



CAÁLA
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

**DEPARTAMENTO DE ENSINO E INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS DE SAÚDE CURSO
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM GERAL**

FELÍCIA CHIPONDIA KANYALI

**PROPOSTA DE UM GUIA DE ORIENTAÇÃO
VOLTADA AS MÃES COM
CRIANÇAS COM GASTROENTERITE DE 0 À 24 MESES DE IDADE
NO CENTRO MATERNO INFANTIL DA ECUNHA.**

CAÁLA, 2023

FELÍCIA CHIPONDIA KANYALI

**PROPOSTA DE UM GUIA DE ORIENTAÇÃO
VOLTADA AS MÃES COM
CRIANÇAS COM GASTROENTERITE DE 0 À 24 MESES DE IDADE
NO CENTRO MATERNO INFANTIL DA ECUNHA.**

Trabalho de fim de curso apresentado ao departamento de ensino e investigação em ciências de saúde do instituto superior politécnico da Caála como requisito parcial para obtenção do grau de licenciatura em Enfermagem Geral.

Orientador: Prof. Idalina Guida Chitau, Lic.

Dedico este trabalho a minha família que no momento da minha caminhada estudantil esteve sempre comigo.

AGRADECIMENTOS

A Deus em primeiro lugar que nos momentos difíceis da minha vida sempre esteve e está presente guiando-me.

Aos meus queridos pais, que sempre desde pequena me incentivaram seguir com os meus primeiros passos da minha longa formação.

Aos meus queridos irmãos que sempre nos momentos em que precisava de apoio moral estiveram sempre comigo em todos momentos da minha formação.

Ao meu querido esposo que sempre partilhamos as nossas dificuldades e conseguimos vencer e chegar a este momento tão esperado da minha vida.

Aos meus queridos filhos que em todos momentos da minha formação sentiram a minha ausência no momento que precisavam muito de mim.

Aos meus colegas que partilhamos tanto os conhecimentos científicos ao longo desta carreira estudantil que foi tão difícil.

A minha orientadora do trabalho de conclusão do curso, professora Idalina Guida Chitau, Lic., muito obrigada pela disposição e orientação.

A Direção do Instituto Superior Politécnico da Caála e a todos professores, por ter criado condições favoráveis, para que o nosso sonho se tornasse uma realidade.

Muito obrigada a todos!

"Minha energia é o desafio, minha
motivação é o impossível, e é por
isso que eu preciso ser, à força e a
esmo, inabalável". (Augusto
Branco)

RESUMO

As doenças causadas por Gastroenterites são comuns em todo o mundo e pode induzir a um amplo quadro de sintomas que vão desde um leve desconforto, à desidratação ou a morte se o tratamento não for administrado. **Objectivo:** Implementar uma guia para orientação de enfermagem a crianças menores de 24 meses de idade com gastroenterite, no Centro Materno Infantil do Ecuinha, no período de Janeiro à Junho de 2023. Trata-se de estudo prospectivo, com abordagem descritiva e qualitativa, que foi feito por meio de um formulário que foi como recolha de dados de crianças menores de 24 meses de idade diagnosticadas com gastroenterite no Centro Materno Infantil do Ecuinha. O estudo identificou os factores que influenciam a gastroenterite em 34 crianças atendidas no Centro Materno Infantil do Ecuinha, sendo que 7 (21%) consomem água não tratada, enquanto 18 (53%) foram registados com o desmame precoce. Diante do exposto, 19 (56%) crianças começaram a comer antes de 1 mês, 1 e 5 (15%) crianças começaram a comer de 4 a 5 meses de idade; das observadas 16 (47%) crianças são menores de 6 meses de idade, e 7 (21%) crianças são da faixa etária de 12 a 24 meses de idade, onde 5 (15%) de crianças residem na zona urbana, enquanto que 18 (53%) crianças residem na zona rural. Contudo, foi proposto um guia de orientação voltado a prevenção e controlo da gastroenterite em crianças menores de 2 anos de idade. Os factores que influenciaram a gastroenterite em crianças observadas no estudo actual 21% são por água não tratada, enquanto que 53% foram por desmame precoce; sendo assim, 56% de crianças começaram a comer antes de 1 mês, enquanto 15% começaram a comer de 4 a 5 meses de idade. Desta forma, observouse a faixa etária das crianças onde 47% são menores de 6 meses, e 21% da faixa etária de 12 a 24 meses de idade, sendo que 53% de origem rural, onde 38% são da faixa etária materna de 14 a 20 anos de idade. Contudo, foi proposto um guia de orientação voltado a prevenir e controlo da gastroenterite em crianças menores de 2 anos de idade.

Palavras – Chave: Gastroenterite; Guia de orientação, Crianças menores de 0 a 24 meses.

ABSTRACT

Gastroenteritis illnesses are common worldwide and can induce a wide range of symptoms ranging from mild discomfort, to dehydration or death if treatment is not administered. To implement a guideline for nursing guidance to children under 24 months of age with gastroenteritis, in the Maternal and Child Center of Ecuha, from January to June 2023. This is a prospective study, with a descriptive and qualitative approach, carried out by means of a form that for data collection of children under 24 months of age diagnosed with gastroenteritis in the Maternal and Child Center of Ecuha. The study identified the factors influencing gastroenteritis in 34 children attended at the Maternal and Child Center of Ecuha, with 7 (21%) consuming untreated water, while 18 (53%) were recorded with early weaning. In view of the above, 19 (56%) children started eating before 1 month, 1 and 5 (15%) children started eating from 4 to 5 months of age; of those observed 16 (47%) children are under 6 months of age, and 7 (21%) children are from the age group of 12 to 24 months of age, where 5 (15%) of children reside in the urban area, while 18 (53%) children reside in the rural area. However, a guideline aimed at prevention and control of gastroenteritis in children under 2 years of age was proposed. The factors influencing gastroenteritis in children observed in the current study 21% were due to untreated water, while 53% were due to early weaning; thus, 56% of children started eating before 1 month, while 15% started eating from 4 to 5 months of age. Thus, the age group of children was observed where 47% are under 6 months, and 21% from the age group of 12 to 24 months of age, with 53% from rural origin, where 38% are from the maternal age group of 14 to 20 years of age. However, a guideline was proposed to prevent and control gastroenteritis in children under 2 years of age.

Key- words: Gastroenteritis; Guidance, Children under 2 years old.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Factores que influenciaram a gastroenterite em crianças menores de 24 meses de idade. (n=34).	24
Gráfico 2 - Idade em que as mães introduziram alimentos na dieta das crianças. (n = 34).	25
Gráfico 3 - Faixa etária das crianças identificadas no estudo. (n = 34).	26
Gráfico 4 - Origem das crianças identificadas no estudo. (n = 34).....	27
Gráfico 5 - Gráfico 5 - Faixa etária materna das crianças identificadas no estudo. (n = 34).	28

SUMARIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1.Descrição Da Situação Problema	12
1.2 Objectivos	12
1.2.1. Geral	12
1.2.2 Específicos	12
1.3 Contribuição Do Trabalho	13
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1.Etiologia	14
2.2.Formas de transmissão	14
2.3.Classificação	15
2.4.Epidemiologia	15
2.5.Fisiopatologia	16
2.6.Quadro clínico	16
2.7.Diagnóstico	17
2.8Tratamento	18
2.9 Fatores de risco	19
2.10 Complicações	20
2.10 Intervenções de enfermagem	20
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	21
3.1.Tipo de estudo	21
3.2.Caracterização do local da pesquisa	21

3.3.Universo e Amostra	21
3.4.Critérios de inclusão e exclusão	22
3.5.Instrumento de pesquisa	22
3.6.Procedimento e análise de dados	22
3.6.1 Procedimento das variáveis	22
3.7.Aspectos Éticos e Bioéticos	23
4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
6. CONCLUSÕES	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
APÊNDICES	33
APÊNDICE A – TABELAS APLICADAS NO ESTUDO	33
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	34
APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA	35

1. INTRODUÇÃO

As doenças causadas por Gastroenterites são comuns em todo o mundo e pode induzir a um amplo quadro de sintomas que vão desde um leve desconforto, à desidratação ou a morte se o tratamento não for administrado (DE MORAIS, DA CRUZ, *et al.*, 2017).

