

Ficha Técnica

Título: Textos de Apoio do Pacote de Formação para o Programa de Reabilitação Nutricional Volume I: 0 aos 14 anos

Os Textos de Apoio do pacote de formação para o PRN Volume I direcciona-se á formação do Pessoal de Saúde. O pacote inclui:

- 6 Módulos para o nível clínico
- 1 Módulo para o nível comunitário (mobilização comunitária e educação nutricional)
- 1 Módulo para monitoria do desenvolvimento e estimulação emocional e psico-motora
- 1 Módulo para monitoria e avaliação (M&A)
- 1 Módulo para logística do programa

Os materiais de treino do PRN I são compostos por:

- Guião Orientador do Facilitador com orientações metodológicas sobre a facilitação
- Textos de Apoio para os participantes

Este pacote de formação baseia-se no Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I: dos 0 aos 14 anos.

Autores:

Marla Amaro, Katia Magunjo, Lucinda Manjama e Luisa Maringue (MISAU, Departamento de Nutrição)

Sonia Khan (UNICEF)

Amina Saibo Pereira, Paula Santos, Gisela Azambuja, Carla Virginia Olumene, Maria Helena Anibal Costa, Josina Chalufu Chufundo, Dalila Ibrahimio Sulemane, Stella A. Correia Lang (AMOPE)

Iracema do Sousa Barros e Melanie Picolo (MCSP)

Paula Vilaça (Arie Glaser)

Stélio Gilton de Helena Albino, Borges Mahumana, Arlindo Machava, Paula Cuco, Alejandro Soto, Tina Lloren, e Monica Woldt (FANTA/FHI 360)

Svetlana K. Drivdale (PATH)

Alison Tumilowicz e Dulce Nhassico (anteriormente com FANTA/FHI 360)

Coordenação e Edição: MISAU, Direcção Nacional de Saúde, Departamento de Nutrição

Lay-out: FANTA/FHI 360, USAID/Mozambique

Impressão:

© Ministério da Saúde, Departamento de Nutrição, Setembro 2018

Índice

ÍNDICE	0
MÓDULO 1: INTRODUÇÃO AO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL (PRN)	1
TEXTO DE APOIO 1.1. SIGLAS E ACRÓNIMOS	3
TEXTO DE APOIO 1.2. TERMINOLOGIA NO PRN	5
TEXTO DE APOIO 1.3. PRÉ-TESTE	10
TEXTO DE APOIO 1.4. CONCEITOS CHAVE NA DESNUTRIÇÃO	15
TEXTO DE APOIO 1.5. O QUE É DESNUTRIÇÃO?	16
TEXTO DE APOIO 1.6. CAUSAS DA DESNUTRIÇÃO	17
TEXTO DE APOIO 1.7. COMPONENTES DO PRN	19
TEXTO DE APOIO 1.8. SINAIS CLÍNICOS DE MARASMO (EMAGRECIMENTO GRAVE)	21
TEXTO DE APOIO 1.9. SINAIS CLÍNICOS DE KWASHIORKOR (EDEMA BILATERAL)	22
TEXTO DE APOIO 1.10. INDICADORES DA DESNUTRIÇÃO AGUDA	23
TEXTO DE APOIO 1.11. PARÂMETROS DE CLASSIFICAÇÃO DA DESNUTRIÇÃO AGUDA	24
TEXTO DE APOIO 1.12. IDENTIFICAR A PRESENÇA E GRAVIDADE DE EDEMA BILATERAL	25
TEXTO DE APOIO 1.13. MEDIÇÃO DO COMPRIMENTO DE BEBÉS E CRIANÇAS ENTRE 0–23 MESES DE IDADE	27
TEXTO DE APOIO 1.14. MEDIÇÃO DA ALTURA EM CRIANÇAS DE 24 MESES DE IDADE OU MAIS	29
TEXTO DE APOIO 1.15. MEDIÇÃO DO PESO USANDO A BALANÇA PEDIÁTRICA	30
TEXTO DE APOIO 1.16. MEDIÇÃO DO PESO USANDO A BALANÇA RELÓGIO	31
TEXTO DE APOIO 1.17. MEDIÇÃO DO PESO USANDO A BALANÇA PLATAFORMA	32
TEXTO DE APOIO 1.18. MEDIÇÃO DO PERÍMETRO BRAQUIAL (PB)	33
TEXTO DE APOIO 1.19. TABELA DE DP DO P/C PARA RAPARIGAS	34
TEXTO DE APOIO 1.20. TABELA DE DP DO P/A PARA RAPARIGAS	35
TEXTO DE APOIO 1.21. TABELA DE DP DO P/C PARA RAPAZES	37
TEXTO DE APOIO 1.22. TABELA DE DP DO P/A PARA RAPAZES	39
TEXTO DE APOIO 1.23. EXERCÍCIO USANDO AS TABELAS DE DP DO P/C E P/A	41
TEXTO DE APOIO 1.24. INSTRUÇÕES PARA A CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL ATRAVÉS DO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC)-PARA-IDADE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DOS 5–14 ANOS	42
TEXTO DE APOIO 1.25. TABELA DE IMC PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (5–18 ANOS)	43
TEXTO DE APOIO 1.26. INSTRUÇÕES PARA ARREDONDAR NÚMEROS E IDADE	47
TEXTO DE APOIO 1.27. TABELA DE DP DO IMC/IDADE PARA RAPARIGAS	48
TEXTO DE APOIO 1.28. TABELA DE DP DO IMC/IDADE PARA RAPAZES	49
TEXTO DE APOIO 1.29. INSTRUÇÕES PARA A RODA DO CÁLCULO DO IMC-PARA-IDADE	50
TEXTO DE APOIO 1.30. EXERCÍCIOS USANDO O IMC/IDADE	52

MÓDULO 2: CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS NA ADMISSÃO	53
TEXTO DE APOIO 2.1. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO PARA O TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO NO INTERNAMENTO E EM AMBULATÓRIO	54
TEXTO DE APOIO 2.2. EXERCÍCIO: ADMISSÃO NO TDA OU TDI	55
TEXTO DE APOIO 2.3. PROCEDIMENTOS NA ADMISSÃO	56
TEXTO DE APOIO 2.4. EXERCÍCIO: A HISTÓRIA DOS PROCEDIMENTOS DA ADMISSÃO DA MARIA	58
TEXTO DE APOIO 2.5. RECEITA DE ÁGUA AÇUCARADA	59
TEXTO DE APOIO 2.6. DEFINIÇÃO DAS COMPLICAÇÕES MÉDICAS NA DESNUTRIÇÃO AGUDA GRAVE	60
TEXTO DE APOIO 2.7. HISTÓRIA E EXAME FÍSICO	62
TEXTO DE APOIO 2.8. EXAMES COMPLEMENTARES	64
TEXTO DE APOIO 2.9. TESTE DO APETITE	65
MÓDULO 3: TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO NO INTERNAMENTO (TDI)	66
TEXTO DE APOIO 3.1. PONTOS-CHAVE PARA O TRATAMENTO NO INTERNAMENTO DA DAG COM COMPLICAÇÕES	68
TEXTO DE APOIO 3.2. EXERCÍCIO EM PARES: PERGUNTAS SOBRE O TDI	69
TEXTO DE APOIO 3.3. DEZ PASSOS PARA A RECUPERAÇÃO NUTRICIONAL DA CRIANÇA COM DESNUTRIÇÃO GRAVE	70
TEXTO DE APOIO 3.4. OBJECTIVOS DO TDI DE ACORDO COM AS FASES DE TRATAMENTO	71
TEXTO DE APOIO 3.5. MEDICAMENTOS DE ROTINA E SUPLEMENTOS NO TDI	72
TEXTO DE APOIO 3.6. QUANTIDADES DE F75 PARA CRIANÇAS DOS 6-59 MESES DURANTE A FASE DE ESTABILIZAÇÃO	76
TEXTO DE APOIO 3.7. QUANTIDADES DE F75 PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES DOS 5-14 ANOS DURANTE A FASE DE ESTABILIZAÇÃO	79
TEXTO DE APOIO 3.8. EXERCÍCIO PARA DETERMINAR AS QUANTIDADES DE F75 DURANTE A FASE DE ESTABILIZAÇÃO	80
TEXTO DE APOIO 3.9. PREPARAÇÃO DE LEITE TERAPÊUTICO F75 E PROCEDIMENTOS PARA ALIMENTAÇÃO	81
TEXTO DE APOIO 3.10. MONITORIA DURANTE A FASE DE ESTABILIZAÇÃO E CRITÉRIOS PARA PASSAR DA FASE DE ESTABILIZAÇÃO PARA A FASE DE TRANSIÇÃO	84
TEXTO DE APOIO 3.11. TRATAMENTO NUTRICIONAL COM ATPU OU F100 PARA CRIANÇAS DOS 6-59 MESES E 5-14 ANOS DURANTE A FASE DE TRANSIÇÃO	85
TEXTO DE APOIO 3.12. PREPARAÇÃO DE LEITE TERAPÊUTICO F100 E PROCEDIMENTOS PARA ALIMENTAÇÃO	87
TEXTO DE APOIO 3.13. MONITORIA DURANTE A FASE DE TRANSIÇÃO E CRITÉRIOS PARA REGRESSAR OU PASSAR PARA OUTRA FASE	89
TEXTO DE APOIO 3.14. ESTUDO DE CASO - FASE DE TRANSIÇÃO	91
TEXTO DE APOIO 3.15. QUANTIDADES DE ATPU OU F100 DURANTE A FASE DE REABILITAÇÃO NO INTERNAMENTO	92
TEXTO DE APOIO 3.16. MONITORIA DURANTE A FASE DE REABILITAÇÃO E FALTA DE RESPOSTA AO TRATAMENTO	96

TEXTO DE APOIO 3.17. CRITÉRIOS PARA ALTA DO TDI	98
MÓDULO 4: TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO EM AMBULATÓRIO (TDA)	99
TEXTO DE APOIO 4.1. VANTAGENS DO TDA PARA A COMUNIDADE E A US.....	100
TEXTO DE APOIO 4.2. CATEGORIAS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES ADMITIDOS NO TDA.....	101
TEXTO DE APOIO 4.3. EXERCÍCIO: CATEGORIAS DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES ADMITIDOS NO TDA	102
TEXTO DE APOIO 4.4. MEDICAMENTOS DE ROTINA E SUPLEMENTOS NO TDA.....	103
TEXTO DE APOIO 4.5. EXERCÍCIO PRÁTICO: DETERMINAÇÃO DE MEDICAMENTOS NO TDA	105
TEXTO DE APOIO 4.6. TRATAMENTO NUTRICIONAL PARA PACIENTES COM DAG E HIV	106
TEXTO DE APOIO 4.7. TRATAMENTO NUTRICIONAL.....	107
TEXTO DE APOIO 4.8. EXERCÍCIO: PRÁTICA NA DETERMINAÇÃO DA QUANTIDADE DE ATPU	109
TEXTO DE APOIO 4.9. MENSAGENS-CHAVE PARA O TDA	110
TEXTO DE APOIO 4.10. MONITORIA INDIVIDUAL DURANTE AS CONSULTAS DE SEGUIMENTO.....	111
TEXTO DE APOIO 4.11. FALTA DE RESPOSTA AO TDA.....	113
TEXTO DE APOIO 4.12. EXERCÍCIO: POSSÍVEIS CAUSAS DE FALTA DE RESPOSTA.....	114
TEXTO DE APOIO 4.13. CRITÉRIOS DE ALTA.....	115
TEXTO DE APOIO 4.14. EXERCÍCIO: ESTUDO DE CASO	116
MÓDULO 5: PROTOCOLO PARA CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES OU COM PESO CORPORAL INFERIOR A 4 KG	117
TEXTO DE APOIO 5.1. EXERCÍCIO: CAUSAS FREQUENTES DA DESNUTRIÇÃO AGUDA EM CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES	119
TEXTO DE APOIO 5.2. PONTOS-CHAVE SOBRE O TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO AGUDA EM CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES OU IGUAL OU MAIOR DE 6 MESES COM PESO INFERIOR A 4 KG.....	120
TEXTO DE APOIO 5.3. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO PARA CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES OU IGUAL OU MAIOR DE 6 MESES COM PESO CORPORAL INFERIOR A 4 KG	121
TEXTO DE APOIO 5.4. MEDICAMENTOS DE ROTINA PARA CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES OU IGUAL OU MAIOR DE 6 MESES COM PESO CORPORAL INFERIOR A 4 KG.....	122
TEXTO DE APOIO 5.5. TRATAMENTO NUTRICIONAL PARA CRIANÇAS EM ALEITAMENTO MATERNO.....	123
TEXTO DE APOIO 5.6. TÉCNICA DE SUÇÃO SUPLEMENTAR (TSS)	125
TEXTO DE APOIO 5.7. TRATAMENTO NUTRICIONAL PARA CRIANÇAS SEM ALEITAMENTO MATERNO.....	126
TEXTO DE APOIO 5.8. PREPARAÇÃO DE LEITE TERAPÊUTICO F75 USANDO AS NOVAS LATAS DE 400 G.....	129
TEXTO DE APOIO 5.9. PREPARAÇÃO DO LEITE TERAPÊUTICO F100-DILUÍDO USANDO AS NOVAS LATAS DE 400 G.....	131
TEXTO DE APOIO 5.10. MONITORIA DURANTE O TRATAMENTO NUTRICIONAL.....	134
TEXTO DE APOIO 5.11. SUPORTE PARA A MÃE LACTANTE	135
TEXTO DE APOIO 5.12. CRITÉRIOS DE ALTA PARA CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES OU IGUAL OU MAIOR DE 6 MESES COM PESO INFERIOR A 4 KG.....	136
TEXTO DE APOIO 5.13. EXERCÍCIO: ESTUDO DE CASOS.....	138

MÓDULO 6: PROTOCOLO PARA DOENTES COM DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA (DAM) E IDADE SUPERIOR A 6 MESES..... 140

TEXTO DE APOIO 6.1. CRITÉRIOS DE ADMISSÃO PARA O TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO AGUDA MODERADA (6 MESES A 14 ANOS)	141
TEXTO DE APOIO 6.2. MEDICAMENTOS DE ROTINA E SUPLEMENTOS PARA PACIENTES COM DAM	142
TEXTO DE APOIO 6.3. PRODUCTOS NUTRICIONAIS TERAPÉUTICOS USADOS PARA O TRATAMENTO DA DAM	143
TEXTO DE APOIO 6.4. TRATAMENTO DA DAM COM ASPU E MENSAGENS PARA PACIENTES COM DAM EM TRATAMENTO COM ASPU	145
TEXTO DE APOIO 6.5. TRATAMENTO DA DAM COM MAE E INSTRUÇÕES PARA A PREPARAÇÃO DA MAE.....	147
TEXTO DE APOIO 6.6. TRATAMENTO DA DAM COM ATPU	148
TEXTO DE APOIO 6.7. MONITORIA INDIVIDUAL DURANTE AS CONSULTAS DE CONTROLO	149
TEXTO DE APOIO 6.8. CRITÉRIOS DE ALTA DO TRATAMENTO DA DAM	150
TEXTO DE APOIO 6.9. ORIENTAÇÃO SOBRE AS PRIORIDADES A DAR AOS PACIENTES NUMA SITUAÇÃO EM QUE OS PRODUTOS NUTRICIONAIS TERAPÉUTICOS NÃO ESTEJAM EM QUANTIDADE SUFICIENTE.....	151
TEXTO DE APOIO 6.10. ESTUDO DE CASOS	152

MÓDULO 7: MONITORIA DO DESENVOLVIMENTO E ESTIMULAÇÃO EMOCIONAL E PSICO-MOTORA..... 154

TEXTO DE APOIO 7.1. MONITORIA DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA.....	155
TEXTO DE APOIO 7.2. FICHA DE MONITORIA DO DESENVOLVIMENTO PSICOMOTOR	156
TEXTO DE APOIO 7.3. ESTIMULAÇÃO PARA CRIANÇAS DESNUTRIDAS.....	158
TEXTO DE APOIO 7.4. CUIDADOS SENSÍVEIS E ESTIMULAÇÃO NO TDI.....	159
TEXTO DE APOIO 7.5. ESTIMULAÇÃO NO TDA.....	161
TEXTO DE APOIO 7.6. EDUCAÇÃO E APOIO PSICOLÓGICO AOS CUIDADORES.....	162
TEXTO DE APOIO 7.7. ACTIVIDADES ESTIMULANTES APROPRIADOS PARA IDADE.....	163
TEXTO DE APOIO 7.8. IDEIAS PARA FAZER BRINQUEDOS COM MATERIAIS LOCAIS	168

MÓDULO 8: MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA E EDUCAÇÃO NUTRICIONAL..... 170

TEXTO DO APOIO 8.1. MOBILIZAÇÃO COMUNITÁRIA	171
TEXTO DO APOIO 8.2. MENSAGENS CHAVE DOS PRODUTOS NUTRICIONAIS TERAPÉUTICOS.....	173
TEXTO DE APOIO 8.3. MENSAGENS CHAVE SOBRE A ALIMENTAÇÃO	175
TEXTO DO APOIO 8.4. DEMONSTRAÇÕES CULINÁRIAS.....	181
TEXTO DE APOIO 8.5. MENSAGENS CHAVE SOBRE A HIGIENE PESSOAL E DOS ALIMENTOS	183

MÓDULO 9: MONITORIA E AVALIAÇÃO..... 186

TEXTO DE APOIO 9.1. OS INSTRUMENTOS DE MONITORIA DO PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL	187
TEXTO DE APOIO 9.2. LIVRO DE REGISTO DO PRN	188
TEXTO DE APOIO 9.3. EXEMPLO DO LIVRO DE REGISTO DO PRN PREENCHIDO.....	194
TEXTO DE APOIO 9.4. RESUMO MENSAL DO TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO EM AMBULATÓRIO	196

TEXTO DE APOIO 9.5. CARTÃO DO DOENTE DESNUTRIDO.....	202
MÓDULO 10: LOGÍSTICA.....	206
TEXTO DE APOIO 10.1. OBJECTIVOS DO SISTEMA LOGÍSTICO DO PRN E OS PRODUTOS UTILIZADOS PARA TRATAR A DESNUTRIÇÃO AGUDA	207
TEXTO DE APOIO 10.2. RESPONSABILIDADES DOS VÁRIOS SECTORES	207
TEXTO DE APOIO 10.3. RELATÓRIO MENSAL – PRODUTOS NUTRICIONAIS TERAPÊUTICOS PARA O TRATAMENTO DA DESNUTRIÇÃO AGUDA.....	209
TEXTO DE APOIO 10.4. EXERCÍCIO PRÁTICO DO RELATÓRIO MENSAL	210
ANEXO 1. RESOLUÇÕES DOS EXERCÍCIOS.....	211
RESOLUÇÃO DO EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 1.23.....	211
RESOLUÇÃO DO EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 1.30.....	211
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 2.2.....	212
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 2.4.....	213
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 3.2	213
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 3.8	214
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 3.14	214
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 4.3	216
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 4.5	217
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 4.8	218
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 4.12.....	219
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 4.14.....	220
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 5.1	222
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 5.13	223
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO DO TEXTO DE APOIO 6.10	226
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO PRÁTICO 9A: PREENCHIMENTO DO LIVRO DE REGISTO DO PRN.....	229
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO PRÁTICO 9B: PREENCHIMENTO DO RESUMO MENSAL DO TDA	230
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO PRÁTICO 9C: CÁLCULO DE INDICADORES DE DESEMPENHO DO PROGRAMA	231
RESOLUÇÃO DE EXERCÍCIO PRÁTICO 9D: PREENCHIMENTO DO CARTÃO DO DOENTE DESNUTRIDO.....	232
RESOLUÇÃO DE TEXTO DE APOIO 10.4. EXERCÍCIO PRÁTICO DO RELATÓRIO MENSAL	233

Módulo 1: Introdução ao Programa de Reabilitação Nutricional (PRN)

Textos de Apoio	Objectivos	Estimativa da duração
1.1. Siglas e Acrónimos 1.2. Terminologia no PRN	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as abreviaturas e terminologias usadas no PRN 	30 minutos
1.3. Pré-teste	<ul style="list-style-type: none"> Fazer o pré-teste 	30 minutos
1.4. Conceitos Chave na Desnutrição 1.5. O que é desnutrição?	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os conceitos chaves na desnutrição 	15 minutos
1.6. Causas da Desnutrição	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as causas da desnutrição e perceber a complexidade das mesmas Explicar a relação entre as causas imediatas, subjacentes e básicas da desnutrição Conhecer como é que a(s) comunidade(s) entendem o problema da desnutrição Conhecer as consequências da desnutrição 	15 minutos
1.7. Componentes do PRN	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os objectivos do PRN Conhecer os componentes do PRN e a sua importância 	10 minutos
1.8. Sinais Clínicos de Marasmo (Emagrecimento Grave) 1.9. Sinais Clínicos de Kwashiorkor (Edema Bilateral)	<ul style="list-style-type: none"> Identificar os sinais clínicos da desnutrição aguda Saber diferenciar marasmo do kwashiorkor 	30 minutos
1.10. Indicadores da Desnutrição Aguda	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os indicadores usados para identificar a desnutrição aguda nas diferentes faixas etárias 	15 minutos
1.11. Parâmetros de Classificação da Desnutrição Aguda	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os parâmetros de classificação da desnutrição aguda 	15 minutos
1.12. Identificar a Presença e Gravidade de Edema Bilateral	<ul style="list-style-type: none"> Identificar quando a criança/adolescente apresenta edema Classificar o tipo de edema de acordo com a gravidade 	10 minutos
1.13. Medição do Comprimento de Bebés e Crianças entre 0–23 Meses de Idade	<ul style="list-style-type: none"> Saber medir correctamente a estatura 	30 minutos

1.14. Medição da Altura em Crianças de 24 Meses de Idade ou Mais		
1.15. Medição do Peso Usando a Balança Pediátrica 1.16. Medição do Peso Usando a Balança Relógio 1.17. Medição do Peso Usando a Balança Plataforma	<ul style="list-style-type: none"> Saber fazer a medição do peso usando as diferentes balanças 	30 minutos
1.18. Medição do Perímetro Braquial (PB)	<ul style="list-style-type: none"> Saber medir correctamente o Perímetro Braquial (PB) 	15 minutos
1.19. Tabela de DP do P/C para Raparigas 1.20. Tabela de DP do P/A para Raparigas 1.21. Tabela de DP do P/C para Rapazes 1.22. Tabela de DP do P/A para Rapazes 1.23. Exercício Usando as Tabelas de DP do P/C e P/A	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as tabelas de desvio padrão do peso para comprimento (P/C) e peso para altura (P/A) para rapazes e raparigas Aplicar as tabelas para determinar o estado nutricional de raparigas e rapazes de 0-23 meses e 24-60 meses 	45 minutos
1.24. Instruções para a Classificação do Estado Nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC)-para-Idade para Crianças e Adolescentes dos 5-14 Anos 1.25. Tabela de IMC para Crianças e Adolescentes (5-18 anos) 1.26. Instruções para Arredondar Números e Idade 1.27. Tabela de DP do IMC/Idade para Raparigas 1.28. Tabela de DP do IMC/Idade para Rapazes 1.29. Instruções para a Roda do Cálculo do IMC-para-Idade 1.30. Exercício Usando o IMC e IMC/Idade	<ul style="list-style-type: none"> Saber calcular o IMC Conhecer as tabelas de IMC e IMC/idade Saber classificar o estado nutricional através do DP do IMC-para-idade 	45 minutos
Estimativa da DuraçãoTotal:		5 horas e 35 minutos

Texto de Apoio 1.1. Siglas e Acrónimos

ACS	Activista Comunitário de Saúde
AIDNI	Atenção Integrada às Doenças Neonatais e da Infância
APE	Agente Polivalente Elementar
ARV	Antiretroviral
ASPU	Alimento Suplementar Pronto para Uso, mais conhecido por Plumpy'sup
ATPU	Alimento Terapêutico Pronto para Uso, mais conhecido por Plumpy'nut
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
BCG	Vacina da Tuberculose contra o <i>Bacille Calmette-Guérin</i>
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.
CI	Crescimento Insuficiente
CMV	Mistura de vitaminas e minerais [do Inglês <i>Combined Mineral and Vitamin Complex</i>]
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
HIV/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
IM	Intra-muscular
IMC	Índice da Massa Corporal
IMC/Idade	Índice da Massa Corporal-para-Idade
Kcal	Kilocalorias
MAE	Mistura Alimentícia Enriquecida, mais conhecida por CSB Plus
MISAU	Ministério da Saúde
NID	Número de Identificação do Doente
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
PESS	Plano Estratégico do Sector da Saúde
PMA	Programa Mundial de Alimentação
PPD	Teste cutâneo para Tuberculose [do Inglês <i>Purified protein derivative</i>]
PRN	Programa de Reabilitação Nutricional
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
SNG	Sonda Naso-Gástrica
SRO	Solução de Reidratação Oral
TARV	Tratamento Antiretroviral
TB	Tuberculose
TDA	Tratamento da Desnutrição em Ambulatório
TDI	Tratamento da Desnutrição no Internamento
TSS	Técnica de Sucção Suplementar [do Inglês <i>Supplementary Sucking Technique</i>]
UI	Unidade Internacional
US	Unidade Sanitária

Texto de Apoio 1.2. Terminologia no PRN

<p>Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O Alimento Terapêutico Pronto para Uso é um alimento maciço, de uso fácil, composto basicamente por amendoim e outros ingredientes (leite em pó, óleo de vegetais, açúcar) enriquecido com vitaminas e minerais, com densidade energética elevada, de fácil consumo, designado para o tratamento da DAG a partir dos 6 meses de idade. • Vem embalado em saqueta e cada saqueta contém 92 gramas de ATPU com 500 quilocalorias, 12,5 gramas de proteína e 32,86 gramas de gorduras. • A composição de nutrientes de ATPU é similar ao F100, mas com uma quantidade acrescida de ferro. • Ao contrário do F100, o ATPU não é feito à base de água, não necessita de conservação ao frio, preparo ou adição de água, por isso, torna-se seguro consumi-lo em casa. • O ATPU mais comum em Moçambique é o “Plumpy’nut.”
<p>Alimento Suplementar Pronto para Uso (ASPU)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O Alimento Suplementar Pronto Para Uso é um produto especialmente formulado para o tratamento da DAM. Cada saqueta contém 100 gramas e tem 540 quilocalorias, 12,1 gramas de proteínas e 35 gramas de gordura. • O ASPU é usado como primeira linha no tratamento de DAM e deve ser administrado a todas as crianças com DAM com idade igual ou superior a 6 meses, contudo a prioridade deve ser dada a crianças menores. • Deve ser administrado a todos os pacientes com DAM com idade igual ou superior a 6 meses • O ASPU mais comum em Moçambique é o “Plumpy’sup.”
<p>Complicações Médicas na Desnutrição Aguda Grave</p>	<p>As complicações médicas na desnutrição aguda grave que justificam o tratamento no internamento são:</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 persistente • Diarréia persistente com sinais de desidratação • Diarréia aquosa aguda • Anorexia ou sem apetite • Descamação da pele • Incapaz de beber ou amamentar

Desnutrição Aguda	A desnutrição aguda é causada pelo deficiente consumo alimentar e/ou aparecimento de uma enfermidade, num passado muito recente, resultando na perda de peso num período recente e/ou aparecimento de edema bilateral.												
Desnutrição Aguda Grave (DAG)	DAG é definida como sendo emagrecimento grave (Marasmo) ou desnutrição edematosa (denominada Kwashiorkor em crianças, é acompanhada de edema bilateral)												
Desnutrição Aguda Moderada (DAM)	DAM é definida como emagrecimento moderado (estágio que precede a desnutrição aguda grave)												
Desvio Padrão (DP)	O “Z-score” em Inglês 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.												
Edema Bilateral	<p>O edema bilateral é a condição <i>sine qua non</i> para se fazer o diagnóstico de kwashiorkor. Edema é o acúmulo anormal de líquido no compartimento extra-celular, intersticial ou nas cavidades corporais. Ele pode estar localizado em algumas partes do corpo (ex. membros inferiores) ou em todo corpo (edema generalizado).</p> <p>A presença de edema bilateral em crianças deve ter a sua causa investigada pois, a desnutrição não é a única causa de edema bilateral, proteinúria (proteína na urina) severa na síndrome nefrótica, nefrite, filariose aguda (em que os membros estão quentes e doridos), insuficiência cardíaca, edema de origem hepática, edema de origem venosa, Beri-Beri, edema de origem inflamatória, edema de origem alérgica, etc., podem também causar edema bilateral. Este diagnóstico diferencial pode ser feito através da história clínica, exame físico e análise de urina.</p> <p>Para se determinar a presença de edema bilateral em pacientes desnutridos, deve-se fazer uma pressão firme com o dedo polegar no dorso de ambos os pés durante três segundos, em seguida, o dedo polegar é retirado, formando-se uma cavidade no local pressionado. A cavidade permanecerá em ambos os pés por muitos segundos. Uma segunda pessoa deverá repetir o teste para confirmar a presença de edema bilateral.</p> <p>Existem três graus de edema bilateral, que são classificados pelo sinal positivo (+; ++; +++):</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grau</th> <th>Classificação</th> <th>Localização do edema</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Grau +</td> <td>Edema ligeiro</td> <td>Geralmente confinado ao dorso dos pés</td> </tr> <tr> <td>Grau ++</td> <td>Edema moderado</td> <td>Edema moderado: Sobre os pés, as pernas, as mãos, ou antebraços</td> </tr> <tr> <td>Grau +++</td> <td>Edema grave</td> <td>Em todo o corpo (inclui ambos os pés pernas, braços, e rosto e pálpebras)</td> </tr> </tbody> </table>	Grau	Classificação	Localização do edema	Grau +	Edema ligeiro	Geralmente confinado ao dorso dos pés	Grau ++	Edema moderado	Edema moderado: Sobre os pés, as pernas, as mãos, ou antebraços	Grau +++	Edema grave	Em todo o corpo (inclui ambos os pés pernas, braços, e rosto e pálpebras)
Grau	Classificação	Localização do edema											
Grau +	Edema ligeiro	Geralmente confinado ao dorso dos pés											
Grau ++	Edema moderado	Edema moderado: Sobre os pés, as pernas, as mãos, ou antebraços											
Grau +++	Edema grave	Em todo o corpo (inclui ambos os pés pernas, braços, e rosto e pálpebras)											
Envolvimento Comunitário	O envolvimento comunitário inclui a avaliação comunitária, mobilização comunitária, busca activa e referência, e seguimento.												
F75	Leite terapêutico usado na fase de estabilização do tratamento em internamento da desnutrição aguda grave.												

F100	<p>Leite terapêutico usado na fase de transição e fase de reabilitação do tratamento em internamento da desnutrição aguda grave.</p> <p>Leite terapêutico F100 – diluído é usado para a estabilização e reabilitação de crianças menores de 6 meses ou 4 kg em Tratamento da Desnutrição no Internamento.</p>
Índice da Massa Corporal (IMC)	<p>Para adultos maiores de 18 anos (excluindo grávidas e mulheres dentro de 6 meses após o parto) o IMC é o indicador usado para classificar o estado nutricional. IMC é a razão entre peso dividido pelo quadrado da altura em metros (Kg/m²). Para adultos, o IMC só por si, pode ser usado como indicador do estado nutricional pois a maioria dos indivíduos com mais de 18 anos já concluíram o seu desenvolvimento físico.</p>
Índice da Massa Corporal-para-Idade (IMC/Idade)	<p>Para crianças e adolescentes até aos 18 anos, o desvio padrão (DP) para IMC/Idade é o indicador usado para classificar a desnutrição aguda. Porque este grupo populacional ainda está em crescimento, ao usar o IMC para classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes, é preciso ter em conta a idade e o sexo.</p>
Kwashiorkor	<p>O diagnóstico clínico de um doente com desnutrição aguda e edema bilateral é Kwashiorkor. Veja a definição de edema bilateral para a classificação.</p>
Kwashiorkor-marasmático	<p>É o emagrecimento grave com edema bilateral.</p>
Marasmo	<p>O diagnóstico clínico de um doente com emagrecimento grave é Marasmo. Veja a definição de emagrecimento grave para a classificação.</p>
Medidas Antropométricas	<p>São medidas do corpo humano usadas para monitorar o estado nutricional de indivíduos ou de um grupo populacional. As medidas antropométricas usadas em vigilância nutricional são peso, altura ou comprimento, e perímetro braquial.</p>
Mistura Alimentícia Enriquecida (MAE), mais conhecida por CSB Plus	<p>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 o tratamento de DAM deve ter a composição nutricional semelhante ao do CSB Plus. Pode ser consumido por crianças a partir dos 5 anos de idade. Instruções para preparação da MAE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Por cada refeição, use 100 gramas de MAE (equivalente a uma chávena de chá) com 500 ml de água (equivalente a 2 copos). 2. Misturar 100 gramas de MAE com uma pequena quantidade de água (morna ou fria). Mexer essa mistura para dissolver bem a MAE e retirar as bolhas de ar. 3. Aquecer à parte água numa panela. Só quando a água estiver a ferver é que se adiciona a MAE (previamente dissolvida em água). Mexer bem para evitar a formação de grumos. 4. Deixar a papa ferver lentamente durante 5 a 15 minutos, mexendo sempre. Não cozinhar por mais de 15 minutos para não perder as vitaminas.
Perímetro Braquial (PB)	<p>O PB é obtido através da medição da circunferência do braço. É um indicador sensível ao estado nutricional. PB baixo é indicativo de emagrecimento.</p>

<p>Peso-para-Comprimento (P/C) ou Peso-para-Altura (P/A) ou Peso-para-Estatura (P/E)</p>	<p>Os indicadores do P/C e P/A mostram como o peso e comprimento ou altura de uma criança/adolescente se comparam com o peso pelo comprimento ou altura de outra criança/adolescente da população padrão da OMS, do mesmo sexo e idade.</p> <p>O Peso-para-Estatura (P/E) inclui peso-para-altura e peso-para-comprimento.</p> <p>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.</p> <p>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.</p>
<p>Programa Reabilitação Nutricional (PRN)</p>	<p>De forma a assegurar o eficiente tratamento e reabilitação nutricional dos casos de desnutrição aguda moderada ou grave, o Ministério da Saúde estabeleceu o Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), o qual inclui os seguintes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Envolvimento comunitário • Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI) • Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA) • Educação nutricional e demonstrações culinárias
<p>Referência</p>	<p>Uma referência acontece quando um doente é deslocado de uma componente do PRN para outra componente do PRN ou outro serviço diferente do PRN, por motivos médicos (ex. do Tratamento da Desnutrição em Ambulatório para o Tratamento da Desnutrição no Internamento).</p>
<p>Referência comunitária</p>	<p>É o processo de identificação na comunidade e envio para as unidades sanitárias de indivíduos com desnutrição aguda, para obter os cuidados do PRN.</p>
<p>Teste do Apetite</p>	<p>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 com DAG com idade igual ou superior a 6 meses deve ser tratada em ambulatório ou no internamento.</p> <p>O técnico de saúde deve dar a mãe ou ao provedor de cuidados o ATPU para oferecer a criança no momento da admissão para fazer o teste de apetite. O técnico deve observar a criança a comer o ATPU. O teste é repetido em cada visita de seguimento à Unidade Sanitária. Se o doente come pelo menos um terço (1/3) de uma saqueta de ATPU (92 g) ou três colherinhas em 30 minutos, significa que tem apetite. Se não come esta quantidade, significa que não tem apetite (NÃO passou ao teste).</p> <p>As respostas fisiopatológicas ao esgotamento de nutrientes em crianças com desnutrição aguda grave 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 sem apetite correm maior risco de morte.</p>
<p>Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI)</p>	<p>É a componente do PRN que se destina ao tratamento de doentes com DAG sem apetite ou com complicações médicas.</p>

**Tratamento da
Desnutrição em
Ambulatório (TDA)**

É a componente do PRN que se destina ao tratamento de doentes sem complicações médicas através de medicamentos de rotina e reabilitação nutricional com ATPU para pacientes com DAG e ASPU e MAE para pacientes com DAM. As crianças/adolescentes vão regularmente ao TDA (normalmente de 7 em 7 dias para pacientes com DAG e 15 em 15 dias para pacientes com DAM até recuperarem o seu estado nutricional). Em média dura 2 meses.

Texto de Apoio 1.3. Pré-teste

PRÉ - TESTE

Nome: _____ Data: / /20__

Profissão: _____

1

	Pergunta	Respostas	Resposta Correcta
Módulo 1: Introdução ao Programa de Reabilitação Nutricional (PRN) e Definição e Medição da Desnutrição Aguda			
1.	Desnutrição aguda manifesta-se através de:	A. Emagrecimento B. Edema bilateral C. Baixa estatura para idade D. A e B E. Todos itens acima mencionados	
2.	O diagnóstico clínico de um doente com emagrecimento grave é:	A. Kwashiorkor B. Marasmo	
3.	O diagnóstico clínico de um doente com edema bilateral é:	A. Kwashiorkor B. Marasmo	
4.	PRN inclui os seguintes componentes:	A. Envolvimento comunitário B. Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI) C. Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA) D. Suplementação alimentar E. Educação nutricional e demonstrações culinárias F. A,B,C e E	
5.	Que é(são) o(s) indicador(es) usado(s) para identificar a desnutrição aguda, nas crianças entre os 6-23 meses?	A. Edema Bilateral B. Perímetro Braquial (PB) C. Peso-para-Comprimento (P/C) D. Peso-para-Altura (P/A) E. A, B e C F. A, B e D G. Todos itens acima mencionados	
6.	Que é(são) o(s) indicador(es) usado(s) para identificar a desnutrição aguda, nas crianças e adolescentes entre os 5-18 anos?	A. Edema Bilateral B. Perímetro Braquial (PB) C. Peso-para-Altura (P/A) D. Índice da Massa Corporal-para-Idade (IMC/Idade) H. A, B e C E. A, B e D F. Todos itens acima mencionados	
7.	Em que braço deve ser medido o Perímetro Braquial?	A. Direito B. Esquerdo C. No braço que menos actividade ou exercício executa	
8.	Quando o edema encontra-se sobre os pés, as pernas, as mãos, ou antebraços é classificado como:	A. Edema ligeiro (+) B. Edema moderado (++) C. Edema grave (+++)	

Módulo 2: Critérios e Procedimentos na Admissão		
9.	Uma criança de 8 meses, com PB < 11.5 cm, sem edema e sem complicações deve ser admitida:	A. Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI) B. Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA) C. Todas as respostas acima estão correctas
10.	Uma criança de 8 meses, com P/C ≥ -3 DP & < -2 DP, com edema e sem complicações deve ser admitida:	A. Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI) B. Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA) C. Não deve ser admitida porque não tem complicações médicas
11.	Uma criança de 6 anos, com IMC/Idade < -3 DP, sem edema e sem complicações deve ser admitida:	A. Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI) B. Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA) C. Todas as respostas acima estão correctas
12.	O critério para passar o Teste do Apetite é quando uma criança ou adolescente come pelo menos:	A. Um terço (1/3) de uma saqueta de ATPU ou 3 colherinhas B. Metade (1/2) de uma saqueta de ATPU ou 4 colherinhas C. Toda a saqueta de ATPU
13.	Quando é que o Teste do Apetite deve ser feito?	A. Antes de determinar se o doente tem complicações B. Depois de determinar se o doente tem complicações

Módulo 3: Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI)		
14.	Quem recebe o tratamento no TDI?	A. Doentes com DAG com complicações médicas B. Doentes com DAG com edema C. Doentes com DAG que não passam o Teste de Apetite D. Crianças menores de 6 meses ou com peso corporal inferior a 4 Kg E. Todos itens acima mencionados
15.	Qual é o alimento terapêutico oferecido aos doentes com desnutrição aguda grave na fase de estabilização?	A. F75 B. F100 C. F100-diluído D. ATPU E. CSB-Plus F. F75 ou F100-diluído em crianças menores de 6 meses

16.	Na fase de transição, o doente com desnutrição aguda grave deve passar de F75 a qual alimento terapêutico?	A. ASPU B. F100 C. ATPU D. CSB-Plus E. B ou C	
17.	Qual é o alimento terapêutico oferecido aos doentes maiores de 6 meses com desnutrição aguda grave na fase de reabilitação no internamento?	A. F75 B. F100 C. F100-diluído D. ATPU E. CSB-Plus F. B e D	
18.	Quais são os critérios para passar para a fase de reabilitação no ambulatório?	A. Bom apetite: consumindo pelo menos 80% da quantidade diária do ATPU B. Não tem edema durante 7 dias C. Ausência de complicação médica D. Clinicamente bem e alerta E. Todos itens acima mencionados	

Módulo 4: Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA)

19.	Quando é que os antibióticos devem ser administrados em doentes no TDA?	A. Quando a infecção é identificada B. Na admissão C. Na segunda semana de tratamento D. Na 4ª semana ou no momento da alta	
20.	Para uma criança admitida no TDA para DAG que não recebeu uma dose de vitamina A nos últimos 6 meses, e que não tem manifestações clínicas de deficiência, não tem sarampo recente, e recebe alimentos terapêuticos que cumpram com as especificações da OMS, quando é que se deve dar uma dose de vitamina A?	A. Não deve dar B. Na admissão C. Na segunda semana de tratamento D. Na 4ª semana ou no momento da alta	
21.	Qual é o alimento terapêutico oferecido aos doentes com desnutrição aguda grave no TDA?	A. F75 B. F100 C. F100-diluído D. ATPU E. CSB-Plus F. C e D	

22.	Quais são os critérios para alta no TDA?	<p>A. Tem P/E ou IMC/Idade \geq - 1 DP em 2 pesagens sucessivas</p> <p>B. Tem apetite</p> <p>C. Pode comer a comida da família</p> <p>D. Todos itens acima mencionados</p>	
-----	------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Módulo 5: Protocolo para crianças menores de 6 meses ou com peso corporal inferior a 4 Kg

23.	Uma criança menor de 6 meses pode ser admitida no TDI com base em: Problemas na amamentação (pega, posicionamento, e/ou sucção deficiente)	<p>A. Verdadeiro</p> <p>B. Falso</p>	
24.	Que alimento terapêutico, devem receber as crianças menores de 6 meses com emagrecimento acentuado (marasmo) na fase de estabilização?	<p>A. F75</p> <p>B. F100</p> <p>C. F100-diluído</p> <p>D. ATPU</p> <p>E. CSB-Plus</p>	
25.	Que alimento terapêutico, devem receber as crianças menores de 6 meses com edema bilateral (kwashiorkor) na fase de estabilização?	<p>A. F75</p> <p>B. F100</p> <p>C. F100-diluído</p> <p>D. ATPU</p> <p>E. CSB-Plus</p>	
26.	Qual é o alimento terapêutico oferecido às crianças menores de 6 meses com desnutrição aguda grave na fase de transição?	<p>A. F75</p> <p>B. F100</p> <p>C. F100-diluído</p> <p>D. ATPU</p> <p>E. CSB-Plus</p>	
27.	Qual é o alimento terapêutico oferecido às crianças menores de 6 meses com desnutrição aguda grave na fase de reabilitação?	<p>A. F75</p> <p>B. F100</p> <p>C. F100-diluído</p> <p>D. ATPU</p> <p>E. CSB-Plus</p>	

Módulo 6: Protocolo para doentes com desnutrição aguda moderada e idade superior a 6 meses

28.	Nos distritos em que as Unidades Sanitárias tem CSB-Plus disponível e é oferecido para o tratamento da desnutrição em ambulatório as crianças maiores ou iguais a 5 anos com desnutrição aguda moderada, qual é a quantidade diária de CSB-Plus que uma criança de 5 anos deve consumir?	A. 50 gramas B. 100 gramas C. 200 gramas D. 300 gramas	
29.	Nos distritos em que as Unidades Sanitárias não têm ASPU e CSB-Plus disponível, qual é a quantidade diária de ATPU que uma criança com 5 anos deve consumir?	A. 1 saqueta B. 2 saquetas C. Não deve dar nada	
30.	Quando é que a criança tem alta com CSB-Plus ou ATPU?	A. Tem P/E ou IMC/Idade ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas B. Depois de 3 meses a receber CSB-Plus ou ATPU C. Depois de 6 meses a receber CSB-Plus ou ATPU	

Texto de Apoio 1.4. Conceitos Chave na Desnutrição

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*.

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.

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;
- **Deficiência de micronutrientes:** as formas mais comuns de desnutrição de micronutrientes estão relacionadas com as deficiências de ferro, vitamina A, iodo e das vitaminas do complexo B.

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. O enfoque do programa de reabilitação nutricional é sobre a desnutrição aguda.

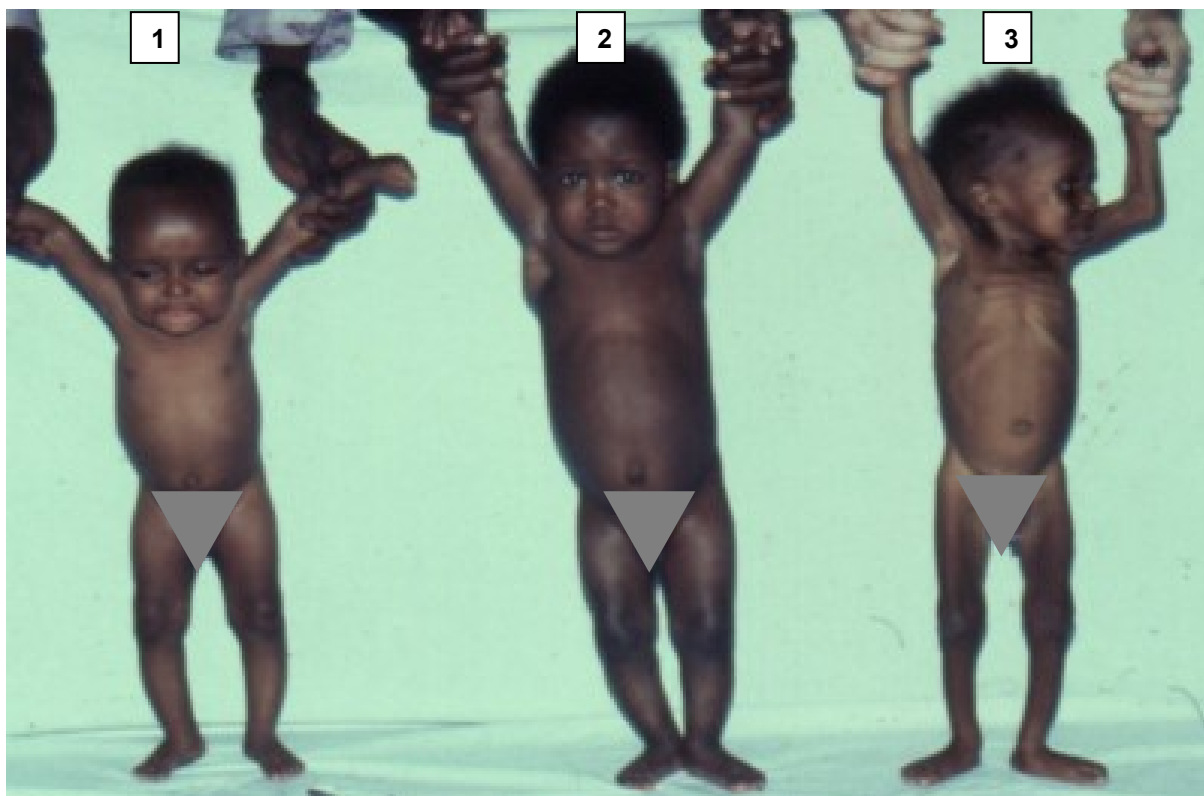
A desnutrição crónica é causada pelo consumo insuficiente de energia e nutrientes por um período muito longo de tempo.

A deficiência de micronutrientes é causada pelo consumo insuficiente de alimentos ricos em determinados nutrientes, doenças, etc.

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

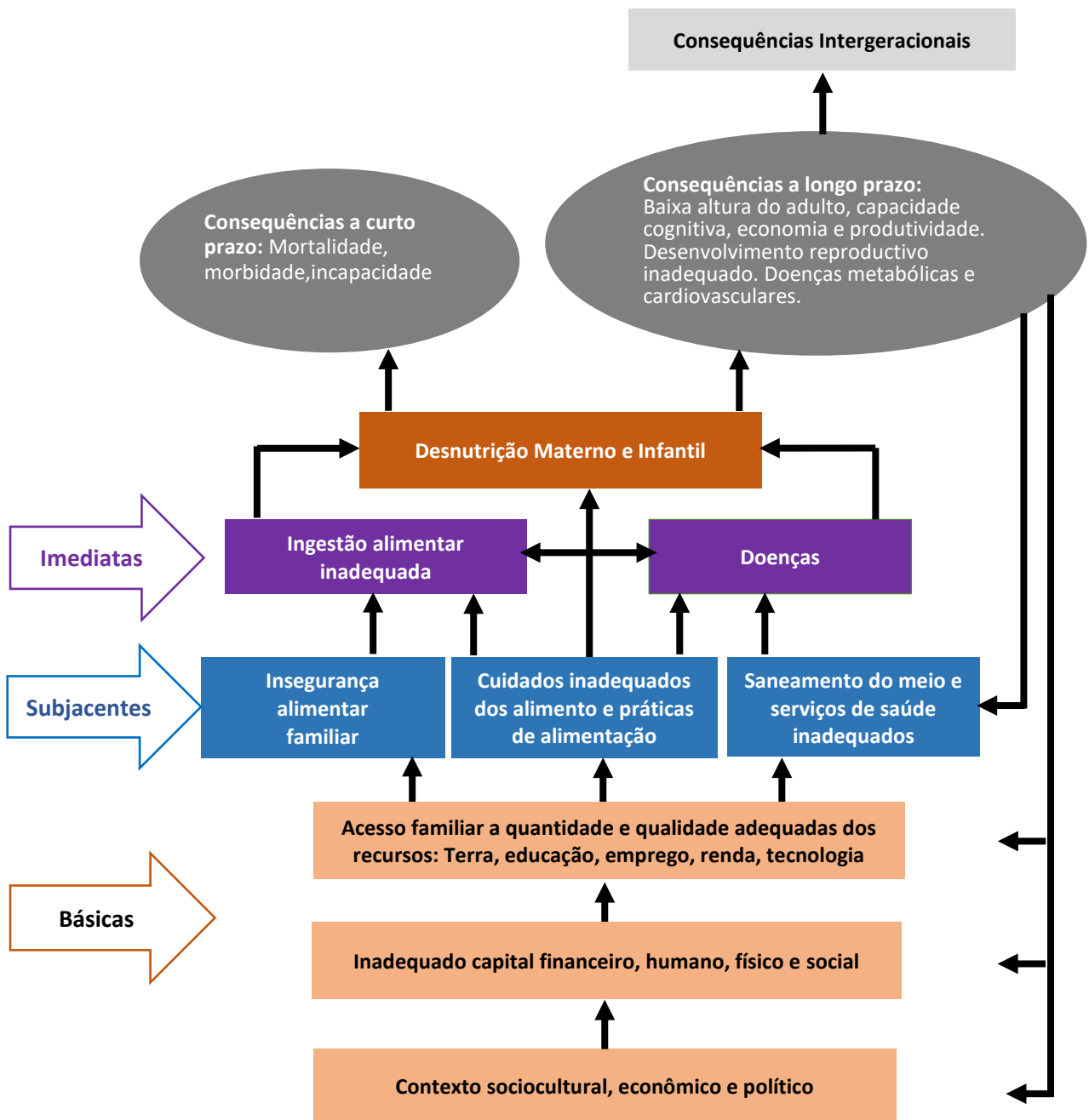
Texto de Apoio 1.5. O que é desnutrição?



