

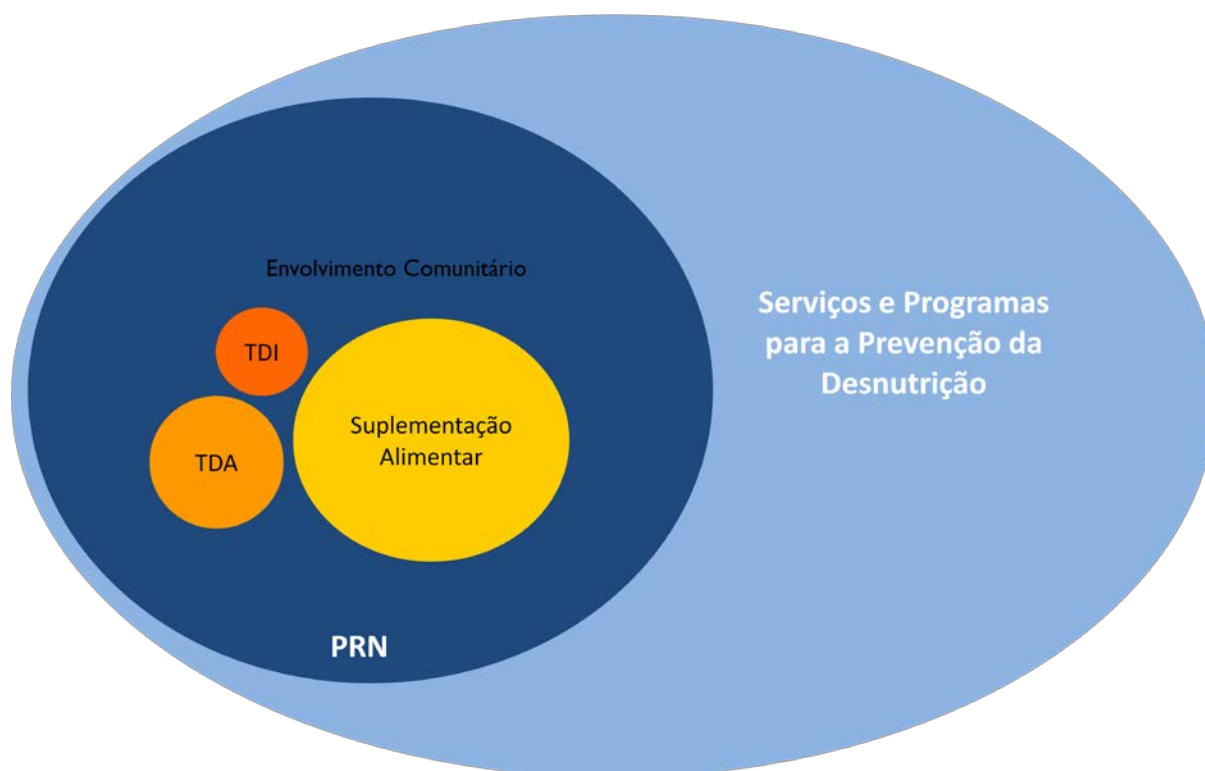
## Módulo 5: Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI)

