

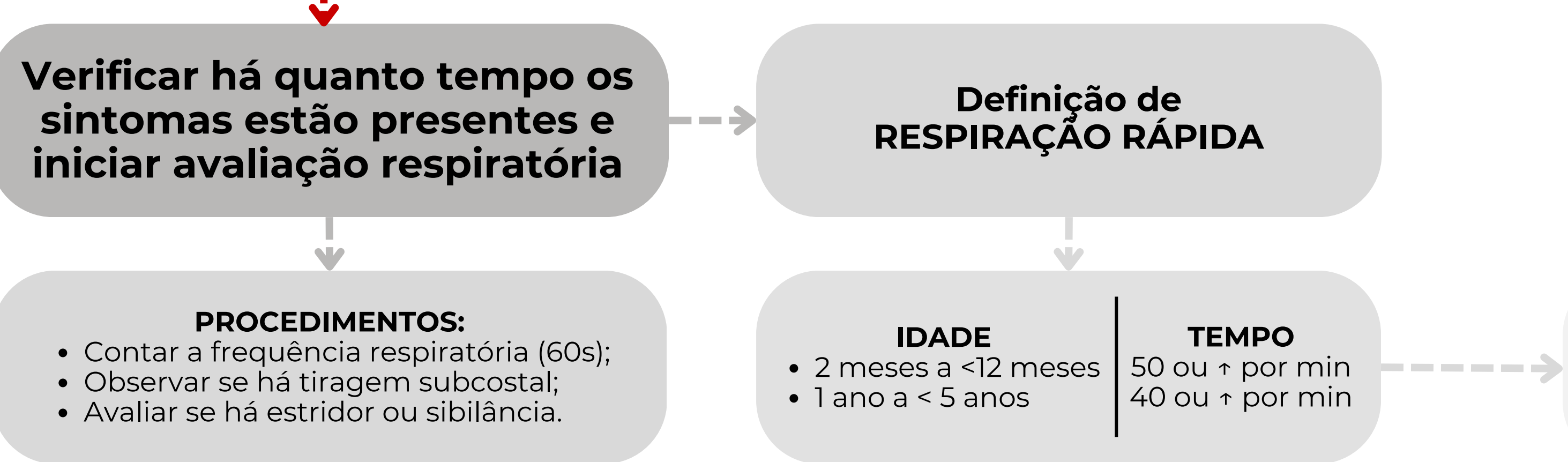


# A CRIANÇA ESTÁ COM TOSSE OU DIFICULDADE PARA RESPIRAR?



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

**SIM**



AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<b>PRESENÇA DE:</b> Qualquer sinal geral de perigo. Tiragem subcostal. Estridor em repouso.	<b>A. PNEUMONIA GRAVE OU B. DOENÇA MUITO GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dar a 1ª dose de antibiótico (recomendado IM);</li> <li>• Evitar hipoglicemia;</li> <li>• Referir urgentemente ao hospital;</li> <li>• Oxigenar paciente.</li> </ul>
<b>PRESENÇA DE:</b> Respiração Rápida	<b>PNEUMONIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrever antibiótico por 7 dias;</li> <li>• Aliviar tosse com medidas caseiras;</li> <li>• Marcar retorno em 2 dias;</li> <li>• Informar mãe sobre o retorno.</li> </ul>
<b>MENHUM DOS SINAS ACIMA</b>	<b>NÃO É PNEUMONIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aliviar a tosse com medidas caseiras;</li> <li>• Orientar responsáveis sobre sinais de retorno imediato;</li> <li>• <b>Ausência de melhora:</b> Voltar em 5 dias;</li> <li>• <b>Tosse por &gt;14 dias:</b> Investigação.</li> </ul>

