica e monitoramento adequado da saúde da criança;
- Administração da Terapêutica Prescrita (20/20, 100%): A terapia prescrita foi administrada conforme as orientações, garantindo que a criança receba o tratamento adequado para sua condição;
- Administração do Leite Terapêutico (20/20, 100%): A administração do leite terapêutico, essencial para a recuperação nutricional, foi realizada conforme prescrito, garantindo a ingestão adequada de nutrientes.
- Avaliação e Monitorização do Peso (9/20, 45%): A avaliação e monitorização do peso ficaram aquém do esperado, o que pode dificultar o acompanhamento adequado do progresso da criança e a eficácia do tratamento.
- Higiene e Conforto (5/20, 25%): A atenção à higiene e conforto da criança foi realizada, mas houve espaço para melhorias na garantia do bem-estar físico e emocional da criança durante o tratamento;
- Avaliação e Controle das Complicações (5/20, 25%): A avaliação e controle das complicações não atingiram o padrão desejado, o que pode aumentar o risco de complicações adicionais durante o tratamento da desnutrição;
- Envolver a Mãe na Educação Nutricional (11/20, 55%): Houve um envolvimento relativamente bom da mãe na educação nutricional, mas ainda há espaço para melhorias na garantia de que ela esteja totalmente informada e capacitada para cuidar da criança.

4.1.9 Gráfico 9: Descrição das recomendações oferecidas as mães após alta por melhoria



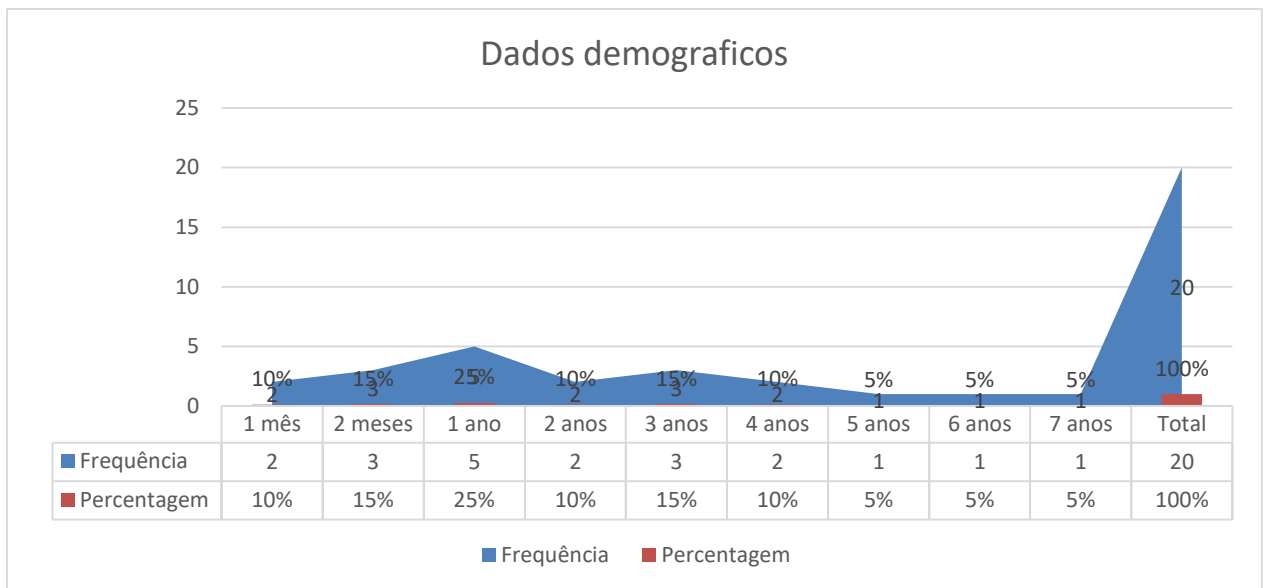
Fonte: Autor (2024)

- Amamentação Exclusiva até aos 6 Meses (15/20, 75%): A taxa de 75% indica que houve uma boa adesão à recomendação de amamentação exclusiva até aos 6 meses, mas ainda há margem para melhoria;
- Fornecer e Variar os Alimentos Ricos em Carboidratos, Proteínas, Vitaminas e Minerais (20/20, 100%): 100% de adesão a essa recomendação é um bom sinal de que as necessidades nutricionais da criança estão sendo atendidas adequadamente.
- Em Casos de Vários Filhos, Separar as Refeições de Cada um de acordo com a Demanda Metabólica (5/20, 25%): A baixa pontuação sugere que há uma necessidade de melhoria na organização das refeições, especialmente em famílias com vários filhos, para garantir que cada criança receba a nutrição adequada às suas necessidades individuais.
- Realizar Consultas de Controle (7/20, 35%): A taxa de 35% indica que houve alguma realização de consultas de controle, mas ainda é uma área que precisa de mais atenção para garantir o acompanhamento regular do desenvolvimento da criança.

