



República de Moçambique
Ministério da Saúde
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA



NORMAS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA SADA E À CRIANÇA EM RISCO



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE
DIRECÇÃO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA

NORMAS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA SADIA E À CRIANÇA EM RISCO

MOÇAMBIQUE, 2021

FICHA TÉCNICA

Título:

NORMAS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA SADIA E À CRIANÇA EM RISCO
2ª Edição (2021)

Consultora das Normas: Natércia Fernandes

Colaboradores:

Gizela Azambuja (DSMC/MISAU), Marla Amaro (Nutrição/MISAU), Arla Alfândega (DSMC/MISAU), Nelice Mate (DSMC/MISAU), Irene Rungo (DSMC/MISAU), Basília Vaz (PAV/MISAU), Cândido Começar (Nutrição/MISAU), Elda Famba (Nutrição/MISAU), Kátia Mangujo (Nutrição/MISAU), Lucinda Manjama (Nutrição/MISAU), Helga Guambe (PNC-ITS,HIV/SIDA/MISAU), Kwalila Tibana (PNC-ITS,HIV/SIDA/MISAU), Teresa Beatriz Simione (PNC-ITS,HIV/SIDA/MISAU), Nélia Mutisse (OMS), Benilde Soares (UNICEF), Marta Chemane (UNICEF), Patrícia Pérez Martin (EGPAF), Criménia Muthemba (PNPT/MISAU), Ana Rosa Araújo (Fundação Ariel Glaser), Melanie Picolo (PATH), Svetlana Drivdal (PATH), Iracema Barros (PATH), Joaquim Brandão (PATH).

Maquetização:

Impressão:

Tiragem: 5000 exemplares

Financiamento: Esta publicação foi financiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Moçambique. O seu conteúdo não reflecte necessariamente a visão da OMS.

Índice

Acrónimos e Abreviaturas	05
Lista de tabelas	07
Lista de figuras	08
Prefácio	09

CAPÍTULO 1: ATENÇÃO À CRIANÇA SADIA: ATENÇÃO À CRIANÇA SADIA 11

Introdução	13
1. Fluxo de atendimento à criança sadia	13
2. História clínica e exame objectivo	18
3. Avaliação do crescimento	20
4. Desenvolvimento Psico-motor	30
5. Alimentação da Criança	37
6. Calendário vacinal	41
7. Suplementação com Vitamina A	44
8. Desparasitação	45
9. Monitoria e Avaliação	46
10. Educação Sanitária	46

CAPÍTULO 2: ATENÇÃO À CRIANÇA EM RISCO 49

Introdução	51
1. Organização da CCR	51
2. Actividades no atendimento da criança em risco	53
3. Criança exposta ao HIV	54
4. Criança exposta à Sífilis	63
5. Criança em contacto com tuberculose pulmonar	68
6. Criança com crescimento insuficiente ou desnutrição	84
7. Crianças com peso inferior a 2500 gramas à nascença, gémeos, crianças com desmame antes dos 12 meses de idade e/ou em aleitamento artificial	94
8. Crianças órfãs e vulneráveis	95
9. Promoção de bom desenvolvimento psicomotor para a criança na CCR ..	96
10. Monitoria e Avaliação	103
Bibliografia consultada	105
Anexos	107

Acrónimos e Abreviaturas

AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APE	Agente Polivalente Elementar
ASUP	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
ARO	Alto Risco Obstétrico
ARV	Anti-retrovirais
AZT	Zidovudina
BCG	Bacilo de Calmette e Guérin (Vacina contra a Tuberculose)
CACUM	Carcinoma do Colo do Útero e da Mama
CCD	Consulta da Criança Doente
CCR	Consulta da Criança em Risco
CCS	Consulta da Criança Sadia
CI	Crescimento Insuficiente
CPN	Consulta Pré-natal
CPP	Consulta Pós-parto
CS	Centro de Saúde
CSB-Plus	Mistura de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais
CSC	Cartão de Saúde da Criança
CTZ	Cotrimoxazol
DAG	Desnutrição Aguda Grave
DAM	Desnutrição Aguda Moderada
DP	Desvio Padrão
DPM	Desenvolvimento Psico-Motor
ESMI	Enfermeira de Saúde Materno-Infantil
HIV	Vírus de Imunodeficiência Humana
INH	Isoniazida
IMC	Índice de Massa Corporal
MNP	Micronutrientes em pó
NID	Número de Identificação
NVP	Niverapina

OCB	Organização Comunitária de Base
ODS	Objectivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial Da Saúde
PAV	Programa Alargado de Vacinação
PB	Perímetro Braquial
PC	Perímetro Craniano
PCR	Reacção da Cadeia da Polimerase
PF	Planeamento Familiar
POC	Point-of-care
PRN	Programa de Reabilitação Nutricional
PTV	Prevenção da Transmissão Vertical
RN	Recém-nascido
RPR	Rapid plasma reagin
SIS-MA	Sistema de Informação de Saúde para Monitoria e Avaliação
SMI	Saúde Materno-Infantil
SRO	Soro de Rehidratação Oral
SMX	Sulfametoxazol
TARV	Tratamento Antiretroviral
TB	Tuberculose
TPT	Tratamento Preventivo de Tuberculose
TMP	Trimetropim
TR	Teste Rápido
US	Unidade Sanitária

Lista de tabelas

Tabela 1. Evolução do peso na criança	21
Tabela 2. Evolução do comprimento/altura na criança	21
Tabela 3. Índices e parâmetros de classificação da DAG e DAM	26
Tabela 4. Avaliação da gravidade do edema bilateral	27
Tabela 5. Erupção dentária dos 6 meses aos 21 anos	29
Tabela 6. Resumo das recomendações básicas de saúde oral	29
Tabela 7. Alimentação da criança dos 0 aos 24 meses	38
Tabela 8. Dosagem profiláctica de Vitamina A	44
Tabela 9. Dosagem e posologia de Mebendazol e Albendazol	45
Tabela 10. Dosagens de AZT e NVP para profilaxia reforçada da criança exposta ao HIV	56
Tabela 11. Dosagem de Cotrimoxazol profilático	57
Tabela 12. Escolha do regime de TPT de acordo com a idade da criança e o tipo de TB do caso fonte	71
Tabela 13. Dosagem de Isoniazida para crianças em TPT	72
Tabela 14. Dosagem de Piridoxina para crianças em TPT	72
Tabela 15. Graus de toxicidade hepática da Isoniazida	73
Tabela 16. Graus de neuropatia periférica	74
Tabela 17. Dosagem de 3HP para TPT para crianças de 10-29,9 Kg	75
Tabela 18. Dosagem de 3HP para TPT para crianças de ≥ 30 Kg	75
Tabela 19. Conduta para hepatotoxicidade pelo 3HP, segundo o valor das transaminases	76
Tabela 20. Outras reacções adversas ao 3HP	77
Tabela 21. Dosagem de Levofloxacina para crianças em TPT	80
Tabela 22. Dosagem de albendazol e mebendazol	86
Tabela 23. Dosagem de Amoxicilina para crianças com DAG	87
Tabela 24. Dosagem de Vitamina A para crianças com DAG	87
Tabela 25. Quantidade de saquetas de ATPU para das 6 refeições/dia, por criança com DAG	87
Tabela 26. Quantidade de CSB-Plus, por criança com DAM	89
Tabela 27. Suplementos usados no tratamento da criança com DAM	90

Lista de figuras

Figura 1. As curvas de crescimento no cartão de saúde da criança	22
Figura 2. Tipos de crescimento da criança	23
Figura 3. Medição do comprimento da criança	24
Figura 4. Medição da altura na criança	24
Figura 5. Cálculo do índice de massa corporal	25
Figura 6. Medição do perímetro braquial	25
Figura 7. Medição do Perímetro craniano	28
Figura 8. Sequência do desenvolvimento psico-motor na criança	30
Figura 9. Cartaz dos marcos de desenvolvimento psicomotor	32
Figura 10. Cartaz de acompanhamento e estimulação do desenvolvimento da criança	35
Figura 11. Cartaz sobre a nossa alimentação	39
Figura 12. Cartaz de alimentação complementar	40
Figura 13. Vacinas e profilaxias para a criança	42
Figura 14. Fluxograma da vacinação com BCG numa criança com idade superior a 1 ano que aparece pela primeira vez na US	43
Figura 15. Evolução normal da lesão vacinal por BCG	44
Figura 16. Oferta da profilaxia para HIV em crianças nascidas fora da maternidade	57
Figura 17. Fluxograma de seguimento da criança exposta ao HIV na CCR	61
Figura 18. Classificação do RN exposto a sífilis	65
Figura 19. Rastreio da tuberculose na criança e no adolescente	70
Figura 20. Algoritmo de seguimento de criança de 0-14 anos em contacto com TB sensível	78
Figura 21. Algoritmo de seguimento da criança em contacto com TB resistente	81
Figura 22. Fluxograma da criança com DAM	91
Figura 23. Fluxograma da criança com crescimento insuficiente	93
Figura 24. Recomendações para cuidados para o desenvolvimento da criança	99

Prefácio

A mortalidade infantil constitui um dos indicadores mais sensíveis de desenvolvimento de um país, para além de informar sobre as suas prioridades e valores. A sobrevivência das crianças com idades entre 0-5 anos, tem sido uma grande preocupação de saúde pública em muitos países africanos. Os últimos 20 anos, a nível global, foram testemunhados progressos notáveis na sobrevivência infantil, graças, por um lado, às intervenções eficazes em saúde pública e, por outro, a melhores desempenhos nos campos económico e social, em todo o mundo. Contudo, morrem anualmente cerca de 10,6 milhões de crianças, 4,6 milhões das quais no continente africano sendo que a maioria das mortes deve-se a um reduzido número de problemas comuns, evitáveis e tratáveis.

Moçambique não constitui excepção em relação ao panorama mundial, e apesar de nas últimas décadas ter-se registado uma redução contínua das taxas de mortalidade neonatal, infantil e infanto-juvenil, essas taxas continuam ainda bastante altas. De acordo com o IDS de 2011, a taxa de mortalidade neonatal é de 30 por 1000 nascidos vivos, a de mortalidade infantil de 64 por 1000 nascidos vivos e a de mortalidade infanto-juvenil de 97 por 1000 nascidos vivos. No entanto, a nível provincial existem grandes disparidades nessas taxas, sendo as províncias da região norte as que apresentam as taxas mais elevadas.

Para o alcance das metas definidas nos Objectivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a redução da Mortalidade Neonatal e Infantil, em Moçambique, passa obrigatoriamente pela melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de saúde, incluindo um sistema de referência funcional, o aumento de pessoal técnico de qualidade no sector, assim como por um maior envolvimento da comunidade. Em Moçambique, apesar da maior parte das intervenções necessárias para reduzir a mortalidade neonatal e infantil estarem já a ser implementadas, é necessária a aceleração dos esforços para a expansão das mesmas à uma escala maior, por forma a que possam ter o máximo de impacto no alcance das metas preconizadas nos ODSs.

É neste contexto, face à realidade do País e das suas actuais evidências, que foram elaboradas estas **NORMAS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA SADIA E À CRIANÇA EM RISCO**, que fornecem um pacote de cuidados preventivos e curativos, não apenas para o acompanhamento e manutenção do estado de saúde das crianças em fase de crescimento, como também para a atenção às crianças em risco. Assim, este documento será um instrumento valioso para o acompanhamento do progresso das acções na área da saúde infantil, através da detecção precoce e manejo adequado das alterações de crescimento e desenvolvimento, a detecção de problemas de saúde e de doenças preveníveis e a orientação para o seu manejo e/ou tratamento eficaz, bem como na identificação, orientação, apoio e acompanhamento de todas as situações que coloquem a criança em risco. As presentes normas são dirigidas a todos profissionais de saúde, de diferentes níveis, que cuidam das crianças e pretende-se que as mesmas contribuam para a melhoria dos aspectos teóricos, técnicos e práticos necessários para que o profissional de saúde possa dedicar maior atenção à saúde da criança. O MISAU agradece todos os que contribuíram na elaboração e revisão destas “**NORMAS DE ATENDIMENTO À CRIANÇA SADIA E À CRIANÇA EM RISCO**” e que não pouparam esforços para manter os altos padrões de qualidade das informações nelas contidas.

O Ministro da Saúde



Prof. Doutor Armindo Daniel Tiago

CAPÍTULO 1
ATENÇÃO À
CRIANÇA SADIA



Introdução

Esta consulta é para as crianças saudáveis, isto é, crianças que não apresentam nenhum sinal ou sintoma de doença. Nesta consulta, os dados antropométricos das crianças são avaliados, as crianças são vacinadas, fazem suplementação com vitamina A, profilaxia para desparasitação, verifica-se o estado de saúde, o crescimento e desenvolvimento, os pais/cuidadores recebem conselhos para a promoção da saúde e prevenção das doenças e são oferecidos todos os cuidados que a criança necessita para crescer bem. Esta consulta serve também para identificar e referir crianças que estejam numa situação de risco ou que tenham algum problema de saúde.

1. Fluxo de atendimento à criança sadia

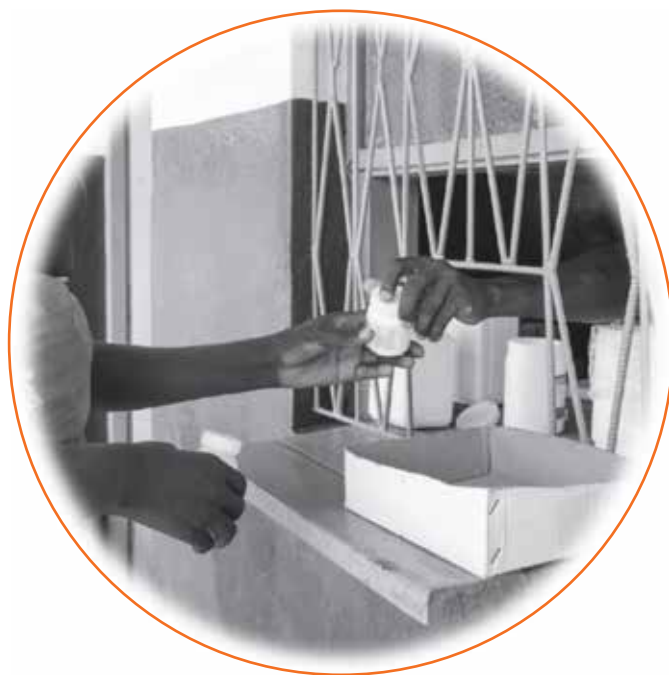
As consultas da criança sadia concentram-se principalmente nos cinco primeiros anos de vida, sendo que o período de maior risco de saúde da criança é até aos dois anos. No primeiro ano de vida, as consultas são mensais devem coincidir com as vacinações, sendo que a primeira consulta deve ser feita depois da alta da Consulta Pós-natal, a partir dos 29 dias de vida da criança. No segundo ano, as consultas devem ser bimestrais, do terceiro ao quinto ano semestrais. Do quinto ao décimo quarto ano as consultas devem ser anuais.

1.1. Principais actividades a serem realizadas na consulta:

- Avaliação do crescimento;
- Avaliação do desenvolvimento psicomotor;
- Realização de exame físico completo;
- Promoção do cumprimento do calendário vacinal;
- Orientação sobre a alimentação adequada da criança;
- Prevenção das deficiências em micronutrientes;
- Suplementação com Vitamina A e desparasitação;
- Educação sanitária individual;
- Rastreio de factores de risco para a CCR;
- Recomendações sobre o planeamento familiar.

Em cada consulta lembrar sempre de:

- Verificar sinais e sintomas de perigo;
- Aconselhar a mãe sobre planejamento familiar;
- Fazer rastreio da tuberculose;
- Fazer rastreio da sífilis;
- Verificar o estado serológico (HIV), e em caso de seroestado desconhecido, oferecer aconselhamento e testagem para HIV.