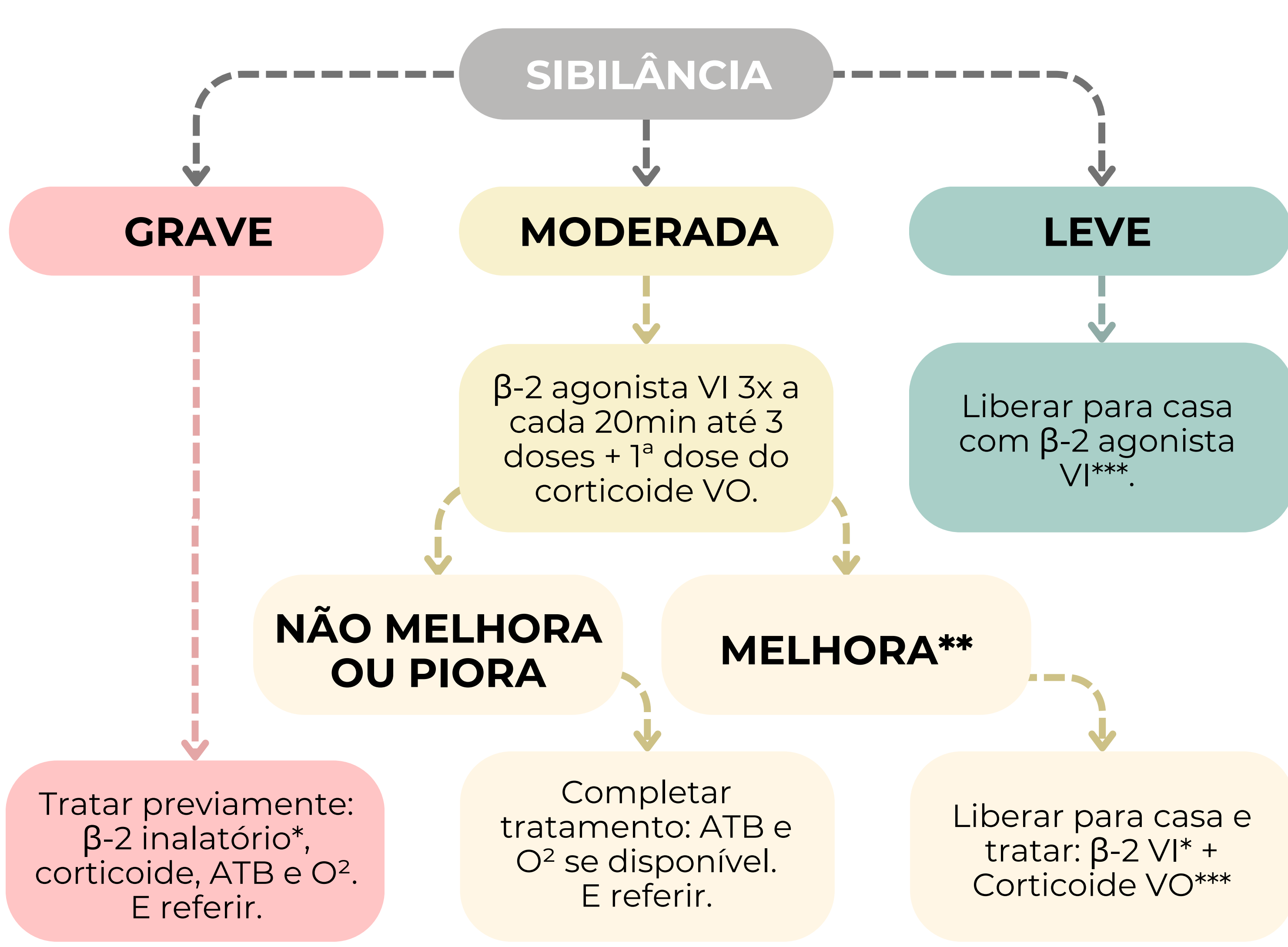
**OBS: SE TIVER SIBILÂNCIA CONFORME O QUADRO DE AVALIAÇÃO & TRATAMENTO, PRIMEIRO TRATAR A SIBILÂNCIA E DEPOIS REAVALIAR A TOSSE E A DIFICULDADE RESPIRATÓRIA!**

AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<p><b>1 DOS SEGUINTE SINAIS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualquer sinal geral de perigo;</li> <li>• Letargia ou agitação;</li> <li>• Estridor em repouso;</li> <li>• Falar frases incompletas;</li> <li>• <b>No lactante:</b> choro curto ou não consegue chorar;</li> <li>• Tiragem universal;</li> <li>• Saturação O<sub>2</sub> &lt;=90%</li> </ul>	<b>SIBILÂNCIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oxigênio, se disponível;</li> <li>• β-2 agonista inalatório;</li> <li>• 1ª dose do corticoide;</li> <li>• 1ª dose do antibiótico (recomendado via IM);</li> <li>• Referir urgente ao hospital.</li> </ul>
<p><b>PRESENÇA DE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nível de consciência normal com períodos de agitação;</li> <li>• Fala/ Choro entrecortado;</li> <li>• Tiragem subcostal;</li> <li>• Respiração Rápida;</li> <li>• Saturação de O<sub>2</sub> de 91 a 95%*.</li> </ul>	<b>SIBILÂNCIA MODERADA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Na Unidade de Saúde:</b> Adm. β-2 agonista via inalatória com espaçador, 3X a cada 20 min. + Adm. corticoide oral. + Reavaliação após 1h.</li> <li>• <b>Se não melhorar:</b> Referir após adm. a 1ª dose de antibiótico IM. + Fornecer O<sub>2</sub>, se possível.</li> <li>• <b>Se melhorar:</b> No domicílio, adm. β-2 agonista inalatório a cada 6h por 5 dias. + Corticoide oral por 3 dias. + Orientar a família para o controle da asma e quando retornar imediatamente.</li> <li>• <b>Marcar retorno em 2 dias.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não há sinais suficientes para classificar como sibilância grave ou moderada;</li> <li>• Saturação de O<sub>2</sub> &gt;=95%.</li> </ul>	<b>SIBILÂNCIA LEVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No domicílio:</b> Adm. β-2 agonista inalatório (5 dias);</li> <li>• <b>Se tiver usando β-2 &gt;= 24h:</b> Uso do corticoide via oral (3 dias);</li> <li>• Orientações sobre controle da asma;</li> <li>• Seguimento em 2 dias, se não houver melhora;</li> <li>• Orientar os responsáveis quando retornar imediatamente.</li> </ul>