5

Tópicos	Textos de Apoio	Estimativa da Duração dos Tópicos Obrigatórios	Estimativa da Duração dos Tópicos Opcionais
5.1. Tratamento da Desnutrição no Internamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 5.1 Tratamento da Desnutrição no Internamento</li> <li>• Texto de Apoio 5.2 Pontos-chave para o tratamento no internamento da DAG com Complicações</li> </ul>	30 minutos	
5.2. Procedimentos na admissão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 3.1 Fluxograma do Programa de Reabilitação Nutricional</li> </ul>		15 minutos
5.3. Dez passos para a recuperação nutricional da criança com DAG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 5.3 Dez passos para a recuperação nutricional da criança com DAG</li> <li>• Texto de Apoio 5.4 Objectivos do TDI de acordo com as fases do tratamento</li> </ul>	30 minutos	
5.4. Medicamentos de rotina e suplementos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 4.5 Medicamentos de rotina e suplementos</li> </ul>	30 minutos	
5.5. Tratamento nutricional durante a Fase de Estabilização <ol style="list-style-type: none"> <li>Preparação de leite terapêutico F75 e procedimentos para alimentação</li> <li>Monitoria durante a fase de estabilização</li> <li>Crítérios para passar da fase de estabilização para a fase de transição</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 5.5 Quantidades de F75 para crianças menores de 5 anos durante a fase de estabilização</li> <li>• Texto de Apoio 5.6 Quantidades de F75 para crianças dos 5-15 anos durante a fase de estabilização</li> <li>• Texto de Apoio 5.7 Exercícios para determinar as quantidades de F75 durante a fase de estabilização</li> <li>• Texto de Apoio 5.8 Preparação de leite terapêutico F75 e procedimentos para alimentação</li> <li>• Texto de Apoio 5.9 Monitoria durante a fase de estabilização e critérios para passar da fase de estabilização para a fase de transição</li> </ul>	60 minutos	
5.6. Tratamento Nutricional durante a fase de transição <ol style="list-style-type: none"> <li>Quantidades de F100</li> <li>Quantidades de ATPU</li> <li>Monitoria durante a fase de transição</li> <li>Crítérios para regressar da fase</li> </ol>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 5.10 Quantidades de F100 para crianças menores de 5 anos durante a fase de transição</li> <li>• Texto de Apoio 5.11 Quantidades de F100 para crianças dos 5-15 anos durante a fase de transição</li> <li>• Texto de Apoio 5.12 Estudo de caso - fase de transição</li> <li>• Texto de Apoio 5.13 Quantidades de ATPU durante a fase de transição</li> </ul>	60 minutos	

<p>de transição para a fase de estabilização</p> <p>e. Critérios para passar para a fase de reabilitação no internamento</p> <p>f. Critérios para passar para a fase de reabilitação no ambulatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 5.14 Monitoria durante a fase de transição e critérios para regressar ou passar para outra fase</li> </ul>		
<p>5.7. Tratamento nutricional durante a fase de reabilitação</p> <p>a. Quantidades de ATPU</p> <p>b. Quantidades de F100 para crianças e adolescentes que não consomem ATPU</p> <p>c. Monitoria durante a fase de reabilitação</p> <p>d. Falta de resposta ao TDI</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 5.15 Quantidades de ATPU durante a fase de reabilitação</li> <li>• Texto de Apoio 5.16 Quantidades de F100 durante a fase de reabilitação</li> <li>• Texto de Apoio 5.17 Critérios para alta do TDI</li> <li>• Texto de Apoio 5.18 Tabela para determinar peso alvo</li> <li>• Texto de Apoio 5.19 Exercício para determinar peso alvo</li> </ul>	45 minutos	
<p>5.8. Estimular o desenvolvimento emocional e e psico-motor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 5.20 Importância da estimulação física e psico-motora</li> <li>• Texto de Apoio 5.21 Algumas idéias para fazer brinquedos com materiais locais para estimulação psico-motora e social</li> </ul>	20 minutos	
<p>5.9. Revisão do Módulo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	10 minutos	
<b>Estimativa da Duração Total:</b>		4 horas 45 minutos	15 minutos

