

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FACULDADE DE MEDICINA

DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRICA
ESTUDO RETROSPECTIVO DE 100 CASOS

HÉLIO CAMPAGNARO

NATANIEL VIRMOND

ANTONIO J.F. DE ANDRADE

Departamento Materno-Infantil

Disciplina de Pediatria

Florianópolis, Abril 1978

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	. . . . .	5
II. OBJETIVOS	. . . . .	8
III. MATERIAL E MÉTODOS	. . . . .	9
IV. RESULTADOS	. . . . .	11
V. COMENTÁRIOS	. . . . .	23
VI. CONCLUSÕES	. . . . .	29
VII. RESUMO	. . . . .	30
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	. . . . .	31

Agradecimento

Agradecemos ao Dr. Newton do Valle Pereira, pela orientação, atenção e dedicação na elaboração deste trabalho.

Quando a desnutrição é intensa e aguda, origina a destruição do indivíduo e dos grupos, de forma direta ou através de revoluções desesperadas; mas quando é crônica, produz degradação física e moral: gera escravos.

R. Ramos Galvan, 1968

I - INTRODUÇÃO

A magnitude e o alcance do tema desnutrição, justificam de per se, qualquer trabalho ou pesquisa que sobre ele se pretenda desenvolver.

A Conferência Mundial de Alimentação realizada em Roma em 1974, também conhecida como a "Conferência da Fome", patrocinada pela FAO; as pesquisas orientadas ou patrocinadas pela OMS, OPS, FAO; o empenho de organismos oficiais nacionais, como o Ministério da Saúde, Ministério da Educação e Cultura, Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (INAN), Secretarias de Saúde Estaduais, dão bem a idéia da dimensão que vem assumindo este tema nos mais variados níveis de decisão.

Por estar intimamente relacionado com as condições sócio-econômicas e culturais que caracterizam cada país, é uma preocupação bem maior dos países subdesenvolvidos, onde o desequilíbrio na apropriação dos benefícios do desenvolvimento gera e cronifica uma situação de miséria para a grande massa da população.

Os dados obtidos pelo DIEESE em 1973, de que 52,5% da população brasileira percebiam menos de um salário mínimo e que 22,8% recebiam mais de um e menos dois salários mínimos (11), justificam a conclusão de um trabalho realizado em São Paulo sobre o estado nutricional de crianças de 6 a 60 meses, de 1/3 das crianças nesta faixa etária encontravam-se desnutridas e que as cifras alcançavam 50% quando consideradas somente as famílias de baixa renda(11). A Pesquisa Interamericana de Mortalidade na Infância (PIMI), no Recife, vem revelando através de uma amostra probabilística da população, que cerca de 64,2% das crianças menores de 5 anos são desnutridas (2).

O México é um dos países que vem desenvolvendo produtivo trabalho sobre desnutrição, onde Gómez, já em 1946, definia desnutrição como sendo 'o estado patológico, inespecífico, sistêmico e potencialmente reversível que se origina como resultado da deficiente utilização pelas células do organismo dos nutrientes essenciais; que se acompanha de variadas manifestações clínicas e diversos graus de intensidade.(4).

Sobre desnutrição, no Brasil, desponta o grupo da Faculda-

III - MATERIAIS E MÉTODOS

Foram revistos 100 prontuários colhidos ao acaso do livro de registros, de pacientes internados no Serviço de Emergência do Hospital Infantil Edith Gama Ramos, no período de Janeiro a Dezembro de 1976, com o diagnóstico primário ou secundário de desnutrição proteico-calórica.

Foram colhidos os dados sobre idade, sexo, cor, procedência, peso de nascimento, peso atual, sinais circunstanciais e motivo da internação.

Nos prontuários onde não constava o peso de nascimento, utilizou-se o peso médio padrão de 3 quilogramas.

O grau de desnutrição foi calculado levando-se em consideração a classificação de Gomez, a saber: (4)

1. Desnutrição de I grau - aquela em que o peso é de 76% a 90% inclusive, do peso médio teórico normal;

2. Desnutrição de II grau - quando o peso varia de 61% a 75% inclusive, do peso médio teórico normal;

3. Desnutrição de III grau - para o caso em que o peso é de 60% ou menos do peso médio teórico normal, inclusive os casos que apresentam edema, independente do peso que possuam.

O peso ideal foi calculado de acordo com a orientação de César Pernetta (12):

1º trimestre - acréscimo de 700 gramas por mes

2º trimestre - acréscimo de 600 gramas por mes

3º trimestre - acréscimo de 500 gramas por mes

1 a 2 anos - acréscimo de 200 gramas por mes

2 a 12 anos - segundo a fórmula:

$$\text{Peso ideal} = \text{idade cronológica} \times 2 + 8$$

Sobre a procedência dos pacientes consideramos Florianópolis, Grande Florianópolis, e interior do Estado. Em Florianópolis subdividimos: zona urbana, contendo centro e bairros, zona suburbana constando das favelas Mocotó e Caixa D'água e zona rural constando de todo o interior da Ilha. Na Grande Florianópolis foram incluídos os Municípios de Santo Amaro, São José, Palhoça, Biguaçu, Antonio Carlos, Governador Celso Ramos, Tijucas. Como interior consideramos todas as outras cidades do Estado.

