



**CAÁLA**  
INSTITUTO SUPERIOR POLITÉCNICO

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

**JOSEFINA MANDELA**

**PROPÓSTA DE UM GUIA DE ACOMPANHAMENTO E**  
**ORIENTAÇÃO VOLTADA AS CRIANÇAS COM DESNUTRIÇÃO AGUDA**  
**DOS 6 MESES A 4 ANOS DE IDADE**

**CAÁLA, 2023**

**JOSEFINA MANDELA**

**PROPÓSTA DE UM GUIA DE ACOMPANHAMENTO E  
ORIENTAÇÃO VOLTADA AS CRIANÇAS COM DESNUTRIÇÃO AGUDA  
DOS 6 MESES A 4 ANOS DE IDADE**

Trabalho de Conclusão do Curso apresentado ao Programa de Graduação em Ciências da Saúde, do Instituto Superior Politécnico da Caála como requisito parcial para à obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem Geral.

**Orientador:** Prof. Idalina Guida Chitau, Lic.

**CAÁLA, 2023**

Dedico este trabalho a minha família que no momento  
difícil da minha formação sempre estava comigo!

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pelo privilégio de me conduzir em todos os meus momentos de enfrentar a vida cheia de tantas dificuldades, mas graças, sempre nunca me desamparou. Ao meu esposo, por estarem sempre comigo apoiando em todos os momentos da minha formação. A minha família que tanto apoiou e incentivou-me em todos momentos da minha formação. Aos meus filhos que sempre sentiram a minha ausência no momento que mais precisavam de mim. As minhas colegas que ganhei aqui para o resto da minha vida, minhas companheiras ao longo desta formação que foi tão difícil. A minha orientadora Idalina Guida Chitau, que esteve sempre presente na elaboração desta monografia. A Direção Geral e aos professores do Instituto Superior Politécnico da Caála, por terem sido professores excelentes, profissionais completos, que fizeram uma diferença nesta trajetória da formação, por se importarem com o futuro e bem-estar dos alunos.

Muito obrigado a todos!

“A verdadeira viagem de descobrimento  
consiste em procurar novas paisagens, mas em  
novos olhos” (Marcel Proust)

## RESUMO

**Introdução:** Uma nutrição adequada nos primeiros anos de vida da criança é primordial para o seu desenvolvimento saudável; quando inadequada, pode trazer danos à saúde, como a carência de nutrientes. **Objetivo:** Propor um guia de acompanhamento e orientação voltada as mães com crianças dos 6 meses a 4 anos de idade com Desnutrição Aguda Severa, no Hospital Municipal do Cachiungo, no período de janeiro à junho de 2023. **Metodologia:** Tratar-se de um estudo prospectivo e descritivo com uma abordagem qualitativa, onde usou-se um formulário preenchido com dados de 30 crianças menores de 4 anos de idade, diagnosticadas com desnutrição. Para crianças menores que 1 ano usou-se a balança pediátrica, antropométrica horizontal e balança plataforma mecânica, que pesa crianças maiores de 2 anos. Na mensuração da altura foi utilizada fita métrica com 150 cm de extensão e 0,1 cm de precisão. Para avaliação nutricional das crianças, foi anotado o peso, altura, o índice de massa corporal (IMC). **Resultados:** A pesquisa avaliou os factores que influenciaram a desnutrição em crianças, sendo que 3 (10%) foi por falta de alimentos, 8 (27%) por diarreia, 19 (63%) foi por desmame precoce, 7 (24%) identificados com Marasmo, 10 (33%) Marasmo Kwashorkor, 13 (43%) com Kwashorkor, desta crianças 19 (63%) são de 6 a 11 meses de idade, 9 (30%), de 1 a 2 anos de idade, e 2 (7%) são de 3 a 4 anos de idade, sendo que 9 (30%) feminino e 21 (70%) masculinos, filhos de mães na faixa etária de 14 a 40 anos de idade, onde 3 (10%) são funcionárias, 11 (37%) comerciantes e 16 (53%) são camponesas. **Conclusão:** O estudo avaliou os factores que influenciaram a desnutrição em crianças, sendo que 10% foi foram por falta de alimentos, enquanto a maioria com 63% foi por causa do desmame precoce. Desta forma esta ocorrência, mostra o quanto é importante o acompanhamento e a implementação de orientações voltada as crianças com desnutrição. Contudo, foi proposto um guia de acompanhamento e orientação das mães com crianças na prevenção e tratamento das desnutridas.

**Palavras – Chave:** Desnutrição; Crianças de 6 meses a 4 anos; Acompanhamento e Orientação.

## ABSTRACT

**Introduction:** Adequate nutrition in the first years of a child's life is paramount for healthy development; when inadequate, it can cause health damage, such as nutrient deficiency. **Objective:** To propose a monitoring and guidance guide for mothers with children aged 6 months to 4 years with Severe Acute Malnutrition, at the Municipal Hospital of Cachiungo, from January to June 2023. **Methodology:** This is a prospective and descriptive study with a qualitative approach, where a form filled with data from 30 children under 4 years of age, diagnosed with malnutrition, was used. For children younger than 1 year, a pediatric scale, horizontal anthropometric scale and mechanical platform scale, which weighs children older than 2 years, were used. A 150 cm tape measure with 0.1 cm accuracy was used to measure height. For nutritional assessment of children, weight, height, body mass index (BMI) were noted. **Results:** The survey assessed the factors influencing malnutrition in children, 3 (10%) was due to lack of food, 8 (27%) due to diarrhea, 19 (63%) was due to early weaning, 7 (24%) identified with Marasmus, 10 (33%) Marasmus Kwashorkor, 13 (43%) with Kwashorkor, of these children 19 (63%) are from 6 to 11 months of age, 9 (30%) from 1 to 2 years of age, and 2 (7%) are from 3 to 4 years of age, 9 (30%) female and 21 (70%) male, children of mothers in the age range of 14 to 40 years, where 3 (10%) are female employees, 11 (37%) traders and 16 (53%) are farmers. **Conclusion:** The study evaluated the factors that influenced malnutrition in children, 10% were due to lack of food, while the majority with 63% were due to early weaning. Thus, this occurrence shows how important it is to monitor and implement guidelines for children with malnutrition. However, a guide for monitoring and guidance of mothers with children in the prevention and treatment of malnutrition was proposed.

**Keywords:** Malnutrition; Children from 6 months to 4 years; Monitoring and Guidance.

## LISTA DE GRAFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> FATORES QUE INFLUENCIARAM A DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS OBSERVADAS NO ESTUDO. (N=30).....	24
<b>GRAFICO 2</b> TIPO DA DESNUTRIÇÃO OBSERVADA EM CRIANÇAS IDENTIFICADAS NO ESTUDO. (N=30).....	25
<b>GRAFICO 3</b> IDADE DE CRIANÇAS IDENTIFICADAS NO ESTUDO.(N=30). ....	25
<b>GRÁFICO 4</b> GÊNERO DE CRIANÇAS OBSERVADAS NA PESQUISA.....	26
<b>GRÁFICO 5</b> - FAIXA ETÁRIA MATERNA DE CRIANÇAS IDENTIFICADAS COM DESNUTRIÇÃO NO ESTUDO. (N=30).....	26
<b>GRÁFICO 6</b> OUPAÇÃO MATERNA DAS CRIANÇAS IDENTIFICADAS NO ESTUDO. (N=30). ....	27