1

Texto de Apoio 1.6. Causas da Desnutrição

1



Fonte: UNICEF. 2015. UNICEF's approach to scaling up nutrition for mothers and their children. Discussion paper. Programme Division, UNICEF, New York, June 2015.

As causas da desnutrição tanto da mãe como da criança actuam em vários níveis, incluindo as causas imediatas a nível individual e as causas subjacentes a nível da família e da comunidade, conforme mostrado na figura acima derivada do quadro conceitual originalmente proposto pela UNICEF.

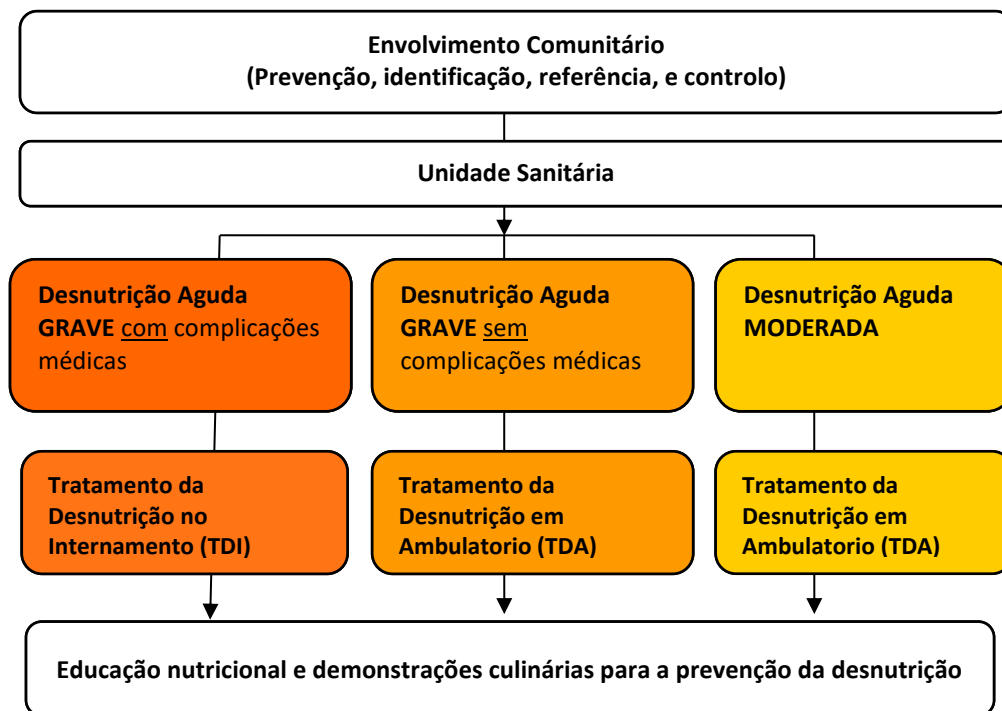
1. A nível imediato, a desnutrição pode ser causada tanto pela inadequada ingestão de alimentos, como também pelo aparecimento de infecções (por exemplo: diarreia, malária, HIV).
2. A nível subjacente, a ingestão de alimentos e exposição a doenças são afectados pela insegurança alimentar (falta de disponibilidade, acesso a, e/ou utilização de uma dieta diversa); práticas inadequadas de cuidados maternos e infantis e de alimentação; falta de higiene, bem como de saneamento ambiental, e falta de acesso a serviços de saúde e/ou serviços de saúde inadequados.
3. As causas básicas englobam as estruturas e processos sociais que negligenciam os direitos humanos e perpetuam a pobreza, limitam ou negam acesso a populações vulneráveis a recursos essenciais. Factores sociais, económicos e políticos podem ter uma influência de longo prazo sobre a subnutrição materna e infantil. Além disso, desnutrição crónica pode levar à pobreza, criando um ciclo vicioso.
4. A curto prazo, a subnutrição aumenta o risco de mortalidade e morbidade, e, a longo prazo, aumenta o risco de resultados insatisfatórios da gravidez (incluindo recém-nascidos pequenos para a idade gestacional), baixa cognição que resulta em baixo desempenho escolar, e baixo produtividade e ganho económico, e risco de sobre-peso e doenças não transmissíveis, como hipertensão e doenças cardiovasculares.

Texto de Apoio 1.7. Componentes do PRN

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:

1. Envolvimento comunitário
2. Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI)
3. Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA)
4. Educação nutricional e demonstrações culinárias

Componentes do Programa de Reabilitação Nutricional



A figura acima mostra a relação entre as diferentes componentes do Programa de Reabilitação Nutricional do Ministério da Saúde. O manejo de casos de desnutrição aguda dentro do Serviço Nacional de Saúde começa na rede primária, isto é, na comunidade e nos Centros de Saúde. Na comunidade as crianças recebem os cuidados de saúde primários através das brigadas móveis de saúde, Activistas Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes Polivalentes Elementares (APEs), onde faz-se acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como avaliação nutricional através da medição do perímetro braquial (PB), para obter os valores de PB, incluindo a verificação da presença do edema bilateral (de origem nutricional). Os valores de PB e a verificação do edema bilateral servem para detecção de casos de desnutrição aguda. As crianças com desnutrição aguda devem ser sempre referidas para a US. Nos Centros de Saúde faz-se a continuidade dos cuidados de saúde primários incluindo a avaliação do estado nutricional com PB, peso e estatura (para fazer os indicadores P/E ou IMC/Idade).

Durante a admissão dos pacientes deve ser usado os dois indicadores PB (crianças > 6 meses) e P/E (crianças < 59 meses) ou IMC/Idade (crianças de 5-14 anos) para avaliação nutricional. O indicador que mostrar maior gravidade da desnutrição aguda será o indicador selecionado para admissão do paciente no PRN e o mesmo deve ser usado para dar alta o paciente, ou seja, se após a avaliação nutricional usando os dois indicadores nutricionais o Perímetro Braquial for o indicador que aponta para maior gravidade da desnutrição, então será usado PB para admissão do paciente ao PRN e usado para avaliar e confirmar a recuperação do seu estado nutricional. Da mesma forma, se o P/E for usado na admissão do paciente ao PRN, então o P/E deve ser usado para avaliar e confirmar a recuperação do

seu estado nutricional. Isso não quer dizer que não se deve usar durante o seguimento do paciente o indicador que não foi usado para admissão do paciente para sua monitoria do paciente. Para monitoria durante o seguimento do paciente na consulta, deve-se usar os dois indicadores, mas o que nos permitiu decidir a alta é o indicador usado na admissão.

As crianças admitidas com edema bilateral devem ter alta do TDI (curado) baseado nos dois indicadores antropométricos (PB e P/E ou IMC/Idade) e sem edema bilateral por 2 semanas (1 semana sem edema bilateral se a criança estiver a passar do TDI para o TDA).

É importante tomar em consideração que a percentagem de ganho de peso **não** deve ser usada como critério de alta.

As crianças e adolescentes com desnutrição aguda ligeira, com ou sem HIV, devem ser referidas para aconselhamento e orientação nutricional com demonstrações e práticas culinárias, tanto na unidade sanitária como na comunidade.

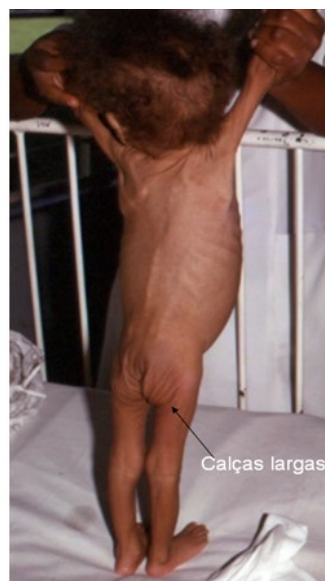
Texto de Apoio 1.8. Sinais Clínicos de Marasmo (Emagrecimento Grave)

Um doente com marasmo ou emagrecimento grave poderá apresentar as seguintes características:

- Magrinho com cara de “velho”
- Apatia: muito quieto(a) e não chora
- Com ossos e costelas visíveis
- Com a pele debaixo do braço flácida
- Em casos extremos de magreza, a pele das nádegas apresenta uma aparência de “calças largas”

Estas características são iguais em crianças e adolescentes.

Para procurar pelos sinais de emagrecimento grave, tire as roupas da criança ou adolescente. Olhe para a parte de frente: as costelas são facilmente visíveis? A pele dos braços parece solta? A pele das pernas (coxas) parece solta? Veja na parte de trás: os ossos dos ombros e as costelas são facilmente visíveis? Falta tecido muscular nas nádegas? Caso tenha respondido afirmativamente (sim), significa que o doente está com Marasmo. Quando o emagrecimento é severo ou extremo, as dobras das pernas (coxas) e nádegas ficam como se a criança ou adolescente estivesse vestida com “calças largas”.



Texto de Apoio 1.9. Sinais Clínicos de Kwashiorkor (Edema Bilateral)

Um doente com kwashiorkor (edema bilateral) poderá apresentar as seguintes características:

- “Cara de lua cheia” (arredondada)
- Dermatite: pele rachada ou/e com manchas escuras ou claras (em casos graves)
- Apatia, com pouca energia
- Perda de apetite
- Cabelos claros e lisos
- Irritável, chora facilmente

Estas características são iguais em crianças e adolescentes.



Edema classificado como +++ ou generalizado



Edemas generalizados e lesões extensas da pele



Texto de Apoio 1.10. Indicadores da Desnutrição Aguda

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

1. Perímetro braquial (PB)¹ para crianças dos 6 meses aos 14 anos, incluindo adolescentes grávidas e nos 6 meses pós-parto.
2. Peso para estatura (P/E)² para crianças dos 0 aos 59 meses.
3. Índice de massa corporal para idade (IMC/Idade) para crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos de idade.
4. Edema bilateral (edema simétrico em ambos os pés), pode aparecer em todas as idades.

Indicadores da Desnutrição Aguda

	Kwashiorkor	Marasmo				
	Edema Bilateral	Emagrecimento Visível	Perímetro Braquial (PB)	Peso-para-Comprimento (P/C)	Peso-para-Altura (P/A)	Índice da Massa Corporal-para-Idade (IMC/Idade)
Crianças < 6 meses	X	X		X		
Crianças dos 6-23 meses	X	X	X	X		
Crianças dos 24-59 meses	X	X	X		X	
Crianças e adolescentes dos 5-15 anos	X	X	X			X
Mulheres grávidas e até 6 meses pós-parto	X	X	X			

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).

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

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 é equivalente a 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.

Texto de Apoio 1.11. 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	<u>6–59 meses:</u> < 11,5 cm <u>5–10 anos:</u> < 13,0 cm <u>11–14 anos:</u> < 16,0 cm <u>Adolescentes grávidas ou nos 6 meses pós-parto:</u> < 21,0 cm
Desnutrição aguda moderada (DAM)	Ausente	≥ -3 e < -2 DP	<u>6–59 meses:</u> ≥ 11,5 e < 12,5 cm <u>5–10 anos:</u> ≥ 13,0 e < 14,5 cm <u>11-14 anos:</u> ≥ 16,0 e < 18,5 cm <u>Adolescentes grávidas ou nos 6 meses pós-parto:</u> ≥ 21,0 e < 23,0 cm ou ganho de peso insuficiente na consulta pré-natal
Desnutrição aguda ligeira	Ausente	≥ -2 e < -1 DP	

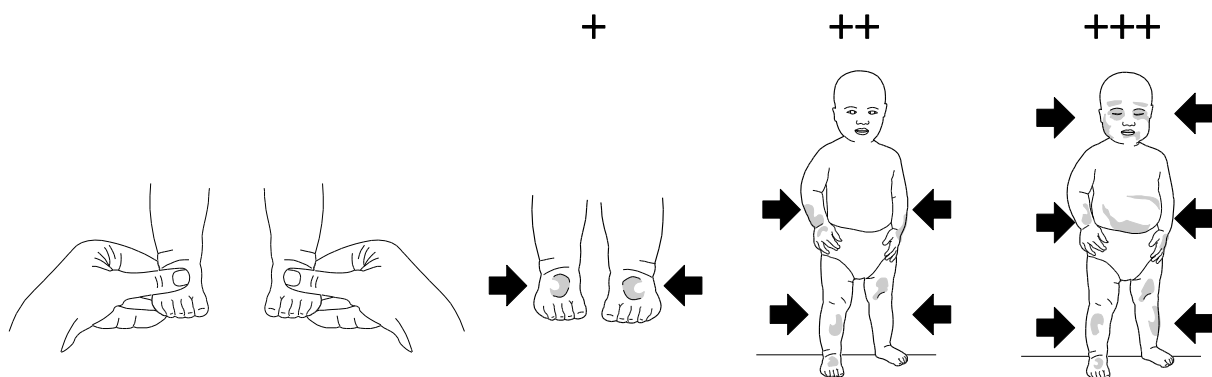
Texto de Apoio 1.12. Identificar a Presença e Gravidade de Edema Bilateral

Para se determinar a presença de edema bilateral, deve-se fazer o seguinte:

1. Segure os pés da criança e prima com os seus polegares sobre o dorso dos pés. Conte durante 3 segundos (1..., 2..., 3...) e depois tire os polegares. No caso de edema bilateral, as cavidades permanecerão em ambos os pés por muitos segundos. É importante testar ambos os pés. Caso não veja uma cavidade ou se esta apenas aparecer num dos pés, o edema não tem origem nutricional. Caso note a cavidade em ambos os pés, siga para o Passo 2.
2. Continue o mesmo teste na parte inferior das pernas, mãos e na parte inferior dos braços. Se não notar qualquer cavidade nestas áreas, então a criança sofre de edema bilateral de Classe + ou ligeira. O edema bilateral ligeiro apenas é detectado nos pés. Caso as cavidades se registem nestas áreas, siga para o Passo 3.
3. Verifique se a cara está inchada, em particular na zona à volta dos olhos. Caso não haja inchaço na cara, então a criança tem edema bilateral de classe ++ ou moderado. Se o inchaço aparecer na cara, a criança tem edema bilateral de classe +++ ou severo.
4. Arranje uma segunda pessoa para repetir o teste para confirmar os resultados.

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". O edema bilateral normalmente começa nos pés e na região pré-tibial.

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.



Se não existir edema bilateral, considerar como “Ausente.”

Grau +

Edema ligeiro: Geralmente confinado ao dorso dos pés



Grau ++

Edema moderado: Sobre os pés, as pernas, as mãos, ou antebraços



Grau +++

Edema grave: Em todo o corpo (inclui ambos os pés, pernas, braços, e rosto e pálpebras)



Texto de Apoio 1.13. Medição do Comprimento de Bebés e Crianças entre 0–23 Meses de Idade

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.

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.

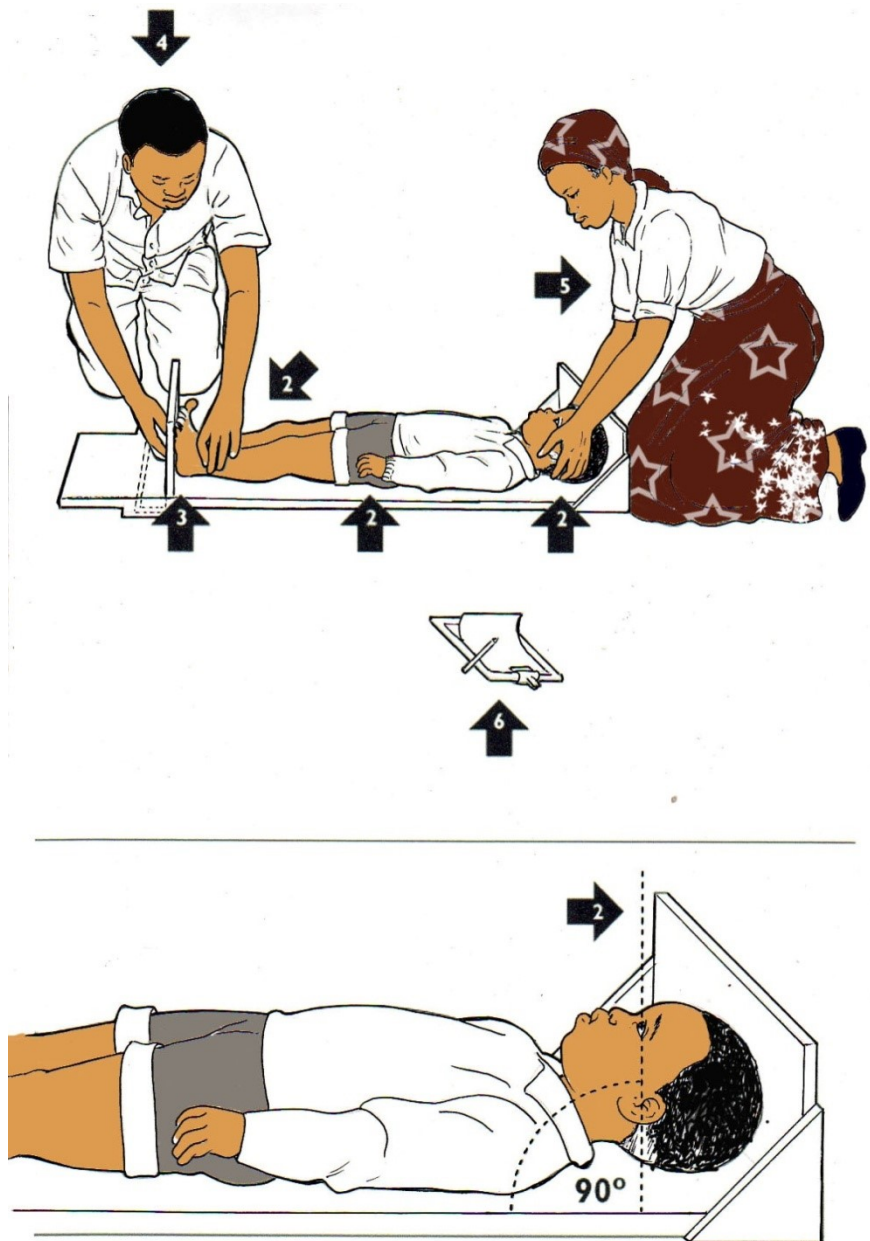
Deve-se medir a altura às crianças de 2 ou mais anos de idade ou com estatura igual ou superior a 87 cm. Isto significa que estas crianças são medidas de pé.

Se for difícil determinar a idade da criança, pode-se medir o comprimento da criança e, se a medida for igual ou superior a 87 cm, 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 pode se manter em pé, pode-se medir o seu comprimento (medição deitada) e subtrair 0,7 cm da medição obtida.

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 0,1 cm e em voz alta anuncie o valor.
5. O assistente, segurando a cabeça no devido lugar, repete o registo de medição.

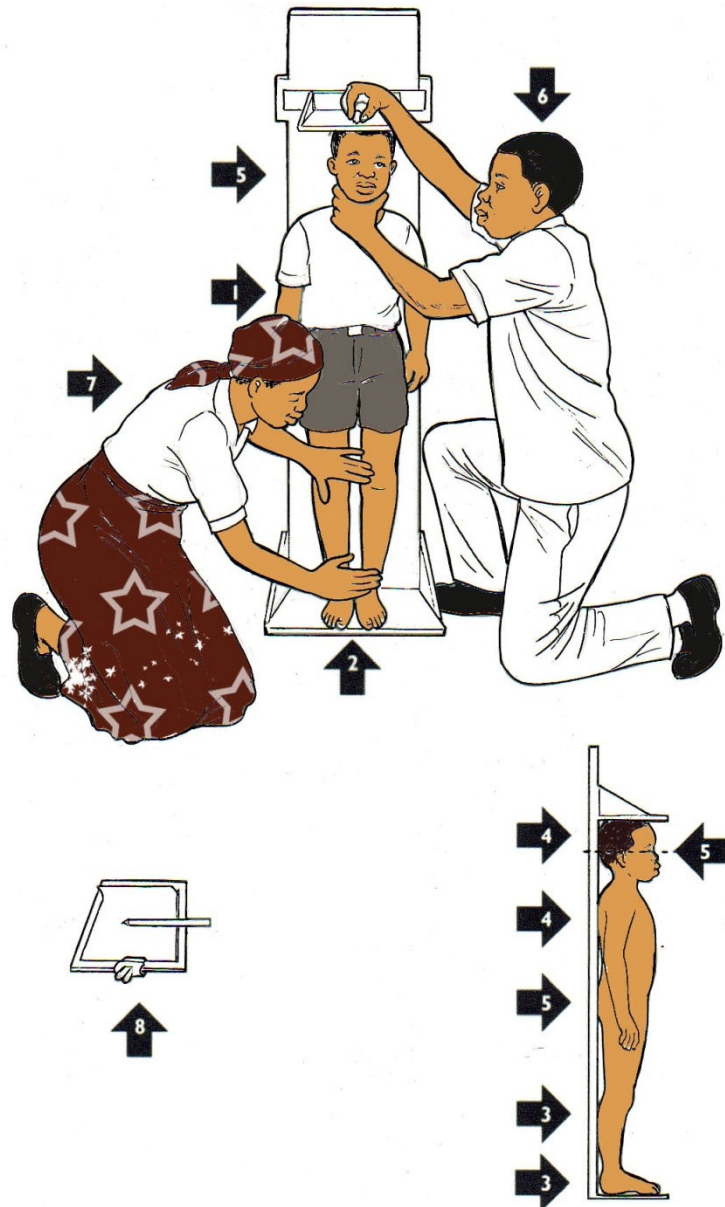


Nota: Para crianças com idade superior a 2 anos ou estatura igual ou superior a 87 cm, subtraia 0,7 cm da medição.

Texto de Apoio 1.14. Medição da Altura em Crianças de 24 Meses de Idade ou Mais

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 0,1 cm.
7. O assistente, segurando os pés da criança, repete a leitura em voz alta.
8. A pessoa que mede regista a altura.



Texto de Apoio 1.15. Medição do Peso Usando a Balança Pediátrica

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).

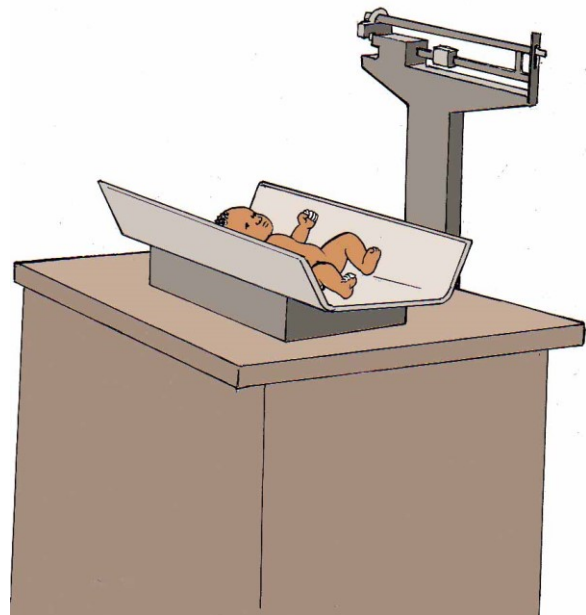
Faça a leitura quando a criança estiver estável. Diariamente (antes das pesagens) calibre a balança com um peso conhecido.

Balança pediátrica

Uma balança electrónica ou deslizante para bebés, com um intervalo de cerca de 0 a 16 kg, graduada em 10 ou em 20 g, 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.

MEDIÇÃO DO PESO USANDO A BALANÇA PEDIÁTRICA

1. Destrave a balança e calibre a balança, assegurando-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.

Texto de Apoio 1.16. Medição do Peso Usando a 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, e impróprias para crianças doentes. A melhor alternativa, é a capulana, como mostra na figura abaixo.

1

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 o ponteiro fique 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.



Texto de Apoio 1.17. Medição do Peso Usando a Balança Plataforma

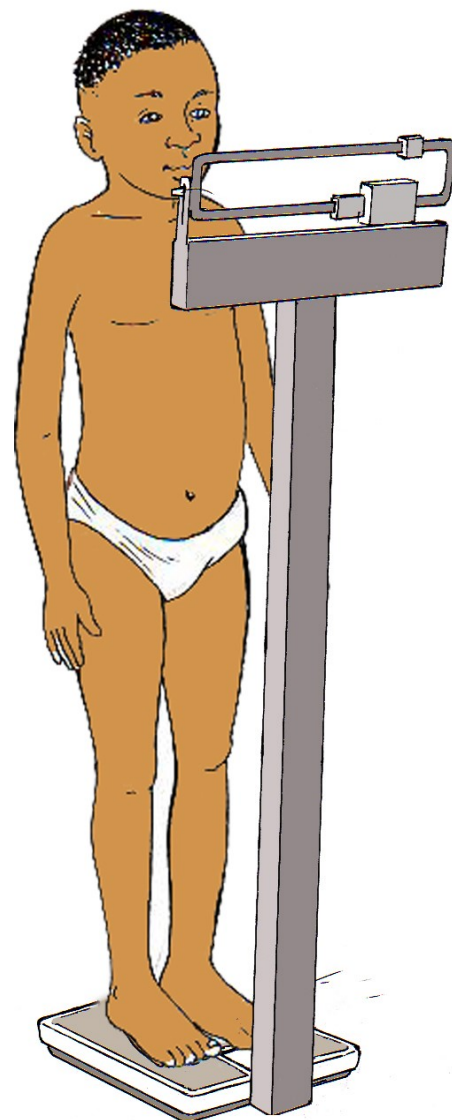
As crianças maiores de 2 anos devem ser pesadas descalças e com roupas bem leves. Idealmente, devem usar apenas calcinha, calções ou cueca, na presença da mãe ou do cuidador.

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.

1

MEDIÇÃO DO PESO USANDO A BALANÇA PLATAFORMA

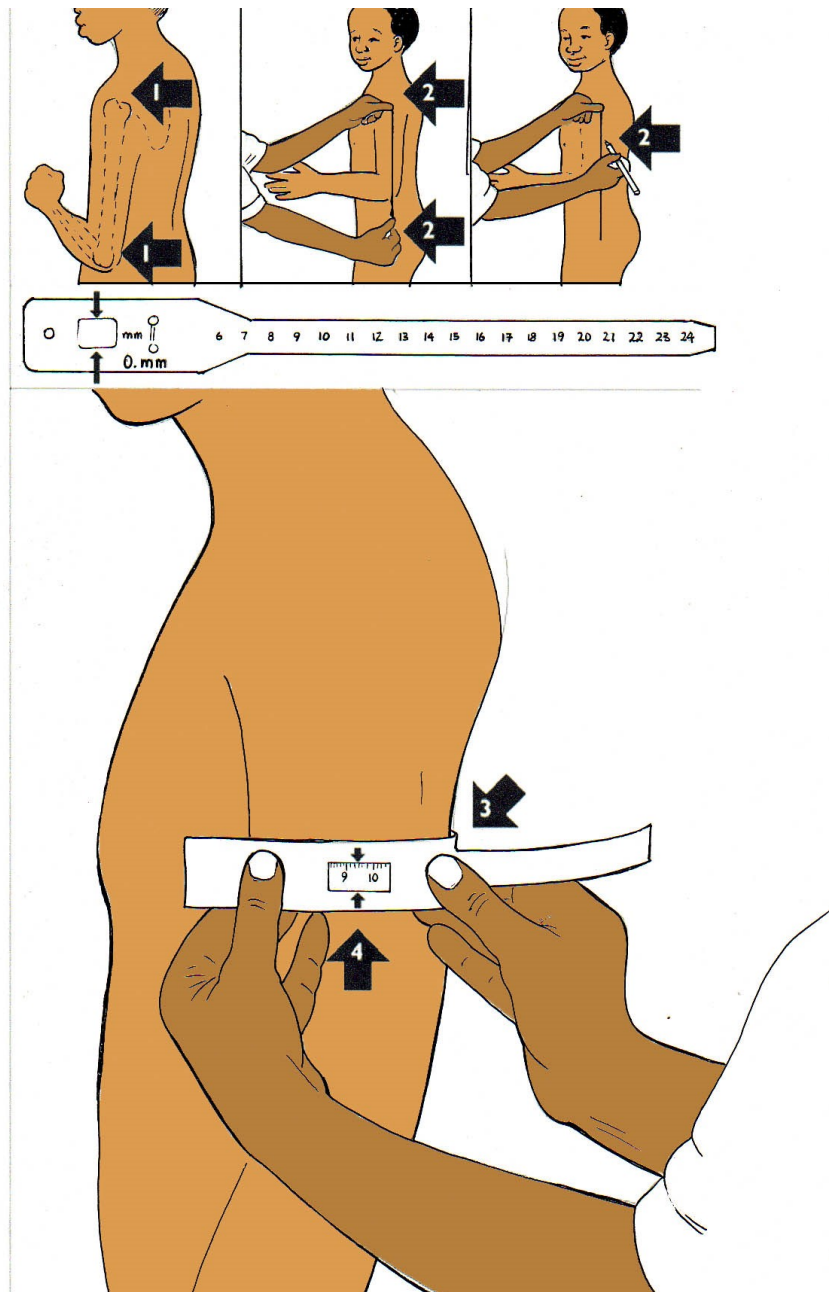
1. Certifique-se de que a balança plataforma está afastada da parede.
2. Destrave a balança e calibre a balança, assegurando-se que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
3. A criança ou adolescente deve ser posicionado no meio da balança, descalço e com o mínimo de roupa possível, com as costas 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.



Texto de Apoio 1.18. 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 ponto intermédio do braço, entre o ombro e o cotovelo. Sempre que possível, marque com um marcador a localização do ponto médio.
3. Com o membro superior 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 1 mm (0,1 cm).



Nota: para indivíduos canhotos/esquerдинhos (que o braço dominante é o esquerdo), o PB deve ser medido no braço direito.

Texto de Apoio 1.19. Tabela de DP do P/C para Raparigas



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde



1

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	≥ 2,3	2,1 - 2,2	1,9 - 2	< 1,9
46	≥ 2,4	2,2 - 2,3	2 - 2,1	< 2
47	≥ 2,6	2,4 - 2,5	2,2 - 2,3	< 2,2
48	≥ 2,7	2,5 - 2,6	2,3 - 2,4	< 2,3
49	≥ 2,9	2,6 - 2,8	2,4 - 2,5	< 2,4
50	≥ 3,1	2,8 - 3	2,6 - 2,7	< 2,6
51	≥ 3,3	3 - 3,2	2,8 - 2,9	< 2,8
52	≥ 3,5	3,2 - 3,4	2,9 - 3,1	< 2,9
53	≥ 3,7	3,4 - 3,6	3,1 - 3,3	< 3,1
54	≥ 3,9	3,6 - 3,8	3,3 - 3,5	< 3,3
55	≥ 4,2	3,8 - 4,1	3,5 - 3,7	< 3,5
56	≥ 4,4	4 - 4,3	3,7 - 3,9	< 3,7
57	≥ 4,6	4,3 - 4,5	3,9 - 4,2	< 3,9
58	≥ 4,9	4,5 - 4,8	4,1 - 4,4	< 4,1
59	≥ 5,1	4,7 - 5	4,3 - 4,6	< 4,3
60	≥ 5,4	4,9 - 5,3	4,5 - 4,8	< 4,5
61	≥ 5,6	5,1 - 5,5	4,7 - 5	< 4,7
62	≥ 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	≥ 6,3	5,7 - 6,2	5,3 - 5,6	< 5,3
65	≥ 6,5	5,9 - 6,4	5,5 - 5,8	< 5,5
66	≥ 6,7	6,1 - 6,6	5,6 - 6	< 5,6
67	≥ 6,9	6,3 - 6,8	5,8 - 6,2	< 5,8
68	≥ 7,1	6,5 - 7	6 - 6,4	< 6
69	≥ 7,3	6,7 - 7,2	6,1 - 6,6	< 6,1
70	≥ 7,5	6,9 - 7,4	6,3 - 6,8	< 6,3
71	≥ 7,7	7 - 7,6	6,5 - 6,9	< 6,5
72	≥ 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	≥ 8,2	7,5 - 8,1	6,9 - 7,4	< 6,9
75	≥ 8,4	7,7 - 8,3	7,1 - 7,6	< 7,1
76	≥ 8,5	7,8 - 8,4	7,2 - 7,7	< 7,2
77	≥ 8,7	8 - 8,6	7,4 - 7,9	< 7,4
78	≥ 8,9	8,2 - 8,8	7,5 - 8,1	< 7,5
79	≥ 9,1	8,3 - 9	7,7 - 8,2	< 7,7
80	≥ 9,2	8,5 - 9,1	7,8 - 8,4	< 7,8
81	≥ 9,4	8,7 - 9,3	8 - 8,6	< 8
82	≥ 9,6	8,8 - 9,5	8,2 - 8,7	< 8,2
83	≥ 9,8	9 - 9,7	8,3 - 8,9	< 8,3
84	≥ 10,1	9,2 - 10	8,5 - 9,1	< 8,5
85	≥ 10,3	9,4 - 10,2	8,7 - 9,3	< 8,7
86	≥ 10,5	9,7 - 10,4	8,9 - 9,6	< 8,9
87	≥ 10,7	9,9 - 10,6	9,1 - 9,8	< 9,1
88	≥ 11	10,1 - 10,9	9,3 - 10	< 9,3
89	≥ 11,2	10,3 - 11,1	9,5 - 10,2	< 9,5
90	≥ 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.

Texto de Apoio 1.20. Tabela de DP do P/A para Raparigas



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde

1

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	$\geq 20,3$	18,5 - 20,2	16,9 - 18,4	$< 16,9$
120	$\geq 20,7$	18,9 - 20,6	17,3 - 18,8	$< 17,3$

Texto de Apoio 1.21. Tabela de DP do P/C para Rapazes



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde



1

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 71 cm 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.
3. Vai verificar que 8,2 kg está acima de 8 kg que é o limite na classificação de estado normal.

Texto de Apoio 1.22. Tabela de DP do P/A para Rapazes



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde



1

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	≥ 6,9	6,3 - 6,8	5,9 - 6,2	< 5,9
66	≥ 7,1	6,5 - 7	6,1 - 6,4	< 6,1
67	≥ 7,3	6,7 - 7,2	6,2 - 6,6	< 6,2
68	≥ 7,5	6,9 - 7,4	6,4 - 6,8	< 6,4
69	≥ 7,7	7,1 - 7,6	6,6 - 7	< 6,6
70	≥ 7,9	7,3 - 7,8	6,8 - 7,2	< 6,8
71	≥ 8,1	7,5 - 8	6,9 - 7,4	< 6,9
72	≥ 8,3	7,7 - 8,2	7,1 - 7,6	< 7,1
73	≥ 8,5	7,9 - 8,4	7,3 - 7,8	< 7,3
74	≥ 8,7	8 - 8,6	7,4 - 7,9	< 7,4
75	≥ 8,9	8,2 - 8,8	7,6 - 8,1	< 7,6
76	≥ 9,1	8,4 - 9	7,7 - 8,3	< 7,7
77	≥ 9,2	8,5 - 9,1	7,9 - 8,4	< 7,9
78	≥ 9,4	8,7 - 9,3	8 - 8,6	< 8
79	≥ 9,6	8,8 - 9,5	8,2 - 8,7	< 8,2
80	≥ 9,7	9 - 9,6	8,3 - 8,9	< 8,3
81	≥ 9,9	9,2 - 9,8	8,5 - 9,1	< 8,5
82	≥ 10,1	9,4 - 10	8,7 - 9,3	< 8,7
83	≥ 10,3	9,5 - 10,2	8,8 - 9,4	< 8,8
84	≥ 10,5	9,7 - 10,4	9 - 9,6	< 9
85	≥ 10,8	10 - 10,7	9,2 - 9,9	< 9,2
86	≥ 11	10,2 - 10,9	9,4 - 10,1	< 9,4
87	≥ 11,2	10,4 - 11,1	9,6 - 10,3	< 9,6
88	≥ 11,5	10,6 - 11,4	9,8 - 10,5	< 9,8
89	≥ 11,7	10,8 - 11,6	10 - 10,7	< 10
90	≥ 11,9	11 - 11,8	10,2 - 10,9	< 10,2
91	≥ 12,1	11,2 - 12	10,4 - 11,1	< 10,4
92	≥ 12,3	11,4 - 12,2	10,6 - 11,3	< 10,6
93	≥ 12,6	11,6 - 12,5	10,8 - 11,5	< 10,8
94	≥ 12,8	11,8 - 12,7	11 - 11,7	< 11
95	≥ 13	12 - 12,9	11,1 - 11,9	< 11,1
96	≥ 13,2	12,2 - 13,1	11,3 - 12,1	< 11,3
97	≥ 13,4	12,4 - 13,3	11,5 - 12,3	< 11,5
98	≥ 13,7	12,6 - 13,6	11,7 - 12,5	< 11,7
99	≥ 13,9	12,9 - 13,8	11,9 - 12,8	< 11,9
100	≥ 14,2	13,1 - 14,1	12,1 - 13	< 12,1
101	≥ 14,4	13,3 - 14,3	12,3 - 13,2	< 12,3
102	≥ 14,7	13,6 - 14,6	12,5 - 13,5	< 12,5
103	≥ 14,9	13,8 - 14,8	12,8 - 13,7	< 12,8
104	≥ 15,2	14 - 15,1	13 - 13,9	< 13
105	≥ 15,5	14,3 - 15,4	13,2 - 14,2	< 13,2
106	≥ 15,8	14,5 - 15,7	13,4 - 14,4	< 13,4
107	≥ 16,1	14,8 - 16	13,7 - 14,7	< 13,7
108	≥ 16,4	15,1 - 16,3	13,9 - 15	< 13,9
109	≥ 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	≥ 17,3	15,9 - 17,2	14,6 - 15,8	< 14,6
112	≥ 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	≥ 18,3	16,8 - 18,2	15,4 - 16,7	< 15,4
115	≥ 18,6	17,1 - 18,5	15,7 - 17	< 15,7
116	≥ 19	17,4 - 18,9	16 - 17,3	< 16
117	≥ 19,3	17,7 - 19,2	16,2 - 17,6	< 16,2
118	≥ 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	$< 17,1$

Texto de Apoio 1.23. Exercício Usando as Tabelas de DP do P/C e P/A

	Sexo	Idade em meses	Estatura (cm)	Peso (kg)	DP	Classificação da Desnutrição Aguda
Criança 1	Rapaz	40 meses	110,0	14,8		
Criança 2	Rapariga	12 meses	84,3	8,9		
Criança 3	Rapaz	8 meses	77,0	8,5		
Criança 4	Rapariga	54 meses	102,2	12,0		
Criança 5	Rapaz	24 meses	109,0	17,2		
Criança 6	Rapariga	23 meses	89,7	12,9		

Texto de Apoio 1.24. Instruções para a Classificação do Estado Nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC)-para-Idade para Crianças e Adolescentes dos 5–14 Anos

1. Pesar o utente e registar o seu peso em kg.
2. Medir a altura usando um instrumento de medição de altura (altímetro ou estadiómetro). Registar a altura em metros.
3. Calcular o IMC do utente. Para calcular o IMC do utente, existem 3 opções:
 - a. Opção 1 - Usar a fórmula: $IMC = \text{Peso em kg} / (\text{Altura em m})^2$
 - b. Opção 2 - Usar as tabelas para determinar o IMC no **Texto de Apoio 1.25** e as instruções para arredondar números e idade no **Texto de Apoio 1.26**.
 - c. Opção 3 - Usar a roda para o cálculo do IMC se estiver disponível. Veja as instruções no **Texto de Apoio 1.29**.
4. Determinar o DP do IMC-para-Idade. Para determinar o DP existem 2 opções:
 - a. Opção 1 - Usar a Tabela de IMC-para-Idade correspondente ao sexo do utente (ver **Textos de Apoio 1.27 e 1.28**). Localizar a linha correspondente à idade e, nessa linha, verificar em qual das colunas de estado nutricional se encontra o valor de IMC calculado.
 - b. Opção 2 - Usar a roda de IMC-para-Idade para determinar o DP, se estiver disponível. Veja as instruções no **Texto de Apoio 1.29**.

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:

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

$$IMC = 16,5 / (1,1 \times 1,1) = 16,5 / 1,21$$

$$IMC = 13,6 \text{ kg/m}^2$$

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/Idade e o Peso-para-Estatura não devem ser usados como critério para classificação do Estado Nutricional, pois, o peso é afectado pelo volume do líquido aumentado.

Texto de Apoio 1.25. Tabela de IMC para Crianças e Adolescentes (5–18 anos)

Altura (cm)																																
99	8.2	9.2	10.2	11.2	12.2	13.3	14.3	15.3	16.3	17.3	18.4	19.4	20.4	21.4	22.4	23.5	24.5	25.5	26.5	27.5	28.6	29.6	30.6	31.6	32.6	33.7						
98	8.3	9.4	10.4	11.5	12.5	13.5	14.6	15.6	16.7	17.7	18.7	19.8	20.8	21.9	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	28.1	29.2	30.2	31.2	32.3	33.3	34.4						
97	8.5	9.6	10.6	11.7	12.8	13.8	14.9	15.9	17.0	18.1	19.1	20.2	21.3	22.3	23.4	24.4	25.5	26.6	27.6	28.7	29.8	30.8	31.9	32.9	34.0	35.1						
96	8.7	9.8	10.9	11.9	13.0	14.1	15.2	16.3	17.4	18.4	19.5	20.6	21.7	22.8	23.9	25.0	26.0	27.1	28.2	29.3	30.4	31.5	32.6	33.6	34.7	35.8						
95	8.9	10.0	11.1	12.2	13.3	14.4	15.5	16.6	17.7	18.8	19.9	21.1	22.2	23.3	24.4	25.5	26.6	27.7	28.8	29.9	31.0	32.1	33.2	34.3	35.5	36.6						
94	9.1	10.2	11.3	12.4	13.6	14.7	15.8	17.0	18.1	19.2	20.4	21.5	22.6	23.8	24.9	26.0	27.2	28.3	29.4	30.6	31.7	32.8	34.0	35.1	36.2	37.3						
93	9.2	10.4	11.6	12.7	13.9	15.0	16.2	17.3	18.5	19.7	20.8	22.0	23.1	24.3	25.4	26.6	27.7	28.9	30.1	31.2	32.4	33.5	34.7	35.8	37.0	38.2						
92	9.5	10.6	11.8	13.0	14.2	15.4	16.5	17.7	18.9	20.1	21.3	22.4	23.6	24.8	26.0	27.2	28.4	29.5	30.7	31.9	33.1	34.3	35.4	36.6	37.8	39.0						
91	9.7	10.9	12.1	13.3	14.5	15.7	16.9	18.1	19.3	20.5	21.7	22.9	24.2	25.4	26.6	27.8	29.0	30.2	31.4	32.6	33.8	35.0	36.2	37.4	38.6	39.9						
90	9.9	11.1	12.3	13.6	14.8	16.0	17.3	18.5	19.8	21.0	22.2	23.5	24.7	25.9	27.2	28.4	29.6	30.9	32.1	33.3	34.6	35.8	37.0	38.3	39.5	40.7						
89	10.1	11.4	12.6	13.9	15.1	16.4	17.7	18.9	20.2	21.5	22.7	24.0	25.2	26.5	27.8	29.0	30.3	31.6	32.8	34.1	35.3	36.6	37.9	39.1	40.4	41.7						
88	10.3	11.6	12.9	14.2	15.5	16.8	18.1	19.4	20.7	22.0	23.2	24.5	25.8	27.1	28.4	29.7	31.0	32.3	33.6	34.9	36.2	37.4	38.7	40.0	41.3	42.6						
87	10.6	11.9	13.2	14.5	15.9	17.2	18.5	19.8	21.1	22.5	23.8	25.1	26.4	27.7	29.1	30.4	31.7	33.0	34.4	35.7	37.0	38.3	39.6	41.0	42.3	43.6						
86	10.8	12.2	13.5	14.9	16.2	17.6	18.9	20.3	21.6	23.0	24.3	25.7	27.0	28.4	29.7	31.1	32.4	33.8	35.2	36.5	37.9	39.2	40.6	41.9	43.3	44.6						
85	11.1	12.5	13.8	15.2	16.6	18.0	19.4	20.8	22.1	23.5	24.9	26.3	27.7	29.1	30.4	31.8	33.2	34.6	36.0	37.4	38.8	40.1	41.5	42.9	44.3	45.7						
84	11.3	12.8	14.2	15.6	17.0	18.4	19.8	21.3	22.7	24.1	25.5	26.9	28.3	29.8	31.2	32.6	34.0	35.4	36.8	38.3	39.7	41.1	42.5	43.9	45.4	46.8						
83	11.6	13.1	14.5	16.0	17.4	18.9	20.3	21.8	23.2	24.7	26.1	27.6	29.0	30.5	31.9	33.4	34.8	36.3	37.7	39.2	40.6	42.1	43.5	45.0	46.5	47.9						
82	11.9	13.4	14.9	16.4	17.8	19.3	20.8	22.3	23.8	25.3	26.8	28.3	29.7	31.2	32.7	34.2	35.7	37.2	38.7	40.2	41.6	43.1	44.6	46.1	47.6	49.1						
81	12.2	13.7	15.2	16.8	18.3	19.8	21.3	22.9	24.4	25.9	27.4	29.0	30.5	32.0	33.5	35.1	36.6	38.1	39.6	41.2	42.7	44.2	45.7	47.2	48.8	50.3						
80	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	42.2	43.8	45.3	46.9	48.4	50.0	51.6						
79	12.8	14.4	16.0	17.6	19.2	20.8	22.4	24.0	25.6	27.2	28.8	30.4	32.0	33.6	35.3	36.9	38.5	40.1	41.7	43.3	44.9	46.5	48.1	49.7	51.3	52.9						
78	13.1	14.8	16.4	18.1	19.7	21.4	23.0	24.7	26.3	27.9	29.6	31.2	32.9	34.5	36.2	37.8	39.4	41.1	42.7	44.4	46.0	47.7	49.3	51.0	52.6	54.2						
77	13.5	15.2	16.9	18.6	20.2	21.9	23.6	25.3	27.0	28.7	30.4	32.0	33.7	35.4	37.1	38.8	40.5	42.2	43.9	45.5	47.2	48.9	50.6	52.3	54.0	55.7						
76	13.9	15.6	17.3	19.0	20.8	22.5	24.2	26.0	27.7	29.4	31.2	32.9	34.6	36.4	38.1	39.8	41.6	43.3	45.0	46.7	48.5	50.2	51.9	53.7	55.4	57.1						
75	14.2	16.0	17.8	19.6	21.3	23.1	24.9	26.7	28.4	30.2	32.0	33.8	35.6	37.3	39.1	40.9	42.7	44.4	46.2	48.0	49.8	51.6	53.3	55.1	56.9	58.7						
Peso (kg)	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33						

Altura (cm)																															
124	7.8	8.5	9.1	9.8	10.4	11.1	11.7	12.4	13.0	13.7	14.3	15.0	15.6	16.3	16.9	17.6	18.2	18.9	19.5	20.2	20.8	21.5	22.1	22.8	23.4	24.1					
123	7.9	8.6	9.3	9.9	10.6	11.2	11.9	12.6	13.2	13.9	14.5	15.2	15.9	16.5	17.2	17.8	18.5	19.2	19.8	20.5	21.2	21.8	22.5	23.1	23.8	24.5					
122	8.1	8.7	9.4	10.1	10.7	11.4	12.1	12.8	13.4	14.1	14.8	15.5	16.1	16.8	17.5	18.1	18.8	19.5	20.2	20.8	21.5	22.2	22.8	23.5	24.2	24.9					
121	8.2	8.9	9.6	10.2	10.9	11.6	12.3	13.0	13.7	14.3	15.0	15.7	16.4	17.1	17.8	18.4	19.1	19.8	20.5	21.2	21.9	22.5	23.2	23.9	24.6	25.3					
120	8.3	9.0	9.7	10.4	11.1	11.8	12.5	13.2	13.9	14.6	15.3	16.0	16.7	17.4	18.1	18.8	19.4	20.1	20.8	21.5	22.2	22.9	23.6	24.3	25.0	25.7					
119	8.5	9.2	9.9	10.6	11.3	12.0	12.7	13.4	14.1	14.8	15.5	16.2	16.9	17.7	18.4	19.1	19.8	20.5	21.2	21.9	22.6	23.3	24.0	24.7	25.4	26.1					
118	8.6	9.3	10.1	10.8	11.5	12.2	12.9	13.6	14.4	15.1	15.8	16.5	17.2	18.0	18.7	19.4	20.1	20.8	21.5	22.3	23.0	23.7	24.4	25.1	25.9	26.6					
117	8.8	9.5	10.2	11.0	11.7	12.4	13.1	13.9	14.6	15.3	16.1	16.8	17.5	18.3	19.0	19.7	20.5	21.2	21.9	22.6	23.4	24.1	24.8	25.6	26.3	27.0					
116	8.9	9.7	10.4	11.1	11.9	12.6	13.4	14.1	14.9	15.6	16.3	17.1	17.8	18.6	19.3	20.1	20.8	21.6	22.3	23.0	23.8	24.5	25.3	26.0	26.8	27.5					
115	9.1	9.8	10.6	11.3	12.1	12.9	13.6	14.4	15.1	15.9	16.6	17.4	18.1	18.9	19.7	20.4	21.2	21.9	22.7	23.4	24.2	25.0	25.7	26.5	27.2	28.0					
114	9.2	10.0	10.8	11.5	12.3	13.1	13.9	14.6	15.4	16.2	16.9	17.7	18.5	19.2	20.0	20.8	21.5	22.3	23.1	23.9	24.6	25.4	26.2	26.9	27.7	28.5					
113	9.4	10.2	11.0	11.7	12.5	13.3	14.1	14.9	15.7	16.4	17.2	18.0	18.8	19.6	20.4	21.1	21.9	22.7	23.5	24.3	25.1	25.8	26.6	27.4	28.2	29.0					
112	9.6	10.4	11.2	12.0	12.8	13.6	14.3	15.1	15.9	16.7	17.5	18.3	19.1	19.9	20.7	21.5	22.3	23.1	23.9	24.7	25.5	26.3	27.1	27.9	28.7	29.5					
111	9.7	10.6	11.4	12.2	13.0	13.8	14.6	15.4	16.2	17.0	17.9	18.7	19.5	20.3	21.1	21.9	22.7	23.5	24.3	25.2	26.0	26.8	27.6	28.4	29.2	30.0					
110	9.9	10.7	11.6	12.4	13.2	14.0	14.9	15.7	16.5	17.4	18.2	19.0	19.8	20.7	21.5	22.3	23.1	24.0	24.8	25.6	26.4	27.3	28.1	28.9	29.8	30.6					
109	10.1	10.9	11.8	12.6	13.5	14.3	15.2	16.0	16.8	17.7	18.5	19.4	20.2	21.0	21.9	22.7	23.6	24.4	25.3	26.1	26.9	27.8	28.6	29.5	30.3	31.1					
108	10.3	11.1	12.0	12.9	13.7	14.6	15.4	16.3	17.1	18.0	18.9	19.7	20.6	21.4	22.3	23.1	24.0	24.9	25.7	26.6	27.4	28.3	29.1	30.0	30.9	31.7					
107	10.5	11.4	12.2	13.1	14.0	14.8	15.7	16.6	17.5	18.3	19.2	20.1	21.0	21.8	22.7	23.6	24.5	25.3	26.2	27.1	28.0	28.8	29.7	30.6	31.4	32.3					
106	10.7	11.6	12.5	13.3	14.2	15.1	16.0	16.9	17.8	18.7	19.6	20.5	21.4	22.2	23.1	24.0	24.9	25.8	26.7	27.6	28.5	29.4	30.3	31.1	32.0	32.9					
105	10.9	11.8	12.7	13.6	14.5	15.4	16.3	17.2	18.1	19.0	20.0	20.9	21.8	22.7	23.6	24.5	25.4	26.3	27.2	28.1	29.0	29.9	30.8	31.7	32.7	33.6					
104	11.1	12.0	12.9	13.9	14.8	15.7	16.6	17.6	18.5	19.4	20.3	21.3	22.2	23.1	24.0	25.0	25.9	26.8	27.7	28.7	29.6	30.5	31.4	32.4	33.3	34.2					
103	11.3	12.3	13.2	14.1	15.1	16.0	17.0	17.9	18.9	19.8	20.7	21.7	22.6	23.6	24.5	25.5	26.4	27.3	28.3	29.2	30.2	31.1	32.0	33.0	33.9	34.9					
102	11.5	12.5	13.5	14.4	15.4	16.3	17.3	18.3	19.2	20.2	21.1	22.1	23.1	24.0	25.0	26.0	26.9	27.9	28.8	29.8	30.8	31.7	32.7	33.6	34.6	35.6					
101	11.8	12.7	13.7	14.7	15.7	16.7	17.6	18.6	19.6	20.6	21.6	22.5	23.5	24.5	25.5	26.5	27.4	28.4	29.4	30.4	31.4	32.3	33.3	34.3	35.3	36.3					
100	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	27.0	28.0	29.0	30.0	31.0	32.0	33.0	34.0	35.0	36.0	37.0					
Peso (kg)	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37					

