

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC.
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
CURSO DE GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
VIII^a UNIDADE CURRICULAR
ASSISTÊNCIA APLICADA

N.Cham. TCC UFSC ENF 0156

Autor: Ferreira, Adriana

Título: Estimulação às crianças desnutri



972521492 Ac. 240707

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

" ESTIMULAÇÃO ÀS CRIANÇAS DESNUTRIDAS E COM
RETARDO NO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO "

ELABORADO POR:

ADRIANA FERREIRA

SILVANA MARA NUNES

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0156

Ex.1

ORIENTADORA: LYDIA IGÑES ROSSI BUB

SUPERVISORA: ALCIONEY DAIR C. DE SOUZA

Florianópolis, Março de 1989.

"Se não houver frutos,
Valeu a beleza das flores;
Se não houver flores,
Valeu a sombra das folhas;
Se não houver folhas,
Valeu a intenção da semente."

HENFIL

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter nos dado forças para realizar este Projeto.

A professora Lydia Rossi Bub, nossa orientadora, somos de todo muito agradecidas. Sua orientação precisa e atenta, sua compreensão e apoio, possibilitaram-nos a conclusão deste Planejamento.

A Enfermeira Alcione Dair C. de Souza, por ter aceito ser nossa supervisora.

A todos aqueles que colaboraram direta ou indiretamente, para a elaboração deste Projeto.

Obrigado

ADRIANA E SILVANA

SUMÁRIO

| | | | |
|------|---|--|----|
| I | - | Introdução | 5 |
| II | - | Levantamento da Realidade da Instituição | 11 |
| III | - | Suporte Bibliográfico | 13 |
| IV | - | Plano de Ação | 24 |
| V | - | Conclusão | 30 |
| VI | - | Bibliografia | 31 |
| VII- | | Anexo | 33 |

I - INTRODUÇÃO

Segundo Marcondes, " a desnutrição constitui a principal causa de mortalidade e morbidade no país. Aqueles que não morrem no primeiro ano de vida, sobrevivem num estado de subnutrição, entrando desta forma na idade pré-escolar, "e " a diarréia aguda, continua sendo a principal causa de mortalidade infantil nos primeiros cinco anos de idade nos países subdesenvolvidos ou em via de desenvolvimento. Esta elevada incidência decorre principalmente pelo abandono precoce do aleitamento natural em favor de formas lácteas outras, habitualmente contaminadas em decorrência do elevado índice de contaminação ambiental, falta de condições de preservação do alimento, preparo inadequado e outras condições. Nota-se pois, que o risco de exposição a infecção se repete frequentemente, sendo este o papel inicial para o ciclo difícil de ser interrompido, qual seja diarréia e desnutrição".⁶

Com consequência da diarréia e desnutrição, muitas crianças são levadas ao tratamento hospitalar.

A hospitalização pode acarretar sérios problemas ao indivíduo e principalmente a criança, pelo fato de separá-la

de seu ambiente e familiares, além dos traumas causados pelo próprio tratamento.

Para Manzolli, " a hospitalização é um dos eventos da vida moderna que envolve profundamente a adaptação do homem às várias mudanças que acontecem em seu dia-a-dia.

Este ajustamento pode ocorrer de forma mais fácil em certas pessoas; em outras, entretanto apresenta-se de forma difícil, exigindo mais tempo, grande esforço e intensa assistência".⁵

Quanto menor a criança, mais sérias e graves podem ser as sequelas, pois sendo os primeiros anos de vida fundamentais para o desenvolvimento bio-psico-social da criança, mais profundas serão as marcas deixadas pela quebra da continuidade e/ou agressões sofridas.

Patrício relata que, " os primeiros anos de vida são os mais críticos para o desenvolvimento físico e mental do ser humano. Determinados problemas que afetam a criança nesta idade podem provocar sequelas físicas e mentais que prejudicarão a criança para o resto da vida.

Com a hospitalização a criança sofre um dos maiores e mais difíceis traumas psicológico provocado pelo novo ambiente (separação da família e pelas experiências provenientes da hospitalização)".⁹

Por serem os primeiros anos de vida o alicerce da formação bio-psico-social do indivíduo, os problemas ocorridos nesta etapa podem relacionar-se a defasagem do crescimento e desenvolvimento da criança.

Crescimento e desenvolvimento, para Marcondes, "constituem a resultante final da interação de um conjunto de fatores que podem ser divididos em extrínsecos e intrínsecos. Entre os fatores extrínsecos encontra-se a ingestão de dieta normal e toda a estimulação bio-psico-social ambiental, e entre os intrínsecos, encontra-se a herança genética e fator neuro endócrino".⁶

Para Stefane, "o desenvolvimento é a característica primordial da criança que cresce, se modifica e se afirma como indivíduo. Ao atender suas necessidades essenciais, dia a dia, se garante seu crescimento e desenvolvimento harmonioso e se prepara a criança para o futuro. O desenvolvimento significa também saúde. Não pode haver crescimento nem desenvolvimento satisfatório se a saúde da criança está afetada por problemas crônicos, como a desnutrição.

Para o pleno desenvolvimento as crianças necessitam, além da saúde, de amor, segurança, novas experiências, estímulos e de responsabilidades que gradativamente devam cumprir desde o início de sua infância"¹¹.

Para minimizar os traumas causados pela hospitalização é importante a participação da mãe (família) no tratamento e estimulação da criança. Dumbar afirma ser, "a criança e sua família objeto primário da assistência, em vez dos problemas e doenças específicas. A individualidade é avaliada e colocada em assistir as famílias no uso de suas forças para adaptar-se à situação normal de tensão por crise encontrada.

A criança e a família são vistas como participantes e tomadoras de decisões, responsáveis com relação a sua própria

assistência"².

Entendemos ser o paciente a figura central na instituição hospitalar e o enfermeiro, como a pessoa mais próxima e que passa a maior parte do tempo ao lado do paciente, e capaz de identificar os problemas, definir as necessidades básicas afetadas e planejar a assistência adequada.

Embora saibamos o quanto é difícil fazer assistência individualizada, cabe ao enfermeiro traçar metas em seu plano de assistência, capazes de atender as necessidades humana básica do indivíduo.

Os indivíduos hospitalizados e principalmente as crianças, devem ser tratadas pelo enfermeiro e por toda a equipe que o assiste, como um ser humano, que está afastado de seu ambiente, da família e traumatizado pelo sofrimento da doença.

A assistência de enfermagem deve ser planejada, executada e avaliada, visando o bem estar do paciente, proporcionando uma assistência livre de risco.

Horta afirma que, " a enfermagem é prestada ao ser humano e não à sua doença ou desequilíbrio"; diz ainda que "plano assistencial é a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber diante do diagnóstico estabelecido.

O plano assistencial é resultado da análise do diagnóstico de enfermagem, examinando-se os problemas de enfermagem, as necessidades afetadas, o grau de dependência".⁴

Para Daniel, " não importa quão simplificado seja o

plano de cuidados de enfermagem, o importante é que este conduza a atender as necessidades específicas dos indivíduos entregues à responsabilidade do enfermeiro. E só é possível conhecer e atender as necessidades específicas dos indivíduos, se o enfermeiro estiver ao lado das pessoas que precisa assistir.

Quando ocorre um desequilíbrio no ajustamento do organismo humano, aparecem situações problemáticas que nem sempre o indivíduo pode resolver por si próprio".¹

Baseado nos estudos feitos e em observações em estágios já realizados anteriormente, despertou-nos o interesse de fazer o trabalho de conclusão da VIIIª Unidade Curricular do curso de graduação em enfermagem, voltado para a assistência a criança com desnutrição e conseqüente atraso no desenvolvimento e crescimento, baseado na teoria das necessidades humana básica, segundo Wanda Horta, "Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter a saúde, em colaboração com outros profissionais".⁴

O presente projeto "Estimulação às crianças desnutridas e com retardo no crescimento e desenvolvimento", será desenvolvido na Unidade de Internação C do hospital infantil Joana de Gusmão, no período de 21 de março a 9 de Junho do corrente ano, com atividades previstas para o período vespertino, das 13:00 as 17:00 horas, com orientação da Prof^a Lydia Bub e com supervisão da enfermeira Alcione Dair C. de Souza, chefe da Unidade C.

As atividades serão desenvolvidas conforme o plano elaborado e cronograma previsto, estando este último sujeito a possíveis modificações durante o transcorrer do estágio. (anexo 1)

O período de 2 a 15 de março, foi reservado para elaboração do projeto e os dias 16,17 e 20 de março, destinados para as apresentações dos mesmos.

II - LEVANTAMENTO DA REALIDADE

A - do hospital

O Hospital Infantil Joana de Gusmão é uma unidade da Fundação Hospitalar de Santa Catarina. Foi fundado em dezembro de 1979. Anteriormente o Hospital Infantil localizava-se junto a maternidade Carmela Dutra, com o nome de Hospital Infantil Edith Gama Ramos.

Na estrutura organizacional, o Hospital Infantil Joana de Gusmão possui três divisões ligadas diretamente à direção geral:

- Divisão Médica
- Divisão Técnica
- Divisão Administrativa

Sendo que o serviço de enfermagem está subordinado a divisão técnica.

O Organograma do Hospital Joana de Gusmão (anexo 2), obedece à linha clássica de estrutura organizacional que corresponde ao tipo "linear".

Este Hospital possui 22.485 m² de área construída e tem capacidade para 224 leitos. Atualmente está ativado 212 leitos.

A equipe de enfermagem conta com 320 funcionários distribuídos de acordo com suas funções:

- 27 enfermeiros;
- 45 técnicos de enfermagem;
- 43 auxiliares de enfermagem;
- 205 atendentes.

O Hospital Infantil presta assistência médica ou médico-cirúrgica a criança de 0 a 15 anos incompletos, atendendo em todas as especialidades pediátricas, tendo ainda os serviços de apoio e diagnóstico do laboratório, RX, Anátomo Patológico, Banco de Sangue, E.E.G, E.C.G e Comissão de controle de Infecção Hospitalar.

B.- da Unidade de Internação "C"

A unidade de internação "C" possui expurgo, 1 sala de medicação, 1 banheiro para visitantes, 1 banheiro para funcionários, posto de enfermagem, sala do escriturário, sala de curativos, sala para exames, rouparia, sala de lanche, 2 salas para prescrições, 6 quartos sendo 4 destes com 4 leitos cada, 1 quarto com 1 leito e 1 quarto com 3 leitos, 3 banheiros para pacientes.

Na unidade possui também uma sala de recreação que atende as unidades "B e C".

Na unidade "C" a equipe de enfermagem é formada por 1 enfermeira, 5 auxiliares de enfermagem, 1 técnico de enfermagem, 16 atendentes, sendo estes divididos nos três turnos. Em cada turno tem-se 1 enfermeira das 7:00 às 16:00 h, 1 técnico ou auxiliar de enfermagem, 4 atendentes.

III - SUPORTE BIBLIOGRÁFICO

" O Brasil é o paraíso das doenças da pobreza. Endemias já erradicadas em países mais desenvolvidos por simples medidas de caráter econômico-social, aqui continuam a fazer milhões de vítimas. Uma das mais trágicas consequências da pobreza, no entanto, é a desnutrição. Ela tira a vida de milhões de crianças anualmente e, o que é pior, compromete física e mentalmente aquelas que escapam da morte nos primeiros anos de vida.

Azor José de Limas cita vários autores que demonstraram a interferência da desnutrição na estatura, no desenvolvimento cerebral e no aparecimento da menarca (mais tardia), mostrando que as populações de baixo nível sócio-econômico tem baixos níveis de crescimento, atraso de menarca, menor Q.I. Quanto a este último aspecto, a Dra. Suzana de Souza Queiroz completa lembrando que, além das alterações neurológicas e intelectuais provocadas pela desnutrição, nas classes sócio-econômicas baixas, associa-se o fator falta de estímulos à criança, que teria particular importância na gênese da deficiência intelectual.