**SIM**

**APÓS A CONDUTA PARA SIBILÂNCIA LEVE OU MODERADA, REAVALIAR A CRIANÇA PARA RECLASSIFICAR A TOSSE OU A DIFICULDADE RESPIRATÓRIA, GARANTINDO QUE TODOS OS TRATAMENTOS SEJAM DEVIDAMENTE ASSISTIDOS.**

## APÓS CLASSIFICAR A SIBILÂNCIA, E/OU A PNEUMONIA FAZER TRATAMENTO



## DAR O ANTIBIÓTICO APROPRIADO PARA PNEUMONIA

- **Antibiótico de primeira linha:** AMOXICILINA.
- **Antibióticos de segunda linha:** AMOXICILINA + CLAVULANATO ou AZITROMICINA.

## ANTIBIÓTICOS PARA TRATAMENTO DE PNEUMONIA

PESO EM KG	AMOXICILINA 250 mg/ 5ml* 50mg/kg/dia de 12 em 12 horas por 7 dias	AMOXICILINA + CLAVULANATO 250 mg/ 5ml* 50mg/kg/dia de 12 em 12 horas por 7 dias	AZITROMICINA 200 mg/5ml, 10 mg/kg/dia durante 3 a cinco dias.
4 a 7	2 a 3,5 ml	2 a 3,5 ml	1 a 1,5 ml
8 a 11	4 a 5,5 ml	4 a 5,5 ml	2 a 2,5 ml
12 a 15	6 a 7,5 ml	6 a 7,5 ml	3 a 3,5 ml
16 a 19	8 a 9,5 ml	8 a 9,5 ml	4 a 4,5 ml
20 a 24	10 a 12 ml	10 a 12 ml	5 a 6 ml

**EM CASO DE URGÊNCIA/REMOÇÃO: USO DE PENICILINA PROCAÍNA na dose de 50.000 UI/Kg/dose IM.**

## RECOMENDAÇÕES E MATERIAIS COMPLEMENTARES

### ACOLHIMENTO ASSERTIVO

**1º) ACOLHIMENTO QUALIFICADO:** o profissional deve se apresentar, informar sua função e demonstrar empatia, utilizando uma linguagem acessível. Além disso, é importante garantir um ambiente seguro, valorizar o relato do paciente e observar não apenas a queixa principal, mas também o estado geral da criança. Para isso, é essencial registrar corretamente o nome do responsável e da criança, reunindo informações relevantes para o prontuário.

**2º) ANAMNESE:** É necessário compreender a situação clínica, anotando a data de início dos sintomas, sua evolução, possíveis fatores associados e a frequência das crises. Deve-se considerar, na anamnese, os fatores de risco para gravidade da doença, comorbidades e fatores de risco para bronquiolite viral aguda. Também é importante investigar casos semelhantes na família, verificar o prontuário e o histórico vacinal, além de identificar se houve acompanhamento por especialista tradicional, como a liderança espiritual. Caso haja suspeita de doença infectocontagiosa, é fundamental anotar o número de contactantes.

**3º) Determine se é a primeira consulta ou consulta de retorno para este problema. OBS:** Para melhor entendimento da consulta de retorno, ver Manual de Quadros de Procedimentos, pg 42.

