

UNIVERSIDADE POLITECNICA-Á POLITECNICA  
Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala

ISPUNA

Enfermagem Geral

**Cuidados de enfermagem aos pacientes com Pelagra, internados no sector de Pediatria do  
Hospital Distrital de Memba de 2019 a 2020**

Zinha Gulamo Jamal

Nacala, 2022

Zinha Gulamo Jamal

**Cuidados de enfermagem aos pacientes com Pelagra, internados no sector de Pediatria do Hospital Distrital de Memba de 2019 a 2020**

Monografia a ser apresentado ao Instituto Superior Politécnico e Universitário de Nacala, como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem Geral.

**Tutor:** Domingos Teófilo Saide

Nacala, 2022

## Folha de Aprovação

**Nome: Zinha Gulamo Jamal**

Tema: Cuidados de enfermagem aos pacientes com Pelagra, internados no sector de Pediatria do Hospital Distrital de Memba de 2019 a 2020

.

Trabalho de conclusão do curso defendido e aprovado em \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

O tutor

\_\_\_\_\_

O oponente

\_\_\_\_\_

O presidente

\_\_\_\_\_

## **Dedicatória**

Dedico a Deus pela fé, coragem e vida que me deu desde o início do curso até a feitura da pesquisa.

Aos meus encarregados de educação, pelo carinho, pela educação, atenção e presença em minha vida.

Aos meus colegas da turma, pelo companheirismo e pelo encorajamento.

## **Agradecimento**

Em primeiro lugar, à Deus que é todo poderoso, meu refúgio e sustento, por ter me cedido saúde e forças para enfrentar e superar as dificuldades, pois ele permitiu que tudo isso se tornasse real, pela bênção em toda a minha trajetória nesta longa caminhada, e não somente nestes anos como universitário, mas que em todos os momentos é o meu guia e consolador.

Ao meu orientador, pela disponibilidade pessoal, paciência e liberdade na escolha do tema, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube em me orientar, o apoio, incentivo e empenho dedicado à elaboração deste trabalho, muito obrigado dr.

À todos que fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## **Declaração de Honra**

Declaro por minha honra, que o presente trabalho académico foi elaborado por mim própria. Não se recorreu a quaisquer outras fontes, para além das indicadas, e todas as formulações e conceitos usados, quer adotados literalmente ou adaptados a partir das suas ocorrências originais (em fontes impressas, não impressas ou na internet), se encontram adequadamente identificadas e citados, com observância das convenções do trabalho académico em vigor.

Mais declaro que esta tese não foi apresentada, para efeitos de avaliação, a qualquer outra identidade ou instituição, para além das directamente envolvidas na sua elaboração, e que os conteúdos das versões impressas e electrónicas são inteiramente coincidentes.

Declaro finalmente, encontrar – me ciente de que a inclusão, de qualquer falsa declaração terá consequências legais.

Em paralelo a minha informação, assino abaixo com plena consciência

Nacala-Porto, 2021

---

Zinha Gulamo Juamal

## **Termo de Compromisso**

Domingos Teófilo Saide, solteiro, 32 anos de idade, natural de Nampula, província de Nampula, Moçambicano, Licenciado em Enfermagem, exercendo as suas funções no Hospital Distrital de Memba, vem por este meio atestar que o trabalho de culminação do curso da estudante, Zinha Gulamo Jamal, B.I. 031701285665B, código 115426, com o tema: Cuidados de enfermagem aos pacientes com Pelagra, internados no sector de Pediatria do Hospital Distrital de Memba de 2019 a 2020, se encontra estruturalmente e metodologicamente capaz para ser apresentado em provas públicas.

Memba, 2022

Orientador

---

Domingos Teofilo Saide

## **Resumo**

**Objectivos:** Analisar os cuidados de enfermagem aos pacientes com Pelagra, internados no sector de Pediatria do Hospital Distrital de Memba de 2019 a 2020.

**Metodologia:** Trata – se de um estudo Descritivo, de abordagem quantitativa. A presente pesquisa quanto a natureza foi Básica. A unidade de observação foi de 100 processos clínicos de doentes internados no sector da pediatria do Hospital Distrital de Memba.

**Resultados:** Maior parte dos pacientes internados na pediatria tinha idade inferior a dois anos e de dois a cinco anos de idade, com uma percentagem de 36.4 %, e 29.7% respectivamente. Em relação ao gênero, o masculino foi o mais dominante e de seguida o feminino, quanto a raca, todos foram de raça negra. Em relação aos recém-nascidos as principais causas de internamento foram a desnutrição, seguida da malária.

**Conclusão:** Das variáveis analisadas (idade, sexo, etc) no HDM, constituem muito imperiosos para a determinação de estado de saúde dos pacientes e não só, como também para ajudar a melhoria dos mesmos. As variáveis são um importante factor de risco para a mortalidade infantil, neonatal e perdas fetais, com os maiores riscos concentrando-se nas faixas etárias extremas, isto é, entre as crianças.

**Palavras-chave:** pelagra, seguimento, prognóstico.

## **Summary**

**Objectives:** To analyze the nursing care provided to patients with Pellagra admitted to the Pediatrics sector of the District Hospital of Memba from 2019 to 2020.

**Methodology:** this is a descriptive study, with a quantitative approach. The present research regarding the nature was Basic. The observation unit consisted of 100 clinical files of inpatients in the pediatric sector of the District Hospital of Memba.

**Results:** from the results obtained, most of the patients hospitalized in pediatrics were aged under two years old and then from two to five years old, with a percentage of 36.4%, and 29.7% respectively, and in relation to gender more comprehensive was the male gender and then the female, as for race, all were black. Regarding newborns, the main causes of hospitalization were malnutrition followed by malaria, and later showing a certain evolution and improvement.

**Conclusion:** of the variables analyzed (age, sex, etc) in the HDM, they are very imperative for determining the health of patients and not only, to help improve them. Variables are an important risk factor for infant and neonatal mortality and fetal losses, with the greatest risks being concentrated in the extreme age groups, that is, among children.

**Keywords:** pellagra, follow-up, prognosis.

## Índice

Lista de Símbolos.....	xii
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Abreviaturas .....	xiv
Lista de Gráficos .....	xv
CAPITULO I.....	16
1. Introdução .....	16
1.1. Problema de Investigação .....	18
1.2. Justificativa .....	19
1.3. Objectivos.....	20
1.3.1. Objectivo Geral .....	20
1.3.2. Objectivos Específicos.....	20
1.4. Perguntas de Pesquisa .....	20
CAPITULO II .....	22
2. Revisão de Literatura .....	22
2.1. Conceitos.....	22
2.2. Contextualização Histórica e Fisiopatologia da Pelagra.....	23
2.3. Etiologia .....	24
2.4. Quadro clínico .....	26
2.5. Tipos de Pelagra.....	26
2.6. Classificação do Estado Nutricional .....	27
2.8. Diagnóstico laboratorial.....	29
2.9. Tratamento .....	29
2.10. Diagnósticos Diferenciais .....	29
2.11. Cuidados de Enfermagem aos pacientes com pelagra.....	30
2.12. Componentes do Programa de Reabilitação Nutricional.....	31
2.13. Complicações.....	33
CAPÍTULO III.....	34
3. Metodologia.....	34
3.1. Tipo de pesquisa quanto aos objectivos.....	34

3.2.	Tipo de pesquisa quanto a abordagem .....	34
3.3.	Tipo de pesquisa quanto a natureza.....	34
3.4.	Universo ou População.....	34
3.5.	Amostra da Pesquisa .....	35
3.6.	Técnicas e Instrumentos de recolha de dados.....	35
3.6.1.	Variáveis.....	35
CAPÍTULO IV.....		37
4.	Apresentação, Leitura E Discussão De Resultados.....	37
CAPÍTULO V .....		48
5.	Conclusão .....	48
5.1.	Limitações do estudo .....	48
5.2.	Recomendações .....	48
6.	Referência Bibliográfica.....	49
7.	Anexos .....	51



## **Lista de Símbolos**

%: Por cento;

II: dois;

III: três;

IV: quatro;

~: aproximadamente;

>: Maior;

<: Menor;

=: Igual;

&: e.

**Lista de Tabelas**

*Tabela 1. Descrição de Idade de paciente.....39*

*Tabela 2. Proveniência de paciente.....40*

*Tabela 3. Raca do Paciente .....40*

## **Lista de Abreviaturas**

HDM: Hospital Distrital de Memba.

NAD: nicotinamida adenina dinucleotídeo.

NADP: nicotinamida adenina dinucleotídeo fosfato.

OMS (Inglês: WHO): organização mundial da saúde.

## **Lista de Gráficos**

Gráfico 1. Descrição de sexo ou Gênero de paciente .....	37
Grafico 2. Descrição do Peso do Paciente .....	42
Grafico 3. Descrição dos Dias de Internamento dos pacientes .....	43
Grafico 4. Descrição dos Diagnosticos dos pacientes .....	44
Grafico 5. Descrição de Alta do Paciente .....	45
Grafico 6. Descrição do Tratamento feito na Enfermaria.....	47

## CAPITULO I

### 1. Introdução

O organismo humano é uma estrutura muito complexa, que depende de vários factores para o seu funcionamento. O funcionamento normal dessas estruturas, contribui para o bem-estar de cada indivíduo. E, na falha do funcionamento dessas estruturas leva a ocorrência de patologias diversas. Essas patologias podem advir de diferentes origens, quer exógena ou endógena. Portanto, existem alimentos e ou actividades, que o organismo carece e requer para a manutenção da vida saudável, como fazer exercícios físicos, alimentação saudável, respiração, uma digestão adequada, apoio psicossocial, etc. Diversos alimentos, fazem do organismo humano saudáveis, independentemente da faixa etária em que a pessoa se encontra. Ajudam na respiração celular, divisão celular, manutenção da hemóstase, e mais. A sua deficiência acarreta anemia, doenças oportunistas e desnutrição. E muito em particular a deficiência de minerais como Vitamina B3, causará a pelagra.

As vitaminas são constituintes essenciais da dieta humana, visto que algumas não são sintetizadas pelo organismo, enquanto outras o são de maneira inadequada. As deficiências de vitaminas são raras nos países ocidentais, devido à oferta abundante de alimentos variados e custo reduzido para sua aquisição. No entanto, deficiências de múltiplos nutrientes podem ser detectadas em pacientes cronicamente enfermos ou alcoólatras. A deficiência de múltiplos nutrientes pode ser detectada em pacientes crónicos ou alcoólatras. Dessas deficiências vitamínicas, destaca se a pelagra (deficiência de niacina,) pelo seu acometimento multissistêmico, podendo provocar alterações na pele, diarreia e alterações neurológicas como dor de cabeça, confusão mental e perda de memória.

