

# AIDI

ATENÇÃO INTEGRADA AS DOENÇAS DA INFÂNCIA



Organização Mundial da Saúde



Fundo das Nações Unidas para a Infância



Ministério da Saúde  
Departamento da Saúde da Comunidade

# ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS DA INFÂNCIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA

DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

JANEIRO - 2003

Moçambique. Ministério da Saúde *Secção de Saúde Infantil*  
~~Atenção integrada às doenças da infância.~~ -- Maputo:  
Departamento de Saúde da Comunidade, 2003  
154p.; ilus.

TRADUTORES:

**Oliveira, Amâncio Joaquim Pinto**

Secção 1

e

**Jessen, Neusa Perina de Jesus**

Secções 2 e 3

REVISÃO E ADAPTAÇÃO:

**Dr<sup>a</sup>. Benedita da Silva**

Médica Pediatra

*MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secção de Saúde Infantil  
Hospital Central de Maputo*

*Ronata Schumacher (C.I. / Maputo, Moç.)*

**ARRANJOS GRÁFICOS E MAQUETIZAÇÃO:**

Amâncio J.P. Oliveira

**Titulo do original em espanhol**

**Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia**

© Copyright: Abril de 2001

Ministerio de Salud Perú

Avda. Salaverry Cdra. 7 s/n. Jesús María, Lima, Perú

# ÍNDICE

<b>A. Aspectos Gerais sobre este Manual</b>	09
Introdução	09
Objetivos	10
Como usar este Módulo	10
<b>Secção 1</b>	
<b>B. Atenção à criança de 2 meses a 5 anos de idade</b>	15
B1. Verifica se há sinais gerais de perigo	15
B2. Avalia, classifica e trata a tosse ou dificuldade em respirar	18
Doença muito grave ou pneumonia grave	24
Pneumonia	26
Sem pneumonia: tosse ou constipação	29
Trata os sibilos	30
SOB ou Asma de grau leve ou moderado	32
SOB ou Asma de grau severo	34
B3. Avalia, classifica e trata a diarreia	35
Desidratação grave	40
Desidratação	41
Sem desidratação	44
Diarreia persistente grave	49
Diarreia persistente	49
Disenteria	50
B4. Avalia, classifica e trata a Febre	53
Doença febril muito grave	60
Malária ou provável malária	63
Febre por malária provável	65
Doença febril muito grave	66
Doença Febril	67
Provável sarampo	68
Outra doença febril eruptiva	69
B5. Avalia, classifica o problemas de ouvido	70
Mastoidite	73
Otite Média Aguda	73
Otite Média Crónica	74
Não tem problemas de Ouvido	75
B6. Avalia, classifica e trata o problema da garganta	76
Faringoamigdalite aguda supurada	77
Faringite viral	78
Não tem faringite	78
B7. Verifica se tem desnutrição e anemia	79
Malnutrição severa (Marasmo ou Kwashiorkor) ou Anemia Grave	86
Malnutrição Moderada ou Anemia	86
Malnutrição leve ou Risco nutricional	89
Não tem malnutrição nem risco nutricional nem anemia	91

## Secção 2

<b>C. Atenção à criança menor de 2 anos de idade</b>	95
C1. Verifica a doença muito grave e a infecção bacteriana local	95
Doença muito grave	99
Infecção bacteriana local	101
C2. Avalia, classifica e trata a diarreia	104
C3. Verifica se há um problema de alimentação ou desnutrição	107
Não consegue alimentar-se - Doença Muito Grave	114
Problema de alimentação ou desnutrição	114
Não há problema de alimentação	116

## Secção 3

<b>D. Pautas gerais para atenção à criança menor de 5 anos de idade</b>	119
D1. Verifica os antecedentes de vacinação	119
D2. Avalia a alimentação	122
Recomendações para as crianças até 6 meses	123
Recomendações para Alimentação da Criança	124
Alimentação complementar	126
Alimentos Balanceados	128
Recomendações para alimentação de crianças de 12 meses até 2 anos	128
Recomendações para alimentação de crianças de 2 anos ou mais	129
D3. Detecta e avalia o maltrato infantil	131
D4. Avalia outros problemas	132
D5. Aconselha quando voltar	133
D6. Aconselha a mãe sobre a sua própria saúde	136
<b>E. Anexos</b>	137
E1. Fluxograma de atenção à criança	137
E2. Como transferir uma criança	139
E3. Como administrar oxigénio à criança	141
E4. Como administrar líquidos endovenoso para manutenção	144
E5. Esquemas de tratamento antimaláricos para a criança	146
E6. Tabela de controle do ganho de peso	150

## Aspectos Gerais sobre este Manual

## A Aspectos Gerais sobre este Manual de Curso

### Introdução

Ao pôr em prática a Atenção Integrada vai permitir nos que quando uma mãe leva a sua criança doente a Unidade Sanitária aproveitemos para avaliar, não só o problema actual, mas também procurar outros sinais de doença, já que a criança pode ter pneumonia, diarreia, malária ou desnutrição.

A OMS e a UNICEF, baseando nos resultados técnicos actualizados, estão proporcionando uma descrição sobre a forma de atender as crianças doentes mediante uma série de normas estandardizadas combinadas, em vez de proporcionar normas específicas para cada doença.

Sabemos que o pessoal de saúde tem experiência no tratamento das doenças comuns da infância, mas com frequência são capacitados com as normas específicas de cada uma delas, pelo que podem ter dificuldade ao combiná-las quando tratam uma criança que sofre vários problemas de saúde ao mesmo tempo.

Muitas vezes o não dispor do tempo ou medicamentos tornam muito mais difícil o diagnóstico e tratamento. Além disso é importante reconhecer que há relações entre as doenças, por exemplo, episódios repetidos diarreia podem ocasionar desnutrição.

O pessoal da saúde deve seguir o manejo estandardizado de casos que mostram neste Manual para avaliar rapidamente todos os sintomas da criança, sem excluir algum. Dessa maneira poderá decidir se a criança está gravemente doente e se necessita ser transferida a Unidade Sanitária de nível superior. Se a doença não é grave, seguirá as normas de tratamento e dará os conselhos à mãe ou outra pessoa que cuide bem da criança.

Inclusive verá, como as normas relativas a doenças específicas encaixam no procedimento integrado e efectivo para atenção da criança doente.

As normas de manejo de casos incluem as normas actuais de programas do Ministério da Saúde, como as usadas para combater a diarreia, infecções respiratórias agudas, malária e as referentes às vacinações, crescimento e desenvolvimento e outros. Estas normas abarcam a maioria das razões principais pelas quais se tem que a levar a criança doente a um Centro de Saúde. A criança que vai a consulta devido a problemas crónicos ou doenças menos comuns,

possivelmente necessita de atenção especial que não se incluem neste manual, como o manejo de casos de trauma ou outras emergências graves devidas a acidentes ou lesões; então corresponderá avaliar como «outro problema» e encaminha-las para a instância respectiva. Se a criança não responde às normas de tratamento que se indicam ou melhor chega a um estado grave de desnutrição, deve-se transferir para o hospital para o tratamento especializado. As crianças com SIDA devem ser transferidas para o hospital.

O manejo de casos pode ser efectivo unicamente se a família sabe quando procurar tratamento e sabe como atender adequadamente a criança doente.

## Objectivos

Ao finalizar o estudo deste curso estará em condições de:

- Identificar sinais gerais de perigo em todas as crianças que atender.
- Classificar a doença de acordo com os sinais presentes ou ausentes.
- Reconhecer as classificações que necessitam ser transferida URGENTEMENTE ao hospital.
- Verificar o estado nutricional e identificar os problemas de alimentação e oferecer ajuda a mãe.
- Verificar os antecedentes de vacinação da criança e decidir alguma vacina esse mesmo dia.
- Decidir e administrar tratamento adequado e oportuno para os problemas mais comuns da infância.
- Instruir a mãe sobre quando deve voltar imediatamente e quando deve voltar para controle da criança.

## Como usar este Módulo ?

Para iniciar o processo de avaliação, primeiro é importante determinar a idade, para ver a que grupo etário se encontra e assim, seleccionar o quadro apropriado e começar o processo de avaliação. Temos dois grupos etários:

- Crianças de 2 meses a 5 anos.
- Crianças menores de 2 meses.

Se a criança está entre 2 meses e 4 anos de idade, escolhe-se o quadro titulado avaliar, classificar e tratar a criança de 2 meses a 5 anos de idade. Por exemplo, este grupo de idade inclui uma criança que atinge 5 anos e 11 meses, mas não uma criança que tenha 5 anos. Uma criança que tenha 2 meses encaixa-se dentro do grupo de 2 meses a 5 anos de idade, mas não no grupo menor de 2 meses de idade.

Se a criança tem 2 meses, considera-se menor de 2 meses, portanto deverá usar o quadro titulado avaliar, classificar e tratar a criança de menor de 2 meses de idade. Em cada grupo apresenta-se o **Caderno de Mapas** que mostra uma sequência de passos a seguir na atenção à criança, o qual foi desenhado para ajudar o pessoal de saúde na atenção eficiente e correcta das crianças. Estes passos são provavelmente similares aos que cumprem quando atendem as crianças doentes.

Os sinais de doença e sua classificação enumeram-se no Caderno de Mapas AVALIAR e CLASSIFICAR. O passo que denomina-se «avaliar a criança» implica a preparação de uma história clínica da mesma, mediante um interrogatório e um exame físico. «Classificar a doença» significa determinar a gravidade da doença, devendo seleccionar para ela uma categoria ou «classificação». A seguir, poderá determinar o tratamento. Na sua maior parte. Os quadros têm três filas. Cada fila tem cor vermelha, amarela ou verde e mostra de imediato o tratamento apropriado. Estes sistemas de cores é o mesmo utilizado nos quadros de tratamento de casos de doença diarreicas e infecções respiratórias agudas.

Segundo a combinação de sinais e sintomas da criança, esta classifica-se nas filas vermelhas, amarela ou verde; mas só uma vez em cada quadro.

Use sempre um quadro para classificar, começa com a primeira fila. Se apresenta sinais de mais de uma fila, escolha sempre os mais graves.

Ao usar este Manual, vai dar conta que os quadros recomendam o tratamento apropriado para cada classificação. Basta que procure a classificação no quadro para poder «decidir o tratamento». Por exemplo uma criança que tenha uma DOENÇA FEBRIL GRAVE, pode padecer de meningite, malária grave ou septicemia. Os tratamentos que indicam estes casos são

➤ **Uma classificação na fila de cor vermelha significa atenção urgente e transferência ao hospital.**

➤ **Uma classificação na fila de cor amarela significa que a criança necessita de um antibiótico apropriado, um antimalárico de administração oral ou outro tratamento. Inclui ensinar à mãe como dar medicamento por via oral ou tratar infecções localizadas da sua criança e quando deverá voltar.**

➤ **Uma classificação na fila de cor verde significa que a criança não necessita de tratamento determinado, como antibióticos. Explica-se a mãe como dar atenção à criança em casa. Por exemplo, recomendar-lhe sobre a maneira de alimentar a criança doente e dar-lhe líquidos para a diarreia.**

apropriados porque têm sido escolhidos para cobrir as doenças mais importantes em directa classificação.

Quando uma criança tem mais de uma classificação, deve olhar para o Caderno de Mapas **Avaliar e Classificar** para ver o tratamento que figura nesta lista. Para algumas crianças, é necessário «**Transferir Urgentemente para o hospital**». Hospital, refere-se a uma Unidade Sanitária de maior complexidade para uma maior atenção, sem excluir algumas Unidades Sanitárias que podem ter as facilidades para internar as crianças doentes. Em alguns casos é preferível dar-se maior atenção possível em vez de transferi-la, se a transferência é muito lenta e não há pessoal capacitado para cuidar durante a transferência.

Se decidir transferir de urgência, deve ver que tratamento administrar antes de transferir. Muitos casos graves necessitam da primeira dose de antibióticos por via oral ou intramuscular. Se necessita de tratamento para prevenir hipoglicémia e sabe colocar sonda nasogástrica, administra água com açúcar, leite materno ou outro leite pela sonda antes de transferir. Não avalie aleitamento materno nem deve dar algum tratamento que poderá demorar sem necessidade.

Se é impossível transferir a um hospital, ou se os pais recusam levar a criança, deverá ajudar a família atendendo ou sugerindo que fiquem na Unidade Sanitária ou perto para que se possa avaliar a criança várias vezes.

Em caso de não haver necessidade de transferir, deve seleccionar o medicamento apropriado, a dose correcta e o plano de tratamento. Em muitas Unidades Sanitárias, há vários tipos de antibióticos disponíveis, usa de preferência os de primeira linha de tratamento.

Algumas crianças têm mais de uma doença que há que tratar com antibióticos. Neste casos:

- Pode administrar um antibiótico único para tratar as doenças. Por exemplo a Pneumonia e a Infecção do Ouvido requerem tratamento com um antibiótico que pode ser o mesmo para ambos problemas. Recorda, NAO duplique as doses nem administre o antibiótico por mais tempo.
- Também pode administrar mais de um antibiótico para tratar as doenças. Por exemplo, Cotrimoxazol que usa-se para tratar a Pneumonia é eficaz contra a Faringoamigdalites Aguda Supurativa. Nesta situação, deve decidir dos dois antibióticos ou alternativa que cubra adequadamente ambas as condições, como a Amoxicilina.

O plano de tratamento diz **quantos dias e quantas vezes ao dia** deve administrar o antibiótico. Em caso de Pneumonia e Otite Média Aguda dá-se por 10 dias, na Disenteria por 5 dias e em caso de Cólera por 3 dias. Também é importante que aprenda a calcular a dose correcta do antibiótico:

- Olha para a coluna que contém a lista da concentração dos comprimidos ou dos injectáveis disponíveis no Centro de Saúde.
- Escolha na fila do peso ou idade, a que corresponde a criança. O peso é melhor que a idade para escolher a dose correcta, a qual encontra-se na intersecção da coluna com a fila.

Deve verificar o estado nutricional, os antecedentes de vacinação e avaliar outros problemas. Uma vez revisto o Caderno de Mapas, passaremos ao desenvolvimento deste, começando com as crianças dos 2 meses a 5 anos e a seguir com as crianças menores.

Se não for necessário transferir, deve seleccionar o medicamento apropriado, a dose correcta e o plano de tratamento. Em muitas Unidades Sanitárias, há vários tipos de antibióticos disponíveis, de preferência use o de primeira linha.

## Secção 1

# Atenção à criança de 2 meses a 5 anos de idade

---

## B Atenção à criança de 2 meses a 5 anos de idade

No caderno de mapas **avaliar e classificar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade**, descreve-se como avaliar e classificar a criança doente de modo a não passar por alto os sinais de doença. De acordo com este quadro, fará perguntas à mãe sobre os problemas da criança e verificará se apresenta sinais gerais de perigo. Depois perguntará sobre os cinco sintomas principais: **tosse ou dificuldade em respirar, diarreia, febre, problemas de ouvido e dor de garganta**. Verificar ainda se a criança tem desnutrição e anemia, o **estado de imunização** e avaliar outros problemas que podem ser mencionados pela mãe. se tem um ou mais sinais de perigo, podemos estar perante uma doença grave. Este quadro também pode aplicar-se para a criança sã que vem para vacinar ou controlo, para a criança com uma lesão ou queimadura. Na maior parte das Unidades Sanitárias, quando chegam os doentes, o pessoal técnico de saúde determina qual é o motivo da consulta da criança, encarrega-se de pesar, medir a temperatura e a seguir anotar os dados na história clínica. Posteriormente o profissional de saúde deve ver a criança de acordo com os seguintes passos:

- Verificar se a criança foi pesada, se não, deverá pesá-la ou pedir que se faça. Averiguar e anotar tudo o que a mãe diz sobre o problema da criança, para tal é importante iniciar a conversa com a mãe, estabelecer uma boa comunicação, dar-lhe segurança que seu filho receberá a devida atenção.
- Determinar se trata-se da primeira consulta ou se já veio antes pela mesma doença. Neste caso, trata-se de uma consulta **de controle, cujo propósito é diferente ao da primeira consulta**.

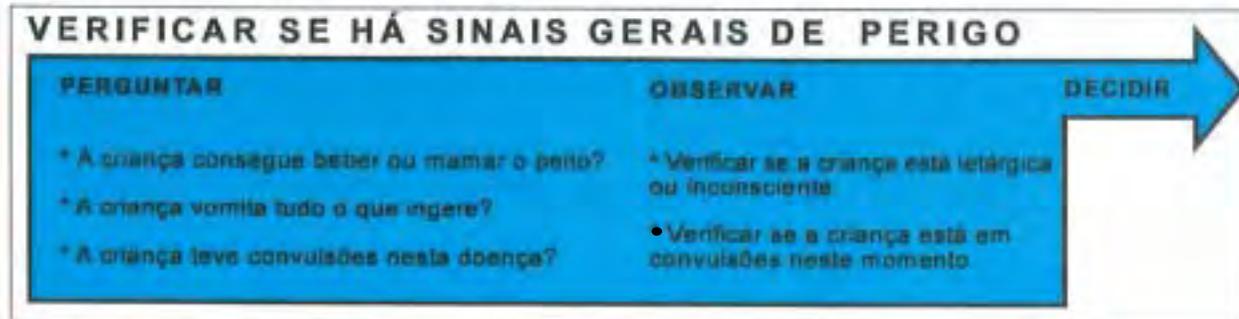
### B<sub>1</sub> Verifica se há sinais gerais de perigo

**Sempre**, que atender crianças, deve verificar se há sinais de perigo em geral

- *A criança não pode beber ou mamar o peito*
- *Vomita tudo o que ingere*
- *Tem convulsões agora*
- *Letárgico ou inconsciente*

Uma criança que apresenta um sinal geral de perigo tem um problema grave e necessita de ser transferida URGENTEMENTE ao hospital. Necessita de receber tratamento para salvar-lhe a vida com antibióticos injectáveis, oxigénio ou outros tratamentos que talvez não estão disponíveis na Unidade Sanitária. Completa o resto da avaliação imediatamente, a seguir administra o tratamento adequado, antes de internar ou transferir.

Para que verifique se há sinais gerais de perigo, observa o quadro seguinte que é da coluna «Avaliar».



A seguir pergunte de acordo com o quadro anterior o seguinte:

→ **Não pode beber ou mamar o peito?**

Uma criança tem este sinal, se está demasiado debilitada para beber e não consegue chupar ou engolir quando se oferece o peito ou sumo. Quando pergunta à mãe se a criança não pode beber, certifica-se de que compreendeu a pergunta. Se ela diz que a criança não é capaz de beber nem de mamar, pede-lhe que lhe descreva o que acontece quando ela dá-lhe algo para beber. Por exemplo, a criança pode levar líquido à boca e engolir? Se não está seguro da resposta da mãe, peça-lhe que dê à criança água ou o peito. **Observa se a criança bebe a água ou o leite.** Algumas vezes apresenta dificuldade para chupar quando tem o nariz tapado; se ao limpar o nariz a criança pode beber ou mamar bem, então não tem sinais de perigo.

→ **Vomita tudo o que ingere?**

A criança que «vomita tudo o que ingere», não poderá reter os alimentos, líquidos nem medicamentos de administração oral. Pergunta à mãe com que frequência vomita, se é cada vez que come alimentos líquidos. Se não está seguro da resposta da mãe, **peça-lhe que dê algo à criança. Verifique se a criança vomita.**

→ **A criança tem tido convulsões?**

Pergunta a mãe, com palavras que compreenda, se a criança teve **convulsões durante a doença actual.** É possível que para ela as convulsões sejam «ataques» ou «espasmos».

→ **A seguir observa se a criança está letárgica ou inconsciente**

Uma criança letárgica fica indiferente, apática ou adormecida, não responde a estímulos sensoriais e parece não dar conta do que a rodeia. A criança em coma não responde a estímulos dolorosos, nem verbais ou sonoros. Não pode ser despertada. Pergunta à mãe se a criança parece raramente sonolenta ou se não pode despertar. **Observa se a criança desperta quando a mãe fala com ela, agita-lhe ou quando aplaude.**

Se a criança apresenta um ou mais sinais de perigo, completa o resto da avaliação imediatamente. Administra tratamento sem demora ou transfere URGENTEMENTE ao hospital.

**RECORDA:**

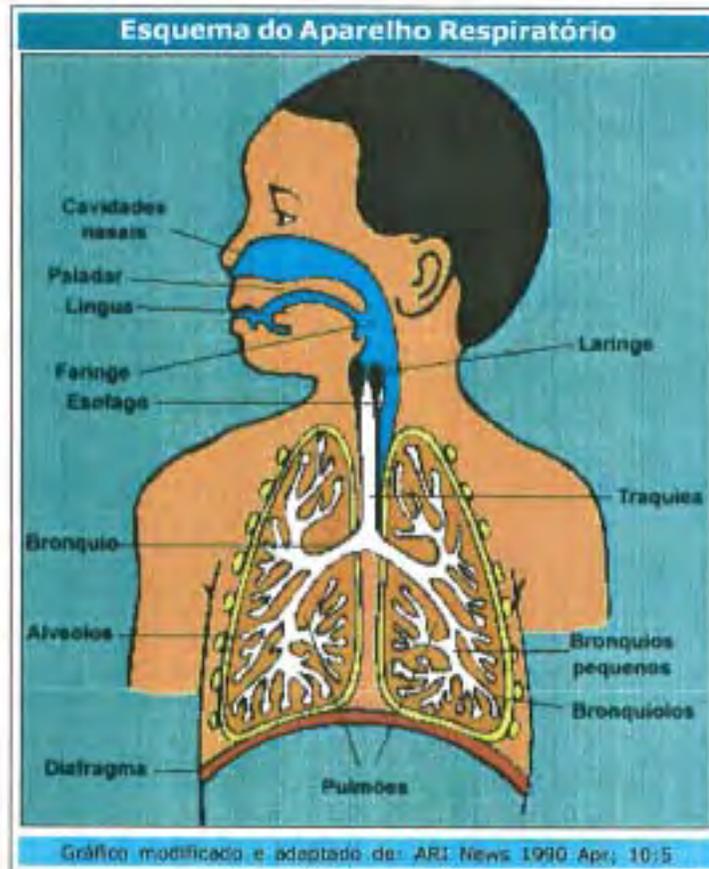
Se a criança está a dormir e tem tosse ou dificuldade em respirar, conta primeiro a frequência respiratória antes de acordá-la.

Até aqui já é possível definir se a criança apresenta um sinal geral de perigo. Siga o quadro seguinte:

SINAIS	COMO CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgico ou inconsciente <b>ou</b></li> <li>• Não pode beber ou mamar o peito <b>ou</b></li> <li>• Vomita tudo o que ingere, <b>ou</b></li> <li>• Convulsões agora.</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>SINAIS GERAIS DE PERIGO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Completar a avaliação da criança</li> <li>• Administrar tratamento indicado</li> <li>• Tratar convulsões se tiver com DIAZEPAM via rectal</li> <li>• Transferir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital</li> </ul>

## B<sub>2</sub> Avalia, classifica e trata a tosse ou dificuldade em respirar

Sempre que observa uma criança, pergunta se tem tosse ou dificuldade em respirar já que são numerosas as crianças que vêm a Unidade Sanitária com infecções respiratórias agudas. Estas infecções podem estar em qualquer parte do sistema respiratório, como o nariz, orofaringe, laringe, traqueia, brônquios ou pulmão.



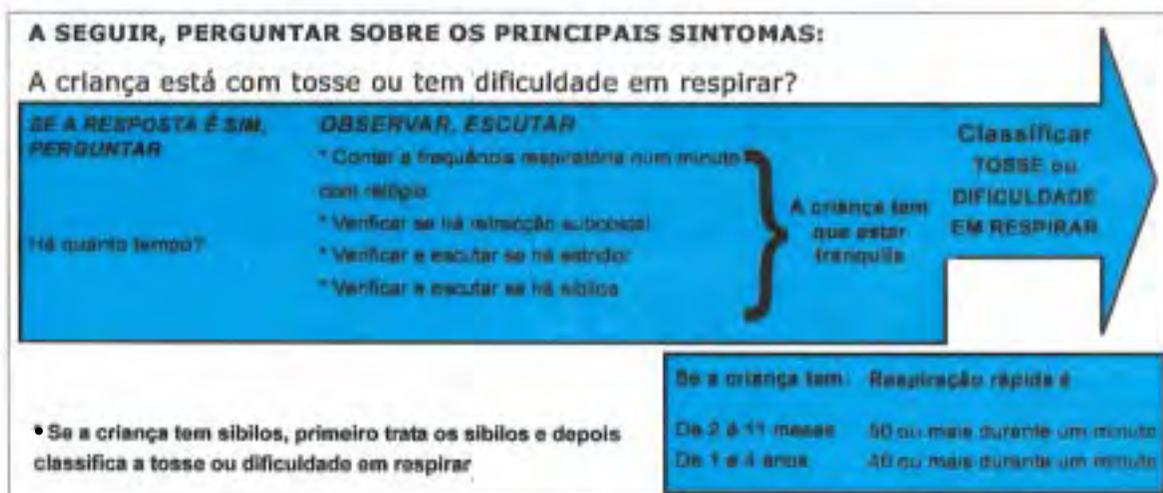
Uma criança com tosse ou dificuldade em respirar pode ter pneumonia, uma infecção respiratória aguda produzida por bactérias ou vírus. Nos países em desenvolvimento, a Pneumonia deve-se a bactérias mais do que os vírus, sendo as mais comuns *Streptococcus pneumoniae* e *Hemophilus influenzae*, que geralmente estão associadas a alta letalidade.

A maior parte das crianças com tosse tem uma infecção leve. Por exemplo, uma criança com constipação tem tosse devido às secreções nasais. Ou talvez tenha uma infecção viral dos brônquios chamada bronquite. Estas crianças não estão seriamente doentes. Não necessitam tratamento com antibióticos. Podem ser tratadas em casa.

As poucas crianças muito doentes com tosse ou dificuldade em respirar que necessitam tratamento com antibióticos, serão identificadas se verificar os seguintes sinais clínicos: **respiração rápida e retracção subcostal.**

## Avaliação da tosse ou dificuldade em respirar

Como avaliamos uma criança com tosse ou dificuldade em respirar? Quando a criança apresenta tosse ou dificuldade em respirar deve seguir os passos do quadro «Avaliar» seguinte:



Após observar o quadro, faça as seguintes perguntas:

### → A criança está com tosse ou dificuldade em respirar?

A «dificuldade em respirar» é qualquer padrão anormal de respiração na criança. As mães descrevem de várias maneiras. Talvez digam que a respiração da criança é «rápida» ou «ruidosa» ou «entrecortada». Se a mãe diz que NÃO, observa a criança e se não tem tosse nem dificuldade em respirar, pergunta o sintoma seguinte. Se a mãe diz que SIM, faça a seguinte pergunta:

### → Há quanto tempo?

Uma criança que tem tido tosse ou dificuldade em respirar por mais de 14 dias tem tosse crónica. Pode tratar-se de um sinal de asma, tosse convulsa, tuberculose ou outro problema.

### Conta a frequência respiratória durante um minuto

Deve contar quantas vezes a criança respira num minuto para saber se tem respiração rápida. Explica e pede à mãe que mantenha tranquila enquanto conta as respirações. Se a criança está dormindo, não o desperte. Se está assustada, a chorar ou irritável, não pode obter uma contagem precisa das respirações.

Para contar o número de respirações em um minuto:



**1. Usa um relógio com segundos ou um relógio digital**

- a. Peça ao colega que olhe o relógio enquanto conta o número de respirações e que lhe avise quando tiver passado **60 segundos**.
- b. Se não tem um colega perto, coloque o relógio onde possa ver os segundos. Olha para o relógio enquanto conta as respirações da criança em um minuto.

**2. Observe os movimentos respiratórios em qualquer parte do peito ou do abdômen.**

Geralmente se pode ver os movimentos respiratórios mesmo com a criança vestida, ao contrário, peça a mãe que levante a camisa da criança.

Se não está seguro do número de respirações que contou (por exemplo, se a criança estava a mover-se e era difícil observar o peito, ou se a criança estava irrequieta ou a chorar), repita a contagem. O limite para a respiração rápida depende da idade da criança. Observa o seguinte quadro:

Se a criança tem:	A criança tem respiração rápida se contar:
<b>2 a 11 meses:</b>	<b>50</b> respirações por minuto ou mais.
<b>1 a 4 anos:</b>	<b>40</b> respirações por minuto ou mais.

**Nota:** A criança que tem exactamente 12 meses de idade, tem respiração rápida se conta 40 respirações por minuto ou mais.

Se a criança tem febre, é melhor (e recomendado) baixar a temperatura e voltar a contar a frequência respiratória, pois a febre aumenta a frequência respiratória sem que necessariamente exista pneumonia.

### Observa se tem retracção subcostal

A retracção subcostal ocorre quando a criança necessita fazer um esforço muito maior do que o normal para respirar movendo a parede torácica para dentro. Na respiração normal, durante a inspiração, toda a parede torácica (superior e inferior) e o abdómen se movem para FORA.

Por isso, é muito importante que tire a roupa da criança e observe se há retracção subcostal, a qual deve ser claramente visível e estar presente todo o tempo. Se só pode ver quando a criança está a chorar ou a comer, então não tem retracção subcostal.

Se **só** os tecidos moles das costelas se movem para dentro quando a criança respira, denomina-se retracção intercostal e **não** é considerada retracção subcostal.



**Retracções numa criança desnutrida (marasmo) com convulsões: note as retracções durante uma crise de tosse**



Fotografia modificada e adaptada de: ARI News 1993 Apr; 16:5

**Retracções subcostais numa criança com pneumonia grave**



Fotografia Reproduzida de ARI News 1985 Dec; 3:4

## Observa e escuta se tem estridor

O estridor é um som áspero quando a criança **INSPIRA**, produzido pela inflamação da laringe, a traqueia ou a epiglote que impede a entrada do ar aos pulmões.

Uma criança que não está muito doente pode ter estridor só quando chora ou está irritada, mas se ela apresenta quando está calmo, estamos perante uma **DOENÇA MUITO GRAVE**.

## Observa e escuta se tem sibilos

O sibilo é um som suave musical, causado por um estreitamento da passagem do ar nos brônquios durante a expiração. Para escutar coloca o ouvido perto da boca da criança, pois no nariz pode ser difícil ouvir.

Se a criança está com sibilos audíveis, sem estetoscópio, pergunta à mãe se teve um episódio anterior de sibilos dentro do último ano. Se teve, estamos perante a « Sibilos recorrentes». Trata primeiro os sibilos antes de classificar a tosse ou dificuldade em respirar (ver **Tratamento dos Sibilos** mais adiante).

## Classifica a tosse ou dificuldade em respirar

Este é o quadro para classificar a tosse ou a dificuldade em respirar, **na ausência de sibilos**.

SINAIS	CLASSIFICAR	TRATAR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualquer sinal geral de perigo</li> <li>• Retracção subcostal ou</li> <li>• Estridor em repouso</li> </ul>	<p><b>PNEUMONIA GRAVE OU</b></p> <p><b>DOENÇA MUITO GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar a primeira dose de um antibiótico apropriado</li> <li>→ Tratar com Diazepam se estiver com convulsões</li> <li>→ Transferir <b>URGENTEMENTE</b> para o hospital</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiração rápida</li> </ul>	<p><b>PNEUMONIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar um antibiótico apropriado durante 5 dias</li> <li>→ Tratar os sibilos se tiver, com salbutamol</li> <li>→ Suavizar a garganta e aliviar a tosse com xarope caseiro</li> <li>→ Marcar o controle dentro de 2 dias</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nenhum sinal de pneumonia ou de doença muito grave</li> </ul>	<p><b>SEM PNEUMONIA: TOSSE OU CONSTIPAÇÃO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Se tem tosse há mais de 21 dias, transferir para avaliação.</li> <li>→ Suavizar a garganta e aliviar a tosse com xarope caseiro.</li> <li>→ Tratar os sibilos se tiver, com salbutamol.</li> <li>→ Controle dentro de 5 dias, se não melhorar.</li> </ul>

Como vê, existem quatro possíveis classificações para uma criança com tosse ou dificuldade em respirar e que não tem sibilos:

- **Doença muito grave**
- **Pneumonia grave**
- **Pneumonia**
- **Sem pneumonia: tosse ou constipação**

**Como usar o quadro de classificações:** Depois de avaliar os sintomas principais e os sinais relacionados com a doença, classifica a doença da criança como se segue:

1. Observa a primeira fila vermelha.  
Se a criança apresenta pelo menos um sinal geral de perigo ou estridor em repouso, escolhe a classificação DOENÇA MUITO GRAVE.
2. Se a criança apresenta retracção subcostal e não tem sinais gerais de período ou estridor em repouso, escolhe a classificação PNEUMONIA GRAVE.
3. Se a criança não tem nenhuma das classificações graves (DOENÇA MUITO GRAVE ou PNEUMONIA GRAVE), olhe a fileira amarela. Se a criança tem respiração rápida, escolhe a classificação da fila amarela, PNEUMONIA
4. Se a criança não tem uma classificação da fila vermelha ou amarela, observa a fila verde: SEM PNEUMONIA: TOSSE OU CONSTIPAÇÃO

### RECORDA:

Sempre que usar um quadro para classificar, começa com a primeira fila. Em cada quadro, uma criança é classificada só **uma** vez. Se a criança apresenta sinais de mais de uma fila, escolhe a classificação mais grave.

Em seguida apresentamos a descrição de cada classificação.

## Doença muito grave ou pneumonia grave

Uma criança com qualquer sinal geral de perigo, ou estridor em repouso classifica-se como DOENÇA MUITO GRAVE. Pode tratar-se de uma sépsis, meningite ou outras patologias que põem em risco de vida da criança.

uma criança com retracção subcostal classifica-se como PNEUMONIA GRAVE.

A retracção subcostal é um sinal de Pneumonia Grave ou de Infecção Aguda das vias respiratórias inferiores como bronquiolite, tosse ou um problema bronquial que se expressa como Asma. A retracção é um sinal de maior trabalho. Por isso uma criança com retracção subcostal tem maior risco de morrer por pneumonia, que uma criança que tem uma respiração rápida.