### VERIFICAR SE HÁ SINAIS DE PERIGO

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>PERGUNTAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A criança consegue ingerir líquido?</li> <li>• Consegue mamar no peito?</li> <li>• Vomita o que ingere?</li> <li>• Apresentou convulsões há &lt;72h?</li> <li>• Apresentou movimentos anormais há &lt;72h?</li> </ul> | <p><b>OBSERVAR</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se apresenta letargia;</li> <li>• Se está inconsciente;</li> <li>• Se apresenta tempo de preenchimento capilar &gt;2s;</li> <li>• Se apresenta batimento de asa do nariz;</li> <li>• Se apresenta gemência.</li> </ul> |
|--|--|

**OBS: Uma criança que apresente qualquer sinal geral de perigo necessita ser urgentemente assistida; Dessa forma, devemos completar imediatamente a avaliação, administrar o tratamento indicado prévio à referência e referir urgentemente ao hospital.**

Em caso de **RESISTÊNCIA E/OU RECUSA** dos responsáveis em encaminhar a criança indígena para referência, busque **IMPRETERIVELMENTE** apoio na comunidade com as lideranças para sensibilização e negociação em relação ao tratamento.

\*A via inalatória (VI) é sempre preferível para administração de broncodilatador. A adrenalina **não deve** ser utilizada como substituto do broncodilatador inalatório, pois seu uso está **restrito** aos casos de asma associada a reação anafilática, sendo administrada por via IM na face ântero-lateral da coxa, exclusivamente sob **PRESCRIÇÃO MÉDICA**.  
 \*\* Caso a frequência respiratória se mantenha elevada após o tratamento da crise, classificar como **PNEUMONIA** e tratar com antibiótico, além de beta-2 agonista e corticoide.  
 \*\*\* Avaliar prescrição do corticoide VO, caso esteja em uso correto de beta-2 agonista há pelo menos 24 horas.

**No caso do uso de broncodilatadores (Salbutamol ou fenoterol spray), administrar de seis em seis horas por cinco dias.**

**Se não houver broncodilatador inalatório em spray, usar Salbutamol ou Fenoterol gotas de 6 em 6h por 5 dias.**

IDADE	SPRAY	NEBULIZAÇÃO: 1gt/3kg de peso (Máximo de 10 gotas a cada nebulização. Modo de preparo: nebulização com 3ml de soro fisiológico a 0,9% e nebulizar a criança até terminar a mistura). OBS: Solução de nebulização: 5mg/ml (250mcg/gt)
< 2 anos	2 a 3 jatos/ dose	
=/> 2 anos	2 a 4 jatos/ dose + Uso de Beta agonista *100mcg por jato	

**USO DE CORTICOIDE SISTÊMICOS (VO): 1 mg a 2 mg/ kg/ dia\* pela manhã em dose única durante 3 dias**

Peso em Kg	PREDNISOLONA 3mg/ml	PREDNISOLONA comp/ml	PREDNISOLONA comp. de 20 mg.
4 a 5	2 ml	1 comprimido	¼ comprimido
6 e 7	2,5 ml	1 comprimido	½ comprimido
8 e 9	3 ml	1 comprimido	½ comprimido
10 a 12	4 ml	1 comprimido	¾ comprimido
13 a 15	5 ml	1 comprimido	¾ comprimido
16 a 20	7,5 ml	1 comprimido	1 comprimido

