



Dados de publicação e catalogação da biblioteca da OMS
Atenção Integrada às Doenças da Infância

Curso Complementar sobre HIV/ SIDA

8 v.

Conteúdo: Guião do facilitador – Introdução – Módulo 1. Recapitulação e actualizações técnicas sobre AIDI – Módulo 2. Avaliar, classificar e tratar a criança com HIV/ SIDA – Módulo 3. Aconselhar uma mãe Seropositiva – Módulo 4. Acompanhamento e cuidados crónicos a crianças expostas e infectadas pelo HIV – Caderno de mapas – Livro de fotografias.

1. Infecções por HIV – diagnóstico. 2. Infecções por HIV – terapia. 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – diagnóstico. 4. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – Terapia. 5. Criança. 6. Criança – 7. Manejo de Doenças. 8. Materiais de Ensino. I. Organização Mundial de Saúde. II. Título: Curso Complementar de AIDI sobre HIV/ SIDA. III. Título: Curso Complementar sobre HIV/ SIDA.

ISBN 92 4 159437 3

ISBN 978 92 4 1594370 (Classificação do NLM: WC 503.2)

© Organização Mundial da Saúde 2006

Reservados todos os direitos. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser obtidas através da imprensa da OMS, Organização Mundial de Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 genebra 27, Suíça (Tel.: +41 22 791 3264; Fax: +41 22 791 4857; E-mail: bookorders@who.int). Os pedidos para autorização para efeitos de reprodução ou tradução de publicações da OMS – quer seja para a venda ou para distribuição não comercial – devem ser endereçados para a Imprensa da OMS, no endereço acima referido (fax: +41 22 791 4806; E-mail: permissions@who.int).

As designações empregues e a apresentação do material nesta publicação não implicam apenas a expressão de qualquer opinião que seja por parte da Organização Mundial da Saúde em relação ao estatuto legal de qualquer país, território, cidade ou área ou das suas autoridades, ou em relação as delimitações das suas fronteiras ou limites. As linhas marcadas por pontos sobre os mapas representam a fronteira aproximada na qual poderá ainda não haver um acordo final.

A menção a empresas específicas ou de certos produtos manufacturados não implica que estes são recomendados pela Organização Mundial da Saúde em relação a outros de natureza semelhante que não foram mencionados. Os erros e as omissões que se esperam, os nomes de produtos proprietários são distinguidos através do uso de letra maiúscula no início.

Foram tomadas todas as precauções razoáveis pela Organização Mundial da Saúde com o objectivo de verificar a informação contida nesta publicação. Contudo, o material publicado está sendo distribuído sem qualquer tipo de garantia, quer seja expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e uso do material é incumbida ao leitor. Em nenhum momento a Organização Mundial da Saúde será responsável por danos surgidos do seu uso.

Impresso pelos Serviços de Produção de Documentos da OMS, Genebra, Suíça.





ÍNDICE

Módulo 1

1.0.	Introdução.....	7
2.0.	Objectivos da aprendizagem.....	8
3.0.	Exercícios para recapitular o processo de manejo de caso de AIDI.....	9
	Exercício escrito A.....	9
	Exercício de vídeo A.....	18
4.0.	Recapitulação adicional de AIDI – novas actualizações técnicas de AIDI.....	18
4.1.	Sinais gerais de perigo	19
4.2.	Tosse ou dificuldade em respirar	19
4.3.	Diarreia.....	23
4.4.	Febre.....	26
4.5.	Problemas de ouvido.....	27
4.6.	Malnutrição e anemia.....	28
4.7.	Lactente doente	29
5.0.	Exercícios de respostas curtas	30
	Exercício em grupo de resposta curta A: tratar a criança e Aconselhar a mãe	30
	Exercício em grupo de resposta curta B: acompanhamento.....	31
6.0.	Resumo do módulo e encerramento.....	32

Módulo 2

1.0.	Introdução.....	35
2.0.	Objectivos da Aprendizagem.....	36
3.0.	Informação Básica Acerca do HIV.....	36
3.1.	HIV e o corpo humano.....	36
	Exercício de grupo A.....	43
3.2.	Como uma criança fica infectada pelo HIV.....	43
	Exercício de Grupo B.....	44
4.0.	Avaliar e Classificar a criança com HIV.....	46
4.1.	Fazendo a testagem da infecção do HIV.....	46
	Exercício de resposta curta A: Testagem de HIV.....	48
	Exercício de grupo C.....	50
4.2.	Avaliar e Classificar a Criança (idade 2 meses – 5 anos) para HIV.....	50
	Exercício de vídeo A.....	55
	Exercício de resposta curta B.....	56
	Exercício de resposta curta C: Avaliar e Classificar para HIV.....	57
	Exercício escrito A.....	58
4.3.	Avaliar e classificar um lactente para HIV.....	60
	Exercício escrito B.....	61



5.0.	Identificar o tratamento para um lactente e criança classificada com HIV.....	63
5.1.	Tratamento para a criança de 2 meses de idade até 5 anos de idade	63
5.2.	Tratamento para o lactente doente	65
6.0.	Avaliar, classificar e tratar doenças agudas comuns.....	68
7.0.	Avaliar, classificar e tratar infecções oportunistas.....	70
7.1.	Avaliar, classificar e tratar problemas da pele.....	70
7.2.	Avaliar, classificar e tratar problemas da boca.....	75
8.0.	Prevenção de doenças.....	79
8.1.	Providenciar a profilaxia com cotrimoxazol.....	79
8.1.1.	Quais são as crianças que devem receber a profilaxia com cotrimoxazol?.....	80
8.1.2.	Quando é que deve ser iniciada a profilaxia com cotrimoxazol?.....	80
8.1.3.	Quando é que deve ser interrompida a profilaxia com cotrimoxazol?.....	81
8.1.4.	Qual é a dose de cotrimoxazol que deve ser usada para efeitos profiláticos?.....	81
8.2.	Imunização.....	83
8.3.	Suplementação da Vitamina A.....	84
	Exercício escrito C.....	85
9.0.	Resumo do módulo e encerramento.....	86

Módulo 3

1.0.	Introdução.....	91
2.0.	Objectivos da aprendizagem.....	91
3.0.	Habilidade de comunicação.....	92
3.1.	Habilidades de ouvir e aprender	92
3.2.	Construindo confiança e dando habilidades de apoio	94
3.3.	Comunicação com crianças	96
3.4.	Informando a criança acerca do resultado do seu teste de HIV (revelação)	97
4.0.	Opções de alimentação para mulheres seropositivas (bebés expostos aos HIV com idade entre os 0 e os 6 meses)	98
5.0.	Recomendações de alimentação para crianças expostas ao HIV até aos 2 anos de idade.....	101
5.1.	Informação suplementar: alimentar crianças dos 0 aos 6 meses de idade	103
5.2.	Interrompendo a amamentação exclusiva	104
5.3.	Alimentando uma bebé exposto ao HIV dos 6 aos 24 meses de idade	105
5.3.1.	Se o bebé ainda está a ser amamentado	105
5.3.2.	Se o bebé não estiver a ser amamentado	105
5.4.	Alimentação dos órfãos	105
6.0.	Alimentação de crianças classificadas como sendo confirmadas de terem a infecção por HIV.....	108
	Exercício escrito A.....	111
	Exercício escrito B.....	113
7.0.	Aconselhar a mãe acerca da sua própria saúde.....	114
8.0.	Uso do cartão da mãe / os cartões de HIV e de aconselhamento da alimentação do lactente	116
9.0.	Aconselhar a mãe de uma criança exposta ao HIV acerca de um teste de HIV.....	117
10.0.	Resumo do módulo e encerramento.....	119



Módulo 1

Recapitulação e actualizações técnicas sobre AIDI

Maputo, 2007





1.0. INTRODUÇÃO

Leiam esta introdução individualmente ou em voz alta em pequenos grupos.

Depois façam o exercício escrito A.

Antes de vocês avaliarem e classificarem uma criança para HIV/ SIDA vocês precisam de fazer uma avaliação completa da criança com base no que aprenderam no curso de manejo de casos de AIDI. Isto significa que para cada criança vocês precisam de verificar os sinais gerais de perigo, depois perguntarem pelos sintomas principais e avaliar e classificar a criança para tosse e dificuldade em respirar, diarreia, febre, problemas de ouvido, malnutrição e anemia. A seguir devem verificar a situação de imunização da criança e finalmente avaliam outros problemas.

Este módulo foi elaborado para vos ajudar a recapitular os princípios do processo de manejo de casos de AIDI antes de vocês aprenderem como avaliar e classificar para HIV/ SIDA. Na introdução deste curso vocês foram informados de que irão estudar quatro crianças à medida que forem trabalhando com este módulo nomeadamente Mishu, de 3 meses de idade, Dan, de 23 meses de idade, Ebai, de 2 semanas de idade e Henri de 3 semanas de idade. No Módulo 1, este estudo de casos ajudar-vos-á a recapitular o processo de manejo de casos de AIDI e nos módulos subsequentes vocês aprenderão como tratar uma criança nascida de uma mulher infectada pelo HIV.

Este módulo é constituído por uma série de estudo de casos, exercícios escritos e exercícios com vídeo, todos elaborados para vos ajudar a recapitular os princípios de AIDI:

- As primeiras duas secções do módulo são constituídas pela Introdução e os Objectivos da Aprendizagem. Os participantes devem ler estas duas secções individualmente ou em pequenos grupos.
- A secção 3 contém 4 exercícios escritos (estudo de casos) e um exercício com vídeo, devendo cada um ser completado individualmente antes do debate em plenária com o resto do grupo. Estes exercícios irão ajudar os participantes a recapitular os princípios do processo de manejo de casos de AIDI.
- A secção 4 contém uma recapitulação adicional sobre AIDI e uma oportunidade para providenciar actualizações técnicas com base na recente revisão da OMS. A secção inclui a prática de exercícios e dois exercícios de resposta curta que devem ser completados em pequenos grupos. Estes exercícios irão ajudar os participantes a recapitular mais uma vez os princípios de AIDI e garantir que tenham uma compreensão plena das actualizações técnicas que vos forem apresentadas.

Quando tiverem terminado a leitura desta introdução e estiverem familiarizados com os objectivos da aprendizagem deste módulo vocês poderão continuar com o exercício escrito A e o exercício de vídeo A. Para cada criança, usem o Formulário de Registo adequado para registarem os principais sintomas e para avaliarem, classificarem, identificarem tratamento, aconselharem e sugerirem o dia ou a data para a sessão de acompanhamento.



Durante este módulo vocês irão precisar de manter o vosso caderno das mapas de AIDI convosco. À medida que forem lendo este módulo, abram o vosso caderno de mapas na página correspondente e seguir à tabela relevante. O melhor seria se vocês trabalhassem em pequenos grupos e lerem este módulo e procederem ao cruzamento de informações com o caderno de mapas de AIDI. Adicionalmente, vocês podem desejar fazer referência ao módulo de introdução deste curso que contém um glossário de termos e sinais que vocês irão ouvir à medida que forem recapitulando os princípios de AIDI e forem trabalhando com os módulos 2, 3.

2.0. OBJECTIVOS DA APRENDIZAGEM

Leiam os objectivos da aprendizagem individualmente e reflectam sobre os mesmos de modo a que os possam memorizar.

No final do módulo vocês devem ter:

Recapitulado todo o processo de manejo de casos de AIDI e serem capazes de descrever como:

Avaliar lactentes que estão doentes (com idade até aos 2 meses) e crianças (com idade entre os 2 meses e 5 anos)

Classificar a sua doença

Tratar a criança, e transferir caso seja necessário

Aconselhar a mãe

Planificar o acompanhamento

Completar de forma correcta os formulários de registo

Usar de forma correcta o caderno de mapas de AIDI

Compreender as últimas actualizações técnicas de AIDI e serem capazes de as descrever, incluindo as actualização acerca de:

Tratamento da pneumonia, com ou sem sibilos

Suplementos de zinco e SRO para hidratação

Tratamento da disenteria

Tratamento de febre/ malária

Problemas de ouvido

Novo algoritmo para o lactente que está doente.



3.0. EXERCÍCIOS PARA RECAPITULAR O PROCESSO DE MANEJO DE CASO DE AIDI



EXERCÍCIO ESCRITO A

Leiam o estudo de casos que se seguem, e prossigam no processo de avaliação, classificação, tratamento, aconselhamento e acompanhamento para cada criança. Primeiro façam cada estudo de caso individualmente; depois discutam em pequenos grupos. Para cada estudo de caso, façam o registo dos sinais da criança, a classificação, o tratamento, o acompanhamento e os planos de aconselhamento no Formulário de Registo. Consultem o caderno de mapas à medida que estiverem a fazer o exercício. Caso tenham alguma dificuldade com um exercício, procurem ajuda de um colega participante ou do vosso facilitador antes de passarem para o estudo de caso a seguir. Quando tiverem concluído o estudo de casos escritos e os tiverem debatido com os vossos colegas e o facilitador, o vosso facilitador irá solicitar-vos para fazerem o exercício A de vídeo.

Mantenham os formulários de registo e as classificações para cada criança em lugar seguro uma vez que irão precisar desses formulários de registo para o exercício escrito B no Módulo 2.

Nas páginas que se seguem vocês irão ver exemplos de Formulários de Registo para LACTENTE DOENTE (até aos 2 meses de idade) e CRIANÇA DOENTE (dos 2 meses até aos 5 anos de idade). O vosso facilitador irá proceder à entrega de textos de apoio destes formulários de registo de modo a que vocês os possam usar nos exercícios.

NOTA: vocês irão notar que estes Formulários de Registo diferem dos Formulários de Registo anteriores de AIDI uma vez que os mesmos foram adaptados para incluírem a avaliação do HIV/ SIDA. O formulário de registo para a CRIANÇA DOENTE contém uma secção intitulada “Considere a infecção por HIV” e o formulário para o LACTENTE DOENTE apresenta uma pergunta relacionada com o estado serológico da mãe. Estas secções dos formulários de registo não serão usadas neste módulo, mas nós iremos prestar atenção aos mesmos no Módulo 2.

Antes do exercício A, o vosso facilitador irá proceder à revisão do algoritmo AIDI no quadro.



ATENDIMENTO À CRIANÇA DOENTE DE 2 MESES AOS 5 ANOS DE IDADE	
Nome da criança: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg; Temperatura: _____ oC	
PERGUNTAR: Quais são os problemas da criança _____	
Primeira consulta? _____ Consulta de Controle? _____	
AVALIAR: Traçar um círculo ao redor de todos os sinais presentes _____ CLASSIFICAR _____	
VERIFICAR SE HÁ SINAIS GERAIS DE PERIGO <ul style="list-style-type: none">• NÃO CONSEGUE BEBER NEM MAMAR• VOMITA TUDO O QUE INGERE• HISTÓRIA DE CONVULSÕES• LETÁRGICA OU INCONSCIENTE• CONVULSÕES AGORA	Há sinais de perigo? Sim _____ Não _____ Lembre-se de utilizar os sinais de perigo ao seleccionar as classificações
A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU TEM DIFICULDADE EM RESPIRAR? SIM _____ NÃO _____ Há quanto tempo? _____ Dias Contar as respirações por minuto. _____ respiração por minuto. Respiração rápida? Observar se há retracção subcostal. Verificar se há estridor Verificar e auscultar se há sibilos. No caso de pneumonia, verificar sinais de HIV.	
A CRIANÇA ESTÁ COM DIARREIA? <ul style="list-style-type: none">• Há quanto tempo? _____ Dias• Se há mais de 14 dias, verificar para infecção por HIV• Há sangue nas fezes?	SIM _____ NÃO _____ Examinar o estado geral da criança. Encontra-se: Letárgica ou inconsciente? Aagitada ou irritada? Observar se os olhos estão encovados. Oferecer líquidos à criança. A criança: Não consegue beber ou bebe muito mal? Bebe ávidamente, com sede? Sinal da prega: a pele volta ao estado anterior: Muito lentamente (mais de 2 segundos)? Lentamente?
A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE? (quente ao toque/temperatura de 37.5°C ou mais) SIM _____ NÃO _____ <ul style="list-style-type: none">• Há quanto tempo? _____ Dias• Se há mais de 7 dias, teve febre todos os dias? Febre há mais de 30 dias fazer teste de HIV segundo as normas Se a criança estiver com sarampo agora ou se teve sarampo nos últimos três meses:	Observar ou palpar se está com rigidez da nuca. Observar se há corrimento nasal. Verificar se há sinais de SARAMPO: Verificar se há erupções generalizadas; e Algum dos sinais seguintes: tosse, corrimento nasal ou olhos vermelhos. Observar se há lesões de estomatite. Se houver, são profundas e extensas? Observar se há secreção nos olhos. Observar se há opacificação da córnea.
A CRIANÇA ESTÁ COM PROBLEMA DO OUVIDO? <ul style="list-style-type: none">• Está com dor do ouvido?• Há secreção purulenta no ouvido agora? Se houver, há quanto tempo? _____ Dias• Se houver, verificar infecção por HIV sintomática.	Agora: SIM _____ NÃO _____. No passado? SIM _____ NÃO _____. Observar se há secreção purulenta no ouvido. Palpar para determinar se há tumefacção dolorosa atrás da orelha.
A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ DESNUTRIÇÃO E ANEMIA É palidez palmar grave? Palidez palmar leve? Determinar o peso para a idade. Muitabaixo _____ Não muito baixo _____ Se for muito baixo, verificar infecção por HIV sintomática	Observar se há emagrecimento acentuado. Observar se há palidez palmar. Verificar se há edema em ambos os pés. Determinar o peso para estatura
AVALIAR PARA INFECCÃO POR HIV Teste de HIV feito: Mãe: positivo _____ negativo _____ desconhecido _____ Criança: positivo _____ negativo _____ desconhecido _____ <ul style="list-style-type: none">o Pneumoniao Gânglios linfáticos aumentados em dois ou mais dos seguintes locais: pescoço, axila ou virilha?o Diarreia persistente agora ou nos 3 meses passados?o Candidíase oral?o Hipertrofia glândulas parótidas ?o Há secreção purulenta no ouvido agora ou houve no passado?o Peso muito baixo para a idade?	



<p>VERIFICAR A SITUAÇÃO VACINAL DA CRIANÇA Marcar um círculo em torno das vacinas a serem dadas neste hoje.</p> <table border="1" data-bbox="178 434 898 768"><thead><tr><th>IDADE</th><th>VACINA</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>Nascimento</td><td>BCG</td><td>Pólio-0</td></tr><tr><td>2 meses</td><td>DPT-1+HEP-B+ Hib1</td><td>+Pólio-1</td></tr><tr><td>3 meses</td><td>DPT-2+HEP-B+ Hib2</td><td>+Pólio-2</td></tr><tr><td>4 meses</td><td>DPT-3+HEP-B+ Hib3</td><td>+Pólio-3</td></tr><tr><td>9 meses</td><td>Sarampo</td><td></td></tr></tbody></table>	IDADE	VACINA		Nascimento	BCG	Pólio-0	2 meses	DPT-1+HEP-B+ Hib1	+Pólio-1	3 meses	DPT-2+HEP-B+ Hib2	+Pólio-2	4 meses	DPT-3+HEP-B+ Hib3	+Pólio-3	9 meses	Sarampo		<p>Voltar para a próxima vacinação em _____ (Data)</p>
IDADE	VACINA																		
Nascimento	BCG	Pólio-0																	
2 meses	DPT-1+HEP-B+ Hib1	+Pólio-1																	
3 meses	DPT-2+HEP-B+ Hib2	+Pólio-2																	
4 meses	DPT-3+HEP-B+ Hib3	+Pólio-3																	
9 meses	Sarampo																		
<p>AVALIAR A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA SE TIVER ANEMIA, PESO MUITO BAIXO ou SE TIVER MENOS DE 2 ANOS DE IDADE.</p> <ul style="list-style-type: none">• Você alimenta a sua criança ao peito? Sim ____ Não ____ Se amamenta, quantas vezes num período de 24 horas? ____ vezes. Amamenta durante a noite? Sim ____ Não ____• A criança recebe outro tipo de alimento ou líquidos? Se a resposta for SIM, que alimentos ou líquidos? _____• Quantas vezes por dia? ____ vezes. O que usa para alimentar a criança? _____• Se o peso for muito baixo para a idade: Que quantidade de comida ingere? _____• A criança tem o seu próprio prato? ____ Quem alimenta a criança e como? _____• Durante esta doença, houve mudança na alimentação da criança? Sim ____ Não ____. Se houve, como? _____	<p>Problemas de Alimentação</p>																		
<p>AVALIAR OUTROS PROBLEMAS PERGUNTAR A MÃE SOBRE A SUA SAÚDE</p>																			

**ATENDIMENTO À CRIANÇA DOENTE DE 1 SEMANA AOS 2 MESES DE IDADE**

Nome da criança: _____ Idade: _____ Peso: _____ Kg; Temperatura: _____ oC

PERGUNTAR: Quais os problemas do lactente _____ Primeira consulta? _____ Consulta de Controle? _____

AVALIAR: Traçar um círculo ao redor de todos os sinais presentes

CLASSIFICAR

VERIFICAR SE HÁ POSSIBILIDADE DE INFECÇÃO BACTERIANA

Teve dificuldade de alimentar-se?

Teve convulsões?

Teve ataque de apneia?

Respiração rápida: respirações por minuto: _____.

Repetir se necessário: _____

- Retracção subcostal grave.
- Batimento das asas do nariz.
- Gemidos.
- Fontanela abaulada.
- Umbigo vermelho.
- Vermelhidão do umbigo alastrada à pele ou secreção purulenta.
- Febre (37,5°C ou mais) ou temperatura baixa (abaixo de 35,5°C ou fria ao toque)
- Pústulas na pele.
- Muitas pústulas na pele ou pústulas graves.
- Letárgica ou inconsciente
- Movimenta-se menos que o normal.
- Não se mexe quando estimulado
- Secreção purulenta do ouvido.
- Secreção purulenta dos olhos.
- Icterícia mais acentuada.

NOTA: A MÃE
TEM TESTE DE HIV
POSITIVO
SIM _____ NÃO _____

A CRIANÇA ESTÁ COM DIARREIA?

Há quanto tempo? _____ dias

Sangue nas fezes

SIM _____ NÃO _____

Letárgica ou inconsciente.

Aagitada ou irritável.

Olhos encovados.

Sinal da prega: a pele volta ao estado anterior

lentamente _____

muito lentamente (mais de 2 segundos) _____

A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO OU DE BAIXO PESO EM CRIANÇAS AMAMENTADAS (lactentes que recebem leite materno)

Dificuldade de alimentação?

Sim _____ Não _____

Aleitamento materno?

Sim _____ Não _____

Se a resposta for SIM, quantas vezes em cada 24 horas?

_____ vezes.

Recebe outros alimentos ou líquidos?

Sim _____ Não _____

Se a resposta for SIM, quantas vezes em cada 24 horas?

_____ vezes.

Se a resposta for SIM, o que usa para alimentar o actente?

Registar o peso e verificar a correspondência com a idade:

baixo peso não muito baixo

ganha pouco peso

Se o lactente tiver alguma dificuldade em mamar, o aleitamento for feito menos de 8 vezes em 24 horas OU estiver a receber outros alimentos ou líquidos OU tiver baixo peso para a idade E não apresentar nenhum sinal para ser transferido URGENTEMENTE para o hospital:

Avaliar o aleitamento materno

O lactente mamou durante a última hora?

Sim _____ Não _____.

Se a mãe não alimentou o lactente na última hora, pedir-lhe que dê o peito à criança.

- Observar a amamentação durante 4 minutos e verificar como o lactente pega o seio:

O queixo toca o seio?

Sim _____ Não _____

A boca está completamente aberta?

Sim _____ Não _____

Lábio inferior curvado para fora?

Sim _____ Não _____

Há mais aréola visível acima da boca do que abaixo?

Sim _____ Não _____.

Não há pega _____ A pega não é boa _____ Há boa pega _____

- O lactente chupa bem (isto é, efectua sucções lentas e profundas, com pausas ocasionais)?

