

# Ficha Técnica

**Título**

NORMAS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA SADIA E À CRIANÇA EM RISCO

**Autores:**

Dr. Nazir Amade Ibrahim - MISAU  
Dra. Natércia Fernandes- JHPIEGO - MCHIP  
Dra. Silvia Matitimmel Mikusova-EGPAF

**Colaboradores:**

Dra. Eduarda Gusmão  
Dra. Maria Grazia Lain  
Dra. Ligia Maciel  
Dra. Edna Possolo  
Dra. Benedita da Silva  
Dra. Bernardina Sousa  
Dra. Daisy Trovoada  
Dra. Alison Tumilowicz  
Dra. Niucha Vasconcelos  
Dra. Mara Zambruni

**Revisão:**

Dra. Gisela Azambuja  
Dr. Leonardo António Chavane  
Dra. Isabel Ruas

**Tiragem:** 5000 exemplares

**Layout e Impressão:**  Spectrum Graphics Limitada

**Versão final, Janeiro 2011**

**Financiamento:** Esta publicação foi financiada através do apoio do Centro de Controle de Doenças (Center for Disease Control and Prevention (CDC)), através do Plano Presidencial de Emergência de Alívio de SIDA (PEPFAR), com acordo cooperativo No. U62/CCU123541 e as Iniciativas Família HIV da Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation (Project HEART). O seu conteúdo não reflecte necessariamente a visão do CDC .

## Abreviaturas:

|           |   |
|-----------|---|
| ADN       | Ácido Desoxiribonucleico  |
| AIDNI     | Atenção Integrada às Doenças Neonatais e da Infância  |
| AME       | Aleitamento Materno Exclusivo   |
| ARV       | Antiretroviral  |
| ATPU      | Alimento Terapêutico Pronto para Uso, mais conhecido por Plumpy´nut   |
| ATS       | Aconselhamento e Testagem em Saúde  |
| AVASS     | Acessível, Viável, Aceitável, Segura e Sustentável  |
| AZT       | Zidovudina  |
| BCG       | Vacina da Tuberculose contra o Bacille Calmette-Guérin  |
| CCR       | Consulta da Criança em Risco  |
| CCS       | Consulta da Criança Sadia   |
| CD4       | Células de defesa imunitária do tipo T alvo do Vírus da Imunodeficiência Humana que indica o prognóstico do doente. |
| CE        | Consulta Externa  |
| CI        | Crescimento Insuficiente  |
| CIC       | Consulta integrada da criança   |
| CS        | Centro de Saúde   |
| CSB Plus  | Mistura de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais [do Inglês Corn-Soya Blend Plus]                       |
| CTZ       | Cotrimoxazol  |
| DAG       | Desnutrição Aguda Grave   |
| DAM       | Desnutrição Aguda Moderada  |
| DP        | Desvio Padrão   |
| DPM       | Desenvolvimento psicomotor  |
| HIV/SIDA  | Vírus de Imunodeficiência Humana / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida   |
| IEC       | Informação, educação e comunicação  |
| IMC       | Índice da Massa Corporal  |
| IMC/Idade | Índice da Massa Corporal-para-Idade   |
| Kcal      | Kilocalorias  |
| MAE       | Mistura Alimentícia Enriquecida, mais conhecida por CSB Plus  |
| MISAU     | Ministério da Saúde   |
| NVP       | Nevirapina  |
| OCB       | Organização comunitária de base   |
| P/A       | Peso-para-Altura  |
| P/C       | Peso-para-Comprimento   |
| P/E       | Peso-para-Estatura  |
| PB        | Perímetro Braquial  |
| PF        | Planeamento familiar  |
| PPD       | Teste cutâneo para Tuberculose [do Inglês Purified protein derivative]  |
| PRN       | Programa de Reabilitação Nutricional  |
| PTV       | Prevenção de Transmissão Vertical   |
| SAJ       | Serviços de adolescentes e jovens   |
| SNC       | Sistema Nervoso Central   |
| SRO       | Solução de Reidratação Oral   |
| TARV      | Tratamento Antiretroviral   |
| TB        | Tuberculose   |
| TP        | Tuberculose Pulmonar  |
| TDA       | Tratamento da Desnutrição em Ambulatório  |
| TDI       | Tratamento da Desnutrição no Internamento   |
| UI        | Unidade Internacional   |

## Prefácio

A mortalidade infantil constitui um dos indicadores mais sensíveis de desenvolvimento de um país, para além de informar sobre as suas prioridades e valores. A sobrevivência das crianças com idades entre 0-5 anos, é uma grande preocupação de saúde pública em muitos países africanos. Os últimos 20 anos testemunharam progressos na sobrevivência infantil, graças, por um lado, a intervenções eficazes em saúde pública e, por outro, a melhores desempenhos nos campos económico e social, em todo o mundo. Contudo, morrem anualmente cerca de 10,6 milhões de crianças, 4,6 milhões das quais no continente Africano sendo que a maioria das mortes deve-se a um reduzido número de problemas comuns, evitáveis e tratáveis.

Moçambique não constitui excepção em relação ao panorama mundial, e apesar de nas últimas décadas ter-se registado uma redução contínua das taxas de mortalidade neonatal, infantil e infanto-juvenil, essas taxas continuam ainda bastante altas. De acordo com o IDS de 2003, a taxa de mortalidade neonatal é de 48 por 1000 NV, a de mortalidade infantil de 125 por 1000 NV e a de mortalidade infanto-juvenil de 178 por 1000 NV. Notam-se também grandes disparidades nessas taxas, sendo as províncias da região norte as que apresentam as taxas mais elevadas.

O alcance das metas definidas nos Objectivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM) para a redução da Mortalidade Neonatal e Infantil passa obrigatoriamente pela melhoria do acesso e melhoria da qualidade dos serviços de saúde, incluindo um sistema de referência funcional, pelo aumento de pessoal técnico de qualidade no sector, assim como por um maior envolvimento da comunidade. Em Moçambique, apesar da maior parte das intervenções necessárias para reduzir a mortalidade neonatal e infantil estarem já a ser implementadas, estas necessitam de serem expandidas a uma escala maior, por forma a que possam ter o máximo de impacto no alcance das metas preconizadas nos ODMs.

É neste contexto, face à realidade do País e das suas actuais evidências, que são elaboradas estas **Normas de Atendimento à Criança Sadia e à Criança em Risco**, que fornece um pacote de cuidados preventivos e curativos, não apenas para o acompanhamento e manutenção do estado de saúde das crianças em fase de crescimento, como também para a atenção às crianças em risco.

Assim, este documento será um instrumento valioso para o acompanhamento do progresso das acções na área da saúde infantil, através da detecção precoce e manejo adequado das alterações de crescimento e desenvolvimento; a detecção de doenças e orientação atempada para o seu tratamento eficiente, bem como a identificação, orientação, apoio e acompanhamento de todas as situações que coloquem a criança em risco.

O presente manual é dirigido aos profissionais de saúde, de diferentes níveis, e pretende-se que contribua para a melhoria dos aspectos teóricos, técnicos e práticos necessários para que o profissional de saúde possa dedicar maior atenção à saúde da criança.

O Ministro da Saúde



Dr. Alexandre L. Jaime Manguela

# Índice

## CRIANÇA SADIA

|   |    |
|---|----|
| 1. Calendário de consulta da criança sadia .....      | 06 |
| 2. História clínica.....                              | 11 |
| 3. Avaliação do crescimento.....                      | 13 |
| 4. Avaliação do desenvolvimento psico-motor.....      | 21 |
| 5. Alimentação da criança.....                        | 27 |
| 6. Calendário vacinal.....                            | 29 |
| 7. Suplementação com Vitamina A e desparasitação..... | 31 |
| 8. Monitoria e avaliação.....                         | 32 |
| 9. Educação sanitária e nutricional.....              | 33 |

## CRIANÇA EM RISCO

|  |    |
|--|----|
| 1. Introdução.....   | 35 |
| 2. Organização da consulta da criança em risco.....                              | 36 |
| 3. Actividades do atendimento da criança em risco.....                           | 37 |
| 4. Crianças filhas de mãe seropositiva.....                                      | 38 |
| 5. Crianças com crescimento insuficiente ou desnutrição.....                     | 44 |
| 6. Crianças com peso baixo à nascença, gémeos, crianças com desmame precoce..... | 52 |
| 7. Crianças expostas a TB.....   | 53 |
| 8. Crianças órfãs.....   | 56 |
| 9. Monitoria e avaliação.....  | 57 |

## ANEXOS

|   |    |
|---|----|
| Anexo 1:Material CIC- Consulta integrada da criança.....  | 60 |
| Anexo 2: Algoritmo de diagnóstico de HIV para criança exposta.....                                  | 62 |
| Anexo 3: Diagnóstico presuntivo da infecção por HIV<br>em crianças com idade menor de 18 meses..... | 63 |
| Anexo 4: Esquema profilático de PTV.....  | 64 |
| Anexo 5: Manejo da desnutrição aguda, crianças de 0-15 anos.....                                    | 65 |
| Anexo 6: Teste de apetite .....   | 66 |
| Anexo 7: Ficha individual de CCR.....   | 67 |



# Normas de Atendimento à Criança Sadia

## 1.1. Introdução

As consultas da criança sadia concentram-se mais nos dois primeiros anos de vida, que é o período de maior risco para a criança. No primeiro ano de vida, as consultas, devem coincidir com as vacinações, sendo a primeira consulta feita durante a primeira semana de vida. No segundo ano, as consultas devem ser trimestrais, do terceiro ao quinto ano semestrais. Do quinto ao décimo quarto ano as consultas devem ser anuais.

## 1.2. Principais actividades a realizar na consulta:

1. Avaliação do crescimento
2. Avaliação do desenvolvimento psicomotor
3. Realização de exame físico completo
4. Promoção do cumprimento do calendário vacinal
5. Orientação sobre a alimentação adequada da criança
6. Educação sanitária individual
7. Rastreio de factores de risco para Atenção Especial (Consulta Crianças em Risco)
8. Recomendações sobre o Planeamento Familiar

## RESUMO DAS PRINCIPAIS ACTIVIDADES

Em cada consulta lembrar-se de:

- ✓ Verificar sinais e sintomas de perigo
- ✓ Aconselhar a mãe sobre planeamento familiar
- ✓ Fazer rastreio da tuberculose
- ✓ Verificar o estado serológico ( HIV ) ; em caso de seroestado desconhecido, oferecer aconselhamento e testagem para HIV

| IDADE         | CRESCIMENTO                            | VACINAS                            | SUPLEMENTOS                | EXAME FÍSICO  | AValiaÇÃO DE DESENVOLVIMENTO   | ALIMENTAÇÃO E EDUCAÇÃO   |
|---------------|--|------------------------------------|----------------------------|---|--|--|
| Recém nascido | Peso<br>Perímetro Craniano<br>Estatura | BCG<br>Pólio 0                     |                            | Exame físico completo;<br>Despiste de malformações,<br>Icterícia<br>Tónus,Umbígo,<br>Fontanela,<br>Irritabilidade,<br>Dentes neonatais e<br>freio lingual | Reflexo de Moro<br>Reflexo de sucção<br>Mãos fechadas  | Aleitamento materno<br>Exclusivo( AME)<br>Higiene;<br>Estimule a<br>"troca de olhares";<br>Atenção ao choro do bebé<br>Registo de nascimento<br>Próximas vacinas                                 |
| 3 dias        | Peso                                   |                                    |                            | Exame físico completo;<br>Despiste de malformações,<br>Icterícia<br>Tónus,Umbígo,<br>Fontanela,<br>Irritabilidade   | Reflexo de Moro<br>Reflexo de sucção<br>Mãos fechados  | Aleitamento materno<br>exclusivo<br>Higiene<br>Posição ao deitar<br>Atenção ao choro do bebé<br>Estimule a troca de olhares<br>Próximas vacinas  |
| 7 dias        | Peso                                   |                                    |                            | Exame físico completo;<br>Despiste de malformações,<br>Icterícia<br>Tónus,Umbígo,<br>Fontanela,<br>Irritabilidade   | Reflexo de Moro<br>Reflexo de sucção<br>Mãos fechados  | Aleitamento materno<br>exclusivo<br>Higiene<br>Posição ao deitar<br>Atenção ao choro do bebé<br>Estimule a troca de olhares<br>Próximas vacinas  |
| 1 mês         | Peso<br>Estatura<br>Perímetro Craniano |                                    |                            | Exame físico completo;<br>Despiste de malformações,<br>Sinais vitais , Umbígo;<br>Tónus;<br>Irritabilidade;<br>Fontanela;                                 | Segue com o olhar?<br>Sorri?<br>Abre as mãos?  | Aleitamento materno<br>exclusivo<br>Higiene;<br>Posição ao deitar;<br>Próximas vacinas   |
| 2 meses       | Peso<br>Estatura<br>Perímetro Craniano | DPT +<br>Hep B +<br>HiB<br>Pólio 1 |                            | Exame físico<br>Completo<br>Despiste de malformações,   | Segue com o olhar?<br>Sorriso social ?<br>Abre mãos?   | Aleitamento materno<br>exclusivo<br>Higiene;<br>Próximas vacinas   |
| 3 meses       | Peso<br>Estatura<br>Perímetro Craniano | DPT +<br>Hep B +<br>HiB<br>Pólio 2 |                            | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia  | Sustenta a cabeça?<br>Segue com o olhar?<br>Reage aos sons suaves?<br>Brinca com as mãos<br>abertas?             | Aleitamento materno<br>exclusivo<br>Higiene<br>Próximas vacinas  |
| 4 meses       | Peso<br>Estatura<br>Perímetro Craniano | DPT +<br>Hep B +<br>HiB<br>Pólio 3 |                            | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia  | Sustenta a cabeça?<br>Pega objectos?<br>Reage aos sons?  | Aleitamento materno<br>Exclusivo<br>Prevenção e<br>tratamento das diarreias<br>Próximas vacinas  |
| 6 meses       | Peso<br>Estatura<br>Perímetro Craniano |                                    | Vitamina A<br>(100.000 UI) | Exame físico completo<br>Erupção primeiros<br>dentes<br>Atenção:<br>Anemia<br>Ouvidos/ audição  | Senta com apoio?<br>Galreia?   | Aleitamento materno<br>e introdução de novos<br>alimentos e<br>educação sobre<br>como preparar<br>os alimentos; Higiene;<br>Afecto<br>Prevenção de<br>acidentes;<br>Dentição<br>Próximas vacinas |
| 9 meses       | Peso<br>Estatura<br>Perímetro Craniano | Sarampo                            |                            | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Edemas<br>Ouvidos/ audição  | Senta sem apoio?<br>Ouve?<br>Põe-se de pé com apoio?<br>Segura e leva à boca um<br>pedaço de pão?<br>Estrabismo? | Aleitamento materno<br>e introdução da<br>refeição familiar;<br>Alerta para os<br>principais erros<br>alimentares;<br>Higiene oral; Prevenção de<br>acidentes<br>Próxima consulta                |

|          |  |  |  |  |   |   |
|----------|--|--|--|--|---|---|
| 12 meses | Peso<br>Perímetro Craniano<br>Estatura |  | Vitamina A<br>200,000 UI<br><br>Mebendazol<br>500 mg | Exame físico completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Abdomen/<br>parasitoses<br>Edemas<br>Ouvidos /audição | Anda com apoio?<br>Diz alguma palavra?<br>Preensão digito-polegar?                                      | Aleitamento materno e refeição familiar;<br>Alerta para os principais erros alimentares;<br>Higiene oral;<br>Prevenção de acidentes<br>Próxima consulta                           |
| 15 meses | Peso<br>Estatura<br>Perímetro Craniano |  |  | Exame físico completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Abdomen/<br>parasitoses<br>Edemas<br>Ouvidos /audição | Anda sozinho?<br>Usa 6 palavras?  | Aleitamento materno e refeição familiar;<br>Alerta para os principais erros alimentares;<br>Higiene oral;<br>Prevenção de acidentes<br>Próxima consulta                           |
| 18 meses | Peso<br>Estatura<br>Perímetro Craniano |  | Vitamina A<br>200,000 UI<br><br>Mebendazol<br>500 mg | Exame físico completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Abdomen<br>Edemas<br>Ouvidos/ audição                 | Sobe escadas com ajuda?<br>Come com colher?<br>Bebe com copo?   | Alimentação adequada;<br>Relacionamento com a família e amigos;<br>Aprendizagem de regras e rotinas do dia a dia;<br>Higiene oral;<br>Prevenção de acidentes<br>Próxima consulta  |
| 21 meses | Peso<br>Estatura<br>Perímetro Craniano |  |  | Exame físico completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Abdomen<br>Edemas<br>Ouvidos/ audição                 | Corre?<br>Come com colher?<br>Bebe com copo?  | Alimentação adequada;<br>Relacionamento com a família e amigos;<br>Aprendizagem de regras e rotinas do dia a dia ;<br>Higiene oral;<br>Prevenção de acidentes<br>Próxima consulta |
| 24 meses | Peso<br>Estatura<br>Perímetro Craniano |  | Vitamina A<br>200,000 UI<br><br>Mebendazol<br>500 mg | Exame físico completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Abdomen<br>Ouvidos<br>Edemas                          | Corre?<br>Diz frases de 2-3 palavras?<br>Usa bem a colher?  | Alimentação adequada;<br>Relacionamento com a família e amigos;<br>higiene oral<br>Prevenção de acidentes;<br>Próxima consulta  |
| 30 meses | Peso<br>Estatura                       |  | Vitamina A<br>200,000 UI<br><br>Mebendazol<br>500 mg | Exame físico completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Abdomen<br>Ouvidos<br>Edemas                          | Assinala 4 a 6 partes do corpo?<br>Cumpre ordens?<br>Controle esfinteriano?                             | Alimentação adequada;<br>Relacionamento com a família e amigos;<br>Higiene oral;<br>Prevenção de acidentes;<br>Próxima consulta   |
| 36 meses | Peso<br>Estatura                       |  | Vitamina A<br>200,000 UI<br><br>Mebendazol<br>500 mg | Exame físico completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Abdomen<br>Ouvidos<br>Edemas                          | Salta nos 2 pés?<br>Diz "eu"?<br>Copia um círculo?<br>Sabe o seu nome e o seu sexo?<br>Visão<br>Audição | Alimentação adequada;<br>Relacionamento com a família e amigos; Brincar, desenhar, estimular a criatividade; Higiene oral<br>Prevenção de acidentes; Próxima consulta             |
| 42 meses | Peso<br>Estatura                       |  | Vitamina A<br>200,000 UI<br>Mebendazol<br>500 mg     | Exame físico completo<br>Atenção: Anemia, Abdomen<br>Ouvidos   |   | Alimentação adequada;<br>Relacionamento com a família e amigos;<br>Brincar, desenhar, estimular a criatividade;<br>Higiene oral;<br>Prevenção de acidentes;<br>Próxima consulta   |
| 48 meses | Peso<br>Estatura                       |  | Vitamina A<br>200,000 UI<br><br>Mebendazol<br>500 mg | Exame físico completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Abdomen<br>Ouvidos<br>Garganta                        | Fica e salta num pé?<br>Copia um quadrado?<br>Conhece 4 cores?<br>Socializa?                            |   |