## ÍNDICE

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
1.1.	DEFINIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA .....	13
1.2.	OBJECTIVOS.....	13
1.2.1.	<i>Geral .....</i>	<i>13</i>
1.2.2.	<i>Esspecíficos.....</i>	<i>13</i>
1.3.	CONTRIBUIÇÃO DO TRABALHO .....	14
<b>2.</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>15</b>
2.1.	ETIOLOGIA.....	15
2.2.	CLASSIFICAÇÃO .....	16
2.3.	EPIDEMIOLOGIA.....	16
2.4.	FISIOPATOLOGIA.....	17
2.5.	QUADRO CLÍNICO .....	18
2.6.	DIAGNÓSTICO .....	18
2.7.	TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO .....	19
2.7.1.	<i>Fase 1 ou período de estabilização, a nutrição faz-se com o Leite F75:19</i>	
2.7.2.	<i>Fase 2 ou etapa de reabilitação, a nutrição faz-se com o Leite F100: ..19</i>	
2.7.3.	<i>Fase 3 ou acompanhamento ambulatorial, a nutrição faz-se com Plumpy'Nut: 20</i>	
2.8.	COMPLICAÇÕES .....	20
2.9.	PREVENÇÃO.....	21
<b>3.</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>22</b>
3.1.	TIPO DE ESTUDO .....	22
3.2.	CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DO ESTUDO .....	22
3.3.	UNIVERSO E AMOSTRA.....	22
3.4.	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	22
3.5.	INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS.....	22
3.6.	PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS.....	23
3.7.	CARACTERIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	23
3.7.1.	<i>Variável independente.....</i>	<i>23</i>
3.7.2.	<i>Variáveis dependentes.....</i>	<i>23</i>

3.7.3.	<i>Variável biológica</i> .....	23
3.7.4.	<i>Variáveis sócio- demográficas</i> .....	23
3.8.	ASPECTOS ÉTICOS E BIOÉTICOS.....	23
<b>4.</b>	<b>DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>24</b>
<b>5.</b>	<b>PROPOSTA DE SOLUÇÃO</b> .....	<b>28</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>31</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>32</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>34</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Uma nutrição adequada nos primeiros anos de vida da criança é primordial para o seu desenvolvimento saudável; quando inadequada, pode trazer danos à saúde, como a carência de nutrientes, o desenvolvimento precoce de sobrepeso ou obesidade e doenças crônicas associadas. Por essa razão, crianças submetidas a práticas alimentares ideais alcançam seu desenvolvimento normal e se tornam adultos mais saudáveis, com maior capacidade intelectual e produtiva (SANTOS, COELHO e SILVA, 2023).

As carências nutricionais, em especial a desnutrição proteico-energética, a anemia e a deficiência de vitamina se apresentam como um dos principais problemas de saúde infantil. O crescimento tem sido reconhecido como altamente dependente de energia, proteínas e micronutrientes, em especial vitamina A Zinco e Ferro, e normalmente as carências desses elementos não ocorrem isoladamente (CRISTOFARI e FERRARI, 2020).

A dieta materna pode exercer influência direta nos filhos, a restrição do crescimento intrauterino e o baixo peso ao nascer, acompanhados de ganho de peso excessivo na infância. Sabe-se que o período intrauterino e os primeiros anos de vida são essenciais para o desenvolvimento físico, emocional e cognitivo das crianças (ALBUQUERQUE, SILVA, *et al.*, 2018).

Durante a gestação e os primeiros anos de vida (especialmente nos primeiros mil dias), ocorre um rápido desenvolvimento do cérebro, e é nessa etapa que os circuitos neurais são formados e fortalecidos por meio do estímulo e das relações de vínculo (OLIVEIRA , DOS SANTOS, *et al.*, 2022).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define desnutrição energética protéica como um conjunto de patologias que ocorrem devido à deficiência de aporte, transporte ou utilização de nutrientes, principalmente de energia e proteínas pelas células do organismo, atingindo com maior frequências lactentes e pré-escolares (ALBUQUERQUE, SILVA, *et al.*, 2018).

A desnutrição energética protéica, juntamente com a anemia e a deficiência de vitamina A, representa um dos principais problemas infantis relacionado à carência nutricional e com grande influência no crescimento, já que esse depende altamente de energia, proteína e micro nutrientes, como a vitamina A e o ferro (SOARES, 2018).

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, é um dos melhores indicadores de saúde de uma criança e reflecte suas condições de vida no passado e presente. Quando o ser humano nasce, traz consigo um potencial genético de crescimento que, para ser alcançado, dependerá das condições de vida à que esteve exposto, desde sua concepção até a fase adulta (FILHO, DA SILVA e DOS SANTOS, 2018).

O crescimento é influenciado por factores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), que incluem a alimentação, higiene e habitação; sendo que esses podem tanto retardar como acelerar o seu desenvolvimento (DUARTE, SANTOS, *et al.*, 2018).

Para o surgimento da desnutrição existem alguns factores de risco, esses podem ser macroambientais, ou seja, factores que não são controlados pelos indivíduos, como os sistemas políticos, económicos e sociais; ou microambientais, que se referem aos aspectos ligados à família (ALBUQUERQUE, SILVA, *et al.*, 2018).

Dentre os macros ambientais podemos citar: pobreza, superpopulação, problemas ambientais, instabilidade social e insegurança; dentre os micros ambientais: baixa renda; baixo nível de instrução formal dos familiares; desemprego, família desestruturada; despreparo para a maternidade ou paternidade; mãe muito jovem ou adolescente; mãe solteira e habitação inadequada (CRISTOFARI e FERRARI, 2020).

A desnutrição é uma doença de natureza clínico-social multifactorial em que a sua origem encontra-se na pobreza e a forma grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crónica e levando a óbito, caso não seja tratada devidamente (FELBERG, PINHEIRO e BATISTA, 2018).

Os factores micro ambientais são influenciados pela relação entre mãe ou responsável e criança, pois a interacção entre pais e filhos é mediadora dos factores de risco presentes no ambiente ou daqueles presentes nos próprios pais e na criança (DA COSTA, SALGADO, *et al.*, 2021).

Caso os factores de risco não sejam eliminados a desnutrição poderá se instalar causando sinais clínicos como: apatia; Hipoatividade, pouca interacção com o meio, choro fraco, imobilidade com os membros flectidos junto ao tronco; fácies senil; manchas hipo ou hiperocrómicas de pele; cabelos ralos, secos, quebradiços e facilmente destacáveis; fissuras periorais, subcutâneo escasso ou ausentes; musculatura hipotónica e hipotrófica; hepatomegalia e eventualmente edema e até anasarca (FELBERG, PINHEIRO e BATISTA, 2016).

A desnutrição grave pode deixar duas sequelas importantes: uma relacionada à estatura e a outra ao desenvolvimento mental. A estatura pode se desenvolver caso a criança não

apresente infecções recorrentes e receba dietas adequadas, mas as alterações do desenvolvimento mental podem ser graves e permanentes; dependendo do grau de desnutrição, essas lesões são as responsáveis pelo atraso do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças, esse atraso pode ser recuperado caso a criança receba uma dieta adequada e esteja em um ambiente sociocultural que a estimule (CRISTOFARI e FERRARI, 2020).

Devido o estado nutricional aumentar os riscos de desenvolvimento de patologias, bem como interferir no crescimento e desenvolvimento da criança, é necessário uma avaliação nutricional precoce da população infantil, que revele a magnitude da deficiência presente e os factores determinantes para a ocorrência do agravo (AGUIAR, COHEN, *et al.*, 2020).

### **1.1. Definição da situação problema**

A desnutrição continua a ser uma das causas de morbidade e mortalidade mais comuns entre crianças. Ela decorre da carência de nutrientes necessários para que o organismo realize seu metabolismo fisiológico. O estado nutricional infantil é determinado, na dimensão individual, pelo consumo alimentar e pelo estado de saúde da criança. Estes dependem dos cuidados dispensados pela família à criança, da salubridade do ambiente e da disponibilidade de alimentos no domicílio, da qualidade do vínculo entre mãe e filho e das condições de nascimento da criança. Desta forma, quais são as propóstas para um guia de acompanhamento e orientação voltada as crianças com desnutrição aguda dos 6 meses a 4 anos de idade, no Hospital Municipal do Cachiungo, período de Janeiro à Junho de 2023?

### **1.2. Objectivos**

#### **1.2.1. Geral**

Propor um guia de acompanhamento e orientação voltada as mães com crianças dos 6 meses a 4 anos de idade com Desnutrição Aguda Severa, no Hospital Municipal do Cachiungo, no período de janeiro à junho de 2023.

#### **1.2.2. Esspecíficos**

- 1) Avaliar os factores que influenciaram a desnutrição em crianças de 6 meses aos 4 anos de idade identificadas no estudo.
- 2) Observar o tipo de desnutrição que mais acomete em criança de 6 meses aos 4 anos de idade identificadas no Hospital Municipal do Cachiungo.