Não chupa nada _____ Não chupa bem _____ Chupa bem _____

- Há candidíase oral? Sim _____ Não _____



<p>A SEGUIR, VERIFICAR SE HÁ PROBLEMA DE ALIMENTAÇÃO OU DE BAIXO PESO em crianças que não recebem leite materno</p> <p>Dificuldade em alimentar-se? Sim ____.</p> <p>Porque é que se decidiu a não amamentar? _____.</p> <p>Que leite substituto usa? _____.</p> <p>Está a dar leite suficiente durante as 24 horas? Sim ____ . Não ____.</p> <p>Prepara correctamente os alimentos? Sim ____ . Não ____.</p> <p>Dá outros alimentos ou líquidos para além do leite? Sim ____ . Não ____.</p> <p>Que utensílios utiliza? Copo ____ . Biberão ____.</p> <p>Os utensílios são lavados adequadamente? Sim ____ . Não ____.</p> <p>Há monilíase? Sim ____ . Não ____.</p> <p>Registar o peso e verificar a correspondência com a idade: Baixo peso ____ Sem baixo peso ____ Ganha pouco peso ____</p>										
<p>AVALIAR PARA INFECÇÃO POR HIV</p> <p>A mãe ou o lactente fizeram teste de HIV? Sim ____ Não ____</p> <p>Se sim: qual foi o resultado?</p>										
<p>FACTORES ESPECIAIS DE RISCO?</p> <p>Prematuro ou baixo peso à nascença ____</p> <p>Asfixia à nascença ____</p> <p>Graves privações sócio-económicas ____</p> <p>Sim ____ . Não ____.</p> <p>Mãe adolescente ____</p> <p>Lactente não amamentado ao peito ____</p> <p>Sabe-se que a mãe é HIV positiva ____</p>										
<p>VERIFICAR A SITUAÇÃO VACINAL DA CRIANÇA</p> <p>Marcar as vacinas e serem dadas neste momento</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO:</p><table><thead><tr><th>IDADE</th><th colspan="2">VACINA</th></tr></thead><tbody><tr><td>Nascimento</td><td>BCG</td><td>Pólio-0</td></tr><tr><td>2 meses</td><td>DPT-1+HEP-B+ Hib1</td><td>Pólio-1</td></tr></tbody></table></div>	IDADE	VACINA		Nascimento	BCG	Pólio-0	2 meses	DPT-1+HEP-B+ Hib1	Pólio-1	<p>Voltar para a próxima vacina em</p> <p>_____</p> <p>(Data)</p>
IDADE	VACINA									
Nascimento	BCG	Pólio-0								
2 meses	DPT-1+HEP-B+ Hib1	Pólio-1								



Caso 1: Mishu

A Mishu tem 3 meses de idade. Ela pesa 5.5kg. Ela está com uma temperatura de 38.0^oc. Hoje, ela está na consulta porque sofre de diarreia e febre.

Ela não apresenta quaisquer sinais gerais de perigo.

O agente de saúde avalia a diarreia da Mishu. A mãe diz que a Mishu está com diarreia há 2 dias que as fezes apresentam manchas de sangue. A Mishu descansa normalmente e não apresenta sinais de irritação; ela não está inconsciente ou letárgica. Os olhos dela não estão encovados. Ela bebe normalmente. Quando faz sinal de prega cutânea, a sua pele volta imediatamente.

A seguir, o agente de saúde avalia se Mishu está com febre. A mãe diz que Mishu está com febre há 2 dias. Ela não teve sarampo nos últimos 3 meses. Ela não está com rigidez do nuca, fontanela abaulada ou corrimento nasal. Não existem quaisquer sinais que sugerem a presença de sarampo.

A Mishu não tem problema de ouvido.

O agente de saúde verifica problemas de malnutrição e anemia. Ela não apresenta qualquer sinal visível de emagrecimento acentuado. Não existe palidez palmar, nem edema em ambos os pés. O agente de saúde determina o peso e faz os cálculos de acordo com a idade, e constata que o peso não é muito baixo.

O agente de saúde questiona acerca da alimentação. A Mishu está a ser amamentada e também recebe outros alimentos líquidos tais como água açucarada, medicamentos tradicionais e água porque faz calor e às vezes ela fica constipada. A Mishu também come cereais finos duas vezes ao dia porque a mãe pensa que a Mishu é grande o suficiente para se alimentar com estes cereais e a mãe não tem leite materno suficiente.

À nascença, a Mishu recebeu BCG e Pólio 0. Há quatro semanas ela recebeu DPT 1+HepB+Hib e Pólio 1.

Registem os sinais da Mishu e as suas classificações no formulário de registo.

Anotem como é que a Mishu deve ser tratada incluindo os cuidados de acompanhamento e aconselhamento que a mãe deve receber.



Caso 2: Dan

O Dan é uma criança de 9 meses de idade. Ele pesa 5.5kg. A sua temperatura é de 39.5°C. A sua mãe diz que ele teve problemas respiratórios durante 3 dias e diarreia durante 15 dias. Ele também sofreu de secreção de ouvido durante 15 dias.

O Dan não apresenta quaisquer sinais gerais de perigo.

O agente de saúde contou 55 respirações em um minuto. O agente de saúde verificou se há retracção subcostal e escutou a respiração no peito para ouvir estridor. O Dan não apresentou sinais de retracção subcostal ou estridor.

O agente de saúde avaliou o Dan à procura de sinais de diarreia. A mãe disse no início que o Dan tinha sofrido com diarreia durante 15 dias. As fezes do Dan não apresentam manchas de sangue. Ele não está irritado ou agitado e não está letárgico ou inconsciente. Os olhos do Dan estão encovados. Ele está com sede e bebe avidamente quando lhe é dado água para beber. A pele dele retoma à posição normal muito devagar quando é feito o sinal da prega.

A seguir, o agente de saúde avalia se o Dan está com febre. A mãe diz que Mishu está com febre há 2 dias. Ela não teve sarampo nos últimos 3 meses. Ela não tem rigidez de nuca, nem fontanela abaulada ou corrimento nasal. Não existem quaisquer sinais que sugerem a presença de sarampo.

O agente de saúde apercebeu-se da presença de pús a sair do ouvido do Dan. A mãe diz que o ouvido do Dan está a libertar pús há já 15 dias. A parte de trás da orelha não está inchada.

O agente de saúde verifica problemas de malnutrição e anemia. Ela não apresenta qualquer sinal visível de emagrecimento acentuado. Não existe palidez palmar ou edema em ambos os pés. O agente de saúde determina o peso e faz os cálculos de acordo com a idade, e constata que o peso não é muito baixo.

O Dan já recebeu BCG, DPT 1+HepB+Hib, DPT 2+HepB+Hib, e DPT 3+HepB+Hib. Ele também já recebeu Pólio 0, Pólio 1, Pólio 2, Pólio 3 e sarampo.

O agente de saúde questiona acerca da alimentação. O Dan é amamentado e também recebe outros líquidos e alimentos 3 vezes por dia. A mãe mistura os alimentos com amendoim e dá-lhe fruta e vegetais uma vez por semana. A maior parte das refeições do Dan é composta por farinha de milho.

Registem os sinais do Dan e as suas classificações no formulário de registo.

Anotem como é que o Dan deve ser tratado bem como os cuidados de acompanhamento e aconselhamento que a sua mãe deve receber.



Caso 3: Ebai

O Ebai é um lactente que nasceu há exactamente 2 semanas. O seu peso é de 2.5kg, a sua temperatura auxiliar é de 36.5°C. A sua mãe diz que ele nasceu prematuramente, em casa, e nasceu muito mais pequeno em relação aos outros bebés. Ela está preocupada porque o seu umbigo está vermelho e está a libertar pús. Ela diz que o bebé não sofre de convulsões. O agente de saúde conta as respirações e constata que o Ebai tem 55 respirações por minuto. Ele não tem problemas de retracção subcostal, não tem batimento das asas do nariz e não tem gemidos. A fontanela não está abaulada. Não há quaisquer sinais de pús a sair pelos ouvidos. O seu umbigo apresenta pús na ponta e está vermelho mas a presença da cor vermelha não se alastra até a pele. O agente de saúde observa o corpo todo e não encontra pústulas na pele. O Ebai está acordado e contente. Ele se movimenta normalmente. O Ebai não sofre de diarreia.

A mãe do Ebai diz que ela tem problemas para lhe amamentar e que ele toma leite materno menos de 8 vezes em 24 horas. Ela ainda não lhe deu outros tipos de leite ou líquidos. O agente de saúde verifica a relação entre o peso e a idade.

Uma vez que o Ebai tem um peso baixo para a sua idade, o agente de saúde decide avaliar a amamentação. A mãe do Ebai diz que provavelmente ele está com fome agora e coloca-lhe para lhe dar leite do peito. O agente de saúde observa que a bochecha do Ebai toca na mama, a sua boca está muito aberta e o lábio inferior está virado para fora. A aréola é mais visível acima do que em baixo da boca. Ele chupa e engole goles grandes, às vezes faz pausas. A mãe continua a dar de mamar até que ele pára. O agente de saúde não vê qualquer úlcera ou plaquetas brancas na sua boca.

O Ebai não recebeu quaisquer imunizações.

*Registem os sinais do Ebai e como ele deve ser tratado incluindo
Os cuidados de acompanhamento e aconselhamento que a sua mãe deve receber.*



Caso 4: Henri

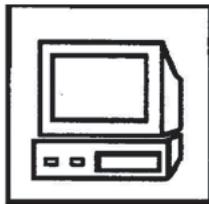
O Henri é um bebé de 3 semanas de idade. O seu peso é de 3.6kg. a sua temperatura auxiliar é de 36.5°C. Ele está na consulta porque está com problemas respiratórios. O agente de saúde verifica primeiro a presença de uma infecção bacteriana. A mãe de Henri diz que ele nunca teve convulsões. O agente de saúde conta 74 respirações por minuto. Ele procede a repetição da contagem. Na segunda ele regista 70 respirações por minuto. Ele constata que o Henri tem um problema ligeiro de retracção subcostal e batimento das asas do nariz. Ele não tem gemidos. A fontanela não está abaulada. O Henri não liberta pús pelos ouvidos, o umbigo é normal, e não existem sinais de pústulas na pele. O Henri está calmo e acordado e os seus movimentos são normais. Ele não tem problemas de diarreia.

A mãe do Henri diz que ela não tem dificuldades para lhe amamentar. Ele é amamentado cerca de 8 vezes por dia. Ela não lhe dá qualquer outro alimento ou líquidos entre as refeições. O agente de saúde usa a tabela de peso para idade e determina que o peso do Henri (3.6kg) não é baixo para a sua idade.

O agente de saúde avalia a amamentação. Ele detecta que o Henri está bem encostado e chupa de uma forma eficaz. O Henri não tem problemas de infecção.

Quando questionada acerca das imunizações, a mãe do Henri diz que ele nasceu em casa e não recebeu qualquer imunização. Não existem outros problemas.

*Registem os sinais do Henri e como ele deve ser tratado incluindo
Os cuidados de acompanhamento e aconselhamento que a sua mãe deve receber*



EXERCÍCIO A DE VÍDEO

Quando tiverem concluído o estudo de casos escritos, vocês irão fazer o exercício de vídeo que se segue, que mostra todo o algoritmo de AIDI. A trabalharem individualmente, registem os sinais, as classificações e o tratamento da Martha num Formulário de Registo e depois discutam em plenária com todo o grupo.

Exercício T (Vídeo/ DVD de AIDI da OMS): “Martha”

4.0. RECAPITULAÇÃO ADICIONAL DE AIDI – NOVAS ACTUALIZAÇÕES TÉCNICAS DE AIDI

Nesta secção os participantes procedem a revisão do algoritmo de AIDI usando o quadro e caderno de mapas. Quaisquer áreas de fraqueza identificadas, com base nos exercícios escritos anteriores, serão debatidas e serão apresentadas esclarecimentos. À medida que formos progredindo ao longo de cada subsecção, serão introduzidas actualizações técnicas relevantes – baseadas na recente revisão da OMS.

No final de cada subsecção, o facilitador irá levar os participantes para um debate de apresentação de ideias, de modo a praticar a informação que eles precisam de usar ao avaliarem e classificarem crianças doentes.



4.1. SINAIS GERAIS DE PERIGO

Verifiquem todas as crianças entre os 2 meses e os 5 anos de idade para sinais gerais de perigo.

Uma criança com qualquer sinal geral de perigo requer atenção URGENTE: completem a avaliação, comecem o tratamento pré-transferência e transfiram URGENTEMENTE.

O facilitador irá agora acompanhar-nos no seguinte debate de ideias:

DEBATE: SINAIS GERAIS DE PERIGO

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Uma criança com a idade compreendida entre os 2 meses e os 5 anos. <i>Quais são os 4 passos para a verificação de sinais gerais de perigo?</i>	
Como é que você decide se a criança:	
- Não é capaz de beber ou amamentar-se?	
- Vomita tudo?	
- Já teve convulsões?	
- Está com convulsões agora?	
- É letárgica?	
- Está inconsciente?	

4.2. TOSSE OU DIFICULDADE EM RESPIRAR

Abram o vosso caderno de mapas na página referente e tosse e dificuldade em respirar. Leiam as tabelas. Lembrem-se dos limites da frequência respiratória para todos os grupos etários:

Se a criança tiver:	A respiração rápida é:
Até 2 meses de idade	60 Respirações por minuto e repetido
2 a 12 meses de idade	50 Respirações por minuto ou mais
12 meses a 5 anos de idade	40 Respirações por minuto ou mais

Notem que a duração de tratamento recomendada pela OMS para PNEUMONIA foi alterada para 3 dias (dos 5 dias) em países com índices de prevalência de HIV baixos após uma revisão da evidência.



Notem que a OMS recomenda o acréscimo de sibilos na tabela de tosse ou dificuldade em respirar tal como vem apresentado na tabela abaixo. Todas as crianças devem ser testadas com o broncodilatador(se possível) de ação rápida por três ciclos a cada 15 minutos. O desaparecimento de retracção subcostal ou a respiração rápida em qualquer dos ciclos irá excluir a necessidade de tratamento com recurso a antibióticos.

<ul style="list-style-type: none">• Qualquer sinal geral de perigo ou• Retracção subcostal ou• Estridor em crianças em repouso	PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE	<ul style="list-style-type: none">➤ Administre a primeira dose de um antibiótico apropriado (IM)➤ Se tiver sibilos tratar com Adrenalina ou Prednisolona (nas US onde haja disponibilidade de aerossol ou salbutamol inalatório/bombinhas/ fazer 3 ciclos, a cada 15 minutos, antes de classificar como pneumonia)➤ Tratar convulsões com Diazepam rectal segundo as normas➤ Transfira URGENTAMENTE para o hospital
<ul style="list-style-type: none">• Respiração rápida	PNEUMONIA	<ul style="list-style-type: none">➤ Dar um antibiótico oral durante 5 dias.➤ Se tiver sibilos tratar com aerossol ou salbutamol inalatório, (bombinhas) se disponível, durante 5 dias, ou com salbutamol oral➤ Suavizar a garganta e aliviar a tosse com um remédio adequado➤ Avalie para infecção por HIV➤ Se a dificuldade em respirar for recorrente ou tosse por mais de 30 dias fazer despiste TB e considerar a possibilidade de Asma.➤ Orientar à mãe sobre quando voltar imediatamente.➤ Marcar o controle dentro de 2 dias
<ul style="list-style-type: none">• Nenhum sinal de pneumonia ou de doença muito grave <p>-</p>	SEM PNEUMONIA, TOSSE OU CONSTIPAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">➤ Suavizar a garganta e aliviar a tosse com xaropes caseiros➤ Se a dificuldade em respirar for recorrente ou tosse por mais de 30 dias fazer despiste TB/HIV e considere a possibilidade de Asma.➤ Orientar à mãe quando voltar imediatamente➤ Controlar dentro de 2 dias se não melhorar

Todas as crianças classificadas como tendo pneumonia devem ser verificadas para **INFECÇÃO SINTOMÁTICA POR HIV SUSPEITA** Vocês irão aprender mais acerca deste assunto no Módulo 2.

O facilitador irá agora conduzir-vos no debate que se segue sobre a respiração rápida, pneumonia e sibilos.



DEBATE: RESPIRAÇÃO RÁPIDA

PERGUNTA	RESPOSTA
<i>PERGUNTE:</i> O que é respiração rápida numa criança que tem:	
4 meses de idade	
18 meses de idade	
36 meses de idade	
6 meses de idade	
11 meses de idade	
3 semanas de idade	
12 meses de idade	
10 dias de idade	
2 meses de idade	

**DEBATE: ACTUALIZAÇÃO TÉCNICA PARA PNEUMONIA E SIBILOS**

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Que sinais indicam que uma criança deve ser classificada como PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE?	
Uma criança com 12 meses de idade sofre de PNEUMONIA. <i>Qual deve ser a duração da administração do tratamento com antibiótico?</i>	
Uma criança entre os 2 meses e os 5 anos de idade apresenta um sinal geral de perigo e sibilos. Qual é a sua classificação?	
Durante quantos ciclos é que se pode dar Broncodilatador de acção rápida antes de se classificar uma criança com sibilos?	
Uma criança com 9 meses de idade recebeu uma tentativa de broncodilatador inalado de acção rápida. Ela agora tem 55 respirações por minuto e não tem sibilos. <i>Qual é a sua classificação?</i>	
Uma criança com 15 meses de idade recebeu uma tentativa de broncodilatador de acção rápida. Ela agora tem 45 respirações por minuto e não tem sibilos. <i>Qual é a sua classificação?</i>	
Uma criança com 11 meses de idade recebeu uma tentativa de broncodilatador inalado de acção rápida. Ela agora tem 44 respirações por minuto e não tem sibilos. <i>Qual é a sua classificação?</i>	
Uma criança com 36 meses de idade recebeu uma tentativa de broncodilatador inalado de acção rápida. Ela agora tem 32 respirações por minuto e não tem sibilos. <i>Qual é a sua classificação?</i>	
Uma criança com 15 meses de idade está com retracção subcostal e sibilos. Qual é a sua classificação?	
Uma criança com 44 meses de idade tem estridor em repouso e tem sibilos. <i>Qual é a sua classificação?</i>	
Como é que vocês haveriam de tratar uma criança com 13 meses de idade com a classificação: PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE?	
Como é que vocês haveriam de tratar uma criança de 23 meses de idade com PNEUMONIA ?	



4.3. DIARREIA

Vocês precisarão de notar que, depois da revisão da OMS, o SRO usado para tratar a desidratação deve ser de osmolaridade baixa. Para além disso, o tratamento de DIARREIA COM ALGUNS SINAIS DE DESIDRATAÇÃO e SEM DESIDRATAÇÃO mudou para incluir zinco, tal como se segue:

COM ALGUNS SINAIS DE DESIDRATAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">➤ Administrar fluidos, suplementos de zinco e alimentos para casos com sinais de desidratação (Plano B).➤ Reavaliar e classificar quanto à desidratação, selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento <p>Se a criança também se enquadrar noutra classificação grave:</p> <p>Transferir URGENTEMENTE ao hospital administrando-lhe goles frequentes de SRO, de baixa osmolaridade, durante o trajeto. Aconselham a mãe a continuar a amamentar.</p>
SEM DESIDRATAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">➤ Dar alimentos, suplemento de zinco e líquidos para tratar a diarreia em casa (Plano A).➤ Informar à mãe sobre quando voltar imediatamente.➤ Voltar dentro de 5 dias para controle.

Notem que existem agora 4 e não 3 regras para o tratamento caseiro da diarreia:

1. Dar um líquido extra
2. Dar suplementos de zinco
3. Continuar a alimentar
4. Data para o regresso à consulta

A tabela descreve a quantidade de zinco que se deve dar à criança com diarreia. Leiam a tabela e discutam no seio do vosso grupo ou com o facilitador se existem quaisquer perguntas.

<p>DêM SUPLEMENTOS DE ZINCO (um comprimido contém 20mg de zinco)</p> <ul style="list-style-type: none">• Digam à mãe a quantidade de zinco que deve dar: Até 6 meses de idade ½ comprimido por dia durante 14 dias 6 meses ou mais 1 comprimido por dia durante 14 dias• Mostrem à mãe como dar suplementos de zinco Bebés dissolvam o comprimido numa pequena quantidade de leite materno, SRO ou água limpa, num copo pequeno ou numa colher. Crianças maiores os comprimidos podem ser mastigados ou dissolvidos numa pequena quantidade de água limpa numa chávena.• Façam lembrar à mãe de que deve dar suplementos de zinco durante todos os 14 dias que compreendem a dose.



Todas as crianças classificadas como tendo DIARREIA PERSISTENTE devem ser verificadas para SUSPEITA SINTOMÁTICA DE INFECÇÃO PELO HIV. Vocês irão aprender mais acerca disto no Módulo 2: Avaliar, Classificar e Tratar a Criança para HIV/ SIDA.

A diarreia persistente é geralmente mal tratada pelos trabalhadores de saúde. Por isso, o tratamento de uma criança com diarreia persistente é estudada em mais pormenor abaixo.

Depois de vocês classificarem a desidratação da criança, classifiquem a criança para diarreia persistente se a criança estiver com diarreia durante 14 dias ou mais. Existem duas classificações para diarreia persistente.

- DIARREIA PERSISTENTE GRAVE
- DIARREIA PERSISTENTE

Sigam as directrizes do tratamento para cada classificação.

Notem que após a revisão da OMS, o tratamento da DIARREIA PERSISTENTE foi alterado (vide a tabela abaixo)

Se a diarreia persistir durante 14 dias ou mais

<ul style="list-style-type: none">• Há desidratação	DIARREIA PERSISTENTE GRAVE	<ul style="list-style-type: none">➤ Tratar a desidratação antes de transferir a criança a não ser que esta se enquadre noutra classificação grave.➤ Avaliar se não há sintomas de infecção por HIV Transferir para o hospital
<ul style="list-style-type: none">• Não há desidratação	DIARREIA PERSISTENTE	<ul style="list-style-type: none">➤ Avaliar sintomas de infecção por HIV➤ Aconselhar a mãe como alimentar uma criança com DIARREIA PERSISTENTE.➤ Dar multivitaminas e suplementos de zinco durante 14 dias➤ Dar seguimento em 5 dias

O aconselhamento em termos de alimentação para uma criança com DIARREIA PERSISTENTE vem listado abaixo:

- Caso ainda esteja a amamentar, dê com mais frequência, em sessões mais longas, de dia e de noite.
- Caso esteja a tomar outro tipo de leite:
 - o Substitua com o aumento da amamentação OU
 - o Substitua com produtos feitos à base de leite fermentado tais como o iogurte OU
 - o Substitua metade do leite com alimentos semi-sólidos ricos em nutrientes.
- Para outros tipos de alimentos, acompanhem as recomendações alimentares para a idade da criança.

A criança com diarreia persistente deve ter visita de **ACOMPANHAMENTO** em cinco dias. Leiam a tabela sobre o acompanhamento no vosso caderno de mapas



Vocês devem também notar que o tratamento para a disenteria/ sangue nas fezes já foi alterado tal como vem indicado na tabela abaixo:

CLASSIFIQUE	TRATE
SANGUE NAS FEZES/ DISENTERIA	<ul style="list-style-type: none">➤ Tratem durante 3 dias com ciprofloxacina➤ Tratem a desidratação➤ Dar suplementos de zinco➤ Façam o acompanhamento em 2 dias

O facilitador irá agora orientar-vos um debate:

DEBATE: ACTUALIZAÇÃO TÉCNICA PARA DIARREIA

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Quantos sinais são necessários para classificar uma criança com ALGUNS SINAIS DE DESIDRATAÇÃO ?	
Dê dois sinais que podem indicar que uma determinada criança tem DESIDRATAÇÃO GRAVE ?	
Que tipo de SRO deve ser usado para tratar a desidratação?	
Quais são as crianças que precisam de suplementos de zinco?	
Como é que vocês irão dar suplementos de zinco a um bebé com 4 meses de idade COM ALGUNS SINAIS DE DESIDRATAÇÃO ?	
Como é que vocês irão dar suplementos de zinco a uma criança com 37 meses de idade SEM DESIDRATAÇÃO ?	
Quais são as 4 regras de tratamento caseiro para a diarreia?	
Como é que vocês haveriam de tratar uma criança com 9 meses de idade com a classificação DISENTERIA ?	
Como é que vocês haveriam de tratar uma criança com 36 meses de idade com a classificação DISENTERIA ?	



4.4. FEBRE

A malária constitui a causa comum de febre no seio das crianças com menos de 5 anos de idade nas áreas endémicas para esta doença. Nos anos anteriores, a cloroquina e a sulfadoxina-pirimethamina (SP) eram respectivamente a primeira e segunda linhas de tratamento recomendadas nas directrizes de AIDI de muitos países. Muito recentemente, o tratamento de casos de malária foi muito afectada pela emergência e aumento de resistência em primeiro lugar da cloroquina e depois, e cada vez mais, do SP. Actualmente, a OMS recomenda o uso de terapias baseadas na combinação de artemisina (ACT), que já demonstraram a sua capacidade de melhorar a eficácia do tratamento. As vantagens da ACT prendem-se ao facto de este reduzir rapidamente os parasitas da malária e melhorar os sintomas.