|          |                  |                             |  |   |   |   |
|----------|------------------|-----------------------------|--|---|---|---|
| 54 meses | Peso<br>Estatura |                             | Vitamina A<br>200,000 UI<br><br>Mebendazol<br>500 mg                   | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Abdomen<br>Ouvidos<br>Garganta                      |   | Alimentação Adequada;<br>Relacionamento com<br>a família e amigos;<br>Brincar, desenhar,<br>estimular a criatividade;<br>Higiene oral;  |
| 60 meses | Peso<br>Estatura |                             | Vitamina A<br>200,000 UI<br><br>Mebendazol<br>500 mg                   | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Abdomen<br>Ouvidos<br>Garganta                      | Veste-se sozinho?<br>Conta ate 5?<br>Copia um<br>triângulo?<br>Socializa? | Preparação da entrada<br>para a escola;<br>Registo de nascimento<br>Próxima consulta  |
| 6 anos   | Peso<br>Estatura | VAT<br>(primeira<br>classe) | Albendazol<br>400mg  | Exame físico<br>completo;<br>Atenção:<br>Anemia<br>Garganta/ boca<br>Pele ( sarna,tinha)<br>Epilepsia | Socializa?<br>Aproveitamento<br>escolar                                   |   |
| 7 anos   | Peso<br>Estatura | VAT<br>(segunda<br>classe)  | Albendazol<br>400mg  | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Garganta/ boca<br>Pele ( sarna,tinha)<br>Epilepsia  | Socializa?<br>Aproveitamento<br>escolar                                   | Alimentação<br>Adequada;<br>Relacionamento com<br>a família e amigos;<br>Higiene oral;<br>Saneamento de meio<br>Exercícios físicos<br>Próxima consulta<br>Registo de<br>nascimento<br>Próxima consulta      |
| 8 anos   | Peso<br>Estatura |                             | Albendazol<br>400mg  | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Garganta/ boca<br>Pele ( sarna,tinha)<br>Epilepsia  | Socializa?<br>Aproveitamento<br>escolar                                   |   |
| 9 anos   | Peso<br>Estatura |                             | Albendazol<br>400mg  | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Garganta/ boca<br>Pele ( sarna,tinha)<br>Epilepsia  | Socializa?<br>Aproveitamento<br>escolar                                   |   |
| 10 anos  | Peso<br>Estatura |                             | Albendazol<br>400mg<br>Sal-feroso<br>raparigas<br>1 comp por<br>semana | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Garganta/ boca<br>Pele ( sarna,tinha)<br>Epilepsia  | Socializa?<br>Aproveitamento<br>escolar                                   |   |
| 11 anos  | Peso<br>Estatura |                             | Albendazol<br>400mg<br>Sal-feroso<br>raparigas<br>1 comp por<br>semana | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Garganta/ boca<br>Pele ( sarna,tinha)<br>Epilepsia  | Socializa?<br>Aproveitamento<br>escolar                                   | Alimentação<br>adequada;<br>Relacionamento com<br>a família e amigos;<br>Higiene oral;<br>Saneamento de meio<br>Exercícios físicos;<br>Consumo de bebidas<br>alcoólicas e fumar é preju-<br>dicial a saúde; |
| 12 anos  | Peso<br>Estatura |                             | Albendazol<br>400mg<br>Sal-feroso<br>raparigas<br>1 comp por<br>semana | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Garganta/boca<br>Pele ( sarna,tinha)<br>Epilepsia   | Socializa?<br>Aproveitamento<br>escolar                                   | Educação sexual;<br>Próxima consulta  |
| 13 anos  | Peso<br>Estatura |                             | Albendazol<br>400mg<br>Sal-feroso<br>raparigas<br>1 comp por<br>semana | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Garganta/ boca<br>Pele ( sarna,tinha)<br>Epilepsia  | Socializa?<br>Aproveitamento<br>escolar                                   | Alimentação<br>Adequada;<br>Relacionamento com<br>a família e amigos;<br>Higiene oral;<br>Saneamento de meio;<br>Exercícios físicos   |
| 14 anos  | Peso<br>Estatura |                             | Albendazol<br>400mg<br>Sal-feroso<br>raparigas<br>1 comp por<br>semana | Exame físico<br>completo<br>Atenção:<br>Anemia<br>Garganta/boca<br>Pele ( sarna,tinha)<br>Epilepsia   | Socializa?<br>Aproveitamento<br>escolar                                   | Consumir bebidas alcoóli-<br>cas e fumar é prejudicial a<br>saúde<br>Educação sexual;<br>Próxima consulta<br>Educação sexual<br>Próxima consulta  |

### 1.3. Centros Fixos (Unidades Sanitárias)

Referem-se aos Centros e Postos de Saúde com atendimento permanente. As tarefas descritas na tabela acima constituem uma meta que deve ser alcançada.

### 1.4. Brigadas Móveis

Nas zonas rurais atendidas por equipas móveis, o calendário deverá ser mais flexível e reduzido, segundo o programa de deslocações, que deve ser bem planificado e coordenado com os líderes comunitários. Estes devem garantir a mobilização, a divulgação dos locais de concentração e as datas previstas, permitindo a racionalização do tempo da população e do pessoal de saúde.

### 2.1. Anamnese:

É a informação breve, colhida com simpatia, sobre o estado de saúde da criança e rastreio de situações de risco, nomeadamente:

- o História clínica da criança
- o História pré-natal
- o Consultas pré-natais
- o História perinatal
  - Tipo de parto, local de parto, Índice de Apgar, idade gestacional, peso à nascença, patologia neonatal, PTV
- o Estado de saúde da mãe ( contacto com tuberculose, estado de nutrição, PTV)
- o História familiar, situação social

#### Em cada consulta perguntar:

- ✓ Se a criança esteve doente ou está doente?
- ✓ Se a criança foi a consulta ou foi internada? Quando?
- ✓ Se a criança fez ou faz alguma medicação?
- ✓ Se a criança fez ou faz algum tratamento tradicional?
- ✓ Sobre o apetite e os hábitos alimentares da criança?
- ✓ Sobre o progresso no desenvolvimento?
- ✓ Se alguém na família tem sintomas ou foi diagnosticado com tuberculose?

### 2.2. Exame objectivo

Deve se realizar um exame físico cuidadoso a todas as crianças

#### ➤ A criança deve ser examinada sem roupa

##### Exame geral

- ✓ Estado geral
- ✓ Sinais gerais de perigo (consegue beber ou mamar, vomita tudo o que come, convulsões, letárgico ou inconsciente)
- ✓ Estado nutricional e de hidratação (emagrecimento visível, sinal da prega cutânea)
- ✓ Estado da pele (erupção, vesículas, pústulas, feridas, icterícia)
- ✓ Tipo de respiração (dispneia, retracção subcostal, adejo nasal)
- ✓ Sinais de anemia (palidez palmar, mucosas descoradas)
- ✓ Existência de malformações congénitas ou de massas anormais

##### Exame segmentar

##### Cabeça

- ✓ Observar a consistência e pigmentação dos cabelos, couro cabeludo (tinha, impetigo)
- ✓ Medir o perímetro craniano (comparar com as medições anteriores; despistar hidrocefalia ou microcefalia)
- ✓ Exame da fontanela (abaulada / deprimida / normal)
- ✓ Edema facial

- ✓ Olhos (sinais de estrabismo, cataratas ou opacificação da córnea, olhos encovados, secreção dos olhos)
- ✓ Ouvidos (secreção)
- ✓ Glândulas parótidas
- ✓ Boca (fenda palatina, estado da dentição-erupção dentária e carie dentária, estomatite, candidíase, língua presa)
- ✓ Garganta (exsudato esbranquiçado ou amarelado, garganta erimatososa)
- ✓ Existência de adenopatias (gânglios no pescoço aumentados)
- ✓ Rigidez da nuca

### Tórax

- ✓ Frequência respiratória (por tabela de respiração rápida)
- ✓ Tipo de respiração (retracção subcostal ou estridor em repouso)
- ✓ Escutar (sibilos, estridor)
- ✓ Existência de adenopatias (aumento dos gânglios nas axilas)

### Abdómen

- ✓ Forma (hérnia, ascites)
- ✓ Palpação (órgãos aumentados – hepatoesplenomegália)
- ✓ Sinal de prega na pele (região lateral de abdómen)
- ✓ Pele volta muito lentamente? (2 segundos ou mais)
- ✓ Lentamente? (menos de 2 segundos)
- ✓ Existência de adenopatias (aumento dos gânglios na virilha)

### Membros

- ✓ Observar a presença de edema
- ✓ Palidez palmar

### Perineo

- ✓ Dermatite das fraldas,
- ✓ Testículos no escroto

### Coluna vertebral

- ✓ Procurar sinais de escoliose ou cifose

### 3.1. Introdução

O crescimento é a expressão final da saúde da criança, o resultado da interação de factores genéticos, endócrinos, alimentares, afectivos, infecciosos e outros. Assim, controlando o crescimento, podemos detectar precocemente situações de carência alimentar, afectiva ou de doença.

#### Parâmetros do crescimento:

- Peso para a idade
- Estatura para a idade
- Peso para a estatura
- Índice de Massa Corporal (IMC) para idade
- Perímetro braquial
- Perímetro craniano
- Dentição

Na criança sadia, os valores destes parâmetros vão-se alterando numa forma regular consoante a idade. Estas alterações são diferentes de criança para criança. A fronteira da “normalidade”, a variação normal, é uma noção importante para a interpretação correcta do crescimento. Crianças do mesmo sexo, saudáveis, não apresentam o mesmo peso nem a mesma estatura.

➤ Os dois parâmetros fundamentais do crescimento são o peso e a estatura; o perímetro craniano é indicador importante do crescimento do cérebro.

Um lactente deve aumentar entre 20 a 30 gr por dia durante os primeiros meses. É anormal todo o aumento médio diário inferior a 20 gr no primeiro semestre e a 10 gr no segundo semestre de vida.

#### O aumento médio de peso:

- Primeiro quadrimestre é de 750 gr/mês
- Segundo quadrimestre é de 500 gr / mês
- Terceiro quadrimestre é de 250 gr / mês

Dispomos de curvas baseadas no estudo de crescimento estatural e ponderal de crianças saudáveis que nos servem de referência.

### 3.2. Parâmetros do crescimento

#### 3.2.1. Peso para a idade

O peso para a idade é o parâmetro mais sensível aos factores patológicos, por isso, é utilizado como parâmetro principal da avaliação do crescimento.

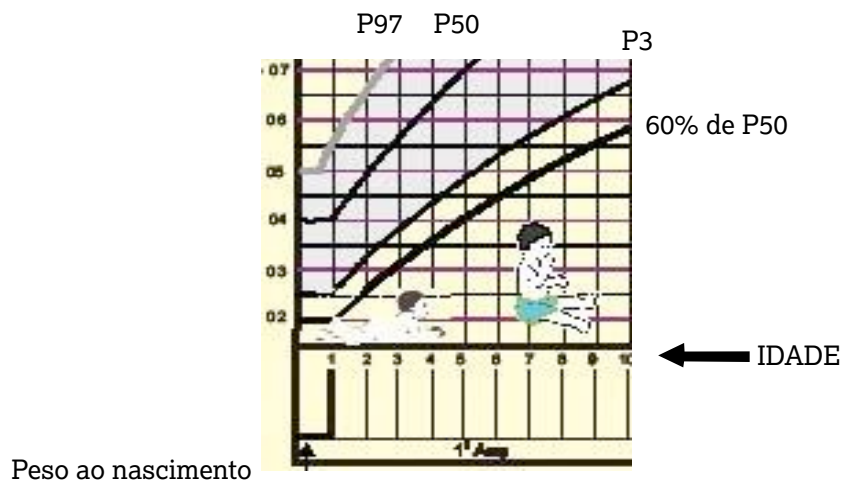
O “cartão de saúde” da criança utilizado no nosso país avalia o peso para a idade (Figura 1).

- A curva superior corresponde ao percentil 97 (P97), acima do qual corresponde ao peso acima do ideal para a idade.
- A segunda curva corresponde ao percentil 50 (P50), peso esperado para a idade.
- A curva intermédia corresponde ao percentil 3 (P 3), peso mínimo para a idade.
- A curva inferior corresponde a 60% do percentil 50.

Valores abaixo do P3, mas acima dos 60% do peso esperado correspondem ao **baixo peso**.

Valores abaixo de 60% do peso esperado (percentil 50) correspondem a **muito baixo peso**. Todas as crianças com muito baixo peso devem ser transferidas para internamento da pediatria.

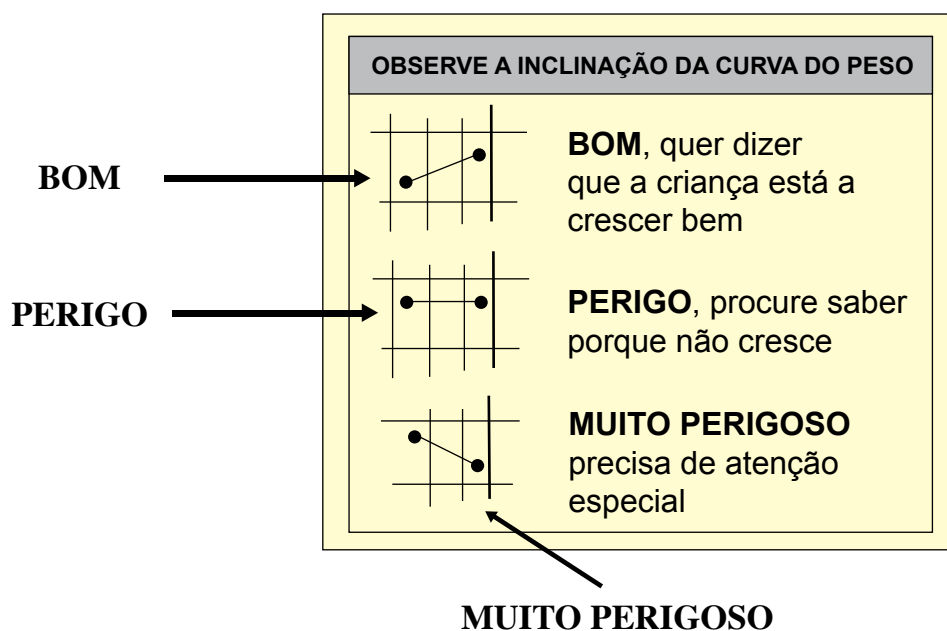
**Figura 1: As curvas de crescimento no cartão de saúde:**



O **Crescimento Insuficiente (CI)** é o indicador usado no Sistema de Vigilância Nutricional para crianças menores de cinco anos que são atendidas na Consulta da Criança Sadia. O CI é diagnosticado numa criança quando esta não apresenta aumento de peso entre duas pesagens consecutivas, num intervalo não inferior a 1 mês e não superior a 3 meses, o que significa curva de crescimento horizontal ou em declínio da curva no Cartão de Saúde da Criança.

No caso de crescimento insuficiente, deve-se fazer a avaliação nutricional através da medição do peso e da estatura para obter os Índices de P/E. Os Índices de P/E são os indicadores nutricionais para detecção de casos de desnutrição aguda.

**Figura 2: A curva de crescimento – tipos de crescimento:**



### 3.2.2. Estatura para a idade

A estatura (comprimento ou altura) é o parâmetro mais influenciado pelos factores genéticos e de menor sensibilidade perante os factores patológicos agudos, mas alterado quando estes se prolongam, determinando a **desnutrição crónica**.

Deve-se medir o comprimento às crianças menores de 2 anos de idade ou com comprimento menor que 87 cm.

Deve se medir altura às crianças de 2 ou mais anos de idade ou com um comprimento igual ou superior a 87 cm.

#### A estatura é em média:

- À nascença 50 cm
- Aos 6 meses 65 cm
- Aos 12 meses 75 cm
- Aos 2 anos 85cm
- Aos 3 anos 95 cm

Aumentará cerca de 5 cm por ano até à puberdade. Assim, aos 5 anos de idade a altura média deverá ser de 110 cm.

### 3.2.3. Peso para estatura e Índice da Massa Corporal para a idade

Em todas as crianças, deve ser medida a estatura e o peso, e deve ser avaliada a presença de edema. O indicador do peso para estatura ( P/E) avalia-se nas crianças dos 0- 59 meses de idade e o índice massa corporal para idade (IMC/ idade) avalia-se nas crianças e adolescentes dos 5-18 anos. Os indicadores do P/E e IMC/Idade mostram como o peso e estatura de uma criança ou adolescente se comparam com o peso e estatura de outra criança ou adolescente da população padrão da OMS, do mesmo sexo e idade.

#### Instruções para a avaliação do estado nutricional através do IMC

1. Pesar o paciente e registar o seu peso em kg;
2. Medir a altura usando um instrumento de medição de altura. Registar a altura em metros;
3. Calcular o IMC do paciente, usando a seguinte fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso em kg}}{(\text{Altura em m})^2}$$

4. Usando a tabela de IMC para Idade, localizar a linha correspondente à idade do paciente e, nessa linha, verificar em qual das colunas do estado nutricional se encontra o valor de IMC calculado.

Através destes parâmetros determina se a desnutrição aguda nas crianças e adolescentes e pode ser classificada em moderada ou grave, como ilustra a Tabela 1.

**Tabela 1: Parâmetros de Classificação da Desnutrição Aguda grave e moderada**

| Indicadores Nutricionais:        | Edema Bilateral | P/E ou IMC/Idade | Perímetro Braquial Médio (PB)   |
|----------------------------------|-----------------|------------------|---|
| Desnutrição aguda grave (DAG)    | Presença        | < -3 DP          | 6-59 meses: < 11,5 cm<br>5-10 anos: < 13,0 cm<br>11-14 anos: < 16,0 cm                            |
| Desnutrição aguda moderada (DAM) | Ausente         | ≥ -3 e < -2 DP   | 6-59 meses: ≥ 11,5 e < 12,5 cm<br>5-10 anos: ≥ 13,0 e < 14,5 cm<br>11-14 anos: ≥ 16,0 e < 18,5 cm |

As crianças com desnutrição aguda grave sem complicações e desnutrição moderada necessitam de reabilitação. Estas crianças devem ser referidas e seguidas na consulta da criança em risco. As crianças com desnutrição aguda grave com complicações devem ser referidas para o internamento da pediatria.

Se o peso para a estatura for normal, numa criança que tem baixo peso e baixa estatura para a idade, devemos concluir que se trata de uma **desnutrição crónica** (que se tem produzido gradualmente, num período de tempo prolongado). Estas crianças também devem ser referidas e seguidas na CCR.

### 3.2.4. Perímetro braquial

O Perímetro Braquial (PB- circunferência do braço) é o método mais simples de avaliar o estado nutricional. O PB é usado para classificar a desnutrição aguda nos postos de saúde sem altímetro ou na comunidade.

A circunferência do braço é medida no braço esquerdo usando uma fita para perímetro braquial. Deve-se localizar e marcar o ponto médio entre o final do ombro e a ponta do cotovelo. A fita de PB é colocada (sem apertar) à volta do braço, na marca do ponto médio para se fazer a leitura.

#### Para crianças entre 6 – 59 meses considera-se:

- desnutrição moderada: entre os 11,5 e os 12,5 cm
- desnutrição grave: < 11,5 cm

#### Para crianças entre 5 – 10 anos considera-se:

- desnutrição moderada: entre os 13,0 e os 14,5 cm
- desnutrição grave: < 13,0 cm

#### Para crianças entre 11– 14 anos considera-se:

- desnutrição moderada: entre os 16 e os 18,5 cm
- desnutrição grave: < 16 cm

As crianças com um PB que indica desnutrição aguda moderada ou grave (Tabela 1) devem ser referidas aos Centros de Saúde e devem ser seguidas na Consulta da Criança em Risco.

### 3.2.5. Edemas




Em todas as crianças deve ser avaliada a presença do edema. As crianças com presença de edema bilateral sempre apresentam desnutrição aguda grave.



### Instruções para a avaliação dos edemas

Para se determinar a presença de edema bilateral, deve-se fazer uma pressão firme com o dedo polegar no dorso de ambos os pés durante três segundos e, ao mesmo tempo contando de 1 a 3. Em seguida, retira-se o dedo polegar, formando-se uma cavidade no local pressionado. A cavidade permanecerá em ambos os pés por alguns segundos. O edema bilateral habitualmente começa nos pés e tornozelos. É importante testar ambos os pés; se a cavidade não aparece em ambos os pés, o edema não tem origem nutricional. Uma segunda pessoa deverá repetir o teste para confirmar a presença de edema bilateral.

**Tabela 2 : Avaliação da gravidade do edema bilateral**

| Grau         | Classificação   |   |
|--------------|---|---|
| Ausente ou 0 | Não existe edema bilateral  |   |
| Grau +       | Edema ligeiro: Geralmente confinado ao dorso dos pés                                  |   |
| Grau ++      | Edema moderado: Sobre os pés e as pernas – pretibial                                  |  |
| Grau +++     | Edema grave: Em todo o corpo (inclui ambos os pés, pernas, braços, rosto e pálpebras) |  |

### 3.2.6. Perímetro craniano

A medida do perímetro craniano deve fazer parte da rotina de exame de toda a criança, em especial nos primeiros 2 anos de vida. O tamanho do crânio reflecte o crescimento do cérebro. O perímetro craniano deve ser sempre relacionado com a idade da criança. O tamanho da cabeça pode ser também característica familiar. O recém nascido pré-termo tem uma cabeça relativamente grande. Uma cabeça pequena pode ser devida a atraso ou ausência do crescimento cerebral

ou cranioestenose. Uma cabeça grande pode ser devido a hidrocefalia, derrame subdural, tumor cerebral, etc.