II - OBJETIVOS

O presente trabalho de revisão de 100 prontuários de crianças internadas no Serviço de Emergência do Hospital Infantil Edith Gama Ramos, no ano de 1976, com o diagnóstico primário ou secundário de desnutrição proteico-calórica, visa avaliar:

1. O grau de desnutrição proteico-calórica e sua incidência de acordo com a faixa etária, sexo, cor e procedência;

2. O grau de incidência das enfermidades agregadas que motivaram a internação de acordo com a faixa etária e o grau de desnutrição;

3. O número de óbitos de acordo com a enfermidade agregada o grau de desnutrição e a faixa etária.

de de Medicina da Universidade de São Paulo, liderada pelo Prof. Eduardo Marcondes. Para o referido professor, "desnutrição é um estado crônico de carência proteica e/ou proteico-calórica, no qual o organismo apresenta desaceleração (casos leves), interrupção (casos moderados) ou involução (casos graves) de sua evolução normal, com prejuízos bioquímicos (diluição), funcional (disfunção com ênfase no desenvolvimento neuro-psico-motor) e anatômico (depleção com ênfase no crescimento físico), podendo a involução levá-lo aos padrões de recém-nascido nos tres setores(10)."

A desnutrição proteico-calórica, de acordo com a classificação de Gomez, que é a mais usada, baseia-se na relação da baixa de peso do desnutrido para o padrão normal de idade. A desnutrição de I grau é aquela em que o peso é de 76 a 90% inclusive, do peso médio teórico normal. A desnutrição de II grau é quando o peso varia de 61 a 75% inclusive, do peso médio teórico normal. A desnutrição de III grau é aquela em que o peso é de 60% ou menos do peso médio teórico normal, inclusive os casos que apresentam edema, independente do peso que possuam (4).

Segundo a Escola Pediátrica Mexicana de Gomez e Ramos Galvan, separam-se os sinais e sintomas da desnutrição em tres categorias:

1. Sintomas universais - aqueles que sempre se acham presentes, independente da intensidade, da etiologia ou do aspecto clínico da desnutrição. Do ponto de vista prático, correspondem ao déficit ponderal ou pondo-estatural.

2. Sintomas circunstanciais - aqueles cuja presença não é obrigatória e são na realidade manifestações ocasionais dos sintomas universais, quando estes se apresentam na sua máxima intensidade ou quando estão influenciados por fatores ecológicos variados. Podem ser citados: edema, queda de cabelo, lesões cutâneas, hepatomegalia e outros.

3. Sintomas agregados - não são diretamente devidos à desnutrição, e sim à entidades mórbidas associadas e que, às vezes impedem separar com clareza o que pertence à desnutrição e o que é coincidente com ela (10).

O problema da desnutrição em nosso meio, não vem sendo devidamente valorizado. Na prática clínica a desnutrição de I e até de II grau passam, na maioria das vezes sem receber a merecida atenção, talvez pelo fato de haver se tornado natural a presença nos ambulatórios, do paciente desnutrido.

Levando em consideração todos os fatos expostos, vimos como de real importância um estudo sobre a desnutrição em nosso meio.

Procedemos um levantamento dos pacientes internados no Serviço de Emergência do Hospital Infantil Edith Gama Ramos, em Florianópolis, no ano de 1976, com diagnóstico primário ou secundário de desnutrição, procurando relacionar o grau de desnutrição, a faixa etária e as enfermidades que mais incidiram no paciente desnutrido.

O presente trabalho se propõe a dar um primeiro passo para o estudo da desnutrição em nosso meio, e motivar se possível, que novos estudos se façam, quiçá de maneira mais ampla e abrangente.

Consideramos ALTAS, os pacientes que saíram do Serviço de Emergência do Hospital Infantil Edith Gama Ramos, melhorados ou transferidos para outras unidades.

Somente foram considerados ÓBITOS os pacientes que vieram a falecer no Serviço de Emergência do Hospital Infantil Edith Gama Ramos.

IV - RESULTADOS

Tabela I

INCIDÊNCIA DA DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRICA DE ACORDO COM A IDADE E SEXO EM 100 PACIENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL INFANTIL EDITH GAMA RAMOS NO ANO 1976

IDADE \ SEXO	M	F	TOTAL
1-6 M	13	20	33
6-12 M	10	9	19
12-18 M	4	6	10
18-24 M	4	10	14
2A-4A	5	13	18
4A-12A	4	2	6
TOTAL	40	60	100

Tabela II

GRAU DE DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRICA DE ACORDO COM O SEXO EM 100 PACIENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL INFANTIL EDITH GAMA RAMOS NO ANO DE 1976

GRAU \ SEXO	M	F	TOTAL
I	15	17	32
II	7	26	33
III	18	17	35
TOTAL	40	60	100

Gráfico 1

GRAUS DE DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRI-
CA DE ACORDO COM O SEXO EM 100 PACI-
ENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE EMER-
GÊNCIA DO HOSPITAL INFANTIL EDITH GA-
MA RAMOS NO ANO DE 1976