Com base nos dados disponíveis sobre segurança e eficácia, as opções que se seguem estão disponíveis e devem ser usadas caso os custos não constituam problema (em ordem de prioridades):

- Artemether-lumefantrina (Coartem TM) – 1ª linha
- Artesunato (3 dias) mais amodiaquina -2º linha
- Artesunato (3 dias) mais Fansidar (SP) em áreas onde a eficácia do SP se mantém elevada
- SP mais amodiaquina em áreas onde a eficácia tanto da amodiaquina como do SP se mantém elevada (este facto é principalmente limitado em países da África Ocidental).

Notem que os antimaláricos a serem usados para o tratamento da malária irão depender das directrizes e políticas nacionais.

O facilitador irá conduzir-vos ao seguinte debate:

DEBATE: FEBRE

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Será que todas as crianças devem ser classificadas para febre?	
Quais são os sinais de sarampo que vocês devem procurar?	
Quais são os sinais que indicam que a criança tem SARAMPO GRAVE COM COMPLICAÇÕES?	
Quais são os sinais que indicam que a criança tem MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE?	
Quais são as classificações de febre ?	
Numa área de alto risco de malária, quais são as crianças que devem ser classificadas como tendo malária?	
Como é que vocês haveriam de tratar uma criança com MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE?	



4.5. PROBLEMAS DE OUVIDO

Vocês precisarão de notar que de acordo com a revisão da OMS, a amoxicilina oral é tida como sendo uma melhor escolha para o tratamento de infecções agudas de ouvido em países onde a resistência anti microbial ao cotrimoxazol é elevada. Para além disso, uma infecção de ouvido crónica deve ser tratada com gotas tópicas de quinolone durante pelo menos duas semanas para além do tratamento de secagem de ouvido. As gotas de quinolone podem ser as de norfloxacin, ciprofloxacina ou ofloxacina dadas a uma gota uma vez por dia durante 14 dias.

CLASSIFIQUE	TRATE
INFECÇÃO CRÓNICA DO OUVIDO	<ul style="list-style-type: none">➤ Tratar com gotas de Quinolona tópica durante 2 semanas, segundo as normas➤ Secar o ouvido usando algodão ou pano limpo.➤ Avaliar sintomas de infecção por HIV➤ Marcar controle dentro de 5 dias.➤ Informar sobre quando voltar imediatamente

Todas as crianças que estejam a libertar alguma substância pelos ouvidos devem ser verificadas para **INFECÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV SUSPEITA**. Vocês irão aprender mais acerca deste tema no Módulo 2.

DEBATE: PROBLEMAS DE OUVIDO

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Quais são os sinais que indicam que uma determinada criança deve ser classificada como tendo INFECÇÃO CRÓNICA DE OUVIDO ?	
Como é que vocês haveriam de tratar uma criança com INFECÇÃO CRÓNICA DE OUVIDO ?	
Que sinais indicam que uma criança tem MASTOIDITE ?	
Que sinais indicam que uma criança deve ser classificada como tendo INFECÇÃO AGUDA DE OUVIDO ?	



4.6. MALNUTRIÇÃO E ANEMIA

Lembrem-se de verificar todas as crianças doentes para sinais que sugerem malnutrição e/ ou anemia. As actualizações técnicas para a malnutrição e anemia são as que se seguem:

- Todas as crianças com DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE DEVEM RECEBER VITAMINA A – para tratamento.
- Todas as crianças com DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA/PESO BAIXO/ CRESCIMENTO INSUFICIENTE ou SEM PESO BAIXO devem receber de forma rotineira suplementos de Vitamina A de 6 em 6 meses.
- Todas as crianças com problema de malnutrição devem ver verificadas para DE INFECÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV SUSPEITA. Vocês irão aprender mais acerca deste assunto no Módulo 2.

DEBATE: MALNUTRIÇÃO E ANEMIA

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Será que todas as crianças devem ser classificadas para malnutrição?	
Será que todas as crianças devem ser classificadas para anemia?	
Quais são as crianças que devem receber Vitamina A para tratamento?	
Quais são as crianças que devem receber Vitamina A de forma rotineira de seis em seis meses?	
Ao avaliar e classificar para malnutrição, que sinais devem ser procurados?	



4.7. O LACTENTE DOENTE

O CAH(Saúde de Criança e Adolescente) em colaboração com os escritórios regionais da OMS e outros colaboradores tem vindo a trabalhar com o objectivo de melhorar o atendimento dos lactentes doentes porque a identificação e o tratamento de lactentes pequenos com problemas sérios é insatisfatória na maior parte dos países com baixos recursos. Existem dados recente disponíveis do “estudo multicentro de sinais clínicos que predizem doenças graves em lactentes” no Bangladesh, na Bolívia, no Gana, na Índia (dois locais), no Paquistão (três locais baseados na comunidade) e na África do Sul. O estudo tinha como objectivo determinar se o algoritmo de AIDI baseado na combinação de sinais e sintomas identificados por um determinado trabalhador de saúde á nível primário numa unidade sanitária, poderia predizer doenças no seio de lactentes, suficientemente grave para requerer tratamento a nível de uma unidade de referência. Foram inscritos um total de 8904 lactentes em nove locais e 35% tinham entre 0 a 6 dias de idade, 36% entre 7-27 dias e os restantes de 28 a 59 dias de idade. À luz destes dados, a componente das directrizes de AIDI para os bebés de 7 a 59 dias de idade foi simplificada e a primeira semana de vida foi incluída nas directrizes. Esta componente revista de AIDI aborda o reconhecimento e o tratamento de problemas sérios em lactentes com uma sensibilidade e especificidade aceitáveis.

Revejam o algoritmo de AIDI para lactentes quer usando o quadro de parede ou o caderno de mapas. O facilitador irá guiar-vos num debate para praticarem a avaliação, classificação, tratamento e acompanhamento do lactente doente:

DEBATE: LACTENTE DOENTE: AVALIAR, CLASSIFICAR E TRATAR DOENÇAS

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Um bebé de 6 semanas de idade com vermelhidão umbilical que se alastra até a pele. <i>Qual é a sua classificação?</i>	
Um bebé de 3 semanas de idade está com um ligeira retracção subcostal e pústulas localizados na pele. <i>Qual é a sua classificação?</i>	
Como é que vocês haveriam de tratar um bebé de 4 semanas de idade com POSSÍVEL INFECCÃO BACTERIANA GRAVE?	
Um bebé de 2 dias está com CONVULSÕES. <i>Como é que vocês haveriam de tratar a criança?</i>	
Que antibióticos vocês haveriam de usar para tratar um bebé de 4 semanas de idade com INFECCÃO BACTERIANA LOCALIZADA?	
Depois de quantos dias é que vocês haveriam de fazer o acompanhamento de um bebé com INFECCÃO BACTERIANA LOCALIZADA?	



6. Que aconselhamento alimentar é que vocês haveriam de dar a uma mãe de uma criança de 3 meses de idade? A criança SEM PNEUMONIA TOSSE OU CONSTIPAÇÃO não sofre de diarreia, febre ou problemas de ouvido. A criança foi classificada como SEM ANEMIA E SEM BAIXO PESO . A mãe e a criança não conhecem o seu estado serológico.

7. Que aconselhamento alimentar é que vocês haveriam de dar a uma mãe de uma criança de 8 meses de idade? A criança tem classificação SEM PNEUMONIA TOSSE OU CONSTIPAÇÃO e diarreia SEM DESIDRATAÇÃO. A criança não tem febre ou problemas de ouvido. A criança foi classificada como SEM ANEMIA E SEM BAIXO PESO . A mãe e a criança não conhecem o seu estado serológico.

EXERCÍCIO DE RESPOSTA CURTA

EXERCÍCIO DE RESPOSTA CURTA DO GRUPO B: ACOMPANHAMENTO

Escrevam “V” no caso de resposta verdadeira e “F” para o caso das respostas que considerarem falsas.

	Verdadeiro ou Falso (V/F)	
A		Uma criança com PNEUMONIA deve ser dada acompanhamento em 2 dias.
B		Uma criança SEM PNEUMONIA TOSSE OU CONSTIPAÇÃO deve ter acompanhamento em 5 dias.
C		Uma criança com diarreia SEM DESIDRATAÇÃO deve ser acompanhada em 2 dias mesmo se o seu estado de saúde estiver a melhorar.
D		Uma criança com DIARREIA PERSISTENTE deve ser acompanhada em 5 dias.
E		Uma criança com DISENTERIA deve ser acompanhada em 5 dias.
F		Uma criança com BAIXO PESO deve ser acompanhada em 5 dias se não tiver problemas de alimentação.
G		Uma criança com ANEMIA e sem problemas de alimentação deve ser acompanhada em 14 dias.
H		Uma criança com BAIXO PESO PARA A SUA IDADE e sem ANEMIA e sem problemas de alimentação deve ser acompanhada em 30 dias.



6.0. RESUMO DO MÓDULO E ENCERRAMENTO

O facilitador irá agora solicitar aos participantes para que façam um breve resumo dos tópicos abrangidos no Módulo 1. Os participantes devem apresentar aquilo que o módulo lhes ensinou e o facilitador irá fazer uma lista das vossas respostas num flipchart.

Revejam os objectivos da aprendizagem para o módulo e apresentem o seu feedback se vocês acham que os tais objectivos foram alcançados.

Os participantes devem apresentar quaisquer áreas onde encontraram dificuldades, onde precisam de mais esclarecimentos e devem também apresentar as últimas questões.

Vocês concluíram a recapitulação do AIDI e uma revisão das recentes actualizações técnicas. Agora estão prontos para continuar com o Módulo 2, onde irão aprender como avaliar, classificar e tratar uma criança com HIV/SIDA:



Módulo 2

Avaliar, classificar e tratar a criança com HIV/SIDA





1.0. INTRODUÇÃO

Crianças suspeitas ou confirmadas como tendo a infecção por HIV têm necessidades especiais, e por isso precisam de uma atenção e cuidados diferenciados em relação a outras crianças que não estão infectadas.

Para fortalecer a vossa compreensão acerca de questões relacionadas com o manejo de crianças suspeitas ou confirmadas de serem seropositivas, este módulo proporciona em primeiro lugar uma informação básica acerca do HIV e os riscos de transmissão vertical do HIV. Depois, o módulo ensina como avaliar, classificar e tratar condições agudas em lactentes e crianças suspeitas ou confirmadas de serem seropositivas. O módulo ensina também como prevenir doenças nestas crianças.

Quando uma mãe traz o seu lactente ou a sua criança à unidade sanitária, vocês irão precisar de realizar as seguintes tarefas:

- **AVALIAR** e **CLASSIFICAR** a criança em relação a **TODOS** os principais sintomas de AIDI e os sinais que precisam de transferência **URGENTE** ou **NÃO URGENTE**.
- **AVALIAR** e **CLASSIFICAR** a criança para HIV/ SIDA
- **IDENTIFICAR O TRATAMENTO E TRATAR** a criança, incluindo profilaxia para prevenir infecções.
- **ACONSELHAR** a mãe sobre o tratamento providenciado, a alimentação e os cuidados que ela deve ter para consigo mesma.
- **FAZER O ACOMPANHAMENTO** da mãe e do lactente

Se vocês apenas fizerem o acompanhamento para o lactente ou criança para um problema ou sintoma particular que ele apresentou, vocês poderão subestimar outros sinais de doença e podem subestimar sinais ou características de infecções por HIV ou outra infecção sintomática de HIV. A criança poderá então ficar ainda mais doente ou poderá sofrer de doenças mais frequentes que necessitam de hospitalização ou tratamento hospitalar.



2.0. OBJECTIVOS DA APRENDIZAGEM

No final deste módulo, vocês devem ser capazes de:

- Explicar de um modo breve e com termos básicos o que é o HIV e como se transmite para lactentes e crianças.
- Descrever como é que se avalia e se classifica uma criança com HIV/ SIDA.
- Descrever como é que se avaliam, classificam e se tratam doenças agudas comuns em lactentes e crianças classificadas com HIV/ SIDA.
- Descrever como é que se avaliam, classificam e se tratam infecções oportunistas comuns em lactentes e crianças classificadas com HIV/ SIDA, com enfoque sobre as condições da pele e da boca.
- Descrever como é que se previnem doenças comuns em lactentes e crianças classificadas com HIV/ SIDA, através de:
 - √ Profilaxia com cotrimoxazol
 - √ Imunização
 - √ Suplementação de micronutrientes e Vitamina A

Durante este módulo vocês irão precisar de manter o vosso caderno de mapas sempre com vocês. À medida que forem lendo este manual, abram o caderno de mapas nas páginas relevantes e refiram-se ao quadro relevante. É melhor que vocês trabalhem em pequenos grupos para analisarem este manual e compararem com o caderno de mapas.

3.0. INFORMAÇÃO BÁSICA ACERCA DO HIV

3.1. HIV E O CORPO HUMANO

- Toda a pessoa saudável possui um sistema forte de defesa do organismo contra doenças. Este sistema de defesa é chamado sistema imune. Os glóbulos brancos constituem uma importante parte deste sistema de defesa e protegem o organismo contra todos os tipos de doenças – eles podem ser considerados como “soldados” do organismo.
- Os linfócitos são um dos tipos de glóbulos brancos no organismo e alguns destes possuem uma marca na sua superfície chamada CD4, e por isso se chamam linfócitos CD4. Estes linfócitos CD4 são responsáveis por avisar o nosso sistema imune acerca da existência de micróbios que estão a tentar invadir o organismo.
- HIV (Vírus de Imunodeficiência Humana - HIV) é um vírus que infecta e toma controle das células do sistema imune. Apesar de o HIV infectar uma variedade de células, o seu principal alvo são os linfócitos CD4.

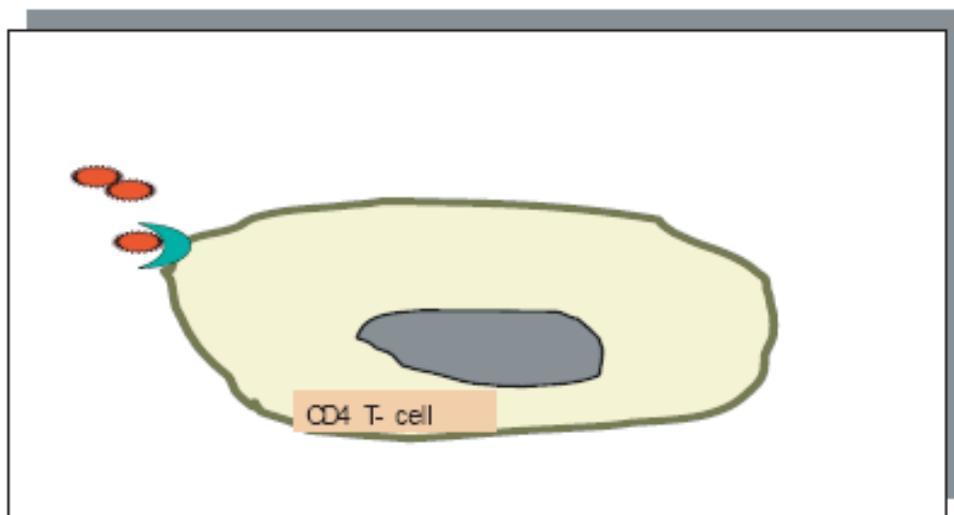
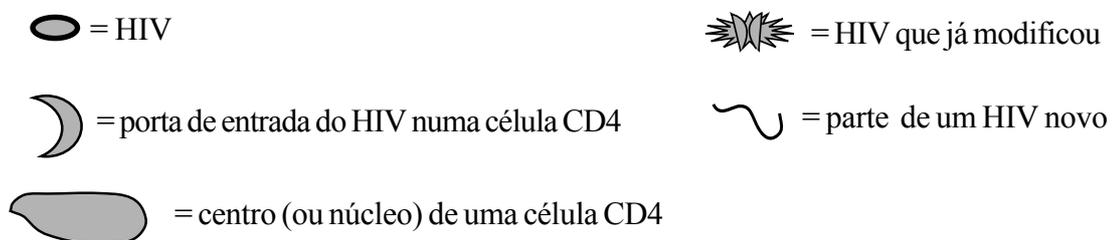


- O corpo humano é composto por milhões de diferentes células. Cada célula do organismo é capaz de fazer novas células, de modo a se manter viva e reproduzir-se. Os vírus usam a vantagem desta capacidade escondendo o seu próprio material no centro (núcleo) da célula, e então quando a célula tenta reproduzir-se, produz também cópias do vírus.
- Quando os linfócitos CD4 estão infectados com o HIV, o vírus do HIV usa as células de CD4 para fazer suas novas cópias próprias; estas cópias infectam outras células.
- As células CD4 infectadas pelo HIV não têm a capacidade de funcionar bem, e morrem cedo. A perda destas células CD4 torna o sistema imune fraco e faz com que as crianças (e adultos) tenham maiores possibilidades de desenvolver doenças de tipos de micróbios que em condições normais não haveria de causar qualquer doença, ou ficarem mais doentes por causa de micróbios comuns. Estas infecções são chamadas de infecções oportunistas – uma vez que elas aproveitam a oportunidade da fraqueza do organismo para florescerem.

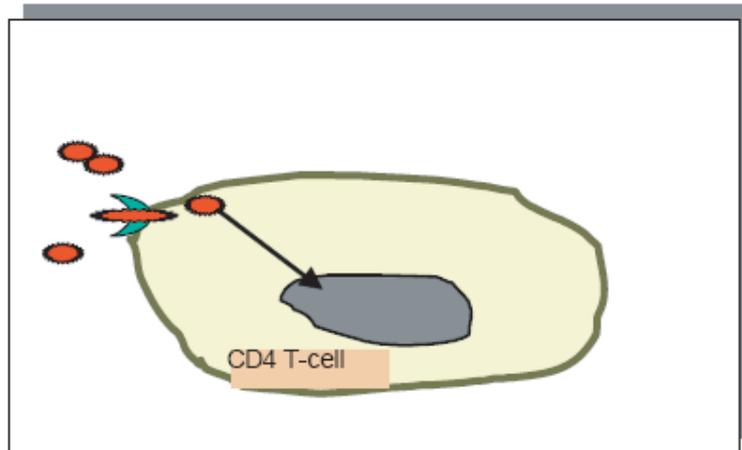
Figura 2.1. resume o que acontece ao HIV após a sua entrada numa célula humana

FIGURA 2.1: FAZENDO NOVAS CÓPIAS DO HIV

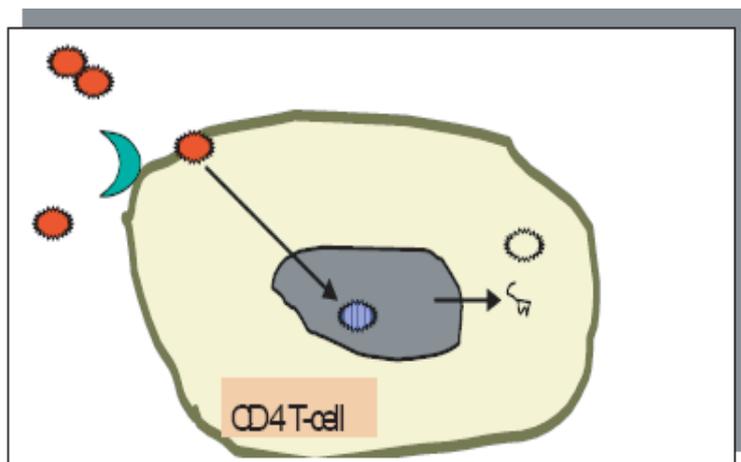
Logo que o HIV entra numa célula, esta esconde o material de HIV dentro da célula. Este facto torna a célula numa espécie de fábrica de HIV.



HIV está a entrar numa célula CD4

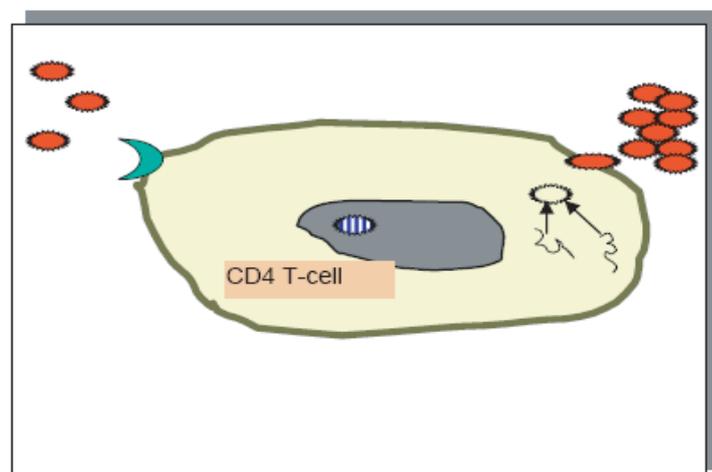


Agora, o HIV entra no centro da célula. Para o fazer, esta precisa de mudar a sua aparência, e fazer uma cópia sua que pode tomar o poder no centro da célula. A substância especial que o HIV precisa para proceder a esta mudança chama-se transcriptase reversa.



O HIV está presente no centro da célula, num formato diferente.

Agora, o centro da célula começa a fazer novas partes de HIV ao invés de fazer novas partes da defesa do organismo.





Antes de abandonar a célula, as novas partes do HIV precisam de ser colocadas em conjunto, tal como as componentes de um carro que precisam de ser colocadas em conjunto na fábrica antes de saírem desta e serem vendidas. O HIV possui uma substância especial, uma protease, que ajuda a colocar as diferentes partes juntas e formar um novo HIV antes de abandonar a célula.

O HIV ataca muitas células CD4. As CD4 infectadas irão primeiro produzir muitas cópias novas do vírus, e depois morrem.

As novas cópias de HIV irão então atacar outras células CD4, que por sua vez irão produzir novas cópias de HIV e mais tarde morrerem.

Este processo é contínuo: cada vez mais células CD4 são destruídas e cada vez mais cópias novas de HIV são produzidas.

Quando uma pessoa é infectada pelo HIV, o vírus começa a atacar o seu sistema imune. Uma vez que o HIV ataca primariamente as células CD4, a medição do número de células CD4 no sangue de uma criança infectada pelo HIV é uma forma boa de avaliar a capacidade de funcionamento do seu sistema de defesa.

Nos adultos, durante os primeiros anos após a infecção, o sistema imune – apesar de ser danificado lentamente pelo vírus do HIV – ainda funciona bem. O adulto infectado não terá quaisquer sintomas, ou apenas pequenos sintomas, tais como nódulos linfáticos inchados (linfadenopatia) ou pequenos problemas na pele. Nesta fase, a maior parte dos adultos não sabe que está infectada pelo HIV. Geralmente, depois de alguns anos o sistema imune do adulto fica cada vez mais danificado e fraco, e deste modo a pessoa fica vulnerável a micróbios e doenças que as células em condições normais combatem. Estas infecções normalmente são designadas por “infecções oportunistas” porque elas se aproveitam da fraqueza do sistema imune para causar a doença. Este facto geralmente ocorre 7 – 10 anos após a infecção do HIV e antes da pessoa ficar doente e desenvolver uma doença grave causada pelo HIV.

Em crianças afectadas pelo HIV, o curso da infecção é um pouco diferente porque o sistema imune das crianças ainda não está desenvolvido. Parece que o HIV danifica o sistema imune com mais facilidade e em particular se a infecção tiver lugar enquanto a criança ainda estiver no ventre da mãe ou no momento do parto. Nestas crianças, geralmente o sistema imune leva pouco tempo para ser enfraquecido ou destruído; e estas crianças contraem de uma forma mais fácil infecções comuns ou infecções oportunistas pouco comuns e progridem para o SIDA mais rapidamente. Caso não sejam tratadas, três quartos das crianças que são infectadas desenvolvem cedo problemas derivados do HIV e morrem antes de atingirem os cinco anos de idade.