- Realizar Higiene Adequada aos Alimentos (5/20, 25%): A baixa pontuação sugere que a higiene adequada aos alimentos não está sendo totalmente implementada, o que pode aumentar o risco de doenças transmitidas por alimentos.
- Respeitar o Intervalo Recomendado para Ter Filhos (4/20, 20%): A taxa de 20% indica uma adesão baixa à recomendação de respeitar o intervalo recomendado entre os filhos, o que pode ter impactos na saúde materna e infantil.

4.2 Descrição das observações constatadas nos processos clínicos

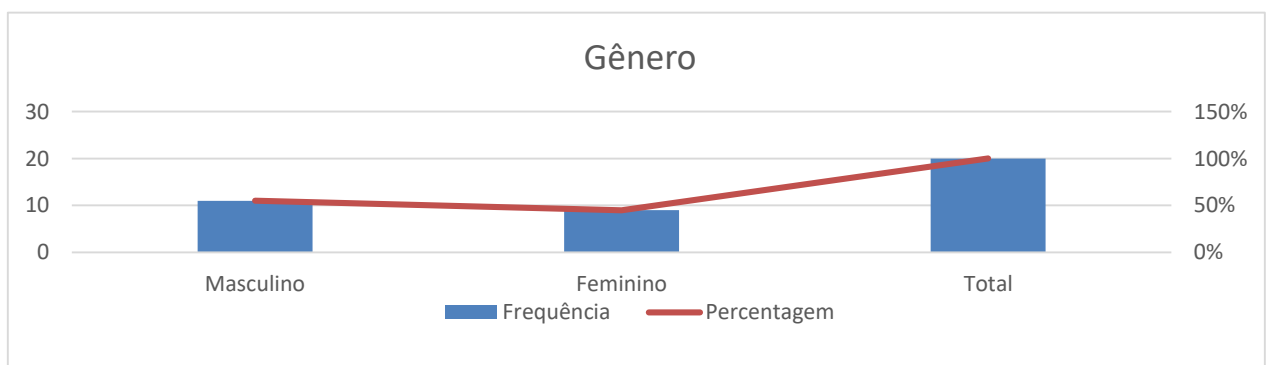
4.2.1 Gráfico 10: Demografia dos pacientes



Fonte: Autor (2024)

A distribuição agora inclui crianças com 1 mês a 7 anos, com uma criança representando cada uma dessas faixas etárias. A maioria das crianças ainda está concentrada nas idades de 1 ano com 5 crianças (25%), 2 meses e 3 anos com 3 (15%) crianças cada, 1 mês, 2 anos e 4 anos com 2 (10%) crianças cada e as crianças dos 5, 6 e 7 anos com 1 (5%) criança em cada faixa etária.

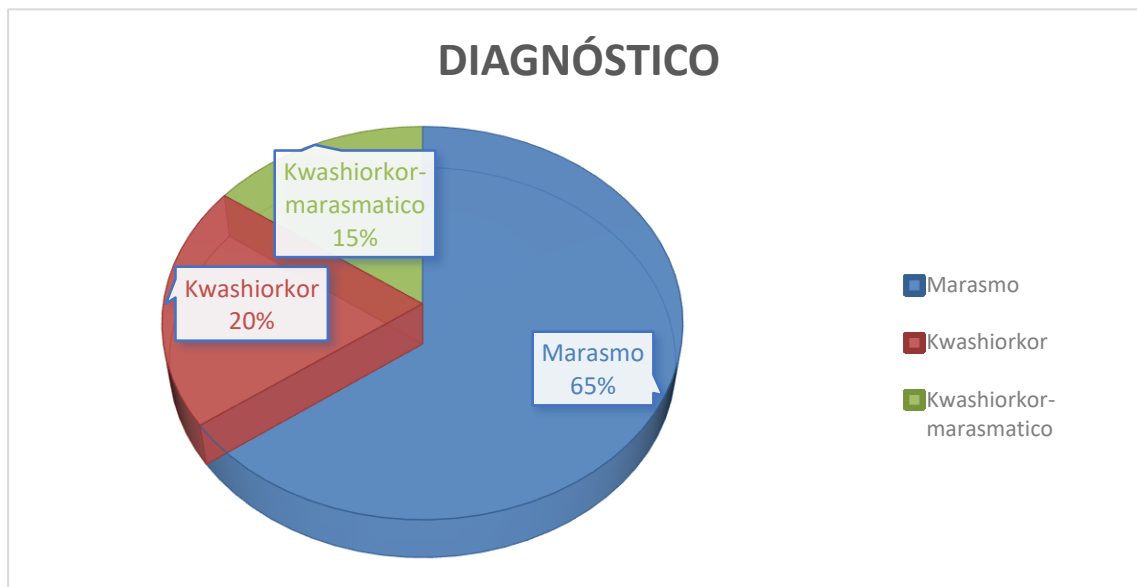
4.2.2 Gráfico 11: Descrição do gênero dos pacientes