- 3) Criar um guia de acompanhamento e orientação voltado as mães com crianças dos 6 meses a 4 anos de idade com Desnutrição Aguda Severa.

### **1.3. Contribuição do trabalho**

A desnutrição é uma das principais causas de morbimortalidade em crianças menores de 5 anos de idade em países em via de desenvolvimento como Angola. O Hospital Municipal do Cchiungo ainda tem registado crianças com desnutrição, facto que preocupa tanto a Dirterecção Municipal da Saúde assim como os familiares destas crianças. Desta forma, implementado um guia de orientação voltado a crianças com desnutrição aguda severa a desnutrição em crianças menores de 5 anos poderá diminuir os casos de desnutrição e a ocorrência de internamentos destas crianças no Hospital Municipal do Cachiungo.

Esta pesquisa pode vir contribuir na tomada de decisões para a redução de internamentos de crianças desnutridas e também naqueles que precisam de informações inerentes a um guia de orientação em cuidados de enfermagem para as crianças com desnutrição.

Tendo em vista a importância de criar um guia de acompanhamento e orientação voltada a crianças de 6 meses a 4 anos de idade com desnutrição no Centro Materno Infantil do Município do Cachiungo, informações relacionados a essa temática são muito importante para a redução desta deficiência nutricional.

## 2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A desnutrição é uma doença de natureza clínico-social multifactorial em que a sua origem encontra-se na pobreza e a forma grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crónica e levando a óbito, caso não seja tratada devidamente (FELBERG, PINHEIRO e BATISTA, 2018).

Segundo um estudo feito por Albuquerque, *et al.*, (2018),

Afirmam que a Organização Mundial da Saúde (OMS) define desnutrição energética protéica como um conjunto de patologias que ocorrem devido à deficiência de aporte, transporte ou utilização de nutrientes, principalmente de energia e proteínas pelas células do organismo, atingindo com maior frequências lactentes e pré-escolares.

De acordo com a pesquisa desenvolvida por Maia, *et al.*, (2019),

Demonstram que a desnutrição é o estado patológico que consiste na oferta reduzida de nutrientes (desnutrição primária), ou na capacidade diminuída de aproveitar os alimentos que são ofertados (desnutrição secundária), resultando em danos para o crescimento e desenvolvimento da criança, levando ao comprometimento ponderal e/ou estatural.

Contudo, este problema é um processo contínuo que incide na ingestão alimentar inadequada, quer por anorexia ou escassez de alimentos, diminuição na capacidade de absorção de nutrientes ou aumento das perdas e gasto de energético, seguida da diminuição de valores antropométricos e bioquímicos (ALMEIDA, LINHARES, *et al.*, 2021).

### 2.1. Etiologia

A etiologia da desnutrição em crianças, tem sua origem na nutrição insuficiente da mãe, o desmame precoce, alimentos complementares não adequados em quantidade e qualidade oferecidos às crianças após o desmame, infecções intestinais e parasitoses, estes factores são considerados como causadores e prejudiciais na absorção dos nutrientes e têm contribuído para a geração de baixa estatura e o surgimento da desnutrição em crianças principalmente menores de 5 anos de idade (ROCHA, 2015).

Na visão de Felberg, *et al.*, (20216), afirmam que a desnutrição grave pode trazer prejuízos também para o cérebro, com o desenvolvimento de doenças neuropsiquiátricas principalmente quando acomete nos primeiros anos de vida.

Ainda a pesquisa feita por Maia, *et al.*, (2019), demonstram que a desnutrição provoca várias alterações nos sistemas biológicos, como a diminuição da velocidade de crescimento e desenvolvimento, alteração do sistema nervoso, endócrino e imunológico, alterações da função da hipófise, adaptações metabólicas como redução do metabolismo basal e redução da temperatura corporal, e também adaptações das fibras musculares esqueléticas.

Segundo o estudo feito por Gonçalves, *et al.*, (2015), indica que quando o déficit de energia se torna mais grave, a gordura subcutânea é utilizada e como consequência ocorre a sua redução drástica e o catabolismo proteico originando a atrofia muscular.

## 2.2. Classificação

A pesquisa feita por Duarte, *et al.*, (2018),

declara que a Organização Mundial da Saúde, sugere como critério de classificação do estado nutricional o escore-z ou os percentis do peso corporal para a estatura, tal critério foi proposto a partir de um estudo realizado em quatro continentes.

Segundo o estudo feito por D'Almeida, *et al.*, (2016),

indicam que existem dois tipos principais de subnutrição: desnutrição proteico-energética e desnutrição causada por deficiências dietéticas. A desnutrição proteico-energética tem duas formas graves: marasmo (falta de proteínas e calorias) e kwashiorkor (falta de proteína

Segundo a pesquisa feita por Albuquerque, *et al.*, (2018),

afirmam que o Kwashiorkor é uma deficiência grave de perda de proteínas do que de calorias e menos comum do que o marasmo. O termo deriva de uma palavra africana que significa “primeiro filho-segundo filho”, já que um primogênito muitas vezes desenvolve Kwashiorkor quando nasce o segundo filho e o afasta do aleitamento materno.

No entanto, qualquer pessoa pode desenvolver Kwashiorkor, se a sua alimentação for essencialmente composta por carboidratos. As pessoas com Kwashiorkor retêm líquidos, conferindo-lhes um aspecto inchado. Se o Kwashiorkor for grave, a criança apresenta uma abdome volumoso (ALBUQUERQUE, SILVA, *et al.*, 2018).

Desta forma, a pesquisa feita por De Carvalho, *et al.*, (2015), declaram que as crianças representam um grupo de indivíduos altamente vulneráveis, devido ao seu rápido crescimento, fisiológico e imunológica imaturidade nutrição adequada nos primeiros anos de vida é essencial para um crescimento e desenvolvimento saudável.

Contudo, Cristofari, *et al.*, (2020), ainda indicam que as práticas de alimentação infantil devem ser capazes de fornecer o suficiente alimentos, com qualidade nutricional e sanitária, para atender a necessidades nutricionais das crianças e garantir o desenvolvimento de todo o seu potencial (CRISTOFARI e FERRARI, 2020).

## 2.3. Epidemiologia

Epidemiologicamente estima-se que 115 milhões de crianças menores de cinco anos apresentaram déficit de peso para a idade (P/I) no mundo em 2010. Maiores prevalências foram encontradas na região Centro-Sul da Ásia (30%) e regiões Oriental, Ocidental e Central da África com 22%, 22% e 21%, respectivamente (FERNANDES, MONTEIRO, *et al.*, 2013).

Segundo Albuquerque, et al., (2018), indicam que dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a África Oriental e países em desenvolvimento respondem por cerca de 20% das mortes de crianças em todo o mundo, e metade dessas mortes são resultado de má nutrição

No entanto, ainda Fernandes, et al., (2013), indicam que no mesmo ano, cerca de 178 milhões de crianças menores de cinco anos tinham déficit de estatura para a idade (E/I). Esse déficit pode comprometer o desenvolvimento e habilidade cognitiva quando afecta a criança antes dos dois anos, levando à menor produtividade e capital humano na idade adulta.

De acordo com Balde, et al., (2020), afirmam que o último Inquérito de Indicadores Múltiplos de Saúde (IIMS), em 2016, uma em cada quatro crianças menores de cinco anos sofria de desnutrição crónica em Angola, o correspondente a 1,9 milhões de crianças. Segundo o coordenador dos projectos de nutrição da UNICEF Angola, explica que a má alimentação pode causar distúrbios que, no limite, podem levar à morte.

#### **2.4. Fisiopatologia**

A fisiopatologia da desnutrição, consiste quando o organismo permanece em um determinado período de jejum, os níveis de glicogénio no fígado são convertidos em glicose e lançados na corrente sanguínea para fornecer energia aos órgãos, principalmente para o sistema nervoso (SOARES, 2018).

No argumento do estudo desenvolvido por Cristofari, et al., (2020), indicam que quando se esgota esses níveis de glicogénio hepático em períodos mais longos sem se alimentar, o próximo substrato a ser utilizado para fornecer energia para o organismo são os ácidos graxos, onde o próprio glucagon que é o hormónio que faz com que ocorra quebra de glicogénio hepático, promove quebra de gordura nos adipócitos, onde o organismo vai produzir moléculas de glicose a partir das cetonas.