Da mesma forma que nos adultos, quando o sistema imune da criança fica danificado, torna-se fraco e deste modo a criança torna-se mais vulnerável a doenças causadas por micróbios que de um modo geral não causam doenças graves. A título de exemplo, uma criança pode ter candidíase e viver normalmente durante um mês, mas quando o sistema imune está danificado, a candidíase pode causar úlceras na boca ou feridas (infecção oral). À medida que a situação do sistema imune se vai tornando pior a doença do HIV “progride”, a percentagem de células CD4 ou a sua contagem total reduz-se e a criança torna-se altamente vulnerável a doenças que

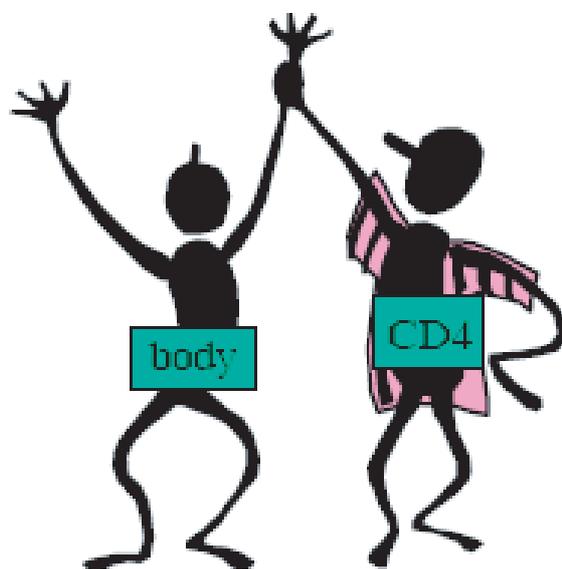


perigam a vida e que estão relacionadas com a SIDA tais como pneumonia por pneumocistosis jiroveci (PCP), formas de cancro raras (linfoma), infecções bacterianas recorrentes e lesões cerebrais relacionadas com o HIV (encefalopatia)

Figura 2.2 ilustra a forma como o HIV ataca a nossa saúde.

FIGURA 2.2: COMO O HIV ATACA A NOSSA SAÚDE

1. A célula CD4 é uma espécie de glóbulo branco. O CD4 é amigo do nosso organismo.



2. Problemas tais como a tosse tentam atacar o nosso organismo mas o CD4 luta contra ela e defende o organismo, o seu amigo.





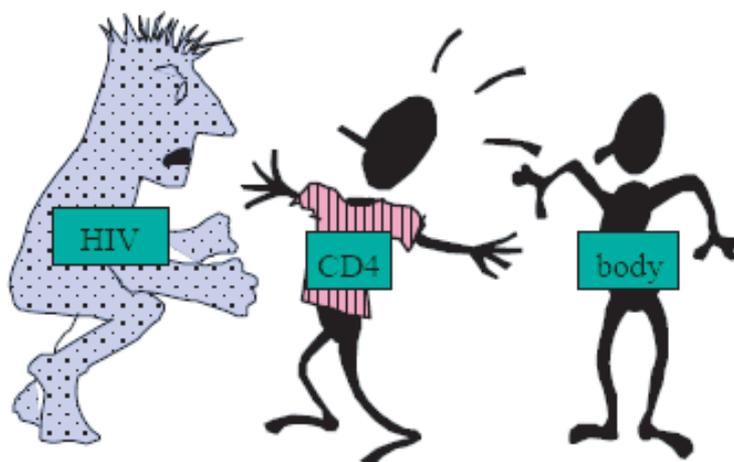
3. Problemas tais como a diarreia tentam atacar o nosso organismo, mas o CD4 luta contra eles e defende o organismo



4. Agora, o HIV entra e começa a atacar o CD4.

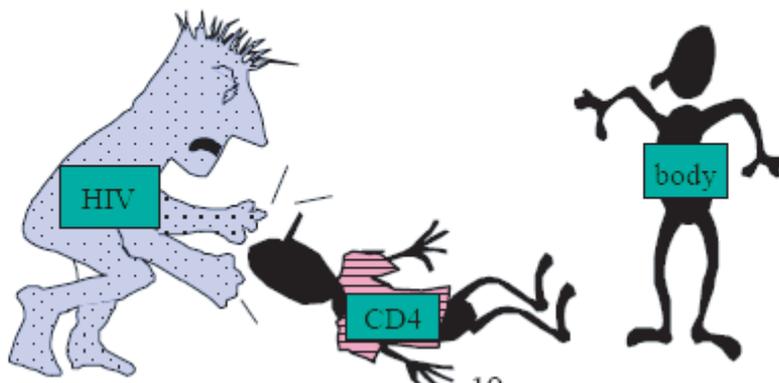


5. O CD4 apercebe-se que não se pode defender contra o HIV!

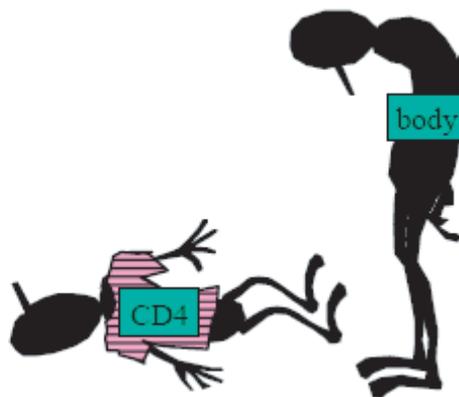




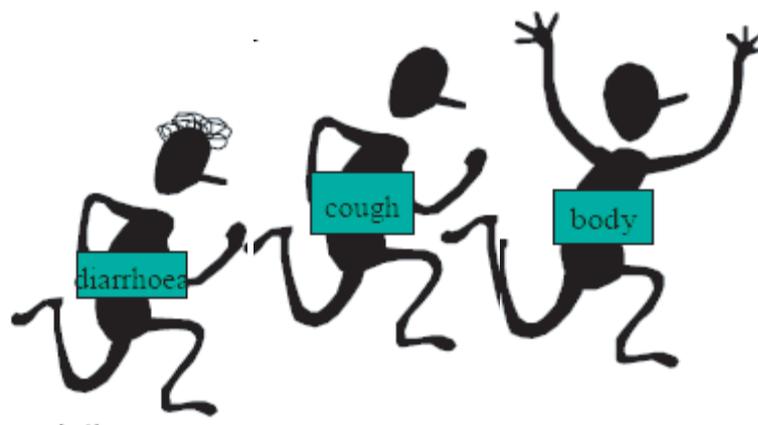
6. Em breve, o CD4 perde a sua força perante o HIV.



7. O CD4 perde a luta. O organismo fica sem defesa.

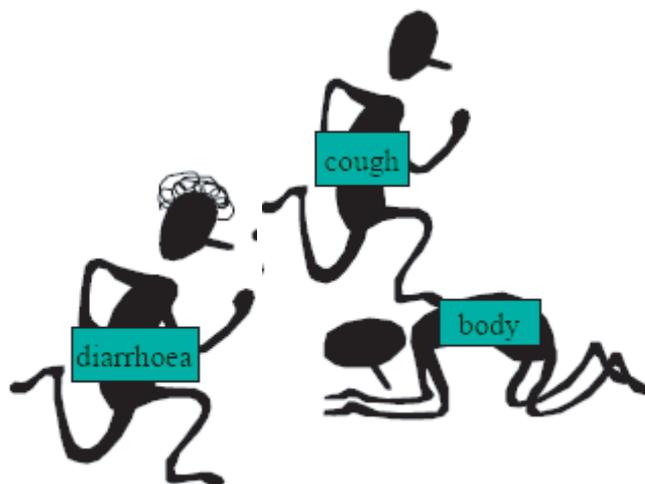


8. Agora, o organismo está sozinho, sem defesa. Todos os tipos de problemas tais como a tosse e a diarreia tiram vantagem da situação e começam a atacar o organismo.





9. No fim, o organismo está tão fraco que todas as doenças podem atacar sem qualquer dificuldade.



EXERCÍCIO DE GRUPO A

Percam alguns minutos para definirem os seguintes termos: sistema imune, CD4, infecção oportunista. Pensem acerca das definições e depois falem delas em voz alta de modo a partilharem as vossas definições com o resto dos participantes. O facilitador irá então escrever a definição mais adequada no quadro.

3.2. COMO AS CRIANÇAS FICAM INFECTADAS COM O HIV

A transmissão vertical ou transmissão de mãe para a criança (TV) é a principal forma através da qual as crianças são infectadas pelo HIV.

O termo transmissão vertical (TV) do HIV é usado neste documento porque a fonte da infecção do HIV para a criança é a mãe. O uso do termo transmissão da mãe para o filho não implica culpa, independentemente do facto de a mãe estar ciente ou não acerca do seu estatuto serológico. Uma mulher pode contrair o HIV a partir de uma relação sexual desprotegida com um parceiro infectado, através de sangue contaminado ou através de instrumentos não esterilizados (tais como o caso de consumidores de drogas injectáveis) ou procedimentos médicos.

Existem várias etapas e formas durante os quais o HIV pode ser transmitido de uma mãe para a sua criança, a saber:

- Durante a gravidez
- Durante o parto
- Durante a fase da amamentação.



EXERCÍCIO DE GRUPO B

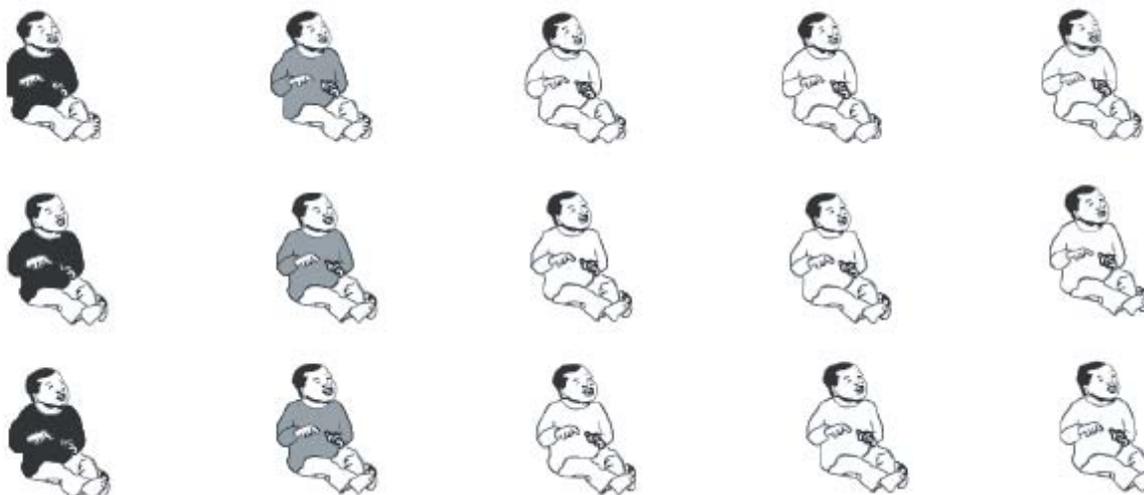
Em pequenos grupos, durante 1 – 2 minutos, debatam o que vocês pensam ser o risco da transmissão do HIV durante a gravidez, trabalho de parto e a fase pós natal?

Será que todas as mães seropositivas que estão na fase da amamentação transmitem o HIV para as suas crianças através da amamentação?

Depois de 1 – 2 minutos, o facilitador irá explicar os riscos da transmissão vertical num outro momento de uma forma mais detalhada.

A transmissão da mãe para a criança (vertical) ocorre quando uma mulher infectada pelo HIV transmite o vírus para o seu bebé. Isto pode acontecer durante a gravidez, o parto, ou durante a fase da amamentação. É, contudo, importante notar que nem todas as mulheres infectadas com o HIV transmitem automaticamente o HIV para as suas crianças.

Usando o diagrama abaixo como exemplo, se há 20 bebés nascidos de 20 mães infectadas pelo HIV (e nada é feito para evitar a transmissão do HIV) então aproximadamente 7 das 20 mulheres irão transmitir o HIV para as suas crianças durante a gravidez, parto e a fase da amamentação. Este facto significa que o risco global de TV é de 7 em 20, ou 35% (um terço).



Número de bebés infectados com o HIV através da gravidez e trabalho de parto.



Número de bebés infectados com o HIV através da amamentação.



Número de bebés não infectados com o HIV.



O risco global de 35% (um terço) pode ser dividido da seguinte forma: o risco estimado de infecção durante a gravidez, parto e trabalho de parto é de cerca de 20% e o risco estimado de infecção pós natal (após o trabalho de parto), através da amamentação é de cerca de 15%. Se nós voltarmos para o diagrama, isto significa que cerca de 4 em 20 bebês (20%) nascido de mães seropositivas serão infectados durante a gravidez e serviço de parto e 3 em cada 20 bebês (15%) serão infectados após o nascimento.

O risco de transmissão durante a gravidez é baixo, uma vez que o bebê na sua fase de desenvolvimento é protegido pela placenta. Durante o parto e trabalho de parto o risco é aumentado através da absorção ou aspiração de sangue ou fluido cervical. O risco pode ser ainda maior por causa de práticas obstétricas inseguras, tais como episiotomia rotineira, ruptura prematura das membranas, placenta prévia, etc. Cesariana electiva reduz os riscos de transmissão.

O aleitamento misto em comparação com o aleitamento exclusivo pode aumentar o risco de transmissão do HIV devido aos potenciais danos ao intestino da criança provocado pelas partículas de comida ou a introdução de um alérgeno ou bactéria que causa inflamação. Este facto pode conduzir a um fácil acesso do vírus de HIV do leite materno para o sangue da criança.

Por estas duas razões, a OMS recomenda o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses numa fase em que a mãe pode usar alimentação alternativa de uma forma segura, seguida de uma interrupção definitiva da amamentação e introdução da alimentação substituta. Dois estudos realizados mostram que o aleitamento materno exclusivo leva em si uma carga reduzida de risco de transmissão do HIV quando comparada com o aleitamento misto.

Vocês irão aprender mais acerca da transmissão do HIV através da amamentação e aconselhamento da mãe acerca das opções de alimentação no Módulo 3.

As outras formas através das quais as crianças podem contrair o HIV são:

- Abuso sexual
- Injecções inseguras
- Transfusão de sangue a partir de produtos sanguíneos infectados com o HIV.



4.0. AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA PARA HIV

4.1. TESTAGEM PARA A INFECÇÃO DO HIV

Existem diferentes testes disponíveis para diagnosticar a infecção pelo HIV. Antes de avaliar e classificar um lactente ou uma criança para HIV é importante compreender os diferentes testes que detectam anticorpos e testes que detectam o vírus por si bem como compreender os resultados dos tais testes. Esta informação é resumida na tabela abaixo.

Testes de anticorpos versus virológicos

Testes de anticorpos, incluindo testes rápidos	Avaliações virológicas tais como PCR RNA ou DNA
Estes testes detectam anticorpos feitos por células imunes em resposta ao vírus. Os anticorpos da mãe passam para a criança e na maior parte dos casos desaparecem aos 12 meses de idade mas em alguns casos estes só desaparecem até que a criança atinja os 18 meses de idade. Isto significa que um teste positivo de anticorpos em crianças com menos de 18 meses de idade não é uma forma fiável de verificar uma infecção numa criança.	Estes testes detectam directamente a presença do vírus do HIV ou produtos do vírus no sangue. Os testes virológicos positivos podem deste modo detectar de uma forma fiável a infecção pelo HIV em qualquer idade, mesmo antes dos 18 meses de vida. Se os testes forem negativos e a criança tiver sido amamentada, tal facto não exclui a possibilidade de infecção uma vez que a criança pode ter acabado de ser infectada. Os testes realizados seis semanas ou mais após a interrupção total da amamentação podem de uma forma fiável excluir a infecção.

O leite materno de uma mãe seropositiva pode transmitir a infecção por HIV. Vocês aprenderam acerca disto na secção 3.1 e irão aprender mais acerca do mesmo assunto no Módulo 3. O importante é que vocês precisam de reter na memória de que um teste virológico positivo em qualquer idade significa que o bebé **ESTÁ** infectado pelo HIV, e que um teste positivo de **ANTICORPOS** realizado aos 18 meses de idade ou mais significa que a criança **ESTÁ** infectada pelo HIV.

A tabela abaixo apresentada proporciona pormenores acerca da forma como os testes rápidos de anticorpos e testes virológicos devem ser interpretados em lactentes e crianças. A tabela toma em consideração o facto de a criança estar ou não a ser amamentada.

**TESTAGEM DE HIV EM CRIANÇAS NASCIDAS DE MULHERES SEROPOSITIVAS**

Idade	Teste de HIV	O que significam os resultados	Considerações
<18 meses	Teste de HIV para anticorpos Teste rápido ou teste de anticorpos baseado no laboratório	Se for positivo, o teste mostra a presença de anticorpos de HIV tanto da mãe como da criança. Geralmente se o teste de anticorpos de HIV a partir dos 12 meses de idade for positivo isso sugere que a criança está infectada. Tem que confirmar o resultado com teste rápido ao 18 meses de idade. Faça o teste virológico se a criança estiver doente com sinais ou sintomas que sugerem uma infecção do HIV	Confirma que a criança esteve exposta ao HIV uma vez que uma transferência passiva de anticorpos maternos pode resultar num teste positivo.
		Se for negativo e não estiver a ser amamentado = não está infectado Se for negativo mas continuar a ser amamentado = repita o teste logo que for interrompida a amamentação depois de 6 ou mais semanas.	Geralmente o resultado negativo exclui a possibilidade de uma infecção adquirida durante a gravidez e serviço de parto. Contudo, a criança ainda pode ser infectada através da amamentação.
	Teste virológico de HIV Feito para detectar o vírus em si	O teste virológico positivo em qualquer idade = a criança está infectada	É melhor realizar quando criança tiver 4 semanas de idade ou mais.
		Teste virológico negativo e a criança nunca foi amamentada ou não foi amamentada nas últimas 6 semanas = a criança não está infectada.	Resultado negativo se a criança ainda está a ser amamentada precisa de ser confirmados 6 semanas ou mais após a interrupção da amamentação. Se a criança tiver mais de 9-12 meses de idade, nesta altura pode ser usado o teste de anticorpos antes da realização de qualquer outro teste virológico, uma vez que apenas crianças que ainda possuem anticorpos de HIV precisam de um outro teste virológico.
<18 meses	Teste de anticorpos para HIV Teste rápido ou teste de anticorpos feito no laboratório	Resultados válidos para adultos. Negativo = a criança não está infectada; Positivo = a criança está infectada	Se for negativo e a criança continuar a amamentar – repita o teste logo que tiver interrompido a amamentação depois de 6 semanas ou mais.



EXERCÍCIO DE RESPOSTA CURTA A: TESTAGEM DO HIV

Responda às seguintes perguntas:

1. Um bebé de 20 meses de idade é portador de um teste virológico positivo. Será que a criança está infectada pelo HIV?

2. Um bebé de 2 meses de idade é portador de um teste virológico positivo. Será que a criança está infectada pelo HIV?

3. Um bebé com 2 meses de idade a amamentar é portador de um teste virológico positivo. Será que a criança está infectada pelo HIV?

4. Um bebé de 2 meses de idade a amamentar é portador de um teste positivo de anticorpos. Será que a criança está infectada pelo HIV?



EXERCÍCIO DE GRUPO C

Em pequenos grupos e durante 1 – 2 minutos debatam as razões pelas quais a testagem de crianças menores e crianças nascidas de mulheres seropositivas é benéfica.

Depois de 1 -2 minutos o facilitador irá dirigir o debate em plenária.

A confirmação ou identificação a tempo da infecção pelo HIV em crianças é benéfica por muitas razões:

- Poderia orientar as escolhas alimentares para as crianças e para a mãe;
- Ajuda a diferenciar o HIV sintomático ou SIDA de outras doenças e condições (tais como tuberculose, malnutrição e infecções causadas por bactérias) que também ocorrem em crianças não infectadas pelo HIV;
- Orienta as decisões relacionadas com o momento em que se deve iniciar e interromper a profilaxia regular de cotrimoxazol e/ ou terapia antiretroviral, e
- Ajuda a aliviar o stress da situação de incerteza uma vez que a família pode tomar medidas visando abordar o estado do HIV, ao invés de imaginar o que deve estar a passar.

Geralmente a criança pode ser o primeiro membro da família a ser identificado, e deste modo servir de “ponto de entrada” para o diagnóstico do HIV no seio da família. O diagnóstico da infecção do HIV numa criança pode proporcionar uma oportunidade às mães, aos pais e aos provedores de cuidados para terem acesso aos serviços de cuidados relacionados com o HIV.

4.2. AVALIAR E CLASSIFICAR A CRIANÇA A PARTIR DE 2 MESES DE IDADE ATÉ 5 ANOS EM RELAÇÃO AO HIV

Abram o vosso caderno de mapas na página 9 depois façam uma avaliação para efeitos de infecção por HIV”

Vocês irão precisar de verificar a ocorrência de uma infecção Sintomática Suspeita pelo HIV ou a exposição ao HIV se se souber que a mãe é seropositiva ou se a criança possui um dos seguintes factores na nossa classificação anterior:

- Pneumonia ou pneumonia grave ou doença muito grave
- Diarreia persistente ou diarreia persistente grave
- Infecção aguda do ouvido com secreção ou infecção crónica de ouvido
- Desnutrição aguda grave ou moderada/ baixo peso/ crescimento insuficiente

Vocês irão precisar de observar ou PERGUNTAR:

- Será que a criança sofre de PNEUMONIA?
- Será que a criança sofre de DIARREIA PERSISTENTE?
- Será que a criança tem saída de PÚS PELO OUVIDO no momento?



- Será que a criança tem BAIXO PESO /CRESCIMENTO INSUFICIENTE / DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE OU MODERADA?
- A criança foi tratada ou está fazendo tratamento para TB

Nota: Se a criança tiver a classificação: PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE ou DIARREIA PERSISTENTE GRAVE ou MALNUTRIÇÃO GRAVE então ela deve ser analisada sob SUSPEITA DE INFECÇÃO SINTOMÁTICA POR HIV.

OBSERVE E PALPE:

- Qualquer aumento dos gânglios linfáticos em dois ou mais dos seguintes locais: pescoço, axila ou virilha (infadenopatia persistente generalizada)
- Há candidíase oral ou faríngea?
- Há hipertrofia das glândulas parótidas?
- Há infecções generalizadas na pele e/ou repetidas?

Note que os resultados dos testes da mãe e da criança são usados na classificação do processo resumido na figura que consta da página a seguir.

DEPOIS VERIFIQUEM A INFECÇÃO POR HIV**

- A mãe e/ ou a criança já fizeram o teste de HIV?
OU
- A criança possui uma ou mais das seguintes condições:
 - o Pneumonia*
 - o Diarreia persistente*
 - o Secreção de ouvido (aguda ou crônica)
 - o Peso baixo/ crescimento insuficiente/ desnutrição aguda moderada*
 - o A criança foi tratada ou está fazendo tratamento para TB

**Note que as formas graves tais como pneumonia grave, diarreia persistente grave e a desnutrição aguda grave podem ser usadas para registro no quadro. Completem a avaliação rapidamente e transfiram a criança.*

Se sim, registem no quadro abaixo e procurem condições seguintes que sugerem a infecção por HIV.



Reparem para as seguintes condições que sugerem a infecção pelo HIV:

OBSERVE OU PERGUNTE:

Será que a criança sofre de:

- PNEUMONIA?
- DIARREIA PERSISTENTE?
- SECREÇÃO DE OUVIDO (AGUDA/CRÓNICA)?
- BAIXO PESO/ CRESCIMENTO INSUFICIENTE /DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA?
- A CRIANÇA FOI TRATADA OU ESTÁ FAZER TRATAMENTO PARA TB?

OBSEVE E PALPE:

- Há candidíase oral ou faríngea?
- Há hipertrofia das glândulas parótidas
- Qualquer aumento dos gânglios linfáticos em dois ou mais dos seguintes locais: pescoço, axila ou virilha (linfadenopatia persistente generalizada)
- Há infecções de pele generalizadas e/ou repetidas?

O teste do HIV está disponível para a mãe/ criança?