### Tratamento

Recorda que nos países em desenvolvimento as bactérias são a causa da maior parte de casos de pneumonia. Os vírus também causam pneumonia, mas não há maneira segura de verificar se a criança tem pneumonia bacteriana ou viral. Por isso, quando uma criança mostra sinais de pneumonia deve receber tratamento antibiótico.

Uma criança classificada com DOENÇA MUITO GRAVE OU PNEUMONIA GRAVE está **gravemente** doente. Necessita ser internada ou transferida urgentemente a um hospital para receber tratamento como administração de oxigénio ou antibióticos injectáveis. Antes de ser internada ou transferida, administre um ou mais dos tratamentos seguintes:

→ **Antibiótico intramuscular ou endovenoso, tendo em conta os seguintes passos:**

- \* Explicar à mãe porque se dá o medicamento.
- \* Indicar Cloranfenicol e na ausência deste, Penicilina Cristalizada.
- \* Determinar a dose de acordo com a tabela de Cloranfenicol ou Penicilina Cristalizada.
- \* Usar agulha e seringa descartáveis. Medir a dose com precisão.
- \* Dar o medicamento mediante uma injeção intramuscular ou endovenosa.

→ **Procedimentos para aplicar injeções intramusculares ou endovenosas**

Realizar os seguintes passos se está capacitado para administrar injeções intramusculares ou endovenosas. Se não, peça alguém que está capacitado para que dê a injeção. (Alguém pode ensinar-te mais tarde a dar injeções).

1. Usa agulha e seringa esterilizada para aplicar a injeção.
2. Comprova a concentração do medicamento disponível no Centro de Saúde. Leia correctamente o quadro da concentração que está usando.
3. O Cloranfenicol geralmente vem em forma de pó, em ampolas de 1 g. Adiciona 4.5 ml de água esterilizada para obter um volume de 5 ml com concentração de 200 mg/ml de Cloranfenicol. Agita a ampola até que a mistura fique transparente.

A Penicilina Cristalizada vem também em forma de pó, em ampolas de um milhão de UI (600 mg). Adiciona 3.6 ml de água esterilizada para obter um volume de 4.0 ml com uma concentração de 250.000 UI/ml. Administra 50.000 UI por Kg de 6 em 6 horas. se não sabe o peso da criança, para calcular a dose deve observar a fila da tabela que contém o peso que mais se aproxima.

PESO OU IDADE	CLORANFENICOL Para um frasco de 1 g de Cloranfenicol adicione 5 ml de água esterilizada ou destilada	PENICILINA CRISTALIZADA Para um frasco de 600 mg (1.000.000 unidades) OU	
	Dose: 30 mg por Kg de 8 em 8 horas 180 mg/ml	Acrescentar 2.1 ml de água destilada 2.5 ml a 400.000 UI/ml	Acrescentar 3.6 ml de água destilada 4.0 ml a 250.000 UI/ml
2 a 4 meses (4 - <8Kg)	0.9 ml = 150 mg	0.1 ml	0.2 ml
4 a 9 meses (6 - <8Kg)	1.2 ml = 1216 mg	0.2 ml	0.4 ml
9 a 12 meses (8 - <10Kg)	1.5 ml = 270 mg	0.4 ml	0.6 ml
1 a 3 anos (10 - <14Kg)	2.0 ml = 360 mg	0.5 ml	0.8 ml
3 a 5 anos (14 - 19Kg)	2.5 ml = 450 mg	0.6 ml	1.0 ml

→ Transferir é a melhor opção para o menor de 2 meses classificado tendo uma POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE. Se não for possível transferir, dar cloranfenicol ou penicilina cristalizada de 6 em 6 horas.

### → Leite materno ou água açucarada para prevenir hipoglicémia.

A hipoglicémia apresenta-se durante as infecções graves ou quando a criança não pode comer por muitas horas. É perigoso porque pode causar danos cerebrais.

Previne-se da seguinte maneira:

- \* Se a criança pode mamar o peito, diga à mãe para que a dê de mamar.
- \* Se a criança não pode mamar o peito mas pode deglutir, dá-lhe leite materno extraído. Se isso não é possível, dá-lhe água açucarada de 30 a 50 ml.

Para preparar a água açucarada: dissolver 4 colherinhas de açúcar (20g) em um copo com 200 ml de água potável.



*Gráfico modificado de: Minna Manual AIEPI, 1997*

- \* Se a criança não pode deglutir e sabe como usar um sonda nasogástrica, dá-lhe 50 ml de leite extraído da mãe ou água açucarada através da sonda.

Este tratamento administra-se uma só vez antes de transferir a criança ao hospital.

## Pneumonia

Se apresenta tosse ou dificuldade em respirar caracterizada por respiração rápida e nenhum sinal geral de perigo, nem retracção subcostal ou estridor em repouso, é classificada como PNEUMONIA..

### Tratamento

Indica o antibiótico apropriado e ensina à mãe a dar-lhe segundo o quadro a seguir.

Idade ou Peso	COTRIMOXAZOL (trimetoprim + sulfametoxazol) Dar de 12 em 12 horas durante 5		AMOXICILINA Dar 8 em 8 horas durante 5 dias		
	COMPRIMIDO 80 mg trimetoprim + 400 mg sulfametoxazol	SUSPENSÃO 40 mg trimetoprim + 200 mg sulfametoxazol por 5ml	COMPRIMIDO 250 mg	SUSPENSÃO 250 mg por 5 ml	CAPSULAS DE AMOXICILINA 500mg
2 a 12 meses (4 - < 6Kg)	1/2	5 ml	1/2	2.5 ml	1/4
1 a 5 anos (6 - < 10Kg)	1	7.5 ml	1	5 ml	1/2

É importante ter em conta, para que o tratamento tenha êxito, que a mãe deve compreender correctamente como prepara e como dar o medicamento. Por isso ensina-lhe, segundo os passos seguintes:

- \* Proporcionar informação
- \* Demonstrar com exemplos
- \* Praticar para a mãe.

Deixar que a mãe **pratique** é a parte mais importante, pois vai recordar-se com mais facilidade se pratica, em vez de somente escutar. Observe a mãe enquanto ela pratica, poderá ver se ela entendeu e as dificuldades que ela tem.

Peça a mãe que meça ela mesma uma dose. Se a dose está em forma de comprimido e a criança não pode engolir, diga a mãe que esmague o comprimido. Observe-lhe enquanto pratica. Diga-lhe o que terá feito correctamente. Se mediu incorrectamente a dose, volte a ensinar-lhe como medir.

A seguir, sugira-lhe que dê à primeira dose à criança. Se está vomitando, deve dar-lhe o medicamento, embora vomite. Se vomita nos primeiros 30 minutos, deve dar-lhe outra dose. Se a criança está desidratada e vomitando, deve esperar que a criança se rehidrate, antes de dar-lhe a outra dose.

Explica também à mãe que todos os comprimidos ou suspensão de administração oral deve usar-se até terminar o plano de tratamento, embora a criança melhore. Recomenda-lhe quando voltar imediatamente e quando voltar para a consulta de controle.

Deve voltar **imediatamente** se a criança apresenta qualquer dos seguintes sinais:

- \* Difícil de despertar ou não pode beber nem mamar o peito
- \* Piora
- \* Tem febre

Deve voltar à **consulta de controle** 2 dias depois, a qual consiste em:

Verifique se a criança apresenta sinais gerais de perigo e reavalia para ver se tem tosse ou dificuldade em respirar segundo o quadro de procedimento AVALIAR E CLASSIFICAR. A seguir averigue os problemas adicionais que deve verificar.

Pergunta:

- A criança está respirando lentamente?
- Tem menos febre?
- A criança come melhor?

Quando está avaliar a criança, utiliza a informação para escolher o tratamento correcto.

→ Se a criança apresenta retracção subcostal ou um sinal geral de perigo (não pode beber, nem mamar, vomita tudo, tem convulsões, está letárgico ou inconsciente), está piorando. A criança necessita ser transferida de urgência a um hospital. Averigua se é que está recebendo o antibiótico na forma indicada, se assim for a doença piorou com o antibiótico actual, administra a primeira dose do outro antibiótico sugerido o cloranfenicol por via intramuscular antes de transferi-la ao hospital.

→ Se a frequência respiratória, a febre e a ingestão de comida não mudaram, administra a criança outro antibiótico sugerido para pneumonia. (Os sinais não são exactamente os mesmos que há 2 dias, mas a criança não está pior nem melhor. A criança ainda tem respiração rápida, febre e come mal). Antes de administrar outro antibiótico pergunta à mãe se a criança tomou as doses do antibiótico nos 2 dias anteriores segundo foi prescrito.

- \* Pode haver um problema pelo qual a criança não recebeu antibiótico ou recebeu uma dose demasiado baixa ou pouco frequente. Se assim for, esta criança pode tratar-se outra vez com o mesmo antibiótico. Administre uma dose na Unidade Sanitária e a seguir certifica se a mãe sabe como dar o medicamento em casa.
- \* Se a criança recebeu o antibiótico na forma correcta, mudamos para outro antibiótico para pneumonia e administra-lhe por 7 dias.

Administra a primeira dose do antibiótico no Centro de Saúde. Ensina à mãe como e quando dar e peça-lhe que traga outra vez a criança ao Centro de Saúde 2 dias depois.

- \* Se a criança com Pneumonia teve sarampo nos últimos 3 meses, se recebeu o antibiótico e não tem a disponibilidade de outro antibiótico apropriado, transfira ao hospital.
- \* Se a criança está respirando mais lentamente (tem uma frequência respiratória menor que na primeira consulta), tem menos febre ou já desapareceu e está comendo melhor, a criança está melhorando. Pode ser que tussa, mas a maioria das crianças que estão a melhorar não têm respiração rápida. Explica à mãe a importância da criança tomar o antibiótico por 7 dias.

Resumindo temos:

### Pneumonia

#### Depois de dois dias:

Examinar a criança para determinar se apresenta sinais gerais de perigo.

Avaliar a criança para determinar se tem tosse ou dificuldade em respirar.



Consultar o quadro  
Avaliar e  
Classificar

#### Preguntar:

A criança respira mais lentamente?

A febre baixou?

A criança está a comer melhor?

#### Tratamento:

**Se tem retracção subcostal ou algum sinal geral de perigo**, dar uma dose de amoxicilina ou cloranfenicol ou penicilina cristalizada por via intramuscular. Em seguida, transferir URGENTEMENTE ao hospital.

**Se a frequência respiratória, a febre e alimentação continuam na mesma**, dar amoxicilina e avisar à mãe que volte dentro de 2 dias ou transferir a criança.

**Se a respiração é mais lenta**, se a febre baixou ou come melhor, completar o tratamento de 7 dias com cotrimoxazol.

## Sem pneumonia: tosse ou constipação

Uma criança com tosse ou dificuldade em respirar que não apresenta sinais gerais de perigo, retracção subcostal, estridor em repouso nem respiração rápida, recebe a classificação de SEM PNEUMONIA: TOSSE ou CONSTIPAÇÃO.

#### Tratamento

Não necessita antibióticos, já que estes não aliviam os sintomas da criança, nem previnem que o resfriado se converta em pneumonia.



Deve ter presente que a mãe quando leva o seu filho a Unidade Sanitária é porque está preocupada pela doença da criança. Então, é importante recomendar-lhe uma boa atenção em casa. Ensina-lhe a suavizar a garganta e aliviar a tosse com um remédio inócuo como chá quente com açúcar ou outro que seja culturalmente aceitável.

Recomenda-se à mãe que se sua criança apresenta dificuldade em respirar, respiração rápida, ou colapso das costelas, difícil de despertar, não pode beber nem mamar o peito, piora e tem febre, deve voltar imediatamente.

Deve voltar ao controle em 5 dias se não melhora, porque uma criança com tosse ou constipação normalmente melhora em uma ou duas semanas. Mas uma criança com tosse crónica (uma tosse que dure mais de 14 dias) pode ter tuberculose, asma, ou outro problema. Nestes casos deve enviá-la a um hospital para uma melhor observação.

## Trata os Sibilos

### Manejo da crise de síndrome de obstrução bronquial (SOB) e asma

O síndrome de obstrução bronquial (SOB), é uma causa frequente de consulta, e reconhece-se que está aumentando no mundo inteiro, razão pela qual é necessário que se conheçam as medidas terapêuticas apropriadas para o seu manejo. O SOB inclui dentro uma série de diagnósticos como Asma brônquica, Bronquiolite, Displasia Broncopulmonar, Fibrose quística, Refluxo gastroesofágico.

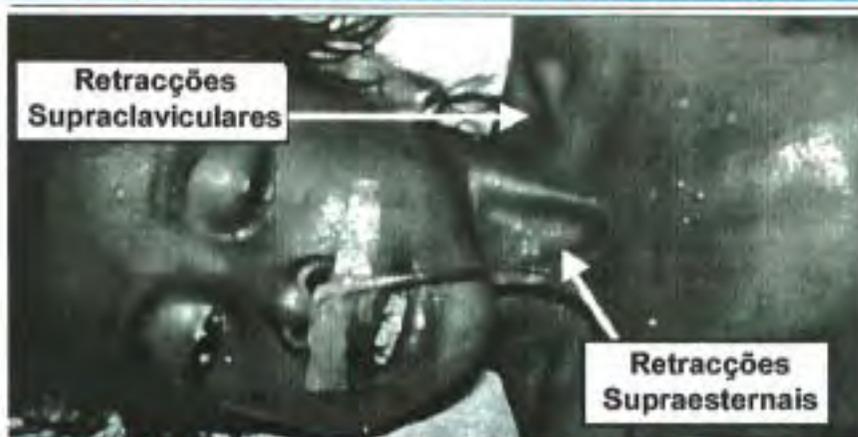
#### Pergunta:

- Tem sibilos? Há quanto tempo?
- Tem dificuldade em respirar? Tem respiração rápida? Tem retracção subcostal?
- É a primeira vez que tem sibilos, ou é recorrente?

#### Observa e escuta:

- Conta a frequência respiratória
- Avalia a presença de sibilos
- Avalia a dificuldade respiratória, o uso de musculatura acessória ou retracção subcostal
- Avalia a presença de cianose

#### Retracção supraesternal numa criança com sibilos



Fotografia modificada de: Notícias sobre IRA 1995 Mar-Jun; 30: 1

**Classifica ou diagnostica:**

- **Se menor de dois anos, diagnostica como SOB**
- **Se é maior de dois anos, diagnostica como Asma**
- **Calcula a pontuação clínica (ver a Tabela de Bierman e Pierson modificada por Tal)**

Utiliza o quadro abaixo. Observa que deve calcular os pontos para cada sinal observado (frequência respiratória, cianose, retracção, e sibilos). Os pontos de cada sinal avaliado se devem somar para ter a pontuação total. Po exemplo, uma criança de 8 meses com frequência respiratória de 36 por minuto, sem cianose, com tiragem supraesternal mais adejo nasal, e com sibilos inspiratórios e expiratórios, terá a seguinte pontuação de acordo com a tabela:

$$1 \text{ ponto} + 0 \text{ pontos} + 2 \text{ pontos} + 2 \text{ pontos} = 5 \text{ pontos}$$

O primeiro ponto é para a frequência respiratória (30-44 em maiores de 6 meses), o zero é por não ter cianose (cianose ausente), os 2 pontos são pela retracção (retracção supraesternal), e os últimos dois pontos são pelos sibilos (inspiratórios e expiratórios).

- **Classifica o grau de severidade segundo o quadro**

A criança do nosso exemplo tem 5 (1 + 0 + 2 + 2). De acordo com a classificação da tabela tem uma crise leve (2 a 5 ponto).

Trata segundo a classificação do grau de severidade:

<b>TABELA DE PONTUAÇÃO CLÍNICO (Bierman e Pierson modificada por Tal)</b>					
Pontuação	Frequência respiratória em 1 minuto		Cianose	Uso de musculatura acessoria	Sibilos
	Menor de 6 meses	Maior de 6 meses			
0	< 40	< 30	Ausente	Não	Ausentes
1	40 - 54	30 - 44	Ao choro	Um compartimento (retracção subcostal)	Inspiratórios
2	55 - 70	45 - 60	Em repouso	Dois compartimentos (retracção supraesternal)	Inspiratórios e expiratórios
3	> 70	> 60	Generalizada	Mais de dois compartimentos (adejo nasal)	Ausência de murmúrio vesicular

Obtenha a pontuação total somando os pontos de cada parâmetro, então:

- **As crises com pontuação de 2 a 5 são leves,**
- **As crises com pontuação de 6 a 9 são moderadas,**
- **As crises com pontuação de 10 ou mais são severas.**

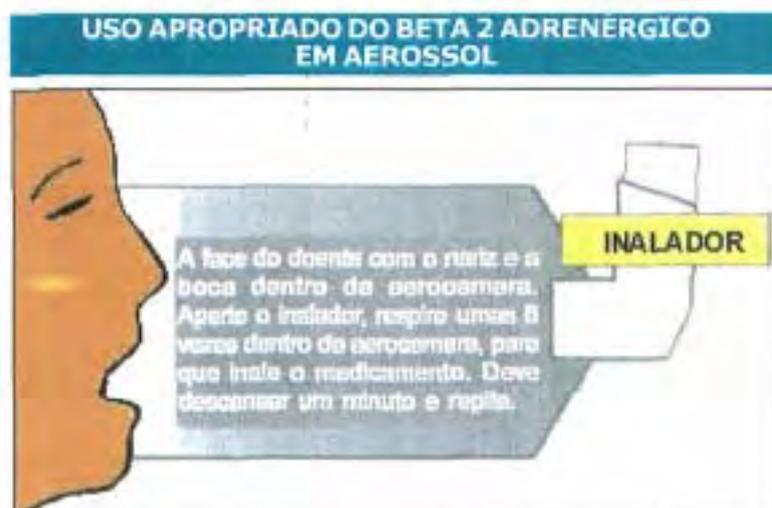
- O uso de beta-2 agonistas é a forma de manejo apropriado, de preferência deve usar-se a via inalatória, mediante inaladores com aerossol ou nebulizador, só se não tiver estes meios se usará beta-2 agonista por via oral,
- Se for o primeiro episódio, só se usam beta-2 agonistas,
- Se for o segundo episódio, junta-se corticoesteroides sistêmicos de curta duração,
- Administre Beta-2 agonistas de curta ação: Salbutamol ou Fenoterol.

## SOB ou Asma de grau leve ou moderado

### Via inalatória:

Use a via inalatória de preferência, é mais eficaz, rápida e com menos efeitos colaterais.

Cada dose corresponde a 100 ug por inalação; usa duas inalações, separadas de um minuto entre elas, usando aerossol (ver figura). Pode repetir a dose cada 10 minutos até 6 vezes.



### • Nebulização:

Fenoterol em solução para nebulizar a 0.5% (86 mg/ml) de 0.02 a 0.05 mg/kg/dose ou 1 gota de solução por cada 5 kg de peso ( dose máxima de 2.5 mg = 10 gotas), em 5 cc de solução salina. Nebulize durante 10 minutos e pode repetir cada 20 minutos até 3 vezes.

Salbutamol em solução para nebulizar a 0.5% (5 mg/ml) de 0.10 a 0.15 mg/kg/dose (dose mínima de 1.25 mg com um máximo de 5 mg), em 5 cc de solução salina. Nebulize durante 10 minutos e pode repetir cada 20 minutos até 3 vezes.

<b>BETA 2 AGONISTAS POR VIA INALATÓRIA</b>			
<b>Idade ou Peso</b>	<b>Inalação</b>	<b>Nebulização</b>	
	<b>Salbutamol ou Fenoterol 100 ug/dose</b>	<b>Salbutamol 0.5% (5mg/ml)</b>	<b>Fenoterol 0.5% (5mg/ml)</b>
<b>De 2 a 12 meses (&lt; 10 Kg)</b>	2 inalações por dose	3 - 5 gotas	1 - 2 gotas
<b>De 1 a 5 anos (10 - 16 Kg)</b>		6 - 9 gotas (0.3-0.5 ml)	2 - 3 gotas

- Depois de uma hora de início do tratamento reavalie e maneja de acordo as seguintes situações:
- Se a pontuação é maior que 9 ou piorou: maneja como crise severa;
- Se a pontuação é menor que 3: indica ALTA com B2 inalados mais corticosteroide por 3 a 5 dias.
- Se a pontuação está entre 3 e 9: continua com B2 inalados cada 20 minutos até 2 horas mais e logo reavalia:
  - Se a pontuação é maior de 9 ou piorou: maneja como uma crise severa;
  - Se a pontuação está entre 3 e 9: interna a criança, descarta infecções ou complicações, transfere;
  - Se a pontuação é menor de 3: indica ALTA com B2 inalados mais corticosteroides por 3 a 4 dias.

### Via oral:

A via oral provoca mais efeitos colaterais e é mais lenta na sua acção.

<b>SALBUTAMOL ORAL</b> Doses calculadas para dar de 6/6 horas			
<b>Idade ou Peso</b>	<b>Comprimido 2 mg</b>	<b>Comprimido 4 mg</b>	<b>Suspensão 2 mg / 5 ml</b>
<b>De 2 a 12 meses (&lt; 10 Kg)</b>	1/2	1/4	2.5 ml
<b>De 1 a 5 anos (10 - 16 Kg)</b>	1	1/2	5.0 ml

Salbutamol: 0,1 o 0,15 mg/kg/dose, se pode dar até cada 6 ou 8 horas.

### Via subcutânea:

Adrenalina subcutânea: se não tem Beta 2 agonistas pode usar 0,01 cc/kg/dose de Adrenalina em solução 1:1000 por via subcutânea, máximo 0.3 cc por dose. Se pode repetir até 3 vezes cada 20 minutos.

### Como administrar corticoides sistémicos:

Prednisolona: usa 1 mg/kg/dia, de cada 8 ou 12 horas, via oral. Dose máxima por dia: 40 mg, ou Dexametasona: usa 0.3 mg/kg/dia, de cada 6 ou 8 horas, via endovenosa ou intramuscular. Dose máxima por dia 8 mg.

Hidro cortisona: usa 4 - 8 mg/kg. como dose de carga, máximo 250 mg; logo 4 mg/kg cada 6 horas, via endovenosa.

Metilprednisolona: usa 2 mg/kg. Como dose de carga, máximo 40 mg; logo 0.5 - 1 mg/kg cada 6 horas, via endovenosa.

## SOB ou Asma de grau severo

- Administra Beta-2 agonistas de curta duração: Salbutamol ou Fenoterol, por via inalatória ou nebulização ( ver tratamento de forma leve ou moderada), ou
- Adrenalina via subcutânea: se não tiver beta- 2 agonistas. Pode usar 0.01 cc/Kg/dose de adrenalina em solução 1:1000 por via subcutânea, máximo 0.3 cc por dose. Se pode repetir até 3 vezes mais a cada 20 minutos.
- Administrar corticoides sistêmicos: Dexametasona, ou Prednisolona, ou Hidrocortisona ou Metilprednisolona; a dose acima indicada.
- Oxigenoterapia com máscara nasal, ou sonda nasal (ver o **Anexo E3** para uma guia sobre o uso de oxígeno).
- Hidratação por via endovenosa com um volume de líquidos de 100 cc/Kg/dia, utilizando uma solução de dextrose e electrólitos (dextrose 1/3 normal, solução polielectrólítica, ou solução de lactato de Ringer).
- Transfere URGENTEMENTE a um hospital. O doente hospitalizado deverá continuar com os B2 agonistas a cada 3 a 6 horas mais corticoides sistêmicos, até que a pontuação se encontre abaixo de 3, a seguir considerar alta.

### **Recomendação geral no tratamento da asma**

É muito importante considerar uma ou mais consultas de controle a fim de ajustar a terapêutica de manutenção e aproveitar para educar aos familiares nos diferentes aspectos de manejo deste problema.

## B<sub>3</sub> Avalia, classifica e trata a diarreia

Para começar esta avaliação, primeiro pergunta **utilizando palavras que a mãe entenda: a criança tem diarreia?** Se a mãe responde que NÃO, pergunta sobre o sintoma principal seguinte: FEBRE.

Se a mãe responde que SIM, ou se já havia explicado que a diarreia era o motivo pelo qual veio ao, avalia a criança para averiguar se tem desidratação, diarreia persistente, ou disenteria.

As mães geralmente sabem quando seus filhos têm diarreia, talvez digam que as dejeções da criança são soltas, líquidas ou usem um termo local. Então, define-se **Diarreia** como a presença de três ou mais dejeções soltas ou líquidas num período de 24 horas.

O número de vezes normais eliminadas em um dia varia com a dieta e a idade da criança, por exemplo, os bebês amamentados exclusivamente podem ter fezes moles. Isso não é diarreia. A mãe de uma criança que mama o peito pode reconhecer a diarreia porque a consistência ou a frequência das fezes é diferente da normal.

### **Quais são os diferentes tipos de diarreia?**

Se um episódio de diarreia dura menos de 14 dias, trata-se de diarreia **aguda**. Se dura 14 dias ou mais, denomina-se diarreia **persistente**, que é a que pode causar problemas nutricionais e contribui para a mortalidade da criança com diarreia. Cerca de 5% de casos de diarreia se tornam persistentes.

A diarreia com sangue, com muco, é **disenteria**. Causada na maioria por *Shigella*. A disenteria amebiana não é comum nas crianças pequenas.

As fezes líquidas sem sangue denominam-se diarreia **aquosa** e quase todas causam desidratação. Constituem a forma mais comum de diarreia e geralmente terminam espontaneamente dentro de uma semana. A cólera é um exemplo de diarreia líquida.

### **Avalia a diarreia**

Quando avalia uma criança com diarreia pergunte o seguinte:

#### **→ Há quanto tempo tem diarreia?**

Dá tempo a mãe para que responda esta pergunta, já que é importante saber exactamente o número de dia, para reconhecer se estamos perante uma **Diarreia Aguda** ou **Diarreia Persistente**.

#### **→ Há sangue nas fezes?**

Pergunta a mãe se, em algum momento, terá visto sangue nas fezes durante este episódio de diarreia, porque se tratará de uma quadro de **Disenteria**.

Para verificar se há sinais de desidratação:

Observa e explora:

→ **A criança está letárgica ou inconsciente? Está agitada ou irritável?**

Lembra de usar este sinal geral de perigo quando classifica a diarreia da criança.

Uma criança está **agitada e irritável** se chora a todo momento ou cada vez que se toca. Se está agitada quando mama o peito, mas volta a estar agitada e irritada quando deseja mamar, apresenta este sinal. Muitas crianças se sentem irritadas só por estar no Centro de Saúde, mas são fáceis de se acalmar. Neste caso não apresentam este sinal.

→ **Os olhos estão encovados?**

Os olhos da criança com diarreia e desidratação podem estar encovados, mas antes de decidir se os olhos estão realmente encovados, pergunta à mãe se pensa que os olhos da criança estão diferentes do habitual. Sua opinião te ajudará a confirmar tua decisão.



**Nota:** Na criança gravemente desnutrida, visivelmente enfraquecida (com marasmo) os olhos podem parecer encovados, sem que a criança esteja desidratada.

→ **Têm boca e a língua seca?**

Uma criança desidratada pode ter a boca e língua secas. A boca e a língua estarão húmidas se bebeu ou vomitou recentemente, ou estarão secas se a criança está respirando com a boca aberta.

→ **Ao oferecer-lhe líquido: Não pode beber? Bebe avidamente, com sede?**

Peça a mãe que dê a criança um pouco de água. Observe como a criança bebe.

Se considera que uma criança **não pode beber** se ao levar o líquido à boca não pode engolir. Por exemplo, uma criança talvez não pode beber porque está letárgica ou inconsciente, talvez por isso não pode chupar ou engolir.

Uma criança tem o sinal **bebe avidamente, com sede** se é evidente que a criança quer beber. Observa se a criança trata de pegar o copo quando se oferece água. Quando retira-se a água

veja se está irritada porque quer beber mais.

Se a criança bebe algo porque obriga-se a fazê-lo e não quer mais, não tem o sinal «bebe avidamente, com sede».

➔ **Pesquisa a prega cutânea no abdômen. Volta mais lentamente ( mais de 2 segundos)?**



Para avaliar a presença deste sinal, peça a mãe que coloque a criança na cama em decúbito dorsal com os braços estendidos ao longo do corpo (não sobre a cabeça) e as pernas estendidas.

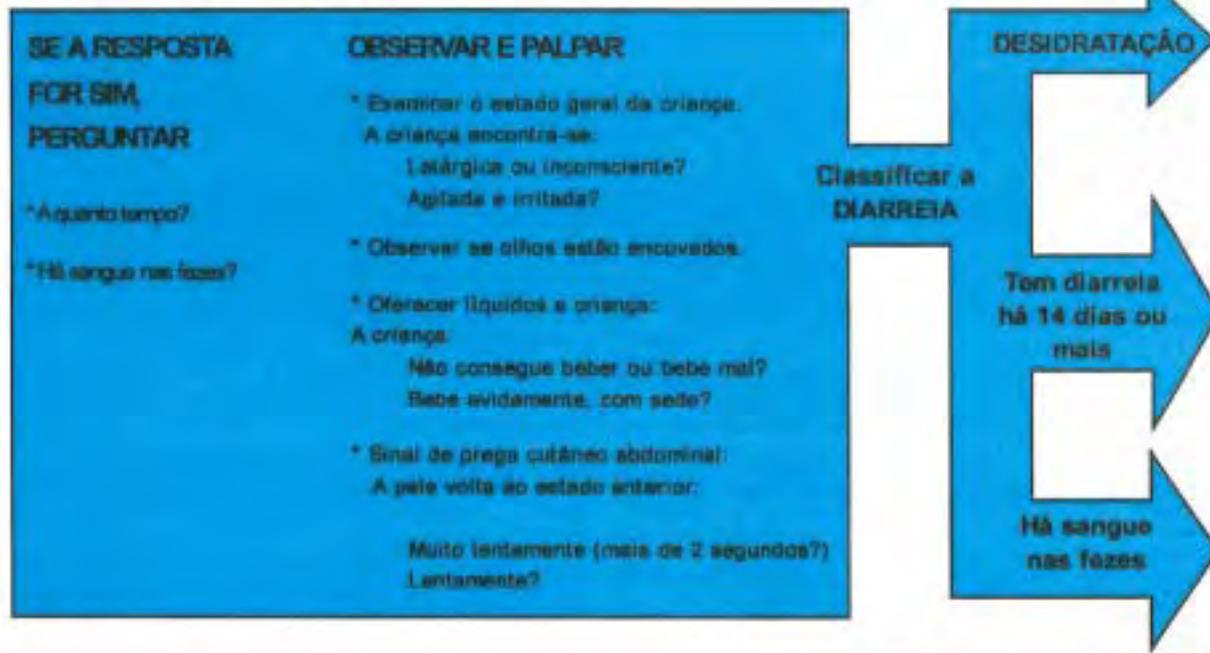
Localiza a região do abdômen da criança que está entre o umbigo e o flanco do abdômen. pesquisa a pele, usando o polegar e o indicador. Não pesquise com a ponta dos dedos porque causará dor. Coloca a mão de modo que quando pesquisar a pele, a prega caia em sentido vertical ao corpo da criança e não na horizontal. Levanta firmemente todas as camadas da pele e o tecido subcutâneo. Pesquise a pele por um segundo e logo solta. Ao soltar observa se a pele volta ao seu lugar:

- Muito lentamente (2 segundos ou mais)
- Lentamente
- Imediatamente

Se a pele cai levantada fazendo um breve momento depois de soltar, se considera que a pele pesquisada voltou ao seu estado anterior lentamente.

**Nota:** Na criança com marasmo (desnutrição grave), a pele pode voltar ao seu lugar lentamente principalmente se a criança não está desidratada. Uma criança com excesso de peso ou com edema, a pele pode voltar ao seu lugar imediatamente principalmente se a criança está desidratada.

## A SEGUIR, PERGUNTAR: A criança está com diarreia?



### Classifica a diarreia

Em todas criança com diarreia classifica-se segundo:

- Seu estado de hidratação.
- O tempo de duração da diarreia.
- A presença de sangue nas fezes.

**NOTA:** Uma criança com diarreia pode ter uma ou mais classificações para a diarreia. Anotas-as

### Classificação e tratamento da Diarreia Aguda segundo o Estado de Hidratação

Existem três classificações possíveis de desidratação para a criança com diarreia aguda:

- **Desidratação grave**
- **Com sinais de desidratação**
- **Sem desidratação**

<p><b>Dois dos sinais que se seguem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgico ou inconsciente</li> <li>• Olhos encovados</li> <li>• Não consegue beber ou bebe muito mal</li> <li>• Sinal da Prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior</li> </ul>	<p><b>DESIDRATAÇÃO GRAVE</b></p>	<p>→ Iniciar tratamento para desidratação grave (Plano C) ou</p> <p>Se a criança também se enquadrar noutra classificação grave:</p> <p>→ Transferir URGENTEMENTE ao hospital com a mãe administrando-lhe goles frequentes de SRO durante o trajecto.</p> <p>→ Aconselhar à mãe a continuar a amamentação ao peito.</p>
<p><b>Dois dos sinais que se seguem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitado e irritado</li> <li>• Olhos encovados</li> <li>• Boca e língua secas</li> <li>• Bebe ávidamente, com sede</li> <li>• Sinal da prega cutânea: a pele volta lentamente ao estado anterior</li> </ul>	<p><b>COM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO</b></p>	<p>→ Administrar líquidos e alimentos (Plano B).</p> <p>Se o lactente também se enquadrar noutra classificação grave:</p> <p>→ Transferir URGENTEMENTE ao hospital com a mãe administrando-lhe goles frequentes de SRO durante o trajecto</p> <p>→ Aconselhar à mãe continuar a alimentar ao peito</p> <p>→ Informar à mãe sobre quando voltar imediatamente.</p> <p>→ Seguimento em 2 dias se não melhorar.</p>
<p>Não há sinais suficientes para classificar o caso como com sinais de desidratação ou desidratação grave.</p>	<p><b>SEM DESIDRATAÇÃO</b></p>	<p>→ Dar alimentos e líquidos para tratar a diarreia em casa.</p> <p>→ Informar à mãe sobre quando voltar imediatamente.</p> <p>→ Seguimento em 5 dias se não melhorar.</p>

Para classificar a desidratação da criança, começar com sinais da fila vermelha (ou a primeira).