Sendo assim, a pesquisa feita por Soares, *et al.*, (2018), indicam que nesse período, já começa as complicações, pois níveis elevados de cetonas na corrente sanguínea já passam a ser prejudicial para o organismo, em períodos mais extensos sem se alimentar.

Desta forma, apesquisa feita por D'Almeida, et al., (2016), indicam que nesta etapa começa ocorrer a quebra das proteínas musculares em aminoácidos, onde os aminoácidos serão convertidos em glicose, quando chega nessa etapa, os problemas já são maiores, devido a perda de massa magra, o risco de infecções nessa etapa são maiores, sendo que longos períodos sem se alimentar, o indivíduo pode ir a óbito.

Contudo, pesquisa feita por Maia, et al., (2019), apontam que as variações dos níveis glicêmicos, ocorrem como consequência da produção excessiva de glicose, principalmente pelo fígado, e proveniente de outras vias metabólicas, redução da síntese de insulina, estímulo à produção de glucagon e o aumento da epinefrina circulante.

## **2.5. Quadro clínico**

Alguns dos sintomas comuns de desnutrição são:

- 1) Dificuldades respiratórias
- 2) Súbita perda de peso
- 3) Irritabilidade
- 4) Cansaço extremo
- 5) Depressão
- 6) Perda de gordura (tecido adiposo)
- 7) Maior risco de hipotermia – temperatura corporal anormalmente baixa
- 8) Sistema imunológico enfraquecido

Outros sintomas como maior sensibilidade a sentir frio, cicatrização de feridas mais lentas e maior tempo na recuperação de doenças, além de perda de concentração. Em casos mais graves, a criança pode apresentar outros sintomas como:

- 1) Pele seca, pálida, áspera e fria;
- 2) Cabelo áspero e seco;
- 3) Queda de cabelo;
- 4) Bochechas murchas;
- 5) Olheiras profundas
- 6) Massa muscular reduzida

## **2.6. Diagnóstico**

O diagnóstico da desnutrição infantil é feito com base em exame físico. Ou seja, o médico examina o peso e a altura da criança e o compara com o gráfico que lista o peso e a altura esperados com base na idade (PEREIRA, ANDRADE, *et al.*, 2017).

Se estiver extremamente abaixo do peso indica que a criança sofre de deficiências nutricionais. Outros exames médicos podem ser recomendados, como por exemplo, testes de função da tireoide, níveis de cálcio, zinco e vitaminas, além do hemograma completo (OLIVEIRA, DOS SANTOS, *et al.*, 2022).

## **2.7. Tratamento da desnutrição**

O tratamento para desnutrição infantil deve ser orientado pelo pediatra e pelo nutricionista e tem como objetivo combater os sintomas da desnutrição, fornecer os nutrientes necessários para o crescimento saudável da criança e promover a sua qualidade de vida (SANTOS, BARROS, *et al.*, 2021).

A terapia nutricional deve ter como base factores como a fase do doente, as carências mais acentuadas e a estabilização do doente. Esta pode ser administrada através da via parentérica, entérica ou oral. A via prioritária é sempre a via oral, mas caso exista alguma incapacidade ou intolerância nos grupos de risco, pode-se recorrer às restantes vias de administração (DA COSTA, SALGADO, *et al.*, 2021).

O tratamento adequado envolve o diagnóstico preciso e rápido, o uso adequado de medicamentos e a terapia nutricional. O planeamento das medidas clínicas está dividido em três etapas (ALBUQUERQUE, SILVA, *et al.*, 2018)

### **2.7.1. Fase 1 ou período de estabilização, a nutrição faz-se com o Leite F75:**

O paciente desnutrido grave deve ser considerado imunodeficiente. Devido às suas características fisiopatológicas, não tolera a administração de grandes volumes, além de necessitar de reposição de micronutrientes (FILHO, DA SILVA e DOS SANTOS, 2018).

A terapia nutricional deve ser adequada às necessidades energéticas de macro e micronutrientes, considerando-se o grau de estresse do paciente. Nesse momento, deve-se prevenir e tratar as complicações clínico-metabólicas que podem aumentar o risco de morte, corrigir as deficiências nutricionais específicas e iniciar a alimentação. O objectivo não deve ser a recuperação nutricional do paciente, mas sua estabilização clínico-metabólica (ALMEIDA, LINHARES, *et al.*, 2021).

### **2.7.2. Fase 2 ou etapa de reabilitação, a nutrição faz-se com o Leite F100:**

Nessa etapa, o paciente encontra-se em estabilidade clínica e pode ser iniciada a reabilitação nutricional visando à recuperação pândero-estatural. Deve-se não só oferecer alimentação adequada, mas realizar a estimulação motora e emocional (SANTOS, BARROS, *et al.*, 2021)

No momento da alta hospitalar, é preciso orientar os responsáveis quanto aos cuidados realizados em domicílio, elaborar o resumo de alta (diagnóstico e tratamento) e garantir o retorno ambulatorial em uma semana (DUARTE, SANTOS, *et al.*, 2018).

### 2.7.3. Fase 3 ou acompanhamento ambulatorial, a nutrição faz-se com *Plumpy'Nut*:

Acompanhamento em unidade de saúde para prevenir recaídas e assegurar a continuidade do tratamento (PEREIRA, ANDRADE, *et al.*, 2017).

Plumpy'Nut é uma pasta à base de amendoim em uma embalagem plástica para o tratamento de desnutrição aguda grave, fabricada pela Nutriset, uma empresa francesa. Eliminando a necessidade de hospitalização, os pacotes de 92 gramas (3 +1/4 onças) desta pasta podem ser administrados em casa e permitir o tratamento de um número maior (ALMEIDA, LINHARES, *et al.*, 2021)

**Figura 1** Pacote de Plumpy'Nut



Plumpy'Nut, um alimento terapêutico pronto para usar (RUTF)

#### Valor nutricional por 92 g [1]

<b>Energia</b>	2.100 kJ (500 kcal)
<b>Carboidratos</b>	45 g
<b>Gordura</b>	30,3 g
<b>Proteína</b>	12,8 g
<b>Outros constituintes</b>	<b>Quantidade</b>
<b>Ingredientes</b>	pasta de amendoim, óleo vegetal, leite em pó, açúcar em pó, vitaminas,

Fonte: (autora,2023)

### 2.8. Complicações

Segundo o estudo feito por Soares, *et al.*, (2018),

indica que em crianças desnutridas pode ocorrer várias complicações metabólicas destacando-se a hipoglicemia, a hiperglicemia, a hipotermia e a desidratação e ferimentos na pele. No metabolismo dos hidratos de carbono, ocorre intolerância à glicose e à lactose por causa da diminuição da actividade da lactase.

Sendo assim, ainda o estudo feito por Soares, *et al.*, (2018), afirmam que as variações dos níveis glicémicos, ocorrem como consequência da produção excessiva de glicose,

principalmente pelo fígado, e proveniente de outras vias metabólicas, redução da síntese de insulina, estímulo à produção de glucagon e o aumento da epinefrina circulante.

## **2.9. Prevenção**

A prevenção para a desnutrição está basicamente em uma alimentação saudável, portanto, algumas medidas devem ser adotadas como:

- 1) Incentive a criança a comer alimentos ricos em nutrientes
- 2) Restrinja alimentos que são nocivos para a saúde.
- 3) Ofereça a criança pequenas refeições em um intervalo de tempo regular.
- 4) Incentive a atividade física e a prática de desporto.

### **3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**

#### **3.1. Tipo de estudo**

Tratar-se de um estudo prospectivo e descritivo com uma abordagem quantiquantitativa, cujos dados foram recolhidos por meio de um questionário dirigido em mães com crianças de 6 meses a 4 anos de idade, diagnosticadas com a desnutrição no Hospital Municipal do Cachiungo, no período de Janeiro a Junho 2023.

