



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I



Ficha Técnica

Título

Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional – Volume I

As directrizes foram traduzidas e adaptadas das recomendações científicas e práticas mundialmente reconhecidas da Organização Mundial da Saúde (OMS), que são as seguintes:

- WHO. 1999. *Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers*. Geneva: WHO.
- WHO. 2002. *Training course on the management of severe malnutrition*. Geneva: WHO.
- Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. 2005. *Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Golden, M.H., and Y. Grellety. 2006. *Guidelines for the management of the severely malnourished*.
- Valid International. 2006. *Community-based Therapeutic Care. A Field Manual*. 1st edition. Oxford, UK: Valid International.
- Concern Worldwide, FANTA, UNICEF and Valid International. 2008. *Training Guide for Community-Based Management of Acute Malnutrition (CMAM)*. Washington, DC: FANTA FHI 360.
- FANTA-2. May 2010, generic version 1.00. *Generic guidelines for community-based management of (severe) acute malnutrition*. Washington, D.C.: FANTA-2.

Tradução e adaptação:

Maria Helena Damasceno e Paula Santos (Hospital Central de Maputo, Departamento de Pediatria)

Edna Possolo e Júlia Nhacule (MISAU, Departamento de Nutrição)

Christiane Rudert, Sónia Khan e Maaïke Arts (UNICEF)

Alison Tumilowicz, Tamára Ramos e Isabelle Michaud-Létourneau (FANTA-2/FHI 360)

Tina Lloren, Arlindo Machava e Vasconcelos Muatecalane (Save the Children)

Nádia Osman (PMA)

Coordenação e Edição:

MISAU, Direção Nacional de Saúde, Departamento de Nutrição

Colaboradores:

UNICEF, Valid International, Save the Children, FANTA-2/FHI 360, PMA, CUAMM, EGPAF, MSF, OMS USAID/Mozambique

Agradecimentos:

Agradecemos aos médicos, pediatras e nutricionistas nomeadamente, *Paula Vilaça, Avone Pedro, Benedita da Silva, Maria Micó Polana, Bernadette Feeney, El Hadji Issakha Diop, Daisy Trovoada, Natércia Duarte, Bernardina Gonçalves, Sílvia Mikusova, Hexmlaxmi Natalal, Amina Saibo Pereira, Mualide de Sousa* e à *todos os profissionais que de alguma forma apoiaram*, pelo seu valioso contributo em todas as fases de elaboração do **Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional – Volume I**. O apoio do Professor Golden e a Dr.^a Grellety, consultores do UNICEF para o Programa de Nutrição em situações de emergência e especificamente na disponibilização de material e na facilitação do primeiro seminário nacional sobre o tratamento da desnutrição aguda grave em Setembro de 2004 é deveras reconhecido.

Lay-out:

FANTA-2/FHI 360, USAID/Mozambique

Fotos:

Cortesia do Ministério da Saúde

Impressão:

A impressão deste manual foi financiada pelo UNICEF

© - Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição, Março de 2011

Índice

PREFÁCIO	I
LISTA DE ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS	II
CAPÍTULO 1: VISÃO GLOBAL DO PROGRAMA REABILITAÇÃO NUTRICIONAL	1
1.1. INTRODUÇÃO	1
1.2. CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	1
1.3. COMPONENTES DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL	3
1.4. FLUXOGRAMA PARA O PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL.....	4
1.5. DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE E HIV E SIDA.....	6
1.6. NORMAS BÁSICAS PARA TOMAR AS MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	8
1.6.1. <i>Medição de Comprimento e Altura</i>	8
1.6.2. <i>Instruções para a medição de peso</i>	11
1.6.3. <i>Instruções para a medição do Perímetro Braquial (PB)</i>	14
1.6.4. <i>Instruções para a classificação do Estado Nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC)</i>	16
1.6.5. <i>Instruções para a avaliação dos edemas</i>	16
1.7. PRINCIPAIS ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS NA DESNUTRIÇÃO GRAVE E SUAS IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO	18
CAPÍTULO 2: PROCEDIMENTOS NA ADMISSÃO NO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL	20
2.1. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO PARA O TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO NO INTERNAMENTO E EM AMBULATÓRIO	20
2.2. PROCEDIMENTOS NA ADMISSÃO	21
2.2.1. <i>História e exame físico</i>	21
2.2.2. <i>Exames complementares</i>	23
CAPÍTULO 3: TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO NO INTERNAMENTO (TDI)	29
3.1. INTRODUÇÃO	29
3.1.1. <i>Estabilização</i>	29
3.1.2. <i>Transição</i>	30
3.1.3. <i>Reabilitação</i>	30
3.1.4. <i>Acompanhamento</i>	30
3.2. PASSOS PARA RECUPERAÇÃO NUTRICIONAL DA CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE.....	31
3.2.1. <i>Passo 1 – Tratar/prevenir hipoglicemia</i>	31
3.2.2. <i>Passo 2 – Tratar/prevenir hipotermia</i>	32
3.2.3. <i>Passo 3 – Tratar a desidratação e o choque séptico</i>	33
3.2.3.a. <i>Desidratação</i>	33
3.2.3.b. <i>Choque séptico</i>	39
3.2.4. <i>Passo 4 – Corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos</i>	41
3.2.5. <i>Passo 5 – Tratar infecção</i>	41
3.2.6. <i>Passo 6 – Corrigir as deficiências de micronutrientes</i>	42
3.2.6.a. <i>Vitamina A</i>	42
3.2.6.b. <i>Ferro e ácido fólico</i>	43
3.2.7. <i>Passo 7 – Reiniciar a alimentação cautelosamente</i>	44
3.2.7.a. <i>Tratamento nutricional durante a fase de estabilização</i>	44
3.2.7.b. <i>Tratamento nutricional durante a fase de transição</i>	49
3.2.8. <i>Passo 8 – Reconstruir os tecidos perdidos (fase de reabilitação ou de crescimento rápido)</i>	55
3.2.8.a. <i>Tratamento nutricional durante a fase de reabilitação no internamento</i>	55
3.2.9. <i>Passo 9 – Estimular o desenvolvimento físico e psicossocial</i>	60
3.2.10. <i>Passo 10 – Preparar para a alta e o acompanhamento após a alta</i>	61
3.3. MANEJO CLÍNICO DAS OUTRAS COMPLICAÇÕES	62
3.3.1. <i>Insuficiência cardíaca</i>	62
3.3.2. <i>Anemia grave</i>	64
3.3.3. <i>Desnutrição aguda grave (DAG) com HIV ou tuberculose (TB)</i>	65

3.3.4. Outras complicações médicas.....	66
3.3.5. Intolerância à lactose.....	66
CAPÍTULO 4: TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO EM AMBULATÓRIO (TDA)	68
4.1. INTRODUÇÃO	68
4.2. PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA NA IDENTIFICAÇÃO DAS CRIANÇAS DESNUTRIDAS.....	69
4.3. CATEGORIAS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES ADMITIDOS	70
4.4. MEDICAMENTOS DE ROTINA.....	70
4.4.1. Tratamento antibiótico com Amoxicilina.....	70
4.4.2. Tratamento da malária.....	71
4.4.3. Vacinas.....	71
4.4.4. Desparasitante.....	71
4.4.5. Vitamina A.....	71
4.5. TRATAMENTO NUTRICIONAL.....	72
4.6. MONITORIA INDIVIDUAL DURANTE AS CONSULTAS DE SEGUIMENTO NA UNIDADE SANITÁRIA	75
4.7. VISITAS DOMICILIÁRIAS	76
4.8. FALTA DE RESPOSTA AO TDA.....	76
4.9. CRITÉRIOS PARA ALTA.....	77
CAPÍTULO 5: PROTOCOLO PARA CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES (OU MENOS DE 4 KG) COM DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE	78
5.1. CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES DE IDADE, COM DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE, COM ALEITAMENTO MATERNO.....	79
5.1.1. Critérios de admissão.....	79
5.1.2. Medicamentos de rotina e suplementos.....	79
5.1.3. Tratamento nutricional.....	79
5.1.4. Suporte para mães.....	83
5.2. CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES DE IDADE COM DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE, SEM ALEITAMENTO MATERNO	84
5.2.1. Critérios de admissão.....	84
5.2.2. Medicamentos de rotina e suplementos.....	84
5.2.3. Tratamento nutricional.....	85
5.2.3.a. Fase de estabilização.....	85
5.2.3.b. Fase de transição.....	86
5.2.3.c. Fase de reabilitação.....	87
CAPÍTULO 6: PROTOCOLO PARA DOENTES COM DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA (DAM) E IDADE SUPERIOR A 6 MESES	89
6.1. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO	89
6.2. MEDICAMENTOS E SUPLEMENTOS DE ROTINA	89
6.2.1. Desparasitante.....	89
6.2.2. Vitamina A.....	90
6.2.3. Profilaxia com Cotrimoxazol para crianças expostas ao HIV.....	90
6.3. SUPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR	90
6.3.1. Suplementação alimentar com MAE	91
6.3.2. Suplementação alimentar com ATPU	91
6.3.3. Livro de registo para PRN	92
6.3.4. Critérios de alta para suplementação alimentar	93
6.3.5. Suplementação Alimentar com Bolachas Fortificadas.....	93
CAPÍTULO 7: ESTIMULAÇÃO EMOCIONAL E PSICO-MOTORA	94
7.1. A PARTIR DOS 6 MESES.....	95
7.1.1. Actividades motoras	95
7.1.2. Actividades com brinquedos.....	95
7.2. A PARTIR DOS 9 MESES.....	96
7.2.1. Actividades com brinquedos.....	96
7.3. A PARTIR DOS 12 MESES	96
7.3.1. Actividades de linguagem.....	96
7.3.2. Actividades com brinquedos.....	96

7.4. A PARTIR DOS 18 MESES	97
7.4.1. <i>Actividade de linguagem</i>	97
7.5. DESENVOLVIMENTO DAS CRIANÇAS.....	97
CAPÍTULO 8: EDUCAÇÃO NUTRICIONAL PARA MÃES E CUIDADORES	99
8.1. MENSAGENS PARA MÃES E CUIDADORES PARA CRIANÇAS COM DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE (DAG), QUE VÃO CONTINUAR COM O TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO EM AMBULATÓRIO (TDA)	99
8.2. MENSAGENS PARA MÃES E CUIDADORES DE CRIANÇAS COM DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA (DAM)	99
8.2.1. <i>Instruções para preparação do MAE</i>	99
8.2.2. <i>Cuidados a ter na administração de ATPU à criança</i>	100
8.3. EDUCAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO INFANTIL PARA TODAS AS MÃES E OS CUIDADORES	100
8.3.1. <i>Dos 0 aos 6 meses de idade</i>	100
8.3.2. <i>Dos 6 aos 24 meses de idade</i>	101
8.4. ACTIVIDADES EDUCATIVAS SOBRE SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO	104
8.5. IMPORTÂNCIA DAS HORTAS FAMILIARES.....	105
8.6. ACONSELHAR À MÃE OU AO ACOMPANHANTE.....	107
CAPÍTULO 9: MONITORIA E AVALIAÇÃO	112
9.1. VISÃO GLOBAL.....	112
9.2. INSTRUMENTOS DE MONITORIA E AVALIAÇÃO DO PRN	112
9.3. PROCESSO DE ELABORAÇÃO DE RELATÓRIOS	113
9.4. INDICADORES NO PRN.....	113
9.4.1. <i>Indicadores de rendimento</i>	114
9.4.2. <i>Indicadores de processo</i>	114
9.4.3. <i>Indicadores de resultado</i>	115
9.5. PROCESSAMENTO, ANÁLISE E ARMAZENAMENTO DE DADOS.....	116
9.5.1. <i>Base de dados do PRN</i>	116
9.6. SUPERVISÃO	117
CAPÍTULO 10: LOGÍSTICA	118
10.1. INTRODUÇÃO	118
10.2. RESPONSABILIDADE DOS VÁRIOS SECTORES.....	118
10.2.1. <i>Unidades Sanitárias (U.S.)</i>	118
10.2.2. <i>Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS)</i>	118
10.2.3. <i>Direcção Provincial de Saúde (DPS)</i>	119
10.2.4. <i>Ministério da Saúde (MISAU)</i>	119
10.3. PLANO DE PRODUTOS USADOS NO TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO	119
10.4. GESTÃO DE PRODUTOS TERAPÊUTICOS	120
ANEXOS	122
ANEXO 1.1. TABELA DE DP DO P/C PARA RAPARIGAS	123
ANEXO 1.2. TABELA DE DP DO P/C PARA RAPAZES	124
ANEXO 1.3. TABELA DE DP DO P/A PARA RAPARIGAS.....	125
ANEXO 1.4. TABELA DE DP DO P/A PARA RAPAZES	126
ANEXO 1.5. TABELA DE DP DO IMC/IDADE PARA RAPARIGAS	127
ANEXO 1.6. TABELA DE DP DO IMC/IDADE PARA RAPAZES.....	128
ANEXO 1.7. TABELA DE ORIENTAÇÃO PARA DETERMINAR O PESO ALVO.....	129
ANEXO 1.8. INSTRUÇÕES PARA ARREDONDAR NÚMEROS	130
ANEXO 3.1. RECEITAS ALTERNATIVAS PARA PREPARAR F75, F100 E ReSoMAL USANDO MISTURA DE VITAMINAS E MINERAIS (DO INGLÊS <i>COMBINED MINERAL AND VITAMIN COMPLEX, CMV</i>)	131
ANEXO 3.2. TRATAMENTO NUTRICIONAL	134
ANEXO 3.3. PREPARAÇÃO DE LEITES TERAPÊUTICOS COM OS PACOTES ANTIGOS DE F75 E F100.....	139
ANEXO 8.1. UNIDADES DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL (URN): FICHA MENSAL DE CONTROLE DAS ACTIVIDADES.....	140
ANEXO 8.2. ALGUMAS IDEIAS PARA FAZER BRINQUEDOS COM MATERIAIS LOCAIS PARA ESTIMULAÇÃO PSICO-MOTORA E SOCIAL....	143
ANEXO 9.1. FICHA DE REFERÊNCIA DA COMUNIDADE PARA A UNIDADE SANITÁRIA	145
ANEXO 9.2. MULTICARTÃO DE TRATAMENTO TERAPÊUTICO PARA DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE	147
ANEXO 9.3. RELATÓRIO MENSAL DO TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE NO INTERNAMENTO.....	148

ANEXO 9.4. CARTÃO DO DOENTE DESNUTRIDO.....	151
ANEXO 9.5. LIVRO DE REGISTO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL	153
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO (CRIANÇAS DOS 6 MESES AOS 15 ANOS)	153
<i>Annexo 9.5.1. Livro de Registo do PRN: Crianças dos 6 aos 59 meses.....</i>	<i>154</i>
<i>Annexo 9.5.2. Livro de Registo do PRN: Crianças e Adolescentes dos 5 aos 15 anos</i>	<i>156</i>
ANEXO 9.6. RELATÓRIO MENSAL DO TRATAMENTO EM AMBULATÓRIO (CRIANÇAS E ADOLESCENTES 6 MESES AOS 15 ANOS)	158
ANEXO 9.7. FICHA DE REFERÊNCIA PARA INTERNAMENTO / AMBULATÓRIO / OUTRO SECTOR.....	161
ANEXO 9.8. FLUXO DE INFORMAÇÃO DE MONITORIA E AVALIAÇÃO DO PRN.....	163
ANEXO 10.1. RELATÓRIO MENSAL – PRODUTOS NUTRICIONAIS TERAPÊUTICOS PARA O TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO AGUDA.....	164
ANEXO 10.2. EXEMPLO DE UM PLANO DE NECESSIDADES DE ATPU PARA CRIANÇAS COM DAG.....	165

Prefácio

A manutenção de um estado nutricional adequado é um direito humano fundamental, sendo também um pré-requisito para o desenvolvimento económico de um País. Em Moçambique, 44% das crianças menores de cinco anos de idade sofrem de desnutrição crónica e, 4% sofrem de desnutrição aguda (MICS, 2008). A desnutrição é um problema de saúde sério e aumenta os riscos de desenvolvimento de outras complicações, contribuindo para o aumento da mortalidade infanto-juvenil no nosso País. Dados recentes, OMS 2007, indicam que 36% das mortes em crianças menores de 5 anos ocorrem devido à desnutrição.

De acordo com a Política Nacional de Saúde, uma das prioridades do Ministério da Saúde é, reduzir a taxa de mortalidade das crianças menores de 5 anos por desnutrição aguda grave.

Para que isto aconteça é necessário que, todos os doentes com desnutrição aguda grave com complicações beneficiem de um tratamento hospitalar adequado e, aqueles com desnutrição aguda grave sem complicações, possam ser tratados em ambulatório em coordenação com as Unidades de Reabilitação Nutricional. Através do envolvimento comunitário, poderemos elevar a cobertura do tratamento dos casos de desnutrição aguda grave (estimado em menos de 20%) e, contribuir para a redução das elevadas taxas de óbitos por desnutrição aguda grave (acima de 15%), que se observam em várias Unidades Sanitárias do País.

O Programa de Reabilitação Nutricional engloba os seguintes cinco componentes: Envolvimento Comunitário, Tratamento da Desnutrição em Internamento, Tratamento da Desnutrição em Ambulatório, Suplementação Alimentar e Educação Nutricional com Demonstrações Culinárias.

Este Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, foi desenvolvido com o propósito de se proporcionar aos doentes um tratamento de alta qualidade de acordo com Padrões Internacionais actualizados e, ao mesmo tempo, disponibilizar aos técnicos da saúde uma ferramenta baseada em evidências científicas. O Manual foi cuidadosamente preparado por profissionais de saúde com bastante experiência no tratamento da desnutrição aguda grave e dirige-se aos profissionais dos Serviços de Reabilitação Nutricional e Gestores de Programas de Nutrição.

As orientações para Tratamento e Reabilitação Nutricional aqui apresentadas, deverão ser implementadas correctamente nas suas diferentes fases (Estabilização, Transição, Reabilitação e Acompanhamento), como forma de assegurar uma recuperação mais rápida e efectiva e a redução dos custos dos cuidados de saúde hospitalares. Após o tratamento hospitalar, as **Unidades de Reabilitação Nutricional** têm um papel importante a desempenhar para assegurar a manutenção do estado nutricional do doente já reabilitado e evitar a sua recaída. No nosso País, queremos e podemos reduzir os níveis de mortalidade por desnutrição aguda grave através da implementação deste protocolo.

O Ministro da Saúde
Dr. Alexandre L. Jaime Manguela



Maputo, Março de 2011

Lista de abreviaturas e acrónimos

ACS	Activista Comunitário de Saúde
ADN	Acido Desoxiribonucleico
AIDNI	Atenção Integrada às Doenças Neonatais e da Infância
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APE	Agente Polivalente Elementar
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
BCG	Vacina da Tuberculose contra o <i>Bacille Calmette-Guérin</i>
BP-5	Bolachas Fortificadas usadas para o tratamento da desnutrição
CCR	Consulta da Criança em Risco
CCS	Consulta da Criança Sadia
CD4	Células de defesa imunitária do tipo T alvos do Vírus da Imunodeficiência Humana indica o prognóstico do doente.
CE	Consulta Externa
CI	Crescimento Insuficiente
CMV	Mistura de vitaminas e minerais [do Inglês <i>Combined Mineral and Vitamin Complex</i>]
CS	Centro de Saúde
CSB Plus	Mistura de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais [do Inglês <i>Corn-Soya Blend Plus</i>]
DAG	Desnutrição Aguda Grave
DAM	Desnutrição Aguda Moderada
DP	Desvio Padrão
DPS	Direcção Provincial de Saúde
EV	Endovenosa
F100	Leite terapêutico usado na fase de transição e fase de reabilitação do tratamento da desnutrição aguda grave
F75	Leite terapêutico usado na fase de estabilização do tratamento da desnutrição aguda grave
GAV	Grupo de Avaliação da Vulnerabilidade
HIV/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
IDS	Inquérito Demográfico e da Saúde
IEC	Informação, educação e comunicação
IM	Intra-muscular
IMC	Índice da Massa Corporal
IMC/Idade	Índice da Massa Corporal-para-Idade
INAS	Instituto Nacional de Acção Social
ITS	Infecções Transmitidas Sexualmente
Kcal	Kilocalorias
MAE	Mistura Alimentícia Enriquecida, mais conhecida por CSB Plus
MISAU	Ministério da Saúde
NRG-5	Bolachas Fortificadas usadas para o tratamento da desnutrição
OMS/WHO	Organização Mundial da Saúde/World Health Organization

ONG	Organização Não Governamental
P/A	Peso-para-Altura
P/C	Peso-para-Comprimento
P/E	Peso-para-Estatura
PB	Perímetro Braquial
PMA	Programa Mundial de Alimentação
PPD	Teste cutâneo para Tuberculose [do Inglês <i>Purified protein derivative</i>]
PRN	Programa de Reabilitação Nutricional
PSA	Programa de Suplementação Alimentar
PTV	Prevenção de Transmissão Vertical (do HIV)
ReSoMal	Solução de Reidratação Oral para Doentes Gravemente Desnutridos [do Inglês <i>Oral REhydration SOLution for severely MALnourished patients</i>]
SDSMAS	Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social
SNC	Sistema Nervoso Central
SNG	Sonda Naso-Gástrica
SQUEAC	Método semi-quantitativo para avaliar o acesso e a cobertura dos programas de intervenção [do Inglês <i>Semi-quantitative Evaluation of Access and Coverage</i>]
SRO	Solução de Reidratação Oral
SS	Técnica de Sucção Suplementar [do Inglês <i>Supplementary Sucking Technique</i>]
TARV	Tratamento Antiretroviral
TB	Tuberculose
TDA	Tratamento da Desnutrição em Ambulatório
TDI	Tratamento da Desnutrição no Internamento
UI	Unidade Internacional
URN	Unidade de Reabilitação Nutricional
US	Unidade Sanitária

1.1. Introdução

Este Manual indica os passos e procedimentos para o tratamento dos doentes classificados com desnutrição aguda (moderada ou grave) num Hospital, num Centro de Saúde, numa Unidade de Reabilitação Nutricional, ou qualquer outra Unidade que ofereça estes cuidados. O Manual também apresenta alguns pontos-chave para o envolvimento das Comunidades, de modo a que possam ajudar na identificação e seguimento destes doentes. A informação contida neste Manual é baseada nas evidências científicas mais recentes, as quais se apresentam de forma resumida e clara.

De acordo com o nível de gravidade da desnutrição aguda, o tratamento pode ser feito em ambulatório, sendo designado de Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA), ou no internamento, designando Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI).

Um programa de Tratamento da Desnutrição em Ambulatório deve ser bem integrado nos programas e redes comunitárias já existentes. O sucesso depende muito da existência de estruturas comunitárias fiáveis e bem estabelecidas. Deste modo, deve-se garantir a participação activa da comunidade na identificação e referência precoce dos casos de desnutrição, bem como a existência de uma cooperação estreita com as Unidades de Saúde.

As orientações para ambos os tratamentos são apresentadas em 2 volumes diferentes de acordo com os grupos etários. O Volume 1 apresenta protocolos de tratamento da desnutrição aguda moderada e grave para crianças menores de 6 meses, crianças dos 6 aos 59 meses e crianças e adolescentes dos 5 aos 15 anos de idade. O Volume 2 apresenta protocolos de tratamento para adolescentes maiores de 15 anos e adultos com desnutrição aguda moderada e grave.

1.2. Classificação do estado nutricional

O Estado Nutricional Ótimo de um indivíduo é reflectido pela manutenção dos processos vitais de sobrevivência, crescimento, desenvolvimento e actividade. Qualquer desvio do estado nutricional ótimo resulta em distúrbios nutricionais referidos como *malnutrição*.

Malnutrição: é o estado patológico resultante tanto da deficiente ingestão e/ou absorção de nutrientes pelo organismo (*desnutrição ou sub-nutrição*), como da ingestão e/ou absorção de nutrientes em excesso (*sobrenutrição*).

As diferentes formas de desnutrição que podem aparecer isoladas ou em combinação incluem:

- Desnutrição aguda: manifesta-se através de baixo peso para altura e/ou edema bilateral;
- Desnutrição crónica: manifesta-se através de baixa altura para idade;
- Desnutrição de micronutrientes: as formas mais comuns de desnutrição de micronutrientes estão relacionadas com as deficiências de ferro, vitamina A, iodo e e das vitaminas do complexo B .

O crescimento insuficiente (CI) é diagnosticado numa criança, quando esta 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 no Cartão de Saúde da Criança.

A desnutrição aguda é causada pelo deficiente consumo alimentar e/ou aparecimento de uma enfermidade, num passado recente, resultando na perda de peso num período recente e/ou aparecimento de edema bilateral.

De acordo com a condição clínica, a desnutrição aguda pode ser classificada em ligeira, moderada ou grave. A desnutrição aguda grave manifesta-se através das seguintes condições clínicas:

- Marasmo (emagrecimento grave)
- Kwashiorkor (edema bilateral)
- Kwashiorkor-marasmático, ou emagrecimento grave com edema bilateral

Os indicadores nutricionais chave para o diagnóstico da desnutrição aguda são:

1. Perímetro braquial (PB)¹
2. Peso para estatura (P/E)² para crianças dos 6-59 meses
3. Índice da massa corporal para idade (IMC/Idade) para crianças e adolescentes dos 5-15 anos de idade
4. Edema bilateral (edema em ambos os pés)

Os indicadores do P/E e IMC/Idade mostram como o peso e estatura (altura ou comprimento) das crianças ou adolescentes se comparam com o peso e estatura das outras crianças ou adolescentes da população padrão da OMS, do mesmo sexo e idade.

No passado, a percentagem da mediana, ex: <70% da mediana, era o parâmetro usado para classificar os níveis de desnutrição aguda. Actualmente, são usados os parâmetros de Z-score ou a unidade de desvio padrão (DP) como “padrão de ouro”, com base nos novos padrões de crescimento da OMS (2006).³

Através destes parâmetros, a desnutrição aguda nas crianças e adolescentes pode ser classificada em ligeira, moderada ou grave, como mostra a **Tabela 1.1**. A desnutrição aguda grave nas crianças e adolescentes pode apresentar-se sem complicações clínicas ou com complicações clínicas e cada situação recebe um tratamento diferente, como será apresentado mais adiante.

Tabela 1.1. Parâmetros de Classificação da Desnutrição Aguda

Indicadores Nutricionais	Edema Bilateral	P/E ou IMC/Idade	Perímetro Braquial (PB)
Desnutrição aguda grave (DAG)	Presente	< -3 DP	6-59 meses: < 11,5 cm 5-10 anos: < 13,0 cm 11-15 anos: < 16,0 cm Adolescentes grávidas ou nos 6 meses pós-parto: < 21,0 cm
Desnutrição aguda moderada (DAM)	Ausente	≥ -3 e < -2 DP	6-59 meses: ≥ 11,5 e < 12,5 cm 5-10 anos: ≥ 13,0 e < 14,5 cm 11-15 anos: ≥ 16,0 e < 18,5 cm Adolescentes grávidas ou nos 6 meses pós-parto: ≥ 21,0 e < 23 cm ou ganho de peso insuficiente na consulta pré-natal
Desnutrição aguda ligeira	Ausente	≥ -2 e < -1 DP	

O comprimento é medido às crianças menores de 2 anos de idade ou com um comprimento menor que 87 cm. Para obter o DP do P/C para raparigas consulte a tabela no **Anexo 1.1** e para rapazes consulte a tabela no **Anexo 1.2**.

A altura é medida às crianças de 2 ou mais anos de idade ou com altura superior a 87 cm. Para obter o DP do P/A para raparigas consulte a tabela no **Anexo 1.3** e para rapazes consulte a tabela no **Anexo 1.4**.

¹ A OMS confirmou em Novembro de 2005 a validade da medida do PB para todas as crianças entre os 6 e 60 meses, o que significa, para todas as crianças com altura entre 65 e 110 cm. Assim, tanto para referência a partir da Comunidade, como para a triagem nutricional realizada na Consulta da Criança Sadia (CCS), o PB deve ser medido em todos os doentes com mais de 6 meses (ou 65 cm ou mais de altura). Se a classificação estiver dentro do critério da desnutrição aguda grave, os doentes devem ser admitidos para o tratamento terapêutico.

² Deve-se medir o comprimento às crianças menores de 2 anos de idade ou com estatura menor que 87 cm. Isto significa que, estas crianças são medidas deitadas. Deve-se medir a altura às crianças de 2 ou mais anos de idade ou com estatura igual ou superior a 87 cm. Isto significa que estas crianças são medidas de pé.

³ O Z-score ou a unidade de desvio padrão (DP) é definido como sendo a diferença entre o valor da altura ou do peso de um indivíduo e o valor da mediana duma população de referência da mesma idade, dividido pelo desvio padrão da população de referência.

O indicador de IMC/Idade é usado para crianças e adolescentes entre os 5-15 anos de idade. Para obter o DP do IMC/Idade para raparigas consulte a tabela no **Anexo 1.5** e para rapazes consulte a tabela no **Anexo 1.6**.

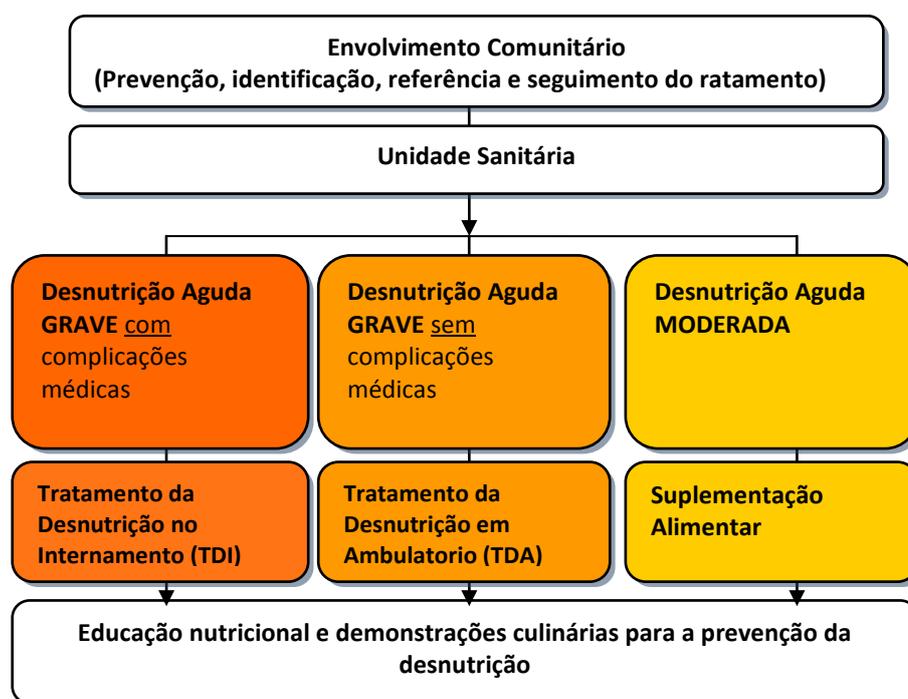
O CI é o indicador usado no Sistema de Vigilância Nutricional para crianças (<15 anos) que são atendidas na CCS. No caso de crescimento insuficiente, deve-se fazer a avaliação nutricional através da medição do peso e da estatura para obter os índices de P/E. Os índices de P/E são os indicadores nutricionais para detecção de casos de desnutrição aguda.

1.3. Componentes do Programa de Reabilitação Nutricional

De forma a assegurar um tratamento e reabilitação nutricional eficientes dos casos de desnutrição, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), o qual inclui os seguintes componentes (**Figura 1.1**):

- Envolvimento comunitário
- Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI)
- Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA)
- Suplementação alimentar
- Educação nutricional e demonstrações culinárias

Figura 1.1. Componentes do Programa de Reabilitação Nutricional



O manejo de casos de desnutrição dentro do Serviço Nacional de Saúde começa na rede primária, isto é, nos Centros e Postos de Saúde onde (nas Consultas da Criança Sadia) se deve fazer o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e dos adolescentes. Deve-se fazer a avaliação nutricional através da medição do peso e altura (ou comprimento) das crianças e dos adolescentes, para obter os Índices de P/E ou IMC/Idade. Os Índices de P/E ou IMC/Idade são os indicadores nutricionais para detecção de casos de desnutrição aguda.

A Figura 1.1 mostra a relação entre as diferentes componentes do Programa de Reabilitação Nutricional do Ministério da Saúde: os Activistas Comunitários de Saúde devem fazer a Triage na Comunidade medindo o Perímetro Braquial e referir os casos de desnutrição (de acordo com o perímetro braquial para faixa etária, presença de edema ou sinais de magreza ou perda rápida de peso) para avaliação e tratamento adequado na Unidade Sanitária.

As crianças e adolescentes com desnutrição aguda grave (DAG) com complicações devem ser sempre internados. As crianças e adolescentes que forem internados e, após as duas primeiras fases do tratamento (Fase de Estabilização e Fase de Transição) com os leites terapêuticos F75 e F100, já tiverem recuperado (sem edema, complicações tratadas e um bom apetite) podem também, se necessário, receber um Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU) na Fase de Reabilitação do tratamento,⁴ sendo assim administrado em Ambulatório.

As crianças e adolescentes com DAG sem complicações podem receber o seu Tratamento em Ambulatório (em casa), com um seguimento regular da Unidade de Reabilitação Nutricional ou da Consulta da Criança em Risco. O tratamento é feito através da administração de ATPU.

Crianças e adolescentes com DAG que atinjam P/E ou IMC/Idade ≥ -1 DP, devem ter alta e ser referidas para acompanhamento na Consulta da Criança em Risco ou na Unidade de Reabilitação Nutricional, caso exista, durante 3 meses, e em alguns casos excepcionais por 4 meses. Crianças e adolescentes que recebem alta não devem receber ATPU.

Quando não é possível medir a estatura (comprimento ou a altura) da criança ou adolescente, poderá ser usado o critério de saída, que consiste em 15% de peso ganho (**Anexo 1.7**) durante duas semanas consecutivas, em comparação com o peso da criança ou adolescente no momento de admissão para tratamento. Por exemplo, uma criança que pesa 10,2 kg no momento da admissão, precisará de ter pelo menos 11,5 kg durante duas semanas consecutivas para receber alta do tratamento. Este peso é determinado da seguinte forma:

1. Arredondar o peso de 10,2 kg para 10,1 kg
2. Consultar a Tabela do **Anexo 1.7** para Identificar o Peso Alvo, quer dizer, o peso correspondente a 15% de 10,0 kg. Este peso é 11,5 kg.

As crianças e adolescentes com desnutrição aguda moderada (DAM) deve-se dar o suplemento alimentar como uma Mistura Alimentícia Enriquecida (MAE) (por exemplo: “CSB Plus”, uma mistura de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais, que está actualmente disponível em Moçambique) se este estiver disponível e de acordo com os critérios estabelecidos e dar às mães orientação nutricional com demonstração prática. Nas Unidades sanitárias em que o distrito não está contemplado no PSA com MAE, deve-se fazer a suplementação com ATPU. As crianças e adolescentes com DAM devem ser referidos para a Consulta da Criança em Risco ou Consulta Médica, onde se deve investigar a causa da perda de peso, dar à criança ou adolescente o tratamento médico necessário.

As crianças e adolescentes com desnutrição aguda ligeira com ou sem HIV devem ser referidas para aconselhamento e orientação nutricional com demonstração prática.

1.4. Fluxograma para o Programa de Reabilitação Nutricional

Os fluxogramas a seguir apresentados na **Figura 1.2**, mostra o resumo dos critérios clínicos e dos indicadores nutricionais usados para a classificação dos níveis de desnutrição e os respectivos tratamento e seguimento a serem dados em cada situação.

Após diagnosticar a criança ou adolescente é importante informar e orientar à mãe ou ao cuidador sobre o resultado da avaliação e o tratamento, e decidir junto a ela/ele se a criança será tratada em ambulatório ou no internamento. Deve-se levar em consideração a condição social da mãe ou do cuidador.

Note que os critérios de referência e de alta para adolescentes grávidas e nos 6 meses pós-parto podem ser encontrados no fluxograma apresentado no Volume II do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional.

⁴ Veja Anexo 1.7 para obter informações da composição nutricional dos leites terapêuticos F75/F100 e do ATPU.

Figura 1.2. Manejo da Desnutrição Aguda (Crianças dos 0 – 15 anos)

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

Nota: Adolescentes grávidas e nos 6 meses pós-parto: DAG, PB < 21.0 cm; DAM, PB ≥ 21.0 e < 23.0 cm ou ganho de peso insuficiente. Alta aos 6 meses pós-parto. Para protocolos de tratamento, refira ao volume II do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional.

1.5. Desnutrição aguda grave e HIV e SIDA

A principal causa da desnutrição em crianças é a infecção do HIV. Pois crianças infectadas com o HIV tem as necessidades nutricionais aumentada, falta de apetite e problemas de absorção intestinal. Porém estas crianças não se alimentam adequadamente devido a falta de apetite e outras complicações, causada pela infecção. Grande parte das crianças com HIV tem o comprimento e a altura reduzidos, e o comprometimento do crescimento ocorre mesmo antes do surgimento das infecções oportunistas e outros sintomas. A **Tabela 1.2** mostra as necessidades energéticas diárias de crianças e adolescentes infectados pelo HIV.

Tabela 1.2. Necessidade energética em indivíduos infectados pelo HIV (kcal/dia)

	Necessidade energética diária em não infectados	10% energia adicional: infectados assintomáticos	20% energia adicional: infectados sintomáticos, ganho de peso insuficiente e outros sintomas
6-11 meses	690	760	830
12-23 meses	900	990	1080
24-59 meses	1260	1390	1510
5-9 anos	1650	1815	1980
10-15 anos	2020	2220	2420

Fonte: WHO Guidelines for an integrated approach to the nutritional care of HIV-infected children (6 months-14 years), 2009

No princípio da infecção pelo HIV, as crianças e adolescentes podem apresentar alguns sinais e sintomas. Nesta fase (inicial) eles necessitam de acréscimo no aporte calórico diário em 10%. Veja a **Tabela 1.3** para exemplos de alimentos que podem ser oferecidos de modo a cobrir 10% da necessidade energética.

Tabela 1.3. Aumento do consumo energético em 10%

IDADE	KCAL/DIA	Exemplo de alimentos que podem ser oferecidos para além das refeições:
6-11 meses	60-75 kcal adicionais = Total ~760 kcal/dia	2 colheres de sopa de óleo/margarina; adicionar 1-2 colheres de chá de açúcar ou 2 colheres de sopa de amendoim torrado e pilado ou pasta de amendoim as papas.
12-23 meses	80-95 kcal adicionais = Total ~990 kcal/dia	Adicionar margarina ou óleo e açúcar as papas.
2-5 anos	100-140 kcal adicionais = Total ~1390 kcal/dia	1 copo extra de leite gordo ou integral ou 1 copo de leite fermentado ou Maheu.
6-9 anos	130-190 kcal adicionais = Total ~1815 kcal/dia	1 copo extra de leite gordo ou integral ou 1 copo de leite fermentado ou Maheu.
10-15 anos	170-230 kcal adicionais = Total ~2200 kcal/dia	1 copo extra de iogurte ou sandes de manteiga/pasta de amendoim, 1 mão cheia de amendoas (amendoim/castanha de cajú).

Crianças e adolescentes com infecções agudas, como pneumonia, e aqueles com infecções crônicas, como a TB, ou outras complicações do HIV, têm as necessidades nutricionais aumentadas. Durante a fase aguda ou de recuperação, a necessidade energética aumenta de 20-30%.

Crianças e adolescentes com HIV e outras infecções ou crescimento insuficiente, muitas vezes têm desnutrição aguda moderada e devem ser tratadas de acordo com os Protocolos deste Manual. Crianças e adolescentes com HIV e outras infecções ou crescimento insuficiente, e sem desnutrição aguda moderada, devem receber alimentos extra para suprir as suas necessidades energéticas que estão aumentadas. Veja a **Tabela 1.4** para exemplos de alimentos que podem ser oferecidos de modo a cobrir 20% da necessidade energética.

Tabela 1.4. Aumento do consumo energético em 20%

IDADE	KCAL/DIA	Exemplo de alimentos que podem ser oferecidos para além das refeições:
6-11 meses	<i>120-150 kcal adicionais por dia</i>	2 colheres de chá de margarina ou óleo e 1-2 colheres de chá de açúcar nas papas, 3 vezes ao dia.
12-23 meses	<i>160-190 kcal adicionais por dia</i>	1 copo extra de leite gordo ou integral ou leite fermentado ou Maheu ou sandes de manteiga/pasta de amêndois (1 colher de sopa), 2 vezes ao dia.
2-5 anos	<i>200-280 kcal adicionais por dia</i>	1 copo de leite integral enriquecido com leite em pó/aveia em pó ou sandes de manteiga/pasta de amêndois (4 colheres de sopa).
6-9 anos	<i>260-380 kcal adicionais por dia</i>	1 copo de leite integral enriquecido com leite em pó/aveia em pó ou sandes de manteiga/pasta de amêndois (6 colheres de sopa).
10-15 anos	<i>340-400 kcal adicionais por dia</i>	Sandes de ovo ou com manteiga/pasta de amêndois (6 colheres de sopa).

Crianças e adolescentes num estágio avançado da doença, em geral, têm desnutrição aguda grave e necessitam de 50-100% de energia extra, para poderem recuperar e ganhar peso. Crianças e adolescentes com HIV e desnutrição aguda grave devem ser tratados de acordo com os Protocolos deste Manual. O tratamento da desnutrição nas crianças ou adolescentes com HIV/SIDA é idêntico ao das crianças e adolescentes não infectados, e as crianças ou adolescentes podem responder bem ao tratamento de acordo com o protocolo.

Mas, há situações em que as vezes as respostas não são iguais. As crianças e adolescentes seropositivos podem levar muito mais tempo para recuperar o peso, e a taxa de mortalidade pode ser mais elevada neste grupo. A desnutrição muitas vezes indica que a criança ou adolescente precisa de TARV. Sendo assim, é muito importante avaliar o estado de HIV dos doentes desnutridos e iniciar o tratamento médico apropriado.

1.6. Normas básicas para tomar as medidas antropométricas

Os indicadores nutricionais são calculados através de medições antropométricas. A seguir apresentam-se instruções essenciais para se tomar medidas antropométricas.

1.6.1. Medição de Comprimento e Altura

Deve-se medir o comprimento às crianças menores de 2 anos de idade ou com estatura menor que 87 cm. Isto significa que, estas crianças são medidas deitadas.

Deve-se medir a altura às crianças de 2 ou mais anos de idade ou com estatura igual ou superior a 87 cm. Isto significa que estas crianças são medidas de pé.

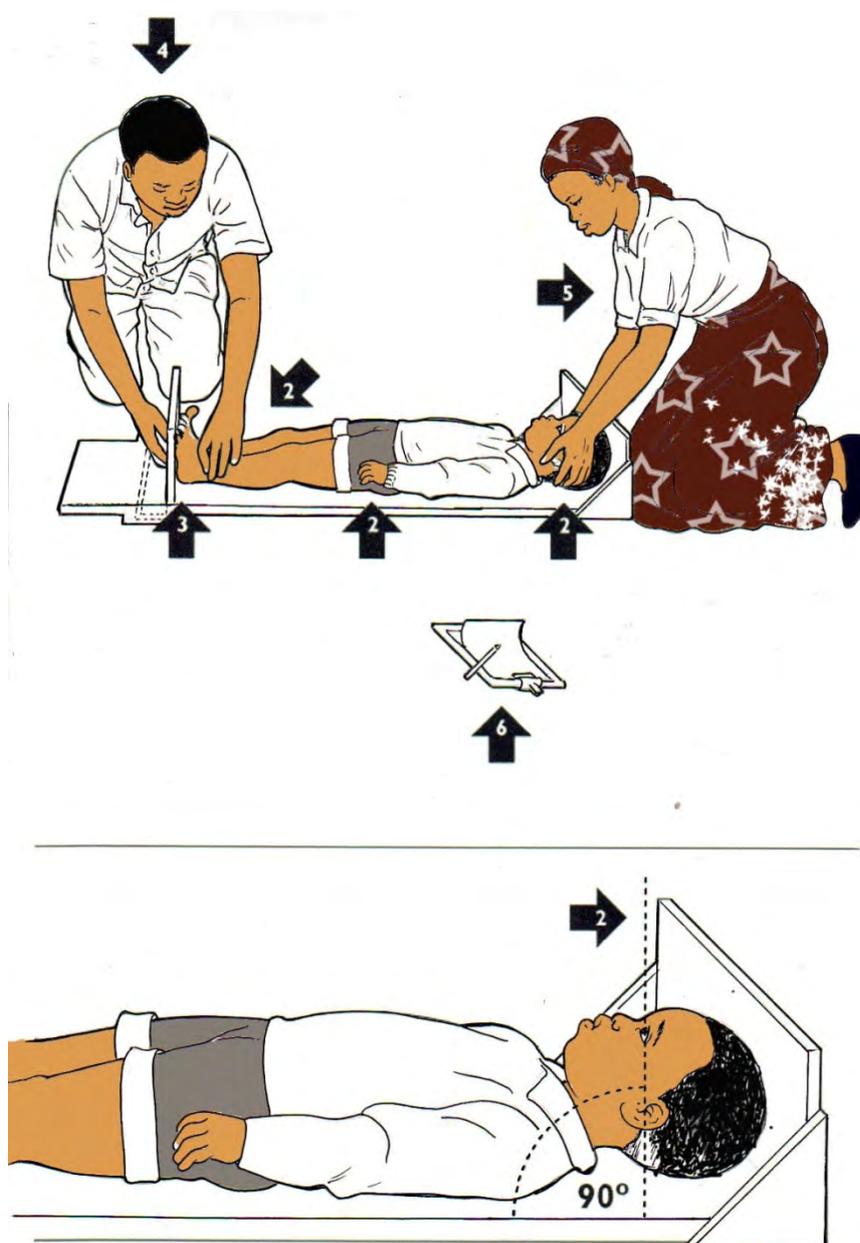
Se for difícil determinar a idade da criança, pode-se medir o comprimento da criança e, se a medida for superior a 87cm, então deve-se medir a sua altura (medição de pé).

Se, por alguma razão (ex: doença, fraqueza) uma criança de 2 anos ou mais de idade ou com altura igual ou superior a 87 cm, não podem manter-se em pé, pode-se medir o seu comprimento (medição deitada) e subtrair 0,7 cm da medição obtida.

Figura 1.3. Medição do comprimento de bebés e crianças entre 0–23 meses de idade

PLACA DE MEDIÇÃO DO COMPRIMENTO [MENOS DE 2 ANOS OU ESTATURA INFERIOR A 87 CM]

1. Coloque a placa de medição em cima da mesa ou da cama e retire os sapatos da criança.
2. Coloque a criança deitada de costas no meio da placa com a cabeça virada para frente, braços nos lados e os pés nos ângulos correctos da placa.
3. Enquanto segura os calcanhares ou joelhos da criança, desloque o indicador de medição até a parte inferior dos pés da criança.
4. Tire a medida com uma precisão de 0,1cm e em voz alta anuncie o valor.
5. O assistente, segurando a cabeça no devido lugar, repete o registo de medição.



Para crianças com idade superior a 2 anos ou estatura igual ou superior a 87 cm, subtraia 0,7 cm da medição.

Figura 1.4. Medição da altura em crianças de 24 meses de idade ou mais e adolescentes

PLACA DE MEDIÇÃO DA ALTURA [24 MESES OU MAIS OU 87 CM DE ESTATURA OU MAIS]

1. Coloque a criança na placa de medição, de pé e no meio da placa, com os braços de lado.

2. O doente deve estar descalço e os pés devem estar juntos e com os calcanhares no chão.

3. Os tornozelos e joelhos da criança devem ser pressionados de forma firme contra a placa.

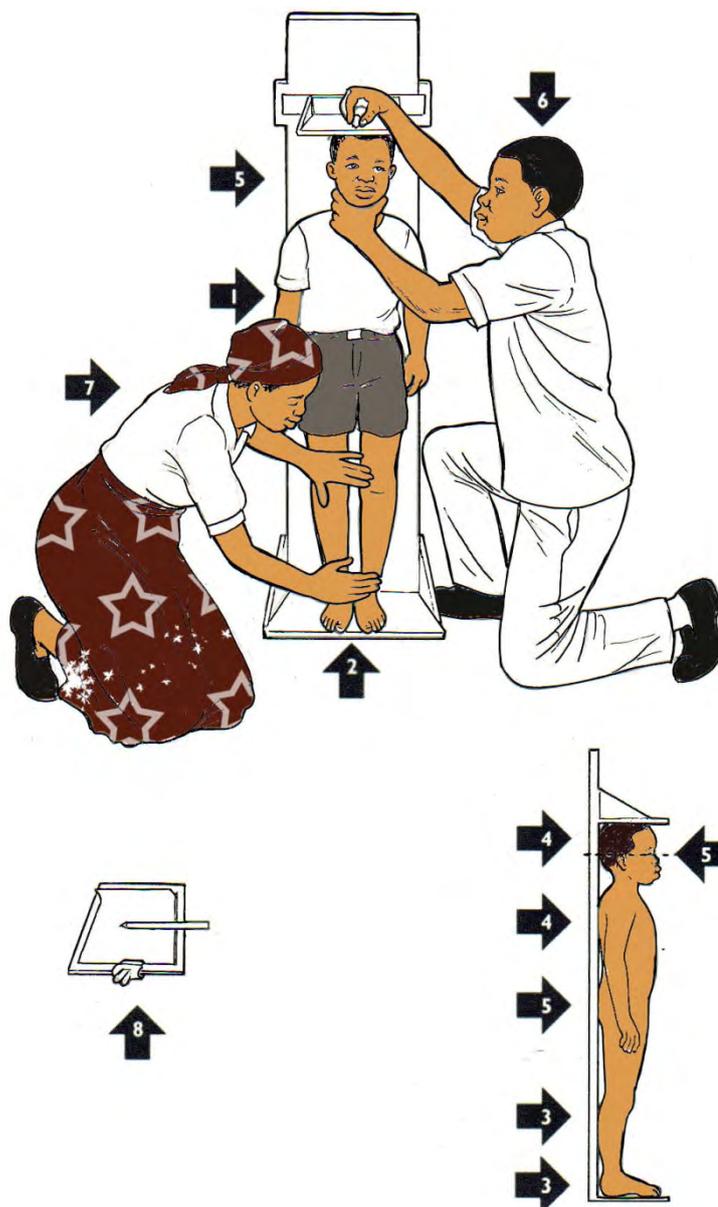
4. Os calcanhares, parte traseira das pernas, nádegas, ombros e cabeça das crianças devem tocar a parte traseira da placa.

5. O medidor deve segurar a cabeça do doente. Os olhos devem formar uma linha paralela com o chão.

6. A pessoa que mede lê a medição em voz alta com uma precisão de 0,1cm.

7. O assistente, segurando os pés da criança, repete a leitura em voz alta.

8. A pessoa que mede regista a altura.



1.6.2. Instruções para a medição de peso

Nunca se deve pesar ou medir uma criança ou adolescente sem antes conversar com ela ou com a mãe ou cuidador e explicar o que vai ser feito.

As crianças menores de 2 anos devem ser sempre pesadas completamente despidas e na presença da mãe ou do cuidador, pois estas devem auxiliar na retirada da roupa da criança.

A cada pesagem, a balança deve ser re-ajustada (o ponteiro deve estar no zero).

Faça a leitura quando a criança estiver estável. Diariamente (antes das pesagens) calibre a balança com um peso conhecido.

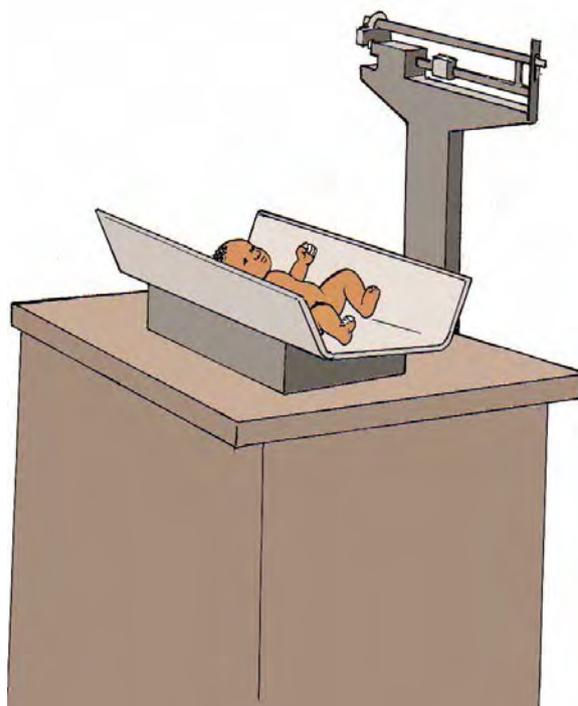
Balança pediátrica

Uma balança electrónica ou deslizante para bebés, com um intervalo de cerca de 0 a 16 kg, graduada em 10/20g, deverá ser usada para as crianças com peso inferior a 10 kg. A medição com uma balança de menor precisão resultará em erros de diagnóstico.

Figura 1.5. Medição do Peso usando a Balança Pediátrica

MEDIÇÃO DO PESO USANDO A BALANÇA PEDIÁTRICA

1. Destrave a balança e calibre a balança, assegurado-se que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
2. Antes de pesar a criança, dispa-a com ajuda da mãe/cuidador.
3. Coloque a criança sentada ou deitada no meio do prato. Oriente a mãe/cuidador a manter-se próximo, mas sem tocar na criança e no equipamento.
4. Mova o cursor maior para marcar os quilos e depois mova o cursor menor para marcar os gramas.
5. Realize a leitura quando a agulha do braço e o fiel estiverem nivelados.



Nota: As balanças devem ser higienizadas a cada medição.

Balança relógio

As crianças devem ser pesadas, usando uma balança de 25 kg pendurada graduada em 0,1 kg. A balança deve estar ao nível dos olhos do profissional de saúde.

As calcinhas das balanças relógio de pêndulo usadas durante pesquisas para medição de peso, não devem ser usadas rotineiramente nas US; pois elas são desconfortáveis, difíceis de usar, impróprias para crianças doentes. A melhor alternativa, é a capulana, como mostra a **Figura 1.6**.

Figura 1.6. Medição do Peso usando a Balança Relógio

MEDIÇÃO DO PESO USANDO A BALANÇA RELÓGIO COM CAPULANA

1. A balança pode ser pendurada com cordas ou um pano no tecto ou outros suportes (estaca, árvores, etc), e deve estar ao nível da vista da pessoa que tira a medição.
2. A capulana deve ser bem amarrada nas extremidades, com dois nós. Ponha a capulana na balança e re-ajuste a balança, de modo que os ponteiros fiquem no zero.
3. Tire a capulana da balança e meta a criança na capulana. Ponha a capulana com a criança dentro, na balança, e pese-a.
4. Faça a leitura quando a criança estiver estável.



Balança plataforma

As crianças maiores de 2 anos devem ser pesadas descalças e com roupas bem leves. Idealmente, devem usar apenas calcinha, calções ou cueca, na presença da mãe ou do cuidador.

Os adolescentes devem ser pesados descalços e usando roupas leves. Devem ser orientados a retirarem objectos pesados tais como chaves, cintos, óculos, telefones celulares e quaisquer outros objectos que possam interferir no peso total.

Figura 1.7. Medição do Peso usando a Balança Plataforma

MEDIÇÃO DO PESO USANDO A BALANÇA PLATAFORMA

1. Certifique-se de que a balança plataforma está afastada da parede.
2. Destrave a balança e calibre a balança, assegurado-se que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
3. A criança ou adolescente deve ser posicionado no meio da balança, descalço e com o mínimo de roupa possível, com as costas rectas, com os pés juntos e os braços estendidos ao longo do corpo.
4. Mova o cursor maior para marcar os quilos e depois mova o cursor menor para marcar os gramas.
5. Realize a leitura quando a agulha do braço e o fiel estiverem nivelados.



1.6.3. Instruções para a medição do Perímetro Braquial (PB)

O PB é obtido através da medição da circunferência do braço. A circunferência do braço é medida no braço esquerdo. Para se encontrar o local correcto para a medição, o cotovelo da criança é flectido na posição de 90°C. A fita de PB é usada para localizar o ponto médio entre a parte final do ombro (acrómio) e a ponta do cotovelo (olecrano); este ponto médio deve ser marcado (veja a **Figura 1.8**) com uma caneta de tinta fácil de lavar. O braço é então largado, estendendo-se livremente com a palma da mão virada para a perna, e a fita de PB é colocada justamente à volta do braço, na marca do ponto médio. A fita não deve estar muito apertada. Finalmente, regista-se a medida indicada entre as duas setas na fita de PB.