## Texto de Apoio 5.1 Tratamento da Desnutrição no Internamento



## Texto de Apoio 5.2. Pontos - chave para o tratamento no internamento da DAG com complicações

---

### Resumo

1. Crianças com Desnutrição Aguda Grave (DAG) com complicações médicas tem alto risco de mortalidade. Necessitam de cuidados em internamento, 24 h por dias, por um período de 4-7 dias até que a sua condição estabilize.
2. Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI) é a componente do PRN responsável pelo tratamento médico e reabilitação nutricional para crianças e adolescentes com DAG com complicações médicas ou sem apetite, e para crianças menores de 6 meses com edema bilateral, magreza acentuada ou problemas com a amamentação. Uma vez estabilizada a condição destes doentes, eles continuam o tratamento no TDI até que recuperem.
3. TDI é um serviço que deve estar localizado numa US que oferece atendimento 24h por dia. A US deve oferecer serviços de Reabilitação Nutricional.
4. O tratamento no internamento para doentes com DAG com complicações médicas segue os 10 Passos para Recuperação Nutricional da Criança com Desnutrição Grave da OMS.
5. As US devem ter profissionais de saúde de serviço, que tenham sido treinados de acordo com os protocolos do MISAU ou OMS, incluindo o manejo da DAG com complicações médicas.
6. Em alguns casos, as crianças e adolescentes permanecem em TDI até que estejam totalmente recuperadas, e não são transferidas para o TDA. Esses casos incluem: falta de serviços ambulatoriais na região, por motivos de segurança, a mãe/cuidador não está em casa, ou a mãe/cuidador prefere que a criança seja tratada no internamento.
7. A componente TDI do PRN é relativamente pequena, pois muitos doentes com DAG são tratados em ambulatório. No geral, menos de 20% dos doentes com DAG tem complicações médicas que justifiquem o internamento.
8. Médicos e outros profissionais de saúde devem visitar o local de atendimento ambulatorial e vice-versa. Isto ajudará a assegurar que o processo de reencaminhamento seja harmonioso.

### Perguntas complementares ao Texto de apoio 5.2

1. Quem recebe o tratamento no TDI?
2. Qual é a duração do tratamento providenciado no TDI?
3. Onde é que se implementa o TDI ?
4. Qual é a percentagem de doentes com DAG que tem complicações médicas?
5. Porque é que o TDI é a componente essencial do PRN?

### Texto de Apoio 5.3. Dez passos para a recuperação nutricional da criança com desnutrição grave

1. Tratar ou prevenir hipoglicemia.
2. Tratar ou prevenir hipotermia.
3. Tratar desidratação e o choque séptico.
4. Corrigir os distúrbios hidroelectrolíticos.
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 físico e psico-social.
10. Preparar para a alta e para o acompanhamento após a alta.

#### 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
<b>Tratar ou prevenir</b>					
Hipoglicemia	→				
Hipotermia	→				
Desidratação	→				
<b>Corrigir desequilíbrio</b>					
Electrólitos	→				
<b>Tratar infecção</b>	→				
<b>Corrigir deficiência</b>					
Micronutrientes	← Sem Ferro →   ← Com Ferro →				
<b>Iniciar a alimentação</b>					
Começar a alimentação	→				
Aumentar a alimentação para recuperar o peso perdido	→				
<b>Estimular o desenvolvimento</b>					
Físico e psico-social	→				
<b>Preparar para alta</b>	→				

## Texto de Apoio 5.4 Objectivos do TDI de acordo com as fases de tratamento

---

### 1. Estabilização

Esta fase compreende as acções descritas nos Passos 1 a 7 e objectiva:

- Tratar os problemas que causem risco de morte.
- Corrigir as deficiências nutricionais específicas.
- Reverter as anormalidades metabólicas.
- Iniciar a alimentação com o leite terapêutico F75.

### 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: o ATPU é progressivamente introduzido e o leite terapêutico F100 é usado para complementar o ATPU, se a criança ou o adolescente não conseguem consumir toda a quantidade de ATPU por refeição.

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 encaminhada para um atendimento ambulatório para continuar com a fase de reabilitação.

### 3. Reabilitação

Estas acções estão descritas nos Passos 8 e 9 e têm como objectivo:

- 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 cuidador da criança para continuar os cuidados em casa.
- Preparar 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).

### 4. Acompanhamento ou Seguimento

Compreende as acções descritas no Passo 10 e tem como objectivo:

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

## Texto de Apoio 5.5 Quantidades de F75 para crianças dos 6-59 meses durante a fase de estabilização

### 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) <sup>a</sup>			Volume total diário (130 ml/kg)	80% do volume total diário <sup>a</sup> (mínimo)
	A cada 2 horas <sup>b</sup> (12 refeições)	A cada 3 horas <sup>c</sup> (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
11,0	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
12,0	130	195	260	1560	1250

<sup>a</sup> Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

<sup>b</sup> 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.

<sup>c</sup> 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 as refeições, mude para tomadas a cada quatro horas.