#### **3.2. Caracterização do local do estudo**

Cachiungo é uma cidade e município da província do Huambo, em Angola. Tem 2 947 km<sup>2</sup> e cerca de 64 mil habitantes. É limitado a norte pelo município do Bailundo, a leste pelos municípios de Chinguar e Chitembo, a sul pelo município de Cuvango, e a oeste pelo município de Chicala-Choloanga. O município é constituído pela comuna-sede, correspondente à cidade de Cachiungo, e pelas comunas de Chiumbo e Chinhama (Ministério da Administração do Território e Reforma do Estado. , 2018).

O Hospital do Cachiungo, localiza-se no Município sede, no Bairro Saúde, limitado a oeste com a Escola Politécnica, a leste com a Escola Missionária Teresiana, a Sul com o Condomínio e a norte com a Escola Ndunduma. Funciona sob 24 horas com os Bancos de Urgências de Medicina e Pediatria, com enfermarias de internamento e serviços administrativos.

#### **3.3. Universo e amostra**

O estudo será constituído por um universo de 84 crianças de 6 meses aos 4 anos que foram diagnosticadas com desnutrição aguda e severa no Hospital Municipal do Cachiungo no período de Janeiro á Junho de 2023, com uma amostra representativa de 35 crianças desnutridas.

#### **3.4. Critérios de inclusão e exclusão**

Serão incluídas todas as crianças de 6 meses aos 4 anos de idade, atendidas com a desnutrição. Os critérios de exclusão atenderam todas as crianças de 6 meses aos 4 anos de idade, que não foram diagnosticadas com desnutrição e todos aquelas que recusaram participar da pesquisa.

#### **3.5. Instrumento de recolha de dados**

Para a colecta de dados desta pesquisa utilizou-se um formulário que foi preenchido com dados de crianças menores de 4 anos de idade, diagnosticadas com desnutrição, atendidos no período de Janeiro a Junho de 2023. Para crianças menores que 1 ano usou-se a balança pediátrica (“de mesa”), antropométrica horizontal e balança plataforma mecânica, que pesa

crianças maiores de 2 anos. As crianças foram medidas descalças e sem roupas. Para medida da altura foi utilizada fita métrica com 150 cm de extensão e 0,1 cm de precisão, fixada a parede a 1 metro do chão, em ângulo de 90 graus. Para avaliação nutricional das crianças, foi preciso anotar o peso, altura, o índice de massa corporal (IMC).

### **3.6. Processamento e análise de dados**

Após a obtenção de dados serão seleccionados e submetidos a análises e transferidos para o banco de dados do Programa Microsoft Office Excel 2010 para a elaboração de gráficos, tabelas e cálculos percentuais para as variáveis quantitativas.

### **3.7. Caracterização das variáveis**

#### **3.7.1. Variável independente**

- a) Factores da desnutrição: alimentação pobre em nutrientes e insuficiente, doenças, desmame precoce.
- b) Período de identificação de crianças desnutridas: em meses.

#### **3.7.2. Variáveis dependentes**

- a) Estado nutricional das crianças de 6 meses aos 4 anos.
- b) Tipo de desnutrição: Marasmo, Kwashorkor

#### **3.7.3. Variável biológica**

- a) Género: Masculino e feminino.
- b) Idade da criança: em meses e anos.

#### **3.7.4. Variáveis sócio- demográficas**

- a) Idade materna em anos: em anos.
- b) Função
- c) Origem das crianças: Zona rural e suburbana

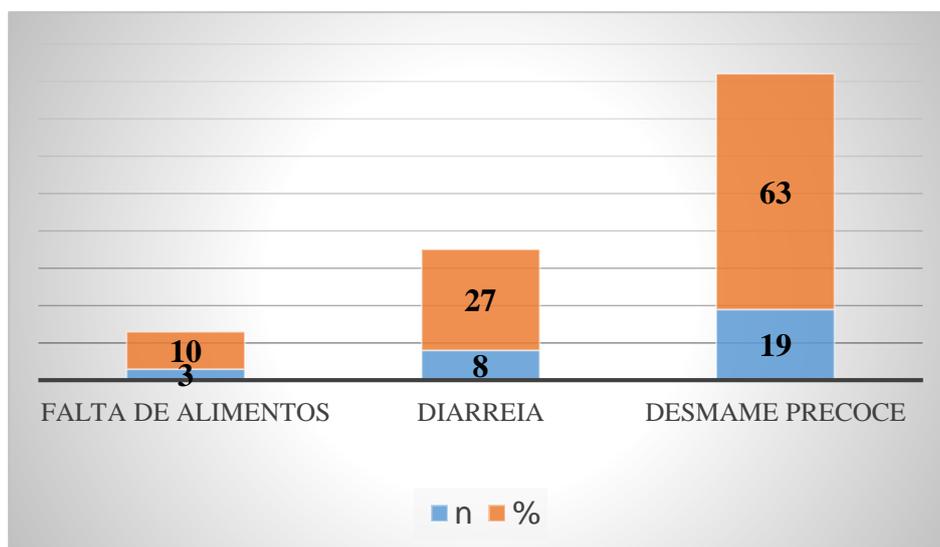
Propor um guia de orientação voltado ao acompanhamento de mães na para o acompanhamento de crianças na prevenção da desnutridas.

### **3.8. Aspectos Éticos e Bioéticos**

O estudo foi aprovado 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 Hospital Municipal do Cachiungo. Ressalta-se que a pesquisa não apresenta conflitos de interesse.

#### 4. DESCRIÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

**Gráfico 1** Fatores que influenciaram a desnutrição em crianças observadas no estudo. (n=30).



**Fonte:** Dados de crianças com desnutrição no Hospital Municipal do Cachiungo, (2023).

Verifica-se no gráfico 1 os factores que influenciaram a desnutrição em crianças identificadas no estudo, sendo que 3 (10%) crianças foram por falta de alimentos, 8 (27%) crianças por diarreia, enquanto que 19 (63%) por causa do desmame precoce. Desta for esta ocorrência de crianças diagnosticadas com desnutrição, mostra o quanto é imortante a implementação de um orientações voltada as crianças com desnutrição aguda severa.

Os dados expostos pelo estudo desenvolvido por Almeida, Linhares, *et al.*, (2021),

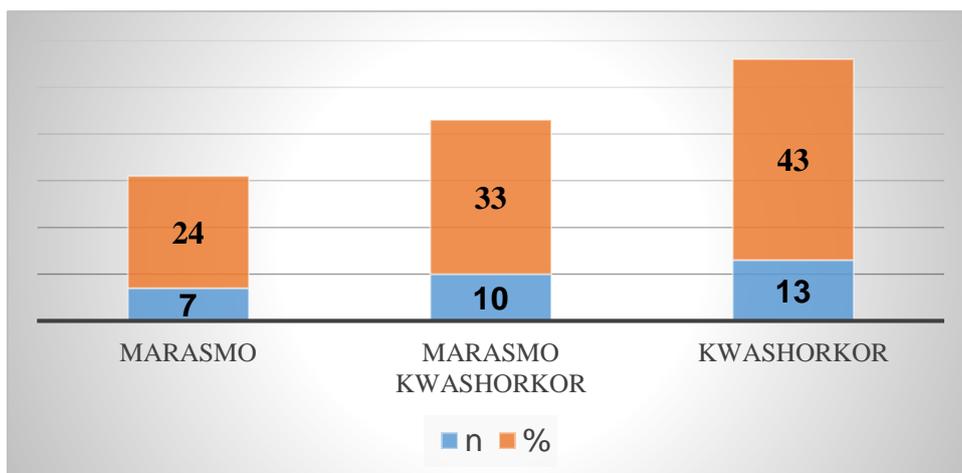
indicam que as crianças possuem um desenvolvimento acelerado durante os primeiros anos de vida, e a nutrição é de suma importância nessa evolução, e até os seis meses de vida, as necessidades nutricionais de um bebé são atendidas exclusivamente por meio da amamentação. Práticas alimentares inadequadas ou carências nutricionais nessa fase, podem causar prejuízos à saúde do lactente. Além disso, quando outros alimentos são adicionados à dieta, inicia-se a construção dos hábitos alimentares do bebé, que poderão permanecer em sua vida adulta.

Na visão da Costa, Salgado, *et al.*, (2021),

salientam que primeiros anos de vida são determinantes para o progresso infantil e, para que seja pleno, é crucial que haja cuidados principalmente relacionados com a nutrição, como por exemplo, a oferta do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida.