\*Dose máxima de 40 mg/ dia





# A CRIANÇA ESTÁ COM DIARREIA?

**SIM**



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA



AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<b>2 DOS SEGUINTES SINAIS</b> • Letargia ou inconsciência; • Olhos fundos; • Dificuldade para beber; • Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior.	<b>DESIDRATAÇÃO GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar Plano C se não houver outra condição grave;</li> <li>• Se houver outra condição grave, referir urgentemente ao hospital;</li> <li>• Em crianças ≥ 2 anos, com cólera, administrar antibiótico;</li> <li>• Para tratamento IV de início imediato: Uso do Ringer ou SF 0,9% (100 ml/kg) conforme idade + Reavaliar a cada 30 min, ajustando se há melhora + Classificar a desidratação e seguir plano A, B ou C (mantendo SF 1:1 (4 ml/kg/h) até transferência);</li> <li>• Dar líquido imediatamente por via IV;</li> <li>• Caso possível, oferecer SRO via oral enquanto o gotejador estiver sendo montado;</li> <li>• Fazer expansão com 100ml de ringer com lactato ou soro fisiológico a 0,9%;</li> <li>• Em &lt;1 ano: 30 ml/ kg na primeira hora e 70ml/ kg em 5h;</li> <li>• Em &gt;1 ano: 30 ml/ kg em 30min e 70ml/ kg em 2h30min.</li> </ul>
<b>2 DOS SEGUINTES SINAIS</b> • Inquieta ou irritada; • Olhos fundos; • Bebe avidamente, com sede; • Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado.	<b>DESIDRATAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar Plano B (hidratação com SRO na unidade);</li> <li>• Administrar zinco por 10 dias;</li> <li>• Orientar sinais de alarme e retorno imediato;</li> <li>• Manter supervisão e reavaliar em 5 dias se não houver melhora;</li> <li>• Se houver outra condição grave, referir urgentemente ao hospital com SRO e manter amamentação, se possível.</li> </ul>
<b>NÃO HÁ SINAIS SUFICIENTES PARA CLASSIFICAR COMO DESIDRATAÇÃO.</b>	<b>SEM DESIDRATAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar Plano A: Tratar em casa com líquidos e alimentação;</li> <li>• Administrar zinco por 10 dias;</li> <li>• Orientar responsáveis sobre quando retornar imediatamente;</li> <li>• Reavaliar em 5 dias se não houver melhora.</li> </ul>
ESTADO	CLASSIFICAR	TRATAR
<b>COM DESIDRATAÇÃO</b>	<b>DIARREIA PERSISTENTE GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar a desidratação antes da referência, exceto em caso de outra condição grave;</li> <li>• Referir urgentemente ao hospital.</li> </ul>
<b>SEM DESIDRATAÇÃO</b>	<b>DIARREIA PERSISTENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar alimentação para diarreia persistente;</li> <li>• Administrar zinco por 10 dias;</li> <li>• Orientar responsáveis sobre quando retornar imediatamente;</li> <li>• Marcar retorno em 5 dias.</li> </ul>
ESTADO	CLASSIFICAR	TRATAR
<b>COM SANGUE NAS FEZES</b>	<b>DISENTERIA COM COMPROMETIMENTO DO ESTADO GERAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar antibiótico para Shigella, se houver comprometimento geral.</li> <li>• Dar zinco por 10 dias;</li> <li>• Marcar retorno em 2 dias;</li> <li>• Orientar responsáveis sobre quando retornar imediatamente.</li> </ul>

## FORMAS DE AVALIAÇÃO E TRATAMENTOS PRECONIZADOS

### I. DIARREIA

**PARA DIARREIA PERSISTENTE (fase de convalescência):**  
Administrar polivitaminas e sais minerais em dose dupla da IDR\* por duas semanas.

**INGESTÃO DIÁRIA RECOMENDADA (IDR)\* PARA CRIANÇAS CONFORME A IDADE**

NUTRIENTES	UNIDADE	ZERO A 6 MESES	6 MESES A 1 ANO	1 A 3 ANOS	4 A 6 ANOS	7 A 10 ANOS
Vitamina A	mcg	375	375	400	500	700
Ácido Fólico	mcg	25	25	50	75	100
Zinco	mcg	5	5	10	10	10
Cobre	mcg	0,4 a 0,6	0,6 a 0,7	0,7 a 1,0	1,0 a 1,5	1,0 a 2,0
Magnésio	mcg	40	60	80	120	170

\*Associar ao uso do zinco.

### II. DISENTERIA

**Antibiótico de primeira linha:**  
Ceftriaxone.

PESO (KG)	Ceftriaxone IM Dose: 50 mg por kg/dose 1 vez ao dia durante 3 dias.
4 a 6	200 a 300 mg
8 a <8	300 a 400 mg
8 a <10	400 a 500 mg
10 a <14	500 a 700 mg
14 a 20	700 a 1000 mg

**Antibiótico de segunda linha:**  
Sulfametoxazol + trimetoprim.

PESO (KG)	Sulfa + trimetoprim (200 mg/5 ml) 40 mg/kg/dia Dar de 12/12h por 5 dias.
4 a 7	2,0 a 3,5 ml
8 a 11	4,0 a 5,5 ml
12 a 15	6,0 a 7,5 ml
16 a 19	8,0 a 9,5 ml
20 a 24	10 a 12,0 ml

\*Para cólera, usar SMT + TMP durante três dias.

### III. DESIDRATAÇÃO E DESNUTRIÇÃO

**DAR ANTIEMÉTICO:** Em uso do Plano B com vômito persistentes.

IDADE	ONDANSETRONA
6 MESES A 2 ANOS	2 MG
>2 ANOS	4 MG

**Dose: 0,2 mg/kg, até 3x/dia**  
**Forma: comprimido dispersível 4 mg.**

**Desnutrição grave ou baixo peso, se sem dose nos últimos 30 dias + administrar.**

IDADE	VITAMINA A
6 A 11 MESES	100.000 UI
1 MÊS A >5 ANOS	200.000 UI

**MS recomenda vitamina A para crianças de 6 a 59 meses.**

\*Até 1 ano 50 ml a 100 ml depois de cada evacuação aquosa.  
\*\*1 ano ou mais 100 ml a 200 ml depois de cada evacuação aquosa.