O perímetro craniano aumenta 12 cm nos primeiros 12 meses:

- 6 cm no primeiro trimestre
- 3 cm no 2º trimestre
- 3 cm no último semestre

### Instruções sobre como medir o perímetro craniano:

Para a sua medição, utiliza-se uma fita métrica flexível, que se aplica por cima da arcada orbitária, ao mesmo nível de cada lado do crânio, sobre a protuberância occipital externa.

### Figura 3: Medição de perímetro craniano



### 3.2.7. Dentição

A dentição pode ser usada para avaliar a idade aproximada da criança. Contudo, não deve ser usada como etapa de crescimento.

O processo de erupção dentária é complexo e envolve várias etapas diferentes. Factores locais, alterações hormonais, tendências familiares e factores sistémicos podem ser a causa de alterações na erupção dentária, e só muito raramente constituem sinal de doença. Hipotiroidismo, raquitismo, síndrome de Down e outras síndromes são exemplos de causas de atraso na erupção dentária.

### ERUPÇÃO DENTÁRIA

Durante toda a vida, o indivíduo apresenta duas dentições: a dentição decídua (de leite) e a dentição permanente.

A **dentição decídua** com um total de 20 dentes, inicia aos 6 meses com a erupção dos incisivos centrais inferiores, e termina aos 30 meses com a erupção dos segundos molares superiores decíduos.

A **dentição permanente** com um total de 32 dentes, inicia aos 6 anos com a erupção do primeiro molar inferior permanente ou dos incisivos centrais inferiores, e termina aos 18-21 anos com a erupção dos terceiros molares superiores permanentes (dentes deciso).

O período compreendido entre os 6 e os 12 anos é chamado de **DENTIÇÃO MISTA**, em que a criança apresenta dentes decíduos e permanentes na cavidade oral. Nesta fase, é comum os dentes apresentarem-se tortos.

O terceiro molar permanente – ou dente de ciso, erupciona normalmente entre os 18 e 21 anos de idade. Não é incomum na nossa população a erupção precoce deste dente, por vezes aos 15 anos de idade.

Figura 4: Erupção dentária dos 5 meses aos 7 anos

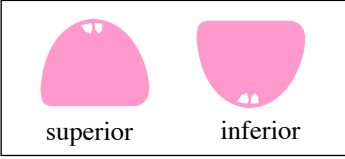
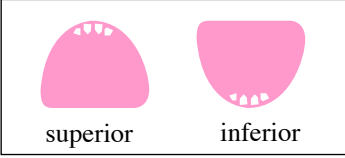
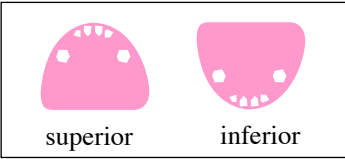
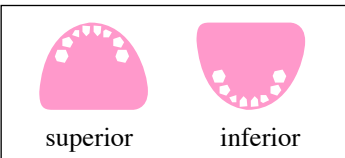
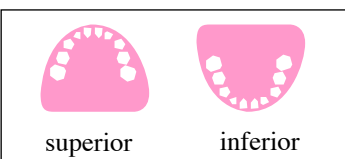
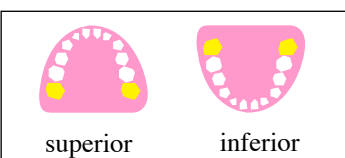
| Quando?        | Onde?  |
|----------------|--|
| 5-12<br>meses  | <br>superior      inferior   |
| 8-13<br>meses  | <br>superior      inferior   |
| 13-19<br>meses | <br>superior      inferior   |
| 16-23<br>meses | <br>superior      inferior  |
| 2-3<br>anos    | <br>superior      inferior |
| 6-7<br>anos    | <br>superior      inferior |

Figura 5: Erupção dentária dos 7 aos 22 anos

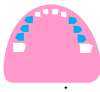

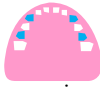









| Quando?    | Onde?  |  |
|------------|--|--|
| 7-9 anos   | <br>superior  | <br>inferior  |
| 9-11 anos  | <br>superior  | <br>inferior  |
| 10-12 anos | <br>superior  | <br>inferior  |
| 11-12 anos | <br>superior  | <br>inferior  |
| 12-13 anos | <br>superior  | <br>inferior  |
| 17-22 anos | <br>superior | <br>inferior |

Tabela 3: Resumo das recomendações básicas de saúde oral

| Idade     | Erupção dos dentes   | Cuidados com a Alimentação  | Higiene Oral  | Flúor   |
|-----------|--|---|---|---|
| 6 meses   | 1º dente decíduo incisivo inferior                                   | Aleitamento materno exclusivo   | Capulana ou fralda humedecida com água  | Não   |
| 18 meses  | 1º Molar decíduo   | Evitar bolachas recheadas, doces, refrigerantes e outros alimentos cariogénicos   | Escova de dentes para criança.<br>Higiene realizada pelos pais  | Início do uso de Pasta de dentes fluoretada   |
| 3-6 anos  | Dentição decídua completa.<br>Erupção 1º Molar permanente aos 6 anos | Evitar alimentos cariogénicos.<br>Estimular consumo de alimentos cariostáticos (queijo, manteiga, nozes, pão, e alimentos que estimulem a mastigação – maçaroca, cenoura, coco) | Escova de dentes infantil.<br>Higiene oral supervisionada pelos pais, sendo a mais importante a higiene nocturna. | Pasta de dentes fluoretada.<br>Crianças com risco de cárie devem fazer bochechos com solução com flúor. |
| 6-12 anos | Dentição mista   | IDEM  | IDEM  | IDEM  |

### 4.1. Introdução

Entende-se por desenvolvimento psico-motor da criança a aquisição espontânea e progressiva de aptidões psico-motoras mais evoluídas. Numa criança normal, esse desenvolvimento processa-se de uma forma sequencial e uniforme, isto é, segura a cabeça, só depois se senta e anda; compreende as palavras, mais tarde pronuncia e depois faz frases. A aprendizagem e aquisição progressiva das diferentes capacidades depende da maturidade do sistema nervoso, de factores genéticos e estimulação do ambiente. Poderá ser afectada por acidentes e doenças intercorrentes. As variações são enormes, mesmo entre crianças normais.

**Os objectivos da avaliação do desenvolvimento psico-motor são:**

1. Diagnóstico precoce e tratamento adequado dos desvios e das suas causas
2. Prevenção das causas da deficiência
3. Promoção da saúde física e mental de todas as crianças

### 4.2. Etiologia

Um grupo importante de atrasos de Desenvolvimento Psico-Motor (DPM) ainda tem etiologia desconhecida.

Quando o atraso existe apenas numa área de desenvolvimento, devemos pensar numa causa orgânica (ex: atraso na fala pode ser devido a surdez). Um atraso global é geralmente causado por factores ambientais ou por problemas orgânicos gerais graves (ex: paralisia cerebral, sequelas de meningite ou malária cerebral, kernicterus).

**As causas mais frequentes de alterações de DPM no nosso País são:**

1. Na vida intra-uterina: Atraso de crescimento intra-uterino, infecções congénitas (sífilis, rubéola, HIV etc.), malformações congénitas.
2. Neonatais: Asfixia, traumatismos obstétricos, infecções (septicémia, meningite), incompatibilidade sanguínea feto-materna.
3. Nos primeiros anos de vida: Infecções (meningite, malária cerebral), causas hereditárias (Síndrome de Down e muitos outros).

### 4.3. Avaliação do DPM

**Para a avaliação do DPM habitualmente consideram-se 4 áreas fundamentais:**

- 1 - A postura erecta e marcha (motricidade global)
- 2 - A manipulação delicada (visão e motricidade fina)
- 3 - A audição e a linguagem
- 4 - As relações sociais e as actividades complexas do dia a dia

Nem sempre o desenvolvimento se dá ao mesmo tempo nas diversas áreas e por isso importa avaliar todas elas de forma seriada e regular para detectar precocemente atrasos ou regressões de desenvolvimento, verificar recuperação ou agravamento em caso de perturbação.

### 1. A motricidade global

É a que menor correlação tem com a inteligência futura. Depende essencialmente da maturação do sistema nervoso. Cada período etário tem o seu comportamento motor pré-programado.

### 2. A visão e motricidade fina

Depende da inter-relação entre a visão, a coordenação óculo-manual e a integração de ambas, a nível cognitivo.

### 3. Audição e linguagem

O desenvolvimento da linguagem é a área que mais se correlaciona com o nível cognitivo futuro. Para que uma criança fale tem que ouvir, querer e necessitar comunicar, compreender e interpretar os símbolos e ter uma infra-estrutura neuromuscular que lhe permita falar. NOTA: Língua Presa não impede as crianças de falar.

### 4. Comportamento e adaptação social

A área das relações sociais e da autonomia. Ao contrário das aquisições motoras, depende largamente de factores ambientais, como o treino e a educação, mas são sobretudo os factores culturais que determinam os padrões de interacção social, comportamento alimentar e de higiene. Assim, a sua avaliação deve ser sempre interpretada no contexto global do desenvolvimento, tendo sempre em conta o que é exigido no seu meio.

#### Padrão de DPM por idade e sinais de alarme

Podemos avaliar o desenvolvimento de modo sumário e rápido, em comparação com padrões médios em idades chave, dos 0 aos 5 anos; devemos ter em atenção os sinais de alarme, cuja presença sugere patologia.

#### 3 meses

1. Mantém a cabeça na posição vertical, de braços eleva a cabeça e apoia-se nos antebraços
2. Segue com o olhar, brinca com as mãos abertas, juntando-as na linha média
3. Reage aos sons suaves (voz humana), alterando a actividade
4. Sorri, quando se lhe fala

#### Sinais de alarme

1. Nunca segura a cabeça; membros tensos em repouso; assimetrias
2. Mãos sempre fechadas; não fixa nem segue com o olhar um objecto a um palmo
3. Sobressalto ao menor ruído
4. Não sorri, chora e treme quando se lhe toca

**6 meses**

1. Segura bem a cabeça e mantém-se sentado com apoio (aumento do tónus axial); leva o pé à boca (hipotonia dos membros); decúbito ventral apoia-se nas mãos, com membros superiores em extensão; em decúbito dorsal, levanta a cabeça; de pé, suporta o peso e tenta saltar
2. Consegue apanhar com ambas as mãos e levar os objectos à boca e transferir de mão em mão; repara em objectos pequenos
3. Galreia; sons mono e dissilábicos
4. Dá gargalhada, muito activo, atento e curioso

**Sinais de alarme**

1. Não segura a cabeça; membros inferiores rígidos e passagem directa à posição de pé quando se tenta sentar; assimetria, abdução limitada ( $< 150^\circ$ ) ou assimetria das coxas
2. Não olha nem pega em objectos; estrabismo
3. Não galreia, nem reage aos sons
4. Desinteresse pelo ambiente; irritável; treme quando se lhe toca

**9 meses**

1. Manté-se sentado sem apoio 10 a 15 minutos; apanha objecto colocado atrás; mantém-se de pé apoiado; rasteja.
2. Apanha um objecto pequeno entre o indicador e o polegar (pinça); come uma bolacha; atira objectos ao chão deliberadamente; leva tudo à boca.
3. Localização de sons suaves 90 cm abaixo e acima do nível do ouvido; imita os sons que ouve.
4. Faz “gracinhas” (palminhas, tá-tá, esconde rosto) se ensinado; distingue os familiares; mastiga

**Sinais de alarme**

1. Não se senta, permanece imóvel sem procurar mudar de posição, assimetrias
2. Não leva objectos à boca; estrabismo ou nistagmo
3. Não reage a sons; vocaliza monotonamente ou perde a vocalização
4. Não imita, apático em relação aos familiares

**12 meses**

1. Anda só pela mão; sentado, roda 180° e levanta-se; gatinha.
2. Explora com energia os objectos; cede objectos; atira-os sistematicamente ao chão; procura um objecto se o viu esconder
3. Dá pelo nome e volta-se; compreende ordens simples “dá cá” e “adeus”; diz uma palavra com significado.
4. Bebe por um copo com ajuda; segura a colher mas não a usa; colabora no vestir levantando os braços.

**Sinais de alarme**

1. Não se põe de pé, nem se mantém de pé
2. Não pega nos objectos, ou fá-lo só com uma mão
3. Não responde a sons
4. Desinteresse pelo ambiente; não brinca nem estabelece contacto; não mastiga.

**18 meses**

1. Anda bem sozinha; sobe escadas com ajuda
2. Constrói torre de 3 cubos; faz rabiscos mostrando preferência por uma mão; olha um livro de bonecos e volta várias páginas de cada vez.
3. Usa 6 a 20 palavras; reconhecíveis e compreende muito mais. Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.
4. Bebe por um copo sem entornar muito. Segura a colher e leva alimentos à boca; ajuda nos trabalhos domésticos; indica necessidade de ir ao penico; gosta de estar com as outras crianças, quando brinca exige muita atenção.

**Sinais de alarme**

1. Não se põe de pé ; marcha na ponta dos pés
2. Ainda se baba e leva tudo à boca ou atira tudo ao chão; ausência de preensão entre o polegar e o indicador (pinça).
3. Não responde quando o chamam; não vocaliza espontaneamente
4. Não se interessa pelo que o rodeia; não estabelece contacto



**2 Anos**

1. Corre; sobe e desce escadas com os dois pés no mesmo degrau; dá pontapés
2. Folheia um livro, folha a folha; desenha rabisco circular. Constrói torre com 6 cubos.
3. Diz o primeiro nome; frases de 2 a 3 palavras; nomeia objectos. Usa pronomes (minha, meu, teu); cumpre ordens do tipo: “põe a colher na chávena”.
4. Usa bem a colher ; põe o chapéu e os sapatos; brinca imitando cenas domésticas; manifesta a sua vontade.

**Sinais de alarme:**

1. Não anda
2. Deita os objectos fora
3. Não parece compreender o que se lhe diz.
4. Não imita

**5 Anos**

1. Fica num pé 3 a 5 segundos com os braços dobrados sobre o tórax. Salta alternadamente num e noutro pé.
2. Constrói escada de 10 cubos. Copia o quadrado e o triângulo. Conta 5 dedos de uma mão. Nomeia 4 cores.
3. Sabe a morada e habitualmente a data de nascimento. Vocabulário fluente; articulação geralmente correcta.
4. Veste-se só. Escolhe os amigos. Compreende as regras de jogo.

Face a uma suspeita de atraso de desenvolvimento, há que ter em conta que os limites do normal são muito amplos e que o “comportamento” da criança durante uma prova poderá ser afectado por inúmeros factores. Convém repetir a avaliação num prazo razoável (1 a 3 meses), pois por vezes assistem-se a recuperações notáveis.

**A perda de aptidões previamente adquiridas deve ser sempre interpretada como um sinal de doença.**

**Normas de Desenvolvimento**

| Idade (meses) | Função Motora Principal       | Função Motora Secundária       | Aptidões Sociais                  | Linguagem                    |
|---------------|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 3             | Apoia o peso nos antebraços   | Abre as mãos espontaneamente   | Sorri apropriadamente             | Ri                           |
| 6             | Senta                         | Transfere objectos             | Demonstra o que gosta e não gosta | Emite sons                   |
| 9             | Tenta levantar-se             | Opõe o polegar                 | Brinca                            | Imita sons                   |
| 12            | Anda quando se segura uma mão | Solta objectos à ordem         | Vem quando se chama               | 1-2 palavras com significado |
| 18            | Sobe escadas com ajuda        | Come com colher                | Imita as acções dos outros        | Pelo menos 6 palavras        |
| 24            | Corre                         | Constrói uma torre de 6 blocos | Brinca com outros                 | Frases de 2-3 palavras       |

**Bandeiras Vermelhas de Desenvolvimento**

| <b>Idade</b>           | <b>Problema de Desenvolvimento</b>  |
|------------------------|---|
| Nascimento até 3 meses | <ul style="list-style-type: none"><li>• Falha em reagir aos estímulos do ambiente</li><li>• Vira antes dos 2 meses (indicativo de hipertonía)</li><li>• Fecha o punho persistentemente</li></ul>                  |
| 4 - 6 meses            | <ul style="list-style-type: none"><li>• Fraco controle cervical</li><li>• Não sorri</li><li>• Não alcança os objectos até o 5 mês</li></ul>   |
| 6 - 12 meses           | <ul style="list-style-type: none"><li>• Não emite sons</li><li>• Incapacidade de localizar sons até aos 10 meses</li></ul>  |
| 12 - 24 meses          | <ul style="list-style-type: none"><li>• Não produz consoantes</li><li>• Dominância duma mão antes dos 18 meses (indica fraqueza contralateral)</li><li>• Não imita palavras ou actividades até o 16 mês</li></ul> |
| Qualquer idade         | <ul style="list-style-type: none"><li>• Perda de marcos previamente adquiridos</li></ul>  |

### 5.1. Introdução

Para garantir um crescimento e desenvolvimento adequado, é indispensável que a criança receba uma alimentação equilibrada em quantidade e qualidade para fornecer energia, formar novos tecidos do corpo e protegê-la contra doenças. A amamentação exclusiva é a melhor maneira de proporcionar o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudável dos recém-nascidos até aos primeiros 6 meses de idade, pois fornece os nutrientes e água necessários (em quantidade e qualidade adequadas) e reduz a mortalidade infantil por doenças comuns da infância, como diarreia e pneumonia, e ajuda na convalescença.

Depois dos seis meses, com o objectivo de suprir as necessidades nutricionais, a criança deve começar a receber alimentação complementar segura e nutricionalmente adequada, em simultâneo com a amamentação, até aos dois anos de idade ou mais.

### 5.2. Alimentação dos 0 aos 6 meses de idade

A mãe deve dar somente o leite do seu peito ao bebé durante os seis primeiros meses de vida, sem chás, água, sumos ou outros leites e sem qualquer outro tipo de alimento líquido ou sólido, senão com prescrição médica. A mãe deve amamentar com o leite do peito tantas vezes quantas a criança quiser, de dia e de noite, pelo menos 8 vezes ao dia.

Crianças alimentadas exclusivamente com leite materno normalmente dobram de peso do nascimento até os seis meses.

Para que as mães consigam amamentar exclusivamente até os seis meses, recomenda-se:

1. Iniciar a amamentação dentro da primeira hora;
2. Que a amamentação aconteça todas as vezes que a criança quiser, de dia e de noite;
3. Não usar biberões nem chuchas, nem dar outros leites.

As mães que amamentem precisam de comer bem e aumentar o número de refeições, e tomar suficientes líquidos (conforme a sua sede; devem tomar até 2 litros por dia, por ex. água limpa, sumos, água de lanho, ou chá), para manter a sua saúde.

**O pessoal de saúde deve promover o aleitamento materno exclusivo, explicando às mães qual a sua importância e dando apoio para este processo através de uso de materiais de IEC que facilitem o seu entendimento, apoio psicossocial para fortalecer a sua confiança e apoio prático para a pega e posicionamento.**

### 5.3. Alimentação dos 6 aos 24 meses de idade

A alimentação complementar, como o próprio nome diz, é para complementar o leite materno e não para substituí-lo.

Os alimentos complementares devem ser introduzidos a partir dos 6 meses, continuando a amamentar até aos 24 meses, de acordo com a Tabela 4.



As crianças devem comer no seu prato individual. Recomenda-se que as mães e os cuidadores estimulem as crianças a comer de uma forma activa, mas nunca se deve forçar uma criança a alimentar-se.

As **crianças doentes** devem continuar a ser alimentadas muitas vezes durante o dia, em pequenas quantidades de cada vez. No período de convalescença, o número de refeições deve aumentar durante 1 a 2 semanas. No caso de diarreia, as crianças devem tomar mais líquidos para prevenir a desidratação.

É importante perguntar à mãe quais são os alimentos que ela tem disponíveis e acessíveis para preparar a comida. Isto permitirá fazer o aconselhamento com base em alimentos possíveis de adquirir e dar recomendações específicas e efectivas.