Desta forma Beatriz *et tal.*, (2021), indica que ao surgimento da desnutrição pode ser influenciado por causa de crianças encontrarem-se em fase de crescimento, e a falta de nutrientes condiciona o desenvolvimento normal da criança.

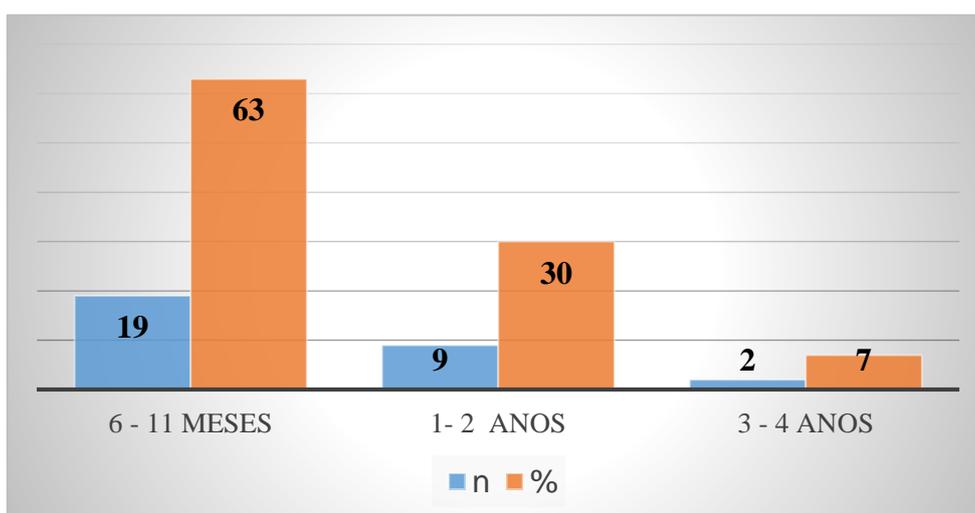
**Grafico 2** Tipo da desnutrição observada em crianças identificadas no estudo. (n=30).



**Fonte:** Dados de crianças com desnutrição no Hospital Municipal do Cachiungo, (2023).

Observa-se nos dados do gráfico 2 os tipos da desnutrição diagnosticados em crianças observadas no estudo actual, onde 7 (24%) de crianças foram identificadas com Marasmo, 10 (33%) crianças com Marasmo Kwashorkor, enquanto que 13 (43%) crianças foram por Kwashorkor. Contudo não foi possível identificar estudos que falam sobre os tipos da desnutrição para servirem de comparação com o estudo actual.

**Grafico 3** Idade de crianças identificadas no estudo. (n=30).

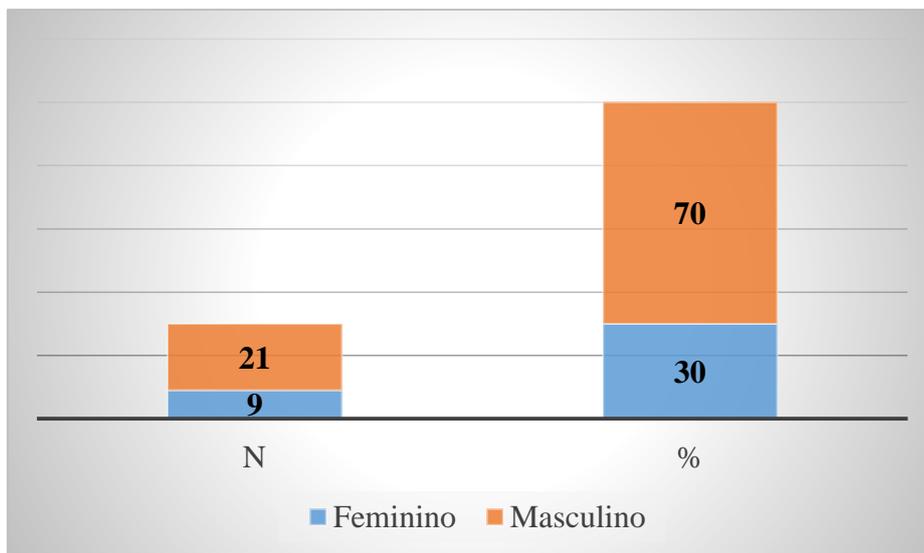


**Fonte:** Dados de crianças com desnutrição no Hospital Municipal do Cachiungo, (2023).

O gráfico 3 observa-se a idade de crianças diagnosticadas com desnutrição, onde 19 (63%) crianças são de 6 aos 11 meses de idade, 9 (30%) crianças são de 1 a 2 anos de idade, enquanto 2 (7%) crianças são de 3 a 5 anos de idade.

Segundo um estudo desenvolvido por Oliveira, dos Santos, *et al.*, (2022), identificaram que as crianças menores de dois anos, apresentam maior prevalência do desfecho da desnutrição. Nessas crianças, a insegurança alimentar moderada ou grave exerceu importante influência na prevalência de baixa estatura.

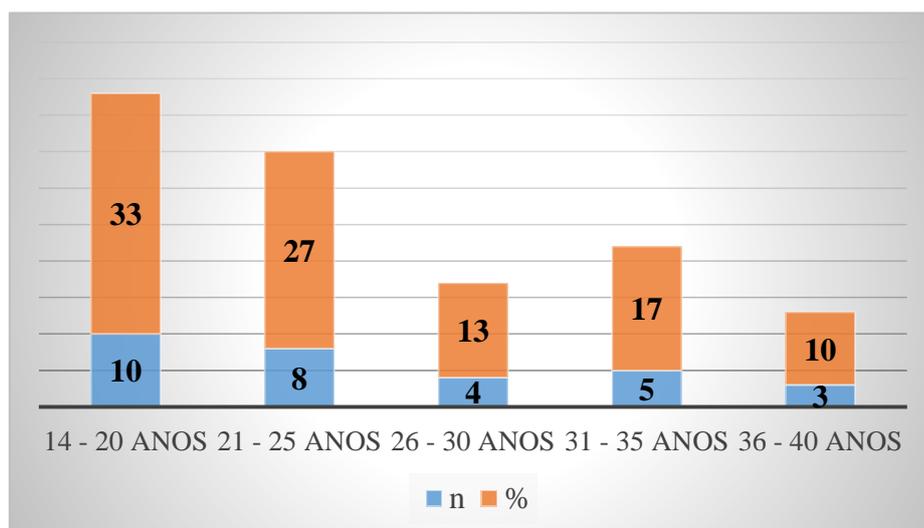
**Gráfico 4** Género de crianças observadas na pesquisa.



**Fonte:** Dados de crianças com desnutrição no Hospital Municipal do Cachiungo, (2023)

No gráfico 4 observa-se o género das crianças identificadas na pesquisa, sendo que 21 (70%) crianças são do género masculino, enquanto 9 (30%) crianças são do género feminino.

**Gráfico 5** - Faixa etária materna de crianças identificadas com desnutrição no estudo. (n=30).



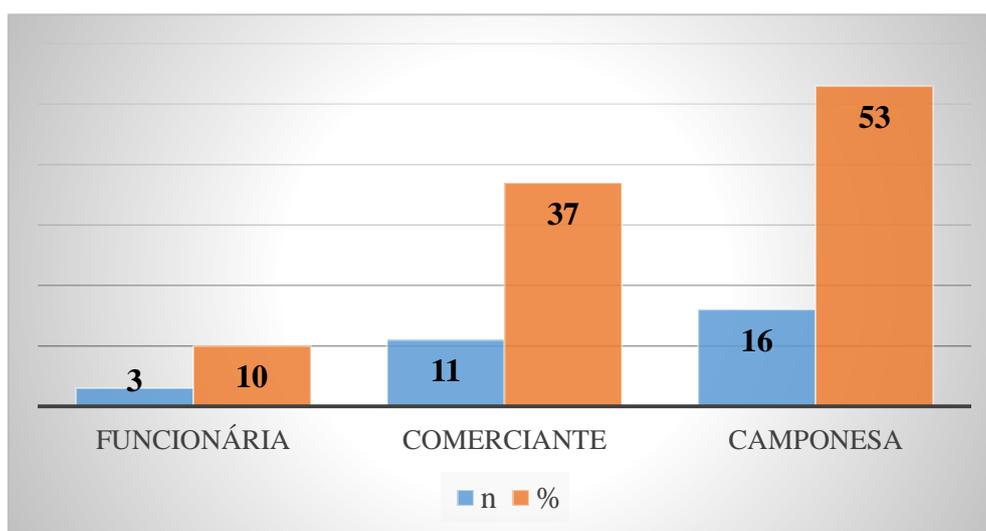
**Fonte:** Dados de crianças com desnutrição no Hospital Municipal do Cachiungo, (2023).