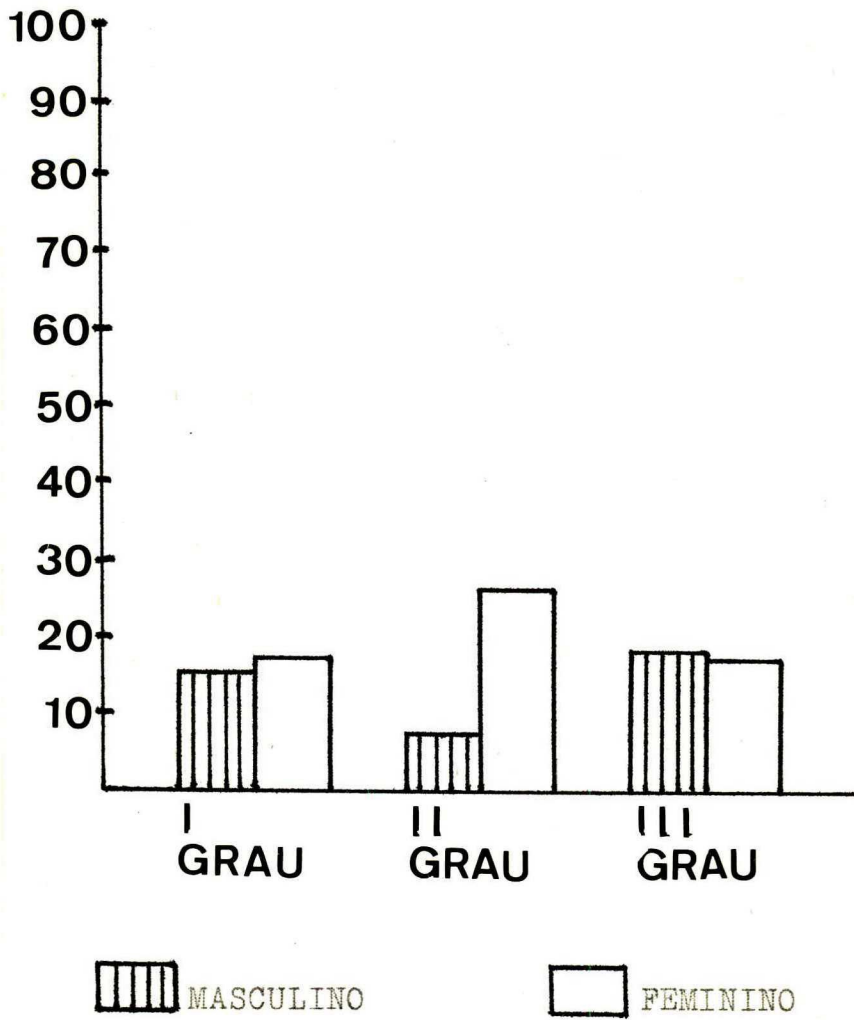


Tabela III

PROCEDÊNCIA DE 100 CRIANÇAS DESNUTRIDAS
INTERNADAS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO
HOSPITAL INFANTIL EDITH GAMA RAMOS NO
ANO DE 1976

PROCEDÊNCIA	M	F	TOTAL
URBANA	14	20	34
FLN SUBURB.	1	5	6
RURAL	4	7	11
GRANDE FLN	16	18	34
INTERIOR	5	10	15
TOTAL	40	60	100

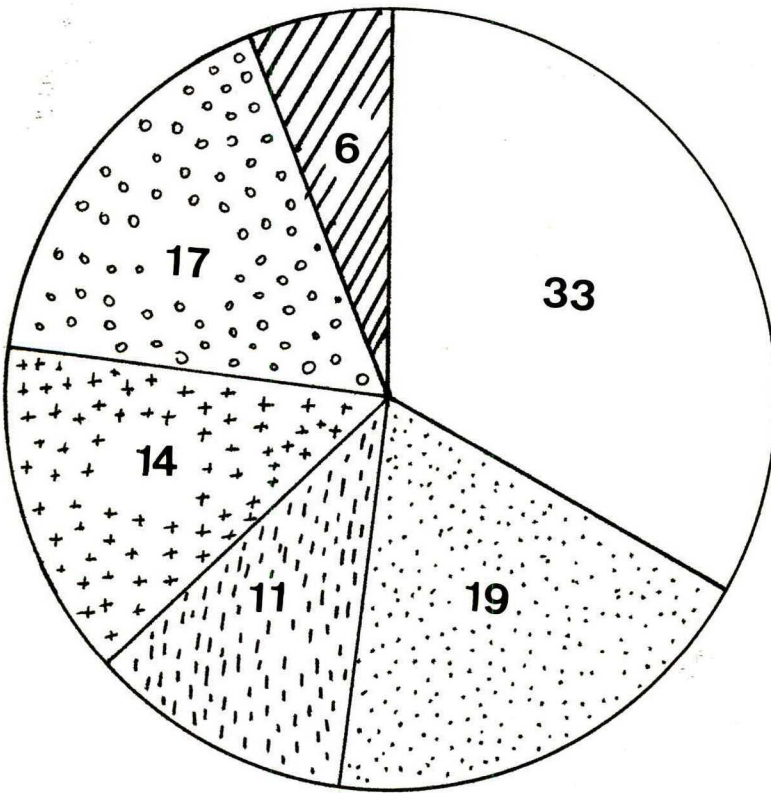
Tabela IV

GRAU DE DESNUTRIÇÃO PROTEICO-CALÓRICA DE
ACORDO COM A IDADE EM 100 PACIENTES IN-
TERNADOS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO
HOSPITAL INFANTIL EDITH GAMA RAMOS NO
ANO DE 1976

GRAU IDADE	I	II	III	TOTAL
1+—6M	14	11	8	33
6+—12M	7	1	11	19
12+—18M	-	8	3	11
18+—24M	4	5	5	14
2A—4A	5	7	5	17
4A—12A	2	1	3	6
TOTAL	32	33	35	100

Gráfico 2

PERCENTUAL DOS PACIENTES DESNUTRIDOS
 DISTRIBUÍDOS DE ACORDO COM A FAIXA
 ETÁRIA EM 100 CRIANÇAS INTERNADAS NO
 HOSPITAL INFANTIL EDITH GAMA RAMOS
 NO ANO DE 1976