A Gastroenterite é definida como a inflamação das membranas das mucosas do trato gastrointestinal e é caracterizada por diarreia ou vômitos, sendo mais comum na infância. É a terceira principal causa de mortes no mundo (GUIMARÃES e PRADA, 2018).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a UNICEF, a cada ano se registam no mundo dois bilhões de casos de gastroenterite, e 1.9 milhões de crianças com menos de 5 anos de idade morrem por causa de diarreia, fundamentalmente nos países em desenvolvimento (OLIVEIRA, PRUDENTE, *et al.*, 2018).

As crianças mais acometidas pela gastroenterite são aquelas provindas de famílias de baixa renda, baixa escolaridade, habitantes em áreas com escasso saneamento e tratamento de água inadequado (OLIVEIRA, SANTOS, *et al.*, 2017).

As gastroenterites em crianças ainda são uma das causas mais comuns de hospitalização e importante problema de saúde pública, no mundo. Resulta da infecção do tracto gastrointestinal por variados agentes patogênicos que alteram a função intestinal (BALIEIRO, SOARES e ORLANDI, 2018).

Assim episódios frequentes contribuem para malnutrição ao interferirem com a absorção de nutrientes aumentado provocado pela infecção e a redução da ingestão alimentos pelos vômitos (BALIEIRO, SOARES e ORLANDI, 2018).

As enfermidades causadas por gastroenterites compreendem um grupo de condições clínicas, cuja manifestação comum é palidez, febre, cólicas abdominais, indisposição, a presença de fezes de consistência diminuída associada ao aumento do número de dejeções vômitos (GUIMARÃES e PRADA, 2018).

Essas doenças estão veiculadas por água e alimentos mal cozidos e lavados, e representam um importante problema de saúde, tendo merecido crescente atenção pela elevada frequência e gravidade. Isto acontece muitas vezes, pelo desrespeito aos padrões

higiénicosanitários, podendo levar a contaminação de qualquer alimento (PEREIRA, RODRIGUES e BOUILLET, 2019).

As contaminações acontecem no processo de manipulação dos alimentos, bem como, por consequência da má higienização do ambiente e dos utensílios, alimentos guardados de forma inadequada e preparação incorrecta (DE MORAIS, DA CRUZ, *et al.*, 2017)

Os lactantes no primeiro ano de vida constituem o principal grupo de risco, tanto no que diz respeito à casos novos e os principais microrganismos causadores encontrados no intestino dos indivíduos são: a família das bactérias *Enterobacteriaceae* e nos gêneros *Campylobacter*, *Vibrio* e *H. Pylori* (GUIMARÃES e PRADA, 2018).

A etiologia da gastroenterite varia entre os países, dependendo de factores como factores socioeconómicos e clima. Cerca de 40% dos casos de diarreia nos primeiros 5 anos de vida devem-se a doenças causadas por vírus (FILHO, 2013).

1.1. Descrição Da Situação Problema

O internamento devido a desidratação causada pela gastroenterite em crianças no Centro Materno Infantil do E Cunha, tem sido frequentemente, tem-se registado frequentemente em crianças menores de 24 meses de idade, ocasionando a desidratação, a desnutrição ou até mesmo a morte, e para que haja uma redução deste casos e do seu internamento, é necessário a implementação de um guia de orientação dirigido as mães com crianças que se encontram nesta situação, para que saibam como prevenir a gastroenterite e posteriormente reduzir a ocorrência e o internamento de crianças com um estado de desidratação grave. Desta forma, que orientações necessárias para mães com crianças menores de 24 meses de idade, diagnosticadas com gastroenterite no Centro Materno infantil do E Cunha, no período de Janeiro a Junho de 2023.

1.2 Objectivos

1.2.1. Geral

Implementar uma guia para orientação de enfermagem a crianças menores de 0 a 24 meses de idade com gastroenterite, no Centro Materno Infantil do E Cunha, no período de Janeiro à Junho de 2023.

1.2.2 Específicos

- 1) Identificar os factores que influenciaram a gastroenterite em crianças**

menores de 0 a 24 meses de idade, atendidas no Centro Materno Infantil do Ecunha.

2) Caracterizar o perfil socio demográfico de mães com crianças menores de 0 a 5 anos de idade atendidas com gastroenterite no período em estudo.

3) Elaborar um guia para orientação de enfermagem a crianças menores de 0 a 24 meses de idade com gastroenterite.

1.3 Contribuição Do Trabalho

Esta pesquisa irá contribuir bastante na redução de casos de gastroenterite e de mortes causadas por esta patologia e o número de internamentos, através de sensibilização e orientações que serão contidas no guia de orientação para todas mães portadoras de crianças menores de 0 a 24 meses de idade com gastroenterite.

A criação de um guia de orientação para mães com crianças menores de 0 a 24 meses de idade, influenciará na redução de casos de gastroenterite no Centro Materno infantil do Ecunha, sendo que estará voltado a sensibilização de famílias das crianças nesta faixa etária, na prevenção da gastroenterite e diminuição da ocorrência e suas complicações que tanto causam um grande número elevado de crianças internadas com desidratação.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A gastroenterite aguda (GEA) pode ser definida pela presença de episódios de diarreia que em geral são acompanhadas de um quadro prévio de náusea, vômitos, dor abdominal e em alguns casos febre baixa, porém em uma maioria considerável dos casos pode ser conduzido como um quadro autolimitado. A etiologia mais frequente de casos de GEA pode ser atribuída a vírus, no entanto, a infecção pode ocorrer por causas bacterianas, protozoárias e helmínticas (BATISTA e DE ABRANTES, 2020).

2.1 Etiologia

A gastroenterite pode ser atribuída ao grande número de causas e mecanismos específicos. Os factores que predispõem uma criança à diarreia e suas consequências fisiológicas incluem pouca idade, desnutrição, imunodeficiência congénita ou adquirida, falta de água potável, compreensão insuficiente de higiene por parte das crianças e pais, as aglomerações humanas, e condições higiénicas precárias, com recursos inadequados para o preparo e a refrigeração dos alimentos (SIQUEIRA, FRANCO, *et al.*, 2021).

A etiologia da gastroenterite na infância pode estar relacionada com agentes infecciosos como vírus, bactérias e parasitas, ou agentes não infecciosos, como intolerância a dissacarídeos, proteínas, uso de drogas e outras condições que menos frequentemente podem iniciar a apresentação do quadro com uma diarreia (DE SOUZA, DA SILVA, *et al.*, 2022):

Bactérias – *Staphylococcus aureus*, *Campylobacter jejuni*, *Escherichia coli* enterotoxigênica, *Escherichia coli* enteropatogênica, *Escherichia coli* enteroinvasiva, *Escherichia coli* enterohemorrágica, *Salmonelas*, *Shigella dysenteriae*, *Yersinia enterocolitica* e *Vibrio cholerae*.

Vírus - *Astrovírus*, *Calicivírus*, *Adenovírus entérico*, *Norwalk*, *Rotavírus*.

Parasitas – *Entamoeba histolytica*, *Cryptosporidium*, *Balantidium coli*, *Giardia lamblia* e *Isosporabell*.