ETAPA/ PLANO	AÇÃO	RECOMENDAÇÕES/ LOCAL
<b>AVALIAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO</b>	Observar sinais clínicos: estado geral, olhos, sede, lágrimas, boca, prega, pulso e peso.	Observar sinais clínicos: estado geral, olhos, sede, lágrimas, boca, prega, pulso e peso.
<b>PLANO A</b>	Orientar líquidos, manter alimentação e vigiar sinais de agravamento.	Prevenir a desidratação no <b>DOMICÍLIO</b> . Tratar a diarreia em casa e recomendar o responsável a ofertar líquidos e alimentos e avisar quando retornar.
<b>PLANO B</b>	Ofertar SRO na unidade, monitorar aceitação e evolução.	Tratar a desidratação leve/ moderada via oral na <b>UBSI</b> . Idade* Até 4 meses <6 4 a 11 meses 6 a <10 12 meses a 2 anos 10 a <12 2 a 5 anos 12 a 19 Peso (kg) 200 a 400 400 a 700 700 a 900 900 a 1400 SRO (ml)
<b>PLANO C</b>	Iniciar hidratação venosa e encaminhar se necessário.	Tratar desidratação grave por via endovenosa na <b>UBSI</b> ou hospital.
<b>AVALIAÇÃO DO ESTADO GERAL</b>	Verificar sangue nas fezes e estado geral.	Identificar disenteria com sinais de comprometimento do estado geral, indicando uso de antibiótico, e avaliar outras causas de sangue nas fezes que exigem investigação ou encaminhamento urgente ao hospital.

ETAPAS	SEM DESIDRATAÇÃO	COM DESIDRATAÇÃO	DESIDRATAÇÃO GRAVE
<b>ESTADO GERAL<sup>1</sup></b>	Ativo, Alerta	Irritado, Inquieto	Hipotônico, letárgico
<b>OLHOS<sup>1</sup></b>	Sem alteração	Fundos	Fundos
<b>SEDE<sup>1</sup></b>	Ausente	Sedento	Incapaz de beber
<b>LÁGRIMAS</b>	Presente	Ausente	Ausente
<b>BOCA</b>	Úmida	Seca	Muito seca
<b>LÍNGUA</b>	Úmida	Seca	Muito seca
<b>PREGA ABDOMINAL</b>	Desaparece imediatamente	Desaparece lentamente (>2s)	Desaparece muito lentamente (>2s)
<b>PULSO</b>	Cheio	Cheio	Fraco/ Ausente
<b>PERDA DE PESO<sup>2</sup></b>	Sem peso	Até 10%	Acima de 10%
<b>TRATE</b>	<b>PLANO A</b>	<b>PLANO B</b>	<b>PLANO C</b>

<sup>1</sup> Variáveis com maior sensibilidade e especificidade para avaliar hidratação segundo a OMS.

<sup>2</sup> Perda de peso: avaliar em pacientes internados com diarreia e vômito.

### VERIFICAR SE HÁ SINAIS DE PERIGO

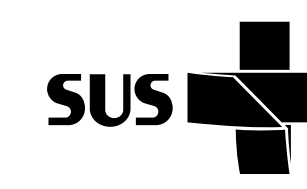
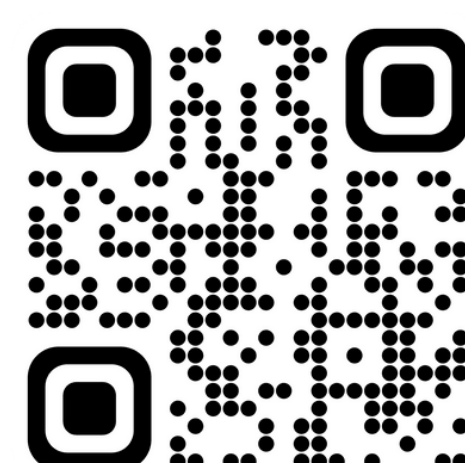
**PERGUNTAR**

- A criança consegue beber/ mamar no peito?
- Ela vomita o que ingere?
- Ela apresentou convulsões ou movimentos anormais há <72h?

**OBSERVAR**

- Se apresenta letargia ou inconsciência;
- Se apresenta TPC >2s;
- Se há presença de batimento de asa do nariz e/ ou gemência.

\*OBS: Criança com sinal geral de perigo deve ser avaliada, tratada e referida urgentemente ao hospital. E, em caso de recusa, buscar as lideranças para dar suporte imediatamente.