Idade	Crescimento	Vacinas	Suplementos	Exame Físico/destaques	Desenvolvimento Psico-motor	Alimentação Aconselhamento e Educação Sanitária
Recém-nascido	Peso Perímetro Craniano Estatura	BCG Pólio 0		Exame físico completo, Despiste de malformações, Ictericia Tónus, Umbigo, Fontanela, Irritabilidade, Dentes neonatais e freio lingual	Reflexo de Moro? Reflexo de sucção? Mãos fechadas?	AME, Higiene, Estimule a troca de olhares; Atenção ao choro do bebê, Registo de nascimento, Próximas vacinas
3 dias	Peso			Exame físico completo, Despiste de malformações, Ictericia Tónus, Umbigo, Fontanela, Irritabilidade	Reflexo de Moro? Reflexo de sucção? Mãos fechadas?	AME, Higiene, Posição ao deitar Atenção ao choro do bebê, Estimule a troca de olhares; Próximas vacinas
7 dias	Peso			Exame físico completo, Despiste de malformações, Ictericia Tónus, Umbigo, Fontanela, Irritabilidade	Reflexo de Moro? Reflexo de sucção? Mãos fechadas?	AME, Higiene, Posição ao deitar Atenção ao choro do bebê, Estimule a troca de olhares; Próximas vacinas
1 mês	Peso Estatura Perímetro Craniano			Exame físico completo, Despiste de malformações, Sinais vitais, Umbigo; Tónus, Irritabilidade; Fontanela.	Segue com o olhar? Sorri? Abre as mãos?	AME, Higiene, Posição ao deitar, Próximas vacinas
2 meses	Peso Estatura Perímetro Craniano	Pólio 1, Rota vírus, DPT+ Hep B+ HiB, PCV		Exame físico completo, Despiste de malformações.	Segue com o olhar? Sorriso social? Abre as mãos?	AME, Higiene, Próximas vacinas
3 meses	Peso Estatura Perímetro Craniano	Pólio 2, Rota vírus, DPT+ Hep B+ HiB		Exame físico completo, Atenção: Anemia	Sustenta a cabeça? Segue com o olhar? Reage aos sons suaves? Brinca com as mãos abertas?	AME, Higiene, Próximas vacinas
4 meses	Peso Estatura Perímetro Craniano	Pólio 3, DPT + Hep B + HiB, PCV, IPV		Exame físico completo, Atenção: Anemia	Sustenta a cabeça? Pega objectos? Reage aos sons?	AME, Prevenção e tratamento das diarreias, Próximas vacinas
6 meses	Peso Estatura Perímetro Craniano		Vitamina A 100.000 UI	Exame físico completo, Erupção primeiros dentes Atenção: Anemia Ouvidos / audição	Senta com apoio? Galreia?	AM e introdução de novos alimentos e educação sobre como preparar os alimentos, Higiene, Afecto, Prevenção de acidentes, Dentição Próximas vacinas
9 meses	Peso Estatura Perímetro Craniano	Sarampo Rubéola PCV (reforço)		Exame físico completo, Atenção: Anemia Edemas Ouvidos / audição	Senta sem apoio? Ouve? Põe-se de pé com apoio? Segura e Leva à boca um pedaço de pão? Estrabismo?	AM e Alimentação complementar adequada e responsiva (introdução de novos alimentos), Alerta para os principais erros alimentares, Higiene oral, Prevenção de acidentes, Próximas vacinas
12 meses	Peso Estatura Perímetro Craniano		Vitamina A 200.000 UI Mebendazol 500 mg	Exame físico completo, Atenção: Anemia Abdómen/ parasitoses Edemas Ouvidos / audição	Anda com apoio? Diz alguma palavra? Preensão digito-polegar?	AM. Apartir dos 12 meses deve fazer alimentação da família adequada a idade, Alerta para os principais erros alimentares, Higiene oral, Prevenção de Acidentes, Próximas vacinas
15 meses	Peso Estatura Perímetro Craniano			Exame físico completo, Atenção: Anemia Abdómen/ parasitoses Edemas Ouvidos / audição	Anda sozinha? Usa 6 palavra?	
18 meses	Peso Estatura Perímetro Craniano	Sarampo, Rubéola	Vitamina A 200.000 UI Mebendazol 500 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Abdómen, Endemas Ouvidos/ Audição	Sobe escadas com ajuda? Come com colher? Bebe com copo?	AM e alimentação adequada: Relacionamento com a família e amigos: Aprendizagem de regras e rotinas do dia a dia; Higiene oral, Prevenção de Acidentes, Próxima consulta

21 meses	Peso Estatura Perímetro Craniano			Exame físico completo Atenção: Anemia Abdômen, Endemas Ouvidos/ Audição	Corre? Come com colher? Bebe com copo?	AM e alimentação adequada: Relacionamento com a família e amigos: Aprendizagem de regras e rotinas do dia a dia Higiene oral: Prevenção de Acidentes, Próxima consulta
24 meses	Peso Estatura Perímetro Craniano		Vitamina A 200.000 UI Mebendazol 500 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Abdômen, Ouvidos Endemas	Corre? Diz de 2 a 3 palavras? Usa bem a colher?	AM e alimentação adequada: Relacionamento com a família e amigos: Higiene oral, Prevenção de Acidentes, Próxima consulta
30 meses	Peso Estatura		Vitamina A 200.000 UI Mebendazol 500 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Abdômen, Ouvidos Endemas	Assinala 4 a 6 partes do corpo? Cumpre as ordens? Controle esfinteriano?	AM e alimentação adequada: Relacionamento com a família e amigos: Higiene oral, Prevenção de Acidentes, Próxima consulta
36 meses	Peso Estatura		Vitamina A 200.000 UI Mebendazol 500 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Abdômen, Ouvidos Endemas	Salta nos 2 pés? Diz *eu*? Copia um círculo? Sabe o seu nome e o seu sexo? Visão? Audição?	Alimentação adequada: Relacionamento com a família e amigos: Brincar, desenhar, estimular a criatividade. Higiene oral, Prevenção de Acidentes, Próxima consulta
42 meses	Peso Estatura		Vitamina A 200.000 UI Mebendazol 500 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Abdômen, Ouvidos		Alimentação adequada: Relacionamento com a família e amigos: Brincar, desenhar, estimular a criatividade. Higiene oral, Prevenção de Acidentes, Próxima consulta
48 meses	Peso Estatura		Vitamina A 200.000 UI Mebendazol 500 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Abdômen, Ouvidos Garganta	Fica e salta num pé? Copia um quadrado? Conhece 4 cores? Socializa?	Higiene oral, Prevenção de Acidentes, Próxima consulta
54 meses	Peso Estatura		Vitamina A 200.000 UI Mebendazol 500 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Abdômen, Ouvidos Garganta		Alimentação adequada: Relacionamento com a família e amigos: Brincar, desenhar, estimular a criatividade. Higiene oral, Preparação da entrada para a escola; Registo de Nascimento, Próxima consulta
60 meses	Peso Estatura		Vitamina A 200.000 UI Mebendazol 500 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Abdômen, Ouvidos Garganta	Veste sozinho? Conta até 5? Copia um triângulo? Socializa?	
6 anos	Peso Estatura	VAT (1ª CLASSE)	Albendazol 400 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Garganta/boca Pele (sarna, tinha) Epilepsia	Socializa? Aproveitamento escolar?	
7 anos	Peso Estatura	VAT (2ª CLASSE)	Albendazol 400 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Garganta/boca Pele (sarna, tinha) Epilepsia	Socializa? Aproveitamento escolar?	Alimentação adequada: Relacionamento com a família e amigos: Higiene oral, Saneamento de meio Exercícios físicos, Próxima consulta
8 anos	Peso Estatura		Albendazol 400 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Garganta/boca Pele (sarna, tinha) Epilepsia	Socializa? Aproveitamento escolar?	
9 anos	Peso Estatura		Albendazol 400 mg	Exame físico completo Atenção: Anemia Garganta/boca Pele (sarna, tinha) Epilepsia	Socializa? Aproveitamento escolar?	

10 anos	Peso Estatura	Albendazol 400 mg Sal Ferroso (rapariga) 1 comp por semana		Exame físico completo Atenção: Anemia Garganta/boca Pele (sarna, tinha) Epilepsia	Socializa? Aproveitamento escolar?	Alimentação adequada: Relacionamento com a família e amigos: Higiene oral; Saneamento de meio, Exercícios físicos, Consumo de bebidas alcoólicas e fumar é prejudicial a saúde, Educação sexual, Próxima consulta
11 anos	Peso Estatura	Albendazol 400 mg Sal Ferroso (rapariga) 1 comp por semana		Exame físico completo Atenção: Anemia Garganta/boca Pele (sarna, tinha) Epilepsia	Socializa? Aproveitamento escolar?	
12 anos	Peso Estatura	Albendazol 400 mg Sal Ferroso (rapariga) 1 comp por semana		Exame físico completo Atenção: Anemia Garganta/boca Pele (sarna, tinha) Epilepsia	Socializa? Aproveitamento escolar?	
13 anos	Peso Estatura	Albendazol 400 mg Sal Ferroso (rapariga) 1 comp por semana		Exame físico completo Atenção: Anemia Garganta/boca Pele (sarna, tinha) Epilepsia	Socializa? Aproveitamento escolar?	
14 anos	Peso Estatura	Albendazol 400 mg Sal Ferroso (rapariga) 1 comp por semana		Exame físico completo Atenção: Anemia Garganta/boca Pele (sarna, tinha) Epilepsia	Socializa? Aproveitamento escolar?	

1.2. Centros fixos

Referem-se aos Centros e Postos de Saúde com atendimento permanente. As tarefas descritas na tabela acima constituem uma meta que deve ser alcançada.

1.3. Brigadas móveis

Nas zonas rurais atendidas por equipas móveis, o calendário deverá ser mais flexível e reduzido, segundo o programa de deslocações, que deve ser bem planificado e coordenado com os actores comunitários. Estes devem garantir a mobilização, a divulgação dos locais de concentração e as datas previstas, permitindo a racionalização do tempo da população e do pessoal de saúde.

2. História clínica e exame objectivo

2.1. Anamnese:

É a informação breve, colhida sobre o estado de saúde da criança e rastreio de situações de risco, nomeadamente:

- História clínica da criança;
- História pré-natal;
- Consultas pré-natais;

- História perinatal;
 - Tipo de parto, local de parto, índice de Apgar, idade gestacional, peso à nascença, patologia neonatal, PTV;
- Estado de saúde da mãe (ex: contacto com tuberculose, estado de nutrição, etc);
- História familiar, situação social.

Em cada consulta perguntar:

- Se a criança esteve doente ou está doente?
- Se a criança foi a consulta ou foi internada? Quando?
- Se a criança fez ou faz alguma medicação?
- Se a criança fez ou faz algum tratamento tradicional?
- Sobre o apetite e os hábitos alimentares da criança?
- Sobre o progresso no desenvolvimento?
- Se alguém na família tem sintomas ou foi diagnosticado com tuberculose?

2.2. Exame objectivo: Deve se realizar um exame físico cuidadoso a todas as crianças

Atenção: A criança deve ser examinada sem roupa!!!

Exame geral

- Estado geral;
- Sinais gerais de perigo (consegue beber ou mamar, vomita tudo o que come, convulsões, letárgico ou inconsciente);
- Estado nutricional e de hidratação (emagrecimento visível, sinal da prega cutânea, presença de edema);

- Estado da pele (erupção, vesículas, pústulas, feridas, icterícia);
- Tipo de respiração (dispneia, retração subcostal, adejo nasal);
- Sinais de anemia (palidez palmar, mucosas descoradas);
- Existência de malformações congênitas ou de massas anormais.

Exame segmentar

Cabeça

- Observar a consistência e pigmentação dos cabelos, couro cabeludo (tinha, impetigo);
- Medir o perímetro craniano (comparar com as medições anteriores; despistar hidrocefalia ou microcefalia);
- Exame da fontanela (abaulada / deprimida / normal);
- Edema facial;
- Olhos (sinais de estrabismo, cataratas ou opacificação da córnea, olhos encovados, secreção dos olhos);
- Ouvidos (secreção);
- Glândulas parótidas;
- Boca (lábio leporino, fenda palatina, estado da dentição-erupção dentária e carie dentária, estomatite, candidíase, língua presa);
- Garganta (exsudato esbranquiçado ou amarelado, garganta eritematosa);
- Existência de adenopatias (gânglios no pescoço aumentados);
- Rigidez da nuca.

Tórax

- Frequência respiratória (ver tabela de respiração rápida);
- Tipo de respiração (retração subcostal ou estridor em repouso);
- Escutar (sibilos, estridor);
- Existência de adenopatias (aumento dos gânglios nas axilas).

Abdômen

- Forma (hérnia, ascites);
- Palpação (órgãos aumentados, ex: hepatoesplenomegália);
- Sinal de prega na pele (região lateral de abdômen);
 - Pele volta muito lentamente? (2 segundos ou mais);
 - Lentamente? (menos de 2 segundos);
- Existência de adenopatias (aumento dos gânglios na virilha).

Membros

- Observar a presença de edema;
- Palidez palmar.

Períneo

- Dermatite das fraldas;
- Testículos no escroto.

Coluna vertebral

- Procurar sinais de escoliose ou cifose.

3. Avaliação do crescimento

O crescimento constitui conjunto de alterações biológicas que implicam um aumento corporal da criança, considerando, especialmente, a evolução do peso, estatura e perímetros. Implica divisão e aumento de tamanho celular (hiperplasia e hipertrofia) e conseqüente aumento de massa corpórea que pode ser medida em unidades tais como g/dia, kg/ano, cm/mês, cm/ano. O crescimento é, portanto, a expressão final da saúde da criança, o resultado da interação de factores genéticos, endócrinos, alimentares, afectivos, infecciosos e outros. Assim, controlando o crescimento, podemos detectar precocemente situações de carência alimentar, afectiva ou de doença.

Parâmetros de crescimento

- Peso;
- Altura/Estatura;
- Perímetro craniano;
- Perímetro Braquial;
- Dentição.

Índices de crescimento:

- Peso para a idade (P/I);
- Estatura /altura para a idade (E/I);
- Peso para a estatura/altura (P/E);
- Índice de Massa Corporal (IMC) para idade;
- Perímetro braquial (PB) para a idade;
- Perímetro craniano (PC) para a idade;
- Dentição para a idade.

Na criança sadia, os valores destes parâmetros vão-se alterando numa forma regular consoante a idade. Estas alterações são diferentes de criança para criança. A fronteira da “normalidade”, a variação normal, é uma noção importante para a interpretação correcta do crescimento. Crianças do mesmo sexo, saudáveis, não apresentam o mesmo peso nem a mesma estatura. Os dois parâmetros fundamentais do crescimento são o peso e a estatura sendo que o perímetro craniano é um indicador importante do crescimento do cérebro.

Peso: Um lactente deve aumentar entre 20 e 30 gr por dia durante os primeiros 6 meses. É anormal todo o aumento médio diário inferior a 20 gr no primeiro semestre e a 10 gr no segundo semestre de vida.

O aumento médio de peso:

- Primeiro trimestre de vida é de 750 gr/mês;
- Segundo trimestre de vida é de 600 gr / mês;
- Segundo semestre de vida é de 300 gr / mês;
- Segundo ano de vida e 200 gr/mês.

Tabela 1. Evolução do peso na criança

RN	Nasce com 3300 gr (em média) 10% na primeira semana e depois 1 20-30gr/dia nos primeiros 6 meses
1º ano de vida	Duplica o peso do nascimento até aos 6 meses Triplica o peso do nascimento até aos 12 meses
2º ano de vida	Aumenta cerca de 2,5Kg por ano
Pré-escolar (até aos 5 anos)	Aumenta cerca de 2kg por ano
Escolar (dos 6-12 anos)	Aumenta cerca de 3kg por ano
Adolescentes	O aumento do peso depende do aumento da altura

Estatura (altura e comprimento): O comprimento mede-se à criança menor de 2 anos, na posição deitada. A altura mede-se com a criança de pé e usa-se a partir dos 2 anos.

Tabela 2. Evolução do comprimento/altura na criança

RN	Nasce com 50 cm (em média)
1º ano de vida	Aumenta 25 cm da estatura ao nascimento até aos 12 meses
2º ano de vida	Aumenta em média 12 cm por ano
Pré-escolar (até aos 5 anos)	Aumenta cerca de 6-8 cm por ano
Escolar (dos 6-12 anos)	Aumenta cerca de 6 cm por ano
Adolescentes	Aumenta cerca de 10 cm por ano no período do estirão

Dispomos de curvas baseadas no estudo de crescimento ponderal de crianças saudáveis que nos servem de referência.

3.1. Índices de crescimento

3.2.1. Peso para a idade

O peso para a idade é o parâmetro mais sensível aos factores patológicos, por isso, é utilizado como parâmetro principal da avaliação do crescimento. O “**Cartão de Saúde da Criança (CSC)**” é o instrumento utilizado no nosso país e avalia o peso para a idade.

- A curva superior corresponde ao percentil 97 (P97), acima do qual corresponde ao peso acima do ideal para a idade;
- A segunda curva corresponde ao percentil 50 (P50), peso esperado para a idade;
- A curva intermédia corresponde ao percentil 3 (P3), peso mínimo para a idade. Todos os valores abaixo desta linha, mas acima dos 60% do peso esperado, correspondem ao baixo peso;
- A curva inferior corresponde a 60% do percentil 50. Todos os valores abaixo desta linha correspondem ao muito baixo peso.

O que é um percentil?

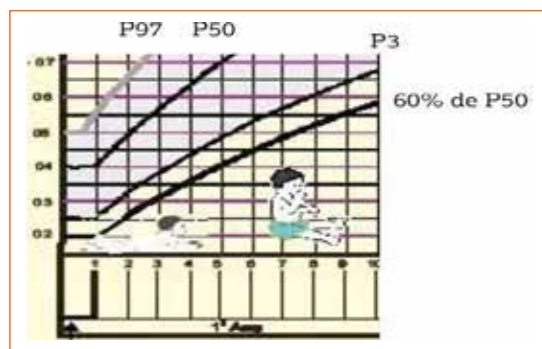
Percentil quer dizer percentagem. Normal quer dizer estar “dentro da norma” da população utilizada como referência.

As tabelas dos percentis foram obtidas com base em avaliações transversais, isto é, foram obtidas com base em crianças diferentes de diferentes idades, com avaliações aos 0, 3, 6, 12, 18, 24 meses e depois anualmente.

Com os resultados obtidos e referentes a cada idade, uniram-se os respectivos valores mais elevados (que correspondem ao percentil 100), os mais baixos (ao percentil 1), os médios (percentil 50) e assim, sucessivamente. Os valores intermédios e a harmonia das curvas (paralelismo entre si) resultaram de cálculos e arredondamentos matemáticos de forma a obterem-se linhas paralelas entre si. Assim, as curvas dos percentis são um modelo aproximado do crescimento e não uma descrição real do mesmo.