Fonte: Autor (2024)

Dos 20 processos observados, 11 (55%) crianças são do sexo masculino e 9 (45%) são do sexo feminino

4.2.3 Gráfico 12: Gráfico dos Diagnóstico

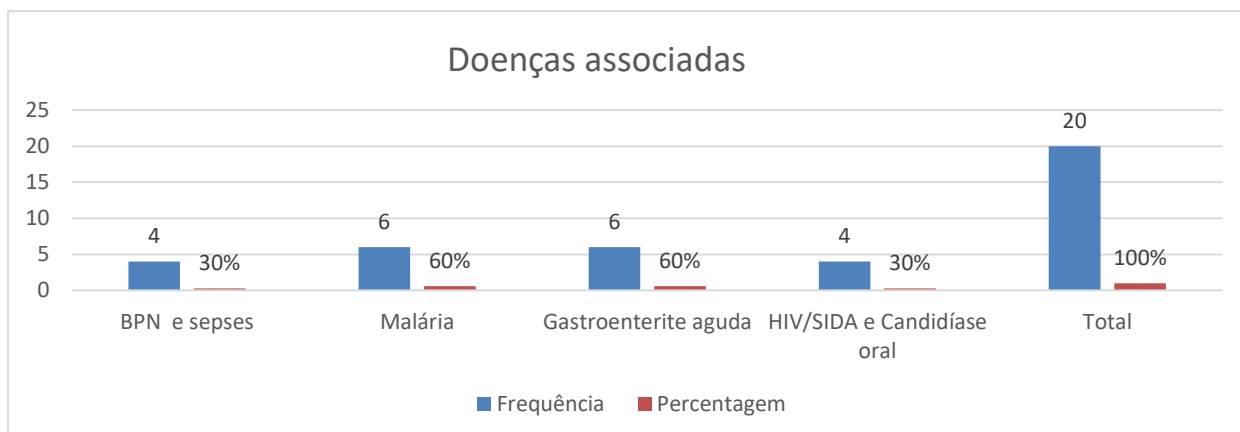


Fonte: Autor (2024)

O marasmo é a condição mais prevalente, representando a maioria das crianças no grupo, com 65%. Kwashiorkor é menos comum, mas ainda afeta uma parte significativa, com 20% das crianças. Kwashiorkor-marasmático, uma forma mais grave que combina características de ambos, é menos frequente, afetando 15% das crianças.

4.2.4 Gráfico 13: Outros diagnósticos associados a DAG

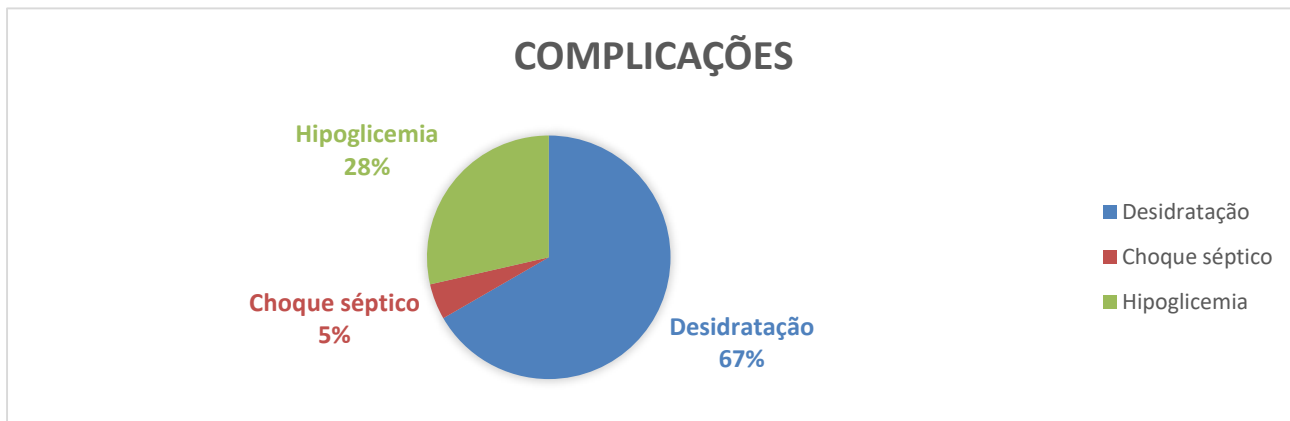
Malária e gastroenterite aguda são as condições mais prevalentes entre as crianças com desnutrição aguda grave, cada uma afetando 60% das crianças a Sepsis, BPN e HIV/SIDA e candidíase oral são menos prevalentes, afetando 30% das crianças cada.