Igualmente, tem se verificado que a desnutrição tem contribuído para a ocorrência de pelagra. e essa ocorrência é com mais ênfase nas regiões mais desfavorecidas do mundo, da África e Moçambique em particular. O que faz com que seja uma patologia preocupante para o mundo em geral, devido a sua taxa de morbidade e mortalidade que de forma crescente acomete o mundo.

Ademais, o tema da presente monografia foi: **Cuidados de enfermagem aos pacientes com Pelagra, internados no sector de Pediatria do Hospital Distrital de Memba de 2019 a 2020.** Centraliza- se nos cuidados a prestar em pacientes padecentes da pelágra, os cuidados que a unidade sanitária de Memba, em particular enfermaria de Medicina têm prestado, atinente ao manejo dos pacientes com

pelagra, e qual tem sido a conduta perante estes casos. Considerando seu acometimento aos pacientes desnutridos em especial, versará a abordagem das causas da pelagra em Memba.

A presente monografia foi organizada na seguinte ordem: elementos pré – textuais, elementos textuais e elementos pós – textuais.

### 1.1. Problema de Investigação

A falta dos cuidados de enfermagem aos pacientes com pelagra continua sendo um dos problemas de saúde mundial, na África e em particular em Moçambique. Ela afecta mais nos pacientes padecentes de desnutrição, que na sua maioria inclui crianças com necessidades metabólicas crescentes. E, a falta dos cuidados de enfermagem, coloca estes pacientes com maior vulnerabilidade e probabilidade de morte, principalmente em pacientes com dificuldades financeira para a obtenção de alimentos básicos, para a manutenção de saúde. Frisar que esta patologia afecta qualquer faixa etária, desde que tenha deficiência mineral, que em geral, está relacionado a desnutrição. Os sinais e sintomas desta patologia varia de acordo com o nível de sistema imunológico de cada indivíduo. São de evolução progressiva, variando em três elementos muito peculiares: fenômenos cutâneos, digestivos e nervosos, e assim se exterioriza até ao seu pico.

Dentre as consequências podemos destacar o aumento de dias de internamento hospitalar, diminuição de nível de índice de sobrevida media em crianças, aumento de custos a nível hospitalar e aumento da taxa de mortalidade. Com estes motivos surge a seguinte questão:

**Quais são os cuidados de enfermagem aos pacientes com Pelagra, internados no sector de Pediatria do Hospital Distrital de Memba de 2019 a 2020?**

## 1.2. **Justificativa**

A pelagra é comum em todos níveis de atenção hospitalar, desde o nível primário ao nível quaternário. Isso deve – se a limitações impostas a esses níveis de prestação de serviços, daí que se o nível primário não possui os cuidados e serviços necessários para salvar vidas de indivíduos devido à complexidade da patologia, transfere ao nível secundário, assim sucessivamente. Diante deste facto, atendendo e considerando que o Hospital Distrital de Memba, em particular o sector de Pediatria, é maior do distrito, durante o estágio integral e pré – profissional constatou – se a entrada de vários pacientes com pelagra e comparando com o passado verifica-se aumento do número de casos de internamento. Igualmente aumento de dias camas ocupadas e a taxa de mortalidade em pacientes com pelagra. Há igualmente ineficácia dos cuidados de enfermagem no que concerne a estabilidade dos dados vitais dos pacientes com comprometimento de vitamina B3. Por outro lado, não tem sido fácil diagnosticar estes pacientes, devido a sua complexidade para a detecção do diagnóstico da pelagra, isso em desnutridos. Estes e outros factores, têm preconizado um esforço enorme para a obtenção de um diagnóstico real e, conseqüentemente a deficiência de assistência no planos hospitalar e em particular de enfermagem.

Doravante, o tema é de extrema importância no que tange a melhoria dos cuidados de enfermagem em pacientes com pelagra. Entretanto, não basta ter cuidado que na sua execução e nos seus prognósticos não conferem com os objectivos preconizados nas estratégias, por isso mesmo, convém exteriorizar e saber a eficácia dos cuidados de enfermagem em pacientes com pelagra e suas tendências de internamento, e as normas vigentes no Ministério de Saúde e em particular no Hospital Distrital de Memba em relação a Pelagra. Saber se elas são colocadas em práticas ou qual tem sido a rotina dos profissionais de saúde no atendimento das pacientes com pelagra. É importante para a actividade profissional, para todos os membros da equipe, não só no âmbito hospitalar mas também no âmbito extra-hospitalar, para proceder a identificação e tratamento precoce ou seja antes de agravar a patologia.

O estudo contribuirá a autora, na aquisição e consolidação dos seus conhecimentos, aprimorando melhor os seus conhecimentos adquiridos durante a sua caminhada acadêmica, e servirá de começo de novo horizonte e para elaboração de novos trabalhos de pesquisa. Para a instituição de ensino (ISPUNA) servirá de mais um ganho no que tange a sua ampla e imensurável biblioteca e

contribuição para o país e em particular a sua missão que tem com o MISAU. E para os Hospital Distrital de Memba o estudo servirá de fonte de apreço para a ilustração de novas metodologias em relação a pelagra e a sua erradicação, provavelmente. Contudo, espera-se que haja uma boa contribuição do presente estudo para o mundo, África e Moçambique em particular.

### 1.3. **Objectivos**

Para Marconi & Lakatos (2002) “toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar. Os objectivos de uma pesquisa têm o papel de nortear, pois direcciona a leitura do texto, bem como, permite entender o que o pesquisador fez em seu trabalho.

#### 1.3.1. **Objectivo Geral**

De acordo com Marconi & Lakatos (2003) o objectivo geral “está ligado a uma visão global e abrangente do tema.” Esta visão permite ao pesquisador compreender o todo da pesquisa.

- Analisar os cuidados de enfermagem aos pacientes com Pelagra, internados no sector de Pediatria do Hospital Distrital de Memba de 2019 a 2020.

#### 1.3.2. **Objectivos Específicos**

Corresponde as acções que se propõe a executar dentro de um determinado período de tempo. Apresentam carácter mais concreto e têm a função intermediária e instrumental, indicando o caminho para se atingir o objectivo geral (Lakatos e Marconi, 2002). Os objectivos específicos da presente de pesquisa foram:

- Identificar os principais cuidados de Enfermagem prestados a pacientes com Pelagra, no sector de Pediatria do Hospital Distrital de Memba.
- Descrever as principais consequências da Pelagra no sector de Pediatria do Hospital Distrital de Memba.
- Descrever as práticas de enfermagem em pacientes com Pelagra.

### 1.4. **Perguntas de Pesquisa**

Pergunta de pesquisa é a declaração de uma indagação específica que o pesquisador deseja responder (Gil, 2002).

- Quais são os factores que influenciam no aumento de internamento de pacientes por pelagra no serviço de Pediatria?
- Quais são as características os cuidados de enfermagem a serem prestados em pacientes com pelagra no sector de Pediatria?
- Quais são os critérios de internamento e alta aos pacientes com pelagra ?

## CAPITULO II

### 2. Revisão de Literatura

#### 2.1. Conceitos

Nutrição – o processo através do qual os organismos vivos obtêm alimentos e os usam para o crescimento, metabolismo físico, e reparação dos tecidos/células. Este processo passa pela ingestão (consumo), digestão, absorção, transporte, e assimilação dos nutrientes, e excreção. O consumo de alimentos deve responder as necessidades dietéticas. Uma boa Nutrição – uma dieta adequada em quantidade (3 refeições/dia) e qualidade (variedade; 4 grupos de alimentos), adicionada à actividade física – é importante para uma boa saúde. Por outro lado, a desnutrição reduz a imunidade, aumentando a susceptibilidade a doenças, compromete o desenvolvimento mental e físico, e reduz a produtividade (Ismael, 2013, pag.100)

“Desnutrição é um estado mórbido secundário a uma deficiência ou excesso, relativo ou absoluto, de um ou mais nutrientes essenciais, que se manifesta clinicamente ou é detectado por meio de testes bioquímicos, antropométricos, topográficos ou fisiológicos” (Waitzberg, 1995, pag. 153).

Desnutrição ou malnutrição é um estado de desequilíbrio nesta relação que se manifesta por alterações no metabolismo, na função orgânica e na composição corporal.

Uma boa Nutrição – uma dieta adequada em quantidade (3 refeições/dia) e qualidade (variedade; 4 grupos de alimentos), adicionada a actividade física – é importante para uma boa saúde. Por outro lado, a desnutrição reduz a imunidade, aumentando a susceptibilidade a doenças, compromete o desenvolvimento mental e físico, e reduz a produtividade.

Pelagra é uma doença causada por deficiência de niacina, presente no complexo vitamínico B3.

A Desnutrição é uma doença de natureza clínico-social de vários factores cujas raízes se encontram na pobreza. A desnutrição grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crónica e levando a óbito, caso não seja tratada adequadamente. Pode começar precocemente na vida intra-uterina (baixo peso ao nascer) e frequentemente cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de

vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas (diarreias e respiratórias).

Segurança Alimentar e Nutricional – significa o direito de todas as pessoas, de ter a todo o momento, acesso físico, económico e sustentável a uma alimentação nutricionalmente adequada, em quantidade e qualidade e aceitável no contexto cultural, para satisfazer as necessidades e preferências alimentares, para uma vida saudável e activa.

## 2.2. Contextualização Histórica e Fisiopatologia da Pelagra

A pelagra foi relatada, pela primeira vez, em 1735. Nessa época, também era conhecida por “Mal de La Rosa e Casal”, por ter sido Gaspar Casal, um médico espanhol, seu descritor (Oliveira Jr. et al. 2008, pag. 160).

Nas décadas de 60 e 70, a pelagra era considerada um problema de saúde pública nos países da África e Ásia. Ainda nos anos 90, a doença teve alta prevalência nos países de ambos os continentes. Atualmente, a diminuição da pelagra como problema de saúde pública, se deve, principalmente, à melhoria no padrão de vida de fazendeiros, e à maior variedade na dieta dos indivíduos (WHO, 2000).

Também conhecida como dryskin (pele seca) é causada por deficiência de niacina, presente no complexo vitamínico B3 (Rajakumar, 2000, pag. 142).

A deficiência de niacina pode surgir secundariamente a diversos factores. O corpo é capaz de transformar o aminoácido triptofano em niacina, portanto, uma dieta pobre desse aminoácido pode ser uma das causas do desenvolvimento da pelagra. A dieta a base de milho, vegetal que é desprovido de tal componente, o alcoolismo, situação onde geralmente a dieta está comprometida, além de, quando prolongado, interferir no metabolismo e absorção da niacina, também representam situações que propiciam o desenvolvimento da patologia. Além disso, determinados fármacos, o mais conhecido sendo a hidrazida ácido nicotínico, podem interferir no metabolismo da niacina e, com isso, acabam por causar sua deficiência no organismo (Russel, 1993, pag. 111).