Altura (cm)																										
149	8.6	9.0	9.5	9.9	10.4	10.8	11.3	11.7	12.2	12.6	13.1	13.5	14.0	14.4	14.9	15.3	15.8	16.2	16.7	17.1	17.6	18.0	18.5	18.9	19.4	19.8
148	8.7	9.1	9.6	10.0	10.5	11.0	11.4	11.9	12.3	12.8	13.2	13.7	14.2	14.6	15.1	15.5	16.0	16.4	16.9	17.3	17.8	18.3	18.7	19.2	19.6	20.1
147	8.8	9.3	9.7	10.2	10.6	11.1	11.6	12.0	12.5	13.0	13.4	13.9	14.3	14.8	15.3	15.7	16.2	16.7	17.1	17.6	18.0	18.5	19.0	19.4	19.9	20.4
146	8.9	9.4	9.9	10.3	10.8	11.3	11.7	12.2	12.7	13.1	13.6	14.1	14.5	15.0	15.5	16.0	16.4	16.9	17.4	17.8	18.3	18.8	19.2	19.7	20.2	20.6
145	9.0	9.5	10.0	10.5	10.9	11.4	11.9	12.4	12.8	13.3	13.8	14.3	14.7	15.2	15.7	16.2	16.6	17.1	17.6	18.1	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	20.9
144	9.2	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	14.9	15.4	15.9	16.4	16.9	17.4	17.8	18.3	18.8	19.3	19.8	20.3	20.7	21.2
143	9.3	9.8	10.3	10.8	11.2	11.7	12.2	12.7	13.2	13.7	14.2	14.7	15.2	15.6	16.1	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.1	19.6	20.0	20.5	21.0	21.5
142	9.4	9.9	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	12.9	13.4	13.9	14.4	14.9	15.4	15.9	16.4	16.9	17.4	17.9	18.3	18.8	19.3	19.8	20.3	20.8	21.3	21.8
141	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.6	13.1	13.6	14.1	14.6	15.1	15.6	16.1	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.1	19.6	20.1	20.6	21.1	21.6	22.1
140	9.7	10.2	10.7	11.2	11.7	12.2	12.8	13.3	13.8	14.3	14.8	15.3	15.8	16.3	16.8	17.3	17.9	18.4	18.9	19.4	19.9	20.4	20.9	21.4	21.9	22.4
139	9.8	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	12.9	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.2	19.7	20.2	20.7	21.2	21.7	22.3	22.8
138	10.0	10.5	11.0	11.6	12.1	12.6	13.1	13.7	14.2	14.7	15.2	15.8	16.3	16.8	17.3	17.9	18.4	18.9	19.4	20.0	20.5	21.0	21.5	22.1	22.6	23.1
137	10.1	10.7	11.2	11.7	12.3	12.8	13.3	13.9	14.4	14.9	15.5	16.0	16.5	17.0	17.6	18.1	18.6	19.2	19.7	20.2	20.8	21.3	21.8	22.4	22.9	23.4
136	10.3	10.8	11.4	11.9	12.4	13.0	13.5	14.1	14.6	15.1	15.7	16.2	16.8	17.3	17.8	18.4	18.9	19.5	20.0	20.5	21.1	21.6	22.2	22.7	23.2	23.8
135	10.4	11.0	11.5	12.1	12.6	13.2	13.7	14.3	14.8	15.4	15.9	16.5	17.0	17.6	18.1	18.7	19.2	19.8	20.3	20.9	21.4	21.9	22.5	23.0	23.6	24.1
134	10.6	11.1	11.7	12.3	12.8	13.4	13.9	14.5	15.0	15.6	16.2	16.7	17.3	17.8	18.4	18.9	19.5	20.0	20.6	21.2	21.7	22.3	22.8	23.4	23.9	24.5
133	10.7	11.3	11.9	12.4	13.0	13.6	14.1	14.7	15.3	15.8	16.4	17.0	17.5	18.1	18.7	19.2	19.8	20.4	20.9	21.5	22.0	22.6	23.2	23.7	24.3	24.9
132	10.9	11.5	12.1	12.6	13.2	13.8	14.3	14.9	15.5	16.1	16.6	17.2	17.8	18.4	18.9	19.5	20.1	20.7	21.2	21.8	22.4	23.0	23.5	24.1	24.7	25.3
131	11.1	11.7	12.2	12.8	13.4	14.0	14.6	15.2	15.7	16.3	16.9	17.5	18.1	18.6	19.2	19.8	20.4	21.0	21.6	22.1	22.7	23.3	23.9	24.5	25.1	25.6
130	11.2	11.8	12.4	13.0	13.6	14.2	14.8	15.4	16.0	16.6	17.2	17.8	18.3	18.9	19.5	20.1	20.7	21.3	21.9	22.5	23.1	23.7	24.3	24.9	25.4	26.0
129	11.4	12.0	12.6	13.2	13.8	14.4	15.0	15.6	16.2	16.8	17.4	18.0	18.6	19.2	19.8	20.4	21.0	21.6	22.2	22.8	23.4	24.0	24.6	25.2	25.8	26.4
128	11.6	12.2	12.8	13.4	14.0	14.6	15.3	15.9	16.5	17.1	17.7	18.3	18.9	19.5	20.1	20.8	21.4	22.0	22.6	23.2	23.8	24.4	25.0	25.6	26.2	26.9
127	11.8	12.4	13.0	13.6	14.3	14.9	15.5	16.1	16.7	17.4	18.0	18.6	19.2	19.8	20.5	21.1	21.7	22.3	22.9	23.6	24.2	24.8	25.4	26.0	26.7	27.3
126	12.0	12.6	13.2	13.9	14.5	15.1	15.7	16.4	17.0	17.6	18.3	18.9	19.5	20.2	20.8	21.4	22.0	22.7	23.3	23.9	24.6	25.2	25.8	26.5	27.1	27.7
125	12.2	12.8	13.4	14.1	14.7	15.4	16.0	16.6	17.3	17.9	18.6	19.2	19.8	20.5	21.1	21.8	22.4	23.0	23.7	24.3	25.0	25.6	26.2	26.9	27.5	28.2
Peso (kg)	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44

Altura (cm)																										
175	8.8	9.1	9.5	9.8	10.1	10.4	10.8	11.1	11.4	11.8	12.1	12.4	12.7	13.1	13.4	13.7	14.0	14.4	14.7	15.0	15.3	15.7	16.0	16.3	16.7	17.0
174	8.9	9.2	9.6	9.9	10.2	10.6	10.9	11.2	11.6	11.9	12.2	12.6	12.9	13.2	13.5	13.9	14.2	14.5	14.9	15.2	15.5	15.9	16.2	16.5	16.8	17.2
173	9.0	9.4	9.7	10.0	10.4	10.7	11.0	11.4	11.7	12.0	12.4	12.7	13.0	13.4	13.7	14.0	14.4	14.7	15.0	15.4	15.7	16.0	16.4	16.7	17.0	17.4
172	9.1	9.5	9.8	10.1	10.5	10.8	11.2	11.5	11.8	12.2	12.5	12.8	13.2	13.5	13.9	14.2	14.5	14.9	15.2	15.5	15.9	16.2	16.6	16.9	17.2	17.6
171	9.2	9.6	9.9	10.3	10.6	10.9	11.3	11.6	12.0	12.3	12.7	13.0	13.3	13.7	14.0	14.4	14.7	15.0	15.4	15.7	16.1	16.4	16.8	17.1	17.4	17.8
170	9.3	9.7	10.0	10.4	10.7	11.1	11.4	11.8	12.1	12.5	12.8	13.1	13.5	13.8	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6	15.9	16.3	16.6	17.0	17.3	17.6	18.0
169	9.5	9.8	10.2	10.5	10.9	11.2	11.6	11.9	12.3	12.6	13.0	13.3	13.7	14.0	14.4	14.7	15.1	15.4	15.8	16.1	16.5	16.8	17.2	17.5	17.9	18.2
168	9.6	9.9	10.3	10.6	11.0	11.3	11.7	12.0	12.4	12.8	13.1	13.5	13.8	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6	15.9	16.3	16.7	17.0	17.4	17.7	18.1	18.4
167	9.7	10.0	10.4	10.8	11.1	11.5	11.8	12.2	12.5	12.9	13.3	13.6	14.0	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.1	16.5	16.9	17.2	17.6	17.9	18.3	18.6
166	9.8	10.2	10.5	10.9	11.2	11.6	12.0	12.3	12.7	13.1	13.4	13.8	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.3	16.7	17.1	17.4	17.8	18.1	18.5	18.9
165	9.9	10.3	10.7	11.0	11.4	11.8	12.1	12.5	12.9	13.2	13.6	14.0	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.2	16.5	16.9	17.3	17.6	18.0	18.4	18.7	19.1
164	10.0	10.4	10.8	11.2	11.5	11.9	12.3	12.6	13.0	13.4	13.8	14.1	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.4	16.7	17.1	17.5	17.8	18.2	18.6	19.0	19.3
163	10.2	10.5	10.9	11.3	11.7	12.0	12.4	12.8	13.2	13.5	13.9	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.2	16.6	16.9	17.3	17.7	18.1	18.4	18.8	19.2	19.6
162	10.3	10.7	11.1	11.4	11.8	12.2	12.6	13.0	13.3	13.7	14.1	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.1	17.5	17.9	18.3	18.7	19.1	19.4	19.8
161	10.4	10.8	11.2	11.6	12.0	12.3	12.7	13.1	13.5	13.9	14.3	14.7	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.7	18.1	18.5	18.9	19.3	19.7	20.1
160	10.5	10.9	11.3	11.7	12.1	12.5	12.9	13.3	13.7	14.1	14.5	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.2	17.6	18.0	18.4	18.8	19.1	19.5	19.9	20.3
159	10.7	11.1	11.5	11.9	12.3	12.7	13.1	13.4	13.8	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.8	18.2	18.6	19.0	19.4	19.8	20.2	20.6
158	10.8	11.2	11.6	12.0	12.4	12.8	13.2	13.6	14.0	14.4	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.2	17.6	18.0	18.4	18.8	19.2	19.6	20.0	20.4	20.8
157	11.0	11.4	11.8	12.2	12.6	13.0	13.4	13.8	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.9	18.3	18.7	19.1	19.5	19.9	20.3	20.7	21.1
156	11.1	11.5	11.9	12.3	12.7	13.1	13.6	14.0	14.4	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.3	17.7	18.1	18.5	18.9	19.3	19.7	20.1	20.5	21.0	21.4
155	11.2	11.7	12.1	12.5	12.9	13.3	13.7	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.1	17.5	17.9	18.3	18.7	19.1	19.6	20.0	20.4	20.8	21.2	21.6
154	11.4	11.8	12.2	12.6	13.1	13.5	13.9	14.3	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.7	18.1	18.6	19.0	19.4	19.8	20.2	20.7	21.1	21.5	21.9
153	11.5	12.0	12.4	12.8	13.2	13.7	14.1	14.5	15.0	15.4	15.8	16.2	16.7	17.1	17.5	17.9	18.4	18.8	19.2	19.7	20.1	20.5	20.9	21.4	21.8	22.2
152	11.7	12.1	12.6	13.0	13.4	13.9	14.3	14.7	15.1	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.7	18.2	18.6	19.0	19.5	19.9	20.3	20.8	21.2	21.6	22.1	22.5
151	11.8	12.3	12.7	13.2	13.6	14.0	14.5	14.9	15.4	15.8	16.2	16.7	17.1	17.5	18.0	18.4	18.9	19.3	19.7	20.2	20.6	21.1	21.5	21.9	22.4	22.8
150	12.0	12.4	12.9	13.3	13.8	14.2	14.7	15.1	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.8	18.2	18.7	19.1	19.6	20.0	20.4	20.9	21.3	21.8	22.2	22.7	23.1
Peso (kg)	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52

Texto de Apoio 1.26. Instruções para Arredondar Números e Idade

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	
	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	
	70,5	
	70,6	
71,0 será usado para 70,5 a 70,9	70,7	
	70,8	
	70,9	
	71,0	

Instruções para arredondar idade

Idade em anos e meses	Arredondamento da Idade (Anos:Meses)
11 anos e 1 mês, 11 anos e 2 meses	11:0
11 anos e 3 meses, 11 anos e 4 meses, 11 anos e 5 meses, 11 anos e 7 meses, 11 anos e 8 meses	11:6
11 anos e 9 meses, 11 anos e 10 meses, 11 anos e 11 meses	12:0

Texto de Apoio 1.27. Tabela de DP do IMC/Idade para Raparigas



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde



1

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 doente, usando a seguinte fórmula:

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

$$\text{IMC} = 16,5 / (1,1 \times 1,1) = 16,5 / 1,21$$

$$\text{IMC} = 13,6 \text{ kg/m}^2$$

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 anos de idade
4. Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal e da esquerda para direita, o IMC calculado (13,6)
5. Vai verificar que 13,6 está entre 13,0–14,2 na classificação de Desnutrição Ligeira

Texto de Apoio 1.28. Tabela de DP do IMC/Idade para Rapazes



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
Ministério de Saúde



1

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:

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

$$\text{IMC} = 39,0 / (1,5 \times 1,5) = 39,0 / 2,25$$

$$\text{IMC} = 17,3 \text{ kg/m}^2$$

2. Arredonde a idade de 14 anos e 3 meses para 14 anos e 6 meses (14:6)
3. Procure na tabela dos rapazes a linha referente aos 14:6
4. Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal e da esquerda para direita, o IMC calculado (17,3)
5. Vai verificar que 17,3 está na classificação de Normal

Texto de Apoio 1.29. Instruções para a Roda do Cálculo do IMC-para-Idade

A roda para o cálculo do IMC-para-idade é designada para facilitar o processo de cálculo do IMC-para-idade. A roda tem dois lados (ver figura abaixo): o lado anterior é para o cálculo do IMC e o posterior ou verso é para o cálculo do IMC-para-idade para as crianças e adolescentes 5–18 anos de idade.

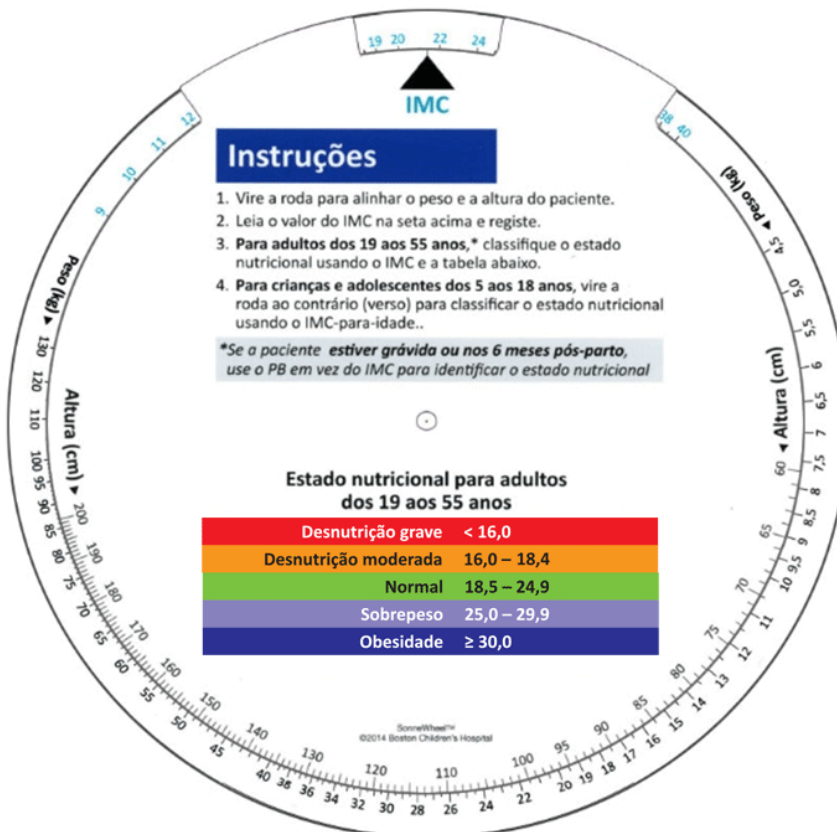
Para calcular IMC:

- Certifique-se que a roda está no lado referente ao IMC (o anterior).
- Gire a roda para alinhar o peso e a altura do paciente.
- Leia o valor do IMC indicado pela seta no topo da roda.

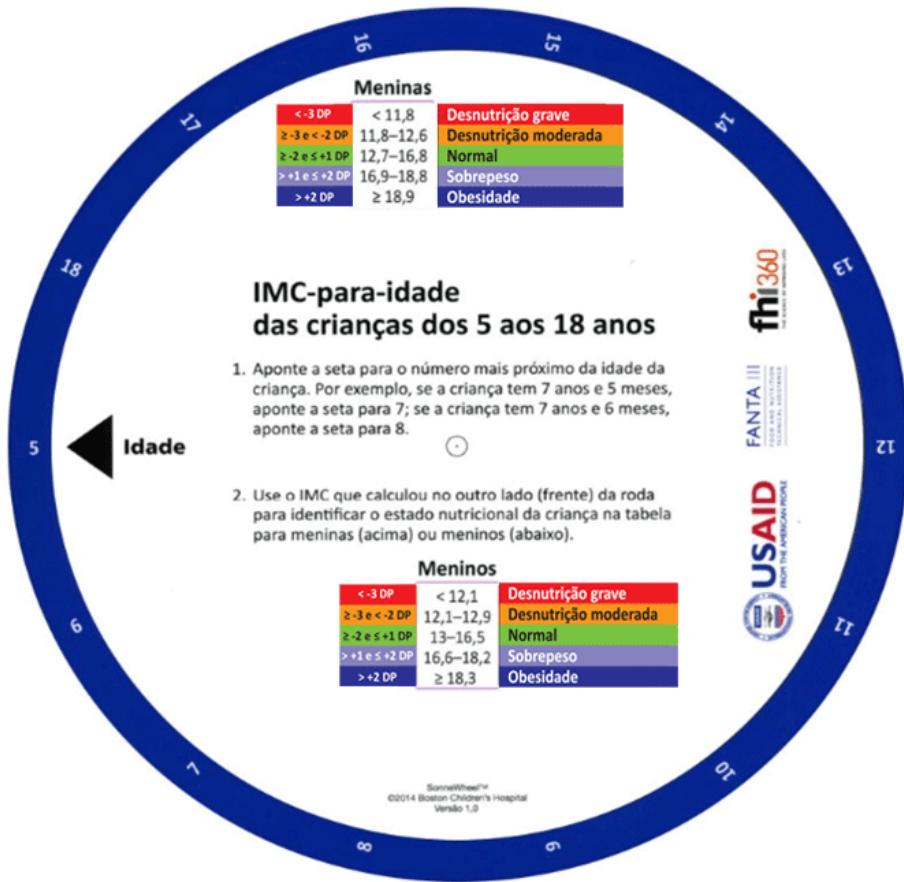
Para calcular IMC-para-idade:

- Certifique-se que a roda está no lado referente ao IMC-para-idade (o lado posterior ou verso).
- Aponte a seta para o número inteiro mais próximo da idade da criança ou adolescente (por exemplo, se a criança tem 7 anos e 5 meses, aponte a seta para 7 anos; se a criança tem 7 anos e 6 meses, aponte a seta para 8 anos).
- Use o IMC que calculou no lado anterior para identificar o estado nutricional da criança ou adolescente na tabela para meninas (localizada a acima da roda) ou meninos (localizada a abaixo da roda).

Lado anterior:



Lado posterior ou verso:



Texto de Apoio 1.30. Exercícios Usando o IMC/Idade

	Sexo	Idade	Altura (cm)	Peso (kg)	IMC	DP IMC/Idade	Classificação da Desnutrição Aguda
Doente 1	Rapaz	8a 3m	110,3	14,4			
Doente 2	Rapaz	7a 8m	116,4	20,1			
Doente 3	Rapariga	15a 4m	125,0	19,9			
Doente 4	Rapaz	10a 8m	122,8	22,2			
Doente 5	Rapariga	5a 1m	100,7	14,8			

Módulo 2: Critérios e Procedimentos na Admissão

2

Textos de Apoio	Objectivos	Estimativa da Duração dos Tópicos Obrigatórios	Estimativa da Duração dos Tópicos Opcionais
2.1. Critérios de Admissão para o Tratamento da Desnutrição no Internamento e em Ambulatório 2.2. Exercício: Admissão no TDA ou TDI	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os critérios de admissão do PRN de crianças e adolescentes Reconhecer os indicadores da desnutrição aguda para cada faixa etária Saber referir de acordo com os critérios 	60 minutos	
2.3. Procedimentos na Admissão 2.4. Exercício: A História dos Procedimentos da Admissão da Maria	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o passo-a-passo da admissão no internamento 	30 minutos	
2.5. Receita de Água Açucarada	<ul style="list-style-type: none"> Saber preparar água açucarada a 10% Saber quando e a quem dar água açucarada 		45 minutos
2.6. Definição das Complicações Médicas na Desnutrição Aguda Grave	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as complicações médicas 	30 minutos	
2.7. História e Exame Físico 2.8. Exames Complementares	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a informação que deve ser colhida ao fazer a história e exame físico da criança e adolescente 	40 minutos	
2.9. Teste do Apetite	<ul style="list-style-type: none"> Saber em que momento o teste do apetite deve ser feito Reconhecer quando é que um doente passa o teste do apetite 	15 minutos	
Estimativa da DuraçãoTotal:		2 horas 55 minutos	45 minutos

Texto de Apoio 2.1. Critérios de Admissão para o Tratamento da Desnutrição no Internamento e em Ambulatório

Os pacientes que chegam a US com suspeita de desnutrição aguda entram no Programa de Reabilitação Nutricional quando apresentam os seguintes critérios na tabela abaixo:

Critérios de admissão para o TDI e TDA

2

Avaliação	APE, ACS ou brigada móvel: Observar, identificar, e referir todos os casos de desnutrição		
	Consulta da Criança Sadia, Consulta da Criança de Risco, ou Consulta de Doenças Crônicas: Avaliar e Confirmar – PB, P/E, grau de edema bilateral, complicações médicas, teste do apetite		
Critérios de Referência	Desnutrição Aguda GRAVE com complicações médicas	Desnutrição Aguda GRAVE sem complicações médicas	Desnutrição Aguda MODERADA
	<p>1 Edema bilateral (+) ou (++) ou (+++)</p> <p>2 P/E 6–59 meses: < -3 DP ou IMC/Idade 5–14 anos: < -3 DP ou PB 6–59 meses: < 11,5 cm 5–10 anos: < 13,0 cm 11–14 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 persistente • Diarréia persistente com sinais de desidratação • Diarréia aquosa aguda • Anorexia ou sem apetite • Descamação da pele • Incapaz de beber ou amamentar 	<p>P/E 6–59 meses: < -3 DP ou IMC/Idade 5–14 anos: < -3 DP ou PB 6–59 meses: < 11,5 cm 5–10 anos: < 13,0 cm 11–14 anos: < 16,0 cm</p> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sem edema • Tem apetite • Alerta • Clinicamente bem 	<p>P/E 6–59 meses: ≥ -3 e < -2 DP ou IMC/Idade 5–14 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 11–14 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 com DAG ou DAM e crianças ≥ 6 meses com peso < 4 kg: P/E < -3 DP Ou P/E ≥ -3 DP e < -2 DP Ou Edema bilateral Ou Emagrecimento acentuado Ou Condição clínica grave ou complicação médica Ou Perda de peso recente ou falha em ganhar peso Ou Problemas na amamentação (pega, posicionamento, e/ou sucção deficiente) Ou Problema médico ou social que precisa de uma avaliação mais detalhada ou de um suporte intensivo</p>		

Todas as crianças e adolescentes (0–14 anos) com edema ou sinais de magreza ou perda rápida de peso devem ser referidos para a Consulta da Criança em Risco nos Centros de Saúde.

Texto de Apoio 2.2. Exercício: Admissão no TDA ou TDI

	Idade (meses ou anos)	Apetite	Edema Bilateral	PB em cm	P/E DP (OMS)	IMC/Idade	Sinais e sintomas de complicações	Admissão no TDA ou TDI? Porquê?
Doente 1	7 meses	Sim	Não	10,2	≥ -3 e < -2	n/d	Não	
Doente 2	24 meses	Sim	Não	11,6	< -3	n/d	Não	
Doente 3	12 meses	n/a	Não	11,7	≥ -3 e < -2	n/d	Não	
Doente 4	15 anos	Sim	++	19,2	n/d	≥ -3 e < -2	Febre elevada	
Doente 5	36 meses	Sim	+	11,5	≥ -3 e < -2	n/d	Não	
Doente 6	12 anos	Não	Não	16,2	n/d	< -3	Não	
Doente 7	7 anos	Sim	Não	12,7	n/d	≥ -3 e < -2	Não	
Doente 8	5 meses	n/a	Não	n/a	n/d	n/d	Emagrecimento acentuado	
Doente 9	9 anos	n/a	Não	13,8	n/d	≥ -3 e < -2	Não	

n/d: não disponível

Texto de Apoio 2.3. Procedimentos na Admissão

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, como por exemplo aqueles com complicações médicas.
- As crianças e adolescentes devem ser avaliadas imediatamente quanto ao risco de morte e se sinais de perigo (hipoglicemia, desidratação, hipotermia, anemia grave, sinais de infecção ou outros) existem, e começar o tratamento o mais rápido possível para reduzir o 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
- Todas as crianças e adolescentes que percorreram longas distâncias ou que esperaram por muito tempo até serem atendidas, devem receber água açucarada a 10% (100 ml de água + 10 g de açúcar, veja Texto de Apoio 2.5), de modo a prevenir a hipoglicemia. 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 em medições e controlo padronizados vistos no Módulo 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 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 Texto de Apoio 2.6).
- 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).
- Todas as crianças menores de 6 meses de idade com P/E < -2 DP ou maior de 6 meses e com peso inferior a 4 kg, e com ou sem os seguintes fatores de complicação devem ser referidas imediatamente para o Tratamento no Internamento:
 - Qualquer condição clínica grave ou complicação médica conforme descrito para crianças com desnutrição aguda grave com complicações médicas \geq 6 meses de idade
 - Perda de peso recente ou falha em ganhar peso
 - Emagrecimento acentuado
 - Alimentação ineficaz (devido a pega, posicionamento, sucção inadequado, ou um consumo alimentar insuficiente indicativo de risco de desnutrição aguda) diretamente observada para 15-20 minutos, idealmente em uma área separada supervisionada
 - Edema bilateral
 - Problema médico ou social que precise de uma avaliação mais detalhada ou de um suporte intensivo (por exemplo, incapacidade, depressão do cuidador, ou outras circunstâncias sociais adversas)

- 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 com idade igual ou superior a 6 meses e adolescentes com DAG sem complicações médicas. O teste do apetite é um critério fundamental para determinar se uma criança com idade igual ou superior a 6 meses ou adolescente deve ser tratada em ambulatório ou no internamento (atendimento na unidade sanitária).
- Dar de imediato água açucarada a 10% (100 ml de água + 10 g de açúcar) ou F75 a todas as crianças ou adolescentes que recusarem ATPU ou que foram encaminhadas para tratamento em internamento. Se possível, nos dias de muito calor, dê água açucarada à todas as crianças ou adolescentes que aguardam tratamento em ambulatório.
- Encaminhar para o tratamento em ambulatório as crianças igual ou maior de 6 meses ou adolescentes com DAG sem complicações médicas e que passaram o teste do apetite.
- Encaminhar para o ambulatório para o tratamento de DAM as crianças ou adolescentes com desnutrição aguda moderada (DAM), sem edema e sem complicações médicas.

Texto de Apoio 2.4. Exercício: A História dos Procedimentos da Admissão da Maria

Maria tem 16 meses de idade. Ela tem diarreia há mais de uma semana. A sua família tem uma pequena reserva de alimentos devido à seca que afectou a última estação de plantio, por isso a Maria só tem recebido uma refeição por dia há algumas semanas. Os Activistas Comunitários de Saúde na aldeia onde a Maria vive fizeram a triagem nutricional através da medição do perímetro braquial (PB) e identificaram que a Maria tem DAG. Eles encaminharam-na para a CCR para uma avaliação mais detalhada. Quando a mãe da Maria levou-a a US, já haviam muitos doentes a espera de atendimento. A mãe da Maria esperou 6 horas até ser atendida. A enfermeira na US avaliou o estado nutricional da Maria e verificou que o PB dela era de 9.8 cm. Após a avaliação nutricional, a enfermeira conduziu o exame físico e o teste do apetite. A enfermeira diagnosticou que a Maria tinha desidratação severa e estava sem apetite. Maria foi admitida em Internamento.

As etapas no processo de admissão da Maria que não foram realizadas ou foram realizadas na ordem incorrecta são:

Texto de Apoio 2.5. Receita de Água Açucarada

Água açucarada deve ser oferecida a:

- Todas as crianças e adolescentes que percorreram longas distâncias ou que esperaram por muito tempo até serem atendidas.
- Todas as crianças que recusam ATPU ou que são referidas para o Tratamento da Desnutrição em Internamento (TDI).
- Se possível, nos dias de muito calor, dê água açucarada a todas as crianças ou adolescentes que aguardam tratamento em ambulatório.
- Todas as crianças em risco de hipotermia ou choque séptico, tendo ou não níveis baixos de glicose sanguínea.

Para fazer água com açúcar diluição a 10%:

1. Utilize água potável* (se possível ligeiramente morna, para facilitar a diluição)
2. Adicione a quantidade de açúcar à água potável e mexa vigorosamente até todo o açúcar estar dissolvido.

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

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

Texto de Apoio 2.6. Definição das Complicações Médicas na Desnutrição Aguda Grave

As complicações médicas na desnutrição aguda grave que justificam o tratamento no internamento são definidas na tabela abaixo.

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 responde de forma parcial ou não responde aos estímulos.
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	Todas as crianças com desnutrição aguda grave tem maior risco de desenvolver hipoglicémia (Glicemia <3 mmol/L, <54 mg/dl), se for possível faça sempre o teste da glicémia e trate a hipoglicémia imediatamente. O quadro clínico da hipoglicémia na desnutrição grave é inespecífico e pode apresentar hipotermia (temperatura axilar <36,5 °C); letargia, e/ou dificuldade na coordenação dos movimentos. Perda de consciência, sonolência, crises convulsivas e coma são sinais de gravidade que podem levar à morte. Quando não for feito o teste confirmativo da hipoglicemia com o glucometro, a criança ou adolescente com quadro acima referenciado, deve responder a administração de dextrose, se não responder deve-se procurar outras causas.
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. Toda criança com hipotermia deve ser tratada também para hipoglicémia, quando não for possível fazer o diagnóstico por determinação da glicémia. Alimentar a criança imediatamente com F75. Essa conduta previne a recaída da hipoglicémia e hipotermia. Tratar as infecções associadas de forma apropriada. Toda criança hipotérmica deve ser tratada como tendo infecção sub-clínica, até confirmação do diagnóstico.
Desidratação grave ou severa	A desidratação é difícil de diagnosticar em crianças com DAG. Os sinais clínicos associados à desidratação em crianças eutróficos (boca seca, olhos encovados, pele em pregas, etc..) são similares e frequentemente presentes em crianças com DAG sem desidratação. 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. Na criança com desnutrição aguda grave com diarreia, deve-se assumir como tendo algum grau de desidratação e, quando associada a sinais de choque, letargia ou inconsciência, o seu estado clínico é considerado grave.
Choque séptico	O choque séptico pode ser reconhecido antes que a hipotensão ocorra, por meio de uma tríade clínica que inclui: hipo ou hipertermia, estado mental alterado (criança letárgica ou inconsciente), enchimento capilar lento maior que 2 segundos ou 3 segundos, e pulsos periféricos reduzidos.
Deficiência de micronutrientes	Todas as crianças com desnutrição aguda grave têm deficiências de vitaminas e sais minerais. Uma das mais importantes deficiências de vitaminas e que representa risco de vida e de cegueira para a criança, é deficiência de Vitamina A.

Complicação Médica	Definição
	É importante realizar um exame cuidadoso dos olhos da criança com desnutrição grave para identificação da presença ou ausência de manifestações clínicas oculares decorrentes da hipovitaminose 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 $\geq 38,5$ °C, temperatura retal ≥ 39 °C, levando em consideração a temperatura ambiente.
Infecções graves	Na criança com desnutrição aguda grave, diferente da criança bem nutrida, ocorrem infecções sem sinais clínicos evidentes como a febre. O processo infeccioso é suspeitado porque a criança está apática ou sonolenta. Dessa forma, presume-se que todas as crianças com desnutrição grave tenham infecção que frequentemente é sub-clínica, e devem receber antibioticoterapia desde o início da reabilitação nutricional. São indicativos de infecção grave a hipoglicémia, a hipotermia, a letargia ou inconsciência, a dificuldade da criança de mamar ou beber líquidos ou ainda a aparência de estar gravemente doente.
Anemia severa	Os níveis de Hemoglobina (Hb) abaixo de 4g/dl, e de 4 a 6 g/dl associado a dificuldades respiratórias. A anemia grave pode estar associada a dificuldade respiratória, sinais de insuficiência cardíaca (taquicardia e hepatomegalia).
Infecção respiratória baixa	A criança ou adolescente tem tosse com dificuldade respiratória ou uma respiração rápida: <ul style="list-style-type: none"> > 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.
Diarréia persistente com sinais de desidratação	A diarreia é definida como sendo 3 ou mais dejeções com fezes líquidas ou soltas por dia (ou dejeções mais que o frequente do normal para o indivíduo). Diarréia persistente e um episódio de diarreia que começa de forma aguda e dura pelo menos 14 dias ou mais. Veja acima sobre desidratação.
Diarréia aquosa aguda	A diarréia aguda e aquosa é definida como sendo 3 ou mais dejeções com fezes líquidas que dura várias horas ou dias e inclui cólera.
Dermatosis	A criança desnutrida pode apresentar várias lesões na pele (pele fissurada, descamativa e/ou seca) decorrentes de deficiência de zinco, Vitamina A, e outros micronutrientes. A deficiência de zinco é comum em crianças com Kwashiorkor e Kwashiorkor Marasmático e as lesões de pele que apresentam, podem melhorar rapidamente com a suplementação com zinco.

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

Texto de Apoio 2.7. História e Exame Físico

No caso da criança com desnutrição, é essencial que sejam registados os dados indicados abaixo, porque eles são componentes que ajudarão na realização do diagnóstico, tratamento e conduta padronizada no *Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional*.

A história nutricional progressa 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)
- Côr 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 directa 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

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.

Esta informação ajuda-nos a entender as causas associadas com o origem e desenvolvimento do problema de nutrição e/ou de saúde da criança e adolescente.

Texto de Apoio 2.8. 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 os seus resultados podem ser alterados pela desnutrição. Muito frequentemente, os exames de laboratório podem confundir os 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 vista 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:

- Teste para vírus da imunodeficiência humana (HIV): é importante oferecer Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) de rotina de HIV a todos os que estiverem registados no programa (mães e crianças)
- 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.

Texto de Apoio 2.9. Teste do Apetite

O teste do apetite não é um "teste de sabor"; é um indicador sensível para determinar se a criança com idade igual ou superior a 6 meses deve ser tratada no TDA ou no TDI para terapia intensiva.

O apetite da criança com idade igual ou superior a 6 meses é testado na admissão e em todas as visitas de seguimento. Este passo nunca deve ser ignorado, porque o apetite e a capacidade de comer o ATPU são essenciais para as crianças no TDA. Se uma criança não tiver apetite, ela não poderá comer ATPU em casa. Essa criança deve ser encaminhada para TDI. O Quadro abaixo descreve o teste do apetite com mais detalhes.

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 um paciente com idade igual ou superior a 6 meses 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 controlo 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 tratada e armazenada de forma segura* para beber enquanto a criança estiver a comer o ATPU
- Observar a criança a comer o ATPU durante 30 minutos e, depois decidir se a criança passa ou falha o teste.

Critérios para o Teste do Apetite:

Passa o Teste do Apetite	Falha o Teste do Apetite
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 tratada: água tratada é a água que é fervida, filtrada ou desinfetada com hipoclorito de sódio (por exemplo, Certeza) ou desinfecção solar.

* Água armazenada de forma segura: armazenada em um recipiente coberto com um gargalo estreito e se possível, com uma tampa.

Módulo 3: Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI)

Textos de Apoio	Objectivos	Estimativa da Duração
<p>3.1. Pontos-chave para o Tratamento no Internamento da DAG com Complicações</p> <p>3.2. Exercício em Pares: Perguntas sobre o TDI</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os pontos-chave para o tratamento em internamento 	30 minutos
<p>3.3. Dez Passos para a Recuperação Nutricional da Criança com DAG.</p> <p>3.4. Objectivos do TDI de Acordo com as Fases do Tratamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as fases do internamento Conhecer os objectivos de cada fase do internamento Conhecer os 10 passos para a recuperação nutricional do doente com DAG 	30 minutos
<p>3.5. Medicamentos de Rotina e Suplementos</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os medicamentos e suplementos e que devem ser usados no tratamento da desnutrição aguda grave assim como a sua prescrição 	30 minutos
<p>3.6. Quantidades de F75 para Crianças dos 6-59 Meses durante a Fase de Estabilização</p> <p>3.7. Quantidades de F75 para Crianças e Adolescentes dos 5-14 anos durante a Fase de Estabilização</p> <p>3.8. Exercício para Determinar as Quantidades de F75 durante a Fase de Estabilização</p> <p>3.9. Preparação de Leite Terapêutico F75 e Procedimentos para Alimentação</p> <p>3.10. Monitoria durante a Fase de Estabilização e Critérios para Passar da Fase de Estabilização para a Fase de Transição</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o protocolo da administração de F75 durante a fase de estabilização Conhecer como preparar o F75 e F100 Conhecer os passos de monitoria durante a fase de estabilização Conhecer os critérios para passar da fase de estabilização para a fase de transição 	60 minutos
<p>3.11. Tratamento Nutricional com ATPU ou F100 para Crianças dos 6-59 Meses e 5-14 Anos durante a Fase de Transição Preparação de Leite Terapêutico F100 e Procedimentos para</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o protocolo da administração de F100 durante a fase de transição Conhecer os passos de monitoria durante a fase de transição 	60 minutos

<p>Alimentação</p> <p>3.12. Monitoria durante a Fase de Transição e Critérios para Regressar ou Passar para Outra Fase</p> <p>3.13. Estudo de Caso - Fase de Transição</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os critérios para regressar ou passar da fase de transição para outra fase 	
<p>3.14. Quantidades de ATPU ou F100 durante a Fase de Reabilitação no Internamento</p> <p>3.15. Monitoria durante a fase de Reabilitação e Falta de Resposta ao Tratamento</p> <p>3.16. Critérios para Alta do TDI</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer como determinar as quantidades de ATPU a dar durante a fase de reabilitação • Conhecer como determinar as quantidades de F100 a dar para as crianças que não consomem ATPU • Conhecer os critérios de alta do TDI • Saber como determinar o peso alvo para altura quando não existe equipamento para medir peso e/ou estatura 	<p>60 minutos</p>
<p>Estimativa da Duração Total:</p>		<p>4 horas 30 minutos</p>

Texto de Apoio 3.1. 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 horas por dia 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 de idade com DAG ou DAM e crianças igual ou maior de 6 meses de idade com um peso inferior a 4 kg.
3. TDI é um serviço que deve estar localizado numa US que oferece atendimento 24 horas 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 (veja Texto de Apoio 3.3).
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. Crianças menores de 6 meses de idade com DAG ou DAM e crianças igual ou maior de 6 meses de idade com um peso inferior a 4 kg permanecem em TDI até estejam totalmente recuperadas.
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 que exercem actividades no TDI devem visitar o local de atendimento ambulatorial onde se faz o TDA e vice-versa. Isto ajudará a assegurar que o processo de reencaminhamento seja feito de forma harmoniosa.

Texto de Apoio 3.2. Exercício em Pares: Perguntas sobre o TDI

Forme grupos de 4 participantes e respondam as seguintes perguntas. Depois de 10 minutos, deve-se discutir em plenária.

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

Texto de Apoio 3.3. Dez Passos para a Recuperação Nutricional da Criança com Desnutrição Grave

Os dez passos para a recuperação nutricional das crianças com DAG são:

1. Tratar ou prevenir hipoglicemia.
2. Tratar ou prevenir hipotermia.
3. Tratar desidratação e o choque séptico.
4. Corrigir os distúrbios hidro-electrolíticos.
5. Tratar infeccção.
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.

Texto de Apoio 3.4. Objectivos do TDI de Acordo com as Fases de Tratamento

1. Estabilização

Esta fase compreende as acções descritas nos Passos 1 a 7 da recuperação nutricional e tem como objectivo:

- 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.

O objectivo da fase de transição é gradualmente preparar as crianças e os adolescentes para serem encaminhados para a fase de reabilitação em ambulatório ou no internamento. Na fase de transição, o tratamento médico continua e há mudanças na terapia alimentar:

- Durante os primeiros 2 a 3 dias, a criança ou adolescente deve passar de forma gradual de F75 para o ATPU. Nos casos em que o ATPU não está disponível ou a criança recusa, deve ser usado o F100 até que a mesma aceite. O ATPU é a primeira opção de tratamento durante a substituição do F75 na fase de transição.,
- A ingestão de energia recomendada durante este período é de 100-135 kcal/kg/dia.
- A transição do F75 para o ATPU ou F100 deve ser gradual durante 48 horas a 72 horas.

A criança ou o adolescente deve passar da fase de transição para a fase de reabilitação, quando apresentar as seguintes condições:

- Bom apetite: se a criança ou o adolescente consome pelo menos 80% da quantidade diária do ATPU ou F100.
- Ausência de edema durante 7 dias.
- Ausência de complicação médica, alerta e clinicamente bem.

3. Reabilitação

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

- Dar a alimentação intensiva para assegurar o crescimento rápido visando recuperar grande parte do peso perdido.
- Fazer estimulação emocional e física.
- Orientar a mãe ou cuidador da criança para continuar os cuidados em casa, se a criança passar da fase de reabilitação no TDI para o TDA.
- Preparar a alta da criança, incluindo o diagnóstico e o sumário do tratamento para seguimento e marcação de consulta na CCR.

4. Acompanhamento ou seguimento

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

- Após a alta, encaminhar para acompanhamento na CCR para prevenir a recaída e assegurar a continuidade do tratamento.

Texto de Apoio 3.5. Medicamentos de Rotina e Suplementos no TDI

MEDICAMENTO	QUANDO DAR	IDADE/PESO	PRESCRIÇÃO	DOSAGEM
ANTIBIÓTICO	Na admissão Se não tiver complicações	Peso igual ou maior a 2 kg	Amoxicilina	15 mg/kg de peso corporal/dia 8 em 8 horas por 5 dias
	Na admissão Se houver complicações médicas , dar como Primeira Linha <ul style="list-style-type: none"> Se não responder a primeira linha durante 48–72 hora passe para segunda linha. 	Todos	Ampicilina com Gentamicina por 72 horas Depois de 72 horas continuar com Amoxicilina oral	Ampicilina (200 mg/kg/dia de 6/6h) combinada com Gentamicina (5–7.5mg/kg/dia de 12/12h) durante 72 horas 15 mg/kg de 8 em 8 horas durante 5–7 dias (crianças menores de 3 meses: 15 mg/kg/dia de Amoxicilina de 12 em 12 horas)
	Segunda Linha <ul style="list-style-type: none"> Pode ser administrada de acordo com a gravidade da infecção por via I.M. ou E.V. (2–4 min) ou em perfusão E.V. (20–60 min) em 1–2 administrações diárias. Doses de mais de 50 mg/kg em crianças deve ser administradas em perfusão E.V., caso não se consiga localizar a veia, a injeção I.M. de mais de 1 g deve ser dividida e aplicada em mais do que um local. 	Todos	Ceftriaxona	20–50 mg/kg/dia em casos graves até 100 mg/kg/dia de 12/12h) durante 7dias
	Terceira Linha <ul style="list-style-type: none"> A não resposta a segunda linha deve esperar pelo teste de sensibilidade ao antibiótico e usar o antibiótico sensível como a Terceira linha em dependência da patologia de base. 	Depende da patologia (doença) de base	Depende da patologia (doença) de base	Depende da patologia (doença) de base

ANTI-HELMÍNTICOS	<ul style="list-style-type: none"> • Na segunda semana de tratamento • Se forem evidentes sinais de uma re-infecção, passados 3 meses, administrar anti-helmínticos • Não dar desparasitante às crianças com menos de 1 ano de idade 	< 12 meses	NÃO DAR	NÃO DAR
		< 10 kg	Albendazol 200 mg (½ comprimido de 400 mg) OU Mebendazol 250 mg (½ comprimido de 500 mg)	Dosagem única
		≥ 10 kg	Albendazol 400 mg OU Mebendazol 500 mg	
ANTI-MALÁRICO	<ul style="list-style-type: none"> • Deve-se fazer o teste na admissão, se não for possível, confiar na sintomatologia • Repetir o teste nos casos de teste inicial negativo, e suspeito de malária 	Todos	De acordo com o protocolo de AIDNI	De acordo com o protocolo de AIDNI
VACINA DE SARAMPO	<ul style="list-style-type: none"> • 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, ou contacto com alguém com sarampo, deve-se dar a vacina contra o sarampo no momento da admissão para o TDI, e repetir a vacina no momento de dar alta para crianças que não tenham sido vacinadas; para crianças que já tenham recebido a 1ª dose, deve-se dar o reforço no momento da alta. 	a partir dos 9 meses	De acordo com o protocolo de CCS	Dosagem única ou doses repetidas

Vitamin 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 as tabelas 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 nos 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.

Administração de Vitamina A em pacientes com desnutrição aguda

- Todas as crianças com DAG com sarampo ou sarampo recente (nas últimas 3 meses) devem ser tratadas no TDI e dadas uma dose elevada (50 000 UI, 100 000 UI ou 200 000 UI) de vitamina A, de acordo com a idade da criança, no dia 1, com uma segunda e uma terceira dose no dia 2 e no dia 15 do internamento ou na alta do programa, independentemente do produto nutricional terapêutico que esteja a receber (ver as tabelas abaixo).
- Todas as crianças com DAG e sem vacinação e em contacto com alguém com sarampo devem ser dadas uma dose elevada (50 000 UI, 100 000 UI ou 200 000 UI) de vitamina A, de acordo com a idade da criança, na admissão, independentemente do produto nutricional terapêutico que esteja a receber (ver a segunda tabela abaixo, sobre o dose).

Esquema de tratamento para crianças com manifestações oculares de deficiência de vitamina A e/ou sarampo ou sarampo recente

Idade	Vitamina A por via oral	Dia 1	Dia 2	Dia 15
< 6 meses	50 000 UI	1 dose	1 dose	1 dose
6–11 meses	100 000 UI	1 dose	1 dose	1 dose
≥ 12 meses	200 000 UI	1 dose	1 dose	1 dose

Tratamento sistemático com vitamina A, dose

Idade	Dose de vitamina A	Cápsula de 100 000 UI	Cápsula de 200 000 UI
< 6 meses	50 000 UI	½ cápsula (4 gotas)	¼ cápsula (2 gotas)
6–11 meses	100 000 UI	1 cápsula	½ cápsula (4 gotas)
≥ 12 meses	200 000 UI	2 cápsula	1 cápsula

Suplementação de vitamina A no tratamento de crianças com desnutrição aguda grave sem manifestações oculares e sem sarampo recente

- Crianças com desnutrição aguda grave, sem manifestações clínicas oculares, que não tem e nem tiveram sarampo recente, e sem contacto com alguém que tem sarampo, não requerem uma dose elevada de vitamina A como suplemento se estiverem recebendo F75, F100, ou ATPU que cumpram com as especificações da OMS (portanto, já contém vitamina A suficiente), ou a vitamina A faz parte de outros suplementos da sua ingestão diária.
 - Crianças com desnutrição aguda grave devem receber 5000 Unidades Internacionais (UI) de vitamina A diariamente, seja como parte dos alimentos terapêuticos ou como parte de uma formulação de multimicronutrientes.
 - Na composição dos produtos terapêuticos que cumprem com especificações da OMS existe uma quantidade adequada de vitamina A para cobrir a ingestão diária recomendada, resolver uma deficiência leve de vitamina A e compensar as reservas no fígado durante o tratamento.
 - **Apenas** estas crianças devem receber uma alta dose de vitamina A na admissão (50 000 UI a 200 000 UI de acordo com a idade da criança) quando estão a receber alimentos terapêuticos que não foram fortificados com vitamina A, conforme recomendado nas especificações da OMS, e quando a vitamina A não faz parte de outros suplementos diários.

Ferro e ácido fólico

- Na fase de estabilização e transição, não é recomendada o tratamento de ferro na criança com desnutrição aguda grave, devido ao risco do agravamento de infecções, lesão tecidual, e o crescimento de bactérias patogênicas.
- Para crianças e adolescentes na Fase de Reabilitação, se estiverem sob a dieta de ATPU, nenhum ferro adicional é dado uma vez que o ATPU já contém o ferro necessário.
- Para crianças e adolescentes na Fase de Reabilitação, se estiverem sob a dieta de F100, dar 3 mg/kd/dia de ferro elemental—acrescentar sulfato de ferro: 1/2 comprimido esmagado de 200 mg de sulfato de ferro (65 mg de ferro elemental em 1 comprimido) adicionado a 2,0-2,1 L de F100.
- Quando a anemia grave 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.