**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) <sup>a</sup>			Volume total diário (100 ml/kg)	80% do volume total diário <sup>a</sup> (mínimo)
	A cada 2 horas <sup>b</sup> (12 refeições)	A cada 3 horas <sup>c</sup> (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
11,0	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
12,0	100	150	200	1200	960

<sup>a</sup> Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

<sup>b</sup> 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.

<sup>c</sup> 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 as refeições, mude para tomadas a cada quatro horas.

## Texto de Apoio 5.6 Quantidades de F75 para crianças dos 5-15 anos durante a fase de estabilização

### Quantidades de F75 para crianças dos 5-10 anos durante a fase de estabilização

Peso (kg)	Volume de F75 por refeição (ml) <sup>a</sup>			Volume total diário <sup>d</sup> (100 ml/kg)	80% do volume total diário <sup>a</sup> (mínimo)
	A cada 2 horas <sup>b</sup> (12 refeições)	A cada 3 horas <sup>c</sup> (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

<sup>a</sup> Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

<sup>b</sup> 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.

<sup>c</sup> 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 as refeições, mude para tomadas a cada quatro horas.

<sup>d</sup> As necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

### Quantidades de F75 para adolescentes dos 11-15 anos durante a fase de estabilização

Peso (kg)	Volume de F75 por refeição (ml) <sup>a</sup>			Volume total diário <sup>d</sup> (80 ml/kg)	80% do volume total diário <sup>a</sup> (mínimo)
	A cada 2 horas <sup>b</sup> (12 refeições)	A cada 3 horas <sup>c</sup> (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

<sup>a</sup> Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

<sup>b</sup> 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.

<sup>c</sup> 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 as refeições, mude para tomadas a cada quatro horas.

<sup>d</sup> necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

## **Texto de Apoio 5.7 Exercício para determinar a quantidade de F75**

### **Como usar as tabelas de quantidades de leite terapêutico**

1. Confirme se o doente tem edema ou marasmo, e dirija-se à tabela correspondente e à fase de tratamento em que se encontra
2. Confirme a prescrição nutricional: se é alimentada com F75 ou com F100 e se é alimentada a cada 2, 3 ou 4 horas
3. Cruze a linha do peso com a coluna correspondente ao volume de leite terapêutico por refeição de acordo com o número de refeições.
4. Determine o volume de leite terapêutico a ser oferecido.

5

	<b>Peso (kg)</b>	<b>Idade</b>	<b>Edema bilateral</b>	<b>A cada 2 horas (12 refeições)</b>	<b>A cada 3 horas (8 refeições)</b>	<b>Volume total diário</b>
<b>Criança 1</b>	6.2	<5 anos	Não			
<b>Criança 2</b>	26.3	12 anos	+			
<b>Criança 3</b>	10.8	<5 anos	Não			
<b>Criança 4</b>	11.4	<5 anos	+++			
<b>Criança 5</b>	16.8	10 anos	+			
<b>Criança 6</b>	5.8	<5 anos	Nao			
<b>Criança 7</b>	58	14 anos	+			
<b>Criança 8</b>	12.5	8 anos	++			
<b>Criança 9</b>	8.5	<5 anos	+++			
<b>Criança 10</b>	7.6	<5 anos	Não			

## Texto de Apoio 5.8 Preparação de leite terapêutico F75 e procedimentos para alimentação

### 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 do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional** 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 chávina 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 mesma SNG não deve ultrapassar 3 dias e só deve acontecer na fase de estabilização.

#### 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 deformação 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.

### Alimentação correcta com xícara e pires

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 fechar-lhe o nariz para obrigá-la a engolir o leite ou alimentá-la enquanto deitada.



## Texto de Apoio 5.9 Monitoria durante a fase de estabilização e critérios para passar da fase de estabilização para a fase de transição

---

### 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)

### Critérios 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 (++)

## Texto de Apoio 5.10 Tratamento Nutricional com F100 para crianças dos 6-59 meses durante a fase de transição

### Para crianças dos 6-59 meses:

- Durante os primeiros dias da fase de transição (1 a 2 dias) deve-se substituir o F75 por F100, em quantidades iguais às de F75 que foram recebidas 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), deve-se aumentar 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 durante a noite para distribuir as refeições.
- Se não houver pessoal disponível durante a noite para distribuir as refeições, devem ser oferecidas 6 refeições, e deve-se assegurar que estas são consumidas na sua totalidade.