Verifica-se no gráfico 5 a faixa etária materna das crianças diagnosticadas com desnutrição no estudo, sendo que 10 (33%) são da faixa etária de 14 a 20 anos, 8 (27%) é da

faixa etária de 21 a 25 anos, 4 (13%) é de 26 a 30 anos, 5 (17%) é de 31 a 35 anos, enquanto 3 (10%) é de 36 a 40 anos de idade.

A desnutrição não é apenas falta de peso, estatura diminuída e baixa quantidade de elementos nutricionais, mas compreende um grande leque de outros factores, como desintegração familiar, fraco vínculo entre mãe e filho, carências afectivas, económicas, culturais, sociais e sanitárias (PEREIRA, ANDRADE, *et al.*, 2017).

**Gráfico 6** - Ocupação materna das crianças identificadas no estudo. (n=30).



**Fonte:** Dados de crianças com desnutrição no Hospital Municipal do Cachiungo, (2023).

Observa-se nos dados do gráfico 6 a ocupação das mães das crianças diagnosticadas com desnutrição, sendo que 3 (10%), são funcionarias, 11 (37) comerciantes, enquanto que 16 (53%) são camponesas.

Na reflexão do Santos, *et al.*, (2021) mostram que o estado do quadro de desnutrição pode se apresentar a partir de uma situação de extrema pobreza, de desmame e graviez precoce ou a simples deficiência alimentar, tratando-se, pois, de doença com etiologia multifactorial e essa situação nutricional influencia no surgimento de doenças infecciosas, atraso de desenvolvimento, síndromes de privação social e deficiência da capacidade adaptativa do indivíduo.

## 5. PROPOSTA DE SOLUÇÃO

Actualmente, existe um consenso entre autores estudiosos da desnutrição infantil que sugerem algumas vertentes determinantes para a desnutrição, destacando-se, entre elas, a adequação do cuidado, a segurança alimentar, a salubridade do ambiente e acesso aos serviços de saúde (CRISTOFARI e FERRARI, 2020).

Com isso, a proposta de intensificação do pré-natal que objectiva realizar acções que possibilitam a redução da ocorrência do baixo peso ao nascer, sendo que, torna-se imperativo o envolvimento efetivo de toda a equipe de saúde.

Em paralelo, torna-se de fundamental importância a conscientização da população para a necessidade do início imediato do pré-natal, ou seja, assim que a gestação for descoberta deve-se educar e incentivar a mulher a dar início ao pré-natal com a efetiva participação de todos os profissionais e em todas as oportunidades de contacto com a população.

Estas acções baseam-se em sensibilização no momento do pré-natal, informando sobre os cuidados sobre a higiene alimentar o saneamento básico, as noções nutricionais, e o cumprimento das consultas e calendário vacinal, através de um cadastro para o seguimento.

Após o cadastro da gestante e consulta inicial, ela deverá ser acompanhada de perto pela equipe de enfermagem, pelo médico e pelo agente comunitário de saúde, responsável pelo domicílio da mesma. Cabe ao agente comunitário realizar a busca ativa das faltosas nas consultas agendadas na Unidade de Saúde e, caso a gestante não compareça à consulta, mesmo com a busca, outro recurso utilizado será a visita domiciliar feita pelo enfermeiro e/ou médico.

Essa estratégia pode ser usada para que todas as gestantes cadastradas realizem o mínimo de consultas preconizadas e os exames indicados no início e no final da gestação pelo Ministério da Saúde.

O envolvimento do parceiro durante o pré-natal também é importante para dar apoio à mulher durante a gestação e no pós-parto, tendo em vista que a conscientização e o vínculo do casal, sempre que possível, com a equipe, possibilitam melhor interação entre ambos e com o bebê que está sendo gerado.

Durante o pré-natal, sobretudo quando o vínculo da gestante e equipa é fortalecido, e é possível começar a educá-la sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e complementar até os dois anos de idade, além de outros conhecimentos que ela detém acerca dos cuidados do filho e que precisam ser reelaborados. É importante esclarecer que a mãe não será, em momento algum, coagida ou pressionada para amamentar

exclusivamente ao seio, mas receberá informações e será ouvida como sujeito cidadã sobre os seus desejos e suas dúvidas com vistas a saná-las.

Toda a equipe de saúde deverá se certificar de que as famílias que tenham crianças desnutridas estejam incluídas no programa da desnutrição, e se não estiverem tentar a inclusão delas no programa. Referencia-se, uma vez mais, que a concretização dessa intenção deverá contar com os recursos organizacionais como sala apropriada para receber os pais e mães, com uma agenda para que todos os profissionais envolvidos estejam disponíveis para os encontros; recursos cognitivos, no que se refere à capacitação da equipe para as discussões com os pais e mães e os recursos de poder político que geram as parcerias entre as Direções Municipais de Saúde e de desenvolvimento social, além da parceria entre as Universidades.

A avaliação mensal pelos profissionais responsáveis pelos grupos, após cada encontro de uma sessão, pelo menos no início de sua concretização, será ponto fundamental para que as ações sejam revistas e refeitas se assim se mostrarem necessárias, uma vez que se busca, por meio delas, eleva o índice de recuperação de crianças desnutridas na comunidade.

## **GUIA DE ORIENTAÇÃO, ACOMPANAMENTO E PREVENÇÃO DA DESNUTRIÇÃO PARA COM CRIANÇAS DESNUTRIDAS - ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO E MANEJO DA DESNUTRIÇÃO AGUDA EM CRIANÇAS.**

**Opção 1. Suplementação de macronutrientes:** As revisões relataram efeito positivo na maioria das intervenções. Muitos estudos indicaram que o uso de suplementos nutricionais à base de lipídios tem efeitos positivos na melhoria do peso e recuperação das crianças.

**Opção 2. Suplementação de micronutrientes:** Observa-se uma escassez de estudos sobre a eficácia da suplementação com micronutrientes. O suplemento mais frequentemente utilizado nos estudos foi o zinco, mostrando efeito positivo em comparação ao não uso, tanto para parâmetros antropométricos quanto para morbidade. No entanto, estudos apontam que o Zinco em dosagem menor esteve relacionado a menos mortes do que zinco em dosagem mais elevada (LEITE, GOBATTI, *et al.*, 2022).

**Opção 3. Consumo de alimentos fortificados:** O consumo de farinha fortificada com mistura de milho e soja, comparada a aconselhamento nutricional, indicou melhoria na recuperação do quadro de desnutrição. Não foram observadas diferenças entre os grupos quanto a parâmetros de peso e altura para idade (ALBUQUERQUE, SILVA, *et al.*, 2018).

**Opção 4. Consumo de alimentos terapêuticos pronto para uso:** A maioria dos resultados indicou que os alimentos terapêuticos auxiliam na recuperação do estado nutricional de crianças debilitadas com desnutrição grave, melhorando parâmetros antropométricos, apesar de apresentar alguns resultados conflitantes. No entanto, não se observou diferença na mortalidade entre os grupos intervenção e controle (CRISTOFARI e FERRARI, 2020).

**Opção 5. Educação alimentar e nutricional:** Os estudos sobre educação em alimentação complementar mostraram efeitos positivos sobre medidas antropométricas, enquanto os resultados não foram claros para a educação sobre o aleitamento materno (ALMEIDA, LINHARES, *et al.*, 2021).