→ Se **dois** ou mais sinais da fila vermelha estão presentes, classifica como **desidratação grave**.

→ Se **dois** ou mais sinais da fila vermelha não estão presentes, observa a fila amarela (a segunda). se dois ou mais sinais desta fila estão presentes, classifica como **Com sinais de desidratação**.

→ Se **dois** ou mais sinais da fila amarela não estão presentes, classifica como **sem desidratação**. A criança não tem sinais suficientes para classificar como desidratação.

Agora vamos fazer um descrição de cada umas das classificações da desidratação:

## Desidratação grave

Se a criança tem dois sinais seguintes: letárgico ou inconsciente, não pode beber ou mamar, olhos encovados, a prega cutânea volta ao seu lugar muito lentamente, classifica a desidratação como **DESIDRATAÇÃO GRAVE**.

### Tratamento

Lembra, toda a criança com desidratação necessita líquidos adicionais. Uma criança classificada com **DESIDRATAÇÃO GRAVE** necessita líquidos rapidamente. Trata com líquidos por via endovenosa (IV) ou por sonda nasogastrica no Centro de Saúde.

No «Plano C: Tratar a desidratação grave ou com choque rapidamente» se descreve como administrar líquidos a criança gravemente desidratada.

### Plano C: Tratar rapidamente a Desidratação Grave

ACOMPANHA AS SETAS, SE A RESPOSTA FOR "SIM", IR NA LATERAL, SE FOR "NÃO", IR PARA BAIXO.

#### COMEÇAR AQUI

Pode administrar imediatamente injeção de líquidos por via endovenosa (IV)?

SIM

Começar a dar líquidos imediatamente por via IV. Se a criança consegue beber, dar SRO por via oral enquanto o gotejador estiver sendo montado. Dar 100 mL/kg de solução de Lactato de Ringer (ou, não for disponível, Soro fisiológico) como se segue:

IDADE	Dar primeiro 30 mL/kg em:	A seguir dar 70 mL/kg em:
LACTENTE (menores de 12 meses)	1 hora	5 horas
CRIANÇAS (12 meses até 5 anos)	(30 minutos)	2 1/2 horas

Repetir mais uma vez, se o pulso ainda está muito fraco ou não se detecta.  
 \* Reavaliar a criança de meia em meia hora. Se não houver melhora no estado de desidratação, aumentar a velocidade do gotejamento da IV.  
 \* Também dar SRO (cerca de 5 mL/kg/hora) tão logo a criança consiga beber: geralmente depois de 3 - 4 horas (menor de 12 meses) ou 1 - 2 horas (com mais de 12 meses).  
 \* Reclassificar a desidratação da criança menor de 2 meses após 6 horas, e uma criança com mais de 2 meses após 3 horas.  
 Escolher, a seguir, o Plano apropriado (A, B ou C) para continuar o tratamento.

NÃO

Pode aplicar tratamento por via IV nas proximidades (há um 30 minutos)?

SIM

\* Tratar **URGENTEMENTE** ao hospital para tratamento IV.  
 \* Se a criança consegue beber, entregar a mãe SRO e instruí-la como administrar goles frequentes durante o trajeto.

NÃO

Pode aplicar tratamento para usar Sonda nasogastrica (SNG) para reidratação?

SIM

\* Iniciar a reidratação com SRO, por sonda nasogastrica ou pela boca dar 30 mL/kg/hora.  
 \* Reavaliar a criança a cada 1 - 2 horas:  
 - Se houver vômitos recorrentes ou aumento da distensão abdominal, dar o líquido mais lentamente.  
 - Se, depois de 3 horas, a desidratação não estiver melhorando, encaminhar o lactente para terapia IV.  
 \* Reavaliar a criança seis horas depois. Classificar a desidratação. A seguir selecionar o plano apropriado (A, B ou C) para continuar o tratamento.

NÃO

A criança consegue beber?

SIM

Tratar **URGENTEMENTE** para o hospital para tratamento IV ou NG.

**NOTA**  
 \* Se for possível, observar o lactente pelo menos 6 horas após a reidratação a fim de se assegurar de que a mãe pode manter a hidratação dando a solução de SRO à criança por via oral.

Este tratamento depende de:

- \* Se a criança pode beber.
- \* O tipo de equipamento que dispõe o Centro de Saúde.
- \* A capacitação que já recebeu.

Se não pode dar tratamento por sonda nasogástrica e a criança não pode beber, transfere de urgência ao hospital para tratamento endovenoso ou por sonda nasogástrica.

As crianças com diarreia profusa requerem uma avaliação permanente, para poder tomar decisões a respeito da velocidade de administração de líquidos.

## Desidratação

Se a criança não apresenta sinais de DESIDRATAÇÃO GRAVE, observe a fila seguinte. A criança tem sinais de DESIDRATAÇÃO?

Se a criança tem dois ou mais dos seguintes sinais: agitada ou irritada; bebe avidamente com sede, olhos encovados, a prega cutânea volta ao seu lugar lentamente, então classifica como com sinais de desidratação.



Gráfico modificado de: Minisa Manual AIEPI, 1997

### **Tratamento**

Uma criança com SINAIS DE DESIDRATAÇÃO necessita líquidos como solução de rehidratação oral (SRO) e alimentos. A criança amamentada deverá continuar a mamar o peito. As crianças deverão receber o leite habitual ou algum alimento nutritivo depois de 4 horas de tratamento com SRO.

O tratamento descreve-se no «Plano B: Tratar a desidratação com SRO».

Inclui um período inicial de tratamento na Unidade Sanitária que dura 4 horas. Durante este tempo, a mãe tem que dar lentamente uma quantidade recomendada de solução de SRO, com

colher ou copo. É conveniente ter uma área para o SRO na Unidade Sanitária.

Uma criança com uma classificação grave por outro problema e DESIDRATAÇÃO por diarreia necessita ser internada ou transferida urgentemente ao hospital. Não rehidrata antes de transferi-la. Dá rapidamente à mãe um copo de solução de SRO e mostra como dar a criança durante o trajecto ao hospital. Com excepção de uma criança com diarreia persistente grave, pois neste caso há que rehidratar e logo transferi-la ao hospital.

Ao contrário, se uma criança que tem SINAIS DE DESIDRATAÇÃO, necessita tratamento para outros problemas, deve começar a tratar primeiro a desidratação. A seguir administra os outros tratamentos.

## Lembra

Durante a aplicação deste plano é importante:

### Determinar a quantidade de SRO que se dará durante as primeiras 4 horas.

A idade ou peso da criança, o grau de desidratação e o número de dejectões durante a desidratação afectam a quantidade necessária de solução de SRO. Em geral, a criança quer beber tanto quanto necessite, é dizer para dar-lhe quanto deseja.

A forma para calcular aproximadamente a quantidade de SRO que necessitaria uma criança, é multiplicando o peso (em Kg) por 75 ml. Por exemplo, uma criança que pesa 8 Kg necessitaria:

$$8 \text{ kg} \times 75 \text{ ml} = 600 \text{ ml de solução de SRO em 4 horas}$$

A administração de solução de SRO não deve interferir com a alimentação normal de um lactente mamando o peito. A mãe deve fazer pausas para deixar que o bebé se amamente sempre que desejar, a seguir continuar a dar a solução de SRO.

### Mostrar à mãe como dar a solução de SRO.

É necessário que encontre um sitio na Unidade Sanitária para que a mãe se sinta com o filho. Explica-lhe que quantidade de solução de SRO deve dar nas próximas 4 horas e como dar com colher frequentemente. Se a criança tiver mais idade, mostra como dar com copo.



Gráfico modificado de: MINSA, Manual AIEPI, 1997

Senta-se com ela enquanto dá as primeiras colheradas para que possa observar o procedimento e corrigir alguma dúvida.

Se a criança vomita, a mãe deve esperar 10 minutos antes de dar mais solução de SRO. Depois deve dar-lhe mais devagar.

Orienta e estimula a mãe a fazer pausas para dar o peito a criança quando esta desejar. Quando a criança terminar de mamar, tem que voltar a dar-lhe a solução de SRO. Não deve dar alimento a criança durante as primeiras 4 horas de tratamento com SRO.

Se a criança não está a beber bem a solução de SRO, tenta outro método de administração. Pode tratar de usar uma seringa sem agulha.

Durante as primeiras 4 horas em que a mãe dá solução de SRO na Unidade Sanitária, tem muito tempo para ensinar-lhe como cuidar do seu filho. A preocupação principal nesse momento, é a rehidratação da criança. Quando se evidencia que está melhorando, poderá educar a mãe. A informação se pode reforçar também com cartazes na parede.

### **Depois de 4 horas**

Depois de 4 horas de administração do tratamento do Plano B, volta a avaliar a criança usando o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR. Classifique de acordo com os seus sinais de desidratação. Escolha o plano adequado para continuar o tratamento.

**Nota:** Volta a avaliar a criança antes de 4 horas se a criança não está a tomar a solução de SRO ou parece estar a piorar.

Se a criança está melhor e **NÃO HÁ DESIDRATAÇÃO**, escolhe o Plano A. Ensina à mãe o Plano A se ainda não ensinou-lhe. Antes da mãe sair do Centro de Saúde, faz-lhe perguntas de verificação e ajuda-lhe a resolver qualquer problema que pode ter para dar a criança líquidos extra em casa.

**Nota:** Se os olhos da criança estão inchados, este é sinal de hiper-hidratação. Não é um sinal de perigo nem um sinal de hipernatremia. Simplesmente é um sinal de que a criança foi reidratada e não necessita mais de SRO, de momento. Deve-se dar a criança água pura ou leite materno.

A mãe deve dar-lhe a solução de SRO de acordo com o Plano A quando o inchaço desaparecer.

Se a criança tem **DESIDRATAÇÃO**, volta a escolher o Plano B. Começa a alimentar a criança no Centro de Saúde. Oferece comida, leite ou sumo. As crianças alimentadas ao peito devem continuar a ser amamentadas com frequência. Depois de alimentar a criança, repita o tratamento de 4 horas do Plano B. Se o Centro de Saúde vai fechar antes de terminar com o tratamento, diga a mãe para continuar o tratamento em casa.

Se a criança está a piorar e agora tem **DESIDRATAÇÃO GRAVE**, necessita começar com o Plano C.

### **Se a mãe deve ir-se embora antes de terminar o tratamento**

Às vezes a mãe tem que ir-se embora enquanto seu filho está a fazer o Plano B, é decidir, antes que a criança se rehidrate. Nestas situações, entrega-lhe 2 pacotes de SRO e deve mostrar à mãe como preparar a solução de SRO em casa, assegurar-se que ela pratique antes de se ir embora e que conheça a quantidade de solução de SRO que tem a dar-lhe para terminar o tratamento de 4 horas.

→ **Plano B: Tratar a desidratação com SRO**

As crianças com desidratação deverão permanecer na unidade sanitária até a rehidratação completa. Durante um período de 4 horas. Durante um período de 4 horas administrar, na Unidade Sanitária, a quantidade recomendada de SRO.

→ **DETERMINAR A QUANTIDADE DE SRO A SER ADMINISTRADA DURANTE AS PRIMEIRAS HORAS.**

IDADE	Até 4 meses	4 até 12 meses	12 até 24 anos	2 té 5 anos
PESO	< 5Kg	6 - < 10 Kg	10 - < 12 Kg	12 - < 19 Kg
SRO ml	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 - 1400

→ Somente utilizar a idade da criança quando desconhecer o seu peso. A quantidade aproximada de SRO necessária (em ml) também pode ser calculada multiplicando o peso da criança (em kg) por 75.

- Se a criança quiser mais SRO do que a quantidade citada, dar mais. Para crianças com menos de 5 meses que não estejam sendo amamentadas ao peito dar também 100 - 200 ml de água durante este período.

→ **DEMONSTRAR PARA A MÃE COMO ADMINISTRAR A SOLUÇÃO DE SRO.**

- Dar com frequência pequenos goles de líquido usando copo ou colher.
- Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente.
- Continuar a amamentar ao peito sempre que a criança o desejar.

→ **APÓS 4 HORAS**

- Reavaliar o lactente e classifica-lo quanto à desidratação.
- Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento.
- Se possível, começar a alimentar a criança na Unidade Sanitária.

**Resumindo**

Deve regressar ao controle 5 dias se a diarreia continua.

## Sem desidratação

Uma criança que não tenha dois ou mais sinais seja da fila vermelha ou da amarela classifica-se como SEM DESIDRATAÇÃO.

### Tratamento

Esta criança necessita líquidos adicionais para prevenir a desidratação. Deve seguir o Plano A: «Tratar a Diarreia em Casa», cuja 4 regras são:

1. Administrar líquidos adicionais
2. Continuar a alimentar
3. Aconselhar quando voltar para controle
4. Ensinar medidas preventivas

Serve para tratar as crianças com diarreia com classificação SEM DESIDRATAÇÃO. As crianças com desidratação necessitam ser rehidratadas com o Plano B ou C, e a seguir tratam-se com o Plano A.

Os antibióticos não são eficazes no tratamento da diarreia, são caros e aumentam a resistência de alguns microorganismos. Usa antibióticos, exclusivamente quando haja **DESIDRATAÇÃO GRAVE**, ou **DISENTERIA**.

Nunca administre antidiarreicos e antieméticos às crianças. Não ajudam a tratar a diarreia e alguns são perigosos, como são os antiespasmódicos (codeína, difenoxilato, loperamida) e os antieméticos (clorpromazina), que podem causar paralisia do intestino e pôr a criança anormalmente sonolenta. Alguns podem ser letais principalmente se são administrados aos lactentes. Há outros antidiarreicos, os absorventes como caulino, pectina, carvão activado, embora não sejam perigosos, não são eficazes para tratar a diarreia.

No «Plano A: Tratar a diarreia em casa» se descreve que líquidos se ensinará a mãe a usar e quanto deverá dar a criança segundo o quadro que se segue:

### → Plano A: Tratar a Diarreia em Casa

**Recomendar à mãe ou ao acompanhante sobre as três regras do tratamento em casa: Dar líquidos adicionais, continuar a alimentar, quando voltar.**

#### 1. DAR MAIS LÍQUIDOS (tanto quanto a criança aceitar).

##### → RECOMENDAR A MÃE:

- Amamentar com maior frequência e por tempo mais longo de cada vez.
- Se a criança se alimenta exclusivamente de leite materno, pode-se dar SRO ou água limpa além do leite materno com colher ou copo.
- Se a criança não estiver em regime exclusivo de leite materno, dar um ou mais dos seguintes: Solução SRO, líquidos com base em alimentos (tais como sopa, água de arroz, papas fermentadas) ou água limpa.

É especialmente importante dar SRO em casa quando:

- durante esta visita a criança recebeu o tratamento do Plano B ou do Plano C.
- a criança não puder voltar a uma Unidade Sanitária e a diarreia piorar.

##### → ENSINAR À MÃE A PREPARAR A MISTURA E A DAR SRO. ENTREGAR DOIS PACOTES DE SRO À MÃE PARA UTILIZAR EM CASA:

##### → MOSTRAR À MÃE A QUANTIDADE DE LÍQUIDOS ADICIONAIS A DAR EM CASA ALÉM DOS LÍQUIDOS DADOS HABITUALMENTE:

- Até 2 anos 50 a 100 ml depois de cada dejectão aquosa
- 2 anos ou mais 100 a 200 ml depois de cada dejectão aquosa.

##### Recomendar à mãe ou acompanhante a:

- Administrar frequentemente pequenos goles de líquidos de uma chavena.
- Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar porém mais lentamente.
- Continuar a dar líquidos adicionais até a diarreia parar

#### 2. CONTINUAR A ALIMENTAR

#### 3. QUANDO VOLTAR



Consultar o quadro  
ACONSELHAR À MÃE  
OU AO ACOMPANHANTE

Agora, passaremos a descrever como recomendar a mãe sobre:

### A primeira regra de tratamento em casa é:

#### Dar líquidos adicionais

A mãe deve dar à criança, logo que comece com o quadro, a quantidade de líquidos que esta aceita para repor a quantidade de líquidos perdidos na diarreia e assim prevenir a desidratação.

Se a criança alimenta-se de leite materno exclusivamente, é importante que a mãe dê o peito com mais frequência que o habitual. Também deve dar-lhe solução de SRO ou água fervida, mas primeiro deve dar o peito. Não há que dar-lhe líquidos preparados com alimentos como sopa ou água de arroz.

Na maioria dos casos, uma criança que não está desidratada, na realidade, não necessita de solução de SRO.

O Plano A descreve três situações em que a mãe deve administrar a solução de SRO em casa.

1. **A criança já foi tratada com o Plano B ou o Plano C durante a consulta.** Em outras palavras, se já foi reidratada. A solução de SRO lhe ajudará a evitar que volte a desidratar.
2. **Se a criança não pode voltar ao Centro de Saúde em caso de piorar.** Por exemplo, a família vive muito longe ou a mãe tem um emprego em que não pode faltar.
3. **A diarreia é líquida, abundante e há suspeita de cólera.** Neste caso deve ir a Unidade Sanitária.

É importante ensinar a mãe como ela pode preparar a mistura e como dar SRO ao seu filho.



Gráfico modificado de: Minsa Manual AIEPI, 1997

Ter em conta os seguintes passos que a mãe deve cumprir para preparar a solução de SRO:

- \* Lavar as mãos com água e sabão.
- \* Que meça um 1 litro de água pura. É melhor ferver e deixar arrefecer a água, mas se não se pode, usa a água pura mais limpa que tenha.

- \* Ponha todo o pacote de SRO no recipiente com água e misture bem até que o pó se dissolva completamente.
- \* Prove a solução para que saiba o sabor.

Explique à mãe que deve preparar a solução de SRO todos os dias, em um recipiente limpo, manter o recipiente coberto, e deitar fora a solução que restou do dia anterior.

Dá a mãe 2 pacotes de SRO para utilizar em casa.

Recorda-lhe como deve dar SRO de acordo ao explicado anteriormente.

Antes de ela ir-se embora, comprova se entendeu como dar os líquidos extra segundo o Plano A. Faz perguntas como as seguintes:

- \* Que tipo de líquido deverá dar ao seu filho?
- \* Qual é a quantidade de líquidos que deverá dar?
- \* Com que frequência irá dar a solução de SRO?
- \* Qual quantidade de água que vai usar para preparar a mistura de SRO?
- \* Como vai dar a SRO ao seu filho?
- \* Que fará se a criança vomitar?

### **A segunda regra para o tratamento em casa é:**

Continuar a alimentação.

A criança deve continuar com sua alimentação habitual até mesmo quando tem diarreia.

Se classifica a uma criança com diarreia persistente, ensina à mãe umas recomendações especiais sobre a alimentação. Revisa « Recomendações para a Alimentação » pág. 124.

### **A terceira regra para o tratamento em casa é:**

Aconselhar quando deve regressar para controle

Quando regressar imediatamente.

#### **Recomenda a mãe que deve regressar imediatamente se sua criança:**

- \* Não é capaz de beber ou mamar o peito
- \* Plora
- \* Tem febre
- \* Apresenta sangue nas fezes
- \* Fezes líquidas e abundantes.

Quando deve voltar ao controle?

5 dias depois se a diarreia continuar.

### A quarta regra para o tratamento em casa é:

Ensinar medidas preventivas

Para além de ensinar à mãe, quando deve voltar com a sua criança, é importante que aprenda como evitar um novo episódio de diarreia, destacando especialmente:

- \* O uso de água fervida ou com cloro
- \* Lavar as mãos antes de preparar os alimentos, antes de comer ou dar de comer a criança e depois de defecar
- \* O consumo de alimentos limpos, frescos e bem cozidos

### Resumindo:

Depois de ter aprendido a avaliar uma criança com diarreia, classificar a desidratação e seleccionar um dos seguintes planos de tratamento:

- Plan A - Tratar a diarreia em a casa
- Plan B - Tratar a desidratação com SRO
- Plan C - Tratar rapidamente a desidratação grave

Os três planos proporcionam líquidos para repor a água e os sais perdidos na diarreia. Uma forma excelente tanto de rehidratar como de prevenir a desidratação na criança é dar-lhe uma solução à base de sais de rehidratação oral (SRO). Se deverá administrar líquido por via endovenosa exclusivamente aos casos de DESIDRATAÇÃO GRAVE.

Os únicos tipos de diarreia que se deverão tratar com antibióticos são a diarreia com DESIDRATAÇÃO GRAVE quando há cólera na zona e a DISENTERIA.

### Classificação e tratamento da diarreia persistente

Depois de classificar a desidratação da criança, classifica se teve diarreia por 14 dias ou mais para ver se é diarreia persistente. Se assim for definir se trata-se de:

#### ➤ Diarreia Persistente Grave, ou

Diarreia Persistente		
• Há desidratação	<b>DIARREIA PERSISTENTE GRAVE</b>	→ Tratar a desidratação antes de transferir a criança a não se que esta se enquadre noutra classificação grave. → Transferir ao hospital
• Não há desidratação	<b>DIARREIA PERSISTENTE</b>	→ Aconselhar à mãe como alimentar uma criança com DIARREIA PERSISTENTE. → Dar Vitamina A. → Seguimento em 5 dias.

## Diarreia persistente grave

Classifica-se quando uma criança tem diarreia por 14 dias ou mais e também tem sinais de desidratação, desidratação grave.

### Tratamento

Estas crianças necessitam atenção especial para prevenir perda de líquidos.

Tratar a desidratação da criança antes de interna-la ou transferi-la ao hospital.

Se não pode ser transferida

- \* **Trata a desidratação usando o plano de líquidos apropriados.**
- \* **Aconselha a mãe como alimentar a criança com diarreia persistente.**

Para as crianças menores de 4 meses, o aleitamento materno exclusivo é muito importante. Se a mãe já deixou de dar o peito, ajuda-lhe a reiniciar a amamentação.

- \* **Administra suplementos de vitaminas e minerais** todos os dias durante 2 semanas, pelo menos o dobro da quantidade diária recomendada de ácido fólico, vitamina A, zinco, magnésio, ferro e cobre.
- \* **Identifica e trata a infecção.**

Algumas crianças com DIARREIA PERSISTENTE têm infecções, tais como pneumonia, septicémia, infecção das vias urinárias, infecção do ouvido, disenteria e amebíase, Estas infecções requerem tratamento com antibióticos. Se **não** se identifica uma infecção específica, **não** administre antibióticos porque não são eficazes.

- \* **Vigia a criança e a mãe** diariamente. Vigia a alimentação e os tratamentos, assim como a reacção da criança. Pergunta que alimentos come e quanto. Pergunta o número de dejectões. Verifica se há sinais de desidratação e febre.

Uma vez que a criança está a comer bem e não apresenta sinais de desidratação, volta a controlar a criança 2 a 3 dias. Se há qualquer sinal de desidratação como desnutrição ou problemas com mudança de alimentação, continua vigiando diariamente. Ajuda a mãe mais do que pode.

- \* **Identifica desnutrição com diarreia persistente.** Se ao avaliar o estado nutricional da criança com diarreia persistente (ver mais adiante) classifica como desnutrição moderada ou grave, transfira URGENTEMENTE ao hospital.

## Diarreia persistente

Uma criança que tem diarreia por 14 dias ou mais e não apresenta sinais de desidratação classifica-se como DIARREIA PERSISTENTE.

### Tratamento

Uma alimentação especial é o tratamento mais importante nestes casos. A criança com diarreia pode ter dificuldade para digerir o leite que não seja materno. Portanto, se todavia alimenta-se

de leite materno, que tome o peito com mais frequência e durante mais tempo, de dia e de noite. Se toma outro tipo de leite, substituir com mais leite materno ou substituir a metade do leite com alimentos semisólidos nutritivos.

Para outros alimentos, seguir los conselhos relativos aos alimentos apropriados para a idade da criança. Dar comida adicional até 2 semanas depois que passe a diarreia.

A consulta de controle deve ser 5 dias depois e deve seguir as seguintes instruções:

### Depois de 5 dias:

Perguntar:

-A diarreia continua?

-Quantas vezes por dia a criança tem dejectão aquosa?

### Tratamento

Se a diarreia não parou, decidir, se tem 3 dejectões aquosas ou mais por dia, faça uma reavaliação completa seguindo o Caderno de Mapas AVALIAR e CLASSIFICAR. Identifica e trata qualquer problema que requer atenção imediata, como a desidratação. A seguir, transfira a criança ao hospital.

Se a diarreia já parou, instrua a mãe para seguir os conselhos sobre alimentação habitual da criança, de acordo com a sua idade e que volte em 15 dias para controle.

### Classificação e tratamento da Disenteria

Há uma só classificação para a disenteria:

#### > Disenteria

Classifica a criança com diarreia e sangue nas fezes como DISENTERIA.

• Sangue nas fezes	<b>DISENTERIA</b>	→ Dar um antibiótico recomendado para Shigella durante 5 dias. → Marcar o controle dentro de 2 dias
--------------------	-------------------	--

## Disenteria

### Tratamento

Se tiver desidratação ou desidratação grave, trate primeiro a desidratação.

Administre um antibiótico recomendado para a Shigella, assumindo que este microrganismo é a causa da disenteria, já que:

- Shigella causa 60% dos casos de disenteria vistos no serviço de saúde.
- Shigella causa quase todos os casos de disenteria que põem em perigo a vida.

Para averiguar a verdadeira causa da disenteria é necessário uma cultura de fezes (coprocultura).

### Para a Disenteria ou Cólera:

Dar um antibiótico recomendado na zona contra Shigella durante 5 dias.

Dar um antibiótico recomendado na zona contra a cólera durante 3 dias..

Idade ou Peso	COTRIMOXAZOL (trimetoprim + sulfametoxazol) Dar de 12 em 12 horas durante 5		AMOXICILINA Dar 8 em 8 horas durante 5 dias		
	COMPRIMIDO 80 mg trimetoprim + 400 mg sulfametoxazol	SUSPENSÃO 40 mg trimetoprim + 200 mg sulfametoxazol por 5ml	COMPRIMIDO 250 mg	SUSPENSÃO 250 mg por 5 ml	CAPSULAS DE AMOXICILINA 500mg
2 a 12 meses (4 - < 6Kg)	1/2	5 ml	1/2	2.5 ml	1/4
1 a 5 anos (6 - < 10Kg)	1	7.5 ml	1	5 ml	1/2

Peça à mãe que volte 2 dias depois à consulta de controle para certificar que a criança está a melhorar. Deve seguir os seguintes passos:

#### Depois de 2 dias

Avaliar a criança com diarreia.

Perguntar:

- O número de dejectões diminuiu?
- Há menos sangue nas fezes?
- A febre baixou?
- A criança alimenta-se bem?

Como vê, primeiro reavalia a diarreia da criança perguntado: "A criança tem diarreia?", segundo o Caderno de Mapas Avaliar e Classificar.

**Tratamento:**

- Se na consulta de controle observa que a criança está **desidratada**, utiliza o Caderno de Mapas para classificar a desidratação. Escolha o plano apropriado de líquidos e trata a desidratação.
- Se o número de dejetos, a quantidade de sangue nas fezes, a dor abdominal ou a ingestão de comida é igual ou piorou, deixa de dar o antibiótico de primeira linha e administre o de segunda linha recomendado para a Shigella. A resistência a este microrganismo ao antibiótico pode ser a causa de que não haja melhoria. Então:
  - \* Administra a 1ª dose do novo antibiótico no Centro de Saúde.
  - \* Ensina a mãe como e quando dar o antibiótico e ajuda-lhe para que possa fazer durante 5 dias.
  - \* Aconselha a mãe para que volte ao controle em 2 dias. Se nesta consulta não há melhorias, se a criança tem menos de 1 ano ou estava desidratada na 1ª consulta, transfira ao hospital.
- Se a criança tem menos dejetos, já não há sangue nas fezes, tem menos febre e está a comer melhor, a criança está a melhorar. Então, a mãe deve continuar a dar a criança o antibiótico até completar 5 dias.

## B4 Avalia, classifica e trata a febre

A febre é uma elevação anormal da temperatura corporal como resultado de uma ordem do centro termoregulador hipotalâmico. É o sintoma mais comum da criança doente.

Uma criança com febre pode ter Malária, Sarampo ou outra doença grave, ou pode ter um simples constipação, outra infecção viral, ou um processo não infeccioso.

### Malária

É uma doença transmissível, prevenível e curável, produzida por um parasita: *Plasmodium* da espécie *vivax*, *falciparum*, *ovale* ou *malariae*, dos quais o vector transmissor é a fêmea infectante do mosquito Anopheles. O mais perigoso é *Plasmodium falciparum*.



Fêmea do mosquito Anopheles, que transmite o parasita *Plasmodium*, produtor da malária. Fotografia tirada no momento da picada a um humano.

Fotografia cortesia do Professor Titus Bradley, Department of Microbiology and Immunology, University of Leicester, Reino Unido.



Fêmea do mosquito Anopheles, que transmite o parasita *Plasmodium*, produtor da malária. Fotografia tirada no momento de sucção de sangue no homem para alimentar-se. Note como se enche de sangue todo o sistema digestivo até o abdômen.

Fotografia cortesia do Professor Titus Bradley, Department of Microbiology and Immunology, University of Leicester, Reino Unido.

A febre é o sintoma principal da malária. Pode estar presente todo o tempo ou desaparecer e reaparecer a intervalos regulares. Outros sinais de Malária são calafrios, cefaléia e mal estar geral, sudação e vômitos. Uma criança com Malária pode ter anemia crônica (sem febre) como único sinal de doença ou febre e anemia.

Os sinais de Malária podem sobrepor-se com os sinais de outras doenças. Por exemplo uma criança pode ter Malária e tosse com respiração rápida que é um sinal de pneumonia. Esta criança necessita tratamento para a Malária e para a pneumonia. Também pode ter diarreia, necessitando um antimalárico e tratamento para diarreia.

Em áreas com risco de Malária, esta é uma causa importante de mortalidade nas crianças, especialmente se não recebem tratamento urgente. Um caso de Malária pode transformar-se em grave em só 24 horas depois que aparece a febre. A Malária com complicações como **Malária cerebral** ou **anemia grave** é considerada como caso grave.

## Como localizar os casos?

A forma de localizar é identificando as crianças febris; tendo em conta em que área nos encontramos.

Assim, podemos estar em

→ **Área com risco de malária** é aquela onde há presença do vector e evidência de transmissão de malária.

→ **Área sem risco de malária** é aquela onde não está presente o vector e existe evidência de transmissão de Malária.

A ocorrência de Malária varia com as estações do ano, sendo a mais alta imediatamente após a estação chuvosa. As condições para a criação dos mosquitos são limitadas ou inexistentes durante a estação seca.

## Doença Febril Eruptiva

É toda doença com febre e erupção cutânea generalizada. Pode ser uma doença importante como sarampo, varicela ou pode ser erupção que acompanha a outras infecções maioritariamente virais. O sistema de vigilância epidemiológica estabeleceu a notificação e investigação de todos os casos de Doença Febril Eruptiva para confirmar se são casos de sarampo, com a finalidade de eliminar esta doença.

## Sarampo

É causado por vírus que infecta as mucosas que revestem as vias respiratórias, os intestinos, a boca e a garganta. Este vírus altera o sistema imunitário por muitas semanas deixando a criança exposta a outras infecções.

Os sinais principais de sarampo são febre e uma erupção generalizada, tosse, coriza, olhos encovados. O sarampo é somente infeccioso. Os anticorpos maternos protegem os lactentes até aos 6 meses; a protecção desaparece gradualmente. Por esta razão a maioria dos casos ocorrem entre 6 meses e 2 anos de idade.

Cerca de 30% dos casos fazem complicações: pneumonia, diarreia, estridor, desnutrição, otite media aguda. lesões oculares. Um em cada mil apresenta encefalite chegando a fazer convulsões ou coma.

Contribui para desnutrição porque causa diarreia, febre alta e úlceras na boca que impedem a alimentação. As crianças desnutridas têm mais probabilidade de sofrer complicações graves devido a sarampo, especialmente nos que têm deficiência de vitamina A. Um de cada dez crianças gravemente desnutrida com sarampo pode morrer.

As coberturas de vacinação antisarampo chegaram a 98% durante 1995, motivo pelo qual a probabilidade de encontrar sarampo e cada vez menor, se mantém-se esta cobertura de imunização. Sempre que se suspeita de sarampo deve solicitar-se a recolha de amostra de sangue e considerar como caso PROVÁVEL até que se informe o resultado serológico.

## Avalia a febre

**Sempre** que consulta uma criança doente tira a temperatura e determina se tem febre.

**Nota:** No quadro AVALIAR e CLASSIFICAR, a febre e a febre alta baseiam-se na leitura da temperatura axilar. A temperatura rectal é aproximadamente 0.5°C mais alta. Considera-se

febre se a temperatura axilar é 37.5°C ou mais e febre alta se tem temperatura > 38.5°C. Se mede a temperatura rectal, considera febre aos 38°C e alta aos 39°C.