# A CRIANÇA ESTÁ COM FEBRE?



ATENÇÃO INTEGRADA ÀS DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

**SIM**



AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAR
<b>PRESENÇA DE:</b>	<b>DOENÇA FEBRIL MUITO GRAVE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado;</li> <li>Tratar a criança para evitar hipoglicemia;</li> <li>Dar antitérmico se temperatura for ≥38,0°C;</li> <li>Referir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualquer sinal de perigo;</li> <li>Rigidez de nuca;</li> <li>Petéquias;</li> <li>Abaulamento de fontanela.</li> </ul>		
<b>Nenhum sinal de doença febril muito grave</b>	<b>DOENÇA FEBRIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar antitérmico se temperatura for ≥38,0°C;</li> <li>Informar o responsável sobre quando retornar imediatamente;</li> <li>Seguimento em 2 dias se a febre persistir;</li> <li>Se tem tido febre todos os dias por mais de 5 dias: Referir para investigação.</li> </ul>
<b>AVALIAR</b>	<b>CLASSIFICAR</b>	<b>TRATAR</b>
<b>1 DOS SEGUINTE SINAIS</b>	<b>MALÁRIA GRAVE OU DOENÇA FEBRIL GRAVE</b>	<b>SE GOTA ESPESSE/TESTE RÁPIDO FOR POSITIVO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Qualquer sinal geral de perigo;</li> <li>Rigidez de nuca;</li> <li>Petéquias;</li> <li>Abaulamento de fontanela.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar a 1ª dose de um antimalárico recomendado;</li> <li>Dar a 1ª dose de um antibiótico recomendado;</li> <li>Tratar a criança para evitar hipoglicemia;</li> <li>Dar antitérmico se temperatura for ≥ 38,0° C;</li> <li>Referir <b>URGENTEMENTE</b> ao hospital.</li> </ul>
<b>ASSOCIAÇÃO ENTRE:</b>	<b>MALÁRIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratar com antimalárico oral recomendado;</li> <li>Dar antitérmico se temperatura for ≥ 38,0°C;</li> <li>Informar o responsável sobre quando retornar imediatamente;</li> <li>Seguimento em três dias;</li> <li>Se tem tido febre todos os dias por mais de 5 dias, ampliar a investigação para outros agravos.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ausência de sinal de malária grave ou doença febril muito grave;</li> <li>Resultado da gota espessa ou teste rápido <b>positivo</b>.</li> </ul>		
<b>NENHUM DOS SINAIS ACIMA E GOTA ESPESSE OU TESTE RÁPIDO NEGATIVO</b>	<b>DOENÇA FEBRIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dar antitérmico se temperatura for ≥ 38,0°;</li> <li>Informar o responsável sobre quando retornar imediatamente;</li> <li>Seguimento em 2 dias se a febre persistir;</li> <li>Em caso de febre todos os dias por mais de 5 dias, ampliar a investigação para outros agravos.</li> </ul>

## TRATAMENTO DA MALÁRIA NÃO GRAVE EM CRIANÇAS

**PRIMAQUINA:** 1. **NÃO** usar em Gestantes, puérperas =/ < 1 mês de lactação e crianças < 6 meses. 2. **Calcular** dose por peso de pacientes > 120 kg (não contemplado nas tabelas). 3. **Buscar** auxílio médico e/ ou **Telessaúde** em caso de urina escura, icterícia, tontura ou falta de ar. 4. **Realizar** tratamento supervisionado, se possível, após as refeições. (\*Fonte: Adaptado de Guia de Tratamento da Malária – Ministério da Saúde, 2021)/ Referências abaixo do quadro final.

**TABELA 1 – Tratamento de malária por *P. vivax* ou *P. ovale* – OPÇÃO 1\***

IDADE/PESO	DIA 1		DIA 2		DIA 3		DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
<5 Kg <6 meses	AL	AL	AL	AL	AL	AL				
5-9 Kg 6-11 meses	AL	AL 5	AL	AL 5	AL	AL 5	5	5	5	5
10-14 Kg 1-3 anos	CO	5 5	CO	5 5	CO	5 5	5 5	5 5	5 5	5 5
15-24 Kg 4-8 anos	CO CO	15	CO	15	CO	15	15	15	15	15

**TABELA 2 – Tratamento de malária por *P. vivax* ou *P. ovale* – OPÇÃO 2\***

IDADE/PESO	DIA 1	DIA	DIA	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
<5 Kg <6 meses	25/50	25/50	25/50				
5-9 Kg 6-11 meses	25/50	5	25/50	5	25/50	5	5
10-14 Kg 1-3 anos	CO	5 5	CO	5 5	CO	5 5	5 5
15-24 Kg 4-8 anos	CO CO	15	CO	15	CO	15	15