A médica explica que crianças estimuladas desenvolvem-se

melhor e podem apresentar um aumento de Q.I., inclusive crianças desnutridas na infância, diz ela, podem recuperar peso, altura e nível de Q.I. Se colocadas num ambiente favorável. Porém, se tais crianças voltam às condições iniciais, o seu Q.I. sofre regressos, voltando aos valores inicialmente apresentados".³

Segundo Marcondes, " Patologia da desnutrição é a soma das entidades mórvidas decorrentes da nutrição defeituosa do organismo como um todo e das células em particular: abarca tanto entidades que traduzem defeitos da nutrição por acúmulo (obesidade, hipervitaminose A) como as que são devidas aos defeitos por carências (raquitismo, anemia, pelagra).

Acúmulo ou carência devem ser encarados em níveis celulares e não em função da dieta ingerida pelo indivíduo que pode receber uma dieta rigorosamente normal mas, por defeito da absorção intestinal, por exemplo, apresenta carências graves teciduais. As alterações nutricionais, os autores reservam o termo distrofia.

Do ponto de vista etiológico, há dois grandes grupos de distrofias: primárias e secundárias. As formas primárias são aquelas nas quais há paralelismo entre nutrição do indivíduo e nutrição celular, isto é, a alteração tecidual se deve a uma alteração da dieta: O indivíduo, em si, é normal, não apresentando nenhum fator orgânico ou psíquico que perturbe a ingestão, digestão, absorção e metabolização dos nutrientes, bem como a degradação ou excreção dos resíduos. Nas formas secundárias, não há paralelismo entre o distúrbio nutricional te

cial e a dieta ingerida: são os casos nos quais é possível reconhecer uma ou mais condições acima citada. Exemplificando como distrofia por carência, lembremos os casos nos quais a dieta ingerida por uma criança é normal porém há distrofia porque ela pode apresentar fissura palatina, estenose hipertrofica de piloro ou fibrose cística do pâncreas.

A distrofia devida a uma deficiência nutricional global (calórica, proteica e vitamínica, mineral) determina um quadro clínico caracterizado basicamente por acentuado déficit ponderal e que recebe o nome de subnutrição.

As formas graves da subnutrição são conhecidas também como atrofia, marasmo, caquexia, atrepsias decomposição. Se a carência única ou largamente predominante é proteica, a doença recebe o nome de má nutrição proteica, termo criado pela Organização Mundial de Saúde em 1952.

QUADRO CLÍNICO

Os sinais e sintomas da desnutrição podem agrupar-se em: universais (presentes em todos os desnutridos e de natureza predominantemente bioquímica), circunstanciais (não presentes em todos os casos e de natureza predominantemente clínica), e agregados (sinais e sintomas produzidos, quer pela doença determinante da desnutrição, no caso de ser esta secundária, quer por complicação superajuntada).

A idade de maior incidência da desnutrição é variável conforme o tipo clínico considerado. Subnutrição é própria do

primeiro ano de vida (idade média numa revisão realizada na clínica pediatria = 4,8 meses) e a má nutrição proteica incide predominantemente dos 2 aos 4 anos de idade (idade média na revisão = 26,3 meses) na zona rural onde o aleitamento materno ainda pode ser encontrado por um tempo maior, a subnutrição pode ser de algum modo prevenida ou retardada no seu aparecimento e o tipo prevalente de desnutrição será a má nutrição proteica. Nas zonas urbanas, o tipo de vida que as famílias são obrigadas a levar, praticamente impede o aleitamento materno, quase sempre em virtude do fato da mãe ter de trabalhar fora, e o tipo prevalente será a subnutrição. Assim, a urbanização contínua e crescente das populações rurais está determinado um desvio para o lado da subnutrição das formas clínicas de desnutrição. Convém lembrar, também, que quanto mais cedo a criança é acometida pela doença, maiores as possibilidades de sequelas, especialmente neuropsicomotoras.

O aspecto geral das crianças desnutridas é bem característico, variando conforme o tipo de desnutrição.

A criança portadora de má nutrição proteica grave apresenta um aspecto geral de extrema miséria. Em estado de grande apatia não se interessa por nada, seja alimento, brinquedo ou carinho. Nunca sorri, mas também não chora forte, pois não tem forças para isso: choraminga grande parte do tempo em que é manuseado. Há um "borramento das feições fisionômicas, com bochechas aumentadas, flácidas, o maxilar inferior caído, com boca aberta permanente".

Por causa do desaparecimento da gordura subcutânea, o

malnutrido padece de muito frio, há uma distermia, com perda da monotermia fisiológica, com habilidade da termo regulação e hipotermia basal constante. Por isso, o malnutrido procura estar sempre coberto e encolhido, defendendo-se do frio.

A apatia mental é um dos mais importantes e também dos mais esquecidos sintomas de má nutrição grave. As crianças permanecem em geral no lugar onde são colocadas: podem ficar por horas e horas numa cadeirinha ou aos pés da cama. perdem totalmente a curiosidade e o desejo de exploração do ambiente; a única emoção que conseguem demonstrar é a dor. Se sujarem o leito com fezes ou urina, não protestam pela fotofobia que apresentam, preferem os ambientes esquecidos. A única situação que parece dar algum conforto ao paciente é permanecer em posição fetal, totalmente coberto, em ambiente escurecido e longe do convívio social. Uma retomada do interesse pelo ambiente é considerado como sinal importantíssimo de recuperação: diz-se que "o desnutrado que ri está salvo".

O déficit de peso dos desnutrados tem se prestado a proposições de classificação da doença. Assim, Gomes, propõe 3 graus de desnutrição:

1º grau = deficit de peso de 10,1 a 25%;

2º grau = deficit de 25,1 a 40%; e

3º grau = deficit de peso acima de 40% (anexo 3) (tabela de Gomes).

O exame neuropsicomotor do desnutrado mostra diminuição do perímetro cefálico em 100% dos casos. Sofrimento cerebral difuso incide em cerca de 85% dos casos e caracteriza-se por

ausência ou pobreza da fala, imaturidade práxica alteração do do tono, alteração do equilíbrio estático-cinético, alteração da motricidade voluntária e alteração dos reflexos profundos e superficiais.

O desnutrido apresenta uma fragilidade cutânea generalizada, o que determina grande frequência de escaras de decúbito e soluções de continuidade pelos menores traumas.

O desnutrido pode apresentar dependendo do grau de desnutrição, alteração dos cabelos: finos, secos e frágeis.

O desnutrido apresenta hepatomegalia variável, apresenta uma anemia moderada do tipo hipovalêmico, isto é, diminuição relativa de eritrócitos e hemoglobina "por diluição" em virtude do aumento da volemia.⁶

DESNUTRIÇÃO PROTEÍCO-CALÓRICA

Desnutrição é a consequência para o organismo, do déficit de nutrientes.

A desnutrição pode ser: a) específica (falta de um nutriente bem determinado ex: falta de ferro: anemia).
b) Global - o exemplo mais importante é desnutrição proteíco-calórica (DPC) em que a deficiência nutritiva é global, mas cujo nome enfoca seus dois aspectos fundamentais: o déficit proteíco e o déficit calórico.

É a entidade médico-social mais importante em nosso meio e em todo o mundo, em virtude das elevadas prevalências, morbidade, mortalidade e sequelas.

As manifestações da DPC podem ser agrupadas em:

a) Universais - presentes em todos os desnutridos. São de natureza bioquímica (hipobalbuminemia, hipocolesterolemia, hipoglicemia) e traduzem três processos fundamentais da desnutrição (diluição (bioquímica); disfunção (hipofusão, particularmente no desenvolvimento neuro-motor) e depleção (distrofia, prejuízo do crescimento físico).

Esses processos levam à uma desaceleração (casos leves), interrupção (casos moderados) ou involução (casos graves) do crescimento. O desnutrido tende a regredir aos padrões evolutivos próprios do R.N.

b) Circunstanciais: são de natureza clínica (edema) (alteração da pele e cabelos). tipos: marasmo e kwashiorkor.

c) Agregados - podem depender de: 1) doença primária que provocou a desnutrição (ex: vômito, estenose hipertrófica do piloro). 2) das complicações da desnutrição, especialmente: a) infecções intercorrentes (brônco-pneumonia) e b) distúrbios hidroeletrolíticos, (desidratação).

Classificação:

- DPC - primária - por oferta, inadequada de alimentos (deficit de ingestão): em virtude de condições sócio-econômicas desfavoráveis, o indivíduo não dispõe de alimentos.

- DPC - secundárias - aproveitamento inadequado dos alimentos fornecidos de forma correta. ex: vômitos na estenose hipertrófica de piloro, síndrome de má absorção.

a) Kwashiorkor - DPC de 3º grau caracterizado por edema clínico, lesões de pele e cabelo, esteatose hepática, hipoalbuminemia, tecido celular subcutâneo ainda presente, frequentemente diarreia.

Obs* Em virtude da presença de edema, a perda de peso em relação ao peso ideal pode ser menor de que 40% e a DPC seria classificada como de 2º grau, se fossemos nos basear exclusivamente nesse critério, entretanto, frente a um quadro clínico de Kwashiorkor com edema, a DPC é automaticamente classificada como de 3º grau. O Kwashiorkor ocorre mais frequentemente no pré-escolar.

Quadro clínico do Kwashiorkor:

- 1 - Aspecto geral - extrema miséria.
- 2 - Apatia mental, nunca sorri, choraminga.
- 3 - Posição preferencial: encolhido, coberto (frio) na obscuridade (fotofobia).
- 4 - Grande emagrecimento do torax e segmentos proximais dos membros e edema dos segmentos distais (edema frio, mole, não doloroso a pressão).
- 5 - Lesões da pele: a) seca e fria; b) xerose (seca, áspera sem brilho); c) lesões pelagrosas (eritemas, despigmentação c/ hiperpigmentação das bordas, descamação); d) queratose folicular; e) fissuras lineares e flexurais; f) acrocianose; g) escaras; h) piodermites secundárias; i) púrpura (pontos hemorrágicos (de mau prognóstico)).

- 6 - Cabelos: finos, secos, quebradiços, facilmente destacáveis (ciclopeçia). Quando a desnutrição é prolongada, com várias recaídas, pode aparecer o "sinal da bandeira" = faixas de coloração clara e escura.
- 7 - Unhas - finas, quebradiças, sem brilho, crescem pouco.
- 8 - Mucosas - língua careca ou com hipertrofia das papilas, retração das gengivas, lábios rachados, sangrantes, lesões comissurais.
- 9 - Olhos - alteração da conjuntiva córnea: manchas, queratomalacia, úlceras, xeroflalmia. Pode levar a cegueira.⁸

ESTIMULAÇÃO PRECOCE

É inegável a influência do meio ambiente no processo de crescimento e desenvolvimento do ser humano. O indivíduo cresce e desenvolve-se de acordo com seu potencial genético, porém o meio ambiente é fator decisivo no processo evolutivo, intervindo no ritmo das aquisições das habilidades adequadas a cada faixa etária.

Ambiente favorável é o que oferece a criança uma "interação afetiva", quer pela mãe (quando atendida no lar) ou com "mãe substituta" (quando atendida em centro de cuidados diários) acompanhada de estimulação apropriada.

Entende-se como estímulo, qualquer ação do meio ambiente e/ou realizado pelo agente estimulador que resulta numa resposta da criança exteriorizando sensações agradáveis e de bem estar.

Antes de executar-se "manobras estimuladoras" deve-se, inicialmente procurar interagir a criança levando-a a comunicar-se através de sorrisos, do interesse, do afeto, para depois, gradativamente iniciar as atividades planejadas.

Se faz necessário a seleção cuidadosa do estímulo a ser empregado, pois, quando manejado inoportunamente, pode acarretar resultados negativos, daí a importância do ambiente, do momento adequado, e do interrelacionamento afetivo criança/ agente estimulador.

As atividades do programa de intervenção precoce devem ser planejadas adequadamente para cada área de desenvolvimento. Não se trata de "treinar" a criança em determinada atividade e sim de oportunizar estímulos ambientais e situações - estímulos (ação) que lhe permitam adquirir gradativamente habilidades, específicas de cada área do desenvolvimento neuropsicomotor.