1-6M

18-24M

6-12M

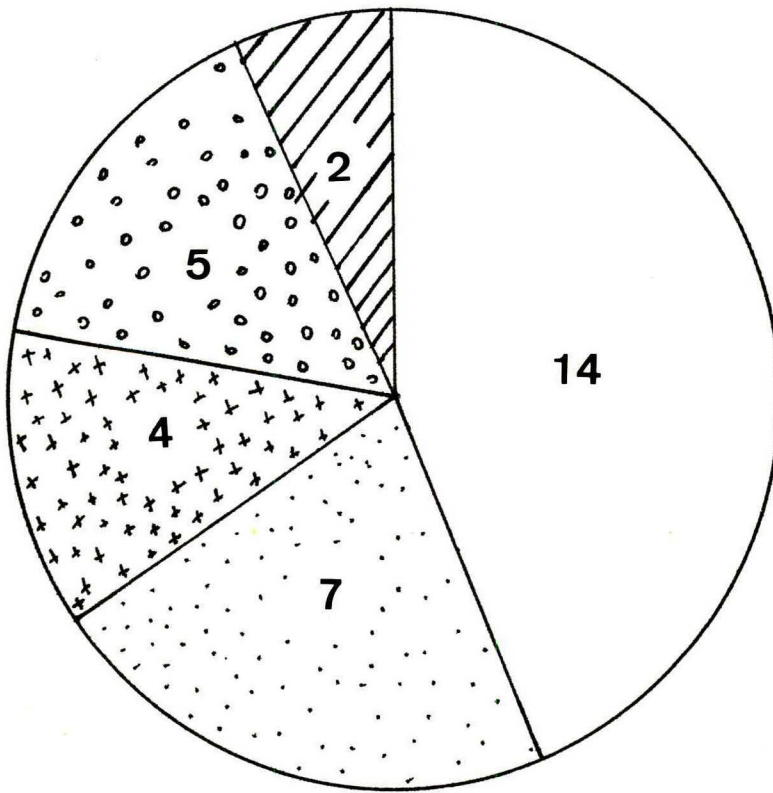
2-4A

12-18M

4-12A

Gráfico 3

PERCENTUAL DOS PACIENTES COM DESNUTRIÇÃO DE I GRAU DISTRIBUÍDOS DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA EM 100 CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL INFANTIL EDITH GAMA RAMOS NO ANO DE 1976



1 |—— 6 M

18 |—— 24 M

6 |—— 12 M

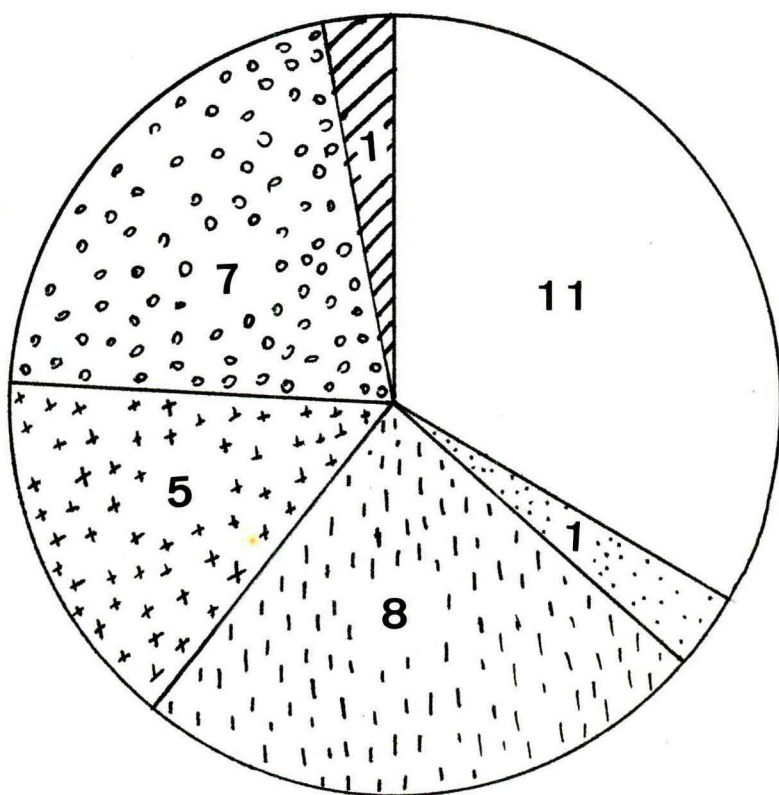
2 |—— 4 A

12 |—— 18 M

4 |—— 12 A

Gráfico 4

PERCENTUAL DOS PACIENTES COM DESNUTRIÇÃO DE II GRAU DISTRIBUÍDOS DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA EM 100 CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL INFANTIL EDITH GAMA RAMOS NO ANO DE 1976



11 — 6

18 — 24

6 — 12

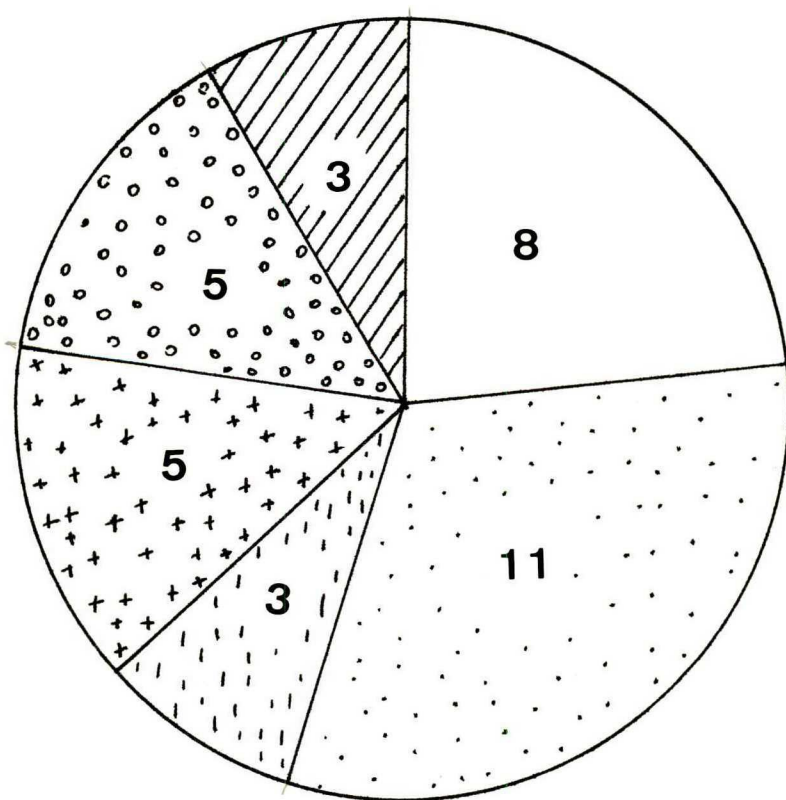
2 — 14

12 — 18

4 — 12

Gráfico 5

PERCENTUAL DOS PACIENTES COM DESNUTRIÇÃO DE III GRAU DISTRIBUÍDOS DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA EM 100 CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL INFANTIL EDITH GAMA RAMOS NO ANO DE 1976