2.2 Formas de transmissão

Existem várias formas de transmissão da diarreia e as crianças são os principais alvos

dessa doença. Da interpretação de Celestino (2012, p.23) “a transmissão faz-se principalmente através da água e de alimentos contaminados pelas fezes de doentes, pelas mãos contaminadas de doentes ou pessoas que mesmo sem apresentarem sintomas estão eliminando agentes patogênicos”. Ainda, objetos contaminados conduzidos a boca, como brinquedos, chupetas, entre outros são fontes de contaminações (BATISTA e DE ABRANTES, 2020).

A transmissão é fecal-oral (alta excreção nas fezes uma trilha de partículas virais/ml de fezes), por água ou alimentos, contato interpessoal, objetos contaminados e, provavelmente, por secreções respiratórias (LAMAS, MICHELS, *et al.*, 2021).

Em certas épocas do ano ocorre tendência de elevação da incidência das diarreias, esse fato vincula-se principalmente à elevação da temperatura média ambiental e ao regime das chuvas, cuja favorece a produção e transmissão de alguns agentes. Além desses, outros fatores particulares às regiões devem ser considerados e pesquisados quanto à possibilidade de modificar o comportamento das diarreias (OLIVEIRA, SANTOS, *et al.*, 2017).

2.3 Classificação

A diarreia de origem não inflamatória geralmente é provocada por vírus, a exemplo do rotavírus, possuindo caráter secretivo, mantendo a integridade da mucosa intestinal. Pode haver irritação gástrica associada, traduzida por náuseas e vômito. Em geral, o paciente se apresenta afebril, com queixa de cólicas abdominais e diarreia aquosa, não sanguinolenta (OLIVEIRA, PRUDENTE, *et al.*, 2018).

A diarreia inflamatória possui caráter invasivo, ou seja, cursa com ruptura da mucosa intestinal, sendo de etiologia bacteriana, parasitária ou provocada por toxinas. Por ser um quadro de pior evolução, geralmente cursa com febre alta, tenesmo e disenteria (fezes sanguinolentas ou com presença de muco). Ao contrário da diarreia de caráter não inflamatório, possui um menor volume de fezes. Dentre os agentes etiológicos, pode-se citar a *Salmonella*, *E. coli* e *Clostridium difficile* (LAMAS, MICHELS, *et al.*, 2021).

2.4 Epidemiologia

A gastroenterite é a segunda principal causa de morbidade e mortalidade em todo o mundo. Contextualizando a epidemiologia na gastroenterite, nomeadamente em surtos, têm grande importância na Saúde Pública, para uma averiguação do acontecimento em grupos

familiares, que partilham um alimento comum ou em viajantes, tendo em conta que estas estão diretamente relacionadas à utilização de alimentos e água de má qualidade, apontando a falta de um bom saneamento básico no processo de saúde (DE SOUZA, DA SILVA, *et al.*, 2022).

2.5 Fisiopatologia

A infecção do trato gastrointestinal por peptógenos produz a diarreia através dos seguintes mecanismos: Produção de enterotoxinas que estimulam a secreção de água e eletrólitos e invasão direta e destruição das células epiteliais do intestino; inflamação local e invasão sistêmica pelos microrganismos. Por tudo isto os mecanismos que provocam a diarreia devem ser uma tarefa importante para todos no combate a este flagelo. A medicina deve elaborar planos e estratégias, como na prevenção e tratamento (LAMAS, MICHELS, *et al.*, 2021).

2.6 Quadro clínico

A obtenção de história completa, deve ser o primeiro passo na avaliação do paciente que se apresenta com diarreia. Características clínicas relevantes incluem: (1) quando e como a doença começou, se abrupta ou gradual, e duração dos sintomas; (2) características das fezes; (3) frequência de evacuações e quantidade relativa de fezes produzidas; (4) presença de sintomas disentéricos (febre, tenesmo, sangue e / ou pus nas fezes); (5) sintomas de desidratação (sede, taquicardia, hipotensão ortostática, diminuição da quantidade de urina, letargia, diminuição do turgor da pele); (6) os sintomas associados, frequência e intensidade (náuseas, vômitos, dor abdominal, câimbras, cefaléia, mialgias, sensorio alterado) (SIQUEIRA, FRANCO, *et al.*, 2021).

Entretanto, utilizar uma combinação dos sinais e sintomas para avaliar a desidratação é um método mais preciso do que usar apenas um único sinal. Avaliação clínica em geral, a desidratação é definida como (LAMAS, MICHELS, *et al.*, 2021):

- 1) Leve: sem alterações hemodinâmicas (cerca de 5% do peso corporal em crianças e 3% em adolescentes)
- 2) Moderada: taquicardia (cerca de 10% do peso corporal em crianças e 56% em adolescentes)
- 3) Grave: hipotensão com perfusão prejudicada (cerca de 15% do peso corporal em crianças e 7-9% em adolescentes).

Tabela 1 – Avaliação presença dos sinais de perigo na desidratação

Observar	A	B	C
Condição	Bem alerta	Irritado, intranquilo	Comatoso, hipotônico*
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Boca e língua	Úmidas	Secas	Muito secas
Sede	Bebe normalmente	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber*
Examinar			
Sinal da prega	Desaparece Rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Cheio	Rápido, débil	Muito débil ou ausente*
Enchimento capilar ¹	Normal (até 3 segundos)	Prejudicado (3 a 5 segundos)	Muito prejudicado (mais de 5 segundos)*
Conclusão	Não tem desidratação	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos acima, existe desidratação	Se apresentar dois ou mais dos sinais descritos, incluindo pelo menos um dos assinalados com asterisco, existe desidratação grave
Tratamento	Plano A Tratamento domiciliar	Plano B Terapia de reidratação oral no serviço de saúde	Plano C Terapia de reidratação parenteral

Fonte: (BATISTA e DE ABRANTES, 2020)

Os exames de laboratório são geralmente reservados para crianças moderada ou gravemente enfermas, quando são mais comuns os distúrbios eletrolíticos (p. ex., hipernatremia, hipopotassemia, acidose metabólica ou alcalose metabólica), e para crianças que precisam de terapia IV com líquidos. Outras anormalidades laboratoriais na desidratação incluem policitemia relativa resultante da hemoconcentração, nitrogênio da ureia sanguínea elevada e aumento da densidade urinária (BALIEIRO, SOARES e ORLANDI, 2018).

2.7 Diagnóstico

Associado a história clínica a avaliação física é fundamental uma vez que os sinais de desidratação como tempo de enchimento capilar aumentado, queda da pressão arterial, turgor e rebaixamento do nível de consciência são parâmetros que devem ser utilizados para definir a abordagem terapêutica e enquadramento do paciente dentro dos planos de hidratação (BATISTA e DE ABRANTES, 2020).

O diagnóstico da diarreia aguda não apresenta em geral dificuldades, o próprio paciente, família o firma, ou o médico caberá confirmar o diagnóstico, certificando-se de que a diarreia contada é real, não apenas a passagem frequente de fezes formada (SIQUEIRA, FRANCO, *et al.*, 2021).

2.8 Tratamento

A base para o tratamento de um paciente com desidratação considerada leve ou moderada com um quadro clínico de gastroenterite é pautado pela reposição volêmica com solução de reidratação oral (GUIMARÃES e PRADA, 2018).

A OMS recomenda as soluções de reidratação oral com concentrações de eletrólitos; também podem ser preparadas por mistura de 3,5 g de NaCl, 2,5 g de NaHCO₃, 1,5 g de KCl, e de 20 g de glicose (Por exemplo, 40 g de sacarose ou 4 colheres de sopa de açúcar ou 50-60 g de farinha de cereais cozidas, tais como arroz, milho, trigo, ou batata) por litro de água limpa.