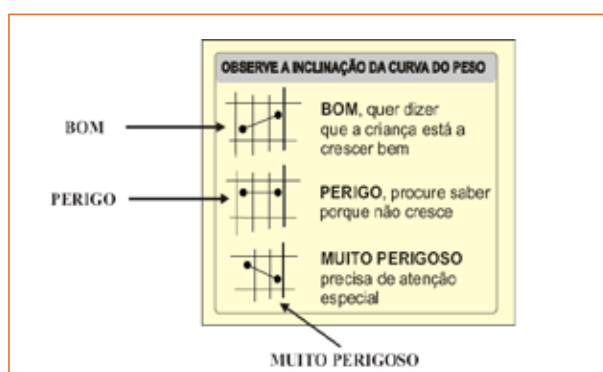
Na prática o percentil 1 e o 100 não são utilizados, utilizam-se o percentil 97 (que corresponde a terceira criança mais pesada) e ao percentil 3 (que corresponde à terceira criança mais leve da população de referência) pois mesmo a criança mais pesada da nossa população não corresponderia ao peso máximo existente na mesma.

Figura 1. As curvas de crescimento no cartão de saúde da criança



3.2.2. Crescimento Insuficiente (CI): é o indicador usado no sistema de vigilância nutricional para crianças menores de cinco anos que são atendidas na CCS. O CI é diagnosticado numa criança quando esta não apresenta aumento 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 CSC. No caso de crescimento insuficiente, deve-se fazer a avaliação nutricional através da medição do peso e da estatura para obter os índices de P/E. Os índices de P/E são os indicadores nutricionais para detecção de casos de desnutrição aguda.

Figura 2. Tipos de crescimento da criança

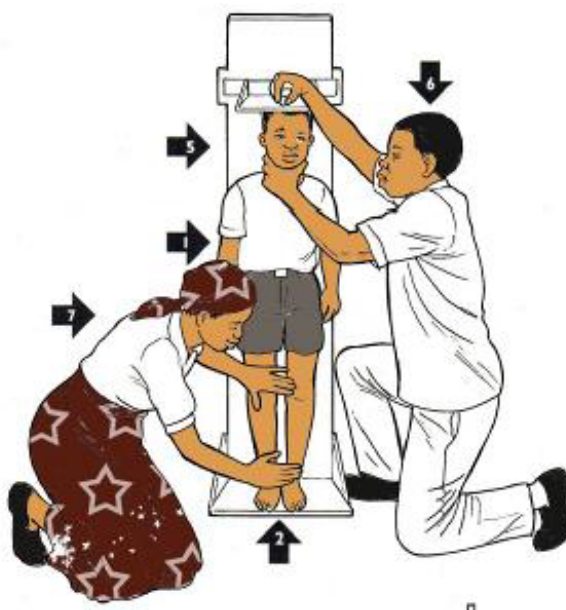


3.2.3. Estatura para a idade - A estatura (comprimento ou altura) é o parâmetro mais influenciado pelos factores genéticos e de menor sensibilidade perante os factores patológicos agudos, mas alterado quando estes se prolongam, determinando a desnutrição crónica. Deve-se medir o comprimento às crianças menores de 2 anos de idade, ou com comprimento menor que 87 cm (deitadas). Deve-se medir altura às crianças de 2 ou mais anos de idade ou com um comprimento igual ou superior a 87 cm (em pé).

A estatura é em média:

- À nascença 50 cm;
- Aos 6 meses 65 cm;
- Aos 12 meses 75 cm;
- Aos 2 anos 85cm;
- Aos 3 anos 95 cm.

A altura aumentará cerca de 5 cm por ano até à puberdade. Assim, aos 5 anos de idade a altura média deverá ser de 110 cm.

Figura 3. Medição do comprimento da criança**Figura 4.** Medição da altura da criança

3.2.4. Peso para comprimento/altura para a idade

Em todas as crianças, deve ser medida a estatura e o peso, e deve ser avaliada a presença de edema. Permite identificar crianças com desnutrição aguda e sobrepeso. O indicador do peso para estatura (P/E) avalia-se nas crianças dos 0-59 meses de idade. Usam-se tabelas de referência para rapazes e raparigas (anexos 11, 12, 13 e 14). O **índice massa corporal para idade (IMC/Idade)** das crianças ou adolescentes relativamente a idade. Uma vez que as crianças e os adolescentes entre os 5 aos 18 anos, ainda se encontram em crescimento não se deve usar o IMC por si só, mas sim o IMC relativo a idade para identificar a desnutrição aguda e o sobrepeso. Usa-se para crianças e adolescentes (não grávidas) dos 5 aos 18 anos. As tabelas do índice de massa corporal para rapazes e raparigas encontram-se no anexo 15 e 16.

Instruções para avaliação de estado nutricional através do índice peso/altura

- Pesar a criança e registrar o seu peso em Kg;
- Medir a criança e registrar a sua estatura em cm;
- Usando a tabela de Peso/Estatura, para rapazes e raparigas, localizar a linha correspondente a estatura e, nessa linha, verificar em qual das colunas do estado nutricional se encontra o valor do peso da criança.

Instruções para a avaliação do estado nutricional através do IMC:

- Pesar o paciente e registrar o seu peso em kg;
- Medir a altura usando um instrumento de medição de altura (registar a altura em metros);

Calcular o IMC do paciente, usando a seguinte fórmula:

Figura 5. Cálculo do índice de massa corporal

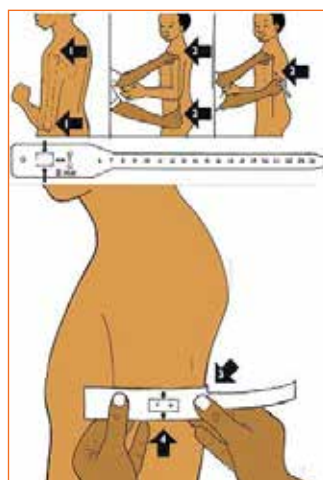
$$\text{Índice de Massa Corporal}$$
$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Usando a tabela de IMC para idade, localizar a linha correspondente à idade do paciente e, nessa linha, verificar em qual das colunas do estado nutricional se encontra o valor de IMC calculado.

3.2.5. Perímetro braquial (PB)

O PB é o método mais simples de avaliar o estado nutricional. O PB é usado para classificar a desnutrição aguda nos postos de saúde sem altímetro ou na comunidade. A circunferência do braço é medida no braço esquerdo usando uma fita para perímetro braquial. Deve-se localizar e marcar o ponto médio entre o final do ombro e a ponta do cotovelo. A fita de PB é colocada (sem apertar) à volta do braço, na marca do ponto médio para se fazer a leitura.

Figura 6. Medição do perímetro braquial



Para crianças entre 6 – 59 meses considera-se:

- Desnutrição aguda moderada: entre os 11,5 e os 12,5 cm;
- Desnutrição aguda grave: < 11,5 cm.

Para crianças entre 5 – 10 anos considera-se:

- Desnutrição aguda moderada: entre os 13,0 e os 14,5 cm;
- Desnutrição aguda grave: < 13,0 cm.

Para crianças entre 11– 14 anos considera-se:

- Desnutrição aguda moderada: entre os 16 e os 18,5 cm;
- Desnutrição aguda grave: < 16 cm.

As crianças com um PB que indica desnutrição aguda moderada ou grave (tabela 3) devem ser referidas aos CS e devem ser seguidas na CCR. Através destes índices e parâmetros determina-se a desnutrição aguda nas crianças e adolescentes, que pode ser classificada em moderada ou grave.

Tabela 3. Índices e parâmetros de classificação da DAG e DAM

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

As crianças com DAG sem complicações necessitam de reabilitação e com DAM necessitam de suplementação. Estas crianças devem ser referidas e seguidas na CCR. As crianças com DAG com complicações devem ser referidas para a CCR para encaminhamento para o internamento na pediatria. Se o peso para a estatura for normal, numa criança que tem baixo peso e baixa estatura para a idade, devemos concluir que se trata de uma desnutrição crónica. Estas crianças devem ser referidas e seguidas na CCR e observadas por um clínico na consulta de pediatria para uma avaliação inicial para determinar a causa da desnutrição crónica.

3.2.6. Edemas

Em todas as crianças deve ser avaliada a presença do edema. As crianças com presença de edema bilateral sempre apresentam desnutrição aguda grave.

Instruções para a avaliação dos edemas

Para se determinar a presença de edema bilateral, deve-se fazer uma pressão firme com o dedo polegar no dorso de ambos os pés durante três segundos e, ao mesmo tempo contando de 1 a 3. Em seguida, retira-se o dedo polegar, formando-se uma cavidade no local pressionado. A cavidade permanecerá em ambos os pés por alguns segundos. O edema bilateral habitualmente começa nos pés e tornozelos. É importante testar ambos os pés; se a cavidade não aparece em ambos os pés, o edema não tem origem nutricional. Uma segunda pessoa deverá repetir o teste para confirmar a presença de edema bilateral.

Tabela 4. Avaliação da gravidade do edema bilateral

Grau	Classificação do Edema
Ausente ou 0	Não existe edema bilateral
Grau +	Edema ligeiro: Geralmente confinado ao dorso dos pés 
Grau ++	Edema moderado: Sobre os pés e as pernas – pré tibial 
Grau +++	Edema grave: Em todo o corpo (inclui ambos os pés, pernas, braços, rosto e pálpebras) 

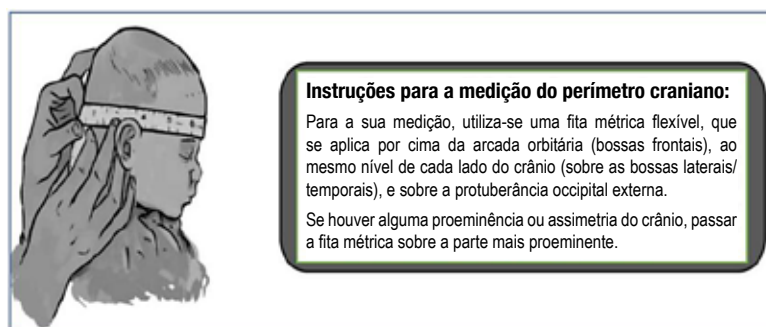
3.2.7. Perímetro craniano

A medida do PC deve fazer parte da rotina de exame de toda a criança, em especial nos primeiros 2 anos de vida. O tamanho do crânio reflecte o crescimento do cérebro. O PC deve ser sempre relacionado com a idade da criança. O tamanho da cabeça pode ser também característica familiar. O recém-nascido pré-termo tem uma cabeça relativamente grande. Uma cabeça pequena pode ser devida a um atraso ou ausência do crescimento cerebral ou cranioestenose. Uma cabeça grande pode ser devido a hidrocefalia, derrame subdural, tumor cerebral, etc.

O perímetro craniano aumenta 12 cm nos primeiros 12 meses:

- 2cm por mês no 1 trimestre de vida perfazendo 6 cm;
- 1cm por mês no 2 trimestre de vida perfazendo 3 cm;
- 0,5cm por mês no 2 semestre de vida perfazendo 3 cm.

Figura 7. Medição do perímetro craniano



3.2.8. Dentição

A dentição pode ser usada para avaliar a idade aproximada da criança. Contudo, não deve ser usada como etapa de crescimento. O processo de erupção dentária é complexo e envolve várias etapas diferentes. Factores locais, alterações hormonais, tendências familiares e factores sistémicos podem ser a causa de alterações na erupção dentária, e só muito raramente constituem sinal de doença. O hipotiroidismo, raquitismo, síndrome de Down e outras síndromes são exemplos de causas de atraso na erupção dentária.

Erupção Dentária - Durante toda a vida, o indivíduo apresenta duas dentições: a dentição decídua (de leite) e a dentição permanente.

- Dentição decídua com um total de 20 dentes, inicia aos 6 meses com a erupção dos incisivos centrais inferiores, e termina aos 30 meses com a erupção dos segundos molares superiores decíduos;
- Dentição permanente com um total de 32 dentes, inicia aos 6 anos com a erupção do primeiro molar inferior permanente ou dos incisivos centrais inferiores, e termina aos 18-21 anos com a erupção dos terceiros molares superiores permanentes (dentes de ciso);

- O período compreendido entre os 6 e os 12 anos é chamado de dentição mista, em que a criança apresenta dentes decíduos e permanentes na cavidade oral. Nesta fase, é comum os dentes apresentarem-se tortos. O terceiro molar permanente – ou dente de ciso, erupciona normalmente entre os 18 e 21 anos de idade. Não é incomum na nossa população a erupção precoce deste dente, por vezes aos 15 anos de idade.

Tabela 5. Erupção dentária dos 6 meses aos 21 anos

Maxilar	Dentes Decíduos	Idade média da erupção	Dentes permanentes	Idade da erupção
Inferior	Incisivo central	6 meses	Incisivo central	6-7 anos
	Incisivo Lateral	7 meses	Incisivo Lateral	7-8 anos
	Canino	16 meses	Canino	9-10 anos
	1 Molar	12 meses	1 Premolar	10-11 anos
	2 Molar	20 meses	2 Premolar	10-12 anos
Superior	Incisivo central	7.5 meses	1 Molar	6-7 anos
	Incisivo Lateral	9 meses	2 Molar	11-13 anos
	Canino	18 meses	3 Molar	17-21 anos
	1 Molar	14 meses		
	2 Molar	24 meses		

Tabela 6. Resumo das recomendações básicas de saúde oral

Idade	Erupção dos dentes	Cuidados com a Alimentação	Higiene Oral	Flúor
6 meses	1º dente decíduo incisivos inferiores	Aleitamento materno exclusivo	Capulana ou fralda limpa humedecida com água	Não
18 meses	1º Molar decíduo	Evitar bolachas recheadas, doces, refrigerantes e outros alimentos cariogénicos	Escova de dentes para criança. Higiene realizada pelos pais	Início do uso de Pasta de dentes fluoretada
3-6 anos	Dentição decídua completa. Erupção 1º Molar permanente aos 6 anos	Evitar alimentos cariogénicos. Estimular consumo de alimentos cariostáticos (queijo, manteiga, nozes, pão, e alimentos que estimulem a mastigação – maçaroca, cenoura, coco)	Escova de dentes infantil. Higiene oral supervisionada pelos pais, sendo a mais importante a higiene nocturna.	Pasta de dentes fluoretada. Crianças com risco de cárie devem fazer bochechos com solução com flúor.
6-14 anos	Dentição mista	IDEM	IDEM	IDEM

4. Desenvolvimento Psico-motor

Entende-se por desenvolvimento psico-motor (DPM) da criança a aquisição gradual de capacidades psico-motoras na área física, cognitiva, socio-emocional, e da linguagem. Numa criança normal, o desenvolvimento processa-se de uma forma sequencial e uniforme, isto é, segura a cabeça, só depois senta-se e anda, compreende as palavras, mais tarde pronuncia e depois constrói frases.

Figura 8. Sequência do desenvolvimento psico-motor na criança



A aprendizagem e aquisição progressiva das diferentes capacidades depende da maturidade do sistema nervoso, de factores genéticos e estimulação que a criança receba da família e do ambiente. Poderá ser afectada por acidentes e doenças intercorrentes.

4.1. Causas mais frequentes de alterações de DPM no nosso País:

- Durante a gestação: Atraso de crescimento intra-uterino devido a malnutrição da mãe, infecções congénitas (ex: sífilis, rubéola, HIV etc.), malformações congénitas, exposição da mulher ao stress e violência durante a gravidez;
- Neonatais: Asfixia, traumatismos obstétricos, infecções (ex: septicémia, meningite), icterícia, prematuridade, incompatibilidade sanguínea feto-materna;
- Nos primeiros anos de vida: Infecções (ex: meningite, malária cerebral), desnutrição crónica e aguda, causas hereditárias (ex: Síndrome de Down e muitos outros), e falta de estimulação no lar familiar.
- **Em qualquer um desses períodos:** Factores sociais: violência, abuso, maus-tratos e problemas de saúde mental da mãe ou de quem cuida da criança.

Caso suspeite de um atraso de desenvolvimento psico-motor, deve ter em conta que existem grandes variações no ritmo de desenvolvimento, mesmo entre crianças normais. Contudo, existem também faixas etárias apropriadas para desenvolver certas capacidades, e quando não são observadas, consideramos que a criança tem um atraso no seu desenvolvimento.

4.2. Os objectivos da monitoria do DPM são:


- Diagnóstico precoce e tratamento adequado dos atrasos/desvios e das suas causas;
- Prevenção das causas da deficiência;
- Promoção da saúde física e mental de todas as crianças, através de aconselhamento em estimulação.

A vigilância do DPM deve ser feita em cada consulta da criança sadia. Preste atenção especial a monitoria de desenvolvimento aos 3, 9 e 18 meses da vida, pois esses são os períodos em que as capacidades chave da criança estão melhor formadas e fáceis de observar. Da mesma forma, em cada consulta o provedor deve reforçar com os cuidadores as práticas que promovam um bom desenvolvimento e reforcem os laços entre o cuidador e a criança.

Marcos de DPM por idade e sinais de alarme






















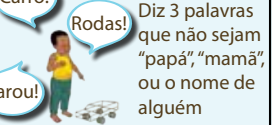

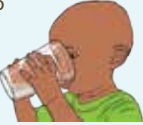



Tanto na CCS como na CCR, deve-se monitorar o desenvolvimento e comparar com marcos esperados em idades-chave, dos 0 aos 5 anos, e deve-se ter em atenção os sinais de alarme, cuja presença sugere patologia. O provedor para avaliar o desenvolvimento da criança deve utilizar o cartaz de marcos de DPM.