1-6

18-24

6-12

2-4

12-18

4-12

Tabela V

PERCENTUAL DA PRESENÇA DE SINAIS CIRCUNSTANCIAIS EM 100 CRIANÇAS INTERNADAS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL INFANTIL EDITH GAMA RAMOS NO ANO DE 1976

SINAIS CIRCUNSTANCIAIS	%
TECIDO CELULAR SUBCUTÂNEO	47
HIPOTROFIA MUSCULAR	67
EDEMA	19
PALIDEZ CUTÂNEA	26
PALIDEZ MUCOSA	57
HEPATOMEGALIA	3
ABDOME GLOBOSO	16
CABELOS SECOS, QUEBRADIÇOS	29
CÍLIOS LONGOS	19

Tabela VI

RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE DESNUTRIÇÃO, A IDADE E AS ENFERMIDADES AGREGADAS EM 100 PACIENTES INTERNADOS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL INFANTIL EDITH GAMA RAMOS NO ANO DE 1976

ENFERMIDADES	IDADE GRAU	IDADE						TOTAL
		1-6M	6-12M	12-18M	18-24M	2-4A	4-12A	
PNEUMOPATIAS	I	3	1	-	1	4	1	10
	II	1	-	3	-	3	-	7
	III	-	2	1	-	1	1	5
GASTROENTERITE + DHE*	I	9	4	-	2	-	1	16
	II	7	1	3	2	2	-	15
	III	8	5	2	4	2	1	22
GASTROENTERITE + PNEUMOPATIAS + DHE	I	-	-	-	-	-	-	-
	II	2	-	-	1	2	-	5
	III	-	-	-	-	-	-	-
OUTRAS	I	2	-	-	1	1	-	4
	II	1	-	1	-	-	-	2
	III	-	2	-	-	1	-	3

* D H E : DISTÚRBO HIDROELETROLÍTICO

Tabela VII

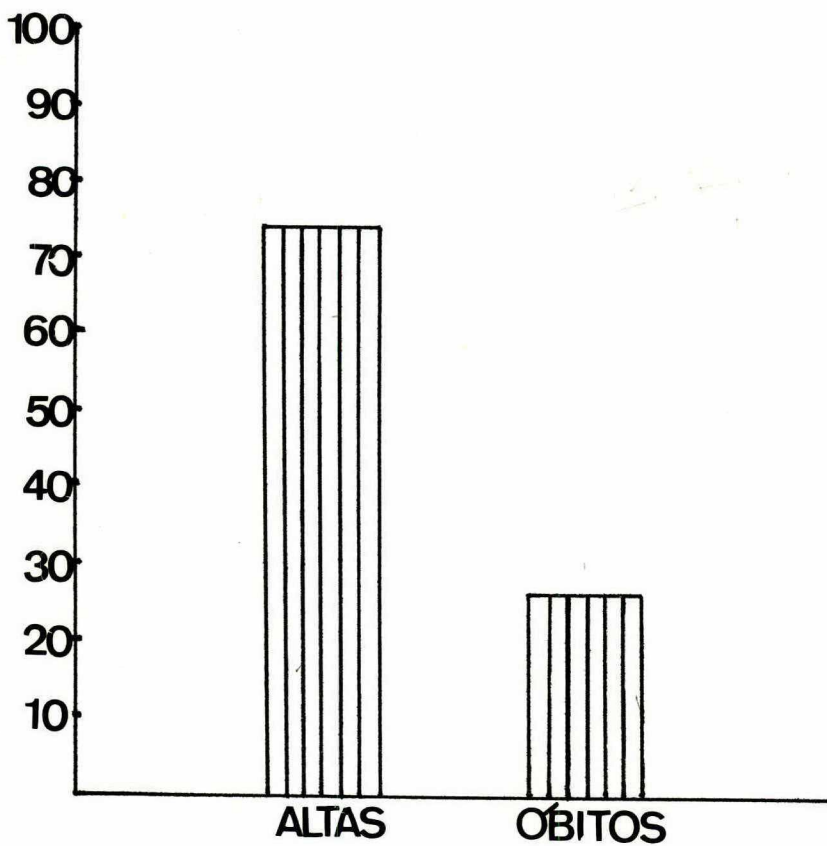
RELAÇÃO ENTRE O GRAU DE DESNUTRIÇÃO, A IDADE E AS ENFERMIDADES AGREGADAS EM 26 PACIENTES QUE FORAM A ÓBITO, ENTRE 100 CRIANÇAS INTERNADAS NO SERVIÇO DE EMERGÊNCIA DO HOSPITAL INFANTIL EDITH GAMA RAMOS NO ANO DE 1976

ENFERMIDADES	IDADE GRAU	IDADE						TOTAL
		1-6M	6-12M	12-18M	18-24M	2-4M	4-12M	
PNEUMOPATIAS	I	1	-	-	-	-	-	1
	II	-	-	-	-	-	-	-
	III	-	1	-	-	-	-	1
GASTROENTERITE + DHE *	I	3	1	-	1	-	-	5
	II	3	-	1	1	-	-	5
	III	5	2	1	1	2	-	11
GASTROENTERITE + DHE + PNEUMOPATIAS	I	-	-	-	-	-	-	-
	II	1	-	-	-	1	-	2
	III	-	-	-	-	-	-	-
OUTRAS	I	-	-	-	-	-	-	-
	II	-	-	-	-	-	-	-
	III	-	-	-	-	-	1	1

* D H E : DISTÚRPIO HIDROELETROLÍTICO

Gráfico 6

RELAÇÃO ENTRE ALTAS E ÓBITOS DE 100
PACIENTES COM DESNUTRIÇÃO PROTEICO -
CALÓRICA INTERNADOS NO SERVIÇO DE EMER-
GÊNCIA DO HOSPITAL INFANTIL EDITH
GAMA RAMOS NO ANO DE 1976



V - COMENTÁRIOS

Dos 100 pacientes analisados, com desnutrição proteico-calórica, retirados ao acaso do livro de registros do Serviço de Emergência do Hospital Infantil Edith Gama Ramos, verificamos que 93% eram leucodérmicos e 7% melanodérmicos.