Figura 1.8. Medição do Perímetro Braquial (PB)

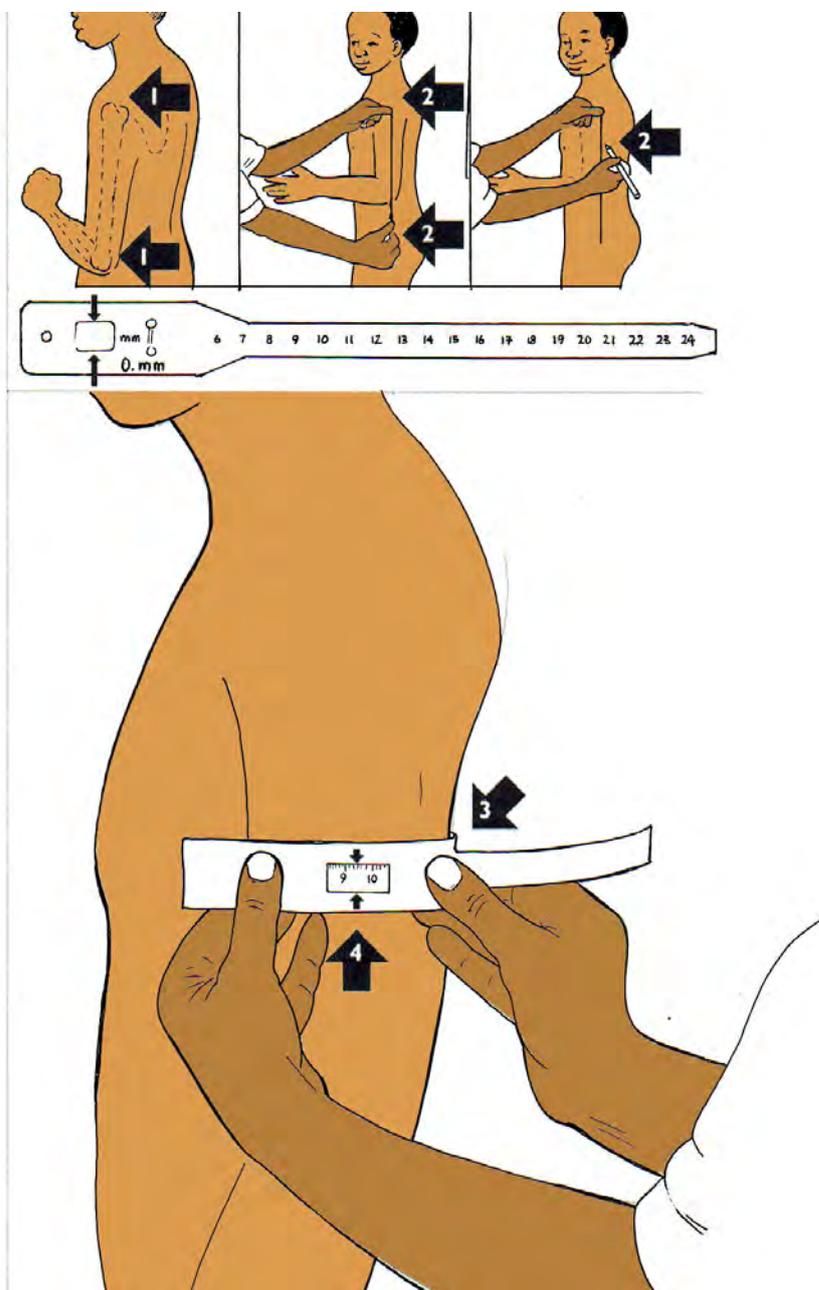
MEDIÇÃO DO PERÍMETRO BRAQUIAL

1. Peça a pessoa para dobrar o seu braço fazendo um ângulo de 90 graus.

2. Localize o meio da parte superior do braço esquerdo, entre o ombro e o cotovelo. Sempre que possível, marque com um marcador a localização do ponto médio.

3. Com o braço da pessoa relaxado e descaído para o seu corpo, enrole a fita do PB à volta do braço no ponto intermédio. Não deve haver qualquer espaço entre a pele e a fita, mas também não aperte demasiado.

4. Faça a leitura em milímetros a partir do ponto intermédio exactamente onde a seta aponta para dentro. O PB é registado com uma precisão de 1mm (0.1cm).



1.6.4. Instruções para a classificação do Estado Nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC)

1. Pesquisar o doente e registrar o seu peso em kg.
2. Medir a altura usando um instrumento de medição de altura. Registrar a altura em metros.
3. Calcular o IMC do doente, usando a seguinte fórmula:

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

4. Usando a Tabela de IMC/Idade correspondente ao sexo do doente (ver **Anexos 1.5 e 1.6**), localizar a linha correspondente à idade do doente e, nessa linha, verificar em qual das colunas de estado nutricional se encontra o valor de IMC calculado.

Exercício prático:

A Maria tem 8 anos e 8 meses e tem uma altura de 1,1 m e um peso de 16,5 kg.

1. Calcule o IMC do doente, usando a seguinte fórmula:

$$\begin{aligned} \text{IMC} &= \text{Peso em kg} / (\text{Altura em m})^2 \\ \text{IMC} &= 16,5 / (1,1 \times 1,1) = 16,5 / 1,21 \\ \text{IMC} &= 13,6 \text{ kg/m}^2 \end{aligned}$$

2. Arredonde a idade de 8 anos e 8 meses para 8 anos e 6 meses (8:6)
3. Procure na tabela das raparigas a linha referente aos 8:6
4. Em seguida, procure com o dedo na horizontal e da esquerda para direita, o IMC calculado (13,6)
5. Irá verificar que 13,6 está entre 13,0 - 14,2 na classificação de Desnutrição Ligeira

Nota: Nos casos de Kwashiorkor, o IMC e o Peso-Idade não devem ser usado como critério para classificação do Estado Nutricional, devido ao volume aumentado de líquidos.

1.6.5. 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 contando 1..., 2..., 3... (durante três segundos). Em seguida, o dedo polegar é retirado e, se se formarem cavidades nos locais pressionados, a presença de edema é afirmada. As cavidades permanecerão em ambos os pés por muitos segundos. O edema bilateral normalmente começa nos pés e na região pré-tibial. 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.

Existem três graus de edema bilateral, que são classificados pelo sinal positivo (+; ++; +++). Quando não se verifica a presença de edema bilateral, classifica-se como "ausente".

Nota: Na impossibilidade de arranjar uma segunda pessoa para repetir o teste, faça uma segunda medição para verificar a presença e classificação do edema bilateral.

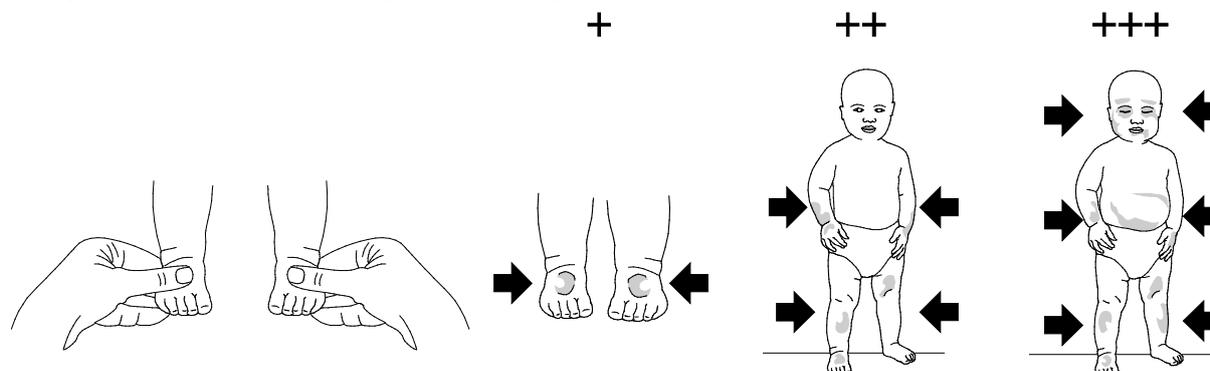


Tabela 1.5. Indicador para avaliação da gravidade do edema bilateral

Grau	Classificação do edema	
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, e rosto e pálpebras)	

1.7. Principais alterações fisiológicas na desnutrição grave e suas implicações para o tratamento

É muito importante entender as alterações fisiológicas que acontecem no doente com desnutrição aguda grave e as suas implicações para o tratamento. Estas questões são resumidas na **Tabela 1.6**.

Tabela 1.6. Principais alterações fisiológicas na desnutrição aguda grave e implicações para o tratamento

Alterações fisiológicas	Implicações diagnósticas e terapêuticas
Aparelho Cardiovascular O coração é mais pequeno que o normal e com paredes delgadas. O débito cardíaco está reduzido. Uma infusão de soro conduz a um grande aumento de pressão venosa. A sobrecarga do coração precipita insuficiência cardíaca. A tensão arterial é baixa. A perfusão renal está diminuída. O tempo de circulação é reduzido. O volume do plasma é em geral normal. O volume dos eritrócitos é reduzido.	As crianças e adolescentes são vulneráveis, tanto ao aumento como a diminuição do volume do sangue. Qualquer diminuição compromete a perfusão dos tecidos; um aumento pode resultar facilmente em insuficiência cardíaca aguda. Se há desidratação dar soro oral para desnutridos (ReSoMal); não dar infusão endovenosa, excepto se houver desidratação grave ou choque. Restringir a transfusão sanguínea a 10ml/kg e dar diuréticos antes da transfusão. Restringir o sódio na dieta.
Aparelho Genito- Urinário A filtração glomerular está reduzida. A excreção de ácidos ou de sobrecarga osmolar está muito reduzida. A excreção do fosfato é baixa. A excreção do sódio é mais baixa que o normal. Os rins não respondem fisiologicamente, de modo que, a expansão do volume extracelular não conduz a um aumento de excreção de sódio. É frequente a infecção urinária.	Evitar mais destruição dos tecidos; tratar as infecções e aumentar o aporte calórico (80-100 kcal/kg/dia). Não dar proteínas acima das necessárias para restaurar os tecidos. As proteínas devem ser de alta qualidade, com equilíbrio correcto de aminoácidos. Evitar sais que possam causar uma sobrecarga de ácidos (por ex.: cloreto de magnésio e proteínas em excesso). Usar leite como base da dieta para fornecer fosfato suficiente. Assegurar o aporte suficiente de água.
Aparelho Gastrointestinal A produção de ácido pelo estômago é menor do que o normal. A motilidade de todo o intestino está reduzida. O pâncreas está atrofiado e produz uma quantidade reduzida de enzimas digestivos. A mucosa do intestino delgado está atrofica com produção reduzida de enzimas digestivas. A absorção é reduzida quando se dá muito alimento ou sob forma muito concentrada, ou grandes quantidades de soluções mais diluídas.	Alimentar a criança ou adolescente frequentemente e dar pequenas quantidades em cada refeição. Se os alimentos são mal absorvidos, aumentar a frequência e reduzir a quantidade de cada refeição. Os alimentos são necessários para estimular a reparação do intestino. Por vezes é útil o uso de enzimas pancreáticos. Há excesso de crescimento de bactérias no intestino que deve ser tratado com antibióticos.
Fígado A síntese hepática das proteínas está reduzida. São produzidos metabólitos anormais de aminoácidos. A capacidade do fígado na captação, metabolização e excreção das toxinas está gravemente afectada. A produção de energia a partir de substratos tais como galactose e fructose, é muito mais lenta que o normal. A redução da capacidade de gluconeogenese conduz à hipoglicemia. A secreção biliar está diminuída.	Não dar refeições grandes para metabolizar de uma só vez. A quantidade de proteínas deve estar nos limites da capacidade do fígado para as metabolizar mas em quantidade suficiente para produzir proteínas de exportação. Os medicamentos hepatotóxicos, ou cuja excreção se faz no fígado, devem ser administrados em doses reduzidas. Dar carboidratos suficientes para compensar a redução da gluconeogenese. Uma quantidade baixa de transferrina torna o tratamento com ferro perigoso.

Alterações fisiológicas	Implicações diagnósticas e terapêuticas
<p>Sistema Imunitário Todos componentes imunitários estão deprimidos. Os gânglios linfáticos, amígdalas e timo estão atroficos. A imunidade celular (células T) está particularmente afectada. Há pouca produção de IgA. Os componentes do complemento estão baixos. Os fagócitos não destroem de forma eficiente as bactérias.</p>	<p>Quase todas as crianças e adolescentes desnutridos têm infecções e crescimento anormal nas superfícies mucosas. Deve dar-se tratamento antibiótico empírico a todas as crianças e adolescentes no momento da admissão. Esse tratamento deve continuar até que a melhoria do estado nutricional conduza à melhoria do sistema imunitário. As crianças são vulneráveis a infecções cruzadas; crianças com internamento recente devem ser separadas das que se encontrem na fase de recuperação.</p>
<p>Resposta Inflamatória A lesão dos tecidos não se acompanha de inflamação, as células brancas não emigram para as áreas lesadas. A fase aguda da resposta está diminuída.</p>	<p>Há muitas vezes ausência de sinais de infecção, mesmo após exame cuidadoso. Infecções localizadas como pneumonia lobar são raras; são comuns infecções generalizadas como bronco-pneumonia, que pode estar presente sem sinais radiológicos ou outros. Não há necessariamente febre e leucocitose. A otite não se apresenta com tímpano proeminente e vermelho. A infecção urinária é assintomática. Hipoglicemia e hipotermia, são ambas sinais de infecção grave.</p>
<p>Glândulas Endócrinas Há diminuição de insulina e intolerância à glicose. O IGF-1 está muito baixo, embora a hormona de crescimento esteja alta. O cortisol está muito elevado.</p>	<p>O sistema endócrino pode não ser capaz de responder de forma apropriada a grandes refeições. Dar pequenas refeições frequentemente. Não dar esteróides, já estão elevados.</p>
<p>Regulação da temperatura As crianças apresentam variação de temperatura em função da temperatura do meio que a rodeia. As crianças são poiquilotérmicas. Estão afectadas tanto a produção de calor quando está frio, com a sudação quando está quente. As crianças tornam-se hipotérmicas num ambiente frio e febris em meio quente.</p>	<p>Cobrir as crianças e adolescentes com roupas e cobertores. Fechar as janelas à noite. Manter a temperatura ambiente entre 25-30°C. Secar as crianças e adolescentes bem e rapidamente depois do banho e vesti-las. Se têm hipertermia, arrefecer as crianças com água morna (não fria). Nunca usar álcool para baixar a temperatura da criança ou adolescente.</p>
<p>Função Celular Há redução de actividade da bomba sódio-potássio e as membranas celulares estão mais permeáveis que o normal. Isto leva a que dentro das células haja aumento de sódio e diminuição de potássio e magnésio. A síntese das proteínas está reduzida.</p>	<p>Todas as crianças e adolescentes necessitam de grandes doses de potássio e magnésio. O aporte de sódio deve ser restringido. Como durante a recuperação o sódio sai das células e o potássio entra, pode haver sobrecarga cardíaca e hipocalémia. A correcção das anomalias electrolíticas deve ser gradual e deve ocorrer quando tiver havido recuperação renal. Se se tiver de recorrer à digoxina deve usar-se metade das doses de ataque.</p>
<p>Nível Metabólico O metabolismo basal está reduzido a cerca de 30%. O gasto de energia devido a actividade é muito baixo.</p>	<p>A produção interior de calor é muito baixa. A maioria dos processos metabólicos é morosa.</p>
<p>Composição do corpo Há atrofias da pele, gordura subcutânea e músculo. Há menos gordura nas órbitas. Há atrofia de muitas glândulas, incluindo as sudoríparas, lacrimais e salivares.</p>	<p>A maioria dos sinais da desidratação não são fiáveis: os olhos podem estar encovados por perda da gordura orbitária; a atrofia da pele leva à produção de pregas; a boca, a pele e os olhos estão secos devido a atrofia das glândulas. As crianças têm reservas limitadas de energia. Os músculos respiratórios fatigam-se facilmente.</p>

2.

Capítulo 2: Procedimentos na Admissão no Programa de Reabilitação Nutricional

2.1. Critérios de admissão para o Tratamento da Desnutrição no Internamento e em Ambulatório

Os Activistas Comunitários de Saúde devem fazer a triagem nutricional através da medição do perímetro braquial (PB) das crianças e adolescentes na Comunidade.

Com base nos resultados da triagem nutricional, devem ser referidas para os Centros de Saúde:

- As crianças dos 6-59 meses identificadas com PB<12,5 cm para avaliação do Índice de peso para estatura (P/E) e tratamento adequado;
- As crianças dos 5-10 anos identificadas com PB<14,5 cm;
- Os adolescentes dos 11-15 anos identificados com PB<18,5 cm;
- As adolescentes grávidas dos 11-15 anos identificados com PB<23,0cm

Todas as crianças e adolescentes (0-15 anos) com edema ou sinais de magreza ou perda rápida de peso também devem ser referidos para a Consulta da Criança em Risco nos Centros de Saúde ou para as Unidades de Reabilitação Nutricional. Na **Tabela 2.1** apresenta-se o resumo dos critérios clínicos e nutricionais para admissão nos diferentes programas de tratamento.

Tabela 2.1. Critérios de admissão para o Tratamento da Desnutrição no Internamento e em Ambulatório

Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI)		Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA)	
Desnutrição Aguda GRAVE <u>com</u> complicações médicas		Desnutrição Aguda GRAVE <u>sem</u> complicações médicas	
1	Edema bilateral(+) ou (++) ou (+++)	P/E	
2	P/E 6-59 meses: < -3 DP ou IMC/Idade 5-15 anos: < -3 DP ou PB 6-59 meses: < 11,5 cm 5-10 anos: < 13,0 cm 11-15 anos: < 16,0 cm Adolescentes grávidas e nos 6 meses pós-parto: <21,0 cm E Um dos seguintes sinais e sintomas: <ul style="list-style-type: none"> • Convulsões • Inconsciência • Letargia, não alerta • Hipoglicemia • Hipotermia • Desidratação severa • Infecção respiratória baixa • Febre elevada • Anemia severa • Sinais de deficiência de Vitamina A • Vômito intratável • Anorexia ou sem apetite • Descamação da pele 	6-59 meses: < -3 DP ou IMC/Idade 5-15 anos: < -3 DP ou PB 6-59 meses: < 11,5 cm 5-10 anos: < 13,0 cm 11-15 anos: < 16,0 cm Adolescentes grávidas e nos 6 meses pós-parto: < 21,0 cm E <ul style="list-style-type: none"> • Sem edema • Tem apetite • Alerta • Clinicamente bem 	
3	Crianças < 6 meses e crianças ≥ 6 meses com peso < 4 kg; Edema bilateral ou Emagrecimento acentuado ou Crianças que correm maior risco de DAG devido à ingestão de alimentação inadequada		

2.2. Procedimentos na admissão

Quando atendida pela primeira vez, a criança deve ser imediatamente avaliada quanto ao risco de morte. Se houver sinais gerais de perigo (hipoglicemia, desidratação, hipotermia, anemia grave, sinais de infecção ou outros), o tratamento deve começar o mais rápido possível, para redução do risco de morte. As perguntas dirigidas à mãe ou ao cuidador da criança devem ser sumárias e precisas, e o exame físico dirigido de modo a fornecer informações suficientes que permitam diagnóstico e conduta rápidos e eficazes. A história clínica e o exame físico mais detalhados devem ser feitos após superada a fase do risco imediato de morte.

Os trabalhadores de saúde (enfermeiro ou médico) nos serviços de atendimento de Pediatria (urgência, triagem de pediatria ou consulta externa) devem realizar rotineiramente a triagem das crianças ou adolescentes que esperam na fila, e atender primeiro os casos mais graves.

A avaliação e selecção das crianças e adolescentes para o Tratamento no Internamento ou em Ambulatório (**Figura 2.1**) deve ser feita na US por um profissional de saúde experiente, que tenha uma formação específica no manejo da desnutrição aguda grave e em programas de tratamento em ambulatório.

Informações referentes à criança em tratamento, tais como a história clínica, os resultados do exame físico e das avaliações médica e nutricional devem ser registadas no multicartão.

Em primeiro lugar, deve-se definir o estado nutricional da criança ou adolescente com base em medições e controlo padronizados (veja **Secção 1**). A avaliação nutricional inclui o seguinte:

- Avaliação clínica da presença de edema bilateral simétrico que começa no dorso dos pés
- Medição do perímetro braquial (PB)
- Medição de peso
- Medição de comprimento ou altura

Em segundo lugar, deve-se fazer uma avaliação médica – história clínica e exame objectivo incluindo um teste do apetite (veja **Quadro 2.1**). Os mesmos critérios de avaliação médica são usados para as crianças e os adolescentes.

2.2.1. História e exame físico

A história nutricional progressiva e actual da criança deve ser detalhada, particularmente nos seguintes aspectos:

- História da amamentação: duração do aleitamento materno exclusivo e idade da suspensão total do aleitamento materno
- Início da introdução de alimentos complementares ao leite materno
- Dieta habitual (tipo, frequência e quantidade)
- Perda de apetite recente
- Modificações da alimentação em função da doença da criança
- Pessoa que cuida/alimenta a criança
- Utensílios utilizados para alimentar a criança (tipo e higienização)
- Prática de armazenagem de alimentos já preparados e sua oferta à criança
- Prática de administração de sobras/restos de alimentos de uma refeição para outra
- Alimentos habitualmente disponíveis no domicílio e utilizados para a alimentação da criança
- Alimentos habitualmente consumidos pela família, mas que não são dados à criança e razões para a sua não administração
- Alimentos preferidos pela criança

Os antecedentes da criança:

- Peso e estatura da criança ao nascer
- Condições de preenchimento do Cartão de Saúde da Criança (monitoria do desenvolvimento e do crescimento, imunização, suplementação vitamínica e/ou mineral)
- Marcos de desenvolvimento atingidos (sentar, ficar em pé, etc)
- Doenças e internamentos anteriores, particularmente por desnutrição e infecções
- Tratamento nutricional recebido, acompanhamento após a alta e re-internamentos;
- Ocorrência de diarreia e vômitos actual e nas duas últimas semanas (duração, frequência e aparência)
- Cor da urina e hora em que urinou pela última vez
- Contacto com sarampo, tuberculose e malária
- Participação em programas de saúde e sociais, inclusive recebimento directo de alimentos ou transferência direta de renda
- Uso habitual de medicamentos
- Histórico de alergia

Os antecedentes familiares, incluindo as condições de vida da família:

- Presença de irmãos menores de 5 anos
- Antecedentes de internamento ou tratamento para desnutrição entre irmãos menores de 5 anos
- Morte de irmão menor de 5 anos e sua causa, especialmente por desnutrição
- Responsável/chefe da família
- Condição de emprego/trabalho do chefe da família
- Condições de moradia (água, saneamento básico e tipo e propriedade do domicílio)
- Comportamento de risco da família (alcoolismo, tabagismo e uso de drogas)

Exame físico da criança – Durante o exame físico observe, colha e registre a presença ou ausência de, no mínimo, os seguintes dados:

- Peso e estatura
- Nível de actividade física
- Reacção ao exame físico
- Distensão abdominal, ruídos intestinais, movimentos peristálticos, salpico abdominal (som de salpicos no abdómen)
- Panículo adiposo e massa muscular (observar se existe redução, principalmente na região das nádegas e face interna das coxas)
- Edema
- Palidez grave
- Aumento ou dor hepática ao toque, icterícia
- Presença de vínculo mãe/criança (olhar, toque, sorriso, fala)
- Sinais de colapso circulatório: mãos e pés frios, pulso radial fraco, consciência diminuída
- Temperatura: hipotermia ou febre
- Sede
- Olhos encovados recentemente (examine e pergunte a mãe)
- Olhos: lesões corneais indicativas de deficiência de vitamina A
- Ouvidos, boca, garganta: evidência de infecção
- Pele: evidência de infecção ou de petéquias e equimoses
- Frequência respiratória e tipos de respiração: sinais de pneumonia ou insuficiência cardíaca
- Aparência das fezes
- Teste para vírus da imuno-deficiência humana (HIV): É importante oferecer Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) de rotina de HIV a todos os que estiverem registrados no programa (mães e crianças)

Nota: As crianças com deficiência em vitamina A apresentam, com frequência, fotofobia, pelo que mantêm os olhos fechados. É importante examinar os seus olhos com cuidado de forma a evitar ruptura da córnea.

2.2.2. Exames complementares

Muitos exames adoptados nas rotinas dos serviços de saúde são úteis para o diagnóstico de problemas associados à desnutrição (por exemplo, infecções diversas muitas vezes são assintomáticas).

Contudo, é importante destacar que a interpretação dos exames complementares é difícil porque seus resultados podem ser alterados pela desnutrição. Muito frequentemente, os exames de laboratório podem confundir trabalhadores de saúde. Por esta razão, para a criança com desnutrição, não se preconiza a realização de um conjunto de exames de rotina. Os exames devem ser solicitados em condições específicas com vistas a esclarecer situações que são suspeitadas no exame clínico.

O mais importante para o tratamento da criança com desnutrição é o diagnóstico preciso e a avaliação cuidadosa do seu estado clínico e acompanhamento da evolução.

Os exames complementares, solicitados nos serviços de saúde para crianças com desnutrição grave, podem ser reunidos em três grupos, que estão descritos a seguir:

Exames úteis para o tratamento:

- Hemoglobina e/ou hemograma: devem ser solicitados, com objectivo de avaliar a presença de anemia ou processo infeccioso. Em crianças com desnutrição e infecção associada, observar rigorosamente sinais de descompensação cárdio-respiratória, independentemente dos níveis de hemoglobina
- Glicemia (plasma ou soro): deve ser realizada em toda a criança com desnutrição grave, tendo em vista a detecção de hipoglicemia.
- Exame sumário e cultura de amostra de urina: o diagnóstico de infecções do tracto urinário deve ser realizado através de urocultura. A higienização da genitália da criança ou adolescente para colecta de urina deve ser rigorosa.
- Exame de fezes: parasitológico para todas as crianças e adolescentes.
- Exames de cultura (hemo, copro, urocultura e nasofaringe): devem ser realizados, sempre que possível, em todos os pacientes e antes do início do tratamento com antibiótico.
- Exame de esfregaço sanguíneo por microscopia para detecção da malária
- Exame radiológico de tórax: pode ser útil no diagnóstico de pneumonia, lembrando que, na criança com desnutrição, ocorre menor opacificação dos pulmões. Poderá também ser solicitado nas seguintes situações:
 - Suspeita de derrame pleural na pneumonia estafilocócica;
 - Suspeita de ingurgitamento vascular e aumento do volume do coração nos casos de insuficiência cardíaca
 - Suspeita de tuberculose
- Teste cutâneo para tuberculose (PPD): pode ser solicitado em casos suspeitos. É importante salientar que o resultado pode ser falso-negativo em crianças com desnutrição grave e tuberculose ou que já tenham sido vacinadas com BCG.
- Exame do líquido cefalorraquiano (LCR): realizar em pacientes com suspeita de meningite. Lembre-se que a criança com desnutrição com frequência não apresenta sinais de irritação meníngea. Por isso, a punção deve ser feita sempre que haja suspeita de meningite, independente ou não, da presença de sinais clássicos da doença.
- Electrólitos: deve-se ter muito cuidado com a interpretação dos resultados, pois pode levar a terapia inadequada.

As complicações médicas na desnutrição aguda grave que justificam o tratamento no internamento são definidas na **Tabela 2.2**.

Nota: Crianças e adolescentes com complicações médicas devem ser internadas de imediato sem passar pelo teste do apetite.

Tabela 2.2. Definição das complicações médicas na desnutrição aguda grave

Complicação Médica	Definição
Convulsões*	Durante uma convulsão, os braços e as pernas da criança ou adolescente endurecem porque os músculos se contraem. Pergunte à mãe se a criança teve convulsões durante a actual doença e se ficou inconsciente.
Inconsciência*	A criança ou adolescente não responde a estímulos dolorosos .
Letargia/não alerta*	A criança ou adolescente tem dificuldades de acordar. Pergunte à mãe se a criança está demasiado sonolenta, não mostra nenhum interesse no que está acontecendo ao seu redor, não olha para a mãe ou não olha para o seu rosto quando fala.
Hipoglicemia	Podem não existir sinais clínicos de hipoglicemia. Um sinal é a retração das pálpebras durante o sono: a criança ou adolescente dorme com os olhos entreabertos. Glicemia <3 mmol/L, <54 mg/dl
Hipotermia	A criança ou adolescente tem uma temperatura corporal baixa, ou a temperatura axilar <35 °C, temperatura retal <35,5 °C, levando em consideração a temperatura ambiente.
Desidratação grave ou severa	Para crianças ou adolescentes com DAG, o diagnóstico de desidratação grave é baseado na história recente de diarreia, vômitos, febre elevada ou sudação intensa, e no recente aparecimento de sinais clínicos de desidratação, como relatado pela mãe ou pelo provedor de cuidados.
Sinais de deficiência de vitamina A	Conjuntivas ou córneas secas (Xerose), manchas de Bitot, úlceras da córnea e, queratomalácia
Febre elevada	A criança ou adolescente tem uma temperatura corporal elevada, ou temperatura axilar ≥ 38,5 °C, temperatura retal ≥ 39 °C, levando em consideração a temperatura ambiente
Anemia severa	A criança tem palidez anormal da pele; Hb < 5 g/dL
Infecção respiratória baixa	A criança ou adolescente tem tosse com dificuldade respiratória ou uma respiração rápida: > 60 respirações/minuto para < 2 meses > 50 respirações/minuto para 2 a 12 meses > 40 respirações/minuto para 1 a 5 anos > 30 respirações/minuto para 5 a 12 anos > 20 respirações/minuto para >12 anos
Anorexia/sem apetite*	Criança ou adolescente não consegue beber ou mamar e falhou o teste do apetite com ATPU.
Vômito intratável *	A criança ou adolescente vomita qualquer líquido que ingere.
Pele seca com descamação	Pele fissurada

* *Demonstram sinais de perigo para a Atenção Integrada às Doenças Neonatais e da Infância (AIDNI).*

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.

Crítérios para o Teste do Apetite:

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

Nota: *Uma criança ou adolescente 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).

O resultado de ambas as avaliações, nutricional e médica, determina se a criança ou adolescente vai receber o Tratamento em Ambulatório ou vai ser encaminhada para receber o Tratamento no Internamento.

As crianças ou adolescentes podem passar directamente para o Tratamento em Ambulatório, quando estão alerta, têm bom apetite, não têm edema ou complicações médicas e têm uma mãe ou provedor de cuidados disponível e disposto a seguir o tratamento da criança.

Todas as crianças menores de 6 meses de idade com edema bilateral ou magreza acentuada significativa são referidas imediatamente para o Tratamento no Internamento.

Pontos adicionais a considerar durante o processo de admissão e Internamento:

- Explicar o resultado da avaliação e o tratamento para a mãe ou o provedor de cuidados, e decidir com ela / ele se a criança será tratada em ambulatório ou no internamento. A condição social da mãe ou do provedor de cuidados deve ser considerada.
- Crianças e adolescentes que falham o teste do apetite devem sempre ser encaminhados para o tratamento no internamento (hospitalar). Se, por algum motivo, o teste do apetite é inconclusivo, a criança ou adolescente deve sempre ser encaminhado para tratamento no internamento até que o apetite seja restabelecido.
- O procedimento inicial para Tratamento no Internamento e Tratamento em Ambulatório encontra-se resumido no **Quadro 2.2**.

Nota: Em todas as ocasiões de contacto com os serviços nos cuidados de saúde primários, crianças e adolescentes devem ser avaliados para identificação precoce dos sinais de desnutrição aguda.

Quadro 2.2. Procedimento Inicial para Tratamento no Internamento e Tratamento em Ambulatório

PASSO 1: Receber a criança ou adolescente e a mãe ou o provedor de cuidados e providenciar o cuidado inicial

- Primeiro atender e diagnosticar e verificar as crianças e adolescentes muito doentes.
- A triagem rotineira das crianças ou adolescentes que esperam na fila deve sempre ser feita para atender primeiro os casos mais graves.
- As crianças e adolescentes devem ser avaliados imediatamente quanto ao risco de morte e, se sinais de perigo existem, começar o tratamento o mais rápido possível para reduzir o risco de morte.
- A história clínica e o exame físico mais detalhados devem ser feitos após superada a fase do risco imediato de morte.
- Todas as crianças e adolescentes que percorreram longas distâncias ou que esperaram por muito tempo até serem atendidos, devem receber água açucarada a 10% (100 ml de água + 10 g de açúcar, veja **Tabela 2.3**). Se a criança está consciente e consegue beber, deve-se dar a beber 50 ml ou meio copo de água açucarada sempre que o doente quiser. Se a US não tiver água açucarada disponível, pode-se oferecer F75 para beber.

PASSO 2: Avaliação do estado nutricional

- Depois da avaliação imediata do risco de morte, deve-se definir o estado nutricional da criança ou adolescente com base nas medições e controlo padronizados vistos na **Tabela 2.1**. A avaliação nutricional inclui:
 - Avaliação clínica da presença de edema bilateral
 - Medição do perímetro braquial (PB)
 - Medição de peso
 - Medição de comprimento ou altura
- Utilizar os critérios de admissão para o tratamento no internamento ou tratamento em ambulatório ou suplementação alimentar, para orientar ou decidir sobre o tratamento.
- Registrar a criança ou adolescente e anotar as suas medições na ficha individual de CCR.

PASSO 3: Avaliação clínica

- Recolher a história clínica da criança ou adolescente, realizar um exame físico e determinar se a criança ou adolescente tem ou não complicações médicas (veja **Tabela 2.2**).
- Imediatamente encaminhar as crianças ou adolescentes com DAG e complicações médicas para o internamento e iniciar o tratamento (não é necessário testar o apetite; é necessário administrar a primeira dose de antibiótico).
- Informações referentes à criança tais como a história clínica, os resultados do exame físico e da avaliação médica e nutricional devem ser registadas na ficha individual de CCR.

PASSO 4: Teste do apetite

- Testar o apetite nas crianças e adolescentes com DAG sem complicações médicas (veja **Quadro 2.1**). O teste do apetite é um critério fundamental para determinar se uma criança ou adolescente deve ser tratado em ambulatório ou no internamento (atendimento na unidade sanitária).
- Dê de imediato água açucarada a 10% (100 ml de água + 10 g de açúcar, veja **Tabela 2.3**)

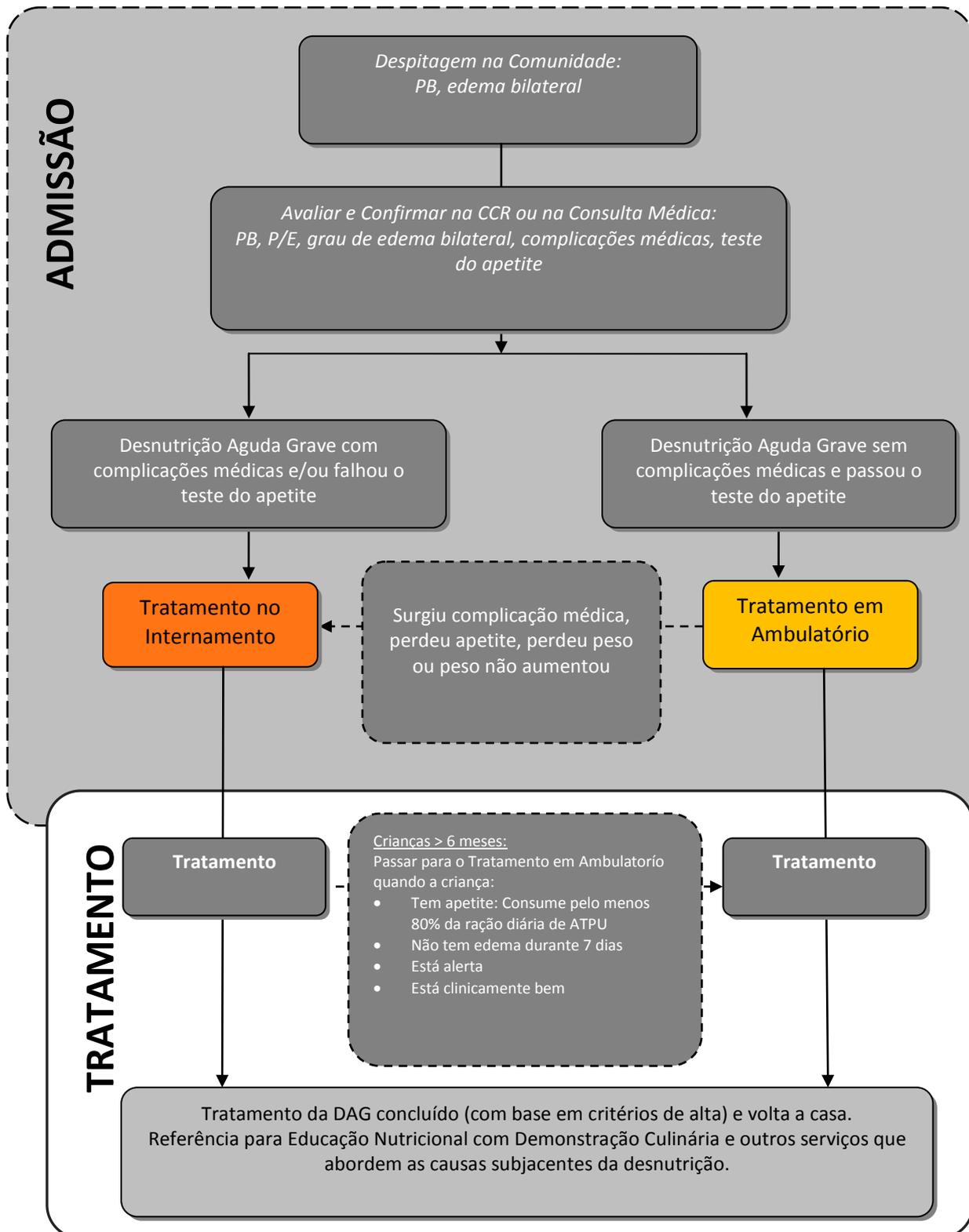
ou F75 a todas crianças ou adolescentes que recusarem ATPU ou que foram encaminhados para tratamento no internamento. Se possível, nos dias de muito calor, dê água açucarada a todas crianças ou adolescentes que aguardam tratamento em ambulatório.

- Encaminhar para o tratamento em ambulatório, as crianças ou adolescentes com DAG sem complicações médicas e que passaram o teste do apetite.
- Encaminhar para o Suplementação Alimentar as crianças ou adolescentes com desnutrição aguda moderada (DAM), sem edema e sem complicações médicas.

Tabela 2.3. Receita de água açucarada (diluição à 10%)

Quantidade de água	Quantidade de açúcar	
	Gramas	Colherinhas
100 ml	10	2
200 ml (um copo)	20	4
500 ml	50	10
1 litro	100	20

Figura 2.1. Fluxo das crianças ou adolescentes com desnutrição aguda grave



3.1. Introdução

Os cuidados para o manejo da DAG com complicações médicas no internamento podem ser fornecidos numa secção especial da enfermaria de pediatria. Os trabalhadores de saúde nessas unidades devem receber uma formação específica no manejo da DAG com complicações médicas.

Crianças e adolescentes com DAG sem apetite ou com complicações médicas e crianças que estão sendo encaminhados do tratamento em ambulatório são admitidos para tratamento no internamento.

Crianças e adolescentes com DAG com apetite e sem complicações médicas podem, excepcionalmente, ser admitidos para tratamento no internamento por razões sociais e com base na decisão do director da Unidade Sanitária.

Crianças e adolescentes internados para tratamento, poderão passar para o tratamento em ambulatório logo que a complicação médica estiver resolvida, tiverem recuperado o apetite, e/ou o edema bilateral tiver desaparecido. Só em casos excepcionais as crianças precisarão de terminar o tratamento completo em regime de internamento, como por exemplo: quando não podem/conseguem comer o ATPU, ou o ATPU não está disponível por alguma razão social ou médica.

Todas as crianças menores de 6 meses de idade ou menos de 4 kg com DAG devem ser admitidas para tratamento no internamento (veja **Capítulo 5**).

Para informação adicional, consulte a **Secção 2.1** Critérios de admissão para o Tratamento da Desnutrição no Internamento e em Ambulatório e a **Secção 2.2** Procedimentos na Admissão na Unidade Sanitária.

Para facilitar a visualização das várias tarefas que compõem o tratamento, estas encontram-se organizadas em um conjunto de orientações denominado “Dez Passos para Recuperação Nutricional da Criança com Desnutrição Grave”:

1. Tratar ou prevenir hipoglicemia.
2. Tratar ou prevenir hipotermia.
3. Tratar a desidratação e o choque séptico.
4. Corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos.
5. Tratar infecção.
6. Corrigir as deficiências de micronutrientes.
7. Reiniciar a alimentação cautelosamente.
8. Reconstruir os tecidos perdidos (fase de reabilitação ou de crescimento rápido).
9. Estimular o desenvolvimento física e psicosocial.
10. Preparar para a alta e o acompanhamento após a alta.

Estes passos não são necessariamente subseqüentes e, para possibilitar uma melhor visão global de todo o tratamento, são divididos em quatro fases:

3.1.1. Estabilização

Esta fase compreende as ações descritas nos Passos 1 a 7 e objetiva:

- Tratar os problemas que ocasionem risco de morte.
- Corrigir as deficiências nutricionais específicas.
- Reverter as anormalidades metabólicas.
- Iniciar a alimentação.

3.1.2. Transição

Quando o estado de saúde da criança estiver estabilizado, o edema bilateral estiver a reduzir ou desaparecer e/ou a complicação médica estiver a desaparecer, a criança deve passar para a fase de transição.

Na fase de transição, o tratamento médico continua e há mudanças na terapia alimentar para crianças e adolescentes. Durante os primeiros dias desta fase (1 a 2 dias) deve-se substituir o F75 por F100 e, quando a criança estiver a tolerar bem a quantidade recomendada de F100, o ATPU é progressivamente introduzido. Mas, se a criança ou o adolescente não conseguir consumir toda a quantidade de ATPU por refeição, o leite terapêutico F100 deverá ser usado em simultâneo para complementar o ATPU.

As crianças e os adolescentes são gradualmente preparados para serem encaminhados para o tratamento em ambulatório. Logo que a criança ou o adolescente consiga comer 80% da quantidade diária de ATPU, já pode ser encaminhado para um atendimento ambulatório para continuar com a fase de reabilitação.

3.1.3. Reabilitação

Estas acções estão descritas nos Passos 8 e 9 e objectivam:

- Dar a alimentação intensiva para assegurar o crescimento rápido visando recuperar grande parte do peso perdido, ainda quando a criança estiver hospitalizada.
- Fazer estimulação emocional e física.
- Orientar a mãe ou pessoa que cuida da criança para continuar os cuidados em casa.
- Realizar a preparação para a alta da criança, incluindo o diagnóstico e o sumário do tratamento para seguimento e marcação de consulta, na consulta da criança em risco (CCR) ou consultas de doenças crónicas.

3.1.4. Acompanhamento

Compreende as acções descritas no Passo 10 e objectiva:

- Após a alta, encaminhar para acompanhamento na consulta da criança em risco (CCR) ou consultas de doenças crónicas para prevenir a recaída e assegurar a continuidade do tratamento.

A **Figura 3.1** sumariza essas distintas fases:

Figura 3.1. Cronologia do manejo da desnutrição aguda grave

	Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI)			Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA)	
	Estabilização		Transição	Reabilitação	Acompanha- mento
	Dias 1 – 2	Dias 3 – 7	Dias 8 – 10	Semanas 2 – 6	Semanas 7 – 20
Tratar ou prevenir					
Hipoglicemia	→				
Hipotermia	→				
Desidratação	→				
Corrigir desequilíbrio					
Electrólitos				→	
Tratar infecção		→			
Corrigir deficiência					
Micronutrientes	←	Sem Ferro	→	Com Ferro	→
Iniciar a alimentação					
Començar a alimentação	→				
Aumentar a alimentação para recuperar o peso perdido			→	→	
Estimular o desenvolvimento					
Físico e psicosocial					→
Preparar para alta					→

3.2. Passos para recuperação nutricional da criança com desnutrição aguda grave

3.2.1. Passo 1 – Tratar/prevenir hipoglicemia

Todos os doentes com desnutrição aguda grave podem desenvolver hipoglicemia (glicose no sangue <54mg/dl ou <3mmol/l) que é uma importante causa de morte. A hipoglicemia é menos comum do que normalmente se considera. Como medida de precaução, deve-se dar uma solução de água açucarada (aproximadamente 10% de solução de glicose, isto é, uma colherinha de açúcar por 100 ml de água) a todas as crianças gravemente doentes ou que necessitam claramente de tratamento ou manejo das complicações graves (veja **Tabela 2.3**).

Diagnóstico

Considera-se que tem hipoglicemia a criança com desnutrição grave cujo nível de glicose sanguínea é inferior a 54 mg/dl (menor que 3 mmol/l). Assume-se que toda criança com desnutrição grave tem hipoglicemia e deve ser tratada para tal imediatamente e, se for possível, realizar de imediato um exame laboratorial específico para investigar a gravidade da situação. O quadro clínico da hipoglicemia na desnutrição grave é inespecífico e, na maioria das vezes, se expressa como:

- Baixa temperatura corporal (temperatura axilar <36,5 °C)
- Provável presença de letargia, dificuldades de coordenação motora e perda de consciência
- Sonolência, crises convulsivas e coma são sinais de gravidade que podem levar à morte

Nota: Muitas vezes, um doente com hipoglicemia não mostra sinais clínicos. Um dos sinais de hipoglicemia é a retracção palpebral – quer dizer, a criança dorme com os olhos semi-abertos.

Tratamento

Se há suspeita de hipoglicemia, trate imediatamente, mesmo que ainda sem confirmação laboratorial, utilizando um dos esquemas a seguir:

- Se a criança dorme com os seus olhos ligeiramente abertos, então deve-se acordá-la e dar-lhe a beber uma solução de água açucarada.
- Se a criança está consciente e consegue beber, deve-se dar-lhe a beber 50 ml (aproximadamente 5 a 10ml/kg de peso corporal) de água com açúcar ou solução de glicose ou sacarose a 10% (5g/50ml), ou uma dieta de F75 (ou F100).
- Se a criança está a perder consciência deve-se dar imediatamente 50 ml (ou 5 a 10 ml/kg de peso) de água com glicose ou sacarose por sonda naso-gástrica (SNG). Quando a consciência é restabelecida, deve-se dar leite terapêutico frequentemente.
- Se o doente está inconsciente deve-se dar água com açúcar por sonda naso-gástrica (SNG). Deve-se dar também glicose através de uma única dose endovenosa (aproximadamente 5 ml/kg peso corporal para uma solução de glicose a 10%).
- Todos os doentes desnutridos com suspeita de hipoglicemia devem ser tratados com antibióticos de largo espectro.
- A resposta ao tratamento da hipoglicemia é dramática e rápida. Se um doente em estado de letargia ou inconsciente não responde desta maneira, poderá haver uma outra causa da sua condição clínica, que deve ser identificada e tratada.

3.2.2. Passo 2 – Tratar/prevenir hipotermia

Os doentes com desnutrição aguda grave são altamente susceptíveis à hipotermia (diagnosticada por temperatura rectal abaixo de 35,5°C ou temperatura axilar abaixo de 35°C). Os lactentes com menos de 12 meses de idade, os doentes com marasmo, ou com extensas lesões da pele e infecções graves são mais susceptíveis à hipotermia.

Diagnóstico

- Verificar a temperatura da sala (28-32°C).
- Verificar se a criança dorme com a pessoa que cuida dela.
- Verificar se a temperatura rectal do doente é < 35,5° C e a temperatura axilar é < 35°C.

Tratamento

No tratamento da hipotermia, os seguintes cuidados devem ser assegurados:

- Deve-se evitar dar banho ao doente desnutrido durante a admissão. – o banho só deve ser dado após a criança ou adolescente estar estável. Lavar o doente com água morna durante o período mais quente do dia e secar rapidamente. O banho deve ser dado depois da criança estar estabilizada.
- Aquecer a criança usando o “método Canguru” para crianças com acompanhante (colocar a criança nua em contacto com a pele da pessoa que está a cuidar dela), colocar um gorro na cabeça da criança para evitar a perda de calor através da cabeça e agasalhá-la envolvendo-a juntamente com a mãe ou o provedor de cuidados.
- Disponibilizar cobertores adequados e camas de adulto para permitir que as crianças durmam junto das suas mães ou cuidadores.
- Controlar a temperatura do corpo de 30 em 30 minutos durante o reaquecimento.
- Manter a sala aquecida, as janelas e portas fechadas especialmente à noite (entre 28°C a 32°C): um termómetro de máxima-mínima deve ser colocado na parede do compartimento na fase de estabilização para o controlo da temperatura.
- Colocar aquecedor ou lâmpada próxima à criança. Evitar contato ou proximidade excessiva com a fonte de aquecimento. Não use lâmpadas fluorescentes, que não são úteis para aquecimento e podem causar danos à visão.

- Assegurar que a criança esteja coberta todo o tempo, particularmente a cabeça e os pés, para reduzir a perda de calor.
- Tratar a hipoglicemia em todos os doentes hipotérmicos e, fazer o tratamento com antibióticos de largo espectro.

Nota: A temperatura ambiente neutra para um doente desnutrido deve ser entre 28-32°C. Isto é muitas vezes desconfortável e quente para o pessoal e pessoas responsáveis por cuidar da criança que muitas vezes ajustam a temperatura de acordo com o seu interesse.

Nota: Não use bolsa de água quente ou frasco de soro aquecido sobre a pele da criança, pois este procedimento apresenta alto risco de causar queimaduras.

3.2.3. Passo 3 – Tratar a desidratação e o choque séptico

3.2.3.a. Desidratação

O erro de diagnóstico e tratamento incorrecto para a desidratação tem sido a causa mais comum de morte em doentes com DAG. A sepsis é muitas vezes erradamente diagnosticada como desidratação em crianças com desnutrição aguda grave. Na DAG, a “janela de tratamento” é estreita, de modo que mesmo crianças desidratadas podem rapidamente transitar dum estado de depleção circulatória para um estado de hiper-hidratação acompanhada de excesso de fluidos e insuficiência cardíaca. Soros endovenosos só devem ser usados quando necessário.

- Durante o tratamento da desnutrição aguda grave, o protocolo padrão para a criança desidratada sem desnutrição não deve ser usado. As crianças com desnutrição grave apresentam níveis baixos de potássio e altos de sódio corporal. Portanto, **a solução para reidratação oral dessas crianças deve ter menos sódio e mais potássio que a solução padrão de reidratação oral preconizada pela OMS** e deve estar associada a uma mistura de minerais e eletrólitos. Essa solução é denominada **Soro de Reidratação Oral para Crianças com Desnutrição Grave (ReSoMal)**. O objetivo da composição dessa solução é prover as quantidades adequadas de sódio e potássio e adicionar magnésio, zinco e cobre para corrigir a deficiência desses minerais. Se a solução de ReSoMal (pronta) não estiver disponível, é possível fazê-la a partir da Mistura de Minerais e Vitaminas (CMV). Para saber como fazer o ReSoMal a partir do CMV, veja **Anexo 3.1 Receitas Alternativas para preparar F75, F100 e ReSoMal Usando CMV**.

O ReSoMal nunca deve ser disponibilizado livremente às mães ou aos cuidadores para o administrarem às suas crianças sempre que têm diarreia. Embora seja prática comum, é muito perigoso administrar ReSoMal ou SRO “livremente”. Isto poderá conduzir directamente à insuficiência cardíaca. Se não houver desidratação, a diarreia não deverá ser tratada com soluções de reidratação como forma de “prevenir” os primeiros sintomas da desidratação. Isto poderá também levar a uma hiper-hidratação e insuficiência cardíaca.

Desidratação em doentes com Marasmo

Nas crianças e adolescentes com marasmo, os sinais clássicos de desidratação, como por exemplo, os olhos encovados e o sinal da prega cutânea, não são fiáveis e não devem ser usados para diagnosticar a desidratação. As principais razões são a abaixo descritas:

- A pele do doente marasmático não é elástica e a prega cutânea leva muito tempo para voltar ao normal mesmo sem desidratação.

Portanto, NÃO se deve usar o sinal da prega cutânea para diagnosticar a desidratação nas crianças desnutridas com marasmo.
- Os olhos dum criança com marasmo são normalmente encovados sem que tenha desidratação. A órbita contém o olho, pequenos músculos e nervos, gordura, glândula lacrimal e plexo venoso. Em casos de marasmo, a gordura e a glândula lacrimal atrofiam-se deixando os olhos encovados. Em casos de desidratação, há uma contracção do plexo venoso que força o sangue para fora da órbita, tornando os olhos encovados.

Por isso, NÃO se deve assumir que os doentes com marasmo que têm os olhos encovados estão desidratados pois, os olhos do doente marasmático são encovados.

Tendo em conta os aspectos clínicos acima mencionados, o diagnóstico da desidratação é muito mais impreciso nas crianças com marasmo do que em crianças saudáveis. O diagnóstico incorrecto e o sobre-diagnóstico são muito comuns e o tratamento dado é muitas vezes inapropriado. As consequências da hiper-hidratação são muito mais sérias e medidas devem ser tomadas para se evitar o desenvolvimento de tal situação.

Em resumo, NÃO se deve fazer um diagnóstico definitivo da desidratação. Se a criança parece estar desidratada, deve-se fazer um diagnóstico provisório e observar a resposta ao tratamento, antes de se confirmar o diagnóstico.

O **Quadro 3.1.** apresenta pontos importantes em relação ao diagnóstico da desidratação em doentes com marasmo.

Quadro 3.1. Diagnóstico da desidratação em doentes com Marasmo

O diagnóstico da desidratação depende mais propriamente da **história clínica**, do que do exame físico numa criança com marasmo. É necessário haver:

- Uma **história** de perda recente de líquidos – geralmente fezes aquosas (não somente moles ou mucosas) e frequentes com início súbito nas últimas horas ou dias.
- Uma **história** de recente mudança no aspecto físico da criança.
- Se os olhos estiverem encovados, o cuidador da criança deverá confirmar que a aparência dos olhos mudou, tornando-se encovados, desde que a diarreia começou.
- Ausência de edema.

Crianças com diarreia crónica ou persistente (sem aumento de perda aguda de líquidos) não são consideradas desidratadas e não precisam de tratamento para reidratação. Ao longo do tempo, elas adaptaram-se ao seu estado de hidratação e não devem, portanto, ser reidratadas ao longo das primeiras horas ou dias.

Diagnóstico do choque hipovolémico de desidratação em doentes com Marasmo

- O doente com marasmo está a entrar em choque com desidratação quando apresenta o seguinte:
 - Desidratação definida pela história e exame físico (perda de líquidos, mudança recente do aspecto dos olhos) e,
 - Pulso femoral ou radial fraco ou ausente e,
 - Mãos e pés frios (verificar o dorso da mão durante 5 segundos).
- Choque grave ocorre quando, para além dos sinais acima apresentados, existe também uma perda progressiva de consciência, de modo que o doente está semi-consciente ou não pode ser estimulado.

Nota:

- Existem outras causas de choque em crianças gravemente desnutridas, em particular: 1) choque tóxico,⁵ 2) choque séptico, e 3) choque cardiogénico.
- O tratamento do choque cardiogénico não é o mesmo ao tratamento de o choque por desidratação. No caso de choque cardiogénico, a administração de fluidos é altamente restrita, ou poderá causar deterioração grave e a morte.

⁵ Choque tóxico pode ser causado pelos medicamentos tradicionais ou outros medicamentos como a Aspirina, Paracetamol, Metronidazol, etc. Choque séptico é um tipo específico de choque tóxico onde o dano é causado pela sepsia. A sepsia está frequentemente associada a falência hepática.

Tratamento da desidratação em doentes com Marasmo

Sempre que possível, o doente desidratado com marasmo deverá ser reidratado por via oral com ReSoMal. O uso de soros endovenosos não é recomendado a menos que o doente esteja com choque severo ou com perda de consciência ou com desidratação grave confirmada.

O tratamento da desidratação é baseado na medição correcta do peso do doente. O **Quadro 3.2.** apresenta aspectos importantes sobre a avaliação da reidratação em doentes com marasmo.

Quadro 3.2. Reidratação em doentes com Marasmo

A avaliação da reidratação de crianças com DAG é feita inteiramente com base no seguinte:

- Avaliação do peso,
- Sinais clínicos de melhoria, estado de alerta,
- Sinais clínicos de sobre-hidratação (veias ingurgitadas, pulso rápido, respiração normal).