Figura 9. Cartaz dos marcos de desenvolvimento psicomotor



 REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 O Nosso Maior Valor é a Vida

ATENÇÃO ÀS FASES DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA


Verifique Como a Criança Está a Crescer

AOS 2 MESES	Olha para o cuidador 	Segue o objecto com os olhos 	Reage ao som 	Eleva a cabeça por uns segundos 
AOS 4 MESES	Faz sons e sorri em resposta ao cuidador  Olá, meu doce! Ahahah...	Segura objecto com uma mão 	Sustenta a cabeça 	
AOS 6 MESES	Vira a cabeça para o lado do som 	Alcança objecto com a mão 	Leva objectos à boca 	Rebola 
AOS 9 MESES	Brinca de esconde-achou 	Senta sem apoio 	Mamama... Balbucia 	Passa objectos de uma mão para a outra 
AOS 12 MESES	Imita os gestos do cuidador 	Parece estar a falar em frases  Capapa vumm anana ... Sim, é um carro!	Pega objectos com dois dedos 	Anda com apoio 
AOS 15 MESES	Mostra o que quer 	Diz 1 palavra que não seja "papá", "mamã", ou o nome de alguém  Gato?	Coloca objectos na caneca 	Anda sem apoio 
AOS 18 MESES	Aponta as partes do corpo  Onde está o nariz?	Carro! Rodas! Parou!  Diz 3 palavras que não sejam "papá", "mamã", ou o nome de alguém	Põe um bloco ou copo por cima de outro 	Bebe com o copo 
AOS 24 MESES	Aponta 2 desenhos 	Tira a roupa sozinho(a) 	Monta uma torre de 3 blocos ou copos 	Chuta a bola 



Consulte GRÁTIS





ou Ligue GRÁTIS para o



84 146-82 149-1490

Materiais necessários para monitoria de desenvolvimento na CCS		
1	Cartaz de “Marcos de desenvolvimento”	
2	Cartaz “Estimule o Desenvolvimento da Criança”	
3	Um chocalho caseiro	
4	Um lenço para jogar de “esconde-achou”	
5	Um fio ou semente de feijão, para avaliar a pinça	
6	Copo ou caixinha (para pôr cubos dentro)	
7	Três cubos (ex., caixinhas de medicamentos; pôr pedrinhas para ser mais pesadas; tapar bem)	
8	Uma bola caseira	
NOTAS:		
<ul style="list-style-type: none"> • Não utilize brinquedos demasiado pequenos que a criança pode engolir ou inserir na orelha ou no nariz. • Para actividades que exigem a criança observar e apontar alguns desenhos, pode utilizar os desenhos de alguns dos cartazes. 		

Passos para monitoria de desenvolvimento psicomotor na CCS

1. VERIFIQUE: A criança tem algum factor de risco para o fraco desenvolvimento?

- Parto difícil, prematuridade ou BPN, icterícia grave;
- Desnutrição, infecção ou exposição ao HIV, meningite, malária cerebral, outra doença grave;
- Factores ambientais: depressão materna, violência doméstica, cuidador adolescente ou idoso, drogas ou alcoolismo.

2. MONITORE os marcos do desenvolvimento da criança, usando o Cartaz:

- Identifique no cartaz a fila de marcos de desenvolvimento para a idade da criança.
 - Se a idade da criança não aparece na fila, refira a fila com a idade inferior. Por exemplo, para criança de 10 meses, refira a fila de 9 meses;
 - Para a criança prematura, subtrai o período que faltou até o parto normal, da idade actual, antes de monitoria.
- Faça perguntas a cuidadora sobre CADA marco de desenvolvimento na fila, e peça a cuidadora para fazer a actividade com a criança.
 - Se a criança estiver a dormir ou recusar fazer a actividade, pergunte a mãe se a criança costuma fazer essa actividade em casa, e peça para dar um exemplo.
- Caso a criança não tiver atingido algum marco para idade dela, verifique se a criança cumpre os marcos para a idade anterior.

3. Após monitoria, escolha a CONDOTA certa:

Se a criança mostra todos os marcos para sua idade.

- Elogiar o cuidador pedir para continuar a conversar e brincar com a criança em casa.

Se a criança não consegue alcançar o marco para idade dela, mas faz todos marcos da idade inferior, ou se a criança tem algum factor de risco.

- **Recomendar** ao cuidador a brincar e conversar com a criança. **Verificar o desenvolvimento** na próxima consulta.

Se a criança não consegue fazer um ou mais marcos para idade anterior, ou se o PC da criança está fora dos parâmetros normais.

- **Registar** como atraso de DPM no Livro CCS (se for identificado pela primeira vez). **Aconselhar** em actividades estimulantes para a idade da criança. **Referir** o caso de ADPM para consulta médica.

*A perda de aptidões previamente
adquiridas deve ser sempre
interpretada como um sinal de doença.*

Figura 10. Cartaz de acompanhamento e estimulação do desenvolvimento da criança



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Nosso Maior Valor é a Vida

ESTIMULE O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Eu Brinco e Converso com a Minha Criança nos Meus Afazeres Diários. E Tu?

 <p>Salta duas vezes!</p>	 <p>Aqui vai crescer o quê?</p>	 <p>É um passarinho!</p> <p>O que é isso, Mamude?</p>
 <p>Avião chegou!</p>	 <p>Estás a ajudar-me tão bem, Ilídio!</p>	 <p>Estás a gostar da massagem da avozinha?</p>
 <p>Onde está o seu nariz, Alda?</p>	 <p>Era uma vez uma menina...</p>	 <p>Que cores estás a ver, João?</p>

Consulte GRÁTIS



PENSA
PLATAFORMA EDUCATIVA DE INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE
*660#

ou Ligue GRÁTIS para o



84 146-82 149-1490



PATH
10:30-11:30

Como promover um bom desenvolvimento, na CCS:

Aproveite as palestras matinais (e sessões de caixa de brincar, onde existam) na sala de espera, para educar os cuidadores sobre a importância de conversar e brincar com crianças desde que nascem. As seguintes mensagens chave são importantes para partilhar:

- Da mesma forma como o corpo das crianças precisam de comida para crescer e ficar forte, o nosso cérebro precisa de estímulos, para nos desenvolvermos bem;
- O cérebro desenvolve-se mais rápido nos primeiros 3 anos da vida da criança. Este é o melhor período para os estímulos;
- Os bons estímulos incluem: conversar com a criança e brincar com ela desde que nasce; responder aos sinais da criança; dar objectos da casa para a criança brincar e aprender.
- Não precisa de tempo especial para brincar e estimular a criança: aproveitem as rotinas diárias.

Na Consulta da Criança Sadia, mostre ao cuidador o cartaz “*Estimule o Desenvolvimento da Criança*”. Pergunte qual destas actividades o cuidador já faz. Elogie e partilhe mais ideias com apoio do cartaz. Explique como essas actividades podem estimular o desenvolvimento físico, o pensamento, da linguagem e social, da criança.



5. Alimentação da Criança

5.1. Introdução

Para garantir um crescimento e desenvolvimento adequado, é indispensável que a criança receba uma alimentação equilibrada em quantidade e qualidade para fornecer energia, formar novos tecidos do corpo e protegê-la contra doenças. A amamentação exclusiva é a melhor maneira de proporcionar o alimento ideal para o crescimento e o desenvolvimento saudável dos recém-nascidos, e lactentes até aos primeiros 6 meses de idade, pois fornece os nutrientes e água necessários (em quantidade e qualidade adequadas) e reduz a mortalidade infantil por doenças comuns da infância, como por exemplo a diarreia e pneumonia, e ajuda na convalescença. Aos 6 meses, com o objectivo de suprir as necessidades nutricionais, a criança deve começar a receber alimentação complementar segura e nutricionalmente adequada, em simultâneo com a amamentação, até aos dois anos de idade ou mais.

5.2. Alimentação dos 0 aos 6 meses de idade

A mãe deve dar somente o leite do seu peito ao bebé durante os 6 primeiros meses de vida, sem chás, água, sumos ou outros leites e sem qualquer outro tipo de alimento líquido ou sólido, a não ser que exista prescrição médica. A mãe deve amamentar com o leite do peito tantas vezes quantas a criança quiser, de dia e de noite, isto é, sob livre demanda. As crianças alimentadas exclusivamente com leite materno normalmente dobram de peso do nascimento até os seis meses.

Para que as mães consigam amamentar exclusivamente até os seis meses, recomenda-se:

- Iniciar a amamentação dentro da primeira hora;
- Que a amamentação aconteça todas as vezes que a criança quiser, de dia e de noite;
- Ter um bom posicionamento e fazer uma boa pega;
- Aprender e reconhecer os sinais de fome e de saciedade da criança;

- Esvaziar um seio, antes de ser oferecido o outro;
- Extrair o leite do peito para que a criança seja alimentada na ausência da mãe;
- Não usar biberões nem chuchas, nem dar outros leites.

As mães que amamentam precisam de alimentar-se bem, aumentar o número de refeições e tomar suficientes líquidos (conforme a sua sede) até 2 litros por dia, por ex. água limpa, sumos, água de lanho, ou chá.

Nota: O pessoal de saúde deve promover o aleitamento materno exclusivo, explicando às mães qual a sua importância e dando apoio para este processo através de uso de materiais de IEC que facilitem o seu entendimento, apoio psicossocial para fortalecer a sua confiança e apoio prático para a pega e posicionamento.

5.3. Alimentação dos 6 aos 24 meses de idade

A alimentação complementar, como o próprio nome diz, é para complementar o leite materno e não para substituí-lo. Os alimentos complementares devem ser introduzidos a partir dos 6 meses, continuando a amamentar até aos 24 meses ou mais, de acordo com a tabela 7. As crianças devem comer no seu prato individual. Recomenda-se que as mães e os cuidadores estimulem as crianças a comer de uma forma activa, mas nunca se deve forçar uma criança a alimentar-se.

Tabela 7. Alimentação da criança dos 0 aos 24 meses

Até 6 meses de idade	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciar a amamentação dentro da primeira hora; • Dar o colostro, o primeiro leite da mãe; • Aleitamento Materno Exclusivo; • Amamentar sempre que a criança quiser, de dia e de noite, sob livre demanda; • Não dar outros alimentos ou líquidos, mesmo água.
6 a 9 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar sempre que a criança quiser; • Crianças dos 6 aos 9 meses de idade devem ser amamentadas e receber 2 a 3 refeições e 1 a 2 lanches por dia; • Introduzir papas de cereais disponíveis localmente (1 vez por dia), enriquecidas com amendoim pilado, óleo ou leite de coco e folhas verdes, alimentos de origem animal (peixe ou carne, ou gema de ovo esmagado); • Aumentar as quantidades progressivamente, conforme a aceitação pela criança; • No intervalo das refeições, dar fruta fresca da época em pedaços pequenos ou amassada 1 vez por dia; • Oferecer a criança água limpa e tratada.
9 a 12 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Amamentar sempre que a criança quiser; • Manter as papas enriquecidas (1 vez por dia); • Oferecer papas de legumes, caldo de feijão, carne ou gema de ovo bem cozidos e cereal (arroz, massa) em pequenas quantidades (1 vez por dia); • Crianças dos 9 aos 12 meses de idade devem ser amamentadas e receber 3 a 4 refeições e 1 a 2 lanches por dia; • No intervalo das refeições, dar fruta fresca da época em pedaços pequenos ou amassada 1 a 2 vezes por dia; • Oferecer a criança água limpa e tratada.
12 meses a 24 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Continuar a amamentação sobre livre demanda; • Oferecer a comida da família 3 a 4 vezes por dia e 1 a 2 lanches por dia; • Dar fruta fresca em pedaços ou amassada e/ou papas de cereais enriquecidos ou tubérculos 2 vezes por dia; • Oferecer a criança água limpa e tratada.
2 anos em diante	<ul style="list-style-type: none"> • A primeira refeição do dia deverá ser papa de cereais enriquecida; • Dar alimentos que a família consome em 3 refeições diárias, sempre seguida de frutas frescas da época; • Dar também, 2-3 vezes por dia, entre as refeições, fruta fresca, batata-doce, mandioca; • Oferecer a criança água limpa e tratada.

Nota: Para o aconselhamento em alimentação infantil, use o cartaz a nossa alimentação, o álbum seriado e o cartaz alimentação complementar.

Figura 11. Cartaz sobre a nossa alimentação

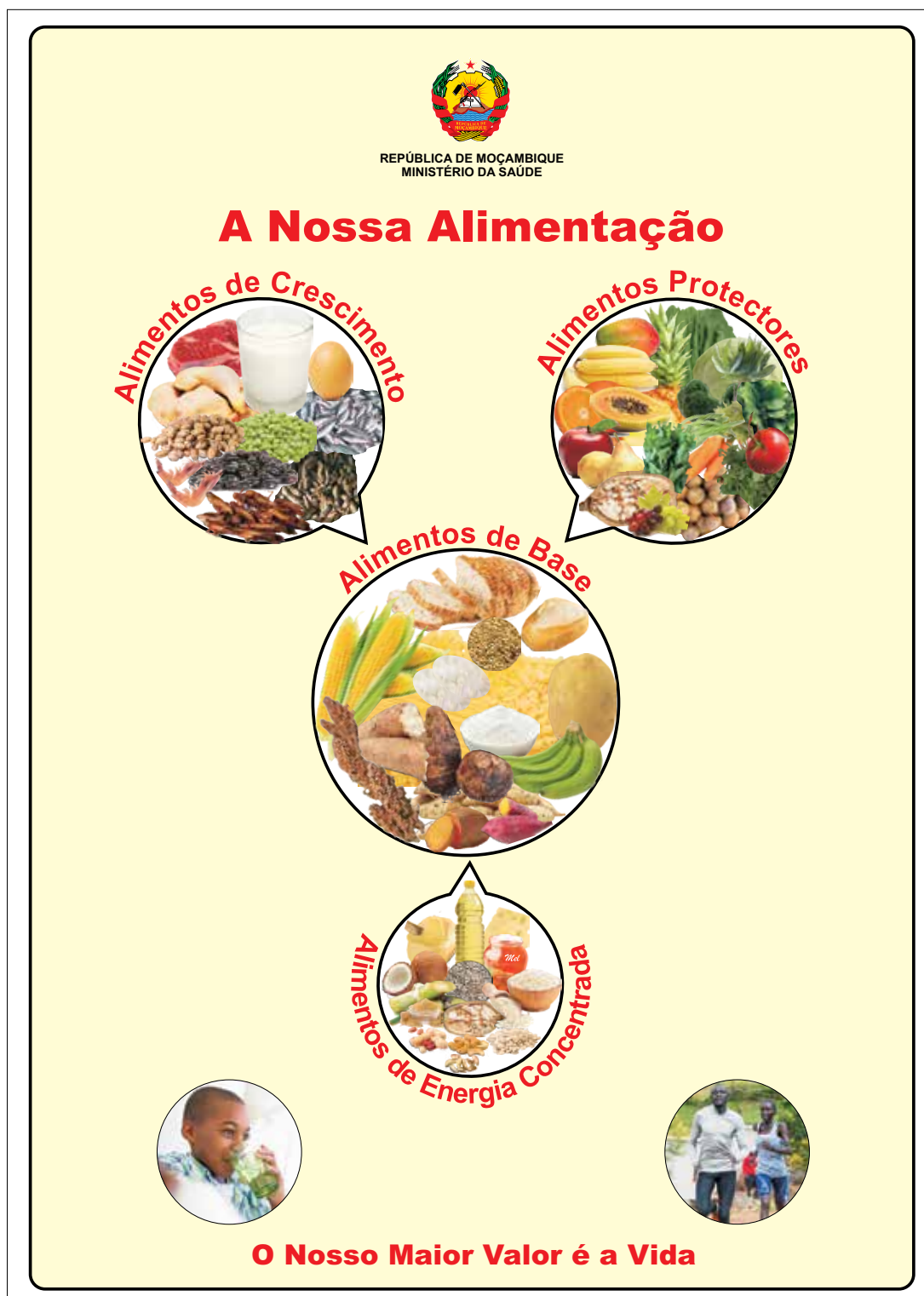



Figura 12. Cartaz de alimentação complementar

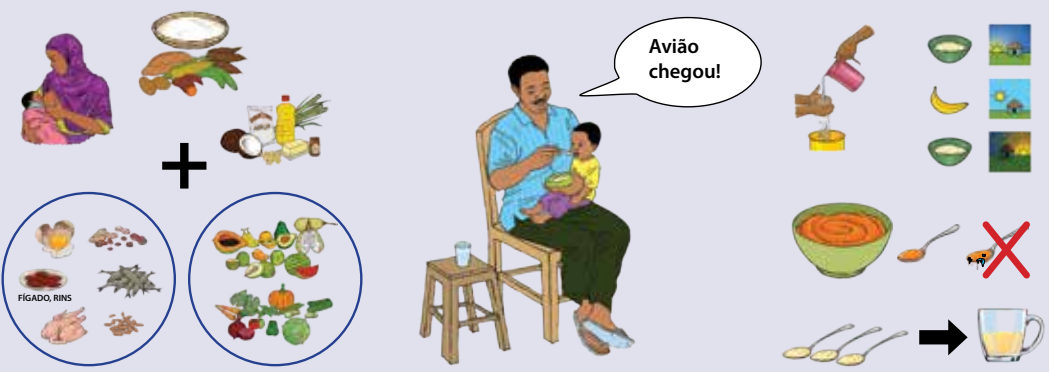


REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE


O Nosso Maior Valor é a Vida

ALIMENTE BEM A SUA CRIANÇA A PARTIR DOS 6 MESES


DOS 6 AOS 8 MESES




DOS 9 AOS 11 MESES




DOS 12 AOS 59 MESES



NÃO GASTE DINHEIRO COM ALIMENTOS SEM VALOR NUTRITIVO E QUE ESTRAGAM O APETITE E OS DENTES DA CRIANÇA




Consulte
GRÁTIS




PENSA
PLATAFORMA NACIONAL DE
INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE
*660#

ou Ligue
GRÁTIS para o



84 146-82 149-1490



PATH
10:::AO+11200

É importante perguntar à mãe quais são os alimentos que ela tem disponíveis e acessíveis para preparar a comida. Isto permitirá fazer o aconselhamento com base em alimentos possíveis de adquirir e dar recomendações específicas e efectivas. As crianças doentes devem continuar a ser alimentadas várias vezes durante o dia, em pequenas quantidades de cada vez. No período de convalescença, o número de refeições deve aumentar durante 1a a 2a semanas. No caso de diarreia, as crianças devem tomar mais líquidos para prevenir a desidratação.