A incidência da desnutrição proteico-calórica, nos pacientes estudados, ocorreu em 60% no sexo feminino. Quanto a faixa etária, observamos que 52% recaíram no primeiro ano de vida, sendo que 33% estavam na faixa de 1 a 6 meses e 19% na de 6 a 12 meses. De 18 a 24 meses encontramos 14%, de 2 a 4 anos 17% e de 4 a 12 anos situaram-se apenas 6% dos pacientes. A justificativa a estes dados vamos encontrar nos vários inquéritos dietéticos realizados nas diferentes regiões do Brasil, que apontam fatores que se repetem de uma região para outra e persistem em função do tempo. No primeiro ano de vida, nas populações urbanas, o desmame é precoce (vide tabela 1).

Em Sobradinho (DF), acompanhando crianças no primeiro ano de vida, Boianovsky encontrou a quase totalidade não recebendo leite materno após o 3º mês de vida. Já no 1º mês mais de 60% das crianças recebiam alimentação artificial (13).

A alimentação materna tem sido abandonada sem ser acompanhada por uma substituição adequada e compensada de novos métodos e técnicas alimentares, predispondo à desnutrição em idades mais precoces. As razões geralmente dadas pela mãe, ao adotar esta atitude, se referem a queixa de que seu leite é fraco, insuficiente ou não satisfaz a criança. Algumas mães encaram a mamadeira ou a alimentação artificial como uma atitude da classe superior, considerando o aleitamento materno como uma prática antiga (10).

Segundo Marcondes, o aleitamento materno tem demonstrado o excelente grau de desenvolvimento durante os primeiros meses de vida da criança e a incidência muito rara de má nutrição proteico-calórica nessa idade.

Com relação à distribuição por grau de desnutrição, não observamos diferenças significativas, tendo sido encontrado 32% de pacientes desnutridos no I grau, 33% no II grau e 35% no III

grau (vide tabelas 2 e 4).

Enquanto a pesquisa da PIMI em São Paulo, encontrou na faixa etária de 0 a 5 anos 84% de crianças desnutridas de I grau e 15,2% de II grau, a nossa pesquisa revelou na faixa etária de 0 a 4 anos, 31,9% no I grau e 34% no II grau. Ainda na pesquisa da PIMI temos em São Paulo (2) 0,8% e no Recife (2) 9,8% de desnutridos no III grau, ao passo que em nosso trabalho, na faixa de 0 a 4 anos constatamos que 34% das crianças avaliadas são desnutridas de III grau (ver tabela 6).

Podemos justificar em parte estes dados, pelo fato da pesquisa da PIMI ser uma pesquisa de campo, enquanto que a nossa se restringiu a pacientes hospitalares, onde naturalmente aportam os casos mais graves.

Em relação à procedência dos pacientes analisados, pudemos observar que 51% provinham de Florianópolis, assim distribuídos 34% da área urbana, 6% da área suburbana e 11% da área rural. Os outros municípios da Grande Florianópolis foram responsáveis por 34% dos pacientes, restando ao interior do Estado 15% (vide tabela 3).

O que nos chama a atenção é a expressiva percentagem de pacientes oriundos da zona urbana de Florianópolis e dos outros municípios da Grande Florianópolis, que totalizam 68% dos pacientes estudados. Ao procurarmos uma explicação para isso, faltou-nos um dado fundamental para este tipo de abordagem, e que não nos foi possível analisar: a situação sócio-econômica do paciente desnutrido. Nos prontuários analisados houve uma falta absoluta de informações a respeito. Podemos porém, tentar uma análise superficial destes dados, baseando-nos na situação sócio-econômica regional.

A população da zona urbana de Florianópolis e da Grande Florianópolis, representada por centros urbanos de pequeno porte, depende quase que exclusivamente do trabalho assalariado prestado na Capital. E sendo um assalariado, o seu nível de vida vai variar de acordo com o seu poder aquisitivo, o que leva naturalmente, pela nossa realidade econômica, a uma condição de sub-alimentação e conseqüentemente a ser um subnutrido.

Isto já não ocorre, no mesmo grau, no interior do Estado e interior da Ilha, onde, com a mão de obra familiar se pode manter uma horta ou criar animais domésticos, obtendo daí os alimentos básicos com o leite, ovos, verduras, e principalmente no interior da Ilha, o peixe.

A área suburbana de Florianópolis participou com apenas 6% de pacientes desnutridos. Deve-se, no entanto levar em conta, que a área favelada da Capital é pequena em relação ao total da população.

Com referência a presença de sinais circunstanciais, encontramos: hipotrofia muscular em 67% dos casos, palidez mucosa em 57%, diminuição do tecido celular subcutâneo em 47%, cabelos secos e quebradiços em 29%, palidez cutânea em 26%, edema em 19%, cílios longos em 19%, abdome globoso em 16% e hepatomegalia em 3% dos pacientes estudados (vide tabela 5).