Lesões gastrointestinais, em regiões responsáveis pela absorção alimentar, também podem ocasionar a deficiência secundária de triptofano, e assim, o desenvolvimento da pelagra (Zaki e Millard, 1995; Nogueira et al., 2009, pag. 332).

A pelagra é classificada como sendo a síndrome dos 03 Ds: dermatite, diarreia, demência e morte (death em inglês), sendo o último existente apenas em casos em que o tratamento não é instituído em tempo (Manzella, 2008).

A doença causa perda de peso, e outros sintomas inespecíficos de doença. A medida que a doença se agrava, começam a surgir estomatite, glossite, dor na boca (principalmente na língua) e, por fim, surgimento de lesões cutâneas características. Os sinais cutâneos são: eritema, desordem na pigmentação da pele, fissuras, lesões descamativas, e geralmente em locais expostos à luz solar. Também ocorrem distúrbios neuropsiquiátricos como confusão e agitação psicomotora (Malouf, 2003, pag. 235).

Baixos níveis do metabólito N-Metilnicotinamida na urina são interpretados como indicativos de deficiência de niacina (Russel, 1993, pag. 342).

O uso de nicotiamida (forma presente nas vitaminas comerciais) em doses altas (100 a 400 mg/dia) é citado como principal tratamento, associado a uma dieta balanceada (Azulay, 2006; Resende, 2006). Visto que o organismo é capaz de transformar o triptofano em niacina, tratamentos à base da administração deste aminoácido também são citados como recurso eficaz (Braverman, 1988, pag. 244).

Dessa forma, não se pode deixar de citar que uma boa e variada dieta à base de leite e carne foi universalmente considerada como parte essencial do tratamento (WHO, 2000, pag. 300).

### 2.3. **Etiologia**

A pelagra é causada pela deficiência de niacina (termo que engloba tanto a deficiência de nicotinamida quanto de ácido nicotínico). Também a falta de triptofano (aminoácido essencial que pode ser transformado em niacina pelos tecidos), assim como o excesso de leucina, poderiam inibir a síntese de niacina e causar quadro de pelagra (Schumtz , et al, 1987, pag. 450).

Segundo Schumtz , et al, (1987, pag. 255) dizem que o triptofano transforma-se em niacina tanto pela flora intestinal quanto pelo tecido normal. Porém, não se sabe ainda qual a maior fonte endógena de niacina. No indivíduo normal, a necessidade diária de niacina varia de 15mg a 20 mg. A actividade física, aumento da massa corporal e maior consumo de calorias causam sua maior demanda, que se

reduz pelo aumento da ingestão de triptofano. A dieta pelagrogênica é deficiente, principalmente de nicotinamida, triptofano e vitaminas B1, B2 e B6.

Actualmente, esta doença é considerada um déficit de nicotinamida no interior da célula. Seja por causa primária (déficit nutricional) ou secundária (doença subjacente). A nicotinamida é importante componente das coenzimas NAD (nicotinamida adenina dinucleotídeo) e NADP (nicotinamida adenina dinucleotídeo fosfato). Tais coenzimas funcionam como transportadoras de hidrogênio, sendo elementos fundamentais no processo de oxigenação celular. As coenzimas sintetizadas a partir do ácido nicotínico exercem papel fundamental no metabolismo dos carboidratos, aminoácidos e lipídeos, além de atuarem no processo de síntese dos hormônios adrenocorticais a partir da acetilcoenzima-A na dehidrogenação do álcool etílico e na conversão do ácido láctico em ácido pirúvico. Participam também no ciclo do ácido cítrico, processo este responsável pelo fornecimento de energia à célula. Alterações no processo de respiração celular afetam inicialmente órgãos de alta demanda metabólica como o cérebro e de turnover celular (pele e mucosas) (Odom, 2000, pag. 401).

Segundo o autor acima citado diz que, Isto justifica o porquê de tais órgãos serem os principais acometidos na pelagra. Assim, sabemos actualmente que a pelagra resulta da deficiência de uma ou mais substâncias que interferem na síntese de nicotinamida<sup>7,8</sup>, a saber:

- Deficiência nutricional, como restrição de proteína animal (alcoólatras, anorexia nervosa, idosos em más condições de alimentação) e dieta à base de milho.
- Má absorção.
- Alteração do metabolismo do triptofano: doença de Hartnup.
- Uso de medicações, como a isoniazida, antimetabólitos, cloranfenicol, etc. O milho contém grande quantidade de niacina. Porém, esta se encontra em uma forma não disponível.

A grande quantidade de leucina presente no sorgo parece inibir a síntese de niacina, justificando assim surtos desta doença onde a base da alimentação é este cereal, como na Índia. A síndrome do carcinóide (doença de Hartnup), em que o triptofano é utilizado para a síntese de serotonina, pode levar a um quadro semelhante ao da pelagra. Já a isoniazida, por ser uma molécula semelhante à niacina, provoca pelagra em função de um mecanismo de inibição competitivo, (Freedberg, et al.1999, pag. 395).

#### 2.4. **Quadro clínico**

Manifesta-se por evolução crônica, com períodos de exacerbação e remissão. Apresenta-se sob a forma de demência, diarréia e dermatite – três “Ds”. A forma de apresentação mais comum é com sintomas incompletos e não a tríade completa. O quadro cutâneo consiste em eritema nas superfícies expostas ao sol, simétrico, como nas extremidades, face (eritema em asa de borboleta) e ao redor do pescoço (“colar de casal”). Acredita-se que a fototoxicidade seja causada pela formilcinurenina e o ácido cinurênico, produtos de degradação do triptofano via da cinurenina. As alterações cutâneas poderiam relacionar-se ainda com o aumento da quantidade de cobre que ocorre na pele dos doentes com pelagra ou mesmo pela falta de NAD, para reparar as lesões cutâneas desencadeadas pelo sol (Smeenk e Hulsmans, 1969, pag. 520).

Segundo Smeenk e Hulsmans (1969) dizem que, as várias formas de dermatite observadas na pelagra são:

- Erupção por fotossensibilidade;
- Lesões perineais;
- Espessamento e hiperpigmentação da pele sobre as proeminências ósseas.

A manifestação inicial consiste em eritema e prurido no dorso das mãos. A pele a seguir torna-se edematosa e em alguns doentes se desenvolvem vesículas ou bolhas, cuja ruptura causa erosão (pelagra Húmida). Progressivamente há espessamento e hiperpigmentação. Fissuras dolorosas às vezes se desenvolvem nas palmas e plantas. Os distúrbios gastrintestinais mais importantes são diarréia e vômitos. Quando associados à deficiente flora bacteriana intestinal que sintetizam a niacina pelo uso de antibióticos podem ser um fator de piora do quadro. As alterações neuropsiquiátricas variam desde sintomas leves como astenia, dores variadas, insônia, depressão até total instabilidade emocional e manias (Hendryx, 1991, pag. 600).

Esses sintomas talvez se relacionem com as alterações no metabolismo do triptofano com aumento da produção de serotonina ou à sua diminuição.

#### 2.5. **Tipos de Pelagra**

Segundo Krehl, (1981), tipos variáveis que se podem numerar em quatro principais:

- Pelagra leve, em que os sintomas incidem principalmente sobre os órgãos do aparelho digestivo e se exibem de paralelo com fenômenos neuróticos angustiosos e leves alterações cutâneas, uma tal forma tende a curar-se quando tratada adequadamente, sendo possível, também, nalgumas eventualidades, desaparecerem os sintomas de Pelagra na ausência de qualquer tratamento;
- O tipo moderadamente grave, que tende para a cronicidade e recrudescer seus sintomas todos os anos;
- A forma grave, em que os fenômenos gastro-intestinais, cutâneos e nervosos se verificam muito acentuadamente e, nesses moldes, progride para término letal.

A modalidade exteriorizada num quadro tifóide e que, com maior freqüência, se observa na zona onde a Pelagra é endêmica; nesse tipo da doença, o início faz-se de modo mais ou menos repentino; a diarreia apresenta-se de forma incurável, os sintomas bucais mostram-se graves, as alterações da pele do tipo bolhoso ou húmido, com infecção piogênica secundária; a temperatura é alta, o curso rápido, a prostração intensa e a morte quase sempre a regra.

## 2.6. **Classificação do Estado Nutricional**

Segundo o MISAU (2018, pag. 8) diz que, o estado nutricional ótimo de um indivíduo é reflectido pela manutenção dos processos vitais de sobrevivência, desenvolvimento e actividade física. Qualquer desvio do estado nutricional ótimo resulta em distúrbios nutricionais referidos como malnutrição. E Malnutrição é o estado patológico resultante tanto da deficiente ingestão e/ou absorção de nutrientes pelo organismo (desnutrição) bem como da excessiva ingestão e/ou absorção de nutrientes (sobrenutrição), em relação às necessidades nutricionais do individuo.

Segundo a fonte supracitado referencia que, as diferentes formas de desnutrição que podem aparecer isoladas ou em combinação incluem:

- Desnutrição aguda, que é caracterizada por uma rápida deterioração do estado nutricional durante um curto período de tempo e/ou edema bilateral. Existem diferentes níveis de gravidade de desnutrição aguda: desnutrição aguda moderada (DAM) e desnutrição aguda grave (DAG). A desnutrição aguda grave manifesta-se através das seguintes condições

clínicas: Emagrecimento grave (denominado marasmo); Desnutrição edematosa (denominada kwashiorkor em crianças, é acompanhada de edema bilateral).

- Desnutrição crónica, que é caracterizada por falta de crescimento em crianças menores de 5 anos, e que se desenvolve durante um longo período de tempo. A nutrição inadequada sobre longos períodos de tempo, incluindo má nutrição durante a gravidez, practicas inadecuadas de alimentação infantil, e/ou infecções repetidas, podem levar à baixa estatura para idade em crianças, com impactos físicos e cognitivos que na maioria deles são considerados irreversíveis.
- Deficiência de micronutrientes, que é causada por uma falta de ingestão, absorção, ou a utilização de uma ou mais vitaminas ou minerais, e que incluem mais comumente as deficiências de ferro, zinco vitamina A, iodo, e das vitaminas do complexo B.