As mães e os cuidadores devem ser também educados sobre a importância da higiene pessoal: lavar as mãos antes da preparação dos alimentos e depois de usar os sanitários (casa de banho ou latrina), conservação dos alimentos (guardar a comida num lugar fresco e coberto), fazer a higiene dos utensílios de cozinha (lavar e proteger bem os utensílios de cozinha) e utilizar água potável. Antes de comer, deve-se lavar as mãos e o rosto da criança com água e sabão. Na falta de sabão pode-se lavar as mãos com cinza. (veja no álbum seriado de alimentação infantil, os momentos para a lavagem das mãos).

Para o aconselhamento sobre a continuidade do aleitamento materno em crianças maiores de 12 meses com HIV, deve-se usar como recurso o algoritmo Alimentação infantil no contexto de HIV (ver anexo 6), para melhor orientação referente a oferta de alimentação adequada.


















Nota: Estas recomendações aplicam-se também para crianças de mães sem HIV ou que não conhecem o seu estado de HIV. As mães QUE NÃO SABEM se têm HIV devem ser aconselhadas a amamentar, mas também a fazer o teste, de modo a poderem tomar decisões informadas.

6. Calendário vacinal

6.1. Introdução

Em Moçambique, tal como nos outros países em desenvolvimento, as doenças infecciosas ocupam o primeiro lugar entre as causas de morte. São também graves as consequências dessas doenças nos sobreviventes, principalmente a paralisia causada pela poliomielite, as sequelas da tuberculose e do sarampo, entre outras. No entanto, a maioria dessas doenças pode ser evitada através da vacinação.

Figura 13. Vacinas e profilaxias para a criança

 <h1 style="text-align: center;">Calendário de Vacinação</h1> 			
...Criança Vacinada, Criança Saudável...			
À nascença			Contra a Tuberculose (BCG) Contra a Pólio zero (VAP)
Aos 2 meses de vida			Contra a Pólio (VAP), 1ª dose Contra a Difteria, Tosse Convulsa, Tétano, Hepatite B e Meningite (DTP/HepB/Hib), 1ª dose Contra a Pneumonia (PCV), 1ª dose Contra a Rotavírus, 1ª dose
Aos 3 meses de vida ou 4 semanas depois da 1ª dose			Contra a Pólio (VAP), 2ª dose Contra a Difteria, Tosse Convulsa, Tétano, Hepatite B e Meningite (DTP/HepB/Hib), 2ª dose Contra a Rotavírus, 2ª dose
Aos 4 meses de vida ou 4 semanas depois da 2ª dose			Contra a Pólio (VAP), 3ª dose Contra a Pólio Injectável (IPV) Contra a Difteria, Tosse Convulsa, Tétano, Hepatite B e Meningite (DTP/HepB/Hib), 3ª dose Contra a Pneumonia (PCV), 2ª dose
Aos 6 meses de vida			Vitamina A
Aos 9 meses de vida			Contra o Sarampo e Rubéola (1ª dose) Contra a Pneumonia (PCV), 3ª dose
Aos 12 meses de vida			Vitamina A e Desparasitação
Aos 18 meses de vida			Contra o Sarampo e Rubéola (2ª dose)
Até aos 59 meses de vida			Vitamina A e Desparasitação

O Nosso Maior Valor é a Vida

Maternal and Child Survival Program

VillageReach

OMS

USAID

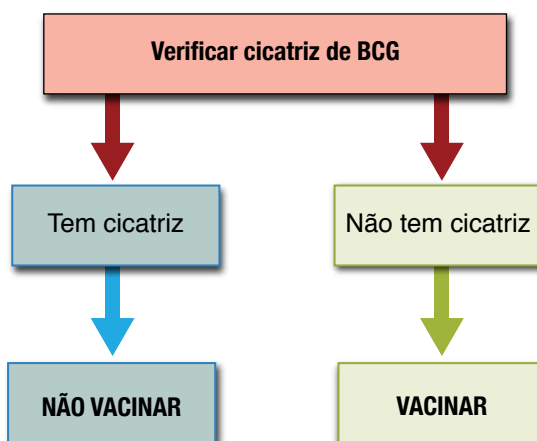
UNICEF

unicef

Este calendário é o ideal. Se não for possível segui-lo à risca, deve adaptá-lo às condições locais. As regras a lembrar, são:

- A vacina anti-sarampo não deve ser aplicada antes dos 8 meses e meio de idade;
- As vacinas de aplicação múltipla, Pólio, DTP/Hep B/Hib, PVC e Rotavírus devem ser administradas num intervalo mínimo de 4 semanas (1 mês) entre as doses;
- Uma criança que apareça pela primeira vez na unidade sanitária com 1 ano de vida, deverá:
 - Ser administrada com a vacina anti-sarampo, Pólio, DTP/HepB/Hib, PVC e Rotavírus, e deve-se marcar as doses complementares com um intervalo de 4 semanas (1 mês),
 - Verificar se tem ou não cicatriz de BCG, se tiver: não deve ser feita a vacina, se não tiver: independentemente da documentação no cartão de saúde da criança, deve-se vacinar.

Figura 14. Fluxograma da vacinação com BCG numa criança com idade superior a 1 ano que aparece pela primeira vez na US



Contra-indicações para a vacinação:

- Não dar BCG a uma criança que:
 - Tenha infecção por HIV confirmada (DNA-PCR positivo na Maternidade);
 - RN com TB congénita/neonatal;
- RN com peso de nascimento menor que 2kg (quando o RN atingir os 2kg, deve receber BCG).
- Não dar DTP+HepB, Hib e PVC a uma criança que tenha tido convulsões ou tenha estado em CHOQUE nos três dias após a dose mais recente da vacina,
- Não dar DTP+HepB, Hib e PVC a uma criança com convulsões recorrentes ou outra doença neurológica activa do sistema nervoso central.

Figura 15. Evolução normal da lesão vacinal por BCG

NÃO É CONTRA-INDICADO VACINAR UMA CRIANÇA DOENTE, COM ESTADO GERAL ESTÁVEL E EM CONDIÇÕES DE IR PARA CASA.

Nota: O provedor de saúde deve verificar sempre o estado vacinal, de acordo com a idade da criança. Devem informar e aconselhar aos pais/cuidadores sobre os benefícios das vacinas e cumprimento do calendário vacinal. Não se deve adiar ou perder oportunidade de vacinar a criança.

7. Suplementação com Vitamina A

A vitamina A é um nutriente essencial para o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança e também para o bom funcionamento dos olhos. Ela ajuda a reduzir as chances da criança de ter anemia, diarreia, cegueira, além de prevenir a mortalidade infantil. O corpo não pode fabricar vitamina A, portanto, toda vitamina A que necessitamos deve provir dos alimentos. Contudo o corpo pode armazenar pequenas quantidades que ingerimos de modo a termos uma reserva quando necessitamos. Assim, todas as crianças dos 6 aos 59 meses devem ser suplementadas com Vitamina A, recebendo duas doses, com intervalo de seis meses entre uma dose e outra.

Tabela 8. Dosagem profiláctica de Vitamina A

Idade	Dose de Vitamina A – cápsula de 200.000 IU	
6-11 meses	100 000 IU	1 cápsula
6-11 meses	200 000 IU	½ cápsula (4 gotas)
12-59 meses	100 000 IU	2 cápsulas
12-59 meses	200 000 IU	1 cápsula (8 gotas)

Conselhos e Mensagens Sobre Suplementação com Vitamina A

- A Vitamina A ajuda a crescer, protege a vista, fortalece o sistema imunitário, e previne contra as doenças infecciosas. As crianças dos 6 meses até aos 5 anos devem ser suplementadas com vitamina A de 6 em 6 meses. Leve a sua criança ao Centro de Saúde para receber vitamina A.
- A Vitamina A é essencial para uma boa visão, evita a cegueira noturna, é importante para a saúde da pele, e previne contra doenças infecciosas. Dê vitamina A a sua criança de 6 em 6 meses.
- Dê a sua criança diariamente um alimento rico em vitamina A, como a papaia, manga, abóbora, batata-doce de polpa alaranjada, cenoura, folhas verdes, peixe, ovo e fígado. Estes alimentos devem ser preparados com óleo, amendoim ou coco.

8. Desparasitação

As parasitoses intestinais continuam a ser um grave problema de saúde pública, sobretudo nos países em desenvolvimento, como Moçambique, onde contribuem para comprometer o desenvolvimento físico e intelectual das crianças. Assim, a desparasitação em crianças é importante para diminuir a carga parasitária, e a morbidade neste grupo. O desparasitante deve ser dado como rotina para todas as crianças de 12-59 meses de idade de 6 em 6 meses. Pode se dar na mesma altura do suplemento de Vitamina A.

- Dosagem de Mebendazol (500 mg) – dose única, de 6 em 6 meses OU 100mg – 2 vezes/dia – durante 3 dias (se a criança tiver mais de 12 meses e não tiver tido uma dose nos últimos 6 meses).
- Dosagem de Albendazol (400 mg) - nas crianças de 12 a 23 meses deve ser administrado meio comprimido e nas crianças dos 24 aos 59 meses deve ser administrado 1 comprimido inteiro. Com idade superior a 5 anos, a desparasitação deve ser feita com dose única de 400mg, conforme o calendário da consulta criança sadia.

Tabela 9. Dosagem e posologia de Mebendazol e Albendazol

Medicamento	Dosagem	Faixa etária
Mebendazol - 100mg	1+1 durante 3 dias	12-59 meses
Mebendazol - 500mg	1 comprimido / dose única	12-59 meses
Albendazol - 400mg	½ comprimido / dose única	12-23meses
Albendazol - 400 mg	1 comprimido / dose única	24-59 meses

9. Monitoria e Avaliação

Deve-se preencher o peso na curva do crescimento e parâmetros antropométricos no cartão de saúde da criança e notificar os motivos que estejam relacionados com a perda de peso. Para melhor vigilância nutricional, devem ser identificadas as crianças com crescimento normal e insuficiente bem como crianças com peso normal, baixo peso e o peso muito baixo. Com a introdução dos novos livros de registo da CCS e CCD, toda a informação produzida a partir da CCS, deverá ser registada no cartão de saúde da criança e nos respectivos livros, onde estão contemplados os indicadores do programa de nutrição e da saúde infantil que até agora eram reportados em fichas paralelas e fora do SIS-MA.

Os instrumentos de registo para CCS (ver nos anexos 18, 19 e 20), estão compostos por:

- Livro de registo da consulta de Criança Sadia:
 - Instruções de preenchimento
 - Principais indicadores da CCS
 - Páginas para preenchimento das consultas.
- Livro de Resumo Diário da US.
- Livro de Resumo mensal da US

Estes instrumentos de registo permitem diferenciar as actividades realizada na US de aquelas realizadas ao nível das brigadas móveis. De esta forma a US poderá medir o peso das suas actividades a partir das mesmas. O provedor de saúde, deverá preencher a cada consulta a informação da criança no livro de registo da CCS. No final do dia deverá lançar a informação relativa as consultas realizadas naquele dia no livro de resumo diário da US, de esta forma iremos a assegurar a qualidade de registo. No final do mês deverá lançar no resumo mensal da US a informação das consultas registadas na US, assim como das registadas durante as brigadas móveis para conformar o resumo mensal da US e encaminhar a sede distrital.

Nota: para avaliar as contribuições das actividades realizadas nos postos fixos e nas brigadas móveis, deve-se usar dois livros: 1 para registar dados dos postos fixos e outro para os dados da brigada móvel.

10. Educação Sanitária

Educação Sanitária é a denominação dada à prática educativa que tem como objectivo induzir a população a adquirir hábitos que promovam a saúde e evitam doenças. Uma das actividades importantes da consulta da criança sadia é a EDUCAÇÃO DOS PAIS/ CUIDADOR. O momento mais apropriado para fazer a educação dos pais/ cuidadores é na altura da consulta, pois estes estão mais receptivos e a oportunidade deve ser bem utilizada pelo pessoal de saúde, através da educação individual e colectiva.

Uma forma positiva de iniciar a educação dos pais/ cuidadores é elogiando todos os aspectos positivos da sua conduta, começando pelo simples facto de ter trazido a criança à US. Deve-se explicar quais são os aspectos positivos nas condutas e explicar o porquê de certas condutas serem negativas, ou prejudiciais à criança. Deve-se dar ênfase aos sinais de PERIGO, que impliquem uma visita URGENTE à US, e os outros sinais importantes que devem ser vigiados que indiquem que a criança deve voltar à US antes da data prevista para controlo.

Deve ficar claro quanto à data da consulta de controlo, bem como as instruções de como cuidar da criança em casa. Devemos gastar algum tempo para fazer estas considerações, demonstrando, se possível, a forma de administrar a medicação (ex: oral, pomada, SRO, etc) em casa e confirmando se os pais/ cuidadores conseguiram apreender todas as práticas e mensagens transmitidas. Na educação sanitária colectiva, o educador deve evitar palestras longas. Para despertar o interesse dos participantes, deve incentivar a troca de experiências e opiniões perante problemas de saúde e encontrar oportunidades para transmitir mensagens. A demonstração prática e os meios audio-visuais (ex: cartazes, brochuras) são recursos muito importantes e melhoram a qualidade da educação sanitária. As mensagens devem ser sempre adaptadas à realidade concreta da comunidade e NUNCA fazerem-se recomendações para além da capacidade da população.

Temas propostos para a educação colectiva, que devem ser adaptados às condições locais:

- Crescimento da criança;
- **Desenvolvimento psicomotor da criança;**
- Vacinações;
- Aleitamento materno exclusivo e suas boas práticas;
- Desmame;
- Alimentação complementar incluindo alimentação activa e **responsiva;**
- Importância da suplementação com vitamina A, Micronutrientes em pó (MNP) e desparasitação.
- Noções básicas sobre a prevenção as doenças transmissíveis mais frequentes no nosso meio (ex: malária, diarreia, etc);
- Tratamento das doenças em casa (ex: uso de SRO, Zinco, Nistatina, Tetraciclina oftálmica, etc);
- Importância da saúde oral (ex: prevenção da cárie dentária, higiene oral e outros cuidados);
- Prevenção de acidentes e intoxicações;
- Prevenção de acidentes caseiros;
- Higiene individual e dos alimentos;
- Saneamento do meio;
- Educação sexual para crianças maior de 10 anos;
- Importância do envolvimento da família na saúde da criança e adolescente;
- HIV/SIDA (prevenção, PTV e tratamento antiretroviral);
- Orientação para o planeamento familiar;
- Quando procurar a unidade sanitária;
- Temas ajustados a época ou a situação local.

CAPÍTULO 2
ATENÇÃO À
CRIANÇA EM RISCO



Introdução

Um dos objectivos da CCS é o de identificar as crianças que tem problemas de crescimento ou que não se desenvolvem normalmente. Essas crianças estão em risco de desenvolver várias doenças incluindo a desnutrição, sendo que precisam de uma maior atenção e cuidados adequados. Para tal, em cada CS deve existir um atendimento para crianças em risco chamada Consulta da Criança em Risco (CCR), onde as crianças mais vulneráveis podem receber um atendimento personalizado e adequado aos problemas apresentados.

As crianças com as seguintes condições devem ser encaminhadas à CCR:

- Crianças expostas ao HIV;
- Crianças expostas a Sífilis;
- Crianças com contacto de tuberculose pulmonar;
- Crianças com crescimento insuficiente ou desnutrição;
- Crianças com peso inferior a 2500 gramas à nascença, gémeos, crianças com desmame antes dos 12 meses de idade e/ou em aleitamento artificial;
- Criança com atraso de desenvolvimento psicomotor;
- Crianças órfãs e vulneráveis.

A detecção e referência das crianças à CCR é um indicador de bom funcionamento da CCS.

1. Organização da CCR

A consulta da “CRIANÇA EM RISCO” funciona com um modelo de “Paragem única” (mesmo lugar, mesmo tempo e mesma ESMI) para a criança e para a mãe. É sempre necessário assegurar que o lugar escolhido para a CCR permita conversar e aconselhar aos pais/cuidador com privacidade.

1.1. Ficha individual da criança em risco e organização do ficheiro móvel

- Todas as crianças em risco devem ter uma ficha individual (ver anexo 23) e deve-se ser atribuir a cada criança um NID pessoal o qual deve ser transcrito para esta ficha;
- As fichas individuais devem ser arquivadas num ficheiro especial chamado ficheiro móvel, organizado por meses (em mês corrente e mês seguinte): no fim de cada consulta a ficha da criança deve ser colocada na divisão correspondente ao mês marcado para a consulta seguinte;

- As fichas individuais das crianças que faltaram permanecem na divisão correspondente ao mês da consulta corrente, isto é, não “avança” no ficheiro para o mês seguinte;
- A correcta utilização deste ficheiro permite-nos identificar os faltosos que, muitas vezes, são os que necessitam de maiores cuidados, e realizar as chamadas telefónicas ou visitas consentidas de reintegração;
- Considera-se faltosa uma criança que não aparece à consulta até 30 dias após a data marcada;
- Considera-se abandono quando uma criança não aparece à consulta após 2 meses da data marcada, e tenham sido feitas tentativas para encontrá-la no domicílio. Para casos específicos como o PRN, em função da periodicidade das visitas (semanal ou quinzenal) considera-se abandono a ausência em 2 visitas consecutivas, o período acima de 15 dias ou 1 mês, de acordo com o protocolo;
- O ficheiro móvel deve ter uma divisão/gaveta para os faltosos e para as altas (por melhoria, abandonos, transferências e óbitos).