Monitoria da reidratação em doentes com Marasmo

Antes de começar qualquer tratamento de reidratação deve-se:

- Pesar a criança.
- Marcar na pele o bordo do fígado e o rebordo costal usando um marcador de tinta indelével. Aumento do tamanho do fígado indica uma possível insuficiência cardíaca (**veja Secção 3.3.1**), é por este motivo que o fígado deve ser marcado antes do início de qualquer administração de soros.
- Registar a frequência respiratória.
- Registar a frequência do pulso.
- Registar a frequência cardíaca (presença ou ausência de ritmo de galope).

À medida que se vai administrando os líquidos deve-se controlar o peso do doente:

- Dar líquido de reidratação até que o défice de peso (medido ou estimado) esteja corrigido (máximo de 5% do peso corporal).
- Parar logo que a criança estiver reidratada, isto é, quando tiver atingido o peso alvo de reidratação.
- Não dar líquidos adicionais às crianças desnutridas com um volume circulatório normal para “prevenir” o reaparecimento da desidratação.
- Em circunstâncias normais, a quantidade de ReSoMal necessária para repor os níveis de hidratação adequada em crianças desnutridas é de 5% do peso corporal (i.e. um total de 50 ml/kg de peso corporal).
- Iniciar a reidratação com um volume de 5 ml/kg de peso corporal, dado em intervalos de 30 minutos nas primeiras duas horas, por via oral ou através da sonda naso-gástrica (SNG) (2% do peso corporal). Depois, ajustar o volume de ReSoMal de acordo com a mudança de peso observada. Pesar a criança de hora em hora e avaliar o tamanho do fígado, a frequência respiratória e a pulsação.
- Após a reidratação, normalmente nenhum tratamento adicional é dado. Contudo, para crianças com desnutrição aguda grave dos 6 aos 24 meses, pode-se dar 30 ml de ReSoMal para cada dejecto líquido. A instrução padrão de dar 50-100 ml para cada dejecto não deverá ser aplicada para uma criança desidratada com marasmo. Isto pode causar uma hiper-hidratação, o que é perigoso.
- À medida que a criança ganha peso durante a reidratação, uma melhoria clínica definida deverá ser visível. Os sinais de desidratação devem desaparecer. Se não se verificarem melhorias com o ganho de peso, significa que o diagnóstico inicial de desidratação estava errado e a terapia de reidratação deve ser interrompida.
- Após duas horas, fazer uma reavaliação completa.

Avaliar e tomar as acções a seguir indicadas de acordo com cada situação:

Se houver perda contínua de peso, então:

- Aumentar a administração de ReSoMal para 10ml/kg de peso corporal/hora.
- Reavaliar uma hora depois.

Se o peso for estável, então:

- Aumentar a administração de ReSoMal em 5ml/kg de peso corporal/hora.
- Reavaliar uma hora depois.

Se houver aumento de peso e deterioração da condição da criança com a terapia de reidratação:

- O diagnóstico de desidratação estava afinal errado. Até mesmo os clínicos seniores cometem erros no diagnóstico de desidratação em crianças desnutridas.
- Deve-se parar e começar a alimentar a criança com F75.

Se houver aumento de peso mas sem melhoria no estado geral da criança ou sem reversão dos sinais clínicos:

- O diagnóstico de desidratação estava provavelmente errado.
- Deve-se mudar para F75 ou alternar F75 e ReSoMal.

Se houver aumento de peso e melhoria clínica mas houver ainda sinais de desidratação:

- Continuar com o tratamento até que o aumento apropriado de peso tenha sido atingido.
- Deve-se continuar apenas com ReSoMal ou alternar F75 e ReSoMal.

Se houver aumento de peso e desaparecimento de sinais de desidratação:

- Deve-se parar a reidratação e começar a alimentar a criança com a dieta F75.

Peso alvo para a reidratação de doentes com Marasmo e diarreia aguda

1. Se a criança estiver em tratamento da DAG e se for conhecido o seu peso antes da diarreia ter iniciado, o seguinte deverá ser considerado:
 - Se não se registou perda de peso com a diarreia, não se deve fazer o tratamento de reidratação.
 - Se se registou perda de peso com a diarreia, a perda de líquidos actual é igual ao peso perdido e, o peso alvo para a reidratação será igual ao peso que a criança tinha antes da diarreia. Este peso não deve ser ultrapassado. Não se deve administrar ReSoMal como medida profiláctica. Apenas para tratar a desidratação.
2. Se a criança tiver sido admitida num período recente, é extremamente difícil estimar a quantidade de líquidos perdida. Devido à estreita janela de tratamento e ao risco de sair de um estado de desidratação para hiper-hidratação, a estimativa de perda de peso deverá ser muito conservadora. É melhor e muito menos perigoso sub-estimar ligeiramente a perda de peso do que estimar por excesso.
 - Na prática, a perda de peso é geralmente 2-5% do peso corporal.
 - Não tentar aumentar o peso corporal em mais de 5% em crianças conscientes.
 - Se existir ganho de peso de até 5% do peso corporal com a reidratação, a criança verdadeiramente desidratada mostrará melhoria clínica dramática e estará imediatamente fora de perigo de morte devido à desidratação. A criança poderá depois continuar com o tratamento com F75.

A quantidade de líquido equivalente a 5% do peso corporal, deve ser calculada através da seguinte fórmula:

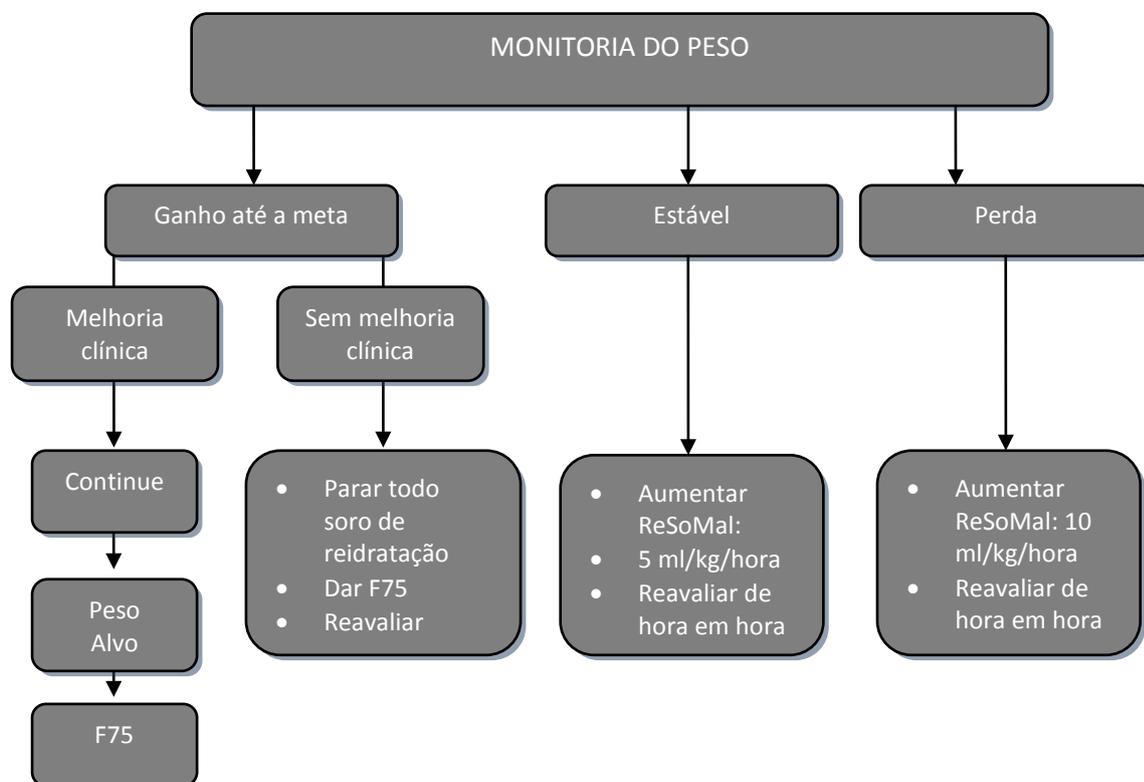
$$\text{Quantidade de líquido} = \text{Peso corporal (gramas)} \times 5 / 100$$

Exemplo: A quantidade de líquido equivalente a 5% do peso corporal de uma criança de 4 kg, é igual a:

- Quantidade de líquido = $4000g \times 5 / 100 = 200 g$.
- Trocar os gramas por ml.
- Portanto, isto equivale a 200 ml de líquido de reidratação para uma criança de 4 kg.

Durante a reidratação, o aleitamento materno não deve ser interrompido. Começar a dar F75 logo que possível, por via oral ou por sonda naso-gástrica. O ReSoMal e o F75 podem ser dados em horas alternadas se ainda houver alguma desidratação e a diarreia continuar. Veja **Figura 3.2**.

Figura 3.2. Monitoria do tratamento da desidratação através do peso



Tratamento do choque hipovolémico por desidratação

Se houver desidratação confirmada (por exemplo, uma história de perda de líquidos, uma mudança na aparência dos olhos) e o doente estiver semi-consciente ou inconsciente e tiver um pulso rápido e filiforme (fraco), ausência de diurese e tiver mãos e pés frios, o doente deve ser tratado com líquidos por via endovenosa. A quantidade administrada deve ser metade ou menos que a quantidade usada para crianças bem nutridas.

Usar uma das seguintes soluções:

- Solução de Darrow a 50%
- Lactato de Ringer com dextrose a 5 %
- Solução Salina (a 50%) com dextrose a 5 %

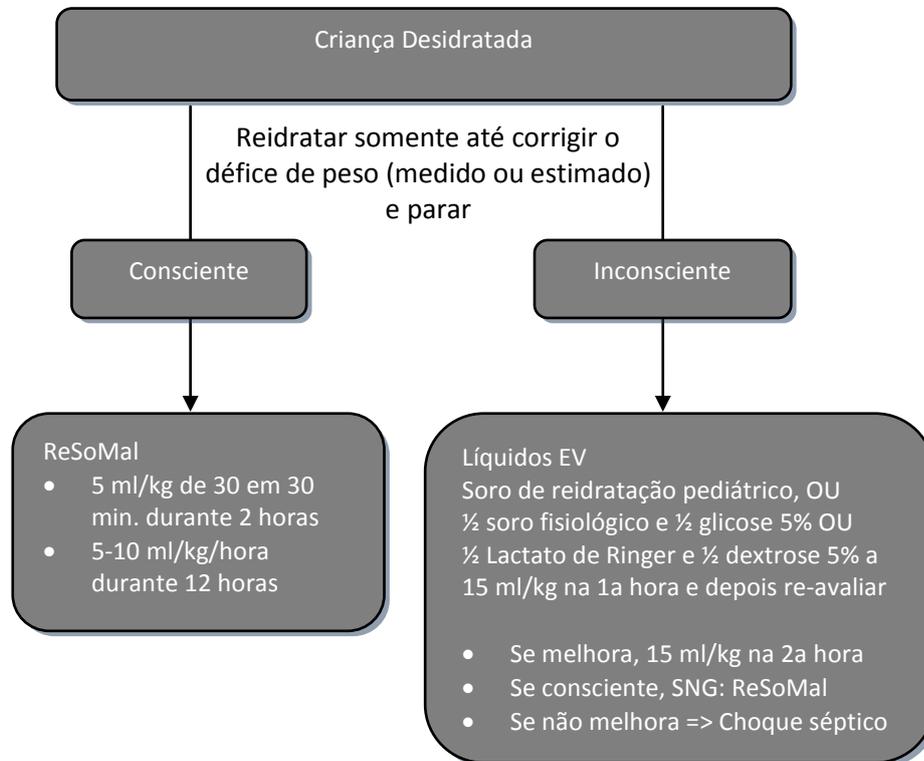
Administração (veja **Figura 3.3**):

- Dar 15ml/kg por via endovenosa (EV) durante a primeira hora e reavaliar a criança.
- Se existir perda contínua de peso, ou o peso estiver estável, repetir os 15ml/kg por via EV durante a próxima hora. Continuar até a criança registrar ganho de peso com a infusão (15mg/kg – corresponde a 1,5% do peso corporal, portanto o ganho de peso esperado após 2 horas é até 3% do peso corporal).
- Se a criança ganhou peso, mas não houve melhoria clínica, assumir que a criança está em choque cardiogénico. Parar o tratamento de reidratação. Observar e avaliar outras causas da perda de consciência.
- Logo que a criança recuperar a consciência ou a frequência cardíaca se normalizar (atingir o nível normal), então deve-se parar o tratamento endovenoso e tratar a criança por via oral ou por sonda naso-gástrica com a dose de 10ml/kg/hora de ReSoMal. Continuar com o

protocolo (acima) para reidratar a criança por via oral tendo a mudança de peso como o principal indicador de progresso.

- Nunca se devem administrar soros endovenosos numa criança desnutrida que seja capaz de beber ou que esteja a absorver líquidos de forma adequada por sonda NG.

Figura 3.3. Tratamento do choque hipovolémico por desidratação



Monitoria da reidratação nos doentes com Marasmo

Toda a terapia de reidratação (oral ou endovenosa) para doentes com Marasmo deve ser suspensa imediatamente se qualquer uma das situações seguintes forem observadas:

- O aumento do peso alvo foi atingido (passar ou evoluir para F75)
- As veias visíveis ficam ingurgitadas (passar para F75)
- Aparecimento de edema – hiper-hidratação (passar para F75)
- Aparecimento das veias proeminentes do pescoço*
- As veias do pescoço ingurgitam quando o abdómen (fígado) é pressionado*
- Aumento do tamanho do fígado em mais de 1 cm*
- Desenvolvimento de dor sobre o fígado*
- Aumento da frequência respiratória em 5 ou mais ciclos respiratórios por minuto*
- Desenvolvimento de respiração ruidosa*
- Desenvolvimento de ferveres húmidos ou crepitações nos pulmões*
- Desenvolvimento de 3º tom (ritmo de galope)*

*Se os sinais abaixo se desenvolvem, significa que a criança tem sobrecarga circulatória e está com risco de insuficiência cardíaca.

Desidratação nos doentes com Kwashiorkor

Todas as crianças com edema têm a água total do corpo e o sódio aumentados - estão hiper-hidratadas. Os doentes edematosos não podem estar desidratados apesar de estarem frequentemente hipovolémicos. A hipovolémia (relativamente a baixa circulação do volume do sangue) é devida a dilatação dos vasos sanguíneos com baixo ritmo cardíaco.

Se uma criança com kwashiorkor tem diarreia aquosa e está a deteriorar-se clinicamente, então a perda de líquidos pode ser substituída na base de 30 ml de ReSoMal por cada dejeção aquosa.

O tratamento da hipovolémia no kwashiorkor é o mesmo que o tratamento do choque séptico abaixo indicado.

3.2.3.b. Choque séptico

O choque séptico apresenta-se como um dos sinais de verdadeira desidratação e também de choque cardiogénico; muitas vezes o diagnóstico diferencial é muito difícil.

As crianças que aparentam estar muito apáticas podem ter choque séptico, choque cardiogénico e todas as outras condições severas. Todas as crianças que aparentam estar muito apáticas não devem ser automaticamente diagnosticadas como tendo um choque séptico; pelo contrário, deve-se investigar a verdadeira razão desta condição.

Se o choque ocorreu depois do internamento ou início do tratamento do doente, o tratamento administrado deve ser cuidadosamente revisto para se determinar se este (tratamento) é a causa da deterioração clínica.

Diagnóstico

O diagnóstico de choque séptico estabelecido requer que estejam presentes os sinais de choque hipovolémico que são:

- Pulso rápido e fraco
- Extremidades frias
- Consciência alterada
- Ausência de sinais de insuficiência cardíaca

Tratamento

Todos os doentes com sinais de choque séptico incipiente ou estabelecido devem, imediatamente:

1. Tratar com antibióticos de largo espectro.
2. Manter aquecidos para prevenir ou tratar a hipotermia.
3. Tratar a hipoglicemia.

Também é muito importante;

1. Não manipular ou incomodar as crianças sem necessidade (ex: não lavar, não fazer exames em excesso, não fazer outras investigações).
2. Nunca transportar para um outro sector de tratamento – o stress do transporte pode levar à deterioração do estado clínico do doente.

Tratamento nutricional do choque séptico incipiente

- Dar a dieta padrão F75 por via de sonda naso-gástrica.

Tratamento nutricional do choque séptico estabelecido

Dar soro lento por via endovenosa com 10 ml/kg durante a primeira hora com uma das soluções seguintes (por ordem de preferência) se o doente estiver inconsciente (não dar se existir a possibilidade de um choque cardíaco):

- Soluto de Darrow “de meia força” com dextrose a 5%
- Lactato de Ringer com dextrose a 5%
- Soro fisiológico a metade ($\frac{1}{2}$) do normal com dextrose a 5%

Monitoria do tratamento no choque séptico

Monitorar na criança os possíveis sinais de agravamento de 10 em 10 minutos, que são os seguintes:

- Hiper-hidratação
- Insuficiência cardíaca
- Aumento da frequência respiratória
- Aparecimento de respiração ruidosa
- Aumento do tamanho do fígado
- Ingurgitamento venoso

Logo que o doente melhorar (pulso radial mais forte, recuperação da consciência) deve-se parar todo o tratamento endovenoso e continuar com a dieta F75.

No caso de a criança apresentar ausência de ruídos intestinais, dilatação gástrica e “splash” intestinal com distensão abdominal:

- Dar antibióticos de largo espectro por injeção intra-muscular (IM).
- Considerar a adição da terceira linha de antibióticos.
- Parar todas as outras drogas que podem causar toxicidade (como Metronidazole).
- Dar uma única injeção IM de Sulfato de Magnésio (2ml de solução a 50%).
- Introduzir uma sonda naso-gástrica e aspirar o conteúdo do estômago; em seguida “irrigar” o estômago com solução isotônica (5% dextrose ou 10% sucrose – a solução não precisa de ser estéril), introduzindo 50ml de solução no estômago e, cuidadosamente aspirar todo o fluido outra vez. Este procedimento deverá ser repetido até que o fluido retirado do estômago seja límpido.
- Introduzir 5 ml/kg de peso corporal de água açucarada (10% de solução de glicose) no estômago e deixar aí por uma hora. Então aspirar o estômago e medir o volume que foi retirado. Se o volume for menor que a quantidade que foi introduzida então, administrar uma outra dose de água açucarada ou retornar o fluido ao estômago.
- Se existir candidíase oral e esofágica: dar suspensão oral de Nistatina ou Fluconazol.
- Manter a criança aquecida.

Se o nível de consciência da criança ou adolescente é baixo, dar glicose endovenosa:

- Não dar soros endovenosos nesta fase. Monitorar a criança cuidadosamente durante 6 horas, sem dar qualquer outro tratamento.
- A melhoria da criança é medida em primeiro lugar por uma mudança na função intestinal – diminuição da distensão abdominal, peristaltismo visível através da parede abdominal, retorno dos ruídos intestinais, redução da quantidade dos aspirados gástricos – e, em segundo lugar, pela melhoria da condição geral da criança.

Se há melhoria intestinal, então começar a dar F75 por sonda naso-gástrica, metade da quantidade recomendada na fase de estabilização, (ver **Tabela 3.6**) – subsequentemente ajustar para o volume gástrico aspirado.

Se não há melhoria intestinal após 6 horas, então:

- Considerar colocar uma perfusão EV. É importante que o soro dado contenha quantidade adequada de Potássio. O Cloreto de Potássio esteril (20 mmol/litro) deverá ser acrescentado a todas as soluções que não contenham Potássio. Se estiver disponível, usar soro fisiológico a um quinto (1/5) do normal em dextrose a 5%; se não estiver disponível, usar Lactato de Ringer em dextrose a 5% ou soro fisiológico a metade (1/2) do normal em dextrose a 5%. **O soro deve correr MUITO LENTAMENTE – a quantidade do líquido a ser dada NÃO DEVE SER MAIS QUE 2 a 4 ml/kg de peso corporal/hora.**
- Começar a administrar a segunda linha de antibióticos por via endovenosa.
- Quando os aspirados gástricos diminuírem de modo que metade do líquido introduzido no estômago seja absorvido, suspender o tratamento endovenoso e continuar somente com o tratamento oral.

3.2.4. Passo 4 – Corrigir os distúrbios hidroeletrólíticos

Todas as crianças com desnutrição grave têm deficiências de potássio e magnésio que podem demorar duas ou mais semanas para serem corrigidas. O edema é parcialmente resultante dessas deficiências. Baixa concentração do potássio intracelular promove retenção de sódio e água, reduz a contratilidade do miocárdio e afeta o transporte de eletrólitos através das membranas celulares. A deficiência de magnésio prejudica a retenção de potássio. Embora o sódio plasmático possa ser baixo, existe excesso de sódio corporal. A administração de altas quantidades de sódio como, por exemplo, por meio do soro fisiológico, pode levar a criança a óbito. Edema de desnutrição nunca deve ser tratado com diurético.

Os alimentos terapêuticos (F75, F100 e ATPU) estão preparados para restaurar a hidratação e os equilíbrios eletrítico. Por isso, não é necessário administrar eletrólitos e sais minerais em adição.

3.2.5. Passo 5 – Tratar infecção

Na criança com desnutrição grave, diferentemente da criança eutrófica, freqüentemente ocorrem infecções sem sinais clínicos evidentes, tais como febre, inflamação e dispnéia. O processo infeccioso é suspeitado apenas porque a criança está apática ou sonolenta. Dessa forma, presume-se que todas as crianças com desnutrição grave tenham infecção que freqüentemente é sub-clínica (infecção oculta), e devem receber antibioticoterapia desde o início do tratamento.

Tratamento antibiótico com Amoxicilina

- Dar tratamento antibiótico (Amoxicilina) durante o período de 7-10 dias durante a Fase de Estabilização.
- Sempre que possível, os antibióticos devem ser administrados por via oral, ou em circunstâncias especiais, por sonda naso-gástrica (SNG). Infusões contendo antibióticos não devem ser utilizadas por causa do perigo de induzir à insuficiência cardíaca. Não se recomenda o uso de cânulas interiores.

Tabela 3.1. Tratamento antibiótico da primeira linha: Amoxicilina

Peso da criança ou adolescente	Xarope 125 mg/5 ml 7 dias 8 em 8 horas	Xarope 250 mg/5 ml 7 dias 8 em 8 horas	Comprimidos 250 mg 7 dias 8 em 8 horas
< 10 kg	125 mg ou 5 ml	125 mg ou 2,5 ml	125 mg ou ½ comprimido
10-30 kg	250 mg ou 10 ml	250 mg ou 5 ml	250 mg ou 1 comprimido
> 30 kg	Dar comprimidos	Dar comprimidos	500 mg ou 2 comprimidos

- Dar antibiótico (Amoxicilina) 3 vezes por dia (de 8 em 8 horas) durante 7 dias (50-100 mg/kg peso corporal/dia).
- Se a Amoxicilina não estiver disponível, usar Ampicillina (EV).
- Este regime pode ser modificado de acordo com a disponibilidade dos medicamentos e as características de resistência aos anitibióticos dos patógenos locais.
- Um anti-fúngico sistemático (Fluconazol) é adicionado se houver sinais de sepsis grave ou candidíase sistemática.
- O Cotrimoxazol não é activo contra o supercrescimento bacteriano do intestino. Por isso, é inadequado para a criança com desnutrição grave. Se ele está sendo dado para a terapia preventiva nas crianças com HIV, os outros antibióticos devem ser dados primeiro e, Cotrimoxazol profiláctico deve ser dado após uma semana.

Nota: O uso das vias endovenosas deve ser rigorosamente evitado, excepto em casos de desnutrição grave com complicações médicas.

Profilaxia com Cotrimoxazol para crianças expostas ao HIV

As crianças infectadas pelo HIV e as crianças filhas de mãe seropositiva que ainda têm um estado serológico desconhecido, devem tomar cotrimoxazol profilático, de acordo com as Normas de Atenção à Criança Sadia e à Criança em Risco.

Tratamento da malária

Sistematicamente examinar todas as crianças independentemente da sua temperatura corporal. Se possuir sinais clínicos que indiquem um quadro de malária, deve-se realizar o teste rápido da malária e só depois, se o teste der positivo, iniciar o tratamento sistemático da malária de acordo com as normas nacionais. Onde for possível realizar o teste de gota espessa, deve-se tratar os casos positivos de acordo com as diretrizes nacionais. Repetir o teste no caso de teste inicial negativo, e suspeita de malária. Recomendar o uso de redes mosquiteiras impregnadas e a aplicação de medidas para melhorar o saneamento do meio (manuseamento das águas estagnadas, etc), tanto nas Unidades Sanitárias, nos domicílios e em locais públicos.

Nota: Todos os pacientes com malária grave e DAG devem ser tratados em internamento.

Vacinas

Verificar o calendário de vacinação e dar as vacinas em falta. Para crianças a partir dos 9 meses, se a criança não tiver sido vacinada contra o sarampo:

- Deve-se dar a vacina contra o sarampo na 4ª semana de tratamento ou no momento de dar alta.
- Para crianças que já foram vacinadas (1ª dose), não se deve dar a vacina contra o sarampo.
- No caso de uma epidemia de sarampo na área, deve-se dar a vacina contra o sarampo no momento da admissão para o TDA e repetir a vacina no momento de dar alta; para crianças que não tenham sido vacinadas. Para crianças que já receberam a 1ª dose, deve-se dar o reforço no momento da alta.

Nota: para pacientes que tiveram alta do TDI para o TDA e receberam a vacina do sarampo no momento da alta, esta não deve ser repetida no momento da alta no TDA.

Desparasitante

- Dar uma dose única de Albendazol ou Mebendazol na segunda semana de tratamento.
- Não dar desparasitante às crianças com menos de 1 ano de idade.

Tabela 3.2. Dosagem única de medicamento anti-helmíntico

Idade/peso da criança ou adolescente	Albendazol Comprimido (400 mg)	Mebendazol Comprimido (500 mg)	Mebendazol Comprimido (100 mg)
< 1 ano	NÃO	NÃO	NÃO
< 10 kg	½ comprimido	½ comprimido	2½ comprimidos – dose única
≥ 10 kg	1 comprimido	1 comprimido	5 comprimidos – dose única

3.2.6. Passo 6 – Corrigir as deficiências de micronutrientes

3.2.6.a. Vitamina A

Procedimentos complementares no tratamento das manifestações oculares

Algumas crianças com deficiência de vitamina A podem apresentar manifestações clínicas oculares no momento ou durante o internamento (cegueira noturna, xerose conjuntival, xerose ou ulceração de córnea ou ainda o amolecimento da córnea – queratomalácia). Estas crianças têm risco elevado de cegueira permanente e devem ser tratadas com a vitamina A conforme a **Tabela 3.3** abaixo.

Nos casos em que há lesão ocular inflamatória ou ulceração:

- Proteja os olhos da criança com compressas húmidas em solução salina de 0,9% e pingue gotas oftálmicas de tetraciclina a 1%, 4 vezes ao dia, até que os sinais de inflamação desapareçam.
- Adicionalmente, pingar nos olhos uma gota de solução de atropina a 1%, três vezes ao dia, durante 3 a 5 dias.
- Os olhos lesados devem ser tamponados, pois pode haver ruptura da córnea ulcerada devido às escoriações provocadas pelo contacto do dedo da criança ao tocar seus próprios olhos. Dessa forma, é muito importante orientar a mãe ou cuidador para vigiar a criança para impedir que ela toque os olhos. Um procedimento prático é colocar luvas na criança.

Tabela 3.3. Esquema de tratamento para crianças com manifestações oculares de deficiência de vitamina A

Peso	Vitamina A por via oral	Dia 1	Dia 2	Dia 15
< 6 Kg	50.000 IU	1 dose	1 dose	1 dose
6-8 Kg	100.000 IU	1 dose	1 dose	1 dose
>8 Kg	200.000 IU	1 dose	1 dose	1 dose

Crianças sem manifestações clínicas oculares

Na composição dos produtos terapêuticos F75, F100 e ATPU, já existe uma quantidade adequada de vitamina A, para resolver uma deficiência leve de vitamina A e para compensar as reservas esgotadas do fígado durante o tratamento.

- Devido a sua toxicidade e pelo facto de que quantidades consideráveis de vitamina A já estarem disponíveis nos leites terapêuticos e no ATPU, a vitamina A é administrada apenas na quarta semana de tratamento ou no momento da alta.
- Casos com edema bilateral só devem receber a vitamina A, quando o edema está resolvido.
- A vitamina A não é recomendada para crianças com menos de 6 meses.
- As crianças devem ser suplementadas com vitamina A de 6 em 6 meses.
- A vitamina A nunca deverá ser administrada, se a criança recebeu uma dose nos últimos 4 meses antes do internamento.
- É importante ter conhecimento sobre a programação da Semana Nacional de Saúde da Criança ou das Campanhas Nacionais de Vacinação e conferir se a criança participou nessas intervenções a fim de evitar a duplicação da suplementação com vitamina A.

Tabela 3.4. Tratamento Sistemático com vitamina A

Peso	Dose de vitamina A- cápsula de 200 000 IU	
<6 kg	50 000 IU	¼ cápsula (2 gotas)
6 – 8 kg	100 000 IU	½ cápsula (4 gotas)
≥ 8 kg	200 000 IU	1 cápsula

3.2.6.b. Ferro e ácido fólico

- Para crianças e adolescentes em a Fase de Reabilitação, se a criança ou o adolescente estiver sob a dieta F100, acrescentar sulfato de ferro: 1 comprimido esmagado de 200mg de sulfato de ferro adicionado à 2-2,4 L de F100 (se a criança ou o adolescente estiver sob a dieta de ATPU, nenhum ferro adicional é dado uma vez que o ATPU já contém o ferro necessário).
- Quando a anemia é identificada de acordo com as normas de AIDNI, as crianças são encaminhadas para o tratamento no internamento (hospitalar) e o tratamento é dado em conformidade com o protocolo de tratamento de AIDNI.
- Nunca dar ferro e ácido fólico juntamente com um tratamento de malária.

Nota: A administração de sal ferroso só deve ser feita após diagnóstico confirmado de anemia ferropriva e após o desaparecimento do edema. Em situações de HIV não se deve dar sal ferroso.

3.2.7. Passo 7 – Reiniciar a alimentação cautelosamente

3.2.7.a. Tratamento nutricional durante a fase de estabilização

O leite terapêutico F75 está preparado para restaurar a hidratação e a homeostase (equilíbrios eletrolítico e metabólico), providenciando as calorias e nutrientes necessários para as necessidades de manutenção. Durante o período em que as crianças e os adolescentes consomem o F75, o seu peso não aumenta.

Quantidades de F75 para crianças dos 6-59 meses

- Dar 130 ml de F75 (100 kcal) por kg de peso corporal por dia.
- No primeiro dia, alimente a cada duas horas, perfazendo um total de 12 refeições durante 24 horas. Após redução dos episódios de vômitos e diarreia (menos de 5 fezes líquidas/dia), e se a criança termina todas as refeições, alimente a cada três horas, perfazendo o total de 8 refeições durante 24 horas.
- As **Tabelas 3.5 e 3.6** apresentam o número e as quantidades de refeições que podem ser dadas durante 24 horas, de acordo com o peso do doente.

Nota:

- Todas as crianças menores de 6 meses de idade ou com menos de 4 kg com DAG devem ser admitidas imediatamente para tratamento no internamento (veja **Capítulo 5**).
- Quando o número de refeições é reduzido, é necessário ingerir um maior volume de F75 em cada refeição, podendo em raras ocasiões, provocar diarreia osmótica. É por isso que idealmente se recomenda a administração de 8 ou mais refeições diárias.
- Nas situações problemáticas em que não é possível dar as refeições da noite, deve-se dar 6 refeições durante o dia. A hipoglicemia torna-se um risco se, tanto a ingestão diurna como a noturna forem baixas.

Quantidades de F75 para crianças dos 5-15 anos

- A quantidade de F75 por kg de peso corporal para crianças é menor para crianças menores de 59 meses do que para crianças entre 6-59 meses; e diminui a medida que a idade vai aumentando, o que reflecte a menor necessidade energética de crianças mais velhas e adolescentes.
- Para crianças dos 5-10 anos: dar 100 ml de F75 (75 kcal) por kg de peso corporal por dia.
- Para adolescentes dos 11-15 anos: dar 80 ml de F75 (60 kcal) por kg de peso corporal por dia.
- Vide **Tabela 3.7** para quantidades de F75 para crianças dos 5-10 anos e **Tabela 3.8** para quantidades de F75 para adolescentes dos 11-15 anos. Estas quantidades, são para crianças e adolescentes com emagrecimento severo e edema bilateral. Doentes com edema devem ser monitorados regularmente, para evitar sobrecarga de fluidos.

Preparação de leite terapêutico F75

- Adicionar a 1 pacote de 102,5 g de F75 0,5 litros de água potável. Isto dá 0,6 litros de F75, uma quantidade adequada para evitar desperdícios de leite terapêutico.
- Se não houver disponibilidade de F75 na fase de estabilização, um pacote de 114 g de F100 deve ser diluído em **0,675 litros** de água, em vez de 0,5 litros de água, para se obter o F100-diluído: dar 130 ml/kg de peso corporal/dia tal como o F75, fornecendo a mesma quantidade de kcal: 100 kcal/kg peso corporal/dia. Esta quantidade reduz a osmolaridade do F100.
- Se o F75 embalado não estiver disponível, use as receitas do **Anexo 3.1 Receitas Alternativas para preparar F75, F100 e ReSoMal Usando CMV** para preparar leites terapêuticos com base em alimentos disponíveis localmente.

Nota: Estas são as instruções de preparação usando os novos pacotes de F75 e F100, que são menores (102,5g e 114g, respectivamente) que os que vinham sendo utilizados (410g e 456g, respectivamente). Para estes novos pacotes, não é necessário o uso das colherinhas vermelhas. Caso esteja a usar os pacotes antigos, por favor refira ao **anexo 3.3** para as instruções de preparação dos leites terapêuticos.

Procedimentos para alimentação com F75

- As crianças em aleitamento materno devem ser amamentadas antes da dieta terapêutica e sempre que queiram. Além do leite materno e do leite terapêutico, as crianças não devem receber outra alimentação na fase de estabilização.
- Alimentar usando uma chávena e pires.
- A alimentação por sonda naso-gástrica (SNG) é usada quando a criança ou adolescente não pode tomar a dieta em quantidade suficiente pela boca. É necessária quando a criança ou adolescente ingere menos do que 80% da dieta prescrita.
- O uso de uma SNG não deve ultrapassar 3 dias e só deve acontecer na fase de estabilização.

Quadro 3.4. Razões para o uso da sonda naso-gástrica (SNG) na fase de estabilização

Os critérios para o uso de uma SNG para alimentar a criança ou o adolescente são:

- Ingere menos que 80% da dieta prescrita por 24 horas na fase de estabilização
- Rápida frequência respiratória e dificuldade de deglutição:
 - > 60 respirações/minuto para < 2 meses
 - > 50 respirações/minuto para 2 a 12 meses
 - > 40 respirações/minuto para 1 a 5 anos
 - > 30 respirações/minuto para 5 a 12 anos
 - > 20 respirações/minuto para >12 anos
- Lesões dolorosas na boca
- Fenda palatina ou outra deformidade física
- Perturbações da consciência

A pneumonia por aspiração é muito comum em crianças gravemente desnutridas, devido à fraqueza muscular e a lenta absorção. Portanto, alimentar correctamente é importante para assegurar que a ingestão de leite seja adequada.

Para alimentar correctamente, a criança deve estar no colo contra o peito da mãe ou do provedor de cuidados, com um braço para trás. O braço do provedor de cuidados rodeia a criança e segura a xícara e pires sob o queixo da criança. A criança deve estar sentada na posição vertical. O F75 é dado usando a xícara e qualquer quantidade que se entorna no pires deve ser logo devolvido à xícara. Nunca se deve alimentar a criança à força nem comprimir-lhe o nariz para obrigá-la a engolir o leite ou alimentá-la enquanto deitada.

Nota: Todas as crianças menores de 6 meses de idade ou menos de 4 kg com DAG devem ser admitidas imediatamente para tratamento no internamento (veja **Capítulo 5**).

Tabela 3.5. Quantidades de F75 para crianças dos 6-59 meses com Emagrecimento Grave (Marasmo) durante a Fase de Estabilização

Peso (kg)	Volume de F75 por refeição (ml) ^a			Volume total diário (130 ml/kg)	80% do volume total diário ^a (mínimo)
	A cada 2 horas ^b (12 refeições)	A cada 3 horas ^c (8 refeições)	A cada 4 horas (6 refeições)		
4,0	45	65	90	520	415
4,2	45	70	90	546	435
4,4	50	70	95	572	460
4,6	50	75	100	598	480
4,8	55	80	105	624	500
5,0	55	80	110	650	520
5,2	55	85	115	676	540
5,4	60	90	120	702	560
5,6	60	90	125	728	580
5,8	65	95	130	754	605
6,0	65	100	130	780	625
6,2	70	100	135	806	645
6,4	70	105	140	832	665
6,6	75	110	145	858	685
6,8	75	110	150	884	705
7,0	75	115	155	910	730
7,2	80	120	160	936	750
7,4	80	120	160	962	770
7,6	85	125	165	988	790
7,8	85	130	170	1014	810
8,0	90	130	175	1040	830
8,2	90	135	180	1066	855
8,4	90	140	185	1092	875
8,6	95	140	190	1118	895
8,8	95	145	195	1144	915
9,0	100	145	200	1170	935
9,2	100	150	200	1196	960
9,4	105	155	205	1222	980
9,6	105	155	210	1248	1000
9,8	110	160	215	1274	1020
10,0	110	160	220	1300	1040
10,2	110	165	220	1326	1060
10,4	115	170	225	1352	1080
10,6	115	170	230	1378	1100
10,8	120	175	235	1404	1125
11	120	180	240	1430	1145
11,2	120	180	245	1456	1165
11,4	125	185	245	1482	1185
11,6	125	190	250	1508	1205
11,8	130	190	255	1534	1225
12	130	195	260	1560	1250

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

^b No primeiro dia, alimente a cada duas horas. Após redução dos episódios de vômitos e diarreia (menos de 5 vezes líquidas/dia), e se a criança terminar todas as refeições, alimente a cada três horas.

^c Após um dia a receber as refeições a cada 3 horas: se não houver episódios de vômitos, a diarreia tiver diminuído, e terminar quase todas refeições, mude para tomadas a cada quatro horas.

Tabela 3.6. Quantidades de F75 para crianças dos 6-59 meses com Edema Bilateral Grave (+++) durante a Fase de Estabilização

Peso com edema +++ (kg)	Volume de F75 por refeição (ml) ^a			Volume total diário (100 ml/kg)	80% do volume total diário ^a (mínimo)
	A cada 2 horas ^b (12 refeições)	A cada 3 horas ^c (8 refeições)	A cada horas (6 refeições)		
4,0	35	50	65	400	320
4,2	35	55	70	420	335
4,4	35	55	75	440	350
4,6	40	60	75	460	370
4,8	40	60	80	480	385
5,0	40	65	85	500	400
5,2	45	65	85	520	415
5,4	45	70	90	540	430
5,6	45	70	95	560	450
5,8	50	75	95	580	465
6,0	50	75	100	600	480
6,2	50	80	105	620	495
6,4	55	80	105	640	510
6,6	55	85	110	660	530
6,8	55	85	115	680	545
7,0	60	90	115	700	560
7,2	60	90	120	720	575
7,4	60	95	125	740	590
7,6	65	95	125	760	610
7,8	65	100	130	780	625
8,0	65	100	135	800	640
8,2	70	105	135	820	655
8,4	70	105	140	840	670
8,6	70	110	145	860	690
8,8	75	110	145	880	705
9,0	75	115	150	900	720
9,2	75	115	155	920	735
9,4	80	120	155	940	750
9,6	80	120	160	960	770
9,8	80	125	165	980	785
10,0	85	125	165	1000	800
10,2	85	130	170	1020	815
10,4	85	130	175	1040	830
10,6	90	135	175	1060	850
10,8	90	135	180	1080	865
11	90	140	185	1100	880
11,2	95	140	185	1120	895
11,4	95	145	190	1140	910
11,6	95	145	195	1160	930
11,8	100	150	195	1180	945
12	100	150	200	1200	960

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

^b No primeiro dia, alimente a cada duas horas. Após redução dos episódios de vômitos e diarreia (menos de 5 fezes líquidas/dia), e se a criança terminar todas as refeições, alimente a cada três horas.

^c Após um dia a receber as refeições a cada 3 horas: se não houver episódios de vômitos, a diarreia tiver diminuído, e terminar quase todas refeições, mude para tomadas a cada quatro horas.

Tabela 3.7. Quantidades de F75 para crianças dos 5-10 anos durante a Fase de Estabilização

Peso (kg)	Volume de F75 por refeição (ml) ^a			Volume total diário ^d (100 ml/kg)	80% do volume total diário ^a (mínimo)
	A cada 2 horas ^b (12 refeições)	A cada 3 horas ^c (8 refeições)	A cada 4 horas (6 refeições)		
8,0 – 8,9	70	105	140	845	675
9,0 – 9,9	80	120	160	945	755
10 – 10,9	90	130	175	1045	835
11 – 11,9	95	145	190	1145	915
12 – 12,9	105	155	210	1245	995
13 – 13,9	110	170	225	1345	1075
14 – 14,9	120	180	240	1445	1155
15 – 19,9	145	220	290	1745	1395
20 – 24,9	185	280	375	2245	1795
25 – 29,9	230	345	460	2745	2195

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

^b No primeiro dia, alimente a cada duas horas. Após redução dos episódios de vômitos e diarreia (menos de 5 vezes líquidas/dia), e se a criança terminar todas as refeições, alimente a cada três horas.

^c Após um dia a receber as refeições a cada 3 horas: se não houver episódios de vômitos, a diarreia tiver diminuído, e terminar quase todas refeições, mude para tomadas a cada quatro horas.

^d As necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

Tabela 3.8. Quantidades de F75 para adolescentes dos 11-15 anos durante a Fase de Estabilização

Peso (kg)	Volume de F75 por refeição (ml) ^a			Volume total diário ^d (80 ml/kg)	80% do volume total diário ^a (mínimo)
	A cada 2 horas ^b (12 refeições)	A cada 3 horas ^c (8 refeições)	A cada 4 horas (6 refeições)		
12 – 12,9	85	125	165	995	795
13 – 13,9	90	135	180	1075	860
14 – 14,9	95	145	195	1155	925
15 – 19,9	115	175	235	1395	1115
20 – 24,9	150	225	300	1795	1435
25 – 29,9	185	275	365	2195	1755
30 – 39,9	235	350	465	2795	2235
40 – 60	335	500	665	4000	3200

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

^b No primeiro dia, alimente a cada duas horas. Após redução dos episódios de vômitos e diarreia (menos de 5 vezes líquidas/dia), e se a criança terminar todas as refeições, alimente a cada três horas.

^c Após um dia a receber as refeições a cada 3 horas: se não houver episódios de vômitos, a diarreia tiver diminuído, e terminar quase todas refeições, mude para tomadas a cada quatro horas.

^d As necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

Monitoria durante a fase de estabilização

O acompanhamento individual das crianças com DAG na fase de estabilização deve ser feito continuamente. Com base na melhoria da condição da criança, pode-se tomar a decisão de passá-la para a fase de transição do tratamento.

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados:

- As crianças devem ser pesadas todos os dias e o seu peso deve ser registado no multicartão.
- O grau de edema (0 a +++) deve ser avaliado todos os dias
- A temperatura corporal deve ser medida duas vezes por dia
- Os seguintes sinais clínicos devem ser diariamente registados no multicartão:
 - Frequência cardíaca
 - Frequência respiratória
 - Fezes

- Lesões peri-anais
- Vômitos
- Desidratação
- Tosse
- Tamanho do fígado
- Lesões cutâneas
- Infecções dos olhos e ouvidos
- O perímetro braquial (PB) deve ser registado todas as semanas
- O comprimento (ou altura) deve ser registado na entrada e na saída do internamento (quando se usa uma nova folha)

Deve-se registar no multicartão (na parte referente ao consumo) se a criança ou adolescente estiver ausente, vomitar ou recusar uma refeição, e se a criança ou adolescente é alimentado por sonda naso-gástrica ou se recebe soro por via endovenosa (EV) ou transfusão de sangue. Existem espaços apropriados para o registo diário.

Deve-se prestar atenção aos cuidados e ao ambiente que rodeia a criança ou adolescente:

- Informar ao adolescente ou ao provedor de cuidados sobre os detalhes do tratamento
- Promover o conforto da criança ou adolescente
- Promover os cuidados durante as refeições
- Incentivar a mãe ou o provedor de cuidados a participar nos cuidados a prestar a criança ou adolescente

O multicartão deve ser usado para todas as crianças desnutridas, como fonte de informação para completar o relatório mensal das crianças desnutridas. Isto permite disponibilizar informação correcta sobre o número de crianças ou adolescentes desnutridos e as taxas de letalidade, porque muitas vezes quando as crianças desnutridas são internadas, a desnutrição não aparece nos registos estatísticos da enfermaria como a principal causa de internamento. Pelo contrário, ficam registadas outras doenças comuns na infância tais como a malária e pneumonia.

Crítérios para passar da fase de estabilização para a fase de transição

Os seguintes são os critérios para passar da fase de estabilização para a fase de transição:

- Retorno do apetite
- Desaparecimento das complicações médicas
- Início da perda de edema (verificado por perda apropriada e proporcional do peso à medida que o edema começa a desaparecer)

As crianças e os adolescentes com edema grave (+++) são particularmente vulneráveis. Eles devem permanecer na fase de estabilização com a dieta de F75 até que o grau de edema reduza para edema moderado (++)

Quando as crianças e os adolescentes com DAG completam o tratamento na fase de estabilização eles devem passar para a fase de transição para continuarem com o tratamento.

3.2.7.b. Tratamento nutricional durante a fase de transição

O F75 só é dado em doentes gravemente desnutridos (na fase de estabilização). Após melhoria das condições clínicas e retorno do apetite, deve-se introduzir lentamente o F100 e o ATPU. A transição deve ser gradual para evitar o risco de insuficiência cardíaca por consumo excessivo de leite terapêutico. O ATPU é introduzido durante a fase de transição, devido ao retorno do apetite nesta fase.

Quantidades de F100 para crianças dos 6-59 meses

- Durante os primeiros dias da fase de transição (1-2), deve-se substituir o F100 por quantidades iguais às de F75 que foram recebida durante a fase de estabilização: 130 ml de F100 por kg de peso corporal por dia (para crianças com Marasmo).

- Quando a criança estiver a tolerar bem o F100, gradualmente (a cada 10 ml), aumente a quantidade de F100 até atingir 150 ml de F100 por kg de peso corporal por dia.
- Devem ser oferecidas 8 refeições em 24 horas, se houver pessoal disponível à noite para distribuir as refeições.
- Se não houver pessoal disponível para distribuir as refeições à noite, devem ser oferecidas 6 refeições, e deve-se assegurar que estas são consumidas na sua totalidade.
- Usar a **Tabela 3.9** de dosagem da fase de transição para consultar o volume de F100 a dar por refeição de acordo com o peso corporal da criança.

Nota: Todas as crianças menores de 6 meses de idade ou menos de 4 kg com DAG devem ser admitidas imediatamente para tratamento no internamento (veja **Capítulo 5**).

Quantidades de F100 para crianças dos 5-15 anos

- A quantidade de F100 por kg de peso corporal para crianças é menor para crianças menores de 59 meses do que para crianças entre 6-59 meses, o que reflecte a menor necessidade energética de crianças mais velhas e adolescentes.
- Para crianças dos 5-10 anos: dar 75 ml de F100 (75 kcal) por kg de peso corporal por dia.
- Para adolescentes dos 11-15 anos: dar 60 ml de F100 (60 kcal) por kg de peso corporal por dia.
- Vide **Tabela 3.12** para quantidades de F100 para crianças dos 5-10 anos e **Tabela 3.11** para quantidades de F100 para adolescentes dos 11-15 anos.

Tabela 3.9. Quantidades de F100 durante a fase de transição para crianças dos 6-59 meses que não consomem ATPU

Peso (kg)	Volumes de F100 por refeição quando alimentadas a cada 3 horas (8 refeições diárias) ^a		Volumes de F100 por refeição quando alimentadas a cada 4 horas (6 refeições diárias) ^a		Volume total diário de F100	
	<i>Dia 1-2 da Fase de Transição</i>	<i>Dia 2-3 da Fase de Transição</i>	<i>Dia 1-2 da Fase de Transição</i>	<i>Dia 2-3 da Fase de Transição</i>	<i>Dia 1-2 da Fase de Transição</i>	<i>Dia 2-3 da Fase de Transição</i>
	(130 ml/kg/dia)	(150 ml/kg/dia)	(130 ml/kg/dia)	(150 ml/kg/dia)	(130 ml/kg/dia)	(150 ml/kg/dia)
4,0	65	75	90	100	520	600
4,2	70	80	90	105	546	630
4,4	70	85	95	110	572	660
4,6	75	85	100	115	598	690
4,8	80	90	105	120	624	720
5,0	80	95	110	125	650	750
5,2	85	100	115	130	676	780
5,4	90	100	120	135	702	810
5,6	90	105	125	140	728	840
5,8	95	110	130	145	754	870
6,0	100	115	130	150	780	900
6,2	100	115	135	155	806	930
6,4	105	120	140	160	832	960
6,6	110	125	145	165	858	990
6,8	110	130	150	170	884	1020
7,0	115	130	155	175	910	1050
7,2	120	135	160	180	936	1080
7,4	120	140	160	185	962	1110
7,6	125	145	165	190	988	1140
7,8	130	145	170	195	1014	1170
8,0	130	150	175	200	1040	1200
8,2	135	155	180	205	1066	1230
8,4	140	160	185	210	1092	1260
8,6	140	160	190	215	1118	1290
8,8	145	165	195	220	1144	1320
9,0	145	170	200	225	1170	1350
9,2	150	175	200	230	1196	1380
9,4	155	175	205	235	1222	1410
9,6	155	180	210	240	1248	1440
9,8	160	185	215	245	1274	1470
10,0	160	190	220	250	1300	1500
10,2	165	190	220	255	1326	1530
10,4	170	195	225	260	1352	1560
10,6	170	200	230	265	1378	1590
10,8	175	205	235	270	1404	1620
11	180	205	240	275	1430	1650
11,2	180	210	245	280	1456	1680
11,4	185	215	245	285	1482	1710
11,6	190	220	250	290	1508	1740
11,8	190	220	255	295	1534	1770
12	195	225	260	300	1560	1800

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

Tabela 3.10. Quantidades de F100 para crianças dos 5-10 anos que não consomem ATPU

Peso (kg)	Volume de F100 por refeição (ml) ^a		Volume total diário ^b (75 ml/kg)
	A cada 3 horas (8 refeições)	A cada horas (6 refeições)	
8,0 – 8,9	80	105	634
9,0 – 9,9	90	120	709
10 – 10,9	100	130	784
11 – 11,9	110	145	859
12 – 12,9	115	155	934
13 – 13,9	125	170	1009
14 – 14,9	135	180	1084
15 – 19,9	165	220	1309
20 – 24,9	210	280	1684
25 – 29,9	255	345	2059

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

^b As necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

Tabela 3.11. Quantidades de F100 para adolescentes dos 11-15 anos que não consomem ATPU

Peso (kg)	Volume de F100 por refeição (ml) ^a		Volume total diário ^b (60 ml/kg)
	A cada 3 horas (8 refeições)	A cada horas (6 refeições)	
12 – 12,9	95	125	747
13 – 13,9	100	135	807
14 – 14,9	110	145	867
15 – 19,9	130	175	1047
20 – 24,9	170	225	1347
25 – 29,9	205	275	1647
30 – 39,9	260	350	2097
40 – 60	375	500	3000

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

^b As necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

Preparação de leite terapêutico F100

- Dissolver um pacote de 114g de F100 em 0,5 litros de água potável.

Nota: Estas são as instruções de preparação usando os novos pacotes de F100, que são menores (114 g) que os que vinham sendo utilizados (456 g). Para estes novos pacotes, não é necessário o uso das colherinhas vermelhas.

Caso esteja a usar os pacotes antigos, por favor refira **ao anexo 3.3** para as instruções de preparação do F100.

Procedimentos para alimentação com F100

- Crianças amamentadas devem receber primeiro o leite materno sempre que quiserem e antes de consumirem o F100.
- Alimentar usando uma chávina e pires.

Introdução do ATPU

Quando a criança estiver a tolerar bem a quantidade recomendada de F100 deve ser oferecido ATPU em cada refeição; devendo ser complementado pelo leite terapêutico F100 se for necessário.

Algumas crianças e adolescentes podem inicialmente recusar o ATPU mas, mesmo assim, devem ser encorajados a consumi-lo em cada refeição.

Quantidades de ATPU para crianças dos 6-59 meses

- Dar 5-6 refeições de ATPU e/ou F100 por dia.
- As crianças amamentadas devem receber primeiro o leite materno sempre que quiserem e antes da alimentação com ATPU e/ou F100.
- A base de cálculo da quantidade de ATPU é de 150 kcal/kg de peso corporal/dia (veja **Tabela 3.12**).
- A quantidade diária total de ATPU deve ser entregue à mãe ou ao provedor de cuidados e a quantidade consumida deve ser verificada após cada refeição (5-6 vezes por dia).
- As crianças que não consomem o ATPU em quantidade suficiente devem receber F100 para compensar qualquer déficit de ingestão.
- Se F100 precisa ser administrado para complementar a ingestão de ATPU, este pode ser substituído na base de aproximadamente 100 ml de F100 equivalente a 20 g de ATPU.
- Crianças devem beber muita água potável (fervida ou tratada) durante e depois do consumo de ATPU.

Quantidades de ATPU para crianças e adolescentes dos 5-15 anos

Após a fase de estabilização e durante a fase de transição, as crianças (maiores de 59 meses) e adolescentes muitas vezes recusam o leite terapêutico e querem alimentos sólidos. Quando isto acontece, deve-se introduzir gradualmente uma dieta sólida com base em alimentos disponíveis localmente, enriquecidos com gorduras ou óleos. Deve-se oferecer uma grande variedade de alimentos, e deixar que o doente coma quanto quiser. O F100 ou ATPU deve ser oferecido entre as principais refeições e à noite, para complementar a necessidade de energia, vitaminas e minerais.

Nota: O leite terapêutico F100 é um medicamento que deve ser usado apenas no hospital. Doentes que receberam alta, devem receber ATPU para continuar com o tratamento em casa.

Na **Tabela 3.12** são dadas as quantidades de ATPU a serem oferecidas às crianças (maiores de 59 meses) e adolescentes, se estes não estiverem a consumir outros alimentos. Se a criança ou adolescente consome outros alimentos, deve-se oferecer uma menor quantidade de ATPU por dia. Crianças e adolescentes devem beber muita água potável (fervida ou tratada) durante e depois do consumo de ATPU.

Tabela 3.12. Quantidade de ATPU (saquetas) durante a fase de transição

Peso (kg)	Total saquetas de ATPU para 24 horas
4,0 – 4,9	1,5
5,0 – 6,4	2
6,5 – 8,0	2,5
8,1 – 9,0	2,5
9,1 – 10,0	3
10,1 – 11,4	3,5
≥11,5	4

Monitoria durante a fase de transição

A monitoria de uma criança ou adolescente com desnutrição aguda grave na fase de transição é feita diariamente. O aumento do peso médio esperado é 5 g por kg do peso corporal. O ganho do peso em excesso NÃO é um bom sinal na fase de transição e necessita de investigação.

Os doentes com edema bilateral devem permanecer na fase de transição até que haja uma redução definida e gradual do edema para o grau +.

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados diariamente e lançados no multicartão:

- Peso
- Grau de edema bilateral (0 a +++)
- Temperatura do corpo
- Sinais clínicos: fezes, vômitos, desidratação, tosse, respiração e tamanho do fígado
- PB semanal
- Comprimento ou altura em cada três semanas
- Outros dados adicionais: por exemplo, ausência, vômitos, recusa do alimento

Crítérios para regressar da fase de transição para a fase de estabilização

A criança ou o adolescente deve regressar para a fase de estabilização se houver:

- Uma combinação de aumento do peso em mais de 10 g/kg de peso corporal/dia e aumento da taxa respiratória: isto é um indicativo de excesso de retenção de fluídos
- Aumento ou desenvolvimento de edema bilateral
- Aumento rápido do tamanho do fígado
- Qualquer sinal de sobrecarga de fluidos
- Distensão abdominal
- Aumento significativo da diarreia causando perda de peso
- Uma complicação que necessita de uma infusão endovenosa
- Uma necessidade de alimentação por sonda naso-gástrica (SNG)

Para crianças e adolescentes que precisam passar para fase de estabilização, veja os protocolos da **Secção 3.2.7.a. Tratamento nutricional durante a fase de estabilização.**

Crítérios para passar para a fase de reabilitação no internamento

A passagem da fase de transição para a fase de reabilitação no internamento é obrigatória para as crianças e adolescentes que não podem retornar à sua comunidade ou que não podem comer o ATPU e que apresentam as seguintes condições:

- Bom apetite: consumindo pelo menos 80% do F100 receitado na fase de transição
- Edema bilateral reduzindo para moderado (++) ou (+) ligeiro
- Ausência de complicação médica
- Clinicamente bem e alerta

Crianças e adolescentes que atingiram os critérios para passar da fase de reabilitação (no internamento) devem ser referidos para o **Tratamento nutricional durante a fase de reabilitação (Secção 3.2.6.c)**.