As áreas do desenvolvimento que integram um currículo de intervenção precoce são:

Área Motora - Para desenvolver na criança habilidades motoras indispensáveis à sua independência; facilitar a integração de condutas motoras básicas, como equilíbrio, coordenação viso-motora, indispensável ao controle postural da marcha.

Área Cognitiva - Para desenvolver na criança a ação intencional, a capacidade de responder adequadamente aos estímulos. Ampliando conhecimentos, possibilitando a generalização de suas experiências, levando-os a solucionar situa

ções e problemas.

Área Sensório-Perceptiva - Para desenvolver na criança a capacidade de sentir e perceber os estímulos sensoriais ambientais e responde-los convenientemente.

Área da Comunicação - Para desenvolver na criança a capacidade de comunicar-se, estimulando-se a linguagem expressiva e compreensiva, permitindo-lhe que através de gestos, vocalização, palavras e frases expresse suas idéias.

Área Pessoal-Social - Para desenvolver na criança a independência nas atividades da vida diária, bem como a capacidade de reagir adequadamente diante de situações sociais.

Sabe-se que é de grande importância a participação da família, em especial das mães nos programas de intervenção precoce, porque atuam como elementos notificadores das condutas das crianças e como parte integrante da família-escola-comunidade.

(Mimiografado - Fundação Educação Especial)

IV - PLANO DE AÇÃO

OBJETIVO GERAL:

- Desenvolver um programa de estimulação à criança com desnutrição e defasagem no crescimento e desenvolvimento, baseado na teoria das necessidades humanas básicas.

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | JUSTIFICATIVAS | ESTRATÉGIAS | APRAZAMENTO | AVALIAÇÃO |
|--|--|---|---|---|
| <p>1. Aprofundar os conhecimentos na assistência à criança hospitalizada, desnutrida e com atraso crescimento e desenvolvimento.</p> | <p>- Desenvolver <u>aprendizado</u>. - Proporcionar <u>segurança</u> e maior <u>capacidade</u> para o <u>desenvolvimento</u> do plano de <u>estimulação</u>.</p> | <p>- Pesquisar em <u>livros</u> específicos para o <u>caso</u>. - Levantar <u>material</u> <u>próprio</u> para <u>estimulação</u> da <u>criança</u> <u>desnutrida</u> com <u>retardo</u> no <u>crescimento</u> e <u>desenvolvimento</u>.</p> | <p>- Durante <u>todo</u> o <u>estágio</u>.</p> | <p>- No <u>final</u> do <u>estágio</u> o <u>grupo</u> <u>for</u> <u>capaz</u> de <u>dominar</u> o <u>conhecimento</u> <u>sobre</u> <u>estimulação</u> do <u>desenvolvimento</u> e <u>crescimento</u>.</p> |
| <p>2. Prestar assistência à criança hospitalizada com desnutrição e defasagem do crescimento e desenvolvimento.</p> | <p>- Acreditamos que <u>através</u> do <u>conhecimento</u> do <u>nível</u> de <u>defasagem</u> no <u>crescimento</u> e <u>desenvolvimento</u> da <u>criança</u>, <u>podemos</u> <u>desenvolver</u> um <u>plano</u> de <u>atuação</u> <u>adequado</u> a <u>cada</u> <u>paciente</u>, <u>além</u> de <u>enriquecer</u> os <u>nostros</u> <u>conhecimentos</u> <u>sobre</u> o <u>assunto</u>.</p> | <p>- Avaliar o <u>estado</u> <u>nutricional</u> e <u>evolutivo</u> da <u>criança</u>. - Comparar os <u>dados</u> <u>obtidos</u> com os <u>padrões</u> <u>normais</u> de <u>crescimento</u> e <u>desenvolvimento</u>.</p> | <p>- A <u>partir</u> da <u>3ª</u> <u>semana</u></p> | <p>- No <u>final</u> do <u>estágio</u> o <u>grupo</u> <u>conseguir</u> <u>identificar</u> o <u>nível</u> de <u>defasagem</u> de <u>todas</u> as <u>crianças</u> <u>atendidas</u> no <u>programa</u>.</p> |

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | JUSTIFICATIVAS | ESTRATÉGIAS | APRAZAMENTO | AVALIAÇÃO |
|---|---|---|--------------------------------|---|
| <p>3. Planejar e implementar o plano de estimulação a criança hospitalizada que apresenta retardo do crescimento e desenvolvimento.</p> | <p>- Segundo estudos realizados, comprovouse que a estimulação precoce favorece e proporciona a criança uma melhora paulatina e progressiva no seu crescimento e desenvolvimento. Baseados nos parâmetros dispostos-nos o interesse em planejar e implementar um plano de estimulação, na qual, favoreça em todos os sentidos, a criança e nos dê maiores conhecimentos para nossa vida profissional.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o estado de retardo do desenvolvimento da criança. - Elaborar um plano de estimulação incluindo exercícios físicos e recreação. - Planejar estimulação (visual, auditiva, motora, etc...). - Implementar o plano de estimulação. - Orientar funcionários para execução do plano de estimulação. - Orientar a integração a mãe na execução do plano de estimulação. | <p>- A partir da 3ª semana</p> | <p>- Foi aplicado o plano de estimulação no mínimo a 30% das crianças hospitalizadas no setor, com desnutrição.</p> |

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | JUSTIFICATIVAS | ESTRATÉGIAS | APRAZAMENTO | AVALIAÇÃO |
|---|--|--|--------------------------------|---|
| <p>4. Fazer visita domiciliar às famílias das crianças atendidas.</p> | <p>- Para podermos desenvolver uma assistência adequada à criança e família, seria indispensável conhecermos o seu ambiente físico, observando detalhadamente aspectos significativos (acesso ao local, moradia, transporte, condição da família, etc...) para auxílio no tratamento da criança. A liado a observação achamos importante prestarmos orientação a família, ressaltando sua privacidade, capacidade de captação e compreensão.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Observar o ambiente físico da criança. - Levantar problemas e apontar soluções quando possível. - Observar o relacionamento familiar. - Observar hábitos de higiene na família e orientá-la quando necessário. - Checar esquema vacinação infantil. - Orientação da família e no que se fizer necessário. - Orientação com relação a alta hospitalar da criança. | <p>- A partir da 5ª semana</p> | <p>- Forem visitadas pelo menos 10% das famílias das crianças do projeto.</p> |

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | JUSTIFICATIVAS | ESTRATÉGIAS | APRAZAMENTO | AVALIAÇÃO |
|--|--|---|---------------------------------|---|
| <p>5. Minimizar os traumas causados pela hospitalização.</p> | <p>- A hospitalização acarreta à criança <u>transtornos e desequilíbrios</u>, principalmente emocional. Sabe-se que a criança é separada do seu <u>habitat natural</u>, vindo para um ambiente <u>totalmente estranho</u> e diferente do meio na qual vive. Procuraremos a medida do possível e durante todo período de estágio, manter um relacionamento acessível e aceitável pela criança, proporcionando assim um ambiente favorável a sua adaptação e que se aproxime do ambiente familiar.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Observar a aceitação da criança quanto ao ambiente hospitalar. - Criar um ambiente favorável a adaptação da criança ao meio, as demais criança e equipe de saúde. - Favorecer uma relação de confiança e estima pela equipe de saúde. - Explicar a criança todos os passos dos cuidados prestados a mesma. - Oferecer brinquedos (objetos) que despertem o interesse da criança. - Manter ambiente limpo e tranquilo que favoreça sono e repouso. - Observar a relação criança/família. | <p>- Durante todo o Estágio</p> | <p>- Forem aplicados as metas propostas na estratégia com resultado positivo no comportamento da criança.</p> |

| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | JUSTIFICATIVAS | ESTRATÉGIAS | APRAZAMENTO | AVALIAÇÃO |
|---|--|--|----------------------------------|---|
| <p>6. Estimular a participação da mãe na execução dos cuidados e estimulação da criança.</p> | <p>- Além da terapêutica medicamentosa, achamos de fundamental importância para o tratamento da criança a participação da mãe na execução dos cuidados e estimulação da criança.</p> <p>- Para que a criança sinta segurança e confiança nos cuidados e na hospitalização, Se a mãe estiver junto dela oferecendo afeto e compreensão.</p> | <p>- Esclarecer sobre o estado geral da criança.</p> <p>- Ensinar métodos de estimulação.</p> <p>- Estimular a efetividade do binômio mãe/criança.</p> <p>- Observar e orientar sobre hábitos de higiene.</p> <p>- Estimular e conscientizar da importância da permanência da mãe junto à criança.</p> <p>- Sensibilizar e preparar a mãe quanto a continuidade na estimulação da criança na pós-alta.</p> | <p>- Durante todo o Estágio.</p> | <p>- Conseguir a participação de no mínimo 50% das mães do projeto nos cuidados e estimulação da criança.</p> |
| <p>7. Fornecer grupo de estudo com equipe de enfermagem para abordar o problema de desnutrição e o programa de estimulação.</p> | | <p>- Fazer reuniões semanais com os elementos da equipe.</p> <p>- Oferecer material referente ao tema proposto.</p> <p>- Incentivar a estimulação durante a prestação de cuidados à criança.</p> | <p>- Apartir da 7ª semana</p> | <p>- Fundar o grupo de estudo e este grupo tiver: objetivos definidos, programa e cronograma elaborado.</p> |

V - CONCLUSÃO

Traçamos um plano de atuação no qual espera-se poder executar-lo quase que na íntegra todos os itens propostos.

Acreditamos que a recuperação da criança depende não somente da terapia medicamentosa, mas também da estimulação favorável a uma aceitação dos cuidados a serem prestados.

Vimos a criança como um ser frágil e dependente, no qual necessita e requer carinho, compreensão, estímulo e outros fatores que possam contribuir para seu crescimento e desenvolvimento sadio.

Dentro do campo da assistência a criança hospitalizada, pretendemos aprofundar e ampliar nossos conhecimentos, mantendo-se a privacidade e aceitação de cada criança e família a serem atendidas pelo projeto.

As metas irão ser postas em prática, e no final do período de estágio, desejamos e estamos convictas de que conseguiremos abordar cada objetivo citados anteriormente.

Trabalhar-se-a diretamente com a criança e na orientação da família, procurando de todas as formas possíveis, amenizar os desequilíbrios e traumas consequentes da hospitalização.

VI - BIBLIOGRAFIA

- 1 - DANIEL, L. F. A Enfermagem Planejada. 3ª ed. São Paulo, EPU, 1981.
- 2 - DUNBAR, D. E. et alli. O Papel da Enfermagem na Assistência Primária Infantil. In: WARCHTER, E; H. et alli, Enfermagem Pediatrica. 9ª ed. Rio de Janeiro, Interamericana, 1975.
- 3 - FERRARI, B. T. Desnutrição " a Tragédia da Fome". In: Revista Brasileira de Clínica e Terapia. CT, Março de 1986.
- 4 - HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPU-EDUSP, 1979.
- 5 - MANZOLLI, M. C. Relacionamento de Enfermagem. Aspectos Psiccológicos. 1ª ed. São Paulo, 1983.
- 6 - MARCONDES, E. Pediatria Básica. 7ª ed. São Paulo, Sarvier, 1985, vol. I.
- 7 - MARCONDES, E. Crescimento Normal e Deficiente. São Paulo, 1970, vol. I.
- 8 - MURAHOVSKI, J. Pediatria: Diagnóstico + Tratamento. 3ª ed. Sarvier, São Paulo, 1982.

- 9 - PATRICIO, Z. M. Hospitalização Infantil. Mimiografado, 1986.
- 10 - SCHIMITZ, E. M. R & Cols. A Enfermagem em Pediatria e Puericultura. 1^a ed. Rio de Janeiro. São Paulo, 1989.
- 11 - STEFANE, J. M. J. A Enfermagem, o Crescimento e Desenvolvimento Infantil. In: SCHMITZ, M. R. & Cols. A Enfermagem em Pediatria e Puericultura. 1^a ed. Rio de Janeiro, 1989.
- 12 - SEVERINO, A. J. Metodologia do Trabalho Científico: Diretrizes para o trabalho didático-científico na Universidade. 2^a ed. São Paulo, Cortez & Moraes Ltda. 1976.