Isto faz uma solução de cerca de 90 ml de Na, K 20 ml, Cl 80 ml, HCO₃ 30 mM, e 111 mM de glicose. Como a terapia de reidratação oral tem sido amplamente aplicável em todo o mundo, foi saudada em 1978 como "potencialmente o avanço médico mais importante deste século" (LAMAS, MICHELS, *et al.*, 2021).

Via Oral: Terapia De Reidratação Oral: TRO3 Indicação: desidratação leve ou moderada e crianças > 4 meses, sem vômitos persistentes (OLIVEIRA, PRUDENTE, *et al.*, 2018).

Volume: - Hidratação: Dar 100ml/Kg/4 horas ou 25ml/Kg/h. (ou mais). - Manutenção: A cada evacuação acrescentar: 60 a 120ml (< 2 anos); 120 a 240ml para (> 2 a 10 anos); à vontade para > de 10 anos. Recomendações: pode haver ingestão de água a vontade, desde que não prejudique a de soro. Se o paciente não está desidratado pode dar soro à vontade e a cada evacuação. Após alta dar 2 dias de suprimento de soro oral (SIQUEIRA, FRANCO, *et al.*, 2021).

A administração desta solução não só é de salvamento em casos de diarreia grave em locais onde fluidos EV não estão disponíveis, mas também é menos dolorosa, mais segura, menos dispendiosa e superior à administração de fluidos EV para as pessoas que são capazes de tomar líquidos por via oral. A sede do paciente diminui à medida que é reidratado, o que ajuda a proteger contra super hidratação (OLIVEIRA, PRUDENTE, *et al.*, 2018).

Ainda que as condutas relacionadas a gastroenterite aguda sejam mínimas e em geral se dão pela prescrição de sintomáticos e hidratação oral, o paciente fica susceptível a possíveis complicações como desidratação grave e desenvolvimento de distúrbios hidroeletrólíticos ocasionados pelo número aumentado de evacuações e episódios recorrentes de vômitos, sobretudo, em pacientes que já apresentam patologias prévias que possam agravar o quadro (VIEIRA, DE SIQUEIRA, *et al.*, 2022).

A Terapêutica de Reidratação Oral (TRO) é uma Programa que tem por objetivo corrigir o desequilíbrio hidroeletrólítico restabelecendo em nível de água e eletrólitos que foram reduzidos durante o período da diarreia (OLIVEIRA, SANTOS, *et al.*, 2017).

O Tratamento de Reidratação Oral consiste na administração de soluções apropriadas pela via oral para evitar ou corrigir a desidratação produzida pela diarreia. É um método custo/efetivo para o manejo da gastroenterite aguda e também reduz a necessidade de internação tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (BALIEIRO, SOARES e ORLANDI, 2018).

Os sais de reidratação orais (SRO) usadas na TRO contêm quantidades específicas de sais importantes que são perdidas nas evacuações diarreicas.

2.9 Fatores de risco

Vários fatores estão relacionados ao elevado número de casos de diarreia, são eles (PEREIRA, RODRIGUES e BOUILLET, 2019):

1) **Idade** - porque a maioria dos casos fica compreendido dos 0 a 5 anos com destaque para a faixa etária <1 porque nessa faixa etária tem um sistema imunológico mais frágil.

2) **Amamentação** - Muitas mães ainda até hoje com todos os

conhecimentos que tem não amamentam os seus filhos adequadamente. Não alimentar as crianças idealmente até aos dois anos e com o leite materno até pelo menos seis meses de vida, prejudica e muito a criança, isto porque o leite materno contém anticorpos e outras substâncias antimicrobianas que protegem as crianças das doenças.

3) **Desnutrição** - Existem algumas Crianças desnutridas nesta ilha, e a gravidade, a duração e o risco de morrer com diarreia aumenta em crianças desnutridas.

4) **Imunodeficiência** – esta pode ser temporal, devido a certas infeções virais (por exemplo o Sarampo).

5) **Clima** - tem um clima quente, e as doenças diarreicas aumentam no estação quente, e durante a estação das chuvas.

2.10 Complicações

A desidratação é uma das principais complicações da gastroenterite em criança 0 a 24 meses, e a mais frequente e mais assustadora da diarreia aguda, ocorrido em crianças menores 0 a 24 meses, pelas características da composição corpórea das crianças nesse grupo etário, devido a perdas superior a ingestão de líquidos perdidos (DE SOUZA, DA SILVA, *et al.*, 2022).

2.10 Intervenções de enfermagem

A capacitação dos agentes de saúde, líderes comunitários e demais grupos que actuam em prol da saúde, prevenção e educação, principalmente juntos das comunidades e em especial as crianças e famílias carentes, a prevenção é fator decisivo. Pois prevenção na óptica é todas as ações específicas que são implementadas consoante a fase da doença com o objetivo de evitar ou reduzir o seu impacto no indivíduo.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo prospectivo, com abordagem descritiva e qualitativa, feito por meio de um formulário que serviu na recolha de dados de crianças menores de 24 meses de idade diagnosticadas com gastroenterite no Centro Materno Infantil do Ecuinha, no período de Janeiro à Junho de 2023.

3.2 Caracterização do local da pesquisa

Ecuinha, também grafada como Ekunha, é uma cidade e município da província do Huambo, em Angola. Tem 1 677 km² e cerca de 92 mil habitantes. O município da Ecuinha localiza-se na parte central da província do Huambo tendo como limites a norte os municípios de Longuimbale e Bailundo, a leste o município de Huambo, a sul o município de Caála, e a oeste os municípios de Longonjo e Ucuma. O município é constituído pela comuna-sede, correspondente à cidade de Ecuinha, e pela comuna de Quipeio.

O Município é habitado por três grupos étnicos, os huambos, bailundos e sambos, com pequenas comunidades de ganguelas e chócues. O clima é do tipo temperado, com inverno seco e verão chuvoso com precipitação média anual na ordem dos 1.400mm e temperatura média anual é de 19,6°C.

O Centro Materno Infantil do Ecuinha, localiza-se dentro do quintal do Hospital do Ecuinha, na Comuna Sede. Funciona 24 horas por dia com os Serviços de Banco de Urgências de Pediatria, Maternidade, áreas do Laboratório clínico, Farmácia e um Depósito de Medicamentos, Programa Alargado de Vacinação, Planeamento familiar, Área de Puericultura e Enfermaria dos desnutridos com 7 camas, área das consultas, pré-natal, sala de parto e pós-parto com 7 camas, enfermarias de internamento da Pediatria com 16 camas e uma área administrativa.

3.3 Universo e Amostra

Foi representada por uma amostra de 34 crianças menores de 24 meses de idade, na generalidade de uma amostra de 184 crianças atendidas no Centro Materno Infantil do E Cunha, no período de Janeiro à Junho de 2023.

3.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas todas crianças menores de 24 meses de idade, atendidas no Centro Materno Infantil do E Cunha com gastroenterite. Os critérios de exclusão atenderam registos de crianças menores de 0 a 5 anos de idade que não foram diagnosticadas com gastroenterite e aqueles que não aceitarão participar do estudo.

3.5 Instrumento de pesquisa

Para o alcance do cumprimento dos objectivos deste estudo, foi utilizado um questionário para a recolha dirigida a mães com crianças menores de 24 meses de idade, internadas com gastroenterite no Centro Materno Infantil do E Cunha, no período em estudo.

3.6 Procedimento e análise de dados

Os dados foram seleccionados e submetidos à análises e após foram transferidos para o banco de dados do *Programa Microsoft Office Excel 2010*, para a elaboração de gráficos, tabelas e cálculos percentuais.