1.2. Chamadas telefónicas e visitas domiciliárias

- A maioria das crianças em risco que necessitam de atendimento na CCR provém de famílias com problemas sociais, por isso é natural que se registre uma percentagem elevada de faltosos;
- Para conseguir um adequado seguimento das crianças identificadas, é indispensável que o pessoal de saúde organize a lista dos faltosos e abandonos e inicie o processo de busca através de chamadas telefónicas e visitas domiciliárias, para trazê-las de volta ao controle;
- A US deverá, em princípio, organizar as buscas pelos faltosos e abandonos da CCR, de forma integrada com os dos outros sectores (ex: com doentes faltosos com Tuberculose, HIV, grávidas em risco – ARO, etc.), racionalizando da melhor forma esta actividade e procurando parcerias com a comunidade e OCBs.

1.3. Colaboração com a comunidade

Para que o pessoal de saúde tenha sucesso nas suas actividades de visitas domiciliárias, é necessário que tenha uma estreita ligação com a comunidade (ex: APEs, parteiras tradicionais, activistas, mãe mentora). Cada US deve ter um ponto focal para comunicação com a comunidade. As US devem cooperar com as diferentes organizações da comunidade já existentes (ex: Comitês de Saúde, Comitês de Gestão, Conselhos de líderes, Confissões religiosas, Organizações de Comunitárias de Base e outras), desenvolvendo desta forma confiança e coesão com a população alvo.

2. Actividades no atendimento da criança em risco

A conduta a ter nas crianças em risco depende do motivo (nos parágrafos a seguir serão detalhadas as actividades previstas para cada categoria de crianças). Existem actividades que devem ser desempenhadas de um modo geral em todas as crianças independentemente do tipo de problema que se apresenta, nomeadamente:

- Controle do peso, medições antropométricas e avaliação do desenvolvimento psicomotor;
- Garantir o cumprimento do calendário de vacinação;
- Atribuição do NID e introdução dos dados da criança no livro de CCR;
- Abertura e actualização da ficha individual da criança em risco: a ficha é aberta na primeira consulta e deve ser actualizada a cada contacto;
- Preenchimento detalhado das guias em caso de referência/transferência da criança para outro lugar/sector;
- Anotação das informações relevantes (Prevenção de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis da mãe e criança, Testagem da criança, Profilaxias do recém-nascido com ARVs e Cotrimoxazol, PTV da mãe, Parâmetros de Desenvolvimento Psicomotor, Parâmetros Antropométricos) no cartão de saúde da criança e na ficha individual ou processo clínico da criança;
- Deve-se oferecer a todas as crianças e seus cuidadores com seroestado desconhecido o aconselhamento e testagem de HIV;
- Aconselhamento em alimentação infantil, boas práticas de higiene, actividades estimulantes, etc.

Registos fundamentais:

- Todas as crianças em risco (independentemente do seu seroestado) atendidas na CCR devem ser registadas no livro da CCR e actualizado o seu seguimento a cada contacto;
- As crianças expostas ao HIV devem ser registadas também no livro da PCR na altura da realização do teste;
- As crianças que recebem ATPU ou CSB-Plus devem ser registadas também no livro do PRN;
- Deve-se registar todos os testes rápidos consumidos no sector no mapa de consumo diário de testes rápidos diariamente;
- A mulher lactante da criança cuja entrada na CCR foi por outro motivo de risco que não seja a exposição ao HIV, após a testagem positiva para HIV, deve ser registada no livro da CCR;
- Os resultados da testagem do parceiro e acompanhantes devem ser registados no livro de ATS alocado ao sector.

3. Criança exposta ao HIV

3.1. Introdução e definição

Uma mulher infectada pelo vírus de HIV pode transmitir a infecção ao filho durante a gravidez, o parto ou amamentação. Essa forma de transmissão da infecção de mãe para filho chama-se Transmissão Vertical. A Prevenção da Transmissão Vertical (PTV) visa implementar medidas preventivas para proteger a saúde das mães, reduzir ao mínimo o risco das crianças adquirirem o HIV e providenciar o seguimento delas até ao diagnóstico definitivo.

No âmbito da PTV, o seguimento das mães inicia na CPN, continua na sala de parto, na consulta pós-natal e na consulta da criança em risco (como par mãe-filho), enquanto o seguimento das crianças inicia na sala de parto e continua na CCR, e somente se a criança apresentar um diagnóstico de HIV passará juntamente com a sua mãe para a consulta de doença crónica.

O seguimento das crianças expostas ao HIV na CCR inicia a partir do primeiro mês de idade, mas qualquer criança filha de mãe seropositiva com menos de 18 meses que apareça na consulta deve ser registada e atendida segundo as normas (ver anexo 2).

As crianças expostas ao HIV na CCR devem receber os devidos cuidados até os primeiros 18 meses de vida, que incluem: o controle do crescimento ponderal, avaliação do desenvolvimento psicomotor, oferta de profilaxias com CTZ, ARVs e INH (se elegível), e oferta de testagem do HIV para o diagnóstico segundo o algoritmo de testagem na criança (ver anexo 3). Embora o algoritmo preconiza o uso quer do teste de PCR ADN para HIV como do teste serológico (teste rápido), a confirmação do diagnóstico em crianças menores de 18 meses recomenda-se que seja feita apenas com PCR ADN de HIV e, para crianças com idade igual ou superior a 18 meses, o diagnóstico deve ser feito com teste rápido.

Se durante o período de seguimento a criança apresentar sinais e sintomas de infecção pelo HIV ou um dos resultados dos testes de PCR feitos for positivo, a criança deve imediatamente iniciar o TARV, colher um PCR de confirmação e ser referenciada para os serviços de cuidados e tratamento.

Nota: Todas as crianças com idade inferior a 18 meses das quais não sabemos o seroestado da mãe para o HIV, deve-se oferecer o teste rápido à mãe ou a criança (caso a mãe esteja ausente ou recuse fazer o teste) para saber se a criança é exposta ao HIV ou não, e dependendo do resultado deve-se seguir o algoritmo de testagem da criança. Após ter confirmação de exposição para o HIV é que se pode oferecer o teste de PCR ADN de HIV à criança.

3.2. Avaliação e conduta

- História clínica da mãe: seguimento na CPN, maternidade, regime de ARV, estadiamento da OMS (ver anexo 5), carga viral, etc;
- História clínica recente da criança, incluindo informações sobre alimentação infantil, cumprimento do calendário de vacinas, contactos com TB e internamentos recentes;
- Exame físico completo com avaliação do peso, estatura, peso para estatura, perímetro craniano, edemas, desenvolvimento psicomotor e reconhecimento de sinais de alarme (Pneumonia grave, Desnutrição, Candidíase oro-esofágica, Dermatite crónica, Otite crónica, Diarreia persistente, Linfadenopatia persistente e generalizada, Sarcoma de Kaposi);
- Testagem de HIV de acordo com o algoritmo de diagnóstico precoce infantil (ver anexo 2).

3.3. Diagnóstico de HIV nas crianças menores de 18 meses:

- Todos os lactentes com o estado serológico desconhecido têm que ter a confirmação da exposição ao HIV no primeiro contacto com a US;
- Todas as crianças expostas ao HIV devem fazer o teste virológico (PCR HIV) entre o 1º e o 9º mês de vida, entretanto recomenda-se que o 1º teste de PCR seja feito entre as 4 semanas (na 1ª consulta de CCR) e 8 semanas de vida;
- Todas as crianças com teste PCR HIV positivo devem ter um 2º teste PCR HIV para confirmar o diagnóstico. Contudo, recomenda-se que a colheita da amostra para o 2º teste PCR HIV seja feita na altura da entrega do resultado do primeiro teste PCR HIV;

Nota: Toda a criança com resultado do primeiro de teste PCR DNA HIV positivo deve INICIAR O TARV, SEM ESPERAR O RESULTADO DO 2º TESTE PCR HIV.

- Todas as crianças expostas ao HIV com idade entre 9-17 meses, que não fizeram o PCR HIV antes ou que tiveram o resultado do 1º teste PCR HIV negativo, devem fazer o teste de PCR HIV. As crianças que tiverem o resultado de PCR HIV positivo devem iniciar o TARV e colher obrigatoriamente o teste de confirmação;
- Em crianças com teste de PCR HIV negativo aos 9 meses e que não estão em aleitamento materno há mais de 3 meses, e sem nenhum sinal ou sintoma sugestivo de infecção pelo HIV, deve-se excluir a infecção por HIV e recomenda-se: parar a profilaxia com Cotrimoxazol dar alta da CCR e continuar o seguimento na CCS;
- Para as crianças expostas ao HIV e que não têm acesso ao teste PCR DNA HIV, mas que apresentam sinais ou sintomas sugestivos da infecção pelo HIV e um teste rápido positivo, faz-se o diagnóstico presuntivo e deve iniciar o TARV no mesmo dia, enquanto se colhe o PCR DNA HIV (ver anexo 4).

3.4. Tratamento de rotina:

A profilaxia reforçada com ARVs para criança exposta ao HIV consiste na oferta AZT e NVP em xarope nas primeiras 6 semanas de vida, seguida de xarope de NVP isolada por mais 6 semanas perfazendo 12 semanas de tratamento profilático no total.

Tabela 10. Dosagens de AZT e NVP para profilaxia reforçada da criança exposta ao HIV.

Dosagens de AZT e NVP para Profilaxia da criança exposta ao HIV com IG ≥ 35 semanas		
Do nascimento até 6ª semana de Vida		
Peso ao nascimento (gramas)	Quantidade de AZT (ml)	Quantidade de NVP (ml)
1000g - 1499g	0.6 ml	0.3 ml
1500g - 1999g	0.8 ml	0.4 ml
2000g - 2499g	1 ml	1 ml
≥2500	1.5 ml	1.5 ml
Da 7ª a 12ª semana de Vida		
7ª a 12ª semana de Vida	NÃO APLICÁVEL	2 ml
No caso de mulheres que tiveram parto fora da maternidade, independente de estar ou não em TARV e do tipo de aleitamento (materno ou artificial), devem iniciar profilaxia reforçada apenas se chegarem a US dentro de 72h . Após esse período, fazer profilaxia apenas com NVP.		

A NVP e o AZT estão disponíveis nas seguintes formulações:

- **NVP xarope:** 10mg/ml em frascos de 100 ml ou de 240 ml
- **AZT Xarope:** 10mg/ml em frascos de 100 ml ou de 240 ml

Considerações importantes em relação a profilaxia reforçada das crianças de acordo com a situação de TARV da mãe:

- No caso de criança exposta cuja mãe inicia TARV na lactância ou muda de linha terapêutica, a profilaxia reforçada é suspensa 12 semanas pós-início TARV da mãe;
- Na primeira consulta na CCR, a ESMI deve colher amostra de PCR e seguir o algoritmo de diagnóstico precoce infantil (ver anexo 2)
- US com POC:
 - Se PCR positivo – Iniciar TARV;
 - Se PCR negativo – iniciar profilaxia com NVP e suspender depois de 12 semanas após o início do TARV da mãe.
- US com PCR convencional: iniciar profilaxia com NVP e colher o PCR no mesmo dia
 - Se PCR positivo – suspender a profilaxia e iniciar TARV;
 - Se PCR negativo ou sem resultado de PCR – continuar a profilaxia com NVP e suspender depois de 12 semanas após o início do TARV da mãe.

- No caso a mãe lactante não inicia o TARV, a profilaxia reforçada da criança exposta mantém-se até as 2 semana após o desmame.

Mulher que inicia segunda linha na lactância

- No caso de uma criança que está em profilaxia reforçada, cuja mãe tem falência terapêutica confirmada e deve trocar para segunda linha TARV, a criança deve prolongar a profilaxia com NVP por 12 semanas após início de segunda linha da mãe.

Figura 16. Oferta da profilaxia para HIV em crianças nascidas fora da maternidade



Profilaxia com Cotrimoxazol para criança exposta

A profilaxia com Cotrimoxazol, para a criança exposta ao HIV, deve iniciar com 4 semanas (1 mês) de vida.

O CTZ está disponível nas seguintes formulações:

- **Xarope:** 40mg TMP/200mg SMX por cada 5ml
- **Comprimidos para adultos:** único 80 TMP/ 400mg SMX

Tabela 11. Dosagem de Cotrimoxazol profilático

Dosagem de CTZ: DOSE ÚNICA por dia		
PESO (kg)	Xarope (40mg/200mg para 5 ml)	Comprimido único para adulto (80mg/ 400mg)
<7	2,5ml	¼ Comprimido
7-10	5ml	½ Comprimido
10-15	7,5ml	1 Comprimido
15-20	10ml	1 Comprimido
≥ 20	NA	2 Comprimidos

Critérios de suspensão do Cotrimoxazol na criança exposta:

Deve-se suspender o cotrimoxazol a toda a criança com diagnóstico definitivo negativo:

- Criança com 1º PCR negativo e que aos 9 meses apresenta resultado de PCR HIV negativo e que não estão em aleitamento materno há mais de 3 meses e não apresenta nenhum sinal ou sintoma sugestivo de infecção pelo HIV. Esta criança é considerada HIV negativa, e deve receber alta da CCR;
- Crianças com diagnóstico definitivo negativo feito aos 18 meses de vida ou 3 meses após o desmame.

Outros cuidados a criança

- Vitamina A de 6/6 meses de 6 até 59 meses de idade e Mebendazol de 6/6 meses de 12 até 59 meses de idade;
- Cumprimento do calendário de vacinação.

3.5. Periodicidade da consulta do par mãe-filho na CCR

- A criança exposta ao HIV deve ser atendida mensalmente até aos 12 meses, e depois bi-mensal até aos 18 meses.

3.6. Critérios de alta da CCR:

- Deve ter alta da CCR e referida para o Serviço TARV a toda a criança com diagnóstico definitivo positivo, nomeadamente:
 - Criança com resultado de um teste de PCR HIV positivo em qualquer idade;
 - Criança com resultado de Teste rápido para HIV positivo realizado aos 18 meses de idade;
 - Diagnóstico presuntivo de HIV.
- Deve ter alta da CCR e referida para a Consulta da Criança Sadia toda a criança com diagnóstico definitivo negativo, nomeadamente:
 - Criança com 1º PCR HIV negativo e que entre os 9-17 meses apresenta resultado de PCR HIV negativo e que não estão em aleitamento materno há mais de 3 meses e não apresenta nenhum sinal ou sintoma sugestivo de infecção pelo HIV;
 - Criança com resultado do teste rápido para HIV negativo realizado aos 18 meses que tenha feito o desmame há mais de 3 meses.

Nota: Antes de confirmar o diagnóstico definitivo negativo, deve-se perguntar sempre à mãe quando parou de amamentar.

3.7. Alimentação infantil no contexto HIV

Todas as mães devem amamentar exclusivamente os seus filhos nos primeiros 6 meses de vida, e introduzir uma alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses, mesmo que a mãe seja HIV+ ou tenha o estado serológico desconhecido. De 6-12 meses, para todas as crianças, a amamentação deve continuar (ver anexo 6).

Mãe ou o seu filho(a) com estado serológico desconhecido

- Às mães e seus filhos cujo estado serológico seja desconhecido, devem ser oferecidos serviços de testagem. Consoante o resultado, deve-se seguir o esquema para mãe HIV+ ou mãe HIV-. Se a mãe recusar fazer o teste para si mesma, deve-se seguir a opção para mãe HIV-.

Mãe HIV+ cujo filho(a) é HIV- ou tem o estado serológico desconhecido

- Deve amamentar exclusivamente até aos 6 meses, introduzir uma alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses e continuar com a amamentação até aos 12 meses;
- A partir dos 12 meses, a amamentação deve parar de forma gradual e segura, se uma dieta nutricionalmente adequada e segura puder ser oferecida sem o leite materno;
- Se uma dieta nutricionalmente adequada e segura sem o leite materno não puder ser oferecida, a amamentação deve continuar, até que esta seja assegurada;
- Quando for apropriado, deve-se dar orientações de como fazer o desmame, de forma gradual e segura, de acordo com as normas nacionais do PTV.

Mãe HIV+ cujo filho(a) é também HIV+, e Mãe HIV-

- Deve amamentar exclusivamente até aos 6 meses, introduzir uma alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses e continuar com a amamentação até aos 24 meses ou mais.

IMPORTANTE: As mães infectadas pelo HIV e/ou os seus filhos devem beneficiar de profilaxia ou tratamento com ARVs para a PTV do HIV, de acordo com a opção disponível na US que frequentam, para reduzir o risco de transmissão através do leite materno. No caso de haver indisponibilidade temporária de profilaxia para a mãe e/ou a criança (ex. ruptura temporária de ARVs), deve-se seguir o esquema para mãe HIV+ cujo filho é HIV- ou tem o estado serológico desconhecido.

Considerações: As mães seronegativas devem ser aconselhadas sobre as formas de prevenção da infecção pelo HIV e sobre os serviços disponíveis para ajudá-las a manterem-se seronegativas, e devem ser oferecidas a testagem de rotina de acordo com as normas nacionais do PTV.