A N E X O S

A N E X O N º 01

CRONOGRAMA

LEGENDA

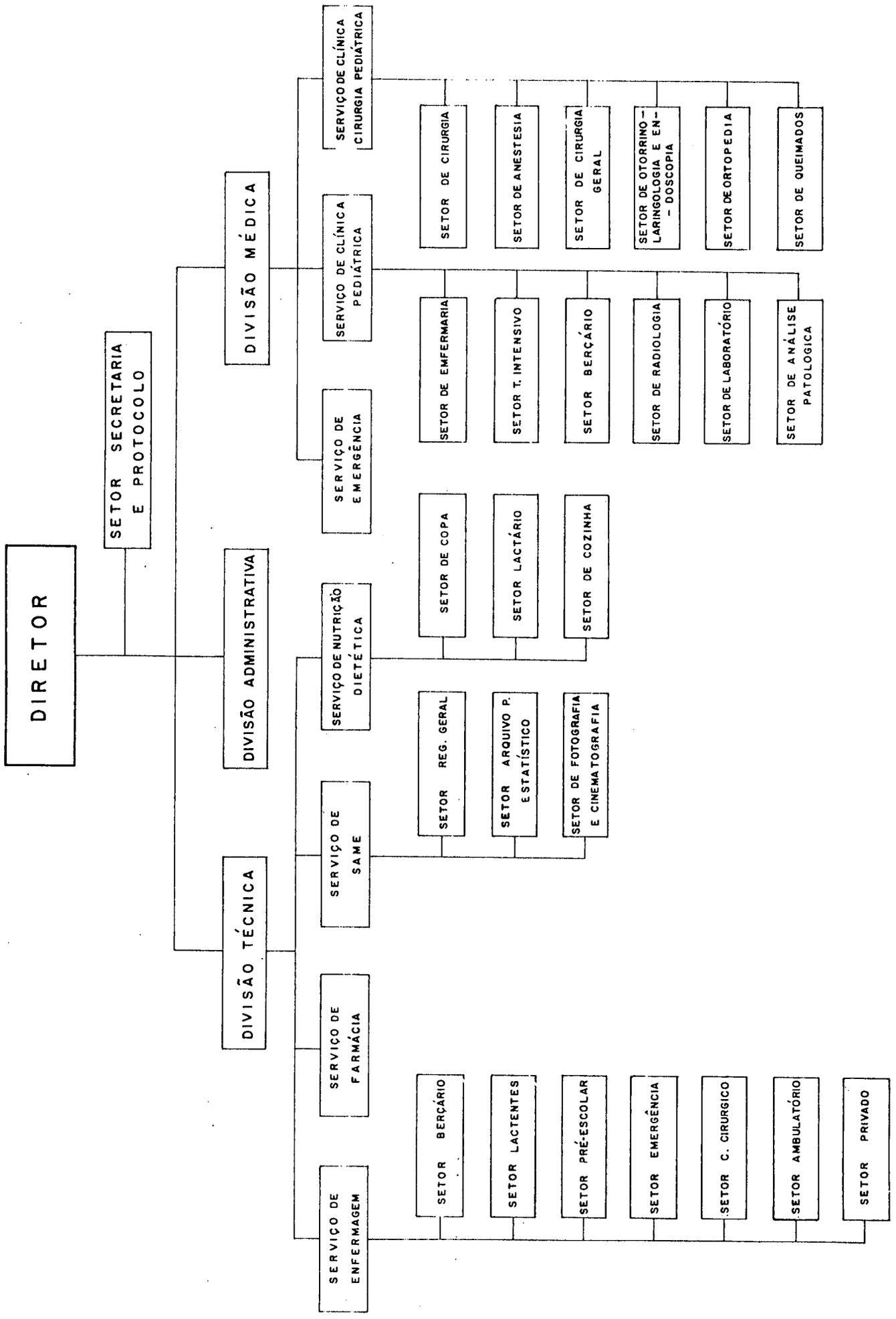
- P - Período destinado para planejamento do Projeto.
- A - Apresentações dos Projetos.
- F - Feriados.
- S - Seminários de turma.
- E - Período destinado para elaboração do Relatório do Projeto.
- R - Apresentações dos relatórios dos Projetos.

Adaptação e Reconhecimento - Período de adaptação do grupo na Unidade, reconhecimento da Unidade.

Adaptação e Integração com a equipe e pacientes - Período de adaptação e Integração com a equipe e pacientes, levantamento da realidade, levantamento de problema.

Integração e outros - Integração com pacientes cuidados gerais de enf.

Estimulação e outros - Desempenho das ações propostas no plano.



ANEXO Nº 3

Valores Limitrofes para os Diferentes Graus de Desnutrição segundo o conceito de Gomez (1946). Em 17 idades para cada sexo. Valores normais de péso segundo a tabela 9.

| DESNUTRICÃO | | | | Peso Normal | IDADE | Peso Normal | DESNUTRICÃO | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|-------------|--------|-------------|----------------------------|----------------------------|--|
| 3º grau: péso menor do que | 2º grau: péso menor do que | 1º grau: péso menor do que | 1º grau: péso menor do que | | | | 2º grau: péso menor do que | 3º grau: péso menor do que | |
| 1.950 | 2.440 | 2.930 | 3.250 | RN | 3.090 | 2.780 | 2.320 | 1.350 | |
| 3.590 | 4.490 | 5.380 | 5.980 | 3 m | 5.490 | 4.940 | 4.120 | 3.290 | |
| 4.610 | 5.770 | 6.920 | 7.690 | 6 m | 7.250 | 6.530 | 5.550 | 4.350 | |
| 5.420 | 6.770 | 8.130 | 9.030 | 9 m | 8.350 | 7.520 | 6.260 | 5.010 | |
| 5.810 | 7.310 | 8.770 | 9.740 | 12 m | 9.430 | 8.490 | 7.070 | 5.660 | |
| 6.580 | 8.230 | 9.870 | 10.970 | 18 m | 10.420 | 9.380 | 7.810 | 6.250 | |
| 7.150 | 8.940 | 10.730 | 11.920 | 2 a | 11.560 | 10.400 | 8.670 | 6.940 | |
| 8.370 | 10.460 | 12.560 | 13.950 | 3 a | 13.350 | 12.020 | 10.010 | 8.010 | |
| 9.640 | 12.050 | 14.460 | 16.070 | 4 a | 15.580 | 14.020 | 11.690 | 9.350 | |
| 10.820 | 13.520 | 16.230 | 18.030 | 5 a | 17.480 | 15.750 | 13.110 | 10.490 | |
| 11.950 | 14.930 | 17.920 | 19.910 | 6 a | 19.610 | 17.680 | 14.730 | 11.780 | |
| 13.200 | 16.500 | 19.800 | 22.000 | 7 a | 21.200 | 19.080 | 15.900 | 12.720 | |
| 14.140 | 17.670 | 21.200 | 23.560 | 8 a | 23.530 | 21.180 | 17.650 | 14.120 | |
| 15.840 | 19.800 | 23.760 | 26.400 | 9 a | 25.720 | 23.150 | 19.290 | 15.430 | |
| 17.240 | 21.550 | 25.860 | 28.730 | 10 a | 28.350 | 25.520 | 21.260 | 17.010 | |
| 18.770 | 23.470 | 28.160 | 31.290 | 11 a | 31.600 | 28.410 | 23.700 | 18.960 | |
| 20.470 | 25.590 | 30.710 | 31.120 | 12 a | 37.010 | 33.310 | 27.060 | 22.210 | |

SEXO MASCULINO

SEXO FEMININO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CCS - CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
VIIIª UNIDADE CURRICULAR - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

RELATÓRIO DO PROJETO "ESTIMULAÇÃO ÀS CRIANÇAS
DESNUTRIDAS E COM RETARDO NO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO".

ELABORADO POR: ADRIANA FERREIRA
SILVANA MARA NUNES

ORIENTADORA: LYDIA IGNÊS ROSSI BUB

SUPERVISORA: ALCIONEI DAIR COUTINHO DE SOUZA

Florianópolis, Junho de 1989.

MENSAGEM

Toda criança será, aquilo que fo-
res para ela;

Uma criança responderá, ao estimu
lo que deres a ela;

Uma criança será sadia se lhe de-
res:

Um ambiente favorável

Um gesto afetivo

Um estímulo adequado e, sendo as-
sim,

A criança terá um desenvolvimento
normal e sadio.

(ADRIANA E SILVANA)

AGRADECIMENTOS

- A Deus por nunca ter nos deixado sô;
- A todas as crianças e em especial aquelas que contribuíram para a realização deste trabalho;
- Aos funcionários, pelo carinho e coleguismo dispensado durante o período em que permanecemos juntos;
- A enfermeira Alcione, pelo companheirismo que sempre existiu durante o convívio que tivemos;
- A professora Lydia, por ter acreditado na realização deste trabalho;
- A todos que de forma direta ou indireta nos apoiaram e contribuíram para que este trabalho se realizasse.

Nosso muito obrigado.

SUMÁRIO

| | | |
|-----|---|----|
| I | - INTRODUÇÃO | 5 |
| II | - RESULTADO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS | 8 |
| III | - CONCLUSÃO | 19 |
| IV | - RECOMENDAÇÕES | 21 |
| V | - BIBLIOGRAFIA | 22 |
| VI | - ANEXOS | 24 |

I - INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo apresentar o resultado de nosso desempenho na execução do projeto "Estimulação às Crianças Desnutridas e com Retardo no Crescimento e Desenvolvimento", realizado na Unidade de Internação "C", do Hospital Infantil Joana de Gusmão, no período de 21 de março a 9 de junho do corrente ano, sob supervisão da enfermeira Alcione Dair C. de Souza, e orientação da professora Lydia Ignês Rossi Bub.

Para Oliveira⁷, "Estimular é provocar uma resposta ativa e prazenteira em que recebe o estímulo", diz ainda que "nutrição sem estimulação e sem afetividade, somente modifica o crescimento e desenvolvimento".

Segundo Stefane¹⁰, "a infância é feita de uma sucessão de etapas de desenvolvimento, cada uma com particularidades. O desenvolvimento é um fenômeno contínuo cada etapa prepara a seguinte, embora os limites que as separam sejam vagos. Algumas etapas são mais importantes que outras.

Cada criança é única. O esquema de desenvolvimento comporta-se de maneira diferente, por causa das diferenças de caráter, das possibilidades físicas, do ambiente familiar".

Sabemos que estimulação adequada, interação afetiva e ambiente sadio, são fatores que interferem diretamente no crescimento e desenvolvimento da criança. " Todas as características e habilidades do indivíduo, bem como todas as mudanças do desenvolvimento, são produtos de dois processos básicos, embora complexos: Maturação (mudanças orgânicas, neurofisiológicas e bioquímicas que ocorrem no corpo do indivíduo e que são relativamente independentes de práticas, experiências ou condições ambientais externas) e experiências (aprendizagem e prática). Como a aprendizagem e a maturação sempre interagem, é difícil separar seus efeitos ou especificar suas relativas contribuições para o desenvolvimento psicológico. Certamente o crescimento pré-natal e as mudanças nas proporções do corpo e na estrutura do sistema nervoso são produtos de processos de maturação, mais do que de experiências. De outro lado o desenvolvimento de habilidades motoras e de funções cognitivas dependem tanto da maturação quanto da experiência e da interação de ambas. Em grande parte as forças de maturação determinam quando a criança esta pronta para andar, comumente, as restrições à prática não retardam o início do andar - a não ser que as restrições sejam extremas.

A aquisição da linguagem e o desenvolvimento de habilidades cognitivas são também resultados de interação entre forças de experiências e forças de maturação. Independentemente de qualquer treinamento recebido, os bebês não começam a falar ou a juntar palavras antes de atingirem certo nível de maturidade. Mas evidentemente a língua que a criança adquire depende de suas experiências - a língua que ouve, falada pelos ou-

tros - e sua facilidade verbal será função, pelo menos em parte, da estimulação e dos prêmios que recebe pela expressão verbal".²

Acreditamos que a medida que a criança recebe mais e mais estimulação do ambiente, seu cérebro também se organiza lentamente, ou seja, os neurônios começam a trabalhar em grupo, formando unidades, possibilitando formas de aprendizagem mais complexas.