3.6.1 Procedimento das variáveis

1) Factores que influenciaram a gastroenterite em crianças menores de 0 A 5 anos de idade.

- a) Fonte de água para consumo
- b) Desmame precoce
- c) Cumprimento vacinal

A idade em que o bebé começou a comer:

- a) Menos de 1 mês ()
- b) De 1 a 3 meses ()
- c) De 4 a 5 meses ()

2) Identificar o perfil sociodemografico de mães com crianças identificadas

no estudo

a) **Origem:**

b) Bairro:.....

c) Zona rural: Suburbana: Urbana

d) **Faixa etária materna**

14 – 25 Anos

26 – 30 Anos

31 – 35 Anos

36 – 40 Anos

3) Existe um guia de orientação para casos de gastroenterite a)

Sim (). b)

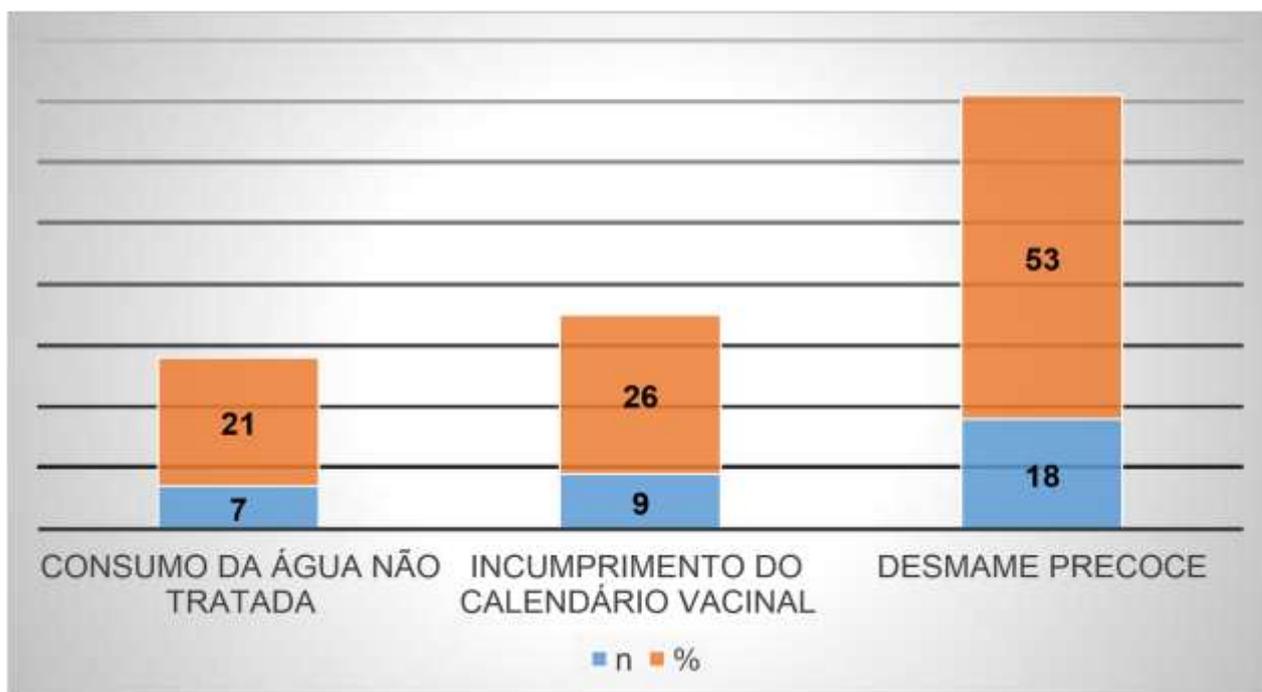
Não ().

3.7 Aspectos Éticos e Bioéticos

O estudo será avaliado pelo Comité de Ética do Instituto Superior Politécnico da Caála, no Programa de Graduação. Foi observado o cumprimento dos princípios éticos e bioéticos estabelecidos pelo Programa e também internacionalmente reconhecidos. Foi salvaguardado a privacidade e o consentimento informado. Para a autorização de obtenção de dados, foi endereçada uma carta à Direcção do Centro Materno Infantil do E Cunha. Ressalta-se que a pesquisa não apresenta conflitos de interesse.

4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Gráfico 1 – Factores que influenciaram a gastroente em crianças menores de 0 a 24 meses de idade. (n=34).



Fonte: Dados de crianças do Centro Materno Infantil do Ecuinha, (2023).

O gráfico 1 observa-se os factores que influenciaram a gastroenterite em crianças observadas no estudo actual, sendo que 7 (21%) consomem água não tratada, 9 (26%) foram identificados com o incumprimento do calendário vacinal, enquanto que 18 (53%) foram registados com o desmame precoce.

Convém destacar que, neste estudo a maior ocorrência apontou para o desmame precoce com 53% das crianças identificadas, que influenciou desta forma o surgimento da gastroenterite devido a introdução precoce de alimentos na dieta das crianças.

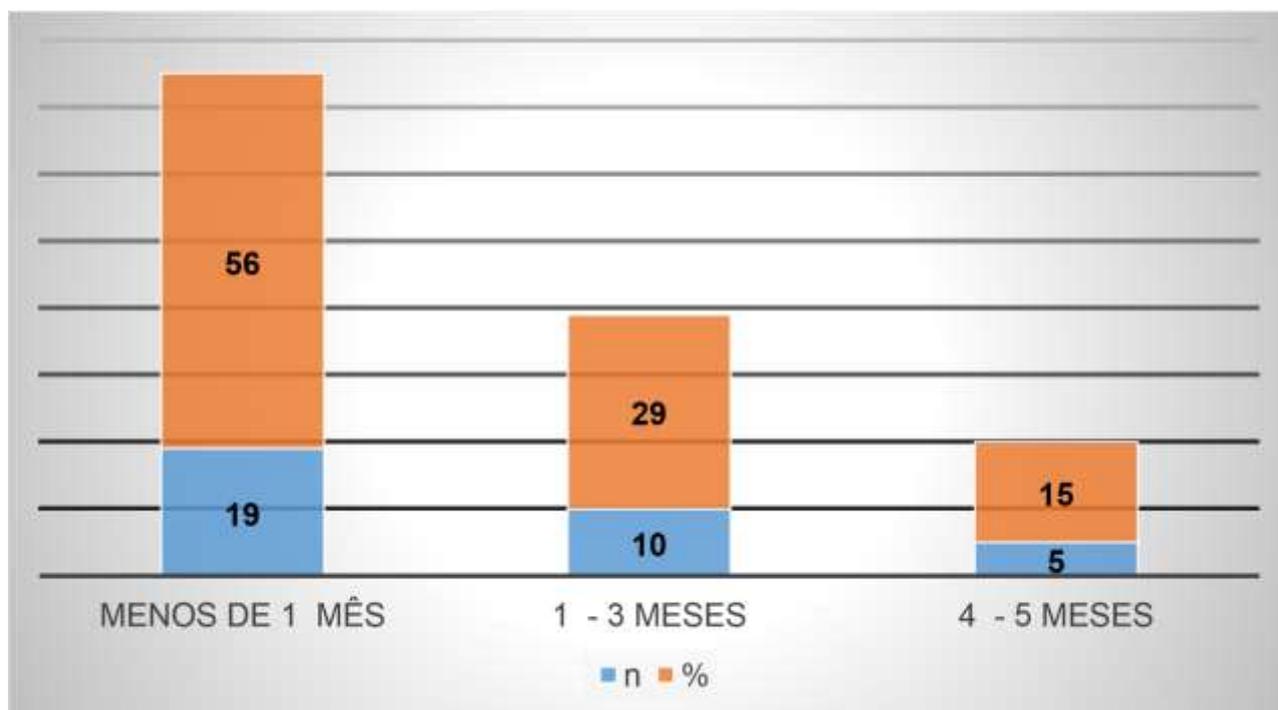
Sendo assim, Siqueira, Franco, *et al.*, (2021), aponta que a gastroenterite é provocada pela presença de microrganismos de diferentes etiologias, que irritam o estômago, caracterizando-se como uma síndrome em que há aumento do número de evacuações, com alteração na consistência e aspecto das fezes.