Zinco

- As crianças com DAG que estão em tratamento com F75, F100 ou ATPU que está em conformidade com as especificações da OMS não devem receber suplementos adicionais de zinco, mesmo que tenham diarreia, pois esses alimentos terapêuticos contêm quantidades recomendadas de zinco para manejo da diarreia.
- Todas as crianças que têm diarreia persistente com sinais de desidratação, diarreia aquosa aguda, ou desidratação grave devem ser encaminhadas para o internamento.

Texto de Apoio 3.6. Quantidades de F75 para Crianças dos 6-59 Meses durante a Fase de Estabilização

Tratamento com F75 na 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.
- O F75 é apropriado para a fase de estabilização porque tem menos sódio, proteínas, gordura, menor osmolaridade e carga de soluto renal do que F100, e tem menos densidade energético.

Quantidades de F75 para crianças dos 6-59 meses

- Dar 130 ml de F75 (100 kcal) por kg de peso corporal por dia para crianças com emagrecimento grave (marasmo).
- Dar 100 ml de F75 (75 kcal) por kg de peso corporal por dia para crianças com edema bilateral grave (+++).
- 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 terminar todas as refeições, alimente a cada três horas, perfazendo o total de 8 refeições durante 24 horas.
- Use o peso do dia 1 para calcular o quanto dar, mesmo que a criança perca ou ganhe peso nesta fase.

Como usar as tabelas de quantidades de leite terapêutico

1. Confirme se o doente tem edema ou marasmo, e dirija-se à tabela correspondente de acordo com a idade da criança ou adolescente
2. Cruze a linha do peso com a coluna correspondente ao volume de leite terapêutico por refeição de acordo com o número de refeições.
3. Determine o volume de leite terapêutico a ser oferecido.

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
11,0	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

^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 tomas 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) ^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 4 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

^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 tomas a cada quatro horas.

Texto de Apoio 3.7. Quantidades de F75 para Crianças e Adolescentes dos 5-14 Anos durante a Fase de Estabilização

Quantidades de F75 para crianças dos 5-14 anos

- A quantidade de F75 por kg de peso corporal para crianças é menor para crianças maiores 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 por kg de peso 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 11-14 anos: dar 80 ml de F75 (60 kcal) por kg de peso corporal por dia.
- As quantidades são para crianças e adolescentes de 5-14 anos com desnutrição aguda grave come e sem edema bilateral grave (+++). Doentes com edema devem ser monitorados regularmente, para evitar sobrecarga de fluidos.

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 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 tomas a cada quatro horas.

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

Quantidades de F75 para adolescentes dos 11-14 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 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 tomas a cada quatro horas.

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

Texto de Apoio 3.8. Exercício para Determinar as Quantidades de F75 durante a Fase de Estabilização

Forme grupos de 2-3 pessoas e determine a quantidade de F75 para cada um dos casos abaixo. Depois de 10-15 minutos, discute as respostas em plenária.

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

Texto de Apoio 3.9. Preparação de Leite Terapêutico F75 e Procedimentos para Alimentação

Preparação de leite terapêutico F75

Os leites terapêuticos devem ser preparados numa área limpa e especificamente dedicada para este propósito na Unidade Sanitária.

Preparação do leite terapêutico F75 usando a nova embalagem de lata de 400 g:

1. Lave as mãos, esterilize o equipamento e utensílios, e limpe e desinfete a mesa ou banca onde estiver a trabalhar.
2. Ferva água potável.
3. Tenha cuidado para não se queimar, deite numa chávena, jarra, ou tigela limpa a quantidade necessária de água fervida arrefecida a 70 °C. Utilize um termómetro digital limpo e esterilizado. Se um termómetro não estiver disponível, espere 3-5 minutos, que é o tempo médio para a água fervida atingir 70 °C. A temperatura da água não deve ser inferior a 70°C.³
4. Na chávena, adicione o número necessário de colheres-doseadoras rasas de pó (ver tabela abaixo). Volte a colocar imediatamente a colher-doseadora na caixa sem lavar.⁴
5. Misture vigorosamente com um utensílio limpo e esterilizado até o pó dissolver-se na água.
6. Arrefeça até à temperatura de consumo (≥ 37 °C). Verifique deixando cair umas gotas no dorso da mão.
7. Rotule, escrever o conteúdo da chávena, jarra ou tigela (F75, incluindo a data e a hora de preparação).
8. Dar o leite terapêutico baseado no peso da criança (ver tabelas abaixo).
9. Elimine (jogar fora) o leite não consumido depois de 2 horas após a preparação. Limpe os utensílios.
10. Se o leite tiver sido preparado com antecedência, deve ser conservado num frigorífico (5 °C, no máximo) durante 24 horas, no máximo. Apenas o leite reconstituído há menos de 2 horas pode ser refrigerado. Elimine (jogar fora) o leite refrigerado não consumido no prazo de 24 horas. Pode ocorrer uma sedimentação durante a conservação no frigorífico. Mexa o leite refrigerado antes da utilização.
11. Se não tiver frigorífico, prepare apenas quantidades para consumo dentro de 2 horas, desaconselha-se a reconstituição prévia do leite.

Nota: Estas são as instruções de preparação usando as novas latas de F75 e F100, (400 g) e são diferentes que as que vinham sendo utilizados (102,5 g para F75 e 114 g para F100).

- O objetivo da nova embalagem é alinhar a produção de leites terapêuticos aos padrões industriais para a produção de leites especializados para fornecer uma melhor garantia de qualidade durante a fabricação, e reduzir o risco de contaminação e dosagem incorreta durante a preparação e armazenamento de leite terapêutico ao nível do usuário final.
- Para estas novas latas, é necessário o uso de colherinhas específicas para cada lata (branca para as latas de F75 e azul para as latas de F100).
- Pode haver leve variações no volume que a colher mantém, devido à diferente densidade aparente do pó de fornecedores diferentes, portanto, é importante usar a colher fornecida com cada vasilha, e coloque-o de volta no recipiente sem qualquer limpeza ou contato com o leite preparado ou água.

³ Os níveis de vitamina foram ajustados nos produtos fornecidos para dar conta de quaisquer perdas de nutrientes durante a preparação com água quente.

⁴ A reconstituição de pó do leite terapêutico para quantidades menores foi simplificada; F75 e F100 em latas agora usam incrementos de 25 ml de água adicionada por colher de pó de leite terapêutico.

- A colher deve ser descartada junto com a lata vazia.
- As colherinhas vermelhas usadas nas embalagens antigas não devem ser usadas com as novas latas de F75 e 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 do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I: 0 aos 14 Anos** para preparar leites terapêuticos com base em alimentos disponíveis localmente.

Caso esteja a usar os pacotes antigos mais pequenos de F75, de 102,5 g, por favor refira ao **Anexo 3.3 do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I: 0 aos 14 Anos** para as instruções de preparação dos leites terapêuticos.

Preparação do F75 usando as novas latas de 400 g

Colherinha branca de F75 (nível)	Quantidade de água (ml)	Volume total de leite F75 (aproximado) (ml)*
1	25	≈28
2	50	≈56
3	75	≈84
4	100	≈112
5	125	≈140
6	150	≈168
7	175	≈196
8	200	≈224
9	225	≈252
10	250	≈280
20	500	≈560
1 Lata de 400 g ¹	2200	≈2480
2 Latas de 400 g (800 g total)	4400	≈4960
24 Latas (peso aproximado 9.6 kg)	≈52.8 litros	≈59.5 litros

¹ Aproximadamente 88 colherinhas. 1 colher-doseadora de leite = 4,6 g.

* Note-se que os volumes de leite F75 fornecidos são estimativas; o pessoal da saúde deve medir a quantidade de leite para alimentar a criança com base no peso corporal da criança.

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.
- Dê as quantidades prescritas de F75 para garantir que as necessidades nutricionais da criança sejam atendidas (mesmo que a criança esteja a ser amamentada).
- 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 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 o nariz para obrigá-la a engolir o leite ou alimentá-la enquanto deitada.



Texto de Apoio 3.10. 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 multcartão.
- 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 multcartão:
 - Frequência cardíaca
 - Frequência respiratória
 - Fezes
 - Lesões peri-anais
 - Frequência dos 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 3.11. Tratamento Nutricional com ATPU ou F100 para Crianças dos 6-59 Meses e 5-14 Anos durante a Fase de Transição

Tratamento nutricional durante a fase de transição

Na fase de transição, o tratamento médico continua, e há mudanças na terapia alimentar.

- Durante os primeiros 2 a 3 dias, a criança ou adolescente deve passar de forma gradual de F75 para o ATPU. Nos casos em que o ATPU não está disponível ou a criança recusa deve ser usado o F100 até que a mesma aceite. O ATPU é a primeira opção de tratamento durante a substituição do F75 na fase de transição.
 - A maioria das crianças com DAG são capazes de comer a dieta de ATPU na fase de transição, quando retorna o seu apetite depois da fase de estabilização.
 - Uma criança que recusa o ATPU deve ser oferecida gradualmente o ATPU em cada refeição (teste do apetite) até a criança conseguir consumir a dieta inteira de ATPU e pode assim ser referida para o TDA.
 - Para um grupo pequeno de crianças que recusam completamente o ATPU ou não toleram o ATPU, o F100 deve ser usado para a fase de transição e para a reabilitação também no TDI.
- A transição do F75 para o ATPU ou F100 deve ser gradual durante 48 horas a 72 horas (2 a 3 dias).
- A ingestão de energia recomendada durante este período é de 100-135 kcal/kg/dia.

Fase de transição do F75 para o ATPU

- Dê ao cuidador a quantidade de ATPU para a criança para um dia inteiro, de acordo com o peso da criança (veja a tabela abaixo). Encorajar o cuidador a dar pequenas e frequentes refeições de ATPU a cada 4 horas (cinco a seis vezes por dia). Verifique a quantidade consumida cinco vezes por dia.
- As crianças amamentadas devem receber leite materno antes de serem alimentados com ATPU.
- As crianças devem ser oferecidas água tratada ou fervida e arrefecida para beberem à vontade de modo a satisfazer a sua sede após cada refeição de ATPU.
- Se a criança não terminar mais de 50% do ATPU que deve comer em cada refeição, complementar com a quantidade necessária do F75 a cada 3 a 4 horas, de forma escalonada com o ATPU. Monitorar e evitar a síndrome de realimentação, que caracteriza-se por alterações neurológicas, sintomas respiratórios, arritmias e falência cardíacas.⁵
- Algumas crianças podem inicialmente recusar o ATPU; continue oferecendo ATPU até que a criança consiga comer a dieta completa de ATPU.
- Quando a criança termina 50 por cento do ATPU, reduza o volume de F75 fornecido em 50 por cento.
- Pare de dar o F75 quando a criança é capaz de terminar 75-100% do ATPU diário.

Quantidade de ATPU (saquetas) durante a fase de transição



Peso (kg)	Total saquetas de ATPU para 24 horas ~135 kcal/kg/dia
4,0 – 4,9	1
5,0 – 6,4	1,5
6,5 – 7,4	1,5
7,5 – 8,9	2
9,0 – 10,9	2,5
11,0 – 12,9	3
≥13,0	3,5

⁵ Menezes da Silva, JW, 2013. Síndrome de Realimentação, International Journal of Nutrology, v.6, n.1, p. 28-35, Jan/Abr.

Fase de transição do F75 para o F100 quando a criança recusa o ATPU ou a US não tem ATPU

- Gradualmente substitua o F75 pela mesma quantidade do F100, mantendo a mesma frequência de alimentação, durante 2 a 3 dias, e observa a condição clínica da criança diariamente.
- Monitorar e evitar a síndrome de realimentação, que caracteriza-se por alterações neurológicas, sintomas respiratórios, arritmias e falência cardíacas.⁶
- Quando a criança estiver a tolerar bem a quantidade recomendada de F100 e ganhar peso rapidamente, deve ser mudada de forma gradual para o ATPU.
- Quando a criança atingir os critérios para passar do TDI para o TDA, deve ser observada se aceita bem o ATPU antes de ser transferido para o TDA.

Quantidades de F100 para crianças dos 6-59 meses

- Durante a fase de transição, deve-se administrar o F100 em quantidades iguais às de F75 que foram recebidas durante a fase de estabilização:
 - 130 ml/kg/dia de F100 para crianças que tinham emagrecimento grave (marasmo) na fase de estabilização
 - 100 ml/kg/dia de F100 para crianças que tinham edema bilateral grave (+++) na fase de estabilização
- Devem ser oferecidas 8 refeições em 24 horas. A US deve garantir que haja pessoal para dar seguimento aos doentes desnutridos para distribuir as refeições à noite.
- 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.

Nota: deve-se orientar com as tabelas acima de F75 da fase de estabilização para dosificar as mesmas quantidades de F100 para a fase de transição.

Quantidades de F100 para crianças dos 5-14 anos

- Deve-se administrar o F100 em quantidades iguais às de F75 que foram recebidas durante a fase de estabilização. A quantidade de F100 por kg de peso corporal para crianças é menor para crianças maiores de 59 meses do que para crianças entre 6-59 meses, o que reflecte a menor necessidade energética por kg de peso de crianças mais velhas e adolescentes.
- Para crianças dos 5-10 anos: dar 100 ml de F100 (100 kcal) por kg de peso corporal por dia.
- Para adolescentes dos 11-14 anos: dar 80 ml de F100 (80 kcal) por kg de peso corporal por dia.

⁶ Menezes da Silva, JW, 2013. Síndrome de Realimentação, International Journal of Nutrology, v.6, n.1, p. 28-35, Jan/Abr.

Texto de Apoio 3.12. Preparação de Leite Terapêutico F100 e Procedimentos para Alimentação

Preparação de leite terapêutico F100

Os leites terapêuticos devem ser preparados numa área limpa e especificamente dedicada para este propósito na Unidade Sanitária.

Preparação do leite terapêutico F100 usando a nova embalagem em lata de 400 g

1. Lave as mãos, esterilize o equipamento e utensílios, e limpe e desinfete a mesa ou banca onde estiver a trabalhar.
2. Ferva água potável.
3. Tenha cuidado para não se queimar, deite numa chávena, jarra, ou tigela limpa a quantidade necessária de água fervida arrefecida a 70 °C. Utilize um termómetro digital limpo e esterilizado. Se um termómetro não estiver disponível, espere 3-5 minutos, que é o tempo médio para a água fervida atingir 70 °C. A temperatura da água não deve ser inferior a 70°C.⁷
4. Na chávena, jarra, ou tigela adicione o número necessário de colheres-doseadoras rasas de pó (ver tabela abaixo). Volte a colocar imediatamente a colher-doseadora na caixa sem lavar.⁸
5. Misture vigorosamente com um utensílio limpo e esterilizado até o pó dissolver-se na água.
6. Arrefeça até à temperatura de consumo (≥ 37 °C). Verifique deixando cair umas gotas no dorso da mão.
7. Rotule, escrever o conteúdo da chávena, jarra, ou tigela (F100, incluindo a data e a hora de preparação).
8. Dar o leite terapêutico baseado no peso da criança.
9. Eliminar (jogar fora) o leite não consumido depois de 2 horas após a preparação. Limpe os utensílios.
10. Se o leite tiver sido preparado com antecedência, deve ser conservado num frigorífico (5 °C, no máximo) durante 24 horas, no máximo. Apenas o leite reconstituído há menos de 2 horas pode ser refrigerado. Eliminar (jogar fora) o leite refrigerado não consumido no prazo de 24 horas. Pode ocorrer uma sedimentação durante a conservação no frigorífico. Mexa o leite refrigerado antes da utilização.
11. Se não tiver frigorífico, prepare apenas quantidades para consumo dentro de 2 horas, desaconselha-se a reconstituição prévia do leite.

Nota: Para estas novas latas, é necessário o uso de colherinhas específicas para cada lata—para o F100, é o colher azul que vem com a lata de F100.

- Pode haver leve variações no volume que a colher mantém, devido à diferente densidade aparente do pó de fornecedores diferentes, portanto, é importante usar a colher fornecida com cada vasilha, e coloque-o de volta no recipiente sem qualquer limpeza ou contato com o leite preparado ou água.
- A colher deve ser descartada junto com a lata vazia. Sempre usar a colher nova que vem com a lata nova.
- As colherinhas vermelhas usadas nas embalagens antigas não devem ser usadas com as novas latas de F100.
- Se o F100 embalado não estiver disponível, use as receitas do **Anexo 3.1 Receitas Alternativas para preparar F75, F100 e ReSoMal usando CMV do Manual de Tratamento e Reabilitação**

⁷ Os níveis de vitamina foram ajustados no produtos fornecidos para dar conta de quaisquer perdas de nutrientes durante a preparação com água quente.

⁸ A reconstituição de pó do leite terapêutico para quantidades menores foi simplificada; F75 e F100 em latas agora usam incrementos de 25 ml de água adicionada por colher de pó de leite terapêutico.

Nutricional Volume I: 0 aos 14 Anos para preparar leites terapêuticos com base em alimentos disponíveis localmente.

Caso esteja a usar os pacotes antigos mais pequenos de F100, de 114 g, por favor refira ao **Anexo 3.3 do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I: 0 aos 14 Anos** para as instruções de preparação dos leites terapêuticos.

Preparação do F100 usando as novas latas de 400 g

Colherinha azul de F100 (nível)	Quantidade de água (ml)	Volume total de leite F100 (aproximado) (ml)*
1	25	≈29
2	50	≈58
3	75	≈87
4	100	≈117
5	125	≈145
6	150	≈174
7	175	≈203
8	200	≈234
9	225	≈261
10	250	≈290
20	500	≈580
1 Lata de 400 g ¹	1850	≈2158
2 Latas de 400 g (800 g total)	3700	≈4316
24 Latas (peso aproximado 9.6 kg)	44 litros	≈52 litros

¹ Aproximadamente 74 colherinhas. 1 colher-doseadora de leite = 5.4 g.

* Note-se que os volumes de leite F100 fornecidos são estimativas; o pessoal da saúde deve medir a quantidade de leite para alimentar a criança com base no peso corporal da criança.

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 3.13. 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 doentes com edema bilateral devem permanecer na fase de transição até que haja uma redução definida e gradual do edema para o grau +. Nos doentes com kwashiorkor marasmático, o edema deve desaparecer totalmente.

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados e lançados no multicartão:

- 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 a cada três semanas
- Outros dados adicionais, quando existentes: por exemplo, ausência, vômitos, 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), ou qualquer outro sinal de sobrecarga de fluídos
- Aumento ou desenvolvimento de edema bilateral
- Aumento rápido do tamanho do fígado
- 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 reduzindo para moderado (++) ou (+) ligeiro, o sem edema para as crianças com kwashiorkor marasmático.
- Ausência de complicação médica, alerta e clinicamente bem.

Nota: Se o ATPU não estiver disponível, todos os doentes com DAG sem complicações, devem continuar o tratamento no internamento com F100. Se não houver quantidade suficiente de ATPU disponível para crianças dos 6 meses aos 14 anos, as crianças entre os 6-59 meses devem ter prioridade em receber o ATPU; as crianças maiores devem permanecer no internamento e serem tratadas com F100.

Critérios para passar para a fase de reabilitação no ambulatório

Uma criança ou um adolescente passando para a fase de reabilitação e que esteja sob uma dieta de ATPU pode ser encaminhado para os cuidados em ambulatório, com controlo na US mais próxima do local de residência. A criança ou adolescente deve fazer visitas de seguimento semanal na US. Ao

permanecer nos cuidados no internamento, a criança ou o adolescente pode estar exposto a infecções.

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

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

Nota: É comum que a criança ou o adolescente apresente 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. Dejecções frequentes e aguadas, mas sem perda de peso, não constitui um critério para regressar à fase de estabilização.

Texto de Apoio 3.14. Estudo de Caso - Fase de Transição

Formem grupos de 2-3 pessoas, leiam e respondam as perguntas do caso de estudo abaixo. Depois de 20 minutos, discutam as respostas em plenária.

Parte 1

Joana tem 4 anos de idade e pesa 12 kg. Quando chegou na US, ela foi admitida no TDI com edema bilateral de ++++. Porém, agora, o edema bilateral reduziu para ++ e ela não tem complicações médicas. A US está utilizando F100 para a fase de transição porque existe uma ruptura de stock de ATPU.

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?

Parte 2

Após 2 dias na fase de transição, a Joana tolerou bem o F100. A US recebeu ATPU e a enfermeira faz um teste de apetite à Joana. A Joana come metade (1/2) de um pacote de ATPU de 92 g.

Pergunta #2: A Joana passou ou não ao 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 #3: Quantas saquetas de ATPU a Joana deve consumir durante 24 horas na fase de transição?

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

Pergunta #4: Que quantidade de ATPU a Joana deve consumir em cada toma se a mãe administrar-lhe 6 vezes por dia?

A enfermeira verifica a cada refeição a quantidade de ATPU que a Joana consome. A Joana só consome cerca de um terço (1/3) de um pacote de ATPU ou três colherinhas ou aproximadamente 30 g de ATPU.

Pergunta #5: Suas refeições precisariam de ser complementadas com F100? Se sim, que quantidade de F100 deve-se dar 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 saquetas de ATPU. 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 #6: Será que Joana reúne os critérios para passar para a fase de reabilitação no ambulatório?

Pergunta #7: Quais são os critérios para regressar da fase de transição para a fase de estabilização?

Pergunta #8: Quais são os critérios para passar para a fase reabilitação no internamento?

Texto de Apoio 3.15. Quantidades de ATPU ou F100 durante a Fase de Reabilitação no Internamento

Tratamento nutricional durante a fase de reabilitação

A fase de reabilitação é associada a uma recuperação completa e um rápido ganho do peso.

- Durante a fase de reabilitação, é necessária uma abordagem orientada com protocolo intensivo para atingir ingestão muito alta dos productos nutricionais e o crescimento rápido (ganho de peso maior que 10 g/Kg/dia).
- ATPU ou F100 são utilizados durante a fase de reabilitação.
- Normalmente a parte médica do tratamento para DAG termina nesta fase, quando a criança ou adolescente não tem nenhuma complicação médica, tem bom apetite e come maior parte da quantidade da sua dieta diária e está ganhar peso rapidamente.

Quantidades de ATPU para crianças 6-59 meses

- Dar 5-6 refeições de ATPU por dia.
- As crianças amamentadas devem receber primeiro o leite materno sempre que quiserem e antes da alimentação com ATPU.
- A base de cálculo da quantidade de ATPU é de aproximadamente 200 kcal/kg de peso corporal/dia (veja a tabela abaixo).
- 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 o ATPU e o F100 estão sendo dados, estes podem ser substituídos mutuamente na base de aproximadamente 100 ml de F100 equivalente a 20 g de ATPU.
- As crianças devem beber muita água tratada e armazenada de forma segura durante e depois do consumo de ATPU.
- Conforme o ganho de peso da criança cada dia, ajuste a quantidade de ATPU ou F100 para o peso actual da criança, a fim de garantir o bom ganho de peso.
- Após duas semanas de tratamento, dar à criança uma papinha enriquecida pelo menos uma vez por dia, como forma de preparar a criança para a mudança gradual da alimentação terapêutica para a alimentação normal.

Quantidades de ATPU para crianças e adolescentes 5-14 anos

- 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 menor quantidade de ATPU por dia, e o ATPU pode ser oferecido entre as principais refeições e à noite, para complementar a necessidade de energia, vitaminas e minerais.
 - Crianças e adolescentes devem beber muita água tratada e armazenada de forma segura durante e depois do consumo de ATPU.

Quantidade de ATPU (saquetas) durante a fase de reabilitação



Peso (kg)	Total saquetas de ATPU para 24 horas
4.0 – 5.4	2
5.5 – 6.9	2,5
7.0 – 7.9	3
8.0 – 9.4	3,5
9.5 – 10.4	4
10.5 – 11.9	4,5
≥ 12	5

3

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 abaixo para obter o volume de F100 a dar por refeição na fase de reabilitação no internamento.
- Dar 5-6 refeições de F100 por dia.
- As crianças amamentadas devem receber primeiro o leite materno sempre que quiserem e antes da alimentação com F100.
- A base de cálculo da quantidade de F100 é de aproximadamente 200 kcal/kg de peso corporal/dia (veja a tabela abaixo).
- Conforme o ganho de peso da criança cada dia, ajuste a quantidade F100 para o peso actual da criança, a fim de garantir o bom ganho de peso.
- As crianças que consomem o F100 em quantidade suficiente devem iniciar a introdução gradual do ATPU.
- Se ambos o F100 e o ATPU estão sendo dados, estes podem ser substituídos mutuamente na base de aproximadamente 100 ml de F100 equivalente a 20 g de ATPU.
- Após duas semanas de tratamento, dar à criança uma papinha enriquecida pelo menos uma vez por dia, como forma de preparar a criança para a mudança gradual da alimentação terapêutica para a alimentação normal.

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.

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

Quantidades de F100 para crianças e adolescentes 5-14 anos que não consomem ATPU

- Para crianças dos 5-10 anos: dar 100 ml de F100 (100 kcal) por kg de peso corporal por dia.
- Para adolescentes dos 11-14 anos: dar 80 ml de F100 (80 kcal) por kg de peso corporal por dia.
- Usar as tabelas abaixo para obter o volume de F100 a dar por refeição na fase de reabilitação no internamento para crianças e adolescentes 5-14 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 o quanto que quiser, e o F100 pode ser oferecido entre as principais refeições e à noite, para complementar a necessidade de energia, vitaminas e minerais.
 - Se a criança ou adolescente consome outros alimentos, deve-se oferecer uma menor quantidade de F100 por dia.

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 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

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

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

Quantidades de F100 para adolescentes dos 11-14 anos durante a fase de reabilitação

Peso (kg)	Volume de F100 por refeição (ml) ^a		Volume total diário ^b (80 ml/kg)
	A cada 3 horas (8 refeições)	A cada 4 horas (6 refeições)	
12 – 12,9	125	165	995
13 – 13,9	135	180	1075
14 – 14,9	145	195	1155
15 – 19,9	175	235	1395
20 – 24,9	225	300	1795
25 – 29,9	275	365	2195
30 – 39,9	350	465	2795
40 – 60	500	665	4000

^a Volumes nestas colunas são arredondados para 5 ml.

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

Texto de Apoio 3.16. Monitoria durante a Fase de Reabilitação e Falta de Resposta ao Tratamento

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 monitorados e registados no multicartão:

- Peso diário
- Grau de edema bilateral (0 a +++) diário
- Temperatura do corpo diária
- Sinais clínicos diários: fezes, vômitos, desidratação, tosse, respiração, pulso
- Perímetro braquial semanal
- Comprimento ou altura medida a cada 21 dias (quando um novo multicartão é usado)
- Outros dados, quando existentes: 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 são:

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
- Balanças não calibradas
- Leites terapêuticos incorrectamente preparados ou administrados às crianças e adolescentes em tratamento
- Leites terapêuticos dados em quantidades insuficientes o que leva a ganho inadequado de peso:
 - Pobre: < 5 g/Kg/dia
 - Moderado: 5-10 g/Kg/dia
 - Satisfatório: > 5 g/Kg/dia

Problemas relacionados com cada criança e adolescente:

- Leites terapêuticos dados em quantidades insuficientes
- Deficiências em vitaminas e minerais
- Má 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 que morrem.
 - Estes registos devem incluir, no mínimo, detalhes sobre a idade da criança, sexo, data de internamento, o índice do peso para comprimento/altura no momento 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).

Texto de Apoio 3.17. Critérios para Alta do TDI

Critérios para alta do tratamento da desnutrição no internamento

Crianças e adolescentes que estão totalmente curados devem receber alta do internamento. Os requisitos para ter alta são os seguintes:

- Para crianças dos 6 meses aos 5 anos de idade: P/E \geq -1 DP em 2 pesagens sucessivas
- Para crianças dos 5 anos aos 14 anos de idade: IMC/Idade \geq -1 DP em 2 pesagens sucessivas
- Tem o seguinte PB em duas avaliações sucessivas:
 - 6-59 meses: \geq 12,5 cm
 - 5-10 anos: \geq 14,5 cm
 - 11-14 anos: \geq 18,5 cm
- Não tem edema durante 2 semanas

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 ou não mostram melhorias durante ou após dois meses de tratamento. Consequentemente, essas crianças são encaminhadas para uma investigação médica mais detalhada.

Procedimentos para alta do internamento

Antes de se dar alta à criança ou ao adolescente, deve assegurar que os seguintes requisitos sejam preenchidos:

- Programa de educação sanitária e nutricional completos
- Substituição completa e apropriada do ATPU pela alimentação normal
- Calendário de vacinação actualizado
- Referência do cuidador 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

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

- Dar ao provedor/accompanhante 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 de saúde ou acompanhante entenda a importância dos cuidados a ter em casa para prevenir recaídas, e se necessário assegurar o seu acesso ao programa de tratamento da desnutrição em ambulatório para DAM e outros programas de promoção de saúde e nutrição para crianças ou adolescentes
- Anotar o resultado da alta nos registos internos e no multicartão.
- 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 fazer controlo por um período de 3 meses.

Módulo 4: Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA)

Textos de Apoio	Objectivos	Estimativa da duração
4.1. Vantagens do TDA para a Comunidade e a US	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as vantagens do TDA para a comunidade e as famílias Conhecer as vantagens do TDA para a Unidade Sanitária 	15 minutos
4.2. Categorias das Crianças e Adolescentes Admitidos no TDA 4.3. Exercício: Categorias das Crianças e Adolescentes Admitidos no TDA	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as categorias das crianças e adolescentes admitidos no TDA 	15 minutos
4.4. Medicamentos de Rotina e Suplementos 4.5. Exercício: Prática na Determinação de Medicamentos no TDA	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os medicamentos e suplementos de rotina administrados no PRN 	45 minutos
4.6. Tratamento Nutricional para Pacientes com DAG e HIV	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o manejo dos pacientes com DAG e HIV 	10 minutos
4.7. Tratamento Nutricional com ATPU 4.8. Exercício: Prática na Determinação da Quantidade de ATPU	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as quantidades de ATPU a dar a crianças e adolescentes no TDA Saber como calcular as quantidades de ATPU a fornecer às mães/provedores de cuidados 	30 minutos
4.9. Mensagens-chave para o TDA	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as mensagens chave para as mães/provedores de cuidados no TDA Praticar aconselhamento às mães/provedores de cuidados usando as mensagens chave 	30 minutos
4.10. Monitoria Individual Durante as Consultas de Seguimento	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os procedimentos nas consultas de seguimento no TDA 	45 minutos
4.11. Falta de Resposta a TDA 4.12. Exercício: Possíveis Causas de Falta de Resposta	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as possíveis causas da falta de resposta no TDA 	30 minutos
4.13. Critérios de Alta	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os critérios de alta do TDA 	15 minutos
4.14. Exercício: Estudo de Caso	<ul style="list-style-type: none"> Exercício prático sobre o tratamento da desnutrição aguda no ambulatório 	45 minutos
Estimativa da Duração Total:		4 horas 40 minutos

Texto de Apoio 4.1. Vantagens do TDA para a Comunidade e a US

O tratamento em ambulatório é dirigido a crianças de 6 meses a 14 anos com DAG sem complicações médicas, sem edema e com apetite, e aos doentes com DAM. Para garantir o sucesso deste tipo de intervenção, é essencial que os casos sejam detectados o mais cedo possível. O tratamento das crianças e adolescentes com DAG em ambulatório deve ser feito com distribuição de ATPU para uso domiciliário, de acordo com a dosagem recomendada.

Enquanto o ATPU não estiver disponível as crianças e adolescentes com DAG sem complicações médicas, deverão ser tratados em regime de internamento com leites terapêuticos. Logo que o ATPU estiver disponível, as crianças e adolescentes com DAG sem complicações médicas que estiverem a receber tratamento no internamento deverão passar para o tratamento em ambulatório com seguimento semanal na CCR.

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.

A nível comunitário, o TDA oferece vantagens para a família, como:

- Tanto as mães como as crianças permanecem em casa, no seu ambiente familiar
- Evitam viagens longas e traumáticas para as crianças desnutridas
- Evitam a separação da criança e da família
- Permite que as mães continuem a cuidar de outros filhos em casa
- Reduz o risco da criança contrair infecções na US

A nível dos serviços de saúde o TDA também oferece as seguintes vantagens:

- Permite atingir níveis de cobertura muito elevadas na população alvo do que o TDI
- Apresenta elevada adesão e aceitação devido ao facto de que a triagem inicial dos casos é feita na comunidade com um controlo e seguimento regulares nas USs
- 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 dos cuidados de saúde)

Texto de Apoio 4.2. Categorias das Crianças e Adolescentes Admitidos no TDA

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;
- 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.”

Texto de Apoio 4.3. Exercício: Categorias das Crianças e Adolescentes Admitidos no TDA

Em grupos de 3, leiam as descrições abaixo e escrevam o nome do tipo de caso no espaço em branco. (Depois de 5 minutos, compartilhem as respostas em plenária e expliquem o porquê das escolhas do tipo de caso).

4

Descrição #1

Este tipo de caso refere-se a crianças ou adolescentes com DAG provenientes do seguinte sector:

- Internamento hospitalar: após a Fase de Estabilização e a Fase de Transição, são referidos para o TDA para completarem a fase de Reabilitação do *mesmo episódio* de desnutrição.

O nome deste tipo de caso é: caso

Descrição #2

Este tipo de caso é das crianças ou adolescentes com DAG sem complicações médicas, admitidos pela primeira vez no tratamento em ambulatório. 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.

O nome deste caso é: caso

Descrição #3

Este tipo de caso refere-se a crianças ou adolescentes com DAG sem complicações médicas que abandonam o tratamento antes de o terminar e retornam para serem tratadas pelo *mesmo episódio* de desnutrição.

O nome destes casos é: caso

Texto de Apoio 4.4. Medicamentos de Rotina e Suplementos no TDA

MEDICAMENTO	QUANDO DAR	IDADE/PESO	PRESCRIÇÃO	DOSAGEM
ANTIBIÓTICO	<ul style="list-style-type: none"> Na admissão Dar a primeira dose de antibiótico sob supervisão do trabalhador de saúde Explicar à mãe ou ao provedor de cuidados como fazer o tratamento em casa Se a criança está no TDA e for necessária uma segunda linha de antibiótico encaminhar a criança ou adolescente para o TDI 	Todos	Amoxicilina 50-100 mg/kg de peso corporal/dia	8 em 8 horas por 7-10 dias
ANTI-HELMÍNTICOS	<ul style="list-style-type: none"> Na segunda semana de tratamento Se forem evidentes sinais de uma re-infecção, passados 3 meses, administrar anti-helmínticos Não dar anti-helmínticos às crianças com menos de 1 ano de idade 	< 12 meses	NÃO DAR	NÃO DAR
		< 10 kg	Albendazol 200 mg (½ comprimido de 400 mg) OU Mebendazol 250 mg (½ comprimido de 500 mg)	Dosagem única
		≥ 10 kg	Albendazol 400 mg OU Mebendazol 500 mg	
ANTI-MALÁRICO	<ul style="list-style-type: none"> Deve-se fazer o teste na admissão, se não for possível, confiar na sintomatologia Repetir o teste nos casos de teste inicial negativo, e suspeito de malária 	Todos	De acordo com o protocolo de AIDNI	De acordo com o protocolo de AIDNI
VACINA DE SARAMPO	<ul style="list-style-type: none"> 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 ou contacto com alguém que tenha sarampo, deve-se dar a vacina contra o sarampo no momento da admissão ao TDA, e repetir a vacina no momento da alta para crianças que não tenham sido vacinadas; para crianças que já tenham recebido a 1ª dose, deve-se dar o reforço no momento da alta. 	a partir dos 9 meses	De acordo com o protocolo de CCS	Dosagem única ou doses repetidas

Nota: Para pacientes que receberam 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.

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. Todas as crianças com DAG e sarampo ou sarampo recente (nas últimas 3 meses) devem ser tratadas no TDI.

Crianças com DAG sem complicações médicas, sem edema bilateral e sem vacinação contra sarampo e que tiveram contacto com alguém que tem sarampo devem ser dadas uma dose elevada (50 000 UI, 100 000 UI ou 200 000 UI) de vitamina A na admissão de acordo com a idade da criança, independentemente do producto nutricional terapêutico que esteja a receber (ver a tabela abaixo), e também devem receber a vacina do sarampo de acordo com as recomendações da tabela do Texto de Apoio 4.4.

Tratamento sistemático com vitamina A

Idade	Dose de vitamina A	Cápsula de 100 000 UI	Cápsula de 200 000 UI
< 6 meses	50 000 UI	½ cápsula (4 gotas)	¼ cápsula (2 gotas)
6–11 meses	100 000 UI	1 cápsula	½ cápsula (4 gotas)
≥ 12 meses	200 000 UI	2 cápsula	1 cápsula

Crianças com DAG devem receber a ingestão diária recomendada de vitamina A ao longo do período de tratamento. Na composição dos produtos terapêuticos que cumprem com especificações da OMS existe uma quantidade adequada de vitamina A para cobrir a ingestão diária recomendada, resolver uma deficiência leve de vitamina A, e compensar as reservas no fígado durante o tratamento.

- Crianças com DAG devem receber 5000 Unidades Internacionais (UI) de vitamina A diariamente, seja como parte dos alimentos terapêuticos ou como parte de uma formulação de multimicronutrientes.
- Crianças com DAG, sem sarampo recente, e sem contacto com alguém que tem sarampo, não requerem uma dose elevada de vitamina A como suplemento se estiverem recebendo F75, F100, ou ATPU que cumpram com as especificações da OMS (portanto, já contém vitamina A suficiente), ou a vitamina A faz parte de outros suplementos diários.
- Crianças com DAG devem receber uma dose elevada de vitamina A (50 000 UI, 100 000 UI ou 200 000 UI) na admissão, de acordo com a idade da criança, **apenas** se no tratamento forem administrados alimentos terapêuticos que não foram fortificados com vitamina A, conforme recomendado nas especificações da OMS e quando a vitamina A não faz parte de outros suplementos diários.

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 grave 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.

Zinco

As crianças com DAG que têm diarreia devem receber zinco, da mesma forma que as crianças que não estão gravemente desnutridas. Entretanto, crianças com DAG que estão em tratamento com F75, F100 ou ATPU que está em conformidade com as especificações da OMS não devem receber suplementos adicionais de zinco, mesmo que tenham diarreia, pois esses alimentos terapêuticos contêm quantidades recomendadas de zinco para manejo da diarreia. Todas as crianças que têm diarreia persistente com sinais de desidratação, diarreia aquosa aguda, ou desidratação grave devem ser encaminhadas para o internamento.

Texto de Apoio 4.5. Exercício Prático: Determinação de Medicamentos no TDA

Em grupos de 3, determinem que medicação e dosagem cada criança precisa, de acordo com os dados fornecidos abaixo. Depois de 10 minutos, discutam em plenária.

Doente 1: Menina, 18 meses de idade

- Caso novo
- Peso: 7.6 kg
- Teste rápido da malária: Negativo
- Sinais e sintomas de malária: Não
- Registo de vacinação: todos actualizados
- Sinais e sintomas de manifestações oculares: Não
- Os alimentos terapêuticos cumprem com as especificações da OMS quanto a presença de vitamina A: Sim

Doente 2: Rapaz, 9 anos de idade

- Caso novo
- Peso: 16 kg
- Teste rápido da malária: Positivo
- Sinais e sintomas de malária: Sim
- Registo de vacinação: não tem registo
- Sinais e sintomas de manifestações oculares: Não
- Os alimentos terapêuticos cumprem com as especificações da OMS quanto a presença de vitamina A: Sim

Doente 3: Menina, 7 meses de idade

- Caso referido do TDI
- Peso: 6.0 kg
- Teste rápido da malária: Negativo
- Sinais e sintomas de malária: Não
- Registo de vacinação: todos actualizados
- Última vez que recebeu vitamina A: Na admissão ao TDI com manifestações clínicas oculares foi dada 100,000 UI no primeiro dia, no segundo dia, e no dia 15
- Os alimentos terapêuticos cumprem com as especificações da OMS quanto a presença de vitamina A: Sim
- Recebeu Amoxicilina na admissão ao TDI

Doente 4: Menino, 38 meses

- Caso faltoso que voltou (após ter completado 2 semanas no TDA, depois não apareceu durante uma semana, mas voltou na semana seguinte)
- Peso: 9.7 kg
- Teste rápido da malária: Negativo
- Sinais e sintomas de malária: Não, mas a malária é endémica
- Registo de vacinação: falta sarampo, existe uma epidemia de sarampo na area
- Sinais e sintomas de manifestações oculares: Não
- Os alimentos terapêuticos cumprem com as especificações da OMS quanto a presença de vitamina A: Sim
- Dada a Amoxicilina durante a primeira semana da admissão no TDA
- Dado o anti-helmíntico na segunda semana da admissão no TDA

Texto de Apoio 4.6. Tratamento Nutricional para Pacientes com DAG e HIV

Todas as crianças com DAG devem ser testadas para o HIV para determinar suas necessidades de TARV. O tratamento nutricional da criança com DAG com HIV não difere do tratamento nutricional da criança com DAG que é HIV-negativo.

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

- Crianças HIV-positivas com DAG devem ser iniciadas no TARV, de acordo com os protocolos nacionais de tratamento para HIV.
- As crianças infectadas pelo HIV com DAG devem receber o mesmo tratamento de TARV, nas mesmas doses, como crianças com HIV que não tem DAG.
- As crianças devem ser monitoradas de perto no ambulatorio nas primeiras 6-8 semanas após o início da TARV para identificar complicações metabólicas precoce e infecções oportunistas.
- As crianças infectadas pelo HIV que apresentam algum dos seguintes sintomas: falta de ganho de peso, febre, tosse actual ou história de contato com um caso de TB, devem ser avaliadas para o TB e outras condições.
- As crianças com DAG que são HIV-positivos devem ser tratados com os mesmas protocolos de tratamento com alimentos terapêuticos do que crianças com DAG que não são infectadas pelo HIV.
- Se o ATPU usado para o tratamento das crianças com DAG e infectadas pelo HIV contém vitamina A e zinco adequados (se estiverem fortificados de acordo com as especificações da formulação da OMS), estas crianças com DAG e infectadas com HIV não precisam de uma alta dose de vitamina A na admissão e suplementos de zinco para o manejo de diarreia. **Apenas** estas crianças devem receber uma alta dose de vitamina A na admissão (50 000 UI a 200 000 UI de acordo com a idade da criança) e zinco para o manejo da diarreia, quando não estão a receber o ATPU que contém vitamina A e zinco em quantidades adequados de acordo com as especificações da formulação da OMS.
- O aconselhamento e testagem do HIV deve ser oferecido a 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.

Consultar os protocolos para o tratamento de crianças com HIV para mais informação sobre o TARV.

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 indeterminado, devem tomar cotrimoxazol profilático, de acordo com as Normas de Atenção à Criança Sadia e à Criança em Risco.

Texto de Apoio 4.7. Tratamento Nutricional

Quantidades de ATPU para crianças 6-59 meses

- Durante o TDA, as crianças recebem o ATPU para levar para casa.
- O abastecimento semanal de ATPU é fornecido em função do peso corporal da criança, baseado numa dosagem de 200 kcal/kg de peso corporal/dia.
- A tabela abaixo ajuda a seleccionar a quantidade correcta de ATPU para dar às crianças e adolescentes, dependendo do seu peso.
- Dar 5-6 refeições de ATPU por dia.
- As crianças amamentadas devem receber primeiro o leite materno sempre que quiserem e antes da alimentação com ATPU.
- Crianças devem beber muita água tratada e armazenada de forma segura durante e depois do consumo de ATPU.
- Após duas semanas de tratamento, dar à criança pelo menos uma vez por dia papinha enriquecida, como forma de preparar a criança para a mudança gradual da alimentação terapêutica para a alimentação normal mas, somente depois que a criança terminar de comer a dose diária de ATPU.
- Os protocolos nutricionais que utilizam ATPU, tanto no ambulatório como no internamento, recomendam o seu uso a partir dos 6 meses de idade. Contudo, os protocolos estabelecem que todas as crianças menores de 6 meses com DAG ou DAM, ou crianças com idade superior a 6 meses e com peso inferior a 4,0 kg serão tratadas em internamento.

Quantidades de ATPU para crianças e adolescentes 5-14 anos

Para as crianças maiores de 59 meses e adolescentes, 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. Na Tabela são dadas as quantidades de ATPU a serem oferecidas às crianças maiores de 59 meses e adolescentes (peso igual ou maior a 12 kg), 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.

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. Se não estiverem disponíveis quantidades suficientes de ATPU para crianças dos 6 meses aos 14 anos, as crianças entre os 6-59 meses devem ter prioridade em receber ATPU, e as crianças mais velhas devem permanecer no internamento e serem tratadas com o leite terapêutico F100.

Cada criança recebe um cartão do doente 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 ambulatório 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. Em determinadas circunstâncias, as sessões de seguimento podem ser realizadas em cada duas semanas (veja o Texto de Apoio 4.10).

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*-5.4	2	14	28
5.5-6.9	2,5	18	36
7.0-7.9	3	21	42
8.0-9.4	3,5	25	50
9.5-10.4	4	28	56
10.5-11.9	4,5	32	64
≥12	5	35	70

* Crianças <4.0 kg são referidas para TDI

Nota: Na Unidade Sanitária é contraindicado a divisão de saquetas, estas devem ser fornecidas inteiras para a mãe ou provedor de cuidados da criança ou adolescente. Assim, recomenda-se que se aproxime para números inteiros seguintes. Por exemplo, se o total de saquetas de ATPU for 17,5 forneça 18 saquetas.

Texto de Apoio 4.8. Exercício: Prática na Determinação da Quantidade de ATPU

Forme pares, leia as questões abaixo descritas para cada doente e responda. Depois de 10 minutos, revejar as respostas em plenária.

4

Doente 1

Menina em TDA, 4.3 kg, alguém da família volta com a criança numa semana

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: _____

Doente 2

Menina em TDA, 8.8 kg, tempo de colheita, mãe volta com a criança em 2 semanas

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: _____

Doente 3

Menino em TDA, 13.8 kg, número limitado de pessoal na US, pedem a mãe para voltar com a criança em 2 semanas

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: _____

Doente 4

Menino em TDA, 5.8 kg, mãe volta com a criança em 1 semana

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: _____

Doente 5

Menino em TDA, 10.3 kg, muitos casos no TDA, alguém da família volta com a criança em 2 semanas

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: _____

Texto de Apoio 4.9. Mensagens-chave para o TDA

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 a sua criança deve consumir por dia (por exº: 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. Para crianças de 6-59 meses, após as 2 primeiras semanas de tratamento, a criança deve comer também pelo menos uma papa enriquecida por dia, sempre depois de terminar as doses diárias de ATPU.
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. 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.
7. Explicar também que a criança tem que beber água tratada e armazenada de forma segura 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 sempre antes de amamentar, comer o ATPU ou comer a refeição da família. Mantenha os alimentos limpos e cobertos. As refeições preparadas e conservadas a mais de 2 horas devem ser aquecidas antes de comer.
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 se agravar 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.

Texto de Apoio 4.10. Monitoria Individual Durante as Consultas de Seguimento

O progresso do doente com DAG durante o tratamento em ambulatório deve ser monitorado semanalmente na Consulta da Criança em Risco (CCR). Em determinadas circunstâncias, as sessões de seguimento podem ser realizadas em cada duas semanas. Estas incluem:

- 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, que podem impedir a sua participação semanal.

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 perianais
 - Teste do apetite
 - Situação do aleitamento materno das crianças de 6 a 23 meses
 - 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.

A mãe ou cuidador da criança deve dar os pacotes vazios de ATPU ao pessoal da saúde durante a visita de seguimento. Isto é para evitar a venda do ATPU bem como é uma forma de gerir o lixo criado pela saqueta de ATPU nas comunidades pois na US pode ser incinerado, mas não é um controlo da quantidade que a criança come.

Crianças com DAG tratadas em TDA que desenvolvem complicações médicas, não aumentam de peso, ou que não estão a responder devidamente ao tratamento, devem ser encaminhadas para o TDI. As seguintes complicações médicas e deterioração do estado nutricional requerem referência para o TDI 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 baixo ou 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
- 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.

Texto de Apoio 4.11. 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 na primeira visita de controlo 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
- verificar se os alimentos estão disponíveis ou acessíveis
- problemas relacionados com os cuidados da criança

Uma visita deste tipo por parte dos agentes comunitários ou APE, permitirá informar aos técnicos de saúde sobre as situações que podem ser corrigidas e as decisões a tomar sobre a continuação do tratamento.

Se após a segunda visita o peso é mais baixo do que na admissão, a criança deve ser referida directamente para o internamento. Da mesma forma, a perda de peso durante 2 semanas consecutivas, ou o peso estacionário em 2 pesagens consecutivas ou durante um mês, são condições que exigem a transferência da criança ou adolescente para uma unidade hospitalar a fim de se realizarem exames médicos mais detalhados que permitam determinar as causas de insucesso. Recomenda-se que as crianças que são encaminhadas para o TDI devido a falha em responder ao tratamento sejam testadas para outras doenças crônicas subjacentes, como HIV e TB.

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

Notar que:

- A criança ou adolescente deve ser transferido para uma unidade hospitalar a fim de se realizarem exames médicos mais detalhados quando tem:
 - Perda de peso durante 2 pesagens consecutivas
 - Peso estacionário durante 2 pesagens consecutivas

Texto de Apoio 4.12. Exercício: Possíveis Causas de Falta de Resposta

Formem grupos de 3, e respondam as perguntas abaixo. Depois de 10 minutos, compartilhem e discutam as respostas em plenária.

Quais são as possíveis causas de falta de resposta ao TDA ao nível da US?	Quais são as possíveis causas de falta de resposta ao TDA ao a nível domiciliar?

Texto de Apoio 4.13. Critérios de 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 ou PB 6–59 meses: > 12,5 cm; 5–10 anos: > 14,5 cm; 11–14 anos: > 18,5 cm em 2 medições sucesivas **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 visitas consecutivas de controlo na US
- Não recuperam ou não mostram melhorias durante ou após dois meses de tratamento

Consequentemente, as crianças que não recuperam ou não mostram melhorias são encaminhadas para o internamento ou para uma investigação médica mais detalhada.

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 no programa de tratamento da desnutrição em ambulatório para DAM e educação nutricional com demonstração culinária
- 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)
- Referir a criança ou adolescente e seu cuidador para a CCR para fazer controlo por um período de 3 meses

Texto de Apoio 4.14. Exercício: Estudo de Caso

Formem grupos de 3, leiam e respondam às perguntas do estudo do caso abaixo. (Depois de 20 minutos, compartilham as respostas em plenária).