## 2.7. Diagnóstico de Pelagra

Não é fácil o diagnóstico da pelagra antes de verificar a erupção cutânea porque os distúrbios do aparelho digestivo e as manifestações nervosas e mentais, com frequência, precedem os fenômenos cutâneos. Muitos observadores ressaltam a significação diagnostica encontrada nos sintomas nervosos precoces. Importantes às manifestações nervosas de carácter ansioso, como decorrentes nos primórdios da doença. Mas tal modo de ver, em face da concepção clínica actual que se origina de raízes patogênicas bem estruturadas (Hendryx, 1991, pag. 585).

Com frequência apreciável os pelagrosos podem lamentar-se de sensação de queimar na boca, principalmente na língua. A dor e a sensação de queimadura podem incrementar-se no momento da alimentação. A língua vermelha, apresenta-se quase sempre dolorosa, constituindo em conjunto, aspecto muito caraterístico. Nos estádios mais recentes da glossite pelagrosa, a ponta e as margens laterais do órgão mostram-se vermelhas e tumefeitas. Mais tarde surgem verdadeiros processos ulcerosos. Verifica-se, também, acentuada estomatite; as gengivas mostram-se tumefeitas, dolorosas e sangram com a maior facilidade (Odom, 2000).

Com referências aos sintomas verificados no aparelho digestivo, merece atenção particular o sentido funcional de que se reveste a maior parte deles: a perda e perversão do apetite, a sensação de plenitude abdominal, a pirose, os vômitos e as náuseas, as dores abdominais, a salivação abundante, as desordens intestinais do tipo diarréico e disentérico, a prisão-de-ventre. A investigação do

quimismo gástrico revela, quase sempre, acentuada aquilia, resistente à prova de histamina (Barret, 1967).

## 2.8. Diagnóstico laboratorial

Nenhuma medida específica satisfatória que mensure os níveis de niacina está disponível. Níveis urinários do metabólito N-metil-nicotinamida (NMN) e N-metil-piridona-5-carboxa- mida estão diminuídos na pelagra. Níveis urinários abaixo de 0.8/mg indicam deficiência de niacina (Krehl, 1981).

## 2.9. Tratamento

Segundo Barret (1967, pag. 621), a pelagra clássica responde dramaticamente à administração oral de nicotinamida ou ácido nicotínico na dose de 100- 300 mg/dia três vezes ao dia. Niacinamida é preferida, uma vez que não causa distúrbios vasomotores como a niacina. As alterações mentais desaparecem em 24h-48h, mas as lesões de pele podem demorar até 3 a 4 semanas.

A maioria dos pacientes com pelagra necessita da administração concomitante de riboflavina e piridoxina, e uma dieta rica em calorias e proteínas para tratar a desnutrição. Uma dose de 40 mg-200 mg por dia de niacina é necessária para tratar a doença de Hartnup e a síndrome do carcinóide. A pelagra não é uma doença tão comum no nosso meio. Atenção diagnóstica deve ser dada para as formas incompletas que se manifestam unicamente por sintomas neurológicos, cutâneos ou ainda gastrintestinais (Sebrel, 1981).

## 2.10. Diagnósticos Diferenciais

De acordo com (Krehl, 1981), referencia que, a deficiência da Tiamina (vitamina B1): Síndrome de Beribéri, comum em alcoólatras e pode ocorrer em associação com Pelagra. Sinais e sintomas incluem neuropatia periférica e disfunções cardiovasculares e cerebrais (“psicose de Korsakoff” e “encefalopatia de Wernicke”).

Deficiência de Riboflavina (vitamina B2): Normalmente é observada em conjunto com deficiências de outras vitaminas do complexo B. Quando existe carência isolada, os sinais e sintomas incluem hiperemia e edema de mucosa nasofaríngea, queilose angular, glossite e dermatite seborreica. Queimadura solar: Presença de eritema e descamação superficial, bilateral e simétrica, seguida por vários graus de dor. Diferencia-se da Pelagra pela história clínica e evolução.

### 2.11. Cuidados de Enfermagem aos pacientes com pelagra

O estado nutricional dum indivíduo é avaliado através das medições do seu peso, altura e idade. Com base nessas medições se pode determinar se o indivíduo está bem nutrido ou malnutrido; quando malnutrido, poderá ser por excesso (obesidade) ou por défice (desnutrição). Para além da desnutrição o indivíduo poderá também sofrer de deficiência de micro nutrientes, sendo as mais comuns as de ferro (Anemia), vitamina A e iodo. (Ismael, 2013).

O combate à desnutrição depende muito da atenção à saúde da criança, que envolve desde acesso ao saneamento básico até orientação adequada das famílias e atendimento hospitalar.

O acesso à óptima alimentação, variada em qualidade e quantidade, é indispensável para uma boa nutrição (UNICEF, 2013), o que, durante o período gestacional, torna-se essencial para o desenvolvimento fetal.

Mães com deficiência nutricional, crónico ou agudo, podem gerar filhos com baixo peso ao nascer, com menor vitalidade e que venham a apresentar dificuldades no curso da vida (Belarmino et al., 2009). Após o nascimento, a alimentação e nutrição equilibrada e saudáveis são indispensáveis para garantir uma boa saúde, contribuindo para o óptimo crescimento e desenvolvimento da criança.

Nas áreas rurais, a segurança alimentar das famílias depende, com frequência, do acesso à terra e a outros recursos agrícolas. Nas áreas urbanas, os alimentos poderão estar disponíveis nos mercados, porém, tem-se com maior frequência famílias com poder de compra diminuído, devido aos elevados preços (UNICEF, 2013).

A falta de acesso seguro à água, junto com saneamento inadequado e precária higiene no manuseio dos alimentos no domicílio, tem implicações significativas na propagação de doenças infecciosas e, consequentemente, na desnutrição (Dangour, 2011).

Hipoglicemia (glicemia < 54 mg/dl), tratar imediatamente e verificar a temperatura corporal, criança consciente e com capacidade de deglutir preferir correcção por via oral com glicose ou sacarose a 10% 50 ml.

Se a criança estiver letárgica, inconsciente e ou convulsões, realizar a correcção intravenosa com 5ml/kg (500mg/kg) de solução de glicose a 10%. Manter com alimentação regular a cada 2 horas após a

infusão de glicose; se glicose menor que 54 mg/dl, fornecer 50ml em bolos de solução de glicose a 10% e continuar alimentação a cada 30 minutos até estabilizar.

Hipotermia (temperatura axilar < 35°C) ou (temperatura retal < 35,5°C) geralmente acompanha a hipoglicemia e pode associar-se a quadros infecciosos:

Aquecimento, técnica canguru, agasalhar, usar cobertores, acomodar a criança com temperatura adequada, trocar roupas e lençóis molhados, evitar banhos prolongados e exposição ao frio, se possível utilizar berços aquecidos.

Correcção dos distúrbios hidroeletrólíticos os mais comuns são: Hipopotassemia, hipomagnessemia e hipofosfatemia, que devem ser corrigidos e repostos por 7 a 10 dias após a normalização dos níveis séricos por serem predominantemente intracelulares.

Dar a alimentação intensiva para assegurar o crescimento rápido visando recuperar grande parte do peso perdido, ainda quando a criança estiver hospitalizada;

Fazer estimulação emocional e física;

Orientar a mãe ou pessoa que cuida da criança para continuar os cuidados em casa e, realizar a preparação para a alta da criança, incluindo o diagnóstico e o sumário do tratamento para seguimento e marcação de consulta, na contra referêcia da alta hospitalar

Além da terapia nutricional, a recuperação do desenvolvimento motor e cognitivo e o fortalecimento do vínculo mãe-filho são cuidados necessários na reabilitação de crianças gravemente desnutridas.

Após a alta, encaminhar para acompanhamento ambulatório/centro de recuperação nutricional/atenção básica/comunidade/família para prevenir a recaída e assegurar a continuidade do tratamento.

## 2.12. Componentes do Programa de Reabilitação Nutricional

De acordo com MISAU (2018, pag. 15), afirma que, de forma a assegurar um tratamento e reabilitação nutricional eficientes dos casos de desnutrição, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), o qual inclui os seguintes componentes:

- Envolvimento comunitário;

- Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI);
- Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA);
- Educação nutricional e demonstrações culinárias.

Mais adiante, a mesma fonte deixa as seguintes recomendações:

- Nas comunidades, as crianças e adolescentes identificadas com DAM ou DAG devem ser referidas para fazerem o tratamento na US. Nos Centros de Saúde faz-se a continuidade dos cuidados de saúde primários incluindo a avaliação do estado nutricional.
- As crianças e adolescentes com DAG com complicações médicas devem ser sempre internados. No internamento o tratamento para crianças  $\geq 6$  meses e adolescentes é iniciado com F75 (Fase de Estabilização) e continua com F75 na fase inicial de transição, com posterior introdução gradual do Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU). Nos caso em que o ATPU não está disponível ou a criança recusa, deve ser usado o F100 até que a mesma aceite.
- As crianças  $\geq 6$  meses e adolescentes internados, se já tiverem recuperado (sem edema, complicações tratadas e um bom apetite), devem continuar o tratamento no ambulatório com ATPU (Fase de Reabilitação). Em casos onde não podem ser tratadas no ambulatório, devem ser tratadas no internamento com ATPU e/ou F100 (Fase de Reabilitação).
- As crianças  $\geq 6$  meses e adolescentes com DAG sem complicações devem receber tratamento no ambulatório na Consulta da Criança em Risco (CCR) com administração de ATPU.
- As crianças de 6-59 meses com DAM devem receber tratamento no ambulatório na Consulta da Criança em Risco com administração de ASPU, e ATPU pode ser utilizado como alternativa somente em ausência do ASPU e se existir quantidades suficientes de ATPU para crianças e adolescentes dos 6 meses a 15 anos com DAG. Crianças de 5 a 14 anos devem receber ASPU, e na ausência ou insuficientes quantidades do ASPU, Mistura Alimentícia Enriquecida (MAE) (por exemplo: “CSB Plus”, uma mistura de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais, que está actualmente disponível em Moçambique).

- Deve-se orientar a mãe ou cuidador sobre o uso do MAE, incluindo uma demonstração culinária, se possível. Quando não tiver disponível MAE para crianças acima de 59 meses, deve-se usar ATPU, se existir quantidades suficientes para crianças e adolescentes com DAG (o ATPU deve ser priorizado para as crianças e adolescentes dos 6 meses a 14 anos de idade com DAG). Nos distritos onde não existem quantidades suficientes de ASPU, MAE, ou ATPU, deve ser reforçado o aconselhamento nutricional conjugado com as demonstrações culinárias.