Torna-se difícil avaliar esses dados pois os prontuários analisados, na sua grande maioria eram falhos em suas observações fazendo-nos duvidar por vezes, da credibilidade das informações encontradas. Em determinados prontuários encontramos dados de exame físico totalmente descabidos, tratando-se de pacientes desnutridos de II grau e até mesmo de III grau, como por exemplo este: paciente de 7 meses de idade, que internou com diagnóstico primário de gastroenterite aguda com distúrbio hidroeletrólítico e com diagnóstico secundário de desnutrição de III grau, e cujo prontuário apresentou as seguintes observações: turgor frouxo, pele com elasticidade diminuída, olhos encovados e língua seca. Vê-se aí que o observador descreveu apenas os sinais da enfermidade agregada passando despercebido o estado nutricional.

Essa análise, serve para mostrar, mais uma vez que a desnutrição proteico-calórica em nosso meio é tão comum, que às vezes, mesmo em seu estágio mais avançado não recebe atenção na observação clínica. Serve também para alertar da má qualidade das anotações feitas nos prontuários, basicamente destinados aos Serviços Estatísticos, dando porém uma falsa idéia da realidade.

Ao relacionarmos a desnutrição proteico-calórica com a faixa etária e as enfermidades agregadas, encontramos as seguintes percentagens: a gastroenterite aguda com distúrbio hidroeletrólítico foi a enfermidade agregada mais frequente, sendo responsável por 53% dos casos. Incidiu em 16% dos desnutridos do II grau e em 22% dos pacientes com desnutrição de III grau. A faixa etária de 1 a 6 meses foi a mais atingida, com 24% dos casos, seguindo-se a faixa de 6 a 12 meses com 10%. Denota-se daí que a maioria absoluta dos distúrbios gastrointestinais, no desnutrido, ocorre durante o primeiro ano de vida, predominantemente nos primeiros 6 meses.

As pneumopatias agregaram-se com a desnutrição proteico-calórica em 22% dos casos, distribuindo-se da seguinte maneira 10% em desnutridos do I grau, 7% em desnutridos do II grau e 5% dos pacientes com desnutrição de III grau.

A faixa etária mais atingida foi a dos 2 aos 4 anos inclusive, com 8% dos casos, seguindo-se a faixa de 1 a 6 meses com 4%.

Em 5% dos casos analisados, a gastroenterite aguda com distúrbio hidroeletrólítico se associou às pneumopatias como enfermidade agregada.

Essa associação se deu somente em desnutridos do II grau na faixa etária de 1 a 6 meses (2%), 2 a 4 anos inclusive (2%) e na faixa de 18 a 24 meses inclusive (11%).

Outras patologias, quais sejam: anemia (2 casos), abscesso (3 casos), infecção urinária (2 casos), raquitismo (1 caso), hérnia inguinal (1 caso), somaram 9% das patologias agregadas, atingindo mais a faixa etária dos 6 aos 12 meses (6%), não havendo variação significativa quanto ao grau de desnutrição proteico-calórica.

Dos 100 pacientes analisados, somente 11 foram internados com diagnóstico primário de desnutrição, não havendo referência quanto à enfermidade agregada (vide tabela 6).

Já em 1965, uma das comissões de 'experts' OMS registrava, em seu relatório, ser a desnutrição uma das causas favorecedoras das moléstias diarreicas, observação feita também por Grahan (2).

Corroborando com os resultados, Eduardo Marcondes afirma que cerca de 60% dos desnutridos crônicos tem a desidratação como causa de sua internação hospitalar (10) e que as infecções habitualmente presentes nos desnutridos graves e crônicos são as das vias digestivas e respiratórias, com prevalência das primeiras (10).

Dos 100 pacientes com desnutrição proteico-calórica analisados, 74 obtiveram alta e 26 foram a óbito (vide gráfico 5).

A desnutrição é o principal fator de contribuição para a alta morbidade e mortalidade infantil nos países subdesenvolvidos (10).

Analisando o grau de desnutrição, a faixa etária e as enfermidades agregadas dos 126 pacientes que foram a óbito, observamos que a gastroenterite aguda com distúrbio hidroeletrólíti-

co foi a enfermidade agregada mais frequente, fazendo-se presente em 21 casos, sendo que 11 delas situavam-se na faixa etária de 1 a 6 meses de idade, 3 na faixa de 6 a 12 meses, 2 na faixa de 12 a 18 meses inclusive, 3 na faixa de 18 a 24 meses inclusive e 2 na faixa etária de 2 a 4 anos de idade inclusive. Desse pacientes, 5 eram desnutridos de I grau, 5 de II grau e 11 pertenciam à classe dos desnutridos de III grau.

Ramos Galvan e Calderan (1965), em pesquisa no México, constataram que a Síndrome Diarreica leva a óbito até 30% dos desnutridos. No Teerã, Sadre e Donoso (1969), mostraram 35% (1).

No Brasil, as cifras oscilam entre 12 e 35% (1). Esses dados, realmente vem de encontro obtidos em nosso trabalho, onde a Síndrome Diarreica foi responsável por 21% dos óbitos em pacientes com desnutrição proteico-calórica.

As pneumopatias foram as enfermidades agregadas em 2 casos em que os pacientes foram à óbito, 1 era desnutrido de I grau e pertencia à faixa etária de 1 a 6 meses e o outro, desnutrido de III grau, à faixa de 6 a 12 meses.

Nos casos em que as pneumopatias se associaram aos distúrbios gastrointestinais com depleção hidroeletrólítica, como enfermidades agregadas, ocorreram 2 óbitos sendo que 1 pertencia à faixa etária de 1 a 6 meses e o outro à faixa de 2 a 4 anos de idade inclusive. Ambos desnutridos de II grau.

Marcondes cita que a mortalidade em desnutridos com broncopneumonia é superior a 50%. Se houver distúrbio hidroeletrólítico associado, eleva-se a 70% (10).