Uma mãe vem ao CCR com uma criança de 13 meses. O exame físico identifica o seguinte:

- Caso novo
- P/E < -3 PD
- Peso: 6.1 kg
- Edema: Não
- Teste rápido da malária: Positivo
- Sinais e sintomas de malária: Sim
- Registo de vacinação: falta a vacina contra o sarampo, existe epidemia de sarampo na area
- Os alimentos terapêuticos cumprem com as especificações da OMS quanto a presença da vitamina A: Sim
- Complicações médicas: Não
- Teste do apetite: A criança come um pouco, menos de 2/3 de um pacote de ATPU, mais ou menos 5 colherinhas, nos 30 minutos do teste
- A US tem muitos casos de DAG no TDA, pedem os cuidadores para voltar ao TDA a cada 2 semanas

1. A criança deve ser admitida no TDI ou TDA?
2. Que medicamentos deve receber a criança na admissão e durante o tratamento?
3. Quanto ATPU deve receber a criança?
4. Quais são os conselhos que são precisos dar ao provedor de cuidados? Explique em detalhes.
5. Que parâmetros devem ser monitorados e registados nas visitas de seguimento? Explique em detalhe.
6. Depois da primeira semana de tratamento no TDA a criança não aumenta de peso. O que é necessário fazer? Explicar em detalhe.

Depois de 10 semanas de tratamento a criança tem P/E > -1 DP durante a última visita de seguimento, tem bom apetite e pode comer a comida da família. A criança tem todos os problemas de saúde resolvidos e tem todas as vacinas necessárias, incluindo sarampo. Na comunidade onde vive, existem voluntários de saúde que oferecem sessões de educação nutricional e demonstrações culinárias, só que a mãe disse que o seu marido não permite que ela participe.

7. A criança atingiu os critérios para receber alta, Sim ou Não? Porquê?

Módulo 5: Protocolo para Crianças Menores de 6 Meses ou com Peso Corporal Inferior a 4 kg

Textos de Apoio	Objectivos da Aprendizagem	Estimativa da Duração dos Tópicos Obrigatórios
5.1. Causas Frequentes da Desnutrição Aguda em Crianças Menores de 6 Meses	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as causas da desnutrição aguda em crianças com menores de 6 meses 	10 minutos
5.2. Pontos sobre o Tratamento da Desnutrição Aguda em Crianças Menores de 6 Meses	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer alguns pontos sobre o tratamento da desnutrição aguda em crianças menores de 6 meses ou igual ou maior de 6 meses com peso inferior a 4 kg 	15 minutos
5.3. Critérios de Admissão para Crianças Menores de 6 Meses ou Igual ou Maior de 6 Meses com Peso Corporal Inferior a 4 kg	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os critérios de admissão para crianças menores de 6 meses com e sem aleitamento materno 	15 minutos
5.4. Medicamentos de Rotina para Crianças Menores de 6 Meses ou Igual ou Maior de 6 Meses com Peso Corporal Inferior a 4 kg	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os medicamentos de rotina administrados em crianças menores de 6 meses ou igual ou maior de 6 meses com peso corporal inferior a 4 kg 	10 minutos
5.5. Tratamento Nutricional para Crianças Amamentadas	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os protocolos de administração dos leites terapêuticos para crianças menores de 6 meses amamentadas 	45 minutos
5.6. Técnica de Sucção Suplementar (TSS)	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a técnica de sucção suplementar 	30 minutos
5.7. Tratamento Nutricional para Crianças Sem Aleitamento Materno	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os protocolos de administração dos leites terapêuticos para crianças menores de 6 meses sem aleitamento materno 	45 minutos
5.8. Preparação de Leite Terapêutico F75 Usando as Novas Latas de 400 g	<ul style="list-style-type: none"> Saber como preparar o leite terapêutico F75 usando as latas novas de 400 g 	15 minutos
5.9. Preparação do Leite Terapêutico F100-diluído Usando as Novas Latas de 400 g	<ul style="list-style-type: none"> Saber como preparar o leite terapêutico F100-diluído usando as latas novas de 400 g 	15 minutos
5.10. Monitoria durante o Tratamento Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os parâmetros de monitoria durante o tratamento nutricional 	15 minutos
5.11. Suporte para a Mãe Lactante	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o suporte a dar para a mãe lactante 	15 minutos
5.12. Critérios de Alta para Crianças Menores de 6 Meses ou Igual ou Maior de 6 meses com Peso Inferior a 4 kg	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os critérios de alta para crianças com DAG que são menores de 6 meses ou igual ou maior de 6 meses com peso corporal inferior a 4 kg 	15 minutos

5.13. Exercício Prático	<ul style="list-style-type: none">Fazer um exercício prático sobre o tratamento da crianças com DAG que são menores de 6 meses ou igual our maior de 6 meses com peso corporal inferior a 4 kg	30 minutos
Estimativa da Duração Total:		4 horas e 35 minutos

Texto de Apoio 5.1. Exercício: Causas Frequentes da Desnutrição Aguda em Crianças Menores de 6 Meses

Em pares, discutir por 5 minutos a seguinte pergunta:

Quais são as causas da desnutrição aguda grave em crianças menores de 6 meses, segundo as suas experiências?

Depois dos 5 minutos, compartilhar as respostas em plenaria com o grupo.

Texto de Apoio 5.2. Pontos-chave sobre o Tratamento da Desnutrição Aguda em Crianças Menores de 6 Meses ou Igual ou Maior de 6 Meses com Peso Inferior a 4 kg

As crianças menores de 6 meses de idade com DAG ou DAM e crianças igual ou maior de 6 meses de idade com um peso inferior a 4 kg devem ser tratadas de acordo com as recomendações do MISAU para a alimentação de lactentes e crianças pequenas.

- O apoio à amamentação é um componente integral dos cuidados terapêuticos para crianças com desnutrição aguda.
- 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 aleitamento continuado.

As crianças menores de 6 meses com DAG e DAM sempre precisam de tratamento no internamento.

- Estas crianças não podem consumir o ATPU porque ainda não têm o reflexo apropriado 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 desnutrição aguda **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 desnutrição aguda, e crianças igual ou maior de 6 meses de idade com um peso inferior a 4 kg, e 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.

Todas as crianças < 6 meses com sinais de perigo identificadas pelo AIDNI deverão ser submetidas para tratamento urgente. Crianças < 6 meses com fraco ganho ponderal e que não respondem satisfatoriamente a conselhos nutricionais e suporte deverão ser submetidas para avaliação clínica e tratamento.

No caso de gêmeos, se um gêmeo atinge os critérios de admissão, ambos gêmeos devem ser admitidos para assegurar que a mãe ou cuidador possa alimentar ambos bebés. O objectivo é garantir que o cuidado do bebé saudável não seja comprometido pelo aumento do atenção ao gêmeo desnutrido.

Para os casos de crianças com DAM ou DAG, o pessoal de saúde deverá obter uma história clínica detalhada para investigar a historia alimentar da criança, como exemplo, frequência das mamadas, quantidade de leite da mãe, ganho de peso, etc.

Nota: Todas crianças menores de 6 meses ou com peso corporal menor que 4 kg, com desnutrição aguda, **deve-se pensar na infecção pelo HIV.**

- 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 fazerem o teste de CD4 e receber orientação adequada.

Texto de Apoio 5.3. Critérios de Admissão para Crianças Menores de 6 Meses ou Igual ou Maior de 6 Meses com Peso Corporal Inferior a 4 kg

	Crianças com aleitamento materno	Crianças sem aleitamento materno
Critérios de admissão	<ul style="list-style-type: none"> • Peso/Comprimento < -3 DP • Peso/Comprimento ≥ -3 DP e < -2 DP • Edema bilateral (kwashiorkor) • Emagrecimento acentuado (marasmo) • Complicações médicas • Perda de peso recente o falha em ganhar peso • Problemas na amamentação (pega, posicionamento e sucção deficiente) diretamente observado por 15-20 minutos • Outras condições médicas ou sociais que necessitem de uma atenção mais detalhada, por exemplo, depressão da mãe ou cuidadora, problemas sociais graves ou portadores de deficiências • Bebê > 6 meses e pesa < 4,0 kg 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso/Comprimento < -3 DP • Peso/Comprimento ≥ -3 DP e < -2 DP • Edema bilateral (kwashiorkor) • Emagrecimento acentuado (marasmo) • Complicações médicas • Perda de peso recente o falha de ganhar peso • Outras condições médicas ou sociais que necessitem de uma atenção mais detalhada, por exemplo, depressão da mãe ou cuidadora, problemas sociais graves, ou portadores de deficiências • Bebê > 6 meses e pesa < 4,0 kg

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 5.4. Medicamentos de Rotina para Crianças Menores de 6 Meses ou Igual ou Maior de 6 Meses com Peso Corporal Inferior a 4 kg

Os lactentes com menos de 6 meses de idade com desnutrição aguda devem receber os mesmos cuidados médicos gerais que os lactentes com desnutrição aguda com 6 meses de idade ou mais.

Lactentes com desnutrição aguda que são admitidos para internação devem receber antibióticos parenterais para tratar possível sepse e tratamento adequado para outras complicações médicas, como TB, HIV, condições cirúrgicas ou incapacidade.

Antibióticos para crianças menores de 6 meses ou com peso corporal menor que 4 kg, que estejam e não estejam em aleitamento materno, e sem e com complicações médicas

Crianças que estejam e não estejam em aleitamento materno	
Sem complicações médicas	Amoxicilina 15 mg/kg, 3 vezes por dia por 5 dias a crianças com peso igual ou maior a 2 kg.
Com complicações médicas	
Primeira linha	Ampicilina (200 mg/kg/dia de 6/6h) combinada com Gentamicina (5-7.5 mg/kg/dia de 12/12h) durante 72 horas e continuar com Amoxicilina oral 15 mg/kg de 8 em 8 horas durante 5-7 dias (crianças menores de 3 meses devem tomar 15 mg/kg/dia de Amoxicilina de 12 em 12 horas). Se não responder a primeira linha durante 48-72 hora passe para segunda.
Segunda linha	Ceftriaxona (20-50 mg/kg/dia em casos graves até 100 mg/kg/dia de 12/12h) durante 7 dias. Pode ser administrada de acordo com a gravidade da infecção por via I.M. ou E.V. (2-4 min) ou em perfusão E.V. (20-60 min) em 1-2 administrações diárias. Doses de mais de 50 mg/kg em crianças deve ser administradas em perfusão E.V., caso não se consiga localizar a veia a injeção I.M. de mais de 1 g deve ser dividida e aplicada em mais do que um local.
Terceir linha	A não resposta a segunda linha deve esperar pelo teste de sensibilidade ao antibiótico e usar o antibiótico sensível como a Terceira linha em dependência da patologia de base.

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 5.5. Tratamento Nutricional para Crianças em Aleitamento Materno

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 (TSS) para fornecer quantidades suplementares de F100-diluído.
- Dá-se o F75 as crianças que apresentam edema bilateral, até que o edema bilateral desapareça.
- Depois da remissão total do edema, passe para o 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. A SNG deve ser usado se a criança:
 - Toma menos de 80% da dieta prescrita em dois alimentos consecutivos durante a fase de estabilização
 - Tem pneumonia (taxa de respiração rápida) e dificuldade em engolir
 - Tem lesões dolorosas/úlceras da boca
 - Tem uma fenda palatina ou outra deformidade física
 - É muito fraco e inconsciente

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. Não deve ser administrado F100 não diluído a qualquer momento devido à alta carga de soluto renal e risco de desidratação hipernatrêmica.**
- **Dar F75 às crianças com edema bilateral** e mudar para F100-diluído quando o edema desaparecer.

Quantidades de F100-diluído

- A ingestão de energia recomendada é de 100-135 kcal/kg/dia, dividido em 8 refeições (em cada 3 horas).
- Na tabela abaixo estão indicadas as quantidades de F100-diluído para alimentar os bebés usando a Técnica de Sucção Suplementar (TSS).
- 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.
- Pesquisar a criança diariamente numa balança graduada a 10 g (ou 20 g).

Quantidade para manutenção de F100-diluído ou de F75 para crianças em aleitamento materno

5

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

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

Quando a criança estiver a ganhar peso a uma taxa de pelo menos uns 20 g por dia durante 3 dias consecutivos (durante o ganho de peso absoluto, curva de crescimento deve estar para cima)

- Diminua a quantidade de F100-diluído em um quarto (1/4) e depois de 2 a 3 dias para metade (1/2) do consumo de manutenção, para permitir que o bebé receba mais leite materno.
- Se a criança continuar a ganhar peso, interrompa completamente a sucção suplementar.
- 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.

Texto de Apoio 5.6. Técnica de Sucção Suplementar (TSS)

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.

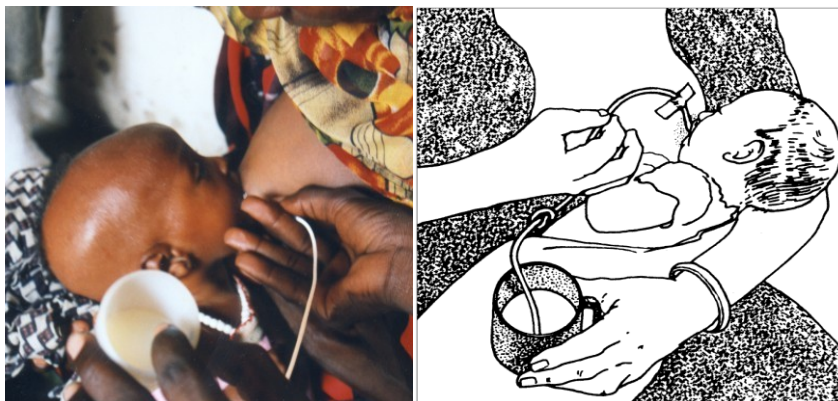
- O suplemento (F100-diluído) é dado usando uma sonda naso-gástrica com o mesmo tamanho que a SNG n°8.
- O F100-diluído é colocado numa chávena ou copo que a mãe ou o cuidador segura.
- Uma extremidade da sonda é colocada dentro da chávena.
- Outra extremidade da sonda é colocada sobre a mama até ao 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 do peito e da chávena através da sonda e ingere-os.

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 a Técnica de 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 TSS 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 tratada e armazenada de forma segura 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 para matar bactérias.

Texto de Apoio 5.7. Tratamento Nutricional para Crianças Sem Aleitamento Materno

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.

Fases de tratamento: As crianças com desnutrição aguda grave que não estão a ser amamentadas devem fazer o tratamento nutricional seguindo as três fases de tratamento da desnutrição aguda grave no internamento a destacar: fase de estabilização, fase de transição e fase de reabilitação.

Nota: No caso de crianças com DAM mas com critérios de tratamento no internamento não se deve seguir o mesmo protocolo de tratamento. Nestes casos estas crianças devem iniciar o tratamento da fase de **reabilitação**.

1. 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 abaixo para verificar as quantidades de F100-diluído ou F75 para dar às crianças sem aleitamento materno, na fase de estabilização.
- As quantidades apresentadas nesta tabela são calculadas com base na proporção de 100-135 kcal/kg de peso corporal/dia.

Quantidades de F100-diluído ou F75 para crianças com DAG sem aleitamento materno na fase de estabilização

Peso da criança (kg)	F100-diluído ou F75 em caso de edema (ml/refeição se 8 refeições/dia)
≤ 1,5	30
1,6 – 1,7	35
1,8 – 2,1	40
2,2 – 2,4	45
2,5 – 2,7	50
2,8 – 2,9	55
3,0 – 3,4	60
3,5 – 3,9	65
4,0 – 4,4	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). Crianças com DAM não seguem este protocolo.

Técnica de alimentação

- Alimentar usando uma chávena e pires ou SNG por gotejamento.
- A SNG deve ser usada apenas na fase de estabilização e o período de uso não deve ultrapassar 3 dias. A SNG deve ser usado se a criança:
 - Toma menos de 80% da dieta prescrita em dois alimentos consecutivos durante a fase de estabilização
 - Tem pneumonia (taxa de respiração rápida) e dificuldade em engolir
 - Tem lesões dolorosas/úlceras da boca
 - Tem uma fenda palatina ou outra deformidade física
 - É muito fraco e inconsciente
- Reiniciar a alimentação cautelosamente

Crítérios 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

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 135-175 kcal/kg de peso corporal/dia.
- Usar a tabela abaixo para verificar as quantidades de F100-diluído a dar aos bebés não amamentados na fase de transição.

Quantidades de F100-diluído para crianças com DAG sem aleitamento materno na fase de transição

Peso da criança (kg)	F100-diluído (ml por refeição para 8 refeições por dia)
≤ 1,5	40
1,6 – 1,7	45
1,8 – 2,1	50
2,2 – 2,4	60
2,5 – 2,7	65
2,8 – 2,9	70
3,0 – 3,4	80
3,5 – 3,9	85
4,0 – 4,4	90

Nota: Crianças com DAM não seguem este protocolo

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

Quatro critérios devem ser cumpridos antes que as crianças possam progredir da fase de transição para a fase de reabilitação. As crianças devem ter:

- 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 emaciados (nos casos de marasmo)
- Sem nenhum outro problema médico

3. Fase de reabilitação

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

- Apenas usar F100-diluído.
- A quantidade de F100-diluído a ser dada é calculada com base na proporção de 175-210 kcal/kg peso corporal/dia.
- Usar a tabela abaixo para verificar as quantidades de F100-diluído a dar aos bebés não amamentados na fase de reabilitação.

Quantidades de F100-diluído para crianças com DAG ou DAM sem aleitamento materno na fase de reabilitação

Peso da criança (kg)	F100-diluído (ml por refeição para 8 refeições por dia)
≤ 1.5	50
1.6 – 1.7	55
1.8 – 2.1	65
2.2 – 2.4	70
2.5 – 2.7	80
2.8 – 2.9	90
3.0 – 3.4	95
3.5 – 3.9	105
4.0 – 4.4	110

Nota: Crianças com DAM iniciam o tratamento no internamento nesta fase.

Texto de Apoio 5.8. Preparação de Leite Terapêutico F75 Usando as Novas Latas de 400 g

Preparação de leite terapêutico F75

Os leites terapêuticos devem ser preparados numa área limpa e especificamente dedicada para este propósito na Unidade Sanitária.

Preparação do leite terapêutico F75 usando a nova embalagem de lata de 400 g:

1. Lave as mãos, esterilize o equipamento e utensílios, e limpe e desinfete a mesa ou banca onde estiver a trabalhar.
2. Ferva água potável.
3. Tenha cuidado para não se queimar, deite numa chávena, jarra, ou tigela limpa a quantidade necessária de água fervida arrefecida a 70 °C. Utilize um termómetro digital limpo e esterilizado. Se um termómetro não estiver disponível, espere 3-5 minutos, que é o tempo médio para a água fervida atingir 70 °C. A temperatura da água não deve ser inferior a 70°C.⁹
4. Na chávena, adicione o número necessário de colheres-doseadoras rasas de pó (ver tabela abaixo). Volte a colocar imediatamente a colher-doseadora na caixa sem lavar.¹⁰
5. Misture vigorosamente com um utensílio limpo e esterilizado até o pó dissolver-se na água.
6. Arrefeça até à temperatura de consumo (≥ 37 °C). Verifique deixando cair umas gotas no dorso da mão.
7. Rotule, escrever o conteúdo da chávena, jarra ou tigela (F75, incluindo a data e a hora de preparação).
8. Dar o leite terapêutico baseado no peso da criança (ver tabelas abaixo).
9. Elimine (jogar fora) o leite não consumido depois de 2 horas após a preparação. Limpe os utensílios.
10. Se o leite tiver sido preparado com antecedência, deve ser conservado num frigorífico (5 °C, no máximo) durante 24 horas, no máximo. Apenas o leite reconstituído há menos de 2 horas pode ser refrigerado. Elimine (jogar fora) o leite refrigerado não consumido no prazo de 24 horas. Pode ocorrer uma sedimentação durante a conservação no frigorífico. Mexa o leite refrigerado antes da utilização.
11. Se não tiver frigorífico, prepare apenas quantidades para consumo dentro de 2 horas, desaconselha-se a reconstituição prévia do leite.

Nota: Estas são as instruções de preparação usando as novas latas de F75 e F100, (400 g) e são diferentes que as que vinham sendo utilizados (102,5 g para F75 e 114 g para F100).

- O objetivo da nova embalagem é alinhar a produção de leites terapêuticos aos padrões industriais para a produção de leites especializados para fornecer uma melhor garantia de qualidade durante a fabricação, e reduzir o risco de contaminação e dosagem incorreta durante a preparação e armazenamento de leite terapêutico ao nível do usuário final.
- Para estas novas latas, é necessário o uso de colherinhas específicas para cada lata (branca para as latas de F75 e azul para as latas de F100).
- Pode haver leve variações no volume que a colher mantém, devido à diferente densidade aparente do pó de fornecedores diferentes, portanto, é importante usar a colher fornecida com cada vasilha, e coloque-o de volta no recipiente sem qualquer limpeza ou contato com leite preparada ou água.

⁹ Os níveis de vitamina foram ajustados nos produtos fornecidos para dar conta de quaisquer perdas de nutrientes durante a preparação com água quente.

¹⁰ A reconstituição de pó do leite terapêutico para quantidades menores foi simplificada; F75 e F100 em latas agora usam incrementos de 25 ml de água adicionada por colher de pó de leite terapêutico.

- A colher deve ser descartada junto com a lata vazia.
- As colherinhas vermelhas usadas nas embalagens antigas não devem ser usadas com as novas latas de F75 e F100.

Caso esteja a usar os pacotes antigos mais pequenos de F75, de 102,5 g, por favor refira ao **Anexo 3.3 do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I: 0 aos 14 Anos** para as instruções de preparação dos leites terapêuticos.

Se o F75 embalado não estiver disponível, use as receitas do **Anexo 3.1 Receitas Alternativas para preparar F75, F100 e ReSoMal usando CMV do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I: 0 aos 14 Anos** para preparar leites terapêuticos com base em alimentos disponíveis localmente.

Preparação do F75 usando as novas latas de 400 g

Colherinha branca de F75 (nível)	Quantidade de água (ml)	Volume total de leite F75 (aproximado) (ml)*
1	25	≈28
2	50	≈56
3	75	≈84
4	100	≈112
5	125	≈140
6	150	≈168
7	175	≈196
8	200	≈224
9	225	≈252
10	250	≈280
20	500	≈560
1 Lata de 400 g ¹	2200	≈2480
2 Latas de 400 g (800 g total)	4400	≈4960
24 Latas (peso aproximado 9.6 kg)	≈52.8 litros	≈59.5 litros

¹ Aproximadamente 88 colherinhas. 1 colher-doseadora de leite = 4,6 g.

* Note-se que os volumes de leite F75 fornecidos são estimativas; o pessoal da saúde deve medir a quantidade de leite para alimentar a criança com base no peso corporal da criança.

Texto de Apoio 5.9. Preparação do Leite Terapêutico F100-diluído Usando as Novas Latas de 400 g

Preparação de leite terapêutico F100-diluído

Os leites terapêuticos devem ser preparados numa área limpa e especificamente dedicada para este propósito na Unidade Sanitária.

Preparação do leite terapêutico F100-diluído usando a nova embalagem de lata de 400 g:

1. Lave as mãos, esterilize o equipamento e utensílios, e limpe e desinfete a mesa ou banca onde estiver a trabalhar.
2. Ferva água potável.
3. Tenha cuidado para não se queimar, deite numa chávena, jarra, ou tigela limpa a quantidade necessária de água fervida arrefecida a 70 °C. Utilize um termómetro digital limpo e esterilizado. Se um termómetro não estiver disponível, espere 3-5 minutos, que é o tempo médio para a água fervida atingir 70 °C. A água não deve ser inferior a 70°C.¹¹
4. Na chávena, jarra, ou tigela adicione o número necessário de colheres-doseadoras rasas de pó (ver tabela abaixo). Volte a colocar imediatamente a colher-doseadora na caixa sem lavar.¹²
5. Misture vigorosamente com um utensílio limpo e esterilizado até o pó dissolver-se na água.
6. Arrefeça até à temperatura de consumo (≥ 37 °C). Verifique deixando cair umas gotas no dorso da mão.
7. Rotule, escrever o conteúdo da chávena, jarra ou tigela (F100, incluindo a hora de preparação).
8. Dar o leite terapêutico baseado no peso da criança.
9. Eliminar (jogar fora) o leite não consumido depois de 2 horas após a preparação. Limpe os utensílios.
10. Se o leite tiver sido preparado com antecedência, deve ser conservado num frigorífico (5 °C, no máximo) durante 24 horas, no máximo. Apenas o leite reconstituído há menos de 2 horas pode ser refrigerado. Eliminar (jogar fora) o leite refrigerado não consumido no prazo de 24 horas. Pode ocorrer uma sedimentação durante a conservação no frigorífico. Mexa o leite refrigerado antes da utilização.
11. Se não tiver frigorífico, prepare apenas quantidades para consumo dentro de 2 horas, desaconselha-se a reconstituição prévia do leite.

Nota: Para estas novas latas, é necessário o uso de colherinhas específicas para cada lata—para o F100, é a colher azul que vem com a lata de F100.

- Pode haver leve variações no volume que a colher mantém, devido à diferente densidade aparente do pó de fornecedores diferentes, portanto, é importante usar a colher fornecida com cada vasilha, e coloque-o de volta no recipiente sem qualquer limpeza ou contato com leite preparada ou água.
- A colher deve ser descartada junto com a lata vazia. Sempre usar a colher nova que vem com a lata nova.
- As colherinhas vermelhas usadas nas embalagens antigas não devem ser usadas com as novas latas de F100.

¹¹ Os níveis de vitamina foram ajustados nos produtos fornecidos para dar conta de quaisquer perdas de nutrientes durante a preparação com água quente.

¹² A reconstituição de pó do leite terapêutico para quantidades menores foi simplificada; F75 e F100 em latas agora usam incrementos de 25 ml de água adicionada por colher de pó de leite terapêutico. Veja os detalhes na **Tabela 5.2.**

Caso esteja a usar os pacotes antigos mais pequenos, de 114 g, por favor refira ao **Anexo 3.3 do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I: 0 aos 14 Anos** para as instruções de preparação dos leites terapêuticos.

Se o F100 embalado não estiver disponível, use as receitas do **Anexo 3.1 Receitas Alternativas para preparar F75, F100 e ReSoMal usando CMV do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional Volume I: 0 aos 14 Anos** para preparar leites terapêuticos com base em alimentos disponíveis localmente.

Para a preparação do F100-diluído, ver a tabela abaixo.

Preparação do F100-diluído usando as novas latas de F100 de 400 g

Colherinha azul de F100 (nível)	Quantidade de água (ml)	F100-diluído, Total (aproximado) (ml)*
1	32.5	≈36.5
2	65	≈73
3	97.5	≈109.5
4	130	≈147
5	162.5	≈182.5
6	195	≈219
7	227.5	≈255.5
8	260	≈294
9	292.5	≈328.5
10	325	≈365
20	650	≈730
1 Lata de 400 g ¹	2405	≈2713

¹ Aproximadamente 74 colherinhas. 1 colher-doseadora de leite = 5,4 g.

* Note-se que os volumes de leite F100 e F100-diluído fornecidos são estimativas

Si já tiveram F100 preparado, veja a tabela a seguir que mostra a quantidade de água a adicionar ao F100 para fazer F100-diluído de acordo com a necessidades de cada criança.

Preparação do F100-diluído através do F100 preparado

Quantidade de F100 preparado (ml)	ml de água a ser adicionada para obter 30% diluído	F100-diluído, Total (ml)
25	7.5	32.5
50	15	65
75	22.5	97.5
100	30	130
125	37.5	162.5
150	45	195
175	52.5	227.5
200	60	260
225	67.5	292.5
250	75	325
500	150	650

Texto de Apoio 5.10. Monitoria durante o Tratamento Nutricional

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados e registados no multicartão:

- Peso diário
- Grau de edema bilateral (0 a +++) diário
- Temperatura corporal, duas vezes por dia
- Sinais clínicos diários: vômitos, fezes, desidratação, tosse, pulso, respiração, tamanho do fígado
- Comprimento medido a cada 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 a criança atingir 6 meses de idade e pesar mais de 4 kg, a criança passa para os critérios do grupo etário de 6-59 meses. Voltar a medir o P/E e o PB da criança e tratar de acordo aos critérios do grupo etário de 6-59 meses.

Texto de Apoio 5.11. Suporte para a Mãe Lactante

Suporte para mães lactantes

- Oferecer suporte psicológico às mães lactantes, especialmente em situações muito stressantes.
- Criar condições que irão facilitar e aumentar a amamentação:
 - Estabelecer "cantos seguros de amamentação" para as mães e bebés
 - Aconselhar individualmente a mãe
 - Facilitar apoio entre as mães
- Oferecer apoio emocional e mental as mulheres, especialmente mulheres traumatizadas e deprimidas, que podem ter dificuldade em amamentar seus filhos, para estimular a amamentação.
- Avaliar o estado nutricional da mãe através da medição do perímetro braquial (PB) e verificar a presença de edema bilateral, segundo o PRN II.
- Explicar a mãe o objectivo do tratamento da sua criança e o que se espera dela.
- Não deve-se fazer a mãe sentir-se culpada pelo estado do seu filho nem culpá-la por dar outros alimentos.
- Aconselhar a mãe sobre o planeamento familiar e métodos contraceptivos modernos, explica-lhe 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 mulheres que amamentam precisam de beber pelo menos 2 litros de água (fervida ou tratada e armazenada de forma segura) 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 desnutrição aguda, 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 abaixo.

Problemas potenciais identificados em mães de crianças com desnutrição aguda

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.

Texto de Apoio 5.12. Critérios de Alta para Crianças Menores de 6 Meses ou Igual ou Maior de 6 meses com Peso Inferior a 4 kg

5

	Crianças que estejam em aleitamento materno	Crianças que não estejam em aleitamento materno
Critérios de alta	<ul style="list-style-type: none"> • P/E > -1 DP em 2 pesagens sucessivas • Não tem edema durante 2 semanas (para crianças admitidas com edema bilateral) • Não tem complicações médicas, está alerta, e está clinicamente bem • Vacinação actualizada • Fica claro que está 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 	<ul style="list-style-type: none"> • P/E > -1 DP em 2 pesagens sucessivas • Não tem edema durante 2 semanas • Não tem complicações médicas, está alerta, e está clinicamente bem • Vacinação actualizada
Seguimento após a alta	<p>Consulta da Criança em Risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 em 15 dias nos primeiros 2 meses • Mensalmente do 3º ao 6º mês 	<p>Consulta da Criança em Risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 em 15 dias nos primeiros 2 meses • Mensalmente do 3º ao 6º mês

Nota: A condição clínica da criança e da mãe, situação do aleitamento materno, bem-estar geral e ganho do peso devem ser os critérios principais para determinar a alta da criança. Se a criança está a ganhar peso e a crescer de forma adequada de acordo com a curva de crescimento do cartão de saúde da criança, então a criança não necessitara de alcançar parâmetros de P/E > -1 DP para ter alta.

Outras considerações

- Asegurar que a mãe ou o provedor de cuidados foi adequadamente aconselhado sobre práticas de cuidado e alimentação infantil, sinais de périgo e quando retornar ao centro de saúde para acompanhamento
- Asegurar o seguimento e acompanhamento na comunidade pelo APE/ACS
- Na alta, a criança não amamentada pode ser transferida para alimentação artificial infantil

Controlo após alta

- O controlo das crianças menores de 6 meses com desnutrição aguda após alta é muito importante para inspecionar a qualidade da recuperação e do progresso, e para educar os cuidadores.
- Também é importante monitorar o desenvolvimento da criança e apoiar o aleitamento materno nas crianças amamentadas e a introdução de alimentos complementares na idade apropriada (aos 6 meses).
- Após a alta, as 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, devem ser seguidas num dos seguintes serviços: (1) Consulta da Criança em Risco (CCR), se o contexto se aplica; ou (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.

Texto de Apoio 5.13. Exercício: Estudo de Casos

Formem grupos de 3, a metade dos grupos devem responder as perguntas do Caso 1 e a outra metade as perguntas do Caso 2. Depois de 15 minutos, 2 grupos apresentarão os casos em plenária.

Caso 1: Lígia

- Idade: 4 meses
 - Peso: 3,7 kg
 - Altura: 56,2 cm
 - P/E ≥ -3 DP e < -2
 - Edema bilateral: Sim
 - Amamentada: Sim
 - Mãe HIV positivo: Não
 - Mãe traumatizada: Sim – perdeu todos os seus bens na inundação
1. Que medicamentos deve receber a Lígia na admissão e durante o tratamento?
 2. Qual deve ser o objectivo do tratamento para a Lígia?
 3. Que tipo de alimento terapêutico deve receber a criança?
 4. Que quantidade de alimento terapêutico deve receber a criança?
 5. Qual deve ser o procedimento para alimentar a criança?
 6. Depois de 3 dias a criança já não tem edema bilateral, e tem um peso de 3,6 kg. Qual deve ser o próximo procedimento para o seu tratamento?
 7. Depois de 2 semanas a Lígia ganhou peso de uma taxa de 24 g por dia, durante 3 dias. Que procedimento deve ser efectuado?
 8. Que parâmetros devem ser monitorados e registados nas visitas de seguimento? Explique em detalhe.
 9. Que suporte a mãe deve receber?
 10. Depois de 4 semanas, a Lígia teve um peso de 5,1 kg e um comprimento de 57.5 cm, e a pesagem seguinte teve peso de 5,2 kg. Ela estava sem edema por mais de 2 semanas, estava alerta, clinicamente bem, e estava a aumentar de peso com apenas o leite materno durante 6 dias. A Lígia atingiu os critérios para receber a alta. Que procedimentos devem ser efectuados na alta?

Caso 2: Mariano

- Idade: 5 meses e 2 semanas
 - Peso: 4,3 kg
 - Altura: 58,6 cm
 - P/E < -3 DP
 - Edema bilateral: Não
 - Amamentada: Não
 - Mãe HIV positivo: Sim
 - Criança HIV positivo: Sem informação
 - Mãe traumatizada: Suspeita que sim – possibilidade de violência doméstica.
1. Que medicamentos deve receber o Mariano na admissão e durante o tratamento?
 2. Que tipo de alimento terapêutico deve receber a criança ?
 3. Que quantidade de alimento terapêutico deve receber a criança ?
 4. Qual deve ser o procedimento para alimentar a criança, e quais são as fases de tratamento?
 5. Que parâmetros devem ser monitorados e registados nas visitas de seguimento? Explique em detalhe.
 6. Que suporte a mãe deve receber?
 7. Depois de 2 semanas, o Mariano teve um peso de 4,7 kg e um comprimento de 59 cm. Qual deve ser o seu P/E?
 8. Se o Mariano tiver 6 meses de idade, sem complicações médicas, e estar clinicamente bem, que procedimento deve ser efectuado?

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

6

Textos de Apoio	Objectivos da Aprendizagem	Estimativa da Duração dos Tópicos Obrigatórios
6.1. Critérios de Admissão para o Tratamento da Desnutrição Aguda Moderada (6 meses a 14 anos)	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os critérios de admissão para o tratamento da desnutrição aguda moderada 	20 minutos
6.2. Medicamentos de Rotina e Suplementos para Pacientes com DAM	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os medicamentos de rotina e suplementos para pacientes com DAM 	20 minutos
6.3. Productos Nutricionais Terapêuticos Usados para o Tratamento da DAM	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os productos nutricionais terapêuticos usados para o tratamento da DAM 	15 minutos
6.4. Tratamento da DAM com ASPU e Mensagens para Pacientes com DAM em Tratamento com ASPU	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o tratamento da DAM com ASPU 	15 minutos
6.5. Tratamento da DAM com MAE e Instruções para a Preparação da MAE	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o tratamento da DAM com MAE Saber as instruções para a preparação da MAE 	10 minutos
6.6. Tratamento da DAM com ATPU	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer o tratamento da DAM com ATPU 	15 minutos
6.7. Monitoria Individual durante as Consultas de Controlo	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a monitoria individual das consultas de controlo dos pacientes com DAM 	10 minutos
6.8. Critérios de Alta do Tratamento da DAM	<ul style="list-style-type: none"> Saber os critérios de alta para os o tratamento de DAM 	15 minutos
6.9. Orientação sobre as Prioridades a Dar aos Pacientes numa Situação em que os Produtos Nutricionais Terapêuticos não Estejam em Quantidade Suficiente	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a orientação sobre as prioridades. 	5 minutos
6.10. Estudo de Casos	<ul style="list-style-type: none"> Fazer um exercício práctico sobre o tratamento da DAM no ambulatório 	30 minutos
Estimativa da DuraçãoTotal:		2 horas e 35 minutos

Texto de Apoio 6.1. Critérios de Admissão para o Tratamento da Desnutrição Aguda Moderada (6 meses a 14 anos)

As crianças e adolescentes (6 meses aos 14 anos) com desnutrição aguda moderada (DAM) com ou sem HIV ou TB devem receber tratamento da desnutrição em ambulatório na US. Os critérios de admissão são apresentados na **Tabela** abaixo.

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

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.

Se uma criança tiver DAM e complicações médicas, incluindo sarampo, ela deve ser encaminhada para avaliação clínica e/ou tratamento apropriado, seja no ambulatório ou no internamento (dependendo da gravidade), onde as complicações serão tratadas juntamente com a DAM. Se a criança estiver no internamento e não tiver mais complicações médicas, a criança deve ser encaminhada ao ambulatório para continuar com tratamento da DAM. Pode-se ver que esta criança não vai ao TDI (Tratamento da Desnutrição no Internamento), ela vai ao internamento devido as complicações médicas. O diagnóstico primário para a admissão ao internamento não será a desnutrição, mas sim a doença que estará a complicar a DAM, e a DAM será o segundo diagnóstico da admissão.

Nota: Crianças e adolescentes com P/E ou IMC/Idade ≥ -2 DP e < -1 DP (desnutrição aguda ligeira) **não** devem receber tratamento da desnutrição em ambulatório. Elas devem ser encaminhadas para as sessões de aconselhamento e demonstrações culinárias tanto na unidade sanitária como na comunidade.

Para adolescentes grávidas e nos 6 meses pós-parto, refira aos protocolos no Volume II do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional.

Texto de Apoio 6.2. Medicamentos de Rotina e Suplementos para Pacientes com DAM

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.

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

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 clínica dos olhos pode-se deteriorar muito 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 de 6 a 59 meses que não foram suplementadas nos últimos 6 meses, a partir de 6 meses de idade. O registo de suplementação com vitamina A deve ser feito nas fichas de registo de rotina.

Tratamento sistemático com vitamina A

Idade	Dose de vitamina A	Cápsula de 100 000 UI	Cápsula de 200 000 UI
< 6 meses	50 000 UI	½ cápsula (4 gotas)	¼ cápsula (2 gotas)
6–11 meses	100 000 UI	1 cápsula	½ cápsula (4 gotas)
≥ 12 meses	200 000 UI	2 cápsula	1 cápsula

Ferro e ácido fólico

- Quando a anemia grave é identificada de acordo com as normas de AIDNI, as crianças são encaminhadas para o tratamento no internamento (hospitalar). No internamento o tratamento é dado em conformidade com o tipo de anemia que o paciente apresenta, após uma investigação clínica minuciosa.
- 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 indeterminado, devem tomar cotrimoxazol profilático, de acordo com as Normas de Atenção à Criança Sadia e à Criança em Risco.

Texto de Apoio 6.3. Productos Nutricionais Terapêuticos Usados para o Tratamento da DAM

Em Moçambique existem três produtos alimentares terapêuticos disponíveis para o tratamento da DAM:

- Alimento Suplementar Pronto para Uso (ASPU)
- Misturas Alimentícias Enriquecidas (MAE)
- Alimento Terapêutico Pronto para Uso (ATPU)

ASPU

- Produto especialmente formulado para o tratamento da DAM
- Cada saqueta contém 100 gramas e tem 540 quilocalorias, 12,1 gramas de proteínas e 35 gramas de gordura
- Usado como primeira linha no tratamento de DAM e deve ser administrado a todas as crianças com DAM com idade igual ou superior a 6 meses, contudo a prioridade deve ser dada a crianças menores

MAE

- 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.
- Designada como uma alternativa da segunda linha para o tratamento de DAM a partir dos 5 anos de idade

ATPU

- Alimento maciço, de uso fácil, composto basicamente por amendoim e outros ingredientes (leite em pó, óleo de vegetais, açúcar) enriquecido com vitaminas e minerais, com densidade energética elevada, de fácil consumo
- Designado para o tratamento da DAG a partir dos 6 meses de idade
- Vem embalado em saqueta, e cada saqueta contém 92 gramas de ATPU com 500 quilocalorias, 12,5 gramas de proteína e 32,86 gramas de gorduras.

Grupos priorizados para uso de ASPU, MAE, e ATPU para o tratamento de DAM quando a quantidade de ASPU é insuficiente

- ASPU é a primeira linha no tratamento de DAM para crianças com idade igual ou superior a 6 meses.
- Nos distritos onde não existe suficiente ASPU para todos grupos alvos, o ASPU deve ser priorizado para crianças de 6-59 meses, e onde existe a MAE deve-se administrar a crianças ≥ de 5 anos e adolescentes.
- O ATPU pode ser utilizado como alternativa somente em ausência do ASPU para crianças de 6-59 meses; a MAE pode ser utilizado como primeira alternativa na ausência do ASPU para crianças e adolescentes de 5-14 anos, e ATPU a segunda alternativa para crianças e adolescentes de 5-14 anos na ausência do ASPU e MAE.
- Onde não existem quantidades suficientes de ATPU para crianças e adolescentes dos 6 meses a 14 anos com DAG, as crianças com DAM não devem receber ATPU. Nestes casos deve ser reforçado o aconselhamento nutricional conjugado com as demonstrações culinárias.

Nota: As crianças dos 6-59 meses com desnutrição aguda moderada não devem ser tratadas com MAE mais conhecido por CSB Plus. CSB Plus tem efeito prejudicial nas crianças menores de 5 anos por causa de potenciais traços de vomitoxina, pelo que se recomenda a interrupção imediata do seu uso neste grupo etário.

Ao mesmo tempo que a mãe ou o provedor de cuidados recebe ASPU, MAE, ou ATPU, deve também receber as instruções necessárias para administrá-lo adequadamente à criança.


Produtos nutricionais usados no tratamento da DAM

Crianças 6-59 meses		
ASPU Recomendação primária		1 saqueta/dia
ATPU Primeira alternativa		1 saqueta/dia
Crianças/adolescentes 5-14 anos		
ASPU Recomendação primária		2 saquetas/dia
MAE Primeira alternativa		300 gramos/dia (3 chávenas de chá)
ATPU Segunda alternativa		2 saquetas/dia

Texto de Apoio 6.4. Tratamento da DAM com ASPU e Mensagens para Pacientes com DAM em Tratamento com ASPU

A quantidade diária de ASPU que deve ser oferecida às crianças e adolescentes com DAM está descrita na tabela abaixo.

Quantidade de ASPU para o tratamento da DAM

Idade		Total saquetas de ASPU (100 g por saqueta)			
		para 24 horas	para 7 dias	para 15 dias	para 30 dias
6-59 meses		1	7	15	30
≥ 5 anos		2	14	30	60

Mensagens para pacientes com DAM em tratamento com ASPU

- O ASPU é um produto terapêutico destinado para suplementar a dieta normal. Como tal, ele não deve substituir a ingestão alimentar normal ou prejudicar o aleitamento materno e/ou outras práticas alimentares.
- O ASPU deve ser consumido entre as principais refeições, isto é: metade da dose diária recomendada entre o matabicho e o almoço e a outra metade entre o almoço e o jantar. Uma segunda alternativa é dividir a dose diária em quatro partes e consumir cada uma delas nas três principais refeições e no lanche, juntamente com os outros alimentos normalmente consumidos.
- Se o paciente quiser consumir a dose diária de suplemento de uma única vez, não se deve impedir. O mais importante é que a dose diária seja consumida na totalidade.
- Para os casos de crianças com idade igual ou superior a 6 meses que estiverem a ser amamentadas com leite materno, o aleitamento materno deve ser a prioridade e, portanto, deverá ser oferecido antes de qualquer suplemento nutricional.
- O ASPU só deve ser oferecido 30 minutos ou mais após a amamentação.
- O ASPU é um suplemento alimentar especialmente desenhado para ajudar o paciente desnutrido a recuperar a força e o peso perdido, e não um alimento comum para a alimentação de toda a família.
- Crianças com idade compreendida entre os 6 e os 59 meses devem consumir, por dia, 1 saqueta de ASPU.
- Pacientes com idade igual ou superior a 5 anos devem consumir, por dia, 2 saquetas de ASPU.
- O ASPU pode ser consumido de várias formas dependendo da preferência do paciente, por exemplo: consumido simples, misturado com papas, ou barrado no pão.
- Antes e depois do paciente se alimentar ou preparar a comida, o paciente e o provedor de cuidados (se o paciente por si não consegue se alimentar) devem lavar as mãos usando água corrente e sabão ou cinza. Os alimentos devem ser mantidos limpos e cobertos. As refeições preparadas e conservadas a mais de 2 horas devem ser aquecidas antes de se comer.
- O paciente deve beber muita água tratada e armazenada de forma segura para manter um bom estado de hidratação. É muito importante lembrar que a água deve ser potável (fervida ou tratada) para evitar a diarreia.
- Se tiver diarreia, o paciente deve iniciar a toma de sais de rehidratação oral (SRO) ou outros líquidos de acordo com recomendações nacionais e se necessário se dirigir ao posto de saúde.

O paciente deve continuar a alimentar-se com comida e água extra, não se esquecendo de lavar as mãos com sabão ou cinza sempre que usar a latrina.

13. O paciente deve voltar à Unidade Sanitária a cada 15 dias para fazer o controlo e seguimento.

14. Se a condição clínica se agravar, o paciente deve ir imediatamente à Unidade Sanitária.

Texto de Apoio 6.5. Tratamento da DAM com MAE e Instruções para a Preparação da MAE

Tratamento da DAM com MAE

A quantidade diária de MAE que deve ser oferecida às crianças e adolescentes com DAM está descrita na **Tabela** abaixo– 300 gramas por dia para crianças de 5-14 anos.

6

Quantidade de MAE para o tratamento de DAM

Idade da criança	Total em gramas de MAE para 24 horas
5-14 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 da MAE

1. Por cada refeição, use 100 gramas de MAE (equivalente a uma chávena de chá) com 500 ml de água (equivalente a 2 copos).
2. Misturar 100 gramas de MAE com uma pequena quantidade de água (morna ou fria). Mexer essa mistura para dissolver bem a MAE e retirar as bolhas de ar.
3. Aquecer à parte água numa panela. Só quando a água estiver a ferver é que se adiciona a MAE (previamente dissolvida em água). Mexer bem para evitar a formação de grumos.
4. Deixar a papa ferver lentamente durante 5 a 15 minutos, mexendo sempre. Não cozinhar por mais de 15 minutos para não perder as vitaminas.

Texto de Apoio 6.6. Tratamento da DAM com ATPU

Tratamento da DAM com ATPU

- Para a distribuição do ATPU deve-se dar prioridade às 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 gosta e consegue comer o ATPU.
- A mãe pode levantar a quantidade para 1 mês na farmácia, após confirmação de que a criança ou adolescente passou no teste do apetite.
- 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.
- A quantidade de ATPU para o tratamento de DAM é apenas um suplemento, sendo por isso, menor do que a quantidade terapêutica designada para tratar uma criança ou adolescente com desnutrição aguda grave.

Quantidade de ATPU (saquetas) para tratamento de DAM



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
6-59 meses	1	7	15	30
≥ 5 anos	2	14	30	60

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 (de preferência antes que lhe seja dado outro tipo de comida).
- Deve-se explicar também que a criança tem que beber água tratada e armazenada de forma segura enquanto come o ATPU e também depois de comer. É muito importante lembrar que a água seja potável (fervida ou tratada) para evitar diarreias.

Texto de Apoio 6.7. Monitoria Individual durante as Consultas de Controlo

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 adolescents que não apresentam ganho de peso ou tem perda de peso, merecem atenção especial durante o exame médico
 - Crianças e adolescents que tem um episódio de doença desde a última visita merecem atenção especial durante o exame médico
 - 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.

Para casos particulares deve-se realizar também visitas ao domicílio (pelos ACSs, APEs, etc.) para se detectar possíveis problemas no ambiente familiar, os quais podem afectar a recuperação da criança, mesmo que não seja necessário fazê-lo de forma rotineira. Veja o Módulo 8 para mais informação.

Texto de Apoio 6.8. Critérios de Alta do Tratamento da DAM

Os critérios de alta do tratamento de DAM são os seguintes:

- Crianças dos 6 aos 59 meses de idade com
 - P/E \geq -1 DP em 2 pesagens sucessivas ou o seguinte PB em duas avaliações sucessivas: 6-59 meses: \geq 12,5 cm
- Crianças dos 5 anos aos 14 anos de idade com
 - IMC/Idade \geq -1 DP em 2 pesagens sucessivas ou o seguinte PB em duas avaliações sucessivas: 5-10 anos: \geq 14,5 cm; 11-14 anos: \geq 18,5 cm

Após o término do tratamento, continuar o controlo mensalmente por mais 3 meses para assegurar que a criança ou adolescente mantém P/E ou IMC/Idade \geq -1 DP e ou PB acima do corte do normal para a idade.

Texto de Apoio 6.9. Orientação sobre as Prioridades a dar aos Pacientes numa Situação em que os Produtos Nutricionais Terapêuticos não Estejam em Quantidade Suficiente

- Numa situação em que se tenha quantidade insuficiente dos diferentes tipos de produtos nutricionais terapêuticos ou suplementares, os clínicos das Unidades Sanitárias devem considerar os seguintes indicadores para decidir quem deve ter prioridade de acesso aos produtos disponíveis:
 - (a) idade
 - (b) gravidade da desnutrição
 - (c) estado clínico
- Deve-se dar sempre o aconselhamento nutricional ao cuidador e/ou adolescente durante o tratamento.
- Nos casos de ruptura de stock, o aconselhamento nutricional deve ser reforçado conjugado às demonstrações e práticas culinárias, com ênfase na promoção do consumo de alimentos localmente disponíveis.

Texto de Apoio 6.10. Estudo de Casos

Dividir em grupos de 3. A metade dos grupos devem responder as perguntas do Caso 1 e a outra metade as perguntas do Caso 2. Depois de 15 minutos, 2 grupos apresentarão os casos em plenária.

Caso 1: Josefina

- Idade: 2 anos, 8 meses
 - Peso: 8.7 kg
 - Altura: 84 cm
 - P/E ≥ -3 e < -2 DP
 - Edema: Não
 - Tem apetite: Sim
 - Alerta: Sim
 - Clinicamente bem: Sim
 - Anti-helmítico: Não recebeu nos últimos 6 meses
 - Vitamin A: Não recebeu nos últimos 6 meses
 - A US tem suficiente ASPU para tratar crianças e adolescentes com DAM
7. Que medicamentos deve receber a criança na admissão e durante o tratamento?
 8. Que tipo de alimento terapêutico deve receber a criança?
 9. Que quantidade do alimento terapêutico deve receber a criança se voltar à US a cada 15 dias para fazer o controlo e seguimento?
 10. Que conselhos deve-se dar a mãe ou ao provedor de cuidados? Explique em detalhes.
 11. Que parâmetros devem ser monitorados e registados nas visitas de seguimento? Explique em detalhe.
 12. Depois de 6 semanas de tratamento a Josefina tem um peso de 9,6 kg e uma altura de 84,5 cm, está sem edema, alerta, clinicamente bem, e tem apetite. A Josefina atingiu os critérios para receber alta, Sim ou Não? Porquê?