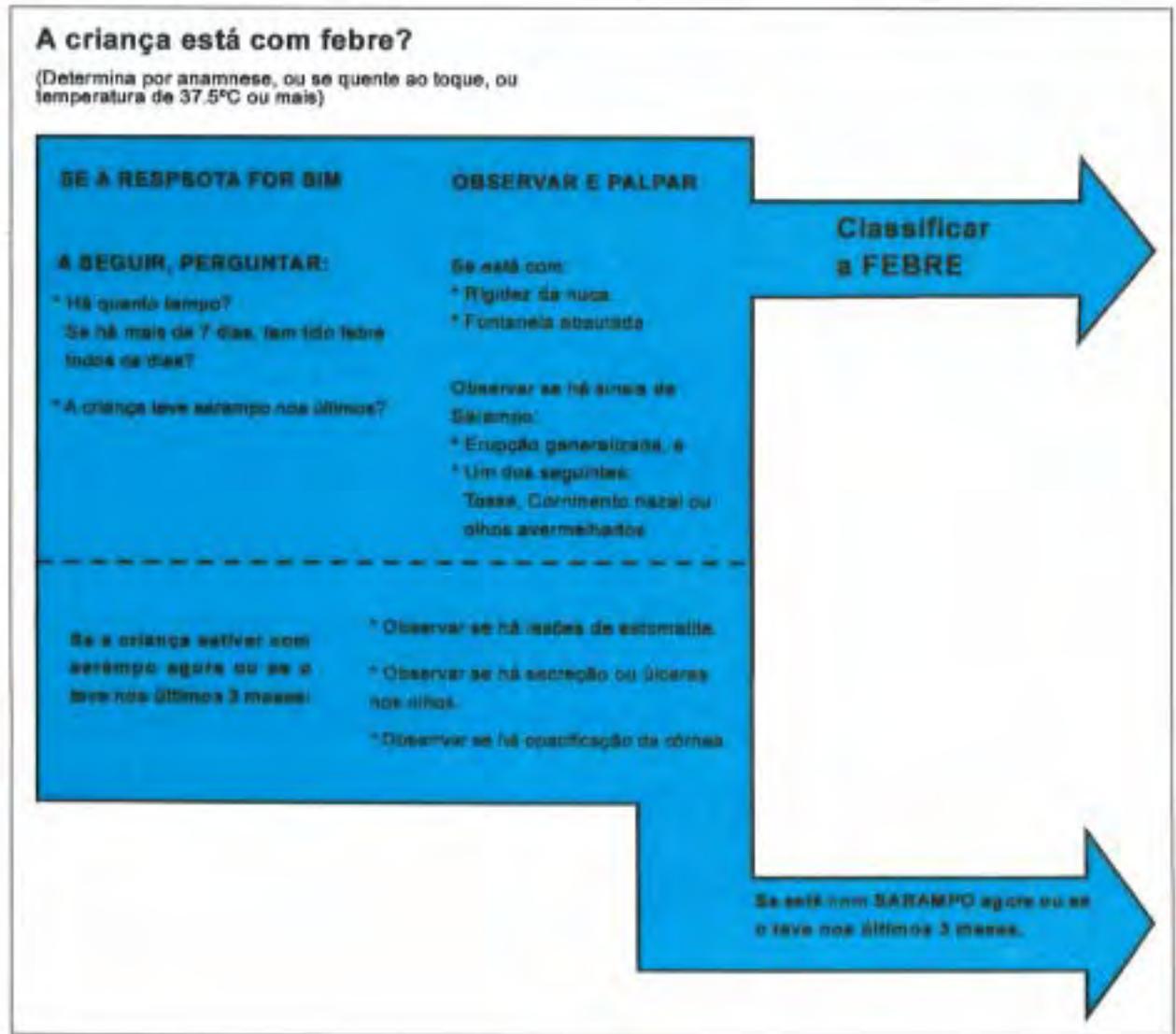
**Considera-se que uma criança tem febre se:**

tem temperatura axilar de 37,5°C ou mais,

se sente quente ao tacto, ou

refere história de febre na sua doença actual.

O quadro a seguir apresenta duas partes. Na parte superior descreve-se como avaliar se a criança tem sinais de malária de acordo a área de risco, meningite e outras causas de febre. Na parte inferior descreve-se como avaliar se a criança tem sinais de doença febril eruptiva.



Uma vez visto o quadro anterior, passaremos a desenvolver cada uma das perguntas:

### A criança tem febre?

Verifica se a criança tem história de febre, se o abdômen ou as axilas estão quentes ao tacto ou se a temperatura axilar é de 37.5°C ou mais. Se tiver um termômetro meça a temperatura.

Se a criança não tem febre, **NÃO** avalie mais os sinais relacionados com a febre. Pergunta sobre o sintoma principal seguinte: **problema de ouvido.**

Se a criança tem febre, avalie os outros sinais relacionados com febre.

### Tem risco de Malária?

Averigua se vive numa área de risco de Malária para colher a amostra de sangue para gota espessa e estendida. Desta forma poderá confirmar a presença da espécie de *Plasmodium*.



Colhe amostra para gota espessa e esfrega.

Fotografia reproduzida de: Cheesbrough M, Laboratory Investigation of diarrhoeal disease in primary health care. London:AHRTAG, 1995.

### Há quanto tempo tem febre?

#### Se tem mais de 7 dias, teve febre todos os dias?

Na maior parte dos casos, a febre devida a doenças virais desaparecem dentro de poucos dias. A febre presente todos os dias por mais de 7 dias pode significar que a criança tem uma doença grave, como por exemplo: febre tifóide ou tuberculose. Envia esta criança aonde se pode examinar de forma mais completa.

### Quando avalia a criança:

#### Observa e determina se tem rigidez de nuca

Uma criança com febre e rigidez de nuca pode ter Meningite e necessitar de tratamento urgente com antibióticos e deve ser transferida a um hospital.

Enquanto fala com a mãe durante a avaliação, observa se a criança move e dobra o pescoço facilmente quando olha ao seu redor. Se a faz, então não tem rigidez de nuca.

Pede a mãe para deitar a criança com a boca para cima. Pegue a cabeça da criança e com delicadeza tente inclinar em direcção ao peito. Se o pescoço dobra-se facilmente, a criança não tem rigidez de nuca. Se o pescoço está rígido e resistente ao dobrar, a criança tem rigidez de nuca, e chorará ao inclinar a cabeça.

### **Determina se há sinais de doença febril eruptiva**

Se apresenta erupção cutânea, para além de classificar a febre, classifica a Doença Febril Eruptiva. Nestes casos a criança pode ter duas classificações. Ao contrário fica só com a classificação da febre.

### **Erupção Generalizada**

Existem muitos tipos de erupção cutânea generalizada nas crianças. No sarampo, a erupção é do tipo maculo papular (manchas vermelhas) localizadas atrás das orelhas e no pescoço. Podem aparecer na face. No dia seguinte a erupção estende-se para o resto do corpo, braços e pernas. Depois de 4 a 5 dias, a erupção começa a desaparecer e a pele pode descamar-se.

No sarampo a erupção não tem vesículas nem pústulas. Não provoca prurido. Não deve confundir-se o sarampo com outras erupções infantis comuns, como a Varicela, Sarna ou erupção por calor. A erupção da varicela é generalizada, com vesículas em diferentes estádios. A sarna aparece nas mãos, pés, abdómen e axilas e produz bastante prurido e geralmente outro membro da família tem a mesma erupção. A erupção por calor pode ser uma erupção generalizada com pequenas papulas e vesículas.

### **Erupção ou exantema do sarampo**



Criança em posição de decúbito lateral, mostrando uma erupção em todo o abdómen. Este tipo de erupção pode ver-se no sarampo.

Fotografia adaptada de: WHO. Integrated management of childhood illness. Photograph: WHO/CHO/97.3.1. Geneva: WHO, 1997.

## Tosse ou Coriza ou Olhos avermelhados

Para classificar uma criança com Sarampo, deve ter uma erupção generalizada de tipo Sarampo, com um dos seguintes sinais: tosse ou coriza ou olhos avermelhados.

Recordemos que o Sarampo na primeira fase acompanha-se de mal estar geral intenso, febre, catarro ocular: olhos avermelhados ou catarro similar a constipação ou tosse seca.

### Aspecto de catarro no sarampo



Fotografia de uma criança com Sarampo, mostrando a aparência de catarro: olhos avermelhados pela conjuntivite, lacrimejo, coriza.

Fotografia adaptada de: WHO. Integrated management of childhood illness. Photographs. WHO/CID/97.3.L. Geneva: WHO, 1997.

## Classificação e tratamento da febre

Se a criança tem febre e não tem sinais de DOENÇA FEBRIL ERUPTIVA, classifica **só** a febre. Se tem febre e DOENÇA FEBRIL ERUPTIVA, classifica tanto a FEBRE como a DOENÇA FEBRIL ERUPTIVA.

No caderno de mapas AVALIAR E CLASSIFICAR tem dois quadros para classificar a febre. Um é para classificar a febre na área com risco de Malária. O outro é para classificar a febre na área sem risco de Malária.

**Área com risco de Malária:** Colher amostra de sangue para exame de gota espessa e esfregaço.

## Quadro de classificação para a febre em áreas com risco de malária

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualquer sinal geral de perigo ou</li> <li>• Rigidez de nuca</li> </ul>	<p><b>MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar a primeira dose de Quinino.</li> <li>→ Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado.</li> <li>→ Tratar a criança para evitar hipoglicemia.</li> <li>→ Se tiver febre de 38.5°C ou mais, dar antipirético.</li> <li>→ Transferir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre (determinada por anamnese, ou se temperatura axilar de 37.5°C ou mais)</li> </ul>	<p><b>MALÁRIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Tratar com antimalárico oral recomendado.</li> <li>→ Se tiver febre de 38.5°C ou mais, dar antipirético.</li> <li>→ informar à mãe sobre quando voltar imediatamente.</li> <li>→ Voltar para o controle em 2 dias se a febre persistir.</li> <li>→ Se tem febre todos os dias por mais de 7 dias, transferir para o hospital.</li> </ul>

### Área com risco de Malária

Há três possibilidades para a febre em área com risco de Malária.

- **Doença Febril Muito Grave**
- **Malária ou Provável Malária**
- **Febre por Malária pouco provável**

Qualquer que seja a classificação deve ser colhida amostra de sangue para gota espessa.

## Doença febril muito grave

Se a criança com febre apresenta algum sinal geral de perigo ou tem rigidez de nuca, classifica a criança como DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE.

### Tratamento

Estas crianças podem ter meningite, malária grave (inclusive malária cerebral) ou septicemia. Não é possível distinguir entre estas doenças graves sem provas de laboratório. Uma criança classificada como DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE necessita tratamento urgente e deve ser transferida ao hospital.

O tratamento consiste em:

**\* Aplicar na criança uma injeção de quinino para matar os parasitas da Malária o mais rápido possível. Por tanto, preferentemente deve ser aplicada em crianças com resultado de gota espessa positivo.**

É o antimalárico preferido porque é eficaz em quase todas as zonas do mundo e é de acção rápida. O quinino intramuscular também é mais inócua que a intravenosa.

Os possíveis efeitos secundários de uma injeção de quinino são uma baixa repentina da pressão arterial que cessa depois de 15 a 20 minutos, zumbidos nos ouvidos e um abscesso estéril, sendo este de menor importância no tratamento de uma **Doença Muito Grave**.

Para determinar a dose usa o seguinte quadro:

Determina a dose por peso se possível

IDADE OU PESO	QUININO POR VIA INTRAMUSCULAR
	300 mg / ml em ampolas de 2 ml
2 meses a 3 meses (4 - < 6Kg)	1 ml
4 meses a 11 meses (6 - < 10Kg)	1.5 ml
1 ano (10 - < 12Kg)	2 ml
2 anos (12 - < 14Kg)	2.5 ml
3 anos a 5 anos (14 - 19Kg)	3 ml

Nunca exceder estas doses

Segue estes passos quando aplique uma injeção de quinino, sempre e quando está capacitado para administrar injeções intramusculares. Se não, peça alguém que esteja capacitado para que faça. (Alguém pode ensinar-lhe mais tarde a dar injeções).

### Procedimentos para aplicar a injeção de Quinino

- Selecciona e meça a dose com precisão, comprova a concentração disponível na Unidade Sanitária. Assegura-se de ler correctamente o quadro de concentração que está usando.
- O quinino não necessita de misturar. Usa agulha e seringa de tuberculina estéreis.
- Assegura-se que a criança está deitada. O quinino pode causar uma braxa repentina da pressão arterial.
- Administra o medicamento por meio de uma injeção intramuscular profunda.

**NUNCA administre o quinino por meio de uma injeção intravenosa rápida é muito perigoso.** A via intramuscular é mais apropriada e inócua que a intravenosa na unidade sanitária (Ver anexo E5).

\* Internar ou Transferir URGENTEMENTE ao hospital. A criança deve ser levada nos braços, porque **deve permanecer encostada durante uma hora** depois da injeção intramuscular de quinino.

\* Administra também a primeira dose de um antibiótico recomendado para meningite e outra infecção bacteriana grave.

PESO OU IDADE	CLORANFENCOL	PENICILINA CRISTALIZADA	
	Para um frasco de 1 g de Cloranfenicol adicione 5 ml de água esterilizada ou destilada	Para um frasco de 600 mg (1.000.000 unidades)	
	Dose: 30 mg por Kg de 8 em 8 horas 180 mg/ml	Acréscantar 2,1 ml de água destilada 2,5 ml a 400.000 UI/ml	Acréscantar 3,8 ml de água destilada 4,0 ml a 250.000 UI/ml
2 a 4 meses (4 - <8Kg)	0,9 ml = 150 mg	0,1 ml	0,2 ml
4 a 9 meses (6 - <8Kg)	1,2 ml = 1216 mg	0,2 ml	0,4 ml
9 a 12 meses (8 - <10Kg)	1,5 ml = 270 mg	0,4 ml	0,6 ml
1 a 3 anos (10 - <14Kg)	2,0 ml = 360 mg	0,5 ml	0,8 ml
3 a 5 anos (14 - 19Kg)	2,5 ml = 450 mg	0,6 ml	1,0 ml

\* Deverás tratar a criança para prevenir a hipoglicémia.

\* Dá-lhe : paracetamol se tem febre alta segundo o quadro seguinte:

• **Tratar a Febre alta (>38.5 °C), a Dor de Ouvido ou Dor de Garganta**

→ **Dar Paracetamol de seis em seis horas até que a febre ou dor do ouvido passe.**

PARACETAMOL		
IDADE O PESO	COMPRIMIDO 500 mg	Supositório (250mg)
2 a 3 anos (4 - < 14Kg)	1/4	1/2
3 a 5 anos (14 - < 19Kg)	1/2	1

→ **Inicia meios físicos antitérmicos durante 10 a 15 minutos, enquanto o paracetamol começa actuar.**

**Se vai internar a criança na sua Unidade Sanitária:**

\* Dá-lhe a primeira dose de quinino. Repita a dose de quinino depois de 4 horas e de 8 horas. Estas 3 doses são as doses mínimas. Deve administrar quinino (a mesma dose anterior) de 8 em 8 horas (usando o plano de dosificação de 8 horas do anexo E5). Deixa de dar o quinino endovenoso ou intramuscular quando a criança pode tomar o antimalárico de administração oral, já que as injeções de quinino não devem continuar por mais de uma semana. Uma dose demasiada alta pode causar surdez e cegueira, assim como batimento irregular do coração (que pode levar a paragem cardíaca).

\* A decisão se vai administrar quinino por via endovenosa ou intramuscular depende do nível de atenção da sua Unidade Sanitária e se tem pessoal capacitado para administrar medicação endovenosa, capacitado e equipado para atender as complicações (arritmias, hipotensão, etc.).

\* **Se sua Unidade Sanitária é do Primeiro Nível de Atenção:** inicia o tratamento via oral (se a criança pode tomar) caso contrário via intramuscular. Trata a criança na sua Unidade Sanitária e quando poder **Transfira URGENTEMENTE ao hospital.**

\* **Se sua Unidade Sanitária é do Segundo Nível de Atenção:** inicia o tratamento por via endovenosa, monitoriza e avalia a criança até melhorar o estado clínico e depois continua com a via oral (se a criança tolera) até completar o esquema. Se não pode assegurar uma via endovenosa com pessoal capacitado nem tratar as complicações como hipotensão ou arritmia cardíaca, utiliza a via intramuscular.

Para Continuar o tratamento a partir do terceiro dia, deve juntar clindamicina até o final do

Frequência da Dose	Medicamento	Número de dias de tratamento	Dose diária de medicamento (mg/Kg de peso)		
			Dia 1	Dia 2	Dia 3 até Dia 7
Manhã	Quinino	7	10	10	10
	Clindamicina	5	---	---	10
Tarde	Quinino	7	10	10	10
Noite	Quinino	7	10	10	10
	Clindamicina	5	---	---	10

tratamento com quinino, de acordo com a tabela seguinte:

Se não há risco de Malária, não dê quinino a uma criança menor de 4 meses de idade.

\* Repita a injeção de Clorafenicol ou Penicilina Cristalizada de 6/6 horas até a criança receber Clorafenicol ou Amoxicilina por via oral.

## Malária ou provável Malária

\* Depois passa a um antibiótico oral apropriado para completar 10 dias de tratamento.

Se a criança **não** apresenta os sinais gerais de perigo nem rigidez de nuca, observa a fila amarela. Se a criança tem febre numa **área com risco** de Malária, deve-se colher amostra de sangue para exame gota espessa ou esfregaço. Se os resultados podem estar disponíveis dentro de 4 horas, poderás confirmar o caso de Malária e identificar a espécie de *Plasmodium* causador da doença.

### Classificação da Malária

A Malária pode ser:

- Malária por *P. falciparum*
- Malária por *P. malariae*
- Malária por *P. vivax*
- Malária Mista

**Na Malária Mista** o esfregaço é positivo para duas espécies de *Plasmodium*.

A criança classifica-se como **Malária provável** quando:

\* O resultado da gota espessa é negativo mas a criança esteve a fazer tratamento antimalárico durante os períodos de febre, antes de colher a amostra de sangue.

\* O resultado do esfregaço e a gota espessa não estão disponíveis em menos de 4 horas e, é necessário dar o tratamento antimalárico sem esperar mais tempo.

## Tratamento

### Dar um Antimalárico Oral (ver Anexo E5)

A decisão do esquema de tratamento aplicar o doente dependerá se já foi identificado o agente etiológico (*P. falciparum*, *P. malariae*, *P. vivax* ou malária mista), da região a que pertence a Unidade sanitária, e a idade da criança (alguns medicamentos não se podem aplicar nas crianças menores de 6 meses ou menores de 2 anos).

### Se administrar Cloroquina

Explicar a mãe que deve prestar muita atenção a criança durante 30 minutos depois de dar-lhe uma dose de cloroquina. Se a criança vomita durante os primeiros 30 minutos seguintes a doses, deve voltar a receber uma nova dose.

Explicar que o prurido é dos possíveis efeitos colaterais do medicamento, mas não há perigo.

### Se administrar Sulfadoxina + Pirimetamina e Primaquina

Dar uma dose única na Unidade Sanitária.

**Decidir tratamento de acordo com as normas de tratamento do programa de controle da Malária (ver anexo E5):**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado de gota espessa e esfregaço imediato ( em menos de 4 horas) positivo para <i>P. falciparum</i>, <i>P. malariae</i>, <i>P. vivax</i> ou mista</li> </ul>	MALÁRIA POR <i>P. FALCIPARUM</i> O <i>P. MALARIAE</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resultado de gota espessa e esfregaço imediato negativo, mas a criança recebe antimaláricos, ou resultado de gota espessa disponível em 4 horas</li> </ul>	MALÁRIA POR <i>P. VIVAX</i> O MALÁRIA MISTA
	PROVÁVEL MALÁRIA

Há alguns detalhes importantes que há que recordar ao dar um antimalárico por via oral.

\* Ao dar o tratamento com cloroquina se presume que a criança não foi tratada antes com cloroquina. Este dado confirma com a mãe. Pergunta se já fez um tratamento completo com cloroquina durante este episódio de febre. Se assim for, e a criança teve febre, considera esta visita como consulta de controle.

\* Explica a mãe que o prurido é um possível efeito secundário do medicamento, mas que não é perigoso. A criança deve continuar a receber tratamento e deverá regressar a Unidade Sanitária se apresentar náuseas, vômitos frequentes, dor abdominal ou qualquer manifestação de intolerância severa.

\* Todos os casos de malária têm um controle de eficácia do medicamento mediante o exame de gota espessa ou esfregaço: no *P. vivax* em 14 dias; *P. falciparum* aos 3, 14 e 21 dias a partir do início do tratamento.

### Quando deve voltar ao controle?

Se tem Malária por *P. falciparum* e persiste com febre depois de 3 dias da 1ª consulta, ou se a

febre volta depois de 14 dias, assumimos que a criança tem parasitas resistentes ao antimalárico de 1ª linha e por isso a febre continua, tendo que regressar ao controle.

Nestes casos deve-se efetuar uma reavaliação completa da criança usando o quadro AVALIAR E CLASSIFICAR. Trata de descobrir a causa da febre.

- \* Se apresenta algum sinal geral de perigo ou tem rigidez de nuca. Trata como DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE. O tratamento inclui Quinino, 1ª dose de um antibiótico, paracetamol, prevenção da hipoglicemia e transferência ao hospital.

Se já esteve a tomar antibiótico, é muito provável que as bactérias sejam resistentes a este fármaco. Administra-lhe por via intramuscular, se não pode tomar por via oral, o outro medicamento sugerido pelo quadro.

- \* Se tem febre por alguma causa diferente de Malária, trata a causa.
- \* Se a criança tem tido febre todos os dias durante 7 dias ou mais, transfira-lhe URGENTEMENTE ao hospital. Pode ter outra infecção seria.

**Nota:** Se a criança tem estado a tomar cotrimoxazol porque também tem tosse e respiração rápida (pneumonia) e também febre, não pode ser tratada com sulfadoxina-pirimetamina. Ambos medicamentos estão estreitamente relacionados, por isso não devem ser administrados junto. Transfira esta criança ao hospital.

Continua a dar cotrimoxazol se a pneumonia melhora. Caso contrário será necessário dar-lhe outro antibiótico.

## Febre por Malária pouco provável

Classifica-se a criança como febre por Malária pouco provável, quando o resultado do exame de gota espessa e esfregaço em menos de 4 horas é negativo e , a criança não recebeu nenhum antimalárico por febre antes da colheita da amostra de sangue.

Estas crianças não recebem tratamento antimalárico, porque é muito pouco provável que tenham malária. Existe menos probabilidade de ser Malária se a criança tem sinais de outra infecção que pode causar febre. Neste caso dá-lhe o tratamento específico e controla no terceiro dia.

A maior parte das infecções virais duram menos de uma semana. A febre que persiste todos os dias por mais de 7 dias pode ser um sinal de febre tifóide, tuberculose ou outra doença grave. Transfira a criança para uma Unidade Sanitária de maior complexidade para que receba avaliação adicional. Administra paracetamol segundo a dose já revisada.

Para todos os casos, indica a mãe quando deve **voltar imediatamente:**

- Difícil de acordar ou não pode beber nem tomar o peito
- Piora.

## Área sem risco de Malária

Se determinas que a área não tem risco de malária, utiliza o quadro da classificação para **área sem risco** de Malária. Mas a mãe diz que viajou com a criança nos últimos 2 meses a uma **área com Risco**, utiliza o quadro para **área com risco de Malária**.

Ha duas possíveis classificações para a febre na criança de uma **área sem risco** de malária.

➤ **Doença Febril Muito Grave**

➤ **Doença Febril**

### Quadro de classificação na área sem risco de Malária

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualquer sinal geral de perigo</li> <li>• Rigidez de nuca</li> </ul>	<p><b>DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado.</li> <li>→ Trata a febre (38.5°C ou mais) na Unidade Sanitária.</li> <li>→ Transferir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Febre</li> </ul>	<p><b>DOENÇA FEBRIL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Trata a febre (38.5°C ou mais) na Unidade Sanitária.</li> <li>→ Identificar a causa provável da febre e dar tratamento específico.</li> <li>→ Indicar a mãe quando deve voltar imediatamente.</li> <li>→ Controle em 2 dias se a febre persistir.</li> <li>→ Se teve febre todos os dias mais de 7 dias, transferir ao hospital.</li> </ul>

## Doença febril muito grave

Se a criança apresenta algum sinal geral de perigo ou tem rigidez de nuca e não existe risco de malária, classifica como **DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE**.

### Tratamento

Deve dar a primeira dose de um antibiótico apropriado, Cloranfenicol ou Penicilina Cristalizada, prevenir a hipoglicémia e Transferir **URGENTEMENTE** ao hospital. Observa o quadro seguinte para calcular a dose de antibiótico.

PESO OU IDADE	CLORANFENICOL Para um frasco de 1 g de Cloranfenicol adicione 5 ml de água esterilizada ou destilada	PENICILINA CRISTALIZADA Para um frasco de 600 mg (1.000.000 unidades) OU	
	Dose: 30 mg por Kg de 8 em 8 horas 180 mg/ml	Acrescentar 2.1 ml de água destilada a 400.000 UI/ml	Acrescentar 3.6 ml de água destilada a 250.000 UI/ml
2 a 4 meses (4 - <8Kg)	0.9 ml = 150 mg	0.1 ml	0.2 ml
4 a 9 meses (8 - <8Kg)	1.2 ml = 1216 mg	0.2 ml	0.4 ml
9 a 12 meses (8 - <10Kg)	1.5 ml = 270 mg	0.4 ml	0.6 ml
1 a 3 anos (10 - <14Kg)	2.0 ml = 360 mg	0.5 ml	0.8 ml
3 a 5 anos (14 - 19Kg)	2.5 ml = 450 mg	0.6 ml	1.0 ml

→ Transferir é a melhor opção para o menor de 2 meses classificado tendo uma POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE. Se não for possível transferir, dar cloranfenicol ou penicilina cristalizada de 6 em 6 horas.

## Doença febril

Se a criança não tem nenhum sinal de DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE, olhe para a fila seguinte. Se a criança não viajou para uma área com risco de malária nos últimos 2 meses, deve ser classificada como DOENÇA FEBRIL. A febre pode ser devida a um problema incluído na outra classificação como: constipação ou bronquite, disenteria, otite média aguda ou faringoamigdalite aguda. Também a febre pode ser devida a outras causas como abscesso ou celulite.

### Tratamento

Se a febre é alta, dá paracetamol segundo as doses recomendadas.

Aconselha a mãe que volte para **controle em 2 dias**:

Quando uma criança vem de uma área sem risco de malária e a febre persiste depois de 2 dias, pode haver alguma causa que não era evidente na primeira consulta. Faz uma reavaliação completa da criança segundo o caderno de mapas AVALIAR E CLASSIFICAR. Procure a causa da febre. Considere também se a criança tem algum outro problema causador da febre, como tuberculose, infecção das vias urinárias, osteomielite ou um abscesso.

\* Se a criança apresenta **algum sinal geral de perigo ou tem rigidez de nuca**, trata como se tivesse DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE.

\* Se a criança **tem febre por alguma causa diferente da malária**, administre o tratamento ou transfira ao hospital.

\* Certifica-te que a criança não visitou uma área com risco de Malária nos últimos 2 meses. Se visitou, trata-lhe com antimalárico de 1ª linha. Diga a mãe que volte dentro de 2 dias se a febre persistir.

\* Se a criança tem tido febre todos os dias durante 7 dias, transfira ao hospital. São necessários mais provas de diagnóstico para determinar a causa da febre persistente desta criança.

\* Se não há uma causa aparente de febre, assume que é uma infecção viral. Indica a mãe que volte em 2 dias se a febre persistir. Aconselha que dê quantidades adicionais de líquidos e que a mantenha a alimentação.

Durante um episódio de doença a criança perde líquidos por febre, respiração rápida ou diarreia. A criança se sentirá melhor e se manterá mais forte se bebe mais líquidos para prevenir a desidratação e as mães devem dar de mamar as suas crianças com mais frequência. É particularmente importante que as crianças com diarreia bebam mais líquidos, segundo o Plano A ou B.

Uma criança com febre, erupção maculo papular não vesicular, tosse, coriza ou olhos avermelhados classifica-se como PROVAVEL SARAMPO:

#### Quadro de classificação da doença febril eruptiva

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualquer sinal geral de perigo ou</li> <li>• Opacificação da córnea</li> <li>• Úlcera nos olhos ou</li> <li>• Estomatite grave</li> </ul>	<b>SARAMPO com complicações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar Vitamina A</li> <li>→ Dar paracetamol, se tiver febre de 38.5°C ou mais.</li> <li>→ Se houver opacificação da córnea ou secreção dos olhos, aplicar pomada oftálmica de Tetraciclina.</li> <li>→ Transferir URGENTEMENTE para o</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreção nos olhos</li> <li>• Estomatite</li> </ul>	<b>SARAMPO com complicações nos olhos ou boca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar Vitamina A</li> <li>→ Dar paracetamol, se tiver febre de 38.5°C ou mais.</li> <li>→ Se houver secreção dos olhos, aplicar pomada oftálmica de Tetraciclina.</li> <li>→ Tratar as lesões da boca com Violeta de genciana.</li> <li>→ Voltar para o controle em 2 dias</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sarampo agora ou nos últimos 3 meses</li> </ul>	<b>SARAMPO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar Vitamina A.</li> <li>→ Dar paracetamol, se tiver febre de 38.5°C ou mais.</li> <li>→ Voltar para o controle em 2 dias.</li> </ul>

### Provável Sarampo

#### Tratamento

\* Todas as crianças com provável sarampo deveram receber vitamina A porque ajuda a prevenir complicações, ajuda a resistir a infecção nos olhos, e nas mucosas do pulmão, o intestino, a boca e a garganta. A opacificação da córnea, é um sinal de carência de vitamina A, pode evoluir e causar cegueira se não administrar-lhe a vitamina A.

Administra-se a uma criança com provável sarampo, DESNUTRIÇÃO GRAVE ou exoftalmia.

#### → Dar vitamina A

Para sarampo, marasmo ou kwashiorkor, diarreia persistente ou xeroftalmia

#### → Dar duas doses:

- Dar a primeira dose na Unidade Sanitária.
- Entregar a mãe a segunda dose para que a dê no dia seguinte em casa.

IDADE	VITAMINA A	
	200.000 U	100.000 U
Até 6 meses		1/2 Cápsula
6 a 12 meses	1/2 Cápsula	1 Cápsula
1 a 5 anos	1 Cápsula	2 Cápsula

Está disponível em capsulas. Usa a idade da criança para determinar a dose. Administra 2 doses. Dá-lhe a primeira dose na Unidade Sanitária. Entregar a dose a segunda dose a mãe para que a dê no dia seguinte em casa.

Se a criança pode engolir, dá-lhe a capsula de vitamina A e assegura-te que engoliu a capsula inteira. Se a criança não é capaz de engolir a capsula inteira ou somente precisa de metade, abra a capsula. Corta a ponta com um instrumento limpo. Se a capsula de vitamina A não tem ponta perfura capsula com uma agulha estéril, então:

Esvazie o conteúdo de vitamina A na boca da criança.

Assegura-te de que a criança engoliu todo líquido.

Regista na ficha cada vez que dê vitamina A a criança. É importante que o faças porque se dá doses repetidas em pouco tempo corre risco de dar uma sobredose.

Mostra a mãe a quantidade que corresponde a uma dose. Se uma criança necessita menos de uma capsula inteira de vitamina A ou não pode engolir uma capsula inteira, ensina a mãe como abrir a capsula, espreme e deita o líquido na boca da criança.

- \* É importante colher uma amostra de sangue e urina, segundo as indicações do Plano de Eliminação de Sarampo.
- \* Trata a febre se é  $> 38.5$  °C.
- \* É importante fazer o controle 5 dias depois se a febre persistir.

## Outra doença febril eruptiva

Para além da febre a criança apresenta outra erupção cutânea.

### Tratamento

Tratar a febre se é  $> 38.5$ °C e tratar de identificar a causa provável da febre e da erupção.

## B5 Avalia, classifica problemas de ouvido

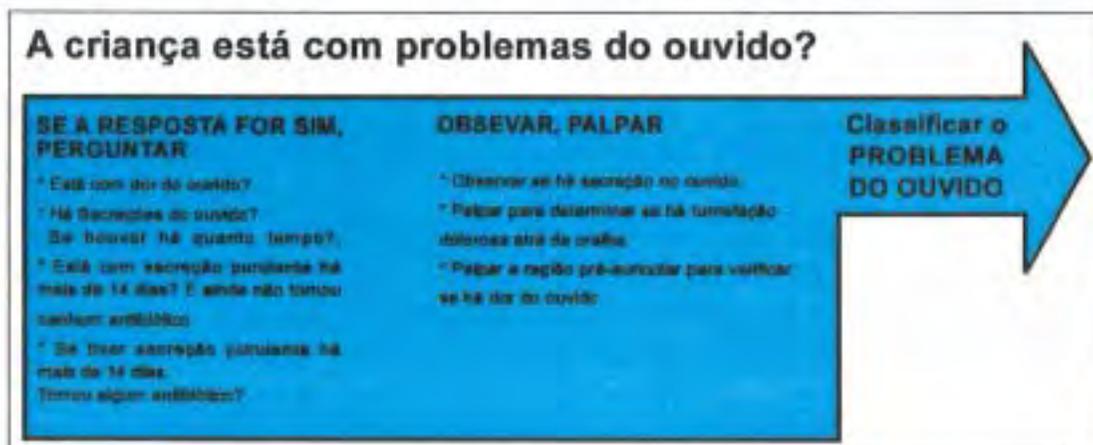
Uma criança com problemas de ouvido tem uma infecção, acumula-se pus no tímpano, causando dor e febre. Se não tratar a infecção, o tímpano perfura-se, apresenta secreção purulenta e a dor diminui. A febre e outros sintomas provavelmente passem mas a criança não ouve bem pela perfuração do tímpano. É comum o tímpano curar-se.

As vezes a infecção estende-se do ouvido ao osso mastoideo que está por detrás da orelha, causando mastoidite. A infecção também pode estender-se do ouvido ao cérebro, causando meningite. Estas são doenças graves. Requerem atenção urgente e transferência do doente ao hospital.

A infecções do ouvido raramente causam a morte. Mas são a causa de muitos idas de doença, em crianças em países em desenvolvimento, e portanto problemas de aprendizagem na escola. O caderno de mapas *AVALIAR E CLASSIFICAR* ajudara-te a reconhecer os problemas de ouvido devidos a infecção.

