

## Módulo 6: Protocolo para crianças menores de 6 meses ou com peso corporal inferior a 4 Kg

Tópicos	Textos de Apoio	Estimativa da Duração dos Tópicos Obrigatórios
6.1 Critérios de Admissão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 6.1 Causas frequentes da desnutrição aguda em crianças menores de 6 meses</li> <li>• Texto de Apoio 6.2 Critérios de Admissão para crianças menores de 6 meses</li> </ul>	25 minutos
6.2 Medicamentos de rotina e suplementos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 6. 3 Medicamentos de rotina e suplementos</li> </ul>	10 minutos
6.3 Tratamento nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 6.4 Tratamento nutricional para crianças amamentadas</li> <li>• Texto de Apoio 6.5 Tratamento nutricional para crianças não amamentadas</li> </ul>	45 minutos
6.4 Técnica de Sucção suplementar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 6.6 Técnica de Sucção Suplementar</li> </ul>	20 minutos
6.5 Critérios de Alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto de Apoio 6.7 Critérios de Alta para crianças menores de 6 meses</li> </ul>	20 minutos
6.6 Revisão do Módulo	<ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> </ul>	10 minutos
<b>Estimativa da DuraçãoTotal:</b>		2 horas e 10 minutos

## Texto de Apoio 6.1 Causas frequentes da desnutrição aguda em crianças menores de 6 meses

---

### Causas frequentes da desnutrição aguda em crianças menores de 6 meses

- Sem aleitamento materno/ desmame precoce
- Amamentação parcial
- Introdução precoce de alimentos artificiais (sólidos e líquidos), que muitas vezes são inadequados e inseguros
- Mãe falecida ou ausente
- Mãe desnutrida, traumatizada, doente, e/ou incapaz de responder normalmente às necessidades dos seus filhos
- Deficiência que afecta a capacidade do bebé para mamar ou engolir, e/ou um problema de desenvolvimento que afecta a alimentação infantil
- Técnica incorrecta de amamentação
- Criança doente (HIV, TB, Insuficiência cardíaca, etc)

**Nota:** Todas crianças menores de 6 meses ou com peso corporal menor que 4 Kg, com desnutrição aguda, devem ser testadas para o HIV.

## Texto de Apoio 6.2 Critérios de admissão para crianças menores de 6 meses ou com peso corporal menor que 4 Kg

	Crianças amamentadas	Crianças não amamentadas
<b>Critérios de admissão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema bilateral</li> <li>• Emagrecimento acentuado</li> <li>• Risco elevado de desenvolver DAG devido a uma alimentação inadequada</li> <li>• Peso para comprimento = P/C &lt;-3 DP (a partir do 1º mês)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edema bilateral</li> <li>• Emagrecimento acentuado</li> <li>• Peso para comprimento = P/C &lt;-3 DP (a partir do 1º mês)</li> </ul>
<b>Situações de risco para DAG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A criança está demasiado debilitada para mamar eficientemente</li> <li>• A criança não está a ganhar peso</li> <li>• A mãe tem pouco leite</li> <li>• Lactante ou ama de leite desnutrida</li> <li>• Mãe lactante ausente</li> <li>• A criança vomita tudo que come</li> </ul>	

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

## Texto de Apoio 6.3 Medicamentos de rotina e suplementos para crianças menores de 6 meses ou com peso corporal menor que 4 Kg

	Crianças amamentadas e não amamentadas
<b>Antibióticos</b>	Nenhum tratamento antibiótico é fornecido a menos que haja sinais de infecção. Se houver qualquer sinal de infecção: <ul style="list-style-type: none"><li>• Para crianças com um mínimo de 2 kg, 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).</li></ul>
<b>Ácido fólico</b>	1 comprimido de 2,5 mg esmagado - dose única
<b>Sulfato ferroso</b>	Não. O leite terapêutico possui em quantidade suficiente.

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

## Texto de Apoio 6.4 Tratamento nutricional para crianças amamentadas

**Objectivos do Tratamento Nutricional:** 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.

### 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 de uma mesma SNG não deve ultrapassar 3 dias

### Orientações gerais

- 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
- Dar F75 às crianças com edema bilateral e mudar para F100-diluído quando o edema desaparecer.