3.8. Aconselhamento ao par mãe e criança

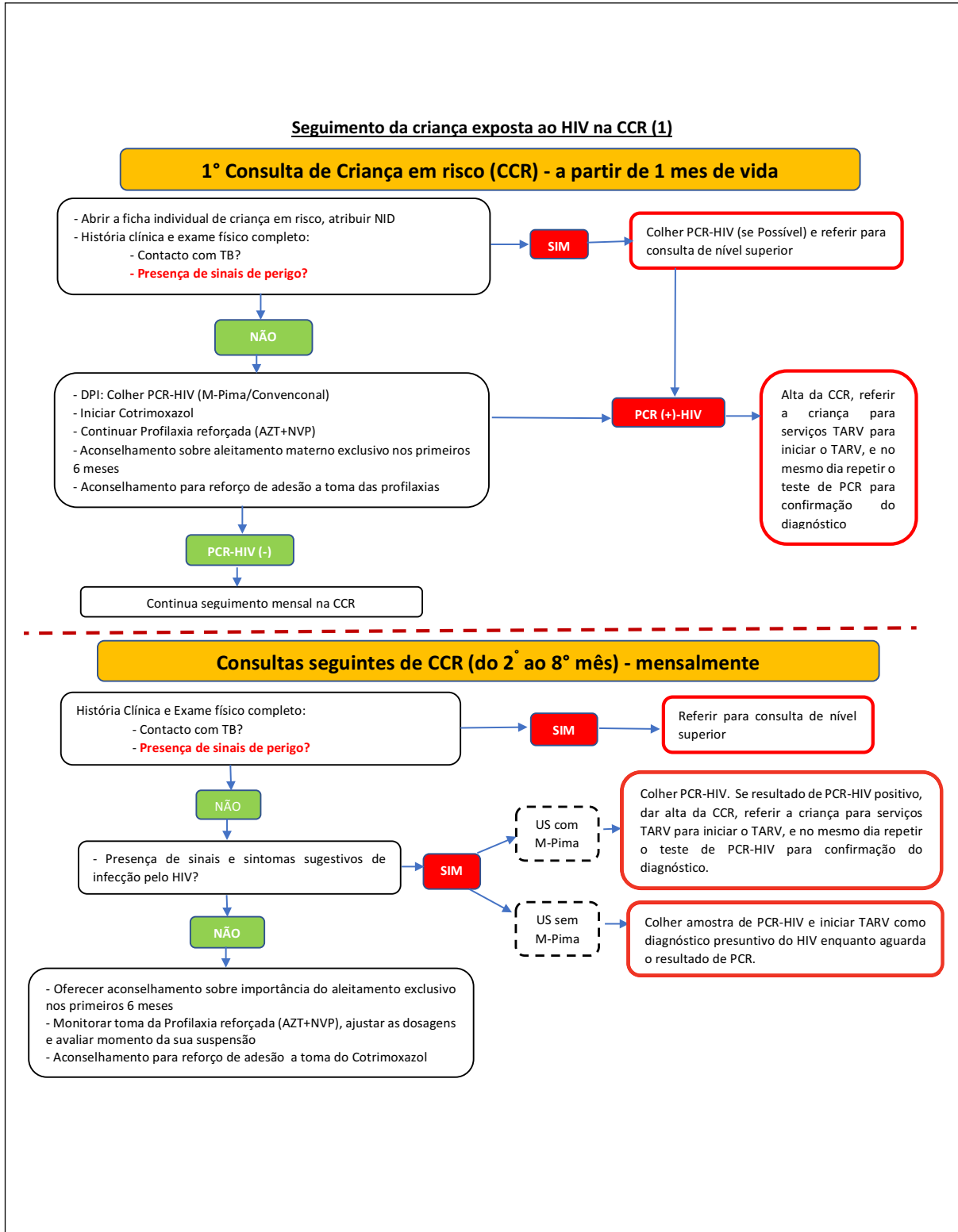
Crianças menores de 6 meses, poderão receber leite materno espremido e aquecido como estratégia provisória de alimentação. O método de aquecimento consiste em colocar 50–150 ml de leite materno espremido num frasco ou pote de vidro à prova de calor, previamente higienizado e esterilizado, numa pequena panela com água. O nível da água deve estar a dois dedos acima do nível no leite. A água deve ser aquecida até que comece a ferver vigorosamente e então o frasco com o leite é removido cuidadosamente da água. Tapa-se o frasco e deixa-se o leite voltar à temperatura ambiente imergindo o frasco em água fria ou deixando-o arrefecer livremente antes de o usar para alimentar a criança usando uma chávena ou um copo. O leite materno aquecido deve ser usado dentro de uma hora.

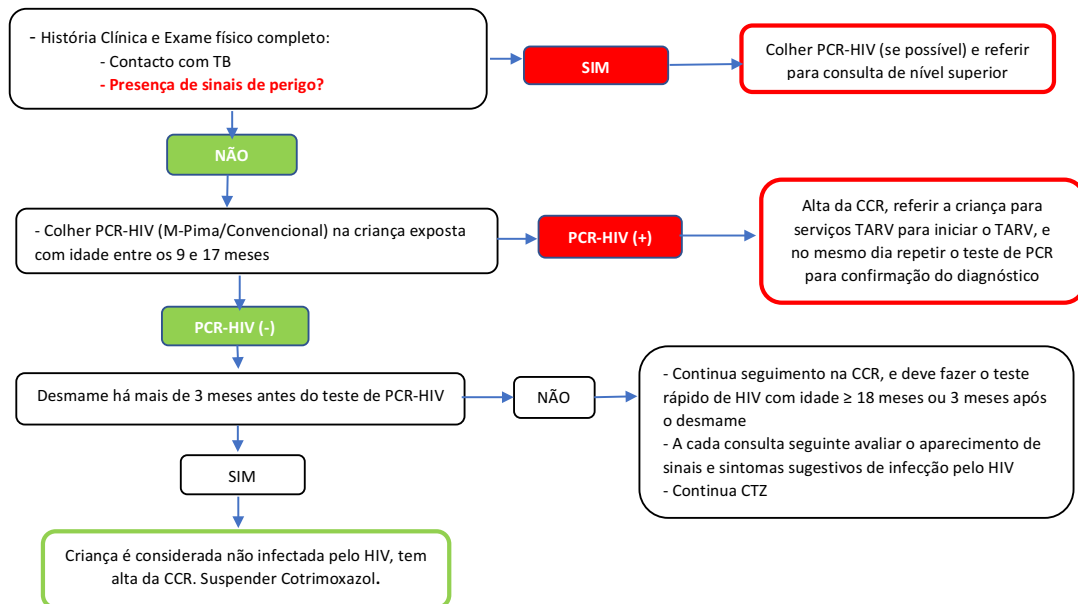
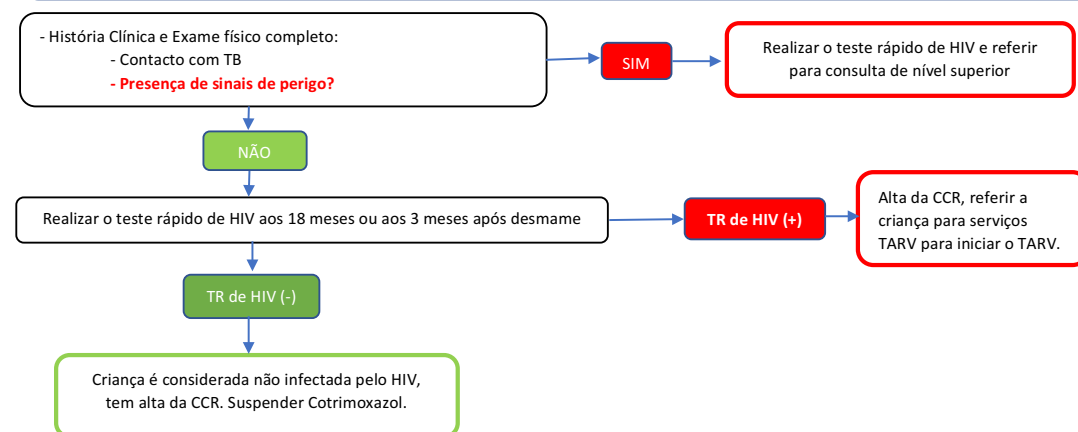
Para mais informações técnicas: *Consulte a Política e a Estratégia Nacional de Alimentação Infantil; Cartões de Aconselhamento sobre Alimentação Infantil, Algoritmo Alimentação Infantil no contexto de HIV e o algoritmo Apoiando uma mãe HIV positiva a decidir como a alimentar a sua criança a partir dos 12 meses*

A mãe/cuidador de uma criança exposta deve receber em cada consulta um aconselhamento abrangente com os seguintes conteúdos:

- Necessidade de um seguimento periódico da criança até aos 18 meses de idade;
- Aleitamento materno exclusivo durante os primeiros 6 meses de vida e boas práticas de aleitamento materno;
- Alimentação complementar e alimentação saudável para crianças a partir dos 3 anos
- Cuidados gerais da mãe e da criança;
- Opções de alimentação infantil e boas práticas de alimentação;
- Diagnóstico precoce infantil, tipos de testes feitos e momentos de testagem e preparação em relação ao resultado;
- Importância da profilaxia com Cotrimoxazol e profilaxia reforçada com AZT e NVP;
- Importância do cumprimento do calendário de vacinação;
- Oferta de planeamento familiar, importância do uso do preservativo, importância do rastreio do CACUM;
- Importância da adesão ao TARV e monitoria da resposta terapêutica através da carga viral;
- Actividades estimulantes apropriadas para a idade;
- Ligação com outros serviços de saúde e com grupos de apoio comunitário (ex: mães mentoras).

Figura 17. Fluxograma de seguimento da criança exposta ao HIV na CCR



Seguimento da criança exposta ao HIV na CCR (2)**Consulta dos 9 aos 17 meses****Consulta aos 18 meses ou mais**

4. Criança exposta à Sífilis

Para fazer a avaliação da criança exposta a sífilis é necessário saber diferenciar crianças com sífilis congénita das crianças expostas a sífilis.

4.1. Definição de sífilis congénita na criança

O diagnóstico de sífilis congénita é difícil de confirmar e neste momento o país não possui um meio que seja rápido, sensível e específico para assegurar o diagnóstico, sobretudo nos RN que são assintomáticos. Moçambique adoptou a definição de **sífilis congénita** conforme as orientações da OMS. Assim sendo, considera-se sífilis congénita as seguintes situações clínicas:

- Todo feto produto de uma gestação com IG < 20 semanas, sem sinais de vida, cuja mãe tenha resultado do teste rápido da sífilis positivo, realizado durante a gravidez ou parto;

Ou

- RN ou nado morto (\geq 20 semanas de gestação ou peso > 500 gr) nascido de uma mulher com resultado do teste de sífilis positivo realizado em qualquer momento da gravidez ou parto e cuja mãe não tenha feito tratamento adequado para sífilis segundo as normas.

Ou

- RN ou criança com idade inferior a 2 anos, nascido de uma mulher que tenha resultado do teste de sífilis positivo realizado durante a gravidez, parto ou pós-parto e cuja criança apresente evidência clínica, radiológica e/ou laboratorial sugestivos de sífilis, independente do tipo de tratamento que a mãe tenha recebido (correcto ou incorrecto).

Ou

- RN ou criança com idade inferior a 2 anos, nascido de uma mulher com seroestado desconhecido para sífilis (que não fez o teste rápido para sífilis na gravidez e/ou parto) e que tenha evidência clínica, radiológica e/ou laboratorial sugestivos de sífilis;

4.2. Criança exposta a sífilis

Todo o RN filho de mãe com teste de sífilis positivo realizado durante a gravidez, parto ou pós-parto e que não se enquadra nas definições de sífilis congénita descritas acima, é considerado **criança exposta a sífilis**.

Avaliação da criança exposta a sífilis

A avaliação da criança exposta a sífilis deve ser conduzida com os seguintes objectivos:

- Definir se a criança tem ou não diagnóstico de sífilis congénita;
- Decidir a conduta terapêutica e seguimento clínico de acordo com a condição identificada.

Esta avaliação clínica deve contemplar duas componentes:

a) Investigação clínica da mãe para:

- Identificar se a mãe tem ou não sífilis;
- Verificar se a mãe fez ou não tratamento para sífilis;
- Verificar se o tratamento feito é considerado adequado, de acordo com a definição de tratamento adequado para sífilis durante a gravidez.

b) Investigação clínica do RN ou da criança exposta a sífilis

- Excluir sífilis congénita na criança através da verificação da presença ou não de sinais clínicos, radiológicos e laboratoriais de sífilis logo à nascença,
- Se indicado, avaliar comparativamente a titulação dos anticorpos maternos com os da criança para confirmação do diagnóstico (sempre que possível, dependendo da rede laboratorial) e enquadrar o RN nas diferentes categorias clínicas de RN filhos de Mãe com Sífilis nomeadamente:
 - RN sem sífilis;
 - RN com sífilis pouco provável;
 - RN com suspeita de sífilis congénita;
 - RN com sífilis congénita.

O seguimento das **mães com diagnóstico confirmado de sífilis** deve iniciar na consulta pré-natal, continuar na sala de parto e na consulta pós-parto, o Se a mulher for sífilis positiva, o seguimento da criança deverá continuar também na consulta de CCR, o Na sala de partos, e na CPP, de acordo com o tipo de tratamento que a mãe tenha feito, do resultado do TR ou RPR quantitativo da criança e, da presença ou não de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congénita, a criança pode ser classificada como (figura 16):

- RN sem sífilis
- RN com sífilis pouco provável
- RN com suspeita de sífilis congénita
- RN com sífilis congénita

NOTA: Toda **criança com diagnóstico confirmado de sífilis congénita identificada em qualquer porta de entrada na SMI** deverá ser referida para tratamento em regime de internamento. Após a alta, deverá ser encaminhada para seguimento na consulta clínica na US da zona de residência. **NÃO É RECOMENDADO SEU SEGUIMENTO NA CCR** após confirmação diagnóstica prévia de sífilis e tratamento completo.

- O seguimento dos RN **expostos a sífilis** deve iniciar na sala de parto, após alta da maternidade continuar na consulta pós-natal e posteriormente, na CCR por um período de 6 – 12 meses que vai depender do resultado dos Teste Rápido (TR) feitos durante o seguimento conforme o algoritmo do “Fluxograma de atendimento da criança exposta a sífilis na CCR” (ver anexo 6).

Figura 18. Classificação do RN exposto a sífilis

Classificação do RN exposto a Sífilis	Descrição
RN sem Sífilis	Consideram-se RN sem Sífilis, aqueles que estão assintomático e tem TR negativo para Sífilis e São filhos de uma mãe que foi correctamente tratada, isto é, a mãe recebeu tratamento com 1 dose de Penicilina Benzatinica até pelo menos 30 dias antes da data do parto e seu parceiro sexual foi também tratado.
RN com Sífilis pouco provável	Considera-se RN com Sífilis pouco provável: 1. Todos os RN assintomáticos e que tenham resultado de TR positivo para Sífilis e, São filhos de uma mãe com Sífilis e que tenha sido correctamente tratada, isto é, a mãe recebeu tratamento com 1 dose de Penicilina Benzatinica até pelo menos 30 dias antes da data do parto e seu parceiro sexual foi também tratado. 2. Todos os RN assintomáticos e que tem resultado de TR negativo para Sífilis e são filhos de Mãe com Sífilis e que tenha sido: a. Incorrectamente tratada, ou b. Não foi tratada durante a gravidez e parto.
RN com Suspeita de Sífilis Congénita	Consideram-se RN com Suspeita de Sífilis Congénita aos RN assintomáticos e que têm TR positivo para Sífilis e são filhos de: c. Mãe com Sífilis incorrectamente tratada, ou d. Mãe que não foi tratada durante a gravidez e parto
RN com Sífilis Congénita	Consideram-se RN com Sífilis Congénita: 1. Todos os RN sintomáticos (com sinais e sintomas sugestivos de Sífilis), independente do seu resultados do TR para Sífilis e que sejam filhos de mãe com Sífilis, independente do tipo de tratamento que a mãe tenha feito (correcta ou incorrectamente tratada); 2. Todos os RN assintomáticos e que tenha resultado de TR positivo para Sífilis e são filhos de mãe com Sífilis correctamente tratada.
NOTA:	Toda criança com diagnóstico confirmado de Sífilis congénita identificada em qualquer porta na SMI deve ser referida para tratamento em regime de internamento. Após a alta, deverá ser encaminhada para seguimento na consulta clínica na US da zona de residência NÃO É RECOMENDADO SEU SEGUIMENTO NA CCR após confirmação diagnóstica prévia de Sífilis e tratamento completo.

4.3. Critérios para seguimento, na CCR, da criança exposta a sífilis

Considera-se criança exposta a Sífilis com indicação para seguimento na CCR toda a criança que foi classificada na maternidade ou na CPP como (ver anexo 7):

- RN sem sífilis;
- RN com Sífilis pouco provável;
- As crianças que foram classificadas como RN com sífilis congénita e que tenham feito tratamento em regime de internamento, após a alta não devem ser seguidas na CCR. O seguimento destas crianças deve ser feito na consulta clínica na US, para continuar a monitoria do crescimento e desenvolvimento e do surgimento de sequelas ósteo-neurológicas.

Quando deve começar o seguimento na CCR

- Após a alta da maternidade o RN deve ser seguido na CPP. A partir do primeiro mês de vida o seguimento deve ser feito na CCR onde as crianças devem receber cuidados clínicos até ao diagnóstico definitivo para sífilis, que pode ser feito ao 6º ou 12º mês de vida (ver anexo 7);
- Crianças que durante o período de observação sejam diagnosticadas com sífilis activa, quer seja através do diagnóstico clínico (sinais e sintomas) ou através do teste rápido para sífilis, devem ser imediatamente referidas para o internamento para iniciar tratamento recomendado.