### 2.13. **Complicações**

A deficiência de nutrientes, mesmo quando ligeira, aumenta a probabilidade de morte, principalmente em crianças. A OMS (Organização Mundial de Saúde) estimou que nos países em vias de desenvolvimento, 60% das mortes registadas em crianças com menos de 5 anos está associada a desnutrição; por outras palavras a desnutrição é considerada como um dos principais problemas de Saúde pública e uma das principais barreiras para o desenvolvimento económico em vários países, incluindo Moçambique. A desnutrição, em Moçambique, é responsável por pouco mais dum terço (36%) das mortes em crianças menores de cinco anos de idade (PAMRDC, 2010).

A deficiência em micronutrientes também tem implicações no estado de saúde de milhares de crianças e mulheres; por exemplo, a vitamina A diminui a resistência às infecções o que resulta no aumento das taxas de mortalidade na infância; o risco relativo de morte em crianças com deficiência de vitamina A é 1.75 vezes superior ao das crianças que não têm deficiência de vitamina A.

## **CAPÍTULO III**

### **3. Metodologia**

Segundo Gil (2008, pag. 133), método como caminho para se chegar a determinado fim. E método científico como o conjunto de procedimentos intelectuais e técnicos adoptados para se atingir o conhecimento.

#### **3.1. Tipo de pesquisa quanto aos objectivos**

A presente pesquisa quanto ao objectivo trata – se de um estudo do tipo descritivo. Que segundo Gil (2008, pag. 140), descreve um problema através de técnicas padronizadas de colecta de dados como questionário, entrevistas, filmagens, procura levantar e descrever informações sobre o tema proposto.

#### **3.2.Tipo de pesquisa quanto a abordagem**

A presente pesquisa quanto a abordagem foi usada abordagem quantitativa descritiva. Que de acordo com Gil (2008, pag. 143) diz que, consiste na quantificação dos dados colectados. Se fará o uso de gráficos, tabelas, médias aritméticas e percentagens traduzidas em números para análise e interpretação de dados obtidos durante a pesquisa.

#### **3.3. Tipo de pesquisa quanto a natureza**

A presente pesquisa quanto a natureza foi Básica. Que é aquela que objectiva gerar conhecimentos novos úteis para o avanço da ciência sem aplicação prática prevista. Envolve verdades e interesses universais, (Gil, 2008, pag. 144).

#### **3.4.Universo ou População**

O universo ou a população – alvo é o conjunto dos seres animados e inanimados que apresenta pelo menos uma característica em comum, sendo N o número total de elementos do universo ou da população. (Lakatos e Marconi, 2003, pag. 222).

O universo do presente estudo foram todos os processos clínicos arquivados do sector de pediatria e que esteja dentro do período em estudo.

### **3.5. Amostra da Pesquisa**

Para, Lakatos e Marconi (2002, pag. 223) Amostra é uma parcela convenientemente seleccionada do universo ou população, é um subconjunto do universo.

A amostra da pesquisa foi constituída por 100 processos clínicos de pacientes internados no sector de Pediatria do Hospital Distrital de Mombaça.

A amostra foi aleatória simples. O que quer dizer que, a selecção se faz de forma que cada membro da população tinha a mesma probabilidade de ser escolhido. Esta maneira permitiu a utilização de tratamento estatístico que possibilita compensar erros amostrais e outros aspectos relevantes para a representatividade e significância da amostra (Lakatos e Marconi, 2003, pag. 225).

### **3.6. Técnicas e Instrumentos de recolha de dados**

Os instrumentos de recolha de dados a serem usados na presente pesquisa são guião de observação e guião de Entrevistados profissionais de saúde afectados no sector. Para esta pesquisa será aplicada técnica de amostragem aleatória simples, através da análise documental dos processos clínicos de pacientes com pelagra internados no período em estudo.

A amostragem aleatória simples é o procedimento básico da amostragem científica. Podemos dizer mesmo que todos os outros procedimentos adoptados para compor amostras são variações deste (Gil 2002, pag. 150).

#### **3.6.1. Variáveis**

Variável é um conceito que contém ou apresenta valores, tais como: quantidades, qualidades, características, magnitudes, traços etc., sendo o conceito um objecto, processo, agente, fenómeno, problema etc (Lakatos e Marconi, 2003, pag. 244).

- Sexo;
- Idade;
- Proveniencia;
- Raça;

- Nível de escolaridade;
- Peso;
- Dias de internamento;
- Diagnostico base.
- Critérios de internamento;
- Peso na entrada.

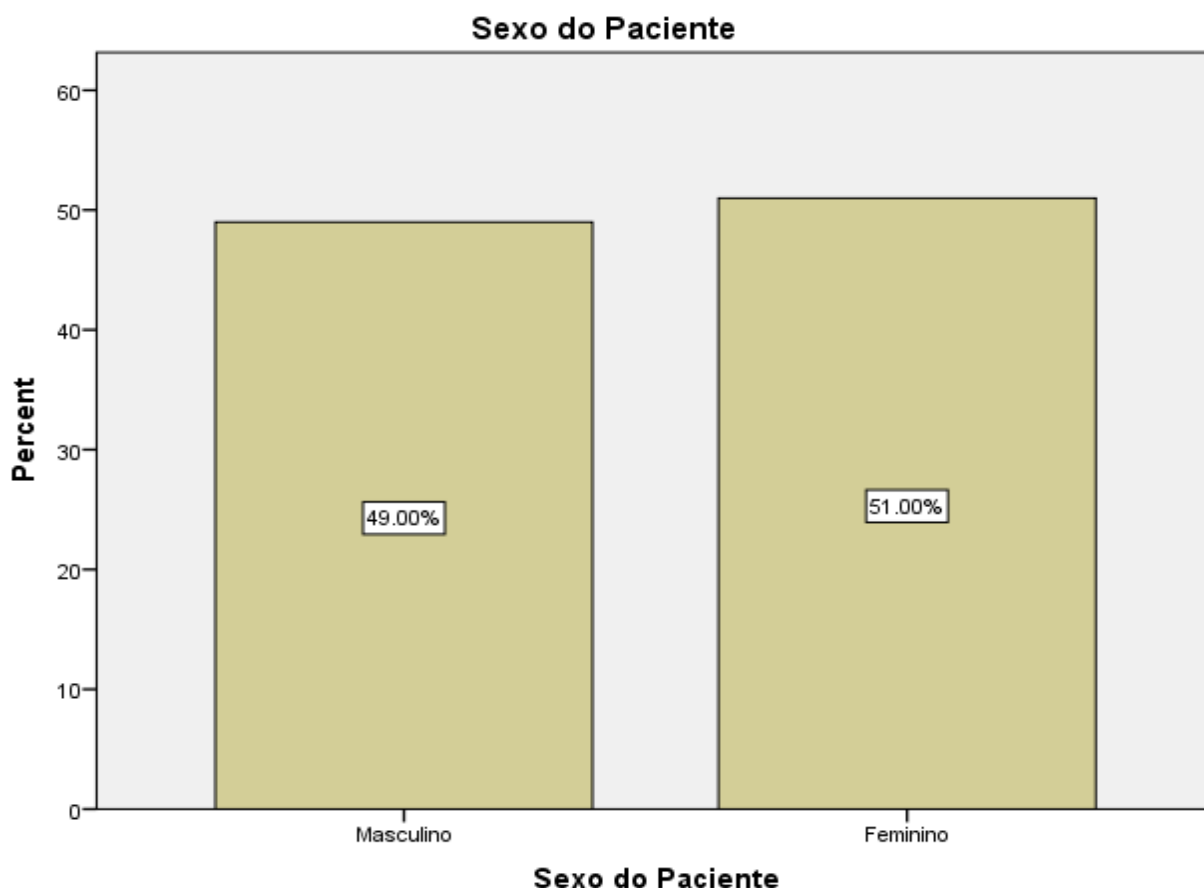
## CAPÍTULO IV

### 4. Apresentação, Leitura E Discussão De Resultados

Participaram do estudo um total de 100 processos clínicos, correspondendo 100% da população inquerida, que estiveram distribuídas em 49% do sexo masculino, seguido de 51% do sexo feminino.

E, de forma subtil, reflete o nível de abrangência da pelagra em crianças de sexo feminino, pois segundo os relatos colhidos a taxa de natalidade está mais para o sexo feminino, isto é, nascem mais crianças do género feminino que masculino. Outrossim, pode afetar as do género masculino, mas que varia de região para região.

**Gráfico1. Descrição de sexo ou Gênero de paciente**



Fonte: Autora, 2021.

Em relação a idade dos pacientes verificou – se que, maior número de pacientes pertencem a faixa etária correspondente a menores de dois anos de idade equivalente a 36.4 %, seguida de pacientes com dois anos a cinco anos de idades com uma percentagem de 29.7% e com menor percentagem de pacientes a faixa etária entre onze anos de idade a catorze anos de idade, 7.9%.

O acesso à óptima alimentação, variada em qualidade e quantidade, é indispensável para uma boa nutrição (UNICEF, 2013), o que, durante o período gestacional, torna-se essencial para o desenvolvimento fetal.

Mães com deficiência nutricional, crónico ou agudo, podem gerar filhos com baixo peso ao nascer, com menor vitalidade e que venham a apresentar dificuldades no curso da vida (Belarmino et al., 2009). Após o nascimento, alimentação e nutrição equilibrada e saudáveis são indispensáveis para garantir uma boa saúde, contribuindo para o óptimo crescimento e desenvolvimento da criança.

Contudo, este fenómeno verifica – se devido a falta da informação sobre a boa alimentação e sua importância nos primeiros anos de vida e não só, mas também para toda vida. Por outro lado, a maioria das famílias ou pais desta região praticam a machamba que, muitas das vezes optam em separar o colhido em três partições, nomeadamente: umas partes conservam para sementeira futura, outra parte para alimentação que muitas das vezes tem sido de boa nutrição ao organismo ou de fonte nutritiva única e, a outra parte, para a venda. Esta última parte, que tem sido parte grossa, usam para a compra de pequenos pertences, tanto pessoais como coletivos e para pagamento de cadernos, uniformes, dívidas, etc. Além de que, devem dar ou ofertar uma parte ao secretário ou regulo da zona como sendo uma norma da região, e há família que depois da colheita uma festa da colheita que, devido à colheita ínfima acabam não cobrindo com as necessidades alimentares até a época seguinte, fazendo com que a família tenha uma alimentação deficiente, o que pode culminar em complicações da saúde como: anemia por deficiência nutricional, dermatites e depressão imunitária recorrente.

E, de salientar que com há casos em que os maridos desconhecem o estado de saúde das esposas, o que em algum momento, urge gravidezes não desejadas, condicionando assim duas vidas, do feto em desenvolvimento e da gestante, colocando – a em mais complicações durante e pós gestação como: anemias recorrentes, recém-nascido de baixo peso a nascença, pois após o nascimento, a criança precisara de uma alimentação saudável e equilibrada. É a razão que um dos objectivos das consultas pré-natais é de dar acompanhamento as gestantes e ao feto em desenvolvimento para evitar ou regredir as complicações futuras.