**Classifique para HIV**

SINAIS	CLASSIFIQUE
<ul style="list-style-type: none">• Teste positivo de anticorpo em crianças com 18 meses de idade ou mais Ou• Teste virológico positivo de HIV E• 2 ou mais condições	INFECÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV CONFIRMADA
<ul style="list-style-type: none">• Teste positivo de anticorpo em crianças com 18 meses de idade ou mais Ou• Teste virológico positivo de HIV E• Menos de 2 condições	INFECÇÃO PELO HIV CONFIRMADA
<ul style="list-style-type: none">• Não há resultados de testes em crianças ou testes positivos de anticorpos em crianças com < de 18 meses de idade E• 2 ou mais condições	INFECÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV SUSPEITA
Uma ou ambas das seguintes: <ul style="list-style-type: none">• Mãe seropositiva e não há resultado do teste da criança Ou• A criança tem menos de 18 meses de idade com teste positivo de anticorpos E• Menos de 2 condições	INFECÇÃO PELO HIV POSSÍVEL / EXPOSTO AO HIV
<ul style="list-style-type: none">• Não há resultado de teste tanto para a mãe como para a criança E• Menos de 2 condições	INFECÇÃO SINTOMÁTICA POR HIV POUCO PROVÁVEL
<ul style="list-style-type: none">• Teste negativo de HIV na mãe ou na criança E não há sinais suficientes para classificar como infecção suspeita sintomática de HIV	INFECÇÃO POR HIV POUCO PROVÁVEL

***uma criança que já está a ser tratada com antiretrovirais não tem de entrar para esta no quadro de HIV*



NOTEM OU PERGUNTEM:
Será que a criança sofre de:

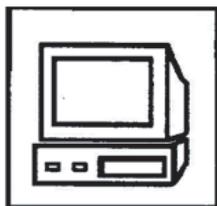
- PNEUMONIA?
- DIARREIA PRESISTENTE?
- SECRAÇÃO DE OUVIDO AGUDA OU CRÓNICA?
- PESO BAIXO / CRESCIMENTO INSUFICIENTE / DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA?
- A CRIANÇA FOI TRATADA OU ESTA FAZER TRATAMENTO PARA TB?

OLHEM E SINTAM:

- Candidíase oral ou faríngea
- Hipertrofia das glândulas parótidas
- Linfadenopatia persistente e generalizada
- Há infecções generalizadas na pele e/ou repetidas?

CLASIFICAR

Classifique para HIV	
SINAIS	CLASSIFIQUE
<ul style="list-style-type: none">• Teste positivo de anticorpo em crianças com 18 meses de idade ou mais• Ou• Teste virológico positivo de HIV• E• 2 ou mais condições	INFEÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV CONFIRMADA
<ul style="list-style-type: none">• Teste positivo de anticorpo em crianças com 18 meses de idade ou mais• Ou• Teste virológico positivo de HIV• E• Menos de 2 condições	INFEÇÃO PELO HIV CONFIRMADA
<ul style="list-style-type: none">• Não há resultados de testes em crianças ou testes positivos de anticorpos em crianças com < 18 meses de idade• E• 2 ou mais condições	INFEÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV SUSPEITA
Uma ou ambas das seguintes: <ul style="list-style-type: none">• Mãe seropositiva e não há resultado do teste da criança• Ou• A criança tem menos de 18 meses de idade com teste positivo de anticorpos• E• Menos de 2 condições	INFEÇÃO PELO HIV POSSÍVEL / EXPOSTO AO HIV
<ul style="list-style-type: none">• Não há resultado de teste tanto para a mãe como para a criança• E• Menos de 2 condições	INFEÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV POUCO PROVÁVEL
<ul style="list-style-type: none">• Teste negativo de HIV na mãe ou na criança E não há sinais suficientes para classificar como infecção suspeita sintomática de HIV	INFEÇÃO POR HIV POUCO PROVÁVEL



EXERCÍCIO DE VÍDEO A

Assistam uma série de informação em vídeo que aborda as manifestações comuns do HIV/ SIDA em crianças para demonstrar como se classifica infecções suspeitas e sintomáticas de HIV.



EXERCÍCIO DE RESPOSTA CURTA B

1. Quais são as crianças com idade entre os 2 meses e 5 anos que devem ser analisadas para efeitos de infecção sintomática por HIV?
2. Qual é a diferença entre o teste virológico do HIV e o teste de HIV para anticorpos?
3. Qual é o teste – virológico ou de HIV para anticorpos – que vocês haveriam de usar para detectar e diagnosticar uma infecção por HIV numa criança com menos de 18 meses de idade?
4. O que é que se pretende dizer com linfadenopatia persistente generalizada numa criança infectada pelo HIV?
5. O que é que se pretende dizer com hipertrofia das glândulas parótidas no contexto de uma criança infectada pelo HIV?



EXERCÍCIO DE RESPOSTA CURTA C: AVALIAR E CLASSIFICAR PARA HIV

Escreva um “V” para as declarações verdadeiras. Escreva um “F” para as declarações que são falsas.

	Verdadeiro ou Falso (V/F)	
A		Uma criança com PNEUMONIA deve ser avaliada para infecção de HIV
B		Uma criança com 9 semanas nascida de uma mãe seropositiva deve ser classificada como sendo “INFEÇÃO PELO HIV POSSÍVEL ou EXPOSTA AO HIV”.
C		Uma criança de 19 meses de idade com um teste negativo de anticorpo mas que tenha infecção oral, pneumonia e secreção de ouvido deve ser classificada como sendo INFEÇÃO PELO HIV POSSÍVEL ou EXPOSTA AO HIV.
D		Uma criança de 5 meses de idade sem qualquer resultado de teste de HIV e com pneumonia, linfadenopatia e peso muito baixo deve ser classificada como INFEÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV SUSPEITA.
E		Uma criança de 4 meses de idade que não sofre de qualquer doença, não tem infecção oral, não tem linfadenopatia nem hipertrofia das glândulas parótidas mas que foi nascida de uma mãe seropositiva deve ser classificada como sendo “INFEÇÃO PELO HIV POSSÍVEL ou EXPOSTA AO HIV”.
F		Uma criança de 8 meses de idade em bom estado de saúde nascida de uma mãe seropositiva e que continua a amamentar, o seu teste de anticorpo é negativo e não possui quaisquer características de infecção com o HIV poderia ser assumida como estando livre da infecção do HIV.
G		Uma criança de 36 meses de idade com teste positivo de HIV para anticorpo e não possui quaisquer outras características – não sofre de pneumonia, malnutrição, secreção de ouvido, infecção, linfadenopatia e não possui aumento das parótidas pode ser classificada de INFEÇÃO PELO HIV CONFIRMADA.



4.3. AVALIAR E CLASSIFICAR UM LACTENTE PARA HIV

A classificação de um lactente para HIV difere da classificação para uma criança mais crescida. Não é possível classificar os lactentes para infecções sintomáticas de HIV uma vez que actualmente não existem algoritmos validados fiáveis para esta classificação. A classificação de lactentes doentes para HIV pode, deste modo, ser uma das seguintes três opções:

- INFECÇÃO PELO HIV CONFIRMADA
- INFECÇÃO PELO HIV POSSÍVEL / EXPOSIÇÃO AO HIV
- INFECÇÃO POR HIV POUCO PROVÁVEL A

E será baseada no resultado do teste de HIV da mãe e/ ou da criança.

Olhem para a tabela na página 39 do caderno das mapas: destacando e classificando os lactentes para infecção por HIV.

PERGUNTEM:

A mãe ou a criança já tiveram um teste positivo de HIV?

Se a criança já tiver tido um teste de HIV determinem se o teste foi um teste de HIV para anticorpos ou um teste virológico.

CLASSIFIQUEM as crianças pequenas/ lactentes para infecção de HIV com base no resultado do teste:

PERGUNTEM:

A mãe ou a criança já fez um teste de HIV?
Qual foi o resultado

Classifiquem para a infecção por HIV

SINAIS	CLASSIFICAR
➤ A criança é portadora de um teste virológico positivo	INFECÇÃO PELO HIV CONFIRMADA
Uma ou ambas as seguintes condições: ➤ Mãe seropositiva ➤ A criança possui um teste positivo de anticorpos de HIV	INFECÇÃO PELO HIV POSSÍVEL OU EXPOSIÇÃO AO HIV
➤ Teste negativo de HIV na mãe ou na criança	INFECÇÃO POR HIV POUCO PROVÁVEL

Vocês irão aprender a tratar, aconselhar e fazer o acompanhamento do HIV à medida que forem progredindo ao longo deste curso complementar de AIDI sobre HIV.



EXERCÍCIO ESCRITO B

AVALIAR E CLASSIFICAR CADA CRIANÇA PARA HIV

No exercício escrito A vocês encontraram 4 crianças (Mishu, Dan, Ebai e Henri)

Voltem para os formulários de registo do exercício escrito A, para HIV, com base nas suas classificações anteriores do exercício escrito A, e a informação adicional fornecida abaixo. Usem o mesmo formulário de registo que usaram no exercício A para que não tenha de voltar a escrever as classificações anteriores. Mantenham estes formulários de registo uma vez que os irão usar mais uma vez no Módulo 3.

Mishu:

A mãe do Mishu fez o teste de HIV e deu positivo. Contudo, Mishu ainda não fez o teste de HIV. Mishu continua a amamentar.

Dan:

Tanto a mãe de Dan como o Dan ainda nunca fizeram o teste de HIV. Para além das classificações originais que vocês fizeram, Dan também tem problemas de hipertrofia das glândulas parótidas mas não tem candidíase oral ou linfadenopatia.



Ebai:

A mãe de Ebai fez o teste de HIV e o resultado deu positivo.

Henri:

A mãe de Henri já fez o teste de HIV e o seu resultado deu positivo. Henry fez um teste de anticorpos e o resultado deu positivo.



5.0. IDENTIFICAR O TRATAMENTO PARA LACTENTES E CRIANÇAS CLASSIFICADAS PARA HIV

Na secção 4.0. vocês aprenderam como avaliar e classificar a criança para HIV.

Certos grupos de crianças, classificados como sendo **INFECÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV SUSPEITA**, **INFECÇÃO PELO HIV CONFIRMADA** ou **INFECÇÃO PELO HIV POSSÍVEL / EXPOSIÇÃO AO HIV** irão precisar de ser transferidos para confirmar a infecção do HIV e avaliar se elas precisam da terapia antiretroviral (TARV).

Antes de iniciar com a terapia antiretroviral, uma criança precisa de, em primeiro lugar, estabilizar-se. Isto significa que qualquer das doenças comuns agudas e infecções oportunistas devem ser tratadas e a condição geral da criança precisa de ser melhorada.

5.1. TRATAMENTO PARA A CRIANÇA DE 2 MESES DE IDADE ATÉ 5 ANOS DE IDADE

Olhem para o algoritmo de HIV no vosso caderno de mapas e leiam como é que vocês devem tratar a criança que foi classificada para infecção de HIV.

As tabelas que se seguem fazem lembrar sobre as tabelas **TRATAR** que constam do algoritmo de AIDI.



CLASSIFICAR	IDENTIFICAR TRATAMENTO
INFEÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV CONFIRMADA	<ul style="list-style-type: none">▪ Tratar, aconselhar e dar o seguimento aos infecções comuns e oportunistas▪ Dar cotrimoxazol profilático▪ Verificar vacinação▪ Fornecer suplementos nutricionais (Plumpy Nut, CSB) sempre que possível, de acordo com as normas nacionais▪ Dar suplementos de multi-micronutrientes▪ Dar suplementos de vitamina A todos os 6 meses começando dos 6 meses de idade.▪ Dar Mebendazol de três em três meses a partir dos 6 meses▪ Avaliar a alimentação da criança e providenciar o aconselhamento necessário para a mãe*▪ Referir para nível superior para consulta de seguimento para eventual TARV▪ Aconselhar a mãe acerca dos cuidados domiciliários▪ Aconselhar a mãe sobre o seu estado de HIV e criar condições para o seu aconselhamento e testagem caso seja necessário▪ Dar seguimento em 30 dias
INFEÇÃO PELO HIV CONFIRMADA	
INFEÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV SUSPEITA	<ul style="list-style-type: none">▪ Tratar, aconselhar e dar o seguimento aos infecções comuns e oportunistas▪ Dar cotrimoxazol profilático▪ Verificar vacinação▪ Dar suplementos de vitamina A todos os 6 meses começando dos 6 meses de idade.▪ Dar Mebendazol de três em três meses a partir dos 6 meses▪ Dar suplementos de multi-micronutrientes▪ Avaliar a alimentação da criança e providenciar o aconselhamento necessário para a mãe*▪ Criar condições de aconselhamento e testagem da infecção pelo HIV▪ Aconselhar a mãe acerca dos cuidados domiciliários▪ Dar seguimento em 30 dias
INFEÇÃO PELO HIV POSSÍVEL / EXPOSIÇÃO AO HIV	
INFEÇÃO SINTOMÁTICA POR HIV POUCO PROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none">▪ Tratar, aconselhar e dar o seguimento das infecções existentes▪ Aconselhar a mãe acerca da alimentação e acerca da sua própria saúde.▪ Encorajar a testagem de HIV
INFEÇÃO POR HIV POUCO PROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none">▪ Tratar, acolher e fazer o acompanhamento das infecções existentes▪ Aconselhar a mãe acerca da alimentação e acerca da sua própria saúde.

*O módulo 3 proporciona informação detalhada sobre a avaliação da alimentação e aconselhamento da mãe acerca da alimentação e da sua própria saúde.



5.2. TRATAMENTO PARA O LACTENTE DOENTE

Olhem para o algoritmo de HIV no vosso caderno de mapas e leiam como é que vocês devem tratar o lactente que foi classificado para infecção por HIV.

Os quadros abaixo apresentadas vos fazem lembrar acerca das tabelas TRATAR que constam do algoritmo AIDI.

CLASSIFICAR	IDENTIFICAR O TRATAMENTO
INFEÇÃO PELO HIV CONFIRMADA	<ul style="list-style-type: none">➤ Dar cotrimoxazol profilático a partir de 4-6 semanas de vida.➤ Avaliar a alimentação da criança e aconselhar sempre que for necessário➤ Transferir para TARV se possível➤ Aconselhar a mãe acerca dos cuidados domiciliários.➤ Reavaliação após 14 dias
INFEÇÃO PELO HIV POSSÍVEL OU EXPOSIÇÃO AO HIV	<ul style="list-style-type: none">➤ Dar cotrimoxazol profilático a partir de 4-6 semanas de vida.➤ Avaliar a alimentação da criança e aconselhar, quando necessário, sobre as opções de alimentação➤ Fazer o acompanhamento em 14 dias➤ Confirmar o estado HIV logo que for possível, recorrendo ao melhor teste disponível
INFEÇÃO POR HIV POUCO PROVÁVEL	<ul style="list-style-type: none">➤ Tratar, aconselhar e dar seguimento das infecções existentes➤ Aconselhar a mãe acerca da alimentação e acerca da sua própria saúde.



5. Como é que vocês haveriam de tratar uma criança com as classificações: DIARREIA PERSISTENTE e INFECÇÃO PELO HIV CONFIRMADA?

6. Como é que vocês haveriam de tratar uma criança com as classificações: PNEUMONIA (não tem sibilos presentes), DIARREIA PERSISTENTE, DISENTERIA, OTITE CRÓNICA, PESO BAIXO e INFECÇÃO PELO HIV CONFIRMADA?

Na secção 4, vocês aprenderam como avaliar e classificar um lactente e uma criança para HIV, e na secção 5 vocês aprenderam como identificar o tratamento para o lactente e criança classificada para HIV. Nas três secções que se seguem vocês irão aprender como avaliar, classificar e tratar lactentes e crianças suspeitas ou confirmadas de terem infecção por HIV:

- Doenças comuns agudas (secção 6.0)
- Infecções oportunistas (secção 7.0), incluindo:
 - o Problemas de pele
 - o Problemas na boca
 - o Outras infecções oportunistas
- E prevenir infecções oportunistas e outras doenças comuns (secção 8.0):
 - o Providenciar profilaxia de cotrimoxazol
 - o Suplementação da vitamina A



6.0. AVALIAR, CLASSIFICAR E TRATAR DOENÇAS AGUDAS COMUNS

Avaliar TODOS os lactentes e crianças com idade compreendida entre 2 meses e 5 anos para todos os sinais de perigo. Referir-se ao vosso caderno de mapas para uma lista destes sinais gerais de perigo.

O quadro abaixo indica o grupo de crianças que necessita de transferência urgente e quais as crianças que não precisam de uma transferência urgente para o hospital:

<i>SINAIS INDICANDO</i>	<i>SINAIS/ CONDIÇÕES INDICANDO</i>
<p>TRANSFERÊNCIA URGENTE</p> <p>Lactentes de 1 semana a 2 meses de idade: Bebês com uma classificação GRAVE (cor de rosa/ vermelho)</p> <p>Crianças com 2 meses até 5 anos de idade:</p> <ul style="list-style-type: none">• Com sinal geral de perigo Ou• Uma classificação GRAVE (cor de rosa / vermelho)	<p>TRANSFERÊNCIAS NÃO URGENTES</p> <p>Lactentes de 1 semana a 2 meses de idade: Se o bebé pequeno for classificado como POSSÍVEL INFECÇÃO PELO HIV/ EXPOSTO AO HIV transfira-o para o teste virológico de HIV, se estiver disponível.</p> <p>Crianças com 2 meses até 5 anos de idade:</p> <ul style="list-style-type: none">• Para teste de confirmação de HIV se tal não poder ser feito no local• A condição da criança doente é a mesma no acompanhamento• Tosse por mais de 30 dias

É importante notar que as doenças agudas comuns em lactentes e em crianças que suspeitavam ou confirmaram a infecção por HIV geralmente podem ser tratadas de acordo com as directrizes do AIDI como por exemplo a malária, a diarreia, a pneumonia e infecção de ouvido

Em caso de MALNUTRIÇÃO, vocês devem estar informados acerca das seguintes considerações especiais:

- Os lactentes e crianças suspeitas ou confirmadas de terem infecção por HIV são vulneráveis a todas as formas de MALNUTRIÇÃO. Por isso, durante cada visita de acompanhamento vocês devem avaliar e classificar criança para malnutrição usando as tabelas de malnutrição e anemia de AIDI (página 8 do caderno de mapas). Vocês devem controlar o peso da criança de acordo com a tabela de modo a identificarem o nível de crescimento e permitirem uma intervenção apropriada a nível nutricional e permitirem uma intervenção apropriada a nível de nutrição antes da criança sofrer de problemas de malnutrição.
- Vocês irão precisar também de identificar e aconselhar a mãe acerca de problemas de alimentação numa fase inicial da vida antes destes conduzirem a malnutrição



- Sigam o caderno de mapas para tratar uma criança com DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE, BAIXO PESO / CRESCIMENTO INSUFICIENTE/ DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA OU SEM BAIXO PESO

Para além disso, vocês irão precisar de providenciar os seguintes cuidados especiais:

- Se a criança não conseguir ganhar peso ou perde peso durante as medições mensais, tomem nota do registo detalhado da saúde e alimentação a partir da mãe. Caso este registo não indique uma explicação óbvia para o PESO BAIXO, apesar do tratamento, refiram a criança para efeitos de investigação.
- Algumas crianças poderão sofrer de desnutrição aguda grave (emagrecimento visível severo ou edemas generalizados) não devido ao HIV ou outras infeções mas devido a falta de nutrição adequada. Aconselhem a mãe a usar as recomendações de alimentação que encontram no AIDI. Vocês irão aprender mais acerca disto no Módulo 3.

No caso de PNEUMONIA numa criança infectada pelo HIV (com idade entre 2 meses até 5 anos de idade), é necessária uma gestão adicional:

CLASSIFICAÇÃO	TRATAMENTO ADICIONAL NECESSÁRIO
PNEUMONIA	<ul style="list-style-type: none">➤ Se a criança tiver tomado a profilaxia de cotrimoxazol, use amoxicilina oral como a primeira linha de tratamento para a PNEUMONIA➤ Se a criança não estiver a tomar a profilaxia de cotrimoxazol vocês poderão tratar a pneumonia com cotrimoxazol mas lembrem-se também de iniciar a profilaxia.➤ Se, na fase de acompanhamento depois de 2 dias a condição da criança não mudar, transfiram a criança.



7.0. AVALIAR, CLASSIFICAR E TRATAR AS INFECÇÕES OPORTUNISTAS

As crianças infectadas pelo HIV possuem um sistema imune enfraquecido, o que significa que elas desenvolvem infecções oportunistas com mais facilidade. Algumas destas infecções oportunistas aparecem na forma de pneumonia grave, diarreia ou doenças febris e por isso, vocês precisam de as transferir para o hospital. As outras doenças oportunistas podem ser tratadas a vosso nível, como por exemplo doenças da boca e problemas da pele.

Ao fazer uma avaliação de outros problemas lembrem-se de perguntar acerca dos problemas da boca nas crianças que vocês classificam como “INFECÇÃO PELO HIV POSSÍVEL ou EXPOSIÇÃO AO HIV”, ou “INFECÇÃO PELO HIV CONFIRMADA” ou “INFECÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV SUSPEITA”.

Caso não estejam seguros acerca de um problema particular relacionado com a pele ou com a boca, então transfiram a criança para um nível secundário de avaliação e tratamento.

7.1. AVALIAR, CLASSIFICAR E TRATAR PROBLEMAS DA PELE

Crianças classificadas como INFECÇÃO PELO HIV CONFIRMADA ou SUSPEITA INFECÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV ou POSSÍVEL INFECÇÃO PELO HIV ou EXPOSIÇÃO AO HIV podem ter problemas de pele.

Olhem para as tabelas sobre problemas da pele no vosso caderno de mapas e leiam a secção sobre como identificar problemas da pele. *Notem* que as crianças podem ter mais do que um problema de pele; por isso as tabelas que abordam problemas de pele não seguem o padrão dos princípios de classificação do AIDI¹.

¹ Os princípios de classificação do AIDI: classificação em colunas cor-de-rosa denotam doença séria e requer transferência, a cor amarela significa que a criança precisa de um tratamento apropriado, a cor verde significa que a criança não precisa de atenção médica especial específica, apenas aconselhamento da mãe.



7.1.1. Identificar problema de pele se a pele estiver a fazer prurido

(vide a secção 1 do folheto de fotografias e o folheto de tabelas na página ...)

SINAIS	CLASSIFICAR COMO	TRATAMENTO	CARACTERÍSTICAS DE HIV
Marcas de coceira com pequenas pápulas e marcas de alguém que se anda a coçar. Pontos escuros com centros pálidos.	Erupção PAPULAR com COMICHÃO (PRURIDO)	<ul style="list-style-type: none">Tratar a comichãoPode ser um sinal inicial de HIV e precisa de ser avaliado para HIV	<ul style="list-style-type: none">OMS estagio 2
Uma lesão circular de coceira com uma ponta levantada e uma área descamativa no centro com perda de cabelo. Também pode ser encontrado no corpo ou partes dos pés.	TINHA (TINEA)	<ul style="list-style-type: none">Colocar o creme de clotrimazol ou outro creme anti fungosCaso seja extensivo, trate com ketoconazole ou griseofulvin.Se for no cabelo, escove-oTrate a comichão.	<ul style="list-style-type: none">Infecção de fungos nas unhas é OMS estágio 2
Lesões e escoriações de coceira no tórax, pulsos e entre dedos	SARNA	<ul style="list-style-type: none">Tratar com medicamentos contra sarnaTratar a comichão.Avaliar para HIV	<ul style="list-style-type: none">Pode manifestar-se como sarna com crostas em crianças infectadas pelo HIV.

Tratamento da sarna

Trate uma das seguintes:	Período de tratamento	Avisos: para todos os tratamentos – a comichão irá aumentar ,depois a comichão desaparece.
Hexacloreto de benzeno	Aplicar a noite, retirar de manhã e repetir 3 vezes	Potencialmente tóxico se for aplicado em doses exageradas: evitar usar em mulheres grávidas ou crianças pequenas.
25% Emulsão de benzyl benzoate Diluir 1:1 para crianças Diluir 1:3 para bebés	Àplicar à noite, lave de manhã – repita 3 vezes? (recomendações variáveis)	Tendência para irritar a pele.