**TABELA 3 – Tratamento de recorrência em até 60 dias para *P. vivax* – OPÇÃO 1\***

IDADE/PESO	DIA 1		DIA 2		DIA 3		DIA 4 ATÉ DIA 14
<5 Kg <6 meses	AL	AL	AL	AL	AL	AL	
5-9 Kg 6-11 meses	AL	AL 5	AL	AL 5	AL	AL 5	5
10-14 Kg 1-2 anos	AL	AL 5 5	AL	AL 5 5	AL	AL 5 5	5 5
15-24 Kg 3-8 anos	AL AL	AL AL 15	AL AL	AL AL 15	AL AL	AL AL 15	15

**TABELA 4 – Tratamento de recorrência em até 60 dias para *P. vivax* – OPÇÃO 2\***

IDADE/PESO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4 ATÉ DIA 14
<5 Kg <6 meses	25/50	25/50	25/50	
5-9 Kg 6-11 meses	25/50	5	25/50	5
9-18 Kg 1-6 anos	25/50	25/50	5 5	25/50
18-29 Kg 7-12 anos	100/200	15	100/200	15

**TABELA 5 – Tratamento de malária por *P. falciparum* – OPÇÃO 1\***

IDADE/PESO	DIA 1		DIA 2		DIA 3	
<5 Kg <6 meses	AL	AL	AL	AL	AL	AL
5-9 Kg 6-11 meses	AL	AL 15	AL	AL	AL	AL
10-14 Kg 1-2 anos						
15-24 Kg 3-8 anos	AL AL	AL AL 15	AL AL	AL AL	AL AL	AL AL

**TABELA 6 – Tratamento de malária por *P. falciparum* – OPÇÃO 2\***

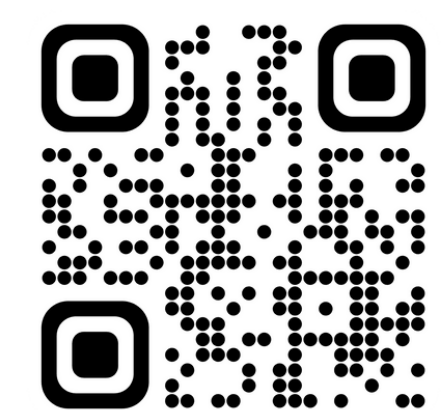
IDADE/PESO	DIA 1	DIA 2	DIA 3
<5 Kg <6 meses	25/50	25/50	25/50
5-9 Kg 6-11 meses	25/50	5	25/50
9 a <18 Kg 1-6 anos	25/50	25/50	15
18-29 Kg 7-12 anos	100/200	15	100/200

**TABELA 7 – Tratamento de malária mista – OPÇÃO 1\***

IDADE/PESO	DIA 1		DIA 2		DIA 3		DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
<5 Kg <6 meses	AL	AL	AL	AL	AL	AL				
5-9 Kg 6-11 meses	AL	AL 5	AL	AL 5	AL	AL 5	5	5	5	5
10-14 Kg 1-2 anos	AL	AL 5 5	AL	AL 5 5	AL	AL 5 5	5 5	5 5	5 5	5 5
15-24 Kg 3-8 anos	AL AL	AL AL 15	AL AL	AL AL 15	AL AL	AL AL 15	15	15	15	15

**TABELA 8 – Tratamento de malária mista – OPÇÃO 2\***

IDADE/PESO	DIA 1	DIA 2	DIA 3	DIA 4	DIA 5	DIA 6	DIA 7
<5 Kg <6 meses	25/50	25/50	25/50				
5-9 Kg 6-11 meses	25/50	5	25/50	5	25/50	5	5
9-18 Kg 1-6 anos	25/50	25/50	5 5	25/50	25/50	5 5	5 5
18-29 Kg 7-12 anos	100/200	15	100/200	15	100/200	15	15



CO Cloroquina 150mg AL Artemeter 20 mg + Lumefantrina 120 mg 5 Primaquina 5 mg 15 Primaquina 15 mg 25/50 ou 100/200 Artesunato 25 mg + Mefloquina 50 mg

**\*VERIFICAR SE HÁ SINAIS DE PERIGO: Pergunte:** Se a criança consegue beber ou mamar, se vomita tudo o que ingere e se teve convulsões nos últimos três dias. **Observe:** Sinais de gravidade como letargia, inconsciência, TPC maior que 2 segundos, batimento de asa do nariz/ gemência. **OBS:** Criança com qualquer sinal geral de perigo deve ser imediatamente avaliada, tratada e encaminhada ao hospital; em caso de recusa, acione as lideranças para apoio.