**Tabela 1. Descrição de Idade de paciente**

Idade do Paciente					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 a 5 Anos	35	29.7	35.0	35.0
	6 a 10 anos	13	11.0	13.0	48.0
	11 a 14 anos	9	7.6	9.0	57.0
	<2 anos	43	36.4	43.0	100.0
	Total	100	84.7	100.0	-
Missing	System	18	15.3	-	-
Total		118	100.0	-	-

Fonte: Autora, 2021.

Em relação a proveniência do paciente, de referir que segundo os dados colhidos e a tabela abaixo indicam que o bairro, localidade ou posto administrativo com maior incidência é Namahaca com 12.7%, seguida de Memba Sede com 11% e com menor percentagem de casos esta Miaja e Mitequereque com 1.7% de casos respectivamente.

Acesso à óptima alimentação, variada em qualidade e quantidade, é indispensável para uma boa nutrição (UNICEF, 2013), o que, durante o período gestacional, torna-se essencial para o desenvolvimento fetal.

Mães com deficiência nutricional, crónico ou agudo, podem gerar filhos com baixo peso ao nascer, com menor vitalidade e que venham a apresentar dificuldades no curso da vida (Belarmino et al., 2009). Após o nascimento, alimentação e nutrição equilibrada e saudáveis são indispensáveis para garantir uma boa saúde, contribuindo para o óptimo crescimento e desenvolvimento da criança.

Nas áreas rurais, a segurança alimentar das famílias depende, com frequência, do acesso à terra e a outros recursos agrícolas. Nas áreas urbanas, os alimentos poderão estar disponíveis nos mercados, porém, tem-se com maior frequência famílias com poder de compra diminuído, devido aos elevados preços (UNICEF, 2013).

Sustentando, a maioria dos pacientes preveem do campo e não na sede como tal, se for da sede é porque têm familiares que acolheu – os, pois o que tem se verificado é que, pessoas do campo têm como o primeiro a saúde, o curandeiro e só vão ao hospital caso a patologia seja desconsagrada pelo

curandeiro, e condiciona a chegada tardia e no estado grave no hospital. Comprometendo assim, a saúde da criança.

**Tabela 2. Proveniência de paciente**

Proveniência do Paciente					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Geba	9	7.6	9.0	9.0
	Namahaca	15	12.7	15.0	24.0
	Memba - Sede	13	11.0	13.0	37.0
	Cava	5	4.2	5.0	42.0
	7 de Abril	10	8.5	10.0	52.0
	Namige	7	5.9	7.0	59.0
	Chipene	9	7.6	9.0	68.0
	Muaco	12	10.2	12.0	80.0
	Miaja	2	1.7	2.0	82.0
	Napila	6	5.1	6.0	88.0
	Zero	5	4.2	5.0	93.0
	Mitequereque	2	1.7	2.0	95.0
	Malatane	5	4.2	5.0	100.0
	Total	100	84.7	100.0	
Missing	System	18	15.3		
Total		118	100.0		

Fonte: Autora, 2021.

Em relação a raça dos pacientes, constatou – se que todos os pacientes foram de raça negra, cobrindo o total de amostra de estudo.

**Tabela 3. Raça do Paciente**

Raçado Paciente					
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Negra	100	84.7	100.0	100.0
Missing	System	18	15.3		
Total		118	100.0		

Fonte: Autora, 2021.

Em relação ao peso de cada paciente, verificou – se que maior parte dos pacientes tinham um peso normal com 76%, seguida de 23% equivalentes ao baixo peso.

A desnutrição grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crônica e levando a óbito, caso não seja tratada adequadamente. Pode começar precocemente na vida intra-uterina (baixo peso ao nascer) e frequentemente cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas (diarreias e respiratórias).

Ainda que incompletas, as estatísticas de morbidade e mortalidade disponíveis são unânimes em apontar o binômio desnutrição-infecção como o principal responsável pelas condições desfavoráveis de saúde que caracterizam a população infantil.

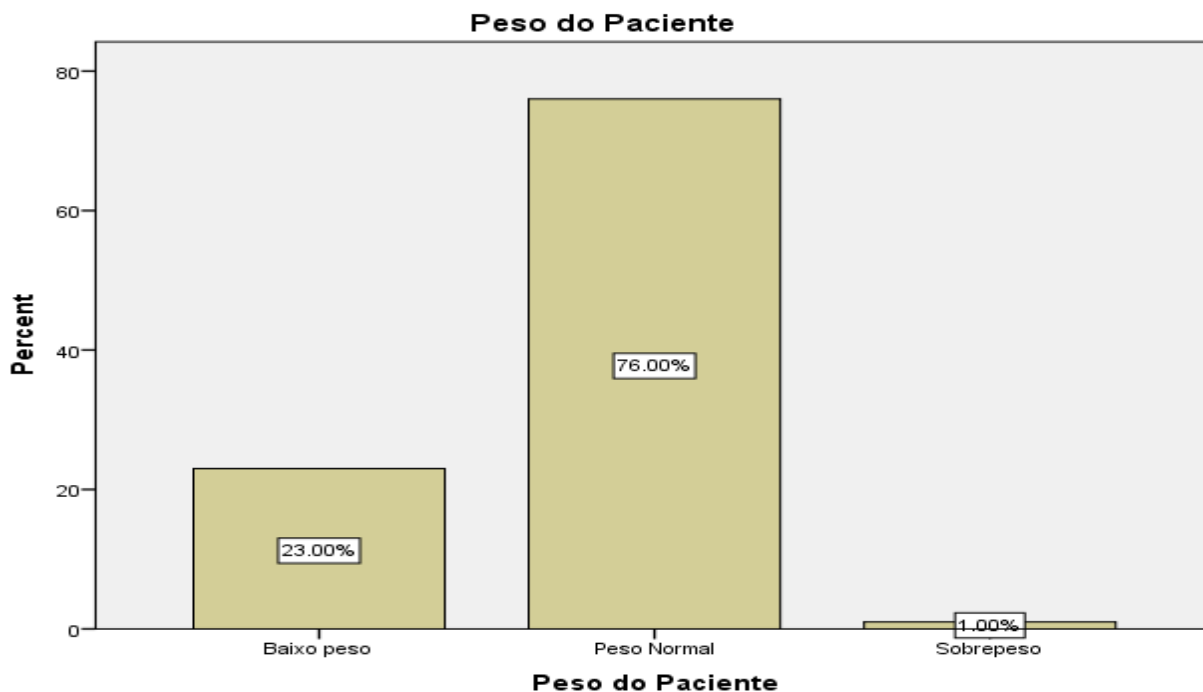
O baixo peso é uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil nos países em desenvolvimento e um dos fatores que mais contribui para o agravamento do estado nutricional das crianças.

Maximizar o alcance da assistência à saúde infantil significa tanto estender a cobertura dos serviços de saúde a frações da população ainda não beneficiadas, quanto aperfeiçoar seu poder de resolução diante dos problemas de saúde mais prevalentes e relevantes.

Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, visando incrementar a resolutividade dos serviços de saúde, é a de identificar e priorizar ações básicas de saúde que possuam comprovada eficácia no controle dos mais relevantes problemas de saúde e que envolvam reduzida complexidade tecnológica. ‘

Tais ações, no caso específico da assistência infantil, recebem a denominação de “Ações básicas na assistência integral à saúde da criança” e devem constituir-se no elemento central da assistência a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde.

**Grafico2. Descrição do Peso do Paciente**



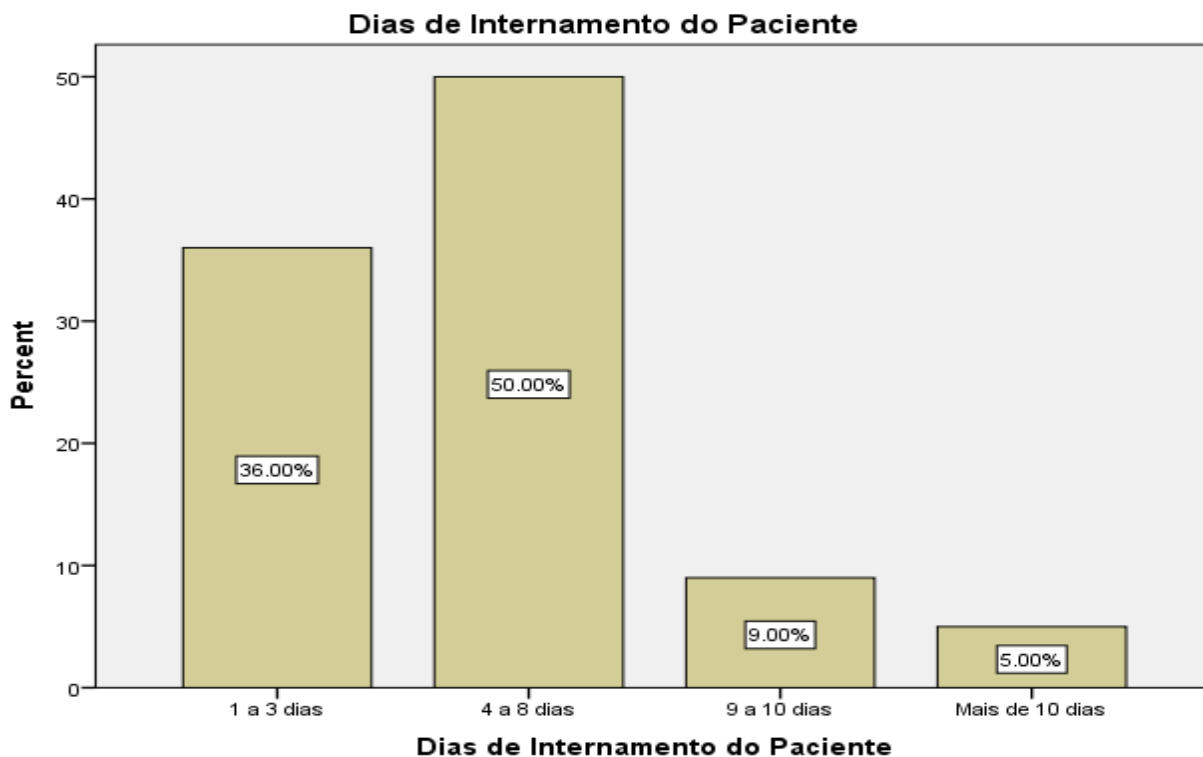
Fonte: Autora, 2021.