As mães e os cuidadores devem ser também educados sobre a importância da higiene pessoal: lavar as mãos antes da preparação dos alimentos e depois de usar os sanitários (a casa de banho ou a latrina); conservação dos alimentos (guardar a comida num lugar fresco e coberto); higiene dos utensílios de cozinha (lavar e proteger bem os utensílios de cozinha); e utilização de água potável. Antes de comer, deve-se lavar com as mãos e o rosto da criança com água e sabão. Na falta de sabão pode-se lavar as mãos com cinza.

**Tabela 4: Sumário- Alimentação da criança de 0 até 24 meses**

|  |  |   |
|--|--|---|
| <p><b>Até 6 meses de idade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aleitamento Materno Exclusivo.</li> <li>• Amamentar sempre que a criança quiser, de dia e de noite, pelo menos 8 vezes por dia.</li> <li>• Não dar outros alimentos ou líquidos, mesmo água.</li> </ul>  | <p><b>6 a 7 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentar sempre que a criança quiser .</li> <li>• Introduzir papas de cereais disponíveis localmente (1 vez por dia), enriquecidas com amendoim pilado, óleo ou leite de côco e folhas verdes, alimentos de origem animal (peixe ou carne, ou gema de ovo esmagado). Aumentar as quantidades progressivamente, conforme a aceitação pela criança.</li> <li>• No intervalo das refeições, dar fruta fresca da época em pedaços pequenos ou amassada 1 vez por dia.</li> </ul> | <p><b>8 a 9 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amamentar sempre que a criança quiser.</li> <li>• Manter as papas enriquecidas (1 vez por dia).</li> <li>• Oferecer papas de legumes, caldo de feijão, carne ou gema de ovo bem cozidos e cereal (arroz, massa) em pequenas quantidades (1 vez por dia).</li> <li>• No intervalo das refeições, dar fruta fresca da época em pedaços pequenos ou amassada 1 a 2 vezes por dia.</li> </ul>  |
| <p><b>10 a 11 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter o esquema anterior (dos 8 aos 9 meses).</li> <li>• Introduzir gradualmente (1 vez por dia) a comida da família, devendo ser esmagada.</li> <li>• No intervalo das refeições, dar fruta fresca da época em pedaços pequenos ou amassada 1 a 2 vezes por dia.</li> </ul> | <p><b>12 meses a 24 meses</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter o esquema anterior (dos 10 aos 11 meses).</li> <li>• Oferecer a comida da família 3 vezes por dia.</li> <li>• Dar fruta fresca em pedaços ou amassada e/ou papas de cereais enriquecidas ou tubérculos 2 vezes por dia.</li> </ul>    | <p><b>2 anos em diante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A primeira refeição do dia deverá ser papa de cereais enriquecida.</li> <li>• Dar alimentos que a família consome em 3 refeições diárias, sempre seguida de frutas frescas da época.</li> <li>• Dar também, 2-3 vezes por dia, entre as refeições, fruta fresca, batata-doce, mandioca.</li> <li>• Pode-se oferecer também o leite artificial completo 1-2 vezes por dia se a criança já não mama.</li> </ul>  |

**Nota:** Estas recomendações aplicam-se a crianças de mães sem HIV ou que não conhecem o seu estado de HIV. As mães **QUE NÃO SABEM** se têm HIV devem ser aconselhadas a amamentar mas também a fazer o teste, de modo a poderem tomar decisões informadas.

### 6.1. Introdução

Em Moçambique, tal como nos outros países em desenvolvimento, as doenças infecciosas ocupam o primeiro lugar entre as causas de morte. São também graves as consequências dessas doenças nos sobreviventes, principalmente a paralisia da poliomielite, e as sequelas da tuberculose e do sarampo. No entanto, a maioria dessas doenças é evitável através da vacinação.

**Tabela 5: Vacinas e doenças abrangidas pelo PAV**

| VACINA               | DOENÇA ALVO  |
|----------------------|--|
| BCG                  | Tuberculose  |
| Vacina anti-pólio    | Poliomielite   |
| DTP-Hepatite B e Hib | Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, Hepatite B, Meningite e Infecções respiratórias causadas por Haemophilus b |
| Vacina anti-sarampo  | Sarampo  |
| Vacina anti-tétano   | Tétano   |

### 6.2. Calendário Nacional de Vacinação

**Tabela 6: Calendário de vacinação**

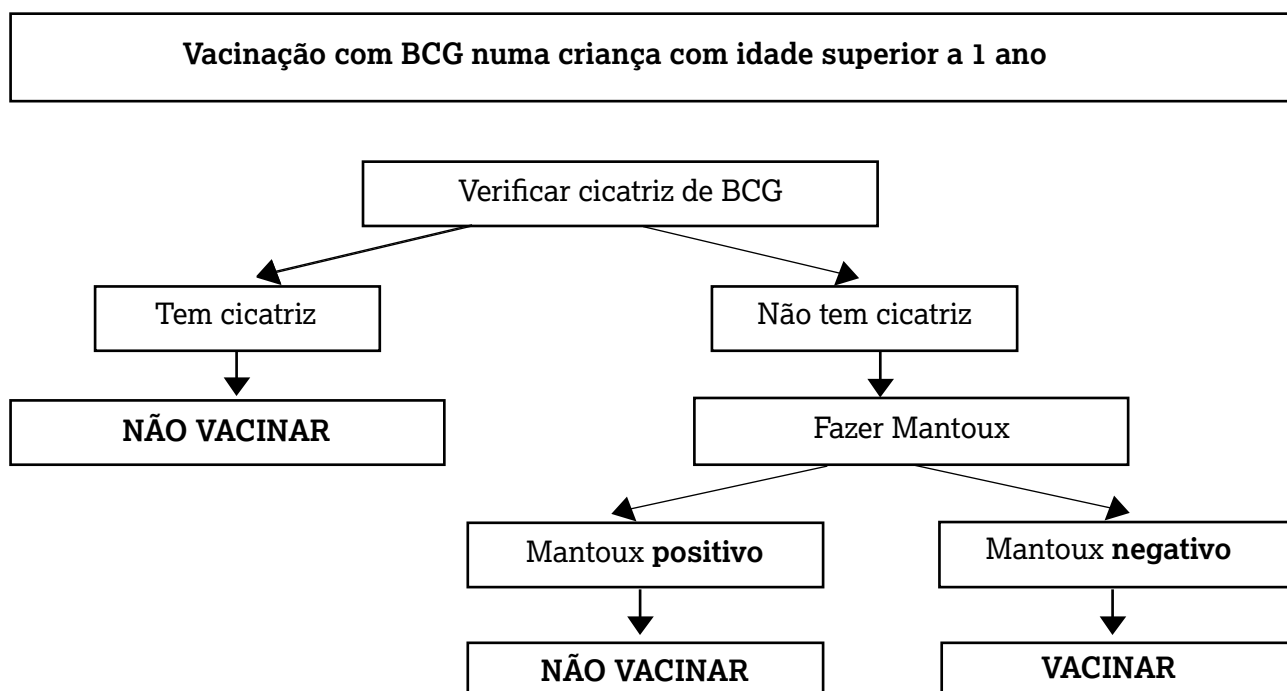
| VACINA          | IDADE IDEAL PARA A VACINAÇÃO   |
|-----------------|--|
| BCG             | À nascença, ou o mais cedo possível após o nascimento  |
| Pólio 0         | À nascença, ou o mais cedo possível após o nascimento  |
| Pólio 1         | 2 meses  |
| Pólio 2         | 3 meses  |
| Pólio 3         | 4 meses  |
| DTP-HepB 1e Hib | 2 meses  |
| DTP-HepB 2e Hib | 3 meses  |
| DTP-HepB 3e Hib | 4 meses  |
| Anti-sarampo    | 9 meses  |
| Anti-tétano     | 6 anos (alunos matriculados pela primeira vez na primeira classe)<br>7 anos (alunos na segunda classe) |

**Este calendário é o ideal. Se não for possível segui-lo à risca, deve adaptá-lo às condições locais. As regras a lembrar, são:**

1. A vacina anti-sarampo não deve ser aplicada antes dos 8 meses e meio de idade.
2. As vacinas de aplicação múltipla, Pólio, DTP + HepB + Hib, devem ser dadas num intervalo mínimo de 4 semanas (1 mês) entre as doses. Estas vacinas também podem ser iniciadas em crianças com 6 semanas de idade que, por qualquer motivo, apareçam na unidade sanitária antes da idade ideal de vacinação - 2 meses.

3. Uma criança que apareça pela primeira vez na unidade sanitária com 1 ano de vida, deverá:

- ✓ Ser administrada com a vacina anti-sarampo, DTP +HepB, Pólio e Hib, e marcar as doses complementares com um intervalo de 4 semanas (1 mês);
- ✓ Verificar se tem ou não cicatriz de BCG, se tiver: não deve ser feita a vacina, se não tiver: fazer o MANTOUX, se for positivo, não vacinar, se for negativo, vacinar.



### 6.3. Contra-indicações para a vacinação

- ✓ Não dar BCG a uma criança que, comprovadamente, tenha SIDA ( OMS III, IV) ou tuberculose neonatal
- ✓ Não dar DTP+HepB e Hib a uma criança que tenha tido convulsões ou tenha estado em CHOQUE nos três dias após a dose mais recente da vacina.
- ✓ Não dar DTP+HepB e Hib a uma criança com convulsões recorrentes ou outra doença neurológica activa do sistema nervoso central.

**NÃO ESTA CONTRA-INDICADO VACINAR  
UMA CRIANÇA DOENTE,  
COM ESTADO GERAL ESTÁVEL E EM CONDIÇÕES DE IR PARA CASA**

## 7.1. Suplementação com Vitamina A

A quem se deve suplementar Vitamina A na consulta da criança sadia?

- ✓ Todas as crianças de 6-59 meses de idade

**Tabela 7: Dosagem de vitamina A**

| Idade         | Dose de vitamina A - cápsula de 200 000 IU |                     |
|---------------|--|---------------------|
| 6 - 11 meses  | 100 000 IU                                 | ½ cápsula (4 gotas) |
| 12 - 59 meses | 200 000 IU                                 | 1 cápsula           |

**Com que frequência as crianças e mulheres devem ser suplementadas?**

- As crianças devem ser suplementadas com vitamina A de 6 em 6 meses

### Conselhos e Mensagens Sobre Suplementação com Vitamina A

- A vitamina A ajuda a crescer, protege a vista, fortalece o sistema imunitário, e previne contra as doenças infecciosas. As crianças dos 6 meses até aos 5 anos devem ser suplementadas com vitamina A de 6 em 6 meses. Leve a sua criança ao Centro de Saúde para receber vitamina A.
- A vitamina A é essencial para uma boa visão, evita a cegueira noturna, é importante para a saúde da pele, e previne contra doenças infecciosas. Dê vitamina A a sua criança de 6 em 6 meses.
- Dê a sua criança diariamente um alimento rico em vitamina A, como a papaia, manga, abóbora, batata doce de polpa alaranjada, cenoura, folhas verdes, peixe, ovo e fígado. Estes alimentos devem ser preparados com óleo, amendoim ou coco.

## 7.2. Desparasitação

O desparasitante deve ser dado como rotina para todas as crianças de 12-59 meses de idade de 6 em 6 meses. Pode se dar na mesma altura do suplemento de Vitamina A.

### Dosagem de Mebendazol

500 mg - dose única, de 6 em 6 meses OU 100mg - 2 vezes/dia - durante 3 dias (se a criança tiver mais de 12 meses e não tiver tido uma dose nos últimos 6 meses)

**Tabela 8: Dosagem de Mebendazol**

|                  |                           |              |
|------------------|---------------------------|--------------|
| Mebendazol 500mg | 1 comprimido (dose única) | Cada 6 meses |
| Mebendazol 100mg | 6 comprimidos 1+1 3 dias  | Cada 6 meses |

Nas crianças com idade superior a 5 anos, a desparasitação deve ser feita com dose única de **Albendazol 400mg**, conforme o calendário da consulta criança sadia.

Deve-se preencher o peso na curva do crescimento e parâmetros antropométricos no cartão de saúde da criança e notificar os motivos que estejam relacionados com a perda de peso. Para melhor vigilância nutricional, devem ser identificadas as crianças com crescimento normal e insuficiente bem como crianças com peso normal, baixo peso e peso muito baixo, devendo-se por isso preencher estes dados nas fichas de vigilância nutricional.

Deve-se anotar, no cartão de saúde da criança e nas fichas de Vitamina A e de Desparasitação, as doses de Vitamina A e Mebendazol administradas.



Uma das actividades importantes da consulta da criança sadia é a EDUCAÇÃO DA MÃE/ CUIDADOR.

O momento mais apropriado para fazer a educação da mãe é na altura da consulta, pois está mais receptiva e a oportunidade deve ser bem utilizada pelo pessoal de saúde, através da educação individual e colectiva.

Uma forma positiva de iniciar a educação da mãe é elogiando todos os aspectos positivos da sua conduta, mesmo o simples facto de ter trazido a criança à unidade sanitária; explicar porque são aspectos positivos e de seguida, explicar o porquê de certas condutas serem negativas, ou prejudiciais à criança. Deve-se dar ênfase aos sinais de PERIGO, que impliquem uma visita URGENTE à unidade sanitária, e os outros sinais importantes a vigiar que indiquem que a criança deve voltar à unidade sanitária antes da data prevista para controlo. Deve ficar claro quanto à data da consulta de controlo, bem como as instruções de como cuidar da criança. Devemos perder algum tempo para fazer estas considerações, demonstrando, se possível, a forma de administrar a medicação e confirmando se a mãe conseguiu apreender todas as mensagens transmitidas. Na educação sanitária colectiva, o educador deve evitar palestras longas. Para despertar o interesse dos participantes, deve incentivar a troca de experiências e opiniões perante problemas de saúde e encontrar oportunidades para transmitir mensagens. A demonstração prática e os meios audio-visuais são recursos importantes e melhoram a educação sanitária. As mensagens devem ser adaptadas à realidade concreta da comunidade e NUNCA fazer recomendações para além da capacidade da população.

**Temas propostos para a educação colectiva, que devem ser adaptados às condições locais:**

1. Crescimento e desenvolvimento da criança
2. Vacinações
3. Aleitamento materno exclusivo
4. Alimentação da criança maior de 6 meses
5. Importância da prevenção da cárie dentária – higiene oral e outros cuidados
6. Higiene individual e dos alimentos
7. Saneamento do meio
8. Tratamento da diarreia com SRO e soluções caseiras e zinco
9. Tratamento de infecções respiratórias agudas
10. Prevenção de acidentes e intoxicações
11. Prevenção da malária e tuberculose
12. Orientação para o planeamento familiar
13. Educação sexual para crianças maior de 10 anos
14. Envolvimento do pai e outros membros da família na saúde da criança e adolescente
15. Prevenção de HIV/SIDA, prevenção de transmissão vertical e tratamento antiretroviral
16. Quando procurar a unidade sanitária



## **Normas de Atendimento à Criança em Risco**

# 1 Capítulo 1: Introdução

Um dos objectivos da Consulta da Criança Sadia é o de identificar as crianças que tem problemas de crescimento ou que não se desenvolvem normalmente. Essas crianças estão em risco de desenvolver doenças e desnutrição. Merecem atenção e cuidados adequados. Para tal propósito, em cada Centro de Saúde deve existir um atendimento para crianças em risco chamada Consulta da Criança em Risco (CCR), onde as crianças mais vulneráveis podem receber um atendimento personalizado e adequado aos problemas apresentados.

**As crianças com as seguintes condições devem ser encaminhadas à CCR:**

- Crianças com crescimento insuficiente, desnutrição aguda moderada ou desnutrição aguda grave, sem complicações;
- Crianças expostas ao HIV
- Crianças em contacto com tuberculose pulmonar;
- Recém-nascidos com peso à nascença inferior a 2500g;
- Gémeos;
- Crianças com idade inferior a 6 meses em aleitamento artificial;
- Crianças desmamadas (que pararam o aleitamento materno ou que nunca mamaram ao peito) com idade inferior a 12 meses;
- Crianças com atraso do desenvolvimento psicomotor;
- Crianças com história de internamentos múltiplos ou por doença grave;
- Crianças órfãs

A detecção e referência das crianças à CCR é um indicador de bom funcionamento da consulta da criança sadia.

## 2 Capítulo 2: Organização da CCR

### 2.1. Lugar, Horário e Recursos

A consulta da “CRIANÇA EM RISCO” deve funcionar no mesmo lugar, mesmo tempo e com a mesma ESMI que a consulta da “Criança Sadia”, na Consulta Integrada da Criança (CIC). É sempre necessário assegurar que o lugar escolhido para a consulta permita conversar e aconselhar as mães/cuidador com privacidade.

### 2.2. Ficheiro móvel

Todas as crianças em risco devem ter uma ficha individual (anexo 7) e deve ser atribuído um NID pessoal.

As fichas devem ser arquivadas num ficheiro especial chamado ficheiro móvel, organizado por meses: no fim de cada consulta a ficha da criança deve ser colocada na divisão correspondente ao mês marcado para a consulta seguinte.

As fichas das crianças faltosas permanecem na divisão correspondente ao mês da consulta em que a criança não compareceu, em vez de “avançar” no ficheiro para o mês seguinte.

A correcta utilização deste ficheiro permite-nos identificar os faltosos que, muitas vezes, são os que necessitam de maiores cuidados, e realizar a busca activa consentida.

Considera-se faltosa uma criança que não aparece à consulta até 30 dias após a data marcada.

Considera-se abandono quando uma criança não aparece à consulta após 3 meses da data marcada, e tenham sido feitas tentativas para encontrá-la no domicílio.

O ficheiro deve ter uma divisão/gaveta para os faltosos, os das altas (abandonos, os falecidos e os transferidos)

### 2.3. Visitas domiciliárias

A maioria das crianças em risco que necessitam de atendimento na CCR provém de famílias com problemas sociais, por isso é natural que se registre uma percentagem elevada de faltosos.

Para conseguir um adequado seguimento das crianças identificadas, é indispensável que o pessoal de saúde organize a busca dos faltosos nos seus domicílios, para trazê-los de volta ao controle.

A Unidade Sanitária deverá, em princípio, organizar visitas domiciliárias integradas às crianças faltosas da “CCR”, bem como aos doentes de outros sectores (por ex.: doentes faltosos com Tuberculose, HIV, grávidas em risco (ARO), etc.), racionalizando da melhor forma esta actividade e procurando parcerias com a comunidade.

### 2.4. Colaboração com a comunidade

Para que o pessoal de saúde tenha sucesso nas suas actividades de visitas domiciliárias, é necessário que tenha uma estreita ligação com a comunidade (APEs, parteiras tradicionais, activistas, mães modelo). Cada unidade sanitária deve ter um ponto focal para comunicação com a comunidade. As Unidades Sanitárias devem cooperar com as diferentes Organizações da Comunidade já existentes (Comités de Saúde, Conselhos de líderes, Confissões religiosas, Organizações Comunitárias de Base - OCBs e outras), desenvolvendo desta forma confiança e coesão com a população alvo.

A conduta a ter nas crianças em risco depende do motivo (nos parágrafos a seguir serão detalhadas as actividades previstas para cada categoria de crianças).

Existem, todavia, actividades que devem ser sempre desempenhadas, independentemente do tipo de problema apresentado pelo doente:

1. Introdução dos dados da criança no livro de CCR. As crianças expostas ao HIV devem ser registadas também no livro da PCR na altura da realização do teste. As crianças que recebem ATPU ou MAE devem ser registadas também no livro do programa da reabilitação nutricional (PRN).
2. Abertura e actualização da ficha individual da criança: a ficha é aberta durante a primeira consulta e deve ser actualizada a cada contacto.
3. Preenchimento detalhado das guias em caso de referência/transferência da criança para outro lugar.
4. Anotação das informações relevantes (Prevenção de Transmissão Vertical, Testagem, Profilaxia rescem nascido, Parâmetros de Desenvolvimento Psicomotor, Parâmetros Antropométricos ) no cartão de saúde da criança.
5. Deve se oferecer a todas as crianças e seus cuidadores com estado serológico por HIV desconhecido aconselhamento e testagem para HIV.