**Opção 6. Uso de soro de reidratação oral:** Os resultados positivos na melhora da diarreia e recuperação das crianças. O soro de reidratação oral e o Sulfato de Zinco 20 mg apresenta melhores resultados tanto para diarreia quanto para recuperação da desnutrição ao ganho de peso das crianças (LEITE, GOBATTI, *et al.*, 2022)

**Opção 7. Uso de estratégias multicomponentes:** As estratégias combinadas de educação em saúde com alimentação apontaram efeitos positivos nos indicadores de saúde infantil, peso para altura e altura para a idade, além de melhor taxa de recuperação nas crianças com desnutrição.

## **6. CONCLUSÃO**

Esta pesquisa avaliou os factores que influenciaram a desnutrição em crianças, sendo que 10% foi por falta de alimentos, 27% por causa da diarreia, enquanto que a maioria com 63% foi por causa do desmame precoce. Desta for esta ocorrência, mostra o quanto é importante o acompanhamento e a implementação de orientações voltada as crianças com desnutrição.

Observou-se os tipos da desnutrição em criaças no estudo actual, onde a maioria com 43% foi por Kwashorkor. Desta forma, 63% são da faixa etária de 6 aos 11 meses de idade, sendo que 70% do género masculino, enquanto 30% do género feminino, em que 33% da faixa etária materna é de 14 a 20 anos de idade e 53% com função de camponesa.

Contudo, a propósta de um guia de orientação voltado a crianças desnutrida é um assunto que requer um aconselhamento logo desde o pre-natal, visto que a sua origem abarca vários vactores que influenciam o seu surgimento.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGUIAR, K. C. et al. Fatores de risco para ocorrência de diarreia em crianças residentes na Ilha de Guaratiba. **Saúde debate**. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012415>, Rio de Janeiro, v. 44, n. 124, p. 205 - 220, Março 2020.

ALBUQUERQUE, C. R. et al. Importância da nutrição na prevenção do kwashiorkor: uma revisão de literatura. **Revista Científica UMC.**, Mogi das Cruzes, v. 2, p. 1-10, Agosto 2018. ISSN 2525-5250.

ALMEIDA, M. S. et al. O impacto da má alimentação infantil à longo prazo na saúde do adulto. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, Vassouras – RJ, v. 39, p. 1-12, Novembro 2021. ISSN 2595-7899.

CRISTOFARI, E. V.; FERRARI, A. M. Adequação da ingestão de micronutrientes em crianças de idade escolar. **Cadernos da Escola de Saúde, Curitiba, V.19 N.1:** , v. 19, p. 63-77, Maio 2020. ISSN 1984 – 7041.

DA COSTA, A. D. et al. Atividades de educação nutricional e avaliação do estado nutricional de crianças da rede municipal de Marabá no sudeste do Pará. **Brazilian Journal of Health Review**, n.2, p. mar./apr. 2021. DOI:10.34119/bjhrv4n2-099, Curitiba, v. 4, p. 5253-5267, Março 2021. ISSN 2595-6825.

DUARTE, M. G. et al. Estado nutricional de crianças do baixo Amazonas: concordância entre três critérios de classificação. **J Hum Growth Dev**. DOI: <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.141627>, v. 28, p. 139-147, Junho 2018.

FELBERG, E. F.; PINHEIRO, M. N.; BATISTA, E. C. Fatores psicológicos e sociais associados à desnutrição infantil: um estudo bibliográfico. **Revista Opara – Ciências Contemporâneas Aplicadas , FACAPE, Petrolina.**, v. 6, p. 32-48, Dezembro 2016. ISSN 2237-9991.

FELBERG, E. F.; PINHEIRO, M. N.; BATISTA, E. C. Fatores Psicológicos e Sociais Associados à Desnutrição Infantil: Um Estudo Bibliográfico. **Revista Opara – Ciências**

**Contemporâneas Aplicadas, ISSN 2237-9991 , FACAPE, Petrolina, v. 6, n. 1 , p. 32-48, jan./dez., 2016., v. 6, p. 32-48, Abril 2018. ISSN 2237-9991.**

FILHO, J. A.; DA SILVA, R. D. S.; DOS SANTOS, R. C. **Desnutrição em pacientes críticos e restritos ao leito hospitalar: revisão da literatura.** Congresso Nacional de Pesquisa e Ensino em Ciências - CONAPESC. [S.l.]: [s.n.]. 2018. p. 1-4.

LEITE, et al. Estratégias para prevenção e manejo de desnutrição aguda em crianças menores de cinco anos. **Instituto de Saúde de São Paulo, SP, Departamento de Promoção da Saúde (DEPROS/SAPS/MS), Brasília, DF, São Paulo, bRASIL, Julho 2022.**

MINISTÉRIO da Administração do Território e Reforma do Estado. , 2018.

OLIVEIRA , et al. Fatores associados ao estado nutricional de crianças menores de cinco anos da Paraíba, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Paraíba, Brasil, v. 27, n. 2, p. 711 - 724, Fevereiro 2022.

PEREIRA, I. F. et al. Estado nutricional de menores de 5 anos de idade no Brasil: evidências da polarização epidemiológica nutricional. **Ciência & Saúde Coletiva, 22(10): DOI: 10.1590/1413-812320172210.25242016**, v. 22, p. 3341-3352, 2017. ISSN 1590-1413.

ROCHA, R. P. **Estado nutricional de crianças no primeiro ano de vida do município da vitória de santo antão, pernambuco.** Vitória de Santo Antão: [s.n.], 2015.

SANTOS, ; COELHO, T. ; SILVA,. Fatores que interferem na formação do hábito alimentar saudável na infância: uma revisão bibliográfica. **Revista Científica UBM - Barra Mansa**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 48, p. 80-94, 2023. ISSN 2764-5185.

SANTOS, B. D. S. et al. Saúde e sociedade: uma análise sobre a desnutrição energético - proteica primária infantil. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 3, p. 9886-9906, Junho 2021. ISSN 2595-6825.

SOARES, H. M. **Alterações bioquímicas na desnutrição.** Porto: [s.n.], 2018.

## APÉNDICES

### APÉNDICE A - TABELAS APLICADAS NO ESTUDO

**Tabel 1 – Factores da desnutrição**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Falta de alimentos	3	10
Diarreia	8	27
Desmame precoce	19	63
Total	30	100

**Tabel 2 – Tipos da desnutrição**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Marasmo	7	24
Marasmo Kwashiorkor	10	33
Kwashiorkor	13	43
Total	30	100

**Tabel 3 – Idade de crianças**

	<b>n</b>	<b>%</b>
6 - 11 Meses	19	63
1- 2 Anos	9	30
3 - 4 Anos	2	7
Total	30	100

**Tabel 4 – Género**

	<b>n</b>	<b>%</b>
Feminino	9	30
Masculino	21	70
Total	30	100

**Tabel 5 – Faixa etária materna**

	<b>n</b>	<b>%</b>
14 - 20 Anos	10	33
21 - 25 Anos	8	27
26 - 30 Anos	4	13
31 - 35 Anos	5	17
36 - 40 Anos	3	10
Total	30	100

**Tabel 6** – Ocupação materna de crianças com desnutrição

	<b>n</b>	<b>%</b>
Funcionária	3	10
Comerciante	11	37
Camponesa	16	53
Total	30	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).

**Huambo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_**

Assinatura do(a) participante

.....

Assinatura do(a) pesquisador(a)

.....

## APÉNDICE C – FORMULARIO APLICADO NA PESQUISA

Número: ..... Data: ..... /..... 2023.

### 1 - Factores associados a desnutrição:

- Falta de alimentos ( ).
- Diarreia ( ).
- Desmame precoce ( ).
- Outros .....

- Género: Masculino ( ). Feminino ( ).

- Faixa etária:

- 6 – 9 Meses ( ).
- 1 – 2 Anos ( ).
- 3 - 4 Anos ( ).

- Mês de atendimento: .....

### 2 - Variáveis sócio- demográficas familiares das crianças

- Idade materna em anos:

- 14 – 25 Anos ( ).
- 26 – 30 Anos ( ).
- 36 – 40 Anos ( ).

- Função da mãe:

- Camponesa ( ).
- Comerciante ( ).
- Funcionária ( ).

- Origem da criança:.....

### 2 - Tipo de desnutrição identificado em crianças:

- Marasmo ( ).
- Kuashorkor ( ).

### 3 – Constatar a existência de um guia voltado a crianças com desnutrição aguda severa

- Sim ( ).
- Não ( ).