Nota: Se o ATPU não estiver disponível, para tratamento em ambulatório, todos doentes com DAG com e sem complicações devem continuar o tratamento no hospital com leite terapêutico F100. Crianças entre os 6-59 meses devem ter prioridade em receber ATPU, se não estiverem disponíveis quantidades suficientes de ATPU para crianças dos 6 meses aos 15 anos; as crianças mais velhas devem permanecer no internamento e serem tratadas com o leite terapêutico F100.

Critérios para passar para a fase de reabilitação no ambulatório

Uma criança ou um adolescente passando para a fase de reabilitação e que está sob dieta de ATPU pode ser encaminhado para os cuidados em ambulatório com seguimento numa Unidade Sanitária mais próxima do local de residência. A criança ou adolescente deve fazer visitas de controlo semanais ou quinzenais na Unidade Sanitária. Ao permanecer nos cuidados no internamento, a criança ou o adolescente pode estar exposto às infecções.

A criança ou o adolescente deve passar para a fase de reabilitação no ambulatório nas seguintes condições:

- Bom apetite: se a criança ou o adolescente consumir pelo menos 80% da quantidade diária do ATPU.
- Não tem edema durante 7 dias
- Ausência de complicação médica
- Clinicamente bem e alerta

Crianças e adolescentes que atingiram os critérios para passar para a fase de reabilitação (no ambulatório), devem ser referidos para o **Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (Capítulo 4)**.

Nota: É comum a criança ou o adolescente apresentar alguma mudança na frequência das fezes quando muda a dieta. Esta situação não necessita de tratamento a menos que a criança ou o adolescente perca peso. Dejeções frequentes e aguadas, mas sem perda de peso não são um critério para regressar à fase de estabilização.

3.2.8. Passo 8 – Reconstruir os tecidos perdidos (fase de reabilitação ou de crescimento rápido)

3.2.8.a. Tratamento nutricional durante a fase de reabilitação no internamento

Algumas crianças e adolescentes que passam da fase de transição para a fase de reabilitação ainda precisarão dos cuidados no internamento. A fase de reabilitação é associada a uma recuperação completa e um rápido ganho do peso.

É provável que a parte médica do tratamento para DAG termine nesta fase, se não há nenhuma complicação médica séria e a criança ou adolescente tem um bom apetite, come grandes quantidades da sua dieta e ganha peso rapidamente.

Quantidades de ATPU para crianças 6-59 meses

- Dar 5-6 refeições de ATPU e/ou F100 por dia.
- As crianças amamentadas devem receber primeiro o leite materno sempre que quiserem e antes da alimentação com ATPU e/ou F100.
- A base de cálculo da quantidade de ATPU é de +/- 200 kcal/kg de peso corporal/dia (veja **Tabela 3.13**).
- A quantidade diária total de ATPU deve ser entregue à mãe ou ao provedor de cuidados e a quantidade consumida deve ser verificada após cada refeição (5-6 vezes por dia).

- As crianças que não consomem o ATPU em quantidade suficiente devem receber F100 para compensar qualquer déficit de ingestão.
- Se ambos o ATPU e o F100 estão sendo dados, estes podem ser substituídos mutuamente na base de aproximadamente 100ml de F100 equivalente a 20g de ATPU.
- Crianças devem beber muita água potável (fervida ou tratada) durante e depois do consumo de ATPU.
- Dar a criança uma papinha enriquecida uma vez por dia como forma de preparar a criança para a mudança gradual da alimentação terapéutica para a alimentação normal.

Quantidades de ATPU para crianças e adolescentes 5-15 anos

Durante a fase de reabilitação, as crianças (maiores de 59 meses) e adolescentes muitas vezes recusam o leite terapêutico e querem alimentos sólidos. Quando isto acontece, deve-se introduzir gradualmente uma dieta sólida com base em alimentos disponíveis localmente, enriquecidos com gorduras ou óleos. Deve-se oferecer uma grande variedade de alimentos, e deixar que o doente coma quanto quiser. O F100 ou ATPU deve ser oferecido entre as principais refeições e à noite, para complementar a necessidade de energia, vitaminas e minerais.

Na **Tabela 3.13** são dadas as quantidades de ATPU a serem oferecidas às crianças (maiores de 59 meses) e adolescentes, se estes não estiverem a consumir outros alimentos. Se a criança ou adolescente consome outros alimentos, deve-se oferecer uma menor quantidade de ATPU por dia. Crianças e adolescentes devem beber muita água potável (fervida ou tratada) durante e depois do consumo de ATPU.

Tabela 3.13. Quantidade de ATPU (saquetas) durante a fase de reabilitação



Peso (kg)	Total saquetas de ATPU para 24 horas
4,0 – 4,9	2
5,0 – 6,4	2,5
6,5 – 8,0	3
8,1 – 9,0	3,5
9,1 – 10,0	4
10,1 – 11,4	4,5
≥11,5	5

Quantidades de F100 para crianças 6-59 meses que não consomem ATPU

- Dar 200 ml de F100 (200 kcal) por kg peso corporal por dia.
- Usar a tabela de dosagem (**Tabela 3.14**) para obter o volume de F100 a dar por refeição na fase de reabilitação no internamento.

Tabela 3.14. Tabela de dosagem diária de F100 para crianças dos 6-59 meses na fase de reabilitação no Internamento

Peso (kg)	Volumes de F100 por refeição (ml) ^a		Volume total diário (200 ml/kg)	80% do volume total diário ^a (mínimo)
	A cada 4 horas ^b (6 refeições)	A cada 5 horas (5 refeições)		
4,0	135	165	800	640
4,2	140	175	840	670
4,4	150	185	880	705
4,6	155	190	920	735
4,8	160	200	960	770
5,0	165	210	1000	800
5,2	175	215	1040	830
5,4	180	225	1080	865
5,6	190	235	1120	895
5,8	195	240	1160	930
6,0	200	250	1200	960
6,2	210	260	1240	990
6,4	215	265	1280	1025
6,6	220	275	1320	1055
6,8	225	285	1360	1090
7,0	235	290	1400	1120
7,2	240	300	1440	1150
7,4	245	310	1480	1185
7,6	255	315	1520	1215
7,8	260	325	1560	1250
8,0	265	335	1600	1280
8,2	275	340	1640	1310
8,4	280	350	1680	1345
8,6	285	360	1720	1375
8,8	295	365	1760	1410
9,0	300	375	1800	1440
9,2	305	385	1840	1470
9,4	315	390	1880	1505
9,6	320	400	1920	1535
9,8	325	410	1960	1570
10,0	335	415	2000	1600
10,2	340	425	2040	1630
10,4	345	435	2080	1665
10,6	355	440	2120	1695
10,8	360	450	2160	1730
11	370	460	2200	1760
11,2	375	465	2240	1790
11,4	380	475	2280	1825
11,6	385	485	2320	1855
11,8	395	490	2360	1890
12	400	500	2400	1920

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

Quantidades de F100 para crianças e adolescentes 5-15 anos que não consomem ATPU

- Usar a **Tabela 3.15** e **Tabela 3.16** para obter o volume de F100 a dar por refeição na fase de reabilitação no internamento para crianças e adolescentes 5-15 anos.

Tabela 3.15. Quantidades de F100 para Crianças dos 5-10 anos durante a Fase de Reabilitação

Peso (kg)	Volume de F100 por refeição (ml) ^a		Volume total diário ^b (100 ml/kg)
	A cada 3 horas (8 refeições)	A cada horas (6 refeições)	
8,0 – 8,9	105	140	845
9,0 – 9,9	120	160	945
10 – 10,9	130	175	1045
11 – 11,9	145	190	1145
12 – 12,9	155	210	1245
13 – 13,9	170	225	1345
14 – 14,9	180	240	1445
15 – 19,9	220	290	1745
20 – 24,9	280	375	2245
25 – 29,9	345	460	2745

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

^b As necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

Tabela 3.16. Quantidades de F100 para Adolescentes dos 11-15 anos durante a Fase de Reabilitação

Peso (kg)	Volume de F100 por refeição (ml) ^a		Volume total diário ^b (90 ml/kg)
	A cada 3 horas (8 refeições)	A cada horas (6 refeições)	
12 – 12,9	140	190	1121
13 – 13,9	150	200	1211
14 – 14,9	165	220	1301
15 – 19,9	195	260	1571
20 – 24,9	255	340	2021
25 – 29,9	310	410	2471
30 – 39,9	395	525	3146
40 – 60	565	750	4500

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

^b As necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

Preparação de leite terapêutico F100

- Dissolver um pacote de 114g de F100 em 0,5 litros de água potável (fervida ou tratada).

Nota: Estas são as instruções de preparação usando os novos pacotes de F100, que são menores (114 g) que os que vinham sendo utilizados (456 g). Para estes novos pacotes, não é necessário o uso das colherinhas vermelhas.

Caso esteja a usar os pacotes antigos, por favor refira ao anexo 3.3 para as instruções de preparação do F100.

Procedimentos para alimentação com F100

- Crianças amamentadas devem receber primeiro o leite materno sempre que quiserem e antes de consumirem o F100.
- Alimentar usando uma chávina e pires.
- Depois de cada refeição, se a criança ou adolescente consumiu rapidamente e sem dificuldades todo o alimento dado, ofereça sempre uma quantidade adicional. A criança ou adolescente deve consumir tanto F100 quanto quiser.
- Gradualmente deve-se substituir uma refeição do dia por uma papinha enriquecida.

Monitoria durante a fase de reabilitação

A monitoria da criança ou adolescente em recuperação na fase de reabilitação no internamento deve ser feita diariamente. Os seguintes parâmetros devem ser diariamente monitorados e registados no multicartão:

- Peso
- Grau de edema bilateral (0 a +++)
- Temperatura do corpo
- Sinais clínicos: fezes, vômitos, desidratação, tosse, respiração
- Perímetro braquial semanal
- Comprimento ou altura medida depois de 21 dias (quando um novo multicartão é usado)
- Outros registos: por exemplo, ausente, vômitos, recusa do alimento
- Um exame médico completo feito a cada dois dias

Falta de resposta ao Tratamento da Desnutrição no Internamento

Algumas crianças e adolescentes sob cuidados no internamento podem não responder ao tratamento ou mostrar uma deterioração no seu estado em diferentes etapas do tratamento. Se uma criança ou um adolescente desenvolver quaisquer sinais de uma complicação médica, ele/ela deve ser referido/a de volta à fase de estabilização.

As causas mais frequentes da falta de resposta ao tratamento no internamento estão listadas no **Quadro 3.5**.

Quadro 3.5. Causas frequentes da falta de resposta ao Tratamento no Internamento

Problemas relacionados com a Unidade Sanitária:

- Ambiente desagradável para crianças e adolescentes desnutridos
- Falta de adesão aos protocolos de tratamento da DAG
- Fracasso no tratamento de crianças e adolescentes desnutridos numa área separada
- Mau preenchimento do multicartão individual para o controlo do tratamento, resultando na falta de dados para acompanhar o desenvolvimento da criança
- Pessoal insuficiente (particularmente de noite) ou escassez de pessoal treinado
- Supervisão inadequada e rotação constante do pessoal entre as Unidades Sanitárias e/ou Unidades de Reabilitação Nutricional
- Balanças não calibradas
- Leites terapêuticos incorrectamente preparados ou administrados às crianças e adolescentes em tratamento

Problemas relacionados com cada criança e adolescente:

- Leites terapêuticos dados em quantidades insuficientes o que leva a ganho inadequado de peso:
 - Pobre: < 5g/Kg/dia
 - Moderado: 5-10g/Kg/dia
 - Satisfatório: > 5g/Kg/dia
- Deficiências em vitaminas e minerais
- Mal absorção
- Trauma psicológico (particularmente em situações de vulnerabilidade tais como refugiados e famílias vivendo com HIV/SIDA)
- Ruminação
- Infecção, especialmente diarreia (amebíase, giardíase, disenteria), pneumonia, tuberculose (TB), infecção urinária, otite média, malária, HIV e SIDA, esquistossomíase, Kalazar/Leishmaniose, hepatite/cirrose
- Outra doença subjacente grave: anomalias congénitas (por exemplo, cardiopatias), lesões neurológicas (por exemplo, paralisia cerebral), erros inatos do metabolismo

Quando uma criança ou um adolescente não responde ao tratamento de forma positiva, deve-se tomar as seguintes acções:

- Manter os registos completos de todas as crianças e adolescentes que não respondem ao tratamento e daqueles que morreram. Estes registos devem incluir, no mínimo, detalhes sobre a idade da criança, sexo, data de internamento, o índice do peso para altura (ou peso para comprimento) na altura do internamento, diagnóstico principal e tratamento, e onde for apropriado, a data, hora e causa aparente de morte.
- Sempre examinar sistematicamente, as causas da falta de resposta e de morte, e identificar as áreas onde os protocolos devem ser melhorados para correcção dos problemas.
- Se as acções anteriores não produzem efeito positivo, significa que há necessidade de avaliação por alguém experiente no manejo da DAG em internamento. Como parte da avaliação, deve-se realizar também uma investigação na organização e aplicação dos protocolos para o tratamento.
- Fazer supervisão em trabalho para a reciclagem do pessoal com formação, se for necessário.
- Recalibrar a balança (e o altímetro).

3.2.9. Passo 9 – Estimular o desenvolvimento físico e psicossocial

Para que a reabilitação nutricional tenha sucesso é fundamental garantir a estimulação física e sensorial da criança pois a desnutrição grave leva ao atraso do desenvolvimento físico e psicossocial. Se a reabilitação não for realizada adequadamente, este atraso poderá ser ainda maior e levar a seqüelas a longo prazo. A estimulação sensorial e física, por meio de actividades lúdicas que têm

início na reabilitação e continuam após a alta, podem reduzir substancialmente o risco de atraso de desenvolvimento físico e psicossocial.

Portanto, é importante assegurar desde a admissão que a criança seja exposta a cuidados e estímulos afectivos e a ambientes lúdicos que favoreçam a sua completa recuperação. Muitos destes são factíveis de serem realizados ainda no ambiente hospitalar, desde que os profissionais estejam preparados para a importância destas atividades como coadjuvantes da recuperação da criança. Veja o **Capítulo 7: Estimulação Emocional e Psico-motora** para mais informações, sobre como estimular o desenvolvimento físico e psicossocial.

3.2.10. Passo 10 – Preparar para a alta e o acompanhamento após a alta

Critérios para alta do Tratamento da Desnutrição no Internamento

Crianças e adolescentes que estão totalmente curados devem receber alta do internamento. O **Quadro 3.6.** apresenta os requisitos para ter alta.

Crianças e adolescentes que recebem alta, mas não atingiram os critérios de alta (não melhoradas) são aquelas que:

Morrem durante o tratamento

- Não cumprem o tratamento ou ausentam-se durante 2 dias
- Não recuperam ou não mostram melhorias durante ou após dois meses de tratamento. Consequentemente, essas crianças são encaminhadas para o internamento ou para uma investigação médica mais detalhada.

Antes de se dar alta a criança ou o adolescente deve assegurar que os seguintes requisitos sejam preenchidos:

- Programa de saúde e educação nutricional completos
- Substituição completa e apropriada do ATPU pela alimentação normal
- Calendário de vacinação actualizado
- Referência dos cuidadores da criança ou adolescente para os programas comunitários de promoção da saúde e nutrição, de modo a garantir o acompanhamento apropriado e prevenir o retorno

Quadro 3.6. Critérios para alta da fase de reabilitação no internamento

- Para crianças dos 6 meses aos 5 anos de idade: P/E \geq -1 DP
- Para crianças dos 5 anos aos 15 anos de idade: IMC/Idade \geq -1 DP
- Para todos (quando não há condições para medir a altura ou comprimento): 15% de ganho do peso em 2 visitas mensais consecutivas (veja **Anexo 1.7 Tabela para Identificar o Peso Alvo**)
- Não tem edema durante 7 dias

Requisitos adicionais:

- Programa de educação sanitária e nutricional completos
- Calendário de vacinação actualizado
- Referência do provedor de cuidados da criança e adolescente para os programas comunitários de promoção da saúde e nutrição, de modo a assegurar o acompanhamento apropriado e prevenir o retorno

Se a criança ou o adolescente reúne os requisitos para ter alta, eles devem ser referidos (juntamente com os seus acompanhantes) para outros serviços de educação sanitária e nutricional nas Unidades de Reabilitação Nutricional.

Procedimentos para alta do internamento

No momento de dar a alta à uma criança ou adolescente, deve-se realizar o seguinte:

- Dar ao provedor de cuidados informações completas sobre o resultado do tratamento e aconselhamento sobre as boas práticas de alimentação e cuidados, incluindo sobre a provisão e a preparação de alimentação complementar apropriada
- Assegurar que o provedor de cuidados entenda a importância dos cuidados domésticos para prevenir recaídas, e se necessário assegurar o seu acesso aos programas de suplementação alimentar e outros programas de promoção da saúde e nutrição para crianças ou adolescentes
- Anotar o resultado da alta nos registos internos e no multcartão
- Aconselhar ao provedor de cuidados a ir imediatamente à Unidade Sanitária mais próxima, se a criança ou adolescente recusa-se a comer ou apresenta qualquer um dos seguintes sinais e sintomas:
 - Febre elevada
 - Fezes frequentes, aguadas ou com sangue, diarreia por mais de 4 dias
 - Respiração com dificuldade ou acelerada
 - Vômito
 - Não alerta, muito fraco, inconsciente, convulsões
 - Edema bilateral
- Referir a criança ou adolescente e seu cuidador para a CCR para continuar seguimento por 3 meses.

3.3. Manejo clínico das outras complicações

O manejo das complicações que resultam da medicação em doentes internados com DAG, deverá ser feito por pessoal de saúde especializado. A seguir são apresentados os detalhes do diagnóstico e tratamento destas complicações.

3.3.1. Insuficiência cardíaca

Diagnóstico

O diagnóstico da insuficiência cardíaca deve ser efectuado na presença dos seguintes sinais e sintomas:

- Deterioração do estado geral, mas com ganho de peso
- Aumento do tamanho do fígado (é por este motivo que o fígado deve ser marcado antes do início de qualquer administração de soros)
- Fígado doloroso
- Aumento da frequência respiratória
 - um aumento rápido da frequência respiratória em mais de 5 ciclos respiratórios/minuto (sobretudo durante o tratamento de reidratação):
 - > 60 respirações/minuto para <2 meses
 - > 50 respirações/minuto 2 a 12 meses
 - > 40 respirações/minuto 1 a 5 anos
 - > 30 respirações/minuto 5 a 12 anos
 - > 20 respirações/minuto para >12 anos
- Aparecimento de um som ruidoso durante cada expiração
- Crepitações ou ferveores pulmonares húmidos
- Proeminência das veias superficiais do pescoço
- Congestionamento das veias do pescoço quando o abdómem (fígado) é pressionado
- Dilatação cardíaca (muito difícil de avaliar na prática)
- Aparecimento do terceiro tom - ritmo de “galope”
- Aumento de edema ou reaparecimento de edema durante o tratamento
- Diminuição aguda na concentração de hemoglobina (precisa de laboratório para avaliar). A diminuição da hemoglobina é em geral um sinal de sobrecarga hídrica e não de perda de hemácias.

O último estágio da insuficiência cardíaca, pode levar a: 1) uma acentuada/visível dificuldade respiratória com um pulso rápido, mãos e pés frios, e edema e cianose ou 2) morte súbita. Estes são sinais de um choque cardíaco – o terceiro tipo de choque que habitualmente ocorre em crianças com desnutrição aguda grave. O choque cardíaco tem de ser diferenciado dos choques devido à desidratação ou sépsis (choque tóxico) porque o seu tratamento é muito diferente.

Geralmente a insuficiência cardíaca é precedida de aumento de peso. Como a insuficiência cardíaca usualmente começa após o tratamento da desnutrição aguda grave, há quase sempre um registo do peso do doente, que foi feito antes do início da insuficiência cardíaca.

A insuficiência cardíaca e pneumonia são clinicamente semelhantes e muito difíceis de distinguir. Se há um aumento na frequência respiratória e qualquer aumento de peso, a insuficiência cardíaca deve ser o primeiro diagnóstico. Se há um aumento da frequência respiratória com uma perda de peso, então a pneumonia deve ser diagnosticada. Se não há nenhuma mudança no peso (balanço do líquido), a diferenciação deve ser feita usando outros sinais de insuficiência cardíaca. O diagnóstico não deve ser a pneumonia se tiver havido aumento de peso logo antes do início da dificuldade respiratória.

Crianças com edema podem ter insuficiência cardíaca sem ganho de peso se a expansão ou aumento da circulação é devido ao líquido do edema ser mobilizado do tecido para o espaço vascular. Durante a fase inicial do tratamento da desnutrição aguda grave, qualquer conteúdo líquido dado que contenha sódio, deve ser excretado com segurança mais tarde. Um tratamento inicial excessivo pode levar a morte vários dias depois, causada por insuficiência cardíaca, quando o sódio intracelular no marasmo e kwashiorkor e o líquido do edema são mobilizados.

À medida que o líquido do edema é mobilizado (em doentes com kwashiorkor) ou o sódio está saindo das células no início do tratamento (kwashiorkor e marasmo), o volume do plasma expande e há uma diminuição na concentração da hemoglobina. Esta anemia dilucional geralmente acontece na maioria das crianças a medida que recuperam. Uma diminuição substancial de hemoglobina, como sinal de expansão da circulação, é também sinal de insuficiência cardíaca iminente ou actual. Estas crianças não devem receber transfusão de sangue.

Tratamento

Quando a insuficiência cardíaca é diagnosticada deve-se:

- Parar todos os líquidos por via oral ou endovenosa. Nenhum alimento sólido ou líquido deve ser dado até que a insuficiência cardíaca tenha melhorado, o que pode levar 24-48 horas. Pequenas quantidades de água açucarada podem ser dadas oralmente para prevenir a hipoglicemia.
- Dar Furosemida (1mg/kg de peso corporal).
- Administrar Digoxina em dose única (5 µg/kg de peso corporal – note que esta dose é mais baixa que a dose normal de Digoxina – a dose de ataque não é dada. Usar a formulação pediátrica e não pequenas quantidades de formulação de adultos).

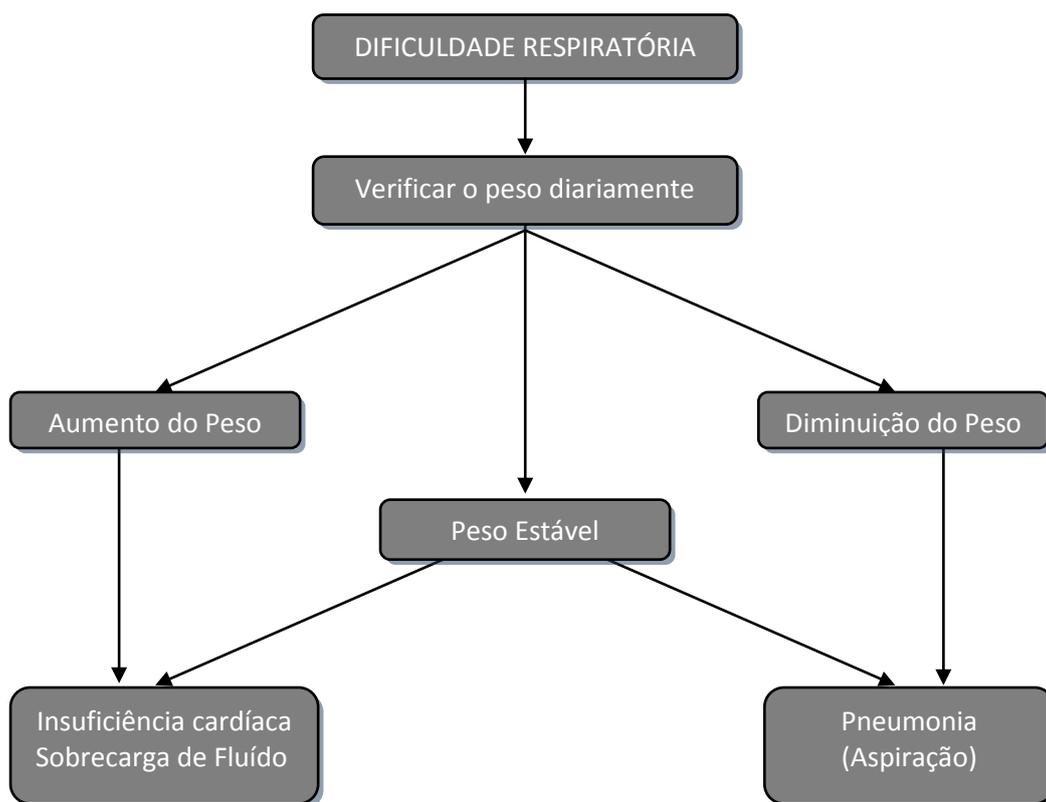
Se a insuficiência cardíaca está associada a anemia grave, o tratamento de insuficiência cardíaca toma precedência sobre o tratamento da anemia. Um doente com insuficiência cardíaca nunca deve receber transfusão de sangue.

Monitoria

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados:

- Peso
- Frequência respiratória e auscultação pulmonar
- Pulsação
- Veia jugular, ingurgitamento de veias visíveis
- Tamanho do fígado
- Tons cardíacos

Figura 3.4. Diagnóstico da insuficiência cardíaca



3.3.2. Anemia grave

Diagnóstico

Se a concentração de hemoglobina é menor que 40g/L ou o hematócrito é menor que 12% nas primeiras 24 horas após o internamento, a criança tem anemia grave.

Tratamento

A transfusão é um tratamento radical e extremamente perigoso para crianças com DAG que muitas vezes apresentam disfunções cardiovasculares, redução da função renal com deficiência de proteína ligada ao ferro. Por isso, é importante:

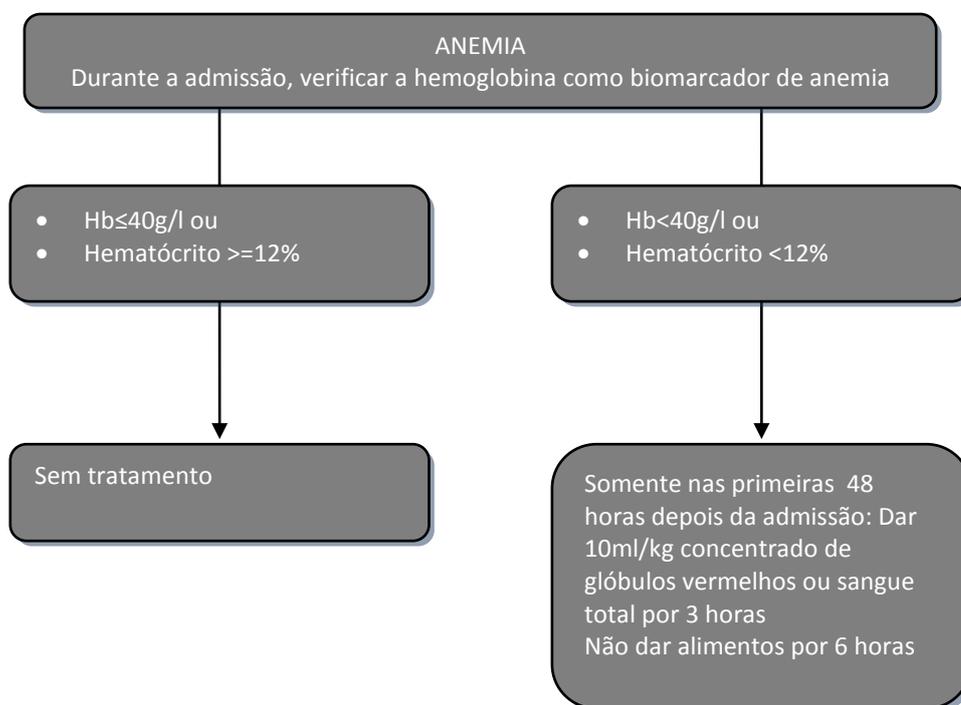
- Dar concentrado de glóbulos vermelhos ou sangue total 10ml/kg de peso corporal, lentamente durante 3 horas.
- Não alimentar as crianças durante e pelo menos 3 horas após uma transfusão de sangue.
- Não submeter uma criança a transfusão de sangue entre 48 horas até 14 dias após o começo do tratamento com F75, excepto com justificação evidente (ex° hemorragia, malária grave).
- Não dar sal ferroso na fase de estabilização do tratamento.
- Fazer preferivelmente uma transfusão sanguínea aos doentes com DAG e anemia grave, se existirem estruturas de saúde e capacidade técnica (unidades neonatais).

Se há insuficiência cardíaca com anemia grave, transferir o doente para uma Unidade Sanitária onde existem condições para fazer uma transfusão sanguínea.

A insuficiência cardíaca devido a anemia é clinicamente diferente de uma insuficiência cardíaca “normal.” Na insuficiência cardíaca devido a anemia, há um elevado aumento do fluxo do sangue com uma circulação super activa aumentando a anemia e falha do funcionamento do coração. A dificuldade respiratória é um sinal de sobrecarga de fluido e aumento do volume do plasma.

Considerando que a insuficiência cardíaca não é “causada” pela anemia, estes doentes nunca devem receber directamente uma transfusão de sangue ou concentrado de glóbulos vermelhos.

Figura 3.5. Diagnóstico da anemia



3.3.3. Desnutrição aguda grave (DAG) com HIV ou tuberculose (TB)

O tratamento nutricional da criança com desnutrição aguda grave (DAG) com HIV não difere do tratamento nutricional da criança com DAG que é HIV-negativo. As crianças infectadas por HIV apresentam com mais frequência infecções associadas, e provavelmente a proporção de recuperação do ganho de peso pode ser menor do que nas crianças HIV-negativo.

O manejo da DAG em doentes infectados com HIV deve ter em consideração o seguinte:

- Elevada prevalência de TB: fazer sempre o diagnóstico de TB em doentes infectados por HIV. Os sinais são os mesmos que das crianças sem infecção por HIV. A infecção por TB torna-se mais comum somente quando há progressão da infecção por HIV, levando ao declínio da imunidade.
- Profilaxia com Cotrimoxazol: Cotrimoxazol deve ser dado a doentes com suspeita de HIV, e uma provisão indeterminada deve ser dada em situações onde o tratamento antiretroviral (TARV) não está ainda disponível
- TARV: onde é disponível, o TARV deve ser considerado para os doentes HIV-positivo com DAG. O TARV é potencialmente tóxico para as crianças com DAG e pode levar várias semanas ou meses a produzir um impacto na contagem das células CD4. Portanto, é mais seguro esperar até que haja melhoria do estado nutricional (pelo menos até ao fim dos cuidados no internamento) para se iniciar com o tratamento antiretroviral. O esquema mais apropriado para começar o tratamento antiretroviral para crianças com DAG e infecção pelo HIV, não foi ainda estabelecido e está actualmente a ser investigado.
- O aconselhamento e testagem do HIV deve ser oferecido à todos os pais e suas crianças com DAG. Isto tem implicações para o tratamento da DAG e pode permitir a identificação da infecção por HIV nos pais, incluindo o aconselhamento e tratamento dos mesmos.
- Aconselha-se a tratar a DAG em doentes infectados por HIV usando o protocolo padrão de tratamento da DAG, combinado com a profilaxia (Cotrimoxazol) e iniciar o tratamento antiretroviral (TARV) se for possível, somente depois que os doentes começam a mostrar uma recuperação do estado nutricional.

3.3.4. Outras complicações médicas

As crianças com DAG podem também sofrer de outras doenças. Nestas circunstâncias estas crianças devem ser tratadas de acordo com o protocolo padrão para a desnutrição aguda grave. As que não respondem ao tratamento necessitam de mais investigação sobre as causas subjacentes que as impedem de responder ao tratamento.

É importante ter sempre bastante atenção na prescrição de medicamentos para os doentes com DAG. Nestas situações, os seguintes cuidados são fortemente recomendados:

- Antes que as doses padrão de medicamento sejam dadas, deve-se tratar primeiro a desnutrição. Os medicamentos usados para o HIV e TB podem causar danos no fígado e pâncreas. Como estas doenças usualmente não causam morte imediata (excepto TB miliare e TB meningitis), o tratamento pode ser normalmente adiado por uma semana, de modo que o tratamento nutricional ajude o metabolismo do doente a voltar ao normal.
- Sempre que haja necessidade de se dar um medicamento particular no início do tratamento da desnutrição, é crítico assegurar que este seja inicialmente administrado em doses reduzidas.
- Deve-se evitar que muitos medicamentos sejam administrados em simultâneo, até que haja evidências suficientes que mostram a segurança deste procedimento. Neste caso, deve-se dar orientações sobre a dosagem apropriada para as crianças desnutridas, de acordo com o nível de desnutrição.

Os medicamentos comuns, como o Paracetamol, não funcionam bem no tratamento da maioria das crianças com DAG na fase de estabilização e podem causar sérios danos hepáticos.

3.3.5. Intolerância à lactose

A forma grave de intolerância ao leite por deficiência de lactase é rara quando as directrizes de tratamento da criança com desnutrição grave são seguidas. As preparações sem lactose não são necessárias para a maioria das crianças com desnutrição grave. Nesta condição, os níveis de enzimas intestinais estão reduzidos. Porém o intestino se recupera rapidamente, uma vez que a alimentação é iniciada e as deficiências de macro e micronutrientes começam a ser corrigidas. A diarreia raramente ocorre devida a intolerância parcial à lactose.

Na fase de reabilitação, fezes amolecidas e mal-formadas não são causas de preocupação, desde que a criança esteja em bom estado geral, hidratada e ganhe peso adequadamente.

O diagnóstico clínico da intolerância à lactose deve ocorrer somente se:

- Houver episódios de diarreia aquosa abundante após o consumo da refeição à base de leite (por exemplo F-75 ou F-100).
- A diarreia reduz ou melhora quando há redução ou suspensão da ingestão de leite e repete-se quando o leite é reintroduzido.

Outros sinais indicativos de intolerância à lactose:

- Fezes ácidas (pH < 5.0)
- Presença de substâncias reductoras nas fezes em níveis aumentados
- Distensão abdominal
- Vômitos

Tratamento da diarreia por intolerância à lactose

Quando a intolerância surge logo ao iniciar a alimentação da criança (na fase de estabilização):

- Mude a dieta para o preparado alimentar inicial com farinha de cereais (veja **Anexo 3.1**). Esta dieta com cereal contém 1,25g de lactose por 100ml e, portanto, é uma dieta com baixo teor de lactose que deve ser utilizada nesses casos.
- Se a criança não melhora, ou piora ao iniciar a alimentação com o preparado alimentar inicial com farinha de cereais, substitua este preparado por uma dieta livre de lactose.

- Caso opte-se pelas fórmulas industrializadas isentas de lactose, verificar se o conteúdo de eletrólitos/minerais atende às recomendações deste manual. Faça a adequação necessária.
- Se a criança melhora do estado geral e da diarreia, inicie a fase de recuperação com o preparado alimentar para recuperação nutricional para que a criança comece a ganhar peso.

No caso da criança só apresentar sinais de intolerância quando se substitui o preparado alimentar inicial (F75) pelo preparado alimentar para recuperação nutricional (F100), só trate para intolerância à lactose se a diarreia continuada estiver a impedir a melhora geral da criança e o seu ganho de peso, bem como levar ao risco de desidratação.

4.1. Introdução

Em Moçambique, existe ainda pouca experiência no tratamento da desnutrição aguda grave em ambulatório. De forma a estimular e encorajar o desenvolvimento deste tipo de intervenção, foi elaborada e incluída no presente Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, a abordagem do tratamento da desnutrição aguda grave em ambulatório, com o objectivo de expandir e padronizar em todo o País. Posteriormente, serão desenvolvidos materiais de formação específicos para os trabalhadores comunitários (Agentes Polivalentes Elementar - APEs e Activistas Comunitários de Saúde - ACSs).

Experiências de outros países têm mostrado que, através da abordagem em ambulatório, é possível obter resultados satisfatórios com reduzidos encargos sócio-económicos, contribuindo para a redução dos custos hospitalares de internamento, assim como do impacto psico-social de se cuidar de uma criança fora do seu ambiente familiar.

Até ao momento, o tratamento em ambulatório tem sido implementado através das Organizações Não Governamentais (ONGs) internacionais, em situações de emergência. Contudo, alguns governos de países como o Níger, Malí, Etiópia, Malawi, Quénia e Zâmbia já estão a adoptar e adaptar este modelo nos seus protocolos nacionais de tratamento da desnutrição aguda grave.

O Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA) oferece vantagens tanto para a família como para os serviços de saúde.

As vantagens para a família consistem: as mães e as crianças permanecem em casa, no seu ambiente familiar; evitam viagens longas e traumáticas para as crianças desnutridas e a separação da família; permite que as mães continuem a cuidar de outros filhos em casa e; reduz o risco de a criança contrair infecções na Unidade Sanitária (US).

As vantagens para os serviços de saúde consistem: permite atingir níveis de cobertura muito mais elevados na população alvo do que o Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI); apresenta elevada aderência e aceitação devido ao facto de que a triagem dos casos e a administração do Alimento Terapêutico Pronto para Usar (ATPU) são feitas na própria comunidade com um controlo e seguimento regulares nas Unidades Sanitárias. Além disso, a identificação da criança com desnutrição ainda na sua fase inicial, permite que ela seja tratada de maneira mais fácil e eficaz e, com menos gastos (recursos financeiros e materiais nos cuidados de saúde).

O tratamento em ambulatório é dirigido às crianças maiores de 6 meses com desnutrição aguda grave, sem edema, sem complicação médica e com apetite. Para garantir o sucesso deste tipo de intervenção, é essencial que os casos sejam detectados o mais cedo possível.

Os princípios de manejo e critérios de admissão para o tratamento em ambulatório e no internamento são quase idênticos. Quando a condição de uma criança no tratamento em ambulatório se deteriora ou se a criança desenvolve uma complicação, ela deve ser referida para o internamento para a sua estabilização, podendo depois retornar ao ambulatório, logo que a complicação médica estiver resolvida.

Para se realizar o tratamento da criança ou do adolescente com desnutrição aguda grave em ambulatório, a mãe ou o provedor de cuidados deve receber o ATPU para administrar à criança em casa, de acordo com a dosagem recomendada. O controlo e seguimento do tratamento em ambulatório pelos serviços de saúde nas Unidades Sanitárias deve ser efectuado numa base semanal, na Consulta da Criança em Risco (CCR) ou na Unidade de Reabilitação Nutricional (URN). Contudo, as sessões de seguimento podem ser realizadas em cada duas semanas em determinadas circunstâncias, tais como:

- O fraco acesso devido a longas distâncias entre as comunidades e a Unidade Sanitária, tornando difícil as visitas semanais por parte das mães ou acompanhantes;

- Um elevado número de casos que sobrecarrega os horários das Unidades Sanitárias;
- Número limitado de pessoal de saúde oferecendo cuidados nas Unidades Sanitárias. As sessões quinzenais podem permitir atendimento em grupos por semanas alternadas;
- Os factores sazonais ou eventos que envolvem as mães ou os cuidadores, como época de colheita ou de sementeira, podem impedir a participação semanal deles.

4.2. Participação comunitária na identificação das crianças desnutridas

Um programa de Tratamento da Desnutrição em Ambulatório deve ser bem integrado nos programas e redes comunitárias já existentes. A identificação precoce de casos através da triagem nutricional nas comunidades e nos Centros de Saúde é o ponto chave para prevenir e reduzir a mortalidade por desnutrição aguda grave.

O sucesso depende muito da existência de estruturas comunitárias fiáveis e bem estabelecidas (com o apoio necessário). Depende também da existência de condições razoáveis no ambiente em que as crianças ou adolescentes vivem (em casa), da existência de Activistas Comunitários de Saúde e outros voluntários que fazem visitas regulares ao domicílio e mantêm uma cooperação estreita com as US, de modo a que as crianças e adolescentes possam ser rapidamente admitidos se desenvolverem complicações ou tiverem falta de cuidados domiciliários adequados.

Deste modo, a comunidade deve ser envolvida com o objectivo de se assegurar a sua participação activa nas seguintes acções:

- Criação de uma rede de voluntários da comunidade – ACSs, APEs, mães modelo, etc, que deverão realizar as seguintes tarefas:
 - Triagem nutricional usando o perímetro braquial (PB), avaliação da presença de edema em crianças com mais de 6 meses de idade ou mais de 65 cm de comprimento ou altura, e referência para a Unidade Sanitária se necessário;
 - Visitas ao domicílio para o seguimento das crianças em tratamento, em particular as crianças que apresentam problemas;
 - Visitas à Unidade Sanitária juntamente com as crianças e suas mães para controlo e seguimento;
 - Identificação e referência das crianças com complicações ou crianças que abandonaram o tratamento ou faltaram às consultas de controlo na Unidade Sanitária;
 - Educação nutricional e sanitária nas comunidades;
 - Supervisão e coordenação do trabalho dos voluntários com o apoio do trabalhador de saúde, que normalmente vem da Brigada Integrada;
 - Mobilização social para a promoção do programa nas comunidades, usando vários canais de comunicação social e recursos disponíveis, para obter elevada cobertura e aderência
- Manter cooperação estreita com a US ou Unidade de Reabilitação Nutricional, de modo a que a criança ou adolescente possa ser rapidamente readmitido caso ocorra alguma complicação ou falha de cuidados domiciliários, e para referência dos casos que não podem ser tratados em ambulatório.

Nas zonas de difícil acesso e muito distantes da US, os serviços de saúde deverão utilizar os cuidados oferecidos pelas brigadas móveis, para fazerem o controlo mensal das crianças registradas no tratamento da desnutrição aguda grave em ambulatório. Normalmente, estas serão as zonas onde a comunidade não é capaz de alcançar facilmente uma US que oferece todos os componentes do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), isto é, o tratamento no internamento, tratamento em ambulatório e educação nutricional com demonstração culinária.

4.3. Categorias das crianças e adolescentes admitidos

As crianças e adolescentes admitidos para o tratamento em ambulatório, podem ser agrupados nas seguintes categorias:

Casos novos

São as crianças ou adolescentes com DAG sem complicações médicas, admitidos pela primeira vez no TDA. Estão também nesta categoria, as crianças ou adolescentes reincidentes, quer dizer, as crianças ou adolescentes que já foram tratados com sucesso, mas que retornaram ao hospital devido a *novo episódio* de desnutrição aguda.

Nota: As visitas de seguimento devem ser semanais. Em casos excepcionais (ex.: a U.S. fica a uma longa distância da casa do doente), as visitas de seguimento podem ser feitas de 15 em 15 dias.

Casos readmitidos

As crianças ou adolescentes:

- Referidos do internamento hospitalar após a Fase de Estabilização e a Fase de Transição, para continuar a Reabilitação do *mesmo episódio* de desnutrição em ambulatório;
- Transferidos do TDA de outro sector ou unidade sanitária: são as crianças ou adolescentes transferidos dos cuidados ambulatoriais de um outro local;
- Que abandonam o tratamento antes de o terminar¹ e retornam para serem tratadas pelo *mesmo episódio* de desnutrição

¹ **Casos de abandono** são aqueles que faltam em mais de 2 visitas consecutivas de controlo na US e, portanto, saem do programa sem terem terminado o tratamento. Se voltam para serem tratadas pelo *mesmo episódio* de desnutrição, devem ser readmitidas como “casos de abandono que retornam”.

4.4. Medicamentos de rotina

As crianças e adolescentes com DAG não mostram os sinais usuais de infecção, como por exemplo, febre e inflamação. Portanto, a medicação de rotina é fornecida no momento da admissão. O médico irá decidir se uma medicação adicional será necessária para condições clínicas aparentes.

As crianças e adolescentes provenientes do internamento ou dos cuidados ambulatoriais de um outro local, não devem receber de novo os medicamentos de rotina.

Deve-se conferir nas fichas de registo ou Cartão de Saúde da criança, os detalhes sobre a medicação já administrada e, eventualmente, continuar com o plano de medicação e ou suplementação, de acordo com este protocolo.

4.4.1. Tratamento antibiótico com Amoxicilina

Para crianças e adolescentes que são directamente encaminhados para o Tratamento em Ambulatório:

- Dar tratamento antibiótico oral durante o período de 7-10 dias para tomar em casa, na dosagem de 50-100 mg/kg de peso corporal/dia.
- Dar a primeira dose de antibiótico sob supervisão do trabalhador de saúde. Explicar à mãe ou ao provedor de cuidados como concluir o tratamento em casa.
- Se for necessário uma segunda linha de antibiótico, encaminhar a criança ou adolescente para o TDI.

Tabela 4.1. Tratamento antibiótico da primeira linha: Amoxicilina

Peso da criança ou adolescente	Xarope 125 mg/5 ml 7 dias	Xarope 250 mg/5 ml 7 dias	Comprimidos 250 mg 7 dias
< 10 kg	125 mg ou 5 ml 8 em 8 horas	125 mg ou 2,5 ml 8 em 8 horas	125 mg ou ½ comprimido 8 em 8 horas
10-30 kg	250 mg ou 10 ml 8 em 8 horas	250 mg ou 5 ml 8 em 8 horas	250 mg ou 1 comprimido 8 em 8 horas
> 30 kg	Dar comprimidos	Dar comprimidos	500 mg ou 2 comprimidos 8 em 8 horas

4.4.2. Tratamento da malária

Sistematicamente examinar todas as crianças independentemente da sua temperatura corporal. Se possuir sinais clínicos que indiquem um quadro de malária, deve-se realizar o teste rápido da malária e só depois, se o teste der positivo, iniciar o tratamento sistemático da malária de acordo com as normas nacionais. Onde for possível realizar o teste de gota espessa, deve-se tratar os casos positivos de acordo com as directrizes nacionais. Repetir o teste no caso de teste inicial negativo, e suspeita de malária. Recomendar o uso de redes mosquiteiras impregnadas e a aplicação de medidas para melhorar o saneamento do meio (manuseamento das águas estagnadas, etc), tanto nas Unidades Sanitárias, nos domicílios e em locais públicos.

Nota: Todos pacientes com malária grave e DAG devem ser tratados em internamento.

4.4.3. Vacinas

Vacinas

Verificar o calendário de vacinação e dar as vacinas em falta. Para crianças a partir dos 9 meses, se a criança não tiver sido vacinada contra o sarampo:

- Deve-se dar a vacina contra o sarampo na 4^a semana de tratamento ou no momento de dar alta.
- Para crianças que já foram vacinadas (1^a dose), não se deve dar a vacina contra o sarampo.
- No caso de uma epidemia de sarampo na área, deve-se dar a vacina contra o sarampo no momento da admissão para o TDA e repetir a vacina no momento de dar alta.

4.4.4. Desparasitante

- Dar uma dose única de Albendazol ou Mebendazol na segunda semana de tratamento.
- Não dar desparasitante às crianças com menos de 1 ano de idade.

Tabela 4.2. Dosagem única de medicamento anti-helmíntico

Idade/peso da criança ou adolescente	Albendazol Comprimido (400 mg)	Mebendazol Comprimido (500 mg)	Mebendazol Comprimido (100 mg)
< 1 ano	NÃO	NÃO	NÃO
< 10 kg	½ comprimido	½ comprimido	2½ comprimidos – dose única
≥ 10 kg	1 comprimido	1 comprimido	5 comprimidos – dose única

4.4.5. Vitamina A

É necessário encaminhar qualquer criança ou adolescente com sinais de deficiência de vitamina A para o TDI, uma vez que a condição dos olhos pode se deteriorar muito rapidamente e o risco de cegueira é maior.

Crianças sem manifestações clínicas oculares

Na composição do ATPU, já existe uma quantidade adequada de vitamina A, para resolver uma deficiência leve de vitamina A e para compensar as reservas esgotadas do fígado durante o tratamento.

- Devido a sua toxicidade e pelo facto de que quantidades consideráveis de vitamina A já estarem disponíveis no ATPU, a vitamina A é administrada apenas na quarta semana de tratamento ou no momento da alta.
- A vitamina A não é recomendada para crianças com menos de 6 meses.
- As crianças devem ser suplementadas com vitamina A de 6 em 6 meses a partir dos 6 meses.
- A vitamina A nunca deverá ser administrada, se a criança recebeu uma dose nos últimos 4 meses.
- É importante ter conhecimento sobre a programação da Semana Nacional de Saúde da Criança ou das Campanhas Nacionais de Vacinação e conferir se a criança participou nessas intervenções a fim de evitar a duplicação da suplementação com vitamina A.

Tabela 4.3. Tratamento Sistemático com vitamina A

Peso	Dose de vitamina A - cápsula de 200 000 IU	
<6 kg	50 000 IU	¼ cápsula (2 gotas)
6 – 8 kg	100 000 IU	½ cápsula (4 gotas)
≥ 8 kg	200 000 IU	1 cápsula

Ferro e ácido fólico

- Para crianças e adolescentes em Tratamento em Ambulatório - ferro e ácido fólico NÃO devem ser dados. Pois o ATPU tem estes nutrientes em quantidades suficientes..
- Quando a anemia é identificada de acordo com as normas de AIDNI, as crianças são encaminhadas para o tratamento no internamento (hospitalar) e o tratamento é dado em conformidade com o protocolo de tratamento de AIDNI.
- Nunca dar ferro e ácido fólico juntamente com um tratamento de malária.

Profilaxia com Cotrimoxazol para crianças expostas ao HIV

As crianças infectadas pelo HIV e as crianças filhas de mãe seropositiva que ainda têm um estado serológico desconhecido, devem tomar cotrimoxazol profilático, de acordo com as Normas de Atenção à Criança Sadia e à Criança em Risco.

4.5. Tratamento nutricional

Durante o TDA, as crianças recebem o ATPU em quantidades parciais para levar para casa. O abastecimento semanal de ATPU é fornecido em função do peso corporal da criança (veja **Tabela 4.1**):

- Para crianças dos 5-59 meses: a quantidade de ATPU a ser oferecida é baseada numa dosagem de 200 kcal/kg de peso corporal/dia.
- Para crianças dos 5-10 anos: a quantidade de ATPU a ser oferecida é baseada numa dosagem de 75 - 100 kcal/kg de peso corporal/dia.
- Para adolescentes dos 11-15 anos: a quantidade de ATPU a ser oferecida é baseada numa dosagem de 60 - 90 kcal/kg de peso corporal/dia.

Nota: Se o ATPU não estiver disponível, para tratamento em ambulatório, todos doentes com DAG com e sem complicações devem continuar o tratamento no hospital com leite terapêutico F100. Crianças entre os 6-59 meses devem ter prioridade em receber ATPU, se não estiverem disponíveis quantidades suficientes de ATPU para crianças dos 6 meses aos 15 anos; as crianças mais velhas devem permanecer no internamento e serem tratadas com o leite terapêutico F100.

Cada criança recebe um cartão de ATPU (cor de rosa) onde fica registada toda a informação sobre antropometria e dieta de ATPU.

O tratamento nutricional é administrado em casa e as crianças devem frequentar as sessões de atendimento ambulatorio uma vez por semana para que o trabalhador de saúde possa monitorar o seu estado nutricional e de saúde, e repôr as quantidades necessárias de ATPU.

A **Tabela 4.1** em baixo ajuda a seleccionar a quantidade correcta de ATPU para dar às crianças e adolescentes, dependendo do seu peso. Veja no **Anexo 3.2** a descrição dos productos utilizados no tratamento da desnutrição aguda (incluindo ATPU).

Os protocolos nutricionais que utilizam ATPU, tanto no ambulatorio como no internamento, recomendam o seu uso a partir dos 6 meses de idade. Contudo, os protocolos estabelecem que todas as crianças com peso igual ou inferior a 4,0 kg serão tratadas em internamento (veja **Capítulo 5**).

Tabela 4.1. Quantidade de ATPU (saquetas) durante a fase de reabilitação



Peso (kg)	Total saquetas de ATPU para 24 horas	Total saquetas de ATPU para 7 dias	Total saquetas de ATPU para 14 dias
4,0 – 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 – 11,4	4,5	31,5	63
≥11,5	5	35	70

Mensagens-chave para o Tratamento em Ambulatório

1. Mostrar ao provedor de cuidados como abrir o pacote de ATPU e como administrá-lo à criança.
2. Explicar que as crianças desnutridas muitas vezes não gostam de comer, por isso deve incentivar a criança a comer pequenas refeições regulares de ATPU (até 8 vezes por dia nos primeiros 7 dias do tratamento, e pelo menos 6 vezes por dia depois deste período). Explicar a cada mãe ou provedor de cuidados quantos pacotes deve consumir a sua criança por dia (por ex^o: seu filho deve consumir ____ pacotes de ATPU por dia).
3. Informar sempre que o ATPU é um medicamento para o tratamento da DAG, e que é vital para a recuperação da criança.
4. Se a mãe ainda estiver a amamentar a criança, aconselhá-la a dar o peito antes de administrar cada dose de ATPU. Durante as primeiras semanas de tratamento, aconselhar a mãe a não dar outro tipo de comida para além do leite materno e do ATPU.
5. A mãe ou o provedor de cuidados deve entender que a criança deve terminar cada uma das suas doses diárias de ATPU antes de lhe dar outro tipo de comida. Após as 2 primeiras semanas de tratamento, a criança deve comer também pelo menos uma papa enriquecida por dia.
6. Para crianças maiores de 59 meses, a medida que o apetite for voltando deve-se incentivá-los a comer as refeições da família, e o ATPU deve ser utilizado para complementar as necessidades de energia, vitaminas e minerais.
7. Explicar também que a criança tem que beber água potável (fervida ou tratada) enquanto come o ATPU, para manter um bom estado de hidratação. É muito importante realçar que se a criança beber água imprópria, ela pode ter diarreia.
8. Usar sabão para lavar as mãos da criança e o rosto antes de a amamentar. Mantenha os alimentos limpos e cobertos.
9. As crianças desnutridas ficam com frio rapidamente. Por isso, é importante manter sempre a criança coberta e aquecida.
10. Continuar a alimentar as crianças com diarreia e dar comida e água extra.
11. Orientar a mãe ou o provedor de cuidados, para levar a criança imediatamente à Unidade Sanitária sempre que a sua condição agravar-se ou se ela não estiver a comer suficientemente.
12. Quando a criança atingir o P/E ou IMC/Idade \geq -1 DP, orientar a mãe a dar primeiro a comida da família e depois dar o ATPU.

Nota: Pedir à mãe ou ao provedor de cuidados para repetir as mensagens transmitidas, para verificar se entendeu correctamente.

Sempre que possível, em colaboração com o PMA e suas ONGs parceiras, verificar a possibilidade de se atribuir ao mesmo tempo, uma cesta alimentar básica às famílias em situação de insegurança alimentar, para garantir que a dieta terapêutica seja dada somente a uma criança ou adolescente desnutrido.

4.6. Monitoria individual durante as consultas de seguimento na Unidade Sanitária

O progresso da criança durante o tratamento em ambulatório deve ser monitorado semanalmente. Nos casos em que o acesso ao Centro de Saúde é difícil, as visitas podem ser feitas em cada duas semanas.

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados e registados a cada visita:

- Antropometria
 - PB
 - Peso
 - Estatura (comprimento ou altura)
- Exame físico
 - Presença de edema bilateral
 - Ganho de peso: Crianças e adolescentes que não apresentam ganho de peso ou tem perda de peso, merecem atenção especial durante o exame médico.
 - Temperatura corporal
 - Os seguintes sinais clínicos devem ser avaliados: fezes, vômitos, desidratação, tosse, respiração, tamanho do fígado, olhos, ouvidos, condição da pele e lesões peri-anais
 - Teste do apetite
 - Episódio de doença desde a última visita
 - Medidas antropométricas tomadas

Em cada visita de seguimento, o cuidador deve ser informado dos progressos da criança ou adolescente e, individualmente e/ou em grupo, deve ser fornecido aconselhamento (mensagens padronizadas) em saúde e educação. Deve-se dar especial atenção à introdução gradual de alimentos complementares (qualidade) para preparar a criança para o desmame gradual do ATPU.

Crianças com DAG tratadas em ambulatório que desenvolvem complicações médicas, não aumentam de peso, ou que não estão a responder devidamente ao tratamento, devem ser encaminhadas para o tratamento no internamento.