### Avalie os problemas de ouvido

Numa criança com problemas de ouvido avalie de acordo o seguinte quadro:



**Pergunta:**

### A criança tem problemas de ouvido?

Se a mãe responde **NÃO**, não avalie o problema de ouvido. Passa a avaliar o seguinte problema.  
Se a mãe responde que **SIM**, continua com as outras perguntas:

#### Tem dor do ouvido?

A dor do ouvido pode indicar que a criança tem uma infecção do ouvido. Se a mãe não está segura de que a criança tem dor de ouvido, pergunta-lhe se a criança tem estado irritável e se tem coçado a orelha.

#### Tem supuração no ouvido? Em caso afirmativo, há quanto tempo?

A supuração do ouvido é também sinal de infecção. Ao perguntar sobre a supuração do ouvido, use palavras que a mãe entenda.

Pergunta desde quando. Dê tempo para que ela responda a pergunta. Talvez necessita de recordar-se quando começou a supuração. De acordo com a respostas, poderá classificar e tratar o ouvido.

- Uma supuração do ouvido que está presente por **2 semanas ou mais**, receberá tratamento como otite média crônica.
- Uma supuração do ouvido que está presente por **menos de 2 semanas**, receberá tratamento como otite média aguda.

### Observa se há supuração do ouvido

Olha dentro do ouvido da criança para verificar se sai pus, inclusive se não tem dor.

### Palpa para determinar se tem tumefação dolorosa ao tacto detrás da orelha

Palpa atrás de ambas orelhas. Compara e decide se há tumefação dolorosa do osso mastoideo. Nos latentes, a tumefação pode estar por cima da orelha. Não confunde esta inflamação do osso com os gânglios linfáticos inflamados.

#### Observa os sinais da Mastoidite



Observa esta criança, em especial a orelha esquerda (a que encontra-se a direita na fotografia). Compara com a outra orelha e nota que a orelha esquerda está afastada para fora.



A mesma criança pode ser vista agora por trás. Observa que tem uma zona avermelhada e aumentada de tamanho por detrás da orelha esquerdo, que empura a orelha para fora e para frente.

Fotografias reproduzidas com autorização de: American Academy of Pediatrics-Pediatric Review and Education Program (PREP) on CD-ROM, 1996

## Observa se o tímpano está vermelho (otoscopia)

A técnica de visualização do tímpano realiza-se com o otoscópio.

O espelho do otoscópio permitirá observar o canal auditivo e o tímpano. Normalmente a membrana é transparente e brilhante.

### Observa o tímpano na Otite Média



Observa esta criança com otite média aguda, como o tímpano muda seu aspecto. Na fotografia observa-se um tímpano muito congestivo ao início da doença. Pode evoluir para um tímpano abaulado ou perfurar-se e supurar.

Fotografia reproduzida com autorização de: Medscape ([www.medscape.com](http://www.medscape.com))

O avermelhamento intenso do punho do martelo, a periferia e a *pars flaccida* ocorrem temporariamente na otite média. Quando a infecção está avançada, todo tímpano encontra-se a abaulado.

## Classifica os problemas do ouvido

Há quatro classificações para os problemas do ouvido:

- **Mastoidite**
- **Otite Média Aguda**
- **Otite Média Crónica**
- **Não tem problema de ouvido**

Estas classificações podem-se ver no seguinte quadro que encontra-se dentro do caderno de mapas **AVALIAR E CLASSIFICAR**.

## Quadro de classificação de problemas do ouvido

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumefação dolorosa ao toque atrás da orelha</li> </ul>	<p><b>MASTOIDITE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado.</li> <li>→ Dar uma dose de paracetamol para a dor.</li> <li>→ Transferir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreção purulenta visível do ouvido há menos de 14 dias, ou</li> <li>• Dor do ouvido</li> </ul>	<p><b>INFEÇÃO AGUDA DO OUVIDO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar um antibiótico recomendado durante 10 dias.</li> <li>→ Dar paracetamol para a dor.</li> <li>→ Secar o ouvido usando algodão ou pano limpo.</li> <li>→ Marcar controle dentro de 5 dias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Secreção purulenta visível no ouvido há 14 dias ou mais.</li> </ul>	<p><b>INFEÇÃO CRÓNICA DO OUVIDO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Secar o ouvido usando algodão ou pano limpo.</li> <li>→ Se ainda não tomou, dar um antibiótico apropriado durante 10 dias.</li> <li>→ Marcar o controle dentro de 5 dias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não tem dor no ouvido e não foi notada nenhuma secreção purulenta no ouvido.</li> </ul>	<p><b>NÃO HÁ INFEÇÃO DO OUVIDO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Nenhum tratamento adicional.</li> </ul>

### Mastoidite

Quando a criança tem tumefação dolorosa ao tacto detrás da orelha.

#### Tratamento

Internar ou transferir urgentemente ao hospital. Esta criança necessita tratamento com antibióticos que ser aplicado antes da transferência. Se não tolera via oral, dá-lhe Cloranfenicol ou Penicilina Cristalizada, caso contrário usa cotrimoxazol ou amoxicilina, segundo os quadros já revistos anteriormente nas outras doenças. Se tem muita dor administra-lhe uma dose de paracetamol. Muitas vezes estes pacientes necessitam cirurgia.

### Otite Média Aguda

Usa-se esta classificação quando vês que sai pus do ouvido e teve supuração por menos de duas semanas, ou se tem dor de ouvido ou o tímpano está avermelhado.

#### Tratamento

Administra um antibiótico apropriado, que neste caso pode ser qualquer que se usa para tratar pneumonia; Paracetamol para aliviar a dor de ouvido (ou a febre alta). Seca o pus do ouvido com uma compressa ou pano limpo.

Deve voltar ao controle em 5 dias. Nessa consulta terá de usar os mesmo mapas.

## Otite Média Crônica

Usa - se esta classificação, quando a criança apresenta supuração de ouvido por duas ou mais semanas.

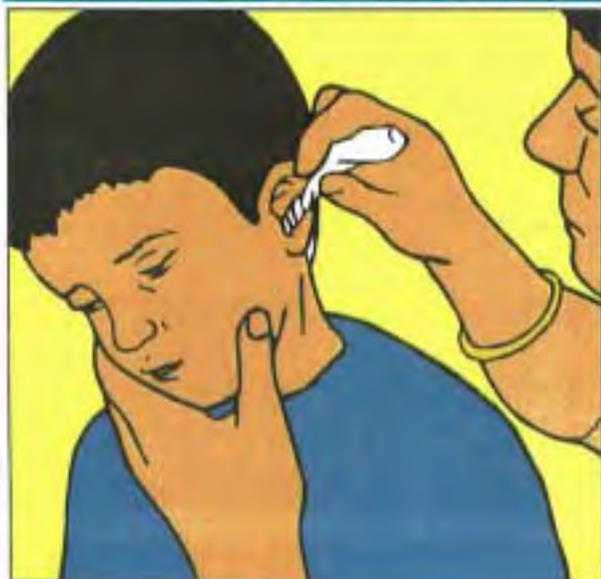
### Tratamento

Quase todas as bactérias que causam a OTITE MÉDIA CRÔNICA são diferentes das que causam infecções de ouvido agudas. Por esta razão, os antibióticos de administração oral não são geralmente eficazes contra as infecções crônicas. Não recomenda-se que administre series de antibióticos para um ouvido que supura.

O tratamento mais importante e eficaz para a OTITE MÉDIA CRÔNICA é manter o ouvido seco com uma compressa ou pano limpo.

- \* Usar um pano limpo e absorvente, ou papel de seda suave e forte, para formar. Não usar cotonetes com algodão na ponta, um pano delgado que entre dentro do ouvido.
- \* Colocar a compressa ou pano limpo no ouvido da criança até que a compressa fique húmida.
- \* Troca a compressa por uma limpa.
- \* Repetir estes passos até que a compressa saia seca. Então o ouvido está seco

### Modo de limpar um ouvido com secreção



- Colocar a compressa ou pano limpo enrolada no ouvido da criança até que fique umida.
- Mudar a compressa ou pano limpo húmido por um limpo.
- Repetir estes passos até que a compressa saia seca.

Gráfico adaptado e modificado de: ARI News

Devera informar à mãe:

- \* Que deve limpar o ouvido com compressa 3 vezes por dia.
- \* Que deve usar este tratamento quantas vezes for necessário até que a compressa saia seca e sem pus.

- \* *Que Não* deve introduzir nada no ouvido (nem azeite ou líquido nem outras substâncias) no período entre os tratamentos com a compressa. *Não* deve deixar a criança nadar. A criança não deve nadar, para evitar que entre água pelo ouvido.

Para certificar se a mãe entendeu, deve fazer perguntas de verificação, tais como:

- «Que materiais vai usar em casa?»
- «Quantas vezes ao dia vai secar o ouvido?»
- «Deve introduzir algo que não seja compressa no ouvido?»

Se a mãe pensa que terá problemas para secar o ouvido com a compressa, ajuda-lhe a resolver. Deve voltar ao controle em 5 dias.

**Depois de 5 dias:**

- Reavaliar o problema do ouvido.
- Tirar a temperatura da criança.

Escolher o tratamento de acordo com os sinais da criança.

- \* Se palpas **tumefação dolorosa por detrás do ouvido** em comparação com o outro lado, a criança pode ter desenvolvido mastoidite. Então a criança piorou e deverá ser transferida URGENTEMENTE ao hospital.
- \* **Otite média aguda:** se a inflamação do tímpano ou secreção do ouvido persiste depois de tomar um antibiótico por 5 dias, trata a criança com o mesmo antibiótico por mais 5 dias. Pede a mãe que volte depois de 5 dias para que possa verificar se a infecção do ouvido está melhorando.

Se o ouvido está a supurar ou a começar a supurar depois da consulta inicial, mostra a mãe como secar o ouvido com uma compressa. Discute com ela a importância de manter o ouvido seco para que cure-se.

- \* **Otite média crônica:** Verifica se a mãe está secando o ouvido com uma compressa de maneira correta. Para tal, peça que descreva ou lhe mostre como faz. Pergunta quantas vezes seca o ouvido por dia, que problemas teve ao tratar e discute como resolve-los. Aconselha-lhe a continuar a secar o ouvido com uma compressa ou pano limpo. Explique que é a única terapia eficaz para um ouvido que supura. Se não secar o ouvido, a audição poderá diminuir.
- \* Se **não tem dor de ouvido nem secreção**, elogia a mãe pelos seu cuidados e diga-lhe que continue administrando até que complete 7 dias de tratamento.

**Não tem problema de ouvido**

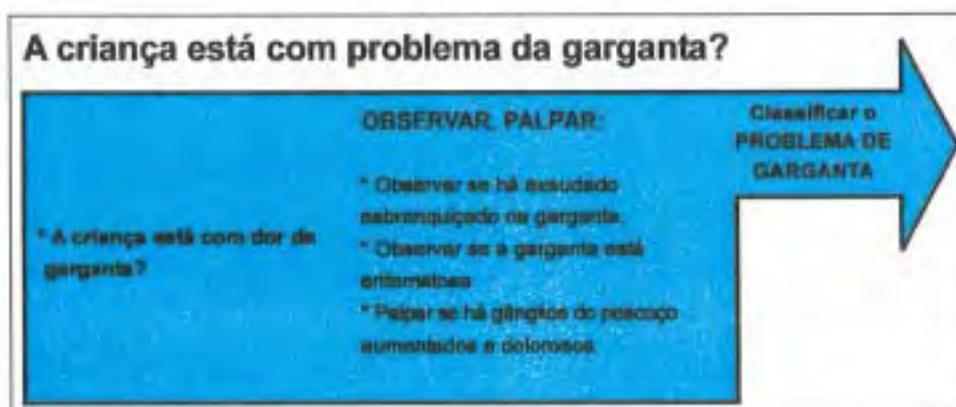
Se não encontra tumefação dolorosa detrás da orelha, nem supuração visível, nem tímpano vermelho, então NÃO TEM PROBLEMA DE OUVIDO e só aconselha a mãe sobre os cuidados da criança em casa.

## B6 Avalia, classifica e trata o problema da garganta

A maior parte das infecções faringoamigdalinas agudas são de origem viral. A faringoamigdalite aguda supurada estreptocócica geralmente não é frequente e não tem complicações de febre reumática em crianças menores de dois anos. Esta complicação é mais frequente em crianças em idade escolar. Para prevenir é importante o tratamento oportuno e adequado.

### Avalia o problema da garganta

Ao iniciar a avaliação do Problema de garganta, primeiro pergunta:



### A criança tem dor na garganta?

Se a mãe responde NÃO, anota a sua resposta e NÃO avalia na criança o problema de garganta. Passa ao seguinte problema. Se a mãe responde SIM, continua com as seguintes perguntas:

### Tem exsudado branco na garganta?

### A garganta está eritematosa?

**Palpa para determinar se tem gânglios aumentados e dolorosos no pescoço.**

## Classifica o problema da garganta

De acordo com os sinais encontrados há três classificações para o problema de garganta:

- **Faringoamigdalite Aguda Supurada.**
- **Faringite Viral.**
- **Não Tem Faringite.**

Observemos o seguinte quadro:

Quadro de classificação dos problemas de garganta

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gânglios linfáticos do pescoço aumentados e dolorosos.</li> <li>• Exsudado branco na garganta</li> </ul>	<b>FARINGOAMIGDALITE AGUDA SUPURADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar uma dose de penicilina benzantínica.</li> <li>→ Dar um remédio inócuo para aliviar a dor de garganta.</li> <li>→ Se a dor não passa a criança tem febre alta, dar paracetamol.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garganta eritematosa ou com exsudado branco, mas sem gânglios linfáticos aumentados e dolorosos</li> </ul>	<b>FARINGITE VIRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar um remédio inócuo para aliviar a dor de garganta.</li> <li>→ Se a dor não passa a criança tem febre alta, dar paracetamol.</li> <li>→ Aconselhar à mãe sobre os cuidados da criança em casa.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não tem garganta eritematosa nem com exsudado branco, nem gânglios linfáticos aumentados e dolorosos.</li> </ul>	<b>NÃO TEM FARINGITE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar um remédio inócuo para aliviar a dor de garganta.</li> </ul>

## Faringoamigdalite aguda supurada

Administra uma dose de penicilina benzantínica, um remédio inócuo para aliviar a dor de garganta e paracetamol se tem dor que não cede ou febre alta.

A penicilina benzantínica é um sal de penicilina que é absorvida lentamente quando se injecta por via intramuscular em uma só dose, produzindo níveis no soro, prolongados e baixos que são efetivos contra o estreptococo, que é o microrganismo mais frequente neste tipo de patologia. Estes níveis são ineficazes contra o *Haemophilus influenzae*, por isso não se deve usar para o tratamento de pneumonia ou de otite aguda. Administra-se unicamente por via intramuscular. Nunca se deve administrar por via intravenosa. Nas crianças de 2 - 4 anos dá-se doses de 600.000 unidades.

- Dar um antibiótico para Faringoamigdalite aguda supurada
- Dar uma dose única intramuscular de penicilina benzatínica

IDADE	DOSE
2 aos 5 anos	600,000 Unidades

## Faringite Viral

Denomina-se assim quando observas a garganta eritematosa, mais não palpas gânglios linfáticos aumentados e dolorosos no pescoço.

### Tratamento

Estas crianças necessitam um remédio inócuo para aliviar a dor de garganta, podendo ser caseiros ou ser administrados na Unidade Sanitária ou comprar na farmácia. Se a dor não pára ou tem febre alta deve receber paracetamol.

Se uma criança alimenta-se exclusivamente de leite materno, não deve receber outras bebidas ou remédios.

Quando explicas como dar o remédio inócuo, não necessita observar a mãe como ela dá. A dose exata não é importante neste tratamento.

## Não tem Faringite

Nestes casos, a criança refere dor, mas a garganta não está eritematosa. Deve receber um remédio inócuo para aliviar esta dor, como:

- \* Leite materno para crianças alimentadas exclusivamente com leite materno.
- \* Para outras crianças: remédios caseiros inócuos, culturalmente aceites em cada zona

**Não se recomenda:** Antitussícos, antihistamínicos e mucolíticos.

## B7 Verifica se tem desnutrição e anemia

Uma criança com desnutrição, mesmo a moderada, está mais exposta a numerosos tipos de doença e a morrer, por isso é importante sua identificação e tratamento. Alguns casos de desnutrição grave podem tratar-se em casa, outros devem ser enviados a um centro de referência para receber tratamento apropriado.

Um tipo de desnutrição é a **malnutrição proteico-energética**. Esta desenvolve-se quando a criança não obtém dos alimentos suficiente energia ou proteínas para satisfazer suas necessidades nutricionais. Uma criança que adoce com frequência também pode desenvolver desnutrição proteico-energética. O apetite da criança diminui e o alimento que consome não utiliza eficientemente.

Na desnutrição proteico-energética:

- A criança pode sofrer emagrecimento grave, um sinal de marasmo.
- A criança pode desenvolver edemas, um sinal de kwashiorkor.
- A criança talvez não desenvolva bem ou atrase o seu crescimento.

Uma criança cuja **dieta carece de quantidades recomendadas de vitaminas e minerais essenciais** pode desenvolver deficiência destes micronutrientes.

- \* A falta de consumo de alimentos que contém vitamina A pode trazer resultados da deficiência desta vitamina e portanto causar cegueira. E se apresenta sarampo e diarreia tem maior risco de morrer.
- \* A falta de consumo de alimentos ricos em ferro pode levar a deficiência de ferro e anemia. **Anemia** é uma redução do número de glóbulos vermelhos e uma quantidade reduzida de hemoglobina em cada glóbulo vermelho. uma criança também pode desenvolver anemia como resultado de:

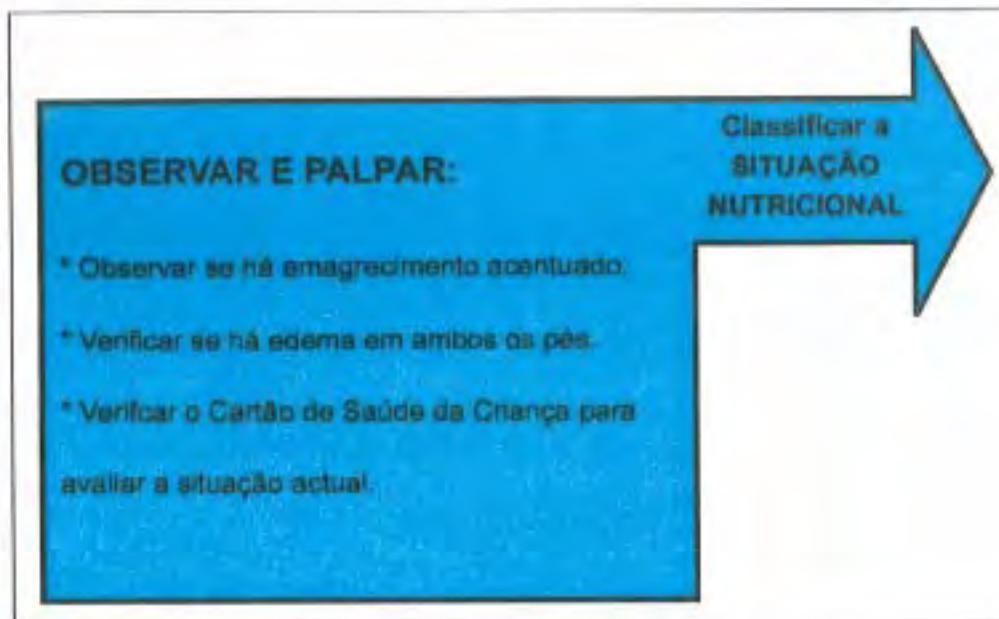
### Infecções

Parasitoses como trichiuriariase ou ancilostomiase. Estes produzem perda de sangue através do intestino.

Malária, que pode destruir rapidamente glóbulos vermelhos. As crianças podem desenvolver anemia lentamente se têm episódios repetidos de Malária, ou se a Malária foi tratada de maneira inadequada.

### Avalia a malnutrição e anemia

Neste quadro que aparece no caderno de mapas AVALIAR e CLASSIFICAR, descreve como avaliar uma criança com desnutrição e anemia.



Primeiro, é necessário que observes. Depois:

### **Determina se tem emagrecimento visível grave**

Uma criança com emagrecimento visível grave tem marasmo, que é uma forma de desnutrição grave. A criança está muito magra, não tem gordura e parece «osso e pele». As crianças com marasmo necessitam tratamento e devem ser enviadas a centro de referência. Algumas crianças são magras mas não tem marasmo.

Para observar se tem marasmo, tire toda a roupa da criança. Observa se tem atrofia muscular nos ombros, braços, nádegas e pernas e vê-se facilmente o contorno das costelas. Observa as ancas da criança, podem parecer pequenas em relação ao tórax e o abdômen. Algumas vezes o abdômen está grande e distendido.

Observe de perfil para ver se falta gordura nas nádegas. Quando a atrofia é extrema, aparecem numerosas pregas na pele das nádegas e músculos e a criança aparenta usar calças largas.

## Sinais de emagrecimento grave visível (MARASMO)



Observe esta criança com marasmo. Tem braços e pernas muito magras. Observam-se os bordos das costelas devido ao emagrecimento da criança.



Observe a mesma criança em perfil. Os bordos das costelas observam-se mais facilmente. Vê-se as pernas e os braços muito magros.



Observe a mesma criança de costas. As nádegas estão tão pequenas que podem ver-se pregas entre as nádegas e as pernas.

Fotografias adaptadas de: WHO. Integrated management of childhood illness. Photographs. WIKV/OHD/97.3.L. Geneva: WHO, 1997.

## Se tem palidez palmar

A palidez da pele fora do comum é um sinal de anemia.

Para ver se a criança tem palidez, observa a palma da mão mantendo-a estendida. Se está pálida, a criança tem palidez palmar leve. Se está tão pálida que parece branca, a criança tem palidez palmar intensa.

### Como pesquisar se tem palidez palmar.



A fotografia mostra duas palmas das mãos estendidas, que são de duas crianças diferentes.

A esquerda observa-se uma mão com palidez palmar. Esta criança tem anemia. A direita observa-se uma mão com coloração normal. Esta criança não tem anemia.

Fotografias adaptadas de: WHO. Integrated management of childhood illness. Photographs. WHO/CHD/97.3.L. Geneva: WHO, 1997.

## Verifica se tem edema em ambos os pés

Observa e palpa para determinar se a criança tem edemas em ambos os pés. Pressiona com teu dedo polegar por uns segundos no lado superior de cada pé. Considera-se que a criança tem edema se fica uma marca no pé quando retiramos o dedo polegar. Pode ter Kwashiorkor, outra forma de desnutrição grave.

### Como pesquisa se tem edemas



A fotografia mostra como observar as pernas e o pé com edema.

Observa como é o sinal de cacifo: pressiona-se uns segundos a pele e larga. Observa que existe uma zona deprimida onde foi feita a pressão com o dedo.



Fotografias adaptadas de: WHO. Integrated management of childhood illness. Photographs. WHO/CHD/97.3.L. Geneva: WHO, 1997.

## Depois é importante que determine o peso para a idade

O peso para a idade permite detectar alterações nutricionais no seguimento das crianças, sempre que se registre nas consultas de controle.

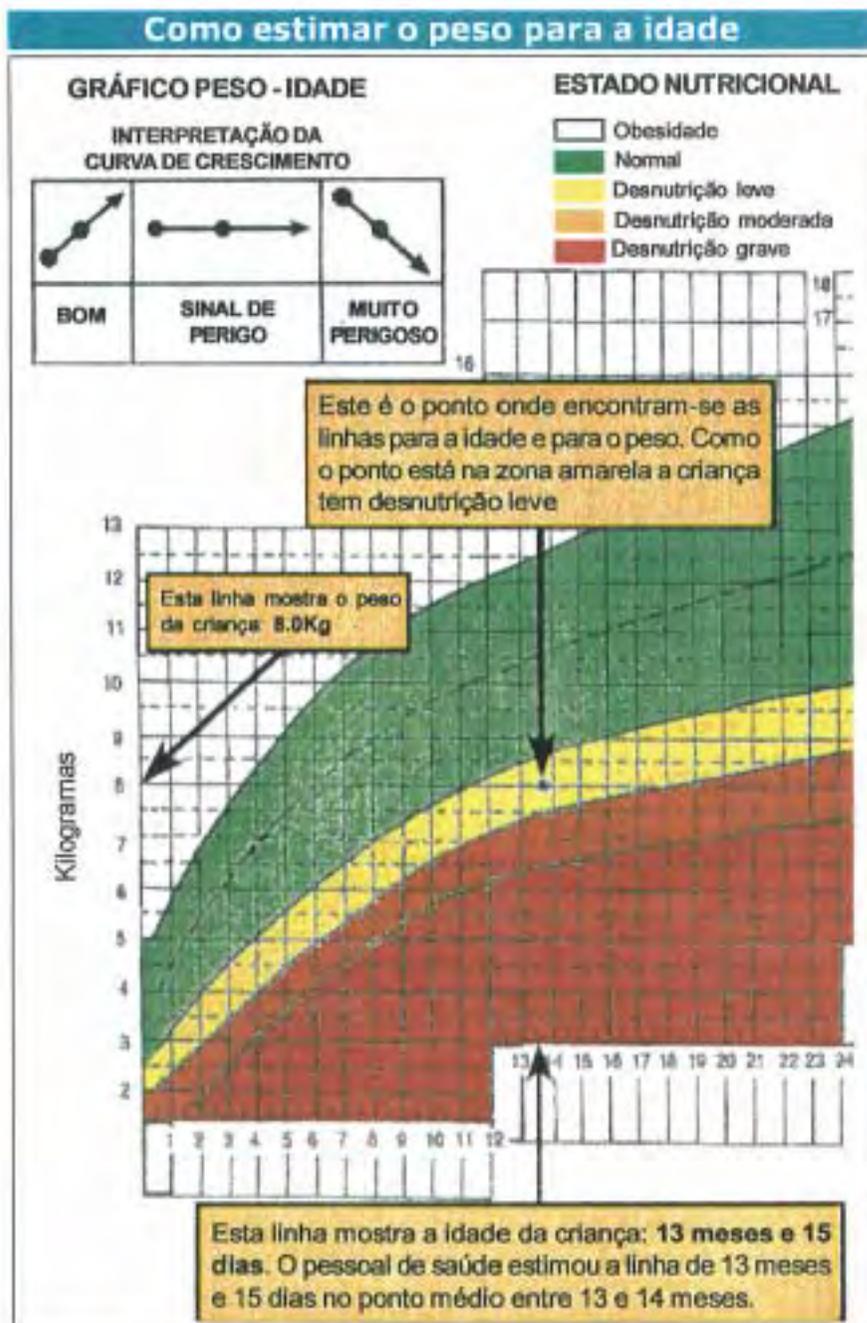
o gráfico de peso para a idade que aparece no cartão de Crescimento e Desenvolvimento do Ministério da Saúde foi desenhado para avaliar de forma sistemática o crescimento em peso das crianças em geral e utiliza-se em combinação com o gráfico de altura para a idade.

Uma vez determinado o peso e localizando no gráfico o peso para a idade, poderá definir se a criança tem peso normal para a idade (zona verde), tem desnutrição leve (zona amarela), desnutrição moderada (zona laranja), ou se tem desnutrição grave (zona vermelha). Se a criança tem registo de pesos anteriores, poderá também determinar se a curva é ascendente, estacionária, ou se é decrescente, considerando-se a curva estacionária ou decrescente como RISCO NUTRICIONAL, até mesmo quando os pesos encontram-se no intervalo normal (zona verde).

### Para determinar o peso para a idade:

1. **Determina a idade da criança em meses.**
2. **Pesa a criança sem roupa ou roupa muito leve. Usa uma balança já calibrada.**
3. **Utiliza o gráfico peso para a idade do cartão de crescimento e desenvolvimento da criança.**
  - O eixo vertical da esquerda corresponde o peso da criança.
  - O eixo horizontal do gráfico corresponde a idade da criança em meses e dias.
  - Marque o ponto do gráfico que corresponde ao cruzamento entre a linha do peso e a linha da idade de criança.
4. **Decide se o ponto está na zona verde, amarela, alaranjada, ou na zona vermelha da curva de peso - idade.**
  - Se o ponto está **na zona verde**, a criança tem peso normal para a sua idade e não está malnutrida.
  - Se o ponto está **na zona amarela**, a criança tem malnutrição leve.
  - Se o ponto está **na zona laranja**, a criança tem malnutrição moderada.
  - Se o ponto está **na zona vermelha**, a criança tem malnutrição grave.
5. **Se tem dados do peso nos controlos anteriores, decide se a curva de peso para a idade é ascendente, estacionária, ou decrescente. Para ter uma avaliação mais certa, pode utilizar, pode utilizar a tabela de ganho de peso e verificar se o peso ganho desde o último controle é adequado (ver Anexo E7).**
  - Se a curva é ascendente e o ponto está na zona verde, **NÃO TEM RISCO NUTRICIONAL.**
  - Se a curva é estacionária ou decrescente, **TEM RISCO NUTRICIONAL** mesmo que o ponto de controle mais recente esteja na zona verde.

**Exemplo:** Uma criança de 13 meses de idade e pesa 8.0 Kg.



### Classificação e tratamento do estado nutricional

Há quatro classificações para o estado nutricional:

- **Malnutrição Grave (Marasmo ou Kwashiorkor) ou Anemia Grave**
- **Malnutrição Moderada ou Anemia**
- **Malnutrição Leve ou Risco Nutricional**
- **Não tem Malnutrição, nem Risco Nutricional nem Anemia**

### Quadro de classificação e tratamento da Malnutrição

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Emagrecimento acentuado ou</li> <li>• Edema em ambos os pés</li> </ul>	<p><b>MALNUTRIÇÃO GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar vitamina A</li> <li>→ Manter a criança agasalhada.</li> <li>→ Prevenir a hipoglicemia</li> <li>→ Transferir URGENTEMENTE para o hospital</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso muito baixo para a idade</li> </ul>	<p><b>MUITO BAIXO PESO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Avaliar a alimentação do lactente e aconselhar à mãe sobre a alimentação, em combinação com o quadro "Recomendações para a Alimentação da Criança".</li> <li>→ Se tem problemas de alimentação marcar controle dentro de 5 dias.</li> <li>→ Informar à mãe sobre quando voltar imediatamente.</li> <li>→ Marcar controle após 14 dias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso para a idade não é muito baixo e não tem nenhum outro sinal de malnutrição</li> </ul>	<p><b>SEM MUITO BAIXO PESO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Se a criança tiver menos de 2 anos de idade, avaliar a sua alimentação e orientar à mãe sobre a sua alimentação segundo o Item ALIMENTO no quadro "Recomendações para a Alimentação da Criança".</li> <li>→ Se a alimentação for um problema, marcar o controle dentro de 5 dias.</li> <li>→ Informar sobre quando voltar imediatamente.</li> </ul>

### Quadro de classificação e tratamento da Anemia

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palidez palmar grave</li> </ul>	<p><b>ANEMIA GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar a 1ª dose de Quinino IM.</li> <li>→ Manter a criança agasalhada.</li> <li>→ Prevenir a hipoglicemia.</li> <li>→ Transferir URGENTEMENTE para o hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Palidez palmar ligeira</li> </ul>	<p><b>ANEMIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar ferro.</li> <li>→ Dar antimalárico oral.</li> <li>→ Dar mebendazol se a criança tiver mais de 1 ano de idade.</li> <li>→ Marcar controle após 14 dias.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sem palidez palmar</li> </ul>	<p><b>SEM ANEMIA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Recomendar à mãe sobre quando voltar imediatamente.</li> </ul>

## Malnutrição severa (Marasmo ou Kwashiorkor) ou Anemia Grave

Quando a criança tem emagrecimento grave visível, edema em ambos os pés ou palidez palmar intensa. Também se a criança é classificada como malnutrição severa (zona vermelha) segundo os gráficos de peso para a idade do cartão de crescimento e desenvolvimento.

### Tratamento

As crianças classificadas como MALNUTRIÇÃO SEVERA (MARASMO OU KWASHIORKOR) ou ANEMIA GRAVE correm risco de morte por pneumonia, diarreia, sarampo e outras doenças graves. Estas crianças necessitam ser transferidas de urgência ao hospital aonde o tratamento pode ser monitorizado atentamente. Provavelmente necessitam alimentação especial, antibióticos ou transfusões de sangue. Antes de que a criança seja transferida, administre uma dose de vitamina A, como já foi explicado no tratamento do problema de sarampo.

## Malnutrição Moderada ou Anemia

Classifica-se assim, quando a criança é classificada como malnutrição moderada de acordo com gráfico de peso-idade do cartão de crescimento e desenvolvimento (Zona alaranjada), ou apresenta palidez palmar a noite.

### Tratamento

Estas crianças correm maior risco de desenvolver uma doença grave. Avalia e aconselha a mãe sobre a alimentação do seu filho de acordo com as recomendações seguintes:

- \* Deve perguntar a mãe como alimenta seu filho e assim poder dar-lhe conselhos pertinentes para o caso.
- \* Elogia para as praticas apropriadas e recomenda-lhe se tiver que mudar algumas algo. Sempre utiliza a linguagem simples e no final faz perguntas de verificação, as encontrarás nos «RECOMEDANÇÕES PARA A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA».

**Se tem problemas de alimentação, deve voltar a sua consulta em 2 dias:****→ Avaliar a alimentação da criança**

Fazer perguntas sobre qual é a alimentação habitual da criança e, em particular, sobre a alimentação durante esta doença: Comparar a resposta da mãe com as das **Recomendações para alimentação**, consoante a idade da criança.

**PERGUNTAR**

→ Amamenta a sua criança?

- Quantas vezes dá o leite do peito durante o dia?
- Também amamenta à noite?

→ A criança ingere algum outro alimento ou bebe algum líquido?

- Que alimentos ou líquidos?
- A criança come do seu próprio prato?
- Quem dá de comer à criança e como?

→ Durante esta doença, houve mudança na alimentação da criança? Se houve, qual?