Batista, e de Abrantes, (2020), indicam que as condições de saneamento mostraram-se intrinsecamente associadas à ocorrência das doenças diarreicas, por favorecerem as vias de transmissão fecal-oral, contato interpessoal ou com objetos contaminados. (SOUZA, DA

SILVA, *et al.*, 2022)

Um estudo desenvolvido por Sousa, da Silva, *et al.*, (2022), no estudo por eles produzido, observaram uma decadência da cobertura vacinal em crianças menores de 5 anos de idade, suscitando desta forma uma ocorrência maior de internamentos de crianças com gastroenterite.

Gráfico 2 - Idade em que as mães introduziram alimentos na dieta das crianças. (n = 34).



Fonte: Dados de crianças do Centro Materno Infantil do Ecuinha, (2023).

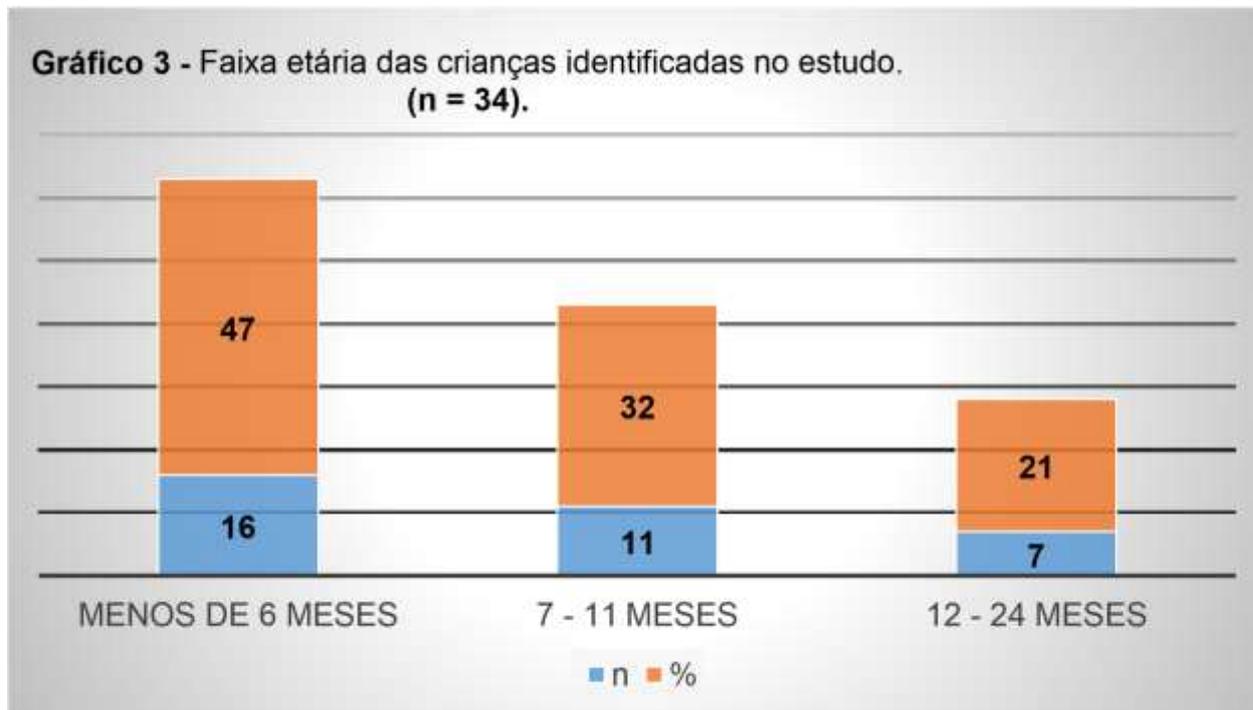
Observa-se no gráfico 2 a idade em que as mães das crianças introduziram alimentos na dieta das crianças identificadas no estudo actual, onde 19 (56%) crianças começaram a comer antes de 1 mês, 10 (29%) crianças de 1 a 3 meses, enquanto que 5 (15%) crianças começaram a comer de 4 a 5 meses de idade.

Sendo assim, Souza, da Silva, *et al.*, (2022), observaram a maior ocorrência de 56% internamentos de crianças que começaram a comer com menos de 1 mês de idade, e este registo influenciou tanto no surgimento de episódios de gastroenterite, facto também por sua vês que foi identificado no estudo actual.

Tal facto, segundo Batista, e de Abrante, (2020), identificaram que, dentre os factores de risco que estão relacionados ao aumento da morbimortalidade infantil por gastroenterite, destaca-se a pobreza, o baixo nível de escolaridade dos pais, as condições precárias ou ausência

dos serviços de saneamento, a prematuridade, o curto período de amamentação e a desnutrição, que representam aspectos comumente encontrados em países em desenvolvimento.

Gráfico 3 - Faixa etária das crianças identificadas no estudo. (n = 34).

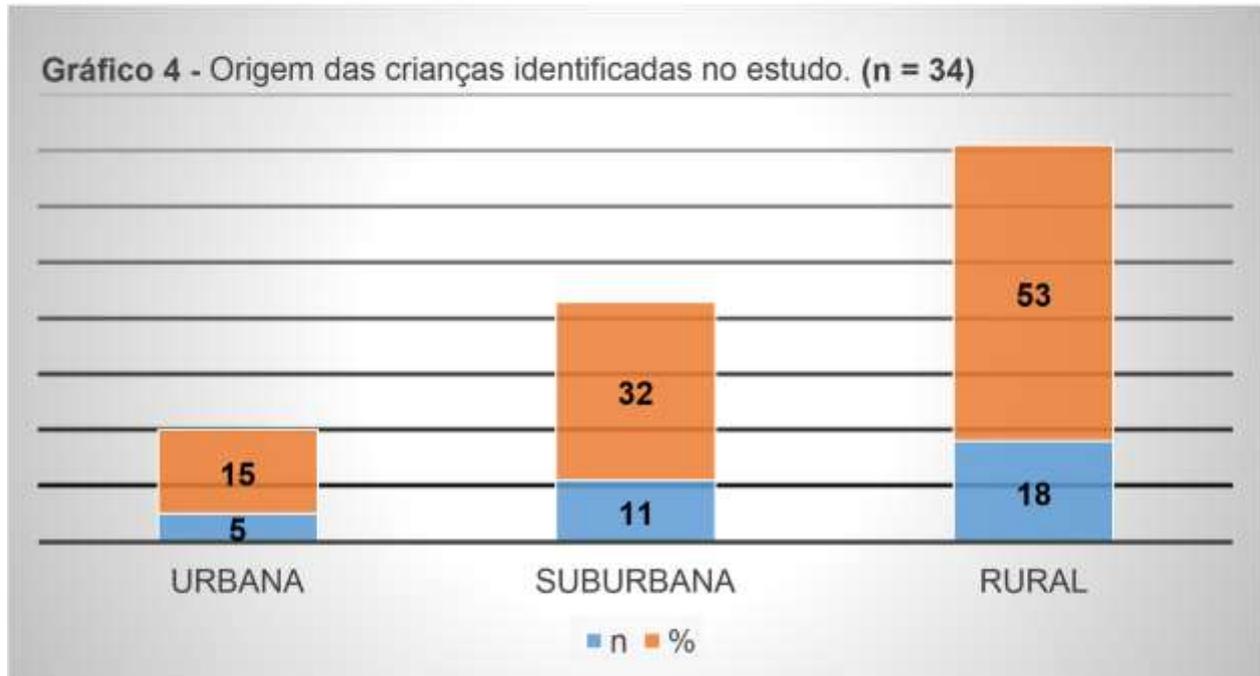


Fonte: Dados de crianças do Centro Materno Infantil do Ecuinha, (2023).