ção às crianças com desnutrição e defasagem no crescimento e desenvolvimento, partindo das necessidades humanas básicas de cada criança do projeto.

Objetivos Específicos:

1. Aprofundar os conhecimentos na assistência à criança hospitalizada, desnutrida e com atraso no crescimento e desenvolvimento.

Para alcançar este objetivo, fizemos o levantamento das patologias apresentadas em cada criança do programa, bem como a revisão bibliográfica e relacionamos a sintomatologia e o quadro clínico apresentado na bibliografia e comparamos com o estado das crianças do programa.

Pesquisamos em vários autores a importância da estimulação nos primeiros anos de vida e as consequências da falta desta, bem como, tivemos a oportunidade de aprofundar os conhecimentos sobre a desnutrição e toda sua problemática no país e no mundo, suas consequências no crescimento e desenvolvimento, estimulação precoce e a recuperação da defasagem, a relação entre as patologias apresentadas pelas crianças e o grau de desnutrição detectado.

O tema estimulação precoce para um bom crescimento e desenvolvimento, é muito complexo e abrangente e o domínio completo demanda estudo e treinamento mais especializado, e considerando o período relativamente curto de estágio para o desenvolvimento do estudo, o

objetivo foi considerado alcançado. Ressalta-se porém a necesidade da continuidade dos estudos pois, temos muito a aprender. Este trabalho nos abriu as portas para a necessidade do aprofundamento nesta área.

2. Prestar assistência de enfermagem a criança hospita-lizada com desnutrição e defasagem do crescimento e desenvolvi-mento.

Para alcance deste objetivo foi feita avaliação do esta-do nutricional e evolutivo de cada criança, por meio da mensu-ração do peso, estatura, perímetros e comparando-os com os padrões normais para a idade segundo Marcondes (anexo nº 01). Avaliou-se também o estado de desenvolvimento neuropsicomotor através dos testes preconizados por Gessel, e o teste de Ges-sel adaptado pela Fundação de Educação Especial de Santa Cata-rina.

O plano de assistência de enfermagem individualizada foi implementada junto com a equipe de enfermagem. As autoras tomaram a seu cargo, no período que estavam no hospital algu-mas atividades específicas tais como: os cuidados de higiene e conforto, a alimentação, a recreação e outros, deixando a medicação de acordo com a rotina da unidade para os funcioná-rios, concentrando grande parte do tempo na estimulação das crianças e orientação da equipe de enfermagem em relação ao planejamento e implementação do plano de estimulação.

Consideramos que o objetivo foi alcançado em seu todo porque a assistência de enfermagem foi planejada e executada baseada nas necessidades de cada criança do programa em conjun-to com a equipe de enfermagem.

3. Planejar e implementar o plano de estimulação a criança hospitalizada que apresenta retardo do crescimento e desenvolvimento.

Com o intuito de selecionar as crianças para o programa foram colhidas informações no prontuário e através da avaliação da criança.

Sempre que uma criança com sinais de desnutrição era internada, fazia-se uma avaliação do seu estado geral para decidir se iria ou não ser incluído no programa.

No total de 140 crianças que passaram pela unidade durante o período de estágio, foram incluídas no programa 21 crianças, 15% do total geral.

Foram usados para avaliação materiais tais como: chocalho, bicho de borracha, bola, boneca de pano, brinquedos que emitiam sons, procurando desenvolver a estimulação em todos os sentidos (visual, auditivo, motor e etc...). O material usado para estimulação foi levado pelas autoras tendo em vista os da unidade não se adaptarem a situação ou não estarem disponíveis, pois a sala de recreação permanecia fechada no início do período.

Com a avaliação do grau de desenvolvimento, elaborou-se o plano de estimulação adequado para o nível de defasagem de cada criança. Estes planos foram fixados na cama do paciente com objetivo de estimular o funcionário responsável, na participação do cuidado, dando a este as informações e condições de como atuar na estimulação da criança. Além dos exercícios específicos, foram aproveitados para estimulação e melhor intera

ção entre nós e as crianças, todos os momentos de atuação e execução de cuidados tais como: higiene e conforto, alimentação, recreação e outros.

Ao iniciar as atividades na unidade foi colocado para a equipe de enfermagem e equipe médica, os objetivos do nosso projeto para dar conhecimento da finalidade do mesmo e obter a colaboração destes. Foi discutido principalmente com a equipe de enfermagem a importância da estimulação para o desenvolvimento da criança. Sentimos boa receptividade e participação por parte da equipe.

Nossa proposta de trabalho foi aceita pela equipe que confiou em nossos objetivos, tanto é que uma criança que deveria ser transferida para Unidade "E" (Unidade de Desnutridos), por apresentar grau de desnutrição bastante elevado e um sério comprometimento neuropsicomotor (M.S.M, 6 meses pesando 3.700 kg, apresentando um déficit de 50,7% de peso, sendo considerado desnutrida de 3º grau, com grande comprometimento neuropsicomotor, em estado de grande apatia, sem coordenação motora, não mantinha o corpo ereto nem em posição simétrica, adotava posição fetal, não apresentava nenhum equilíbrio da cabeça, não fixava o olhar, apresentava importante estagma, não demonstrava interesse pelo que ocorria em seu meio, apresentava face senil, não chorava ou protestava quando sujo ou molhado, choramingava quando manuseado, não tinha forças para chorar.). Esta criança permaneceu durante todo o período de estágio na unidade "C", sendo incluída no programa de estimulação, apresentando progresso significativo a cada semana. (anexo nº 02).

Os planos de estimulação não eram estanques, seu dinamismo foi baseado na evolução da criança, partindo para uma nova etapa na medida em que este demonstrava seu progresso.

Percebeu-se a melhora do estado geral da criança a partir do momento em que esta recebia estímulos e notou-se uma melhor resposta aos estímulos, mediante a melhora do seu estado geral.

Com a implementação do plano, alterações e adaptações se faziam necessárias. Os funcionários responsáveis pelo cuidado da criança eram informados das alterações e orientados de como e porque fazê-las.

Durante o período de estágio, foram internados na unidade 21 crianças portadoras de desnutrição associada a outras patologias, dentre estas 16 participaram diretamente do programa, perfazendo um total de 76,1% de atendimento no programa de estimulação (anexo nº 03), sendo que 23,9% dos não enquadrados no programa em decorrência da prematuridade e/ou da gravidade do quadro geral, as mães foram orientadas para fazerem estimulação. Pelos resultados obtidos, o objetivo foi considerado alcançado.

4. Fazer visita domiciliar as famílias das crianças aten didas no programa.

Tendo em vista que a maioria das crianças eram procedentes do interior do estado, foram selecionadas para a visita, as que moravam na periferia da cidade.

Foram realizados no total cinco (5) visitas domiciliares (anexo nº 04), sendo que em todos os casos percebeu-se baixo nível sócio econômico das famílias, má qualidade de vida, moradia pequena com famílias numerosas, ausência de banheiro (uso de fossa negra), falta de saneamento básico, más condições de higiene, dificuldade de captação das informações.

Ao se fazer as visitas as crianças foram encontradas relativamente bem, dispostas, contactuante com o meio, sorrindo quando estimuladas, algumas com ganho de peso (segundo informações das mães). Durante o tempo da visita percebeu-se que as crianças recebiam carinho e atenção dos familiares, e também a participação de irmãos maiores nos cuidados. Sentiu-se a necessidade de reforçar as orientações dadas anteriormente e estimular as mães a continuarem com o plano recomendado. A compreensão parece ser lenta, mas, estas mães demonstram interesse em participar da estimulação de seus filhos.

Perguntou-se sobre o esquema de vacinação a maioria não estava completo, relataram ter feito as vacinas de campanha. Em uma das famílias visitadas informaram que duas crianças com idade entre 10 e 12 anos, trabalham como vendedores de jornal para ajudar no orçamento da família.

O objetivo foi considerado alcançado, tendo em vista que 31% das famílias das 16 crianças incluídas no programa foram visitadas.

II - RESULTADO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

O Projeto tem como objetivo geral, desenvolver um programa de estimulação às crianças com desnutrição e defasagem no crescimento e desenvolvimento, e vários objetivos específicos, baseados nas necessidades humanas básicas, segundo Wanda Horta.

Objetivo Geral:

- Desenvolver um programa de estimulação às crianças com defasagem no crescimento e desenvolvimento, baseado nas N.H.B., segundo Wanda Horta.

A execução deste objetivo iniciou-se a partir do reconhecimento da realidade da unidade de internação onde o projeto se desenvolveu, da integração do grupo com a equipe de enfermagem e da interação afetiva com o paciente, bem como o estudo da patologia associada a desnutrição e ao retardo do crescimento e desenvolvimento.

Através da boa receptividade, aceitação e participação da equipe de enfermagem com o grupo e da relação afetiva criada com o paciente, foi possível desenvolver o programa de estimula

5. Minimizar os traumas causados pela hospitalização.

No decorrer do estágio percebeu-se a importância deste objetivo, pois através da prática deste, houve uma melhor aceitação, receptividade e colaboração da criança quanto aos cuidados prestados e o ambiente hospitalar. Conseguiu-se manter durante o período de estágio um vínculo afetivo com todas as crianças, em especial as do programa.

Aproveitou-se alguns momentos do contato do recreacionista com as demais crianças da unidade para engajar as crianças do programa nesta troca de experiências.

Percebeu-se então que o interesse das crianças maiores aumentou com relação as crianças menores, não era raro encontrar nos corredores da unidade crianças com idade pré-escolar, empurrando carrinho de bebê.

Conseguiu-se junto com o recreacionista deixar o ambiente mais agradável, que aceitando a nossa sugestão decorou o teto de dois quartos da unidade e prometeu providenciar a decoração dos demais. Para contribuir na decoração do ambiente as autoras confeccionaram alguns móveis.

De certa maneira durante o período de estágio e contato com a criança, procurou-se preencher um espaço vazio, devido a sua separação do ambiente familiar. Desenvolveu-se não só um trabalho de agente estimulador, bem como estimulou-se a relação mãe, filho quando possível. Em todos os momentos que contactou-se com as crianças a conversação e os estímulos sempre estavam presentes.

Tendo em vista que durante maior parte do período de estágio e permanência das crianças na unidade, conseguiu-se individualmente trabalhar com a criança no sentido da aceitação

do ambiente hospitalar, sua aceitação e participação mesmo que lenta dos estímulos oferecidos, o objetivo foi considerado alcançado.

6. Estimular a participação da mãe na execução dos cuidados e na estimulação da criança.

A importância deste objetivo está na participação das mães nos cuidados e estimulação das crianças. Para as crianças que não entraram no programa devido a prematuridade e/ou ao estado geral grave, na medida do possível e quando se fazia necessário, as mães eram orientadas.

Aos familiares das crianças do programa foram esclarecidas dúvidas sobre a patologia, causa, a forma direta ou indireta, que a levou ao conseqüente quadro de desnutrição, foi esclarecido sobre os objetivos do projeto e o trabalho a ser desenvolvido com as crianças.

Neste trabalho houve uma boa integração entre o grupo, equipe de enfermagem, criança, mãe, enfim com todos que atuavam de uma forma ou de outra como agente estimulador.

Salientou-se para as mães a importância de sua permanência junto da criança, propiciando uma melhora mais rápida, foram feitas observações e esclarecimentos sobre cuidados dados de higiene e frisou-se a importância da continuidade do plano de estimulação após a alta hospitalar.

Ao avaliar-se as orientações prestada a participação das mães do programa percebeu-se que 57 % das mães receberam orientações sobre a importância e como fazer a estimulação precoce e sua influência direta no desenvolvimento da criança. As mães que permaneceram junto de seus filhos foram orientados e participaram na execução dos cuidados e estimulação. Em vista disso o objetivo foi considerado alcançado.