As seguintes complicações médicas e deterioração do estado nutricional requerem referência para o tratamento no internamento ou uma investigação médica:

- Falta de apetite (falhou o teste do apetite)
- Outros sinais de perigo de acordo com AIDNI: vômito intratável, convulsões, letargia/não alerta, inconsciência
- Deterioração geral
- Edema bilateral recente ou o seu agravamento
- Perda de peso em 2 visitas consecutivas
- Peso estático (não ganhou peso algum) durante 2 visitas consecutivas
- A hipoglicemia, desidratação, febre elevada, hipotermia, elevada frequência respiratória ou respiração dificultada, anemia, lesão de pele, infecção superficial, ou nenhuma resposta a qualquer outro tratamento

Se a criança é referida para o TDI ou para cuidados especializados, é necessário preencher a ficha de referência para internamento / ambulatório / outro sector, que se encontra no **Anexo 9.7**.

Na ausência ou morte súbita da mãe ou do provedor de cuidados, o novo provedor de cuidados poderá solicitar a ajuda dos serviços hospitalares ou mesmo o internamento da criança. Este apoio deve ser concedido a qualquer momento.

Para casos particulares deverão realizar-se também visitas ao domicílio (pelos ACSs, APEs, etc.) para se poder detectar possíveis problemas no próprio ambiente familiar, os quais podem afectar a recuperação da criança, mesmo que não seja necessário fazê-lo de forma rotineira. Em geral, sempre que tenha havido perda de peso, ou peso estacionário durante 2 visitas consecutivas ao Centro de Saúde, ou uma deterioração leve do estado clínico ou quando a família recusou a referência da criança ou adolescente para o internamento, é necessário realizar visitas ao domicílio. As visitas domiciliárias para crianças com DAG são essenciais nos seguintes casos:

- Ausentes ou faltosos
- Peso estático, perda de peso, ou deterioração da condição clínica
- Devolvidos do internamento ou quando a mãe ou o provedor de cuidados recusou o atendimento no internamento (hospitalar)

4.7. Visitas domiciliárias

O activista comunitário de saúde deve ser capaz de identificar situações que precisam de visita domiciliar, falando com a mãe ou o provedor de cuidados. Contudo, é importante estabelecer também um bom sistema de comunicação entre os trabalhadores de saúde e os agentes comunitários.

Todas as crianças e adolescentes que não cumprirem o plano de consultas devem ser seguidos através de uma visita às suas casas para se determinar a situação das crianças e adolescentes e a razão das faltas. Qualquer ausência ou falta a uma visita ao Centro de Saúde, deve ser comunicada e seguida pelos activistas comunitários de saúde (ou APEs). É essencial conhecer as razões das ausências para impedir que voltem a acontecer. Deve-se sempre estimular os ausentes a voltarem às visitas, buscando soluções conjuntas (trabalhadores de saúde, ACSs e família) para os problemas que motivaram as faltas.

4.8. Falta de resposta ao TDA

Quando as orientações para o manejo da desnutrição aguda grave, contidas no presente manual, são seguidas, as crianças e adolescentes com desnutrição aguda grave sem complicações médicas e sem edema deverão começar a ganhar peso a partir da primeira semana no programa.

Quando a criança perde peso nas visitas de seguimento ou quando o peso é estacionário, devem tomar-se medidas para investigar as causas.

A primeira recomendação é visitar o domicílio após a primeira visita e avaliar a situação familiar, incluindo o seguinte: verificar se a dieta de ATPU é partilhada com os outros membros da família, se os alimentos estão disponíveis ou acessíveis e problemas relacionados com os cuidados da criança. Uma visita deste tipo por parte dos agentes comunitários permitirá informar aos técnicos de saúde sobre as situações que podem ser corrigidas e as decisões a tomar sobre a continuação do tratamento.

Da mesma forma, a perda de peso durante 2 visitas consecutivas ou o peso estacionário em 2 visitas consecutivas são condições que exigem a referência da criança ou adolescente para uma unidade hospitalar a fim de se realizarem exames médicos mais detalhados que permitam determinar as causas de insucesso.

Se a criança é referida para o TDI ou para cuidados especializados, é necessário preencher a ficha de referência para internamento / ambulatório / outro sector, que se encontra no **Anexo 9.7**.

Quadro 4.1. Causas frequentes de falta de resposta ao TDA

Problemas relacionados com a qualidade de tratamento:

- Avaliação inadequada da condição de saúde da criança ou falha de identificação de complicação médica
- Avaliação inadequada do teste do apetite
- Não cumprimento do protocolo de ATPU
- Não cumprimento do protocolo de medicação de rotina
- Orientação inadequada dada para a assistência domiciliar

Problemas relacionados com o ambiente da casa:

- Frequência insuficiente de visitas de controlo e para recepção de ATPU
- Consumo inadequado ou partilha de ATPU no agregado familiar
- Não cumprimento da medicação

4.9. Critérios para Alta

As crianças tratadas em ambulatório, podem receber alta quando apresentam os critérios seguintes:

- P/E \geq -1 DP ou IMC/Idade \geq -1 DP em 2 pesagens sucessivas **E**
- Bom apetite **E**
- Podem comer a comida da família

Crianças e adolescentes que recebem alta, mas não atingem os critérios de alta (não melhoradas) são aquelas que:

- Morrem durante o tratamento
- Não cumprem o tratamento ou ausentam-se durante 2 dias
- Não recuperam totalmente após 4 meses de tratamento e, não tendo sido identificada nenhuma causa aparente para a falta de resposta em resultado de uma investigação, são dispensadas do programa

Recomenda-se que no momento da alta, as seguintes condições sejam consideradas:

- Problemas de saúde resolvidos e sessões de educação nutricional concluídos
- Processo apropriado de desmame de ATPU alcançado
- Programa de imunização actualizado
- Estabelecida uma ligação da mãe ou do provedor de cuidados com possíveis iniciativas de apoio comunitárias (como por exemplo, apoio alimentar ou educação nutricional e demonstrações culinárias)

Os seguintes cuidados devem ser assegurados antes de se dar alta à criança:

- Informar à mãe ou ao provedor de cuidados sobre o resultado final do tratamento
- Aconselhar à mãe ou ao provedor de cuidados sobre a importância de dar à criança uma alimentação complementar adequada e de manter práticas de higiene individual e dos alimentos nos cuidados da criança
- Certificar-se que a mãe ou o provedor de cuidados compreende a importância do acompanhamento médico na prevenção de recaídas e da participação nos programas de suplementação alimentar e educação nutricional com demonstração prática
- Anotar no cartão de tratamento ou de saúde o estado nutricional da criança
- Orientar a mãe ou o provedor de cuidados para levar a criança imediatamente para uma Unidade Sanitária mais próxima se ela se recusar a comer ou apresentar algum dos seguintes sinais e sintomas:
 - Febre elevada
 - Fezes aquosas ou com sangue
 - Diarreia com duração superior a 4 dias
 - Dificuldade em respirar ou respiração rápida
 - Vômitos
 - Não alerta, muito fraca, inconsciente
 - Convulsões
 - Edema bilateral
- Dar a última ração de ATPU (correspondente a uma semana de tratamento)

Capítulo 5: Protocolo para crianças menores de 6 meses (ou menos de 4 kg) com Desnutrição Aguda Grave

As crianças menores de 6 meses de idade ou com um peso inferior a 4 kg sofrendo de DAG, devem ser tratadas de acordo com as recomendações do MISAU para a alimentação de lactentes e crianças pequenas. O apoio à amamentação é uma componente integral dos cuidados terapêuticos para crianças com desnutrição aguda grave. Esse apoio inclui a protecção e o apoio ao início do aleitamento materno na primeira hora após o parto e ao aleitamento materno exclusivo (até aos 6 meses) e continuado.

As crianças menores de 6 meses, com DAG, sempre precisam de tratamento no internamento. Estas crianças não podem consumir o ATPU porque ainda não têm o reflexo da deglutição.

No internamento, as crianças menores de 6 meses devem ser alimentadas num espaço separado das crianças desnutridas maiores de 6 meses. O objectivo do tratamento das crianças com DAG em aleitamento materno é estimular a amamentação e suplementar a criança com leite terapêutico até que o leite do peito seja suficiente, de modo a permitir um crescimento adequado.

As crianças menores de 6 meses de idade com DAG, que não são amamentadas estão particularmente em risco, e precisam de protecção e apoio para reduzir os riscos da alimentação artificial. Para essas crianças e suas mães (ou cuidadores), o potencial para restaurar ou estabelecer a amamentação deve sempre ser explorado ao máximo.

Os problemas relacionados com a alimentação que causam a DAG nas crianças incluem, entre outros factores:

- Sem aleitamento materno
- Amamentação parcial
- Introdução precoce de alimentos artificiais, que muitas vezes são inadequados e inseguros
- Mãe falecida ou ausente
- Mãe desnutrida, traumatizada, doente, e/ou incapaz de responder normalmente às necessidades de seus filhos
- Deficiência que afecta a capacidade do bebé para mamar ou engolir, e/ou um problema de desenvolvimento que afecta a alimentação infantil

Nesta secção são fornecidas orientações sobre o tratamento de duas categorias de crianças menores de 6 meses de idade:

1. Crianças menores de 6 meses de idade, com DAG (ou provedora de cuidados) em aleitamento materno (**Secção 5.1**)
2. Crianças menores de 6 meses de idade, com DAG, sem aleitamento materno (**Secção 5.2**)

Nota: Crianças acima de 6 meses de idade com um peso corporal abaixo de 4 kg, enquadram-se nesta categoria para o protocolo de tratamento.

Nos casos de suspeita de infecção pelo HIV, perguntar se a mãe já participou num programa de Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) e se conhece o seu estado serológico em relação ao HIV. Se a resposta for negativa, oferecer à mãe Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS). Todas as mulheres HIV-positivo deverão ser referidas para a consulta de Doenças Crónicas para o teste de CD4 e receber orientação adequada.

5.1. Crianças menores de 6 meses de idade, com desnutrição aguda grave, com aleitamento materno

5.1.1. Critérios de admissão

As crianças menores de 6 meses de vida (ou os bebés com peso inferior a 4 kg) que são amamentadas e apresentam os sinais a seguir indicados, devem ser tratadas no internamento:

- Edema bilateral
- Emagrecimento acentuado
- Risco elevado de desenvolver DAG devido a uma alimentação inadequada

Nota: As situações que indicam um alto risco de DAG para menores de 6 meses de vida (ou bebés com peso inferior a 4 kg) que são amamentados incluem:

- A criança está demasiado debilitada para mamar eficientemente
- A criança não está a ganhar peso
- A mãe tem pouco leite
- Lactante ou ama de leite desnutrida
- Mãe que dá de mamar ausente

5.1.2. Medicamentos de rotina e suplementos

Antibióticos

- Nenhum tratamento antibiótico é fornecido a menos que haja sinais de infecção.
- Se houver qualquer sinal de infecção:
 - Para crianças com um mínimo de 2kg, dar Amoxicilina 20 mg/kg peso corporal, 3 vezes por dia (60 mg/dia) e Gentamicina (7,5 mg/kg peso corporal/dia IM ou EV por 7 dias).

Nota: NÃO USAR Cloranfenicol em lactentes com menos de 2 meses, em lactentes de 2-6 meses deve ser usado com cautela.

Ácido fólico

Dar 1 comprimido de 2,5 mg, esmagado numa dose única.

Sulfato ferroso

O leite terapêutico F100 foi enriquecido com sulfato ferroso. Dar F100-diluído (F100-diluído com 1/3 de água), porque é mais fácil e mais seguro do que o cálculo e a adição de sulfato ferroso para pequenas quantidades de alimentos (veja preparação dos leites terapêuticos na **Secção 5.1.3.**).

5.1.3. Tratamento nutricional

O principal objectivo no tratamento da DAG em crianças menores de 6 meses de idade, no internamento é restabelecer a amamentação exclusiva. Portanto, torna-se necessário estimular e apoiar o aleitamento materno e complementar a amamentação da criança com leite terapêutico, estimulando simultaneamente a produção de leite materno.

Deste modo, recomenda-se o seguinte:

- Amamentar a criança ao peito de 3 em 3 horas durante pelo menos 20 minutos, ou mais frequentemente se a criança chora ou aparenta querer mais.
- Entre as mamadas, dar leite terapêutico complementar.
- Dar F100-diluído às crianças sem edema bilateral (marasmo). O F100-diluído tem uma menor osmolaridade que o F75, sendo mais adequado para organismos imaturos, e a diluição permite oferecer mais água à criança sem alterar a quantidade de energia do leite terapêutico, ou seja, confere uma melhor razão de carboidratos-gorduras.
- Dar F75 às crianças com edema bilateral (kwashiorkor) e mudar para F100-diluído quando o edema desaparecer. Nos casos de Kwashiorkor, há um acúmulo anormal de fluídos nos tecidos

(edema) devido à baixa ingestão de proteínas. Isto causa redução da pressão osmótica do plasma e, conseqüentemente, o fluxo de fluidos de dentro dos capilares sanguíneos para o espaço intersticial. A baixa osmolaridade do F100-diluído em relação ao F75 faz dele inapropriado nos casos de edema pois, quanto maior a osmolaridade, maior a pressão osmótica, e portanto, menor a retenção de fluidos. Portanto, nestes casos dá-se F75 até que o edema desapareça.

Quantidades de F100-diluído

- Dar F100-diluído em 130 ml/kg/dia (100 kcal/kg peso corporal/dia), dividido em 8 refeições por dia.
- Na **Tabela 5.1** estão indicadas as quantidades de F100-diluído para alimentar os bebês usando a técnica de Sucção Suplementar (SS).
- Se a criança perder peso durante 3 dias consecutivos, aparentar estar esfomeada mas, no entanto, estiver a tomar todo o seu F100-diluído, acrescentar 5 ml a cada refeição.
- Quantidades de manutenção de F100-Diluído são dadas através da Técnica de Sucção Suplementar. Se o volume de F100-Diluído ingerido resultar em perda de peso, indica que ou o volume para manutenção é superior ao calculado ou há um problema significativo de má-absorção.
- Se a criança crescer regularmente com a mesma quantidade de leite, significa que a quantidade do leite do peito está a aumentar. Assim, o suplemento não é aumentado durante a estadia no centro de saúde.
- Se, depois de alguns dias a criança não acabar toda a alimentação suplementar (F100-diluído), mas continuar a ganhar peso, significa que o leite do peito está a aumentar e que a criança recebe o suficiente.
- Pesar a criança diariamente numa balança graduada a 10 g (ou 20 g).

Tabela 5.1. Quantidade para manutenção de F100-diluído ou de F75 para crianças amamentadas

Peso da criança (kg)	F100-Diluído ou F75 em caso de edema (ml/refeição se 12 refeições/dia)	F100-Diluído ou F75 em caso de edema (ml/refeição se 8 refeições/dia)
≤ 1,2	20	25
1,3 – 1,5	25	30
1,6 – 1,7	30	35
1,8 – 2,1	30	40
2,2 – 2,4	35	45
2,5 – 2,7	40	50
2,8 – 2,9	40	55
3,0 – 3,4	45	60
3,5 – 3,9	50	65
4,0 – 4,4	50	70

Nota: O F100-diluído deve ser administrado às crianças com emagrecimento grave (marasmo) na Fase de Estabilização (Fase1). O F75 deve ser administrado às crianças com edema bilateral (kwashiorkor) até que o edema tenha desaparecido, na Fase de Estabilização (Fase1).

Quando a criança estiver a ganhar peso a uma taxa de 20 g por dia (Ganho de peso absoluto)

- Gradualmente reduzir a quantidade de F100-diluído para um terço ($\frac{1}{3}$), para permitir que o bebê receba mais leite materno.
- Se o aumento de peso é mantido (20 g por dia) por 2-3 dias, depois de ter diminuído gradualmente o F100-diluído), parar completamente com a alimentação suplementar de F100-diluído.

- Se o ganho de peso não é estável, deve-se aumentar a quantidade de F100-diluído em 75% da quantidade de manutenção oferecida durante dois a três dias. Se o ganho de peso ficar estável, voltar a reduzir a quantidade de F100-diluído oferecida.

Quando uma criança estiver a ganhar peso a uma taxa de 20 g por dia apenas com o aleitamento materno exclusivo, a criança está pronta para alta

- Se a mãe ou o provedor de cuidados estiver de acordo, é aconselhável manter a criança no centro de saúde por um período de 3-5 dias, amamentando-a apenas com leite materno para se certificar que ela continua a ganhar peso. Se a mãe ou o provedor de cuidados pretender ir para casa logo que o bebé estiver a tomar o leite materno com maior demanda, então eles devem receber alta.
- Quando estiver certo de que a criança está a aumentar de peso apenas com o leite do peito, ela deve ter alta, independentemente do seu peso actual ou peso para comprimento.

Preparação do leite terapêutico F100-diluído

Dissolver um pacote de 114g de F100 em 0,675 litros de água (em vez de 0,5 litros, na diluição normal) para obter F100-diluído.

Nota: Estas são as instruções de preparação usando os novos pacotes de F100, que são menores (114 g) que os que vinham sendo utilizados (456 g).

Caso esteja a usar os pacotes antigos, por favor refira ao anexo 3.3 para as instruções de preparação do F100-diluído.

Procedimentos para alimentação

- Assegurar uma boa amamentação através da “boa pega” e sucção efectiva do leite materno.
- Evitar distrações e deixar o bebé sugar o peito na sua velocidade própria.
- Fortalecer a confiança da mãe para estimular o fluxo de leite.
- Incentivar sessões de amamentação mais frequentes e longas para aumentar a produção de leite e evitar interferências que possam atrapalhar a amamentação.
- Utilizar a técnica de Sucção Suplementar (SS) para fornecer quantidades suplementares de F100-diluído.
- Apenas alimentar com sonda naso-gástrica (SNG) quando a criança não toma leite suficiente pela boca.
- A SNG deve ser usada apenas na fase de estabilização e o período de uso não deve ultrapassar 3 dias

Técnica de Sucção Suplementar (SS)

Utilizar a técnica de SS para o restabelecimento ou o início da amamentação, e também para fornecimento de quantidades suplementares de F100-diluído para crianças com desnutrição aguda grave. Esta técnica consiste em o bebé sugar o seio, recebendo igualmente F100-diluído de um copo através de um tubo fino que fica ligado ao mamilo.

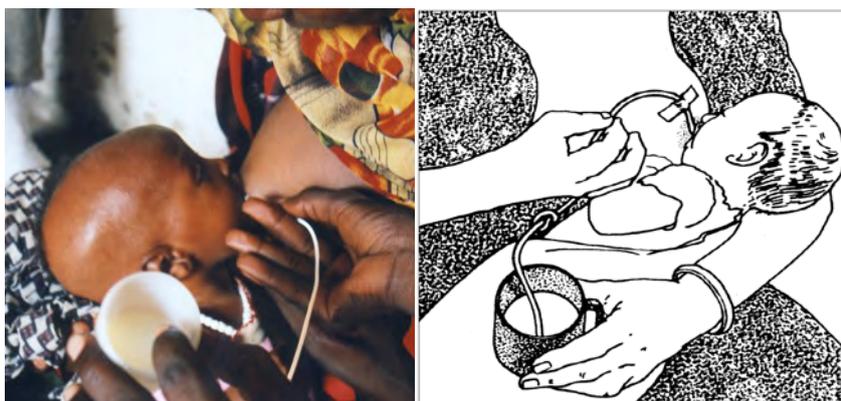
- O suplemento (F100-diluído) é dado usando uma sonda naso-gástrica com o mesmo tamanho que a SNG n°8.
- O F100-diluído é colocado numa chávena ou copo que a mãe ou o auxiliar segura.
- Uma extremidade da sonda é colocada dentro da chávena.
- Outra extremidade da sonda é colocada sobre a mama até ao mamilo. A criança é colocada normalmente ao peito, de modo que a pega seja correcta, juntamente com a ponta da sonda.
- Quando o bebé mama com a sonda na sua boca, ao mesmo tempo ele suga o leite da chávena através da sonda e o ingere.

Primeiro, deve-se colocar a chávena a cerca de 5 a 10 cm abaixo do nível do mamilo de modo a que o leite não corra muito rápido e aflija a criança. Quando a criança estiver mais forte, a chávena deve ser baixada progressivamente para cerca de 30 cm abaixo do mamilo.

Recomendações para Sucção Suplementar:

- A mãe segura a sonda no peito com uma mão e usa a outra para segurar a chávina. Algumas mães acham mais conveniente se a sonda for fixada no lugar com uma fita adesiva, mas isto não é normalmente necessário.
- Pode levar um ou dois dias para que a criança se habitue à sonda mas, é importante insistir.
- De preferência, a melhor pessoa para mostrar à mãe a técnica de sucção suplementar, é uma outra mãe que está usando a técnica com sucesso. Após uma das mães usar a técnica de SS com sucesso, as outras mães acham-na muito fácil de copiar.
- A mãe deve estar relaxada. Instruções excessivas ou rigorosas sobre o correcto posicionamento, muitas vezes inibem as mães e fazem-na pensar que a técnica é mais difícil do que parece. Qualquer uma das posições que a mãe achar confortável e que faça a técnica funcionar é satisfatória.

Figura 5.1. Técnica de Sucção Suplementar



Limpeza da sonda naso-gástrica após a sucção suplementar

Após a mamada, a sonda naso-gástrica deve ser limpa através da passagem de um fluxo de água potável (fervida ou tratada) usando uma seringa. Em seguida, sacode-se rapidamente a sonda em movimentos circulares para remover a água remanescente no lúmen do tubo. Se for conveniente, depois coloca-se o tubo à exposição solar directa.

Monitoria

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados diariamente e registados no multicartão:

- Peso
- Grau de edema bilateral (0 a +++)
- Temperatura corporal, duas vezes por dia
- Sinais clínicos: vômitos, fezes, desidratação, tosse, respiração, tamanho do fígado
- Perímetro braquial (PB) a cada 7 dias
- Comprimento (ou altura) tomado depois de 21 dias (quando uma nova folha do multicartão é usada)
- Qualquer outro registo: por exemplo, ausente, recusa a alimentação, alimentação por SNG ou por infusão EV ou transfusão

Assim que o bebé atingir 6 meses de idade e pesar mais de 4 kg, a criança passa para os critérios do grupo etário de 6-59 meses. Se a criança ainda tiver DAG (cumprindo os critérios de admissão), introduzir ATPU e referir para o tratamento ambulatorio.

Critérios de alta

As crianças amamentadas com menos de 6 meses (ou menos de 4 kg) podem ter alta quando:

- Fica claro que estão a aumentar de peso apenas com o leite materno, depois da técnica de Sucção Suplementar ter sido usada: mínimo de 20 g de peso ganho por dia apenas com o leite materno durante 5 dias

- Não há edema bilateral durante 2 semanas
- Estão clinicamente bem e alertas e não têm nenhum outro problema médico

Nota: Após a alta, verificar se a mãe foi devidamente aconselhada e se recebeu as quantidades necessárias de suplementos de micronutrientes para o uso em casa.

Seguimento após alta

O seguimento das crianças menores de 6 meses, com DAG, é muito importante. Também é importante monitorar o desenvolvimento da criança, apoiar o aleitamento materno e a introdução de alimentos complementares na idade apropriada (aos 6 meses). Após a alta, estas crianças devem ser referidas para a Consulta da Criança em Risco (CCR). Nesta consulta, nos primeiros 2 meses após a alta, elas devem ser avaliadas de 15 em 15 dias. A partir do 3º mês, podem ser acompanhadas mensalmente até ao 6º mês após a alta. Na CCR, as mães devem receber educação nutricional e sanitária com demonstrações práticas

As crianças menores de 6 meses de mães seropositivas e que já tiveram alta do tratamento da desnutrição aguda grave, devem ser seguidas num dos seguintes serviços:

1. Consulta da Criança em Risco (CCR), se o contexto se aplica
2. Consulta de Doenças Crónicas

É necessário assegurar e manter uma estreita ligação com a comunidade através dos Activistas de Cuidados Domiciliários das Consultas de Doenças Crónicas. No caso de estes não existirem, a ligação poderá ser mantida através das “Mães Modelo” que apoiarão na realização das actividades de educação nutricional e demonstrações práticas com o envolvimento das mães.

5.1.4. Suporte para mães

Suporte psicológico deve ser oferecido às mães lactantes, especialmente em situações muito stressantes. O foco deve ser direccionado à criação de condições que irão facilitar e aumentar a amamentação, como o estabelecimento de “cantos seguros de amamentação” para as mães e bebés, aconselhamento individual e apoio entre mães. Mulheres traumatizadas e deprimidas podem ter dificuldade em amamentar seus filhos e precisam de apoio emocional e mental para estimular a amamentação. Também é importante avaliar o estado nutricional da mãe através da medição do perímetro braquial (PB) e verificar a presença de edema bilateral.

É importante explicar a mãe o objectivo do tratamento da sua criança e o que se espera dela, não fazer a mãe sentir-se culpada pelo estado do seu filho nem culpá-la por dar outros alimentos. Sempre alertá-la sobre o risco de gravidez durante o período de amenorréia provocado pela amamentação.

Nutrição e suplementação adequadas para mães lactantes

Uma mulher que amamenta deve consumir pelo menos 2.500 kcal/dia. Este valor inclui cerca de 450 kcal de energia extra por dia devido a lactação. Estas necessidades devem ser cobertas através do consumo de uma alimentação equilibrada e variada que pode ser complementada com suplementos de micronutrientes ou suplementos alimentares, se estes estiverem disponíveis.

As lactantes precisam de beber pelo menos 2 litros de água por dia para prevenir a desidratação, a qual pode interferir na produção do leite materno.

Cuidado psicossocial da mãe

O cuidado psicossocial da mãe é uma componente essencial dos cuidados de crianças com DAG, visto que uma mãe pode ter muitos problemas de origem física ou psicológica, que podem afectar a sua capacidade de cuidar da criança. Alguns dos potenciais problemas são enumerados na **Tabela 5.2**.

Tabela 5.2. Problemas potenciais identificados em mães de crianças com DAG

Problemas nas Mães	Pontos de Acção
Alimentação pobre e deficiente ingestão de líquidos	Dar aconselhamento sobre alimentação equilibrada e aumento do consumo de fluidos. Triagem nutricional da mãe.
Saúde física e mental	Fornecer conselhos médicos sempre que solicitado.
Dificuldades no aleitamento materno devido a fissuras e mastite	Tratar mamilos feridos, rachados e mastite Dar aconselhamento sobre aleitamento materno.
Desinformação e falta de compreensão	Estabelecer uma boa comunicação com a mãe e esclarecer todas as questões apresentadas.

5.2. Crianças menores de 6 meses de idade com desnutrição aguda grave, sem aleitamento materno

No caso de crianças menores de 6 meses, com DAG, sem a perspectiva de serem amamentadas, o objectivo do tratamento é de administrar F100-diluído ou leite artificial até aos 6 meses de vida, altura em que poderão ser introduzidos alimentos complementares adequados, dependendo das condições da família.

5.2.1. Critérios de admissão

As crianças menores de 6 meses de vida (ou os bebés com peso inferior a 4 kg) que não são amamentadas e que apresentam edema bilateral (kwashiorkor) ou emagrecimento acentuado (marasmo) devem ser tratadas no internamento, obedecendo as diferentes fase de tratamento a seguir apresentadas.

Se as crianças em tratamento continuarem a ter sinais de DAG aos 6 meses e tiverem mais 4 Kg, estas devem passar para a grupo de 6-59 meses, e continuar o tratamento de acordo com tratamento da desnutrição para esta faixa etária.

5.2.2. Medicamentos de rotina e suplementos

Antibióticos

- Nenhum tratamento antibiótico é fornecido a menos que haja sinais de infecção.
- Se houver qualquer sinal de infecção:
 - Para crianças com um mínimo de 2kg, dar Amoxicilina 20 mg/kg peso corporal, 3 vezes por dia (60 mg/dia) e Gentamicina (7,5 mg/kg peso corporal/dia IM ou EV por 7 dias).

Note: NÃO USAR Cloranfenicol em lactentes com menos de 2 meses, em lactentes de 2-6 meses deve ser usado com cautela.

Ácido fólico

Dar 1 comprimido de 2,5 mg, esmagado numa dose única.

Sulfato ferroso

O leite terapêutico F100 foi enriquecido com sulfato ferroso. Dar F100-diluído (F100-diluído com 1/3 de água), porque é mais fácil e mais seguro do que o cálculo e a adição de sulfato ferroso para pequenas quantidades de alimentos (veja preparação dos leites terapêuticos na **Secção 5.1.3.**).

5.2.3. Tratamento nutricional

5.2.3.a. Fase de estabilização

- As crianças menores de 6 meses com emagrecimento acentuado (marasmo) devem receber F100-diluído na fase de estabilização, dado com xícara e pires. Nunca se deve dar F100 integral ou ATPU a crianças menores de 6 meses.
- As crianças menores de 6 meses com edema bilateral (kwashiorkor) devem sempre receber F75 até que o edema tenha desaparecido e, só depois, o F100-diluído.

Quantidades de F100-diluído ou F75

- Usar a **Tabela 5.3** para verificar as quantidades de F100-diluído ou F75 para dar às crianças não amamentadas, na fase de estabilização.
- As quantidades apresentadas nesta tabela são calculadas com base na proporção de 130 kcal /kg de peso corporal/dia.

Tabela 5.3. Quantidades de F100-diluído ou F75 para crianças não amamentadas na Fase de Estabilização (Fase1)

Peso da criança (kg)	F100-Diluído ou F75 em caso de edema (ml/refeição se 12 refeições/dia)	F100-Diluído ou F75 em caso de edema (ml/refeição se 8 refeições/dia)
≤ 1,5	25	30
1,6 – 1,7	30	35
1,8 – 2,1	30	40
2,2 – 2,4	35	45
2,5 – 2,7	40	50
2,8 – 2,9	40	55
3,0 – 3,4	45	60
3,5 – 3,9	50	65
4,0 – 4,4	50	70

Nota: O F100-diluído deve ser administrado às crianças com emagrecimento grave (marasmo) na Fase de Estabilização (Fase1). O F75 deve ser administrado às crianças com edema bilateral (kwashiorkor) até que o edema tenha desaparecido, na Fase de Estabilização (Fase1).

Preparação do leite terapêutico F100-diluído

Dissolver um pacote de 114g de F100 em 0,675 litros de água (em vez de 0,5 litros, na diluição normal) para obter F100-diluído.

Nota: Estas são as instruções de preparação usando os novos pacotes de F100, que são menores (114 g) que os que vinham sendo utilizados (456 g).

Caso esteja a usar os pacotes antigos, por favor refira ao **anexo 3.3** para as instruções de preparação do F100.

Técnica de alimentação

- Alimentar usando uma chávena e pires ou SNG por gotejamento.
- Alimentar por sonda naso-gástrica (SNG) só quando o doente não consome o suficiente pela boca e quando a ingestão é inferior a 75% da dieta prescrita.
- A SNG deve ser usada apenas na fase de estabilização e o período de uso não deve ultrapassar 3 dias.

Monitoria

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados diariamente e registados no multicartão:

- Peso
- Grau de edema bilateral (0 a +++)
- Temperatura corporal, duas vezes por dia
- Sinais clínicos: vômitos, fezes, desidratação, tosse, respiração, tamanho do fígado
- Perímetro braquial (PB) (na admissão e, posteriormente, a cada 7 dias)
- Comprimento (ou altura) depois 21 dias (quando uma nova folha do multicartão é usada)
- Qualquer outro registo: por exemplo, ausência, recusa da alimentação, doente alimentado por SNG ou por infusão EV ou por transfusão

Critérios para o progresso da fase de estabilização para a fase de transição

Os critérios para o progresso da fase de estabilização para a fase de transição são o retorno do apetite e o começo da perda de edema. A perda de edema normalmente é caracterizada por uma perda de peso adequada e proporcional à diminuição do edema.

As crianças com edema bilateral grave (+++) são particularmente vulneráveis. Por isso, elas devem permanecer na fase de estabilização até que o seu edema esteja reduzido para moderado (++)

5.2.3.b. Fase de transição

Usar o protocolo padrão para crianças mais velhas na fase de transição, com as seguintes alterações:

- Apenas F100-diluído deve ser usado.
- O volume de leite terapêutico F100-diluído é aumentado em um terço em comparação com a fase de estabilização.
- A quantidade de F100-diluído a ser dada, é calculada com base na proporção de 130 kcal/kg de peso corporal/dia.
- Usar a **Tabela 5.4** para verificar as quantidades de F100-diluído a dar aos bebés não amamentados na fase de transição.

Tabela 5.5. Quantidades de F100-diluído para crianças não amamentadas na fase de transição

Peso da criança (kg)	F100-diluído (ml por refeição para 8 refeições por dia)
≤ 1,5	45
1,6 – 1,7	53
1,8 – 2,1	60
2,2 – 2,4	68
2,5 – 2,7	75
2,8 – 2,9	83
3,0 – 3,4	90
3,5 – 3,9	96
4,0 – 4,4	105

Monitoria

Continuar a controlar segundo as orientações da fase de estabilização.

Critérios para o progresso da fase de transição para a fase de reabilitação

- Bom apetite: tomar pelo menos 90% do F100-diluído prescrito para a fase de transição
- Perda total de edema bilateral (nos casos de kwashiorkor) OU
- Estadia mínima de 2 dias na fase de transição para os doentes emagrecidos (nos casos de marasmo)
- Sem nenhum outro problema médico

5.2.3.c. Fase de reabilitação

Usar o protocolo padrão para crianças mais velhas na fase de reabilitação, com as seguintes alterações:

- Apenas usar F100-diluído.
- Durante a fase de reabilitação, as crianças devem receber o dobro do volume de F100-diluído por refeição do que foi dado durante a fase de estabilização.
- A quantidade de F100-diluído a ser dada é calculada com base na proporção de 130 kcal/kg peso corporal/dia.
- Usar a **Tabela 5.5** para verificar as quantidades de F100-diluído a dar aos bebés não amamentados na fase de reabilitação.

Tabela 5.5. Quantidades de F100-diluído para crianças não amamentadas na fase de reabilitação

Peso da criança (kg)	F100-diluído (ml por refeição para 6-8 refeições por dia)
≤ 1.5	60
1.6 – 1.7	70
1.8 – 2.1	80
2.2 – 2.4	90
2.5 – 2.7	100
2.8 – 2.9	110
3.0 – 3.4	120
3.5 – 3.9	130
4.0 – 4.4	140

Monitoria

Continuar a controlar na fase de reabilitação segundo as orientações dos protocolos padrão para as crianças.

Critérios de alta

Bebés com menos de 6 meses de idade ou menos de 4 kg sem perspectiva de serem amamentados:

- Aumento do peso em 15%
- Não há edema bilateral durante 2 semanas
- Estão clinicamente bem e alertas e não têm nenhum outro problema médico

Outras considerações:

- Na alta, a criança pode ser transferida para alimentação artificial infantil
- A mãe ou o provedor de cuidados foi adequadamente aconselhado

Seguimento após alta

O seguimento das crianças é muito importante e necessário para inspecionar a qualidade da recuperação e do progresso, e para educar os cuidadores. Também é importante apoiar a introdução de alimentos complementares aos 6 meses.

Após a alta, estas crianças devem ser referidas à Consulta da Criança em Risco (CCR). Nesta consulta, nos primeiros 2 meses após a alta, elas devem ser avaliadas de 15 em 15 dias. A partir do 3º mês podem ser acompanhadas mensalmente até ao 6º mês após a alta. Na CCR, as mães devem receber educação nutricional e sanitária com demonstrações práticas.

As crianças menores de 6 meses de mães seropositivas e que já tiveram alta do tratamento da desnutrição aguda grave, devem ser seguidas num dos seguintes serviços:

1. Consulta da Criança em Risco se o contexto se aplica
2. Consulta de Doenças Crónicas

É necessário assegurar e manter uma estreita ligação com a comunidade através dos Activistas de Cuidados Domiciliários das Consultas de Doenças Crónicas. No caso de estes não existirem, a ligação poderá ser mantida através das “Mães Modelo” que apoiarão na realização das actividades de educação nutricional e demonstrações práticas com o envolvimento das mães.

6.

Capítulo 6: Protocolo para doentes com desnutrição aguda moderada (DAM) e idade superior a 6 meses

6.1. Critérios de admissão

As crianças e adolescentes (6 meses a 15 anos) com desnutrição aguda moderada (DAM) com ou sem HIV ou TB devem receber suplementação alimentar. Os critérios de admissão são apresentados na **Tabela 6.1**.

Tabela 6.1. Critérios de admissão para a suplementação alimentar

Desnutrição Aguda MODERADA
P/E
<u>6-59 meses:</u> ≥ -3 e < -2 DP
ou
IMC/Idade
<u>5-15 anos:</u> ≥ -3 e < -2 DP
ou
PB
<u>6-59 meses:</u> $\geq 11,5$ e $< 12,5$ cm
<u>5-10 anos:</u> $\geq 13,0$ e $< 14,5$ cm
<u>11-15 anos:</u> $\geq 16,0$ e $< 18,5$ cm
<u>Adolescentes grávidas e nos 6 meses pós-parto:</u> $\geq 21,0$ e $< 23,0$ cm
E
<ul style="list-style-type: none">• Sem edema• Tem apetite• Alerta• Clinicamente bem

O técnico de saúde pesa e mede o comprimento ou a altura da criança, e anota o valor do DP do peso para altura (ou peso para comprimento) ou IMC/Idade usando a tabela padrão apropriada. Esta informação é registada no Diário Clínico, nas fichas de registo ou Cartão de Saúde da criança.

Nota: Crianças e adolescentes com P/E ou IMC/Idade ≥ -2 DP e < -1 DP (desnutrição aguda ligeira) não devem receber suplementação alimentar. Elas deverão ser encaminhadas para as sessões de aconselhamento e demonstrações culinárias na Unidade de Reabilitação Nutricional.

6.2. Medicamentos e suplementos de rotina

6.2.1. Desparasitante

O Mebendazol ou Albendazol devem ser dados como rotina a todas as crianças a partir dos 12 meses de idade, que não tenham recebido nos 6 meses anteriores. O registo é feito na ficha de registo de rotina para Mebendazol.

Tabela 6.2. Dosagem única de medicamento anti-helmíntico

Idade/peso da criança ou adolescente	Albendazol Comprimido (400 mg)	Mebendazol Comprimido (500 mg)	Mebendazol Comprimido (100 mg)
< 1 ano	NÃO	NÃO	NÃO
< 10 kg	½ comprimido	½ comprimido	2 ½ comprimidos – dose única
≥ 10 kg	1 comprimido	1 comprimido	5 comprimidos – dose única

6.2.2. Vitamina A

É necessário encaminhar qualquer criança ou adolescente com sinais de deficiência de vitamina A para o tratamento no internamento (hospitalar), uma vez que a condição dos olhos pode se deteriorar rapidamente e o risco de cegueira é maior.

A situação de suplementação com Vitamina A deve sempre ser verificada no Cartão de Saúde da Criança. De acordo com as normas nacionais deve-se administrar vitamina A a todas as crianças que não foram suplementadas nos últimos 6 meses. O registo de suplementação com vitamina A deve ser feito nas fichas de registo de rotina.

Tabela 6.3. Tratamento Sistemático com vitamina A

Peso	Dose de vitamina A- cápsula de 200 000 IU	
<6 kg	50 000 IU	¼ cápsula (2 gotas)
6 – 8 kg	100 000 IU	½ cápsula (4 gotas)
> 8 kg	200 000 IU	1 cápsula

6.2.3. Profilaxia com Cotrimoxazol para crianças expostas ao HIV

As crianças infectadas pelo HIV e as crianças filhas de mãe seropositiva que ainda têm um estado serológico desconhecido, devem tomar cotrimoxazol profilático, de acordo com as Normas de Atenção à Criança Sadia e à Criança em Risco.

6.3. Suplementação alimentar

Em Moçambique existem dois produtos alimentares suplementares disponíveis para o tratamento da DAM: misturas alimentícias enriquecidas (MAE) e alimento terapêutico pronto para uso (ATPU).

As misturas alimentícias enriquecidas consistem numa mistura de cereais e outros ingredientes (por exemplo: soja, leguminosas, sementes oleaginosas, leite em pó desnatado, açúcar e/ou óleo vegetal) que foi moída, misturada, pré-cozinhada por extrusão ou torragem e enriquecida com uma pré-mistura de vitaminas e minerais. A MAE mais comum em Moçambique, é o “CSB Plus”, uma mistura de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais. A MAE usada para suplementação alimentar deve ter a composição nutricional semelhante ao do CSB Plus (vide **Anexo 3.2 Tratamento nutricional**).

Nos distritos em que as Unidades Sanitárias têm MAE disponível através do Programa de Suplementação Alimentar – PSA do MISAU, deve-se dar MAE a todos doentes com DAM. Nos distritos onde há MAE e ATPU disponíveis, deve-se dar MAE para o tratamento da DAM.

Nos distritos onde não existe MAE, a suplementação pode ser feita com o ATPU. Contudo, só se poderá dar o ATPU aos doentes com desnutrição aguda moderada, se este estiver disponível em quantidades suficientes para o tratamento em ambulatório das crianças com desnutrição aguda grave sem complicações, as quais devem sempre ter prioridade.

Nos distritos onde não existe MAE ou ATPU, ou onde as quantidade de ATPU não são suficientes para tratara os doentes com desnutrição aguda moderada, reforce as sessões de educação nutricional de modo a que estes possam aumentar a quantidade e qualidade de suas refeições.

Ao mesmo tempo que recebe MAE ou ATPU, a mãe ou o provedor de cuidados deverá também receber as instruções necessárias para administrá-lo adequadamente à criança. Assim, ela será capaz de entender que MAE ou ATPU é um producto terapêutico para melhorar o estado nutricional da criança doente e por isso deve ser dado somente à criança desnutrida.

A educação nutricional é crucial para o sucesso deste programa. Frequentemente, tem sido demonstrado que, os programas de distribuição de apoio alimentar ou de reabilitação nutricional não são bem sucedidos quando os cuidadores não recebem educação nutricional em simultâneo. Veja o **Capítulo 8** para mais informação sobre educação nutricional.

As crianças e adolescentes com DAM devem ser referidos para a Consulta da Criança em Risco ou Consulta Médica, a cada 15 dias para controle de peso. Quando houver situações de perda de peso, deve-se investigar a causa da perda de peso, e nas situações mais graves deve-se referir para o TDI.

6.3.1. Suplementação alimentar com MAE

A quantidade diária de MAE que deve ser oferecida às crianças e adolescentes com DAM está descrita na **Tabela 6.4**.

Tabela 6.4. Quantidade de MAE para a suplementação alimentar

Idade da criança	Total em gramas de MAE para 24 horas
6-11 meses	100
12-23 meses	200
≥ 2 anos	300

Para facilitar a gestão e logística do MAE (CSB Plus), a mãe ou o provedor de cuidados poderá receber um saco de 10 kg para um período de 30 dias.

Instruções para preparação do MAE

1. Misturar 100 gr de CSB, equivalente a uma chávena de chá (quantidade por refeição) com uma pequena quantidade de água (morna ou fria).
2. Mexer essa mistura para dissolver bem e retirar as bolhas de ar.
3. Aquecer à parte água numa panela. Só quando a água estiver a ferver, é que adiciona o CSB. Mexer bem para evitar a formação de grumos. Deixar a papa ferver lentamente durante 5 a 15 minutos, mexendo sempre.
4. **Não cozinhar por mais de 15 minutos para não perder as vitaminas.**

6.3.2. Suplementação alimentar com ATPU

Para a distribuição do ATPU deve-se dar prioridade as crianças e adolescentes com desnutrição aguda grave (DAG). Nos distritos onde não existem quantidades suficientes de ATPU para crianças e adolescentes com DAG, as crianças e adolescentes com DAM não devem receber ATPU.

Antes da entrega do ATPU à mãe ou ao cuidador, a criança ou adolescente deve ser submetida a um teste do apetite para verificar se esta gosta e consegue comer o ATPU (veja **Quadro 2.1**). A mãe pode levantar a quantidade para 1 mês na farmácia após confirmação de que a criança ou adolescente passou no teste do apetite.

O alimento terapêutico pronto para uso (ATPU), está disponível sob a forma de saquetas de papel de alumínio (92 g). Dependendo da embalagem que estiver disponível, a criança ou adolescente com DAM receberá a quantidade de ATPU indicada na **Tabela 6.5**.

Tabela 6.5. Quantidade de ATPU (saquetas) para suplementação alimentar



Idade da criança	Total saquetas de ATPU para 24 horas	Total saquetas de ATPU para 7 dias	Total saquetas de ATPU para 15 dias	Total saquetas de ATPU para 30 dias
6-23 meses	1	7	15	30
≥ 2 anos	2	14	30	60

De cada vez que a mãe ou o provedor de cuidados vai à Unidade Sanitária para a visita de controlo, recebe da farmácia uma quantidade de ATPU para um mês. Esta quantidade é apenas um suplemento, sendo por isso, menor do que a quantidade terapêutica designada para tratar uma criança ou adolescente com desnutrição aguda grave.

Cuidados a ter na administração de ATPU à criança

- Informar e recordar sempre à mãe ou ao provedor de cuidados, que o ATPU é como um medicamento para o tratamento da desnutrição, e que é vital para a recuperação da criança.
- Mostrar à mãe ou ao provedor de cuidados como abrir a saqueta de ATPU e como administrá-lo à criança.
- Explicar à mãe ou ao provedor de cuidados que a criança deve terminar cada uma das suas doses diárias de ATPU antes que lhe seja dado outro tipo de comida.
- Deve-se explicar também que a criança tem que beber água potável enquanto come o ATPU e também depois de comer. É muito importante lembrar que a água seja potável (fervida ou tratada) para evitar diarreias.

6.3.3. Livro de registo para PRN

1. A enfermeira que pesa e mede as crianças deverá registar o peso, a estatura e o DP do peso para estatura ou do IMC/Idade no Diário Clínico da criança.
2. O médico/técnico avalia o peso para estatura de todas as crianças e prescreve a MAE ou ATPU se a criança é identificada como desnutrida e, regista a prescrição de MAE ou ATPU no Diário Clínico da criança. O técnico de saúde também regista **todas** as crianças identificadas como desnutridas no Livro de Registo do PRN (**Anexo 10.4**), independentemente de haver ou não suplementos alimentares em stock para dar a criança. Tanto no livro de registo como na capa do processo da criança, deve-se preencher todos os pormenores necessários, incluindo o símbolo “MAE” ou “ATPU”, se estes produtos terapêuticos estiverem disponíveis, e os respectivos NIDs dessas crianças. Esta informação permitirá identificar uma determinada criança no Livro de Registo do PRN fácil e rapidamente na visita seguinte, e identificar se foi prescrito MAE ou ATPU a essa criança.
3. Depois de receber a prescrição, a mãe ou o cuidador leva a receita para a farmácia. O farmacêutico regista também no Livro de Registo do PRN da farmácia, a quantidade de MAE ou de ATPU entregue.
4. Cada criança recebe um Cartão do Doente Desnutrido para se poder monitorizar em cada visita, a entrega do MAE ou ATPU e o peso alcançado.
5. No final do dia, a pessoa encarregue por digitar os dados das consultas, verifica todos os processos e certifica-se de que toda a informação foi registada no Livro de Registo do PRN.
6. Ela deve certificar-se também que o NID no Livro de Registo do PRN confere com o número escrito no processo da criança, de modo a: permitir uma fácil localização dos processos nas visitas subsequentes; facilitar o registo das novas entradas no Livro de Registo do PRN e; facilitar uma análise mais detalhada, caso haja necessidade de se realizar posteriormente.
7. O técnico ou a enfermeira na CCR ou na Unidade de Reabilitação Nutricional (URN) devem fazer a mesma verificação dos dados.

8. No fim do mês, deve-se preencher o relatório mensal (veja formato em **Anexo 9.5**) usando os dados do Livro de Registo do PRN.

6.3.4. Critérios de alta para suplementação alimentar

Os critérios de alta para suplementação alimentar são os seguintes:

- Crianças dos 6 meses aos 5 anos de idade com P/E ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas
- Crianças dos 5 anos aos 15 anos de idade com IMC/idade ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas

Após o término da Suplementação Alimentar, continuar o seguimento mensalmente, para garantir que a criança mantém P/E ou IMC/idade ≥ -1 DP por 3 meses.

6.3.5. Suplementação Alimentar com Bolachas Fortificadas

Bolachas fortificadas (BP-5 ou NRG-5) são frequentemente utilizadas para suplementação das crianças em situação de emergência, como por exemplo, durante as cheias, ciclones, seca, etc.

Os trabalhadores de saúde devem instruir as mães ou os cuidadores para darem o BP-5 ou NRG-5 à cada criança do seguinte modo:

- 1 barra de bolacha fortificada 3 vezes por dia

A bolacha pode ser preparada e consumida em forma de papinha (misturada com água potável (fervida ou tratada) ou pode ser consumida sem nenhuma preparação prévia. É importante aconselhar as mães a darem outros alimentos à criança, alternando com as bolachas fortificadas.

Tabela 6.7. Quantidade de bolacha fortificada necessária por pessoa

Produtos	Quantidade diária	Quantidade para 2 semanas	Quantidade para 4 semanas
BP-5 ou NRG-5 (Bolachas fortificadas)	3 barras	5 pacotes	10 pacotes

As crianças desnutridas necessitam de ser tratadas com bastante afecto e ternura desde o início do seu tratamento. A melhor pessoa para estar com a criança neste período é a própria mãe.

No hospital, cada adulto deve falar, sorrir e rir com ternura para as crianças doentes. As crianças desnutridas devem interagir umas com as outras logo que se tornem mais activas. Quando atingida a fase de reabilitação, devem sair das camas por longos períodos, podendo ficar em esteiras com as outras crianças. O risco de infecções cruzadas não aumenta substancialmente e o benefício para as crianças sobrepõe-se às conveniências do pessoal.

Mas, a prestação de cuidados orientados para crianças com afecto e ternura, por si só não é suficiente. As crianças com desnutrição aguda grave, geralmente têm atraso mental e de desenvolvimento e alterações do comportamento, o que requer tanto ou mais tratamento do que o seu estado de desenvolvimento físico. Estes atrasos, se persistirem, constituirão a longo prazo, a consequência mais grave da desnutrição. O atraso mental pode ser substancialmente reduzido pela estimulação psicológica, através de programas de jogos que devem iniciar-se no hospital e continuar após a alta.

A austeridade do hospital tradicional não tem lugar no tratamento das crianças desnutridas. Os quartos do hospital devem ter cores vivas, decorações alegres, e suspensões de cores vivas penduradas sobre cada cama. Os uniformes do pessoal devem ter o mesmo padrão dum vestido normal de uma mãe. Deve-se evitar a privação sensorial às crianças e não se deve tapar os seus rostos, pois elas precisam de ver e ouvir tudo o que se passa à sua volta. As crianças não podem ser embrulhadas ou restringidas de se moverem nas camas e os brinquedos devem estar sempre ao seu alcance.

É necessário explicar às mães e aos cuidadores a importância das crianças brincarem e ensinar-lhes como fazer brinquedos e jogos. Os brinquedos devem ser seguros, laváveis e apropriados para o nível de desenvolvimento das crianças. Deve haver no hospital uma pessoa responsável por organizar e manter um programa de jogos. Este terapeuta de jogos, deve introduzir regularmente novas actividades e materiais de jogo com o objectivo de desenvolver as habilidades motoras e de linguagem das crianças.

O aumento de actividade física não apenas promove o desenvolvimento das habilidades motoras necessárias para explorar o meio à sua volta e brincar com destreza, mas também melhora o crescimento durante a fase de reabilitação. Sempre que possível, os educadores de infância, devem ser preparados adequadamente para a estimulação psicomotora das crianças desnutridas. Para as crianças imóveis, são úteis os movimentos passivos e a brincadeira num banho tépido. Deve ser considerado apoio de fisioterapeutas.

As crianças com desnutrição aguda grave são o reflexo de problemas graves no ambiente familiar, o que significa que, as outras crianças em casa estão em risco. Por conseguinte, não se deve restringir apenas à educação nutricional e de saúde para evitar a recorrência dos casos, mas, deve-se incluir a prevenção e correção de problemas nutricionais em todos os membros da família, em particular as crianças mais pequenas, as mulheres grávidas, os lactentes, e os idosos. Considerando a importância das mães ou dos cuidadores nos núcleos familiares, a sua informação e ocupação durante os internamentos hospitalares, constituem formas fundamentais de intervenção e de prevenção da desnutrição.

Portanto, é importante rentabilizar os tempos de internamento das mães com actividades de educação para promoção de saúde, organizando sessões teórico-práticas diárias, interagindo com as mães tanto quanto possível. Os programas devem incidir sobre a promoção do aleitamento materno, o uso apropriado dos alimentos complementares, as alternativas nutricionais para uso de alimentos tradicionais localmente produzidos, higiene pessoal e do ambiente, tratamento da água,

práticas convenientes durante a doença e a convalescença, vacinação, tratamento das diarreias desde o seu início e prevenção de doenças: pneumonia, tuberculose, malária, HIV e SIDA e Infecções Transmitidas Sexualmente (ITS); planeamento familiar, saúde materno-infantil e primeiros socorros. Podem também ser realizadas sessões de alfabetização das mães ou dos cuidadores e orientação sobre estratégias para obtenção de rendimentos para o seu sustento.

As sessões de informação, educação e comunicação devem ser realizadas por pessoal com preparação prévia adequada, enfermeiros, estudantes de medicina e nutrição, pós-graduados em pediatria, educadores de infância, técnicos experientes do MISAU ou voluntários dedicados e competentes.

O apoio psicológico às mães ou aos cuidadores, sobretudo durante o internamento prolongado, é também muito importante. Contudo, se este não pode ser disponibilizado, todos os elementos da equipe de tratamento das crianças desnutridas deverão dar o suporte psicológico necessário às mães ou a outros acompanhantes das crianças.

Programa para terapia através de brincadeiras/jogos

É útil que haja um programa de actividades porque, para além do convívio informal entre as crianças, deve-se brincar todos os dias com cada criança, de forma estruturada durante 15-30 minutos. As mães devem ser ensinadas, ao nível apropriado, sobre os elementos do programa. Deve-se enfatizar a importância das famílias continuarem a fazer brinquedos e a brincarem com os filhos após alta e, na verdade, ao longo de todo o período do seu desenvolvimento. Por esta razão, é mesmo mais importante ensinar as mães do que ensinar os filhos.

Fazer brinquedos pode ser terapêutico para as mães também (que muitas vezes estão assustada com o ambiente hospitalar) e para a criança, pois as mães tornam-se mais tranquilas e cuidam melhor das suas crianças.

Em todas as sessões de jogos devem ser incluídas actividades motoras e de linguagem e actividades com brinquedos. Deve-se ensinar jogos ou habilidades apresentadas na lista abaixo, quando as crianças estiverem aptas para eles. Deve-se encorajar as crianças a usarem palavras apropriadas para descrever o que elas querem fazer.

7.1. A partir dos 6 meses

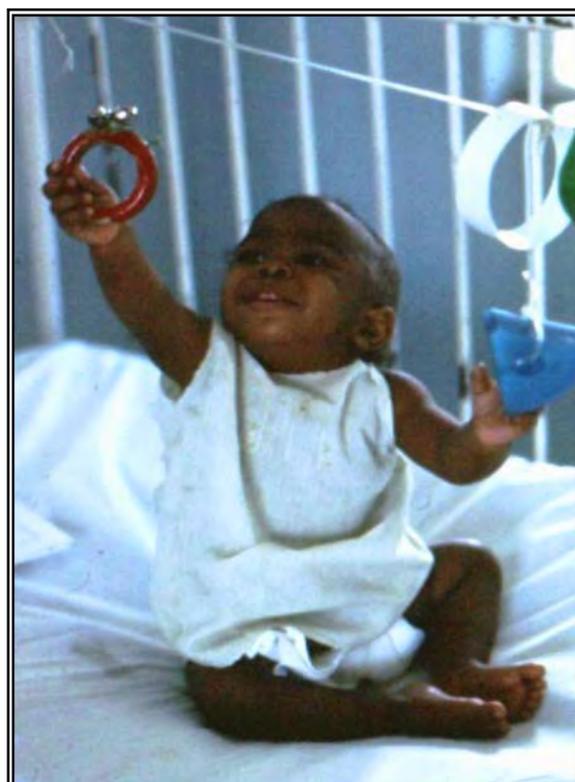
7.1.1. Actividades motoras

Encorajar sempre a criança a realizar a actividade motora apropriada; por exemplo, fazer saltar a criança para cima e para baixo e segurar a criança debaixo dos braços de modo que os pés da criança suportem o seu peso. Ajudar a criança a sentar-se apoiando-a com almofadas ou quaisquer outros suportes apropriados. Rolar brinquedos para fora do alcance da criança, para a encorajar a gatinhar atrás deles. Segurar as mãos da criança e ajudá-la a andar. Assim que a criança tenha começado a andar sem ajuda, dar à criança um brinquedo de puxar e mais tarde um brinquedo para empurrar.