### Quantidade para manutenção de F100-diluído ou de F75 para crianças amamentadas através da Técnica de sucção suplementar

Peso da criança (kg)	F100-Diluído ou, em caso de edema, F75 (ml/refeição se 12 refeições/dia)	F100-Diluído ou, em caso de edema, F75 (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).

### 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 meores (114 g) que os que vinham sendo utilizados (456 g). 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-diluído.

**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 bebé 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 e, em seguida, reduzi-lo se o ganho de peso ficar estável.

**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.

**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
- Comprimento (ou altura) tomado depois de 21 dias (quando uma nova folha do multicartão é usada)
- Qualquer outro registo, por exemplo: 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.

## Texto de Apoio 6.5 Tratamento Nutricional para crianças não amamentadas

**Objectivos do Tratamento Nutricional:** Para crianças 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. Para crianças com o potencial de serem amamentadas, o restabelecimento da amamentação deve sempre ser explorado ao máximo.

### 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 de uma mesma SNG não deve ultrapassar 3 dias

### 1. Fase de estabilização

**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).

### 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
- Comprimento depois de 21 dias (quando uma nova folha do multicartão é usada)
- Qualquer outro registo, por exemplo: 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 (++)

**2. Fase de transição**

**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:** os mesmos parâmetros 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

**3. Fase de reabilitação**

**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:** os mesmos parâmetros da fase de estabilização.

## Texto de Apoio 6.6 Técnica de Sucção Suplementar (SS)

**Objectivo:** restabelecimento ou o início da amamentação, e também fornecimento de quantidades suplementares de F100-diluído para crianças com desnutrição aguda grave. Esta técnica consiste no bebé sugar o seio, recebendo igualmente F100-diluído de um copo através de um tubo fino que fica ligado ao mamilo.

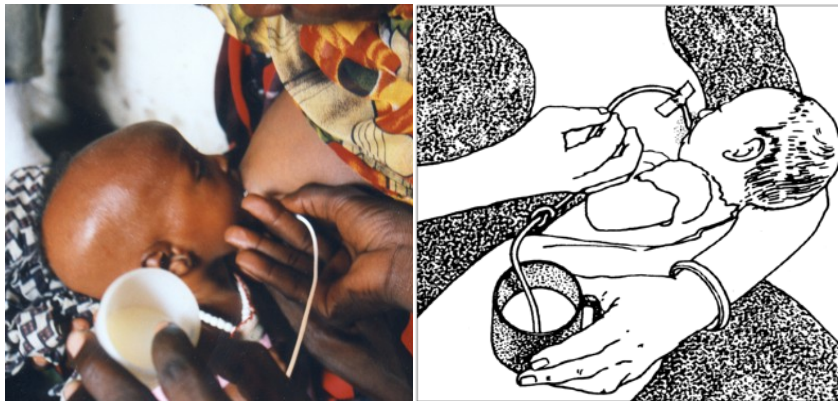
- O suplemento (F100-diluído) é dado usando uma sonda naso-gástrica com o mesmo tamanho que a SNG nº8.
- O F100-diluído é colocado numa chávena ou copo que a mãe ou o auxiliar segura.
- Uma extremidade da sonda é colocada dentro da chávena.
- Outra extremidade da sonda é colocada sobre a mama até ao 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 ingere-o.

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 chávena. 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.

### 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.

## Texto de Apoio 6.7 Critérios de Alta para crianças menores de 6 meses

	<b>Crianças amamentadas</b>	<b>Crianças não amamentadas</b>
<b>Critérios de alta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fica claro que estão a aumentar de peso apenas com o leite materno, sem precisar de voltar a usar a técnica de Sucção Suplementar: mínimo de 20 g de peso ganho por dia apenas com o leite materno durante 5 dias</li> <li>Não há edema bilateral durante 2 semanas</li> <li>Estão clinicamente bem e alertas e não têm nenhum outro problema médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumento do peso em 15%</li> <li>Não há edema bilateral durante 2 semanas</li> <li>Estão clinicamente bem e alertas e não têm nenhum outro problema médico</li> </ul>
<b>Seguimento após a alta</b>	Consulta da Criança em Risco: Semanalmente nos primeiros 2 meses Mensalmente do 3º ao 6º mês	Consulta da Criança em Risco: Semanalmente nos primeiros 2 meses Mensalmente do 3º ao 6º mês

É necessário assegurar e manter uma estreita ligação com a comunidade através dos Activistas de Cuidados Domiciliários das Consultas de TARV. 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.