**Depois de 2 dias:**

- \* Reavalia a alimentação da criança mediante os passos que figuram no quadro em cima.
- \* Consulta a história da criança ou a nota da consulta de controle para obter a descrição de qualquer problema de alimentação encontrado na primeira consulta e os conselhos prévios. Pergunta a mãe como se está seguindo os conselhos.
- \* Aconselha a mãe sobre qualquer problema de alimentação novo ou persistente.
- \* Se a criança tem risco nutricional ou malnutrição, pede a mãe para que volte 7 dias depois da primeira consulta para medir o aumento de peso e verificar se as mudanças introduzidas na alimentação estão fazendo efeito.

**Se não há problemas de alimentação deve voltar 7 dias depois****Depois de 7 dias:**

Para avaliar a criança, pesa-a e determina se o peso está na zona alaranjada do gráfico de peso para a idade do cartão de crescimento e desenvolvimento. Também reavalia a alimentação perguntando a mãe as questões do quadro em cima.

## Secção 2

# Atenção à criança menor de 2 meses de idade

---

## C Atenção à criança menor de 2 meses de idade

Nesta parte aprenderá a tratar uma criança doente menor de 2 meses de idade. O procedimento é muito parecido ao de uma criança maior doente.

Estas crianças têm características especiais que devem ser consideradas quando classifica-se a doença. Podem adoecer e morrer em curto espaço de tempo por uma doença muito grave, ou por uma infecção bacteriana local que por falta de tratamento pode evoluir numa doença muito grave. Com frequência apresentam só sinais gerais como pobre sucção, pouco movimento, febre ou temperatura corporal baixa. A retracção subcostal leve é normal em crianças desta idade porque a parede torácica é fina. Por estas razões, avaliará, classificará e administrará tratamento de maneira mais ou menos diferente das crianças maiores. No caderno de mapas **Avaliar e Classificar a criança menor de 2 meses de idade** há uma lista dos sinais especiais que tens que avaliar, assim como as classificações e tratamentos.

Parte do que já aprendeu sobre o tratamento de crianças doentes de 2 meses a 4 anos de idade serve para as crianças deste grupo

### C1 Verifica a doença muito grave e a infecção bacteriana local

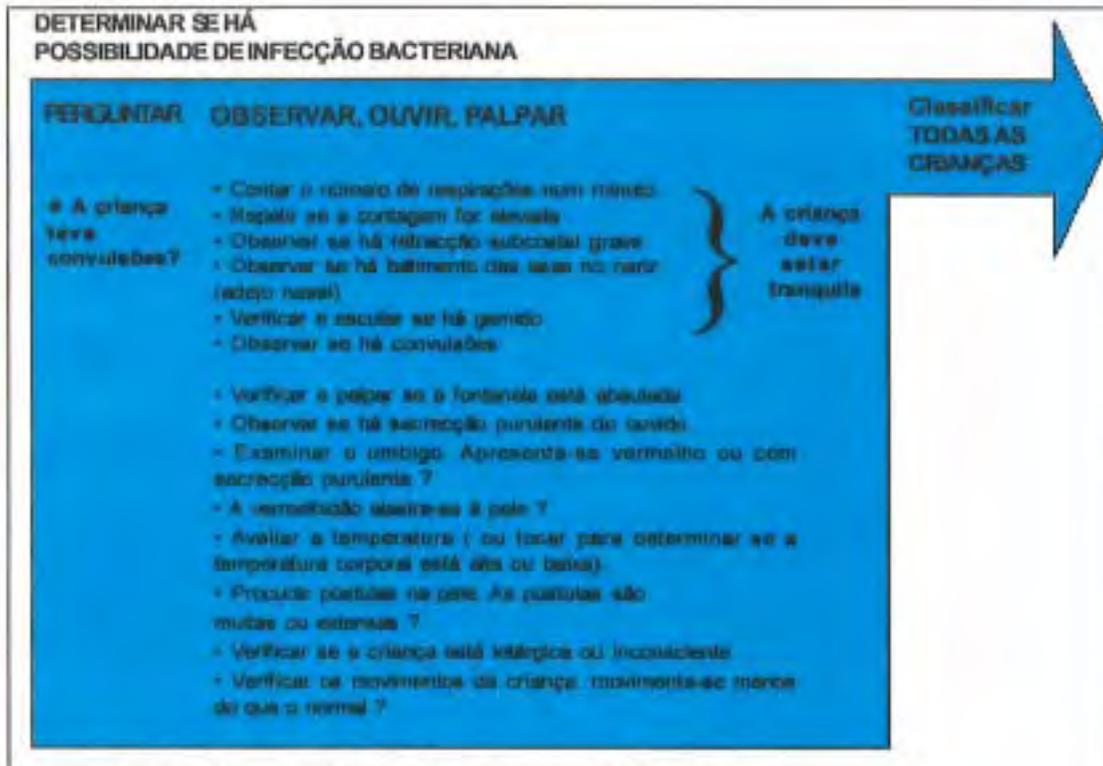
Recorda-se que a criança menor de 2 meses de idade pode adoecer e morrer muito rapidamente por uma **doença muito grave** como pneumonia, septicemia e meningite. Por isso é muito importante que investigue sinais de doença muito grave. Também deve investigar sinais de **Infecção Bacteriana Local**, porque se não se trata pode converter-se numa **Doença muito grave**.

Avalia os sinais na ordem apresentada no quadro de procedimentos. A criança *deve estar tranquila* e pode estar dormindo enquanto avalia os primeiros sinais, ou seja, enquanto conta as respirações, observas a retracção subcostal e examinas a fontanela. Para avaliar os outros

sinais, deve retirar a roupa, observar a pele de todo o corpo e medir a temperatura. Para que então provavelmente esteja desperto e possa observar como estão seus movimentos.

### Determina se é possível que se trate de uma doença muito grave

Para averiguar sobre a existência de uma **doença muito grave** observa o quadro seguinte e a seguir avalia cada sinal.



→ Pergunta a mãe: a criança teve convulsões?

→ Observa: conta as respirações em um minuto.

→ Repete a contagem.

Conta a frequência respiratória como o faria com uma criança maior de 2 meses. As crianças menores de 2 meses de idade geralmente respiram a um ritmo mais rápido, de modo que 60 respirações por minuto é o limite empregue, para identificar a respiração rápida numa criança desta idade.

Nas crianças menores de 2 meses, se a primeira contagem é de 60 respirações ou mais, repete a contagem. É importante fazê-lo porque a frequência respiratória pode ser irregular. A criança deixará de respirar ocasionalmente por poucos segundos, ao que se seguirá um período de respiração mais rápida. Se a segunda contagem é também de 60 respirações ou mais, então tem respiração rápida.

→ Observa se há retracção subcostal grave.

Observa a retracção subcostal tal como observaria numa criança maior de 2 meses. Porém, a retracção subcostal leve é normal neste grupo, porque a parede torácica é fina. Para que exista retracção subcostal, esta deve ser profunda, constante e fácil de ver.

→ **Observa e palpa para ver se a fontanela está abaulada**

A fontanela é o espaço macio na cabeça da criança, onde os ossos da cabeça não se formaram por completo. Mantém a criança em posição erecta; não deve estar chorando. A seguir observa e palpa a fontanela. Se a fontanela está abaulada em vez de plana, é provável que a criança tenha meningite.

→ **Observa o umbigo. Está avermelhado ou com secreções?**

**O avermelhamento estende-se à pele?**

*vermelhidão*

O cordão umbilical geralmente se desprende do umbigo uma semana depois do nascimento. Pode haver algum avermelhamento na base do umbigo, ou pode estar supurando. A gravidade da infecção é determinada pela medida da extensão do avermelhamento ao redor do umbigo. Caso se estenda à pele da parede abdominal (como se observa na imagem), trata-se de uma infecção grave.



→ **Tira a temperatura ou palpa para verificar se tem febre ou temperatura corporal baixa**

Nos dois primeiros meses de vida a febre (temperatura axilar superior a 37,5°C ou temperatura rectal superior a 38°C) é pouco comum. Mas se o apresenta pode ser o *único* sinal de doença muito grave. É mais frequente que tenham hipotermia, quer dizer, temperatura corporal inferior a 35,5°C ou temperatura rectal de 36°C.

Se não tem termómetro, palpa o abdómen da criança ou a axila e determina se está quente ou demasiado frio.

→ **Observa se há pústulas na pele. Há muitas pústulas ou são extensas?**

Examina a pele de todo o corpo. As pústulas cutâneas são manchas ou ampolas coloridas que contêm pus. Vê-se pústulas, são poucas ou numerosas?; quando são numerosas ou extensas, indicam uma infecção grave. Considera-se pústula extensa quando esta é grande e tem avermelhamento à volta dela.



→ **Observa os movimentos da criança. Move-se menos que o normal?**

Observa os movimentos da criança enquanto prossegue a avaliação, visto que a criança desperta move normalmente os braços e as pernas ou gira a cabeça várias vezes num minuto.

As crianças desta idade dormem a maior parte do tempo, o que não é sinal de doença. Se a criança não desperta durante a avaliação, peça à mãe que o acorde. Observa se desperta quando a mãe fala com ela ou a sacode suavemente ou quando aplaude. Observa se ela se mantém acordada.

Se não acorda e conseqüentemente não se observam movimentos de braços e pernas pode ser que tenha uma doença muito grave.

**Classificação e tratamento da doença muito grave e da infecção bacteriana local**

Compara os sinais da criança com os da lista e escolhe a classificação apropriada. Se apresenta algum dos sinais da fila de cor vermelha, escolhe DOENÇA MUITO GRAVE. A criança que não apresenta nenhum dos sinais da fila vermelha mas tem algum dos sinais da fila de cor amarela tem uma INFECÇÃO BACTERIANA LOCAL. Se a criança não tem nenhum dos sinais, não se classifica como doença muito grave nem como infecção bacteriana local. Escolhe apenas uma das classificações deste quadro.

## AVALIAR, CLASSIFICAR E TRATAR A CRIANÇA (DE 1 SEMANA ATÉ 2 MESES DE IDADE)

SINAIS:	CLASSIFICAR COMO:	TRATAMENTO: ( Os tratamentos urgentes antes de referir encontram-se na parte escura)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsões ou</li> <li>• Respiração rápida ( 60 ou mais por minuto ) ou</li> <li>• Retracção subcostal grave ou</li> <li>• Batimento das asas do nariz ou</li> <li>• Gemido ou</li> <li>• Fontanela abaulada ou</li> <li>• Secreção purulenta do ouvido ou</li> <li>• Vermelhidão umbilical que se alastra à pele ou</li> <li>• Febre ( 37.5 C ou mais ou está quente ao toque) ou temperatura oronal baixa ( menos de 35.5 C ou fria ao toque ) ou</li> <li>• Pústulas no corpo, muitas ou graves ou</li> <li>• Letárgico ou inconsciente ou</li> <li>• Movimenta-se menos que o normal?</li> </ul>	<p><b>POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar a primeira dose dos antibióticos por via intramuscular.</li> <li>• Tratar para evitar hipoglicémia.</li> <li>• Se tiver mais de 1 mês estas convulsões com diazepam.</li> <li>• Aconselhar a mãe a manter a criança aquecida durante o percurso para o hospital.</li> <li>• Transferir <b>URGENTEMENTE</b> para o hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umbigo vermelho ou com secreção ou</li> <li>• Pústulas na pele</li> <li>• Secreção purulenta nos olhos</li> </ul>	<p><b>INFECÇÃO BACTERIANA LOCALIZADA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar um antibiótico oral apropriado</li> <li>• Ensinar à mãe a cuidar da infecção localizada em casa.</li> <li>• Recomendar à mãe a prestar os cuidados caseiros à criança</li> </ul>

### Doença muito grave

Uma criança com um ou mais sinais desta classificação pode ter uma doença muito grave, como pneumonia, septicemia ou meningite e correr risco de morte. É difícil distinguir entre estas infecções pelo que não é necessário especificar o diagnóstico antes de decidir o tratamento, o qual já está determinado para cada classificação

Uma criança com algum dos sinais de DOENÇA MUITO GRAVE necessita ser internada ou transferida **URGENTEMENTE** ao hospital. Mas antes de transferi-la:

**1. Administrar a primeira dose de antibióticos por via intramuscular ou endovenosa:** Gentamicina e Penicilina Cristalizada já que estas crianças se infectam por uma variedade mais ampla de bactérias que as crianças maiores. Para as doses observa o quadro que se segue:

PESO	GENTAMICINA Dose: 2,5 mg por Kg/Dose	PENICILINA CRISTALIZADA Dose: 50.000 unidades por Kg/Dose	
	Volume a aplicar com uma diluição de 10 mg/ml (*)	Para frasco de 600 mg (1.000.000 unidades) <b>OU</b> Acrescentar 2,1 ml de água destilada a 400.000 u / ml <b>OU</b> Acrescentar 3,6 ml de água destilada a 250.000 u / ml	
1 Kg	0,25 ml	0,1 ml	0,2 ml
2 Kg	0,50 ml	0,2 ml	0,4 ml
3 Kg	0,75 ml	0,4 ml	0,6 ml
4 Kg	1,00 ml	0,5 ml	0,8 ml
5 Kg	1,25 ml	0,6 ml	1,0 ml

(\*) Para obter uma diluição de 10 mg/ml segundo a quantidade na ampola:

- ampola de 20 mg: não se dilui
- ampola de 40 mg: adiciona-se 2 ml de água estéril
- ampola de 80 mg: adiciona-se 6 ml de água estéril

→ Para uma criança menor de 2 meses classificada como uma DOENÇA MUITO GRAVE o melhor é transferi-la. Se não é possível transferir de imediato, dar Penicilina Cristalizada de 6/6 horas *mais* gentamicina de 8/8 horas.

### Como usar a Gentamicina?

Revê o que diz o quadro sobre Gentamicina para determinar sua diluição. Verifica se deverá usar-se sem diluir ou diluída com água estéril. Quando estiver pronta para usar q diluição deverá ser de 10mg/ml.

Decide a dose pela fila do quadro mais próximo ao peso da criança.

### Como usar a Penicilina Cristalizada?

Revê o que diz o quadro sobre Penicilina Cristalizada para determinar sua diluição. Deverá misturar uma ampola de 1 milhão de unidades em pó com 3,6 ml de água estéril. Isto te permitirá ter uma diluição de 250 000 UI/ml. Se tem uma ampola com quantidade diferente de penicilina Cristalizada, ou se usa uma quantidade diferente de água estéril que aquela que aqui se descreve, o quadro de dosificação não será correcto. Nesse caso, segue minuciosamente as instruções do fabricante para combinar água estéril e volta a calcular a dose.

### Tem Ampicilina na sua Unidade Sanitária?

Se tens ampicilina para uso endovenoso ou intramuscular na Unidade Sanitário, pode utilizá-la em vez da Penicilina Cristalizada, indicando uma dose de 50mg/kg cada 6 horas por via endovenosa ou intramuscular. Neste caso, segue minuciosamente as instruções do fabricante para preparar a diluição adequada.

**2. Se a criança com possível doença muito grave não pode ir a um *hospital*,** deve-se continuar o tratamento com estes antibióticos de administração intramuscular ou endovenosa.

É raro que as crianças desta idade tenham malária, portanto não administre tratamento para malária grave.

→ Aconselha à mãe sobre a maneira de manter abrigada a criança durante a viagem ao hospital, pois eles têm dificuldade em manter sua temperatura corporal. A temperatura baixa pode matar a criança.

Se a mãe está habituada a enrolar a criança junto a ela, essa é uma boa maneira de mantê-la abrigada durante o caminho ao hospital.

→ Prevenção da hipoglicémia.

Recorda-se como se previne a hipoglicémia em crianças maiores?

.....

.....

Da mesma maneira se faz neste grupo etário.

→ Prepara uma nota autorizando a referência.

→ Transfira a criança URGENTEMENTE ao hospital; se a criança tem diarreia, no trajecto a mãe lhe dará goles frequentes de SRO. Aconselha a mãe que continue amamentando-a.

→ Não administre vacinas antes da transfência.

Se a mãe não vai levar a criança ao hospital, deve tratar que se mantenha na Unidade Sanitária ou num centro próximo onde possa ser observado várias vezes ao dia.

## Infecção Bacteriana Local

É quando a criança tem o umbigo infectado (avermelhado ou com supuração) ou uma infecção cutânea (pústulas escassas ou isoladas).

### **Tratamento**

O tratamento compreende:

→ A administração de um antibiótico apropriado por via oral durante 7 dias, segundo o quadro seguinte:

**Dar um antibiótico oral apropriado  
Para uma infecção bacteriana localizada**

IDADE OU PESO	AMOXICILINA Dar três vezes ao dia, durante 7 dias	
	Xarope 125mg em 5ml	Xarope 250mg em 5ml
Nascimento a 1 mês ( < 3 Kg)	2.5ml	1.25ml
1 mês a 2 meses (3 - 4 Kg)	5ml	2.5ml

Para aqueles casos em que não tenha amoxicilina na Unidade Sanitária, utiliza cefalexina ou cefradina nas doses recomendadas pelo fabricante.

Para cumprir os passos deste quadro, deves ensinar à mãe como dar um antibiótico por via oral em casa, como medir a dose, ou como desfazer e misturar um comprimido com um líquido. Guia-a no que necessite para dar a primeira dose e ensina-lhe o plano de administração. Observa a mãe e verifica mediante perguntas se realmente sabe como dar o antibiótico.

**Nota:** Evita o uso de cotrimoxazol numa criança menor de 1 mês de idade que é prematuro ou icterico. Administra, em troca, dicloxacilina, cefalexina ou cefradina.

→ **O tratamento na casa das infecções locais que podem ser:**

**Pústulas da pele ou infecções do umbigo**

- Lavar as mãos
- Lavar suavemente com água e sabão para tirar o pus e as crostas
- Secar a zona
- Lavar as mãos.

**Candidíase oral (placas brancas na boca)**

- Lavar as mãos
- Lavar a boca da criança com um pano suave enrolado num dedo e humedecido com água bicarbonada
- Aplicar na boca da criança pinceladas de violeta de genciana com uma concentração equivalente à medida do normal (0,25 %)
- Lavar as mãos.

Explica e demonstra o tratamento à mãe. Recorda-lhe que volte 2 dias depois para prosseguir a observação da criança, ou antes se a infecção piorar. Deverá deixar de usar

violeta de genciana depois de 5 dias. Verifica mediante perguntas se ela sabe administrar o tratamento antibiótico e quando deve regressar.

Se a mãe tem que tratar a monilíase, entrega-lhe uma garrafa de violeta de genciana diluída à metade (0,25 %).

**→ É necessário que a mãe regresse com a criança depois de 2 dias para assegurar-se que a infecção está melhorando. A infecção bacteriana local pode avançar rapidamente nas crianças desta idade.**

Na consulta de controle segue estas instruções:

**Depois de 2 dias:**

Examina o umbigo. Está avermelhado ou apresenta supuração? O avermelhamento se estende à pele? Examina as pústulas da pele. São muitas e extensas? Logo escolhe o tratamento apropriado:

- Se tem pus, avermelhamento igual ou pior ou há mais pústulas que antes, refere a criança ao hospital.
- Se o pus e o avermelhamento tiverem melhorado diz à mãe que continue administrando-lhe por 7 dias o antibiótico que lhe foi prescrito na primeira consulta. "Melhorando" quer dizer que há menos pus e que secou. Também há menos avermelhamento. Recomenda que é importante continuar dando o antibiótico inclusive quando a criança está melhorando e seguir tratando a infecção local em casa por 7 dias (limpando as pústulas da pele ou o umbigo).

Se a criança teve Candidíase:

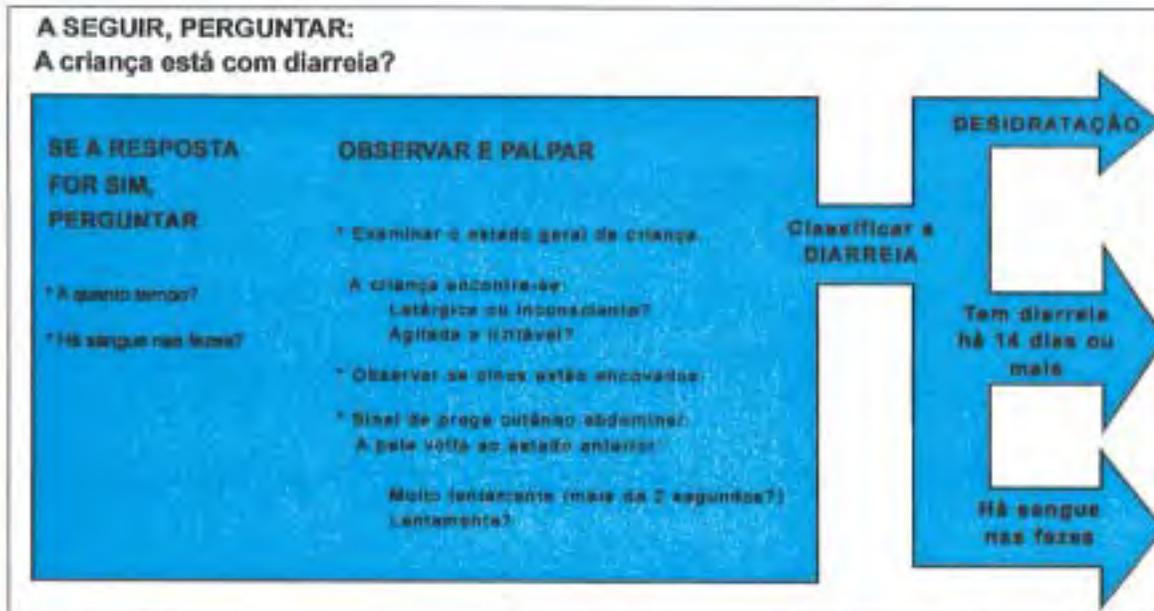
**Depois de 2 dias:**

Verifica se há placas brancas na boca (candidíase)  
Reavalia a alimentação

- Se a **Candidíase piorou** ou se a criança **tem problemas com a pega ou a sucção**, refere-a ao hospital. É muito importante que se trate a criança de maneira que possa voltar a alimentar-se bem o mais rápido possível.
- Se a Candidíase está **igual ou melhor** e a criança se **está alimentando bem**, continua o tratamento com violeta de genciana diluída à metade, só até 5 dias.

## C2 Avalia, classifica e trata a diarreia

As crianças com aleitamento materno exclusivo têm fezes normalmente frequentes ou soltas sem chegar a ser diarreia. Mesmo assim, a mãe pode reconhecer a diarreia porque a consistência ou frequência das dejectões é diferente das normais. A avaliação é parecida à que se faz em crianças maiores. A sede geralmente não se avalia porque não é possível distinguir a sede da fome neste grupo de crianças.



### Classifica a diarreia

A diarreia da criança menor de 2 meses de idade classifica-se da mesma maneira que a da criança maior. Compara os sinais da criança com os da lista e escolhe uma classificação para a desidratação. Elege uma classificação adicional se a criança tem diarreia há 14 dias ou mais, ou sangue nas fezes.

<p><b>Dois dos sinais seguintes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Letárgico ou inconsciente</li> <li>• Olhos encovados</li> <li>• Sinal de prega cutânea a pele volta muito lentamente ao estado anterior</li> </ul>	<p><b>DESIDRATAÇÃO GRAVE</b></p>	<p>→ Se a criança não tiver nenhuma POSSÍVEL INFEÇÃO BACTERIANA grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar líquidos para desidratação grave (Plano C).</li> </ul> <p>→ Se a criança tiver também uma possível infecção BACTERIANA grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferir URGENTEMENTE para o hospital com a mãe a administrar goles frequentes de SRO durante o percurso.</li> <li>• Recomendar à mãe a continuar o aleitamento materno.</li> </ul>
<p><b>Dois dos sinais seguintes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Agitado, irritável</li> <li>• Olhos encovados</li> <li>• Sinais de prega cutânea: a pele volta lentamente ao estado anterior</li> </ul>	<p><b>COM SINAIS DE DESIDRATAÇÃO</b></p>	<p>→ Para os casos de alguma desidratação, dar líquidos e alimentos (Plano B).</p> <p>→ Se a criança tem também DOENÇA MUITO GRAVE:</p> <p>→ Se a criança tiver também uma POSSÍVEL INFEÇÃO BACTERIANA GRAVE: Transferir URGENTEMENTE para o hospital com a mãe a administrar goles frequentes de SRO durante o percurso.</p> <p>→ Recomendar à mãe a continuar o aleitamento materno.</p>
<p>Não há sinais suficientes para classificar o caso como sinais de desidratação ou desidratação grave</p>	<p><b>SEM DESIDRATAÇÃO</b></p>	<p>→ Dar líquidos para tratar a diarreia em casa (Plano A).</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Com diarreia há 14 dias ou mais.</li> </ul>	<p><b>DIARREIA PERSISTENTE GRAVE</b></p>	<p>→ Se a criança estiver desidratada, tratar a desidratação antes de transferir, a não ser que o lactente também tenha uma POSSÍVEL INFEÇÃO BACTERIANA GRAVE.</p> <p>→ Transferir para o hospital.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangue nas fezes</li> </ul>	<p><b>SANGUE NAS FEZES</b></p>	<p>→ Transferir URGENTEMENTE para o hospital.</p>

Nota que no quadro anterior há só uma classificação possível para a diarreia persistente na criança menor de 2 meses de idade. Isto deve-se ao facto de toda criança com diarreia persistente já sofreu de diarreia grande parte da sua vida e deverá ser transferida ao hospital. Em caso de sangue nas fezes também deve ser transferida ao hospital.

No que respeita ao tratamento da desidratação, é similar ao que se usa nas crianças maiores.

Se a criança menor de 2 meses de idade tem DESIDRATAÇÃO GRAVE (e não tem uma DOENÇA MUITO GRAVE), a criança necessita de rehidratação com líquidos endovenosos, conforme o Plano C. Se podes administrar terapia endovenosa, administra. Caso contrário, transfira-a URGENTEMENTE ao hospital.

Se a criança menor de 2 meses de idade tem tanto DESIDRATAÇÃO GRAVE como DOENÇA MUITO GRAVE, transfira-a URGENTEMENTE ao hospital. A mãe deverá dar-lhe goles frequentes de SRO durante a viagem ao hospital e continuar amamentando-a.

## **Tratamento**

### **Segundo o grau de desidratação**

Já aprendeu o plano A para tratar a diarreia em casa e os planos B e C para rehidratar a criança. Mas há alguns pontos especiais que recordar acerca da administração destes tratamentos na criança menor de 2 meses.

#### **Plano A: Tratar a diarreia na casa**

As crianças que têm diarreia necessitam de líquidos adicionais e alimentação contínua para prevenir a desidratação e a perda de peso. A melhor maneira de lhe dar líquidos adicionais e continuar sua alimentação é amamentado-a mais frequentemente e por mais tempo de cada vez. Os líquidos adicionais que se podem dar são a solução de SRO e água fervida. Se uma criança amamenta-se exclusivamente, é importante não introduzir líquidos a base de alimentos.

Se tem que lhe dar solução de SRO em casa, mostrarás à mãe quanto SRO deve dar depois de cada dejectão mole. Ela deverá eferecer primeiro o peito e a seguir dar-lhe a solução de SRO até que termine a diarreia.

#### **Plan B: Tratar a desidratação**

Se tem DESIDRATAÇÃO necessita da solução de SRO como se descreve no Plano B. Durante as primeiras 4 horas de rehidratação, aconselha a mãe a fazer uma pausa para amamentar a criança quando esta o deseje, para a seguir recontinuar a administração de SRO.

### C<sub>3</sub> Verifica se há um problema de alimentação ou desnutrição

Sabemos que uma alimentação adequada é essencial para o crescimento e o desenvolvimento. A alimentação deficiente durante a infância pode ter efeitos durante toda a vida. O estado nutricional avalia-se determinando o peso para a idade.

O aleitamento materno exclusivo é a melhor forma de alimentar uma criança menor de 6 meses de idade porque dá-lhe melhor nutrição e protecção possível contra as doenças. Denomina-se exclusiva porque a criança é criada ao peito, sem oferecer-lhe alimentos, água nem outros líquidos adicionais. (Excepto os medicamentos e vitaminas).

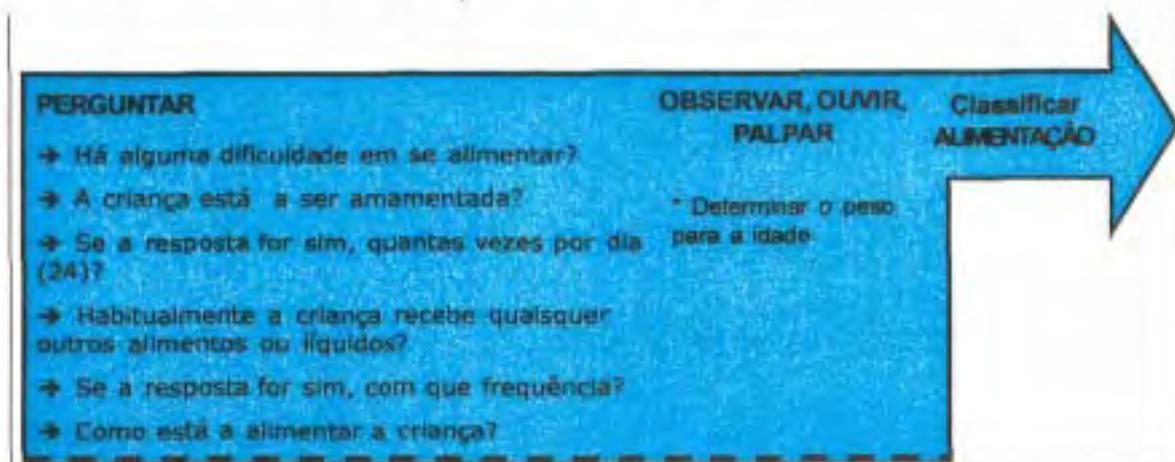
Se as mães dessem aleitamento exclusivo ofereceriam a melhor probabilidade de crescimento e desenvolvimento adequado aos seus filhos. Se sentiriam mais motivadas a amamentá-los para dar-lhes esta vantagem inicial, apesar das razões sociais ou pessoais que levam a considerar que o aleitamento exclusivo é difícil ou indesejável.

A avaliação tem 2 partes. Na primeira parte, faz perguntas à mãe. Determina se ela tem dificuldade para alimentar a criança, com o quê o alimenta e com que frequência. Também determina o peso para a idade e avalia o ganho de peso (**Anexo 7**).

Na segunda parte, se a criança teve algum problema com o aleitamento ou tem peso muito baixo para a idade, deverá avaliar como chupa.

#### Pergunta sobre a alimentação e determina o peso para a idade

A primeira parte da avaliação está acima da linha de pontos.



Pergunta:

#### Tem alguma dificuldade para alimentar-se?

Qualquer dificuldade mencionada pela mãe é importante. Se uma mãe diz que a criança **não pode alimentar-se**, avalia a amamentação ou observa a mãe enquanto alimenta a criança com um copo para ver o que quer dizer com isso. Uma criança que **não pode alimentar-se** pode ter uma infecção grave ou outro problema que põe em perigo sua vida e deverá ser referida urgentemente ao hospital.

**Alimenta-se ao peito? Se a resposta for SIM, quantas vezes em 24 horas?**

A recomendação é que estas crianças sejam amamentadas tão frequentemente e por tanto tempo quanto queiram, dia e noite. A frequência será pelo menos 8 vezes ou mais em 24 horas.

**A criança recebe habitualmente outros alimentos ou líquidos? Se a resposta for SIM, com que frequência?**

Precisas de saber se a criança alimenta-se sobretudo pelo peito ou com outros alimentos, porque nesta idade deveria ser amamentado exclusivamente. Averigua se está recebendo *qualquer* outro alimento (papinhas leves ou cereais diluídos) ou líquido (sumos, chá ou outro leite) ou inclusive água. Pergunta com que frequência recebe esse alimento ou líquido e a quantidade.

**Com o quê dá de comer à criança? Usa biberão?**

Se a criança toma outros alimentos ou líquidos, averigua se a mãe usa biberão ou um copo.

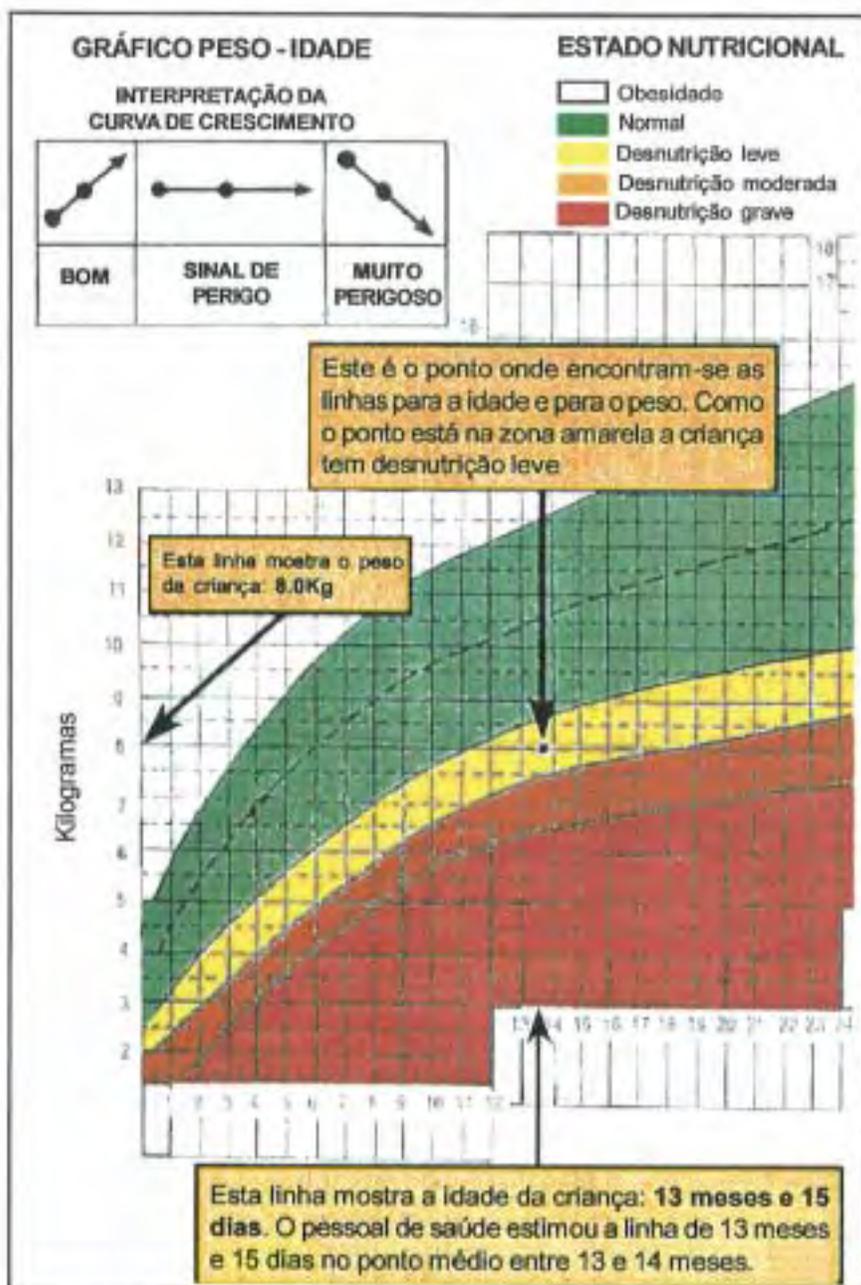
**Observa:****Determina o peso para a idade**

Usa o gráfico do peso para a idade, para determinar o estado de nutrição da criança. Considera que ***para uma criança menor de 2 meses de idade deverás empregar a zona laranja como Peso Muito Baixo para a idade.***

**Recorda:**

- Para a idade da criança deve considerar-se meses e dias
- As crianças que nascem com baixo peso têm uma curva bem diferenciada, que pode ir sobre a área amarela ou laranja. O importante é que esta curva seja ascendente.
- É recomendável utilizar a tabela de ganho de peso (**Anexo 7**) para ter uma avaliação nutricional mais adequada.