Fonte: Autor (2024)

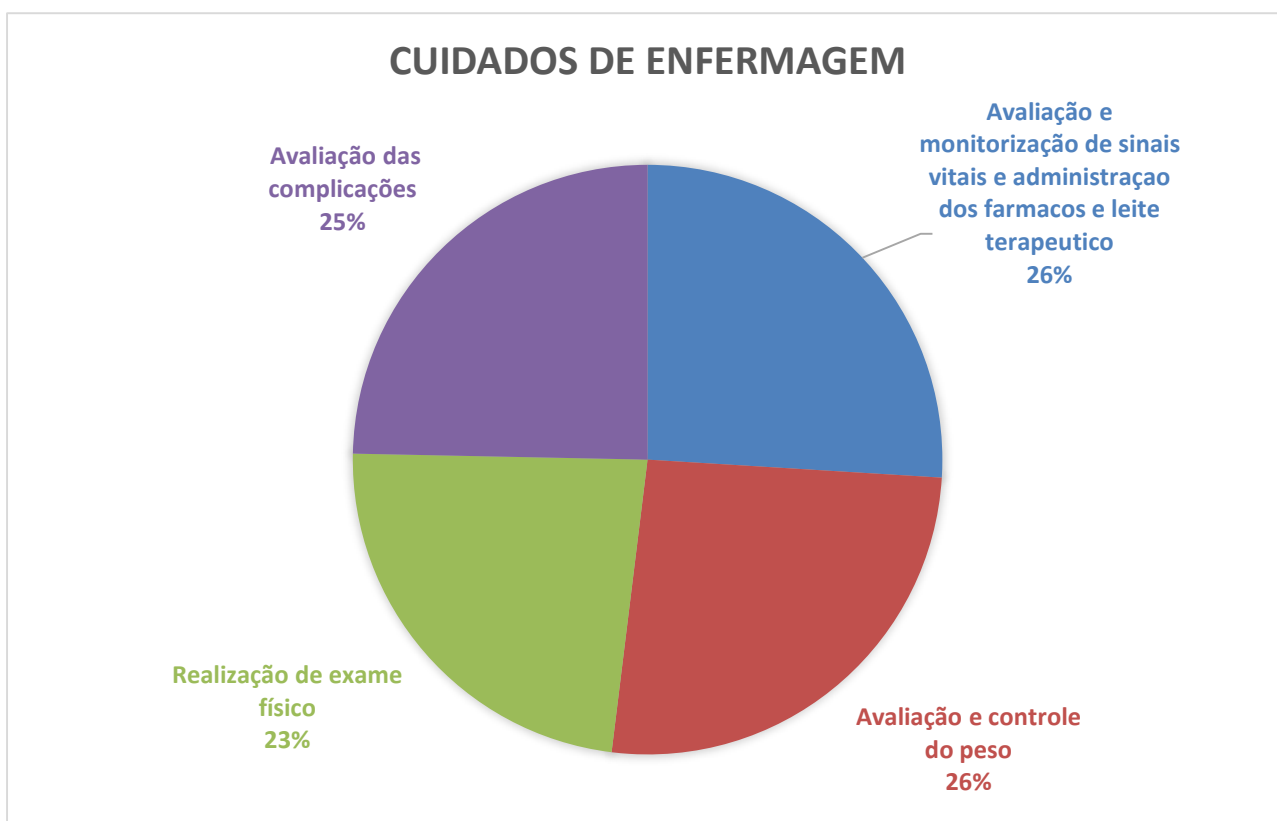
4.2.5 Gráfico 14: Complicações

Desidratação é a complicação mais prevalente entre as crianças com desnutrição, afetando aproximadamente 66,67% das crianças. Hipoglicemia afeta aproximadamente 28,57% das crianças, sendo a segunda complicação mais comum. Choque séptico é a complicação menos prevalente, afetando cerca de 4,76% das crianças.



Fonte: Autor (2024)

4.2.6 Gráfico 15: Cuidados de enfermagem prestados



Fonte: Autor (2024)

- Avaliação e Monitorização de Sinais Vitais (20/20, 100%): Todos os sinais vitais foram avaliados e monitorizados conforme necessário, indicando uma atenção adequada à saúde física das crianças.
- Avaliação e Controle do Peso (20/20, 100%): O peso das crianças foi avaliado e controlado conforme recomendado, o que é fundamental para monitorar a progressão da desnutrição e a resposta ao tratamento.
- Realização de Exame Físico (18/20, 90%): A maioria das crianças teve um exame físico realizado, indicando uma abordagem abrangente na avaliação do seu estado de saúde.
- Avaliação das Complicações (19/20, 95%): A avaliação das complicações foi realizada em quase todas as crianças, destacando a importância dada à identificação precoce e gestão de problemas adicionais relacionados à desnutrição.
- Administração da prescrição médica e do leite terapêutico (20/20, 100%): A administração terapêutica e do leite foi realizada conforme o recomendado, o que é fundamental para garantir a melhoria do quadro clínico.