### Quantidades de F100 para crianças 6-59 meses durante a fase de transição

Peso (kg)	Volumen de F100 por refeição quando alimentadas a cada 3 horas (8 refeições diárias) <sup>a</sup>		Volumen de F100 por refeição quando alimentadas a cada 4 horas (6 refeições diárias) <sup>a</sup>		Volume total diário de F100	
	Dia 1-2 da Fase de Transição (130 ml/kg/dia)	Dia 2-3 da Fase de Transição (150 ml/kg/dia)	Dia 1-2 da Fase de Transição (130 ml/kg/dia)	Dia 2-3 da Fase de Transição (150 ml/kg/dia)	Dia 1-2 da Fase de Transição (130 ml/kg/dia)	Dia 2-3 da Fase de Transição (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

11,0	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
12,0	195	225	260	300	1560	1800

<sup>a</sup> Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

**Nota:** A tabela está separada em dias, para determinar o volume de leite terapêutico que o doente recebe de acordo com o dia em que começou a consumir o novo leite. Por exemplo se um doente de 9 Kg, que deve receber 8 refeições diárias, começa a consumir o F100 no 2º dia da fase de transição, ele deverá receber 170 ml de F100.

### 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** do **Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional** 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 chávena e pires.

## Texto de Apoio 5.11 Tratamento Nutricional com F100 para crianças dos 5-15 anos durante a fase de transição

### Para crianças dos 5-15 anos:

- A quantidade de F100 por kg de peso corporal para crianças mais velhas (maiores de 5 anos) é menor quando comparada à quantidade de F75 por Kg de peso corporal para crianças menores de 59 meses; e diminui à medida que a idade vai aumentando, o que reflecte a menor necessidade energética de crianças mais velhas.
- 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.

### Quantidades de F100 para crianças dos 5-10 anos durante a fase de transição

Peso (kg)	Volume de F100 por refeição (ml) <sup>a</sup>		Volume total diário <sup>b</sup> (75 ml/kg)
	A cada 3 horas (8 refeições)	A cada 4 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

<sup>a</sup> Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

<sup>b</sup> As necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

### Quantidades de F100 para adolescentes dos 11-15 anos durante a fase de transição

Peso (kg)	Volume de F100 por refeição (ml) <sup>a</sup>		Volume total diário <sup>b</sup> (60 ml/kg)
	A cada 3 horas (8 refeições)	A cada 4 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

<sup>a</sup> Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

<sup>b</sup> As necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

## Texto de Apoio 5.12 Estudo de caso - fase de transição

### Parte 1

*Joana tem 4 anos de idade e pesa 12 kg. Quando chegou na US, ela não passou no teste do apetite e foi admitida no TDI. Porém, agora, o apetite está restabelecido e ela não tem complicações médicas.*

**Pergunta #1:** No seu primeiro dia da fase de transição, se forem dadas 8 refeições diárias à Joana, qual é a quantidade de F100 que ela deverá receber por refeição?

*Após 1 dia na fase de transição, a Joana tolerou bem o F100. Agora as enfermeiras irão aumentar gradualmente a quantidade de F100 até atingir 150 ml de F100 por kg de peso corporal por dia.*

**Pergunta #2:** Se são dadas 8 refeições diárias à Joana, qual é a quantidade de F100 que os enfermeiros deverão dar a Joana até atingir 150 ml de F100 por kg de peso corporal por dia?

### Parte 2

*Após 2 dias na fase de transição, e após tolerar bem 150 ml de F100 por kg de peso corporal, a enfermeira faz um teste de apetite à Joana. A Joana come metade (1/2) de um pacote de ATPU (92 g).*

**Pergunta #3:** A Joana teve apetite durante o teste do apetite?

*A enfermeira entregou à mãe da Joana a quantidade de ATPU que a Joana deve consumir diariamente na fase de transição*

**Pergunta #4:** Qual é a quantidade de ATPU que a Joana deve consumir durante o período de 24 horas na fase de transição?