No gráfico 2 observa-se a faixa etária das crianças identificadas no estudo actual, onde 16 (47%) crianças são menores de 6 meses de idade, 11 (32%) são da faixa etária de 7 a 11 meses de idade, enquanto que 7 (21%) crianças são da faixa etária de 12 a 24 meses de idade.

Segundo o estudo identificado por Lima, Michels, *et al.*, (2021), observaram crianças com gastroenterite sendo que foram identificado a faixa etária de crianças menor de seis meses devido as infecções ocasionada por causa do início da marcação dos primeiros passos para o início de gatinhar e o facto que que as crianças levam tudo na boca que encontram no chão.

Gráfico 4 - Origem das crianças identificadas no estudo. (n = 34)

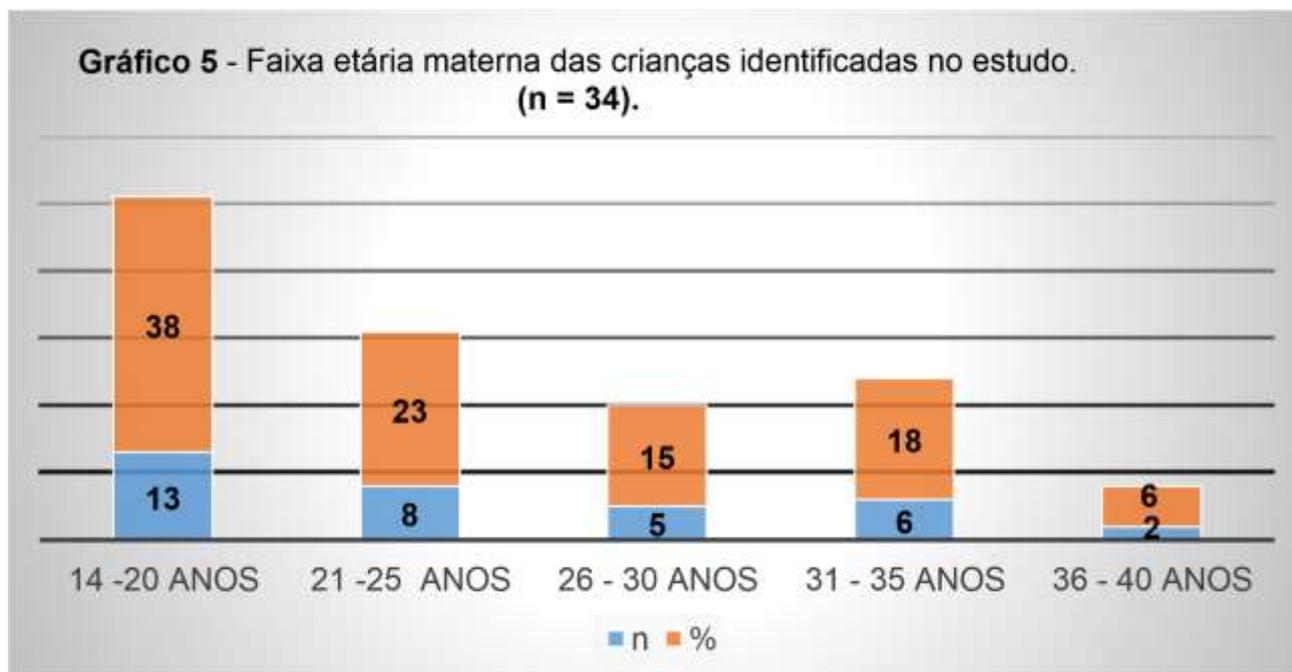


Fonte: Dados de crianças do Centro Materno Infantil do E Cunha, (2023).

O gráfico 4 versa sobre a origem das crianças observadas no estudo actual sendo que 5 (15%) crianças residem na zona urbana, 11 (32%) crianças são de origem suburbana, enquanto 18 (53%) crianças residem na zona rural. Salienta-se ainda que foi identificado nesta pesquisa a maioria com 53% das crianças de origem rural.

Segundo a pesquisa feita por Batista, de Abrantes, *et al.*, (2020), refletiram que os determinantes e condicionantes sociais de saúde, incluindo a dificuldade no acesso aos serviços e atendimento diante das suas necessidades e demandas, bem como as precárias condições de acesso à água potável, sendo estes aspectos essenciais que interferem na internação e óbito entre as crianças menores de cinco anos.

Gráfico 5 - Gráfico 5 - Faixa etária materna das crianças identificadas no estudo. (n = 34).



Fonte: Dados de crianças do Centro Materno Infantil do Ecunha, (2023).

No gráfico 5 observa-se a faixa etária materna das crianças identificadas neste estudo, onde 13 (38%) são da faixa etária de 14 a 20 anos de idade, 8 (23%) de 21 a 25 anos de idade, 5 (15%) de 26 a 30 anos de idade, 6 (18%) são de 31 a 35 anos de idade, enquanto que 2 (6%) são de 36 a 40 anos de idade. Desta forma, não foi identificado estudos na literatura que se relacionam com a idade materna de crianças com gastroenterite para servir de discussão, sendo assim, a faixa etária materna de 14 a 20 anos apresentou-se com um maior registro.

5. PROPÓSTA DA SOLUÇÃO

Proposta de guia de orientação voltado a prevenir e controlo da gastroenterite em crianças menores de 2 anos de idade.

O que é?

A gastroenterite é uma doença comum nos primeiros anos de vida e caracteriza-se por uma inflamação da mucosa do estômago e intestino. A causa é na maioria das vezes viral, sendo o rotavírus o principal causador da mesma. É habitualmente benigna com duração de cerca de 4 a 5 dias.

Quando acontece?

A **gastroenterite** é o distúrbio digestivo mais comum na infância, principalmente entre crianças com menos de 5 anos de idade, e pode estar ligada a intoxicações alimentares. A forma viral normalmente é adquirida quando a criança tem contato com uma pessoa infectada ou ingere água ou alimentos contaminados.

1. A higienização das mãos é a medida mais econômica e simples na prevenção de doenças, e deve ser realizada com técnica adequada.

Quando as mãos devem ser higienizadas na unidade escolar?

- a) Ao chegar ao trabalho;
- b) Antes de preparar os alimentos;
- c) Antes de alimentar as crianças;
- d) Antes das refeições;
- e) Antes e após cuidar das crianças (troca de fralda, limpeza nasal, etc.);
- f) Após tocar em objetos sujos;
- g) Antes e após o uso do banheiro;
- h) Após a limpeza de um local;
- i) Após remover lixo e outros resíduos;
- j) Após tossir, espirrar e/ou assuar o nariz;
- k) Ao cuidar de ferimentos;

l) Antes de administrar medicamentos;

m) Após o uso dos espaços coletivos

DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

1. Oferta exclusiva de leite materno até os 6 meses de idade, sem complementação de nenhum tipo.

2. Introdução gradativa de outros alimentos a partir do 6º mês, mantendo o leite materno até os 2 anos ou mais

3. Após os 6 meses, complementação alimentar três vezes ao dia, se a criança estiver amamentando, ou 5 vezes ao dia, se estiver desmamada

4. Oferta de alimentos complementares de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e respeitando o apetite da criança.