7.1.2. Actividades com brinquedos

Argola com fio

1. Balançar uma argola num fio ao alcance da criança e encorajá-la a agarrar.



2. Suspender a argola sobre a cama e encorajar a criança a bater nela e fazê-la balançar.
3. Deixar a criança examinar a argola. Depois, colocar a argola a curta distância da criança deixando o fio ao seu alcance. Ensinar a criança a agarrar a argola puxando o fio.
4. Colocar a criança sentada no seu colo. Depois, segurando o fio, baixar a argola para o chão. Ensinar a criança a apanhar a argola puxando pelo fio. Também ensinar a criança a balançar a argola.

7.2. A partir dos 9 meses

7.2.1. Actividades com brinquedos

Brincar “dentro” e “fora” com blocos

1. Deixar a criança examinar o recipiente e os blocos. Colocar os blocos no recipiente e sacudi-lo. Então ensinar a criança a usá-los, um de cada vez. Ensinar à criança o significado das palavras “fora” e “dentro”.
2. Ensinar a criança a tirar os blocos virando o recipiente para baixo.
3. Ensinar a criança a segurar um bloco em cada mão e a bater os blocos um contra o outro.
4. Ensinar a criança a colocar os blocos no recipiente e a tirá-los outra vez. Ensinar a criança a usar as palavras “dentro” e “fora”.
5. Cubrir os blocos com o recipiente e deixar a criança encontrá-los.
6. Depois, escondê-los debaixo de duas ou três cobertas ou bocados de pano e repetir o jogo. Ensinar a criança a usar a palavra “debaixo”.
7. Virar o recipiente para baixo e ensinar a criança a pôr os blocos em cima dele.
8. Ensinar a criança a empilhar os blocos, primeiro dois, depois aumentando gradualmente. Ensinar a criança a usar palavras “para cima”, quando empilhando os blocos, e “para baixo” quando deitando abaixo.
9. Alinhar os blocos horizontalmente, primeiro 2, depois mais. Ensinar a criança a empurrá-los imitando o barulho do comboio ou carro – para crianças de 18 meses ou mais. Ensinar a criança a tirar os blocos por cores, primeiro 2 cores, depois mais. Ensinar o significado das palavras “alto” e “baixo”. Fazer jogos.

7.3. A partir dos 12 meses

7.3.1. Actividades de linguagem

Em todas as sessões de jogo, deve-se ensinar às crianças cantigas locais e jogos, usando os dedos das mãos e dos pés. Encorajar as crianças a rir, vocalizar e descrever o que elas estão a fazer. Ensinar as crianças a usar palavras tais como “tam” quando batem o tambor, “tá-tá” quando estão a dizer adeus e “obrigado” quando lhes é dada alguma coisa.

7.3.2. Actividades com brinquedos

Roca e tambor

Deixar a criança examinar a roca. Ensinar a criança a usar uma expressão imitativa do som produzido pelo objecto quando o mesmo é sacudido.

Deixar a criança bater no tambor e rolar a roca. Ensinar a criança a usar a palavra “tam” quando bate o tambor.

Rolar o tambor para fora do alcance da criança e encorajá-la a gatinhar atrás dele.

Garrafa/contentor

Pôr alguns objectos numa garrafa. Agitá-la. Ensinar a criança a virar a garrafa para baixo e esvaziar os objectos. Depois ensinar a criança a pôr os objectos na garrafa e a tirá-los outra vez. Fazer o mesmo jogo outra vez com objectos diferentes.

Empilhar tampas de garrafas

Deixar a criança brincar com 2 tampas de garrafa. Depois ensinar a criança a empilhá-las. Seguidamente aumentar o número de tampas de garrafa. Ensinar as crianças acima de 18 meses a tirar as tampas das garrafas pela cor e a usar as palavras “alto” e “baixo” quando descrevem as pilhas.

Boneca

Encorajar a criança a pegar na boneca. Ensinar a criança a identificar as suas próprias partes do corpo e as da boneca quando as nomeia. Ensinar a criança acima dos 2 anos a nomear as suas próprias partes do corpo. Pôr a boneca numa caixa como se fosse uma cama e ensinar a criança as palavras “cama” e “dormir”.

7.4. A partir dos 18 meses

7.4.1. Actividade de linguagem

Livros

Colocar a criança sentada no seu colo. Ensinar a criança a virar as páginas de um livro e a apontar as gravuras. Mostrar à criança os desenhos de objectos familiares simples e de pessoas e animais. Ensinar as crianças acima dos 2 anos a nomear os desenhos e a falar deles.

Ver o **Anexo 7.1** para algumas idéias de como fazer brinquedos com materiais locais.

7.5. Desenvolvimento das crianças

É importante que os profissionais da atenção primária saibam avaliar correctamente o desenvolvimento da criança até 2 anos. Acompanhar o desenvolvimento da criança nos dois primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é nesta etapa da vida extra-uterina que o tecido nervoso mais cresce e amadurece, estando portanto mais sujeito aos agravos. Devido a sua grande plasticidade, é também nesta época que a criança melhor responde às terapias e aos estímulos que recebe do meio ambiente. Portanto, é fundamental que neste período o profissional de saúde, juntamente com a família e a comunidade na qual está inserido, faça a vigilância do desenvolvimento das suas crianças.

O diagnóstico precoce certamente dará mais chances às crianças com atraso, pois possibilitará acesso a atenção adequada e proporcionando-lhes uma melhor qualidade de vida. Para tal é importante perguntar à mãe ou ao cuidador da criança durante as consultas de rotina pelo factos associados ao desenvolvimento e observar a criança na realização de comportamentos esperados para a sua faixa etária de desenvolvimento da criança (**Tabela 7.1**).

Tabela 7.1. Marcos de desenvolvimento da criança por faixa etária

Idade	Marcos de desenvolvimentos a serem verificados
2 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Fixa o olhar na cara do examinador ou da mãe • Segue objectos na linha média • Reage ao som • Eleva a cabeça
4 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Responde ao examinador • Segura objectos • Emite sons • Sustenta a cabeça e os ombros quando está de bruços
6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Alcança um brinquedo • Leva objectos a boca • Localiza o som • Rola
9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Transfere objectos de uma mão para outra • Duplica sílabas. • Senta sem apoio e as vezes já tenta ficar de pé
12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Imita gestos (já sabe dar adeus e bater palmas) • Faz pinça. • Já fica de pé sozinho • Anda com apoio.
15 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Executa gestos a pedido • Já se reconhece ao espelho • Produz uma palavra • Anda sem apoio
18 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica 2 objectos • Rabisca espontaneamente • Produz 3 palavras • Anda para trás
24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Tira a roupa • Já sabe correr e subir ou descer escadas • Se mostrada desenhos deve saber reconhecer as figuras • Chuta a bola

Tabela 7.2. Classificação do desenvolvimento e procedimentos

CLASSIFICAÇÃO	MARCOS	PROCEDIMENTOS
Provável atraso no desenvolvimento	Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.	Referir para avaliação neuromotora
Desenvolvimento Normal com factores de risco	Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior Todos os marcos estão presentes mas existem um ou mais factores de risco	Orientar a mãe sobre a estimulação do seu filho Marcar Consulta de seguimento; Informar a mãe sobre os sinais de alerta
Desenvolvimento Normal	Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	Elogiar e orientar a mãe para que continue a estimular a criança; Informar a mãe sobre os sinais de alerta

Factores de risco: Depressão materna, prematuridade, violência, alcoolismo, uso de drogas entre outros.

8.1. Mensagens para mães e cuidadores para crianças com desnutrição aguda grave (DAG), que vão continuar com o Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA)

A educação nutricional das mães e dos cuidadores é parte integrante da recuperação da criança. As seguintes mensagens chave são importantes para a educação das mães e dos cuidadores em relação à utilização do Alimento Terapêutico Pronto para Usar (ATPU).

1. A criança doente e magra tomando o ATPU vai converter-se numa criança saudável e forte. O ATPU é um remédio só para crianças doentes e não deve ser partilhado com outras crianças na casa.
2. As crianças doentes comem pouco, por isso é necessário dar-lhes pequenas quantidades de ATPU e estimular-lhes a comer frequentemente incluindo o período da noite (8 refeições ao dia).
3. As crianças que ainda estão a tomar o leite materno, devem continuar a ser amamentadas sem interrupção. A mãe deve dar o peito antes de lhe dar o ATPU.
4. Além do leite materno, o ATPU é a única comida que a criança com desnutrição aguda grave sem complicações precisa nas primeiras 2 semanas do tratamento, enquanto se está a recuperar no programa de Tratamento da Desnutrição em Ambulatório.
5. Após essas 2 primeiras semanas de tratamento, a criança deve ter também uma refeição de uma papa enriquecida por dia. Deve-se dar o ATPU à criança antes de dar outros alimentos.
6. Oferecer a criança água potável (fervida ou tratada) para beber enquanto come o ATPU. Esta criança deve beber mais água do que o normal por causa do seu tratamento.
7. As crianças desnutridas sentem frio muito facilmente, deve-se manter as crianças bem cobertas e agasalhadas, principalmente quando está frio e húmido.
8. Deve-se voltar de 15 em 15 dias para a Unidade Sanitária mais próxima que estiver a fornecer o ATPU, para a criança ser avaliada e receber mais ATPU se for necessário.
9. Quando a criança já está perto da etapa final do tratamento, pode-se dar papas a base de produtos locais, de preferência papas enriquecidas e, continuar com o ATPU até que o agente de saúde dê uma nova orientação.

Nota: Esta página inclui somente as mensagens básicas e essenciais. Mensagens adicionais importantes poderão ser também transmitidas às mães e aos cuidadores durante as sessões de educação nutricional e demonstrações práticas.

8.2. Mensagens para mães e cuidadores de crianças com desnutrição aguda moderada (DAM)

8.2.1. Instruções para preparação do MAE

1. Misturar 100 gr de CSB, equivalente a uma chávena de chá (quantidade por refeição) com uma pequena quantidade de água (morna ou fria).
2. Mexer essa mistura para dissolver bem e retirar as bolhas de ar.

3. Aquecer à parte água numa panela. Só quando a água estiver a ferver, é que adiciona o CSB. Mexer bem para evitar a formação de grumos. Deixar a papa ferver lentamente durante 5 a 15 minutos, mexendo sempre.
4. **Não cozinhar por mais de 15 minutos para não perder as vitaminas.**

8.2.2. Cuidados a ter na administração de ATPU à criança

- Informar e recordar sempre à mãe ou ao provedor de cuidados, que o ATPU é como um medicamento para o tratamento da desnutrição, e que é vital para a recuperação da criança.
- Mostrar à mãe ou ao provedor de cuidados como abrir a saqueta de ATPU e como administrá-lo à criança.
- Explicar à mãe ou provedor de cuidados que a criança deve terminar cada uma das suas doses diárias de ATPU antes que lhe seja dado outro tipo de comida.
- Deve-se explicar também que a criança tem que beber água potável enquanto come o ATPU e também depois de comer. É muito importante lembrar que a água seja potável (fervida ou tratada) para evitar diarreias.

8.3. Educação sobre alimentação infantil para todas as mães e os cuidadores

As mães ou os cuidadores devem ser orientados e educados em relação aos seguintes aspectos da alimentação infantil.

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 proteger contra doenças. A amamentação exclusiva é a melhor maneira de proporcionar o alimento ideal para o crescimento saudável e o desenvolvimento dos recém-nascidos até aos primeiros 6 meses de idade, pois fornece os nutrientes e água necessários e reduz a mortalidade infantil por doenças comuns da infância, como diarreia e pneumonia, e ajuda na convalescença. Depois dos seis meses, com o objetivo 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.

8.3.1. 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, sem água, sem sumos, sem outros leites e sem qualquer outro tipo de alimento líquido ou sólido, a menos que o médico tenha prescrito. A mãe deve amamentar ao peito tantas vezes, quanto 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, dia e noite;
3. Não usar biberões nem chuchas, nem dar outros leites.

As mães que amamentam 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 as 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.

8.3.2. Dos 6 aos 24 meses de idade

Introduzir a **alimentação complementar adequada** a partir dos 6 meses, continuando a amamentar até aos 24 meses, de acordo com a **Tabela 8.1**.

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 a 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 latrina); conservação dos alimentos (guardar a comida num lugar fresco e coberto); higiene dos utensílios de cozinha (lavar e proteger bem utensílios de cozinha); e utilização de água potável. Antes de comer, deve-se lavar com sabão as mãos e o rosto da criança com água e sabão. Na falta de sabão pode-se lavar as mãos com cinza.

Alimentação infantil no contexto HIV

- As mães seropositivas (e cujos filhos não estão 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.
- 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 decidem deixar de amamentar devem parar gradualmente, no prazo de um mês. As mães ou 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.

Nota: Não é aconselhável terminar bruscamente a amamentação.

Quando um bebé é 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 deve dar aos bebés quando a mãe parar de amamentar

Quando as mães conhecidamente 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 normal.

As alternativas para a amamentação incluem o seguinte:

Para crianças com menos de 6 meses de idade: Substitutos do leite materno se condições AVASS (acessível, viável, aceitável, sustentável e segura, veja abaixo para mais explicações):

- Leite infantil de fórmula comercial
- Leite materno expremido e tratado com calor

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

Para crianças com mais de 6 meses de idade: Substitutos do leite materno se condições AVASS:

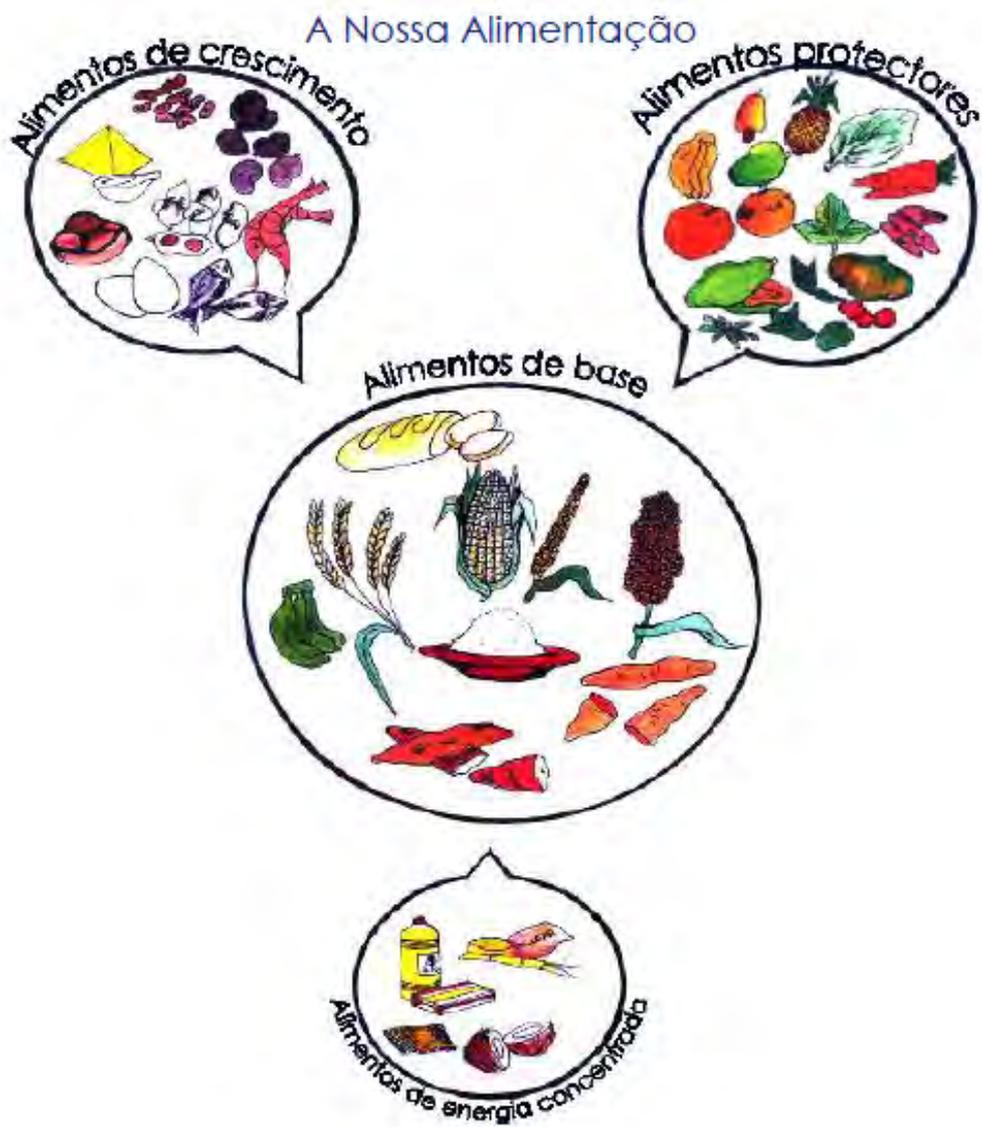
- Leite infantil de fórmula comercial
- Leite animal (fervido para crianças com menos de 12 meses), como parte de uma dieta que contenha micronutrientes adequados. Refeições, incluindo alimentos contendo apenas leite, outros alimentos e uma combinação de alimentos lácteos e outros alimentos, fornecidos quatro ou cinco vezes por dia.

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 (*conhecidas como AVASS - acessível, viável, aceitável, sustentável e segura*)

- 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, de modo seguro, a fórmula infantil suficiente para garantir o crescimento e desenvolvimento normal da criança, **e**,
- c. A mãe ou a pessoa responsável pelo bebê, poder prepará-lo com a higiene e a frequência necessárias para que ele seja seguro e com baixo risco de diarreia e má nutrição, **e**,
- d. A mãe ou a pessoa responsável pela criança possa dar apenas leite de fórmula nos primeiros seis meses de vida, **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.

Figura 8.1. A Nossa Alimentação



8.4. Actividades educativas sobre Saúde, Alimentação e Nutrição

Todas as mães ou os cuidadores das crianças em tratamento e reabilitação nutricional, incluindo as crianças expostas ao HIV/SIDA, devem receber educação em saúde, que inclui a alimentação e nutrição.

A intervenção nutricional tem como objectivo a prevenção de doenças, através da protecção e a promoção de uma vida mais saudável, conduzindo ao bem-estar geral do indivíduo. O conselheiro nutricional é apenas o facilitador das mudanças de comportamento. Ele dá apoio emocional, auxilia na identificação de problemas nutricionais e de estilo de vida, sugere comportamentos a serem modificados e facilita a compreensão e o seguimento do doente.

As actividades educativas devem abordar temas relacionados com a prevenção de doenças e a promoção de saúde. Além disso, deve-se discutir sobre os problemas de saúde, que afectam normalmente as crianças em determinada comunidade e estimular debates de busca de soluções que sejam mais adequadas para as famílias, de acordo com a realidade local.

As actividades abordadas têm como principais objectivos:

- Permitir que a criança após o tratamento não tenha recaídas
- Promover o crescimento e desenvolvimento infantil
- Fazer compreender a importância da alimentação e nutrição como factor fundamental para promoção e protecção da saúde
- Promover a mudança de comportamento e não somente a melhoria do conhecimento sobre nutrição

Devem participar nas actividades educativas todas as mães ou os cuidadores das crianças que estejam em:

- Tratamento da desnutrição aguda grave no internamento
- Tratamento da desnutrição aguda moderada e grave em ambulatório com seguimento nos Centros de Saúde ou Unidades de Reabilitação Nutricional
- Acompanhamento na Consulta da Criança em Risco

As intervenções educativas, quando bem implementadas, permitem melhorar os hábitos alimentares e de saúde das famílias, o que contribui para a melhoria da situação nutricional das mesmas. As crianças com estado nutricional adequado, apresentam melhores condições de saúde e, conseqüentemente, adoececem menos, o que reduz o número de internamentos hospitalares e os gastos com a saúde.

Além disso, as famílias que recebem orientações sobre saúde tornam-se os transmissores dos conhecimentos adquiridos para outras que residem na mesma comunidade. Em resumo, as secções educativas constituem uma forma de promoção da saúde na comunidade.

Estas sessões poderão ser implementadas com o apoio das “Mães Modelo” de uma Comunidade, que são as mães cujos filhos nunca tiveram desnutrição e, mesmo com poucos recursos, conseguem assegurar o seu crescimento e desenvolvimento adequados.

As mães de crianças saudáveis que já tiveram desnutrição e foram reabilitadas com sucesso, constituem também um exemplo de determinação e zelo a ser seguido por outras mães que enfrentam o mesmo problema. Por isso, elas podem também participar nas actividades educativas e partilhar as suas experiências sobre os cuidados com a criança doente e desnutrida, caso se disponham a apoiar à Unidade Sanitária de forma voluntária.

A utilização das mães pertencentes à mesma comunidade, nas actividades educativas é de extrema importância pois facilita a transmissão e compreensão das mensagens por outras mães, estimulando-as a seguirem o mesmo exemplo.

Alguns temas importantes que devem ser abordados nestas sessões educativas são:

- Alimentação equilibrada para a família
- Alimentação durante a gravidez

- Início precoce do aleitamento materno
- Aleitamento materno exclusivo
- Alimentação complementar adequada
- Alimentação infantil e HIV
- Higiene pessoal, do ambiente e dos alimentos
- Tratamento e prevenção das doenças associadas à desnutrição (diarreia, malária, infecções respiratórias agudas, sarampo, parasitoses e outras)
- Cuidados pré-natais e importância do acompanhamento após o parto
- Planeamento familiar
- Importância do cartão da criança e da gestante
- Importância do controlo do crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 5 anos pelos serviços de saúde
- Actualização das vacinas
- Suplementação com micronutrientes e desparasitação
- Aproveitamento e processamento dos alimentos
- Actividades psicomotoras para as crianças e confecção de brinquedos
- Saneamento do meio e consumo de água potável
- Acesso à educação e educação das raparigas e dos rapazes

Podem ser abordadas ainda questões relacionadas à Segurança Alimentar e Nutricional das famílias e das comunidades, com a participação dos Líderes Comunitários e representantes de outros sectores do Governo e ONGs. Para tal, podem ser discutidos os seguintes temas:

- Promoção da produção agrícola diversificada de alimentos para a subsistência familiar;
- Promoção de reservas alimentares para períodos de maior escassez;
- Valorização dos alimentos locais ou regionais e promoção do seu consumo;
- Organização e promoção de machambas comunitárias;
- Promoção e apoio às actividades de rendimento.

As orientações que promovem a alimentação adequada só são realmente efectivas quando praticadas pelas mães. Por isso, as sessões de educação devem ser acompanhadas de demonstrações práticas onde são confeccionadas refeições equilibradas para as crianças e para a família com base em alimentos localmente disponíveis.

Estas demonstrações práticas devem ser realizadas pelas equipas da saúde com participação das mães ou dos cuidadores das crianças em tratamento e a colaboração do grupo de “Mães Modelo” e outras mães voluntárias da Comunidade. A refeição confeccionada é distribuída para todos os participantes em especial as crianças. Durante as demonstrações culinárias, deve-se:

- Explicar o valor nutritivo dos alimentos;
- Explicar como se compõe uma refeição equilibrada;
- Ensinar sobre os cuidados de higiene pessoal e higiene durante a preparação dos alimentos;
- Estimular as mães a alimentarem as crianças usando pratos individuais;
- Discutir sobre a valorização dos alimentos da região.

8.5. Importância das hortas familiares

Uma horta é uma parcela de terra onde se produz uma variedade de culturas importantes para o consumo do agregado familiar. Nas famílias africanas rurais, a horta contribui significativamente para a sua segurança alimentar pois, pode fornecer alimentos básicos para as refeições diárias. Deste modo, a horta familiar poderá assegurar a produção e ingestão de alimentos ricos em vitaminas e minerais que contribuem para a melhoria e/ou manutenção da saúde e estado nutricional de todos os membros da família em geral, e das crianças em particular.

Para além disso, as hortas permitem produzir excedentes alimentares e também podem servir para venda como forma de obtenção de rendimentos que poderão ajudar as famílias a adquirir outros produtos alimentares para complementar a produção familiar.

Os produtos alimentares cultivados nas hortas familiares, poderão também oferecer as seguintes vantagens nutricionais:

- Nutrientes essenciais para o fortalecimento do sistema imunológico
- Nutrientes promotores da assimilação de outros nutrientes
- Alto conteúdo de fibras que auxiliam na digestão e melhoram o funcionamento dos intestinos

Portanto, é necessário que se incentivem as mães a fazerem pequenas hortas familiares, podendo contar com a colaboração e apoio de extensionistas agrícolas onde existirem. Os extensionistas agrícolas poderão dar melhor orientação sobre os cuidados a ter com as culturas, a conservação, o uso e aproveitamento da terra e a proteção do meio ambiente.

Tabela 8.1. Recomendações para a Alimentação da Criança Saudável ou Doente

Até 6 meses de idade	6 a 7 meses	8 a 9 meses
<ul style="list-style-type: none"> • Aleitamento Materno Exclusivo. • Amamentar sempre que a criança quiser, de dia e de noite, pelo menos 8 vezes por dia. • Não dar outros alimentos ou líquidos nem mesmo água. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar sempre que a criança quiser . • 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. • No intervalo das refeições dar fruta fresca da época em pedaços pequenos ou amassada 1 vez por dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar sempre que a criança quiser. • Manter as papas enriquecidas (1 vez por dia). • 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). • No intervalo das refeições, dar fruta fresca da época em pedaços pequenos ou amassada 1 a 2 vezes por dia.
10 a 11 meses	12 meses a 24 meses	2 anos em diante
<ul style="list-style-type: none"> • Manter o esquema anterior (dos 8 aos 9 meses). • Introduzir gradualmente (1 vez por dia) a comida da família, devendo ser esmagada. • No intervalo das refeições, dar fruta fresca da época em pedaços pequenos ou amassada 1 a 2 vezes por dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manter o esquema anterior (dos 10 aos 11 meses). • Oferecer a comida da família 3 vezes por dia. • Dar fruta fresca em pedaços ou amassada e/ou papas de cereais enriquecidas ou tubérculos 2 vezes por dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • A primeira refeição do dia deverá ser papa de cereais enriquecida. • Dar alimentos que a família consome em 3 refeições diárias sempre seguida de frutas frescas da época. • Dar também, 2-3 vezes por dia, entre as refeições, fruta fresca, batata-doce, mandioca. • Pode-se oferecer também o leite artificial completo 1-2 vezes por dia se a criança já não mama.



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.

8.6. Aconselhar à mãe ou ao acompanhante

Recomendações para a Alimentação da Criança com diarreia persistente

- Se ainda estiver a ser amamentada, dar de mamar com mais frequência e durante mais tempo, de dia e de noite.
- Se estiver a tomar outro tipo de leite: substituir por amamentação relactação; OU substituir por produtos lácteos fermentados, como o iogurte; OU substituir metade do leite por alimentos semi-sólidos ricos em nutrientes.

Quadro 8.1. Alimentação

Avaliar a Alimentação da Criança: Para avaliar a alimentação, é importante fazer perguntas para conhecer a alimentação habitual da criança e, em particular, a alimentação durante a doença. Depois, comparar as respostas da mãe com as recomendações de alimentação acima indicadas, consoante a idade da criança.

Perguntas:

- Amamenta a sua criança?
- Quantas vezes ao dia dá o leite do peito?
- Também amamenta a noite?
- A criança ingere algum outro alimento ou bebe algum líquido?
- Que alimentos ou líquidos?
- Quantas vezes ao dia?
- Qual é a alimentação da criança?

Se o peso for muito baixo para a idade (baixo P/I),

- Que quantidade de comida dá à criança?
- A criança come do seu próprio prato?
- Quem dá de comer à criança e como?

Durante a doença, houve mudança na alimentação da criança? Se sim, qual foi a mudança?

Nota: As orientações da Atenção Integrada às Doenças Neonatais e da Infância (AIDNI) sobre aconselhamento alimentar para crianças estão incluídas nas páginas seguintes.

Quadro 8.2. Aconselhar a Mãe em Relação aos Problemas de Alimentação

Se a criança não estiver a ser alimentada conforme ao que se recomenda, aconselhar a mãe sobre o que fazer.

Adicionalmente, se a mãe declarar ter dificuldade com o aleitamento materno, avaliar as técnicas de amamentação e consultar o quadro referente às *CRIANÇAS COM MENOS DE 2 MESES*, no *Manual de AIDNI*.

Se necessário, mostrar à mãe a posição mais adequada e a pega correcta para o aleitamento materno.

Se a criança tiver menos de 6 meses e estiver a tomar outro tipo de leite ou alimentos:

- Fazer entender a mãe que ela é capaz de produzir todo o leite materno de que a criança necessita.
- Sugerir que amamente a criança com maior frequência e por mais tempo, de dia e de noite, e que reduza
- gradualmente outro tipo de leite ou alimentos.

Se for necessário continuar a dar outro tipo de leite, aconselhar a mãe a:

- Amamentar tanto quanto possível, inclusive à noite.
- Certificar-se que o outro tipo de leite é um substituto apropriado do leite materno (fórmula Infantil).
- Assegurar que o outro tipo de leite é preparado correcta e higienicamente e administrado em quantidades apropriadas.
- Aconselhar a mãe a usar o leite preparado no espaço de uma hora.
- Explicar à mãe os riscos de alimentação com biberão e fórmula infantil.

Se a mãe estiver a usar biberão para alimentar a criança:

- Recomendar que use um copo em vez do biberão.
- Mostrar à mãe como alimentar a criança usando um copo.

Se a criança doente não estiver a alimentar-se bem, aconselhar a mãe a:

- Amamentar com mais frequência e, se possível, por mais tempo.
- Usar os alimentos favoritos, leves, variados e apetitosos para encorajar a criança a comer tanto quanto possível.
- Dar pequenas quantidades com frequência.
- Limpar o nariz entupido se estiver a atrapalhar a alimentação.
- Esperar que o apetite melhore à medida que a criança se vai restabelecendo.

Se a criança tem pouco apetite:

- Preparar, com frequência, pequenas refeições.
- Dar leite em vez de outros líquidos, excepto quando tiver diarreia com alguma desidratação.
- Dar pequenas quantidades de comida entre as refeições.
- Dar alimentos ricos em energia.
- Verificar, com regularidade, se a boca da criança tem candidíase ou estomatite.

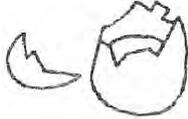
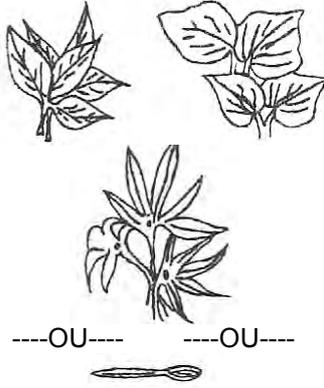
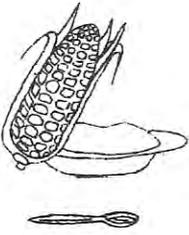
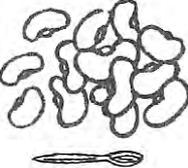
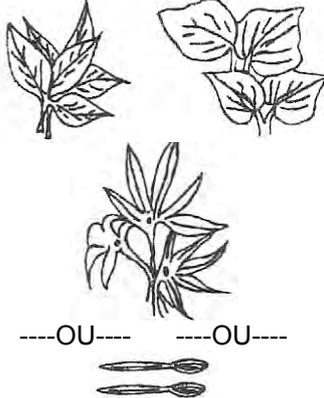
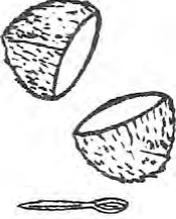
Se a criança tiver a boca inflamada ou com estomatite:

- Dar alimentos leves que não façam arder a boca, tais como ovos, puré de batata, abóbora ou abacate.
- Evitar alimentos picantes, salgados ou ácidos.
- Cortar os alimentos em pedaços pequenos.
- Dar líquidos frescos ou gelo, se estiver disponível.

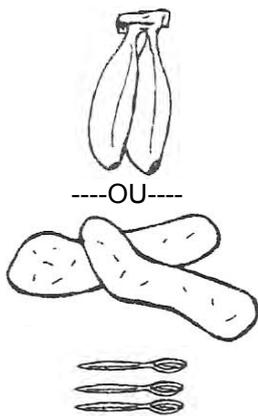
Fazer o acompanhamento de qualquer problema alimentar após 5 dias.

Tabela 8.2. Exemplos de receitas para papas enriquecidas (Fonte: MISAU/EGPAF/HAI)

É importante fazer a demonstração prática de preparação destas papinhas, juntamente com as mães e cuidadores.

Matabicho	 <p>Farinha de Mapira</p>	 <p>Ovo</p>	 <p>Folhas Verde (Feijão OU Mandioca OU Abóbora OU Couve)</p>	 <p>Amendoim OU Sementes torradas (Gergelim ou Abóbora)</p>
Lanche	 <p>Papaia OU Manga Esmagada</p>			
Almoço	 <p>Farinha de Milho</p>	 <p>Feijão Moido</p>	 <p>Folhas Verde Escuro de Feijão OU Mandioca OU Abóbora OU Couve</p>	 <p>Leite de Coco OU Oleo</p>

Lanche

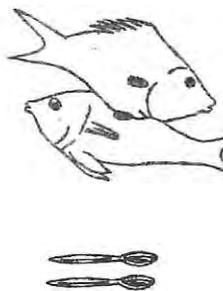


½ Banana OU Batata
Doce de Polpa
Alaragada Esmagada

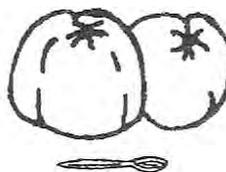
Jantar



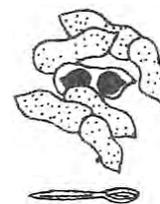
Farinha de Milho OU
Arroz



Peixe OU peixinho
Seco



Tomate



Amendoim OU
Sementes torradas
(Gergelim ou
Abobora)

Modo de Preparação

Matabicho

- Lavar as mãos
- Lavar os utensílios (panela, colher de sopa, colher de pau, pratos)
- Cozer o ovo, tirar a casca e esmagar
- Lavar as folhas, cortar fino e cozer com pouca água
- Torrar o gergelim OU amendoim e pilar até transformar-se em farinha
- Pôr a água a ferver, juntar a farinha de mapira dissolvida em água fria e deixar cozer bem
- Misturar a papa de mapira com as folhas cozidas, o ovo cozido e esmagado e o gergelim OU amendoim, deixar cozer um pouco até ficar com boa consistência
- Adicionar um pouco de açúcar (ou sal se quiser) e servir à criança
- Dar água tratada arrefecida à criança para beber depois de comer

Almoço

- Lavar as mãos
- Lavar os utensílios (panela, colher de sopa, colher de pau, pratos)
- Lavar as folhas, cortar fino e cozer com água
- Cozer o feijão e esmagar
- Ralar o côco, juntar água quente, exprimir bem e depois passar o leite pelo coador
- Pôr a água a ferver, juntar a farinha de milho dissolvida em água fria e deixar cozer bem
- Misturar a papa de milho com as folhas cozidas, o feijão cozido e o leite de côco OU óleo, deixar cozer um pouco até ficar com boa consistência
- Adicionar um pouco de açúcar (ou sal se quiser) e servir à criança
- Dar água fervida arrefecida à criança para beber depois de comer

Jantar

- Lavar as mãos
- Lavar os utensílios (panela, colher de sopa, colher de pau, pratos)
- Pilar o peixe seco até transformar-se em farinha
- Torrar e pilar o amendoim
- Tirar a casca e as sementes do tomate e esmagar
- Pôr a água a ferver e juntar a farinha de milho OU arroz dissolvido em água fria, deixar cozer bem
- Misturar a papa de milho OU arroz com peixe seco, o tomate esmagado e o amendoim, deixar cozer um pouco até ficar com boa consistência
- Adicionar um pouco de açúcar (ou sal se quiser) e servir à criança
- Dar água fervida arrefecida à criança para beber depois de comer

9.1. Visão global

O sistema de monitoria e avaliação é um componente essencial do programa de tratamento da desnutrição aguda em internamento e em ambulatório. Com boa informação de monitoria, é possível identificar atempadamente os aspectos do programa que precisam de ser melhorados, e tomar as medidas necessárias e apropriadas para fazê-lo.

A monitoria e avaliação do PRN abrange tanto a monitoria individual das crianças desnutridas, com pormenores documentados dos processos de admissão, tratamento e alta, bem como a monitoria de serviços a nível da comunidade, internamento e ambulatório. Esta informação é depois agregada e desagregada a vários níveis do sistema, e subseqüentemente analisada e reportada.

A monitoria permite medir o desempenho mensal do programa, e reportar sobre a sua efectividade, qualidade e cobertura. Para o efeito, são usados instrumentos quantitativos (por exemplo, o relatório mensal) e qualitativos (por exemplo, entrevistas com a comunidade e com os beneficiários).

Esta secção sobre o sistema de monitoria e avaliação do PRN descreve os indicadores principais, os instrumentos específicos usados, e oferece recomendações sobre a supervisão do programa.

Monitoria - Recolha e análise regular de dados e informação para apoiar o tomada de decisão atempada e assegurar uma melhor prestação de contas, bem como fornecer as bases para a avaliação e aprendizagem. Função contínua que usa a recolha sistemática de dados para fornecer atempadamente aos gestores e principais interessados do programa, indicações sobre o cumprimento do alcance dos seus objectivos.

Avaliação - analisa/mede objectivamente a relevância, desempenho e sucesso ou insucesso de programa em curso ou terminado.

9.2. Instrumentos de monitoria e avaliação do PRN

Tabela 9.2. As principais fontes de dados do PRN

#	Instrumentos	Níveis de recolha de dados		
		Comunitário	Institucional	
			TDI	TDA
1	Ficha de referências	X		
2	Multicartão		X	
3	Relatório no internamento		X	
4	Livro de registo do programa de reabilitação nutricional			X
5	Cartão do doente desnutrido			X
6	Relatório mensal do ambulatório			X
7	Ficha de controlo das visitas de seguimento das crianças no programa			X

- **Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária (Anexo 9.1):** A Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária é um instrumento com o qual o activista vai recolher informações em relação ao doente que está sendo referido e as razões que fazem com que este seja referido para a Unidade Sanitária.
- **Multicartão (nível do indivíduo):** O multicartão deve ser usado para o registo de dados clínicos e nutricionais de cada uma das crianças desnutridas no internamento (**Anexo 9.2**). Ele deve conter toda a informação necessária sobre o estado nutricional e de saúde da criança e o progresso do tratamento. Muitas vezes, porque as crianças desnutridas apresentam em simultâneo outras doenças tais como a malária, pneumonia, etc., são estas doenças que ficam

registadas na estatística da enfermaria como a principal causa de internamento, e o diagnóstico da desnutrição não é registado (fica oculto).

- **Relatório mensal do internamento:** (nível do programa): o relatório mensal no internamento vai permitir agregar os dados sobre as crianças desnutridas que estiveram internadas na enfermaria da desnutrição (**Anexo 9.3**). Com este relatório será possível analisar os indicadores de desempenho do programa, bem como a evolução do estado nutricional das crianças através do peso e tempo em que estas permanecerão em tratamento.
- **Cartão do doente desnutrido:** Sempre que o doente desnutrido se apresentar à Unidade Sanitária deve apresentar o respectivo cartão côm-de-rosa (**Anexo 9.4**). Este cartão vai permitir ao profissional fazer a monitoria individual de cada doente e registar as quantidades de produtos terapêuticos que recebe e marcar a data da próxima visita.
- **Livro de registo do programa de reabilitação nutricional (Anexo 9.5):** O livro de registo desempenha um papel muito importante no TDA. É nele onde podemos encontrar a informação rotineira de todas as crianças inscritas no programa, individualmente. Esta informação por sua vez, é agregada num relatório mensal do TDA, com o qual podemos analisar o programa como um todo.
- **Relatório mensal do Tratamento em Ambulatório (Anexo 9.6):** Este relatório contém os principais indicadores da monitoria programática que os profissionais de saúde devem recolher no livro de registo do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN) em cada final do mês. A produção destes relatórios vai permitir a cada nível de análise de informação (Unidade Sanitária, SDSMAS, DPS e MISAU) analisar o desempenho do programa na componente do TDA, através das proporções de saída por cura, abandono, óbito ou falta de recuperação total das crianças inscritas no programa, num determinado mês.
- **Ficha de Referência para Internamento/Ambulatório/Outro sector (Anexo 9.7):** Esta ficha é essencial para o cálculo da taxa de referências em estudos específicos, e são os dados contidos nela que vão determinar o tratamento que a criança recebe após ser referida do TDI para o TDA, ou vice-versa, ou do TDA de um sector para o TDA de um outro sector.

9.3. Processo de elaboração de relatórios

- No tratamento em internamento, o pessoal médico (médicos e enfermeiros) é responsável por preencher o multicartão no internamento. Depois de preenchido o multicartão as unidades sanitárias devem produzir o relatório mensal e submeter aos Serviços Distritais de Saúde Mulher e Acção Social (SDSMAS)
- O Pessoal de Saúde afecto nas CCR e Consulta de Doenças Crónicas é responsável pelo seguimento da evolução do estado nutricional e de saúde das crianças que estão no TDA. Toda a informação relativa a cada criança, deve ser registada no respectivo livro de registo. No final de cada mês, a Unidade Sanitária deve compilar os relatórios mensais provenientes das diferentes consultas e submeter aos SDSMAS. Estes por sua vez submetem à província, e esta agrega toda a informação na base de dados e submete ao MISAU.

No nível provincial, todos os relatórios dos diferentes distritos devem ser compilados na base de dados do PRN, que podem ser desagregados por distritos.

- O fluxo de informação de monitoria e avaliação está ilustrado no **Anexo 9.8**.

9.4. Indicadores no PRN

Indicadores são parâmetros qualificados e quantificados que servem como padrões de acompanhamento, desempenho ou efeito dos componentes do programa, passíveis de serem comprovados, segundo as informações contidas nas fontes de verificação.

Os indicadores que medem o desempenho de serviços do PRN podem ser agrupados em três categorias:

Indicadores de rendimento: indicam se um serviço do PRN completou as actividades planeadas, necessárias para alcançar os objectivos estabelecidos. São medidos como números.

Indicadores de processo: medem directamente o desempenho de processos chave, que neste caso referem-se ao processo de tratamento do PRN.

Indicadores de resultado: indicam se um serviço do PRN alcançou os seus objectivos e resultados pretendidos. São medidos como percentagens.

9.4.1. Indicadores de rendimento

Indicadores mensais de rendimento:

- Número de unidades funcionais de cuidados de internamento e de ambulatório (ou número de unidades sanitárias com cuidados de internamento e/ou de ambulatório)
- Número de provedores de cuidados formados em tratamento em ambulatório e referências de casos, com base nos protocolos mais actualizados
- Número de trabalhadores de saúde comunitários formados em mobilização comunitária
- Número de comunidades mobilizadas
- Relatório quanto ao uso de F75, F100, ReSoMal, CMV, ATPU, MAE
- Número total de admissões de casos novos
- Número total de crianças em tratamento no fim do mês

9.4.2. Indicadores de processo

Indicadores de processo podem ser medidos de forma regular (mensalmente) e/ou irregular (periodicamente, através de estudos específicos), dependendo da capacidade.

Barreiras ao acesso e utilização dos serviços

Avaliar esta informação pode ajudar a identificar problemas referentes ao conhecimento, atitudes e práticas relativas à desnutrição e utilização de serviços de saúde, e ajudar a determinar áreas em que é preciso aumentar o apoio, capacitação e mobilização. Pode também ajudar a refinar as mensagens chave em relação às mudanças social e de comportamento, e à comunicação.

Causa de morte

Avaliar esta informação pode ajudar a identificar problemas com o uso de protocolos de tratamento, e determinar as áreas nas quais pode ser preciso aumentar o apoio, capacitação e supervisão.

Razões para faltas às visitas de seguimento, abandonos e falta de resposta ao tratamento

Compilação desta informação pode ajudar a identificar as razões comuns para abandonos ou falta de resposta ao tratamento, e para tal é necessário que haja uma forte ligação entre unidade sanitária e trabalhadores de saúde comunitários. Razões para falta de resposta podem incluir alta prevalência de TB e/ou HIV, partilha de alimentos terapêuticos com a família, ou acesso fraco a água e saneamento. Esta informação pode indicar uma necessidade em estabelecer vínculos mais fortes com outros sectores. Também é importante entender as razões que levam ao abandono do tratamento, barreiras para o acesso aos serviços e/ou mortes não registadas.

Reincidência de episódios de desnutrição após a alta

Esta informação pode ajudar os planeadores de serviços a entenderem as situações a nível do domicílio do doente, onde podem ser necessárias intervenções para evitar taxas altas de reincidência. Altas taxas de reincidência também podem indicar que as crianças têm alta precocemente. Reincidências são registadas no cartão de tratamento do doente e podem ser contadas mensalmente ou periodicamente através desses cartões.

Tempo médio de estadia de curados

Tempo de estadia é o período em número de dias pelo qual uma criança passa em tratamento para DAG, desde a admissão até à alta. O tempo de estadia em ambulatório é longo normalmente, e pode levar até 60 dias, mas é esperado que este tempo seja mais curto em internamento. É preciso ter em conta que uma criança pode passar pelos dois serviços.

O tempo médio de estadia reflecte a eficácia dos serviços do PRN e é melhor avaliado quando desagregado por uso de serviço (isto é, TDA apenas, TDI apenas, ambos TDA e TDI). Um tempo médio de estadia longo pode ser o resultado de, por exemplo, uma proporção alta de crianças que não recuperam totalmente, faltas frequentes às visitas de seguimento, abandono, partilha de ATPU, e/ou complicações médicas não resolvidas. Um tempo médio de estadia curto pode indicar que as crianças têm alta precocemente, e isto, por sua vez, pode ser uma possível causa de uma alta taxa de reincidências.

O tempo médio de estadia é calculado em uma amostra de crianças que têm alta por cura de casos de marasmo e kwashiorkor separadamente, como a soma do tempo de estadia de todas as crianças da amostra dividido pelo número de crianças na amostra.

$$\text{Tempo médio de estadia} = \frac{\text{Soma de tempos de estadia}}{\text{Número de crianças}}$$

Ganho de peso médio de curados

No ambulatório, é esperado que o ganho de peso médio seja > 4 g/kg/dia, enquanto que para aqueles que atingem os critérios de alta no internamento, é esperado que o ganho de peso médio seja melhor (sendo que as refeições são monitoradas e há uma chance menor de partilha ou consumo de outros alimentos que possam interferir com a dietoterapia). Ganho de peso médio baixo pode indicar, por exemplo, faltas frequentes, abandono, tratamento ineficaz, partilha de ATPU, ou aderência fraca ao protocolo de tratamento.

Ganho de peso médio é calculado numa amostra de crianças que têm altas por cura de casos de marasmo ou kwashiorkor separadamente, como a soma de ganhos de peso dividido pelo número de crianças na amostra.

$$\text{Ganho de peso diário (g/kg/dia)} = \frac{[(\text{peso no momento de alta em g} - \text{peso mínimo em g}) / (\text{peso mínimo em kg} \times \text{número de dias entre peso mínimo e dia de alta})]}{1}$$

$$\text{Ganho de peso médio diário} = \frac{\text{soma de ganhos de peso (g/kg/dia)}}{\text{Número de crianças}}$$

Taxa de referência

As crianças em tratamento podem ser transferidas do TDA para o TDI conforme o protocolo de acção de tratamento em ambulatório (veja secção 4.6. **Monitoria individual durante as consultas de seguimento na Unidade Sanitária**), ou do TDI para outro sector de cuidados especializados quando a condição do doente deteriora ou quando a criança não responde ao tratamento. Após o tratamento da complicação médica, a criança deve retornar ao TDI e/ou TDA para continuar o tratamento da desnutrição aguda. Isto significa que, a criança não teve alta do PRN, mas saiu temporariamente do respectivo local de tratamento.

A taxa de referência dá-nos informação sobre a gravidade dos casos que são admitidos e/ou falta de resposta ao tratamento e, portanto, destaca as fraquezas do sistema de cuidados de saúde (por exemplo, identificação tardia dos casos, qualidade dos cuidados de saúde, endemias).

$$\text{Taxa de referência: } \frac{\text{Número de crianças referidas durante o período de reportagem}}{\text{Número de crianças em tratamento durante o período de reportagem}}$$

9.4.3. Indicadores de resultado

Indicadores de resultado mensais

- % de saídas por cura
= Proporção de crianças que saem do programa porque atingem os critérios de alta (DP P/E ou IMC/Idade \geq -1 em 2 visitas consecutivas), de todas as crianças que saem do programa*
- % de saídas por abandono

= Proporção de crianças que saem do programa porque abandonam o tratamento (faltam em 2 visitas consecutivas), de todas as crianças que saem do programa*

- % de saídas por óbito
- = Proporção de crianças que saem do programa porque morrem, de todas as crianças que saem do programa*
- % de saídas por falta de recuperação total
= proporção de crianças que saem do programa porque não atingem os critérios de alta após 2 ou 4 meses de tratamento em TDI ou TDA, respectivamente, sem causa aparente identificada, de todas as crianças que saem do programa*

* Total de saídas = curados + abandonos + óbitos + não recuperados totalmente

Nota: Estes indicadores só são calculados nos relatórios mensais do TDI se as crianças ou adolescentes permanecerem no TDI até atingirem os critérios de alta e recuperarem-se totalmente, e se o número total de saídas for superior a 10. Senão, os indicadores de resultado devem ser mantidos em proporções e não em percentagens.

Indicador de resultado periódico

Cobertura: é um indicador que expressa a disponibilidade de serviços, acesso, e utilização. Indica o quão acessível e utilizado um serviço é. É necessário um estudo específico para estudar a cobertura dos serviços do PRN.

$$\text{Cobertura} = \frac{\text{Número de crianças tratadas}}{\text{Número de crianças elegíveis para tratamento}}$$

9.5. Processamento, análise e armazenamento de dados

Processamento de dados consiste em extrair informação de dados.

A análise de dados refere-se ao modo como a informação é interpretada e como se acede aos resultados. Para cada nível de fluxo de informação pode-se definir a análise a ser feita. O processamento e armazenamento de dados será feita em duas bases de dados já identificadas para o uso no programa:

- 1) Base de dados do PRN
- 2) Base de dados de Monitoramento do Peso e Tempo Médio de Estadia

9.5.1. Base de dados do PRN

A base de dados do PRN contém os principais indicadores de resultado do programa, ou seja os indicadores da monitoria rotineira do programa. Esta base de dados estará disponível a nível distrital, provincial e central. Depois dos dados serem processados nesta base de dados, cada nível poderá fazer a sua própria análise. Nesta base de dados, a análise pode ser feita em gráficos e em tabelas, permitindo a cada nível analisar o programa em função dos principais indicadores de desempenho do programa, tais como, as proporções de saída por cura, abandono, óbito ou falta de recuperação total, e compará-las com os valores de referência da **Tabela 9.1**.

Embora a sua frequência não seja regular, o ganho de peso e o tempo médio de estadia no programa podem ser recolhidos e processados na base de dados de monitoramento do peso e tempo média de estadia. Com base na informação extraída, pode-se fazer várias análises, tais como, comparar o ganho médio do peso em crianças duma determinada localidade com a taxa mínima aceitável, bem como comparar o ganho de peso e o tempo de estadia entre duas unidades sanitárias do mesmo distrito. Isto poderá ajudar a perceber as razões que possam estar por detrás de umas unidades sanitárias terem um tempo médio de estadia e ganho de peso superiores ou inferiores ao mínimo aceitável no programa.

9.6. Supervisão

Os supervisores são responsáveis por assegurar a gestão plena do programa e a qualidade global do mesmo. O supervisor deve ser capaz de anotar os erros e corrigi-los bem como abordar quaisquer questões que surjam no programa. As visitas de supervisão podem ser realizadas pela equipa de gestão de saúde a nível distrital ou provincial e pode ser parte de uma visita integrada de supervisão (MISAU/ UNICEF/ ONG de apoio).

Os supervisores devem ser responsáveis por assegurar que os formulários sejam preenchidos e arquivados correctamente. As visitas de supervisão devem incluir a revisão do multicartão no internamento e o Livro de Registo do PRN no tratamento em ambulatório, e, em particular, os processos de crianças que tenham morrido, abandonado ou não recuperado totalmente. O supervisor deve verificar se o protocolo e o tratamento para as crianças registadas no internamento estão a ser realizados correctamente. Para o caso do tratamento em ambulatório, o supervisor deve verificar se a **Figura 1.2. Manejo da Desnutrição Aguda (Crianças dos 0 – 15 anos)** está sendo devidamente seguida para que os casos sejam transferidos e acompanhados onde seja apropriado.

A revisão regular dos cartões e das fichas de registo do pessoal da Unidade Sanitária durante as visitas de supervisão e em outras oportunidades, irá assegurar o seguimento dos procedimentos correctos.

Os supervisores devem trabalhar em estreita colaboração com:

- **Tratamento no internamento:** médicos, enfermeiras
- **Tratamento em ambulatório:** técnicos de saúde, supervisores de saúde da brigada integrada

10.1. Introdução

Logística é a parte do Gerenciamento da Cadeia de Abastecimento que planifica, implementa e controla o fluxo e armazenamento eficiente e económico de matérias-primas, materiais semi-acabados e produtos acabados, bem como as informações a eles relativas, desde o ponto de origem até o ponto de consumo, com o propósito de atender às exigências dos clientes.

Os objectivos dum sistema logístico nos programas que tratam a desnutrição aguda são:

- Elaborar uma estimativa das necessidades desses produtos.
- Organizar o levantamento das quantidades apropriadas dos produtos para tratar a desnutrição aguda de acordo com o plano de necessidades.
- Organizar o processo de distribuição dos produtos para tratar todas as crianças desnutridas integradas no programa.
- Monitorar o uso dos produtos usados na reabilitação nutricional.

Os produtos utilizados no tratamento da desnutrição aguda são:

1. F75
2. F100
3. ATPU
4. MAE
5. ReSoMal

10.2. Responsabilidade dos Vários Sectores

10.2.1. Unidades Sanitárias (U.S.)

- Receber e armazenar correctamente os produtos nutricionais terapêuticos para o tratamento da desnutrição aguda.
- Controlar diariamente os stocks de produtos nutricionais terapêuticos para reduzir as chances de roubo e para descartar os produtos em deterioração.
- Recolher os dados necessários para preencher o Relatório mensal de gestão de produtos nutricionais terapêuticos para o tratamento da desnutrição aguda, apresentado no **Anexo 10.1**, incluindo:
 - Stock inicial
 - Quantidade recebida no mês em reportagem
 - Quantidade consumida no mês em reportagem
 - Quantidade perdida no mês em reportagem
 - Stock final no fim do mês

10.2.2. Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS)

- Disponibilizar espaço apropriado, recursos humanos e um sistema administrativo para manuseamento e armazenamento dos produtos para tratar a desnutrição aguda.
- Coordenar com a DPS em relação à quantidade, locais e períodos de entrega dos produtos;
- Antes do levantamento ou da recepção dos produtos, verificar as condições de conservação dos mesmos e a data de validade, de modo a assegurar que a validade cobre todo o período de distribuição e consumo previstos;
- Organizar a entrega regularmente das quantidades apropriadas dos produtos para as Unidades Sanitárias (US);

- Assegurar não só a remoção e destruição dos produtos em deterioração, como também a recolha, validação e compilação dos seguintes dados de monitoria
 - Stock inicial
 - Quantidade recebida no mês em reportagem
 - Quantidade consumida no mês em reportagem
 - Quantidade perdida no mês em reportagem
 - Stock final no fim do mês
- Supervisar a gestão, distribuição e controlo apropriados dos produtos pelas U.S.'s, registar irregularidades e/ou fraquezas, e deixar recomendações para melhoria.
- Realizar visitas de supervisão às U.S.'s de acordo com o plano de monitoria preparado pelos SDSMAS

10.2.3. Direcção Provincial de Saúde (DPS)

- Estabelecer um plano anual de necessidades de produtos terapêuticos, tendo em conta a realidade de cada Distrito;
- Garantir a segurança de qualidade na implementação dos protocolos para tratamentos nutricionais e de saúde para a reabilitação nutricional das crianças menores de cinco anos com desnutrição aguda moderada (incluindo os critérios de selecção).
- Em coordenação com os SDSMAS, registar e monitorar a quantidade, locais e períodos de entrega dos produtos para tratar a desnutrição aguda.
- Consolidar e verificar os relatórios dos SDSMAS e enviá-los ao MISAU.
- Realizar visitas de supervisão às USs juntamente com os colegas dos SDSMAS de acordo com o plano de supervisão traçado mutuamente.