7. Formar um grupo de estudo com equipe de enfermagem para abordar o problema de desnutrição e o programa de estímulo.

O grupo de estudo era uma necessidade sentida pela enfermeira da unidade "E".

Pela inviabilidade de atuação nesta unidade, optou-se por desenvolver o projeto na unidade "C", em consequência disto não foi possível alcançar este objetivo.

III - CONCLUSÃO

Horta ao utilizar a teoria das necessidades humanas básicas na assistência de enfermagem afirma que: "enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torna-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais".

Com base na teoria das N.H.B, desenvolvemos nosso projeto de estimulação às crianças com certo grau de comprometimento em consequência da desnutrição, bem como, incluindo as mães destas crianças, orientando-as e ensinando-as na estimulação e recuperação da defasagem de seus filhos.

No decorrer do estágio e após o término deste sentimos a importância de propiciar a criança um ambiente rico em estímulos e afetividade, visando o melhor desenvolvimento possível.

Foi através deste trabalho que afirmamos nosso interesse e nossa preocupação com crianças comprometidas em seu crescimento e desenvolvimento sadio. E por meio deste traçamos diretrizes que certamente serão as primicias para nossa vida profissional,

Consideramos da maior importância para o alcance dos objetivos propostos neste projeto a orientação certa e precisa e nossa orientadora, a contribuição amigável de nossa supervisora e o espírito de coleguismo transmitido pela equipe. Por isso, jugamos alcançados quase que todos os objetivos propostos com exceção apenas de um deles.

IV - RECOMENDAÇÕES

- Que seja dado maior ênfase no tema estimulação precoce, despertando atenção e o interesse dos alunos para o problema que cerca nossas crianças.
- Que se dê continuidade ao trabalho iniciado na Unidade de internação "C", do Hospital Infantil Joana de Gusmão.
- Que a estimulação não seja apenas programa de uma única unidade, mas, que seja feita estimulação sempre onde haja criança com problemas de desenvolvimento e sempre que se fizer necessário.

V - BIBLIOGRAFIA

- 1 - ALCANTARA, P. & MARCONDES, E. Pediatria Básica. 3ª ed. Sarvier, São Paulo, 1970, volume II.
- 2 - HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. São Paulo, EPU, 1979.
- 3 - FUNDAÇÃO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL. Programa de Estimulação Precoce. Apostila entregue em sala de aula, Disciplina Enfermagem Pediátrica, Departamento de Enfermagem, UFSC, 1987.
- 4 - JELLIFFE, D. B. Nutricion Infantil En Países En Desarrollo. 3ª ed. Editorial Limusa, S.A., México, 1974.
- 5 - MARCONDES, E. Pediatria Básica, 5ª ed. Sarvies, São Paulo, 1975, volume I.
- 6 - OLIVEIRA, A. J. Citação em palestra sobre estimulação precoce, março 1989.
- 7 - MURAHOUSCHI, J. Pediatria Diagnóstica + Tratamento. 3ª ed. São Paulo, 1982.
- 8 - SCHMITZ, E. M. R. A Enfermagem em Pediatria e Puericultura. Livraria Atheneu, Rio de Janeiro, São Paulo, 1989.

- 9 - STEFANE, J. M. J. O Desenvolvimento Infantil: Fundamentos para atuação de enfermagem. In: SCHMITZ, E. M. R. & COLS. A Enfermagem em Pediatria e Puericultura, Rio de Janeiro, São Paulo, 1989.
- 10 - WAECHTER, E. H. & BLARE, F. G. Enfermaria Pediátrica, 9ª ed. Interamericana, México, 1978.
- 11 - Apostila usada em sala de aula, Disciplina Psicologia. Desenvolvimento de Enfermagem, UFSC, 1986.

VI - A N E X O

ANEXO: Nº 02

Período de 03/04 a 07/04

M. M. sexo masculino, 6 meses, apresenta desnutrição de 3º grau, diagnóstico clínico: cardiopatia congênita com insuficiência cardíaca. É um paciente que já esteve na UTI algumas semanas e recupera-se de uma cirurgia cardíaca. Quando o vimos pela primeira vez, não demos fé na sua recuperação. Começamos a estimular a criança e dentro de 2 a 3 dias sentimos uma melhora significativa no seu quadro clínico e sentimos sua aceitação dos estímulos oferecidos. Utilizamos para avaliar seu estado neuropsicomotor, padrões de Marcondes e Gessel e Programa de Estimulação da Fundação de Educação Especial.

A criança apresenta desequilíbrio completo da cabeça. Não senta com apoio, não fixa objetos em sua mão. Como não apresenta equilíbrio do pescoço, o mesmo permaneceu com o pescoço geralmente fletido para trás (posição fetal, ou na lateral esquerda. Não acompanha com o olhar o rosto humano e a movimentação de objetos em todas as direções. Quando colocado na posição supina, permanece com a cabeça imóvel, não sustenta, o peso da mesma.

Durante a primeira semana de atividades com Marcelo, já percebeu-se um discreto avanço do seu estado geral. Nesta primeira etapa optou-se por fazer exercícios visuais, como fazê-lo descobrir objetos em sua linha de visão e segui-lo nos diversos planos (direções).

No final desta primeira semana de trabalho, onde dedi-

cou-se muito tempo a criança, executando exercícios de coordenação motora (M.M.I.I. e M.M.S.S.), exercícios visuais e auditivos, o carinho e a interação com a criança foi muito importante pois percebeu-se já em tão pouco tempo de trabalho que Marcelo começou a perceber e interessar-se pelos objetos colocados em sua linha de visão segue-os por algum tempo, porém, ainda não fixa o olhar nos objetos.

Período de 10/04 a 13/04

Durante a segunda semana de estimulação a criança apresentou progresso no seu estado geral. Sorri quando tocada no rosto (perto da comissura labial); menos choroso ao manuseio. A criança fixa objetos colocados em sua linha de visão (momentaneamente); começa a perceber os sons em sua volta, mostra-se mais atento aos movimentos ao seu redor; movimenta a cabeça seguindo objetos em várias direções (direita, esquerda, esquerda, direita; cima/baixo, baixo/cima).

Ainda não apreende objetos em sua mão, porém tenta movimentos de apreensão; movimenta os braços de forma um pouco desordenada.

Período de 18/04 a 21/04

Ao final desta semana demonstrou grau de progresso. Acompanha objetos colocados em sua linha de visão (em todos os sentidos). Começa a desenvolver apreensão de pequenos objetos (chocalho), tenta movimenta-los e tem expressão facial de agrado quando consegue e alguém lhe incentiva.

Sorri com maior frequência. Fixa por longo tempo o olhar no rosto do estimulador, parece prestar atenção no que lhe é falado. Apresenta melhora na hiperdistensão do pescoço (mantém a cabeça mais linear ao eixo do corpo). Responde positivamente aos estímulos, apresenta ganho de peso. Movimenta-se de forma mais coordenada os seus membros superiores.

A equipe sente o progresso da criança e reconhece a importância da estimulação. Aceita bem a alimentação variada (sopa, papa de fruta).

Período de 24/04 a 28/04.

Ao final desta semana percebe-se o grande progresso no seu estado geral. A criança responde bem aos estímulos. Sorri espontaneamente; fixa olhar nas pessoas e objetos, seguindo-os quando em movimento.

Percebe os sons quando estimulado, presta atenção nos diferentes sons. Tenta pegar objetos colocados em sua linha de visão, apreende e movimenta pequenos objetos em sua mão (chocalho); mostra interesse pelo brinquedo que produz sons, pendurado em seu berço (brinquedo). Quando colocado de bruços tenta movimentar a cabeça e levanta-la para observar quem o está chamando e olhar os objetos colocados ao seu alcance. (porém ainda não o consegue).

Percebe-se em sua fisionomia o ganho de peso. Começa a querer movimentar-se quando colocado deitado e estimulado a virar.

Quando colocado sentado com apoio sustenta momentaneamente o peso da cabeça. Recebe visita do pai que reconhece a melhora do filho.

Período de 02/05 a 05/05

Não sabemos se a visita do pai provocou grandes reações na criança ou o fato de nos afastarmos desta por três dias em virtude do feriado, porém observou-se uma regressão do estado de desenvolvimento motor da criança. Apresenta menos capacidade de equilíbrio da cabeça.

Durante esta semana a criança foi bastante estimulada para manter o equilíbrio da cabeça. Continua ganhando peso e começa a exigir maior quantidade de alimento, mostra-se choroso quando molhado (começa a reivindicar mais atenção).

Permanece maior tempo sentado, cansando-se menos. Ergue os braços para tocar o rosto do estimulador; sorri quando este lhe dirige a palavra; começa a emitir grunhidos e quando colocado no berço demonstra interesse pelo brinquedo pendurado no mesmo; apreende por maior tempo o chocalho na mão balançando-o e sorri quando este faz barulho; quando colocado de bruços, movimenta os braços e cabeça, porém ainda não ergue a cabeça da superfície; aceita bem a alimentação variada (sopa e papa de fruta). Recebe 120 ml de leite porém quando este termina choraminga.

Período de 08/05 a 12/05.

O grupo está muito satisfeito com o programa e com os resultados que vem sendo alcançados por Marcelo, que é o nosso agente estimulador devido ao seu rápido progresso. Marcelo começa a recuperar o equilíbrio da cabeça. Sustenta a cabeça momentaneamente quando colocado sentado com apoio; mantém o corpo mais ereto quando apoiada.

Desperta interesse pelo brinquedo pendurado no berço. Sorri espontaneamente (para qualquer pessoa que lhe dirige a palavra). Apresenta maior movimentação de membros inferiores e superiores (braços e pernas). Está aceitando bem a alimentação de colher. Segura objetos na mão (chocalho) e movimenta-o, bate-o contra o rosto. No primeiro dia desta semana apresentou-se um pouco irritado e pouco participativo (teve pico febril 38^{5º}).

Movimenta a cabeça para o lado que tem movimento do agente estimulador.

Melhora os reflexos em membros inferiores.

Percebe-se a participação dos funcionários da unidade (cárdio) na estimulação da criança.

Período de 15/05 a 19/05.

Marcelo nos surpreende a cada semana pela sua esplêndida melhora. Está ganhando peso quase que diariamente. A criança sorri espontaneamente para todas as pessoas que a circundam e prestam os cuidados. Senta no carrinho e passeia com o grupo ou funcionários pelos corredores da unidade. Movimenta bem M.M.S.S. e M.M.I.I, balbucia com frequência e choraminga quando quer ir para o berço dormir; sustenta cada vez melhor sua cabeça e faz força para erguer-se quando é segurado pelas mãos (quando deitado na posição supina). Segura com firmeza os objetos em sua mão e os movimenta sorrindo. Presta muita atenção no que está ocorrendo a sua volta e interessa-se pelo móbil preso em seu berço.

Foi aumentado a quantidade de alimentação recebida, mesmo assim, a criança solicita mais ao término do mesmo (chora).

Período de 22/05 a 26/05.

O grupo sente-se gratificado e considera todos os objetivos relacionados a estimulação direta a criança alcançados através da rápida e progressiva recuperação de Marcelo. A criança está com aspecto excelente sendo elogiado e admirado pela equipe de enfermagem e equipe médica.

Seu pai está muito contente e aguarda com muita ansiedade que o mesmo tenha alta hospitalar. Se formos comparar atualmente o quadro clínico de Marcelo com o que ele apresentava quando o incluímos no programa, é difícil para qualquer indivíduo acreditar nos resultados obtidos através deste trabalho integrado, a criança aumenta de peso a cada semana e houve uma melhora geral do seu quadro clínico e psicomotor.

Sustenta bem a cabeça; quando colocado de bruços tenta com esforço erguer a cabeça; segura e movimenta objetos em sua mão; balbucia quando tocado e quando contactuamos verbalmente com o mesmo; senta bem com apoio; interessa-se pelo mobile preso a seu berço e observa com atenção os movimentos que ocorrem em seu quarto; movimenta com frequência M.M.I.I. e M.M.S.S. o que antes não ocorria; reivindica ir para o berço quando está com sono; choraminga quando está molhado; solicita através do choro maior quantidade de alimentação (chora sempre ao término da mesma).