Capítulo V: Análise e explicação dos dados apresentados

Ao delinear os cuidados de enfermagem oferecidos aos pacientes com desnutrição aguda grave (DAG) na enfermaria da pediatria 2, é imperativo mergulhar em uma análise mais abrangente que integre não apenas os dados fornecidos, mas também as nuances e complexidades inerentes ao tratamento dessa condição.

Começando pela avaliação e monitorização dos sinais vitais, bem como a administração da terapêutica e do leite esses, elementos críticos da saúde são a base da prática de enfermagem em pacientes com DAG. Como enfatizado por Sullivan et al. (2018), a vigilância contínua é essencial para detectar precocemente quaisquer alterações que possam indicar complicações ou deterioração clínica. Nesse sentido, a taxa de 100% de conformidade com essa medida nos dados apresentados é encorajadora e sugere uma abordagem diligente por parte da equipe de enfermagem.

O controle do peso, outro componente vital na gestão da DAG, foi relatado com uma taxa de 100% de conformidade. Berggren et al. (2019) ressaltam a importância desse aspecto, não apenas para monitorar a progressão da desnutrição, mas também para avaliar a eficácia das intervenções terapêuticas e ajustar o plano de cuidados conforme necessário. Portanto, o cumprimento integral dessa medida indica uma abordagem holística e proativa por parte da equipe de enfermagem. Apesar desses pontos positivos, é essencial reconhecer as áreas de melhoria.

A avaliação e controle das complicações, por exemplo, foram realizadas em apenas 25% dos casos. Esta lacuna é particularmente preocupante, visto que complicações como desidratação e hipoglicemia são comuns em pacientes com DAG e podem ter implicações significativas na morbimortalidade. Ahmed et al. (2020) destacam a importância da identificação precoce e manejo adequado dessas complicações para garantir melhores desfechos clínicos.

Outro aspecto crítico é o envolvimento da família no processo de cuidado. Embora a taxa de 55% de envolvimento na educação nutricional seja encorajadora, Rytter et al. (2016) argumentam que o suporte familiar desempenha um papel fundamental na adesão ao tratamento e na prevenção de recidivas. Portanto, há uma oportunidade para fortalecer ainda mais essa área, garantindo que as famílias estejam plenamente capacitadas e informadas para apoiar o

tratamento de seus filhos. Além disso, as recomendações pós-alta desempenham um papel crucial na continuidade dos cuidados.

Embora algumas medidas, como amamentação exclusiva até os 6 meses, sejam seguidas em grande parte, outras, como a organização das refeições em famílias com vários filhos (25%), e o acompanhamento regular em consultas de controle (35%), requerem maior atenção e intervenção. Lelijveld et al. (2019) destacam a importância dessas recomendações para garantir uma recuperação sustentável e prevenir recaídas.

Com base na explanação das informações a cima, foi possível responder à questão sobre os cuidados de enfermagem prestados a menores de 0 a 7 anos no hospital central de Nampula no sector da pediatria 2, onde podemos destacar a avaliação e monitorização dos sinais vitais, administração da terapêutica e do leite terapêutico que são realizadas de maneira meticulosa, garantindo a detecção precoce de quaisquer alterações que possam indicar complicações emergentes e a resposta ao tratamento.

O controle rigoroso do peso não apenas diagnostica a desnutrição, mas também serve como um indicador crucial da eficácia das intervenções nutricionais e terapêuticas. Além disso, exames físicos completos são conduzidos para avaliar não apenas o estado nutricional, mas também para identificar possíveis condições coexistentes ou complicações médicas associadas.

A avaliação sistemática de complicações potenciais é uma prioridade, visando mitigar riscos adicionais à saúde dos pacientes. Isso inclui o manejo proativo de condições como infecções, distúrbios metabólicos e deficiências nutricionais secundárias. A intervenção precoce nessas condições é crucial para melhorar os resultados clínicos e reduzir a morbidade associada à desnutrição severa.

Capítulo VI: Consideração finais

A desnutrição aguda grave (DAG) representa não apenas um desafio clínico, mas também uma questão humanitária e de saúde pública de grande magnitude. A análise aprofundada dos cuidados de enfermagem oferecidos aos pacientes com desnutrição aguda grave (DAG) na enfermaria da pediatria 2 revela uma interação intrincada entre os dados fornecidos e os insights provenientes da literatura científica.