Caso 2: Mário

- Idade: 13 anos, 2 meses
 - Peso: 30,5 kg
 - Altura: 147 cm
 - IMC-para-idade = 14.1 (≥ -3 e < -2 DP)
 - Edema: Não
 - Tem apetite: Sim
 - Alerta: Sim
 - Clinicamente bem: Sim
 - Anti-helmítico: Não recebeu nos últimos 6 meses
 - Vitamin A: N/A – criança maior de 59 meses
 - A US não tem ASPU mas tem MAE e ATPU
1. Que medicamentos deve receber o adolescente na admissão e durante o tratamento?

2. Que tipo de alimento terapêutico deve receber o adolescente?
3. Que quantidade de alimento terapêutico deve receber o adolescente se voltar à US a cada 15 dias para fazer o controlo e seguimento?
4. Que conselhos deve-se dar a mãe ou ao provedor de cuidados? Explique em detalhes.
5. Que parâmetros devem ser monitorados e registados nas visitas de seguimento? Explique em detalhe.
6. Depois de 9 semanas de tratamento o Mário tem um peso de 36,7 kg e uma altura de 148 cm, está sem edema, alerta, clinicamente bem, e tem apetite. O Mário atingiu os critérios para receber alta, Sim ou Não? Porquê?

Módulo 7: Monitoria do Desenvolvimento e Estimulação Emocional e Psico-Motora

Textos de Apoio	Objectivos	Estimativa da duração
7.1. Monitoria do Desenvolvimento da Criança	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a importância de monitorar o desenvolvimento da criança Saber quando monitorar os marcos do desenvolvimento da criança Saber classificar o estado do desenvolvimento da criança e proceder com a conduta adequada Saber quem deve monitorar os marcos do desenvolvimento da criança no internamento e no ambulatório 	20 minutos
7.2. Ficha de Monitoria do Desenvolvimento Psicomotor	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a Ficha de Monitoria do Desenvolvimento Psicomotor Saber preencher a Ficha de Monitoria do Desenvolvimento Psicomotor 	30 minutos
7.3. Estimulação para Crianças Desnutridas	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer a importância da estimulação para crianças desnutridas Conhecer as áreas de desenvolvimento que devem ser estimuladas pelas actividades de estimulação Saber como e em que momento estimular as crianças 	20 minutos
7.4. Cuidados Sensíveis e Estimulação no TDI	<ul style="list-style-type: none"> Saber quais são os cuidados sensíveis em todo o tratamento da criança Saber estabelecer um ambiente físico amigável à criança Saber fazer demonstrações e aconselhamento em estimulação Saber fazer o controle e limpeza dos brinquedos 	30 minutos
7.5. Estimulação no TDA	<ul style="list-style-type: none"> Saber fazer a estimulação no TDA 	10 minutos
7.6. Educação e Apoio Psicológico aos Cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os temas que se devem incluir nos programas de educação dos cuidadores Saber quem deve fornecer educação e suporte psicológico aos cuidadores 	15 minutos
7.7. Actividades Estimulantes Apropriados para Idade	<ul style="list-style-type: none"> Saber fazer actividades estimulantes apropriados para idade 	60 minutos
7.8. Ideias para Fazer Brinquedos com Materiais Locais	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as diferentes formas de fazer brinquedos com materiais locais Saber fazer brinquedos com materiais locais 	30 minutos
Estimativa da duração total:		3 horas e 35 minutos

Texto de Apoio 7.1. Monitoria do Desenvolvimento da Criança

A desnutrição tem sequelas graves para o desenvolvimento cognitivo das crianças. Se uma criança não recebe nutrientes adequados e suficientes nos seus primeiros anos de vida, a criança pode sofrer danos cerebrais, resultando em dificuldades no pensamento, na resolução de problemas e na aprendizagem.

Os atrasos causados pela desnutrição tornam-se irreversíveis se não forem corrigidos nos primeiros dois anos de vida. Assim sendo, é essencial que os profissionais de saúde monitorem o desenvolvimento da criança desnutrida, tanto no TDI como no TDA

Para monitorar o desenvolvimento da criança, o pessoal de saúde deve utilizar a Ficha de Monitoria do Desenvolvimento Psicomotor encontrada no Texto de Apoio 7.2.

Depois de fazer a monitoria do desenvolvimento da criança, deve anexar a ficha ao processo clínico da criança. A mesma ficha deve ser utilizada no ambulatório. Os marcos do desenvolvimento da criança devem ser monitorados em dois momentos: após a admissão da criança no PRN (ou seja, após a estabilização da mesma) e no momento da alta. Esse procedimento ajudará a ver se houve alguma evolução no estado da criança e se a criança deve ser referida para especialista.

Antes de iniciar a monitorar os marcos do desenvolvimento da criança, o pessoal de saúde deve explicar a mãe, qual é o propósito da actividade de monitoria. De seguida, deve fazer perguntas a mãe sobre cada marco que corresponde a faixa etária da criança (ver Texto de Apoio 7.2). Em caso de dúvida, deve pedir a mãe para demonstrar como a criança faz uma certa acção. A seguir, de acordo com o resultado da monitoria, deve classificar o estado do desenvolvimento da criança e proceder com a conduta adequada (**Tabela 7.1**).

No TDI, a monitoria dos marcos do desenvolvimento pode ser realizada pelo clínico, pediatra, psicólogo ou técnico de psiquiatria e saúde mental. Na ausência desses, a enfermeira de SMI também pode fazer a monitoria. No ambulatório, a monitoria dos marcos pode ser realizada nas visitas de seguimento pelos provedores de saúde da US.

Tabela 7.1. Classificação do desenvolvimento e conduta

CLASSIFICAÇÃO	MARCOS	CONDUTA
Provável atraso no desenvolvimento	Ausência de um ou mais marcos para a faixa etária	<ul style="list-style-type: none"> Referir para avaliação neuromotora E Orientar a mãe sobre a estimulação do seu filho
Desenvolvimento normal com factores de risco	Todos os marcos estão presentes, mas existem um ou mais factores de risco	<ul style="list-style-type: none"> Marcar consulta de controlo Informar a mãe sobre os sinais de alerta E Orientar a mãe sobre a estimulação do seu filho
Desenvolvimento normal	Todos os marcos para a sua faixa etária estão presentes	<ul style="list-style-type: none"> Elogiar e orientar a mãe para que continue a estimular a criança Informar a mãe sobre os sinais de alerta

NB: São considerados factores de risco para o desenvolvimento da criança os seguintes:

- Depressão materna
- Mãe adolescente
- Prematuridade
- Violência
- Alcoolismo/uso de drogas
- Exposição ou infecção pelo HIV
- Desnutrição

Texto de Apoio 7.2. Ficha de Monitoria do Desenvolvimento Psicomotor



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Unidade Sanitária: _____ Serviço: _____
 Nome da Criança: _____ NID: _____
 Razão da admissão: _____
 Estado clínico na admissão: _____
 Preenchido por (nome, função): _____

FAIXA ETÁRIA	IDADE (Meses)	DATA DA 1ª AVALIAÇÃO:	DATA DA ALTA:	PROGRESSO (circule um)	OBSERVAÇÕES E CONDUTA
1 mês a menos de 2 meses		<input type="checkbox"/> Emite sons <input type="checkbox"/> Esperneia alternadamente <input type="checkbox"/> Sorri para o cuidador <input type="checkbox"/> Abre as mãos	<input type="checkbox"/> Emite sons <input type="checkbox"/> Esperneia alternadamente <input type="checkbox"/> Sorri para o cuidador <input type="checkbox"/> Abre as mãos	1. Regresso 2. Estacionário 3. Melhoria	
2 meses		<input type="checkbox"/> Fixa o olhar no rosto da mãe <input type="checkbox"/> Segue objecto com os olhos <input type="checkbox"/> Reage ao som <input type="checkbox"/> Eleva a cabeça	<input type="checkbox"/> Fixa o olhar no rosto da mãe <input type="checkbox"/> Segue objecto com os olhos <input type="checkbox"/> Reage ao som <input type="checkbox"/> Eleva a cabeça	1. Regresso 2. Estacionário 3. Melhoria	
3-4 meses		<input type="checkbox"/> Responde a mãe <input type="checkbox"/> Segura objecto <input type="checkbox"/> Emite sons em resposta a mãe <input type="checkbox"/> Sustenta a cabeça e os ombros	<input type="checkbox"/> Responde a mãe <input type="checkbox"/> Segura objecto <input type="checkbox"/> Emite sons em resposta a mãe <input type="checkbox"/> Sustenta a cabeça e os ombros	1. Regresso 2. Estacionário 3. Melhoria	
5-6 meses		<input type="checkbox"/> Alcança um objecto <input type="checkbox"/> Leva objectos a boca <input type="checkbox"/> Localiza o som <input type="checkbox"/> Rola	<input type="checkbox"/> Alcança um objecto <input type="checkbox"/> Leva objectos a boca <input type="checkbox"/> Localiza o som <input type="checkbox"/> Rola	1. Regresso 2. Estacionário 3. Melhoria	
7-9 meses		<input type="checkbox"/> Brinca 'esconde-encontrou' <input type="checkbox"/> Passa objecto de uma mão para outra <input type="checkbox"/> Duplica sílabas (mamama...) <input type="checkbox"/> Senta sem apoio e tenta ficar de pé	<input type="checkbox"/> Brinca 'esconde-encontrou' <input type="checkbox"/> Passa objecto de uma mão para outra <input type="checkbox"/> Duplica sílabas (mamama...) <input type="checkbox"/> Senta sem apoio e tenta ficar de pé	1. Regresso 2. Estacionário 3. Melhoria	
10-12 meses		<input type="checkbox"/> Imita gestos (diz adeus, bate palmas) <input type="checkbox"/> Segura pequenos objectos (faz pinça) <input type="checkbox"/> Fala "jargão" (frases sem sentido) <input type="checkbox"/> Fica de pé e anda com apoio	<input type="checkbox"/> Imita gestos (diz adeus, bate palmas) <input type="checkbox"/> Segura pequenos objectos (faz pinça) <input type="checkbox"/> Fala "jargão" (frases sem sentido) <input type="checkbox"/> Fica de pé e anda com apoio	1. Regresso 2. Estacionário 3. Melhoria	

FAIXA ETÁRIA	IDADE (Meses)	DATA DA 1ª AVALIAÇÃO:	DATA DA ALTA:	PROGRESSO (circule um)	OBSERVAÇÕES E CONDUTA
13-15 meses		<input type="checkbox"/> Faz gestos ao pedido <input type="checkbox"/> Coloca objectos num recipiente <input type="checkbox"/> Produz pelo menos 1 palavra <input type="checkbox"/> Anda sem apoio <input type="checkbox"/> Usa dedos para se alimentar	<input type="checkbox"/> Faz gestos ao pedido <input type="checkbox"/> Coloca objectos num recipiente <input type="checkbox"/> Produz pelo menos 1 palavra <input type="checkbox"/> Anda sem apoio <input type="checkbox"/> Usa dedos para se alimentar	1. Regresso 2. Estacionário 3. Melhoria	
16-18 meses		<input type="checkbox"/> Identifica 2 objectos <input type="checkbox"/> Rabisca espontaneamente <input type="checkbox"/> Produz 3 palavras <input type="checkbox"/> Anda para trás	<input type="checkbox"/> Identifica 2 objectos <input type="checkbox"/> Rabisca espontaneamente <input type="checkbox"/> Produz 3 palavras <input type="checkbox"/> Anda para trás	1. Regresso 2. Estacionário 3. Melhoria	
19-24 meses		<input type="checkbox"/> Tira a roupa <input type="checkbox"/> Constrói torre de 3 cubos <input type="checkbox"/> Aponta 2 desenhos <input type="checkbox"/> Chuta a bola com o pé <input type="checkbox"/> Brinca com boneca ou carrinho	<input type="checkbox"/> Tira a roupa <input type="checkbox"/> Constrói torre de 3 cubos <input type="checkbox"/> Aponta 2 desenhos <input type="checkbox"/> Chuta a bola com o pé <input type="checkbox"/> Brinca com boneca ou carrinho	1. Regresso 2. Estacionário 3. Melhoria	

Texto de Apoio 7.3. Estimulação para Crianças Desnutridas

Importância da estimulação para crianças desnutridas

Nos primeiros anos de vida o cérebro cresce mais do que em qualquer outro período, e possui uma grande plasticidade. Por isso, nesta época a criança melhor responde às terapias e aos estímulos que recebe.

O atraso do desenvolvimento cerebral pode ser substancialmente reduzido pela estimulação psicológica, através de programas de jogos que devem iniciar no hospital e continuar no ambulatório e após a alta. As crianças desnutridas que regularmente participam nas actividades de estimulação junto as intervenções de suplementação nutricional, são capazes de atingir o nível de desenvolvimento psicomotor igual as crianças que nunca ficaram desnutridas.

O que é actividade de estimulação?

As actividades de estimulação são jogos, brincadeiras e conversas com as crianças (exemplos encontram-se no Texto do Apoio 7.7) e têm por objectivo estimular as 4 áreas de desenvolvimento na criança, que são:

1. Área física (capacidades de andar, correr, saltar, pegar e manipular objectos, escrever);
2. Área de pensamento (capacidades de pensar e resolver problemas, de lembrar e seguir as instruções);
3. Área de linguagem (perceber os outros; expressar-se com clareza);
4. Área social e emocional (interagir bem com os outros, controlar suas emoções, persistir numa tarefa).

Os profissionais de saúde devem ser capazes de explicar aos cuidadores da criança como os jogos e as brincadeiras ajudam a promover as áreas de desenvolvimento. Por exemplo, ao construir uma torre de blocos, a criança treina seus dedos, pensa como fazer para a torre não cair, conversa com cuidador sobre o que está a fazer, e consegue não ficar frustrada e recomeçar o trabalho se a torre cair.

Momentos para estimulação

As crianças no PRN devem beneficiar-se das actividades de estimulação logo após a admissão ao programa. Por exemplo, a criança internada pode ser estimulada de forma suave através de toques e massagens, brincadeiras durante a hora do banho ou da refeição, conversas, objectos com cores e sons pendurados por volta ou por cima da sua cama.

Após a criança ter alta do TDI, a estimulação deve continuar no TDA. Cada vez que o cuidador traz a criança para fazer seguimento, o pessoal de saúde deve monitorar o desenvolvimento da criança e aconselhar a mãe em novas actividades estimulantes para fazer com a criança em casa.

Ensinar a mãe a estimular a criança

O principal grupo alvo para actividades de estimulação são as mães e outros cuidadores. Os profissionais de saúde devem mostrar e demonstrar às mães como brincar e conversar com as crianças de forma a estimular todas as 4 áreas de desenvolvimento.

Texto de Apoio 7.4. Cuidados Sensíveis e Estimulação no TDI

Cuidados sensíveis em todo o tratamento da criança

As crianças necessitam de ser tratadas com bastante afecto e ternura desde o início do seu tratamento. No hospital, cada adulto deve falar e sorrir para as crianças doentes. O médico, a enfermeira, ou qualquer outro trabalhador de saúde deve:

- 1) Ao aproximar a criança, cumprimentar e conversar ou fazer pequenas brincadeiras, antes de realizar qualquer procedimento com ela;
- 2) Ao fazer uma acção com a criança, explicar o que vai fazer e pedir a permissão dela. Por exemplo: “*Agora quero ver a tua boca. Podes abrir por favor?*”
- 3) Se a criança mostrar medo ou negar uma acção, deve conversar ou fazer uma brincadeira com ela, para a criança sentir-se à vontade;
- 4) Elogiar a criança pela colaboração e pela coragem.

Em caso das crianças desnutridas, esses cuidados sensíveis são especialmente importantes no momento da refeição, porque podem ajudar a criança doente a comer mais e melhor. Ensine o cuidador a observar e responder aos sinais da criança (*Quer mais? Está sossegada? Quer água?*), conversar com a criança sobre as cores e os sabores de alimentos (*De que cor é a cenoura? E a xima?*¹³ *A matapa é doce ou salgada?*¹⁴), e fazer pequenas brincadeiras (de avião, etc.) que ajudam a criança a comer.

Ambiente físico amigável à criança

Para as crianças e adolescentes no internamento, deve-se evitar a privação sensorial, para tal é necessário assegurar que:

- 1) Os quartos do hospital devem ter cores vivas e decorações alegres;
- 2) O uniforme do pessoal de saúde deve ter o mesmo padrão dum vestido normal de uma mãe;
- 3) Em caso de crianças acamadas, móveis de cores vivas devem ser penduradas sobre cada cama;
- 4) Em caso de crianças que se movimentam, devem ter acesso livre e imediato (no quarto deles) aos materiais de brincar, que podem ser feitos de materiais reciclados pelas próprias mães.

Movimentos e brincadeiras livres das crianças

As crianças não podem ser cobertas demasiado ou restringidas de se moverem nas camas. Os brinquedos devem estar sempre ao seu alcance no quarto onde estão acamadas. Aproveite ao máximo os brinquedos feitos de materiais reciclados para diminuir o risco de ficar sem brinquedos. Encoraje as crianças a interagir livremente com brinquedos e umas com as outras, diariamente, logo que se tornem mais activas. Quando atingida a fase de reabilitação, deve-se evitar que as crianças fiquem muito tempo acamadas, devendo ficar em esteiras ou outros lugares com outras crianças.

Demonstrações e aconselhamento em estimulação

Devem existir no TDI um ou dois profissionais de saúde responsáveis por organizar demonstrações e aconselhamento em estimulação para os cuidadores. Pode ser um Psicólogo, Clínico ou Técnico de Psiquiatria e Saúde Mental. Esses provedores devem realizar, no mínimo duas vezes por semana ou sempre que tiver novas admissões, as demonstrações em estimulação para os cuidadores, seguidas pelo aconselhamento individual.

Durante a demonstração em estimulação, os profissionais de saúde devem:

- 1) Perguntar como as mães brincam ou conversam com suas crianças e em que momentos;
- 2) Explicar a importância de brincar e conversar com as crianças desnutridas e doentes, e como aproveitar todos os momentos para isso (ao dar de comer, dar banho, etc.);

¹³ Xima é uma massa alimentícia feita de farinha de milho.

¹⁴ Matapa é um carril de folha de mandioqueira.

- 3) Demonstrar uma actividade estimulante para crianças de faixas etárias presentes (por exemplo, para crianças de menos de 1 ano; de 1 a 2 anos; e de 3 anos e mais). Veja o Texto de Apoio 7.7.
- 4) Pedir as mães para que pratiquem a actividade demonstrada com sua criança. Se precisar de brinquedos e esses forem poucos, fazer uma escala para todas as mães conseguirem praticar a actividade.
- 5) Observar, elogiar e aconselhar as mães uma por uma, enquanto praticam a actividade com sua criança; incentivar as mães a brincar assim com sua criança todos os dias.

Pelo menos uma vez por semana, os profissionais de saúde devem ensinar as mães como produzir brinquedos com materiais reciclados, para suas crianças. Os brinquedos que as mães produzirem devem estar de acordo com a idade da sua criança. Veja o Texto de Apoio 7.8 para ideias de como fazer brinquedos com materiais locais.

Para assegurar a produção dos brinquedos, o pessoal de saúde deve organizar uma caixa onde as coqueiras podem conservar materiais reciclados devidamente lavados e/ou limpos, tais como pacotinhos de sumo, de leite, garrafas de água, embalagens e caixas de produtos, copinhos de iogurtes. Devem recolher coisas pequenas como tampas, numa caixinha separada. O resto de materiais necessários, como trapos, cordas, arames, etc., podem ser contribuídos pelo pessoal de saúde. Materiais de produção como tesoura, linha e agulha, podem ser requisitados na US.

A produção e uso de brinquedos caseiros têm muitas vantagens, tais como:

- Os brinquedos caseiros pertencem a criança, podem ser usados por ela em qualquer momento e podem ser levados para casa após a alta
- Os brinquedos caseiros têm poucos custos para enfermaria, pouco risco de serem roubados e podem ser facilmente substituídos
- Os brinquedos caseiros permitem que as mães ganhem capacidade de produzir brinquedos para seus filhos

Controle e limpeza dos brinquedos

Os brinquedos devem ser seguros, laváveis e apropriados para o nível de desenvolvimento das crianças.

Brinquedos caseiros feitos pelos cuidadores. Os brinquedos produzidos pelos utentes sempre ficam com os cuidadores e as crianças as quais pertencem. Ensine a mãe a olhar para a limpeza e segurança dos seus brinquedos (Devem passar um pano ou refazer o brinquedo, se ficar muito sujo ou desfazer-se.)

Brinquedos comprados ou doados. Os brinquedos que foram doados ou comprados para o TDI, devem ser registados numa lista e devem ser assinalados cada vez que forem retirados ou devolvidos ao armazém. O responsável pelas demonstrações deve cuidar da chave da caixa ou do armazém onde se guardam esses brinquedos.

Os brinquedos utilizados durante o dia devem ser limpos com um pano meio húmido (molhado numa bacia com um pouco de Javél ou sabão) sempre antes de devolver ao armazém. Lave as bonecas de pano sempre que necessário. Não adquiram ou aceitem brinquedos que tenham pêlos no TDI, porque esses são difíceis de limpar e podem aumentar infecções entre as crianças.

Texto de Apoio 7.5. Estimulação no TDA

As crianças com DAM e DAG sem complicações médicas também devem beneficiar de estimulação. Em cada contacto com a criança, os profissionais de saúde devem realizar as seguintes actividades:

1. Verificar os marcos de desenvolvimento da criança de acordo com a idade;
2. Perguntar e observar como o cuidador conversa e brinca com a criança; elogiar;
3. Demonstrar e pedir ao cuidador para experimentar uma actividade estimulante apropriada para idade;
4. Ajudar a fazer o plano para casa (quem e quando poderá brincar com a criança em casa).

O provedor deve ter num canto da mesa o kit de brinquedos caseiros ou outros, que pode utilizar na monitoria de desenvolvimento e na demonstração de actividades estimulantes. O kit pode ter: 1) um móvel enfiado num fio, 2) um lenço para esconder a cara, 3) uma boneca ou carrinho, 4) uma caixa de surpresa com objectos pequenos para pegar, contar, dizer cores, etc., 5) uma bola e 6) objectos para amontoar (por ex., 3 caixinhas vazias, vasilhames de medicamentos).

Texto de Apoio 7.6. Educação e Apoio Psicológico aos Cuidadores

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. Considerando a importância das mães dentro das famílias, a sua educação e ocupação durante o internamento, são fundamentais para prevenção da desnutrição no futuro.

Portanto, deve-se rentabilizar o tempo de internamento das mães com actividades de educação para promoção de saúde, organizando sessões práticas diárias, interagindo com as mães tanto quanto possível. Os programas devem incidir sobre a promoção do aleitamento materno, o uso apropriado dos alimentos que existem em casa, higiene pessoal e do ambiente, tratamento da água, cuidados em casa durante a doença, vacinação, tratamento das diarreias e prevenção de doenças: pneumonia, tuberculose, malária, HIV e SIDA; 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 educação devem ser realizadas por pessoal com preparação prévia adequada, tais como enfermeiros, estudantes de medicina e nutrição, técnicos de acção social, alfabetizadores ou voluntários competentes.

O apoio psicológico às mães ou aos cuidadores, sobretudo durante o internamento prolongado, é também muito importante. Todos os elementos da equipe hospitalar devem ter capacidades de dar o suporte psicológico necessário às mães ou a outros acompanhantes das crianças.

Texto de Apoio 7.7. Actividades Estimulantes Apropriados para Idade

De 0 aos 6 meses

1. Observar a criança. Imitar os sons e as expressões da cara que a criança faz, fazendo assim uma conversa com ela. Por exemplo, se a criança piscar os olhos, fazer o mesmo, e se a criança disser: “babababa”, responder a ela da mesma forma.
2. Fazer massagem suave à criança. Começar pelas pernas, passar para os braços, depois para o peito e a barriga, a seguir tocar suavemente na cara. Virar a criança e passar com as mãos das costas até aos pés da criança. Durante todo tempo, observar a reacção da criança e conversar com ela, por exemplo: “Agora estou a tocar nas suas pernas...”
3. Baloçar a criança de formas diferentes, cantando canções para ela, ou simulando que ela é um “avião”, etc.
4. Procurar 3 a 4 objectos de cores vivas e texturas diferentes, por exemplo, uma toalhina seca e outra húmida, uma esponja e uma garrafa plástica lisa. Mostrar a criança e depois tocar lhe com esse objecto, para ela sentir as texturas diferentes (estimulação táctil). Conversar com ela: “Estou a tocar-te com uma toalhina, gostas, não é?”
5. Balançar uma argola ou algum objecto de cor viva num fio ao alcance da criança e encorajá-la a agarrar. Suspender a argola sobre a cama e encorajar a criança a bater nela e fazê-la balançar.
6. Fazer um som com chocalho, dum lado da criança, e esperar para ela encontrar o chocalho. Elogiar a criança. A seguir fazer o som de outro lado, em cima da criança, atrás da criança etc., dando tempo para criança descobrir de cada vez, de onde vem a som.
7. Pôr a criança de barriga e colocar um brinquedo que a criança gosta, em frente dela, para a criança tentar alcançar.

A partir dos 6 meses

1. Observar a criança. Imitar os sons e as expressões da cara que a criança faz, fazendo assim uma conversa com ela. Por exemplo, se a criança piscar os olhos, fazer o mesmo; e se a criança disser, “Babababa”, responder a ela da mesma forma.
2. Fazer massagem suave à criança. Começar pelas pernas, passar para os braços, depois para o peito e a barriga, a seguir tocar suavemente na cara. Virar a criança e passar com as mãos das costas até aos pés da criança. Durante todo tempo, observar a reacção da criança e conversar com ela, por exemplo: “Agora estou a tocar nas suas pernas...”
3. 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. Cantar para a criança.
4. Procurar uns 3-4 objectos de cores vivas e texturas diferentes, por exemplo, uma toalhina seca e outra húmida, uma esponja e uma garrafa plástica lisa. Mostrar a criança e depois tocar lhe com esse objecto, para ela sentir as texturas diferentes (estimulação táctil). Conversar com ela: “Estou a tocar-te com uma toalhina, gostas, não é?”
5. Balançar uma argola ou algum objecto de cor viva num fio ao alcance da criança e encorajá-la a agarrar. Suspender a argola sobre a cama e encorajar a criança a bater nela e fazê-la balançar.
6. Fazer um som com chocalho, dum lado da criança, e esperar para ela encontrar o chocalho. Elogiar a criança. A seguir fazer o som de outro lado, em cima da criança, atrás da criança etc., dando tempo para criança descobrir de cada vez, de onde vem a som.
7. Pôr a criança de barriga e colocar um brinquedo que a criança gosta, em frente dela, para a criança tentar alcançar. Mais tarde, rolar um brinquedo para fora do alcance da criança, para a encorajar a gatinhar atrás do mesmo.

A partir dos 9 meses

1. Levar a criança para passear pelo hospital ou fora num jardim. Parar e apontar coisas interessantes, como desenhos, brinquedos, e outras crianças, dizendo os nomes (“*Olha, uma borboleta! Uma menina como tu!*”). Perguntar onde está algo que acabaram de ver (“*Onde está a bola? Está aqui!*”).
2. Baloçar a criança de formas diferentes, cantando canções para ela, ou fingindo que ela é um “avião” etc.
3. Fazer os jogos de dedos com a criança. Por exemplo, contar uma história usando os dedos da criança (“*Era uma vez um passarinho, que tinha 5 bebezinhos, um, dois, três, quarto, cinco!*”), e depois “subir” pelo braço e fazer cocegas à criança (“*Levou os passarinhos para o ninho!*”). Ou ensinar a criança a bater palmas enquanto você canta.
4. Dar a criança uma caixa com uns 5-6 objectos dentro (tampas, copinhos de iogurte, conchas ou sementes grandes etc.). Deixar a criança a pegar e a observar as tampas e a caixa. Mostrar a criança como colocar as tampas e depois retirar da caixa, uma por uma. Virar a caixa para baixo e ensinar a criança a pôr as tampas em cima da caixa. Conversar com a criança: pedir a criança para pôr as tampas na caixa, dar uma tampa para si, etc.
5. Mostrar a criança como pode bater a caixa com a tampa, ou duas tampas um contra a outra. Cantar enquanto a criança bate na caixa.
6. Fazer jogos de “esconde-encontrou”. Por exemplo, cobrir as tampas com a caixa e deixar a criança encontrá-las. Ou cobrir a caixa ou a sua cara com a capulana, e deixar a criança retirar a capulana. Perguntar: “*Onde está mamã?*” Mostrar o prazer quando a criança lhe encontra.

A partir dos 12 meses

1. 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. Conversar com a criança: “*Anda aqui, meu filho, anda e pegue esse carrinho!*”
2. Dar uma bola à criança. Jogar com a criança da maneira que a criança consegue, por exemplo, rolando a bola pelo chão, chutando a bola, ou atirando com as mãos. Conversar com a criança durante a brincadeira, dizendo, por exemplo: “*Chuta a bola para mãe, filha!*”
3. Ensinar à criança canções infantis locais, batendo as palmas, ou batendo uma caixa ou uma lata como se fosse um tambor.
4. Dar a criança (tanto menina como rapaz) uma boneca. Conversar sobre a boneca, e pedir a criança para fazer diferentes acções com a boneca. Por exemplo: “*A boneca Marta está com fome. Podes dar a ela de comer?*”. Elogiar a criança.
5. Dar a criança 4-5 copinhos de iogurte, pequenas caixas, garrafas plásticas recortadas ou outras coisas que se podem montar como se fossem torres e depois derrubar. Ensinar a criança a fazer torres e a derrubá-las. Elogiar a criança.

A partir dos 18 meses

1. Fazer jogo de partes de corpo com a criança. Perguntar: “*Onde está o nariz?*”, e esperar para a criança apontar, etc. Ou perguntar: “*Onde estão os olhos da mamã?*” etc. Noutro dia repetir o jogo, mas fazendo perguntas sobre as peças de roupa, ou sobre os alimentos que têm a volta, etc.
2. Contar uma história curta à criança usando um boneco ou os seus dedos, mostrando todas as acções. Por exemplo: “*Era uma vez uma boneca Marta. Ela foi a machamba (fazer a boneca andar) onde tirou umas maçarocas (mostrar a boneca a tirar maçarocas) e levou à casa para cozinhar (mostrar a boneca a cozinhar)*”. Mais tarde pedir a criança para mostrar as acções enquanto você conta a história.
3. 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.

4. Colocar a criança sentada no seu colo. Ensinar a criança a virar as páginas de um livro (folheto, publicidade) e a apontar os desenhos. Mostrar à criança os desenhos de objectos familiares simples e dizer os nomes.
5. Dar papel (reciclado, da caixa) à criança e um pedaço de carvão, giz ou lápis, para desenhar. Mostrar como desenhar figuras simples (umas linhas, um círculo, uma cruz) e deixar a criança imitar. Descrever o que você ou a criança desenhou e elogiar a criança.

A partir de 36 meses


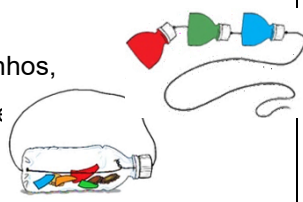
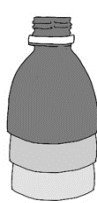

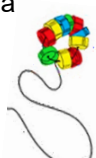
1. Contar uma história curta à criança. Mudar de voz e usar os gestos e movimentos, para tornar a história mais interessante. A seguir fazer perguntas a criança, para ver se percebeu a história. Pedir a criança para desenhar algo da história.
2. Pedir a criança para virar as páginas de um livro (folheto ou publicidade) e contar sobre os desenhos que estão lá. Fazer perguntas à criança: “*O que é isso? É pequeno ou é grande? Que som faz? De que cor é a banana? O que as pessoas estão a fazer?*”
3. Pôr uns 5 objectos em frente da criança (por exemplo, copo, boneca, livro, bola e pasta da mãe) e cobrir com uma capulana. Perguntar a criança: *O que está em baixo da capulana?* Pedir a criança para dizer tudo que está em baixo. Se precisar, pedir a criança para tocar os objectos para lembrar quais são. Num outro jogo, mostrar 5 objectos depois pedir a criança para fechar os olhos e retirar um. Perguntar: *O que já não está aqui?* Deixar a criança ser o líder do jogo também.
4. Dar à criança uma caixa ou lata com uns 6-10 pequenos objectos de cores e tamanhos diferentes, por exemplo, tampas ou conchas. Pedir a criança para pôr num lado, todas conchas grandes, e noutro lado, todas conchas pequenas. Ou pedir para pôr todas as tampas brancas num lado e todas as azuis noutro lado, etc.
5. Mostrar a criança como fazer padrões com tampas ou outros objectos, por exemplo, pôr as tampas numa linha, onde primeiro vem tampa verde, depois azul, verde-azul. Ou pôr as conchas numa linha de mais pequena até mais grande. Descrever o que está a fazer. Pedir a criança para fazer o mesmo.
6. Formar uma figura com tampas (por exemplo, minhoca, flor) e ver se a criança lhe consegue imitar. Elogiar: “*Parabéns, fizeste uma minhoca igual a minha!*” Mais tarde, pedir a criança para fazer um padrão que você possa imitar.
7. Dar papel (reciclado, da caixa) à criança e um pedaço de carvão, giz ou lápis, para desenhar. Mostrar como desenhar umas figuras simples (uma criança, um peixe, um carro), e deixar a criança imitar. Descrever o que você ou a criança desenhou e elogiar a criança.
8. Dar à criança uma quebra-cabeça de 4 ou mais peças, e mostrar como fazer. Pedir a criança para tentar fazer. Não fazer no lugar da criança, mas fazer umas perguntas para ajudar a criança. Elogiar a criança.

Actividades Estimulantes Apropriados para Idade				
6 MESES E MAIS	9 MESES E MAIS	12 MESES E MAIS	18 MESES E MAIS	3 ANOS E MAIS
<p>Imite os sons e as caras da criança</p> 	<p>Leve a criança para ver as coisas a volta</p> 	<p>Ajude a criança a andar, a puxar ou empurrar o carrinho</p> 	<p>Faça jogos de partes do corpo com peças de alimentos</p> <p>Onde está o nariz?</p> 	<p>Conte histórias à criança e faça perguntas sobre a história</p> 
<p>Faça massagens suaves e toque a criança com objectos de texturas diferentes</p> 	<p>Faça jogos de dedos com a criança</p> <p>Um cachorrinho foi passear...</p> 	<p>Bata palmas e cante canções com a criança</p> 	<p>Ensine a criança a desenhar figuras simples</p> <p>Mostre e diga nomes de desenhos à criança</p> 	<p>Ensine a criança para contar sobre os desenhos no livro</p> <p>Ensine a criança a fazer desenhos simples</p> 
<p>Toque o chocalho e deixe a criança procurar onde está</p> <p>Baloice ou salte com a criança, cantando canções</p> 	<p>Jogue de esconde-encontrou</p> 	<p>Mostre à criança como montar e derrubar torres</p> 	<p>Conte uma história com apoio de um fantoche ou uma boneca</p> <p>Peça a criança para mostrar as acções.</p> 	<p>Ensine a criança como fazer quebra-cabeça</p> <p>Dê objectos para contar, agrupar e fazer padrões</p> 

Actividades Estimulantes Apropriados para Idade

6 MESES E MAIS	9 MESES E MAIS	12 MESES E MAIS	18 MESES E MAIS	3 ANOS E MAIS
 <p>Passa ou pendure brinquedo móvel em cima da criança, ou coloque em frente dela</p>	<p>Dê à criança coisas para pegar, bater, meter e retirar</p> 	<p>Peça a criança para fazer diferentes acções com a boneca</p> 	<p>Brinque com a criança de meter e retirar molas ou outros objectos de dentro da garrafa.</p> 	<p>Mostre uns objectos à criança. Cubra com a capulana e peça para dizer o que está em baixo.</p>  <p>Esconda um objecto e pergunte o que está a faltar.</p>
<p>APROVEITE O TEMPO DE DAR DE COMER, TROCAR ROUPA, DAR BANHO E POR DORMIR, PARA BRINCAR E CONVERSAR COM SUA CRIANÇA!</p>				

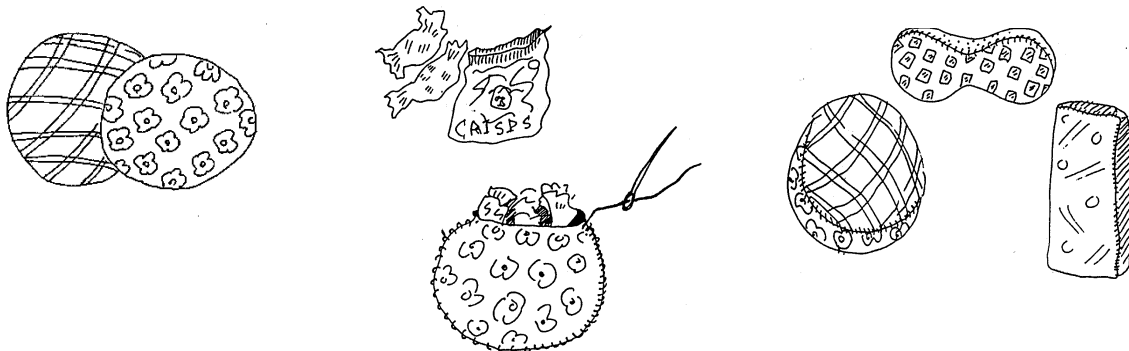
Texto de Apoio 7.8. Ideias para Fazer Brinquedos com Materiais Locais

De 0 a 11 meses	De 12 a 35 meses	De 36 meses ou mais
<ul style="list-style-type: none"> • Brinquedo mó: (para pendurar) • Chocalho • Objectos com cores e texturas diferentes • Caixinha de surpresa (para criança retirar e meter algo) • Garrafa /lata que rola (com coisas coloridas por dentro)  	<ul style="list-style-type: none"> • Boneca, loiça e lenço para ela • Carrinhos, rolante • Bola • Livrinhos, recortes de desenhos • Lápis/giz/carvão para desenhar • Caixas ou garrafas recortadas para montar e derrubar  	<ul style="list-style-type: none"> • Tampas, recortes ou conchas para contar, agrupar, e fazer padrões e desenhos • Quebra-cabeças • Livrinhos, publicidades, recortes de desenhos • 5-6 objectos para jogos de memória, capulana • Tampas para enfiar  

Bonecos e objectos de trapos

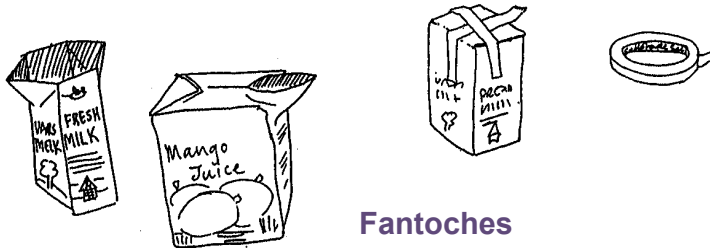
- Desenhe diversas formas (redondas, quadradas, triangulares, rectangulares, etc.) num pedaço de pano.
- Recorte dois pedaços de cada formato.
- Coza cada "par" a toda a volta, enchendo-o com feijões, pedaços de papel ou restos de tecido, ou outro material, de forma a obter um objecto de formato geométrico.

Nota: se cortar os pedaços de pano em forma de uma boneca, poderá obter uma boneca estofada.



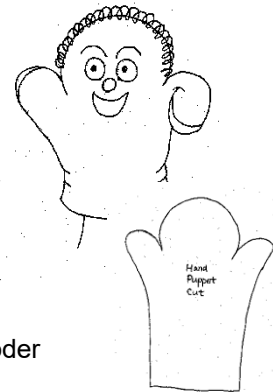
Blocos

- 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 para que não haja risco de as crianças retirarem-na e levarem-nas para boca).
- 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, como por exemplo: engolir algumas peças).
- Peça à criança que junte as peças de forma a completar o quadro ou desenho.



Módulo 8: Mobilização Comunitária e Educação Nutricional

Textos de Apoio	Objectivos	Estimativa da duração
8.1. Mobilização Comunitária	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as acções a nível comunitário para o PRN Saber quais são os papéis e tarefas dos actores comunitários e dos SDSMAS 	30 minutos
8.2. Mensagens Chave dos Produtos Nutricionais Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as mensagens chave para informar aos cuidadores/pacientes acerca do ATPU e ASPU Conhecer as mensagens chave para informar aos cuidadores/pacientes acerca da MAE Saber como preparar a MAE 	40 minutos
8.3. Mensagens Chave sobre a Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> Saber quais são os grupos de alimentos Saber qual é frequência recomendada de consumo para cada grupo de alimentos Conhecer as mensagens chave sobre a alimentação das crianças 0 aos 6 meses, 6 meses aos 24 e dos 2 anos em diante Conhecer as mensagens chave sobre a alimentação da criança doente Conhecer as mensagens chave sobre a amamentação da criança quando a mãe é magra e desnutrida Conhecer as mensagens chave sobre a alimentação da criança no contexto de HIV Conhecer as mensagens chave sobre a alimentação para mulheres em idade fértil Conhecer as mensagens chave sobre a alimentação e cuidados de saúde da mulher grávida e lactante 	90 minutos
8.4. Demonstrações Culinárias	<ul style="list-style-type: none"> Saber como preparar papas enriquecidas e outros pratos para a família 	45 minutos
8.5. Mensagens Chave sobre a Higiene Pessoal e dos Alimentos	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer as mensagens chave sobre a lavagem das mãos Conhecer as mensagens chave sobre a higiene dos alimentos Conhecer as mensagens chave sobre como tratar e armazenar a água 	25 minutos
Estimativa da duração total:		3 horas e 50 minutos

Texto do Apoio 8.1. Mobilização Comunitária

Para garantir o sucesso do PRN, três acções são cruciais a nível comunitário:

1. **Deteção dos casos de DAG e DAM o mais cedo possível. Deteção dos casos de DAG e DAM o mais cedo possível.** A integração do PRN nos programas e redes comunitárias já existentes ajuda a identificação precoce de casos através da triagem nutricional nas comunidades e nos centros de saúde. Este ponto é chave para prevenir e reduzir a mortalidade por desnutrição aguda grave. O sucesso da integração do TDA nos programas e redes comunitárias depende da existência de:

- Estruturas comunitárias fiáveis e bem estabelecidas (com o apoio necessário)
- Condições razoáveis no ambiente em que os adolescentes ou adultos vivem (em casa)
- APEs, ACSs, e outros voluntários que fazem visitas regulares ao domicílio e mantêm uma estreita cooperação com as Unidades Sanitárias.

Nas comunidades, **o APE/ACS deve fazer a triagem nutricional através de:**

- Avaliação dos sinais e sintomas da desnutrição aguda
- Avaliação do PB em crianças de 6-59 meses
- Avaliação do edema em todas crianças, incluindo crianças menores de 6 meses

2. **Mobilização social**, usando os meios disponíveis, ex: rádio comunitária, activistas, líderes comunitários, etc., para aumentar a cobertura do PRN. Experiências em programas como este sugerem que, quando a comunidade reconhece o efeito benéfico do tratamento e reabilitação nutricional, as admissões ao programa aumentam rapidamente, aumentando assim a cobertura.

O APE/ACS com a ajuda de líderes comunitários deve sensibilizar as comunidades sobre a desnutrição, suas consequências e a importância da avaliação nutricional. Esta mobilização comunitária deve ser feita de 15 em 15 dias. Durante a mobilização, o APE/ACS deve informar e explicar a comunidade o local onde irão se concentrar para avaliação nutricional através da triagem nutricional, a hora, e o grupo alvo a ser avaliado. Palestras e demonstrações culinárias devem ser feitas como parte da mobilização comunitária (veja secções 8.2-8.4 sobre mensagens chave e secção 8.4 sobre demonstrações culinárias).

3. **Visitas domiciliárias.** O APE/ACS 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.

As visitas domiciliárias para crianças e adolescentes com DAG são essenciais nos seguintes casos:

- Ausentes ou faltosos
- Peso estático ou perda de peso em 2 visitas consecutivas à US
- Deterioração da condição clínica
- Devolvidos do internamento ou quando a mãe ou o provedor de cuidados recusou o atendimento no internamento (hospitalar)

Qualquer ausência ou falta a uma visita a US deve ser comunicada e seguida pelos APEs/ACSs. 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. Os APE/ACS também devem fornecer informação às US sobre problemas relacionados ao ambiente doméstico das crianças e aconselhamento nutricional e de saúde aos cuidadores de crianças no domicílio.

Feito isto, e usando meios de comunicação claros, a boa experiência que os doentes ou famílias possam ter, gera um ciclo de “passa-a-palavra” positivo que encoraja a aderência ao PRN. Sem mobilização efectiva, o programa acaba atraindo pessoas que não são elegíveis para o tratamento de reabilitação nutricional (ex: adolescentes e adultos não desnutridos que esperam receber

alimentos), e o retorno destes à comunidade sem ter recebido o tratamento pode gerar um “passa-a-palavra” negativo, levando à redução da participação do grupo de pessoas elegíveis.

Papeis e Tarefas dos ACS/APE, Líderes, PMT e SDSMAS no PRN

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

APEs e ou ACSs

- Triagem nutricional usando o perímetro braquial (PB), avaliação da presença de edema, sinais de magreza ou perda rápida de peso com posterior referência dos casos de desnutrição aguda para a Unidade Sanitária.
- Visitas ao domicílio para o seguimento dos doentes em tratamento e deteção de outros casos se existirem, em particular aqueles que:
 - São nutricionalmente vulneráveis (mulheres grávidas, mulheres lactantes, portadores de HIV/SIDA e/ou tuberculose);
 - Perdem peso ou cujo peso é estacionário durante 2 visitas de seguimento consecutivas;
 - Desenvolvem complicações médicas;
 - Recusam o tratamento em internamento ou não são internados por algum motivo, embora tenham critérios;
 - Ausentes ou faltosos.
- Educação nutricional e sanitária nas comunidades
 - Mobilização social para promoção do programa nas comunidades, usando vários canais de comunicação social e recursos disponíveis, para obter elevada cobertura e aderência.

Líderes Comunitários

- Sensibilização da população sobre o Programa de Reabilitação Nutricional
- Seguimento dos doentes registados no tratamento da desnutrição em ambulatório
- Supervisão dos ACSs
- Promoção das boas práticas de nutrição

Praticantes de Medicina Tradicional (PMTs)

- Avaliação da presença de edema, sinais de magreza, ou perda rápida de peso em crianças, adolescentes e adultos
- Referência de crianças, adolescentes e adultos com características suspeitas de desnutrição para os ACSs ou APEs

SDSMAS

- Assistência na identificação dos ACSs/APEs quem moram na zona alvo das intervenções nutricionais
- Formação dos ACSs/APEs
- Instruir aos ACSs/APEs quais são os indivíduos que precisam de visitas domiciliárias
- Discutir questões/problemas da implementação do PRN com os representantes da comunidade
- Supervisão e coordenação do trabalho dos voluntários

É indispensável que haja uma estreita ligação entre os profissionais de saúde e os trabalhadores comunitários de saúde, pois as suas funções são complementares e não paralelas.

Texto do Apoio 8.2. Mensagens Chave dos Produtos Nutricionais Terapêuticos

8.2.1. Mensagens chave para informar aos cuidadores/pacientes acerca do ATPU e ASPU

1. Como tomar o ATPU ou ASPU:

Para crianças entre 6 a 59 meses:

- Crianças lactentes devem ser amamentadas antes de receber ASPU ou ATPU, e continuar a ser amamentadas regularmente.
- Nas primeiras 2 semanas de tratamento, a criança deve acabar toda quantidade de ATPU diária (de manhã e noite), segundo a indicação médica, antes de ser oferecida outro tipo de comida. Após 2 primeiras semanas de tratamento, para além do ATPU, deve-se acrescentar na alimentação da criança pelo menos uma papa enriquecida por dia, e a dose de ATPU recomendada pela Unidade Sanitária deve ser consumida na totalidade, durante o dia, independentemente da alimentação que a criança estiver a fazer.

Para crianças maiores de 59 meses e adolescentes:

- A medida que a criança ou adolescente tiver vontade de comer, deve-se incentivar a comer a comida da família, e o ATPU ou ASPU deve ser utilizado para complementar as necessidades alimentares da criança. Deve-se introduzir gradualmente alimentos sólidos na base de alimentos disponíveis localmente e enriquecidos com gorduras ou óleos.
 - Deve-se oferecer uma grande variedade de alimentos, e deixar que o doente coma quanto quiser.
2. O paciente deve lavar as mãos com água corrente e sabão ou cinza antes de abrir a saqueta, ou o cuidador deve lavar as mãos da criança com água corrente e sabão ou cinza antes de abrir a saqueta e dar ASPU ou ATPU. Mostre como abrir a saqueta de ASPU ou ATPU.
 3. O ASPU e ATPU são medicamentos e devem ser dados SÓ aos doentes desnutridos – não devem ser partilhados com a família. A criança desnutrida deve comer a dose completa de ASPU ou ATPU dada para um dia (segundo a prescrição).
 4. O ASPU e ATPU causam sede. O cuidador deve oferecer à criança bastante água tratada e segura, ou leite materno, para a criança beber enquanto estiver a comer ASPU ou ATPU.
 5. Se a criança não estiver a comer toda quantidade de ATPU ou ASPU, ou se apresentar alguma outra doença como inchaço, diarreia, vômitos ou febre, deve ser levada à Unidade Sanitária o mais rápido possível.
 6. O doente desnutrido deve voltar à Unidade Sanitária a cada 7 ou 15 dias (segundo a orientação do pessoal de saúde) para fazer o controle e seguimento.

8.2.2. Mensagens chave para informar aos cuidadores/pacientes acerca da MAE

1. MAE significa mistura alimentar enriquecida, feita à base de soja, milho (que da força), e vitaminas e minerais (que protegem aos pacientes desnutridos de infecções e ajudam a crescer bem). MAE é um medicamento e deve ser dado SÓ aos doentes desnutridos – ou seja, não deve ser partilhado com a família. Isto porque a MAE foi feita mesmo para pacientes desnutridos recuperarem e ganharem o peso.
2. A pessoa desnutrida deve comer a quantidade diária recomendada para a sua idade na sua totalidade.
3. Dar MAE ao resto da família significa que o doente que mais precisa não terá o suficiente para também ficar bem e saudável.

4. Após abrir o saco de MAE, ele deve ser bem guardado num sítio fresco, sem estar exposto a coisas que possam causar doenças, a criança ou adolescente desnutrido, que está muito fraco e o seu corpo não tem força para lutar contra as infecções.
5. É importante lavar as mãos com água e sabão (ou cinza) antes de preparar a MAE.
6. É importante lavar as mãos (e a cara das crianças) com água e sabão (ou cinza) antes de a alimentar.
7. Se a criança ou adolescente não estiver a comer toda a quantidade de MAE recomendada por dia, ou se desenvolver complicações médicas como inchaço, diarreia, vómitos e febre, deve ser levada à Unidade Sanitária o mais rápido possível.
8. O doente desnutrido deve voltar à Unidade Sanitária a cada 15 dias (seguindo a orientação do pessoal de saúde) para fazer o controle e seguimento.