10.2.4. Ministério da Saúde (MISAU)

- Consolidar mensalmente os relatórios recebidos das DPSs de acordo com o formato de relatório.
- Investigar as mudanças e irregularidades verificadas.
- Agregar e analisar os planos provinciais das necessidades de produtos terapêuticos e produzir um plano anual global;
- Submeter ao plano anual a discussão com os parceiros

10.3. Plano de produtos usados no tratamento da desnutrição

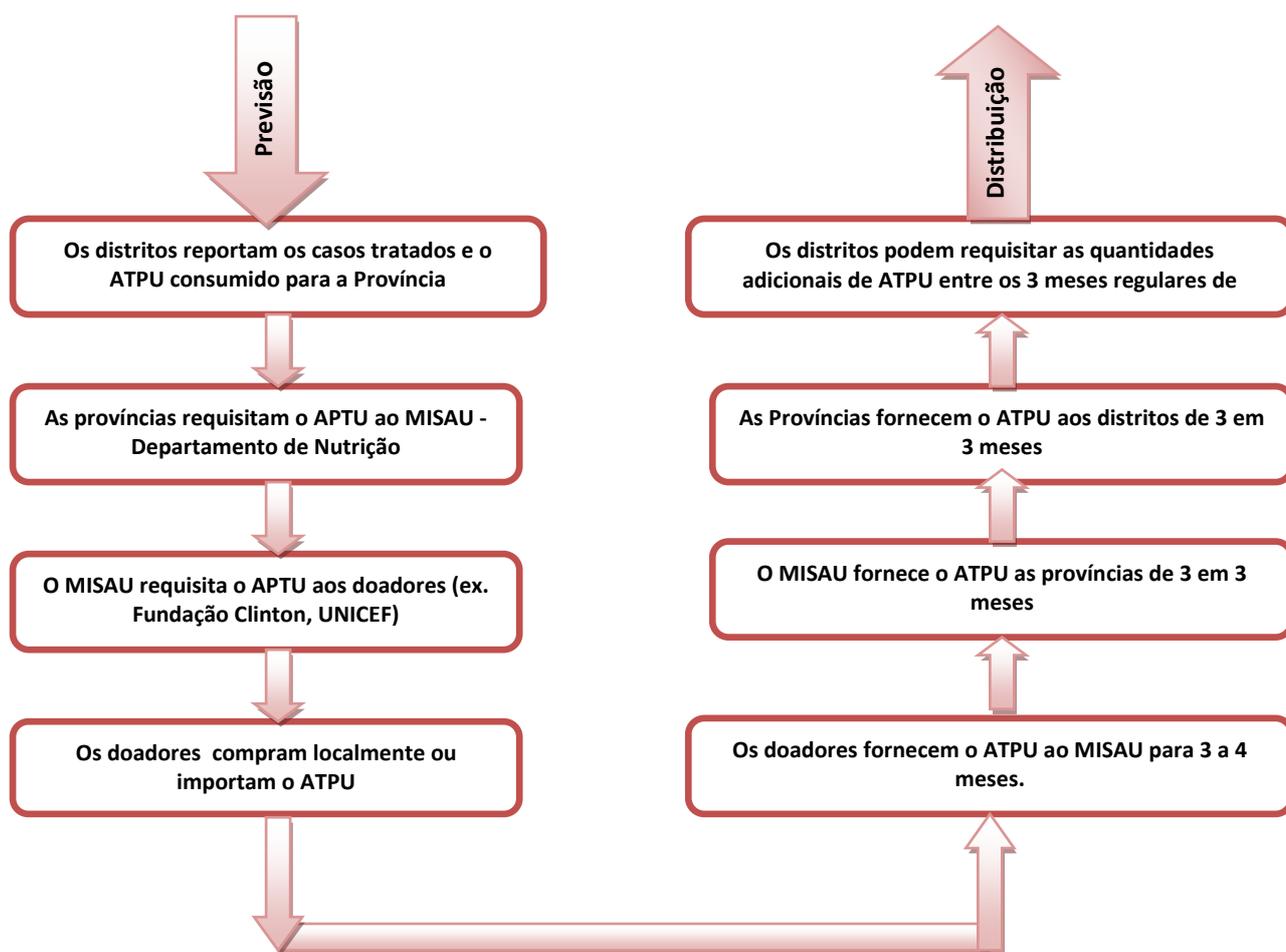
Todas as províncias devem ser capazes de elaborar um plano anual das necessidades de produtos terapêuticos que vão necessitar ao longo do ano. Este exercício de planificação vai permitir que o MISAU a nível central esboce o plano nacional que inclua as necessidades de todo o país. Vide **Anexo 10.2** para um exemplo de um plano de necessidades de produtos terapêuticos.

Para a elaboração do plano anual as províncias tem que ter em conta os seguintes indicadores:

- N.º da população da província desagregada por distritos
- Prevalência da desnutrição aguda grave e moderada
- Cobertura situada entre 50% e 70% dependendo das condições de cada distrito

Depois da produção do plano anual que inclua todas as províncias e distritos do país, o MISAU vai efectuar a distribuição destes produtos obedecendo o esquema a seguir apresentado.

Figura 10.1. Esquema da distribuição



10.4. Gestão de produtos terapêuticos

Depois de garantir a disponibilidade dos produtos nutricionais terapêuticos nas unidades sanitárias, é necessário que seja feita a gestão rotineira destes. Para tal, todas as unidades sanitárias de um distrito devem produzir relatórios mensais de gestão de produtos nutricionais terapêuticos, e disponibilizá-los ao responsável de nutrição distrital. O responsável de nutrição distrital deve agregar os dados de todas as unidades sanitárias da sua jurisdição e canalizar para o nível provincial – DPS. Por sua vez o responsável provincial de nutrição é responsável pela agregação de todos os dados dos distritos da sua província e por submetê-los para o nível central – MISAU.

Esta gestão de rotina é essencial pois, sem ela, há uma grande probabilidade de acontecerem rupturas de stock, impossibilitando assim a eficácia do programa.

Recomenda-se que depois de consumido 80% destes produtos, se emita uma nova requisição; isto quer dizer que 20% de stock é quantidade mínima de alerta para efectuar a próxima requisição, de modo a evitar ruptura de stock de produtos nutricionais terapêuticos.

Esta gestão será feita numa base de dados de gestão de produtos nutricionais terapêuticos usados no tratamento da desnutrição aguda.

Com os dados a serem lançados aos níveis da Província e do Distrito, o PRN dispõe de uma base de dados para a gestão destes produtos, contendo os seguintes campos:

- Stock inicial
- Quantidade recebida no mês em reportagem

- Quantidade consumida no mês em reportagem
- Quantidade perdida no mês em reportagem
- Stock final no fim do mês

Anexos

ANEXO 1.1. TABELA DE DP DO P/C PARA RAPARIGAS	123
ANEXO 1.2. TABELA DE DP DO P/C PARA RAPAZES	124
ANEXO 1.3. TABELA DE DP DO P/A PARA RAPARIGAS	125
ANEXO 1.4. TABELA DE DP DO P/A PARA RAPAZES	126
ANEXO 1.5. TABELA DE DP DO IMC/IDADE PARA RAPARIGAS	127
ANEXO 1.6. TABELA DE DP DO IMC/IDADE PARA RAPAZES.....	128
ANEXO 1.7. TABELA DE ORIENTAÇÃO PARA DETERMINAR O PESO ALVO.....	129
ANEXO 1.8. INSTRUÇÕES PARA ARREDONDAR NÚMEROS	130
ANEXO 3.1. RECEITAS ALTERNATIVAS PARA PREPARAR F75, F100 E ReSOMAL USANDO MISTURA DE VITAMINAS E MINERAIS (DO INGLÊS <i>COMBINED MINERAL AND VITAMIN COMPLEX, CMV</i>)	131
ANEXO 3.2. TRATAMENTO NUTRICIONAL	134
ANEXO 3.3. PREPARAÇÃO DE LEITES TERAPÊUTICOS COM OS PACOTES ANTIGOS DE F75 E F100.....	139
ANEXO 8.1. UNIDADES DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL (URN): FICHA MENSAL DE CONTROLE DAS ACTIVIDADES.....	140
ANEXO 8.2. ALGUMAS IDEIAS PARA FAZER BRINQUEDOS COM MATERIAIS LOCAIS PARA ESTIMULAÇÃO PSICO-MOTORA E SOCIAL....	143
ANEXO 9.1. FICHA DE REFERÊNCIA DA COMUNIDADE PARA A UNIDADE SANITÁRIA	145
ANEXO 9.2. MULTICARTÃO DE TRATAMENTO TERAPÊUTICO PARA DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE	147
ANEXO 9.3. RELATÓRIO MENSAL DO TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE NO INTERNAMENTO.....	148
ANEXO 9.4. CARTÃO DO DOENTE DESNUTRIDO.....	151
ANEXO 9.5. LIVRO DE REGISTO DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL	153
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO (CRIANÇAS DOS 6 MESES AOS 15 ANOS)	153
<i>Annexo 9.5.1. Livro de Registo do PRN: Crianças dos 6 aos 59 meses.....</i>	<i>154</i>
<i>Annexo 9.5.2. Livro de Registo do PRN: Crianças e Adolescentes dos 5 aos 15 anos</i>	<i>156</i>
ANEXO 9.6. RELATÓRIO MENSAL DO TRATAMENTO EM AMBULATÓRIO (CRIANÇAS E ADOLESCENTES 6 MESES AOS 15 ANOS)	158
ANEXO 9.7. FICHA DE REFERÊNCIA PARA INTERNAMENTO / AMBULATÓRIO / OUTRO SECTOR.....	161
ANEXO 9.8. FLUXO DE INFORMAÇÃO DE MONITORIA E AVALIAÇÃO DO PRN.....	163
ANEXO 10.1. RELATÓRIO MENSAL – PRODUTOS NUTRICIONAIS TERAPÊUTICOS PARA O TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO AGUDA.....	164
ANEXO 10.2. EXEMPLO DE UM PLANO DE NECESSIDADES DE ATPU PARA CRIANÇAS COM DAG.....	165

Anexo 1.1. Tabela de DP do P/C para RAPARIGAS



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde



Tabela de Peso para Comprimento para Raparigas dos 0-23 meses de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
45	$\geq 2,3$	2,1 - 2,2	1,9 - 2	$< 1,9$
46	$\geq 2,4$	2,2 - 2,3	2 - 2,1	< 2
47	$\geq 2,6$	2,4 - 2,5	2,2 - 2,3	$< 2,2$
48	$\geq 2,7$	2,5 - 2,6	2,3 - 2,4	$< 2,3$
49	$\geq 2,9$	2,6 - 2,8	2,4 - 2,5	$< 2,4$
50	$\geq 3,1$	2,8 - 3	2,6 - 2,7	$< 2,6$
51	$\geq 3,3$	3 - 3,2	2,8 - 2,9	$< 2,8$
52	$\geq 3,5$	3,2 - 3,4	2,9 - 3,1	$< 2,9$
53	$\geq 3,7$	3,4 - 3,6	3,1 - 3,3	$< 3,1$
54	$\geq 3,9$	3,6 - 3,8	3,3 - 3,5	$< 3,3$
55	$\geq 4,2$	3,8 - 4,1	3,5 - 3,7	$< 3,5$
56	$\geq 4,4$	4 - 4,3	3,7 - 3,9	$< 3,7$
57	$\geq 4,6$	4,3 - 4,5	3,9 - 4,2	$< 3,9$
58	$\geq 4,9$	4,5 - 4,8	4,1 - 4,4	$< 4,1$
59	$\geq 5,1$	4,7 - 5	4,3 - 4,6	$< 4,3$
60	$\geq 5,4$	4,9 - 5,3	4,5 - 4,8	$< 4,5$
61	$\geq 5,6$	5,1 - 5,5	4,7 - 5	$< 4,7$
62	$\geq 5,8$	5,3 - 5,7	4,9 - 5,2	$< 4,9$
63	≥ 6	5,5 - 5,9	5,1 - 5,4	$< 5,1$
64	$\geq 6,3$	5,7 - 6,2	5,3 - 5,6	$< 5,3$
65	$\geq 6,5$	5,9 - 6,4	5,5 - 5,8	$< 5,5$
66	$\geq 6,7$	6,1 - 6,6	5,6 - 6	$< 5,6$
67	$\geq 6,9$	6,3 - 6,8	5,8 - 6,2	$< 5,8$
68	$\geq 7,1$	6,5 - 7	6 - 6,4	< 6
69	$\geq 7,3$	6,7 - 7,2	6,1 - 6,6	$< 6,1$
70	$\geq 7,5$	6,9 - 7,4	6,3 - 6,8	$< 6,3$
71	$\geq 7,7$	7 - 7,6	6,5 - 6,9	$< 6,5$
72	$\geq 7,8$	7,2 - 7,7	6,6 - 7,1	$< 6,6$
73	≥ 8	7,4 - 7,9	6,8 - 7,3	$< 6,8$
74	$\geq 8,2$	7,5 - 8,1	6,9 - 7,4	$< 6,9$
75	$\geq 8,4$	7,7 - 8,3	7,1 - 7,6	$< 7,1$
76	$\geq 8,5$	7,8 - 8,4	7,2 - 7,7	$< 7,2$
77	$\geq 8,7$	8 - 8,6	7,4 - 7,9	$< 7,4$
78	$\geq 8,9$	8,2 - 8,8	7,5 - 8,1	$< 7,5$
79	$\geq 9,1$	8,3 - 9	7,7 - 8,2	$< 7,7$
80	$\geq 9,2$	8,5 - 9,1	7,8 - 8,4	$< 7,8$
81	$\geq 9,4$	8,7 - 9,3	8 - 8,6	< 8
82	$\geq 9,6$	8,8 - 9,5	8,2 - 8,7	$< 8,2$
83	$\geq 9,8$	9 - 9,7	8,3 - 8,9	$< 8,3$
84	$\geq 10,1$	9,2 - 10	8,5 - 9,1	$< 8,5$
85	$\geq 10,3$	9,4 - 10,2	8,7 - 9,3	$< 8,7$
86	$\geq 10,5$	9,7 - 10,4	8,9 - 9,6	$< 8,9$
87	$\geq 10,7$	9,9 - 10,6	9,1 - 9,8	$< 9,1$
88	≥ 11	10,1 - 10,9	9,3 - 10	$< 9,3$
89	$\geq 11,2$	10,3 - 11,1	9,5 - 10,2	$< 9,5$
90	$\geq 11,4$	10,5 - 11,3	9,7 - 10,4	$< 9,7$

Mede-se o comprimento em crianças menores de 2 anos de idade ou com um comprimento menor de 87 cm.
Mede-se a altura em crianças de 2 anos ou mais de idade ou com um comprimento igual ou superior a 87 cm.
Existe uma tabela para raparigas e outra para rapazes, não se pode confundir as duas.

Como usar a Tabela de P/C - Exemplo:

A Maria tem 12 meses e tem um comprimento igual a 55 cm e pesa 3,6 kg.

1. Procure na tabela das raparigas o comprimento de 55 cm.
2. Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal (da esquerda para direita), o peso da Maria.
3. Vai verificar que 3,6 kg está entre 3,5 e 3,7 na classificação de desnutrição aguda moderada.

Anexo 1.2. Tabela de DP do P/C para RAPAZES



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde



Tabela de Peso para Comprimento para Rapazes dos 0-23 meses de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2006)

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
45	$\geq 2,2$	2 - 2,1	1,9	$< 1,9$
46	$\geq 2,4$	2,2 - 2,3	2 - 2,1	< 2
47	$\geq 2,5$	2,3 - 2,4	2,1 - 2,2	$< 2,1$
48	$\geq 2,7$	2,5 - 2,6	2,3 - 2,4	$< 2,3$
49	$\geq 2,9$	2,6 - 2,8	2,4 - 2,5	$< 2,4$
50	≥ 3	2,8 - 2,9	2,6 - 2,7	$< 2,6$
51	$\geq 3,2$	3 - 3,1	2,7 - 2,9	$< 2,7$
52	$\geq 3,5$	3,2 - 3,4	2,9 - 3,1	$< 2,9$
53	$\geq 3,7$	3,4 - 3,6	3,1 - 3,3	$< 3,1$
54	$\geq 3,9$	3,6 - 3,8	3,3 - 3,5	$< 3,3$
55	$\geq 4,2$	3,8 - 4,1	3,6 - 3,7	$< 3,6$
56	$\geq 4,4$	4,1 - 4,3	3,8 - 4	$< 3,8$
57	$\geq 4,7$	4,3 - 4,6	4 - 4,2	< 4
58	≥ 5	4,6 - 4,9	4,3 - 4,5	$< 4,3$
59	$\geq 5,3$	4,8 - 5,2	4,5 - 4,7	$< 4,5$
60	$\geq 5,5$	5,1 - 5,4	4,7 - 5	$< 4,7$
61	$\geq 5,8$	5,3 - 5,7	4,9 - 5,2	$< 4,9$
62	≥ 6	5,6 - 5,9	5,1 - 5,5	$< 5,1$
63	$\geq 6,2$	5,8 - 6,1	5,3 - 5,7	$< 5,3$
64	$\geq 6,5$	6 - 6,4	5,5 - 5,9	$< 5,5$
65	$\geq 6,7$	6,2 - 6,6	5,7 - 6,1	$< 5,7$
66	$\geq 6,9$	6,4 - 6,8	5,9 - 6,3	$< 5,9$
67	$\geq 7,1$	6,6 - 7	6,1 - 6,5	$< 6,1$
68	$\geq 7,3$	6,8 - 7,2	6,3 - 6,7	$< 6,3$
69	$\geq 7,6$	7 - 7,5	6,5 - 6,9	$< 6,5$
70	$\geq 7,8$	7,2 - 7,7	6,6 - 7,1	$< 6,6$
71	≥ 8	7,4 - 7,9	6,8 - 7,3	$< 6,8$
72	$\geq 8,2$	7,6 - 8,1	7 - 7,5	< 7
73	$\geq 8,4$	7,7 - 8,3	7,2 - 7,6	$< 7,2$
74	$\geq 8,6$	7,9 - 8,5	7,3 - 7,8	$< 7,3$
75	$\geq 8,8$	8,1 - 8,7	7,5 - 8	$< 7,5$
76	$\geq 8,9$	8,3 - 8,8	7,6 - 8,2	$< 7,6$
77	$\geq 9,1$	8,4 - 9	7,8 - 8,3	$< 7,8$
78	$\geq 9,3$	8,6 - 9,2	7,9 - 8,5	$< 7,9$
79	$\geq 9,5$	8,7 - 9,4	8,1 - 8,6	$< 8,1$
80	$\geq 9,6$	8,9 - 9,5	8,2 - 8,8	$< 8,2$
81	$\geq 9,8$	9,1 - 9,7	8,4 - 9	$< 8,4$
82	≥ 10	9,2 - 9,9	8,5 - 9,1	$< 8,5$
83	$\geq 10,2$	9,4 - 10,1	8,7 - 9,3	$< 8,7$
84	$\geq 10,4$	9,6 - 10,3	8,9 - 9,5	$< 8,9$
85	$\geq 10,6$	9,8 - 10,5	9,1 - 9,7	$< 9,1$
86	$\geq 10,8$	10 - 10,7	9,3 - 9,9	$< 9,3$
87	$\geq 11,1$	10,2 - 11	9,5 - 10,1	$< 9,5$
88	$\geq 11,3$	10,5 - 11,2	9,7 - 10,4	$< 9,7$
89	$\geq 11,5$	10,7 - 11,4	9,9 - 10,6	$< 9,9$
90	$\geq 11,8$	10,9 - 11,7	10,1 - 10,8	$< 10,1$

Mede-se o comprimento em crianças menores de 2 anos de idade ou com um comprimento menor de 87 cm. Mede-se a altura em crianças de 2 anos ou mais de idade ou com um comprimento igual ou superior a 87 cm. Existe uma tabela para raparigas e outra para rapazes, não se pode confundir as duas.

Como usar a Tabela de P/C - Exemplo:

O José tem 16 meses, tem um comprimento igual a 71cm e pesa 8,2 kg.

1. Procure na tabela dos rapazes a altura de 71 cm.

2. Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal (da esquerda para direita), o peso do José. Vai verificar que 8,2 kg está acima de 8kg que é o limite na classificação de estado normal.

Anexo 1.3. Tabela de DP do P/A para RAPARIGAS



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde



Tabela de Peso para Altura para Raparigas dos 24-60 meses de Idade
(Organização Mundial da Saúde, 2006)

Altura (cm)	Normal P/A ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/A ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/A ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/A < -3 DP (kg)
65	≥ 6,6	6,1 - 6,5	5,6 - 6	< 5,6
66	≥ 6,8	6,3 - 6,7	5,8 - 6,2	< 5,8
67	≥ 7	6,4 - 6,9	5,9 - 6,3	< 5,9
68	≥ 7,2	6,6 - 7,1	6,1 - 6,5	< 6,1
69	≥ 7,4	6,8 - 7,3	6,3 - 6,7	< 6,3
70	≥ 7,6	7 - 7,5	6,4 - 6,9	< 6,4
71	≥ 7,8	7,1 - 7,7	6,6 - 7	< 6,6
72	≥ 8	7,3 - 7,9	6,7 - 7,2	< 6,7
73	≥ 8,1	7,5 - 8	6,9 - 7,4	< 6,9
74	≥ 8,3	7,6 - 8,2	7 - 7,5	< 7
75	≥ 8,5	7,8 - 8,4	7,2 - 7,7	< 7,2
76	≥ 8,7	8 - 8,6	7,3 - 7,9	< 7,3
77	≥ 8,8	8,1 - 8,7	7,5 - 8	< 7,5
78	≥ 9	8,3 - 8,9	7,6 - 8,2	< 7,6
79	≥ 9,2	8,4 - 9,1	7,8 - 8,3	< 7,8
80	≥ 9,4	8,6 - 9,3	7,9 - 8,5	< 7,9
81	≥ 9,6	8,8 - 9,5	8,1 - 8,7	< 8,1
82	≥ 9,8	9 - 9,7	8,3 - 8,9	< 8,3
83	≥ 10	9,2 - 9,9	8,5 - 9,1	< 8,5
84	≥ 10,2	9,4 - 10,1	8,6 - 9,3	< 8,6
85	≥ 10,4	9,6 - 10,3	8,8 - 9,5	< 8,8
86	≥ 10,7	9,8 - 10,6	9 - 9,7	< 9
87	≥ 10,9	10 - 10,8	9,2 - 9,9	< 9,2
88	≥ 11,1	10,2 - 11	9,4 - 10,1	< 9,4
89	≥ 11,4	10,4 - 11,3	9,6 - 10,3	< 9,6
90	≥ 11,6	10,6 - 11,5	9,8 - 10,5	< 9,8
91	≥ 11,8	10,9 - 11,7	10 - 10,8	< 10
92	≥ 12	11,1 - 11,9	10,2 - 11	< 10,2
93	≥ 12,3	11,3 - 12,2	10,4 - 11,2	< 10,4
94	≥ 12,5	11,5 - 12,4	10,6 - 11,4	< 10,6
95	≥ 12,7	11,7 - 12,6	10,8 - 11,6	< 10,8
96	≥ 12,9	11,9 - 12,8	10,9 - 11,8	< 10,9
97	≥ 13,2	12,1 - 13,1	11,1 - 12	< 11,1
98	≥ 13,4	12,3 - 13,3	11,3 - 12,2	< 11,3
99	≥ 13,7	12,5 - 13,6	11,5 - 12,4	< 11,5
100	≥ 13,9	12,8 - 13,8	11,7 - 12,7	< 11,7
101	≥ 14,2	13 - 14,1	12 - 12,9	< 12
102	≥ 14,5	13,3 - 14,4	12,2 - 13,2	< 12,2
103	≥ 14,7	13,5 - 14,6	12,4 - 13,4	< 12,4
104	≥ 15	13,8 - 14,9	12,7 - 13,7	< 12,7
105	≥ 15,3	14 - 15,2	12,9 - 13,9	< 12,9
106	≥ 15,6	14,3 - 15,5	13,1 - 14,2	< 13,1
107	≥ 15,9	14,6 - 15,8	13,4 - 14,5	< 13,4
108	≥ 16,3	14,9 - 16,2	13,7 - 14,8	< 13,7
109	≥ 16,6	15,2 - 16,5	13,9 - 15,1	< 13,9
110	≥ 17	15,5 - 16,9	14,2 - 15,4	< 14,2
111	≥ 17,3	15,8 - 17,2	14,5 - 15,7	< 14,5
112	≥ 17,7	16,2 - 17,6	14,8 - 16,1	< 14,8
113	≥ 18	16,5 - 17,9	15,1 - 16,4	< 15,1
114	≥ 18,4	16,8 - 18,3	15,4 - 16,7	< 15,4
115	≥ 18,8	17,2 - 18,7	15,7 - 17,1	< 15,7
116	≥ 19,2	17,5 - 19,1	16 - 17,4	< 16
117	≥ 19,6	17,8 - 19,5	16,3 - 17,7	< 16,3
118	≥ 20	18,2 - 19,9	16,6 - 18,1	< 16,6
119	≥ 20,3	18,5 - 20,2	16,9 - 18,4	< 16,9
120	≥ 20,7	18,9 - 20,6	17,3 - 18,8	< 17,3

Anexo 1.4. Tabela de DP do P/A para RAPAZES



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde



**Tabela de Peso para Altura para Rapazes dos 24-60 meses de Idade
(Organização Mundial da Saúde, 2006)**

Altura (cm)	Normal P/A ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/A ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/A ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/A < -3 DP (kg)
65	$\geq 6,9$	6,3 - 6,8	5,9 - 6,2	$< 5,9$
66	$\geq 7,1$	6,5 - 7	6,1 - 6,4	$< 6,1$
67	$\geq 7,3$	6,7 - 7,2	6,2 - 6,6	$< 6,2$
68	$\geq 7,5$	6,9 - 7,4	6,4 - 6,8	$< 6,4$
69	$\geq 7,7$	7,1 - 7,6	6,6 - 7	$< 6,6$
70	$\geq 7,9$	7,3 - 7,8	6,8 - 7,2	$< 6,8$
71	$\geq 8,1$	7,5 - 8	6,9 - 7,4	$< 6,9$
72	$\geq 8,3$	7,7 - 8,2	7,1 - 7,6	$< 7,1$
73	$\geq 8,5$	7,9 - 8,4	7,3 - 7,8	$< 7,3$
74	$\geq 8,7$	8 - 8,6	7,4 - 7,9	$< 7,4$
75	$\geq 8,9$	8,2 - 8,8	7,6 - 8,1	$< 7,6$
76	$\geq 9,1$	8,4 - 9	7,7 - 8,3	$< 7,7$
77	$\geq 9,2$	8,5 - 9,1	7,9 - 8,4	$< 7,9$
78	$\geq 9,4$	8,7 - 9,3	8 - 8,6	< 8
79	$\geq 9,6$	8,8 - 9,5	8,2 - 8,7	$< 8,2$
80	$\geq 9,7$	9 - 9,6	8,3 - 8,9	$< 8,3$
81	$\geq 9,9$	9,2 - 9,8	8,5 - 9,1	$< 8,5$
82	$\geq 10,1$	9,4 - 10	8,7 - 9,3	$< 8,7$
83	$\geq 10,3$	9,5 - 10,2	8,8 - 9,4	$< 8,8$
84	$\geq 10,5$	9,7 - 10,4	9 - 9,6	< 9
85	$\geq 10,8$	10 - 10,7	9,2 - 9,9	$< 9,2$
86	≥ 11	10,2 - 10,9	9,4 - 10,1	$< 9,4$
87	$\geq 11,2$	10,4 - 11,1	9,6 - 10,3	$< 9,6$
88	$\geq 11,5$	10,6 - 11,4	9,8 - 10,5	$< 9,8$
89	$\geq 11,7$	10,8 - 11,6	10 - 10,7	< 10
90	$\geq 11,9$	11 - 11,8	10,2 - 10,9	$< 10,2$
91	$\geq 12,1$	11,2 - 12	10,4 - 11,1	$< 10,4$
92	$\geq 12,3$	11,4 - 12,2	10,6 - 11,3	$< 10,6$
93	$\geq 12,6$	11,6 - 12,5	10,8 - 11,5	$< 10,8$
94	$\geq 12,8$	11,8 - 12,7	11 - 11,7	< 11
95	≥ 13	12 - 12,9	11,1 - 11,9	$< 11,1$
96	$\geq 13,2$	12,2 - 13,1	11,3 - 12,1	$< 11,3$
97	$\geq 13,4$	12,4 - 13,3	11,5 - 12,3	$< 11,5$
98	$\geq 13,7$	12,6 - 13,6	11,7 - 12,5	$< 11,7$
99	$\geq 13,9$	12,9 - 13,8	11,9 - 12,8	$< 11,9$
100	$\geq 14,2$	13,1 - 14,1	12,1 - 13	$< 12,1$
101	$\geq 14,4$	13,3 - 14,3	12,3 - 13,2	$< 12,3$
102	$\geq 14,7$	13,6 - 14,6	12,5 - 13,5	$< 12,5$
103	$\geq 14,9$	13,8 - 14,8	12,8 - 13,7	$< 12,8$
104	$\geq 15,2$	14 - 15,1	13 - 13,9	< 13
105	$\geq 15,5$	14,3 - 15,4	13,2 - 14,2	$< 13,2$
106	$\geq 15,8$	14,5 - 15,7	13,4 - 14,4	$< 13,4$
107	$\geq 16,1$	14,8 - 16	13,7 - 14,7	$< 13,7$
108	$\geq 16,4$	15,1 - 16,3	13,9 - 15	$< 13,9$
109	$\geq 16,7$	15,3 - 16,6	14,1 - 15,2	$< 14,1$
110	≥ 17	15,6 - 16,9	14,4 - 15,5	$< 14,4$
111	$\geq 17,3$	15,9 - 17,2	14,6 - 15,8	$< 14,6$
112	$\geq 17,6$	16,2 - 17,5	14,9 - 16,1	$< 14,9$
113	≥ 18	16,5 - 17,9	15,2 - 16,4	$< 15,2$
114	$\geq 18,3$	16,8 - 18,2	15,4 - 16,7	$< 15,4$
115	$\geq 18,6$	17,1 - 18,5	15,7 - 17	$< 15,7$
116	≥ 19	17,4 - 18,9	16 - 17,3	< 16
117	$\geq 19,3$	17,7 - 19,2	16,2 - 17,6	$< 16,2$
118	$\geq 19,7$	18 - 19,6	16,5 - 17,9	$< 16,5$
119	≥ 20	18,3 - 19,9	16,8 - 18,2	$< 16,8$
120	$\geq 20,4$	18,6 - 20,3	17,1 - 18,5	$< 17,1$

Anexo 1.5. Tabela de DP do IMC/Idade para RAPARIGAS



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde



Tabela de Índice de Massa Corporal para Idade para Raparigas dos 5-18 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2007)

Idade (Anos:Meses)	Normal ≥ -1 DP (IMC)	Desnutrição LIGEIRA ≥ -2 e < -1 DP (IMC)	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP (IMC)	Desnutrição GRAVE < -3 DP (IMC)
5:1	$\geq 13,9$	12,7 - 13,8	11,8 - 12,6	$< 11,8$
5:6	$\geq 13,9$	12,7 - 13,8	11,7 - 12,6	$< 11,7$
6:0	$\geq 13,9$	12,7 - 13,8	11,7 - 12,6	$< 11,7$
6:6	$\geq 13,9$	12,7 - 13,8	11,7 - 12,6	$< 11,7$
7:0	$\geq 13,9$	12,7 - 13,8	11,8 - 12,6	$< 11,8$
7:6	≥ 14	12,8 - 13,9	11,8 - 12,7	$< 11,8$
8:0	$\geq 14,1$	12,9 - 14	11,9 - 12,8	$< 11,9$
8:6	$\geq 14,3$	13 - 14,2	12 - 12,9	< 12
9:0	$\geq 14,4$	13,1 - 14,3	12,1 - 13	$< 12,1$
9:6	$\geq 14,6$	13,3 - 14,5	12,2 - 13,2	$< 12,2$
10:0	$\geq 14,8$	13,5 - 14,7	12,4 - 13,4	$< 12,4$
10:6	$\geq 15,1$	13,7 - 15	12,5 - 13,6	$< 12,5$
11:0	$\geq 15,3$	13,9 - 15,2	12,7 - 13,8	$< 12,7$
11:6	$\geq 15,6$	14,1 - 15,5	12,9 - 14	$< 12,9$
12:0	≥ 16	14,4 - 15,9	13,2 - 14,3	$< 13,2$
12:6	$\geq 16,3$	14,7 - 16,2	13,4 - 14,6	$< 13,4$
13:0	$\geq 16,6$	14,9 - 16,5	13,6 - 14,8	$< 13,6$
13:6	$\geq 16,9$	15,2 - 16,8	13,8 - 15,1	$< 13,8$
14:0	$\geq 17,2$	15,4 - 17,1	14 - 15,3	< 14
14:6	$\geq 17,5$	15,7 - 17,4	14,2 - 15,6	$< 14,2$
15:0	$\geq 17,8$	15,9 - 17,7	14,4 - 15,8	$< 14,4$
15:6	≥ 18	16 - 17,9	14,5 - 15,9	$< 14,5$
16:0	$\geq 18,2$	16,2 - 18,1	14,6 - 16,1	$< 14,6$
16:6	$\geq 18,3$	16,3 - 18,2	14,7 - 16,2	$< 14,7$
17:0	$\geq 18,4$	16,4 - 18,3	14,7 - 16,3	$< 14,7$
17:6	$\geq 18,5$	16,4 - 18,4	14,7 - 16,3	$< 14,7$
18:0	$\geq 18,6$	16,4 - 18,5	14,7 - 16,3	$< 14,7$

Existe uma tabela para raparigas e outra para rapazes, não se pode confundir as duas.

Como usar a Tabela de IMC/Idade - Exemplo:

A Maria tem 8 anos e 8 meses e tem uma altura igual a 1,1 m e pesa 16,5 kg.

1. Calcule o IMC da doentedeante, usando a seguinte fórmula:

$$\begin{aligned} \text{IMC} &= \text{Peso em kg} / \text{Altura em m}^2 \\ \text{IMC} &= 16,5 / (1,1 \times 1,1) = 16,5 / 1,21 \\ \text{IMC} &= 13,6 \text{ kg/m}^2 \end{aligned}$$

- Arredonde a idade de 8 anos e 8 meses para 8 anos e 6 meses (8:6)
- Procure na tabela das raparigas a linha referente aos 8:6 anos de idade
- Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal e da esquerda para direita, o IMC calculado (13,6)
- Vai verificar que 13,6 está entre 13,0 - 14,2 na classificação de Desnutrição Ligeira

Anexo 1.6. Tabela de DP do IMC/Idade para RAPAZES



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde



Tabela de Índice de Massa Corporal para Idade para Rapazes dos 5-18 anos de Idade (Organização Mundial da Saúde, 2007)

Idade (Anos:Meses)	Normal ≥ -1 DP (IMC)	Desnutrição LIGEIRA ≥ -2 e < -1 DP (IMC)	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e < -2 DP (IMC)	Desnutrição GRAVE < -3 DP (IMC)
5:1	$\geq 14,1$	13,0 - 14,0	12,1 - 12,9	$< 12,1$
5:6	$\geq 14,1$	13 - 14	12,1 - 12,9	$< 12,1$
6:0	$\geq 14,1$	13 - 14	12,1 - 12,9	$< 12,1$
6:6	$\geq 14,1$	13,1 - 14	12,2 - 13	$< 12,2$
7:0	$\geq 14,2$	13,1 - 14,1	12,3 - 13	$< 12,3$
7:6	$\geq 14,3$	13,2 - 14,2	12,3 - 13,1	$< 12,3$
8:0	$\geq 14,4$	13,3 - 14,3	12,4 - 13,2	$< 12,4$
8:6	$\geq 14,5$	13,4 - 14,4	12,5 - 13,3	$< 12,5$
9:0	$\geq 14,6$	13,5 - 14,5	12,6 - 13,4	$< 12,6$
9:6	$\geq 14,8$	13,6 - 14,7	12,7 - 13,5	$< 12,7$
10:0	$\geq 14,9$	13,7 - 14,8	12,8 - 13,6	$< 12,8$
10:6	$\geq 15,1$	13,9 - 15	12,9 - 13,8	$< 12,9$
11:0	$\geq 15,3$	14,1 - 15,2	13,1 - 14	$< 13,1$
11:6	$\geq 15,5$	14,2 - 15,4	13,2 - 14,1	$< 13,2$
12:0	$\geq 15,8$	14,5 - 15,7	13,4 - 14,4	$< 13,4$
12:6	$\geq 16,1$	14,7 - 16	13,6 - 14,6	$< 13,6$
13:0	$\geq 16,4$	14,9 - 16,3	13,8 - 14,8	$< 13,8$
13:6	$\geq 16,7$	15,2 - 16,6	14 - 15,1	< 14
14:0	≥ 17	15,5 - 16,9	14,3 - 15,4	$< 14,3$
14:6	$\geq 17,3$	15,7 - 17,2	14,5 - 15,6	$< 14,5$
15:0	$\geq 17,6$	16 - 17,5	14,7 - 15,9	$< 14,7$
15:6	≥ 18	16,3 - 17,9	14,9 - 16,2	$< 14,9$
16:0	$\geq 18,2$	16,5 - 18,1	15,1 - 16,4	$< 15,1$
16:6	$\geq 18,5$	16,7 - 18,4	15,3 - 16,6	$< 15,3$
17:0	$\geq 18,8$	16,9 - 18,7	15,4 - 16,8	$< 15,4$
17:6	≥ 19	17,1 - 18,9	15,6 - 17	$< 15,6$
18:0	$\geq 19,2$	17,3 - 19,1	15,7 - 17,2	$< 15,7$

Existe uma tabela para raparigas e outra para rapazes, não se pode confundir as duas.

Como usar a Tabela de IMC/Idade - Exemplo:

O José tem 14 anos e 3 meses, tem uma altura igual a 1.5 m e pesa 39.0 kg.

1. Calcule o IMC do doente, usando a seguinte fórmula:

$$\begin{aligned} \text{IMC} &= \text{Peso em kg} / (\text{Altura em m})^2 \\ \text{IMC} &= 39,0 / (1,5 \times 1,5) = 39,0 / 2,25 \\ \text{IMC} &= 17,3 \text{ kg/m}^2 \end{aligned}$$

- Arredonde a idade de 14 anos e 3 meses para 14 anos e 6 meses (14:6)
- Procure na tabela dos rapazes a linha referente aos 14:6
- Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal e da esquerda para direita, o IMC calculado (17,3)
- Vai verificar que 17,3 está na classificação de Normal

Anexo 1.7. Tabela de Orientação para Determinar o Peso Alvo



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde

Tabela de Orientação para Determinar o Peso Alvo

Peso na Admissão e Peso Alvo para Alta (15% de peso ganho)

Peso na Admissão	Peso Alvo: 15% de peso ganho	Peso na Admissão	Peso Alvo: 15% de peso ganho
3.1	3.6	10.3	11.8
3.3	3.8	10.5	12.1
3.5	4.0	10.7	12.3
3.7	4.3	10.9	12.5
3.9	4.5	11	12,7
4.1	4.7	12	13,8
4.3	4.9	13	15
4.5	5.2	14	16,1
4.7	5.4	15	17,3
4.9	5.6	16	18,4
5.1	5.9	17	19,6
5.3	6.1	18	20,7
5.5	6.3	19	21,9
5.7	6.6	20	23
5.9	6.8	21	24,2
6.1	7.0	22	25,3
6.3	7.2	23	26,5
6.5	7.5	24	27,6
6.7	7.7	25	28,8
6.9	7.9	26	29,9
7.1	8.2	27	31,1
7.3	8.4	28	32,2
7.5	8.6	29	33,4
7.7	8.9	30	34,5
7.9	9.1	31	35,7
8.1	9.3	32	36,8
8.3	9.5	33	38
8.5	9.8	34	39,1
8.7	10.0	35	40,3
8.9	10.2	36	41,4
9.1	10.5	37	42,6
9.3	10.7	38	43,7
9.5	10.9	39	44,9
9.7	11.2	40	46
9.9	11.4		
10.1	11.6		

Quando não é possível medir o comprimento ou a altura da criança, poderá ser usado o critério de saída, que consiste em 15% de peso ganho durante duas semanas consecutivas, em comparação com o peso da criança ou adolescente no momento de admissão para tratamento.

Como usar a Tabela de Orientação para Determinar o Peso Alvo - Exemplo:

Uma criança que pesa 10,2 kg no momento da admissão, precisará de ter pelo menos 11,5 kg durante duas semanas consecutivas para receber alta do tratamento. Este peso é determinado da seguinte forma:

1. Arredondar o peso de 10,2 kg para 10,0 kg
2. Consultar a Tabela de Orientação para Determinar o Peso Alvo, quer dizer, o peso correspondente a 15% de 10,0 kg. Este peso é 11,5 kg.

Anexo 1.8. Instruções para Arredondar Números



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde

Instruções para Arredondar Números

O valor obtido numa medição deve ser arredondado para o número inteiro mais próximo, de acordo com a regra da matemática, como ilustra o exemplo seguinte:

	69,0▲	
	69,1	
69,0 será usado para 69,1 a 69,4	69,2	
	69,3	
	69,4	
<hr/>		
	69,5	
	69,6	
	69,7	
	69,8	
	69,9	
	70,0	70,0 será usado para 69,5 a 69,9 & 70,1 a 70,4
	70,1	
	70,2	
	70,3	
	70,4	
<hr/>		
	70,5	
	70,6	
71,0 será usado para 70,5 a 70,9	70,7	
	70,8	
	70,9	
	71,0	

Anexo 3.1. Receitas Alternativas para preparar F75, F100 e ReSoMal Usando Mistura de Vitaminas e Minerais (do Inglês *Combined Mineral and Vitamin Complex, CMV*)

Os leites terapêuticos F75 e F100 podem ser preparados a partir de ingredientes básicos: leite, açúcar, óleo, água, farinha de cereais e mistura de vitaminas e mistura de minerais. A mistura de minerais e a mistura de vitaminas, já existe numa forma pré-misturada chamada Mistura de Vitaminas e Minerais (do Inglês *Combined Mineral and Vitamin Complex, CMV*). Porém, se o CMV não estiver disponível, a mistura de vitaminas e a mistura de minerais pode ser preparada, de acordo com as informações da tabela abaixo.

Nota: A mistura de minerais fornece potássio, magnésio e outros minerais essenciais; ela **DEVE** ser adicionado à dieta. O déficit de potássio, presente nos doentes desnutridos, afecta a função cardíaca e o esvaziamento gástrico. O magnésio faz com que o potássio entre nas células e que fique retido. A mistura de minerais não contém ferro, visto que este não deve ser administrado na fase de estabilização.

A mistura de minerais pode ser feita a partir das substâncias listadas na tabela abaixo indicada. A mistura de minerais pode ser adicionada ao ReSoMal ou aos leites terapêuticos, na concentração de 20 ml/litro (deve ser armazenada à temperatura ambiente):

Composição da mistura de minerais	
Substância	Quantidade
Cloreto de potássio	89,5 g
Citrato tripotássico	32,4 g
Cloreto de magnésio ($MgCl_2 \cdot 6H_2O$)	30,5 g
Acetato de zinco	3,3 g
Sulfato de cobre	0,56 g
Selenato de sódio ^a	10 mg
Iodeto de potássio ^a	5 mg
Água para completar	1000 ml

^a Se não for possível pesar estas quantidades, estas substâncias podem ser omitidas da receita.

A mistura de vitaminas pode ser feita a partir das vitaminas listadas na tabela abaixo indicada. A mistura de vitaminas pode ser adicionada aos leites terapêuticos (dieta líquida) na quantidade de 140 mg/litro:

Composição da mistura de vitaminas	
Vitamina	Quantidade por litro da dieta líquida
Hidrossolúvel:	
Tiamina (vitamina B1)	0,7 mg
Riboflavina (vitamina B2)	2,0 mg
Ácido nicotínico	10 mg
Piridoxina (vitamina B6)	0,7 mg
Cianocobalamina (vitamina B12)	1 µg
Ácido fólico	0,35 mg
Ácido ascórbico (vitamina C)	100 mg
Ácido pantoténico (vitamina B5)	3 mg
Biotina	0,1 mg
Lipossolúvel:	
Retinol (vitamina A)	1,5 mg
Calciferol (vitamina D)	30 µg
A-Tocoferol (vitamina E)	22 mg
Vitamina K	40 µg

Leite Terapêutico não industrializado utilizando o LEITE EM PÓ		
Ingrediente	F75	F100
Leite em pó gordo (g)	35	110
Açúcar (g)	100	50
Óleo vegetal (g ou ml)	20	30
CMV – colher vermelha (3.18g)	½	½
Água potável morna (ml)	1000	1000

Leite Terapêutico não industrializado utilizando o LEITE FRESCO		
Ingrediente	F75	F100
Leite gordo fresco (ml)	300	880
Açúcar (g)	100	75
Óleo vegetal (g ou ml)	20	20
CMV – colher vermelha (3.18g)	½	½
Água potável morna (ml)	1000	1000

Nota: Se o CMV não estiver disponível, adicione 20 ml da mistura de minerais e 140 mg da mistura de vitaminas.

Como preparar:

1º passo: Ferva a água e deixe arrefecer

2º passo: Num jarro limpo graduado ponha o leite, o açúcar, óleo e o CMV e misture até aformar uma pasta homogénea.

3º passo: Adicione água potável (fervida ou tratada) morna à pasta até a linha onde mostra **1 L**

4º passo: Lentamente, misture o leite terapêutico

5º passo: Se possível, armazene o leite terapêutico pronto na geleira.

Leite Terapêutico não industrializado F75 isotónico à base de cereais*		
Ingrediente	Leite fresco (ml)	Leite em pó (g)
Leite gordo	300	35
Farinha de cereal (g)	120	120
Óleo vegetal (g ou ml)	20	20
CMV – colher vermelha (3.18g)	½	½
Água potável morna (ml)	1000	1000

*Indicado para doentes com diarreia osmótica.

Nota: Se o CMV não estiver disponível, adicione 20 ml da mistura de minerais e 140 mg da mistura de vitaminas.

Como preparar:

1º passo: Ferva a água e deixe arrefecer

2º passo: Numa panela limpa ponha o leite, a farinha, óleo e o CMV e misture até aformar uma pasta homogénea. Cozinhada em lume brando por 4 minutos

3º passo: Transfira a mistura para um jarro limpo graduado e adicione água potável (fervida ou tratada) morna à pasta até a linha onde mostra **1 L**

4º passo: Lentamente, misture o leite terapêutico

5º passo: Se possível, armazene o leite terapêutico pronto na geleira.

RESOMAL – Solução de Reidratação para Desnutrição

Ingrediente	SRO Padrão OMS	SRO Baixa Osmolaridade OMS
SRO	Pacote de 1 L	Pacote de 1 L
CMV – colher vermelha	1 (6.35g)	1 (6.35g)
Açúcar (g)	50	40
Água potável (ml)	2000	1700

Nota: Se o CMV não estiver disponível, adicione 20 ml da mistura de minerais.

Como preparar:

1º passo: Ferva a água e deixe arrefecer completamente

2º passo: Num jarro limpo, dissolva todos os ingredientes

3º passo: Transfira o conteúdo do jarro para uma garrafa limpa, de preferência esterelizada e com tampa

4º passo: Guarde na geleira

Nota: Para preparar ReSoMal a partir de fórmulas comerciais, junte o conteúdo da saqueta (84 g) a 2 litros de água fervida e arrefecida e misture.

Anexo 3.2. Tratamento nutricional

A alimentação terapêutica necessária nas diferentes fases do tratamento no internamento está resumida na **tabela** abaixo.

Alimentação Terapêutica durante o TDI

Fases de Tratamento	Estabilização	Transição	Reabilitação
Objectivo	Estabilizar a condição médica e restabelecer os electrólitos e micronutrientes	Recuperar o metabolismo	Restaurar a função do organismo
Condição	A criança não tem apetite ou está clinicamente mal	A criança já recuperou o apetite e está clinicamente bem	A criança está em alerta e clinicamente bem
Duração da estadia	2 - 7 dias	2 - 3 dias Referência para cuidados como doente externo (ambulatório) logo que passa o teste do apetite	1 - 4 semanas Referência para cuidados como doente externo (ambulatório) logo que passa o teste do apetite Casos excepcionais são mantidos até total recuperação
Alimento terapêutico	F75	F100	F100 e/ou ATPU
Consumo de energia	100 kcal/ kg peso corporal/ dia	150 kcal/ kg peso corporal/ dia	200 kcal/ kg peso corporal/ dia
Quantidade de alimento terapêutico	130 ml/ kg peso corporal/ dia em 8 refeições	150 ml/ kg peso corporal/ dia em 8 refeições	200 ml/ kg peso corporal/ dia em 5 - 6 refeições
Ganho de peso	Não esperado	Médio	Notável

O **Quadro** apresenta uma breve visão global dos produtos terapêuticos utilizados no tratamento da desnutrição aguda.

Visão global dos produtos terapêuticos

Leite terapêutico F75	75 kcal/ 100 ml <u>Uso:</u> cuidados para doentes internados – fase de estabilização <u>Dieta:</u> 100 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 6-59 meses 75 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 5-10 anos 60 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 11-15 anos 50 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 15-18 anos 40 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças > 18 anos
Leite terapêutico F100	100 kcal/ 100 ml <u>Uso:</u> cuidados para doentes internados – fases de transição e reabilitação <u>Dieta:</u> 130-200 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 6-59 meses 75-100 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 5-10 anos 60-90 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 11-15 anos 50 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 15-18 anos 40 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças > 18 anos
Leite terapêutico F100-diluído	100 kcal/ 135 ml ou 66 kcal/ 100 ml (adicione 35 ml de água por 100 ml F100) <u>Uso:</u> Bebês com menos de 6 meses de idade (sem edema) cuidados para doentes internados – fase de estabilização, para complementar a amamentação <u>Dieta:</u> 100 kcal/ kg peso corporal/ dia
ATPU	500 kcal/ 92g <u>Uso:</u> Cuidados para doentes externos; cuidados para doentes internados durante as fases de transição e reabilitação. Cuidados para doentes externo com desnutrição aguda severa e desnutrição aguda moderada. <u>Dieta para DAG:</u> 150-200 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 6-59 meses 75-100 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 5-10 anos 60-90 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 11-15 anos 50 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças 15-18 anos 40 kcal/ kg peso corporal/ dia – crianças > 18 anos
MAE	380 kcal/100g <u>Uso:</u> Cuidados para doentes externo com desnutrição aguda moderada. <u>Dieta para DAM:</u> 380 kcal/ dia – crianças dos 6-11 meses 760 kcal/ dia – crianças dos 12-23 meses 1140 kcal/ dia – crianças ≥ 2 anos e adolescentes

Informação Nutricional e Cálculo das Necessidades dos produtos terapêuticos

Leite Terapêutico F75

- Um pacote de F75 (102,5 g) deve ser diluído em 0,5 litros de água potável.
- Se não houver disponibilidade de F75, deve-se preparar o F100-diluído: um pacote de 114 g de F100 diluído em 0,675 litros de água.
- Para estimar as necessidades de F75, deve-se considerar o seguinte:
 1. Um doente precisa de **12 pacotes de 102,5 g de F75** durante o período de tratamento
 2. Uma caixa contém 120 pacotes de 102,5 g de F75. As necessidades devem ser calculadas em número de caixas
 3. É necessário acrescentar 10% nas necessidades totais, para cobrir as perdas

Exemplo:

Quantidade de F75 para 15 doentes desnutridos = 15 doentes x 12 pacotes F75 x 102,5 g
= 18.450 g de F75

Número de pacotes necessários = 18.450 g / 102,5 g = 180

Número de caixas necessárias = 180 pacotes / 120 = 1,5 caixas + 10% x 1,5 = 1,65 caixas

Número total de caixas necessárias = 2 caixas de F75

Informação Nutricional de F75 por 100 ml

Macronutrientes	Vitaminas	Minerais
Energia: 75 kcal	Vitamina A: 150 µg	Cálcio: 32 mg
Proteínas: 0.9 g	Vitamina D: 3 µg	Fósforo: 24 mg
Gorduras: 2 g	Vitamina E: 2.2 mg	Potássio: 157 mg
	Vitamina C: 10 mg	Magnésio: 10.5 mg
	Vitamina B1: 0.07 mg	Zinco: 2.05 mg
	Vitamina B2: 0.2 mg	Cobre: 0.28 mg
	Vitamina B6: 0.07 mg	Ferro: < 0.03 mg
	Vitamina B12: 0.1 µg	Iodo: 7.7 µg
	Vitamina K: 4 µg	Sódio: <13 mg
	Biotina: 10 µg	Selénio: 4.7 µg
	Ácido fólico: 350 µg	
	Ácido Pantoténico: 0.3 mg	
	Niacina: 1 mg	

Leite Terapêutico F100

- Um pacote de F100 (114 g) deve ser diluído em 0,5 litros de água potável.
- Para estimar as necessidades de F100, deve-se considerar o seguinte:
 1. Um doente precisa de **12 pacotes de F100** durante o período de tratamento
 2. Uma caixa contém 90 pacotes de F100. As necessidades devem ser calculadas em número de caixas
 3. É necessário acrescentar 10% nas necessidades totais, para cobrir as perdas

Exemplo:

Quantidade de F100 para 18 doentes desnutridos = 18 doentes x 12 pacotes F100 x 114 g
= 24.624 g de F100

Número de pacotes necessários = 24.624 g / 114 g = 216 pacotes

Número de caixas necessárias = 216 pacotes / 90 = 2,4 caixas + 10% x 2,4 = 2,64 caixas

Número total de caixas necessárias = 3 caixas de F100

Informação Nutricional de F100 por 100 ml

Macronutrientes	Vitaminas	Minerais
Energia: 98.8 kcal	Vitamina A: 171 µg	Cálcio: 91.2 mg
Proteínas: 2.62 g	Vitamina D: 3.04 µg	Fósforo: 76 mg
Gorduras: 5.55 g	Vitamina E: 3.8 mg	Potássio: 209 mg
	Vitamina C: 10 mg	Magnésio: 15.2 mg
	Vitamina B1: 0.11 mg	Zinco: 2.24 mg
	Vitamina B2: 0.32 mg	Cobre: 0.26 mg
	Vitamina B6: 0.11 mg	Ferro: < 0.06 mg
	Vitamina B12: 0.18 µg	Iodo: 15.2 µg
	Vitamina K: 0.21 µg	Sódio: 45.6 mg
	Biotina: 100 mcg	Selénio: 4.7 µg
	Ácido fólico: 3.99 µg	
	Ácido Pantoténico: 0.31 mg	
	Niacina: 1 mg	

Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU)

- O ATPU é uma pasta macia especialmente desenvolvida através da mistura certa de nutrientes e da composição calórica necessária para tratar crianças com mais de 6 meses de idade com DAG.
- Este alimento é de fácil consumo para as crianças e não precisa de qualquer preparação prévia nem mistura com água ou outros alimentos.
- O ATPU possui a mesma composição de nutrientes que o F100, mas contém uma baixa quantidade de água, o que significa que as bactérias não têm espaço para se desenvolverem nele. Este facto permite que possa ser consumido em casa como um alimento terapêutico para os cuidados dos doentes externos (ambulatório).
- Para estimar as necessidades de ATPU, deve-se considerar o seguinte:
 1. Um doente precisa de **136 saquetas de ATPU** durante o período de tratamento. Esta quantidade é igual para os doentes que iniciam o tratamento no Internamento e no Ambulatório
 2. Uma saqueta de ATPU contém 92 gramas.
 3. Uma caixa contém 150 saquetas de ATPU. As necessidades devem ser calculadas em número de caixas
 4. É necessário acrescentar 10% nas necessidades totais, para cobrir as perdas

Exemplo 1 – usando saquetas de 92 g:

Quantidade de ATPU para 30 doentes desnutridos = 30 doentes x 136 saquetas ATPU x 92 g = 375.360 g ATPU

Número de saquetas necessárias = 375.360 g / 92 g = 4.080 saquetas

Número de caixas necessárias = 4.080 saquetas / 150 = 27,2 caixas + 10% x 27,2 = 29,92 caixas

Número total de caixas necessárias = 30 caixas de ATPU

Informação Nutricional do ATPU por 100 g

Macronutrientes	Vitaminas	Minerais
Energia: 545 kcal	Vitamina A: 910 µg	Cálcio: 320 mg
Proteínas: 13.6 g	Vitamina D: 16 µg	Fósforo: 394 mg
Gorduras: 35.7 g	Vitamina E: 20 mg	Potássio: 1111 mg
	Vitamina C: 53 mg	Magnésio: 92 mg
	Vitamina B1: 0.6 mg	Zinco: 14 mg
	Vitamina B2: 1.8 mg	Cobre: 1.78 mg
	Vitamina B6: 0.6 mg	Ferro: 11.53 mg
	Vitamina B12: 1.8 µg	Iodo: 110 mcg
	Vitamina K: 21 µg	Sódio: <290 mg
	Biotina: 65 µg	Selénio: 30 µg
	Ácido fólico: 210 µg	
	Ácido Pantoténico: 3.1 mg	
	Niacina: 5.3 mg	

Mistura Alimentícia Enriquecida (MAE)

- É uma farinha preparada a partir de milho, soja e uma mistura de vitaminas e minerais; é para ser consumido como papa.
- MAE é um produto para crianças (**a partir dos 6 meses**), mulheres grávidas e lactantes, e adultos.
- Um doente de 10 anos precisa de 300g/dia x 30 dias = 10 kg durante o tratamento de 30 dias.