Período de 29/05 a 02/06.

Estamos na penúltima semana de estágio. Durante esta semana Marcelo esteve ótimo, até está com comentários pela unidade de alta prevista. Continuamos a requerer da criança cada dia que passa mais reforço para seu estado clínico e psicomotor que melhora consideravelmente e solicitamos mais sua participação. Paulatinamente estamos conseguindo ótimos resultados com a criança e com o plano proposto.

Período de 05/06 a 09/06.

Marcelo esteve ótimo e cada vez mais participativo nos estímulos oferecidos. Seu desempenho é progressivo e acelerado o que deixa a equipe muito satisfeita e feliz. Recebeu grande atenção durante esta semana que passou e a partir da nova semana, Marcelo passará a ser estimulado pela equipe de enfermagem da unidade "C", principalmente pela funcionária da cárdio a qual presta muita atenção e participação assiduamente da estimulação do mesmo.

AVALIAÇÃO:

- A criança aos 6 meses não apresenta coordenação mão/boca, não leva os objetos até a boca.
- Não fixa o olhar (estagma).
- Não emite sons, chora fraco.
- Não sorri espontaneamente.
- Muito apático.
- Não tem grande interesse pelo que acontece em sua volta.
- Não segue objetos colocados em sua linha de visão (olha e perde o interesse).
- Não apresenta reação diante de fonte sonora.
- Não responde com expressões faciais.
- Não apreende objetos em sua mão.
- Não procura fonte sonora com os olhos.
- Não reage a estímulos interessantes (brincadeiras, carinho).
- Chora quando é tocado.
- Não tem nenhum equilíbrio da cabeça (cabeça geralmente hiperdistendida para trás).
- Não ergue a cabeça quando colocado em decúbito prono.
- Não tem apoio sobre os cotovelos (decúbito prono).
- Não senta com apoio.
- Não se arrasta sobre superfície.
- Não rola sobre si mesmo.

PLANO DE ESTÍMULAÇÃO GERAL

- Colocar objetos na linha de visão da criança e fazê-la seguir os movimentos em todas as direções.
- Colocar a criança de bruços e fazê-la erguer a cabeça, chamar sua atenção com objetos que produzem sons.
- Colocar a criança de bruços e fazê-la apoiar-se sobre os cotovelos.
- Estimular a apreensão de objetos na mão.
- Fazer a criança bater um objeto contra o outro.
- Colocar a criança sentada com apoio, retirar o apoio gradativamente até que a criança consiga sentar sozinha.
- Estimular o movimento mão/boca.
- Estimular a criança a rolar sobre si mesma, usar um lençol e ajuda-la a rolar.
- Estimular a criança a procurar a fonte sonora, pode-se usar brinquedos como chocalho, ou bicho de borracha com apito.
- Estimular a transferência de objetos de uma mão para outra.
- Fazer exercícios com braços e pernas pode-se aproveitar também a hora do banho.
- Fazer a criança a sentir falta de objetos que saem de sua linha de visão e estimulá-lo a procurá-lo com o olhar.
- Fazer brincadeira com a criança.
- Segurar nas mãos da criança (quando deitada) e fazê-la sentar, sempre chamando-a pelo nome.
- Estimular a alimentação variada (sopa, papa de fruta), com colher.
- Oferecer colo.
- Conversar suavemente com a criança.

MARCELO MEDEIROS - 6 meses

Data da internação: 29/03/89

Data de Nascimento: 30/09/88

Procedência: Treze de Maio

Diagnóstico: Cardiopatia congênita com insuficiência cardíaca.

| | | | | |
|---------|----------|---|---------|-------------------|
| Em | 03/04/89 | - | 6 meses | Segundo Marcondes |
| Peso: | 3.700 kg | | | Peso: 7.700 kg |
| Altura: | 59,5 cm | | | Altura: 66,4 cm |
| PC: | 41 cm | | | PC: 42,8 cm |
| PT: | 38 cm | | | PT: 43,3 cm |
| Pab: | 36 cm | | | Pab: _____ |

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 6 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,0 + 4,5$$

$$P = 7.500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$7.500 \text{ kg} \underline{\hspace{1cm}} 100\%$$

$$3.700 \text{ kg} \underline{\hspace{1cm}} x\%$$

$$x = 49,3\% \text{ do peso esperado}$$

$$\dots 100$$

-

$$\underline{\hspace{1cm} 49,3}$$

$$50,7\%$$

Logo a criança apresenta um déficit de 50,7% - desnutrição de IIIº grau.

6ª SEMANA

Peso: 4.780 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 100\%$$

$$4.780 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad x\%$$

$$X = 59,7\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 59,7 \\ \hline 40,3\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 40,3% - desnutrição de IIIº grau.

7ª SEMANA

Peso: 4.930 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 100\%$$

$$4.930 \text{ Kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad x\%$$

$$x=61,6\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 61,6 \\ \hline 38,4\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 38,4% - desnutrição de IIº grau.

8ª SEMANA

Peso: 5.050 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 100\%$$

$$5.050 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad x\%$$

$$x = 63,1\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 63,1 \\ \hline 36,9\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 36,9% - desnutrição de II.º grau.

Peso: 5.120 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 100\%$$

$$5.120 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad x\%$$

$$x = 64\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 64 \\ \hline 36\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 36% - desnutrição de II.º grau

8ª SEMANA - continua

Peso: 5.250 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \underline{\hspace{2cm}} 100\%$$

$$5.250 \text{ kg} \underline{\hspace{2cm}} x\%$$

$$x = 65,6\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 65,6 \\ \hline 34,4\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 34,4% - desnutrição de IIº grau.

Peso: 5.360 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \underline{\hspace{2cm}} 100\%$$

$$5.360 \text{ kg} \underline{\hspace{2cm}} x\%$$

$$x = 67\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 67 \\ \hline 33\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 33% - desnutrição de IIº grau.

9ª SEMANA

Peso: 5.400 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 100 \%$$

$$5.400 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad x\%$$

$$x = 67,5\% - \text{do peso esperado}$$

100

67,5

32,5%

Logo a criança apresenta um déficit de 32,5% - desnutrição de IIº grau.

Peso: 5.480 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 100\%$$

$$5.480 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad x\%$$

$$x = 68,5\% \text{ do peso esperado}$$

100

68,5

31,5%

Logo a criança apresenta um déficit de 31,5% - desnutrição de IIº grau.

9ª SEMANA - continuação

Peso: 5.510 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 5,4$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad 100\%$$

$$5.510 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad x\%$$

$$x=68,8\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 68,8 \\ \hline 31,2\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 31,2% - desnutrição de IIº grau.

Peso: 5.640 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad 100\%$$

$$5.640 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad x\%$$

$$x = 70,5\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 70,5 \\ \hline 29,5\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 29,5% - desnutrição de IIº grau.

10ª SEMANA

Peso: 5.820 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 8 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 4,0 + 4,5$$

$$P = 8.500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.500 \text{ kg} \quad \underline{\quad\quad} \quad 100\%$$

$$5.820 \text{ kg} \quad \underline{\quad\quad} \quad x\%$$

$$x=68,4 \text{ \% do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - \quad 31,6 \\ \hline 31,6\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 31,6% - desnutrição de IIº grau.

Peso: 5.800 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 8 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 4,0 + 4,5$$

$$P = 8.500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.500 \text{ kg} \quad \underline{\quad\quad} \quad 100\%$$

$$5.900 \text{ kg} \quad \underline{\quad\quad} \quad x\%$$

$$x=69,4 \text{ \% do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - \quad 69,4 \\ \hline 30,6\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 30,6% - desnutrição de IIº grau.

10ª SEMANA - continua

Peso: 6.000 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 8 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 4,0 + 4,5$$

$$P = 8,500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.500 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad 100\%$$

$$6.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad x\%$$

$$x = 70,5\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 70,5 \\ \hline 29,5\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 29,5% - desnutrição de IIº grau.

11ª SEMANA

Peso: 6.100 kg

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 8 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 4,0 + 4,5$$

$$P = 8.500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.500 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad 100\%$$

$$6.100 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad x\%$$

$$x = 71,7\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 71,7 \\ \hline 28,3\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 28,3% - desnutrição de IIº grau.

ANEXO Nº 03

A. M. - 4 meses

Data da internação : 24/05/89

Data de nascimento: 24/12/88

Procedência: Palhoça

Diagnóstico: PNM do lactente

Em 24/04/89 - 4 meses

Segundo Marcondes

Peso: 3.350 kg

Peso: 6.000 kg

Altura: 54 cm

Altura: 62 cm

PC: 37 cm

PC: 42,6 cm

PT: 34 cm

PT: 43,6 cm

Pab: 31 cm

Pab: _____

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 4 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 2,0 + 4,5$$

$$P = 6.500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$6.500 \text{ kg} \frac{\quad}{\quad} 100 \%$$

$$3.350 \text{ kg} \frac{\quad}{\quad} x\%$$

$$x = 51,5\% \text{ do peso esperado}$$

100

$$- \frac{51,5}{\quad}$$

48,5%

Logo a criança apresenta déficit de 48,5% - desnutrição de IIIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes está criança apresenta peso de RN e altura equivalente a uma criança com 1 mês.

J - 10 meses

Data da Internação: 24/04/89

Data de Nascimento: 20/06/88

Procedência: Saco dos Limões

Diagnóstico: Síndrome de Down., CIA.

Em 24/04/89 - 10 meses

Segundo Marcondes

Peso: 7.300 kg

Peso: 9.500 kg

Altura: 68 cm

Altura: 71 cm

PC: 40 cm

PC: 43,7 cm

PT: 43 cm

PT: 44,4 cm

Pab: 41 cm

Pab: ____

Usando a fórmula segundo Marcondes

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 10 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 5,0 + 4,5$$

$$P = 9.500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$9.500 \text{ kg} \quad \underline{\quad} \quad 100\%$$

$$7.300 \text{ kg} \quad \underline{\quad} \quad x\%$$

$$x = 76,8\% \text{ do peso esperado}$$

100

76,8

24,2%

Logo a criança apresenta um déficit de 24,2% - desnutrição de Iº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de 6 meses e altura dentro dos valores aceitáveis para sua idade.

Marcelo Medeiros - 6 meses

Data da Internação: 29/03/89

Data de Nascimento: 30/09/88

Procedência: Treze de Maio

Diagnóstico: Cardiopatia congênita com insuficiência cardíaca

Em 03/04/89 - 6 meses Segundo Marcondes

Peso: 3.700 kg

Peso: 7.700 kg

Altura: 59,5 cm

Altura: 66,4 cm

PC: 41 cm

PC: 42,8 cm

PT: 38 cm

PT: 43,3 cm

Pab: 36 cm

Pab: _____

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$p = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 6 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,0 + 4,5$$

$$P = 7,500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$7.500 \text{ kg} \quad \underline{\quad} \quad 100\%$$

$$3.700 \text{ kg} \quad \underline{\quad} \quad x\%$$

$$x = 49,3\% \text{ do peso esperado}$$

100

- 49,3

50,7%

Logo a criança apresenta um déficit de 50,7% - desnutrição de IIIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de RN e altura equivalente a 2 meses.

N. O - 7 meses

Data de Internação: 05/01/89

Data de Nascimento: 08/09/88

Procedência: Itajaí

Diagnóstico: Tetralogia de Fallot, RGE, BPN aspirativa

Em 03/04/89 - 7 meses

Segundo Marcondes

Peso: 4.165 kg

Peso: 8.000 kg

Altura: 58 cm

Altura: 68 cm

PC: 40 cm

PC: 42,6 cm

PT: 41 cm

PT: 55 cm

Pab: 41 cm

Pab: _____

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \quad \underline{\quad} \quad 100\%$$

$$4.165 \text{ kg} \quad \underline{\quad} \quad x\%$$

$$x = 52\% \text{ do peso esperado}$$

100

 52

48%

Logo a criança apresenta déficit de 48% - desnutrição de IIIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de 3 meses e meio e altura equivalente ao peso.