À medida que mergulhamos mais fundo nesse tópico complexo e multifacetado, torna-se evidente que a DAG não é apenas uma questão de saúde, mas também uma questão social, econômica e política de grande escala. Embora os dados sugiram uma conformidade encorajadora com certos aspectos dos cuidados de enfermagem, como a avaliação dos sinais vitais e o controle do peso, é imperativo reconhecer as lacunas significativas que persistem em outras áreas críticas, como a avaliação e controle das complicações e o envolvimento familiar no processo de cuidado. Essas lacunas não devem ser vistas apenas como desafios isolados, mas sim como sintomas de questões mais profundas que permeiam o sistema de saúde, como acesso desigual aos recursos, disparidades socioeconômicas e lacunas na capacitação e apoio da equipe de enfermagem.

A literatura científica, em sua vasta gama de estudos e ensaios clínicos, oferece uma riqueza de insights sobre a complexidade da DAG e a eficácia de diferentes abordagens de cuidados. Desde modelos de intervenção comunitária até estratégias inovadoras de educação e suporte familiar, os pesquisadores têm explorado uma variedade de caminhos para melhorar os resultados para pacientes com DAG. No entanto, a tradução dessas descobertas para a prática clínica muitas vezes esbarra em desafios institucionais, burocráticos e financeiros que limitam a implementação eficaz de intervenções baseadas em evidências.

Portanto, avançar na prestação de cuidados de enfermagem para pacientes com DAG requer não apenas melhorias específicas nos protocolos clínicos, mas também uma abordagem mais ampla e holística que aborde as raízes sistêmicas da desnutrição e desigualdade. Isso envolve não apenas investimentos em treinamento e capacitação da equipe, mas também políticas públicas que promovam o acesso equitativo aos cuidados de saúde, programas de educação nutricional abrangentes e medidas para combater a pobreza e a insegurança alimentar.

Em resumo, os cuidados de enfermagem para pacientes pediátricos com desnutrição aguda grave são caracterizados por uma vigilância constante, intervenções terapêuticas direcionadas e uma abordagem multidisciplinar que visa não apenas tratar a condição primária, mas também melhorar a qualidade de vida e o bem-estar geral das crianças afetadas.

6.1 Recomendações

Baseado na análise dos cuidados de enfermagem prestados a pacientes com desnutrição aguda grave (DAG) na enfermaria de pediatria 2, seguem-se às seguintes recomendações para os Gestores:

- Promoção de Actividades Educativas na Comunidade: Organizar campanhas de
- educação nutricional na comunidade para aumentar a conscientização sobre a prevenção da desnutrição e a importância de uma alimentação equilibrada;
- Promover treinamentos regulares para a equipe de enfermagem focados na identificação precoce e manejo de complicações comuns, como desidratação e hipoglicemia, para aumentar a taxa de avaliação e controle dessas complicações além dos 25% relatados;
- Desenvolvimento de Protocolos Estruturados: Implementar protocolos detalhados e padronizados para a avaliação e manejo de pacientes com DAG, assegurando que todas as etapas críticas sejam seguidas rigorosamente;
- Aprimoramento da Educação Familiar: Expandir os programas de educação nutricional para envolver ativamente 100% das famílias, garantindo que elas compreendam completamente o regime de tratamento e as medidas preventivas para evitar recidivas;
- Implementação de Equipes Multidisciplinares: Formar equipes multidisciplinares que incluam nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais para abordar de maneira abrangente as necessidades dos pacientes e suas famílias;
- Promoção de Suporte Psicológico: Integrar suporte psicológico para os famílias, ajudando-os a lidar com o estresse e a ansiedade associados à DAG e ao tratamento;
- Acompanhamento Pós-Alta Estruturado: Desenvolver um programa de acompanhamento pós-alta detalhado, incluindo visitas domiciliares e consultas regulares, para garantir a continuidade dos cuidados e a adesão às recomendações de tratamento;
- Programas de Capacitação Familiar: Implementar sessões de capacitação para as famílias, ensinando práticas alimentares saudáveis e manejo da nutrição em ambientes com múltiplos filhos.
- Formação em Sensibilidade Cultural: Oferecer formação em sensibilidade cultural para a equipe de enfermagem, assegurando que os cuidados prestados sejam culturalmente apropriados e respeitem as tradições e práticas alimentares das famílias.

Para os profissionais :

- Avaliação e Melhoria Contínua: Estabelecer um sistema de avaliação contínua dos cuidados prestados, utilizando feedback dos pacientes e suas famílias para identificar áreas de melhoria e implementar mudanças de forma dinâmica e responsiva.
- Monitoramento Intensificado do Peso: Continuar a monitorização rigorosa do peso, assegurando que os dados sejam utilizados de forma eficiente para ajustar intervenções terapêuticas conforme necessário.