Instruções para a preparação da MAE:

Para cada refeição:

1. Lave as mãos com água corrente e sabão ou cinza antes de começar a preparar a papa de MAE.
2. Por cada refeição, use 100 gramas de MAE (equivalente a uma chávena de chá) com 500 ml de água (equivalente a 2 copos).
3. Misturar 100 gramas de MAE com uma pequena quantidade de água (morna ou fria). Mexer essa mistura para dissolver bem a MAE e retirar as bolhas de ar.
4. Aquecer à parte água numa panela. Só quando a água estiver a ferver é que se adiciona a MAE (previamente dissolvida em água). Mexer bem para evitar a formação de grumos.
5. Deixar a papa ferver lentamente durante 5 a 15 minutos, mexendo sempre. Não cozinhar por mais de 15 minutos para não perder as vitaminas.
6. Antes de se alimentar, deve usar água corrente e sabão ou cinza para lavar as mãos, e deve manter os alimentos limpos e cobertos.

Texto de Apoio 8.3. Mensagens Chave sobre a Alimentação

8.3.1 Mensagens chave sobre os grupos de alimentos

Os alimentos são agrupados de acordo com a sua funcionalidade no organismo (veja “A Nossa Alimentação”). Cada grupo de alimentos ajuda o corpo de maneiras diferentes. Uma alimentação equilibrada tem alguns alimentos de cada grupo. As comunidades precisam de ser educadas sobre a importância da boa alimentação para terem uma alimentação equilibrada e uma boa saúde. Tabela 8.1 apresenta os grupos de alimentos e a frequência recomendada de consumo.

A Nossa Alimentação




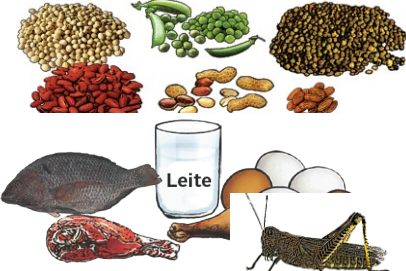


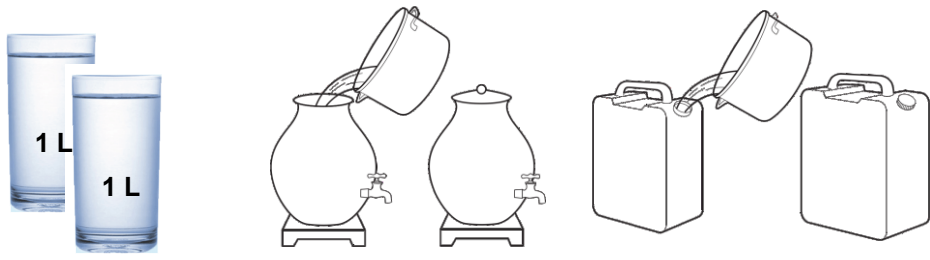
Alimentos de base são alimentos que dão força, e incluem cereais e tubérculos.

Alimentos de crescimento são alimentos que constroem e reparam o nosso corpo, e incluem alimentos de origem animal e seus derivados, bem como leguminosas.

Alimentos protectores são alimentos que nos protegem contra doenças, e incluem frutas e vegetais.

Alimentos de energia concentrada são alimentos que melhoram o sabor e aumentam a força da refeição, e incluem óleos, gorduras, açúcares, coco, oleaginosas e nozes (castanha de caju, amêndoas, amendoim).

Tabela 8.1: Os Grupos de Alimentos e a Frequência Recomendada de Consumo

Alimentos de base	Frequência
 <p>Cereais: milho, arroz, mapira, mexoeira Tubérculos: batata, batata doce, mandioca</p>	A cada refeição
Alimentos de crescimento	Frequência
 <p>Leguminosas: todo tipo de feijão, ervilha, lentilha, soja, amendoim</p> <p>Ovos, leite e outros derivados e carne de animais: peixe, aves, carne bovina, carne de porco, e insectos culturalmente aceitáveis, como gafanhotos</p>	<p>Todos os dias</p> <p>Todos os dias, se possível</p>
Alimentos protectores	Frequência
 <p>Vegetais: abóbora, folhas de abóbora, alface, espinafre, repolho, tomate, feijão verde, abacate, couve, folhas de mandioca</p> <p>Frutas: manga, laranja, tangerina, maçã, goiaba, banana, ananás, limão, maracujá, amora, frutas silvestres da época</p>	A cada refeição e entre as refeições (lanches)
Alimentos de energia concentrada	Frequência
 <p>Gorduras e óleos: manteiga, margarina, óleo de cozinha</p> <p>Açúcares: açúcar de mesa, mel, bolos e biscoitos</p>	Poucas vezes - moderação
Água limpa e potável	Frequência
	Cada pessoa deve beber pelo menos 2 litros por dia

8.3.2. Mensagens chave sobre a alimentação das crianças 0 aos 6 meses

1. Iniciar amamentação dentro da primeira hora após o nascimento, dando o colostro (o primeiro leite do peito da mãe).
2. Assegurar o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses (não dar líquidos ou quaisquer outros alimentos), mesmo que seja HIV+ ou tenha o estado serológico desconhecido.
3. Amamentar a criança sempre que quiser (de dia e de noite).
4. Se a mãe tiver que ficar separada do seu bebé, ela pode espremer o leite do seu peito e deixá-lo para o bebé ser alimentado nas mesmas horas em que deveria normalmente mamar no peito.
5. A mãe que seja capaz de ficar com o seu bebé no seu local de trabalho ou ir à casa para amamentar, deve ser encorajada a fazê-lo e a alimentar a sua criança com frequência.

8.3.3. Mensagens chave sobre a alimentação das crianças dos 6 meses aos 24 meses

Para as crianças dos 6 aos 24 meses

1. A partir dos 6 meses de idade, os bebés e as crianças pequenas devem ser amamentadas e receber em cada refeição 2 a 3 diferentes tipos de alimentos entre estes tipos:
 - a. alimentos básicos (milho, trigo, arroz, batata-doce e batata-reno)
 - b. legumes (feijão, ervilha, amendoim), vegetais (espinafre, couve)
 - c. fruta (manga, papaia)
 - d. alimentos de origem animal (frango, peixe, fígado, ovos)
2. Amamentar a criança sempre que quiser. Se a mãe tiver que ficar separada do seu bebé ela pode espremer o leite do seu peito e deixá-lo para o bebé ser alimentado nas mesmas horas em que deveria normalmente mamar no peito.
3. Dar de comer a criança no seu próprio prato (todas as crianças) e encorajar a pegar a comida e a usar uma colher, mas a mãe/cuidador deve assegurar que a criança coma a maior parte da comida.
4. Se a criança se recusa a comer, encoraje-a repetidamente; tente segurá-la no seu colo durante a alimentação, ou olhe para ela enquanto ela se senta no colo de alguém.
5. Crianças de 6 aos 59 meses devem ser suplementadas com vitamina A de 6 em 6 meses.
6. Lavar as mãos com sabão ou cinza antes de dar de mamar e depois de mudar as fraldas dos bebés.
7. Todos os cuidadores de crianças que *não estejam em aleitamento materno* devem ser aconselhados sobre as necessidades nutricionais da criança nessa faixa etária e sobre quando e como introduzir alimentos complementares apropriados. A alimentação complementar das crianças que *não estejam em aleitamento materno* deve seguir os mesmos princípios que a alimentação complementar de crianças que estejam em aleitamento materno, mas os cuidadores devem ser aconselhados e apoiados a seguirem os princípios adicionais abaixo listados:
 - a. Fornecer 4 a 5 refeições, incluindo refeições de leite apenas, refeições de outros alimentos e refeições combinadas de leite e outros alimentos, e 1 a 2 lanches nutritivos por dia.
 - b. Fornecer 200 a 500 ml de leite diariamente, dependendo do consumo de outros alimentos de origem animal, isto é, quanto menos alimentos de origem animal a criança estiver a consumir, mais leite necessita.
 - c. Se a criança não estiver a consumir nem alimentos de origem animal, nem leite em quantidades adequadas, fornecer refeições contendo ambos cereais e leguminosas.
 - d. Oferecer água limpa e tratada várias vezes ao dia; a criança precisa de 400 a 600 ml de água por dia em dias de temperatura amena, e 800 a 1200 ml de água por dia em dias de muito calor.

Para as crianças dos 6 aos 9 meses

1. As crianças de 6 aos 9 meses de idade devem ser amamentadas, e receber 2 a 3 refeições e 1 a 2 lanches por dia.
2. Crianças de 6 a 9 meses de idade devem receber alimentos tais como papas espessas feitas com cereais locais, leite materno e pasta de amendoim moído. Uma pequena quantidade de óleo pode também ser adicionada para enriquecer a papa.
3. A quantidade de comida para crianças de 6 a 9 meses deve ser entre 2 a 3 colheres de sopa em cada refeição e aumente a quantidade da comida gradualmente à medida que a criança for crescendo.

Para as crianças dos 9 aos 12 meses

1. Crianças de 9 a 12 meses de idade devem ser amamentadas, e receber 3 a 4 refeições e 1 a 2 lanches por dia. As comidas devem ser bem cortadas e alimentos esmagados, e gradualmente aumentada para $\frac{1}{2}$ da chávena de chá (250 ml) em cada refeição.
2. Crianças de 9 a 12 meses devem receber alimentos de origem animal (frango, peixe, fígado, ovos) bem cozinhados e cortados em pequenos pedaços porque estes são muito importantes para o crescimento da criança, para a sua saúde e para o seu desenvolvimento.

Para as crianças dos 12 a 24 meses

Crianças com 12 a 24 meses de idade devem ser amamentadas e devem receber 3 a 4 refeições e 1 a 2 lanches por dia. Este grupo etário deve ser alimentado com a comida normal da família, mas com atenção as suas necessidades especiais. Os alimentos devem ser cortados em fatias. Em cada refeição, estas crianças devem receber entre três quartos ($\frac{3}{4}$) a uma chávena de comida de 250 ml (uma chávena de chá).

8.3.4. Mensagens chave sobre a alimentação das crianças dos 2 anos em diante

1. A primeira refeição do dia deverá ser papa de cereais enriquecida.
2. As crianças dos 2 anos ou mais devem receber alimentos que a família consome, incluindo frutas frescas da época e vegetais, em 3 refeições diárias e 2 a 3 lanches.
3. Pode-se oferecer também o leite em pó ou fresco 1 a 2 vezes por dia se a criança já não mama, ou outros produtos feitos com leite, como iogurte ou queijo.
4. Crianças de 6 aos 59 meses devem ser suplementadas com vitamina A de 6 em 6 meses.

8.3.5. Mensagens chave sobre a alimentação da criança doente

1. Se ainda estiver a ser amamentada, dar de mamar com mais frequência e durante mais tempo de dia e de noite.
2. A criança doente deve continuar a ser alimentada (deve-se dar pequenas quantidades de comida muitas vezes por dia).
3. Para a criança com diarreia, aumente os líquidos para evitar a desidratação.
4. Após a doença, é necessário comer uma quantidade maior de alimentos para recuperar a energia e o peso perdido. Aumente o número de refeições durante 1 a 2 semanas.
5. Levar a criança à Unidade Sanitária mais próxima para avaliação do seu estado de saúde.
6. Lavar as mãos a preparar ou servir os alimentos e usar água limpa para prevenir a diarreia.

8.3.6. Mensagens chave sobre a amamentação da criança quando a mãe é magra e desnutrida

1. A mãe que é magra e desnutrida produzirá leite de peito em quantidade suficiente, se a criança mamar com frequência. Quanto mais o bebê chupar e retirar o leite do peito, estimula a produção de mais leite no peito.
2. A mãe precisa de comer muito para a sua própria saúde.
3. Se a mãe estiver com desnutrição grave, deve ser encaminhada à Unidade Sanitária.

8.3.7. Mensagens chave sobre a alimentação da criança no contexto de HIV

Para todas as crianças cuja mãe é HIV positivo

1. As mães infectadas pelo HIV e os seus filhos devem beneficiar de tratamento ao longo do aleitamento para a prevenção da transmissão do HIV, de acordo com a opção disponível na Unidade Sanitária, para reduzir o risco de transmissão através do leite materno.
2. Levar a criança a consulta para controle regular e sempre que apresentar algum problema de saúde.

Alimentação das crianças HIV positivas

1. Amamentar exclusivamente a criança até aos 6 meses de idade.
2. Introduzir alimentação complementar depois dos 6 meses de idade, e continuar a amamentação durante os primeiros 24 meses de vida ou mais.

Alimentação das crianças do estado de HIV negativo ou desconhecido cuja mãe é HIV positivo

1. Amamentar exclusivamente a criança até aos 6 meses de idade.
2. Introduzir uma alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses e continuar com a amamentação até aos 12 meses.
3. A partir dos 12 meses, se for possível oferecer uma dieta nutricionalmente adequada e segura, parar gradualmente a amamentação (num período de um mês). Se uma dieta nutricionalmente adequada e segura sem o leite materno não puder ser oferecida, continuar com a amamentação até que esta seja assegurada.

8.3.8. Mensagens chave sobre a alimentação para mulheres em idade fértil

1. Comer uma variedade de alimentos dos quatro grupos alimentares, incluindo de origem animal; bastantes verduras e frutas; e sal iodado para que possa dar ao corpo todos os nutrientes que precisa.
2. Frequentar sessões de planeamento familiar, e atrasar a primeira gravidez até aos 20 anos, de forma a garantir que o seu crescimento está concluído e que criou reservas de nutrientes suficientes para poder dar assistência no crescimento de uma criança.
3. Preferir o sal iodado na alimentação.
4. Se tiver deficiências de nutrientes diagnosticados, tomar suplementos nutricionais de acordo com as recomendações médicas.
5. Ir à Unidade Sanitária logo que tiver uma suspeita de que está grávida. O acompanhamento pré-natal é essencial para manter a sua saúde e garantir um bom crescimento do bebê.

8.3.9. Mensagens chave sobre a alimentação e cuidados de saúde da mulher grávida e lactante

A gravidez e o período de amamentação exigem muito da mãe, pois ela tem de alimentar a si e à criança. Uma mãe adolescente precisa de se alimentar ainda melhor pois os nutrientes precisam de

ser suficientes para promover o crescimento da mãe e do bebê, simultaneamente. Para além das mensagens que devem ser dadas nas sessões de educação nutricional para adolescentes e adultos no geral, as mensagens a seguir apresentadas devem ser abordadas durante as sessões de educação nutricional para mulheres grávidas e lactantes.

Mensagens chave sobre a alimentação e a saúde para mulheres grávidas

1. Aumentar o consumo de alimentos fazendo uma refeição ou lanche adicional (para além das 3 refeições principais e 2 lanches) por dia, de forma a ganhar o peso necessário durante a gravidez para garantir um bom desenvolvimento do bebê.
2. Consumir alimentos dos quatro grupos alimentares incluindo uma variedade de alimentos ricos em nutrientes essenciais e localmente disponíveis, e alimentos de origem animal. Os exemplos incluem leite, fruta fresca e vegetais frescos e variados, carne, peixe, ovos, cereais, ervilha, feijões e oleaginosas (castanhas, amendoim e amêndoas), para garantir que o bebê tenha todos os nutrientes suficientes para um bom desenvolvimento.
3. Tomar comprimidos de ferro e ácido fólico diariamente, de acordo com as recomendações médicas.
4. As mulheres grávidas e lactantes devem evitar consumir chá ou café em excesso, alimentos malcozidos (especialmente a carne, peixe ou ovos), mandioca não processada e álcool.
5. Preferir o sal iodado, mas use-o com moderação, para a sua saúde e para o bom crescimento do seu bebê.
6. Ir à Unidade Sanitária caso tenha sintomas de complicações e siga as recomendações médicas.
7. Fazer o parto na Unidade Sanitária mais próxima.
8. Se a Unidade Sanitária estiver a uma distância longa de casa, esperar pela hora do parto na “Casa Mãe-Espera” mais próxima da Unidade Sanitária, quando a data prevista para o parto se aproximar.
9. No caso de o parto ser feito em casa, ir à Unidade Sanitária nas primeiras 72 horas.
10. Inicie a amamentação dentro da primeira hora após o parto. O colostro é o primeiro leite espesso, amarelado que protege o bebê de doenças.

Mensagens chave sobre a alimentação para mães lactantes

1. Aumentar o consumo de alimentos fazendo duas refeições ou lanches adicionais (para além das 3 refeições principais) para garantir que consome nutrientes suficientes para enriquecer o leite do peito.
2. Continuar a consumir alimentos dos quatro grupos alimentares, incluindo uma variedade de alimentos ricos em nutrientes essenciais, principalmente frutas e vegetais e alimentos de origem animal, para garantir que o bebê tenha nutrientes suficientes para crescer forte e inteligente.
3. Consumir alimentos ricos em vitamina A para aumentar o teor da vitamina no leite materno, como cenoura, batata-doce de polpa alaranjada, manga, papaia, vegetais verde escuros, e fígado.
4. Preferir o sal iodado na alimentação.
5. Frequentar a consulta pós-parto para manter a sua saúde e a saúde do seu bebê após o parto.

Texto do Apoio 8.4. Demonstrações Culinárias

A promoção da alimentação adequada só é realmente eficaz quando as recomendações são praticadas. Por isso, as sessões de educação nutricional devem ser acompanhadas por demonstrações práticas onde são confeccionadas refeições equilibradas, com base em alimentos localmente disponíveis. As refeições confeccionadas devem ser distribuídas por todos os participantes, especialmente aqueles em tratamento.

Exemplos de receitas para papas enriquecidas e outros pratos para a família

8

Papas Enriquecidas para Crianças Maiores de 6 Meses

Papa de farinha de milho com banana e amendoim

Ingredientes:

2 colheres de sopa de amendoim torrado e pilado com açúcar

3 colheres grandes de farinha de milho

2 bananas esmagadas

Água

Preparação: Ponha água a ferver, e numa tigela à parte dilua a farinha com uma pequena quantidade de água. Junte a farinha à água em fervura e mexa bem até cozer. Desligue o lume e depois de arrefecer, misture o amendoim pilado e a banana esmagada.



Papa de batata doce com amendoim

Ingredientes:

3 batatas doces

1 chávena de amendoim torrado e pilado

Água para lavar e ferver a batata doce

Preparação: lave as batatas e coza em pouca água, ou asse no carvão ou lenha. Depois de cozidas ou assadas, descasque e esmague as batatas. Junte o amendoim torrado e pilado, misturando bem.



Papa de malambe

Ingredientes:

1 chávena de sementes de malambe (fruto de embondeiro)

½ chávena de farinha de milho ou mapira

4 colheres de açúcar

1 chávena de leite

N.B.: O leite pode ser leite fresco tratado (como os em pacote ou garrafinhas)

Preparação: mergulhe as sementes de malambe em água quente, deixe algum tempo, e depois separe as sementes. Adicione o açúcar e a farinha às sementes. Ponha a mistura ao lume e mexa bem até ficar cozida. Adicione o leite.



Papa de folha de moringa

Ingredientes:

- 3 chávenas de água
- 4 colheres de sopa de milho moído ou farinha de milho
- 4 colheres de sopa de gergelim cru
- 2 colheres de sopa de feijão torrado e pilado (feijão-manteiga, nhemba ou qualquer outro feijão)
- 1 colher de sopa de amendoim torrado e pilado
- 1 mão cheia de folhas verdes de moringa.



Preparação: ferva a água, adicione a farinha e deixe cozer. Junte o gergelim e o feijão. Quando tudo estiver cozido, junte as folhas verdes e o amendoim e deixe cozer por mais 2 minutos.

Pratos para a Família (para crianças maiores de um ano)

Xiguiinha de mandioca

Ingredientes:

- 3 - 4 mandiocas frescas
- 2 chávenas de amendoim pilado peneirado
- 2 chávenas de folha de cacana cozida e escorrida
- Água
- Sal



Preparação: descasque a mandioca, lave e corte em pequenos cubinhos; ferva a mandioca até ficar meia cozida. Numa panela, ponha uma camada de mandioca, seguida de folhas de cacana previamente cozidas, água e por último o amendoim. Deixe ferver durante 20 minutos, até que o amendoim esteja cozido; misture bem, para incorporar o amendoim e a cacana, e adicione sal que baste. Sirva de preferência quente.

Caril de feijão

Ingredientes:

- 2 a 3 copos de feijão cozido
- 1 colher (sopa) de óleo
- 2 tomates
- Água
- 3 colheres (sopa) de cebola
- Sal a gosto
- 3 dentes de alho



Preparação: coloque a panela com óleo no fogo e adicione a cebola picada; adicione o alho moído e o tomate picado e deixe refogar. Adicione o feijão mexendo bem e junte a água, deixando ferver até o molho engrossar. Sirva com xima ou arroz.

Caril de amendoim com folhas de abóbora

Ingredientes:

- 1 chávena de amendoim pilado
- 1 cebola
- 4 molhos e folhas de abóbora
- Água
- 2 tomates
- Sal a gosto



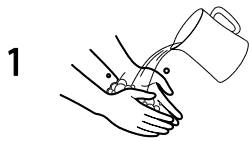
Preparação: corte as folhas de abóbora e lave; numa panela misture o amendoim com água de modo que fique bem diluído e ponha a ferver. Adicione a cebola picada e o tomate e deixe cozer; adicione as folhas de abóbora e deixe cerca de 15 minutos. Sirva com xima, arroz ou pão.

Texto de Apoio 8.5. Mensagens Chave sobre a Higiene Pessoal e dos Alimentos

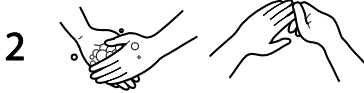
Uma pessoa desnutrida tem uma capacidade reduzida de lutar contra as infecções, em relação a uma pessoa bem nutrida. Da mesma forma, uma pessoa com alguma infecção tem maior risco de ter desnutrição pois o corpo precisa de mais força que o normal para lutar contra a infecção. Portanto, um papel importante dos profissionais de saúde, APEs e ACSs é de ensinar e demonstrar as práticas de higiene pessoal, higiene dos alimentos, e como tratar e armazenar a água tratada de forma segura.

8

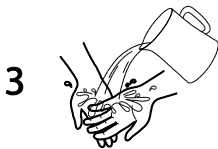
8.5.1 Mensagens chave sobre a lavagem das mãos



Molhe as mãos e ensaboe com sabão ou cinza.



Esfregue bem as mãos entre os dedos e em baixo das unhas.



Tire o sabão ou a cinza com água corrente. É muito importante usar um copo ou uma jarra para a água cair.



Agite as mãos para tirar o excesso de água e deixe as mãos secarem.

Quando lavar as mãos

Lave muito bem as mãos com água corrente e sabão ou cinza:

1. Antes de manusear os alimentos ou cozinhar
2. Antes e depois de comer ou dar de comer
3. Antes de dar de mamar aos bebés
4. Depois de usar a latrina
5. Depois de limpar alguém que defecou ou mudar a fralda dos bebés
6. Depois de manusear um animal ou as fezes de um animal
7. Depois de espirrar, tossir ou assoar o nariz
8. Antes e depois de cuidar de alguém que esteja doente, incluindo dar medicamentos, limpar o corpo ou feridas do doente, e estar em contacto com fluídos corporais

8.5.2. Mensagens chave sobre a higiene dos alimentos

1. Antes de cozinhar ou comer os alimentos lave muito bem as mãos com água limpa e sabão ou cinza.
2. Alimente o seu bebé usando uma chávena e uma colher limpa; nunca use um biberão pois é difícil de limpar e pode causar diarreia ao seu bebé.
3. Cozinhe muito bem as carnes, aves, peixes, mariscos e ovos, para destruir eventuais micróbios. As carnes e aves devem ser cozinhadas até que os sucos estejam transparentes e não cor-de-rosa, e os ovos devem ser cozinhados até que a gema esteja dura.
4. As carnes, aves, peixes, mariscos e ovos crus devem ser preparados numa área diferente e com utensílios diferentes daqueles que usa para preparar outros alimentos, especialmente se for a consumir esses outros alimentos crus.
5. Lave muito bem os alimentos consumidos crus (vegetais ou frutas) com água tratada ou descasque-os antes de os consumir.
6. Uma vez pronta, consuma a comida imediatamente. Não deixe a comida pronta à temperatura ambiente por mais de 2 horas.
7. Se tiver de levar comida consigo para o trabalho, escolha alimentos secos e que não se estragam facilmente, tais como pão, castanha de caju ou amendoim torrado, etc. Se trabalhar na machamba, aproveite para consumir as frutas e vegetais fresquinhos que colher, depois de bem lavados com água tratada.
8. Reserve a comida que restar num recipiente fechado, em ambiente refrigerado, por não mais que 2 dias. Se não tiver como refrigerar os alimentos, evite cozinhar quantidades maiores do que aquelas que vão ser consumidas.

8.5.3. Mensagens chave sobre como tratar e armazenar a água

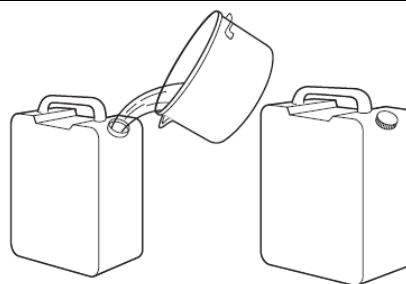
1. Ferva a água até que as bolhas grandes apareçam.



2. Mantenha o recipiente (panela ou chaleira) que usou para aquecer a água fechado até a água arrefecer.



3. Depois de arrefecida, armazene-a em um recipiente coberto com um gargalo estreito, e se possível, com uma torneira. Caso não, armazene-a num recipiente com tampa, para proteger de moscas, roedores, insectos e outros animais.



4. A água pode ser servida em uma jarra (use um utensílio limpo para retirar a água).



NB: Para além do tratamento da água por meio do aquecimento, a água pode também ser tratada por meio da desinfecção com hipoclorito de sódio (por exemplo, Certeza).

Módulo 9: Monitoria e Avaliação

Textos de Apoio	Objectivos	Estimativa da duração
9.1. Os Instrumentos de Monitoria do Programa de Reabilitação Nutricional	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os principais instrumentos de monitoria usados na comunidade e no TDA 	10 minutos
9.2. Livro de Registo do PRN I	<ul style="list-style-type: none"> Conhecer os instrumentos de monitoria usados na recolha de dados a nível do TDA Saber preencher correctamente os instrumentos de monitoria usados no TDA Saber produzir o resumo mensal do TDA na Unidade Sanitária 	140 minutos
9.3. Exemplo do Livro de Registo do PRN Preenchido		
9.4. Resumo Mensal do Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA) e Instruções de Preenchimento		
9.5. Cartão do Doente Desnutrido		
Estimativa da duração total:		2 horas e 30 minutos

Texto de Apoio 9.1. Os Instrumentos de Monitoria do Programa de Reabilitação Nutricional

A recolha, processamento, análise e apresentação da informação constituem etapas fundamentais do processo de monitoria e avaliação, pois é de onde se obtém a informação que permite verificar a realidade de uma determinada área ou o grau de implementação das actividades do PRN.

Os dados qualitativos e quantitativos podem ser obtidos regular ou irregularmente. A obtenção regular consegue-se através de resumos de implementação do programa, formulários de monitoria e avaliação, etc.

A obtenção irregular, consegue-se através de pesquisas especiais solicitadas para clarificar ou aprofundar certos aspectos que ressaltam das recolhas regulares de dados. Por exemplo, os estudos de cobertura, o estudo de caso dos abandonos e outros estudos que serão feitos de acordo com as evidências que a análise dos dados da monitoria programática fornecer.

As principais fontes de dados do PRN

Instrumentos	Níveis de recolha de dados		
	Comunitário	Institucional TDI	TDA
Ficha de Referência da Comunidade para a US	X		
Multicartão		X	
Livro de Registos do Internamento		X	
Cartão do Doente Desnutrido			X
Livro de Registo do PRN			X
Resumo Mensal do TDA			X

Texto de Apoio 9.2. Livro de Registo do PRN

Instruções de preenchimento (Crianças dos 6 meses aos 14 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 para a obtenção de dados de boa qualidade. 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. Recomece 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 ASPU, 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 ASPU ou 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 (5-14 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 14 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 números 1 ou 2, onde: 1: Criança com DAG 2: Criança com DAM	Dias totais	O tempo durante o qual o doente permaneceu em tratamento ou suplementação (n.º de dias).
Proveniência	Para crianças e adolescentes 5-14 anos, indicar o motivo que leva o doente a ser tratado, fazendo um círculo em volta dos números 3 ou 4, onde: 3: Criança ou adolescente com DAG 4: Criança ou adolescente com DAM	Quantidade total recebida	Registrar a quantidade total de ATPU, ASPU, ou MAE que o doente recebeu durante o tempo que esteve em tratamento ou suplementação.
Visitas	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, ou caso de abandono que retorna à Unidade Sanitária para continuar o tratamento.	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	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.	Data	NOTA: No fim de cada folha preenchida do Livro, o responsável pelo preenchimento do livro deve assinar no campo providenciado.
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.		

Texto de Apoio 9.2.1. 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"/> Abandono que retornou	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
							Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)
							P/E (DP) PB (cm)	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	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"/> Abandono que retornou	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
							Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)
							P/E (DP) PB (cm)	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	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"/> Abandono que retornou	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
							Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)
							P/E (DP) PB (cm)	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	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"/> Abandono que retornou	Quantidade	Quantidade	Quantidade	Quantidade
							Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)	Peso (kg) Estatura (cm)
							P/E (DP) PB (cm)	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	Estado de HIV (circular) + - Desc

Assinatura do Responsável pelo Registo:

Texto do Apoio 9.2.2. Livro de Registo do PRN: Crianças e Adolescentes dos 5 aos 14 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 doente:			3	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento	
		Nome do acompanhante:			4	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Quantidade		Quantidade		Quantidade		Quantidade	
		Nome do acompanhante:					Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)
		Nome da comunidade:					IMC/Idade (DP)	PB (cm)	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		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 doente:			3	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento	
		Nome do acompanhante:			4	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Quantidade		Quantidade		Quantidade		Quantidade	
		Nome do acompanhante:					Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)
		Nome da comunidade::					IMC/Idade (DP)	PB (cm)	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		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 doente:			3	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento	
		Nome do acompanhante:			4	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Quantidade		Quantidade		Quantidade		Quantidade	
		Nome do acompanhante:					Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)
		Nome da comunidade::					IMC/Idade (DP)	PB (cm)	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		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 doente:			3	<input type="checkbox"/> Referido do TDI	Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento	
		Nome do acompanhante:			4	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Quantidade		Quantidade		Quantidade		Quantidade	
		Nome do acompanhante:					Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)
		Nome da comunidade:					IMC/Idade (DP)	PB (cm)	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		Estado de HIV (circular) + - Desc	

Assinatura do Responsável pelo Registo:

Página 2 do Livro de Registo do PRN: Crianças e Adolescentes dos 5 aos 14 anos

5ª visita		6ª visita		7ª visita		Alta	Instruções de preenchimento do Livro de Registo do PRN		
Data		Data		Data				Dias totais: Quantidade total recebida: Indicar: <input type="checkbox"/> Curado <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	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. Nº de NID: Inserir o número do NID atribuído ao doente. Nome do doente: Escrever o nome completo do doente. Nome do acompanhante: Escrever o nome da pessoa que está na companhia do doente na Unidade Sanitária. Comunidade: Escrever o nome da comunidade onde reside o doente. Idade: A idade do doente deve ser expressa em anos para crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos. Sexo: Escrever o sexo do doente (masculino ou feminino). Razão de tratamento: Indicar o motivo que leva a criança a ser tratada, fazendo um círculo em volta do número 3 ou 4, onde: 3: Criança ou adolescente com DAG 4: Criança ou adolescente com DAM Proveniência: Indicar com um "x" se se trata de uma nova admissão ou de uma readmissão devido a uma das razões listadas. 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. Data: Neste campo escreve-se a data em que o doente se apresenta na Unidade Sanitária para ser avaliado. Tipo de suplemento: Neste campo escreve-se o tipo de suplemento, se é ASPU, MAE, ou ATPU. Quantidade: Escrever a quantidade de suplemento recebido na data da visita à Unidade Sanitária. Se for ASPU ou ATPU, a quantidade será expressa em saquetas, e se for MAE, a quantidade será expressa em quilogramas(kg). 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). Estatura: Escrever a estatura do doente depois de medida no altímetro (altura ou comprimento). Para as crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos a estatura deve ser expressa em metros (m). IMC/Idade: Escrever o índice de IMC/Idade de acordo com as tabelas de IMC/Idade. PB: Neste campo escreve-se o perímetro braquial do doente, de acordo com a medição feita a este. Estado de HIV: Para doentes com estado desconhecido, deve se fazer o seguimento do teste nas visitas seguintes. Alta: Neste campo deverá registar-se as seguintes informações: Dias totais: O tempo em que o doente permaneceu em tratamento ou suplementação (n.º de dias). Quantidade total recebida: Registrar a quantidade total de ATPU, ASPU, ou MAE que o doente recebeu durante o tempo que esteve em tratamento ou suplementação. Indicar a categoria da alta: Pondo um círculo na opção certa, se o doente curou, morreu, abandonou, etc., e a data de ocorrência. Nota: No fim de cada folha preenchida, o responsável pelo preenchimento do livro deve assinar no campo providenciado.
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento					
Quantidade		Quantidade		Quantidade					
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)				
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: Quantidade total recebida: Indicar: <input type="checkbox"/> Curado <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			
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento					
Quantidade		Quantidade		Quantidade					
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)				
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: Quantidade total recebida: Indicar: <input type="checkbox"/> Curado <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			
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento					
Quantidade		Quantidade		Quantidade					
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)				
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

Exercício Prático 9A: Preenchimento do Livro de Registo do PRN

Preencha a coluna correspondente à 1ª visita no exemplar do Livro de Registo apresentado acima, no **Texto de Apoio 9.2.1**, usando os dados dos casos hipotéticos #1 a #4 apresentados abaixo.

COLUNA DO LIVRO DE REGISTO A PREENCHER	Caso # 1	Caso # 2	Caso # 3	Caso # 4
Nº de Ordem Mensal	= ?	= ?	= ?	= ?
Nº de NID	56/18	23/18	44/18	27/18
Nome do doente	Fastudo Manuel	João Baptista	Manuel Vala	Carla João
Nome do acompanhante	Maria João	Maria Baptista	Ricardina	Catarina Mendes
Nome da comunidade	Murrapawiua	Sacaeque	Muihiale	Namaita
Idade (meses)	15	32	22	20
Sexo (F ou M)	M	M	M	F
Razão de tratamento (1 DAG ou 2 DAM)	= ?	= ?	= ?	= ?
Proveniência	Casa, 1º episódio de desnutrição	Referência do TDI	Casa, 2º episódio de desnutrição	Abandono que retornou
Data da 1ª visita	01/06/18	17/06/18	01/07/18	03/07/18
Peso (kg)	7,8	9,5	8,6	7,5
Estatura (cm)	78	86	82	80
P/E (DP)	= ?	= ?	= ?	= ?
PB (cm)	10,0	11,2	12,0	10,5
Teste de HIV	Negativo	Negativo	Desconhecido	Desconhecido
Tipo de Suplemento (ATPU, ASPU ou MAE)	= ?	= ?	= ?	= ?
Quantidade de suplemento	= ?	= ?	= ?	= ?
Data prevista para a próxima visita	08/06/18	24/06/18	15/07/18	10/07/18

Texto de Apoio 9.3. Exemplo do Livro de Registo do PRN Preenchido

Página 1 do 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
1	56/18	Nome do doente: Fastudo Manuel Nome do acompanhante: Maria João Nome da comunidade: Murrapawia	15	M	Veja as definições nas instruções ① 2	<input checked="" type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI <input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Data 01/06/2018 Tipo de suplemento ATPU Quantidade 21 Peso 7,8 (kg) Estatura 78 (cm) P/E <-3 (DP) PB 10,0 (cm) Estado de HIV (circular) + <input type="radio"/> Desc	Data 08/06/2018 Tipo de suplemento ATPU Quantidade 25 Peso 8,0 (kg) Estatura 78 (cm) P/E ≥-3 & <- (DP) PB 12,0 (cm) Estado de HIV (circular) + <input type="radio"/> Desc	Data 15/06/2018 Tipo de suplemento ATPU Quantidade 25 Peso 8,3 (kg) Estatura 78 (cm) P/E ≥-3 & <- (DP) PB 12,2 (cm) Estado de HIV (circular) + <input type="radio"/> Desc
2	23/18	Nome do doente: João Baptista Nome do acompanhante: Maria Baptista Nome da comunidade: Sacaeque	32	M	Veja as definições nas instruções ① 2	<input type="checkbox"/> Caso novo <input checked="" type="checkbox"/> Referido do TDI <input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Data 17/06/2018 Tipo de suplemento ATPU Quantidade 28 Peso 9,5 (kg) Estatura 86 (cm) P/E ≥-3 & <-2 (DP) PB 11,2 (cm) Estado de HIV (circular) + <input type="radio"/> Desc	Data 24/06/2018 Tipo de suplemento ATPU Quantidade 28 Peso 10 (kg) Estatura 86 (cm) P/E ≥-3 & <- (DP) PB 11,7 (cm) Estado de HIV (circular) + <input type="radio"/> Desc	Data 01/07/2018 Tipo de suplemento ATPU Quantidade 28 Peso 10,1 (kg) Estatura 86 (cm) P/E ≥-3 & <- (DP) PB 12,0 (cm) Estado de HIV (circular) + <input type="radio"/> Desc
1	44/18	Nome do doente: Manuel Vala Nome do acompanhante: Ricardina Nome da comunidade: Muihiale	22	M	Veja as definições nas instruções 1 ②	<input checked="" type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI <input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Data 01/07/2018 Tipo de suplemento ASPU Quantidade 15 saquetas Peso 8,6 (kg) Estatura 82 (cm) P/E ≥-3 & <-2 (DP) PB 12 (cm) Estado de HIV (circular) + - <input checked="" type="radio"/> Desc	Data 15/07/2018 Tipo de suplemento ASPU Quantidade 15 saquetas Peso 8,5 (kg) Estatura 82 (cm) P/E ≥-3 & <- (DP) PB 12,0 (cm) Estado de HIV (circular) + - <input checked="" type="radio"/> Desc	Data 30/07/2018 Tipo de suplemento ASPU Quantidade 15 saquetas Peso 8,6 (kg) Estatura 82 (cm) P/E ≥-3 & <- (DP) PB 12,0 (cm) Estado de HIV (circular) <input checked="" type="radio"/> - Desc
2	27/18	Nome do doente: Carla João Nome do acompanhante: Catarina Mendes Nome da comunidade: Namaita	20	F	Veja as definições nas instruções ① 2	<input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI <input checked="" type="checkbox"/> Abandono que retornou	Data 03/07/2018 Tipo de suplemento ATPU Quantidade 21 Peso 7,5 (kg) Estatura 80 (cm) P/E <-3 (DP) PB 10,5 (cm) Estado de HIV (circular) + - <input checked="" type="radio"/> Desc	Data 10/07/2018 Faltou Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg) Estatura (cm) P/E (DP) PB (cm) Estado de HIV (circular) + - Desc	Data 17/07/2018 Faltou Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg) Estatura (cm) P/E (DP) PB (cm) Estado de HIV (circular) + - Desc

Página 2 do Livro de Registro do PRN: Crianças dos 6 aos 59 meses

4ª visita		5ª visita		6ª visita		7ª visita		Alta
Data	22/06/2018	Data	29/06/2018	Data	06/07/2018	Data		Dias totais:
Tipo de suplemento	ATPU	Tipo de suplemento	ATPU	Tipo de suplemento	ATPU	Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:
Quantidade	25	Quantidade	28	Quantidade	28	Quantidade		Indicar:
Peso (kg)	8,5	Peso (kg)	9,3	Peso (kg)	9,5	Peso (kg)		<input checked="" type="checkbox"/> Curados
Estatura (cm)	78	Estatura (cm)	78	Estatura (cm)	78	Estatura (cm)		<input type="checkbox"/> Abandono
P/E (DP)	≥-3 & < -2	P/E (DP)	≥-1	P/E (DP)	≥-1	P/E (DP)		<input type="checkbox"/> Óbito
PB (cm)	12,3	PB (cm)	12,5	PB (cm)	12,7	PB (cm)		<input type="checkbox"/> Referido para o internamento
Estado de HIV (circular)	+ <input type="radio"/> Desc	Estado de HIV (circular)	+ <input type="radio"/> Desc	Estado de HIV (circular)	+ <input type="radio"/> Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	<input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária
Data	08/07/2018	Data	15/07/2018	Data		Data		Dias totais:
Tipo de suplemento	ATPU	Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:
Quantidade	25	Quantidade		Quantidade		Quantidade		Indicar:
Peso (kg)	9,4	Peso (kg)	9,3	Peso (kg)		Peso (kg)		<input type="checkbox"/> Curados
Estatura (cm)	86	Estatura (cm)	86	Estatura (cm)		Estatura (cm)		<input type="checkbox"/> Abandono
P/E (DP)	≥-3 & < -2	P/E (DP)	<-3	P/E (DP)		P/E (DP)		<input checked="" type="checkbox"/> Óbito
PB (cm)	11,8	PB (cm)	11,4	PB (cm)		PB (cm)		<input checked="" type="checkbox"/> Referido para o internamento
Estado de HIV (circular)	+ <input type="radio"/> Desc	Estado de HIV (circular)	+ <input type="radio"/> Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	<input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária
Data		Data		Data		Data		Dias totais:
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:
Quantidade		Quantidade		Quantidade		Quantidade		Indicar:
Peso (kg)		Peso (kg)		Peso (kg)		Peso (kg)		<input type="checkbox"/> Curados
Estatura (cm)		Estatura (cm)		Estatura (cm)		Estatura (cm)		<input type="checkbox"/> Abandono
P/E (DP)		P/E (DP)		P/E (DP)		P/E (DP)		<input checked="" type="checkbox"/> Óbito
PB (cm)		PB (cm)		PB (cm)		PB (cm)		<input type="checkbox"/> Referido para o internamento
Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	<input checked="" type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária
								<input type="checkbox"/> Não recuperado totalmente
Data		Data		Data		Data		Dias totais:
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:
Quantidade		Quantidade		Quantidade		Quantidade		Indicar:
Peso (kg)		Peso (kg)		Peso (kg)		Peso (kg)		<input checked="" type="checkbox"/> Curados
Estatura (cm)		Estatura (cm)		Estatura (cm)		Estatura (cm)		<input type="checkbox"/> Abandono
P/E (DP)		P/E (DP)		P/E (DP)		P/E (DP)		<input type="checkbox"/> Óbito
PB (cm)		PB (cm)		PB (cm)		PB (cm)		<input type="checkbox"/> Referido para o internamento
Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	<input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária

Texto de Apoio 9.4. Resumo Mensal do Tratamento da Desnutrição em Ambulatório

Instruções de preenchimento

O resumo mensal do tratamento da desnutrição em ambulatório contém os principais indicadores da monitoria de rotina, que os profissionais de saúde devem recolher no fim de cada mês. Toda a informação necessária para preencher o Resumo Mensal do TDA tem como fonte de dados o **Livro de Registo do Programa de Reabilitação Nutricional**.

Colunas do Resumo 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
Abandonos que retornam	B3	Número de doentes que abandonam o tratamento e retornam para serem tratados pelo mesmo episódio de desnutrição
Total admissões	(B1+B2+B3)	Número de doentes inscritos no PRN, independentemente de estarem a receber tratamento ou suplemento num determinado mês
Curados	C1	Número de doentes que alcançaram os critérios de alta no tratamento em ambulatório
Abandonos	C2	Número de doentes ausentes por duas visitas consecutivas
Óbitos	C3	Número de doentes que perderam a vida e foram reportados como tal
Referidos para internamento	C4	Número de doentes transferidos do ambulatório para internamento
Transferidos para outro sector ou Unidade Sanitária	C5	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 US porque a casa do doente está mais perto de uma outra US ou por outros motivos
Total de saídas do programa	C = (C1+C2+C3+C4+C5)	Número total de doentes que saem do programa por motivos de cura, abandono, morte, referência para o internamento, e transferências para outro sector ou US
Total de doentes que transitam para o mês seguinte	D = (A+B)-C	Número total de doentes que não terminaram o tratamento e vão dar continuidade no mês seguinte

RESUMO MENSAL – TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO EM AMBULATÓRIO CRIANÇAS DOS 6 MESES AOS 14 ANOS

NOME DA UNIDADE SANITÁRIA	RESUMO PREPARADO POR
CÓDIGO DA UNIDADE SANITÁRIA	PROVINCIA
NOME DO SECTOR DA UNIDADE SANITÁRIA	DISTRITO
DATA DO RESUMO	MÊS/ANO

Grupos etários	Doentes no início do mês (A)	Admissões (B)			Total Admissões B=(B1+B2+B3)	Saídas do Programa (C)					Total Saídas do Programa C=(C1+C2+C3+C4+C5)	Total de doentes que transitam para o mês seguinte D=(A+B-C)
		Casos Novos (B1)	Referidos do TDI (B2)	Abandonos que Retornam (B3)		Curados (C1)	Abandonos (C2)	Óbitos (C3)	Referidos para TDI (C4)	Transferidos para outro sector ou US (C5)		
1 6-59 meses DAG												
2 6-59 meses DAM												
Sub-total 6-59 meses												
3 5-14 anos DAG												
4 5-14 anos DAM												
Sub-total 5-14 anos												
TOTAL												
Fórmula para cálculo de indicadores de desempenho						C1/C*100	C2/C*100	C3/C*100	C4/C*100	C5/C*100		
Proporção de saídas 6-59 meses												
Proporção de saídas 5-14 anos												

Exercício Prático 9B: Preenchimento do Resumo Mensal do TDA

Após a leitura cuidadosa das instruções de preenchimento do Resumo Mensal do TDA acima descritas, preencha o Resumo Mensal do TDA abaixo para o mês de **Julho**, usando os dados do **Texto de Apoio 9.3: Exemplo do Livro de Registro do PRN Preenchido**.

Exercício Prático 9B: Preenchimento do Resumo Mensal do TDA

RESUMO MENSAL – TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO EM AMBULATÓRIO CRIANÇAS DOS 6 MESES AOS 14 ANOS

NOME DA UNIDADE SANITÁRIA	RESUMO PREPARADO POR
CÓDIGO DA UNIDADE SANITÁRIA	PROVINCIA
NOME DO SECTOR DA UNIDADE SANITÁRIA	DISTRITO
DATA DO RESUMO	MÊS/ANO

Grupos etários	Doentes no início do mês (A)	Admissões (B)			Total Admissões B=(B1+B2+B3)	Saídas do Programa (C)					Total Saídas do Programa C=(C1+C2+C3+C4+C5)	Total de doentes que transitam para o mês seguinte D=(A+B-C)
		Casos Novos (B1)	Referidos do TDI (B2)	Abandonos que Retornam (B3)		Curados (C1)	Abandonos (C2)	Óbitos (C3)	Referidos para TDI (C4)	Transferidos para outro sector ou US (C5)		
1 6-59 meses DAG												
2 6-59 meses DAM												
Sub-total 6-59 meses												
3 5-14 anos DAG												
4 5-14 anos DAM												
Sub-total 5-14 anos												
TOTAL												
Fórmula para cálculo de indicadores de desempenho						C1/C*100	C2/C*100	C3/C*100	C4/C*100	C5/C*100		
Proporção de saídas 6-59 meses												
Proporção de saídas 5-14 anos												

Exercício Prático 9C: Cálculo de Indicadores de Desempenho do Programa

Tendo obtido o domínio no preenchimento do Resumo Mensal do TDA no **Exercício Prático 9B**, pratique agora o cálculo dos indicadores do desempenho do programa, usando o resumo mensal do TDA semi-preenchido abaixo.

Exercício Prático 9C: Cálculo de Indicadores de Desempenho do Programa

RESUMO MENSAL – TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO EM AMBULATÓRIO CRIANÇAS DOS 6 MESES AOS 15 ANOS

NOME DA UNIDADE SANITÁRIA	HOSPITAL PROVINCIAL DE CHIMOIO	RESUMO PREPARADO POR	JOÃO DOMINGOS
CÓDIGO DA UNIDADE SANITÁRIA		PROVINCIA	MANICA
NOME DO SECTOR DA UNIDADE SANITÁRIA	Resumo geral da U.S. (CCR + CDC)	DISTRITO	CHIMOIO
DATA DO RESUMO	01/06/2018	MÊS/ANO	MAIO/2018

Grupos etários	Doentes no início do mês (A)	Admissões (B)			Total Admissões B= (B1+B2+B3)	Saídas do Programa (C)					Total Saídas do Programa C= (C1+C2+C3+C4+C5)	Total de doentes que transitam para o mês seguinte D= (A+B-C)
		Casos Novos (B1)	Re-admissões			Curados (C1)	Abandonos (C2)	Óbitos (C3)	Referidos para TDI (C4)	Transferidos para outro sector ou US (C5)		
			Referidos do TDI (B2)	Abandonos que Retornam (B3)								
1 6-59 meses DAG	3	10	3	1	=	5	1	0	1	0	=	=
2 6-59 meses DAM	5	6	0	1	=	5	0	0	0	1	=	=
Sub-total 6-59 meses	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
3 5-14 anos DAG	5	3	3	1	7	5	0	1	1	0	=	=
4 5-14 anos DAM	5	6	0	1	7	3	1	0	1	0	=	=
Sub-total 5-14 anos	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
TOTAL	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
Fórmula para cálculo de indicadores de desempenho						C1/C*100	C2/C*100	C3/C*100	C4/C*100	C5/C*100		
Proporção de saídas 6-59 meses						=	=	=	=	=		
Proporção de saídas 5-14 anos						=	=	=	=	=		

Texto de Apoio 9.5. Cartão do Doente Desnutrido

Sempre que o doente desnutrido se apresentar à Unidade Sanitária deve apresentar o respectivo cartão. Este cartão vai permitir ao profissional fazer a monitoria individual de cada doente, registar as quantidades de produtos terapêuticos que recebe, e marcar a data da próxima visita.

Instruções de preenchimento

Neste cartão o profissional de saúde deve preencher os seguintes campos:

- Escrever nomes de Província, Distrito, Unidade Sanitária e o nome do APE/ACS mais próximo da casa do doente que lhe possa prestar assistência.
- Escrever o nome do doente, número de série, número de NID, idade, sexo, e nome do acompanhante.
- O mesmo cartão servirá para a monitoria do tratamento em ambulatório para DAG e para DAM; daí a necessidade de indicar se a criança está a receber tratamento para DAG ou DAM. Indicar o tipo de tratamento que está a receber: ASPU, MAE, ou ATPU para tratamento em ambulatório para DAM; ou ATPU para tratamento em ambulatório para DAG.
- 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
 - **PB:** perímetro braquial para todos os indivíduos com idade igual ou superior a 6 meses
 - **IMC:** índice de massa corporal para crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos
 - **IMC/Idade:** índice de massa corporal-para-idade para crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos

Fornecimento do ASPU, ATPU ou MAE. Preencher:

- Data da visita do doente à Unidade Sanitária
- Peso do doente em quilogramas
- Quantidade de suplemento que o doente vai receber de acordo com o tipo (em saquetas para ASPU e ATPU; em kg para MAE).
- Na coluna de observações, escrever qualquer ocorrência que não esteja de acordo com os procedimentos indicados na tabela.