## 4 Capítulo 4: Criança Exposta ao HIV

4

Capítulo 4 • Criança Exposta ao HIV

### 4.1. Introdução e definição

Uma mulher infectada pelo o vírus de HIV pode transmitir a infecção ao filho durante a gravidez, o parto e durante a amamentação. Essa forma de transmissão da infecção de mãe para filho chama-se Transmissão Vertical (TV). O programa nacional de Prevenção da Transmissão Vertical do HIV (PTV) visa implementar medidas preventivas para proteger a saúde das mães, reduzir ao mínimo o risco das crianças adquirirem o HIV e providenciar o seguimento delas até ao diagnóstico definitivo, com o objectivo principal de protegê-las das possíveis infecções oportunistas.

No âmbito do PTV, o seguimento das mães inicia na consulta pré-natal, continua na sala de parto, na consulta pós-parto e na consulta integrada para doenças crónicas, enquanto o seguimento dos bebés inicia na sala de parto e continua na CCR ou nas consultas de doenças crónicas, caso a criança seja identificada como seropositiva- infectada com HIV.

O seguimento das crianças expostas ao HIV na CCR inicia a partir do primeiro mês de idade, mas qualquer criança filha de mãe seropositiva com menos de 18 meses que apareça à consulta deve ser registada e atendida segundo os protocolos (ver fluxograma criança exposta ao HIV).

As crianças expostas ao HIV nessa consulta recebem os devidos cuidados até os primeiros 18 meses de vida, que incluem o controle do crescimento ponderal, do desenvolvimento psicomotor, profilaxia com CTZ e Nevirapina e os testes diagnósticos para a confirmação ou exclusão da infecção pelo HIV (teste virológico - PCR DBS ADN de HIV e teste rápido para o HIV - Determine e Unigold), segundo o calendário previsto.

Se durante o período de observação a criança apresentar sinais de alarme ou um dos resultados dos testes feitos der positivo, a criança deve ser imediatamente transferida ou referida para a consulta de doenças crónicas mais próxima: quanto mais rapidamente iniciar o tratamento, tanto maior é a probabilidade de sobrevivência.

NB: Todas as crianças das quais não sabemos o seroestado da mãe, antes de fazer o teste PCR DBS ADN de HIV, devem fazer o teste rápido de HIV.

### 4.2. Avaliação e Conduta:

- História clínica da mãe: PTV, TARV; estadiamento OMS
- História clínica recente da criança, incluindo informações sobre alimentação infantil, cumprimento do calendário de vacinas, contactos com TB e internamentos recentes;
- Exame físico completo com avaliação do peso, estatura, peso para estatura, perímetro craniano, edemas, desenvolvimento psicomotor e reconhecimento de sinais de alarme: Pneumonia grave, Desnutrição, Candidiase oro-esofágica, Dermatite crónica, Otite crónica, Diarreia persistente, Linfadenopatia persistente e generalizada
- Testagem para a confirmação do estado serológico da criança ( Anexo 2: Algoritmo de diagnóstico de HIV para criança exposta)

### Diagnóstico de HIV nas crianças menores de 18 meses:

- 1) Todos os lactentes com o estado serológico desconhecido têm que ter a confirmação da exposição ao HIV no primeiro contacto com a unidade sanitária, na altura em que a mãe recebe o cartão da saúde da criança na maternidade ou na primeira consulta pós parto nos casos de partos fora da maternidade.
- 2) Todas as crianças expostas ao HIV devem fazer o teste virológico (PCR ADN HIV) entre o 1º e o 9º mês de vida. Recomenda-se fazer este teste ao 1º mês de vida ou na primeira oportunidade que se apresenta na Unidade Sanitária.
- 3) Todas as crianças com teste PCR ADN HIV positivo devem ter um 2º teste PCR ADN HIV para confirmar o diagnóstico. Recomenda-se fazer o 2º teste PCR ADN HIV na altura da entrega do resultado do primeiro teste PCR ADN HIV.

### NOTA: INÍCIAR O TARV, SEM ESPERAR O RESULTADO DO 2º TESTE PCR DNA HIV.

- 4) Todas as crianças expostas ao HIV com idade igual ou superior a 9 meses, que não fizeram o PCR – ADN HIV antes ou que tiveram o teste PCR ADN HIV negativo devem fazer o teste rápido aos 9 meses. As crianças com resultado de teste rápido positivo devem fazer o teste PCR ADN HIV para confirmar o diagnóstico.
- 5) Em crianças com teste rápido negativo aos 9 meses e que não estão em aleitamento materno há mais de 2 meses e sem nenhum sintoma sugestivo de HIV, exclue – se a infecção por HIV e ,recomenda-se:
  - ✓ parar a profilaxia com Cotrimoxazol
  - ✓ dar alta da CCR

Para as crianças expostas ao HIV e que não têm acesso ao teste PCR ADN HIV , mas que apresentam a infecção sintomática por HIV podemos fazer o diagnóstico presuntivo e iniciar o TARV. (algoritmo diagnóstico presuntivo em anexo 3).

- Aconselhamento à mãe/cuidador
- Preenchimento do livro da CCR, livro da PCR, livro do PRN e ficha individual da criança

### 4.3. Tratamento de rotina:

➤ Esquema recomendado no recém nascido para a Profilaxia da Transmissão Vertical (ver Anexo 4)

#### Nos casos em que a mãe não está em TARV:

- Nos recém nascidos que estejam em aleitamento materno: administração diária de Nevirapina ( 2mg/kg de peso 1 vez por dia) desde o nascimento até 1 semana após ter terminado toda e qualquer exposição ao leite materno;
- Nos recém nascidos que não estejam em aleitamento materno: administração diária de AZT ( 4 mg/kg de peso 12/12 horas) desde o nascimento até 6 semanas de vida.

#### Nos casos em que a mãe está em TARV:

- Os recém nascidos que estejam em aleitamento materno devem receber Nevirapina ( 2mg/kg de peso) diária desde o nascimento até 6 semanas de vida;
- Os recém nascidos que não estejam em aleitamento materno devem receber AZT ( 4 mg/kg de peso 12/12 horas) desde o nascimento até 6 semanas de vida.

- Profilaxia com Cotrimoxazol a partir de 1 mês de vida (ver tabela 9)
- Vitamina A de 6/6 meses de 6 até 59 meses de idade e Mebendazol de 6/6 meses de 12 até 59 meses de idade

O CTZ está disponível nas seguintes formulações:

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

**Tabela 9: Dosagem de Cotrimoxazol**

| Dosagem de CTZ: DOSE ÚNICA por dia |                     |                  |
|------------------------------------|---------------------|------------------|
| PESO (Kg)                          | xarope 240mg / 5 ml | Comprimido 480mg |
| < 7                                | 2.5ml               |                  |
| 7-10                               | 5ml                 | ½ Comprimido     |
| 10-15                              | 7.5ml               | 1 Comprimido     |
| 15-20                              | 10ml                | 1 Comprimido     |

**Tabela 10: Dosagem de Nevirapina**

| Dosagem de Nevirapina: DOSE ÚNICA por dia |               |                |
|---|---------------|----------------|
| Idade                                     | Dosagem em mg | Xarope 10mg/ml |
| Peso à nascença<br>2000-2499g             | 10mg          | 1ml            |
| Peso à nascença<br>> 2500g                | 15mg          | 1.5ml          |
| 1-6 meses                                 | 20mg          | 2ml            |
| 6-9 meses                                 | 30mg          | 3ml            |
| > 9 meses                                 | 40mg          | 4ml            |

#### 4.4. Periodicidade da consulta

- Mensal até 12 meses de idade e depois bimensal ( 2 em 2 meses) até à alta do tratamento.

#### 4.5. Critérios de referência para a consulta Médica ou consulta de doença crónica

- Presença de sinais de alarme para HIV (Pneumonia grave, Desnutrição aguda moderada/ grave ou desnutrição que não responde ao tratamento, Candidíase oro-esofágica, Dermatite crónica, Otorreia.) ou qualquer outra complicação ( AIDNI)

#### 4.6. Critérios de alta:

##### Alta para o Serviço TARV/ doença crónica

- PCR positivo em qualquer idade
- Teste rápido para HIV positivo aos 18 meses de idade



### Alta para o seguimento na CCS

- Teste rápido negativo aos 9 meses e quando a criança não esteja em aleitamento materno há mais de 2 meses e não tenha nenhum sintoma sugestivo de infecção por HIV
- Teste rápido para HIV negativo aos 18 meses ou **2** meses depois do desmame

*Antes de dar alta a uma criança, deve perguntar-se sempre à mãe quando parou de amamentar.*

### 4.7. Alimentação infantil no contexto HIV

Práticas de amamentação e duração da amamentação para mulheres seropositivas

- As mães seropositivas (e cujos filhos não estejam infectados pelo HIV ou se desconhece o seu estado serológico) devem amamentar exclusivamente os seus bebés nos primeiros 6 meses de vida,
- Depois dos 6 meses, a mãe deve introduzir alimentos complementares adequados, e continuar a amamentação durante os primeiros 12 meses de vida.

A amamentação deve, por isso, terminar só quando for possível fornecer uma alimentação nutritiva adequada e segura sem aleitamento materno.

As mães seropositivas que num dado momento decidam deixar de amamentar devem ser instruídas a parar gradualmente, no prazo de um mês. As crianças que tenham estado a ser submetidas a profilaxia anti-retroviral devem continuar com a profilaxia durante uma semana após a amamentação ter terminado completamente.

Lembre-se sempre “ Não é aconselhável terminar bruscamente a amamentação”

#### No caso de o bebé ser seropositivo

Se os bebés e as crianças jovens forem seropositivos, aconselha-se às mães a amamentarem exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida, e a continuarem com a amamentação até aos dois anos ou mais.

#### Que alimentos dar aos bebés quando a mãe parar de amamentar

Quando as mães infectadas pelo HIV decidem deixar de amamentar em qualquer momento, os bebés devem receber alimentação de substituição segura e adequada para permitir o seu crescimento e desenvolvimento normais.

As alternativas para a amamentação incluem o seguinte:

- **Para crianças com menos de 6 meses de idade:**

- Leite infantil de fórmula comercial desde que satisfaça determinadas condições *AVASS (acessível, viável, aceitável, sustentável e segura)*

O leite animal modificado em casa não é recomendado como alimento de substituição nos primeiros seis meses de vida

- Leite materno expremido e tratado com calor

- **Para crianças com mais de 6 meses de idade:**

- Leite infantil de fórmula comercial desde que satisfaça as condições AVASS.

### Condições necessárias para uma alimentação segura com fórmula para lactentes

As mães seropositivas só devem dar leite de fórmula comercial para lactentes como alimentação de substituição aos seus bebês não infectados pelo HIV ou bebês cuja condição de HIV é desconhecida, quando estejam satisfeitas determinadas condições AVASS

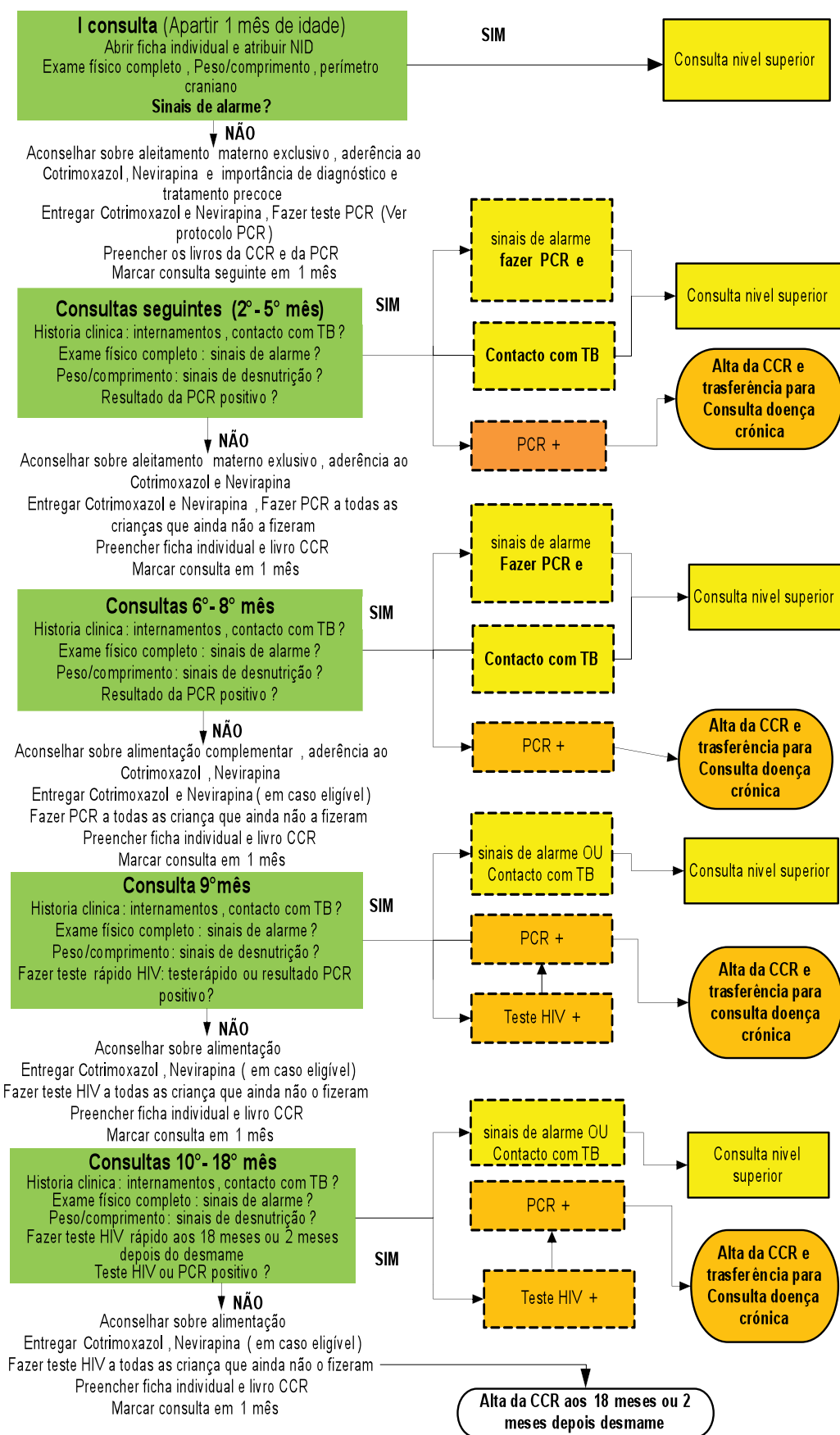
- a. haver água potável e saneamento na família e ao nível da comunidade, e,
- b. a mãe, ou outra pessoa responsável, esteja em condições de dar ao bebê a fórmula infantil de modo seguro, e em quantidade suficiente para garantir um crescimento e desenvolvimento normal da criança, e,
- c. a mãe ou a pessoa responsável pelo bebê pode prepará-lo com a higiene e a frequência necessárias para que ele seja seguro e com baixo risco de diarreia e desnutrição, e,
- d. a mãe ou a pessoa responsável pela criança possa dar apenas leite de fórmula nos primeiros seis meses, e,
- e. a família apoie esta prática, e
- f. a mãe ou outra pessoa responsável pela criança tenha acesso a cuidados de saúde globais para as crianças.

### 4.8. Aconselhamento

A mãe/cuidador de uma criança exposta deve receber em cada consulta um aconselhamento abrangente com os seguintes conteúdos:

- Necessidade de um seguimento periódico da criança até aos 18 meses de idade
- Aleitamento materno exclusivo e boas práticas de aleitamento materno
- Nutrição e cuidados gerais da mãe e da criança
- Opções de alimentação infantil e boas práticas de alimentação
- Significado do Teste de PCR- ADN HIV e teste rápido para HIV como preparação dos pais/cuidadores a receber o resultado
- Importância da Profilaxia com Cotrimoxazol e Nevirapina
- Calendário de vacinação
- Transmissão do HIV; saúde da mãe no geral e em particular a sua saúde reprodutiva; PF e uso do preservativo
- Envolvimento do pai e outros membros da família na saúde da criança
- Ligação com outros serviços de saúde e com grupos de apoio comunitário.

## CCR - Crianças Expostas ao HIV



**\*\*Sinais de alarme: Pneumonia grave, Desnutrição, Candidíase oro-esofágica, Dermatite crônica, Otite crônica, Diarreia persistente, Linfadenopatia persistente e generalizada**

### 5.1. Introdução e definição

O técnico da CCR deverá classificar o estado nutricional de todas as crianças através da avaliação de curva de crescimento, presença do edema bilateral, medição de peso, estatura, e determinar se a criança está com crescimento insuficiente ou desnutrição aguda.

Uma criança apresenta um crescimento insuficiente quando não apresenta aumento de peso entre duas pesagens consecutivas, num intervalo não inferior a 1 mês e não superior a 3 meses, o que significa curva de crescimento horizontal ou em declínio da curva no Cartão de Saúde da Criança. As crianças com peso para estatura (P/E) ou IMC/ idade entre -1 e -3 desvios padrão (DP) ou com presença de edema bilateral apresentam desnutrição aguda.

O crescimento insuficiente ou desnutrição aguda devem ser sempre considerados um sinal de alarme, pois indicam que algo está a impedir o desenvolvimento normal da criança. A demora na detecção e tratamento das causas responsáveis da falência de crescimento ou desnutrição aguda pode provocar consequências graves para a criança, por isso, todos os casos de crescimento insuficiente ou desnutrição aguda detectados na consulta da criança sadia (CCS) devem ser imediatamente encaminhados para a Consulta da Criança em Risco.

O técnico da CCR deverá classificar o estado nutricional da criança, investigar a presença de condições clínicas que expliquem a falência de crescimento ou desnutrição aguda e tratar a criança ou referi-la ao nível superior de acordo com os critérios abaixo reportados.

### 5.2. Avaliação

- História clínica detalhada com particular atenção para antecedentes de contacto com TB ou exposição ao HIV e a conduta alimentar.
  - Em caso de história de contacto com adultos com TB, referir a criança à consulta médica depois de ter tratado a criança segundo os protocolos.
  - Em todos os casos, nos quais o estado serológico por HIV da mãe e da criança for desconhecido, fazer aconselhamento e testagem para HIV. Em caso de teste positivo, referir a mãe e a criança para a consulta das doenças crónicas depois de ter concluído com a consulta.
- Avaliação do estado geral da criança, grau de desenvolvimento psicomotor e presença de complicações: anorexia, presença de edema bilateral, dificuldade respiratória, anemia grave, desidratação, alteração do estado de consciência. Para a classificação do edema ver a tabela 2 página 16.
- Classificação do estado nutricional através da medição do peso, estatura, e presença de edema bilateral. Segundo estes parâmetros, a desnutrição aguda nas crianças pode ser classificado como grave, moderada ou ligeira (ver tabela 11)

O resultado de ambas avaliações, nutricional e médica, determina se a criança vai receber o tratamento ambulatorio (CCR), ou vai ser encaminhada para o tratamento no internamento.