**Tratar a comichão**

- § Loção calamina ou
- § Antihistamínico oral
- § Se não for melhorar, considere esteróides tópicos

Doses recomendadas para ketoconazole:

Idade da criança	Peso	Comprimidos (200mg)
2 meses até 12 meses	(3-<6kg)	20mg uma vez por dia
	(6-<10kg)	40mg uma vez por dia
12 meses a 5 anos	(10-19kg)	60mg uma vez por dia

Doses recomendadas para griseofulvin:

Idade da criança	Peso	Comprimidos (500mg)
2 meses até 12 meses	(3-<6kg)	10m g/kg/dia: Por exemplo para um lactente de 3kg – 30mg; para um lactente de 6kg – 60mg - uma vez por dia.
	(6-<10kg)	10mg/kg/dia uma vez por dia
12 meses até 5 anos	(10 – 19kg)	10mg/kg/dia uma vez por dia



7.1.2. Identificar problema de pele se a pele tiver vesículas/ feridas/ pústulas

(vide o folheto de fotografias na secção 2 e o folheto de tabelas na página 45)

SINAIS	CLASSIFICAR COMO	TRATAMENTO	CARACTERÍSTICAS DE HIV
Vesículas em todo o corpo, com envolvimento ocasional de mucosa. As vesículas aparecem progressivamente ao longo dos dias e formam crostas depois da sua ruptura.	VARICELA	<ul style="list-style-type: none">Tratar a comichãoTransferir URGENTEMENTE em caso de ocorrência de pneumonia ou icterícia	<ul style="list-style-type: none">Mais severa e extensiva em crianças com problemas no sistema imune
Vesículas ou cicatrizes numa região do corpo com dores e ardor intenso. A herpes zoster é pouco comum em crianças excepto nos casos em que elas estão com problemas no seu sistema imune, por exemplo se estiverem infectadas pelo HIV.	HERPES ZOSTER	<ul style="list-style-type: none">Manter as lesões limpas e secas. Usar antisséptico local.Se a vista estiver envolvida, tratar com aciclovirDar analgésicos (paracetamol..)Controle em 7 dias se as feridas não estiveram completamente curadas	<ul style="list-style-type: none">As vesículas se tornam hemorrágicasOMS estágio 2
Vesículas ou feridas mais frequente na boca e/ou membros	HERPES SIMPLEX	<ul style="list-style-type: none">Se for difícil alimentar a criança, TRANSFERIRSe for o primeiro episódio ou ulceração severa, tratar com aciclovir	<ul style="list-style-type: none">Pode-se tornar extensiva com ulcerações graves na bocaSe for > 1 mês, OMS estágio 4
Vesículas vermelhas e/ou pústulas e/ou crostas	IMPÉTIGO OU FOLICULITE	<ul style="list-style-type: none">Limpar as feridas com antissépticoDrenar o pus se fluctuanteTratar com cloxacilina se a medida for >4cm ou marcas vermelhas ou nodulos ou abscessos múltiplos durante 5 diasControle em 2 diasTransferir URGENTEMENTE se a criança tiver febre e/ ou se a infecção progredir os planos profundos (músculo)	

**Dosagens recomendadas para cloxacilin / flucloxacillin:**

Peso da criança	Forma	Dose, de seis em seis horas durante 5 dias
3-<6kg	Cápsulas de 250 mg	½ do comprimido
6-<10kg		1 comprimido
10-<15kg		1 comprimido
15-20kg		2 comprimidos

7.1.3 Identificar problemas da pele se a criança tiver erupção na pele

(vide a secção 3 do folheto de fotografias e página 46 do folheto de tabelas)

SINAIS	CLASSIFICADO COMO	TRATAMENTO	CARACTERÍSTICAS DE HIV
Pequenas pápulas (2-3mm) com uma pequena depressão no topo, geralmente localizadas nos olhos. As pápulas podem espalhar-se e tornarem-se graves	MOLLUSCUM CONTAGIOSUM	<ul style="list-style-type: none">É melhor evitar qualquer tratamentoTransfira se for extensivo e severoAvaliar para HIV	<ul style="list-style-type: none">Aumento da incidênciaPode ser visto molusco giganteMolusco extensivo é OMS estágio 2
Vegetações localizadas ou generalizadas. Podem estar localizadas nos genitais.	VERRUGAS	<ul style="list-style-type: none">Transfira se lesões forem extensas ou graves	<ul style="list-style-type: none">OMS estágio 2
Escamas gordurosas e avermelhadas com região central pálida, em todo corpo, incluindo o couro cabeludo e perineo	SEBORREIA	<ul style="list-style-type: none">Shampoo de ketoconazole (alternativa: shampoo com ácido salicílico). Pode ser necessário repetir o tratamento.Caso seja severo, transfiraCreme de hidrocortisona 1% duas vezes por dia ou creme aquoso. Avaliar para HIV	<ul style="list-style-type: none">A dermatite seborreica pode ser severa em crianças infectadas com o HIV.



7.2. AVALIE, CLASSIFIQUE E TRATE PROBLEMAS DA BOCA

Candidíase oral

Abram o album de fotografias na seção 4: olhem para as figuras de infecção oral e esofágica. Vejam também o folheto das tabelas nas páginas 46 e 47.

Candidíase oral é comum em pessoas com a infecção do HIV. Vocês podem ver placas brancas sobre a mucosa oral ou infecção extensiva do faringe e esôfago. Estas placas possuem uma base avermelhada quando removidas. Crianças com infecção severa na boca têm dificuldades para engolir.

SINAIS	CLASSIFICAR COMO	TRATAMENTOS
Incapaz de engolir	INFECÇÃO ESOFÁGICA GRAVE	<ul style="list-style-type: none">▪ Transfira URGENTEMENTE para o hospital▪ Caso não haja capacidade para transferência, trata com fluconazole▪ Se a mãe estiver a amamentar verifique e trate a mãe para infecção da mama.
Dor e dificuldade de engolir	INFECÇÃO ESOFÁGICA	<ul style="list-style-type: none">▪ Tratar com fluconazole▪ Faça cuidados orais ao bebê ou à criança▪ Se a mãe estiver a amamentar verifique e trate a mãe para infecção da mama.▪ Faça o acompanhamento em 2 dias▪ Diga a mãe quando é que ela deve voltar imediatamente▪ Avaliar para HIV
Placas brancas na boca que podem ser removidas.	CANDIDÍASE ORAL / INFECÇÃO ORAL	<ul style="list-style-type: none">▪ Trate a infecção e problemas associados a alimentação de acordo com o AIDI▪ Aconselhe a mãe acerca dos cuidados domésticos para infecção oral. A mãe deve:<ul style="list-style-type: none">○ Lavar as suas mãos○ Limpar a boca da criança com um pano leve e limpo embrulhado a volta do seu dedo e humedecido com água salgada.○ Tratar com 1ml de nistatina 4 vezes por dia ou pinte a boca com tintura violeta de genciana durante 7 dias.○ Lave as suas mões depois de dar o tratamento ao bebê pequeno ou criança.○ Evitar alimentar durante 20 minutos após a medicação.▪ Se estiver a amamentar, verifique as mamas da mãe para infecção. Em caso de presença de infecção (camadas secas e brilhantes sobre o mamilo e auréola), trate com nistatin ou GV.▪ Aconselhe a mãe a lavar as mamas depois de amamentar. Se estiver a alimentar com biberão, aconselhe a mudar para copo e colher.▪ Se for infecção severa, recorrente ou faríngea, considere HIV sintomático.▪ Dê paracetamol caso seja necessário, para aliviar as dores.
Lesões brancas do lado da língua	LEUCOPLASIA ORAL	<ul style="list-style-type: none">▪ Não requer tratamento, mas resolva com TARV e acyclovir.



7.2.1. Problemas de úlcera na boca e gengivas

SINAIS	CLASSIFICAR COMO	TRATAMENTOS
<ul style="list-style-type: none">Úlceras profundas ou extensivas na boca ou nas gengivasOuIncapaz de comer	INFEÇÃO SEVERA NA BOCA OU NA GENGIVA	<ul style="list-style-type: none">Transfira URGENTEMENTE para o hospitalSe possível, dê a primeira dose de aciclovir antes da transferênciaComece o tratamento com metronidazol caso não seja possível a transferência.Se a criança estiver em TARV, esta pode ser uma reação do medicamento por isso transfira para o segundo nível de avaliação.
<ul style="list-style-type: none">Úlceras na boca ou nas gengivas	ÚLCERAS NA GENGIVA OU NA BOCA	<ul style="list-style-type: none">Mostrar a mãe como lavar as úlceras com água salgada ou bicarbonato de sódio.Em caso de envolvimento dos lábios e gengivas, trate com aciclovir, se possível. Se não for possível, transfira.Se a criança estiver a receber cotrimoxazol ou antiretrovirais ou profilaxia isoniazida (INH), para TB, nos últimos 30 dias, o melhor é transferirDê analgésicos (paracetamol).Faça o acompanhamento durante 7 dias.

Dosagens recomendadas de aciclovir:

Idade da criança	Dose, frequência e duração
<2 anos	200mg de 8 em 8 horas durante 5 dias
>2 anos	400mg de 8 em 8 horas durante 5 dias

Dosagem de

Fluconazole

Nistatina

Peso da criança	50mg/5ml suspensão oral	Cápsulas de 50mg	Suspensão oral de 100.000 unidades/ml
3-<6kg	-	-	1-2ml 4 vezes por dia para todas as faixas etárias
6-<10kg	-	-	
10-<15kg	5ml uma vez por dia	1	
15-<20kg	7.5ml uma vez por dia	1-2	
20-29kg	12.5ml uma vez por dia	2-3	



Agora, o vosso facilitador irá liderar o debate sobre a avaliação e tratamento de infecção da pele e da boca:

DEBATE: AVALIANDO E TRATANDO INFECÇÕES NA PELE E NA BOCA

PERGUNTAS	RESPOSTAS
Quais são os sinais de Herpes Simplex?	
Quais são os sinais de Herpes Zoster?	
Como é que vocês haveriam de reconhecer um molusco contagioso?	
Como é que vocês haveriam de tratar um molusco contagioso?	
Como é que vocês haveriam de reconhecer seborreia?	
Como é que vocês haveriam de tratar verrugas?	
Como é que vocês haveriam de reconhecer uma infecção esofágica e que tratamento haveriam de dar?	



8.0. PREVENÇÃO DE DOENÇAS

8.1. PROVIDENCIE PROFILAXIA COM COTRIMOXAZOL

Os lactentes e as crianças suspeitas ou confirmadas de terem infecção por HIV podem adquirir uma pneumonia grave e outras infecções graves na fase prematura da sua vida. Geralmente, este facto ocorre antes da confirmação do seu estado serológico.

Existe uma pneumonia perigosa para a vida causada por um organismo chamado pneumocystis (jirovecii, anteriormente carinii) que é conhecida por PCP.

Uma profilaxia regular com Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP/SMX – também chamado de cotrimoxazol) proporciona uma estratégia simples, barata e eficaz de prevenção da doença. A profilaxia com cotrimoxazol reduz, em certos grupos de crianças suspeitas ou confirmadas de terem a infecção por HIV, as probabilidades de doença ou morte devido ao PCP e outras infecções bacterianas comuns bem como a malária.

A profilaxia com cotrimoxazol é ainda muito importante mesmo com o aumento do acesso a TARV, e melhora os níveis de sobrevivência mesmo onde o TARV não é usado, reduzindo a taxa de mortalidade de crianças infectadas pelo HIV em 40%.

A profilaxia com cotrimoxazol é uma das medicações que uma criança exposta ou confirmada de ter a infecção de HIV irá precisar de tomar durante muito tempo. De modo a garantir que o provedor de cuidados e/ ou a criança sejam capazes de aderir ao cotrimoxazol, eles precisam de aconselhamento e apoio. Serão necessárias várias sessões de aconselhamento de modo a garantir com que a questão da profilaxia tenha sido debatida com o provedor de cuidados e que este tenha compreendido completamente e concordado em aderir ao tratamento.

Os pormenores da profilaxia de cotrimoxazol em lactentes expostos ao HIV estão resumidos abaixo¹.

¹ Directrizes da OMS revistas para a profilaxia de cotrimoxazol em crianças expostas e infectadas pelo HIV e países com recursos limitados, Genebra, 10-12 de Maio de 2005.



8.1.1. QUAIS SÃO AS CRIANÇAS QUE DEVEM RECEBER A PROFILAXIA DE COTRIMOXAZOL?

- Todos os lactentes classificados como POSSÍVEL INFECÇÃO PELO HIV/ EXPOSTOS AO HIV.
- Todas as crianças com infecção confirmada por HIV e com menos de 12 meses de idade.
- Todas as crianças confirmadas de terem a infecção pelo HIV e com idade inferior a 12 meses.
- Todas as crianças com idade compreendida entre os 12 meses e os 5 anos de idade com infecção confirmada de HIV e na fase 2/ 3/ 4 da OMS ou CD4<25% (independentemente do facto de a criança estar ou não sob TARV).
- Qualquer criança de 2 meses de idade até 5 anos classificada como sendo SUSPEITA DE TER INFECÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV (uma vez que estão sendo feitos esforços visando confirmar a infecção pelo HIV).

8.1.2. QUANDO É QUE SE DEVE INICIAR A PROFILAXIA DE COTRIMOXAZOL?

- A partir das 4-6 semanas em todos os bebés classificados como POSSÍVEL INFECÇÃO PELO HIV/ EXPOSTOS AO HIV.
- Logo que possível nos seguintes grupos de crianças:
 - o Qualquer criança entre os 2 meses e os 5 anos de idade classificada como SUSPEITA DE INFECÇÃO SINTOMÁTICA PELO HIV.
 - o Qualquer criança com presumível infecção de HIV (sintomas clínicos que sugerem a presença da infecção por HIV mas ausência de resultados confirmativos).
 - o Qualquer criança com idade compreendida entre os 12 meses e os 5 anos de idade com infecção confirmada por HIV e na fase 2/ 3/ 4 da OMS ou CD4<25% (independentemente do facto de a criança estar ou não sob TARV).
 - o Crianças com 6 ou mais anos de idade seguem as recomendações dos adultos. Se uma criança infectada pelo HIV se qualificar para cotrimoxazol e TARV em simultâneo, comece primeiro com cotrimoxazol.



8.1.3. QUANDO É QUE A PROFILAXIA DE COTRIMOXAZOL DEVE SER INTERROMPIDA?

- 1) Em crianças classificadas como POSSÍVEL INFECÇÃO PELO HIV/ EXPOSTAS AO HIV ou SUSPEITA DE INFECÇÃO SINTOMÁTICA POR HIV, interrompa a administração do cotrimoxazol apenas quando a infecção por HIV tiver sido definitivamente descartada E a mãe não estiver a amamentar.
- 2) Toxidade severa tal como síndrome de Steven Johnson ou dermatite exfoliativa ou palidez severa. Esta criança deve ser referida a um nível secundário para avaliação e para um medicamento alternativo. Se não tiver a certeza de que deve interromper o cotrimoxazol, refira a criança a um nível secundário para avaliação e aconselhamento.
- 3) Na ausência de dados, recomenda-se que os lactentes com infecção confirmada por HIV em ambientes com recursos limitados devam continuar com cotrimoxazol indefinidamente; contudo, na criança que recebe TARV por mais de 12 meses, a interrupção pode ser tomada em consideração se:
 - Os resultados de CD4 forem superiores a 25% (1-4 anos) ou limiar dos adultos (>5 anos).
 - For demonstrada a evidência de boa aderência e acesso seguro a TARV E
 - Não houver nenhuma das condições 2, 3 ou 4 da OMS.

NB. Crianças com mais de 5 anos de idade mas que começaram a terapia de cotrimoxazol durante a infância, independentemente do facto de estarem a receber TARV devem continuar a tomar cotrimoxazol. Crianças com mais de 5 anos de idade que começaram a tomar cotrimoxazol durante a infância podem seguir as directrizes dos adultos.

8.1.4. QUAL É A DOSE DE COTRIMOXAZOL QUE DEVE SER USADA PARA A PROFILAXIA?

Medicamento: Cotrimoxazol (Trimethoprim-sulfamethoxazole ou TMP/SMX)

Disponível nas seguintes formulações:

- Xarope: 40mg TMP/200mg SMX por cada 5ml
- Comprimidos para adultos: único 80 TMP/ 400mg SMX
- Comprimido pediátrico: único 20mg TMP/ 100mg SMX

Dosagem de cotrimoxazol – dose única por dia			
Idade	5ml de xarope 40mg/200mg	Comprimido único para adulto 80mg/ 400mg	Comprimido pediátrico único 20mg/ 100mg
Menos de 6 meses	2.5ml		1 Comprimido
6 meses até 5 anos	5ml	½ Comprimido	2 Comprimidos
5-14 anos	10ml	1 Comprimido	4 Comprimidos
>15 Anos	NENHUM	2 Comprimidos	-



Agora, o facilitador irá conduzir-vos ao longo do seguinte debate:

DEBATE: COTRIMOXAZOL

PERGUNTAS	RESPOSTAS
1. Quais são as crianças que devem receber a profilaxia com cotrimoxazol?	
2. Com que idade é que se deve iniciar a profilaxia com cotrimoxazol?	
3. Quais são os efeitos colaterais graves da profilaxia de cotrimoxazol?	
Debate sobre a dosagem de cotrimoxazol: Façam uma lista das dosagens aplicáveis para as seguintes crianças:	
Idade da criança	Dosagem diária
4. 6 semanas de idade	
5. 4 anos de idade	
6. 6 meses de idade	
7. 12 meses de idade	
8. 15 meses de idade	
9. 5 anos de idade	



8.2. IMUNIZAÇÃO

- Crianças expostas ao HIV devem receber todas as vacinas, incluindo Hib, o mais breve possível, de acordo com o calendário recomendado a nível nacional para o programa de imunização.
- No que diz respeito a crianças gravemente doentes na altura de imunização, as crianças infectadas pelo HIV, NÃO devem ser vacinadas.
- Em países onde a prevalência do TB é elevada, recomenda-se a vacina do Bacilo Calmette-Guérin (BCG) para todas as crianças à nascença ou o mais breve possível após o nascimento (de acordo com as políticas nacionais). Em países com baixo nível de prevalência de TB, a vacina de BCG não deve ser dada a crianças vivendo com HIV/SIDA (crianças infectadas pelo HIV). Caso a criança não tome a vacina de BCG, esta não deve ser tomada se a criança tiver infecção sintomática de HIV. Em crianças assintomáticas, a decisão de tomar BCG mais tarde deve ser baseada no risco local de tuberculose.

Crianças com infecção sintomática de HIV não devem receber vacina contra a febre amarela.



8.3. SUPLEMENTAÇÃO DA VITAMINA A

Lactentes e crianças infectadas pelo HIV devem seguir o mesmo protocolo de Suplementação da Vitamina A como para lactentes e crianças não infectadas. É melhor que as doses de vitamina A sejam sincronizadas com as visitas ou calendário de imunização. As doses recomendadas de Suplementação da vitamina A para a prevenção da insuficiência da vitamina A são indicadas na tabela abaixo:

Grupo alvo	Dose de vitamina A (unidades internacionais)
Todas as mães independentemente do seu modo de alimentar as suas crianças até as 6 semanas após o parto se elas não tiverem recebido a Suplementação da Vitamina A após o parto.	200 000 UI
Lactentes de 6 – 11 meses de idade Crianças de 12 meses ou mais de idade	100 000 UI 200 000UI
Crianças de 1 – 4 anos de idade	200 000UI

DAR A CADA CRIANÇA UMA DOSE DE VITAMINA A DE 6 EM 6 MESES A PARTIR DOS 6 MESES. REGISTRAR A DOSE NO CARTÃO DE SAÚDE DA CRIANÇA.



EXERCÍCIO ESCRITO C

Tirem os formulários de registo que usaram para os exercícios escritos A e B no Módulo 1.

Apontem o tratamento adicional necessário para Mishu, Dan, Ebai e Henri com base nas classificações de HIV alocadas a eles no exercício B do Módulo 1.



9.0. RESUMO DO MÓDULO E ENCERRAMENTO

O facilitador irá solicitar vos para resumirem de uma forma breve os tópicos abrangidos pelo Módulo 2. Os participantes devem mencionar aquilo que este módulo lhes ensinou e o facilitador irá fazer uma lista das vossas respostas num quadro.

Revejam os objectivos da aprendizagem para o módulo e providenciem as vossas reacções se vocês sentem que os tais objectivos foram alcançados.

Vocês devem destacar quaisquer áreas difíceis, onde precisam de esclarecimentos adicionais e façam as últimas perguntas.

Vocês concluíram o Módulo 2 e agora estão prontos para prosseguir para o Módulo 3 que proporciona uma visão mais ampla de aconselhamento para a mãe seropositiva.







Módulo 3

Aconselhar a Mãe Seropositiva





1.0. INTRODUÇÃO

As mães seropositivas precisam de um aconselhamento e apoio especiais a respeito da alimentação de crianças e da sua saúde.

Este módulo assume que vocês já concluíram o Módulo intitulado Aconselhar a Mãe do curso de manejo de casos de AIDI. Antes de iniciar este módulo, lembrem-se que o aconselhamento sobre as opções de alimentação para bebês requer habilidades e prática. Este módulo actual vos proporciona conhecimentos que vocês irão precisar para dar informações básicas às mães seropositivas acerca da alimentação segura para crianças em situações em que não há disponibilidade de um trabalhador de saúde devidamente formado na área de HIV e aconselhamento sobre a alimentação para bebês. O módulo não proporciona todas as habilidades que precisam para aconselhar mulheres grávidas ou que acabam de conceber e que são seropositivas acerca das opções de alimentação.

Se regularmente precisarem de aconselhar mulheres grávidas acerca das opções de alimentação, vocês devem participar em um dos cursos acreditados que incluem HIV e alimentação de lactentes, como por exemplo o curso intitulado Aconselhamento sobre alimentação a lactentes e crianças pequenas da OMS/ UNICEF: um Curso Integrado.

O presente módulo irá em primeiro lugar ser construído sobre habilidades de comunicação aprendidas no curso de AIDI e depois levá-los ao longo dos processos envolvidos no aconselhamento das mães seropositivas acerca das opções de alimentação dos lactentes. O módulo também proporciona informação acerca das opções para os órfãos, questões relacionadas com a saúde da própria mãe e aconselhamento à mãe para levar a criança ao teste do HIV.

2.0. OBJECTIVOS DA APRENDIZAGEM

No final deste módulo vocês devem ser capazes de:

- Descrever a forma eficaz de comunicar com mães seropositivas
- Descrever diferentes opções de alimentação e os processos envolvidos no aconselhamento da mãe seropositiva acerca de alimentação, incluindo
 - # Explicar as vantagens e desvantagens de cada opção
- Descrever como aconselhar uma mãe a levar a sua criança ao teste de HIV



3.0. HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO

A secção que se segue assenta-se sobre as habilidades de comunicação que vocês aprenderam no curso de manejo de casos de AIDI. Apesar de vocês se sentirem pressionados, é importante tomar algum tempo para aconselhar a mãe com cuidado e na totalidade durante todas as consultas. Ao aconselhar uma mãe, é importante usar boas habilidades de comunicação, incluindo **perguntar e ouvir, elogiar, aconselhar, verificar a compreensão**.

Na prática de uma boa comunicação, vocês devem focalizar sobre:

- Dar aconselhamento relevante a cada mãe
- Usar linguagem simples que a mãe pode compreender
- Usar o Cartão da Mãe como ferramenta de comunicação

Para além daquilo que aprenderam no curso de manejo de casos de AIDI, abaixo vem apresentadas algumas habilidades que vos irão ajudar no aconselhamento da mãe acerca da alimentação do lactente.

3.1. HABILIDADES DE OUVIR E APRENDER

Habilidade 1: usar comunicação não verbal útil

Comunicação não verbal significa mostrar a vossa atitude através da vossa postura, vossa expressão, tudo menos falar. Algumas habilidades não verbais importantes vem alistadas abaixo:

- Postura – manter o nível da vossa cabeça
- Contacto visual – prestar atenção
- Tempo – levar tempo a explicar sem pressa
- Contacto físico – qualquer contacto físico com a mãe deve ser realizado de uma forma culturalmente aceitável.

Habilidade 2: Faça perguntas abertas

Quando vocês fazem PERGUNTAS a uma mãe, façam perguntas abertas de forma a encorajar a mãe a falar e a dar mais informação. Geralmente, as perguntas abertas começam por Como? O quê? Quando? Onde? Porquê? Como por exemplo: “Como é que você está a alimentar o seu bebé?”

A avaliação de alimentação de AIDI inclui perguntas abertas bem como perguntas fechadas, para assegurar com que vocês registem informação específica de modo a avaliarem de forma adequada a alimentação. Vocês podem apenas fazer perguntas abertas, ou podem fazer perguntas à vossa maneira para obterem informação.

Habilidade 3: Usem respostas e gestos que mostram interesse

Se vocês querem que uma mãe continue a falar, é importante que mostrem que estão a ouvi-la. As formas de o fazer são olhar para ela, acenar e sorrir ou providenciar reacções simples e adequadas tais como “Aha”, “Mm”,

Habilidade 3: Reflectir acerca do que a mãe diz



É sempre importante repetir ou reflectir acerca daquilo que a mãe diz. Essa acção mostra que vocês compreendem e aí há mais probabilidades de ela dizer algo mais acerca daquilo que para ela é importante. É melhor dizer de uma forma um pouco diferente para que não pareça que está a copiá-la. Vocês não podem continuar a reflectir sobre tudo o que a mãe diz uma vez que pode parecer cruel, assim sendo façam uma mistura de reflexões com outras respostas.