6.2 Limitações

- Amostra representativa não alcançada: A não participação de cinco profissionais pode ter dificultado a obtenção de uma amostra completamente representativa de todos os profissionais da enfermagem. No entanto, dada a proporção de profissionais que responderam, é provável que os resultados ainda ofereçam uma visão válida e útil das práticas de cuidados de enfermagem na unidade.
- Possível variabilidade nas respostas: A falta de resposta de alguns profissionais pode ter introduzido uma variabilidade nas respostas, já que as práticas individuais de cuidados podem diferir entre os profissionais. No entanto, essa variabilidade também pode refletir a diversidade de abordagens e experiências na equipe de enfermagem, o que pode ser considerado uma representação mais precisa da realidade clínica.
- Desafios na compreensão de nuances específicas: Sem a participação de todos os profissionais, pode haver desafios na compreensão de nuances específicas das práticas de cuidados de enfermagem, como variações individuais na implementação dos processos. No entanto, isso pode ser abordado por meio de análises qualitativas adicionais ou discussões em equipe para explorar mais a fundo essas questões.
- Desafio para a obtenção da epidemiologia local.

Referências bibliográficas

1. Lakatos, E. M., & Marconi, M. A. (2003). Fundamentos de metodologia científica (5th ed.). São Paulo: Atlas.
2. Ministério da Saúde (MISAU), Direção Nacional de Saúde. (2010). Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume 1. Maputo.
3. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. (2005). Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde. Retrieved from [link] (Accessed November 16, 2023).
4. Bazerra, J. B., Barbosa, L. C. S., Silvia, L. C. da, Oliveira, L. de L., Santos, A. V. da S., & Silva, G. B. da. (2022). Assistência de enfermagem à desnutrição infantil na primeira infância: revisão integrativa. Retrieved from <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/download/38510/31880/420385&ved=2ahUKEwihssjUy4SDAxVyUkEAHTD2CSMQFnoECB0QAQ&usg=AOvVaw0eNoYQ47yYqe5oPn1a2C4x> (Accessed November 29, 2023).
5. Santos, J. B., Siqueira, G. dos P., Silva, L. S., & Silva, L. L. (2018). Assistência de enfermagem na desnutrição infantil. São Paulo. (Accessed December 1, 2023).
6. Material de apoio. (2018). Tratamento da desnutrição no internamento - programa de reabilitação Nutricional (2nd ed.). Maputo. Retrieved from <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/FANTA-Mozambique-Legacy-Report-POR-Sep2018.pdf> (Accessed December 1, 2023).
7. Cavaleiro, I. F. R. (2010). Tratamento dietético desnutrição primária grave em populações de países menos desfavorecidos sócio-economicamente. Porto. Retrieved from https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54604/3/138488_1033TCD33.pdf&ved=2ahUKEwio-fHB5oeDAxXUYEEAHTSsC78QFnoECBsQAQ&usg=AOvVaw2nmpXt81lzaWxTyiLhxct6 (Accessed November 10, 2023).
8. Ramalho, A. de O. (2019). Intervenções de Enfermagem no Âmbito Hospitalar às Crianças com Síndrome de Kwashiorkor e Marasmo de 0-4 anos. Além Paraíba.
9. Manwere, N., Seco, P. D. G., Cruz, A. M., Sanchez, N. J., Gonzalez, G. A., & Riveiro, L. L. (2018). Estudo de caso e controlos sobre a desnutrição aguda infantil em Tete.

- Revista Moçambicana de Ciências de Saúde, 4(Edição Especial). Retrieved from <https://ins.gov.mz/wp-content/uploads/2020/10/RMCS-V4N2.pdf> (Accessed November 20, 2023).
10. Kamalanga, H. C., Chaves, J. J. C., Manuel, F. A., Palanca, A. L. A., Tchindecasse, M. F., & Joaquim, A. G. (2022). Desnutrição infantil na secção de pediatria, no banco de urgências do hospital municipal da cela e no centro materno infantil. Retrieved from <https://periodicorease.pro.br/rease/article/download/7015/2728/10340> (Accessed December 7, 2023).
 11. Lima, B. da S. (2018). Assistência De Enfermagem à criança com desnutrição de 0 a 5 anos (Undergraduate thesis, Faculdade Pitágoras, São Luís).
 12. Ahmed, T., Ali, M., Ullah, M. M., Choudhury, I. A., Haque, M. E., Salam, M. A., & Rabbani, G. (2020). Management of Severe Acute Malnutrition: Experience from Bangladesh. *Food and Nutrition Bulletin*, 41(3), 323–331. Berggren, K. T.,
 13. Gannon, K. A., & Moody, L. A. (2019). Pediatric Nutrition. In K. T. Berggren, K. A. Gannon, & L. A. Moody (Eds.), *Nutrition Assessment* (3rd ed., pp. 265–308).
 14. Jones & Bartlett Learning. Lelijveld, N., Seal, A., & Wells, J. C. K. (2019). Follow-Up and Management After Discharge from Inpatient Treatment for Severe Acute Malnutrition. *Food and Nutrition Bulletin*, 40(3), 363–379. Rytter, M. J. H., Babirekere-Iriso, E., Namusoke, H., Christensen, V. B., Michaelsen, K. F., Ritz, C.,
 15. Namugga, A., Mupere, E., & Friis, H. (2016). Risk Factors for Death in Children during Inpatient Treatment of Severe Acute Malnutrition: A Prospective Cohort Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 105(2), 494–502. Sullivan, J.,
 16. Barron, S., Hossain, M., & Alam, M. (2018). Effectiveness of a nurse-led multidisciplinary team in the management of severe acute malnutrition. *The Lancet*, 391, S20.
 17. Victora, C. G., Christian, P., Vidaletti, L. P., Gatica-Domínguez, G., Menon, P., & Black, R. E. (2021). Momento mundial do enfraquecimento do crescimento: Revisitando as implicações para intervenções. *Pediatrics*, 147(5), e2020024604. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-024604>
 18. Black, R. E., Victora, C. G., Walker, S. P., Bhutta, Z. A., Christian, P., de Onis, M., Ezzati, M., Grantham-McGregor, S., Katz, J., Martorell, R., & Uauy, R. (2013). Desnutrição materna e infantil e sobrepeso em países de baixa e média renda. *The Lancet*, 382(9890), 427-451. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60937-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60937-X)