*A enfermeira instruiu a mãe da Joana a oferecer ATPU à Joana 5-6 vezes ao dia.*

**Pergunta #5:** Quantas saquetas de ATPU a Joana deve consumir em cada tomada se a sua mãe lhe alimenta 6 vezes por dia?

*A enfermeira verifica a cada refeição a quantidade de ATPU que a Joana consome. Se a Joana só estivesse a consumir cerca de um terço (1/3) de um pacote de ATPU ou três colherinhas ou aproximadamente 30 g de ATPU, as suas refeições precisariam de ser complementadas com F100.*

**Pergunta #6:** Qual é a quantidade de F100 que deveria ser dada à Joana para suplementar o ingestão de ATPU?

### Parte 3

*Após mais um dia na fase de transição, Joana está a consumir quase todas as 4 saquetas de ATPU diariamente. Ela não tem edema bilateral ou outras complicações médicas. A mãe da Joana disse que poderia tomar conta da Joana em casa e trazê-la semanalmente para receber mais ATPU e para seguimento.*

**Pergunta #7:** Será que Joana reúne os critérios para passar para a fase de reabilitação no ambulatório?

**Pergunta #8:** Quais são os critérios para regressar da fase de transição para a fase de estabilização?

**Pergunta #9:** Quais são os critérios para passar para a fase reabilitação no internamento?

### Texto de Apoio 5.13 Tratamento Nutricional com ATPU durante a fase de transição

#### Para crianças dos 6-59 meses:

- Quando a criança estiver a tolerar bem a quantidade recomendada de F100 - 150 ml por Kg de peso por dia - deve ser oferecido ATPU em cada refeição; devendo ser complementado pelo leite terapêutico F100 se for necessário.
- Dar 5-6 refeições de ATPU e/ou F100 por dia.
- A base de cálculo da quantidade de ATPU é de 150 kcal/kg de peso corporal/dia para crianças menores de 5 anos.
- 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 défice 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.

#### Para crianças 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.
- Na **tabela abaixo** 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 quantidade menor de ATPU por dia.
- Crianças e adolescentes devem beber muita água potável (fervida ou tratada) durante e depois do consumo de ATPU.

#### Saquetas (92g por saquetas)



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

## Texto de Apoio 5.14 Monitoria durante a fase de transição e critérios para regressar ou passar para outra fase

### 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 seguintes parâmetros devem ser monitorados e lançados no multi-cartão:

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

### ***Critérios 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 fluídos (Ex: Diminuição aguda na concentração de hemoglobina)
- 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)

### ***Critérios 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 reduzido para moderado (++) ou (+) ligeiro
- Ausência de complicação médica
- Clinicamente bem e alerta

### ***Critérios para passar para a fase de reabilitação no ambulatório***

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

- Bom apetite: consumindo pelo menos 80% da quantidade diária do ATPU
- Ausência de edema durante 7 dias
- Ausência de complicação médica
- Clinicamente bem e alerta

## Texto de Apoio 5.15 Quantidades de ATPU durante a fase de reabilitação

Saquetas (92g por saquetas)



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

## Texto de Apoio 5.16 Quantidades de F100 durante a fase de reabilitação

### Quantidades de F100 para crianças dos 6-59 meses durante a fase de reabilitação

Peso (kg)	Volumes de F100 por refeição (ml) <sup>a</sup>		Volume total diário (200 ml/kg)	80% do volume total diário <sup>a</sup> (mínimo)
	A cada 4 horas <sup>b</sup> (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

<sup>a</sup> Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

Volume total diário: O volume que o doente deve consumir diariamente

80% do volume total diário: O volume mínimo que o doente deve consumir diariamente

**Quantidades de F100 para crianças dos 5-10 anos durante a fase de reabilitação**

Peso (kg)	Volume de F100 por refeição (ml) <sup>a</sup>		Volume total diário <sup>b</sup> (100 ml/kg)
	A cada 3 horas (8 refeições)	A cada 4 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

<sup>a</sup> Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

<sup>b</sup> As necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

**Quantidades de F100 para adolescentes dos 11-15 anos durante a fase de reabilitação**

Peso (kg)	Volume de F100 por refeição (ml) <sup>a</sup>		Volume total diário <sup>b</sup> (90 ml/kg)
	A cada 3 horas (8 refeições)	A cada 4 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

<sup>a</sup> Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

<sup>b</sup> As necessidades de cada doente podem variar em 30% destas quantidades.