Em nosso trabalho consideramos as pneumopatias de modo geral, sendo elas responsáveis por 9,09% dos óbitos. Quando houve associação de distúrbios hidroeletrólíticos, a percentagem de óbitos subiu para 40% (vide tabela 7).

A desnutrição, em sua forma pura, sem enfermidade agregada, em nosso trabalho, foi responsável por 1 óbito. Esse paciente era um desnutrido de III grau, situando-se na faixa etária dos 4 aos 12 anos de idade.

É difícil encontrar desnutrição pura, como causa básica e exclusiva de óbito (2).

A mortalidade é tanto maior quanto mais precoce for atingida a criança desnutrida. 60% dos óbitos ocorrem no primeiro ano de vida, com predominância significativa nos primeiros 6 meses (13).

Em nossa pesquisa esses dados chegaram a alcançar um índice de 65,3%.

Segundo Ramos Galvan e colaboradores, em 1969 a mortalidade em desnutridos graves atingiu a média de 30,3% (10).

Na experiência da Escola Mexicana, em 1952 a mortalidade entre os desnutridos de III grau era da ordem de 30%, enquanto que na experiência dos mesmos autores, no período de 1962 a 1964, caiu para 5% (2).

Em nossa pesquisa, o índice de mortalidade entre desnutridos de III grau atingiu 37,1%, mostrando quão sombria é a nossa realidade no campo médico social e econômico.

VI - CONCLUSÕES

1. A desnutrição proteico-calórica ocorreu mais no sexo feminino;

2. A desnutrição proteico-calórica incidiu em maior número em crianças na faixa etária até 1 ano de idade, com predomínio significativo nos primeiros 6 meses;

3. A gastroenterite aguda com distúrbio hidroeletrólítico foi a enfermidade agregada que mais acometeu o paciente desnutrido;

4. A desnutrição proteico-calórica, como causa básica associada foi fator preponderante na taxa de mortalidade do Serviço de Emergência do Hospital Infantil Edith Gama Ramos.

VII - RESUMO

Procedemos um estudo retrospectivo em 100 prontuários de crianças internadas no Serviço de Emergência do Hospital Infantil Edith Gama Ramos, no ano de 1976, com diagnóstico primário ou secundário de desnutrição proteico-calórica, fazendo correlações entre grau de desnutrição, sexo, cor, faixa etária, déficit ponderal, sinais circunstanciais e enfermidades agregadas que incidiram no paciente desnutrido.

VIII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CARVALHO, Orestes. "Desnutrição Proteico-Calórica". In- Manual de Pediatria. Rio de Janeiro. Editora Guanabara Koogan, 1977. p. 99 a 110.
2. FIGUEIRA, Fernando et alii. "Desnutrição da Criança". Pediatria Moderna. Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Pediatria, Jan.1970. v.IV. n.10.
3. FILHO, Alfredo J. & LIMA, Azor J. de. "Tratamento da Desnutrição na Criança". ARS Curandi. São Paulo. Medisa Editora SA. Out.1971. n.8. p.33 a 35.
4. GALVAN, Rafael Ramos et alii. Desnutrición en el Niño. México DF. Impresiones Modernas, SA, 1969.
5. GALVAN, Rafael Ramos. "Diagnóstico del Estado de Nutrición a nivel Individual". Diagnóstico y tratamiento de la Desnutrición a nivel Individual y Colectivo. México DF. Impresiones Modernas SA, 1968. p.33 a 55.
6. Grupo de Estudo da Desnutrição da Sociedade Brasileira de Pediatria. "Nomenclatura e Classificação da Desnutrição". Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Pediatria. nov/dez 1975. v.40. fasc.11 e 12. p.272 a 273.
7. GUITTI, José C.S. et alii. "Condição Nutricional de Crianças de 0 a 6 meses de Idade na Periferia da Cidade de Londrina". Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Pediatria. ago 1977. v. 43. fasc.2. p. 82 a 90.

8. LEÃO, Ennio & FILGUEIRAS, José M.L. "Desnutrição: Tratamento em Ambulatório com Suplementação Proteica". Pediatria Prática. Sociedade de Pediatria de São Paulo, 1972. v.43. fascs. 5 e 6. p. 71 a 76.
9. MARCONDES, Eduardo et alii. "Crescimento Físico de Crianças Faveladas no Município de São Paulo". Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. set-out 1973. v.38. fascs. 9 e 10. p. 256 a 264.
10. MARCONDES, Eduardo et alii. "Desnutrição". In: Desnutrição e Desidratação em Pediatria. Sarvier - Editora de Livros Médicos Ltda. São Paulo, SP, 1971. p.207 a 240.
11. MONTEIRO, Carlos A. "A Desnutrição e o Planejamento Econômico-Social". Saúde em Debate. São Paulo. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Abr. Mai. Jun. 1977 n.3 p. 58 a 67.
12. PERNETTA, Cesar. Semiologia Infantil. 2ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Gráfica Laemment Ltda. 1960.
13. SALOMON, João B.R. et alii. "Infecções e Desnutrição". Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Pediatria. Jan-Fev 1976. v.41. fascs. 13-14. p. 27 a 33.
14. SIGULEN, Dirce M. et alii. "Nomenclatura e Classificação da Desnutrição". 1ª Parte. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Pediatria. jul-ago 1976. v.41 fascs. 7 e 8. p. 45 a 51.
15. SIGULEN, Dirce M. et alii. "Nomenclatura e Classificação da Desnutrição". 2ª Parte. Jornal de Pediatria. Rio de Janeiro. Sociedade Brasileira de Pediatria, set-out 1976. v.41 fascs. 9 e 10. p.63 a 68.

**TCC
UFSC
PE
0058**

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC PE 0058

Autor: Campagnaro, Hélio

Título: Desnutrição proteico-calórica :



972800635

Ac. 253706

Ex.1 UFSC BSCCSM