Cartão do Doente Desnutrido

CONSELHO ÚTIL LEMBRE-SE SEMPRE

O Plumpy'nut (ATPU), Plumpy'sup (ASPU), e MAE (e.g., CSB) são medicamentos para a criança desnutrida e não uma comida para toda a família!



Cartão Do Doente Desnutrido

Data de início

Peso	Estatura	P/E (DP)
PB	IMC	IMC/Idade

Observações

Data de alta

Peso	Estatura	P/E (DP)
PB	IMC	IMC/Idade

Provincia

Distrito

Unidade Sanitária

Nome do APE/ACS

Nome do doente

Nº de série

NID

Idade

Sexo (F ou M)

Nome do Acompanhante

Tratamento em Ambulatório para DAM: ASPU *ou* MAE *ou* ATPU

Tratamento em Ambulatório para DAG: ATPU

Data	Peso (Kg)	Quantidade do Produto Nutricional Entregue	Observações
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Instruções para preparação do MAE para cada refeição:

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

Exercício Prático 9D: Preenchimento do Cartão do Doente Desnutrido

Usando as informações que abaixo se seguem, preencha o Cartão do Doente Desnutrido.

Dados do paciente:

- Província: Nampula
- Distrito: Monapo
- Unidade Sanitária: Centro de Saúde Carapira
- NID e nº da série do paciente: 01/17
- Nome do Doente: Flávia Manuel
- Nome do APE: Abdala Caiu
- Nome do acompanhante: Paulo António
- Idade do paciente: 6 meses
- Sexo: Feminino

Data	24/07/17	31/07/17	07/08/17	14/08/17	21/08/17	28/08/17	04/09/17
Estatura	63	63	63	63	63	63	63
Peso (kg)	4,0	4,5	5,0	5,6	6,1	6,5	7,0
PB (cm)	10,0	10,5	11,0	11,5	12,0	12,6	12,7
P/E (DP)	?	?	?	?	?	?	?
Estado nutricional (DAG ou DAM)	?	?	?	?	?	?	?
Tratamento nutricional (ATPU ou ASPU)	?	?	?	?	?	?	?
Quantidade	?	?	?	?	?	?	?

Exercício Prático 9D: Preenchimento do Cartão do Doente Desnutrido

CONSELHO ÚTIL LEMBRE-SE SEMPRE

O Plumpy'nut (ATPU), Plumpy'sup (ASPU), e MAE (e.g., CSB) são medicamentos para a criança desnutrida e não uma comida para toda a família!

Data de início

Peso	Estatura	P/E (DP)
------	----------	----------

PB	IMC	IMC/Idade
----	-----	-----------

Observações

Data de alta

Peso	Estatura	P/E (DP)
------	----------	----------

PB	IMC	IMC/Idade
----	-----	-----------



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL

Cartão Do Doente Desnutrido

Provincia

Distrito

Unidade Sanitária

Nome do APE/ACS

Nome do doente

Nº de série

NID

Idade

Sexo (F ou M)

Nome do Acompanhante

Tratamento em Ambulatório para DAM: ASPU *ou*
 MAE *ou*
 ATPU

Tratamento em Ambulatório para DAG: ATPU

9

Data	Peso (Kg)	Quantidade do Produto Nutricional Entregue	Observações
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Instruções para preparação do MAE para cada refeição:

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

Módulo 10: Logística

Textos de Apoio	Objectivos	Estimativa da duração
10.1. Objectivos do Sistema Logístico do PRN e os Produtos Utilizados para Tratar a Desnutrição Aguda	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os principais objectivos do sistema de logística do PRN • Conhecer os produtos utilizados para tratar a desnutrição aguda 	5 minutos
10.2. Responsabilidade dos Vários Sectores	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as responsabilidades dos vários sectores do PRN 	15 minutos
10.3. Relatório Mensal – Produtos Nutricionais Terapêuticos para o Tratamento da Desnutrição Aguda 10.4. Exercício Prático do Relatório Mensal	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os conceitos básicos da gestão de produtos terapêuticos • Saber produzir resumo mensal de produtos nutricionais na Unidade Sanitária 	30 minutos
Estimativa da duração total:		50 minutos

Texto de Apoio 10.1. Objectivos do Sistema Logístico do PRN e os Produtos Utilizados para Tratar a Desnutrição Aguda

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 do sistema logístico do PRN são:

- Elaborar uma estimativa das necessidades dos produtos nutricionais terapêuticos.
- Organizar o levantamento das quantidades apropriadas dos produtos nutricionais terapêuticos para tratar a desnutrição aguda de acordo com o plano de necessidades.
- Organizar o processo de distribuição dos produtos nutricionais terapêuticos para tratar todas as crianças e adolescentes com desnutrição admitidas no programa.
- Monitorar o consumo dos produtos nutricionais terapêuticos usados na reabilitação nutricional.

Os produtos nutricionais terapêuticos utilizados no tratamento da desnutrição aguda são:

1. F75
2. F100
3. ATPU
4. ASPU
5. MAE
6. ReSoMal

Recomenda-se que, depois de consumido 80% destes produtos, é necessário emitir uma requisição. Isto quer dizer que 20% de stock é quantidade mínima de alerta para efectuar a próxima requisição.

Texto de Apoio 10.2. Responsabilidades dos Vários Sectores

As responsabilidades dos vários sectores são:

Serviços Distritais de Saúde, Mulher e Acção Social (SDSMAS)

- Disponibilizar espaço apropriado, recursos humanos e um sistema administrativo para manuseamento e armazenamento dos produtos nutricionais terapêuticos;
- Coordenar com a DPS em relação à quantidade, locais, e períodos de entrega dos produtos nutricionais terapêuticos;
- Antes do levantamento ou da recepção dos produtos nutricionais terapêuticos, 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 nutricionais terapêuticos para as Unidades Sanitárias (USs);
- Assegurar não só a remoção e destruição dos produtos em deterioração, como também a recolha, validação, e compilação dos seguintes dados de monitoria das USs na sua jurisdição
 - 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 USs, registar irregularidades e/ou fraquezas, e deixar recomendações para melhoria;
- Realizar visitas de supervisão às USs de acordo com o plano de monitoria preparado pelos SDSMAS.

Direcção Provincial de Saúde (DPS)

- Estabelecer um plano anual de necessidades de produtos nutricionais terapêuticos, tendo em conta a realidade de cada distrito;
- Em coordenação com os SDSMAS, registar e monitorar a quantidade, locais, e períodos de entrega dos produtos nutricionais terapêuticos 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.

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 nutricionais terapêuticos e produzir um plano anual global;
- Submeter ao plano anual a discussão com os parceiros e doadores.

Texto de Apoio 10.3. 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.

10

Instruções de preenchimento

- **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 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	Saquetas de ASPU	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)						

Texto de Apoio 10.4. Exercício Prático do Relatório Mensal

Exercício prático em grupo

Complete a tabela abaixo, extraída do Relatório Mensal–Produtos Nutricionais Terapêuticos para o Tratamento da Desnutrição Aguda, para o mês de Fevereiro, e responda as perguntas que se seguem usando a seguinte informação:

- O Centro de Saúde precisa de 100 saquetas de ATPU por mês para suprir as necessidades das crianças desnutridas no TDI e no TDA.
- O Centro de Saúde tem 75 saquetas de ATPU na farmácia no fim do último dia de Janeiro.
- O Centro de Saúde recebeu da DPS–Depósito Provincial de Medicamentos, 50 saquetas de ATPU para o mês de Fevereiro.
- A quantidade consumida durante o mês de Fevereiro foi de 85 saquetas
- A validade de 5 saquetas de ATPU expirou no mês de Fevereiro e, portanto, tiveram de ser descartadas.

10

Quantidade de produtos	Saquetas de F75	Saquetas de F100	Saquetas de ReSoMal	Saquetas de ATPU	Saquetas de ASPU	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)						

Perguntas:

1. Qual é o stock da farmácia no fim do mês?
2. A próxima requisição deve ser feita com um mínimo de 20% de stock. Qual é a quantidade ideal para se efectuar a próxima requisição?

ANEXO 1. Resoluções dos exercícios

Resolução do Exercício do Texto de Apoio 1.23

	Sexo	Idade em meses	Estatura (cm)	Peso (kg)	DP	Classificação da Desnutrição Aguda
Criança 1	Rapaz	40 meses	110,0	14,8	$P/A \geq -3$ e < -2	Moderada
Criança 2	Rapariga	12 meses	84,3	8,9	$P/C \geq -3$ e < -2	Moderada
Criança 3	Rapaz	8 meses	77,0	8,5	$P/C \geq -2$ e < -1	Ligeira
Criança 4	Rapariga	54 meses	102,2	12,0	$P/A < -3$	Grave
Criança 5	Rapaz	24 meses	109,0	17,2	$P/A \geq -1$	Sem desnutrição
Criança 6	Rapariga	23 meses	89,7	12,9	$P/C \geq -1$	Sem desnutrição

A

Resolução do Exercício do Texto de Apoio 1.30

	Sexo	Idade	Altura (cm)	Peso (kg)	IMC	DP IMC/ Idade	Classificação da Desnutrição Aguda
Doente 1	Rapaz	8a 3m	110,3	14,4	11,8	< -3	Grave
Doente 2	Rapaz	7a 8m	116,4	20,1	14,8	≥ -1	Sem desnutrição
Doente 3	Rapariga	15a 4m	125,0	19,9	12,7	< -3	Grave
Doente 4	Rapaz	10a 8m	122,8	22,2	14,7	≥ -2 e < -1	Ligeira
Doente 5	Rapariga	5a 1m	100,7	14,8	14,6	≥ -1	Sem desnutrição

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 2.2

	Idade (meses ou anos)	Apetite	Edema Bilateral	PB em cm	P/E DP (OMS)	IMC/Idade	Sinais e sintomas de complicações	Admissão no TDA ou TDI? Porquê?
Doente 1	7 meses	Sim	Não	10,2	≥ -3 e < -2	n/a	Não	TDA, de acordo com PB e tem apetite
Doente 2	24 meses	Sim	Não	11,6	< -3	n/a	Não	TDA, de acordo com o P/E e a criança tem apetite (Nota: Se o PB fosse o único critério, não se saberia a medida do P/E e está não seria admitida pois o PB > 11.5 cm)
Doente 3	12 meses	n/a	Não	11,7	≥ -3 e < -2	n/a	Não	TDA, de acordo com o P/E e PB
Doente 4	15 anos	Sim	++	19,2	n/a	≥ -3 e < -2	Febre elevada	TDI, de acordo com edema ++ e febre elevada
Doente 5	36 meses	Sim	+	11,5	≥ -3 e < -2	n/a	Não	TDI, de acordo com edema +
Doente 6	12 anos	Não	Não	16,2	n/a	< -3	Não	TDI, de acordo com o IMC/Idade e não tem apetite
Doente 7	7 anos	Sim	Não	12,7	n/a	≥ -3 e < -2	Não	TDA, de acordo com PB e tem apetite
Doente 8	5 meses	n/a	Não	n/a	n/a	n/a	Emagrecimento acentuado	TDI, de acordo com idade e emagrecimento acentuado.
Doente 9	9 anos	n/a	Não	13,8	n/a	≥ -3 e < -2	Não	TDA, de acordo com PB e IMC/Idade

A

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 2.4

Exercício: A história dos procedimentos da admissão da Maria

Resposta: Os passos que foram omitidos ou não estavam na ordem correcta, são:

- O pessoal do centro de saúde não fez a avaliação imediata dos sinais de perigo ou a triagem para detecção dos casos mais graves como o da Maria. Se eles tivessem feito, eles teriam verificado que a Maria tinha desidratação severa e que devia ter sido internada (TDI) imediatamente.
- Maria não recebeu água açucarada.
- A enfermeira não fez a medição de P/E para Maria.
- A enfermeira não fez a avaliação do edema.
- A enfermeira não fez a história clínica.
- Não era necessário fazer o teste de apetite porque Maria tem complicações médicas (a diarreia levou a desidratação severa) e precisa de admissão imediata no TDI.

A

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 3.2

1. Quem recebe o tratamento no TDI?

Resposta: Crianças e adolescentes com DAG com complicações médicas ou sem apetite, crianças menores de 6 meses de idade com DAG ou DAM, e crianças igual ou maior de 6 meses de idade com um peso inferior a 4 kg.

2. Onde é que se implementa o TDI ?

Resposta: Nas US que oferecem atendimento 24 horas por dia.

3. Qual é a percentagem de doentes com DAG que tem complicações médicas?

Resposta: Cerca de 20% dos doentes com DAG tem complicações médicas que justificam o internamento.

4. Porque é que o TDI é a componente essencial do PRN?

Resposta: Porque é no TDI que é feito o tratamento médico e reabilitação nutricional de doentes com DAG com complicações médicas ou sem apetite, e de crianças menores de 6 meses de idade com DAG ou DAM, e crianças igual ou maior de 6 meses de idade com um peso inferior a 4 kg.

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 3.8

	Peso (kg)	Idade	Edema bilateral	A cada 2 horas (12 refeições)	A cada 3 horas (8 refeições)	Volume total diário
Criança 1	6.2	<5 anos	Não	70	100	806
Criança 2	26.3	12 anos	+	185	275	2195
Criança 3	10.8	<5 anos	Não	120	175	1404
Criança 4	11.4	<5 anos	+++	95	145	1140
Criança 5	16.8	10 anos	+	145	220	1745
Criança 6	5.8	<5 anos	Nao	65	95	754
Criança 7	58	14 anos	+	335	500	4000
Criança 8	12.5	8 anos	++	105	155	1245
Criança 9	8.5	<5 anos	+++	70	110	860
Criança 10	7.6	<5 anos	Não	85	125	988

A

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 3.14

Parte 1

Joana tem 4 anos de idade e pesa 12 kg. Quando chegou na US, ela foi admitida no TDI com edema bilateral de +++. Porém, agora, o edema bilateral reduziu para ++ e ela não tem complicações médicas. A US está utilizando F100 para a fase de transição porque existe uma ruptura de stock de ATPU.

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?

Resposta: 150 ml

Parte 2

Após 2 dias na fase de transição, a Joana tolerou bem o F100. A US recebeu ATPU e a enfermeira faz um teste de apetite à Joana. A Joana come metade (1/2) de um pacote de ATPU de 92 g.

Pergunta #2: A Joana passou ou não ao teste do apetite?

Resposta: Sim

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

Pergunta #3: Quantas saquetas de ATPU a Joana deve consumir durante 24 horas na fase de transição?

Resposta: 3 saquetas

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

Pergunta #4: Que quantidade de ATPU a Joana deve consumir em cada toma se a mãe administrar-lhe 6 vezes por dia?

Como calcular:

3 saquetas ATPU para 24 horas = $3 \times 92 \text{ g} = 276 \text{ g}$ de ATPU em 24 horas
 $276 \text{ g ATPU} / 6 \text{ vezes por dia} = 46,0 \text{ g ATPU}$ a cada toma

46,0 g de ATPU, corresponde a 1/2 da saqueta de ATPU

Resposta: Metade (1/2) de saqueta ou 4,5 colherinhas (10 g por colherinha) ou 46 g de ATPU.

A enfermeira verifica a cada refeição a quantidade de ATPU que a Joana consome. A Joana só consome cerca de um terço (1/3) de um pacote de ATPU ou três colherinhas ou aproximadamente 30 g de ATPU.

Pergunta #5: Suas refeições precisariam de ser complementadas com F100? Se sim, que quantidade de F100 deve-se dar à Joana para suplementar o ingestão de ATPU?

- As crianças e adolescentes que não consomem o ATPU em quantidade suficiente devem receber F100 para compensar qualquer déficit de ingestão.
- Se o ATPU e o F100 estão sendo dados, estes podem ser substituídos mutuamente na base de aproximadamente 100 ml de F100 equivalente a 20 g de ATPU

Como calcular:

Sendo que Joana deveria consumir 46 g de ATPU por refeição (veja a pergunta #4) e ela apenas consome 30 g, sobram 16 g do ATPU que ela não consome.

Se: 100 ml de F100 é equivalente a 20 g de ATPU, 80 ml de F100 são equivalentes a 16 g de ATPU.

Resposta: Sim. 80 ml de F100 devem ser dados à Joana quando ela apenas consome um terço (1/3) de um pacote de ATPU.

Parte 3

Após mais um dia na fase de transição, Joana está a consumir quase todas as saquetas de ATPU. 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 #6: Será que Joana reúne os critérios para passar para a fase de reabilitação no ambulatório?

Resposta: Sim

Pergunta #7: Quais são os critérios para regressar da fase de transição para a fase de estabilização?

Resposta: Veja o Texto de Apoio 5.13

- 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), ou qualquer outro sinal de sobrecarga de fluídos
- Aumento ou desenvolvimento de edema bilateral
- Aumento rápido do tamanho do fígado
- 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)

Pergunta #8: Quais são os critérios para passar para a fase reabilitação no internamento?

Resposta: Veja o Texto de Apoio 5.13

- 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, o sem edema para as crianças com kwashiorkor marasmático.
 - Ausência de complicação médica, alerta e clinicamente bem.
- Se o ATPU não estiver disponível, todos os doentes com DAG sem complicações, devem continuar o tratamento no internamento com F100.
- Se não houver quantidade suficiente de ATPU disponível para crianças dos 6 meses aos 14 anos, as crianças entre os 6-59 meses devem ter prioridade em receber o ATPU; as crianças maiores devem permanecer no internamento e serem tratadas com F100.

A

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 4.3

Descrição #1

Este tipo de caso refere-se a crianças ou adolescentes com DAG provenientes do seguinte sector: Internamento hospitalar: após a Fase de Estabilização e a Fase de Transição, são referidos para o TDA para completarem a fase de Reabilitação do *mesmo episódio* de desnutrição.

O nome deste tipo de caso é: **Caso re-admitidos**.....

Descrição #2

Este tipo de caso é das crianças ou adolescentes com DAG sem complicações médicas, admitidos pela primeira vez no tratamento em ambulatório. 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.

O nome deste caso é: **Caso novo**.....

Descrição #3

Este tipo de caso refere-se a crianças ou adolescentes com DAG sem complicações médicas que abandonam o tratamento antes de o terminar e retornam para serem tratadas pelo *mesmo episódio* de desnutrição.

O nome deste caso é: **Casos re-admitidos**.....

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 4.5

A medicação e dosagem que cada criança precisa de acordo com os dados fornecidos e o seguinte:

Doente 1: Menina, 18 meses de idade

Resposta:

- Dê amoxicilina 3 vezes por dia, a cada 8 horas, por 7 dias, 50-100 mg/kg peso corporal/dia
- Dê anti-helmíntico na segunda semana, 200 mg de Albendazol ou 250 mg de Mebendazol, dosagem única
- Não dê anti-malárico
- Não dê a vacina de sarampo
- Não dê vitamina A
- Não dê ferro e ácido fólico

Doente 2: Menino, 9 anos de idade

Resposta:

- Dê amoxicilina 3 vezes por dia, de 8 em 8 horas, durante 7 dias, 50-100 mg/kg peso corporal/dia
- Dê anti-helmíntico na segunda semana de tratamento, 400 mg de Albendazol ou 500 mg de Mebendazol, dosagem única
- Dê anti-malárico de acordo com normas de AIDNI
- Não dê vacina contra sarampo na admissão, mas dê depois de 4 semanas ou no momento de alta
- Não dê vitamina A
- Não dê ferro e ácido fólico

Doente 3: Menina, 7 meses

Resposta:

- Não dê amoxicilina porque foi dada quando foi tratada no TDI
- Não dê anti-helmíntico por causa de ter uma idade abaixo dos 12 meses de idade
- Não dê anti-malárico
- Não dê vacina contra sarampo, pois o registo de vacinas está actualizado
- Não dê vitamina A, porque foi recebida no TDI
- Não dê ferro e ácido fólico

Doente 4: Menino, 38 meses

Resposta:

- Não dê amoxicilina, porque foi tratado no TDA
- Não dê anti-helmíntico, porque foi tratado no TDA
- Repetir o teste de malária porque o teste pode ser menos sensitivo e os sinais e sintomas não são aparentes quando a criança é imuno-deprimida
- Dê a vacinação contra sarampo na admissão e na alta, pois na área em que reside há uma epidemia de sarampo
- Não dê a vitamina A
- Não dê ferro e ácido fólico

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 4.8

Doente 1

Menina em TDA, 4.3 kg, alguém da família volta com a criança numa semana

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: 14

Doente 2

Menina em TDA, 8.8 kg, tempo de colheita, mãe volta com a criança em 2 semanas

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: 50

Doente 3

Menino em TDA, 13.8 kg, número limitado de pessoal na US, pedem a mãe para voltar com a criança em 2 semanas

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: 70

Doente 4

Menino em TDA, 5.8 kg, mãe volta com a criança em 1 semana

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: 18

Doente 5

Menino em TDA, 10.3 kg, muitos casos no TDA, alguém da família volta com a criança em 2 semanas

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: 56

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 4.12

Quais são as possíveis causas de falta de resposta ao TDA ao nível da US?	Quais são as possíveis causas de falta de resposta ao TDA ao a nível domiciliar?
<ul style="list-style-type: none">• Avaliação inadequada da condição de saúde da criança ou falha na identificação da 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	<ul style="list-style-type: none">• Frequência insuficiente de visitas de controlo e para recepção de ATPU• Consumo inadequado ou partilha de ATPU no agregado familiar• Não cumprimento do protocolo de medicação

A

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 4.14

1. A criança deve ser admitida no TDI ou TDA?

Resposta: TDA, porque a criança tem P/E < -3 PD, não tem edema, não tem complicações médicas, e tem apetite (passou o teste de apetite).

2. Que medicamentos deve receber a criança na admissão e durante o tratamento?

Resposta:

- Dar amoxicilina de 8 em 8 horas, por 7 dias, 50-100 mg/kg peso corporal/dia
- Dar anti-helmíntico na segunda semana, 200 mg de Albendazol ou 250 mg de Mebendazol, dosagem única
- Dar anti-malárico de acordo com directrizes nacionais
- Dar vacina contra sarampo no momento da admissão e no momento da alta
- Não dar vitamina A.
- Não dar ferro e ácido fólico

3. Que quantidade de ATPU deve receber a criança?

Resposta: 36 saquetas para as 2 semanas (14 dias)

4. Quais são os conselhos que são precisos dar ao cuidador?

Resposta:

- Mostrar como abrir a saqueta de ATPU e como administrá-lo à criança
- Explicar quantas saquetas a criança deve consumir por dia e que tem que incentivar a criança a comer pequenas refeições regulares de ATPU
- Informar que o ATPU é um medicamento vital para a recuperação da criança
- Para a mãe que está a amamentar a criança, aconselhá-la a dar o peito antes de administrar cada dose de ATPU e que, durante as primeiras semanas de tratamento, a criança não deve receber outro tipo de comida para além do leite materno e do ATPU
- Explicar que a criança deve terminar cada uma das suas doses diárias de ATPU antes de lhe dar outro tipo de comida e após as 2 primeiras semanas de tratamento, a criança deve comer também pelo menos uma papa enriquecida por dia, sempre depois de terminar as doses diárias de ATPU
- Explicar que a criança tem que beber água tratada e armazenada de forma segura 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
- Informar que a mãe deve usar sabão para lavar as mãos e a cara da criança antes de amamentar ou oferecer ATPU ou outra comida e que deve manter os alimentos limpos e cobertos; as refeições preparadas e conservadas a mais de 2 horas devem ser aquecidas antes de comer
- Manter a criança coberta e aquecida porque as crianças desnutridas ficam com frio rapidamente
- Continuar a alimentar as crianças com diarreia e dar comida e água extra
- Levar a criança imediatamente à US sempre que a sua condição se agravar ou se ela não estiver a comer suficientemente

- Orientar a mãe que quando a criança atingir o índice de Peso para Altura ou IMC/Idade ≥ -1 DP, a dar primeiro a comida da família e depois dar o ATPU

5. **Que parâmetros devem ser monitorados e registrados nas visitas de seguimento?**

Resposta:

- Antropometria
 - PB
 - Peso
 - Estatura (comprimento ou altura)
- Exame físico
 - Presença de edema bilateral
 - Ganho de peso
 - Temperatura corporal
 - Os seguintes sinais clínicos devem ser avaliados: fezes, vômitos, desidratação, tosse, respiração, tamanho do fígado, olhos, ouvidos, condição da pele e lesões perianais
 - Teste do apetite
 - Episódio de doença desde a última visita
 - Medidas antropométricas (tomadas)

6. **Depois da primeira semana de tratamento no TDA a criança em TDA não aumentou de peso. O que é necessário fazer?**

Resposta:

- Visita domiciliar para verificar:
 - Se a dieta de ATPU é partilhada com os outros membros da família
 - Se os alimentos estão disponíveis ou acessíveis na família
 - Problemas relacionados com os cuidados da criança
- Investigar a US para verificar:
 - Avaliação adequada 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

7. **A criança atingiu os critérios para receber alta? Por quê?**

Resposta:

Não. Porque:

- Só tem P/E > -1 DP durante uma visita, para receber alta deve-se verificar o P/E > -1 DP em 2 pesagens sucessivas
Também recomenda-se que:
- A mãe receba todas as sessões de educação nutricional, o que não acontece neste caso visto que faltam 2 sessões

- A mãe desenvolva uma ligação com iniciativas de apoio comunitário, o que não acontece neste caso visto que ela não tem acesso as sessões de educação nutricional e demonstrações culinárias na comunidade devido à proibição do marido. É aconselhável que o ACS, APE, líder comunitário ou pessoal da US falem com o esposo para discutir a situação, encorajar-lhe a permitir que tanto ele como a sua esposa possam assistir às sessões.

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 5.1

A

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
- Bebé prematuro
- Criança doente (HIV, TB, Insuficiência cardíaca, etc)

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 5.13

Caso 1: Lígia

- Idade: 4 meses
- Peso: 3,7 kg
- Altura: 56,2 cm
- P/E ≥ -3 DP e < -2
- Edema bilateral: Sim
- Amamentada: Sim
- Mãe HIV positivo: Não
- Mãe traumatizada: Sim – perdeu todos os seus bens na inundação

1. Que medicamentos deve receber a Lígia na admissão e durante o tratamento?

Resposta: Criança com edema bilateral (complicação médica), então usará antibióticos de primeira linha: Ampicilina (200 mg/kg/dia de 6/6h) combinada com Gentamicina (5-7.5 mg/kg/dia de 12/12h) durante 72 horas e continuar com Amoxicilina oral 15 mg/kg de 8 em 8 horas durante 5-7 dias.

2. Qual deve ser o objectivo do tratamento para a Lígia?

Resposta: Restabelecer a amamentação exclusiva.

3. Que tipo de alimento terapêutico deve receber a criança?

Resposta: F75

4. Que quantidade de alimento terapêutico deve receber a criança?

Resposta: 65 ml/refeição de modo a fazer 8 refeições/dia.

5. Qual deve ser o procedimento para alimentar a criança?

Resposta: Deve-se assegurar que a mãe amamenta a criança ao peito de 3 em 3 horas durante pelo menos 20 minutos ou mais frequência se a criança chora ou aparenta querer mais. Entre as mamadas, dar o leite terapêutico F75 complementar usando a Técnica de Sucção Suplementar (TSS). Assegurar uma boa amamentação através de “boa pega” e sucção efectiva do leite materno. Incentivar sessões de amamentação mais frequentes e longas, para aumentar a produção de leite e evitar interferências que possam atrapalhar a amamentação.

6. Depois de 3 dias a criança já não tem edema bilateral, e tem um peso de 3,6 kg. Qual deve ser o próximo procedimento para o seu tratamento?

Resposta: Dar F100-diluído. Base a quantidade no peso da criança inicial, como ainda está no período em que se deve alimentar cautelosamente. Utilizar a Técnica de Sucção Suplementar (TSS) para fornecer as quantidades suplementares de F100-diluído.

7. Depois de 2 semanas a Lígia ganhou peso de uma taxa de 24 g por dia, durante 3 dias. Que procedimento deve ser efectuado?

Resposta: Diminuir a quantidade de F100-diluído em um quarto (1/4) e depois de 2 ou 3 dias para metade (1/2) do consumo de manutenção, para permitir que o bebé receba mais leite materno. Se a criança continuar a ganhar peso, interrompa completamente a sucção suplementar.

8. Que parâmetros devem ser monitorados e registados nas visitas de seguimento? Explique em detalhe.

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

- Peso diário
- Grau de edema bilateral, 0 a +++, diário
- Temperatura corporal, duas vezes por dia

- Sinais clínicos diários: vômitos, fezes, desidratação, tosse, pulso, respiração, tamanho do fígado
- Comprimento medido a cada 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

9. Que suporte a mãe deve receber?

Resposta: Suporte psicológico; aconselhamento individual; apoio entre as mães; avaliar o estado nutricional da mãe através da medição do perímetro braquial (PB) e verificar a presença de edema bilateral—fazer admissão ao PRN para adultos se tiver critérios para admissão; 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 da sua filha nem culpá-la por dar outros alimentos; aconselhar a mãe sobre o planeamento familiar e métodos contraceptivos modernos, explicar-lhe sobre o risco de gravidez durante o período de amenorréia provocado pela amamentação; e encaminhar a mãe a suporte disponível devido as cheias e os bens que perdeu.

10. Depois de 4 semanas, a Lígia teve um peso de 5,1 kg e um comprimento de 57.5 cm, e a pesagem seguinte teve peso de 5,2 kg. Ela estava sem edema por mais de 2 semanas, estava alerta, clinicamente bem, e estava a aumentar de peso com apenas o leite materno durante 6 dias. A Lígia atingiu os critérios para receber a alta. Que procedimentos devem ser efectuados na alta?

Resposta: Assegurar que a vacinação da criança está actualizada; que a mãe foi adequadamente aconselhada sobre práticas de cuidado e alimentação infantil, sinais de perigo e quando retornar ao centro de saúde para acompanhamento; e seguimento e acompanhamento na comunidade pelo APE/ACS. Referir a mãe com a criança para a Consulta da Criança em Risco (CCR), de 15 em 15 dias nos primeiros 2 meses após a alta, e mensalmente do 3º ao 6º mês após a alta. Na CCR, a mãe deve receber educação nutricional e sanitária com demonstrações práticas.

Caso 2: Mariano

- Idade: 5 meses com 2 semanas
- Peso: 4,3 kg
- Altura: 58,6 cm
- P/E < -3 DP
- Edema bilateral: Não
- Amamentada: Não
- Mãe HIV positivo: Mãe não sabe
- Criança HIV positivo: Sem informação
- Mãe traumatizada: Suspeita que sim – possibilidade de violência domestica.

1. Que medicamentos deve receber o Mariano na admissão e durante o tratamento?

Resposta: Amoxicilina 15 mg/kg, 3 vezes por dia por 5 dias (peso igual ou maior a 2 kg).

Também deve-se oferecer à mãe Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) para fazer o teste de HIV e caso positiva deve-se fazer o teste de PCR ao Mariano.

2. Que tipo de alimento terapêutico deve receber a criança?

Resposta: F100-diluído.

3. Que quantidade de alimento terapêutico deve receber a criança?

Resposta: 70 ml/refeição se 8 refeições/dia.

4. Qual deve ser o procedimento para alimentar a criança, e quais são as fases de tratamento?

Resposta:

- Alimentar usando uma chávina e pires.

- Reiniciar a alimentação cautelosamente.
 - Quando retornar o apetite, passa da fase de estabilização para a fase de transição e dar a criança 90 ml de F100-diluído em cada refeição perfazendo 8 refeições por dia.
 - Quando o Mariano tiver bom apetite—tomar pelo menos 90% do F100-diluído prescrito para a fase de transição; e sem nenhum outro problema médico, deve progredir da fase de transição para a fase de reabilitação, ficando no mínimo 2 dias na fase de transição para os doentes de magreza severa (casos de marasmo).
 - Na fase de reabilitação dar 110 ml de F100-diluído em cada refeição perfazendo 8 refeições por dia.
 - Discutir com a mãe a possibilidade de restabelecer a amamentação, utilizando a sucção suplementar com F100-diluído.
5. Que parâmetros devem ser monitorados e registados nas visitas de seguimento? Explique em detalhe
- Resposta:** Os seguintes parâmetros devem ser monitorados e registados no multcartão:
- Peso diário
 - Grau de edema bilateral (0 a +++) diário
 - Temperatura corporal, duas vezes por dia
 - Sinais clínicos diários: vômitos, fezes, desidratação, tosse, pulso, respiração, tamanho do fígado
 - Comprimento medido a cada 21 dias (quando uma nova folha do multcartão é usada)
 - Qualquer outro registo: por exemplo, ausente, recusa a alimentação, alimentação por SNG ou por infusão EV ou transfusão
6. Que suporte a mãe deve receber?
- Resposta:** Suporte psicológico; aconselhamento individual; apoio entre as mães; avaliar o estado nutricional da mãe através da medição do perímetro braquial (PB) e verificar a presença de edema bilateral—fazer admissão ao PRN para adultos se tiver critérios para admissão; 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 da seu filho nem culpá-la por dar outros alimentos; aconselhar a mãe sobre o planeamento familiar e métodos contraceptivos modernos; e encaminhar a mãe para ter suporte apropriado no gabinete contra violência doméstica devido a sua situação do seu lar.
7. Depois de 2 semanas, o Mariano teve um peso de 4,7 kg e um comprimento de 59 cm. Qual deve ser o seu P/E?
- Resposta:** $P/E \geq -3$ e < -2 DP
8. Se o Mariano tiver 6 meses de idade, sem complicações médicas e estar clinicamente bem, que procedimento deve ser efectuado?
- Resposta:** Como Mariano já tem 6 meses, deve passar para o grupo de 6-59 meses para o tratamento de DAG no internamento. Deve continuar com o F100 em vez de F100-diluído, e introduzir o ATPU gradualmente se a criança aceitar. O Mariano ainda não atingiu os critérios de alta.

Resolução de Exercício do Texto de Apoio 6.10

Caso 1: Josefina

- Idade: 2 anos, 8 meses
- Peso: 8.7 kg
- Altura: 84 cm
- P/E ≥ -3 e < -2 DP
- Edema: Não
- Tem apetite: Sim
- Alerta: Sim
- Clinicamente bem: Sim
- Anti-helmíntico: Não recebeu nos últimos 6 meses
- Vitamin A: Não recebeu nos últimos 6 meses
- HIV: Negativo
- A US tem suficiente ASPU para tratar crianças e adolescentes com DAM

1. Que medicamentos deve receber a criança na admissão e durante o tratamento?

Resposta:

- a. $\frac{1}{2}$ comprimido de Albendazol (400 mg) OU
 $\frac{1}{2}$ comprimido de Mebendazol (500 mg) OU
 $2\frac{1}{2}$ comprimidos de Mebendazol (100 mg) – dose única
- b. Vitamina A –todas as gotas numa cápsula de 200.000 UI

2. Que tipo de alimento terapêutico deve receber a criança?

Resposta: ASPU

3. Que quantidade do alimento terapêutico deve receber a criança se voltar à US a cada 15 dias para fazer o controlo e seguimento?

Resposta: 15 saquetas

4. Que conselhos deve-se dar a mãe ou ao provedor de cuidados? Explique em detalhes.

Resposta:

- a. O ASPU é para suplementar a dieta normal e deve ser consumido entre as principais refeições.
- b. Para crianças com idade igual ou superior a 6 meses que estiverem a ser amamentadas com leite materno, o aleitamento materno deve ser a prioridade e, portanto, deverá ser oferecido antes do ASPU. O ASPU só deve ser oferecido 30 minutos ou mais após a amamentação.
- c. O ASPU é um suplemento alimentar especialmente desenhado para o paciente desnutrido e não um alimento comum para a alimentação de toda a família.
- d. Crianças com idade de 6 a 59 meses devem consumir, por dia, 1 saqueta de ASPU, e pacientes com idade igual ou superior a 5 anos devem consumir, por dia, 2 saquetas de ASPU.
- e. O ASPU pode ser consumido de várias formas dependendo da preferência do paciente, por exemplo: consumido simples, misturado com papas, ou barrado no pão.
- f. Antes e depois do paciente se alimentar ou preparar a comida, o paciente e o provedor de cuidados devem lavar as mãos usando água corrente e sabão ou cinza. Os alimentos devem ser mantidos limpos e cobertos, e as refeições preparadas e conservadas a mais de 2 horas devem ser aquecidas antes de comer.
- g. O paciente deve beber muita água tratada e armazenada de forma segura para manter um bom estado de hidratação.

- h. Se tiver diarreia, o paciente deve iniciar a toma de sais de rehidratação oral (SRO) ou outros líquidos de acordo com recomendações nacionais e se necessário se dirigir ao posto de saúde.
- i. O paciente deve voltar à Unidade Sanitária a cada 15 dias para fazer o controle e seguimento.
- j. Se a condição clínica se agravar, o paciente deve ir imediatamente à Unidade Sanitária.
5. Que parâmetros devem ser monitorados e registados nas visitas de seguimento? Explique em detalhe.
- Resposta:** 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 adolescents que não apresentam ganho de peso ou tem perda de peso, merecem atenção especial durante o exame médico
 - Crianças e adolescents que tem um episódio de doença desde a última visita merecem atenção especial durante o exame médico
 - Medidas antropométricas (tomadas)
6. Depois de 6 semanas de tratamento a Josefina tem um peso de 9,6 kg e uma altura de 84,5 cm, está sem edema, alerta, clinicamente bem, e tem apetite. A Josefina atingiu os critérios para receber alta, Sim ou Não? Por quê?
- Resposta:** Não. Porque a Josefina tem desnutrição ligeira ($P/A \geq -2$ e < -1 DP), ainda não atingiu o critério de alta do tratamento de DAM, ($P/E \geq -1$ DP em 2 pesagens sucessivas).

Caso 2: Mário

- Idade: 13 anos, 2 meses
 - Peso: 30,5 kg
 - Altura: 147 cm
 - IMC-para-idade = 14.1 (≥ -3 e < -2 DP)
 - Edema: Não
 - Tem apetite: Sim
 - Alerta: Sim
 - Clinicamente bem: Sim
 - Anti-helmíntico: Não recebeu nos últimos 6 meses
 - Vitamin A: N/A – criança maior de 59 meses
 - HIV: Positivo
 - A US não tem ASPU mas tem MAE e ATPU
1. Que medicamentos deve receber o adolescente na admissão e durante o tratamento?
- Resposta:**
- a. 1 comprimido de Albendazol (400 mg) ou 1 comprimido de Mebendazol (500 mg) ou 5 comprimidos de Mebendazol (100 mg) – dose única
 - b. Cotrimoxazol profilático, de acordo com as Normas de Atenção à Criança Sadia e à Criança em Risco
2. Que tipo de alimento terapêutico deve receber o adolescente?

Resposta: MAE

3. Que quantidade de alimento terapêutico deve receber o adolescente se voltar à US a cada 15 dias para fazer o controlo e seguimento?

Resposta: Um saco de 10 kg para um período de 30 dias.

4. Que conselhos deve-se dar a mãe ou ao provedor de cuidados? Explique em detalhes.

Resposta:

- a. Explicar a preparação do MAE
 - i. Por cada refeição, use 100 gramas de MAE (equivalente a uma chávena de chá) com 500 ml de água (equivalente a 2 copos). Misturar 100 gramas de MAE com uma pequena quantidade de água (morna ou fria). Mexer essa mistura para dissolver bem a MAE e retirar as bolhas de ar.
 - ii. Aquecer à parte água numa panela. Só quando a água estiver a ferver é que se adiciona a MAE (previamente dissolvida em água). Mexer bem para evitar a formação de grumos.
 - iii. Deixar a papa ferver lentamente durante 5 a 15 minutos, mexendo sempre. Não cozinhar por mais de 15 minutos para não perder as vitaminas.
 - b. Antes e depois do paciente se alimentar ou preparar a comida, o paciente e o provedor de cuidados devem lavar as mãos usando água corrente e sabão ou cinza. Os alimentos devem ser mantidos limpos e cobertos, e as refeições preparadas e conservadas a mais de 2 horas devem ser aquecidas antes de comer.
 - c. A MAE é para o paciente desnutrido e não para a alimentação de toda a família.
 - d. Se tiver diarreia, o paciente deve iniciar a toma de sais de rehidratação oral (SRO) ou outros líquidos de acordo com recomendações nacionais e se necessário se dirigir ao posto de saúde.
 - e. O paciente deve voltar à US a cada 15 dias para fazer o controlo e seguimento.
 - f. Se a condição clínica se agravar, o paciente deve ir imediatamente à US.
5. Que parâmetros devem ser monitorados e registados nas visitas de seguimento? Explique em detalhe.

Resposta:

- a. 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 adolescents que não apresentam ganho de peso ou tem perda de peso, merecem atenção especial durante o exame médico
 - Crianças e adolescents que tem um episódio de doença desde a última visita merecem atenção especial durante o exame médico
 - Medidas antropométricas (tomadas)
6. Depois de 9 semanas de tratamento o Mário tem um peso de 36,7 kg e uma altura de 148 cm, está sem edema, alerta, clinicamente bem, e tem apetite. O Mário atingiu os critérios para receber alta, Sim ou Não? Porquê?

Resposta: Não. Embora o Mário tem um IMC-para-idade normal, $16.7, [36.7/(1.48 \times 1.48)]$ para um adolescente com 13 anos e 4 meses (13 anos e 2 meses mais 9 semanas do tratamento são 13 anos e 4 meses, arredondar a idade a 13:6), ainda não atingiu o critério de alta do tratamento de DAM porque não atingiu o critério por 2 pesagens sucessivas.

Resolução de Exercício Prático 9A: Preenchimento do Livro de Registo do PRN

Nº de ordem mensal	Nº de NID	Informações do doente	Idade (meses)	Sexo	Razão do Tratamento (circular)	Proveniência	1ª Visita	2ª Visita	3ª Visita
1	56/18	Nome do doente: Fastudo Manuel Nome do acompanhante: Maria João Nome da comunidade: Murrapawiu	15	M	Veja as definições nas instruções 1 2	<input checked="" type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI <input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Data 01/06/2018 Tipo de suplemento ATPU Quantidade 21 Peso (kg) 7,8 Estatura (cm) 78 P/E (DP) <-3 PB (cm) 10,0 Estado de HIV (circular) + 0 Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg) Estatura (cm) P/E (DP) PB (cm) Estado de HIV (circular) + - Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg) Estatura (cm) P/E (DP) PB (cm) Estado de HIV (circular) + - Desc
2	23/18	Nome do doente: João Baptista Nome do acompanhante: Maria Baptista Nome da comunidade: Sacaeque	32	M	Veja as definições nas instruções 1 2	<input type="checkbox"/> Caso novo <input checked="" type="checkbox"/> Referido do TDI <input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Data 17/06/2018 Tipo de suplemento ATPU Quantidade 28 Peso (kg) 9,5 Estatura (cm) 86 P/E (DP) ≥-3 & < -2 PB (cm) 11,2 Estado de HIV (circular) + 0 Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg) Estatura (cm) P/E (DP) PB (cm) Estado de HIV (circular) + - Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg) Estatura (cm) P/E (DP) PB (cm) Estado de HIV (circular) + - Desc
1	44/18	Nome do doente: Manuel Vala Nome do acompanhante: Ricardina Nome da comunidade: Muihiale	22	M	Veja as definições nas instruções 1 2	<input checked="" type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI <input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Data 01/07/2018 Tipo de suplemento ASPU Quantidade 15 saquetas Peso (kg) 8,6 Estatura (cm) 82 P/E (DP) ≥-3 & < -2 PB (cm) 12 Estado de HIV (circular) + - Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg) Estatura (cm) P/E (DP) PB (cm) Estado de HIV (circular) + - Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg) Estatura (cm) P/E (DP) PB (cm) Estado de HIV (circular) + - Desc
2	27/18	Nome do doente: Carla João Nome do acompanhante: Catarina Mendes Nome da comunidade: Namaita	20	F	Veja as definições nas instruções 1 2	<input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI <input checked="" type="checkbox"/> Abandono que retornou	Data 03/07/2018 Tipo de suplemento ATPU Quantidade 21 Peso (kg) 7,5 Estatura (cm) 80 P/E (DP) <-3 PB (cm) 10,5 Estado de HIV (circular) + - Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg) Estatura (cm) P/E (DP) PB (cm) Estado de HIV (circular) + - Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg) Estatura (cm) P/E (DP) PB (cm) Estado de HIV (circular) + - Desc

Resolução de Exercício Prático 9B: Preenchimento do Resumo Mensal do TDA

RESUMO MENSAL – TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO EM AMBULATÓRIO CRIANÇAS DOS 6 MESES AOS 15 ANOS

NOME DA UNIDADE SANITÁRIA		RESUMO PREPARADO POR	
CÓDIGO DA UNIDADE SANITÁRIA		PROVINCIA	
NOME DO SECTOR DA UNIDADE SANITÁRIA		CCR	DISTRITO
DATA DO RESUMO		MÊS/ANO	
		Julho/2018	

Grupos etários	Doentes no início do mês (A)	Admissões (B)			Total Admissões B=(B1+B2+B3)	Saídas do Programa (C)					Total Saídas do Programa C=(C1+C2+C3+C4+C5)	Total de doentes que transitam para o mês seguinte D=(A+B-C)
		Casos Novos (B1)	Re-admissões Referidos do TDI (B2)	Abandonos que Retornam (B3)		Curados (C1)	Abandonos (C2)	Óbitos (C3)	Referidos para TDI (C4)	Transferidos para outro sector ou US (C5)		
1 6-59 meses DAG	2	0	0	1	1	1	1	0	1	0	3	0
2 6-59 meses DAM	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0
Sub-total 6-59 meses	2	1	0	1	2	1	1	0	1	1	4	0
3 5-14 anos DAG	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4 5-14 anos DAM	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Sub-total 5-14 anos	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL	2	1	0	1	2	1	1	0	1	1	4	0
Fórmula para cálculo de indicadores de desempenho						C1/C*100	C2/C*100	C3/C*100	C4/C*100	C5/C*100		
Proporção de saídas 6-59 meses						25,0%	25,0%	0,0%	25,0%	25,0%		
Proporção de saídas 5-14 anos						-	-	-	-	-		

Resolução de Exercício Prático 9C: Cálculo de Indicadores de Desempenho do Programa

RESUMO MENSAL – TRATAMENTO DE DESNUTRIÇÃO EM AMBULATÓRIO CRIANÇAS DOS 6 MESES AOS 15 ANOS

NOME DA UNIDADE SANITÁRIA	HOSPITAL PROVINCIAL DE CHIMOIO	RESUMO PREPARADO POR	JOÃO DOMINGOS
CÓDIGO DA UNIDADE SANITÁRIA		PROVINCIA	MANICA
NOME DO SECTOR DA UNIDADE SANITÁRIA	Resumo geral da U.S. (CCR + CDC)	DISTRITO	CHIMOIO
DATA DO RESUMO	01/06/2018	MÊS/ANO	MAIO/2018

Grupos etários	Doentes no início do mês (A)	Admissões (B)			Total Admissões B=(B1+B2+B3)	Saídas do Programa (C)					Total Saídas do Programa C=(C1+C2+C3+C4+C5)	Total de doentes que transitam para o mês seguinte D=(A+B-C)
		Casos Novos (B1)	Re-admissões Referidos do TDI (B2)	Abandonos que Retornam (B3)		Curados (C1)	Abandonos (C2)	Óbitos (C3)	Referidos para TDI (C4)	Transferidos para outro sector ou US (C5)		
¹ 6-59 meses DAG	3	10	3	1	=14	5	1	0	1	0	=7	=10
² 6-59 meses DAM	5	6	0	1	=7	5	0	0	0	1	=6	=6
Sub-total 6-59 meses	=8	=16	=3	=2	=21	=10	=1	=0	=1	=1	=13	=16
³ 5-14 anos DAG	5	3	3	1	7	5	0	1	1	0	=7	=5
⁴ 5-14 anos DAM	5	6	0	1	7	3	1	0	1	0	=5	=7
Sub-total 5-14 anos	=10	=9	=3	=2	=14	=8	=1	=1	=2	=0	=12	=12
TOTAL	=18	=25	=6	=4	=35	=18	=2	=1	=3	=1	=25	28
Fórmula para cálculo de indicadores de desempenho						C1/C*100	C2/C*100	C3/C*100	C4/C*100	C5/C*100		
Proporção de saídas 6-59 meses						=76,92%	=7,69%	=0,00%	=7,69%	=7,69%		
Proporção de saídas 5-14 anos						=66,67%	=8,33%	=8,33%	=16,67%	=0,00%		

Resolução de Exercício Prático 9D: Preenchimento do Cartão do Doente Desnutrido

CONSELHO ÚTIL LEMBRE-SE SEMPRE
O Plumpy'nut (ATPU), Plumpy'sup (ASPU), e MAE (e.g., CSB) são medicamentos para a criança desnutrida e não uma comida para toda a família!

Data de início 24/07/17
Peso 4,0 kg Estatura 63 cm P/E (DP) <-3DP
PB 10 cm IMC — IMC/Idade —

Observações

Data de alta 04/09/17
Peso 7,0 kg Estatura 63 P/E (DP) ≥ -1DP
PB 12,7 cm IMC — IMC/Idade —



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL

Cartão Do Doente Desnutrido

Provincia Nampula
Distrito Monapo
Unidade Sanitária C.S. Carapina
Nome do APE/ACS Abdala Cain
Nome do doente Flávia Manuel
Nº de série 01 NID 01/17
Idade 6 mss Sexo (F ou M) F
Nome do Acompanhante Paulo António
Tratamento em Ambulatório para DAM: ASPU ou MAE ou ATPU
Tratamento em Ambulatório para DAG: ATPU

Data	Peso (Kg)	Quantidade do Produto Nutricional Entregue	Observações
24/07/17	4,0	14 saquetas	
31/07/17	4,5	14 saquetas	
07/08/17	5,0	14 saquetas	
14/08/17	5,6	18 saquetas	
21/08/17	6,1	18 saquetas	
28/08/17	6,5	18 saquetas	
04/09/17	7,0	20 saquetas	
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			
/ /			

Instruções para preparação do MAE para cada refeição:

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

Resolução de Texto de Apoio 10.4. Exercício Prático do Relatório Mensal

Quantidade de produtos	Saquetas de F75	Saquetas de F100	Saquetas de ReSoMal	Saquetas de ATPU	Saquetas de ASPU	Sacos de MAE
a Stock inicial				75		
b Quantidade recebida neste mês				50		
c Quantidade consumida neste mês				85		
d Quantidade perdida neste mês				5		
e Stock final no fim do mês= $(a+b)-(c+d)$				35		

1. Qual é o stock da farmácia no fim do mês? **Resposta: 35**
2. A próxima requisição deve ser feita com um mínimo de 20% de stock. Qual é a quantidade ideal para se efectuar a próxima requisição? **Resposta: 20 [=100 saquetas*.20]**

A