## Texto de Apoio 5.17 Critérios para alta do TDI

---

- 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 semanas consecutivas
- Não tem edema durante 7 dias

**Nota:** Os critérios para alta do TDI, são referentes àqueles doentes que apesar de já terem alcançado os critérios de alta para serem transferidos para o tratamento em ambulatório, não têm condições de ir para casa e voltar mensalmente para as consultas de seguimento em ambulatório.

A criança ou o adolescente deve ser transferida/o 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.
- Ausência de edema durante 7 dias
- Ausência de complicação médica
- Clinicamente bem e alerta

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

- Morrem durante o tratamento
- Ausentam-se durante mais de 2 dias da US
- Não recuperam totalmente após 2 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.

## Texto de Apoio 5.18 Tabela para determinar peso alvo

Peso na Admissão e Peso Alvo para Alta (15% de peso ganho)			
Peso na admissão sem edema	Peso Alvo: 15% de peso ganho	Peso na admissão sem edema	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 como critério de alta o peso alvo, que consiste em 15% de peso ganho, em comparação com o peso da criança ou adolescente no momento de admissão para tratamento, por duas semanas consecutivas.

### 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 10,1 kg
2. Consultar a Tabela de Orientação para Determinar o Peso Alvo, isto é, o peso correspondente a 15% de 10,1 kg. Este peso é 11,6 kg.

### Texto de Apoio 5.19 Exercício para determinar peso alvo

---

	Peso na admissão sem edema	Peso Alvo: 15% de peso ganho
Criança 1	14,8	
Criança 2	8,9	
Criança 3	17,2	
Criança 4	22,0	

## Texto de Apoio 5.20 Importância da estimulação física e psicomotora

---

As crianças hospitalizadas estão muitas vezes assustadas e podem sentir medo, porque tudo é novo e estranho (as pessoas, sonda nasogástrica, ver outras crianças que choram ao receber injeções, etc). Mostrar carinho e atenção pode ajudar a tranquilizar as crianças. Porém, as crianças severamente desnutridas necessitam de atenção especial pois estas têm o desenvolvimento mental e comportamental comprometidos. Isso ocorre porque:

- São fracas demais para gatinhar ou correr em busca de novas experiências
- Estão doentes e letárgicas e não estão interessadas no que as rodeia
- As pessoas interagem menos com elas porque são quietas
- A falta de nutrientes pode impedir que seus cérebros se desenvolvam normalmente
- Elas são muitas vezes de lares pobres, com poucos brinquedos e pouco estímulo

**Ao estimular uma criança desnutrida, estimula-se o desenvolvimento mental, o que, por sua vez, contribui para um futuro melhor, pois estas crianças terão melhor desempenho escolar.**

## Texto de Apoio 5.21 Algumas ideias para fazer brinquedos com materiais locais para estimulação física e psico-motora

Na unidade sanitária, as mães podem ser ensinadas a brincar com as crianças usando brinquedos simples de produção caseira. Os brinquedos caseiros são melhores que brinquedos industrializados pois, os brinquedos industrializados partem-se frequentemente, não estão disponíveis em muitos lares e nem sempre contribuem para um desenvolvimento adequado. Fazer brinquedos pode ser terapêutico para as mães também (que muitas vezes estão assustadas com o ambiente hospitalar) e para a criança, pois as mães tornam-se mais tranquilas e cuidam melhor delas.