De referir que, em relação aos dias que os pacientes ficam internados na enfermaria em causa constatou – se que, em média os pacientes ficam internados no intervalo de 4 a 8 dias, que equivale a 50% dos casos, seguida de 36% correspondentes a internamentos de 1 a 3 dias e por último com 5% que constitui menor percentagem de dias de internamentos, mais de 10 dias.

A pelagra é classificada como sendo a síndrome dos 04 Ds: dermatite, diarreia, demência e morte (death em inglês), sendo o último existente apenas em casos em que o tratamento não é instituído em tempo (Manzella, 2008).

A doença causa perda de peso, e outros sintomas inespecíficos de doença. A medida que a doença se agrava, começam a surgir estomatite, glossite, dor na boca (principalmente na língua) e, por fim, surgimento de lesões cutâneas características. Os sinais cutâneos são: eritema, desordem na pigmentação da pele, fissuras, lesões descamativas, e geralmente em locais expostos à luz solar. Também ocorrem distúrbios neuropsiquiátricos como confusão e agitação psicomotora (Malouf, 2003, pag. 235).

**Gráfico3. Descrição dos Dias de Internamento dos pacientes**



Fonte: Autora, 2021.

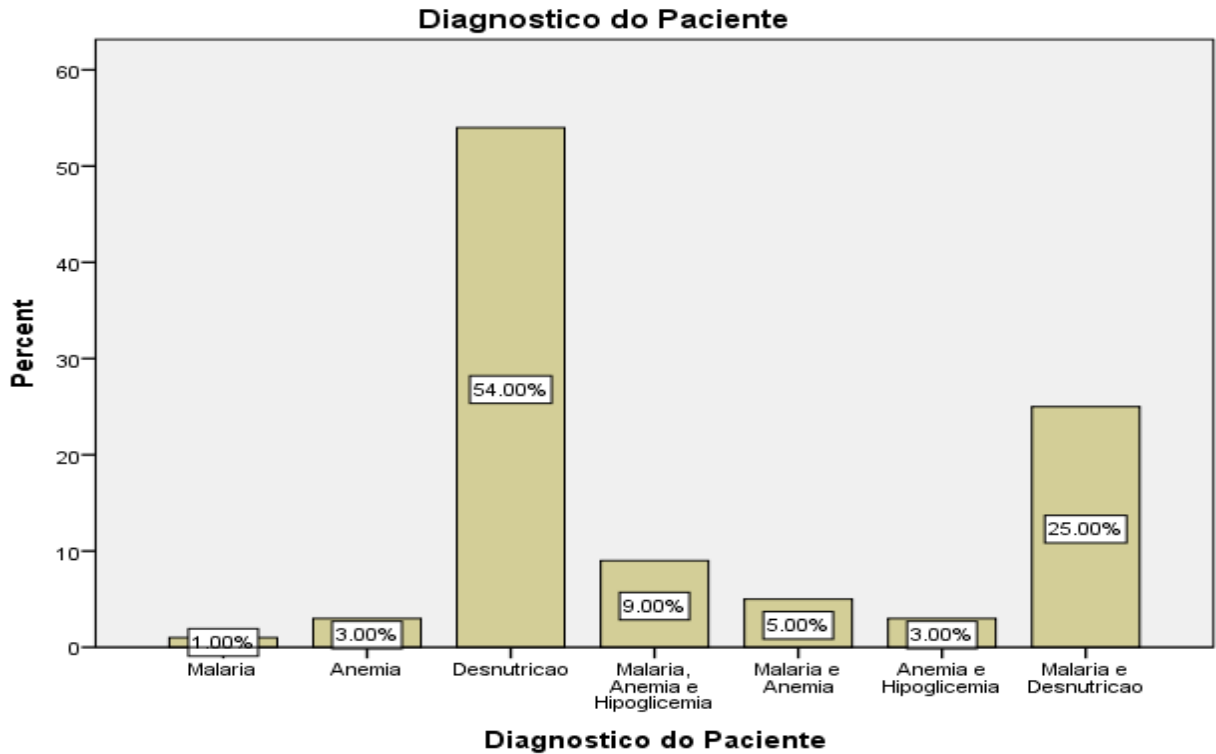
Sobre os diagnósticos dos pacientes, constatou – se que a maioria dos pacientes eram desnutridos com 54%, seguida de malária e anemia, posteriormente a hipoglicemia. Ademais, realçar que estes diagnósticos aparecem como causa para a ocorrência da pelagra.

A modalidade exteriorizada num quadro tifóide e que, com maior frequência, se observa na zona onde a Pelagra é endêmica; nesse tipo da doença, o início faz-se de modo mais ou menos repentino; a diarreia apresenta-se de forma incurável, os sintomas bucais mostram-se graves, as alterações da pele do tipo bolhoso ou húmido, com infecção piogênica secundária; a temperatura é alta, o curso rápido, a prostração intensa e a morte quase sempre a regra. Krehl, (1981),

Não é fácil o diagnóstico da pelagra antes de verificar a erupção cutânea porque os distúrbios do aparelho digestivo e as manifestações nervosas e mentais, com frequência, precedem os fenômenos cutâneos. Muitos observadores ressaltam a significação diagnostica encontrada nos sintomas nervosos precoces. Importantes às manifestações nervosas de carácter ansioso, como ocorrentes nos

primórdios da doença. Mas tal modo de ver, em face da concepção clínica actual que se origina de raízes patogênicas bem estruturadas (Hendryx, 1991, pag. 585).

#### Grafico4. Descrição dos Diagnósticos dos pacientes



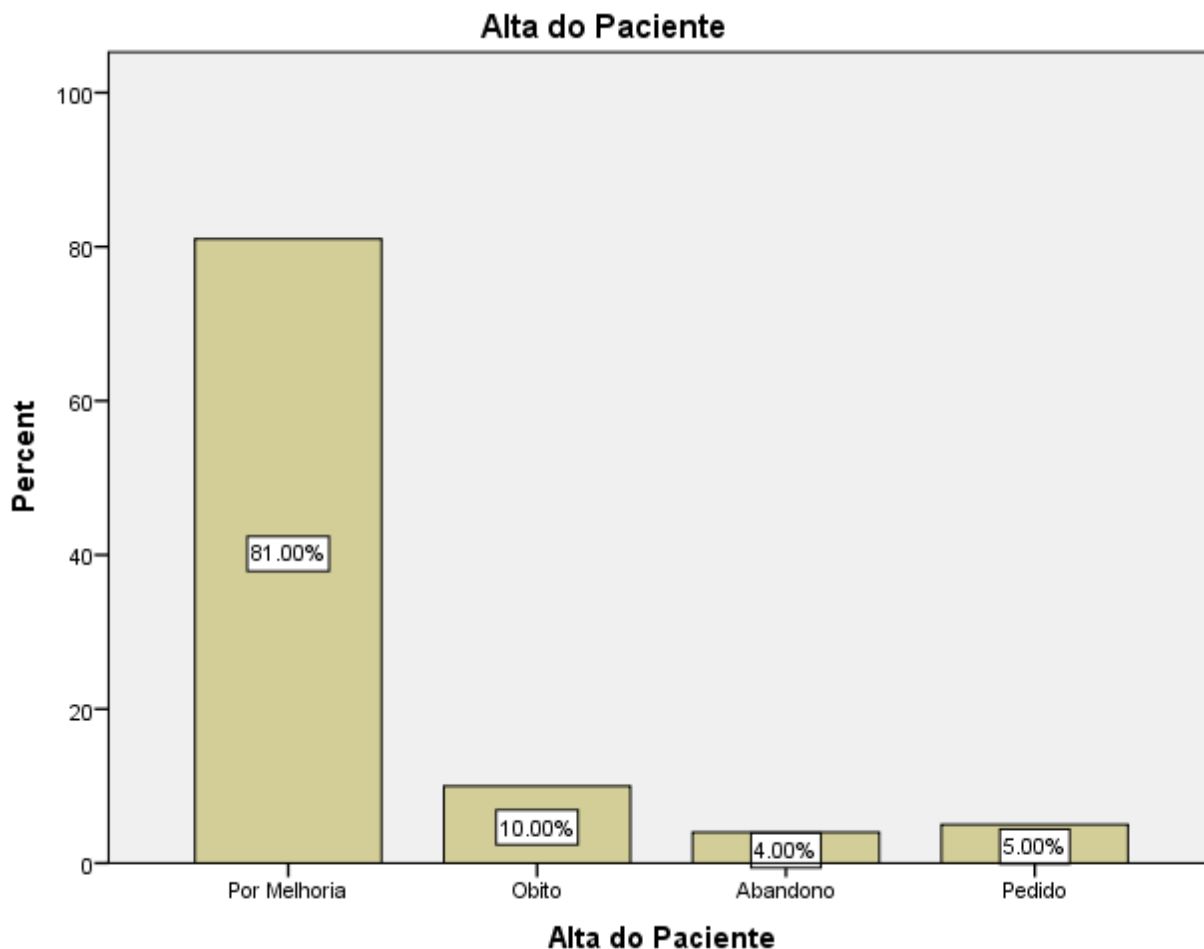
Fonte: Autora, 2021.

E em relação as altas, constatou – se que a maioria dos pacientes tiveram alta por melhoria com 81% seguida de óbito com 10%.

Orientar a mãe ou pessoa que cuida da criança para continuar os cuidados em casa e, realizar a preparação para a alta da criança, incluindo o diagnóstico e o sumário do tratamento para seguimento e marcação de consulta, na contra referência da alta hospitalar

Após a alta, encaminhar para acompanhamento ambulatória/centro de recuperação nutricional/atenção básica/comunidade/família para prevenir a recaída e assegurar a continuidade do tratamento (Dangour, 2011).

**Gráfico5. Descrição de Alta do Paciente**



Fonte: Autora, 2021.

Em relação aos tratamentos feitos durante o internamento e/ou após o mesmo, constatou – se que houve uso de antibioterapia na maioria dos casos com 52% e os suplementos com 7%, frisar que os suplementos em uso são: F75, F100, sais de reidratação oral e outros, que ajudam na recuperação e melhoria dos pacientes.

A maioria dos pacientes com pelagra necessita da administração concomitante de riboflavina e piridoxina, e uma dieta rica em calorias e proteínas para tratar a desnutrição. Uma dose de 40 mg-200 mg por dia de niacina é necessária para tratar a doença de Hartnup e a síndrome do carcinóide. A pelagra não é uma doença tão comum no nosso meio. Atenção diagnóstica deve ser dada para as formas incompletas que se manifestam unicamente por sintomas neurológicos, cutâneos ou ainda gastrintestinais (Sebrel, 1981).