**As crianças com desnutrição aguda grave (DAG) com sinais de doença/ complicações devem ser urgentemente referidas para internamento na pediatria mais próxima, depois de empreendidas medidas mínimas de estabilização do doente.**

**As crianças com desnutrição aguda moderada (DAM) e com desnutrição aguda grave (DAG), quando estejam alertas, tenham bom apetite e não tenham complicações, podem receber tratamento ambulatorio ( CCR) com seguimento regular.**

*Para mais detalhes sobre o tratamento da desnutrição aguda grave leia o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional.*

**Tabela 11: Parâmetros de Classificação da Desnutrição Aguda**

| Indicadores Nutricionais:        | Edema Bilateral | P/E ou IMC/Idade | Perímetro Braquial Médio (PB)   |
|----------------------------------|-----------------|------------------|---|
| Desnutrição aguda grave (DAG)    | Presença        | < -3 DP          | 6-59 meses: < 11,5 cm<br>5-10 anos: < 13,0 cm<br>11-14 anos: < 16,0 cm                            |
| Desnutrição aguda moderada (DAM) | Ausente         | ≥ -3 e < -2 DP   | 6-59 meses: ≥ 11,5 e < 12,5 cm<br>5-10 anos: ≥ 13,0 e < 14,5 cm<br>11-14 anos: ≥ 16,0 e < 18,5 cm |
| Desnutrição aguda ligeira        | Ausente         | ≥ -2 e < -1 DP   |   |

## 5.3. CRIANÇAS COM DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE

### 5.3.1. Conduta clínica e tratamento de rotina

- **Crianças com idade inferior a 6 meses ou com complicações** ( Anorexia ou sem apetite, Vômitos , Convulsões, Letargia, Inconsciente, Hipoglicémia, Febre elevada, Hipotermia, Desidratação grave, Infecção respiratória ,Anemia severa, Sinais de deficiência de vitamina A, Lesões na pele) ou **com edema : REFERIR PARA A ENFERMARIA DE PEDIATRIA MAIS PRÓXIMA.** Se necessário; estabilizar a criança segundo o protocolo AIDNI
- **Crianças com idade superior a 6 meses e sem complicações:** seguimento na CCR
  - Fazer aconselhamento e teste de HIV se o estado serológico for desconhecido
  - Dar Amoxicilina durante 7 dias na 1ª consulta ( dar a primeira dose de antibiótico sob supervisão do trabalhador de saúde)
  - Dar uma dose única de desparasitante ( Albendazol ou Mebendazol) na segunda semana de tratamento
  - Malária: deve se realizar um teste rápido de malária para todas as crianças. Se o teste for positivo, a criança deve ser referida para enfermaria da pediatria.
  - Dar Vitamina A apenas na quarta semana de tratamento ou no momento da alta. A Vitamina A nunca deverá ser administrada se a criança tiver recebido uma dose nos últimos 4 meses.
  - É necessário encaminhar qualquer criança com sinais de deficiência de vitamina A ( xeroftalmia) para o tratamento no internamento ( hospitalar), uma vez que a condição dos olhos pode se deteriorar muito rapidamente e o risco de cegueira é maior.

- Dar ATPU segundo as recomendações (tabelas 14) até P/E ou IMC/idade  $\geq -1$  DP em 2 pesagem consecutivas ( ver Anexo 6 -Teste de apetite)
- Para crianças em tratamento ambulatorio , não administrar ferro e ácido fólico. Quantidades suficientes estão disponível no ATPU.

### 5.3.2. Aconselhamento

- Explicar que o ATPU é ao mesmo tempo um medicamento e uma dieta, que é vital para a recuperação da criança e não deve ser partilhada com outros elementos da família.
- Mostrar ao acompanhante como abrir o pacote de ATPU e como administrá-lo à criança em pequenas quantidades de forma frequente (até 8 vezes ao dia no início do tratamento). Explicar que a criança deve terminar cada uma das suas doses diárias antes de lhe dar outro tipo de comida e que deve beber água limpa (fervida ou tratada) para manter um bom estado de hidratação.
- Se a mãe ainda está a amamentar a criança, aconselha-la a dar o peito antes de administrar cada dose de ATPU. Durante as primeiras duas semanas de tratamento, aconselhar a mãe a não dar outro tipo de comida para além do leite materno e do ATPU.

### 5.3.3. Periodicidade da consulta

- Semanal até atingir um P/E ou IMC/idade entre  $\geq -3$  e  $< -2$  DP ( critérios de desnutrição aguda moderada),
- 15/15 dias até atingir um P/E ou IMC/idade  $\geq -1$  DP ( suspensão ATPU)
- Seguimento mensal por mais 3 meses.

### 5.3.4. Critérios de referência para o nível superior:

- Idade inferior a 6 meses ou peso  $< 4$ kg : referir para a enfermaria de pediatria mais próxima;
- Presença/aparecimento de complicações ou edema : referir para a enfermaria de pediatria mais próxima;
- Resultado do teste de HIV positivo: referir para a consulta doença crónica;
- Em caso de história de contacto com adultos com TB, referir a criança à consulta médica
- Peso que não aumenta em 2 controlos sucessivos. Referir para consulta médica ou Técnico de Medicina.

### 5.3.5. Critérios de alta:

- P/E ou IMC/ idade  $\geq -1$  DP em 2 pesagens consecutivas alta de programa nutricional (suspender ATPU). Continuar seguimento no CCR , se a criança manter P/E ou IMC/ idade  $\geq -1$  DP por 3 meses alta de CCR.

**Tabela 12 : Dose de Vitamina A- cápsula 200 000IU**

| Peso   | Vitamina A por via oral          |
|--------|----------------------------------|
| < 6Kg  | 50 000 UI (2 gotas)              |
| 6- 8Kg | 100.000 UI (½ cápsula - 4 gotas) |
| ≥ 8Kg  | 200.000 UI (1 cápsula - 8 gotas) |

**Tabela 13: Dose de Amoxicilina 50mg/kg/dia, 3 vezes por dia ( 8 em 8 horas) durante 7 dias**

| Peso        | Comprimido 250mg | Comprimido 500mg | Xarope 250mg/5ml |
|-------------|------------------|------------------|------------------|
| 4 - 9,9Kg   | ½                | ¼                | 2,5ml            |
| 10 - 29,9Kg | 1                | ½                | 5ml              |
| ≥ 30Kg      |                  | 1                |                  |

**Tabela 14: Quantidade de ATPU (saquetas) para dar 6 refeições por dia**

| Peso (kg)   | Total de saquetas de ATPU para 24 horas | Total de saquetas de ATPU para 7 dias | Total de Saquetas de ATPU para 14 dias |
|-------------|---|---------------------------------------|--|
| 4 - 4,9     | 2                                       | 14                                    | 28                                     |
| 5,0 - 6,4   | 2,5                                     | 17,5                                  | 35                                     |
| 6,5 - 8,0   | 3                                       | 21                                    | 42                                     |
| 8,1 - 9,0   | 3,5                                     | 24,5                                  | 49                                     |
| 9,1 - 10,0  | 4                                       | 28                                    | 56                                     |
| 10,1 - 11,0 | 4,5                                     | 31,5                                  | 63                                     |
| ≥ 11,5      | 5                                       | 35                                    | 70                                     |

## 5.4. CRIANÇAS COM DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA

### 5.4.1. Conduta clínica e tratamento de rotina

- Fazer aconselhamento e teste de HIV se o estado serológico for desconhecido
- Crianças seropositivas para HIV: transferir para a consulta de doenças crónicas
- Crianças seronegativas e filhas de mães que não aceitam fazer o teste: seguimento na CCR:
- Fazer rastreio de tuberculose
- Crianças com sinais/sintomas suspeitos de TB ou contacto com TB, referir para consulta médica
- Dar Vitamina A de 6/6 meses a todas as crianças com idade >6 meses
- Dar Mebendazol de 6/6 meses a todas as crianças com idade >12 meses
- Dar o suplemento nutricional MAE (Misturas Alimentícias Enriquecidas) ( Tabela 15); onde não exista MAE, a suplementação deve ser feita com ATPU ( tabela 16) até atingir P/E ou IMC/idade ≥ -1DP em 2 pesagens consecutivas.

**Tabela 15: Quantidade de suplementação nutricional necessária por pessoa MAE**

| Idade da criança | Quantidade diária | Quantidade para 2 semanas | Quantidade para 4 semanas |
|------------------|-------------------|---------------------------|---------------------------|
| 6 - 11 meses     | 100 gramas        | 5Kg                       | 10Kg                      |
| 12 - 23 meses    | 200 gramas        | 5Kg                       | 10Kg                      |
| > 2 anos         | 300 gramas        | 5Kg                       | 10Kg                      |

Para facilitar a gestão do produto e permitir que o MAE seja partilhado com os outros membros da família, a mãe ou provedor dos cuidados poderá receber um saco de 10kg para um período de 30 dias.

**Tabela 16: Quantidade de suplementação nutricional necessária por pessoa ATPU saquetas**

| Idade        | Quantidade diária | Quantidade para 2 semanas | Quantidade para 4 semanas |
|--------------|-------------------|---------------------------|---------------------------|
| 6 - 23 meses | 1                 | 7                         | 15                        |
| > 2 anos     | 2                 | 14                        |                           |

#### 5.4.2. Aconselhamento

- Encorajar o aleitamento materno de acordo com a idade da criança
- Fazer educação nutricional, explicando às mães como preparar papas enriquecidas e organizando demonstrações culinárias.

#### 5.4.3. Periodicidade da consulta

- Quinzenal até P/E ou IMC/idade  $\geq -1$  DP em 2 pesagens consecutivas. Após a suspensão de suplementação nutricional seguimento mensal por mais 3 meses

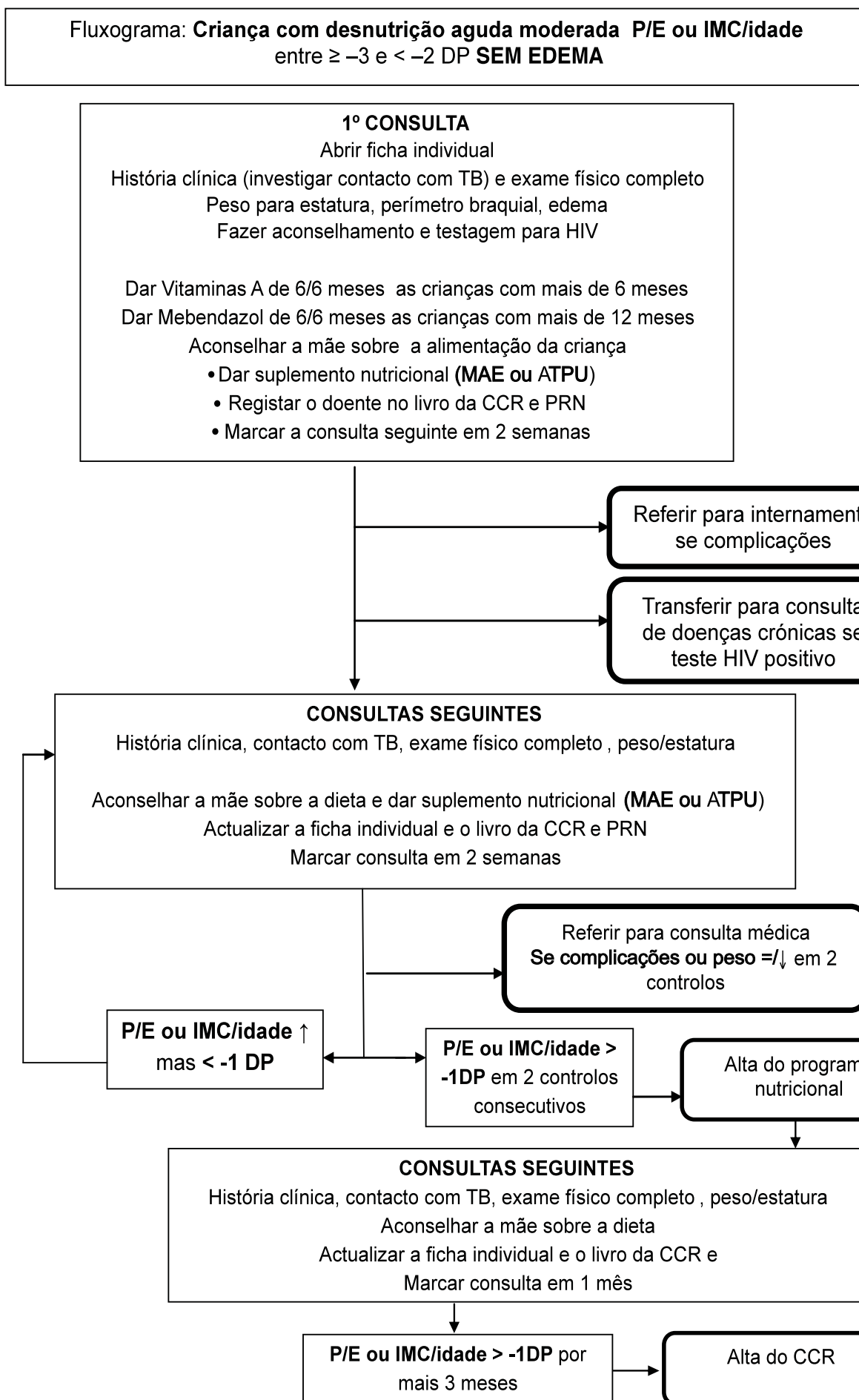
#### 5.4.4. Critérios de referência para o nível superior:

- Peso que diminui até atingir P/E ou IMC/idade  $\leq -3$  DP e/ou aparecimento de complicações ou edemas: referir para a enfermaria de pediatria mais próxima;
- Resultado do teste de HIV positivo: transferir para a consulta de doenças crónicas;
- Em caso de história de contacto com adultos com TB, referir a criança à consulta médica;
- Peso que não aumenta mas sem critérios para internamento: referir para consulta medica ou técnico de medicina

#### 5.4.5. Critérios de alta:

- P/E ou IMC/ idade  $\geq -1$  DP em 2 pesagens consecutivas alta de programa nutricional (suspender suplementação nutricional). Continuar seguimento no CCR, se a criança manter P/E ou IMC/ idade  $\geq -1$  DP por 3 meses alta de CCR.





## 5.5. CRIANÇAS COM CRESCIMENTO INSUFICIENTE SEM SINAIS DE DESNUTRIÇÃO AGUDA

### 5.5.1. Conduta clínica e tratamento de rotina

- Fazer o aconselhamento e teste de HIV se o estado serológico for desconhecido
  - Crianças seropositivas para HIV: transferir para consulta doenças crônicas
  - Crianças seronegativas e filhas de mães que não aceitam fazer o teste: seguimento na CCR:
- Fazer rastreio de tuberculose
  - Criança com sinais/sintomas suspeitas de TB ou contacto com TB, referir para consulta médica
- Dar Multivitaminas durante 3 meses a todas as crianças
- Dar Sal Ferroso durante 3 meses a todas as crianças com teste HIV negativo
- Dar Mebendazol a todas as crianças com idade > 12 meses e Vitaminas A com idade >6 meses de 6/6 meses a todas as crianças

### 5.5.2. Aconselhamento

- Encorajar o aleitamento materno de acordo com a idade da criança
- Fazer educação nutricional, explicando às mães como preparar papas enriquecidas e organizando demonstrações culinárias (ver Manual de Tratamento e Reabilitação nutricional)

### 5.5.3. Periodicidade da consulta

- mensal

### 5.5.4. Critérios de referência para o nível superior:

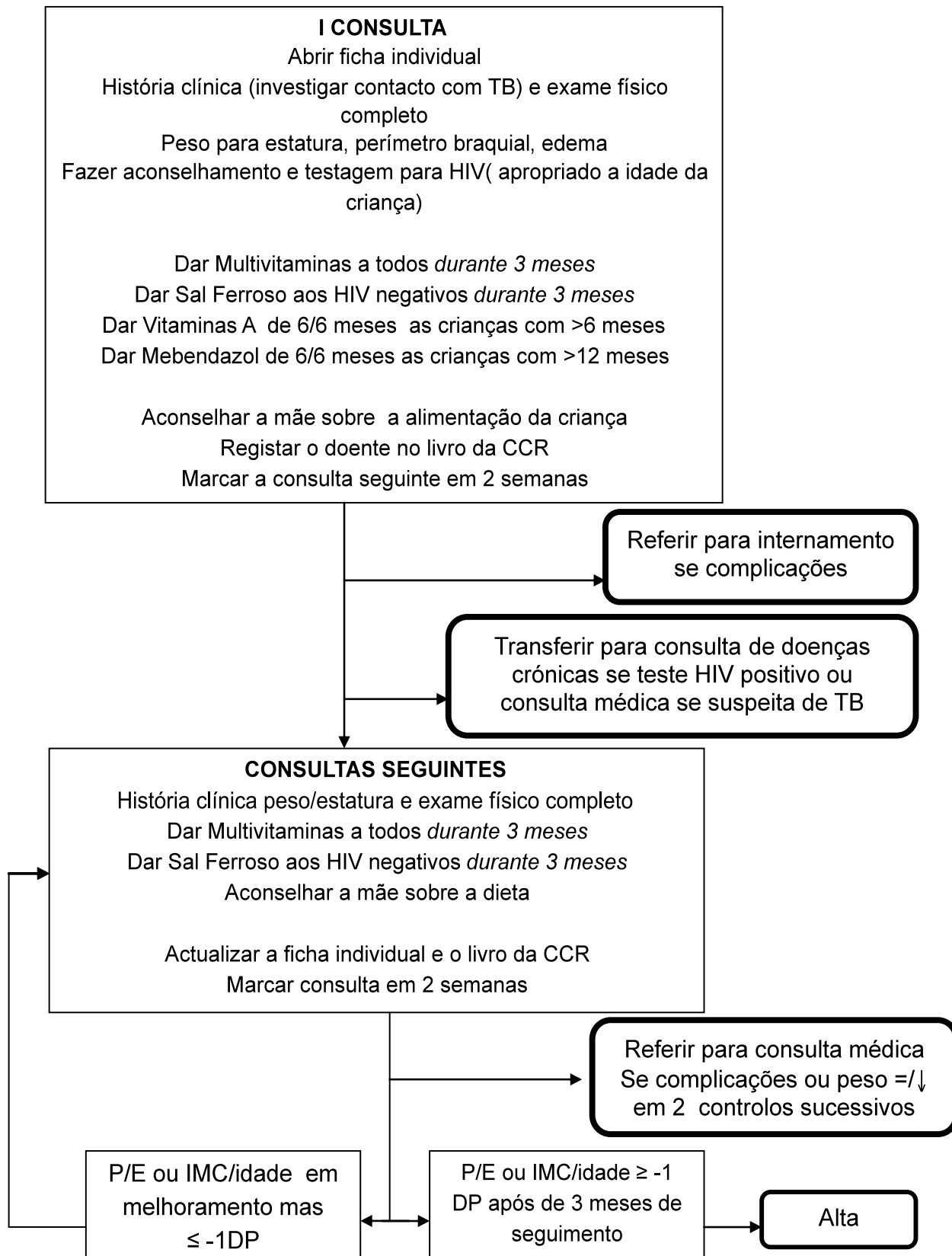
- P/E ou IMC/idade <-3 DP e aparecimento de complicações ou edemas: referir para a enfermaria de pediatria mais próxima
- Resultado do teste de HIV positivo: transferir para a consulta de doenças crônicas
- Sinais/sintomas suspeito de TB ou contacto com TB: referir para consulta médica/técnico de medicina
- Peso que não aumenta mas sem critérios para internamento: referir para consulta médica ou técnico de medicina

### 5.5.5. Critérios de alta:

- P/E ou IMC/idade  $\geq$ -1DP em 2 pesagens consecutivas após 3 meses de seguimento

## Fluxograma: Criança com crescimento( CI) insuficiente sem sinais de desnutrição aguda

**CI-** criança não apresenta ganho de peso entre duas pesagens consecutivas, num intervalo não inferior a 1 mês e não superior a 3 meses , o que significa curva de crescimento horizontal ou em declínio da curva na Cartão de Saúde da Criança



## Capítulo 6: Crianças com Peso Inferior a 2,5Kg à Nascimento, Gémeos, Crianças com Desmame antes de 12 meses e/ou em Aleitamento Artificial

### 6.1. Introdução e definição

As crianças com peso inferior a 2.5 kg a nascença, os gémeos, as crianças com desmame antes de 12 meses estão especialmente em risco de apresentar falência de crescimento. Os lactentes em aleitamento artificial podem apresentar falência de crescimento e infecções intestinais devido a falta de cumprimento das normas de higiene alimentar. É muito importante seguir estas crianças desde o primeiro mês de vida, monitorando o seu desenvolvimento e aconselhando os cuidadores sobre a conduta alimentar e as técnicas de preparação dos alimentos.

Os RN com peso baixo à nascença devem ser controlados na consulta de pediatria até atingirem o peso de 2 kg, e depois são encaminhados à CCR.

Os gémeos são referidos à CCR directamente das consultas pós-parto. As crianças em aleitamento artificial ou com desmame antecipado devem ser identificadas nas maternidades, CCS, triagem e referidas para CCR.

### 6.2. Conduta clínica e tratamento de rotina

- Investigar a presença de doenças crónicas na família (sobretudo HIV e TB);
- Conduzir um exame físico cuidadoso incluindo a medição de peso, comprimento, perímetro craniano, desenvolvimento psicomotor;
- Fazer aconselhamento e testagem para HIV a todas as crianças cujo estado serológico seja desconhecido: quando o teste for positivo, aplicar as normas de cuidados para crianças expostas ao HIV
- Dar Multivitaminas.