Exemplo: Reflectam sobre o que uma mãe diz

Trabalhador de saúde: “Como é que a alimentação da sua criança mudou durante o período em que esteve doente?”

Mãe: “Eu estou muito preocupada porque ele se recusa a comer papas, ele apenas quer tomar o leite do peito”.

Trabalhador de saúde: “Será que voce está preocupada com o facto de a sua criança não estar a comer qualquer alimento?”

Habilidade 5: Evitar palavras que soam a julgamento

As palavras que soam a julgamento são como: “certo”, “errado”, “bem”, “Mau”, “Bom”, “suficiente”, “Adequado”. Se vocês estiverem a usar palavras que soam a julgamento ao falar com uma mãe acerca da alimentação, em particular ao fazerem perguntas, vocês podem fazer com que ela se sinta que está a fazer algo errado, ou que algo está errado com o seu bebé.

Exemplo: Usando palavras que soam a julgamento

Trabalhador de saúde: “Bom dia, será que você está a amamentar *normalmente*?”

Mãe: “Bem – penso que sim”

Trabalhador de saúde: “Será que você pensa que tem leite materno *suficiente* para ele?”

Mãe: “Não sei, espero que sim”

Trabalhador de saúde: “Será que ele ganhou bom peso durante este mês?”

A trabalhadora de saúde não está a aprender nada útil, mas sim está a deixar a mãe preocupada. Notem que as mães podem usar as palavras que soam a julgamento e tal é aceitável. Quando uma mãe usa palavras que soam a julgamento, não concordem com ela mas sim tentem ajudá-la na sua confiança através de elogios.



3.2. CONSTRUINDO CONFIANÇA E DANDO HABILIDADES DE APOIO

Quando vocês elogiam uma mãe, vocês podem usar as seguintes habilidades para ajudar a erguer a sua confiança:

Habilidade 1: Reconhecer como a mãe pensa e sente

Tente não contradizer a mãe, mas também não concorde com uma ideia errada. Vocês podem pretender sugerir algo um pouco diferente. Tal seria difícil se já tiverem manifestado o vosso acordo com ela. Pelo contrário, apenas aceitem aquilo que ela pensa ou sente. Reconhecer (ou aceitar os seus sentimentos) significa responder de uma forma natural, e não concordar ou discordar.

Exemplo: reconhecer a opinião da mãe

Ideia errada: “O meu leite é fraco e magro.”

Contradição: “Oh não! O leite nunca é fraco e magro”

Concordar: “Sim, o leite fraco e magro pode constituir um problema”

Reconhecer: “Estou a ver, você está preocupada com o seu leite” ou “Ah-ha”

Habilidade 2: Reconhecer e elogiar o que uma mãe e um bebé estão a fazer correctamente

Nós somos formados para procurar problemas. Isto significa que nós apenas vemos o que pensamos que as pessoas estão a fazer da forma errada, e tentámos corrigi-las. Se vocês disserem a uma mãe que ela está a fazer algo errado, vocês irão fazer com que ela se sinta mal e isso irá reduzir a sua confiança. Na nossa qualidade de conselheiros nós devemos prestar a nossa atenção a aquilo que as mães e os bebés estão a fazer bem. Nós devemos reconhecer aquilo que elas fazem correctamente e depois devemos elogiar ou mostrar aprovação em relação às boas práticas. O elogio às boas práticas é muito benéfico: constrói a confiança da mãe, encoraja-a a continuar com as boas práticas e torna fácil o processo de aceitação das sugestões mais tarde.

Exemplo:

Uma mãe traz o seu bebé para uma consulta regular e para o peso. O bebé está sob amamentação exclusiva. O bebé ganhou algum peso durante o último mês contudo, a sua linha de crescimento mostra que ele está a crescer muito lentamente.

Não há elogio: “A linha de crescimento do seu bebé está a subir muito devagar”

Não há elogio: “Eu não penso que o seu bebé está a ganhar peso suficiente”

Elogio: “O seu bebé ganhou peso durante o mês passado apenas tomando o seu leite materno”.

Habilidade 3: Dê ajuda prática

Às vezes a ajuda prática é melhor do que dizer qualquer coisa – por exemplo, quando uma mãe está cansada, com fome ou com sede ou quando ela tem um problema prático claro.

Algumas formas de dar ajuda prática incluem: dar à mãe algo para beber ou algo para comer, segurar o seu bebé enquanto ela fica confortável.



A ajuda prática também inclui mostrar aos provedores de cuidados como preparar refeições e não apenas dar uma lista de instruções. Inclui também uma ajuda prática com a amamentação tal como ajudar a mãe no posicionamento, expressão do leite materno, aliviando quando a criança se engasga e a preparação de alimentação complementar.

Habilidade 4: dar informação relevante

Dêem à mãe informação que é relevante para a sua situação actual. Tentem dar a ela apenas uma ou duas informações de cada vez, em particular se a mãe estiver cansada e tiver recebido muita informação de aconselhamento. Dêem o aconselhamento de forma positiva, de modo a que não pareça crítico, ou que ela está a fazer algo errado. Tal é particularmente importante quando se pretende corrigir uma ideia errada. Esperem até que tenham transmitido confiança à mãe reconhecendo o que ela diz, e elogiando o que ela faz bem.

Habilidade 5: usem linguagem simples

Os trabalhadores de saúde geralmente usam termos técnicos quando falam com as mães, e estas por sua vez não percebem o que lhes é dito. Usem termos simples e familiares para explicar as coisas às mães.

Exemplo:

Você acaba de proceder a medição do peso e da altura da criança. Agora pretende informar à mãe acerca da sua avaliação:

Técnico: “A curva de crescimento da sua criança está abaixo do percentil 3...”

Simples: “A sua criança é pequena para a sua idade...”

Habilidade 6: façam uma ou duas sugestões – não comandem a mãe

Quando aconselham a uma mãe, apresentem sugestões sobre aquilo que ela poderia fazer. Depois ela pode decidir se irá tentar ou não. Este procedimento permite com que ela se sinta sob controle e a ajuda a se sentir confiante. Tenham o cuidado de não dizê-la ou ordená-la a fazer algo. Este procedimento não a ajuda a sentir-se confiante e reduz as possibilidades de pôr o conselho em prática. Evitem decisões de comando que usam a forma imperativa dos verbos (“dê”, “faça”, “traga”) e palavras tais como “sempre”, “nunca”, “deve” ou “deveria”.

As sugestões incluem:

Já tomou em consideração?

Seria possível...?

Que tal tentar ... para ver se contigo dá certo?

Seria capaz de ...?

Já pensou acerca de ... ao invés de ...?

Você poderia escolher entre ...e ...

Geralmente ...às vezes ... frequentemente...



3.3. COMUNICAÇÃO COM CRIANÇAS

Ao comunicar com uma criança, é importante colocar-se ao mesmo nível, como por exemplo, sentar-se ou deitar-se no chão. Uma criança traumatizada por qualquer situação pode encontrar dificuldades para confiar nas outras pessoas em particular nos adultos. De modo a ganhar a confiança da criança, os adultos precisam de paciência e devem ser consistentes nas suas abordagens com a criança. Os sentimentos da criança devem ser reconhecidos como sendo seus direitos.

As crianças falam três “línguas” – a língua corporal, a língua da brincadeira e a língua falada. Geralmente, as crianças contam as suas histórias brincando, através do seu comportamento e linguagem corporal. Observando as diferentes “línguas” das crianças e como as expressam os seus significados, vocês podem saber acerca daquilo que aconteceu com a criança.

A boa comunicação com a criança é importante por várias razões:

- Promove a compreensão dos problemas emocionais e físicos que estão sendo vividos
- Aumenta a confiança, esperança, valor, respeito e alívio no seio das crianças
- Ajuda as crianças a estar em contacto com as experiências da vida real.

Existem vários factores que impedem uma boa comunicação com as crianças. Alguns desses factores vem alistados na tabela abaixo.

Factores que impedem a comunicação com crianças

Relacionados com o comunicador	Relacionados com a criança	Ambos
<ul style="list-style-type: none">• Normas culturais• Atitudes• Falta de habilidades• Ser crítico e tecer comentários de julgamento• Falta de tempo• Stress• Cansaço	<ul style="list-style-type: none">• Vergonha• Falta de confiança• Medo	<ul style="list-style-type: none">• Sensibilidade do assunto

É importante tentar e trabalhar sobre estas questões de modo a que a comunicação com as crianças seja melhorada.



3.4. INFORMANDO A CRIANÇA ACERCA DO RESULTADO DO SEU TESTE DE HIV (REVELAÇÃO)

A realização de teste de HIV a uma criança e revelação sobre o estado é uma questão sensível e se a criança for seropositiva a tal missão pode ser muito difícil para muitos provedores de cuidados de saúde. Contudo, os benefícios da revelação são significativamente maiores que o contrário. Está provado que a revelação apresenta um impacto positivo sobre a aderência ao tratamento e na forma como a criança ultrapassa as estratégias e também resulta em poucos problemas psicossociais. É também fundamental para a necessidade de autonomia por parte da criança. O processo de informação acerca do estado serológico a uma criança (em particular se ela tiver sido diagnosticada com o HIV) é um processo e não um acontecimento isolado. À medida que as crianças vão crescendo, elas passam por um processo de mudanças tanto a nível físico como a nível psicossocial. De um modo geral, as crianças e os adolescentes de diferentes idades têm necessidades emocionais, receios e comportamentos diferentes que precisam de ser tomados em consideração no processo.

A informação deve ser dada à criança de uma forma que ela possa perceber e a um passo ao qual ela pode acompanhar. O pai ou encarregado de educação tem a responsabilidade primária de informar a criança acerca do resultado; o trabalhador de cuidados de saúde deve ser guiado pelo provedor de cuidados primários acerca daquilo que deve dizer à criança em relação ao seu estado serológico ou tratamento. A informação dada deve ser verdadeira, coerente, consistente e numa linguagem que é compreensível e ajustada à idade. Vocês devem estar preparados para dar apoio ao provedor de cuidados neste processo. Alguns provedores de cuidados são bastante protectores em relação às suas crianças e precisam de apoio acerca da importância de revelar à criança acerca do seu estado serológico. Geralmente, este processo torna-se fácil se for adaptado às necessidades, expectativas e pedidos da criança.

¹ As fontes incluem: Centro Mildmay, 2004, Directrizes para a revelação do estado serológico para crianças e adolescentes; e MSF/ Chazal E, 2005, Princípios usados para recomendações sobre revelação do HIV em crianças: resultados de jornais de pesquisa, encontros com profissionais de saúde que trabalham na área na França, e MSF/ Chazal E, 2005, Educação terapêutica: recomendações relacionadas com a revelação do estado serológico a crianças sob TARV em projectos da MSF.



4.0. OPÇÕES DE ALIMENTAÇÃO PARA MULHERES SEROPOSITIVAS (LACTENTES EXPOSTOS AO HIV COM IDADE COMPREENDIDA ENTRE 0 E 6 MESES)

No Módulo 2 vocês aprenderam acerca dos riscos da transmissão vertical durante a gravidez, de parto e através da amamentação. Todas as mulheres grávidas devem ser proporcionadas um teste de HIV e aconselhamento durante os cuidados pré natal. Todas as mulheres que não são seropositivas ou que não conhecem o seu estado serológico devem ser aconselhadas a amamentarem exclusivamente os seus bebés durante os primeiros seis meses de vida, seguidos de alimentação complementar com amamentação contínua até aos dois anos de vida ou mais.

Todas as mulheres seropositivas devem receber aconselhamento sobre as opções de alimentação de crianças como parte dos cuidados pré e pós natal, de modo a reduzir o risco de transmissão do HIV para as suas crianças durante a fase da amamentação. Quando o aleitamento artificial é aceitável, viável, acessível, sustentável e seguro para a mãe e para o bebé, recomenda-se que se evite a amamentação. Caso contrário, recomenda-se a amamentação exclusiva¹ durante os primeiros meses de vida, até que a mãe e o bebé possam mudar de forma segura o tipo de alimentação – tomando em conta as circunstâncias locais, a situação individual da mulher e os riscos da outra forma de alimentação (incluindo infecções que não sejam o HIV e a malnutrição).

Para efeitos desta parte do presente manual, assume-se que os bebés expostos ao HIV não são seropositivos salvo se tiverem sido confirmados como estando infectados pelo HIV (vide secção 7.0). Se uma criança for confirmada como estando infectada pelo HIV, a mãe seropositiva deve seguir as recomendações de alimentação para mulheres que não são seropositivas ou mulheres cujo estado é desconhecido, i.é., amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses com amamentação contínua daí em diante e o acréscimo de alimentos complementares aos seis meses. Se uma criança com menos de 6 meses estiver confirmada como não estando infectada pelo HIV (por exemplo com PCR) continuam a ser aplicadas as mesmas recomendações que as que são válidas para crianças expostas ao HIV.

Abaixo, vem apresentadas as opções de alimentação recomendadas para bebés expostos ao HIV com idade entre os 0 e os 6 meses que não foram confirmadas como estando infectadas pelo HIV.

¹ Amamentação exclusiva significa dar ao bebé apenas leite materno e não dar água, outros líquidos ou alimentos sólidos excepto gotas ou xaropes que consistem em vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.



Opções de alimentação recomendadas para bebês expostos ao HIV com idade entre os 0 e os 6 meses que não foram confirmadas como estando infectadas pelo HIV

- Substituição da alimentação usando uma das seguintes fórmulas de leite:
 - o Fórmula infantil comercial adequada OU
 - o Leite animal modificado em casa
- Amamentação exclusiva durante os primeiros 6 meses seguido de interrupção da amamentação logo que tal seja aceitável, viável, suportável, sustentável e seguro (AFASS)
- Leite materno fervido
- Amamentação por uma mãe que não é seropositiva que é conhecida pela mãe (uma “ama”)

Existem vantagens e desvantagens associadas a cada uma das opções de alimentação disponíveis para a mãe seropositiva, tal como vem destacado na tabela abaixo apresentada. Se não houver um conselheiro de alimentação infantil formado, vocês poderiam explicar estas vantagens e desvantagens à mãe, antes de explorarem a sua casa e a situação familiar usando o critério AFASS (explicado de uma forma mais detalhada abaixo). Estes processos irão guiar a decisão final sobre a decisão alimentar a escolher.

AVASS

Aceitável: A mãe não vê qualquer problema da substituição da alimentação. Os problemas podem ser culturais ou sociais, ou devido ao receio de estigma ou discriminação.

Viável: A mãe (ou a família) tem tempo, conhecimentos, habilidades, recursos e apoio adequados para de uma forma correcta misturarem a fórmula ou leite e alimentarem o bebê até 12 vezes em 24 horas.

Acessível financeiramente: A mãe e a família, com apoio comunitário ou do sistema de saúde se for necessário, podem pagar o custos de substituição da alimentação sem prejudicar a saúde e a nutrição da família.

Sustentável: Disponibilidade de um apoio contínuo de todos os ingredientes necessários para uma substituição segura até o bebê completar um ano de idade ou mais.

Seguro: Os alimentos de substituição são preparados e armazenados correctamente e dados de preferência através de uma chávina.

**VANTAGENS E DESVANTAGENS DE DIFERENTES OPÇÕES DE ALIMENTAÇÃO DISPONÍVEIS PARA MÃES SEROPOSITIVAS**

Opções de alimentação	Vantagens	Desvantagens
Fórmula infantil comercial	<ul style="list-style-type: none"> • Dar apenas a fórmula não constitui qualquer risco de transmissão de HIV para o bebê • Maior parte dos nutrientes que o bebê precisa já foram acrescentados à fórmula • Outras pessoas podem ajudar a alimentar o bebê 	<ul style="list-style-type: none"> • A fórmula não contém certos anticorpos. Estas são substâncias que protegem o bebê contra infecções. • O bebê alimentado com fórmula tem mais probabilidades de adoecer seriamente de diarreia, infecções pulmonares e malnutrição. • É necessário combustível e água limpa colocada num recipiente para ferver. • As pessoas podem questionar por que é que a mãe não está a amamentar. • É necessário tempo para preparar a fórmula. • A fórmula é cara. • É necessário aprender a alimentar usando uma chávina. • A mãe pode voltar a engravidar cedo.
Amamentação exclusiva	<ul style="list-style-type: none"> • Leite materno: <ul style="list-style-type: none"> o É o alimento perfeito para os bebés e protege-os contra muitas doenças. o Dá aos bebés toda a nutrição e água de que precisam. o É gratuito, sempre disponível e não precisa de qualquer preparação especial. • A amamentação exclusiva durante os primeiros meses de vida pode reduzir o risco de transmissão do HIV, comparado com a alimentação mista • As pessoas não irão questionar por que é a mãe não está a amamentar. • A amamentação exclusiva protege a mãe de voltar a ficar grávida tão cedo 	<ul style="list-style-type: none"> • Desde que a mãe esteja a amamentar, o seu bebé está exposto ao HIV. • As pessoas podem pressionar a mãe a dar água, outros líquidos, ou alimentos ao bebé enquanto ela está a amamentar. Esta prática, conhecida por alimentação mista pode aumentar o risco de transmissão do HIV, diarreia ou outras infecções. • A mãe irá precisar de apoio para amamentar exclusivamente até que seja possível para a mãe usar outra opção alimentar. • A mãe pode enfrentar dificuldades para fazer o se ela trabalhar fora de casa e não puder levar a criança consigo.
Exprimindo e fervendo o leite materno	<ul style="list-style-type: none"> • O HIV é morto fervendo o leite. • O leite materno é o alimento perfeito para os bebés e a maioria dos nutrientes mantêm-se no leite materno após o aquecimento • O leite materno é gratuito e está sempre disponível • Outras pessoas podem ajudar a alimentar o bebé. 	<ul style="list-style-type: none"> • A mãe pode voltar a engravidar cedo. • Pode não ser tão eficaz quanto o leite materno não fervido na protecção do bebé contra outras doenças. • Exprimir e ferver o leite materno leva tempo e deve ser feito frequentemente. • Pode ser difícil fazer durante muito tempo. • O bebé precisará de tomar através de uma chávina. • É necessário guardar o leite materno num lugar fresco e usá-lo dentro de uma hora após ferver. • É necessário água limpa e sabão. • Também é necessário combustível para aquecer. • As pessoas irão questionar por que é que a mãe está a exprimir o seu leite, o que pode fazer com que suspeitem que ela tem HIV.
amamentação pela “ama”	<ul style="list-style-type: none"> • A amamentação não tem qualquer risco de infecção de HIV desde que a ama não esteja infectada e não fique infectada durante a amamentação. • O leite materno é o alimento perfeito para os bebés e pode protegê-los contra doenças. • O leite materno é gratuito. 	<ul style="list-style-type: none"> • A ama não pode ser seropositiva e deve ser capaz de se proteger contra a infecção do HIV durante todo o processo de amamentação. • A ama deve estar disponível para amamentar o bebé frequentemente ou então ser capaz de exprimir o leite. • As pessoas podem perguntar a mãe por que é que ela não está a amamentar. • A mãe pode engravidar outra vez em pouco tempo.



5.0. RECOMENDAÇÕES SOBRE ALIMENTAÇÃO PARA CRIANÇAS EXPOSTAS AO HIV ATÉ AOS 2 ANOS DE IDADE

A tabela na página que se segue resume as recomendações de alimentação para crianças das seguintes faixas etárias:

- 0 < 6 meses
- 6 < 12 meses
- 12 < 24 meses

A tabela inclui também recomendações para uma transição segura da amamentação exclusiva para a alimentação complementar.

As secções 5.1. a 5.3 contém informação suplementar relacionada com a tabela.

**RECOMENDAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO: CRIANÇAS CLASSIFICADAS COMO ESTANDO EXPOSTAS AO HIV**

Até 6 meses de idade	Transição segura do aleitamento materno exclusivo para a alimentação de substituição	6 a 12 meses	12 meses a 2 anos
<p>Fazer aleitamento materno exclusivo as vezes que a criança quiser, de dia e de noite.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amamentar pelo menos 8 vezes por dia - Ensinar boas técnicas de amamentação e cuidados do seio. - Não dar outros alimentos ou líquidos (aumenta o risco de HIV). - Transição segura para leite de substituição e alimentação complementar aos seis meses. <p>OU (logo que a alimentação de substituição seja aceitável, viável, acessível, sustentável e segura) Apenas alimentação de substituição – não dar nenhum leite materno*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dar leite artificial ou leite de vaca ou de cabra diluído • Não são necessários outros alimentos ou líquidos • Preparar o leite com consistência e quantidade adequadas antes de usar • Usar o leite no prazo de 1 hora e deitar o que sobrar • Usar o copo é mais seguro do que usar o biberão. Dar o leite com o copo • Lavar o copo e outros utensílios com sabão • Se usar o biberão, ferva durante 10 minutos ou esterilize depois de usar • Dar estas quantidades de leite 6 a 8 vezes por dia <p>*Exceção: pode ser dado leite materno expremido e aquecido em banho maria</p>	<p>Transição segura do aleitamento materno exclusivo para a alimentação de substituição</p> <p>Transição segura significa uma paragem rápida do leite materno*</p> <p>Evitar misturar leite materno com outros alimentos ou líquidos (aumenta o risco de HIV).</p> <p>Fazer a transição se possível aos seis meses e logo que a mãe puder fazer-lo com segurança</p> <p>Parar o aleitamento materno até aos 6 meses de vida, a não ser que não haja nenhum outro leite disponível.</p> <p>Ajudar a mãe a preparar-se para a transição:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sempre que possível, a mãe deve discutir o desmame com a família • Espremar o leite para praticar a alimentação com copo • Fazer um abastecimento regular de leite artificial ou outro leite • Aprender a preparar e a conservar o leite • Ajudar a mãe a fazer a transição: • Ensinar a mãe a alimantar a criança com copo, primeiro com leite materno espremido. • Começar a dar apenas leite artificial ou leite de vaca. Parar o aleitamento materno completamente. • Espremar e deitar fora algum leite materno para se sentir confortável até a lactação parar. • Dar alimentação complementar a partir dos 6 meses. <p>* Exceção: pode ser dado leite materno expremido e aquecido em banho maria</p>	<p>6 a 12 meses</p> <p>Não amamentar a partir dos 6 meses.</p> <p>Dar 3 porções de alimentos complementares nutritivos. Misturar sempre margarina, gordura, óleo, manteiga de amendoim ou amendoim com as papas.</p> <p>Acrescentar também:</p> <ul style="list-style-type: none"> • galinha, ovos, feijão, peixe ou leite gordo; ou • fruta esmagada e vegetais, todos os dias. <p>Dar, pelo menos, 3 copos (3 x 200 ml) de leite gordo fervido (ou leite artificial para criança) por dia.</p> <p>Dar leite com copo, não usar biberão.</p> <p>Se não houver leite, dar 6 refeições complementares por dia.</p> <p>1 copo=200ml (aproximadamente)</p>	<p>12 meses a 2 anos</p> <p>Dar, pelo menos, 5 refeições com alimentos nutritivos. Aumentar a variedade e a quantidade recorrendo à dieta familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Misturar margarina ou gordura ou óleo ou manteiga de amendoim com as papas. • Dar ovos, carne, peixe ou feijão, diariamente. • Dar frutas ou vegetais duas vezes por dia. • Dar leite todos os dias. <p>Alimentar a criança sem restrições.</p>



5.1. INFORMAÇÃO SUPLEMENTAR: ALIMENTAR CRIANÇAS DOS 0 AOS 6 MESES DE IDADE

Cada vez que vocês vêm a mãe e a criança numa consulta de acompanhamento:

- Verifiquem como é que mãe está a alimentar o bebé
- Verifiquem a saúde e o crescimento da saúde
- Verifiquem como é que mãe está a lidar com a sua própria saúde e com quaisquer dificuldades

Se ela estiver a amamentar:

- Verifique se a ela está a amamentar exclusivamente e se não dá outro tipo de leite ou alimento ao bebé.
- Ajude-a com relação a quaisquer problemas de alimentação que ela possa reportar, tais como “falta de leite”, “o bebé chora muito”, ou feridas nos mamilos.
- Verifique se ela amamenta tantas vezes quantas a criança quer e durante o tempo que a criança quer.
- Observe uma sessão de amamentação e verifique os seios da mãe
- Se as circunstâncias da mãe poderiam ajudá-la a substituir a amamentação, discuta a possibilidade de interromper a amamentação cedo.