19. Bhutta, Z. A., Das, J. K., Rizvi, A., Gaffey, M. F., Walker, N., Horton, S., Webb, P., Lartey, A., & Black, R. E. (2013). Intervenções baseadas em evidências para melhoria da nutrição materna e infantil: O que pode ser feito e a que custo? *The Lancet*, 382(9890), 452-477. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60996-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60996-4)
20. DW. (2021, 6 de outubro). Moçambique: Desnutrição afeta quase 40% das crianças com menos de cinco anos. DW. Recuperado de <https://www.dw.com/pt-002/mo%25C3%25A7ambique-desnutri%25C3%25A7%25C3%25A3o-afeta-quase-40-das-crian%25C3%25A7as-com-menos-de-cinco-anos/a-59626835>
21. UNICEF Moçambique. (2021). Principais indicadores sociodemográficos da província de Nampula. <https://www.unicef.org/mozambique/media/4516/file/Principais%2520Indicadores%2520Sociodemogr%25C3%25A1ficos%2520da%2520Prov%25C3%25ADncia%2520de%2520Nampula.pdf>

APÊNDICES

Apêndice A: Questionário destinado aos funcionários de saúde do HCN

Questionário:

1. Idade:

- 18 a 30 ()
- 31 a 40 ()
- 41 a 50 ()
- + 51 ()

2. Sexo:

- Masculino ()
- Feminino ()

3. Categoria

- () Médico
- () Enfermeiro Geral licenciado
- () Enfermeiro Geral Médio
- () Técnico de medicina geral
- () Enfermeira pediátrica

4. Tempo de serviço na Enfermaira da pediatria:

- 1 a 2 anos ()
- 3 a 4 anos ()
- 5 a 6 anos ()
- 6 a 7 anos ()
- + 8 anos ()

5. Na sua perspectiva, o que entende por desnutrição aguda?

6. Com base nas suas experiências vivenciadas, quais tem sido as causas relacionadas com a desnutrição mais frequentes nas crianças internadas no sector?

- Desmame precoce ()
- Infecções recorrentes ()
- Condições financeiras ()

- Dietas pobres em vitaminas e minerais ()
- Outras:

7. Quais são as complicações mais frequentes nesses pacientes?

- Choque séptico ()
- Hipoglicemia ()
- Hipotermia ()
- Desidratação ()

8. Quais são os cuidados de enfermagem, prestados por si durante o manejo dos menores com desnutrição aguda?

9. Durante as suas actividades na Enfermeira da pediatria, tem realizado educação para a saúde para as mães das crianças internadas? Se sim, qual tem sido o impacto dessa Educação?

- Sim ()
- Não ()

10. Após a alta por melhorias das crianças inicialmente diagnosticadas com desnutrição aguda, quais têm sido as indicações oferecidas por si, para a mãe, de modo a garantir a prevenção da desnutrição nesses pacientes?

Apêndice B: Guião de observação de recolha de dados

1. Sexo

- Feminino ()
- Masculino ()

2. Raça

- Negra ()
- Branca ()

3. Idade

- 1 Mês ()
- 2 meses ()
- 1 ano ()
- 2 anos ()
- 3 anos ()
- 4 anos ()
- 5 anos ()
- 6 anos ()
- 7 anos ()

4. Diagnostico

- Marasmo ()
- Kwashiakor recorrentes ()
- Kwashiakor Marasmatico ()

5. Diagnosticos Associados

- Malaria
- BPN e sepses
- Gastroenterite aguda
- HIV/SIDA e Candidíase oral

5. Complicações

- Choque séptico ()
- Hipoglicemia ()
- Hipotermia ()
- Desidratação ()

6. Assistência de enfermagem