### 6.3. Aconselhamento

- Encorajar o aleitamento materno;
- Explicar cuidadosamente o modo de preparação do leite em caso de aleitamento artificial;
- Providenciar educação nutricional, explicando às mães como preparar papas enriquecidas e organizando demonstrações culinárias

### 6.4. Periodicidade da consulta

- Semanal, se peso estacionário ou em declínio .
- Mensal, se peso estiver a aumentar.

### 6.5. Critérios de referência para o nível superior:

- Presença de sinais de perigo (referir para internamento)
- Peso <2 kg (referir para consulta de pediatria)
- História de contacto com TB (referir para consulta médica)
- Peso estacionário ou em declínio em 2 controlos sucessivos (referir para consulta médica)

### 6.6. Critérios de alta:

Idade superior a 6 meses e aumento de peso em 2 controlos consecutivos.

Todas as crianças que entrem em contacto com adultos ou adolescentes com tuberculose têm um grande risco de contraírem a infecção e desenvolverem a doença, especialmente em caso de contactos intra domiciliários: por isso, devem ser atempadamente reconhecidas e encaminhadas para tratamento mais conveniente. Define-se contacto estreito aquele que vive na mesma casa ou está em contacto frequente com um doente com Tuberculose pulmonar

A conduta para o seguimento das crianças expostas à Tuberculose varia segundo o tipo de TB do contacto, a idade, estado clínico da criança e o estado serológico de HIV. A decisão sobre o tratamento ou o início da profilaxia cabe ao profissional da Saúde mais experiente do CS (médico ou Técnico de medicina); as enfermeiras da CCR desempenham o seguinte:

- Seguimento das crianças ou RN expostos à TB mas que não tenham iniciado tratamento específico. Segundo as indicações do médico/técnico de medicina, tais crianças devem ser tratadas com Isoniazida profilático ou apenas seguidas com visitas regulares sem profilaxia, e vigiar o eventual aparecimento de sintomas/sinais sugestivos de TB ou efeitos secundários de Isoniazida;
- Identificação e referência das crianças em contacto com TB: as enfermeiras devem sempre investigar a existência de casos de TB entre os familiares de cada criança atendida na CCR, independentemente do motivo de seguimento. Caso se identifique um provável contacto, será necessário referir o paciente à consulta de nível superior

### 7.1. Critérios de admissão a CCR:

- Crianças em profilaxia com Isoniazida
- Crianças que tiveram contacto com um adulto ou adolescente com TP (tuberculose pulmonar) mas não têm critérios para iniciar profilaxia ou tratamento

### 7.2. Avaliação e Conduta clínica:

- Controlo do peso e do estado clínico das crianças, avaliação de sinais/ sintomas suspeitos de tuberculose (febre por mais de duas semanas, tosse por mais de três semanas, emagrecimento, falência de crescimento, aumento não doloroso dos gânglios-axilar, cervical)
- Avaliação dos efeitos secundários do tratamento em curso (icterícia; neuropatia).
- Assegurar-se que a família esteja a cumprir com o tratamento e seja regular no levantamento dos medicamentos

### 7.3. Tratamento de rotina:

- Isoniazida 10 mg/kg/dia para as crianças em profilaxia durante 6 meses ( tabela 17)
- Piridoxina ou multivitaminas xarope a todas as crianças em tratamento com Isoniazida

## 7.4. Aconselhamento

- Aconselhar os cuidadores a trazerem as crianças em profilaxia com INH à consulta sem demora se tiverem os seguintes sinais : tosse persistente que não melhora ; perda de peso ou emagrecimento; fadiga / falta de vontade de brincar; febre.
- Aconselhar os cuidadores a acompanharem ao controlo no serviço ELAT todos adultos conviventes com contacto e ao contole na CCR todas as crianças menores de 15 anos a conviver com contacto

## 7.5. Periodicidade da consulta

- Crianças em profilaxia com INH: consulta mensal até terminar o tratamento; e depois 6/6 meses até completar 2 anos de seguimento
- Crianças expostas ao contacto mas não em profilaxia ou tratamento: consulta de 6/6 meses durante 2 anos.

## 7.6. Critérios de referência para o nível superior

Crianças em tratamento profilático que desenvolvam 1 ou mais sinais/sintomas suspeitos de doença activa: Tosse persistente que não melhore por mais de 21 dias; perda de peso ou falência de crescimento durante os últimos 3 meses; fadiga / falta de vontade de brincar; febre persistente por mais de 14 dias ou complicação do tratamento/ com INH (icterícia, mau estado geral)

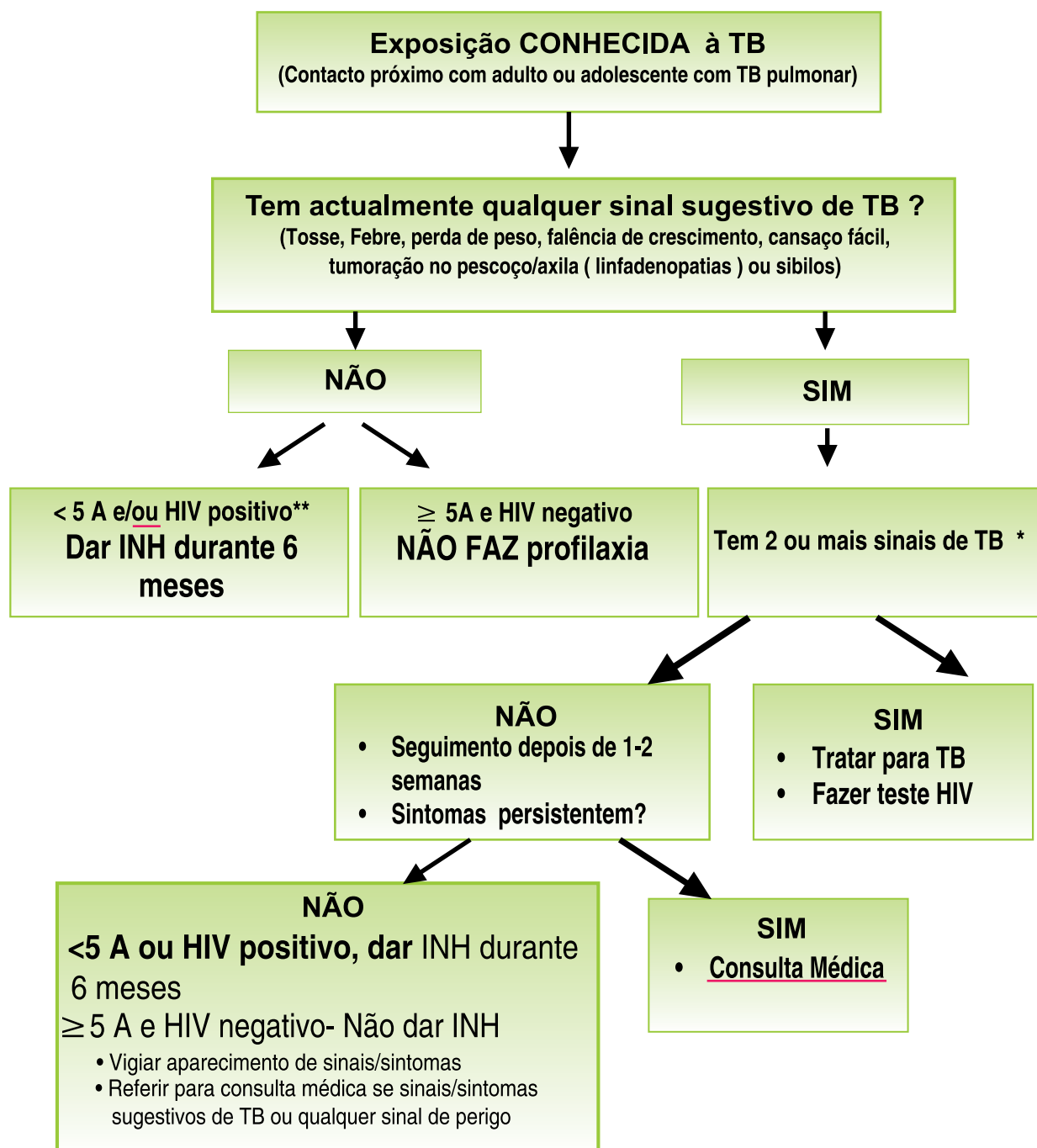
## 7.7. Critérios de alta:

Dois anos após o início do seguimento no CCR

**Tabela 17: Dosagem de Isoniazida profilático**

| Peso (KG) | Isoniazida com. 100mg                |
|-----------|--------------------------------------|
| < 5       | ½ comp                               |
| 5.1-9.9   | 1 comp                               |
| 10-13.9   | 1½ comp                              |
| 14 -19.9  | 2 comp                               |
| 20 -24.9  | 2½ comp                              |
| >25       | 3 comp ou 1 comp de Isoniazida 300mg |

# CRIANÇA EM CONTACTO COM TUBERCULOSE



Define-se contacto estreito aquele que vive na mesma casa ou está em contacto frequente com um doente com Tuberculose pulmonar

\* 2 ou mais **dos seguintes**: Tosse persistente que não melhora por mais de 21 dias; perda de peso ou falência de crescimento durante os últimos 3 meses; fadiga / falta de vontade de brincar febre persistente por mais de 14 dias.

O aumento não doloroso dos gânglios (>2x2 cm) no pescoço, sem causa local visível no couro cabeludo ou sem resposta ao tratamento com antibiótico é altamente sugestivo de Tuberculose ganglionar

\*\* toda a criança HIV+, independentemente da idade, desde que tenha contacto com TB pulmonar deve fazer profilaxia com isoniazida durante 6 meses

### 8.1. Introdução e definição

As crianças órfãs ou que vivem em condições sociais desvantajosas estão particularmente em risco de apresentar falência de crescimento e/ou atraso no desenvolvimento psicomotor. É muito importante seguir acompanhar estas crianças nos primeiros 5 anos de vida para poder intervir atempadamente em caso de problemas, acompanhar e aconselhar os cuidadores.

### 8.2. Conduta clínica e tratamento de rotina

- Investigar a presença de doenças crónicas na família (sobretudo HIV e TB), o cumprimento do calendário de vacinação e das outras medidas preventivas (controlo do peso, administração de mebendazol e vitamina A) e condições de risco para violência doméstica (sexual, psicológica, física). Avaliar a qualidade da dieta.
- Conduzir um exame físico cuidadoso, incluindo a medição de peso, comprimento e perímetro craniano, grau de desenvolvimento psicomotor. Se a crianças entram numa das categorias de risco anteriormente tratada, seguir as normas de conduta especificadas.
- Fazer aconselhamento e testagem para HIV a todas as crianças cujo estado serológico seja desconhecido
- Avaliar a necessidade de encaminhar o caso à acção social

### 8.3. Aconselhamento

- Fazer educação nutricional aos cuidadores

### 8.4. Critérios de referência para o nível superior

- Presença se sinais de alarme referir para internamento
- História de contacto com TB, atraso do desenvolvimento psicomotor, falência de crescimento referir para consulta médica
- Criança identificada como infectada por HIV referir para consulta de doenças crónicas

### 8.5. Critérios de alta:

- Idade superior a 6 meses e aumento de peso em 2 controlos consecutivos.



Preencher os dados no cartão de saúde da criança e na ficha individual da criança ( ver anexo 7 )  
Todas as crianças em risco devem ser registadas no livro de registo de CCR e reportar mensalmente os seguintes indicadores.

**Resumo Mensal da Unidade Sanitária - Consulta Criança de Risco**

|                              |  | Total |
|------------------------------|--|-------|
| Total de primeiras consultas |  |       |
| Total de consultas seguintes |  |       |
| Motivo da 1ª consulta        | Contacto com tuberculose                     |       |
|                              | Criança com desnutrição aguda moderada       |       |
|                              | Criança com desnutrição aguda grave          |       |
|                              | Exposição ao HIV                             |       |
|                              | Outra condição de Risco                      |       |
| Tipo de aleitamento aos 6M   | Materno exclusivo (criança exposta HIV)      |       |
|                              | Materno exclusivo (criança não exposta)      |       |
|                              | Aleitamento artificial (criança exposta HIV) |       |
|                              | Aleitamento artificial (criança não exposta) |       |
|                              | Aleitamento Misto (criança exposta HIV)      |       |
|                              | Aleitamento Misto (criança não exposta)      |       |
| Tratamento Nutricional       | Crianças desnutridas que iniciam ATPU        |       |
|                              | Crianças expostas ao HIV que iniciam ATPU    |       |
|                              | Crianças que iniciam CSB                     |       |
|                              | Crianças que iniciam toma de outro tipo      |       |
| CTZ                          | Inicia toma de CTZ                           |       |
|                              | Continua toma de CTZ                         |       |
| Profilaxia com ARV           | Criança que iniciaram ARV                    |       |
|                              | Criança que continuam ARV                    |       |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  | Criança que continuam ARV                  |  |
|  | Criança que recebe ARVs aos 6M             |  |
|  | Criança que recebe ARVs aos 12M            |  |
| Profilaxia Isoniazida                  | Crianças que iniciaram                     |  |
|  | Crianças que terminam ao fim de 6M         |  |
| Resultado do 1º teste HIV              | Testadas com PCR e idade < 8 semanas       |  |
|  | PCR <b>positivo</b> e idade < 8 semanas    |  |
|  | Testadas com PCR e idade 8 sem-9M          |  |
|  | PCR <b>positivo</b> e idade 8 sem-9meses   |  |
|  | Teste rápido e idade 9-18M                 |  |
|  | Teste rápido <b>positivo</b> e idade 9-18M |  |
| Resultado HIV definitivo               | HIV + (mãe e/ou criança tomaram ARVs)      |  |
|  | HIV - (mãe e/ou criança tomaram ARVs)      |  |
|  | HIV + (Nem mãe nem criança tomaram ARVs)   |  |
|  | HIV - (Nem mãe nem criança tomaram ARVs)   |  |
| Transf. para consulta doenças crónicas |  |  |
| Crianças curadas                       |  |  |
| Abandonos                              |  |  |

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Compilado por: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

As crianças expostas ao HIV na altura da realização do teste PCR HIV devem ser registadas no livro de registo de PCR.

Todas as crianças que recebem suplementação nutricional ( ATPU ou CSBplus) devem ser registadas no livro de PRN.

**Considera-se faltosa** uma criança que não aparece à consulta até 30 dias após a data marcada.  
**Considera-se abandono** quando uma criança não aparece à consulta após 3 meses da data marcada, e tenham sido feitas tentativas para encontrá-la no domicílio.



# ANEXOS

# Anexo 1: Material CIC - Consulta Integrada da Criança

## Equipamento básico:

- 1 secretária
- 3 cadeiras
- 1 arquivo para a arrumação das fichas individuais (ficheiro móvel)
- 1 balança para pesagem das crianças,
- 1 balança para lactentes
- 1 tábua para a medição do comprimento
- 1 altímetro para medição da altura
- 1 fita para a medição do perímetro braquial e craniano
- 1 termómetro.

## Avaliação clínica

- Tábua para medir o comprimento
- Altímetro
- Fita métrica para medir perímetro braquial e perímetro craniano
- Tabelas de peso/estatura
- Tabelas de quantidade de ATPU
- Tabelas para a dosagem do CTZ
- Tabelas de curvas de crescimento: peso, estatura e perímetro craniano para idade

## Diagnóstico

- Teste PCR, kit completo
- Teste rápido HIV (Determine, Unigold)

## Tratamento

- Cotrimoxazol
- Nevirapina
- Mebendazol
- Albendazol
- Multivitaminas
- Sal Ferroso
- Amoxicilina
- Vitamina A
- Zinco
- INH

## Processo clínico e pedidos

- Fichas individuais
- Fichas PCR: FSR, FEA
- Cartão PRN
- Guias de transferência

## Livros de protocolo e cartazes

- Protocolo de desnutrição grave, Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional
- Manual de Diagnóstico Precoce (PCR DBS ADN HIV)
- Cartaz do fluxograma do diagnóstico de HIV
- Cartaz do diagnóstico presuntivo de HIV
- Cartaz da profilaxia com CZT: dosagem e indicações
- Cartaz da profilaxia com NVP: dosagem e indicações
- Cartaz das etapas do DPM e sinais de alarme
- Tabela de dosagem de INH

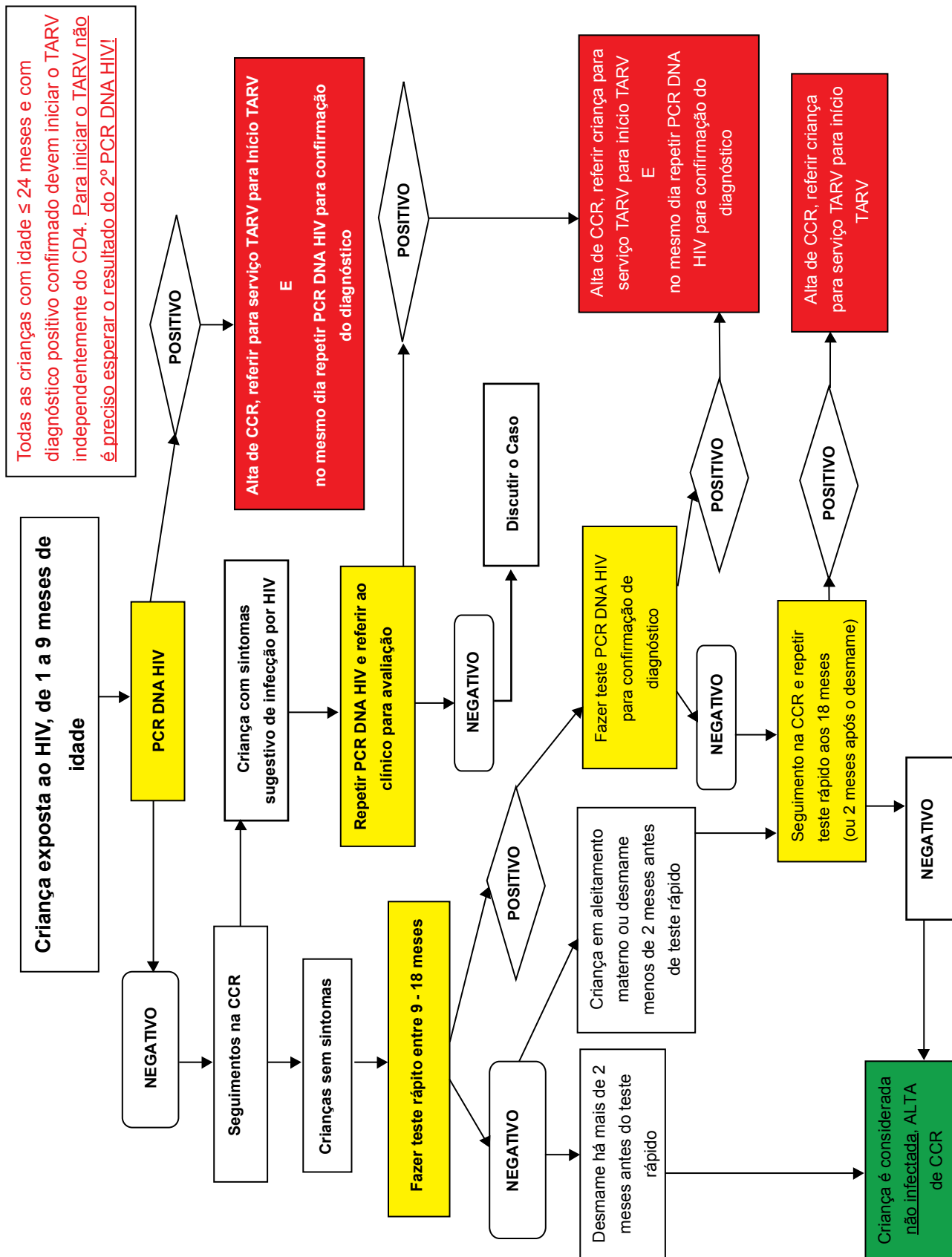
## Sistema informativo da Saúde

- Livro CCS
- Livro CCR
- Livro PCR
- Livro PRN
- Livro ATIP

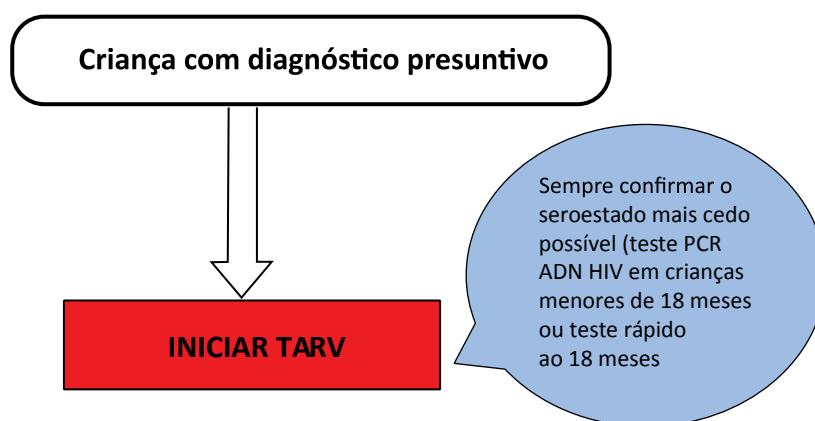
## Material educativo

- Receitas para papas
- Álbum seriado para aconselhamento da mãe
- Material de educação sanitária