Informação Nutricional da MAE por 100 g

Macronutrientes	Vitaminas	Minerais
Energia: 380 kcal	Vitamina A: 2612 UI	Cálcio: 600 mg
Proteínas: 18 g	Vitamina D: 5 µg	Zinco: 5 mg
Gorduras: 6 g	Vitamina E: 8.3 mg	Potássio: 400 mg
	Vitamina C: 100 mg	Ferro: 8 mg
	Vitamina B1: 0.128 mg	
	Vitamina B2: 0.448 mg	
	Vitamina B6: 1.7 mg	
	Vitamina B12: 2 µg	
	Vitamina K: 100 µg	
	Ácido fólico: 60 µg	
	Ácido Pantoténico: 6.7 mg	
	Niacina: 4.8 mg	

Nota: A MAE deve ter a composição semelhante a do CSB Plus

Anexo 3.3. Preparação de Leites Terapêuticos com os pacotes antigos de F75 e F100

Os pacotes de F75 e F100, que continham anteriormente 410 g e 456 g, respectivamente, reduziram em quantidade em 75% para evitar desperdício de leite terapêutico após diluição, facto este que se regista inúmeras vezes.

Deste modo os pacotes de F-75 e F-100 que anteriormente tinham o seu conteúdo diluído em 2 L de água potável para produzir 2,4 L de leite terapêutico líquido passaram a ser diluídos em 500 ml de água potável para produzirem 0,6 L de leite terapêutico líquido, que se estima ser a quantidade ideal para atender as crianças com DAG admitidas a internamento sem que haja desperdício.

Neste manual, os métodos de preparação de leites terapêuticos já reflectem as novas quantidades de F75 e F100 contidas nos pacotes actuais, mas reconhece-se que, numa fase de transição, alguns centros de saúde ainda usarão os pacotes antigos de F75 e F100, e as colherinhas vermelhas que os acompanham, nas suas unidades de reabilitação nutricional.

Abaixo seguem as instruções para a preparação dos leites terapêuticos F75, F100 e F100-diluído, usando os pacotes de F75 de 410 g e os pacotes de F100 de 456 g.

Preparação de leite terapêutico F75 (Pacotes de 410 g)

- **Para um número grande de crianças:** Adicionar 1 pacote de 410 g de F75 a 2 litros de água potável. Isto dá 2,4 litros de F75.
- **Para algumas crianças:** pequenas quantidades de F75 podem ser preparadas a partir do pacote de 410 g (mas não do pacote de 102,5 g), usando as colherinhas vermelhas para medição de F75. Adicionar 20 ml de água potável para cada colherinha vermelha de F75 em pó.
- Se não houver disponibilidade de F75 na fase de estabilização, o F100 contido no pacote de 456 g deve ser diluído em **2,7 litros** de água, em vez de 2 litros de água, para se obter o F100-diluído: dar 130 ml/kg de peso corporal/dia tal como o F75, fornecendo a mesma quantidade de kcal: 100 kcal/kg peso corporal/dia. Esta quantidade reduz a osmolaridade do F100.
- Se o F75 embalado, não estiver disponível, use as receitas do **Anexo 3.1 Receitas Alternativas para preparar F75, F100 e ReSoMal Usando CMV** para preparar leites terapêuticos com base em alimentos disponíveis localmente.

Preparação de leite terapêutico F100 (Pacotes de 456 g)

- **Para um número grande de crianças:** Dissolver um pacote de de 456 g de F100 em 2 L de água potável.
- **Para algumas crianças ou adolescentes:** quantidades menores de F100 podem ser preparadas a partir dos pacotes de 456 g, usando as colherinhas vermelhas para medir pequenas quantidades de F100 (adicionar 18 ml de água para cada colherinha vermelha de F100 em pó).

Preparação de leite terapêutico F100-diluído (Pacotes de 456 g)

Para preparar grandes quantidades de F100-diluído: Dissolver um pacote de 456 g de F100 em 2,7 litros de água (em vez de 2 litros, na diluição normal) para obter F100-diluído.

Para preparar pequenas quantidades de F100-diluído:

- Usar 100 ml de F100 já preparado (através de diluição normal das saquetas de 456 g de F100) e adicionar 35 ml de água potável, para obter 135 ml de F100-diluído.
- Se for necessária uma maior quantidade de F100-diluído, manter a mesma proporção.
- Não se recomenda a preparação de quantidades menores, porque há maior risco de erros.
- Despejar qualquer leite em excesso.

Anexo 8.1. Unidades de Reabilitação Nutricional (URN): Ficha Mensal de Controle das Actividades

<i>Província:</i>		<i>Distrito:</i>	<i>Mês/Ano:</i>
Nr	Nome da URN	Tipo de actividades realizadas	Tipos de Preparações culinárias confeccionadas
1			
2			
3			
4			

Nr	Nome da URN	Nr. Palestras realizadas	Nr. Demonstrações culinárias realizadas	Nr. Médio Participantes		Frequência de funcionamento da URN (Semanal)
				Mães/Acompanhantes	Crianças	
1						
2						
3						
4						

GESTÃO DOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS DAS URN

Nome da URN:

Distrito:

Nota: Preencha esta ficha com informação referente a cada URN

Nr	Lista do material educativo	Quantidade existente	Necessidades	Lista dos materiais p/as demonstrações culinárias	Quantidade existente	Necessidades
1	Cartaz "A Nossa Alimentação"			Panela de 3Litros		
2	Cartaz "Aleitamento Materno"			Fogão a carvão		
3	Cartaz "Deficiência de Iodo"			Panela de 10 Litros		
4	Cartaz "Sal Iodado"			Balde com tampa de 10 L		
5	Cartaz "Prepare S.R.O"			Bacia de 5 a 10 Litros		
6	Cartaz "Como preparar mandioca amarga"			Copo de plástico de 300ml		
7	Cartaz "Higiene geral"			Colher de sopa		
8	Cartaz "Vitamina A"			Colher de chá		
9	Álbum Seriado "A Alimentação da criança"			Faca de cozinha		
10	Jogo de 3 Laminado sobre Alimentação Infantil			Prato raso de plástico		
11	Álbum Seriado "Sal Iodado"			Copo de plástico graduado		
12	Álbum Seriado "A gravidez da Ana "			Chávena de plástico c/pires		
13	Brochura "Sal Iodado"			Prato de sopa de plástico		
14	Brochura "A Gravidez da Ana"			Coador médio		
15	Folheto "Alimentação Saudável"			Colher de pau		
16	Folheto "Combater a anemia"			Frigideira grande e média		
17	Folheto "Vitamina A"			Caneca para água(1L)		
18	Manual do Pacote Nutricional Básico (PNB), 3ª edição, 2007;			Toalha de mesa(2mx1,5m)		
19	Manual de Programas e Material de Educação Nutricional			Pano de louça		
20	Manual de Nutrição para Agentes Comunitários de Saúde			Toalha de mão		
21	Manual de Educação para a Saúde			Bandeja		
	Outros:			Jarro para água(2-5L)		
				Chaleira de 5 Litros		
				Outros:		

GESTÃO DOS ALIMENTOS UTILIZADOS PARA AS DEMOSTRAÇÕES CULINÁRIAS

Nr	Nome da URN	Proveniência dos alimentos	Regularidade	Necessidade	Constrangimentos
1					
2					
3					
4					

Nome do Responsável da URN:

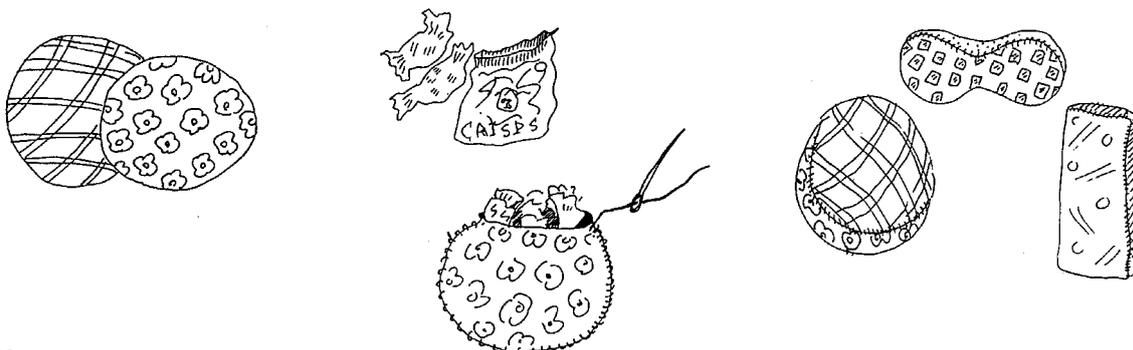
Observações:

Anexo 8.2. Algumas ideias para fazer brinquedos com materiais locais para estimulação psico-motora e social

Bonecos e objectos comprimíveis

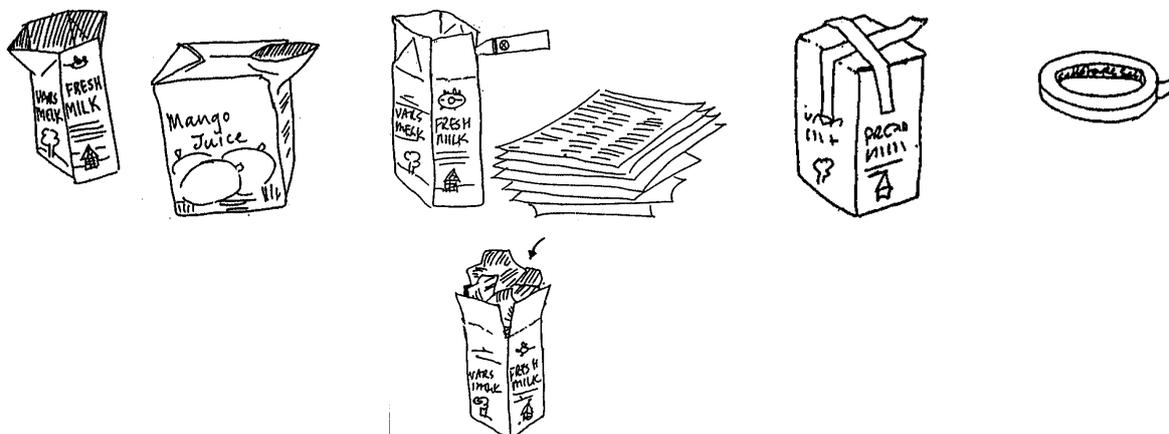
- Desenhe diversas formas (redondas, quadradas, triangulares, rectangulares, etc.) num pedaço de pano.
- Recorte dois pedaços de cada formato.
- Coza cada “par” a toda a volta, enchendo-o com pedaços de lã, feijões, pedaços de papel ou restos de tecido, ou outro material apropriado, de forma a obter um objecto de formato geométrico.

Nota: Se cortar os pedaços de pano em forma de uma boneca, poderá obter uma boneca estofada.



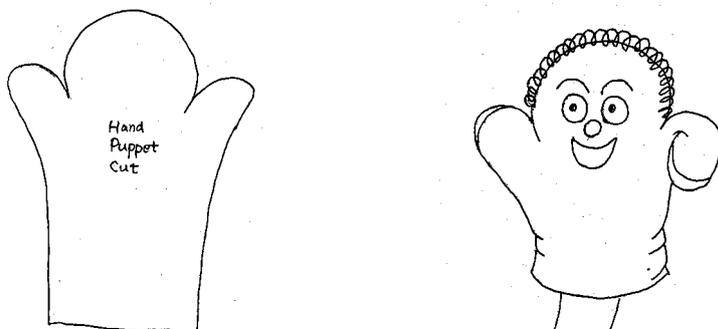
Blocos

- Pegue em várias caixas vazias de leite, sumo, cereais, etc.
- Abra um dos topos das caixas.
- Encha a caixa com papel de jornal amarrotado.
- Feche de forma segura com fita cola.



Fantoches

- Desenhe a figura abaixo num pedaço de pano. Corte duas partes iguais.
- Numa das peças, desenhe uma cara com a ajuda de um marcador e utilize botões ou sementes para fazer os olhos. (Para maior segurança, assegure-se que todas as peças e acessórios utilizados estejam bem presos na boneca).
- Coza as duas peças juntas, deixando uma abertura em baixo para poder introduzir a mão.



Quebra-cabeças

- Num pedaço de cartão ou cartolina, cole um desenho em toda a sua superfície, ou faça um desenho.
- Envernize e deixe secar convenientemente.
- Com a ajuda de uma navalha ou faca, corte em várias peças de formatos irregulares.
- (Para maior segurança, assegure-se de que as peças formadas tenham um tamanho suficientemente grande para não causar situações de perigo com as crianças).
- Peça à criança que junte as peças de forma a completar o quadro ou desenho.



Anexo 9.1. Ficha de referência da comunidade para a Unidade Sanitária

Programa de Reabilitação Nutricional

Ficha de Referência da comunidade para a Unidade Sanitária

Referência N.º..... Data da referência ____ / ____ /20__

Província Distrito.....

Localidade Comunidade/Bairro

Ponto de Referência do Doente

Nome da pessoa encaminhada..... Idade.....(meses/anos)

Sexo(F/M) Nome do acompanhante

PBcm Presença de edema(S/N) Referência para

Motivo de referência

Encaminhado por

Categoria



Referência N.º..... Data da referência ____ / ____ /20__

Província Distrito.....

Localidade Comunidade/Bairro

Ponto de Referência do Doente

Nome da pessoa encaminhada..... Idade.....(meses/anos)

Sexo(F/M) Nome do acompanhante

PBcm Presença de edema(S/N) Referência para

Motivo de referência

Encaminhado por

Categoria

Instruções de Preenchimento: Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária

A Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária é um instrumento com o qual o activista vai recolher informações em relação ao doente que está sendo referido e as razões que fazem com que este seja referido para a Unidade Sanitária.

Os campos a serem preenchidos na ficha de referência são relativos ao doente que está sendo referido e são os seguintes:

- **Referência n.º:** Escrever o número da ficha de referência de acordo com o número de crianças já referidas, **exemplo:** se já referiu 5 crianças, a referência que está a fazer naquele momento é a n.º 6
- **Data da referência:** Escrever a data, o mês e o ano no qual está a referir o doente
- **Província:** Escrever o nome da Província onde se encontra
- **Distrito:** Escrever o nome do Distrito onde se encontra
- **Localidade:** Escrever o nome da localidade onde se encontra
- **Ponto de Referência do Doente:** Escrever um local/objecto, ex. árvore, igreja, fonte de água, ou o nome de uma pessoa influente/conhecida no bairro, que ajude a localizar com facilidade o doente
- **Comunidade/bairro:** o nome da comunidade/bairro onde se encontra o doente a ser referido
- **Nome da pessoa encaminhada:** Escrever o nome do doente
- **Idade:** Escrever a idade do doente e riscar a opção incorrecta no espaço onde diz (meses/anos), **exemplo:** se o doente tiver 15 meses, escrever 15 e riscar a opção incorrecta (meses/~~anos~~)
- **Sexo:** Escrever “F” (feminino) para mulheres ou “M” (masculino) para homens
- **Nome do acompanhante:** Escrever o nome da pessoa que vai acompanhar o doente da Comunidade para a Unidade Sanitária
- **PB:** Escrever o perímetro braquial em centímetros de acordo com a medição feita
- **Edema:** Assinalar “sim” se o doente tiver edema e “não” se não tiver a presença de edema
- **Referência para:** Escrever o nome da Unidade Sanitária para onde o doente está a ser referido
- **Motivo de referência:** Indicar o motivo que leva o trabalhador comunitário de saúde a referir o doente para a Unidade Sanitária
- **Encaminhado por:** Escrever o nome da pessoa que está a referir o doente da comunidade para a Unidade Sanitária
- **Categoria:** Escrever se a pessoa que está a referir o doente é ACS, APE, ou outro

Anexo 9.3. Relatório Mensal do Tratamento de Desnutrição Aguda Grave no Internamento

RELATÓRIO MENSAL - TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO NO INTERNAMENTO CRIANÇAS DOS 0 AOS 15 ANOS

Instruções de preenchimento

A principal fonte para o preenchimento deste relatório é o multi-cartão. À semelhança dos relatórios anteriores, este também permitirá, a cada nível de fluxo de informação, analisar o desempenho do programa através dos indicadores programáticos, tais como, taxa de cura, abandono, mortalidade e outras.

Colunas do Relatório Mensal do TDI		Que informação preencher coluna correspondente
Doentes no início do mês	A	Número de doentes que transitaram do mês anterior para o mês em reportagem
Casos novos	B1	Número de doentes que estão sendo internados pela primeira vez no mês de reportagem
Referidos do TDA	B2	Número de doentes que estão sendo re-internados porque o seu estado deteriorou no TDA. Não são contados como casos novos porque estão sendo tratados pelo mesmo episódio de desnutrição
Transferidos de outro sector ou unidade sanitária	B3	Número de doentes que, por alguma razão, interrompem o tratamento num sector ou unidade sanitária e continuam o tratamento no sector ou unidade sanitária a ser reportado
Abandonos que retornam	B4	Número de doentes que deixam a unidade sanitária antes de terminar o tratamento e retornam para serem tratados pelo mesmo episódio de desnutrição
Total Admissões	B=(B1+B2+B3+B4)	Número total de doentes que são admitidos no internamento no mês em reportagem
Curados	C1	Número de doentes que alcançam os critérios de alta (P/E ≥ -1 DP) no internamento, ou seja, não passam pelo TDA
Abandonos	C2	Número de doentes que ficam mais de dois dias fora da enfermaria sem dar continuidade ao tratamento
Óbitos	C3	Número de doentes que perderam a vida durante o tratamento da desnutrição no internamento
Não recuperados totalmente	C4	Número de doentes que não atingiram os critérios de alta após 4 meses de tratamento, sem causa aparente identificada, e são dispensados do programa
Total Saídas do Programa	C=(C1+C2+C3+C4)	Número total de doentes que saem do programa por motivos de cura, abandono, morte, ou porque não recuperam totalmente após 2 meses de tratamento.
Referidos para TDA	D	Número de doentes que saem do internamento para prosseguirem com o tratamento em ambulatório
Transferidos para outro sector ou unidade sanitária	E	Número de doentes que por uma razão médica terão sido transferidos para uma outra secção da mesma unidade sanitária para receber cuidados especializados, ou transferidos para uma outra US porque a casa do doente está mais perto de uma outra US ou por outros motivos
Total saídas e transferencias	F=(C+D+E)	Número total de doentes que saem do programa porque têm alta, não recuperam totalmente, ou porque são transferidos ou referidos
Total de doentes que transitam para o mês seguinte	G=(A+B-F)	Número total de doentes que transitam para o mês seguinte

Padrões Mínimos de “SPHERE”

O projecto “Sphere” tem como objectivo melhorar a qualidade do apoio dado a pessoas afectadas por desastres. “Sphere” estabeleceu padrões mínimos (muitas vezes chamados de ‘Padrões “Sphere”’ para monitorar o nível de qualidade dos serviços prestados durante um desastre, incluindo tratamento da desnutrição. Acesse o site <http://www.sphereproject.org> (April 2011 version) para mais informações.

Os Padrões Mínimos para o tratamento da desnutrição aguda são calculados usando a informação contida no **Relatório Mensal do TDI**. Os Padrões Mínimos são definidos como:

Indicador	Definição	Fórmula	Colunas correspondentes do Relatório Mensal do TDA	Valores de referência aceitáveis de acordo com os Padrões Mínimos do “SPHERE”
Propoção de saídas devido a cura (P/E ≥- 1 DP)	Mede, em percentagem, a proporção de doentes que saem do programa porque atingem os critérios de alta durante o mês em reportagem.	número de doentes curados / número total saídas x 100	C1/C*100	>75%
Propoção de saídas por abandono	Mede, em percentagem, a proporção de doentes que saem do programa porque abandonam o tratamento durante o mês em reportagem.	número de doentes que abandonaram o tratamento / número total saídas x 100	C2/C*100	<15%
Propoção de saídas por óbito	Mede, em percentagem, a proporção de doentes que saem do programa porque morrem durante o mês em reportagem.	número de óbitos / número total saídas x 100	C3/C*100	<10%

O desempenho do programa de TDA pode ser avaliado usando os valores de referência aceitáveis acima tabulados. O programa de TDA deve ter mais de 75% da proporção de saídas por motivos de cura, menos de 15% da proporção de saídas por motivos de abandono, e menos de 10% da proporção de saídas por motivos de morte.

NOME DA UNIDADE SANITÁRIA	RELATÓRIO PREPARADO POR
CÓDIGO DA UNIDADE SANITÁRIA	PROVINCIA
NOME DO SECTOR DA UNIDADE SANITÁRIA	DISTRITO
DATA DO RELATÓRIO	MÊS/ANO

Grupos etários	Doentes no início do mês (A)	Admissões (B)				Total Admissões B=(B1+B2+B3+B4)	Saídas do Programa (C)				Total Saídas do Programa C=(C1+C2+C3+C4)	Referidos para TDA (D)	Tranferidos para outro sector ou US (E)	Total de saídas, referências e transferências F=(C+D+E)	Total no fim do mês G=(A+B-F)	
		Casos Novos (B1)	Referidos do TDA (B2)	Transferidos de outro sector ou US (B3)	Abandonos que Retornam (B4)		Curados (C1)	Abandonos (C2)	Óbitos (C3)	Não recuperados totalmente (C4)						
1 <6 meses HIV+																
2 <6 meses e HIV- ou desconhecido																
Sub-total < 6 meses																
3 6 – 59 meses HIV+																
4 6 – 59 meses e HIV- ou desconhecido																
Sub-total 6 – 59 meses																
5 5 – 15 anos HIV+																
6 5 – 15 anos e HIV- ou desconhecido																
Sub-total 5 – 15 anos																
TOTAL																
Fórmula para cálculo de indicadores de desempenho							C1/C*100	C2/C*100	C3/C*100							
Proporção de saídas 6-59 meses																
Proporção de saídas 5-15 anos																
Valores de referência aceitáveis no internamento							> 75%	< 15%	< 10%							

Instruções de Preenchimento: Cartão do Doente Desnutrido

Primeiramente, é importante reiterar que todas as crianças identificadas como desnutridas devem receber este cartão, independentemente de estarem a receber produtos nutricionais terapêuticos.

Neste cartão, o profissional de saúde deve preencher os seguintes campos:

- Nomes de Província, Distrito, Unidade Sanitária e o nome do activista comunitário de saúde mais próximo da casa do doente que lhe possa prestar assistência.
- Escrever o nome do doente, número de ordem mensal, número de NID, idade, sexo e nome do acompanhante.
- O mesmo cartão servirá para a monitoria da suplementação e tratamento, daí a necessidade de indicar se a criança está a receber suplementação ou tratamento. Indicar o tipo de suplemento que está a receber, ex. MAE ou ATPU para suplementação alimentar; ou ATPU para tratamento em ambulatório para DAG.
 - Lembre-se que, uma vez começando a suplementação do doente com um tipo de suplemento, ex. ATPU, este deve receber o mesmo tipo de suplemento até o fim do tratamento sempre que possível.
- Escrever a data de início do tratamento, e indicar outras informações antropométricas do doente:
 - **Peso:** peso do doente em kg
 - **Estatura:** comprimento ou altura em centímetros
 - **P/E (DP):** peso-para-estatura (desvio padrão) para crianças dos 6 aos 59 meses
 - **IMC:** para adultos maiores de 18 anos
 - **IMC/Idade:** para crianças e adolescentes dos 5 aos 18 anos
 - **PB:** perímetro braquial para mulheres grávidas e até 6 meses pós-parto
- **Fornecimento do ATPU ou MAE:**
 - Preencher a data da visita do doente à Unidade Sanitária; o peso do doente em quilogramas e quantidade de suplemento que o doente vai receber de acordo com o tipo.
 - Na coluna de observações escrever qualquer ocorrência que não esteja de acordo com os procedimentos indicados na tabela.

Nota: Sempre lembrar a mãe sobre os cuidados a ter com os produtos terapêuticos.

Anexo 9.5. Livro de Registo do Programa de Reabilitação Nutricional

Instruções de preenchimento (Crianças dos 6 meses aos 15 anos)

O livro de registo é uma fonte primária de informação do programa, onde podemos encontrar a informação rotineira sobre as crianças inscritas no programa. O seu uso correcto é muito determinante na qualidade dos relatórios produzidos no programa. Todas as crianças inscritas no programa devem ser registadas no Livro de Registo, independentemente de estarem a receber suplementos nutricionais.

Coluna do Livro de Registo	Que informação preencher na coluna correspondente	Coluna do Livro de Registo	Que informação preencher na coluna correspondente
Nº de Ordem Mensal	No início de cada mês, inserir o número um (1) para o primeiro doente que se apresentar para atendimento na unidade de reabilitação nutricional. Escreva o número dois (2) para o doente que se apresentar para atendimento a seguir, e assim subsequentemente até o final do mês. Recomeça a sequência para cada caso novo que se apresentar no início do mês seguinte.	Tipo de suplemento	Neste campo escreve-se o tipo de suplemento que o doente recebe, se é MAE ou ATPU. Se por algum motivo o doente não receber suplemento nutricional a dada visita, é importante que este motivo seja registado.
Nº de NID	Inserir o número do NID atribuído ao doente	Quantidade	Escrever a quantidade de suplemento recebido na data da visita à Unidade Sanitária. Se for ATPU, a quantidade será expressa em saquetas, e se for MAE, a quantidade será expressa em quilogramas(kg).
Nome do doente	Escrever o nome completo do doente.	Peso	Neste campo escreve-se o peso do doente de acordo com a medição feita pelo profissional de saúde. O peso deve ser expresso em quilogramas (kg).
Nome do acompanhante	Escrever o nome da pessoa que está na companhia do doente na Unidade Sanitária.	Estatura	Escrever a estatura do doente depois de medida no altímetro (altura ou comprimento). Para as crianças menores de 5 anos a estatura deve ser expressa em centímetros (cm).
Comunidade	Escrever o nome da comunidade onde reside o doente.	Peso/Estatura ou IMC/Idade (DP)	Escrever o desvio padrão de peso para estatura (6-59 meses) ou IMC/Idade (5-15 anos) de acordo com as tabelas de peso-para-estatura ou IMC/Idade.
Idade	A idade do doente deve ser expressa em meses para crianças dos 6 aos 59 meses e em anos para crianças e adolescentes dos 5 aos 15 anos.	PB:	Neste campo escreve-se o perímetro braquial do doente, de acordo com a medição feita a este.
Sexo	Escrever o sexo do doente (masculino ou feminino).	Estado de HIV	Para doentes com estado desconhecido, deve se fazer o seguimento do teste nas visitas seguintes.
Razão de tratamento	Para crianças 6-59 meses, indicar o motivo que leva o doente a ser tratado, fazendo um círculo em volta dos seguintes números: 1; 2; 3; 4 onde: 1: Criança com DAG e HIV+ 2: Criança com DAG e HIV- ou desconhecido 3: Criança com DAM HIV+ 4: Criança com DAM HIV- ou desconhecido	Dias totais	O tempo durante o qual o doente permaneceu em tratamento ou suplementação (n.º de dias).
Proveniência	Indicar com um “x” se se trata de uma nova admissão (novo episódio de desnutrição) ou de uma re-admissão (mesmo episódio de desnutrição). As readmissões podem ser por referência do internamento, transferência de outro sector ou de outra unidade sanitária, ou caso de abandono que retorna à unidade sanitária para continuar o tratamento.	Quantidade total recebida	Registrar a quantidade total de ATPU ou MAE que o doente recebeu durante o tempo que esteve em tratamento ou suplementação.
Visitas	O livro de registo tem sete campos de visita, nos quais serão preenchidas as informações sobre o estado nutricional dos doentes sempre que estes visitarem a Unidade Sanitária.	Indicar a categoria da alta	Para tal, deve-se pôr um “x” na opção certa, se o doente curou, morreu, abandonou, etc. e a data de ocorrência.
Data	A cada visita, escreve-se a data em que o doente se apresenta na Unidade Sanitária no campo correspondente e, no campo da visita seguinte, escreve-se a lápis a data prevista para a visita seguinte.	NOTA: No fim de cada folha preenchida do Livro, o responsável pelo preenchimento do livro deve assinar no campo providenciado.	



Annexo 9.5.1. Livro de Registo do PRN: Crianças dos 6 aos 59 meses

Nº de ordem mensal	Nº de NID	Informações do doente	Idade (meses)	Sexo	Razão do Tratamento (circular)	Proveniência	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita
		Nome do doente:			<i>Veja as definições nas instruções</i>	<input type="checkbox"/> Caso novo	Data	Data	Data	Data
		Nome do acompanhante:			1	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento
		Nome da comunidade:			2	<input type="checkbox"/> Transferido de outro sector ou Unidade Sanitária	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
					3	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Peso (kg) Estatura (cm)			
					4		P/E (DP) PB (cm)			
							Estado de HIV (circular) + - Desc			
		Nome do doente:			<i>Veja as definições nas instruções</i>	<input type="checkbox"/> Caso novo	Data	Data	Data	Data
		Nome do acompanhante:			1	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento
		Nome da comunidade::			2	<input type="checkbox"/> Transferido de outro sector ou Unidade Sanitária	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
					3	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Peso (kg) Estatura (cm)			
					4		P/E (DP) PB (cm)			
							Estado de HIV (circular) + - Desc			
		Nome do doente:			<i>Veja as definições nas instruções</i>	<input type="checkbox"/> Caso novo	Data	Data	Data	Data
		Nome do acompanhante:			1	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento
		Nome da comunidade::			2	<input type="checkbox"/> Transferido de outro sector ou Unidade Sanitária	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
					3	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Peso (kg) Estatura (cm)			
					4		P/E (DP) PB (cm)			
							Estado de HIV (circular) + - Desc			
		Nome do doente:			<i>Veja as definições nas instruções</i>	<input type="checkbox"/> Caso novo	Data	Data	Data	Data
		Nome do acompanhante:			1	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento
		Nome da comunidade:			2	<input type="checkbox"/> Transferido de outro sector ou Unidade Sanitária	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
					3	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Peso (kg) Estatura (cm)			
					4		P/E (DP) PB (cm)			
							Estado de HIV (circular) + - Desc			

Assinatura do Responsável pelo Registo:



5ª visita		6ª visita		7ª visita		Alta	Instruções de preenchimento do Livro de Registo do PRN		
Data		Data		Data				Dias totais:	<p>Nº Sequencial: No início de cada mês, inserir o número 1 para o primeiro doente que se apresenta; inserir o número 2 para o doente que se apresenta a seguir, e assim subsequentemente até o final do mês. Recomece a sequência para cada caso novo que se apresentar no início do mês seguinte.</p> <p>Nº de NID: Inserir o número do NID atribuído ao doente.</p> <p>Nome do doente: Escrever o nome completo do doente.</p> <p>Nome do acompanhante: Escrever o nome da pessoa que está na companhia do doente na Unidade Sanitária.</p> <p>Comunidade: Escrever o nome da comunidade onde reside o doente.</p> <p>Idade: A idade do doente deve ser expressa em meses para crianças dos 6 aos 59 meses</p> <p>Sexo: Escrever o sexo do doente (masculino ou feminino).</p> <p>Razão de tratamento: Indicar o motivo que leva a criança a ser tratada, fazendo um círculo em volta dos seguintes números: 1; 2; 3; ou 4 onde:</p> <p>1: Criança com DAG e HIV+</p> <p>2: Criança com DAG e HIV- ou desconhecido</p> <p>3: Criança com DAM HIV+</p> <p>4: Criança com DAM HIV – ou desconhecido</p> <p>Proveniência: Indicar com um "x" se se trata de uma nova admissão ou de uma re-admissão devido a uma das razões listadas.</p> <p>Visitas: O livro de registo tem sete campos de visita, nos quais serão preenchidas as informações sobre o estado nutricional dos doentes sempre que estes visitarem a Unidade Sanitária.</p> <p>Data: Neste campo escreve-se a data em que o doente se apresenta na Unidade Sanitária para ser avaliado.</p> <p>Tipo de suplemento: Neste campo escreve-se o tipo de suplemento, se é MAE ou ATPU.</p> <p>Quantidade: Escrever a quantidade de suplemento recebido na data da visita à Unidade Sanitária. Se for ATPU, a quantidade será expressa em saquetas, e se for MAE, a quantidade será expressa em quilogramas(kg).</p> <p>Peso: Neste campo escreve-se o peso do doente de acordo com a medição feita pelo profissional de saúde. O peso deve ser expresso em quilogramas (kg).</p> <p>Estatura: Escrever a estatura do doente depois de medida no altímetro (altura ou comprimento). Para as crianças menores de 5 anos a estatura deve ser expressa em centímetros (cm).</p> <p>Peso/Estatura: Escrever o índice de peso para estatura de acordo com as tabelas de peso-para-estatura.</p> <p>PB: Neste campo escreve-se o perímetro braquial do doente, de acordo com a medição feita a este.</p> <p>Estado de HIV: Para doentes com estado desconhecido, deve se fazer o seguimento do teste nas visitas seguintes.</p> <p>Alta: Neste campo deverá registar-se as seguintes informações:</p> <p>Dias totais: O tempo em que o doente permaneceu em tratamento ou suplementação (n.º de dias).</p> <p>Quantidade total recebida: Registrar a quantidade total de ATPU ou MAE que o doente recebeu durante o tempo que esteve em tratamento ou suplementação.</p> <p>Indicar a categoria da alta: Pondo um círculo na opção certa, se o doente curou, morreu, abandonou, etc. e a data de ocorrência.</p> <p>Nota: No fim de cada folha preenchida, o responsável pelo preenchimento do livro deve assinar no campo provenciado.</p>
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento				Quantidade total recebida:	
Quantidade		Quantidade		Quantidade				Indicar:	
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curados <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária <input type="checkbox"/> Não recuperado totalmente			
P/E (DP)	PB (cm)	P/E (DP)	PB (cm)	P/E (DP)	PB (cm)				
Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc					
Data		Data		Data		Dias totais:			
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:			
Quantidade		Quantidade		Quantidade		Indicar:			
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curados <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária <input type="checkbox"/> Não recuperado totalmente			
P/E (DP)	PB (cm)	P/E (DP)	PB (cm)	P/E (DP)	PB (cm)				
Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc					
Data		Data		Data		Dias totais:			
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:			
Quantidade		Quantidade		Quantidade		Indicar:			
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curados <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária <input type="checkbox"/> Não recuperado totalmente			
P/E (DP)	PB (cm)	P/E (DP)	PB (cm)	P/E (DP)	PB (cm)				
Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc					

Assinatura do Responsável pelo Registo:



Anexo 9.5.2. Livro de Registo do PRN: Crianças e Adolescentes dos 5 aos 15 anos

Nº de ordem mensal	Nº de NID	Informações do doente	Idade (meses)	Sexo	Razão do Tratamento (circular)	Proveniência	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita
		Nome do doente:			<i>Veja as definições nas instruções</i>	<input type="checkbox"/> Caso novo	Data	Data	Data	Data
		Nome do acompanhante:			1	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento
		Nome da comunidade:			2	<input type="checkbox"/> Transferido de outro sector ou Unidade Sanitária	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
					3	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Peso (kg) Estatura (cm)			
					4		IMC/Idade (DP) PB (cm)			
							Estado de HIV (circular) + - Desc			
		Nome do doente:			<i>Veja as definições nas instruções</i>	<input type="checkbox"/> Caso novo	Data	Data	Data	Data
		Nome do acompanhante:			1	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento
		Nome da comunidade:			2	<input type="checkbox"/> Transferido de outro sector ou Unidade Sanitária	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
					3	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Peso (kg) Estatura (cm)			
					4		IMC/Idade (DP) PB (cm)			
							Estado de HIV (circular) + - Desc			
		Nome do doente:			<i>Veja as definições nas instruções</i>	<input type="checkbox"/> Caso novo	Data	Data	Data	Data
		Nome do acompanhante:			1	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento
		Nome da comunidade:			2	<input type="checkbox"/> Transferido de outro sector ou Unidade Sanitária	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
					3	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Peso (kg) Estatura (cm)			
					4		IMC/Idade (DP) PB (cm)			
							Estado de HIV (circular) + - Desc			
		Nome do doente:			<i>Veja as definições nas instruções</i>	<input type="checkbox"/> Caso novo	Data	Data	Data	Data
		Nome do acompanhante:			1	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento	Tipo de suplemento
		Nome da comunidade:			2	<input type="checkbox"/> Transferido de outro sector ou Unidade Sanitária	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
					3	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Peso (kg) Estatura (cm)			
					4		IMC/Idade (DP) PB (cm)			
							Estado de HIV (circular) + - Desc			

Assinatura do Responsável pelo Registo:



5ª visita		6ª visita		7ª visita		Alta	Instruções de preenchimento do Livro de Registo do PRN		
Data		Data		Data				Dias totais:	<p>Nº Sequencial: No início de cada mês, inserir o número 1 para o primeiro doente que se apresenta; inserir o número 2 para o doente que se apresenta a seguir, e assim subsequentemente até o final do mês. Recomeçar a sequência para cada caso novo que se apresentar no início do mês seguinte.</p> <p>Nº de NID: Inserir o número do NID atribuído ao doente.</p> <p>Nome do doente: Escrever o nome completo do doente.</p> <p>Nome do acompanhante: Escrever o nome da pessoa que está na companhia do doente na Unidade Sanitária.</p> <p>Comunidade: Escrever o nome da comunidade onde reside o doente.</p> <p>Idade: A idade do doente deve ser expressa em anos para crianças e adolescentes dos 5 aos 15 anos.</p> <p>Sexo: Escrever o sexo do doente (masculino ou feminino).</p> <p>Razão de tratamento: Indicar o motivo que leva a criança a ser tratada, fazendo um círculo em volta de um dos seguintes números: 5; 6; 7; ou 8 onde:</p> <p>5: Criança ou adolescente com DAG e HIV+</p> <p>6: Criança ou adolescente com DAG e HIV- ou desconhecido</p> <p>7: Criança ou adolescente com DAM HIV+</p> <p>8: Criança ou adolescente com DAM HIV – ou desconhecido</p> <p>Proveniência: Indicar com um "x" se se trata de uma nova admissão ou de uma re-admissão devido a uma das razões listadas.</p> <p>Visitas: O livro de registo tem sete campos de visita, nos quais serão preenchidas as informações sobre o estado nutricional dos doentes sempre que estes visitarem a Unidade Sanitária.</p> <p>Data: Neste campo escreve-se a data em que o doente se apresenta na Unidade Sanitária para ser avaliado.</p> <p>Tipo de suplemento: Neste campo escreve-se o tipo de suplemento, se é MAE ou ATPU.</p> <p>Quantidade: Escrever a quantidade de suplemento recebido na data da visita à Unidade Sanitária. Se for ATPU, a quantidade será expressa em saquetas, e se for MAE, a quantidade será expressa em quilogramas(kg).</p> <p>Peso: Neste campo escreve-se o peso do doente de acordo com a medição feita pelo profissional de saúde. O peso deve ser expresso em quilogramas (kg).</p> <p>Estatura: Escrever a estatura do doente depois de medida no altímetro (altura ou comprimento). Para as crianças menores de 5 anos a estatura deve ser expressa em centímetros (cm).</p> <p>IMC/Idade: Escrever o índice de IMC/Idade de acordo com as tabelas de IMC/Idade.</p> <p>PB: Neste campo escreve-se o perímetro braquial do doente, de acordo com a medição feita a este.</p> <p>Estado de HIV: Para doentes com estado desconhecido, deve se fazer o seguimento do teste nas visitas seguintes.</p> <p>Alta: Neste campo deverá registar-se as seguintes informações:</p> <p>Dias totais: O tempo em que o doente permaneceu em tratamento ou suplementação (n.º de dias).</p> <p>Quantidade total recebida: Registrar a quantidade total de ATPU ou MAE que o doente recebeu durante o tempo que esteve em tratamento ou suplementação.</p> <p>Indicar a categoria da alta: Pondo um círculo na opção certa, se o doente curou, morreu, abandonou, etc. e a data de ocorrência.</p> <p>Nota: No fim de cada folha preenchida, o responsável pelo preenchimento do livro deve assinar no campo providenciado.</p>
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento				Quantidade total recebida:	
Quantidade		Quantidade		Quantidade				Indicar:	
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curados <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária <input type="checkbox"/> Não recuperado totalmente			
IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)				
Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc					
Data		Data		Data		Dias totais:			
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:			
Quantidade		Quantidade		Quantidade		Indicar:			
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curados <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária <input type="checkbox"/> Não recuperado totalmente			
IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)				
Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc					
Data		Data		Data		Dias totais:			
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:			
Quantidade		Quantidade		Quantidade		Indicar:			
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curados <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária <input type="checkbox"/> Não recuperado totalmente			
IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)				
Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc					
Data		Data		Data		Dias totais:			
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:			
Quantidade		Quantidade		Quantidade		Indicar:			
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curados <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária <input type="checkbox"/> Não recuperado totalmente			
IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)				
Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc					

Assinatura do Responsável pelo Registo:



Anexo 9.6. Relatório Mensal do Tratamento em Ambulatório (Crianças e adolescentes 6 meses aos 15 anos)

Instruções de preenchimento

O relatório mensal do tratamento em ambulatório contém os principais indicadores da monitoria programática que os profissionais de saúde devem recolher no fim de cada mês. Toda a informação necessária para preencher o Relatório Mensal do TDA tem como fonte o Livro de Registo do Programa de Reabilitação Nutricional.

Colunas do Relatório Mensal do TDA		Que informação preencher na coluna correspondente
Doentes no início do mês	A	Número de doentes que transitaram do mês anterior para o mês em reportagem
Casos Novos	B1	Número de doentes admitidos ao PRN pela primeira vez no mês de reportagem
Referidos do TDI	B2	Número de doentes que têm alta do TDI e continuam o tratamento para o mesmo episódio de desnutrição em ambulatório
Transferidos de outro sector ou unidade sanitária	B3	Número de doentes que, por alguma razão, interrompem o tratamento num sector ou unidade sanitária e continuam o tratamento no sector ou unidade sanitária a ser reportado
Abandonos que retornam	B4	Número de doentes que abandonam o tratamento e retornam para serem tratados pelo mesmo episódio de desnutrição
Total admissões	B=(B1+B2+B3+B4)	Número de doentes inscritos no PRN, independentemente de estarem a receber tratamento ou suplemento num determinado mês
Curados (P/E ≥ -1 DP)	C1	Número de doentes que alcançaram os critérios de alta no tratamento em ambulatório (P/E ≥ -1 DP)
Abandonos	C2	Número de doentes ausentes por duas visitas consecutivas.
Óbitos	C3	Número de doentes que perderam a vida e foram reportados como tal
Não recuperados totalmente	C4	Número de doentes que não atingiram os critérios de alta após 4 meses de tratamento, sem causa aparente identificada, e que são dispensados do programa
Total de saídas do programa	C = (C1+C2+C3+C4)	Número total de doentes que saem do programa por motivos de cura, abandono, morte, ou porque não recuperam totalmente após 4 meses de tratamento.
Referidos para internamento	D	Número de doentes transferidos do ambulatório para internamento
Transferidos para outro sector ou unidade sanitária	E	Número de doentes que por uma razão médica terão sido transferidos para uma outra secção da mesma unidade sanitária para receber cuidados especializados, ou transferidos para outra U.S. porque a casa do doente está mais perto de uma outra US ou por outros motivos
Total de saídas, referências e transferências	F = (C+D+E)	Número total de doentes que saem do programa porque têm alta, não recuperam totalmente, ou porque são transferidos
Total de doentes que transitam para o mês seguinte	G = (A+B)-F	Número total de doentes que transitam para o mês seguinte

Padrões Mínimos de “SPHERE”

O projecto “Sphere” tem como objective melhorar a qualidade do apoio dado a pessoas afectadas por desastres. “Sphere” estabeleceu padrões mínimos (muitas vezes chamados de ‘Padrões “Sphere”’ para monitorar o nível de qualidade dos serviços prestados durante um desastre, incluindo tratamento da desnutrição. Acesse o site <http://www.sphereproject.org> (April 2011 version) para mais informações.

Os Padrões Mínimos para o tratamento da desnutrição aguda são calculados usando a informação contida no **Relatório Mensal do TDA. Os Padrões Mínimos são definidos como:**

Indicador	Definição	Fórmula	Colunas correspondentes do Relatório Mensal do TDA	Valores de referência aceitáveis de acordo com os Padrões Mínimos do “SPHERE”
Propoção de saídas devido a cura (P/E ≥-1 DP)	Mede, em percentagem, a proporção de doentes que saem do programa porque atingem os critérios de alta durante o mês em reportagem.	número de doentes curados / número total saídas x 100	C1/C*100	>75%
Propoção de saídas por abandono	Mede, em percentagem, a proporção de doentes que saem do programa porque abandonam o tratamento durante o mês em reportagem.	número de doentes que abandonaram o tratamento / número total saídas x 100	C2/C*100	<15%
Propoção de saídas por óbito	Mede, em percentagem, a proporção de doentes que saem do programa porque morrem durante o mês em reportagem.	número de óbitos / número total saídas x 100	C3/C*100	<10%

O desempenho do programa de TDA pode ser avaliado usando os valores de referência aceitáveis acima tabulados. O programa de TDA deve ter mais de 75% da proporção de saídas por motivos de cura, menos de 15% da proporção de saídas por motivos de abandono, e menos de 10% da proporção de saídas por motivos de morte.

NOME DA UNIDADE SANITÁRIA	RELATÓRIO PREPARADO POR
CÓDIGO DA UNIDADE SANITÁRIA	PROVINCIA
NOME DO SECTOR DA UNIDADE SANITÁRIA	DISTRITO
DATA DO RELATÓRIO	MÊS/ANO

Grupos etários	Doentes no início do mês (A)	Admissões (B)				Total Admissões B=(B1+B2+B3+B4)	Saídas do Programa (C)				Total Saídas do Programa C=(C1+C2+C3+C4)	Referidos para TDI (D)	Tranferidos para outro sector ou US (E)	Total de saídas, referências e transferências F=(C+D+E)	Total no fim do mês G=(A+B-F)
		Casos Novos (B1)	Re-admissões		Abandonos que Retornam (B4)		Curados (C1)	Abandonos (C2)	Óbitos (C3)	Não recuperados totalmente (C4)					
		Referidos do TDI (B2)	Transferidos de outro sector ou US (B3)												
1 6-59 meses DAG e HIV+															
2 6-59 meses DAG e HIV- ou desconhecido															
3 6-59 meses DAM e HIV+															
4 6 – 59 meses DAM e HIV- ou desconhecido															
Sub-total 6-59 meses															
5 5-15 anos DAG e HIV+															
6 5-15 anos DAG e HIV- ou desconhecido															
7 5-15 anos DAM e HIV+															
8 5-15 anos DAM e HIV- ou desconhecido															
Sub-total 5-15 anos															
TOTAL															

	Fórmula para cálculo de indicadores de desempenho	C1/C*100	C2/C*100	C3/C*100
	Proporção de saídas 6-59 meses			
	Proporção de saídas 5-15 anos			
	Valores de referência aceitáveis no internamento	> 75%	< 15%	< 10%



Anexo 9.7. Ficha de referência para internamento / ambulatório / outro sector

Nome do doente						
Data da referência						
Província				Distrito		
Unidade Sanitária				Código da U.S.		
Sector de tratamento inicial	<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Ambulatório (CCR)		<input type="checkbox"/> Sector especializado Especifique:		
Sector ao qual foi referido	<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Ambulatório (CCR)		<input type="checkbox"/> Sector especializado Especifique:		
Idade		Peso (kg)		Estatura (cm)		PB (cm)
Razão para referência						
Tratamento administrado antes da referência						
Vacinas administradas antes da referência (especifique e indique a data)				Dose de Vitamina A administrada antes da referência (especifique e indique a data)		
Nome do responsável						
Cargo						
Assinatura						

Instruções de preenchimento

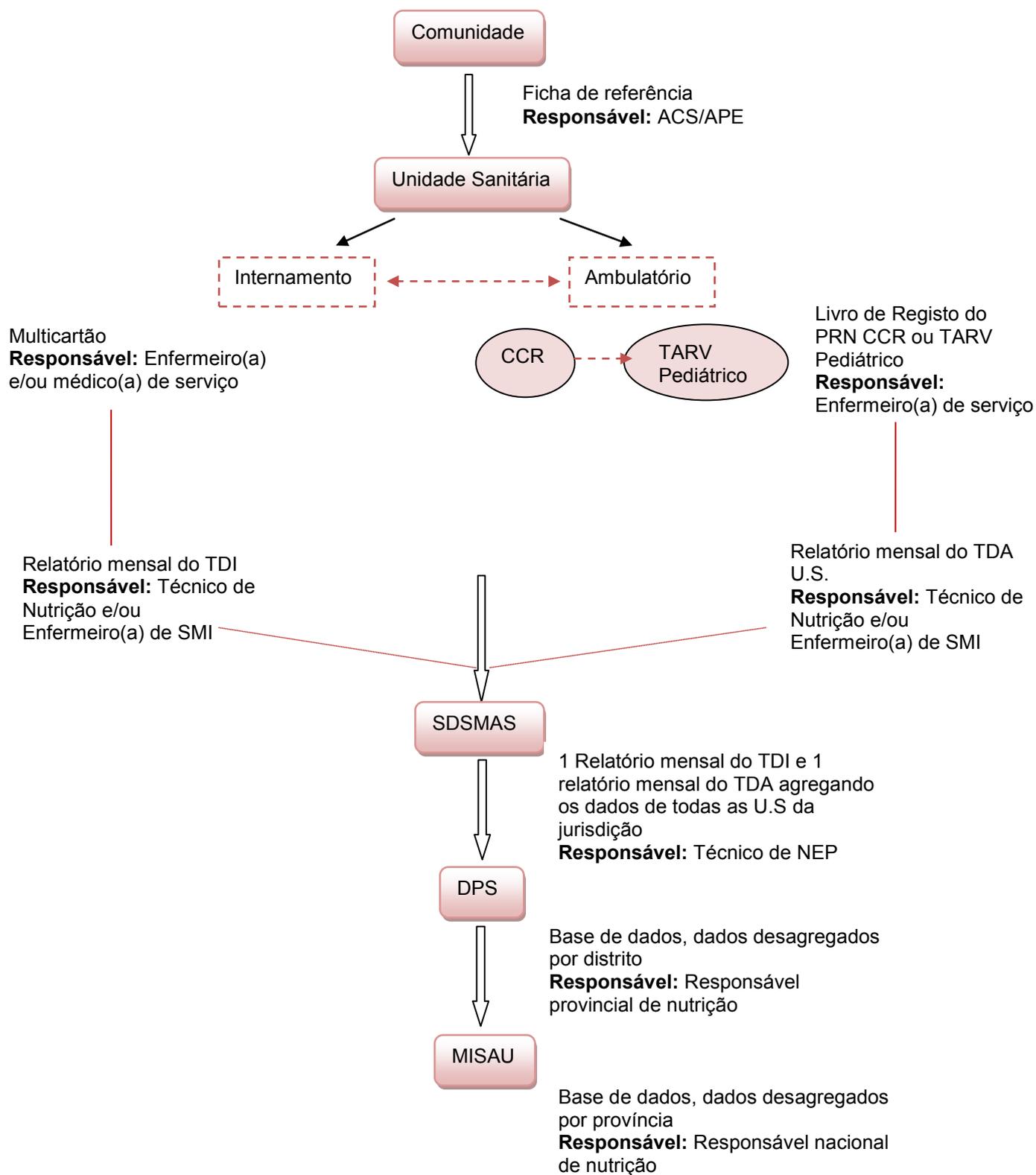
A ficha de referência para internamento / ambulatório / outro sector, é um instrumento com o qual o profissional de saúde vai recolher informações em relação ao doente que está a ser referido e as razões que fazem com que este seja referido de um sector para outro.

Nesta ficha, o profissional de saúde deve preencher os seguintes campos:

- Nome do doente
- Data em que a referência está a ser feita

- Província e distrito em que a referência está a ser feita
- Nome e código da unidade sanitária em que a referência está a ser feita
- Assinalar com um “X” o respectivo sector de onde o doente esteja a ser referido
- Assinalar com um “X” o respectivo sector para o qual o doente esteja a ser referido
- Idade do doente em meses para crianças dos 6 aos 59 meses, e em anos para crianças e adolescentes dos 5 aos 15 anos
- Peso, estatura e perímetro braquial do doente
- Razão que o leva a referir o doente
- Tratamento administrado antes da referência, medicamentoso e nutricional
- Vacinas administradas antes da referência, especificando o tipo de vacinas e as datas nas quais estas terão sido administradas
- Dose de vitamina A administrada antes da referência, especificando a dose consoante o peso da criança e a data em que esta terá sido administrada
- Nome do responsável pela referência
- Cargo do responsável pela referência
- Assinatura do responsável pela referência

Anexo 9.8. Fluxo de informação de Monitoria e Avaliação do PRN



Anexo 10.1. Relatório Mensal – Produtos Nutricionais Terapêuticos para o Tratamento da Desnutrição Aguda

RELATÓRIO MENSAL – PRODUTOS NUTRICIONAIS TERAPÊUTICOS PARA O TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO AGUDA

Os stocks de produtos terapêuticos para reabilitação nutricional devem ser mantidos e controlados na farmácia, portanto, a informação para preencher este relatório deverá ser obtida na farmácia. Porém, nos casos em que os produtos terapêuticos são mantidos em outros sectores da unidade sanitária, estes também devem ser contados.

Quantidade de produtos:

- **Stock inicial (a):** Quantidade de produtos existente até o final do mês anterior e que transita para o mês em reportagem.
- **Quantidade recebida neste mês (b):** Quantidade de produtos recebidos no mês em reportagem.
- **Quantidade consumida neste mês (c):** Quantidade de produtos gasta no tratamento ou suplementação dos doentes desnutridos.
- **Quantidade perdida neste mês (d):** Quantidade de produtos que por algum motivo tenha sido desperdiçada (produtos deteriorados, roubados, etc.).
- **Stock final no fim do mês (e) = (a+b)-(c+d):** Quantidade de produtos existente no fim do mês, que é o resultado da diferença da soma do stock inicial (a) com a quantidade recebida (b) e da soma da quantidade consumida (c) com a quantidade desperdiçada (d).

Quantidade de produtos	Saquetas de F75	Saquetas de F100	Saquetas de ReSoMal	Saquetas de ATPU	Sacos de MAE
a Stock inicial					
b Quantidade recebida neste mês					
c Quantidade consumida neste mês					
d Quantidade perdida neste mês					
e Stock final no fim do mês = (a+b)-(c+d)					

Anexo 10.2. Exemplo de um plano de necessidades de ATPU para crianças com DAG

Distritos	Número de beneficiários por mês	Consumo semanal de ATPU por criança	Consumo mensal de ATPU por criança (20*4)	Consumo mensal total de ATPU	# total de caixas de ATPU necessárias para um mês	# total de caixas de ATPU para 2 meses	# total de caixas de ATPU para um ano	Peso líquido de ATPU em Toneladas
Angoche	151	20	80	12,102	81	161	968	13
Eráti	142	20	80	11,327	76	151	906	13
Ilha de Moçambique	27	20	80	2,131	14	28	170	2
Lalaua	40	20	80	3,225	21	43	258	4
Malema	92	20	80	7,374	49	98	590	8
Meconta	86	20	80	6,884	46	92	551	8
Mecubúri	99	20	80	7,915	53	106	633	9
Memba	128	20	80	10,252	68	137	820	11
Mogincual	72	20	80	5,739	38	77	459	6