5. Oferta de alimentos espessos e com colher no início da complementação, aumentando a consistência de forma gradativa.

6. Oferta de alimentação variada e colorida.

7. Estímulo ao consumo de frutas, verduras e legumes nas refeições

8. Uso moderado de sal evitando açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes balas, salgadinhos e outros alimentos afins

9. Garantia de higiene, manuseio, armazenamento e conservação dos alimentos de forma adequada

10. Estímulo da criança doente e convalescente para a alimentação habitual e preferida, respeitando a sua aceitação

6. CONCLUSÕES

Os factores que influenciaram a gastroenterite em crianças observadas no estudo actual, são 21% por consumem água não tratada, 26 por causa do incumprimento do calendário vacinal, enquanto que 53% foram por desmame precoce. Sendo assim, 56% de crianças começaram a comer antes de 1 mês, enquanto 15% crianças começaram a comer de 4 a 5 meses de idade.

Desta forma, observou-se no estudo a faixa etária das crianças onde 47% são menores de 6 meses, e 21% da faixa etária de 12 a 24 meses de idade, sendo que 53% de origem rural, 38% da faixa etária materna de 14 a 20 anos de idade.

Contudo, foi proposto um guia de orientação voltado a prevenir e controlo da gastroenterite em crianças menores de 2 anos de idade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALIEIRO, K. C.; SOARES, L. A.; ORLANDI, P. P. Gastroenterites humanas: troenterites humanas. **Revista on-line** <http://www.scientia-amazonia.org>. ISSN:2238.1910. **Scientia Amazonia**, v. 7, n.2, CS12-CS17, 2018, 2018.
- BATISTA, D. N.; DE ABRANTES,. Perfil epidemiológico e análise espaço-tempo dos óbitos por diarreia em crianças e adolescentes no Brasil. **Temas em Saúde, João Pessoa**, v. 20, n. 1, p. 288 - 304, 2020. ISSN 2447-2131.
- DE MORAIS, M. B. et al. Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. **Guia Prático de Atualização. Nº 1, Março de 2017**, p. 1-15, 2017.
- DE SOUZA, S. et al. Internações hospitalares por gastroenterites em uma capital da Amazônia Ocidental: um panorama epidemiológico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. 1 8, Abril 2022. ISSN 2525-3409.
- FILHO, H. M. Gastroenterites infecciosas. **JBM Março/AbriL, 2013 VOL. 101 No 2** p. 25-29, 2013.
- GUIMARÃES, P. D. R.; PRADA, F. J. Epidemiologia das gastroenterites no Município de Juína. **Revista Saúde Viva Multidisciplinar da AJES**, v. 1, n. 1, p. 1 - 156, Ago./Dez. 2018, v. 1, p. 1 - 156, Dezembro 2018. ISSN 2595-8615.
- LAMAS , M. et al. Gastroenterite aguda em Pacientes Pediátricos. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 5, p. 21569-21576, Outubro 2021. ISSN 2595-6825.
- OLIVEIRA, L. A. et al. Relação entre diarreia infantil e hospitalização por desidratação. **Rev Soc Bras Clin Med. 2018 abr-jun;16(3):160-163**, São Paulo-Brasil, v. 16, p. 160-163, Junho 2018.
- OLIVEIRA, M. J. et al. Assistência de enfermagem no cuidado a diarreia infantil: revisão de literatura. **ReonFacema. 2017 Jan-Mar; 3(1):401 -406**, Maranha - Brasil, v. 3, p. 401 -406, Março 2017. ISSN 2447-2301.
- PEREIRA, J. R.; RODRIGUES, N. L.; BOUILLET, L. É. Diarreia infantil: avaliação dos cuidados maternos na prevenção e tratamento. **Rev Enferm UFPI. 2019 Oct-Dec;8(4):1 1 -7**, Pará-Brasil, v. 8, p. 1 1 -17, Dezembro 2019. ISSN 2238-7234.
- SIQUEIRA, et al. Panorama da diarreia e da gastroenterite entre crianças brasileiras na última década. **Rev. Saúde. Com**, Bahia, Brasil, v. 16, n. 4, p. 1951-1958, Março 2021. ISSN 1809-0761.
- SOUZA, et al. Internações hospitalares por gastroenterites em uma capital da Amazônia Ocidental: um panorama epidemiológico. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 6, p. 1 -8, Abril 2022. ISSN 2525-3409.
- VIEIRA, P. et al. A prevalência de internações hospitalares por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa em crianças de 0 a 4 anos no município de Macaé/RJ. **Research, Society and Development**, Rio de Janeiro, Brasil, v. 11, n. 1, p. 1 - 13, Agosto 2022. ISSN 2525-3409.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TABELAS APLICADAS NO ESTUDO

Tabela 1 – Factores que influenciaram a gastroenterite em crianças

	n	%
Consumo da água não tratada	7	21
Incumprimento do calendário vacinal	9	26
Desmame precoce	18	53
Total	34	100

Tabela 2 – Idade em que as mães introduziram alimentos na dieta das crianças

	n	%
Menos de 1 Mês	19	56
1 - 3 Meses	10	29
4 - 5 Meses	5	15
Total	34	100

Tabela 3 – Faixa etária das crianças observadas no estudo

	n	%
Menos de 6 Meses	16	47
7 - 11 Meses	11	32
12 - 24 Meses	7	21
Total	34	100

Tabela 4 – Origem das crianças

	n	%
Urbana	5	15
Suburbana	11	32
Rural	18	53
Total	34	100

Tabela 5 – Faixa etária materna das crianças

Coluna1	n	%
14 - 20 Anos	13	38
21 - 25 Anos	8	23
26 - 30 Anos	5	15
31 - 35 Anos	6	18
36 - 40 Anos	2	6
Total	34	100

APÉNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistado(a) e/ou participar na pesquisa de campo referente ao projeto/pesquisa intitulado(a) _____ desenvolvida(o) por _____. Fui informado(a), ainda, de que a pesquisa é [coordenada / orientada] por _____, a quem poderei contatar / consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone nº _____ ou e-mail _____.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado(a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é _____.

Fui também esclarecido(a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de [descrever o tipo de abordagem p. ex: entrevista semi-estruturada / observação / aferição / exame / coleta / análise do meu prontuário / grupo, etc.] [a ser gravada a partir da assinatura desta autorização]. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pelo(a) pesquisador(a) e/ou seu(s) orientador(es) / coordenador(es).

Fui ainda informado(a) de que posso me retirar desse(a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

CAÁLA, ____ de _____ de _____

Assinatura do(a) participante

.....

Assinatura do(a) pesquisador(a)

.....

APÉNDICE C - QUESTIONÁRIO APLICADO NA PESQUISA

NUMERO.....

DATA:/...../2023

1- Factores que influenciaram a gastroenterite em crianças.

d) Fonte de água para consumo:

e) Desmame precoce: Sim: (). Não: ().

f) Cumprimento vacinal. Sim: (). Não: ().

A idade em que o bebé começou a comer:

Menos de 1 mês ()

De 1 a 3 meses ()

De 4 a 5 meses ()

2 - Perfil sociodemográfico das criança identificadas no estudo.

a) Faixa etária de crianças

Menos de 6 mês ()

De 7 aos 11 meses () De 12

a 24 meses ().

b) Origem:

Bairro:.....

Zona rural: (). Suburbana: (). Urbana: ().

c) Faixa etária materna

14 – 20 Anos: ().

21 – 25 Anos: ().

- Γ 26 – 30 Anos: ().
- Γ 31 – 35 Anos: ().
- 36 – 40 Anos: ()
-
- 3 – – Proposta de um guia de orientação para casos de gastroenterite