O estado nutricional dum indivíduo é avaliado através das medições do seu peso, altura e idade. Com base nessas medições se pode determinar se o indivíduo está bem nutrido ou malnutrido; quando malnutrido, poderá ser por excesso (obesidade) ou por défice (desnutrição). Para além da desnutrição o indivíduo poderá também sofrer de deficiência de micro nutrientes, sendo as mais comuns as de ferro (Anemia), vitamina A e iodo (Ismael, 2013).

O combate à desnutrição depende muito da atenção à saúde da criança, que envolve desde acesso ao saneamento básico até orientação adequada das famílias e atendimento hospitalar.

A falta de acesso seguro à água, junto com saneamento inadequado e precária higiene no manuseio dos alimentos no domicílio, tem implicações significativas na propagação de doenças infecciosas e, conseqüentemente, na desnutrição (Dangour, 2011).

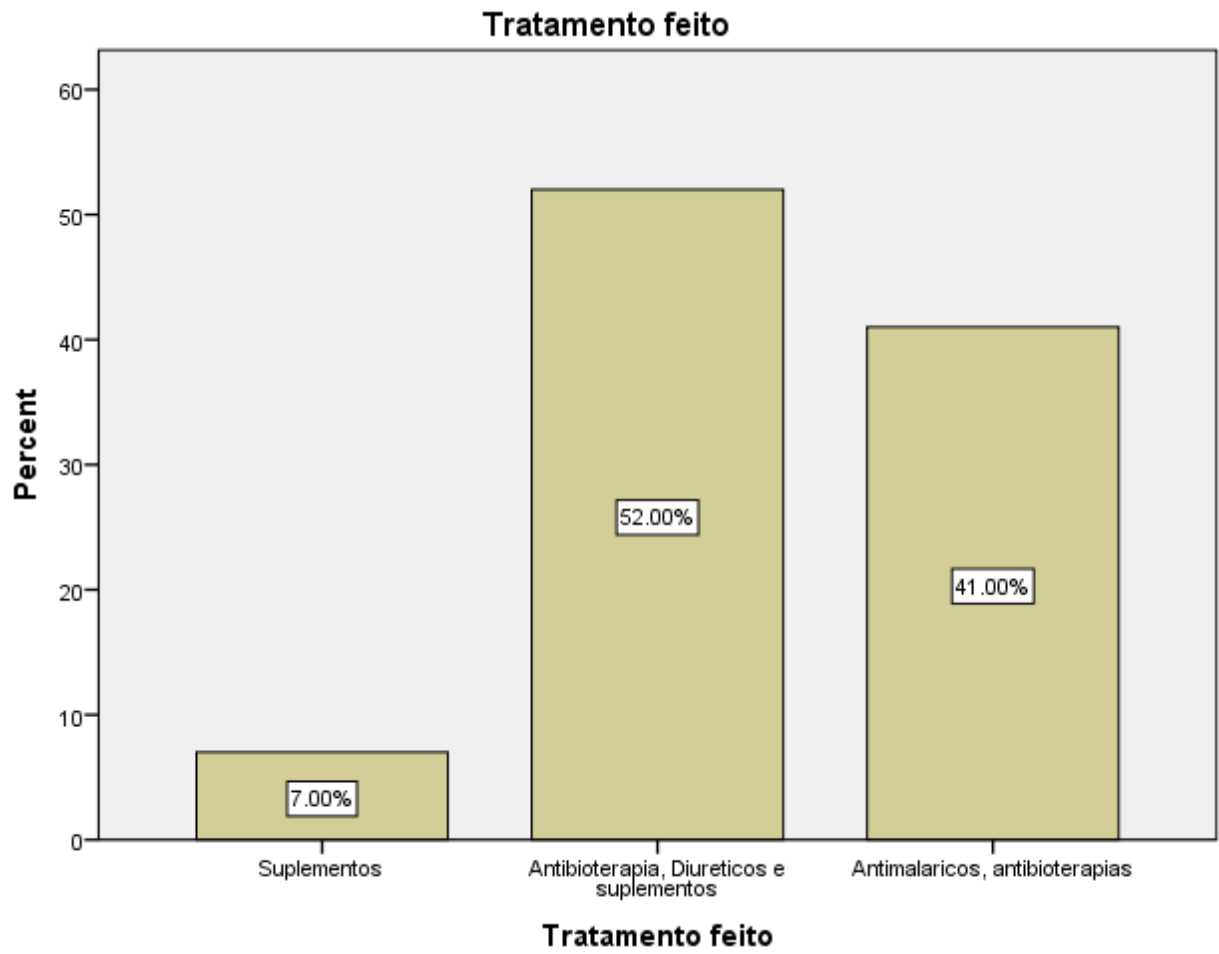
Hipoglicemia (glicemia < 54 mg/dl), tratar imediatamente e verificar a temperatura corporal, criança consciente e com capacidade de deglutir preferir correção por via oral com glicose ou sacarose a 10% 50 ml.

Se a criança estiver letárgica, inconsciente e ou convulsões, realizar a correção intravenosa com 5ml/kg (500mg/kg) de solução de glicose a 10%. Manter com alimentação regular a cada 2 horas após a infusão de glicose; se glicose menor que 54 mg/dl, fornecer 50ml em bolos de solução de glicose a 10% e continuar alimentação a cada 30 minutos até estabilizar.

Há que manter sempre as normas básicas de precauções: Deve-se lavar bem as mãos: Após limpar uma criança que acaba de evacuar; após a evacuação; Antes de preparar a comida; Antes de comer; Antes de alimentar a criança.

Mas também, O profissional de saúde deve necessariamente envolver a comunidade não apenas como alvo de informações, mas repartindo com ela a responsabilidade de buscar alternativas para um eficaz trabalho preventivo. Para isso deverá: Conhecer as práticas da população; valorizar as práticas adequadas; modificar as práticas inapropriadas. Deve-se aproveitar todas as oportunidades de contato com a mãe para discutir diversos aspectos inerentes ao estado de saúde da criança.

**Gráfico6. Descrição do Tratamento feito na Enfermaria**



Fonte: Autora, 2021.

## **CAPÍTULO V**

### **5. Conclusão**

O estudo identifica ainda a importância de políticas públicas no combate e prevenção das principais variáveis que levam a prematuridade, espera-se que este possa auxiliar as políticas públicas no sentido de fazer com que as estratégias nacionais de saúde materno-infantil possam ser cada dia mais efectivas e conseqüentemente diminuam a mortalidade.

Este estudo confirma a importância do Sistema Centros de Saúde no acompanhamento pré-natal de gestantes de qualidade, focadas para o rastreio das Comorbidades gestacionais, especialmente daquelas em condições de vulnerabilidade socioeconômica.

As possíveis limitações deste estudo podem estar relacionadas à coleta de dados por meio de entrevistas maternas e ausência de uma análise de dados nos registros hospitalares.

#### **5.1.Limitações do estudo**

- ❖ A falta de informação completa em diversas variáveis estudadas;
- ❖ Falta de complementação com auxílio dos profissionais de saúde.

#### **5.2.Recomendações**

- ❖ Estudos devem ser feitos com vista a determinar a real prevalência na vila de Memba;
- ❖ Realizar estudos para averiguar conhecimentos, atitudes e práticas da população em relação a patologias, e em relação a Saúde Pública;
- ❖ Realização de programas de saúde com vista a educar a população em relação a patologia;
- ❖ Padronizar um protocolo de intervenção específico para a equipe de pediatria;
- ❖ Criar condições para reforçar os meios auxiliares de diagnóstico com vista a obter um rápido diagnóstico e conseqüentemente um rápido plano de acção.
- ❖ Há necessidade de incorporar os estudantes em programas de saúde comunitária.

## 6. Referência Bibliográfica

Barret-Connore(1967) –*The Etiology of pellagra and its significance for modern medicine*. Am J Med.

Freedberg IM, Eisen AZ, Wolf K, et al., (1999). *Dermatology in General Medicine*. New York: McGraw-Hill.

Hendryx WM (1991). *Pellagraandpellagralike dermatoses. Etiology, differential diagnosis, dermatopathology and treatment*. SeminKermatol.

Ismael C. (2013), *Conceitos de Nutrição: Definições, causas e consequências*, ANSA.

Krehl WA (1981)–*Discovery of the effect of tryptofan on niacin deficiency* Fed Proc.

Lakatos e Marconi (2002), *Técnicas de Pesquisa*; editora atlas, 5ª Edição, São Paulo.

Lakatos e Marconi (2003),*Fundamentos de Metodologia Científica*. Editora Atlas, 5ª edição. São Paulo

Manzella, F(2008); *Pellagra: A biocultural perspective*. P 1-12, march.

Malouf, R. e Grimley; E.J. (2003); *The effect of vitamin B6 on cognition*. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; Oxford, v. 4.

MISAU (2011), *Manual de Reabilitação Nutricional*, VOL. I: 0 AOS 14 ANOS, 2ª EDIÇÃO, Atualizado em 2018.

MISAU (2011), *Manual de Reabilitação Nutricional*, VOL. II: Adolescentes e Adultos > Ou = 15 Anos.

Nogueira, A.,et al, (2009). *Pellagra associated with esophageal carcinoma and alcoholism*. *Dermatology Online J*, Califórnia, v. 15, n. 5.

Odom RB, et al. (2000)' *Disease of the Skin*. 9.ed. Philadelphia: WB Saunders Company.

Oliveira JR. et al (2008).*Pelagra*. *Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, São Paulo, v. 6, n. 4.

Resende, J. C. P. et al. (2006). *Pelagra endógena e ataxia cerebelar sem aminoacidúria*. *Doença de Hartnup? Anais Brasileiros de Dermatologia*. Rio de Janeiro, v. 81, n. 5.

Russel; R.M.(1993); *Doenças nutricionais parte 15. In: Tratado de Medicina Interna*, 19. ed. Guanabara Koogan: RJ.

Silveira, José Procópio da, (2010). *10 passos para se elaborar um projecto de pesquisa de campo*, Olind PE: livro rápido.

Sebrel Jr. WH (1981)– *Hystory of pellagra*. Fed Proc.

Smeenck G. Hulsmans Ham (1969).*Dermatological and biochemical anomalies in two patients with pellagroid syndromes. Dermatologica*.

Schumtz JL.et al (1987).*Les èrythemespellagroidsmedicamentaux. Une observation d'erythemepellagroidesen- condaire à isoniazida*. Ann DermatolVenereol.

World Health Organization (WHO), (2000). *Pellagra and its prevention and control in major emergencies*.

Zaki, I. e Millard, L. (1995), *Pellagra Complicating Chron's Disease*. Department of Dermatology, University Hospital, Queens Medical Centre.

## **7. Anexos**



**Figure 1. Autora durante a colecta de dados**



**Figure 2. Autora durante a colecta de dados**