**Exemplo:** Uma criança tem 1 mês 15 dias de idade e pesa 2.5 kg. A seguir mostramos como verificar se esta criança tem peso muito baixo para a sua idade.



### Avalia a amamentação

Primeiro decide se a gravidade da criança não permite que avalie a amamentação nesse momento:

- Se a criança tem um sério problema que requer a transferência urgente a um hospital, não avalie a amamentação.

Nestas circunstâncias, classifica a alimentação de acordo com a informação que já possui e continua com o tratamento urgente da criança.

Se a respostas da mãe ou o peso da criança indicam uma dificuldade, observa a amamentação como se descreve a seguir. A desnutrição pode dever-se ao baixo peso ao nascer, o qual também predispõe a problemas com a amamentação. Em geral todas as crianças devem ter uma avaliação da amamentação.

**Em toda criança que:****Não apresenta nenhum sinal pelo qual deve ser transferido urgentemente ao hospital:****Avalia a amamentação**

- A criança mamou na última hora?
  - Se a criança não mamou na última hora, pedir à mãe que dê peito à criança. Observar a amamentação durante 4 minutos.
  - Se a criança mamou durante a última hora, perguntar à mãe se pode esperar e pedir-lhe que informe quando a criança quiser mamar novamente.
- A criança consegue agarrar bem o mamilo?
  - Nenhuma ligação / má ligação / boa ligação.

**PARA VERIFICAR SE AGARRA BEM O MAMILO  
OBSERVAR:**

- O queixo está a tocar o seio.
- A boca está bem aberta.
- O lábio inferior está voltado para fora.
- A auréola está mais visível acima da boca do que abaixo.

(Todos estes sinais devem estar presentes para uma ligação).

- A criança está a chupar bem (isto é, sucções lentas e profundas, com pausas ocasionais)?
  - Não está a chupar nada / não está a chupar bem / chupa bem.
  - Limpar o nariz obstruído se estiver a atrapalhar a amamentação.
- Verificar se há lesões ou placas brancas na boca (monilíase oral).

A avaliação do aleitamento requer uma minuciosa observação

**Pergunta: A criança mamou ao peito durante a última hora?**

Em caso afirmativo, pede à mãe que espere e que te avise quando a criança quiser mamar outra vez. Entretanto, completa a validação verificando os antecedentes de vacinação da criança. Também pode decidir dar início ao tratamento que a criança precise, como administrar-lhe um antibiótico para a **INFECÇÃO BACTERIANA LOCAL** ou solução de SRO para a **DESIDRATAÇÃO**.

Se a criança não se alimentou durante a última hora provavelmente deseje mamar. Peça a mãe que ponha a criança ao peito. Na medida do possível, observa-lhe por todo o tempo em que estiver mamando.

Senta-te e observa a criança a mamar.

## Observa: A criança está na posição correcta?

Reconhecerá uma posição correcta pelos seguintes sinais:

- Com a cabeça do lactente e o corpo alinhados.
- Em direcção ao peito, com o nariz do lactente em frente ao mamilo.
- Com o corpo do lactente junto ao corpo da mãe.
- Sustentando todo o corpo do lactente, não somente os ombros.

A posição deficiente se reconhece por qualquer dos sinais seguintes:

- O pescoço da criança está torcido ou estendido para frente,
- O corpo da criança está afastado da mãe,
- O corpo da criança não está junto a mãe,
- Só a cabeça e o pescoço recebem a sustentação.

## Observa: A criança tem boa ligação?

Os quatro sinais de uma boa ligação são

- O queixo está a tocar o seio.
- A boca está bem aberta.
- O lábio inferior está voltado para fora.
- A auréola está mais visível acima da boca do que abaixo.

Se estão presentes estes quatro sinais, a criança tem uma **boa ligação**

### Observa como a criança pega o peito



Fotografia adaptada de: WHO. Integrated management of childhood illness. Photographs. WHO/DHD/97.3.L. Geneva: WHO, 1997.

Se a ligação não é boa, provavelmente vejas:

- O queixo não está a tocar o seio.
- A boca não está bem aberta.
- O lábio inferior está voltado para dentro.
- A auréola está mais visível abaixo da boca do que acima.

Se vê algum destes sinais, a criança **tem ligação deficiente**.

Se uma criança muito doente não pode pôr o mamilo na boca e mantê-lo aí para succionar, **não há ligação**. Não pode mamar em absoluto.

Se a criança não está bem agarrada, pode causar dor e lesão nos mamilos, não pode extrair leite eficazmente, o que pode causar congestão dos seios ou pode continuar insatisfeito depois das mamadas e querer alimentar-se muito frequentemente ou por intervalo muito longo. A criança provavelmente obtenha pouco leite e não aumente de peso. Todos estes problemas podem melhorar se se consegue uma boa pega.

### **Observa: A criança mama bem? (Quer dizer, Succiona lenta e profundamente com pausas ocasionais)**

A criança está **amamentando-se eficazmente** se mama com sucções lenta e profundas e pausas ocasionais. Pode ver ou ouvir o engolir da criança. Se pode ver como termina o aleitamento, observa se há sinais de que a criança está satisfeita. Se assim for, soltará o peito espontaneamente (quer dizer, não é a mãe a culpada, de nenhuma maneira, de a criança deixar de mamar). A criança parece relaxada, sonolenta e perde interesse pelo peito.

A criança **não está amamentando-se eficazmente** se está mamando só com sucções superficiais e rápidas. Também pode ver retracção das bochechas. Não a vê nem a ouves engolir. A criança não está satisfeita ao final da mamada e pode estar intranquilo. Provavelmente chore ou procure mamar outra vez, ou continue amamentando-se por longo período.

A criança que não **está succionando e não pode levar** leite para dentro da boca e engolir, não é capaz de amamentar-se em absoluto.

Se o nariz tapado parece interferir com o aleitamento, limpa o nariz da criança. Verifica depois se pode amamentar-se eficazmente.

### **Razões para a má ligação e a amamentação ineficaz**

Há várias razões pelas quais uma criança pode estar deficientemente agarrada ao peito ou não se amamentar eficazmente:

- Talvez tenha sido amamentada com biberão em várias ocasiões, especialmente nos primeiros dias após o parto.
- Talvez a mãe não tenha experiência. Pode ter tido alguma dificuldade e nada que a ajudasse ou recomendasse. Por exemplo, talvez a criança seja muito pequena e débil ou os mamilos da mãe são aplanados ou se retardou o início da amamentação.
- Pode dever-se à uma deposição deficiente quando é posto ao peito por consequência há uma ligação deficiente. Se a criança está colocada numa boa posição, a ligação provavelmente também seja boa.

### **Verifica se há lesões ou placas brancas na boca (monilíase oral)**

Observa dentro da boca, a língua e parte inferior da gengiva. A monilíase parece leite coalhado no interior da gengiva, ou uma grossa capa branca na língua. Trata de retirar a parte branca.

## Classifica a alimentação

Compara os sinais da criança menor de 2 meses com os enumerados em cada fileira e escolhe a classificação apropriada.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não consegue alimentar-se ou</li> <li>• Não agarra o mamilo ou</li> <li>• Não chupa nada</li> </ul>	<p><b>NÃO CONSEGUE ALIMENTAR-SE: POSSÍVEL INFECÇÃO BACTERIANA GRAVE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Dar a primeira dose dos antibióticos por via intramuscular.</li> <li>→ Tratar a criança para evitar hipoglicémia.</li> <li>→ Instruir a mãe sobre como manter a criança agasalhada durante o percurso para o hospital.</li> <li>→ Transferir <b>URGENTEMENTE</b> para o hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não agarra bem o mamilo ou</li> <li>• Não chupa bem ou</li> <li>• Menos de 8 mamadas ao dia (24 horas) ou</li> <li>• Recebe outros alimentos ou líquidos ou</li> <li>• Monilíase oral (lesões ou placas brancas na boca).</li> </ul>	<p><b>PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO OU BAIXO PESO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Recomendar à mãe a amamentar tantas vezes e por tanto tempo quanto a criança quiser e dia e de noite.</li> <li>→ Se a criança não estiver bem posicionada ou se estiver a chupar mal, ensinar a posição correcta e como agarrar o mamilo.</li> <li>→ Se estiver a mamar menos de 8 vezes por dia (24 horas), aconselhar à mãe a amamentar a frequência das mamadas.</li> <li>→ Se recebe outros alimentos ou líquidos aconselhar a mãe para amamentar mais vezes se possível, e de reduzir outros alimentos e líquidos e usar uma chavena. Se não estiver a amamentar:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transferir para aconselhamento sobre a amamentação e possível retorno a amamentação ao peito.</li> <li>• Recomendar sobre a maneira correcta de preparar substitutos do leite materno e como usar uma chavena.</li> </ul> </li> <li>→ Se houver monilíase oral, ensinar a mãe a trata-lá em casa.</li> <li>→ Recomendar a mãe como tratar a criança em casa.</li> <li>→ Marcar consulta de controle referente a quaisquer problema de alimentação ou de monilíase oral em 2 dias.</li> <li>→ Fazer o controle do baixo peso para a idade dentro de 14 dias.</li> </ul>
<p>O peso não é baixo para a idade e nenhum outro sinal de alimentação inadequada.</p>	<p><b>NENHUM PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Recomendar à mãe como cuidar da criança em casa.</li> <li>→ Elogiar à mãe por alimentar bem o seu filho.</li> </ul>

## Não consegue alimentar-se - doença muito grave

Se não pode alimentar-se poderia dever-se a uma doença muito grave (por uma infecção grave ou por outra classe de problema), o qual a põe em risco de morrer. A criança requer atenção imediata.

O tratamento é o mesmo que para a classificação DOENÇA MUITO GRAVE. Transfira-a URGENTEMENTE ao hospital. Antes de transferir administre-lhe uma primeira dose de antibiótico por via intramuscular. Trata-a também para prevenir hipoglicémia, alimentando-a com leite materno, outro leite ou água açucarada. Usa sonda naso-gástrica se a criança não pode alimentar-se

## Problema de alimentação ou desnutrição

Esta classificação compreende as crianças com peso para idade na zona laranja do gráfico ou crianças que apresentem algum problema na sua alimentação. É provável que tenham mais que um destes sinais.

Recomenda a mãe de todas crianças incluídas nesta classificação, que a amamente a livre vontade, dia e noite. As mamadas curtas são uma importante razão pela qual uma criança não recebe bastante leite da mãe. A criança deverá amamenta-se até ter terminado. Aconselha a mãe como ajudar, a criança a mamar, colocando-a, em posição correcta para uma melhor pega, ou como tratar a monilíase.

### Como melhorar a posição e a ligação?

Se na avaliação do aleitamento encontrou uma dificuldade com a pega e a amamentação, ajuda a mãe a melhorar a posição e a pega. Certifica-te de que a mãe esteja cómoda e relaxada, sentada, por exemplo, num acento baixo com as costas direitas. Depois segue os seguintes passos:

#### 1. Mostrar à mãe como segurar a criança

- Com a cabeça do lactente e o corpo alinhados.
- Em direcção ao peito, com o nariz do lactente em frente ao mamilo.
- Com o corpo do lactente junto ao corpo da mãe.
- Sustentando todo o corpo do lactente, não somente os ombros.

#### 2. Mostrar à mãe como ajudar o lactente a agarrar o mamilo. Ela deve:

- Tocar os lábios do lactente com o mamilo.
- Esperar até a boca do lactente estar completamente aberta.
- Mover o lactente rapidamente em direcção ao peito, pondo o lábio abaixo do mamilo.
- Observa se a auréola está mais visível acima da boca do que abaixo.

**3. Verificar os sinais da boa ligação com o mamilo e de sucção efectiva. Se não são bons, tentar novamente.**

#### 4. Observar se há lesões nos mamilos.

Sempre observa a mãe enquanto amamenta antes de ajudá-la, a fim de entender claramente sua situação. Não se apreece a pô-la a fazer algo diferente. À seguir explica-lhe o que é que poderia ajudá-la e pergunta-lhe se gostaria que a mostrasse.

Quando mostrar a mãe como colocar e agarrar a criança, tem cuidado de não fazê-lo por ela.

Explica-lhe e mostra-lhe o que é que quer que faça. Deixa que a mãe coloque a criança em posição adequada e acople-a ela mesma.

Observa outra vez se há sinais de boa ligação e amamentação eficaz. Se a ligação ou a amamentação não é boa, peça a mãe que retire a criança do peito e que tente de novo.

Quando a criança está mamando bem, explica à mãe que é importante amamenta-la por bastante tempo em cada mamada. Não deverá deixar de amamentar a criança antes que esta o queira.

### **Conselhos sobre outros problemas da alimentação**

- Se a mãe está amamentando a criança menos de 8 vezes em 24 horas, aconselha-a a aumentar a frequência das mamadas. A amamentará tão frequentemente e por tanto tempo quanto a criança deseje, dia e noite.
- Se a criança recebe outros alimentos ou bebidas, aconselha a mãe que a amamente mais, reduzindo a quantidade de outros alimentos ou bebidas e se possível deixando de os dar por completo. Aconselha-a que ofereça as outras bebidas num copo e não no biberão.
- Se a mãe não amamenta em absoluto, aconselha-la a receber orientação sobre a amamentação e a possibilidade de relactação. Se a mãe está interessada, um conselho sobre aleitamento materno poderia ajuda-la a resolver as dificuldades que pode ter ao começar a amamentar outra vez a criança.

Aconselha à mãe que não amamenta, sobre a maneira de escolher e preparar correctamente um substituinte apropriado do leite humano e alimentar a criança com um copo e não com biberão.

Voltar em 2 dias a ver a criança com problemas de alimentação. Esta é especialmente importante se você já aconselhou a mãe mudanças importantes na maneira de alimentar a criança.

Nesta consulta de controle siga estas instruções:

### **Depois de 2 dias: reavalia a alimentação**

Pergunta sobre qualquer problema de alimentação detectado na primeira consulta ou baixo peso. Avalia a amamentação se a criança mama ao peito.

Consulta o caderno de mapas para obter uma descrição do problema de alimentação encontrado na primeira consulta e as recomendações prévias. Pergunta à mãe quanto êxito teve em levar a cabo estas recomendações e que problemas teve ao fazê-lo.

- Aconselha a mãe sobre os novos ou contínuos problemas de alimentação
- Se tem baixo peso para a idade, peça à mãe que regresse 7 dias depois da primeira consulta, já que nesta idade crescem muito rápido e se não aumentam de peso são mais vulneráveis.
- Se acredita que a alimentação não vai melhorar ou se a criança baixou de peso, transfira-a ao hospital.

Se a criança está classificada como Desnutrição segue estas instruções:

**Depois de 7 dias:**

Pesa a criança e determina se ainda tem peso muito baixo para a idade

- Se já não tem peso muito baixo para a idade, elogia a mãe por alimentá-la bem. Encoraja-a a continuar alimentando a criança como tem vindo fazendo ou a manter qualquer melhoria que lhe tenha sugerido
- Se ainda **Tem Desnutrição**, mas está alimentando-se bem, elogia a mãe. Peça-a que venha pesar outra vez a criança ao fim de 1 mês ou quando volte para a vacinação, para verificar se continua alimentando-se bem e aumentando de peso. Muitas crianças que têm peso muito baixo
- Se **Não tem Desnutrição** e entretanto tem um problema de alimentação, aconselha a mãe acerca do problema. Peça-a que regresse com a criança ao fim de 7 dias. Continua vendo a criança a cada semana, por várias vezes, até que esteja seguro de que está alimentando-se bem e aumentando de peso regularmente
- Se crês que a alimentação não vai melhorar ou se a criança baixou de peso, interna-a ou refere-a **URGENTEMENTE** ao hospital.

<b>Não há problema de alimentação</b>
---------------------------------------

A criança menor de 2 meses de idade incluída na classificação **NAO HÁ PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO**; isto significa que o peso da criança é adequado para sua idade e está alimentando-se adequadamente, portanto aconselha a mãe a cuidar da criança e elogia-a por alimentar bem a criança.

### Sección 3

# Atenção de toda à criança menor de 5 anos de Idade

---

## D Pautas gerais para atenção à criança menor de 5 anos de idade

A seguir se reverão as pautas gerais que deve considerar com todas as crianças até aos 5 anos de idade nos seguintes pontos:

1. **Verifica os antecedentes de vacinação**
2. **Avalia a alimentação**
3. **Detecta e avalia o maltrato infantil**
4. **Avalia outros problemas**
5. **Aconselha quando voltar**

## D1 Verifica os antecedentes de vacinação

SEMPRE que consulte uma criança doente verifica os antecedentes de vacinação. Já recebeu todas as vacinas recomendadas para a idade? Necessita agora de alguma vacina?

*Para isso, utilize o calendário de vacinação que encontra-se no cartão de crescimento e desenvolvimento.*

NÃO SE ESQUEÇA DE LEMBRAR A MÃE				
À Nascimento	2 Meses	3 Meses	4 Meses	9 Meses
BCG	Pólio DPT +	Pólio DPT +	Pólio DPT +	Sarampo
Pólio	HepB	HepB	HepB	

→ Se a criança tem menos de 6 meses e toma outro leite ou outros alimentos:

- Assegurar a mãe que ela pode produzir todo o leite que sua criança necessita e sugerir-lhe que lhe de peito com mais frequência e por mais tempo, de dia e de noite e que evite pouco a pouco outros tipos de leite ou outros alimentos.
- Ensina-lhe a técnica de extracção manual de leite, assim como as facilidades de conservação da mesma e a forma mais adequada de dá-la: em copo, chavena ou tigela.
- Assegure-se de que outras classes de leite sejam substituintes apropriados do leite materno, que sejam preparados da forma correcta e higienicamente e oferecidos em quantidades suficientes. Não usar os restos de leite de uma mamada para outra. Peça a mãe que volte em 2 dias.

Em alguns casos, é impossível que a criança mame mais ou exclusivamente sobre tudo se a mãe nunca amamentou, deve afastar-se de seu filho por períodos prolongados ou se não o amamenta por razões pessoais. Nestes casos, é importante que use a quantidade correcta de água fervida limpa para diluição. Se prepara leite inteiro de vaca em pó para menores de 6 meses, coloca 6 colheres cheias de leite em pó numa taça (250 ml), 2 colherinhas de açúcar e completa com água fervida. Se utiliza leite fresco, dilue 2 partes de leite em 1 de água.

→ Se a mãe usa biberão para alimentar a criança: Recomenda-a a usar uma colher em vez de um biberão.

**Uma vez que tenha tomado o suficiente, o bebé fecha a boca e não toma mais.**

Para qualquer dos problemas de alimentação detectados indica os conselhos correspondentes e peça a mãe que volte em 2 dias.

## Recomendações para a Alimentação da Criança

Recomenda o aleitamento materno e alimentação complementar a partir dos 6



Fotografia adaptada de: Diálogo sobre la Diarrea 1990 Jun; 32:4.

## Recomendações para a Alimentação da Criança (Saudável ou Doente)

### Até 4 meses de Idade



- Amamentar ao peito tantas vezes, quanto a criança quiser, de dia e de noite, pelo menos 8 vezes ao dia.

Não dar nenhuma outra comida ou líquidos (sumo, papa, água).

### 4 a 6 meses



- Amamentar ao peito tantas vezes quanto a criança quiser, de dia e de noite, pelo menos 8 vezes ao dia.

Pode-se introduzir papas de farinha disponível localmente, enriquecidas com amendoim pilado, castanhas piladas, óleo ou leite de coco e folhas verdes em quantidades graduais crescentes conforme a aceitação.

Se a criança não tiver problemas de peso e se a mãe puder amamentar exclusivamente até aos 6 meses, encorajá-la a fazê-lo.

Dar esses alimentos 1 ou 2 vezes por dia, após a amamentação ao peito.

### 6 a 12 meses



- Amamentar ao peito tantas vezes quanto a criança quiser.

Acrescentar papas misturadas com amendoim pilado, castanhas piladas, óleo ou leite de coco, folhas verdes, legumes, alimentos de origem animal ex: (peixe, carne, gema de ovo cozido), aumentando a quantidade gradualmente.

No intervalo das refeições, dar frutas frescas (Frutas da época e disponível localmente), batata-doce, mandioca.

A partir dos 8 - 9 meses de idade introduzir gradualmente a comida da família, 3 vezes ao dia, se for alimentada ao peito, 5 vezes ao dia, se não for alimentada ao peito.



### 12 meses a 2 anos



- Amamentar ao peito quantas vezes a criança quiser.

Manter o esquema dos 6-12 meses e aumentando gradualmente a quantidade.

Se a criança mama o peito, dar 3 vezes ao dia e pelo menos 5 vezes se não mama.

A primeira refeição do dia deve ser uma papa enriquecida com amendoim pilado, castanha pilada, óleo, ou leite de coco.



### 2 anos ou mais



- Continuar a dar uma boa papa de manhã enriquecida com óleo, amendoim pilado, leite de coco, leite de vaca.

Dar comida da família 3 vezes por dia, ao almoço e jantar sempre seguida de frutas frescas (manga, papaia, laranja, etc).

Entre as refeições dar (mandioca, batata-doce, banana, pêra-abacate).



## Alimentación Complementaria



Uma boa alimentação complementar ao leite materno deve consistir no consumo de uma quantidade suficiente de alimentos ricos em energia, nutrientes para o crescimento e protectores. Alguns exemplos destes alimentos são apresentados no quadro a seguir. Uma consideração importante é que seu custo seja razoável na localidade.

Grupo de alimentos				
CEREAIS	TUBERCULOS E RAIZES	LEGUMINOSAS	PRODUTOS DE ORIGEM ANIMAL	VERDURAS DE FOLHA VERDE; VERDURAS AMARELAS E FRUTAS
Arroz Milho Trigo e derivados	Mandioca Batata doce	Feijão Ervilha	Carne Peixe Fígado Ovos Leite e derivados	Banana Papaia Laranja Inhame Manga
Carboidratos Proteínas	Carboidratos	Carboidratos Proteínas	Proteínas	Vitaminas

## **Alimento base ou principal**

Todas as comunidades tem um alimento base ou principal. Usualmente é aquele alimento que as mães se recordam quando se lhes pergunta acerca de sua dieta. Em geral compreendem cereais e grãos, tubérculos e raízes.

O alimento base de uma localidade ou região, é excelente para preparar os primeiros alimentos complementares das crianças, mas devem ser combinados com outros alimentos de origem animal ou leguminosa para ter uma alimentação balanceada. Se a criança continua mamando, o leite materno pode ser outra fonte de proteína necessária. No entanto, a medida que a criança cresce são necessários outros alimentos.

### **Leguminosas.**

São muito nutritivos e devem ser combinados com cereais para aproveitá-los adequadamente.

### **Produtos de origem animal.**

As proteínas que se encontram em todos os alimentos de origem animal são de alta qualidade e abundantes. As crianças necessitam destes alimentos porque favorecem o crescimento.

### **Vegetais de folha verde escura e vegetais amarelos.**

Os vegetais de folha verde escura e os vegetais amarelos são ideais para a alimentação infantil.

### **Frutas.**

As frutas são adequadas para as crianças. Devem ser introduzidas logo que a criança tenha aprendido a comer o alimento base ou principal e deve-se oferecer limpas, na forma de puré ou papa.

### **Azeites, gorduras e açúcares.**

Os azeites e gorduras especialmente vegetais, adicionados a dieta de lactantes e crianças, aumentam boa quantidade de energia em pouco volume de alimento. Também são utilizados para suavizar as comidas e melhorar-lhes o sabor.

## Alimentos Balanceados

As crianças devem comer uma mistura balanceada dos grupos de alimentos antes mencionados, já que nenhum alimento proporciona todos os nutrientes. Para preparar uma comida balanceada deve-se combinar o alimento base principal com algum outro grupo de alimentos (mistura dupla) ou o alimento base principal com alimentos de outros dois grupos (mistura tripla).

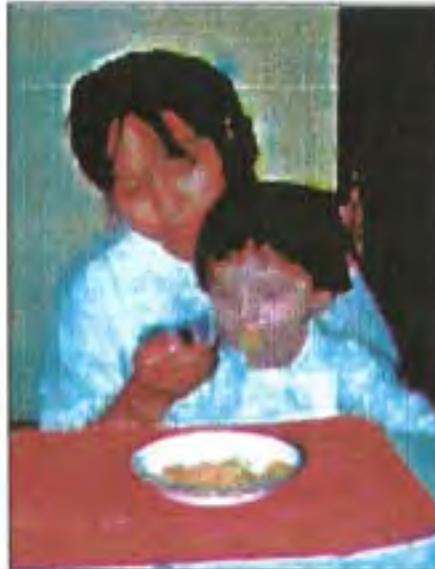
Estas misturas vão proporcionar a energia, proteína, vitaminas e minerais necessários para o adequado crescimento da criança.

Uma **mistura tripla**, que se pode preparar combinando:  
Ter sempre presente que deve adicionar um pouco de azeite, gordura, açúcar ou mel ao alimento base, quer trate-se de uma mistura dupla ou tripla.

Também deve-se ter presente que a criança deve receber alguma fruta ou sumo de frutas no momento das refeições ou entre as refeições.

A proporção recomendada dos componentes nas misturas é 4/1/1. Isto é, por cada 4 partes de alimento base, administrar uma parte de leguminosas e/ou 1 parte de alimentos de origem animal.

## Recomendações para a alimentação de crianças de 12 meses até 2 anos



Durante este período, a mãe deve continuar amamentando ao bebé toda vez que este o deseje, mas depois dos alimentos.

A variedade e quantidade de alimentos deve aumentar.

Ao completar um ano a criança pode comer o mesmo que come a família sem acompanhantes nem temperos fortes.

Da-lhe os alimentos cortados em pequenos pedaços ou desfeitos, sem partículas ósseas das carnes, em 3 refeições principais por dia e 2 refeições extras.

Deve comer um prato fundo dos alimentos em cada refeição.

Adverte a mãe que uma criança está comendo o suficiente se está aumentando de peso adequadamente em cada visita. Recomenda-lhe que leve regularmente seu filho a controlar o peso e que se registre no seu Cartão de Crescimento e Desenvolvimento.

## Recomendações para a alimentação de crianças de 2anos ou mais



Continuar a dar uma boa papa de manhã enriquecida com óleo, amendoim pilado, leite de coco, leite de vaca.

Dar comida da família 3 vezes por dia, ao almoço e jantar sempre seguida de frutas frescas (manga, papaia, laranja, etc).

Entre as refeições dá mandioca, batata-doce, banana, pêra-abacate, etc.

### Recorda:

**Se a criança estiver a ser alimentada conforme descrito acima, recomende à mãe. Além disso:**

- Se a mãe declarar ter dificuldade com a amamentação, avaliar a amamentação. (Consultar o quadro A CRIANÇA MENOR DE ANOS)

**Se a criança tiver de menos 4 meses e estiver a tomar outro tipo de leite ou alimento:**

- Aumentar a confiança da mãe de que ela pode produzir todo o leite materno que a criança necessita.
- Sugerir que ela dê o peito com maior frequência e por mais tempo, de dia e de noite, e que reduza gradualmente outro tipo de leite ou alimentos.

**Se for necessário continuar a dar outro tipo de leite, recomendar à mãe:**

- Amamentar ao peito tanto possível, inclusive à noite.
- Certificar-se que o outro tipo de leite seja apropriado.
- Assegurar de que o outro tipo de leite seja preparado correctamente e higienicamente e administrado em quantidades apropriadas.
- Terminar o leite preparado no espaço de uma hora. Não usar restos de leite ou outros alimentos de uma refeição para outra.

**Se a mãe estiver a usar um biberão para alimentar a criança:**

- Recomendar que use um copo em lugar do biberão.
- Demonstrar para a mãe como alimentar a criança usando um copo.

Se a criança não estiver a ser alimentada de forma activa, recomendar à mãe a:

- Sentar-se com a criança e incentivá-la a comer.
- Servir à criança uma quantidade adequada num prato ou tigela separada.

**Se a criança não estiver a alimentar-se bem durante a doença, recomendar à mãe a:**

- Amamentar ao peito com maior frequência e, se possível, por mais tempo.
- Usar comidas favoritas leves, variadas e apetitosas para encorajar a criança a comer tanto quanto possível, e oferecer pequenas quantidades com frequência.
- Limpar o nariz entupido se estiver atrapalhando a alimentação.
- Contar com que o apetite há de melhorar à medida que a criança se recupera.

**Fazer o acompanhamento de qualquer problema alimentar em 5 dias.**

## D Detecta e avalia o maltrato infantil

### Existem lesões físicas inexplicadas?

Se ao examinar a criança encontrar:

- Hematomas e contusões inexplicadas;
- Cicatrizes ou queimaduras;
- Fracturas sem explicação lógica;
- Marca de mordeduras;
- Lesões da vulva, do períneo ou do recto;
- Lacerações inexplicáveis na boca, olhos;
- Feridas abertas por armas de fogo, objectos contundentes ou armas brancas.

Pode estar diante a um caso de maltrato da criança.

### Existem suspeitas de abuso sexual?

Se ao examinar a criança encontrar:

- Irritação, dor ou lesão genital;
- Hemorragias vaginais;
- Suspeitas de doença de transmissão sexual.

Pode estar diante de uma violência sexual da criança.

### Existem suspeitas de maltrato por negligência ou abandono?

Se ao examinar a criança encontrar:

- Os pais ou a a pessoa que cuida da criança não parece preocupada pela criança;
- A criança não tem cuidados higiénicos;
- Falta de peso e pobre aumento de peso;
- Falta de estimulação para o desenvolvimento;

Pode estar diante de um caso de maltrato por negligência ou abandono da criança.

### Existe uma conduta suspeita de maltrato infantil por parte da família ou das pessoas que cuidam da criança?

Se ao examinar a criança encontrar:

- Os pais, familiares ou as pessoas que cuidam da criança dão uma versão da doença da criança que contrasta com o que encontra na avaliação da mesma.
- Os pais, familiares referem abertamente que alguém violou a criança.
- Os pais, familiares mostram carinho ou preocupação por ela, ou se irritam quando esta chora.

Pode estar diante de um caso de maltrato infantil.

**Se encontra qualquer dos sinais de maltrato, NOTIFICA IMEDIATAMENTE a identidade responsável pelos maltratos infantis.**

## D Avalia outros problemas

O último quadro avaliar outros problemas do caderno de mapas pode usar para avaliar qualquer outro problema que a criança possa ter.

Como o quadro de procedimentos *avaliar e classificar* não aborda todos os problemas de uma criança doente, avalia agora outros problemas que a mãe lhe tenha comunicado. Por exemplo, pode-lhe ter dito que a criança tinha uma infecção da pele, prurido ou os ganglios do pescoço inflamados. Ou talvez tenhas observado outro problema durante a avaliação. É importante que reconheça e trate na sua Unidade Sanitária qualquer outro problema de acordo com tua preparação, experiência e critério clínico; se não está capacitado, deverá transferi-la a outra Unidade Sanitária de maior complexidade.

Ao finalizar a avaliação, recorda:

**CERTIFICA QUE A CRIANÇA COM QUALQUER SINAL GERAL DE PERIGO SEJA TRANSFERIDA** depois de receber a primeira dose de um antibiótico apropriado e qualquer outro tratamento de urgência.

**Exceção:** a rehidratação da criança de acordo com o Plano C pode resolver os sinais de perigo e evitar a necessidade de transferi-la a um hospital.

## D<sub>3</sub> Aconselhar quando voltar

A toda mãe que leve a seu filho a casa deve-se aconselhar quando voltar a ver o pessoal de saúde, por exemplo:

1. Voltar a uma próxima consulta da criança para controle de Crescimento e Desenvolvimento e/ou vacinação.

2. Voltar imediatamente se aparecerem sinais:

→ **Crianças de 2 meses à 5 anos de idade.**

E muito importante ensinar a mãe que reconheça os sinais que indicam a necessidade de regressar imediatamente.