## Anexo 2: Algoritmo de diagnóstico de HIV para criança exposta



| Diagnóstico presuntivo da infecção por HIV em crianças com idade menor de 18 meses<br>(que não tem acesso ao teste PCR ADN HIV)  |  |
|--|--|
| A criança tem teste rápido ao HIV positivo<br><br>E  | Criança apresenta um ou mais destes sintomas:<br><br><b>Pneumonia grave</b><br><b>Candidíase oro-esofágica</b><br><b>Malnutrição grave</b><br><b>Sarcoma de Kaposi</b><br><b>PCP (Pneumonia por Pneumocistis Jiroveci)</b> |
| Outros indicativos que apoiam o diagnóstico de infecção severa por HIV são: <ul style="list-style-type: none"> <li>• A morte materna recente</li> <li>• Mãe com infecção por HIV avançada</li> <li>• CD4% de criança &lt; 20%</li> </ul> |  |
| <b>NOTA:</b> Sempre confirmar o seroestado mais cedo possível (teste PCR ADN HIV em crianças menores de 18 meses ou teste rápido ao 18 meses)  |  |



## Prevenção da Transmissão Vertical

| Esquema Profilático | Durante a Gravidez   | Durante o trabalho de parto  | Pós-Parto  |  |
|---------------------|--|--|--|--|
|                     |  |  | Mãe  | Recém-nascido  |
| Protocolo de PTV    | Idade Gestacional $\geq$ 14 semanas:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT (300 mg): 1 comprimido 12/12 horas</li> <li>• Entrega de NVP (200 mg): 1 comprimido para tomar só quando iniciar o trabalho de parto</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT + 3TC (Duovir): 1 comprimido 12/12 horas</li> <li>• NVP 1 comprimido (dose única) se não tiver tomado em casa.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT + 3TC (Duovir): 1 comprimido 12/12 horas, durante 7 dias após o parto.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aleitamento materno: NVP diária (2mg/kg de peso) desde o nascimento até 1 semana após ter terminado toda e qualquer exposição ao leite materno.</li> </ul> |
|                     | Não foi realizada  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT + 3TC (Duovir): 1 comprimido 12/12 horas</li> <li>• NVP 1 comprimido (dose única) se não tiver tomado em casa.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT + 3TC (Duovir): 1 comprimido 12/12 horas, durante 7 dias após o parto</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se não estiver em aleitamento materno: AZT (4mg/kg de peso de 12/12h) desde o nascimento até 6 semanas de vida.</li> </ul>                                    |
|                     | Não foi realizada  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se o AZT + 3TC e a dose única de NVP forem administradas em menos de 2 horas do período expulsivo</li> </ul>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• AZT + 3TC (Duovir): 1 comprimido 12/12 horas, durante 7 dias após o parto</li> </ul>  |  |
|                     | Não foi realizada  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não foi realizada</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Não foi realizada</li> </ul>  |  |

| Esquema Profilático  | Durante a Gravidez  | Durante o trabalho de parto   | Pós-Parto          |   |
|--|---|---|--------------------|---|
|  |   |   | Mãe                | Recém-nascido   |
| <b>Nevirapina*</b> (monoterapia: Só deve ser usada em casos onde <b>ainda</b> não é possível fazer a triterapia intra parto) | Idade Gestacional $\geq$ 14 semanas:<br><ul style="list-style-type: none"> <li>• NVP (200mg): entrega de 1 comprimido a partir da 28ª semana de gestação para tomar <b>SÓ quando</b> iniciar o trabalho de parto</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• NVP 1 comprimido durante o trabalho de parto, pelo menos 2 horas antes da Fase Expulsiva (dose única), se não tiver tomando em casa</li> </ul> | _____              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aleitamento materno: NVP diária (2mg/kg de peso) desde o nascimento até 1 semana após ter terminado toda e qualquer exposição ao leite materno.</li> <li>• Se não aleitamento materno: NVP diária (2mg/kg de peso) desde o nascimento até 6 semanas de vida.</li> </ul> |
| <b>TARV</b> - prescrição feita segundo critérios de elegibilidade  | TARV independentemente da idade gestacional caso o benefício seja maior que o risco, ou a partir da 14ª semana gestacional.   | Continuar com TARV  | Continuar com TARV | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se aleitamento materno: NVP diária (2mg/kg de peso) desde o nascimento até 6 semanas de vida.</li> <li>• Se não estiver em aleitamento materno: AZT (4mg/kg) até 6 semanas de vida.</li> </ul>   |



| Avaliação               | <p>ACS ou brigada móvel:<br/>Observar e Referir - Edema e PB</p> <p><b>Consulta da Criança Sadia, Consulta da Criança em Risco ou Consulta de Doenças Crônicas:</b><br/>Avaliar e Confirmar - PB, P/E, grau de edema bilateral, complicações médicas, teste do apetite</p>  |  |   |
|-------------------------|---|--|---|
| Critérios de Referência | <p><b>Desnutrição Aguda GRAVE com complicações médicas</b></p> <p>1 Edema bilateral (+) ou (++) ou (+++)</p> <p>2 P/E<br/>6-59 meses: &lt; - 3 DP<br/>ou<br/>IMC/Idade<br/>5-15 anos: &lt; - 3 DP<br/>ou<br/>PB<br/>6-59 meses: &lt; 11,5 cm<br/>5-10 anos: &lt; 13,0 cm<br/>11-15 anos: &lt; 16,0 cm</p> <p>E<br/>Um dos seguintes sinais e sintomas:<br/>• Convulsões<br/>• Inconsciência<br/>• Letargia, não alerta<br/>• Hipoglicemia<br/>• Hipotermia<br/>• Desidratação severa<br/>• Infecção respiratória baixa<br/>• Febre elevada<br/>• Anemia severa<br/>• Sinais de deficiência de Vitamina A<br/>• Vômito intratável<br/>• Anorexia ou sem apetite<br/>• Descamação da pele</p> <p>3 Crianças &lt; 6 meses e crianças ≥ 6 meses com peso &lt; 4 kg:<br/>Edema bilateral<br/>ou<br/>Emagrecimento acentuado<br/>ou<br/>Crianças que correm maior risco de DAG devido à ingestão de alimentação inadequada</p>  | <p><b>Desnutrição Aguda GRAVE sem complicações médicas</b></p> <p>P/E<br/>6-59 meses: &lt; - 3 DP<br/>ou<br/>IMC/Idade<br/>5-15 anos: &lt; - 3 DP<br/>ou<br/>PB<br/>6-59 meses: &lt; 11,5 cm<br/>5-10 anos: &lt; 13,0 cm<br/>11-15 anos: &lt; 16,0 cm</p> <p>E<br/>• Sem edema<br/>• Tem apetite<br/>• Alerta<br/>• Clinicamente bem</p> | <p><b>Desnutrição Aguda MODERADA</b></p> <p>P/E<br/>6-59 meses: ≥ - 3 e &lt; - 2DP<br/>ou<br/>IMC/Idade<br/>5-15 anos: ≥ - 3 e &lt; - 2DP<br/>ou<br/>PB<br/>6-59 meses: ≥ 11,5 e &lt; 12,5 cm<br/>5-10 anos: ≥ 13,0 e &lt; 14,5 cm<br/>11-15 anos: ≥ 16,0 e &lt; 18,5 cm</p> <p>E<br/>• Sem edema<br/>• Tem apetite<br/>• Alerta<br/>• Clinicamente bem</p> |
| Plano de Tratamento     | <p><b>Tratamento da Desnutrição no Internamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Dar leite terapêutico</li> <li>➢ Seguimento diário</li> </ul>  | <p><b>Tratamento da Desnutrição em Ambulatório</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Dar ATPU</li> <li>➢ Seguimento cada 7 dias</li> <li>➢ Dar educação nutricional com demonstração culinária</li> </ul>   | <p><b>Suplementação Alimentar</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ Dar MAE ou ATPU</li> <li>➢ Seguimento cada 15 dias</li> <li>➢ Dar educação nutricional com demonstração culinária</li> </ul>   |
| Critérios de Alta       | <p>Crianças &gt; 6 meses:<br/>Passar para o tratamento em Ambulatório quando a criança:<br/>• Tem apetite: Consome pelo menos 80% da ração diária de ATPU<br/>• Não tem edema durante 7 dias<br/>• Está alerta<br/>• Está clinicamente bem</p> <p>Para crianças que não passam a TDA, alta com F100 ou ATPU, mas continuar seguimento por 3 meses na CCR quando a criança:<br/>• Tem P/E ≥ - 1 DP em 2 pesagens sucessivas<br/>• Não tem edema bilateral durante 7 dias<br/>• Pode comer a comida da família</p> <p>Crianças &lt; 6 meses:<br/>Alta com leite terapêutico, mas continuar seguimento por 3 meses na CCR quando a criança:<br/>• Crianças com aleitamento materno: mínimo de 20g de ganho de peso/dia com o leite materno durante 5 dias<br/>• Crianças sem aleitamento materno: aumento de peso em 15% e pode consumir outros alimentos adequados para idade<br/>• Não tem edema durante 2 semanas<br/>• Está alerta<br/>• Está clinicamente bem</p> | <p>Alta com ATPU quando a criança:<br/>• Tem P/E ou IMC/Idade ≥ - 1 DP em 2 pesagens sucessivas<br/>E<br/>• Tem apetite<br/>• Pode comer a comida da família</p> <p>Continuar seguimento se a criança mantiver P/E ou IMC/Idade ≥ - 1 DP por 3 meses</p>   | <p>Alta com MAE ou ATPU quando a criança:<br/>• Tem P/E ou IMC/Idade ≥ - 1 DP em 2 pesagens sucessivas</p> <p>Continuar seguimento, se a criança mantiver P/E ou IMC/Idade ≥ - 1 DP por 3 meses</p>   |

## 6 Anexo 6: Teste de Apetite

6

ANEXO

### Quadro 2.1. Teste do Apetite

Para além da avaliação da presença ou ausência de complicações médicas, o teste do apetite constitui um dos critérios mais importantes para se decidir se uma criança ou adolescente com DAG deve ser tratado em ambulatório ou no internamento.

As respostas fisiopatológicas às deficiências de nutrientes em crianças ou adolescentes com DAG, perturbam as funções do fígado e do metabolismo, levando à falta de apetite. Além disso, as infecções também causam a perda de apetite nas crianças, especialmente na fase aguda. Por isso, as crianças com desnutrição aguda grave e com falta de apetite, correm maior risco de morte.

O apetite é testado no momento da admissão e o teste é repetido em cada visita de seguimento à Unidade Sanitária.

Pontos a ter em conta na realização de um teste do apetite:

- Realizar o teste do apetite num lugar ou canto tranquilo onde a criança e a mãe ou o provedor de cuidados possam estar confortáveis para a criança familiarizar-se com o ATPU e poder consumi-lo tranquilamente. Geralmente a criança ou adolescente come o ATPU em 30 minutos.
- Explicar à mãe ou ao provedor de cuidados a finalidade do teste e descrever o processo;
- Orientar a mãe ou ao provedor de cuidados para:
  - Lavar as mãos antes de dar o ATPU
  - Delicadamente dar-lhe o ATPU
  - Incentivar a criança a comer o ATPU sem a forçar
  - Oferecer água potável\* para beber enquanto a criança está a comer o ATPU
- Observar a criança a comer o ATPU durante 30 minutos e depois decidir se a criança passa ou falha o teste.

#### Critérios para o Teste do Apetite:

| <b><i>Passa o Teste do Apetite</i></b>  | <b><i>Falha o Teste do Apetite</i></b>   |
|---|--|
| A criança ou adolescente come pelo menos, um terço (1/3) de uma saqueta de ATPU (92g) ou três colherinhas | A criança ou adolescente que come menos de um terço (1/3) de uma saqueta de ATPU (92g) ou três colherinhas |

**Nota:** Uma criança que não passar o teste do apetite deve ser internada para receber o tratamento no hospital, independentemente da presença ou ausência de outras complicações médicas.

\* Água potável: água fervida, filtrada ou desinfectada (hipoclorito ou sol), transportada e armazenada de forma segura (num utensílio limpo e com tampa).



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
MINISTÉRIO DA SAÚDE

## CONSULTA DA CRIANÇA EM RISCO

Data de abertura do processo \_\_\_\_\_ NID \_\_\_\_\_  
**Nome** \_\_\_\_\_ Sexo: F  M  Data de nascimento \_\_\_\_\_  
 Residência: Distrito \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_ Circulo \_\_\_\_\_  
 Aldeia (Bairro) \_\_\_\_\_ Célula \_\_\_\_\_ Casa \_\_\_\_\_ Quarteirão \_\_\_\_\_  
 Ponto de referência \_\_\_\_\_  
 Endereço de habitação temporária \_\_\_\_\_ em casa de \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe \_\_\_\_\_ Local de Trabalho \_\_\_\_\_  
 Nome do pai \_\_\_\_\_ Local de Trabalho \_\_\_\_\_  
 Pessoa a contactar em caso de necessidade \_\_\_\_\_ Telefones \_\_\_\_\_  
 Visitas domiciliares- Consentimento  Sim  Não

|   |  |  |  |   |  |
|---|--|--|--|---|--|
| <b>Motivo da consulta</b><br><input type="checkbox"/> Prematuridade<br><input type="checkbox"/> Peso ao nascer inferior a 2,5 kg<br><input type="checkbox"/> Crescimento insuficiente<br><input type="checkbox"/> Desnutrição aguda<br><input type="checkbox"/> Exposição ao HIV, código PTV _____<br><input type="checkbox"/> Mãe falecida/ausente<br><input type="checkbox"/> Contacto com Tuberculose<br><input type="checkbox"/> Gémeos<br><input type="checkbox"/> Leite artificial ou desmame brusco<br><input type="checkbox"/> Migração recente da família<br><input type="checkbox"/> Outro..... |  | <b>Local do parto</b><br><input type="checkbox"/> Maternidade<br><input type="checkbox"/> Casa<br><input type="checkbox"/> Caminho<br><b>Peso ao nascimento</b><br>_____gr<br><b>Perímetro craniano</b><br>_____cm<br><b>Idade gestacional</b><br>_____semanas |  | <b>Tipo do parto</b><br><input type="checkbox"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Cesariana<br><input type="checkbox"/> Ventosa<br><input type="checkbox"/> Pélvico<br><b>Aleitamento</b><br><input type="checkbox"/> Materno<br><input type="checkbox"/> Artificial<br><input type="checkbox"/> Misto<br><b>Idade de Desmame</b><br>_____<br><b>Motivo do desmame</b><br>_____ |  |
| <b>Alimentação actual</b><br>_____  |  |  |  |   |  |
| <b>PTV Mãe</b><br><input type="checkbox"/> Monoprofilaxia (Ex.:NVP)<br><input type="checkbox"/> Biprofilaxia<br><input type="checkbox"/> Triprofilaxia<br><input type="checkbox"/> TARV<br><input type="checkbox"/> Nenhum<br><input type="checkbox"/> Outro _____  |  | <b>PTV Criança</b><br><input type="checkbox"/> NVP<br><input type="checkbox"/> AZT<br><input type="checkbox"/> NVP+AZT<br><input type="checkbox"/> Nenhum<br><input type="checkbox"/> Outro _____  |  | <b>Antecedentes pessoais da criança</b><br>Causas de internamentos _____<br>Transfusão de sangue: _____<br>Doenças anteriores: _____  |  |
| <b>Outras doenças na família</b><br><input type="checkbox"/> Doença alérgica<br><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus<br><input type="checkbox"/> Asma<br><input type="checkbox"/> Outras _____  |  |  | <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial<br><input type="checkbox"/> Doenças cardíacas<br><b>Contacto com tuberculose</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Domiciliar<br><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não domiciliar |   |  |
| <b>Situação social</b><br><b>Agregado familiar</b><br>Adultos _____<br>Crianças _____   |  | <b>Casa</b><br><input type="checkbox"/> Caniço/bambu<br><input type="checkbox"/> Chapa<br><input type="checkbox"/> Bloco<br><input type="checkbox"/> Outro _____   |  | <b>Tem fonte de água</b><br><input type="checkbox"/> Poço<br><input type="checkbox"/> Água canalizada<br><input type="checkbox"/> Fonte de água mais<br><input type="checkbox"/> De 50 metros<br><input type="checkbox"/> Outro _____   |  |
| <b>Rendimento</b><br><input type="checkbox"/> Agricultura de subsistência<br><input type="checkbox"/> Emprego<br><input type="checkbox"/> Autoemprego<br><input type="checkbox"/> Outro (especifique) _____   |  | <b>Rede mosquiteira (REMTIL)</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Latrina melhorada<br><input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sanitário<br><input type="checkbox"/> Nenhum  |  |   |  |
| <b>Assinatura do Profissional de Saúde:</b> _____   |  | <b>ALTA</b> (data: ____/____/____)<br><input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Abandono   |  |   |  |

| Unidade Sanitária                    |  |  |  | Nome da criança |  |  |  | Ficha de Seguimento da CCR |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|-----------------|--|--|--|----------------------------|--|--|--|
| Data da consulta                     |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Idade (meses / anos)                 |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Peso actual (kg)                     |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Estatura (cm)                        |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Peso/Estatura (DP)                   |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| PC (Perímetro craniano)              |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Vacinas em dia (sim/não)             |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Vitamina A em dia (sim/não)          |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Desparasitação em dia (sim/não)      |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| História actual                      |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Diarreia                             |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Tosse                                |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Febre                                |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Contacto com tuberculose             |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Dorme sob rede mosquiteira           |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Outro:                               |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Avaliação clínica                    |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Sinais de perigo                     |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Palidez palmar                       |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Desidratação                         |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Respiração rápida                    |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Edema                                |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Candidíase oral                      |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Dermatite                            |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Adenomegalias                        |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Secreção do ouvido                   |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Atraso no desenvolvimento psicomotor |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Outro:                               |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Testes efectuados:                   |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| PCR (data da colheita)               |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| PCR (resultado)                      |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| HIV (teste rápido) - resultado       |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Mantoux (Data / resultado)           |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Hemoglobina (mg/dl)                  |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Plasmódio (TDR)                      |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Outro:                               |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Diagnóstico                          |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Tratamento                           |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Profilaxia com Cotrimoxazol          |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Profilaxia com Isoniazida            |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Profilaxia com Nevirapina            |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Amoxicilina                          |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Nitazoxanida                         |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Antimaláricos                        |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Mebendazol                           |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Multivitaminas                       |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Vitamina A                           |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| SRO                                  |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Zinco                                |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Tratamento nutricional ATPU          |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Tratamento nutricional CSB           |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Outro:                               |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Alimentação infantil                 |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Aleitamento materno exclusivo        |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Aleitamento artificial               |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Aleitamento misto                    |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Alimentação complementar             |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Referido para                        |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Internamento                         |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Consulta médica                      |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Data da consulta seguinte (dd/mm/aa) |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Alta                                 |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Curado                               |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Abandono                             |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Transferido para C. Doença crónica   |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Óbito                                |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |
| Assinatura (legível)                 |  |  |  |                 |  |  |  |                            |  |  |  |