Se ela estiver a usar alimentação de substituição, verifique se ela:

- Não está a amamentar
- Está a usar leite materno alternativo adequado.
- É capaz de obter novos substitutos de leite antes de acabarem os que tem
- Está a medir o leite e outros ingredientes de forma correcta, incluindo os micro nutrientes, se ela estiver a usar leite animal modificado em casa
- Está a dar um volume adequado e número de refeições
- Está a preparar o leite de forma limpa e segura
- Está a alimentar usando uma chávena – sugira a mãe para que alimente o bebé usando uma chávena e dê uma ajuda prática com alimentação através da chávena. A chávena e os outros utensílios devem ser lavados com sabão e água limpa. Não é necessário esterilizar.

Repare na mãe a preparar uma refeição alternativa e demonstre como preparar e dê caso haja algum problema.

Se ela estiver a usar opções de alimentação com leite materno (ama, leite materno exprimido, fervido), verifique se ela não tem quaisquer problemas na prática dessa opção.



5.2 INTERROMPENDO A AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA

Para a mãe seropositiva, cuja a criança está classificada como sendo EXPOSTA AO HIV, providencie aconselhamento sobre a interrupção da amamentação caso tal seja AFASS.

Aconselhem a mãe sobre como parar a amamentação:

- Enquanto estiver a amamentar ensine a sua criança a beber leite materno espremido a uma chávena.
 - Este leite pode ser fervido para destruir o HIV.
 - Quando o bebé estiver a beber confortavelmente, substitua uma amamentação com uma alimentação com chávena usando leite materno fervido.
 - Aumente a frequência de refeições dadas com chávena todos os dias e reduza a frequência da amamentação. Peça a uma pessoa adulta no seio da família para ajudar a alimentar com chávena.
 - Pare de colocar o seu bebé perto do seu peito logo que este esteja acostumado a uma alimentação frequente com chávena. A partir desta altura em diante é melhor ferver o seu leite materno.
 - Gradualmente, substitua o leite materno espremido com fórmula infantil comercial ou leite animal modificado em casa se o bebé tiver menos de 6 meses de idade, ou com leite fervido se o bebé tiver mais de 6 meses de idade.
 - Se o bebé precisar de chupar, dê-lhe um ou dois dedos seus que estejam limpos ao invés do peito.
 - Para evitar que o peito fique inchado, exprima um pouco de leite sempre que os seios estiverem cheios. Este acto irá ajudá-la a sentir-se confortável. Use compressões frias para reduzir os riscos de inflamação. Use um sutiã justo para evitar o desconforto.
 - Não comece a amamentar outra vez depois de ter interrompido. Se o fizer, poderá aumentar o risco de transmissão do HIV para o seu bebé. Se os seus seios ficarem inchados exprima o leite usando as mãos.
- Comece a usar o método de planeamento familiar da sua escolha, caso ainda não o tenha feito, logo que começar a reduzir a amamentação.



5.3. ALIMENTANDO UM BEBÉ EXPOSTO AO HIV DOS 6 AOS 24 MESES DE IDADE

5.3.1. Se o bebê ainda está a ser amamentado

Ao atingirem os 6 meses de idade, os bebês precisam de outros alimentos e líquidos para além do leite materno ou leite animal. Estes alimentos devem incluir:

Alimentos básicos – cereais, raízes, polpa de fruta. Os alimentos básicos não incluem por si nutrientes suficientes, assim sendo o bebê também precisa de uma variedade de outros alimentos a acompanhar os básicos.

- Produtos de origem animal – carne, fígado, galinha, peixe e ovos
- Produtos de origem láctea – leite, queijo, iogurte e coalhadas de leite
- Vegetais de folhas verdes e de cor de laranja
- Legumes – ervilha, lentilha, feijão comum, feijão lima
- Óleo ou gordura
- Manteiga de amendoim, outras pastas de amendoim
- Fruta

5.3.2. Se o bebê não estiver a ser amamentado

O leite é importante para a saúde e o crescimento de um bebê, mesmo se este for crescido para se alimentar com alimentos sólidos. Para além dos alimentos acima alistados, um bebê irá precisar das quantidades de leite apresentadas nas recomendações alimentares que constam da tabela na página Tenham a certeza de que o bebê também recebe micro nutrientes recomendados a nível local.

5.4. ALIMENTAÇÃO DOS ÓRFÃOS

As crianças abandonadas ou órfãs de mãe requerem consideração especial. As suas opções de alimentação são as seguintes:

De 0 a 6 meses:

- Leite materno de mulheres confirmadas como não sendo seropositivas
- Leite materno exprimido e fervido de um banco de leite materno, ou
- Leite alternativo seguro e adequado

Se a criança recebe leite materno de uma ama seria crucial determinar se essa ama está confirmada como não sendo seropositiva, se não está no período de janela no qual ela ainda pode ficar seropositiva e se não está em risco de se tornar seropositiva.



Se a criança recebe leite materno a partir de um banco de leite, o banco de leite deve pasteurizar o leite de acordo com os procedimentos padrão.

Se a criança recebe leite alternativo, tenham a certeza de que o leite dado é adequado. Sigam as recomendações de alimentação para uma criança sobre leite alternativo na secção sobre aconselhamento da mãe no folheto de tabelas.

Dos 6 aos 24 meses:

Sigam as recomendações de alimentação complementar no AIDI para a criança dos 6 meses aos 5 anos de idade.



DRAMATIZAÇÃO

Opções de alimentação para lactentes

A Maria João tem 26 anos de idade. Ela está grávida de 37 semanas. Ela acaba de saber que é seropositiva. A Maria vive numa casa pequena no centro da cidade. Ela obtém água a partir de uma torneira que dista a 200 metros da sua casa. Ela vive sozinha. O parceiro trabalha numa outra cidade e vem visitá-la aos fins de semana. A sua mãe está no campo. A Maria visita a mãe durante a quadra natalícia. A Maria trabalha – ela tem empregos temporários.

Ela não sabe se irá regressar ao trabalho depois do bebé nascer. Talvez ela irá regressar para o campo por algum tempo antes de retornar ao trabalho. Quando ela retornar para a cidade a mãe irá tomar conta do seu bebé. Tanto a mãe como o parceiro não sabem que ela é seropositiva. Ela quer contar ao parceiro mas está com medo uma vez que ele poderá ficar zangado com ela e não irá dar dinheiro para o bebé.

TRABALHADOR DE SAÚDE:

Aconselhe a mãe acerca da forma como deve alimentar o bebé quando este nascer.

MARIA:

Tente comportar-se como a Maria haveria de se comportar numa situação real.

OBSERVADORES:

Assistam à dramatização e anotem qualquer coisa que possa ser importante no grupo de debate que irá seguir-se à actividade dramática.

DEBATE

Depois da dramatização vocês devem realizar um debate de grupo onde vão discutir questões à volta das opções de alimentação de lactentes.



6.0. ALIMENTANDO CRIANÇAS CLASSIFICADAS COMO SENDO CONFIRMADAS DE TEREM A INFECCÃO POR HIV

Esta secção proporciona informação adicional sobre a alimentação de crianças classificadas como CONFIRMADAS DE TEREM A INFECCÃO PELO HIV.

Será que a amamentação deve continuar?

As crianças com a classificação acima referida ainda podem ser amamentadas. Não há qualquer motivo para se evitar a amamentação nesta fase porque a criança já está infectada pelo HIV. Dar o leite materno irá ajudar a proteger a criança contra infecções comuns tais como infecções auditivas e doenças diarreicas recorrentes.

Se a criança já estiver infectada pelo HIV (tiver a INFECCÃO POR HIV), sigam as recomendações de alimentação para a população em geral.

Haverá algum requisito de alimentação especial?

As crianças confirmadas de terem a infecção por HIV, mas que ainda são assintomáticas, devem aumentar o consumo de alimentos energéticos em 10% para manterem o crescimento. As crianças infectadas pelo HIV e que estão a sofrer de perda de peso precisam de aumentar a ingestão de alimentos energéticos em 50 – 100%. As crianças devem receber Vitamina A e outros suplementos de micro nutrientes de acordo com as recomendações nacionais ou da OMS.

As crianças nascidas de mães seropositivas podem passar por experiências problemáticas de alimentação. Estas vem alistadas e explicadas abaixo.

A criança tem falta de apetite:

Este facto é particularmente comum com a infecção de HIV, e pode ser pior se a criança tiver lesões na boca tais como úlcera ou candidíase oral:

- Use uma variedade de alimentos suaves e de sabores diversos para encorajar a criança a comer o quanto possível
- Mantenha os índices de consumo de líquidos elevados
- Dê alimentos que não são bastante sólidos ou secos
- Dê refeições ligeiras e frequentes. Alimente a criança quando esta estiver alerta e feliz. Dê mais comida se ela mostrar interesse.
- Se a criança tiver lesões na boca ofereça alimentos que não queimam a boca tais como ovos, batatas smagadas, batata doce, abóboras e pêra abacate. Não dê alimentos salgados ou com temperos fortes. Pode-se usar Paracetamol para aliviar a dor antes de cada refeição.
- Assegurem uma medida certa para a colher, e que a comida está dentro do alcance da criança e que ela está sendo activamente alimentada, por exemplo, senta sobre a mãe enquanto come.



Que situações podem prejudicar a nutrição de uma criança infectada pelo HIV?

As intervenções adicionais de cuidados e apoio nutricional e aconselhamento para crianças vivendo com HIV irão variar de acordo com o seu estado nutricional e dimensão da progressão da doença. As doenças relacionadas com HIV tais como a tuberculose e as diarreias ocorrem em crianças mal nutridas; contudo, elas também apresentam consequências nutricionais severas pois precipitam a perda do apetite, perda de peso e enfraquecimento.

Estudem a tabela na página que se segue em relação às situações clínicas quando a nutrição de uma criança seropositiva é afectada. Sigam sempre as recomendações alimentares nas secções 4.0 e 5.0 deste módulo e as recomendações alimentares no vosso caderno de mapas.

A tabela sugere as acções adicionais que vocês devem tomar para estas crianças.



ALIMENTAÇÃO DE UMA CRIANÇA INFECTADA PELO HIV EM CIRCUNSTÂNCIAS ESPECÍFICAS

Situação clínica/ sintoma que pode prejudicar a nutrição de crianças infectadas pelo HIV	Consequência	Que ação é que vocês devem tomar?
Infecção recorrente ou crônica	Aumento das necessidades metabólicas Exigência significativa de calorias	<ul style="list-style-type: none">• Dê refeições com mais frequência que anteriormente• Se a criança estiver a ser amamentada, amamente pelo menos 8 vezes em 24 horas• Se a criança estiver a comer alimentos complementares ofereça refeições ligeiras pelo menos 5 vezes por dia. Aumente o valor energético dessas refeições aumentando por exemplo óleo/ margarina/ amendoim• Sigam as recomendações alimentares no caderno de mapas
Infecções intestinais	Aumento das necessidades de nutrientes Dificuldade na absorção e perda de apetite podem reduzir o consumo de alimentos	<ul style="list-style-type: none">• Sigam as mesmas recomendações alimentares para a criança com infecção recorrente ou crônica• Desparasitem a criança se não tiver sido desparasitada nos últimos 3 meses• Dêem vitamina A se a criança não tiver sido tratada durante os últimos 6 meses.
Candidíase oral e esofágica	Dor potencial ao engolir que pode resultar na redução da ingestão oral, primeiro de alimentos sólidos, mas também de alimentos líquidos	<ul style="list-style-type: none">• Ofereçam alimentos que foram esmagados• Evitem alimentos com temperos fortes• Em casos extremos, dêem paracetamol uma hora antes das refeições para ajudar.
Diarreia persistente causada por cryptosporidia ou outros parasitas	Dificuldade na absorção de nutrientes	<ul style="list-style-type: none">• Sigam as mesmas recomendações alimentares para a criança com infecção recorrente ou crônica (acima); a criança com infecção infecções intestinais (acima) e a criança com diarreia persistente (no caderno de mapas)
Náusea e vômitos em resultado dos medicamentos de TARV		<ul style="list-style-type: none">• Encoraje pequenos fluidos frequentes e dê alimentos que a criança gosta.• Permita que a criança coma antes de tomar a medicação.

É importante identificar alimentos locais que estão disponíveis e que são sustentáveis e aconselhem a mãe sobre como aumentar o valor energético dos alimentos.

Aconselhem sempre a mãe a continuar a alimentar e continuem a dar fluidos perante qualquer doença.



EXERCÍCIO ESCRITO A

Neste exercício vocês irão responder a perguntas acerca das recomendações de alimentação que aprenderam neste Módulo.

1. *Escrevam um “V” a frente as declarações que são Verdadeiras.*

Escrevam um “F” a frente das declarações que são Falsas.

- A. ____ Às crianças devem ser dadas poucas refeições quando estão doentes.
 - B. ____ Uma criança seropositiva de 3 meses de idade deve ser amamentada exclusivamente.
 - C. ____ Uma criança de 2 semanas de idade cujo o estado serológico é desconhecido, mas que nasceu de uma mãe seropositiva nunca deve ser amamentada.
 - D. ____ Uma criança que está a ser amamentada por uma mulher seropositiva deve continuar a ser amamentada até quando a mãe entender parar.
 - E. ____ Uma criança de 5 meses de idade cuja a mãe não é seropositiva deve ser amamentada sempre que quiser, de dia e de noite.
 - F. ____ Uma criança de 9 meses de idade que é seropositiva deve continuar a ser amamentada.
 - G. ____ Todas as mulheres seropositivas que estejam a amamentar transmitem o HIV para os seus bebés.
2. Quando é que os outros alimentos devem ser adicionados à dieta de uma criança nascida de uma mãe seropositiva? Que alimentos devem ser acrescentados e em que quantidade?
3. O que é que se pretende dizer com a interrupção atempada da amamentação? Quando é que tal deve ocorrer? Por parte de quem?



4. Uma mãe seropositiva vive num ambiente urbano. Ela tem acesso a água canalizada, casa de banho e geleira e energia eléctrica permanente. Ela também tem um fogão. Ela e o parceiro tem um rendimento estável. Ela vive com o parceiro e a mãe. Ambos sabem que ela é seropositiva. Eles estão empenhados em ajudá-la e dão muito apoio. O que é que vocês haveriam de dizer à mãe acerca das diferentes opções de alimentação para o bebé.

5. Uma mãe seropositiva vive sozinha num local informal. Ela tem acesso a água canalizada, mas apenas tem uma latrina melhorada e não tem casa de banho. Ela não beneficia de fornecimento de energia eléctrica regular/ combustível ou fogão. Ela não tem uma fonte estável de rendimento. Ninguém mais sabe que ela é seropositiva. O que é que vocês haveriam de dizer à mãe acerca das diferentes opções de alimentação para lactente.



EXERCÍCIO ESCRITO B

No exercício escrito A do Módulo 1 vocês mantiveram encontros com 4 crianças (Ebai, Henri, Mishu e Dan). No Módulo 2 vocês avaliaram e classificaram estas crianças para HIV.

Voltem para os formulários de registro que vocês usaram no exercício escrito A e C do Módulo 1. Olhem para as vossas classificações para cada criança no exercício escrito no exercício escrito, incluindo as classificações para HIV.

Com base nas vossas classificações, escrevam a informação sobre a alimentação que vocês haveriam de dar à cada mãe.

Quando tiverem concluído, debatam as vossas respostas com o facilitador.



7.0. ACONSELHAR A MÃE ACERCA DA SUA PRÓPRIA SAÚDE

Durante a visita a uma criança doente, oiçam todos os problemas que a mãe (ou provedor de cuidados) possa ter. A mãe pode precisar de tratamento ou transferência para os seus próprios problemas. Não forcem as mães a formar bicha duas vezes ou a frequentar locais diferentes para um problema simples. Anotem os seus problemas de saúde no fundo do formulário de registo. Tal irá lembrar-vos a ajudar a mãe depois de ajudarem a sua criança.

Perguntem-na acerca do planeamento familiar e se ela está contente com o método que escolheu. Discutam as alternativas e prescreva a contraceção uma vez que foi ensinado no planeamento familiar. Ofereça também barreiras à contraceção, e garanta que a mãe possui contraceção suficiente para pelo menos 3 meses.

Questionem acerca de quaisquer dores abdominais, corrimentos ou feridas vaginais. Avaliem e tratem as mesmas de acordo com os protocolos nacionais de DTS.

Encorajem a mãe a debater quaisquer problemas sociais. Proporcionem aconselhamento contínuo e cuidados se ela for seropositiva. Caso seja necessário, transfiram-a.

Mãe muito doente para amamentar:

Se a mãe seropositiva que tiver optado por amamentar desenvolver SIDA sintomático, ela pode não estar em condições de enfrentar o peso físico da amamentação. Ajude a mãe a efectuar uma transição segura e completa para as formas de alimentação alternativas. Para o caso de mulheres pobres, vocês poderão ter de organizar uma fonte segura de fornecimento de leite de fórmula (para crianças com menos de 6 meses de idade) ou leite normal (crianças mais velhas). A mãe deve estar preparada para TARV e ela deve tomar cotrimoxazol.



■ **Aconselhar a mãe acerca da sua própria saúde**

- Se a mãe estiver doente, cuidem dela, ou refiram-na para TARV
- Se ela tiver um problema com os seios (tal como inchaço, feridas nos mamilos, infecção nos seios), proporcionem cuidados ou refiram-na para ajuda.
- Aconselhem-na a comer bem para se manter forte e saudável.
- Verifiquem o estágio de imunização da mãe e dêem vacina anti-tetânica se for necessário.
- Tenham a certeza de que ela tem acesso a:
 - ◆ Serviços de saúde sexual e métodos de contraceção
 - ◆ Aconselhamento sobre ITS e prevenção do HIV
- Dêem aconselhamento acerca de sexo seguro e tratamento atempado de ITS

■ **Dêem aconselhamento adicional se a mãe for seropositiva**

- Voltem a assegurá-la de que com acompanhamento regular, muito mais pode ser feito para evitar doenças graves, e manter a ela e ao bebé saudáveis.
- Enfatizem a boa higiene, e o tratamento atempado de doenças
- Veja as directrizes para cuidados paliativos no caderno de mapas.



8.0. USO DO CARTÃO DA MÃE/OS CARTÕES DE HIV E DE ACONSELHAMENTO SOBRE A ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ

Quando vocês fizeram o curso de manejo de casos de AIDI aprenderam acerca do Cartão da Mãe. Continuem a usar o Cartão da Mãe quando estiverem a falar com mulheres seropositivas. Para além disso, quando estiverem a falar com mulheres seropositivas vocês poderão usar os cartões de HIV e de aconselhamento da alimentação do bebé se tiverem sido formados a usá-los.



9.0. ACONSELHAR A MÃE DE UMA CRIANÇA EXPOSTA AO HIV ACERCA DE UM TESTE DE HIV

A mãe de uma criança classificada como EXPOSTA AO HIV ou SUSPEITA SINTOMÁTICA POR INFECÇÃO DE HIV ou POSSÍVEL INFECÇÃO POR HIV irá precisar de ser aconselhada acerca do teste de HIV para a criança.

Muitas mães, e mesmo trabalhadores de saúde, são relutantes em debater sobre o HIV. Contudo, o HIV está presente na comunidade e o problema não será resolvido se houver secretismo à volta do assunto. A transmissão vertical representa uma barreira para a testagem da criança. O HIV pode provocar sentimentos de culpa por parte da mãe, bem como receios de rejeição por e pela criança por revelar o seu estado de HIV e a forma como foi infectada. Todos os trabalhadores de saúde devem ser equipados com conhecimentos e habilidades para debater o HIV, fazer perguntas e dar o aconselhamento adequado.

Quando tiverem identificado um lactente que precisa de fazer o teste de HIV vocês devem providenciar informação à mãe: digam à mãe que a condição da criança vos faz pensar que ela o HIV pode ser a causa da doença. Expliquem que se a criança tem estado frequentemente doente, tal pode constituir um sinal de infecção com o HIV. Permitam que a mãe tenha tempo para manifestar quaisquer sentimentos de culpa e/ou argumentos contra o teste. Ajudem a mãe a compreender que a realização do teste de HIV tem por objectivo fazer com que a criança receba o tratamento adequado para melhorar a sua qualidade de vida. A criança deve receber antibióticos para evitar infecções, suplementos de vitaminas, monitorização regular do seu crescimento, tratamento imediato de qualquer doença e terapia antiretroviral caso seja necessária. Se a criança tiver menos de 2 anos de idade, a mãe pode receber aconselhamento sobre alimentação.

Uma vez dada a explicação, permitam com que a mãe faça perguntas e apresente as suas preocupações. Se ela concordar com o teste, este deve ser feito de forma normal na vossa unidade sanitária. Uma vez que é mais provável que as crianças sejam infectadas pelas mães, vocês poderão precisar de debater sobre a sua testagem bem como a do parceiro antes mesmo de fazer o teste à criança. Em algumas comunidades, as mães abandonam as suas crianças quando tomam conhecimento de que estas estão infectadas pelo HIV, sem no entanto saberem que elas é que as infectaram. Se a mãe não concordar com o teste da criança, o trabalhador de saúde deve escutar e abordar as preocupações da mãe e as razões que a levam a contestar o teste. O trabalhador de saúde pode ser considerado um advogado da criança e negociar com um dos pais ou provedor de cuidados no melhor dos interesses da criança. As reconfirmações devem ser feitas em relação ao tratamento, cuidados, apoio e/ou intervenções preventivas de que a criança se pode beneficiar uma vez diagnosticada. Poderá ser útil para os pais/provedores de cuidados manifestar as suas preocupações sem a presença da criança.

Depois da realização do teste, marquem uma consulta para revisão dos resultados e aconselhamento pós teste. Se tiver sido feito um teste rápido, façam imediatamente um aconselhamento pós teste caso haja acordo com a mãe. Mantenham privacidade e confidencialidade para que a mãe possa debater as suas preocupações à vontade.



DRAMATIZAÇÃO

Aconselhando a mãe acerca do seu teste de HIV

João é um rapaz de 18 meses de idade que sofre de tosse e febre. Ele está classificado como tendo PNEUMONIA e PESO MUITO BAIXO. O trabalhador de saúde considera o seu estado serológico e sintomas. Tanto a mãe de João como o próprio João ainda não fizeram o teste. O João tem um peso muito baixo para a sua idade, e o seu peso aumenta a um ritmo não satisfatório. Após os testes o trabalhador de saúde apercebe-se que João tem candidíase oral e aumento de gânglios linfáticos no pescoço e na virilha. O trabalhador de saúde classifica João como **INFECÇÃO SINTOMÁTICO PELO HIV SUSPEITA**.

TRABALHADOR DE SAÚDE:

Aconselhe a mãe que há sinais de que João possa ter infecção por HIV e que precisa de fazer o teste. Diga-lhe que não tem certeza de que ele sofre de infecção por HIV mas você pensa que é importante fazer o teste de modo a que possa ter o tratamento que precisa.

MÃE:

Tente comportar-se como uma mãe haveria de se comportar numa situação real. Ela pode ficar confusa ou aborrecida ou pode não compreender.

OBSERVADORES:

Assistam a actividade de dramatização e anotem qualquer coisa que possa ser importante no debate.

DEBATE

Depois da actividade de dramatização vocês devem organizar um debate de grupo onde irão discutir sobre as questões relacionadas com a forma de informar a uma mãe que a sua criança pode estar infectada pelo HIV.

Será que o grupo sente que os seus membros seriam capazes de realizar esta tarefa nas suas unidades sanitárias? Por que é que é importante que seja feito?

Discutam estratégias que poderiam ser usadas para tornar fácil para os trabalhadores de saúde debater o tema sobre a infecção por HIV com os seus pacientes.



10.0 RESUMO DO MÓDULO E ENCERRAMENTO

O facilitador irá agora solicitar aos participantes para fazerem um breve resumo dos tópicos que foram abordados no Módulo 3. Os participantes devem dizer o que o módulo lhes ensinou e o facilitador irá apresentar uma lista das vossas respostas num quadro.

Revejam os objectivos da aprendizagem para o módulo e providenciem as vossas reacções em relação ao alcance dos mesmos.

Os participantes devem destacar quaisquer áreas em que tenham enfrentado dificuldades, onde precisam de esclarecimentos adicionais e fazerem as últimas perguntas.



As minhas anotações

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.



A large area of the page is filled with horizontal dotted lines, providing a space for handwritten notes or answers.



Para mais informações por favor de contactar:

Departamento de Saúde e Desenvolvimento da Criança e do Adolescente (CAH)
Organização Mundial da Saúde
20 Avenue Appia
1211 Genebra 27
Suiça

Tel.: +41-22 791 3281

Fax: +41-22 791 4853

Email: cah@who.int

Website: <http://who.int/child-adolescent-health>