Recomenda a mãe para voltar imediatamente se a criança apresenta qualquer dos sinais seguintes:	
Qualquer doença	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difícil de acordar ou não pode beber nem mamar o peito</li> <li>• Piora</li> <li>• Tem febre</li> </ul>
Se a criança não tem pneumonia: CONSTIPAÇÃO ou BRONQUITE, voltar se tem:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respiração rápida</li> <li>• Afundamento das costelas</li> <li>• Dificuldade em respirar</li> </ul>
Se a criança tem DIARREIA, regressar se tem:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangue nas fezes</li> <li>• Fezes líquidas abundantes</li> </ul>

→ **Crianças menores de 2 meses de idade.**

Também é importante **quando regressar imediatamente**. Mostra o quadro seguinte a mãe para explicar-lhe os sinais e ajudar-lhe a recordá-los. Verifica mediante perguntas se sabe quando deve regressar imediatamente.

**Remenda a mãe para voltar imediatamente se a criança apresenta qualquer dos sinais seguintes:**

Não mama o peito  
 Piorou  
 Tem febre  
 Respiração rápida  
 Dificuldade em respirar  
 Sangue nas fezes

3. Voltar para consulta de controle de uma doença a fim de determinar o progresso alcançado pelo uso de um medicamento ou conselhos dados a mãe.

**Numa consulta de controle os passos e tratamentos administrados são diferentes da primeira consulta.**

Observa os seguintes quadros:

Se a criança tem:	Voltar para consulta de controle
PNEUMONIA SANGUE NAS FEZES DOENÇA FEBRIL PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO	2 dias
MALÁRIA POR P. FALCIPARUM O P. MALARIAE PROVÁVEL MALÁRIA FEBRE (MALÁRIA POUCO PROVÁVEL)	3 dias
DIARREIA PERSISTENTE OTITE MÉDIA AGUDA OTITE MÉDIA CRÓNICA QUALQUER OUTRA DOENÇA, se não melhora	5 dias
RISCO NUTRICIONAL, DESNUTRIÇÃO LEVE, MORDEDADA OU GRAVE	7 dias
MALÁRIA POR V. VIVAX O MALÁRIA MISTA ANEMIA	14 dias

- Crianças de 2 meses a 4 anos de idade.
- Crianças menores de 2 meses de idade.

Se a criança tem:	Voltar para a consulta de controle em
INFECÇÃO BACTERIANA LOCAL QUALQUER PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO CANDIDÍASE ORAL	2 dias
PESO MUITO BAIXO	7 dias

#### 4. Para os controles relacionados com a nutrição:

- Se uma criança tem um problema de alimentação e aconselhou a modificá-la, recomenda a mãe que volte em 2 dias para ver se fez as mudanças indicadas. Deve dar-lhe mais conselhos se for necessário.
- Se apresenta palidez palmar, que volte em 14 dias para dar-lhe mais ferro.
- Se a criança de 2 meses a 5 anos tem risco nutricional ou desnutrição, necessita um controle em 7 dias. Neste controle pesará a criança, reavaliará as práticas de alimentação.
- Se a criança é menor de 2 meses e tem desnutrição, necessita de um controle em 7 dias. Neste controle pesará a criança, reavaliará as práticas de alimentação.

Sempre pergunta se surgiu algum problema novo. Verifica se há sinais gerais de perigo e avalia os sintomas principais e o estado nutricional. Por exemplo, caso se trate de uma consulta de controle por pneumonia, mas entretanto surgiu diarreia, a criança tem um novo problema. Neste caso é necessária uma avaliação completa. Classifica e trata a criança por diarreia, como o faria na primeira consulta. Se não tem nenhum problema novo, avalia seguindo os passos para uma consulta de controle.

### RECORDA:

Se a criança volta para ao controle tem vários problemas, está piorando e não tem disponibilidade de um medicamento de segunda linha ou se está preocupado ou não sabe que fazer por ele, TRANSFIRA AO HOSPITAL. Se não há melhoria com tratamento, talvez tenha uma doença distinta da sugerida pelo caderno de mapas.  
Talvez não necessita de tratamento.

SE A CRIANÇA TEM ALGUM PROBLEMA NOVO, DEVERÁ AVALIAR COMO NA PRIMEIRA CONSULTA

## **D** **Aconselha a mãe sobre a sua própria saúde**

Muitas vezes a mãe recorre a Unidade Sanitária buscando ajuda para seus filhos, mas não procura atenção para suas próprias doenças e problemas. Quando a mãe aparece a consulta pela doença de seu filho, deve aproveitar para aconselha-la sobre sua própria saúde.

- Se a mãe está doente pode administrar-lhe tratamento ou transferi-la.
- Se tem algum problema das mamas (como ingurgitação, mamilos doloridos, infecção das mamas), administra-lhe tratamento ou transfira-a a um serviço especializado.
- Aconselha-a a comer bem para manter-se sa e forte.
- Determina os antecedentes de vacinação da mãe e, se e necessário, aplicar-lhe toxoide tetânico.
- Assegura-te que tenha acesso a:
  - assistência sobre saúde reprodutiva;
  - assistência sobre prevenção de doenças de transmissão sexual e do SIDA;
  - assistência sobre detecção precoce de câncer do colo uterino e da mama.

## E Anexos

Nesta secção apresentam-se conteúdos adicionais úteis para resumir os processos da Atenção Integrada às Doenças da Infancia (AIDI).

### E1 Fluxograma de atenção a criança

o Fluxograma de atenção resume os principais momentos desse processo.

**Avaliações obrigatórias no AIDI:**

- **Idade da criança.** A estratégia AIDI agrupa as crianças em dois grupos: Menores de 2 meses de idade e de 2 meses a 5 anos de idade.
- **Motivo da consulta,** é dizer, quais são os motivos da consulta para a criança.
- **Tipo de consulta:** é a primeira atenção pelo motivo actual de consulta, ou é uma consulta de controle.
- **Sinais de perigo,** porque permitem determinar a existência de uma emergência ou não.

**Avaliação dos principais motivos da consulta:**

Depois das primeiras quatro avaliações obrigatórias, você deve passar a um **bloco de perguntas obrigatórias,** cujo objectivo é identificar a presença ou não de sinais ou sintomas de uma ou mais das doenças que são motivo de consulta frequente das crianças menores de 5 anos. Perguntará sucessivamente pela presença de:

1. Tosse e/ou dificuldade em respirar,
2. Diarreia,
3. Febre,
4. Problemas de ouvido, e
5. Problemas de garganta.

**Se a criança apresenta qualquer destes sinais ou sintomas, você está obrigado a recorrer ao quadro e realizar a avaliação e classificação correspondente,** devendo priorizar em cada caso o estado de maior gravidade; **exemplo,** se tem tosse está obrigado a descartar Pneumonia, se tem Diarreia está obrigado a classificar o estado de hidratação, determinar se estamos frente a uma Diarreia Persistente ou a uma Disenteria.

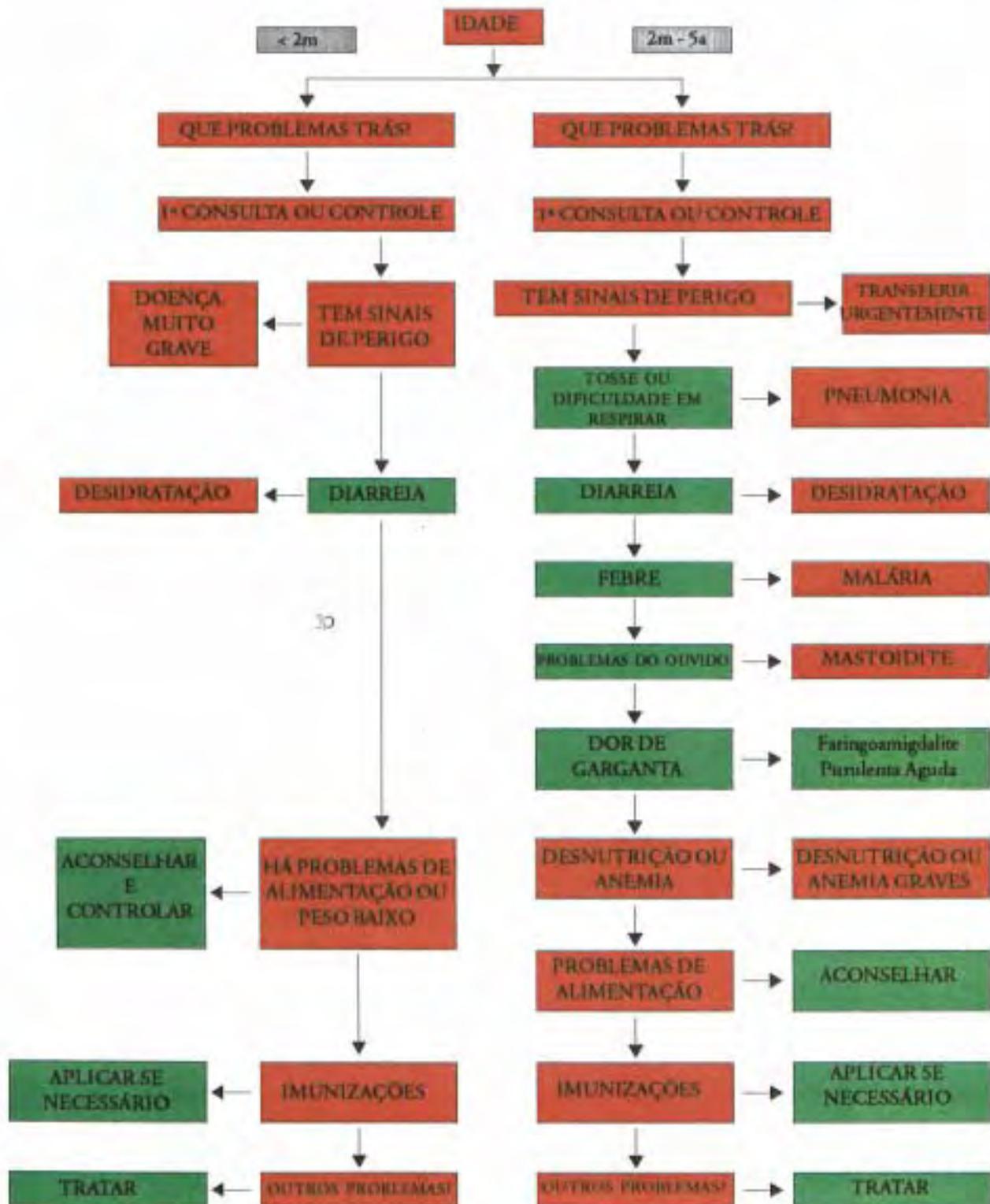
**A seguir** após concluir a avaliação deste bloco dos cinco principais motivos de consulta você deve **continuar com as avaliações obrigatórias** que devem ser feitas a todas as crianças:

- **Estado nutricional e anemia.** Avalie e classifique o estado nutricional e anemia em todas as crianças de 2 meses a 5 anos.
- **Problemas de alimentação.** Avalie e identifique claramente os principais problemas de alimentação, para dar recomendações no final da consulta. Esta avaliação é prioritária se a criança e menor de dois anos, apresenta anemia ou baixo peso para sua idade.
- **Estado de imunizações.** Avalie o estado de vacinação da criança de acordo com a sua idade. Evite as oportunidades perdidas e aplique as vacinas que correspondam.
- **Outros problemas.** Finalmente avalie e identifique outros problemas de saúde, antecedentes de importância que a seu juízo devem ser tomados em conta para posteriormente dar o tratamento e recomendações correspondentes.

**Observação:** Como você pode apreciar, na criança menor de 2 meses praticamente todas as avaliações são obrigatórias por isso que os quadrados estão marcados com vermelho.

**Nota:** O tratamento e aconselhamento final devem estar orientados para os principais problemas identificados. Se uma criança apresenta muitas classificações e/ou problemas que requerem intervenção, deve priorizar os mais importantes para dar o tratamento e conselhos. Durante o controle pode intervir em outros problemas identificados e não prioritários.

### Fluxograma de Atenção



## E2 Como transferir uma criança

Muitas crianças devem ser transferidas a uma Unidade Sanitária de maior complexidade para receber um tratamento adequado para sua doença, nestes casos você deve saber o seguinte:

- Em que casos as crianças devem ser referidas.
- Os quatro passos do processo de transferência.
- Escrever uma Guia de Transferência.

### Em que casos as crianças devem ser transferidas?

Quando na Unidade Sanitária não se possa internar ou hospitalizar uma criança que apresenta um sinal geral perigo; assim como toda a criança que apresenta uma classificação que está dentro do Quadro de cor vermelha do caderno de mapas: Pneumonia grave ou Doença muito grave, Doença febril muito grave, Mastoidite, Desnutrição grave (Marasmo ou Kwashiorkor) ou Anemia grave. Exceções: Crianças classificadas com Desidratação Grave e Diarreia Persistente Grave, que não apresentem outra classificação de gravidade. Nestes casos aconselha-se a tratar primeiro a desidratação.

### Os quatro passos do processo de transferência são:

1. Explique a mãe ou acompanhante da criança por que é necessária a transferência. Pergunte-lhe se pode levar a criança agora. Se disser que não pode, ou tem dúvidas, trate de averiguar a causa. Use as técnicas de aconselhamento que revimos anteriormente.
2. Acalme os temores da mãe ou acompanhante e ajude-a a resolver seus problemas.
3. Escreva uma guia de transferência que a mãe levará ao hospital. Diga-lhe que entregue a guia ao pessoal de saúde do hospital.
4. Entregue os medicamentos e as instruções necessárias para que ela os administre enquanto se dirige ao hospital.

### Escrever uma Guia de Transferência:

A seguinte informação deve vir incluída na nota de transferência:

- O nome e a idade da criança.
- A ficha e hora da transferência.
- O motivo transferência.
- Uma descrição dos problemas da criança.
- Os tratamentos que você administra a criança.
- Qualquer outra informação que possa ser de utilidade para o pessoal de saúde do hospital, como tratamentos prévios durante sua doença.
- Seu nome, firma e o nome da Unidade Sanitária.

**Exemplo de uma guia de transferência****Guia de transferência**

1. **Nome:** Carla Fernández
2. **Idade:** 4 meses
3. **Data:** 28 de agosto de 1998, 18 horas.
4. **Motivo de transferência:** *Pneumonia grave, diarreia com desidratação*
5. **Descrição dos problemas**  
*Tosse, diarreia e febre até 4 dias*  
*FR: 54 X<sup>c</sup> Peso: 7Kg T° 38°C.*  
*Retração subcostal, desidratação (irritável, bebe ávidamente, com sede)*
6. **Tratamentos administrados:**  
*P.Cristalizada 1ª dose.*  
*Paracetamol 1ª dose.*  
*SRO a tolerância.*
7. **Informação adicional:** *faltam duas doses de DPT e Polio.*
8. **Nome do pessoal de saúde que transfere:** *Enfª. Mª da Conceição.*
9. **Nome da unidade sanitária que transfere:** *Centro de Saúde do Alto-Maé.*
9. **Nome da unidade sanitária para aonde se transfere:** *Hospital Central de Maputo.*

## 3 Como administrar oxigénio a criança

Se tem na Unidade Sanitária alguma fonte de oxigénio (geralmente cilindros de oxigénio comprimido), considera a possibilidade de administrar oxigénio a criança com alguma **Doença Muito Grave**, com **Pneumonia Severa** ou com **SOB ou Asma de Grau Severo**.

O oxigénio comprimido não é barato, e muitas vezes é escasso ou demora muito a repor-se quando esgota. Por isso, deve utilizar formas económicas de administrar oxigénio a criança. A maneira mais adequada é utilizando bigoterias nasais. Outra maneira adequada é utilizando uma sonda nasal. Se não tem bigoterias nasais nem sonda nasal, pode fabricá-las; ou até pode utilizar uma máscara, mas a máscara utiliza muito mais oxigénio que a bigoteria ou a sonda.

### Como usar a bigoteria nasal?

#### Como usar correctamente a bigoteria



1. Limpar bem as fossas nasais.
2. Escolher a bigoteria de tamanho adequado ao nariz da criança.
3. Introduzir o tubo da bigoteria em cada fossa nasal (coloca-los curvados para baixo)
4. Se só dispõem de bigoteria para adultos, corta os tubos deixando só uns pedaços curtos que apenas entrem nas fossas nasais da criança.
5. Direcione para trás os tubos e fixe com fita desiva.
6. Posicione o resto dos tubos bem atrás para que a criança não possa alcançar.

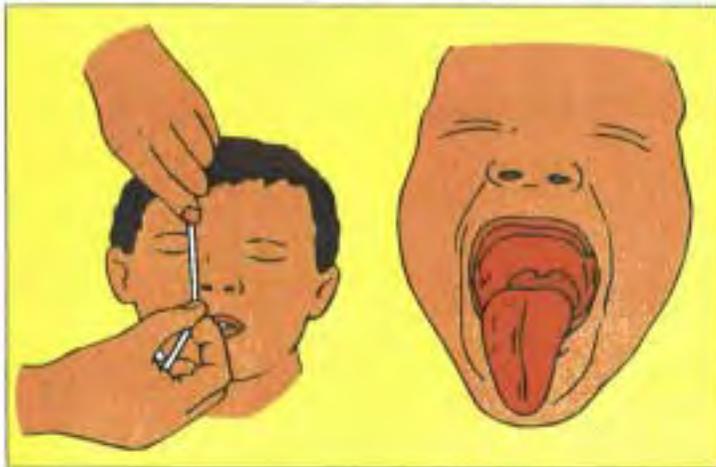
Fotografia adaptada de: APJ News 1994 Aug-Oct; 29:1.

Mais adiante se reverá quanto oxigénio deve dar pela bigoteria de acordo com a idade da criança.

### Como usar a sonda nasal?

A sonda ou cânula nasal permite uma concentração algo maior de oxigénio que as bigoterias. A concentração de oxigénio que o paciente recebe altera-se menos quando o paciente respira com a boca aberta, comparado com a bigoteria nasal. A desvantagem é que obstrui-se mais facilmente com muco e também pode dilatar o estômago se introduz-se demasiado ou se aumenta-se muito o fluxo de oxigénio.

## Forma de colocar a Sonda Nasal



1. Usa uma sonda de alimentação 6F ou 8F.
2. Meça a distância que deve introduzir a sonda.
3. Meça desde as fossas nasais até as sobrancelhas, e marca esse limite na sonda.
4. Observa que a sonda não deve ver-se na garganta quando tenha terminado de colocar na criança.



5. Introduzir a sonda por umas das fossas nasais, até a marca que colocou na sonda.
6. Recorda que a sonda não deve ver-se na garganta, nem deve ficar muito fora. Usa a marca que colocou na sonda como limite.

Gráficos adaptados de: ARI News 1994 Aug Oct; 29:2.



7. A seguir fixa a sonda com fita adesiva dando uma volta completa ao redor da sonda.

8. A sonda pode-se mover ou enrolar a criança. Revisa continuamente a posição da sonda e muda o adesivo se se molhar.

Fotografia adaptada de: Notícias sobre IRA 1995 Mar-Jun; 30:1.

### Quanto oxigénio dar por bigotera ou sonda nasal?

Deve proporcionar oxigénio pela bigotera nasal ou pela sonda nasal, de acordo com a idade da criança (utiliza-se o mesmo fluxo de oxigénio para a bigotera e a sonda).

Se não melhora a dificuldade respiratória logo após dar oxigénio, verifica se as fossas nasais e as bigoteras estão limpas, sem muco, e se a criança está respirando pelo nariz (com a boca fechada). Se tudo isto está bem, tente aumentar o fluxo de oxigénio. Se mesmo assim não há melhoria, muda para uma máscara.

Fluxo de oxigénio para a Bigotera nasal e Sonda Nasal	
Edade	Flujo de oxgéno
Menor de 2 meses ou Menos de 5 Kg	1/2 litro por minuto
Maior de 2 meses o Mas de 5 Kg	1 litro por minuto

- **Não necessita humidificador** para oxigénio com a bigotera nasal nem com a sonda nasal.
- **Se a criança não melhora** a dificuldade em respirar ou cianose, revisa se há muco, se a criança respira pelo nariz e se as bigoteras ou a sonda estão bem colocadas.
- **Se já revisou** que tudo está bem e a criança não melhora, aumenta o fluxo de oxigenio em 1/2 a 1 litro por vez, até um máximo de 5 litros por minuto.

### Como usar a mascara para dar oxigénio?

A mascara tem a vantagem de ser fácil de colocar, mas também move-se com facilidade. Além disso as crianças pequenas não a aceitam e tiram-na com frequencia.

Alem disso, gasta 3 a 4 vezes a quantidade de oxigénio que e necessário com botijas ou sondas nasais, com as quais podem-se conseguir concentrações maiores de oxigénio a fluxos muito altos (até 7 a 8 litros por minuto).

As mascaras tem diferentes tamanhos segundo sejam para lactantes, crianças maiores ou adultos. Não deve usar uma mascara que nao seja do tamanho adequado para cobrir o nariz e a boca da criança e encostar-se completamente a face. Qualquer fuga ao redor da mascara faz com que a concentração de oxigénio seja menor.

### Quanto oxigénio dar pela mascara?

Deve dar oxigénio a pelo menos 4 litros por minuto. NUNCA des menos oxigénio por mascara, pois não conseguirás dar mais oxigenio que o ar normal, e pode piorar o estado da criança.

Sempre deve-se humidificar o oxigénio por mascara, mas em zonas de clima muito frio a humidificação com butijas de água não funciona bem. Nestos casos, o oxigénio sai muito seco, e produz ressecamento de todas as mucosas, irritação da garganta e facilita a infecção.

Flujo de oxigénio por Mascara
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Usa 4 litros por minuto de oxigénio como mínimo.</li> <li>● Utiliza humidificador para o oxigénio.</li> <li>● Se não melhora a dificuldade em respirar ou cianose, revisa se há muco, se a criança respira pelo nariz e se as bigoteras ou a sonda estão bem colocadas.</li> <li>● Não use nebulizador para dar oxigénio por mascara se a criança não tem sibilos.</li> <li>● Se já revisou que tudo está bem e a criança não melhora, aumenta o fluxo de oxigénio em 1 litro por vez, até 7-8 litros por minuto.</li> </ul>

## E4 Como administrar líquidos endovenosos para manutenção

### Que crianças devem receber líquidos endovenosos para manutenção?

Aquelas crianças com alguma **Doença Muito Grave**, com **Pneumonia Severa**, com **SOB** ou **Asma de Grau Severo**, com **Desidratação Grave**, ou com **Doença Febril Muito Grave**, as quais sabes que devem ser **Transferidas com URGÊNCIA ao hospital**, geralmente não podem alimentar-se nem receber líquidos pela via oral a não ser por algumas horas, devido ao seu estado geral que não lhes permite beber ou comer. Nestes casos deve-se administrar líquidos a criança mediante soluções endovenosas de água, dextrose e electrólitos.

Se na sua Unidade Sanitária tem pessoal e equipamento necessários, deve administrar líquidos endovenosos nos casos descritos, mesmo que transfira administra a solução até chegar ao hospital.

### Que soluções podem ser utilizadas?

A solução preferida é dextrose a 5% com electrólitos a 1/3 Normais. Também pode utilizar Solução Polielectrolítica, Solução de dextrose a 5% com Cloreto de Sódio a 0.9%, ou Solução de dextrose a 5% em Lactato de Ringer. Não deve usar solução salina isolada porque há riscos de hipoglicémia na criança. A tabela seguinte explica cada solução.

Recorda que deve registar a cada hora a quantidade de líquidos endovenosos que a criança

Tipo de soluções recomendadas para manutenção por via endovenosa	
Solução	Comentários
Dextrose 5% + Electrólitos a 1/3 Normal	A melhor opção. Prepara-se com dextrose 5% em água e adiciona-se 15 ml de cloreto de sódio a 20% e 10 ml de cloreto de potássio a 14.9% (0.75 ml de cloreto de potássio a 20%).
Solução Polielectrolítica	Boa opção se a criança tem diarreia severa ou se não pode preparar dextrose a 5% com electrólitos a 1/3N.
Solução de dextrose a 5% + Cloreto de sódio a 0.9%	Contém mais sódio que o necessário e falta o potássio. Bom só por algumas horas e se não tem as outras soluções.
Solução de dextrose a 5% em Lactato Ringer	Também há uma apresentação sem dextrose a 5%. Tem muito pouco potássio e se não vem com dextrose a 5% também falta suficiente dextrose. Bom só por algumas horas e se não tem melhor opção.

recebe, e fazer um balanço de entradas e perdas para evitar dar a criança muito mais líquido do que ela necessita ou pelo contrário dar-lhe muito pouco.

**RECORDA:**

- Esta guia é só para dar líquidos de manutenção, deverá continuar a dar os líquidos e electrólitos que recebe normalmente pela boca durante a alimentação.
- Enquanto a criança encontra-se em condições de receber líquidos e alimentos pela boca (acordada e sem nenhum sinal geral de perigo), deve retirar logo que possível os líquidos endovenosos.
- Ao receber estes líquidos a criança não está recebendo as proteínas, gorduras, vitaminas nem os minerais essenciais que recebe com boa alimentação. É para evitar a hipoglicémia e desidratação por umas horas, até que a criança melhore com o tratamento e pode alimentar-se.

**Quanto volume de líquidos administrar?**

Na seguinte tabela tem as recomendações de líquidos de acordo com o peso da criança. Sempre deve fazer os cálculos pesando a criança.

<b>Recomendações para administrar líquidos endovenosos de manutenção</b>	
<b>Peso</b>	<b>Quantidade de Líquidos</b>
< 10 Kg	120 - 100 ml / Kg / dia
10 - 20 Kg	100 - 80 ml / Kg / dia
> 20 Kg	1500 ml / dia

Estas quantidades de líquidos não aplicam-se as crianças com edemas (Kwashiorkor)

No caso de crianças com desnutrição severa com edemas (kwashiorkor) ou com edemas de outra causa, deve ter muito cuidado com a administração de soluções endovenosas. Estas crianças necessitam menos volume de líquidos e sobretudo menos sódio e mais potássio que outras crianças, além da estrita vigilância do seu balanço hídrico.

## Esquemas de tratamento antimalárico para crianças

Os esquemas que a seguir apresentamos correspondem as Normas de Tratamento da Malária do Programa de Controle de Malária do Ministério de Saúde. Deve consultar a Unidade de Epidemiologia da tua Região sobre qualquer mudança nas normas que possam ocorrer ao longo do tempo. Não aplique estes esquemas sem verificar se continuam vigentes ou não sofreram modificações para tua região de saúde devidas as mudanças na epidemiologia da malária.

### Esquema 1

#### Dar um antimalárico oral:

ANTIMALÁRICO DE PRIMEIRA LINHA: **CLOROQUINA**

ANTIMALÁRICO DE SEGUNDA LINHA: **SULFODOXINA-PIRIMETAMINA**

**Se for Cloroquina**, explicar à mãe que deve prestar atenção ao lactente durante os 30 minutos após administrar uma dose.

Se a criança vomitar dentro de 30 minutos, deve repetir a dose e voltar ao serviço de saúde para receber comprimidos adicionais.

**Se for Sulfadoxina-Pirimetamina**, dar uma dose única na Unidade Sanitária.

Se tiver em curso tratamento com cotrimoxazol, não dar fansidar, transferir a criança para o hospital.

	CLOROQUINA Dar durante 3 dias			Sulfadoxina+Pirimetamina (Dar uma dose única na Unidade Sanitária)	
PESO em Kg	COMPRIMIDOS DE CLOROQUINA (150 mg Base/Kg Peso)			PESO em Kg	N.º de COMPRIMIDOS 500mg Sulfadoxina + 25mg Pirimetamina
	Dia 1	Dia 2	Dia 3		
Menos de 5 Kg	1/4	1/4	1/4	De 4 até 5,9 Kg	1/4
De 5 até 7,5 Kg	1/2	1/2	1/2	De 7,5 até 9,9	1/2
De 7,5 até 9,9Kg	3/4	3/4	3/4	De 10 até 14,9 Kg	3/4
De 10 até 14,9Kg	1	1	1	De 15 até 19,9 Kg	1
De 15 até 19,9 Kg	1 1/2	1 1/2	1 1/2		

**Esquema 2****Dar Quinino para Malária Grave****PARA CRIANÇAS QUE SÃO TRANSFERIDAS COM DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE OU ANEMIA MUITO GRAVE:**

- Verificar qual é a fórmula de quinino disponível na sua Unidade Sanitária.
  - Dar a primeira dose de quinino por via intramuscular e transferir URGENTEMENTE a criança para o hospital.

**SE NÃO FOR POSSÍVEL TRANSFERIR:**

- Dar a primeira dose de quinino por via intramuscular.
- A criança deve permanecer deitada durante uma hora.
  - Repetir a injeção de quinino de 8 em 8 horas, até que a criança esteja em condições de tomar um antimalárico oral. Não continuar a administrar injeções de quinino por mais de 1 semana.

**No caso de ampola de 300mg/1 ml adicionar 4 ml de água para fazer uma concentração final de 300 mg/5ml (60mg/ml).**

**No caso de ampola de 600mg/2ml adicionar 8ml de água destilada para fazer uma concentração final de 600mg/10ml (60mg/ml).**

IDADE OU PESO	QUININO POR VIA INTRAMUSCULAR
	300 mg / ml em ampolas de 2 ml
2 meses a 3 meses (4 - < 6Kg)	1 ml
4 meses a 11 meses (6 - < 10Kg)	1.5 ml
1 ano (10 - < 12Kg)	2 ml
2 anos (12 - < 14Kg)	2.5 ml
3 anos a 5 anos (14 - 19Kg)	3 ml

Nunca exceder estas doses

## E6 Tabela de controle de ganho de peso

### Tabela de aumento de peso desde o controle prévio

Peso	Tempo desde o controle prévio						Peso	Tempo desde o controle prévio					
	10 dias	20 dias	30 dias	40 dias	50 dias	60 dias		10 dias	20 dias	30 dias	40 dias	50 dias	60 dias
1800	150	300	450	665	875	1090							
1900	170	345	515	730	940	1115							
2000	190	380	570	810	1050	1290	4500	205	415	620	795	965	1140
2100	195	395	590	825	1060	1300	4600	200	400	600	775	945	1120
2200	200	400	600	835	1075	1310	4700	195	390	590	760	930	1000
2300	205	410	620	855	1085	1320	4800	195	385	580	745	915	1080
2400	210	420	630	860	1090	1320	4900	190	380	570	735	895	1060
2500	215	425	640	870	1100	1330	5000	185	370	560	720	880	1040
2600	215	430	650	880	1110	1340	5100	185	365	550	710	870	1030
2700	220	440	660	885	1115	1340	5200	180	360	540	700	860	1020
2800	225	445	670	895	1115	1340	5300	175	350	530	685	845	1000
2900	225	445	670	895	1115	1340	5400	175	345	520	675	835	990
3000	225	450	680	900	1120	1340	5500	170	340	510	660	810	960
3100	230	460	690	905	1125	1340	5600	165	330	500	645	795	940
3200	230	460	690	905	1115	1330	5700	165	325	490	635	775	920
3300	230	460	690	900	1110	1320	5800	160	320	480	625	765	910
3400	235	465	700	905	1105	1310	5900	155	315	470	615	755	900
3500	235	465	700	900	1110	1300	6000	155	305	460	600	740	880
3600	235	465	700	900	1110	1300	6100	145	295	440	575	705	840
3700	235	465	700	895	1095	1290	6200	145	285	430	555	685	810
3800	235	465	700	890	1085	1280	6300	140	280	420	545	665	790
3900	230	460	690	880	1070	1260	6400	135	265	400	525	645	770
4000	225	450	680	865	1050	1240	6500	135	265	400	515	630	750
4100	225	445	670	855	1045	1230	6600	130	260	390	500	610	720
4200	215	430	650	835	1015	1200	6700	125	245	370	485	595	710
4300	215	425	640	820	1000	1180	6800	125	245	370	480	590	700
4400	210	420	630	805	985	1160	6900	120	240	360	565	575	680

Continua na página seguinte

**Tabela de aumento de peso desde o controle prévio**

Peso	Tempo desde o controle prévio						Peso	Tempo desde o controle prévio					
	10 dias	20 dias	30 dias	40 dias	50 dias	60 dias		10 dias	20 dias	30 dias	40 dias	50 dias	60 dias
7000	115	230	340	445	555	660	9500	70	140	210	280	355	430
7100	110	220	330	435	545	650	9600	70	135	205	275	350	420
7200	110	220	330	435	545	650	9700	70	135	205	275	350	420
7300	105	215	320	425	535	640	9800	70	135	205	275	350	420
7400	105	215	320	425	535	640	9900	65	135	205	270	340	410
7500	105	205	310	415	515	620	10000	65	130	200	270	340	410
7600	100	205	305	410	515	620	10100	65	130	200	265	335	400
7700	100	200	300	405	505	610	10200	65	130	200	265	325	390
7800	95	195	290	395	495	600	10300	65	125	190	260	315	380
7900	95	190	285	385	490	590	10400	65	125	190	250	315	380
8000	95	185	280	380	480	580	10500	65	125	190	250	315	380
8100	95	185	280	375	475	570	10600	60	125	185	245	310	370
8200	90	185	275	370	465	560	10700	60	125	185	240	300	360
8300	90	180	270	365	455	550	10800	60	125	180	235	295	350
8400	85	175	260	355	445	540	10900	55	115	170	230	290	350
							11000	55	115	170	225	285	340
8500	85	175	260	345	435	520	11100	55	105	160	220	280	340
8600	85	165	250	335	425	510	11200	55	105	160	220	280	340
8700	80	160	240	325	415	500	11300	55	105	160	215	275	330
8800	80	160	240	325	415	490	11400	50	105	155	210	265	320
8900	75	155	230	315	395	480	11500	50	100	150	205	255	310
9000	75	145	215	305	390	480	11600	50	100	150	200	250	300
9100	70	140	210	295	385	470	11700	45	95	140	190	240	290
9200	70	140	210	290	375	460	11800	45	85	130	180	230	280
9300	70	140	210	290	370	450	11900	45	85	130	175	225	270

**Atenção Integrada às Doenças da Infância**  
Janeiro 2003  
Ministério da Saúde  
Maputo  
Moçambique