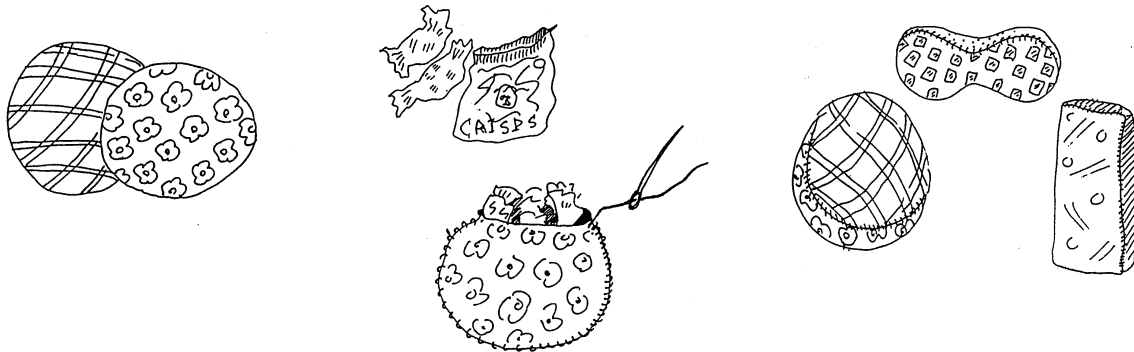
### Bonecos e objectos comprimíveis

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.



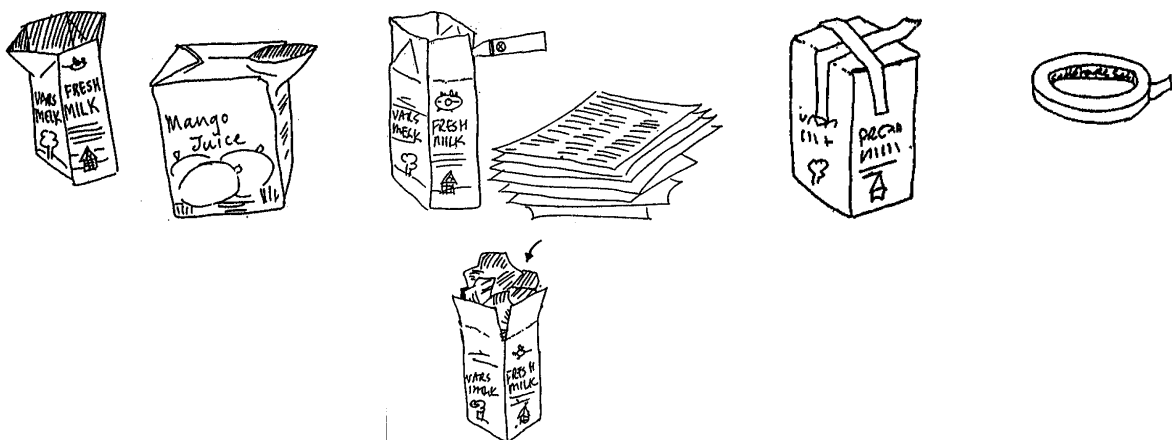
### Blocos

Pegue em várias caixas vazias de leite, sumo, cereais, etc.

Abra um dos topos das caixas.

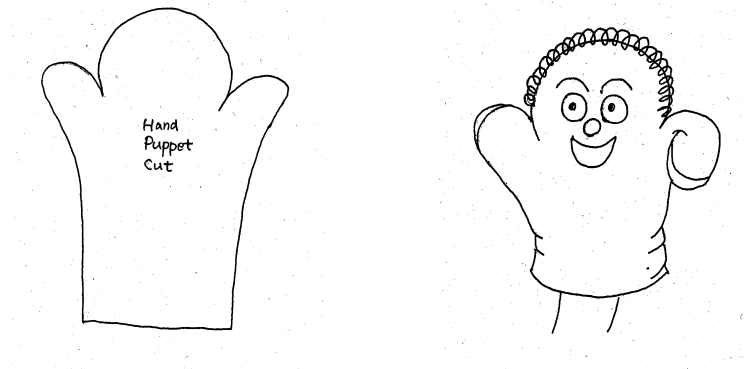
Encha a caixa com papel de jornal amarrotado.

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.