M. F. - 3 meses

Data de Internação: 03/04/89

Data de Nascimento: 12/01/89

Procedência: Petrolândia

Diagnóstico: Tetralogia de Fallot

Em 03/04/89 - 3 meses

Segundo Marcondes

Peso: 3.700 kg

Peso: 6.000 kg

Altura: 57 cm

Altura: 60 cm

PC: 37 cm

PC: 39,1 cm

PT: 37 cm

PT: 38,6 cm

Pab: 35 cm

Pab: _____

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 1,5 + 4,5$$

$$P = 6.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$6.000 \text{ kg} \quad \underline{\quad} \quad 100\%$$

$$3.700 \text{ kg} \quad \underline{\quad} \quad x\%$$

$$x = 61,6\% \text{ do peso esperado}$$

100

61,6

38,4%

Logo a criança apresenta um déficit de 38,4% - desnutrição de IIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, esta criança apresenta peso de RN, e altura equivalente a variação aceitável para uma criança de sua idade (3 meses).

D - 4 meses

Data de Internação: 08/05/89

Data de Nascimento: 25/12/88

Procedência: Joaçaba

Diagnóstico: Anômalia Congenita do Coração.

Em 08/05/89 - 4 meses

Segundo Marcondes

Peso: 3.600 kg

Peso: 6.500 kg

Altura: 58 cm

Altura: 63 cm

PC: 38 cm

PC: 43 cm

PT: 36 cm

PT: 45 cm

Pab: 37 cm

Pab: _____

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 4 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 2,0 + 4,5$$

$$P = 6.500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$6.500 \text{ kg} \quad \underline{\quad} \quad 100\%$$

$$3.600 \text{ kg} \quad \underline{\quad} \quad x\%$$

$$x = 55,3\% \text{ do peso esperado}$$

100

- 55,3

45,7%

Logo a criança apresenta déficit de 45,7% - desnutrição de IIIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de RN. e altura dentro do mínimo aceitável de normalidade.

A. L. M. - 7 meses

Data de Internação: 03/05/89

Data de Nascimento: 05/10/88

Procedência: Araranguá

Diagnóstico: Desnutrição proteico-calórica

| | | |
|----------------|-----------|-------------------|
| Em 02/05/89 | - 7 meses | Segundo Marcondes |
| Peso: 5.000 kg | | Peso: 8.000 kg |
| Altura: 67 cm | | Altura: 68 cm |
| PC: 44 cm | | PC: 46 cm |
| PT: 41 cm | | PT: 48 cm |
| Pab: 41 cm | | Pab: _____ |

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad 100\%$$

$$5.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad x\%$$

$$x = 62,5\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 62,5 \\ \hline 37,5\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta déficit de 37,5% - Desnutrição de IIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de 2 meses e altura normal para a idade.

J. C. B. - 12 meses

Data da Internação: 29/05/89

Data de Nascimento: 07/06/87

Procedência: Coqueiros

Diagnóstico: Gastroenterite no Lactente

| | | |
|----------------|----------|-------------------|
| Em 01/06/89 | - 2 anos | Segundo Marcondes |
| Peso: 7.700 kg | | Peso: 12.000 kg |
| Altura: 81 cm | | Altura: 87 cm |
| PC: 45,9 cm | | PC: 47,9 cm |
| PT: 49,8 cm | | PC: 49,8 cm |
| Pab: ____ | | Pab: ____ |

Usando a fórmula

$$P = N \times 2 + 8$$

$$N = \text{Idade em anos}$$

$$P = 2 \times 2 + 8$$

$$P = 4 + 8$$

$$P = 12.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$12.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 100\%$$

$$7.700 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad x\%$$

$$x = 64,1\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 64,1 \\ \hline 35,9\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 35,9% - desnutrição de II ° grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso para 6 meses e altura equivalente a uma criança de 1 ano e 5 meses.

K - 4 meses

Data de Internação: 28/04/89

Data de Nascimento: 05/01/89

Procedência: Criciúma

Diagnóstico: Gastroenterite no lactente

Em 08/05/89

- 4 meses

Segundo Marcondes

Peso: 4.400 kg

Peso: 6.500 kg

Altura: 59 cm

Altura: 65 cm

PC: 39 cm

PC: 42,6 cm

PT: 40 cm

PT: 43,6 cm

Pab: 44 cm

Pab: _____

Usando a fórmula segundo Marcondes

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 4 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 2,0 + 4,5$$

$$P = 6,500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$6.500 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad 100\%$$

$$4.400 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad x\%$$

$$x = 67,6\% \text{ do peso esperado}$$

100

- 67,6

32,4%

Logo a criança apresenta déficit de 32,4% - desnutrição de IIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de 2 meses e meio e altura está dentro desvio I (variação aceitável) para idade.

R. L. O - 7 meses

Data de Internação: 23/03/89

Data de Nascimento: 09/09/88

Procedência: Brusque

Diagnóstico: Pneumonia Estafilocócica

Em 20/04/89 - 7 meses

Segundo Marcondes

Peso: 4.520 kg

Peso: 8.000 kg

Altura: 63 cm

Altura: 66 cm

PC: 40 cm

PC: 42,5 cm

PT: 40 cm

PT: 43,6 cm

Pab: 36 cm

Pab: _____

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 7 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,5 + 4,5$$

$$P = 8.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$8.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad 100 \%$$

$$4.520 \text{ Kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad x \%$$

$$x = 56,5\% \text{ do peso esperado}$$

100

- 56,5

43,5%

Logo a criança apresenta um déficit de 43,5% - desnutrição de IIIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de 2 meses e altura está dentro do desvio II (variação aceitável) para a idade.

H. - 6 meses

Data de Internação: 05/04/89

Data de Nascimento: 01/10/88

Procedência: Balneário Camboriu

Diagnóstico: Gastroenterite no Lactente

Em 24/04/89 - 6 meses

Segundo Marcondes

Peso: 3.700 kg

Peso: 7.700 kg

Altura: 59,5 cm

Altura: 66,4 cm

PC: 41 cm

PC: 42,8 cm

PT: 43 cm

PT: 43,3 cm

Pab: 47 cm

Pab: _____

Usando a fórmula segundo Marcondes

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 6 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3,0 + 4,5$$

$$P = 7.500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$7.500 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad 100\%$$

$$3.700 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad x\%$$

$$x = 49,3\% \text{ do peso esperado}$$

$$\underline{\hspace{1cm}} \quad 100$$

$$\underline{\hspace{1cm}} \quad 49,3$$

$$50,7\%$$

Logo a criança apresenta um déficit de 50,7% - desnutrição de IIIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de RN. e altura equivalente a uma criança de 2 meses.

K. C. - 5 meses

Data da Internação: 22/02/89

Data de Nascimento: 29/11/88

Procedência: Tijuca

Diagnóstico: Gastroenterite no lactente

Em 03/04/89 - 5 meses

Segundo Marcondes

Peso: 3.700 kg

Peso: 7.000 kg

Altura: 57 cm

Altura: 63 cm

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 5 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 2,5 + 4,5$$

$$P = 7.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$7.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad 100\%$$

$$3.700 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{2cm}} \quad x\%$$

$$x = 52,8\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 52,8 \\ \hline 47,2\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 47,2% - desnutrição de IIIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de RN e altura no mínimo aceitável da normalidade para 4 meses.

C. S. - 4 meses

Data de Internação: 02/05/89

Data de Nascimento: 02/12/88

Procedência: Coqueiros

Diagnóstico: Gastroenterite no lactente

Em 02/05/89 - 4 meses

Segundo Marcondes

Peso: 5.590 kg

Peso: 6.500 kg

Altura: 54 cm

Altura: 62 cm

PC: 39 cm

PC: 42,6

PT: 39 cm

PT: 43,6 cm

Pab: 38 cm

Pab: _____

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 4 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 2,0 + 4,5$$

$$P = 6.500 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$6.500 \text{ kg} \frac{\quad}{\quad} 100 \%$$

$$5.590 \text{ kg} \frac{\quad}{\quad} x \%$$

$$x = 86\% \text{ do peso esperado}$$

100

- 86

14 %

Logo a criança apresenta déficit de 14% - desnutrição de Iº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de 3 meses e meio e altura equivalente a uma criança de 1 mês.

A. C. - 4 meses

Data da Internação: 27/04/89

Data de Nascimento: 06/01/88

Procedência: Canasvieiras

Diagnóstico: BPN

Em 27/04/89 - 3 meses

Segundo Marcondes

Peso: 3.700 kg

Peso: 6.000 kg

Altura: 57 cm

Altura: 60 cm

PC: 37 cm

PC: 42,6 cm

PT: 37 cm

PC: 43,6 cm

Pab: 35 cm

Pab: _____

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 3 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 1,5 + 4,5$$

$$P = 6.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$6.000 \text{ kg} \frac{\quad}{\quad} 100 \%$$

$$3.700 \text{ kg} \frac{\quad}{\quad} \times \%$$

$$x = 61,6\% \text{ do peso esperado}$$

100

- 61,6

38,4%

Logo a criança apresenta desnutrição de IIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de RN e altura equivalente a uma criança de 2 meses.

J. - 9 meses

Data de Internação: 29/03/89

Data de Nascimento: 08/06/88

Procedência: Bom Retiro

Diagnóstico: Comunicação Intra Ventricular

Em 29/03/89 - 9 meses Segundo Marcondes

Peso: 5.300 kg

Altura: 58 cm

PC: 41 cm

PT: 38 cm

Pab: 41 cm

Peso: 9.000 kg

Altura: 74 cm

PC: 46 cm

PT: 48 cm

Pab: _____

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 9 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 4,5 + 4,5$$

$$P = 9.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$9.000 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad 100 \%$$

$$5.300 \text{ kg} \quad \underline{\hspace{1cm}} \quad x \%$$

$$x = 58,8\% \text{ do peso esperado}$$

$$\begin{array}{r} 100 \\ - 58,8 \\ \hline 41,2\% \end{array}$$

Logo a criança apresenta um déficit de 41,2% - desnutrição de IIIº grau.

Comparando o peso apresentado com o preconizado por Marcondes, está criança apresenta peso de 3 meses e altura equivalente a uma criança de 3 meses.

J. D. S. - 1 mês

Data de Internação: 13/04/89

Data de Nascimento: 09/03/89

Procedência: Itajaí

Diagnóstico: Gastroenterite no lactente, desidratação III-VI grau, desnutrição.

Em 13/04/89 - 1 mês

Peso: 3.390 kg

Altura: 56 cm

PC: 38 cm

PT: 49 cm

Pab: 37 cm

Usando a fórmula segundo Marcondes:

$$P = \text{Idade (meses)} \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 1 \times 0,5 + 4,5$$

$$P = 0,5 + 4,5$$

$$P = 5.000 \text{ kg} - \text{peso esperado}$$

$$5.000 \text{ kg} \quad \underline{\quad\quad} \quad 100 \%$$

$$3.390 \text{ kg} \quad \underline{\quad\quad} \quad x \%$$

$$x = 67,8 \% \text{ do peso esperado}$$

100

- 67,8

32,2%

Logo a criança apresenta um déficit de 32,2% - desnutrição de IIº grau.

ROTEIRO PARA A VISITA DOMICILIAR

I. Identificação:

Nome:, Idade:, Registro:,
Endereço:
Data da última consulta de enfermagem:
Data da visita:

II. Objetivo da Visita:

.....
.....

III. Levantamento Diagnóstico:

01. Condições domiciliares:

- Composição da família condições de saúde:
- Condições de habitação: nº de cômodos:,
Procedência da água:, Destino do lixo:..
....., Destino do esgoto:,
Outros:
- Condições sócio-econômicas:
- Condições de atendimento às necessidades da criança:

02. Condições do Cliente: - Dados objetivos (queixas atuais)
....., Dados objetivos (exame físico):

IV. Análise:

V. Orientações Dadas:,,

VI. Observações:

VII. Nome da Visitadora:

Observação: Este roteiro foi baseado em Wanda Horta