4.4. Abordagem clínica para a criança exposta a sífilis

4.4.1. Primeira consulta de CCR

Na CCR deverá ser aberto um processo clínico de CCR (actualmente em uso para todas as crianças de atenção especial), tendo atenção de explorar todas as componentes para o correcto seguimento clínico de uma criança, desde a anamnese, exame físico de rotina e tratamentos de rotina. Em relação as especificidades para o atendimento da criança exposta a sífilis, a ESMI deve ter atenção para explorá-las.

Anamnese

Na história materna e neonatal investigar resultado do teste de sífilis e os tratamentos efectuados pela mãe durante gravidez (fármaco usado e duração do tratamento);

Exame físico

- Dados antropométricos: peso, estatura, perímetro craniano;
- Estado geral: mucosas, pele, gânglios, ouvidos, avaliação cardíaca, pulmonar, abdómen, extremidades (para identificação de eventuais sinais de alerta), exame neurológico;
- Avaliação do estado nutricional: P/E, edema. Avaliação do desenvolvimento psicomotor;
- Sinais e sintomas sugestivos de sífilis congénita, nomeadamente:
 - Rinite ou descarga nasal;
 - Rash cutâneo;

- Hepatomegália;
- Esplenomegália;
- Anomalias hematológicas.

4.5. Calendário de Seguimento clínico da criança exposta a sífilis:

4.5.1. Seguimento clínico da criança

Uma vez inscrita na CCR, o calendário de seguimento clínico da criança será:

- Consulta mensal durante os primeiros 6 meses de seguimento;
- Ao 6º mês de vida, será oferecido TR da criança para monitoria da seroconversão:
 - Crianças que reunirem critérios para alta, serão referidas para a CCS,
 - Crianças que não reúnam critérios para alta devem continuar a fazer consulta clínica trimestral e repetir avaliação final aos 12 meses de vida, através do resultado do TR para sífilis.

4.5.2. Seguimento laboratorial da criança

O seguimento laboratorial da criança consiste em (ver anexo 8):

- À entrada na CCR:
 - A ESMI deve registrar no processo da criança e no cartão de saúde da criança o resultado do TR realizado na maternidade;
 - Caso não tenha feito o TR para sífilis na maternidade, ou não tenha registo dos resultados dos testes feitos no cartão de saúde da criança, oferecer TR de sífilis a criança na 1ª CCR;
- Realizar os testes rápidos de Sífilis á criança no 6º mês de vida
 - A interpretação dos resultados dos testes e a conduta clínica deverá seguir o fluxograma de atendimento da criança exposta a sífilis na CCR;
 - Algumas crianças poderão ter critérios de alta nesta consulta.
- Para as crianças que não reunirem critérios de alta, deverão continuar o seguimento na CCR e repetir o TR ao 12º mês (se indicado):
 - Nesta consulta, todas as crianças devem ter o diagnóstico definitivo.

Nota: A ESMI deve ter atenção para harmonizar a data da consulta com a data em que serão feitos os testes rápidos para o controle da sífilis bem como com as datas para seguimento de outras condições de risco concomitantes.

4.6. Critérios de alta da CCR para crianças expostas a sífilis

4.6.1. Alta da CCR para tratamento em regime de internamento

Toda criança que tiver diagnóstico de sífilis congénita, isto é:

- Criança que á entrada na CCR apresenta sinais e sintomas sugestivos de sífilis congénita;
- Crianças que apresenta resultado do TR para sífilis positivo ao 6º mês, mas que o TR para sífilis a entrada era negativo;
- Criança que ao 12º mês de vida apresenta resultado do TR para sífilis positivo.

Nota: Todas crianças diagnosticadas com sífilis congénita na CCR, devem receber:

- 1ª dose de Penicilina Benzatínica na CCR no dia do diagnóstico
- Alta da CCR e referência para enfermaria de pediatria para completar o tratamento da sífilis.

o Após a alta da enfermaria, as crianças não devem continuar a serem seguidas na CCR. Devem ser encaminhadas para a consulta clínica.

4.6.2. Alta da CCR para Consulta da criança sadia

Terá alta da CCR para CCS, toda a criança exposta a sífilis, que tiver diagnóstico definitivo de criança sem sífilis ao 6º ou ao 12º mês de vida, de acordo com o algoritmo (ver anexo 6).

5. Criança em contacto com tuberculose pulmonar

Todas as crianças menores de 15 anos que entrem em contacto com adultos ou adolescentes com tuberculose têm um grande risco de contraírem a infecção e desenvolverem a doença, especialmente em caso de contactos intra domiciliários, por isso, devem ser atempadamente reconhecidas e encaminhadas para tratamento mais conveniente.

CONCEITOS-CHAVE

- Contacto com TB: Qualquer pessoa (crianças, adolescentes e adultos) que esteve exposta a uma pessoa com TB;
- Contacto próximo: Qualquer pessoa (crianças, adolescentes e adultos) que partilhe o mesmo espaço físico com o caso fonte por um tempo prolongado diurno ou nocturno;
- Caso fonte: É um paciente com TB infecciosa (baciloscopia positiva ou negativa) que transmite a infecção para uma ou mais pessoas.

A conduta para o seguimento das crianças expostas à tuberculose varia segundo o tipo de tuberculose (sensível ou resistente) do caso fonte, a idade da criança, estado clínico da criança e o seu estado serológico de HIV. A decisão sobre o tratamento curativo ou o tratamento preventivo de tuberculose (TPT) é da responsabilidade do profissional da saúde mais experiente da US (médico ou técnico de medicina). Sendo assim, toda criança identificada como contacto de tuberculose pulmonar deve ser encaminhada para uma observação clínica, onde será feito o rastreio de TB e posteriormente encaminhada para a CCR ou para o sector de tratamento de tuberculose (PNCT), de acordo com o resultado do rastreio feito na criança.

5.1. Critérios de admissão à CCR:

- Crianças dos 0 a 14 anos, HIV negativas com história de contacto com um adulto ou adolescente com tuberculose pulmonar;

Na CCR, o provedor de saúde será responsável pelo:

- Seguimento das crianças ou RN expostos à TB sem sinais e sintomas de TB activa;
- Oferta de TPT as crianças com critérios: crianças menores de 15 anos, HIV negativas com história de contacto com TB pulmonar sem sinais de doença activa (TB);
- Vigiar o eventual aparecimento de sintomas/sinais sugestivos de TB durante as consultas de seguimento. Se a criança desenvolver sinais/sintomas de TB deve ser seguido o algoritmo de diagnóstico de TB em crianças menores de 15 anos (ver anexo 10);
- Vigiar a ocorrência de possíveis reacções adversas ao tratamento preventivo para tuberculose, avaliar a sua gravidade e tratar conforme recomendado (ver páginas 81 e 84).


Nota: Os provedores de saúde da CCR têm também a responsabilidade de, a cada consulta da CCR, realizarem o rastreio da tuberculose para todas as crianças em seguimento na CCR independentemente do motivo de admissão. Caso se identifique um provável contacto, será necessário referir o paciente à consulta clínica. Posteriormente esta criança será referida para tratamento ou deverá continuar o seguimento na CCR segundo o resultado do rastreio.

Figura 19. Rastreio da tuberculose na criança e no adolescente

Em todas as portas de entrada de atendimento pediátrico, investigue os seguintes sinais e sintomas:

Crianças	Adolescentes
Tem Tosse?	Tem Febre?
Tem Febre?	Tem Emagrecimento?
Tem Perda de Peso ou Falência de Crescimento?	Tem Sudorese Nocturna?
Tem História de contacto com TB nos últimos 2 anos ou mais resposta na família?	Tem Tosse?
Tem Fadiga?	Tem Astenia?
Tem Adenopatias Cervicais?	Tem Contacto com Tuberculose?

Se a resposta for SIM a qualquer uma destas perguntas consulte o algoritmo de diagnóstico clínico.



Nota: Se a resposta for SIM para qualquer pergunta de rastreio, a criança deve ser avaliada por um clínico usando o algoritmo de diagnóstico de TB em crianças menores de 15 anos (ver anexo 10).

5.2. Avaliação e conduta clínica:

Durante o seguimento das crianças com contacto com tuberculose, devem ser avaliados os seguintes aspectos:

- Controlo do peso e estado nutricional;
- Avaliação de sinais/ sintomas suspeitos de tuberculose (febre persistente de pelo menos duas semanas, tosse de pelo menos duas semanas, emagrecimento ou falência de crescimento, fadiga ou diminuição da actividade física, aumento não doloroso dos gânglios linfáticos (ex: axilares, cervicais);
- Avaliação dos efeitos secundários do TPT (ex: icterícia, neuropatia periférica e outros). Assegurar-se que a família esteja a cumprir com o tratamento e seja regular no levantamento dos medicamentos.

5.3. Tratamento preventivo da tuberculose:

5.3.1. Critérios de elegibilidade

Todas crianças menores de 15 anos, HIV negativas com história de contacto com TB pulmonar e sem sinais de doença activa (TB);

5.3.2. Critérios de exclusão

- Presença de sinais e sintomas de TB;
- Doença hepática aguda ou crónica;
- Neuropatia periférica;
- Alergia a medicamentos do regime.

5.3.3. Regimes de Tratamento Preventivo de Tuberculose

A escolha do regime de TPT depende da idade e do tipo de tuberculose do caso fonte, da idade e do peso da criança:

Tabela 12. Escolha do regime de TPT de acordo com a idade da criança e tipo o de TB do caso fonte

Tipo de TB do caso fonte	Idade da criança	Regime de TPT a administrar	Periodicidade da toma	Duração
TB sensível	Crianças < 2 anos OU Crianças 0-14 anos com contra-indicações do 3HP	Isoniazida	Diária	6 meses
TB sensível	Crianças de 2-14 anos sem contra-indicações do 3HP	3HP (Isoniazida + Rifapetina)	Semanal	3 meses
TB Multiresistente	0-14 anos	Levofloxacina	Diária	6 meses

Tratamento Preventivo de Tuberculose para crianças em contacto com TB sensível

■ Tratamento Preventivo com Isoniazida

- Elegíveis: crianças menores de 2 anos ou crianças dos 0-14 anos com contra-indicações de 3HP;
- Dosagem 10mg/kg/dia. A dose máxima é de 300mg por dia;
- Duração do tratamento: 6 meses.

Tabela 13. Dosagem de Isoniazida para crianças em TPT

Peso (Kg)	Isoniazida comprimido 100mg
<5	½ comprimido
5.1-9.9	1 comprimido
10-13.9	1 ½ comprimido
14-19.9	2 comprimidos
20-24.9	2 ½ comprimidos
>25	1 comprimido de Isoniazida 300 mg ou 3 comp de 100mg

Nota: Associar Piridoxina em todas crianças com TPT com Isoniazida (ver doses na tabela 14)

Tabela 14. Dosagem de Piridoxina para crianças em TPT

Peso	Piridoxina cp 25mg (nº de comprimidos)	Piridoxina cp 50mg (nº de comprimidos)
< 5 Kg	¼ 3x por semana	Não recomendado para crianças nesta faixa de peso
5-7.9 Kg	½ por dia	¼ 3x por semana
8-14.9 Kg	1 por dia	½ 3x por semana
>15 kg	2 por dia	1 por dia

Efeitos Adversos do Tratamento Preventivo com Isoniazida

Toxicidade hepática: Os principais sinais e sintomas de toxicidade hepática são

- Náuseas, vômitos, dor abdominal;
- Febre;
- Perda de apetite;
- Diarreia;
- Fraqueza ou fadiga;
- Icterícia/cor amarelada da pele e dos olhos, urina escura;
- Hepatomegalia;
- Enzimas hepáticas elevadas.

Tabela 15. Graus de toxicidade hepática da Isoniazida

Parâmetro	Referência	Grau 1 Leve	Grau 2 Moderado	Grau 3 Severo	Grau 4 Risco de vida
ALT	11-35 U/L	Menor de 3 vezes acima do normal	3-5 vezes acima do normal	5-10 vezes acima do normal	Mais de 10 vezes acima do normal
Conduta		Continuar TPT Fazer o seguimento da criança até o retorno das transaminases	Suspender TPT Referir para avaliação clínica		

Atenção: No caso de hepatotoxicidade de grau 2 em diante suspender o TPI, e referir para o clínico. Este paciente nunca mais pode voltar a fazer TPT com Isoniazida.

Neuropatia periférica: Os principais sinais e sintomas de neuropatia periférica são

- Parestesias (formigueiro, sensação de queimadura nas extremidades);
- Hipoestesia (dormência ou perda da sensibilidade);
- Quadro ascendente (dos pés para acima);
- Força muscular conservada;
- Reflexos ósteo-tendinosos diminuídos ou abolidos.

Tabela 16. Graus da neuropatia periférica

Parâmetro	1	2	3	4
Sinais e sintomas (sensação de queimadura, formigueiro, sobretudo nos membros inferiores)	Incómodo leve	Incómodo moderado	Mudanças na sensibilidade ou parestesia, causando severo desconforto e impossibilidade de fazer actividades normais	Desconforto incapacitante, causando impossibilidade de fazer actividades básicas para auto-sustento
Conduta	Tranquilizar o paciente. Não precisa tratamento	Aumentar a dose de Piridoxina (duplicar a dose) Considerar uso de Amitriptilina	Suspender TPI e referir ao clínico mais diferenciado	Suspender TPI e referir ao clínico mais diferenciado

Nota: Em caso de neuropatia periférica de grau 3 e 4 deverá ser suspenso o TPT e referir para o clínico. Quando o paciente desenvolver alguma reacção adversa aos medicamentos deve ser notificado usando a ficha de notificação de reacções adversas aos medicamentos, registar também no livro de TPI e no processo clínico do paciente.

Tratamento Preventivo de Tuberculose com 3HP (Isoniazida + Rifapentina)

- Elegíveis: Crianças dos 2-14 anos que tenham um peso $\geq 10\text{kg}$ e sem contra-indicações para uso do 3HP;
- Contra-indicações para uso de 3HP:
 - Presença de sinais/sintomas de TB; Graus 1 2 3 4
 - Paciente grave (doença por HIV/SIDA aguda e avançada) pela dificuldade de excluir TB activa nestes pacientes;
 - Doença hepática aguda ou crónica;
 - Mulher grávida e lactante;
 - Crianças < 2 anos e $< 10\text{kg}$;
 - Neuropatia periférica;
 - Abuso de álcool/drogas;
 - Alergia aos medicamentos do regime.
- Duração do tratamento: 3 meses

Tabela 17. Dosagem de 3HP para TPT para crianças de 10-29,9kg

Medicamento	Formulação	Nº de comprimidos por Kg de peso		
		10-15,9Kg	16-23,9Kg	24-29,9Kg
Se a formulação disponível de Isoniazida for 100mg				
Isoniazida	Comprimido de 100mg (dispersível)	3 comprimidos por semana	5 comprimidos por semana	6 comprimidos por semana
Rinfapentina	Comprimido de 150mg	2 comprimidos por semana	3 comprimidos por semana	4 comprimidos por semana
Se a formulação disponível de Isoniazida for 300mg				
Isoniazida	Comprimido de 300mg (dispersível)	1 comprimido por semana	1 comprimido de 300 + 2 comprimidos de 100mg por semana	2 comprimido por semana
Rinfapentina	Comprimido de 300mg	2 comprimidos por semana	3 comprimidos por semana	4 comprimidos por semana

Nota: As crianças a partir dos 2 anos podem receber profilaxia com 3HP, sempre que tenham um peso superior a 10kg, que sejam capazes de engolir os comprimidos e não apresentem nenhuma contra-indicação. No caso de alguma contra-indicação ao 3HP, deve-se administrar Isoniazida. O uso de Isoniazida 300mg reduz o número total de comprimidos por toma. Nas crianças capazes de engolir os comprimidos esta formulação pode ser usada.

Associar Piridoxina em todas crianças em TPT com Isoniazida

Tabela 18. Dosagem de 3HP para TPT para crianças de ≥ 30 kg

Medicamento	Formulação	Nº de comprimidos por Kg de peso				
		30-35,9Kg	36-45,9Kg	46-55,9Kg	56-69,9Kg	≥ 70 Kg
Se a formulação de 3HP em Dose Fixa combinada (DFC) disponível						
Isoniazida + Rinfapentina	Comprimido de 300mg/300mg (Dose fixa combinada)	3	3	3	3	3
Se a formulação de 3HP em Dose Fixa combinada (DFC) não disponível						
Isoniazida	Comprimido de 300mg	3	3	3	3	3
Rinfapentina	Comprimido de 150mg	6	6	6	6	6

Efeitos Adversos do Tratamento Preventivo com 3HP

Toxicidade hepática: No caso de qualquer suspeita de toxicidade hepática durante a toma de 3HP, deve-se interromper o TPT, e referir ao clínico para avaliar outras possíveis causas de hepatotoxicidade, assim como avaliar o grau de acordo com o valor das transaminases (ALT e AST).

Os principais sinais e sintomas de toxicidade hepática são:

- Sinais e sintomas precoces:
 - Fraqueza ou fadiga;
 - Perda de apetite;
 - Febre;
 - Náuseas, vômitos, dor abdominal;
 - Reacções gripais.

- Sinais e sintomas tardios:
 - Dor abdominal;
 - Icterícia, urina escura;
 - Comichão;
 - Fezes pálidas;
 - Hematomas ou sangramento fácil.

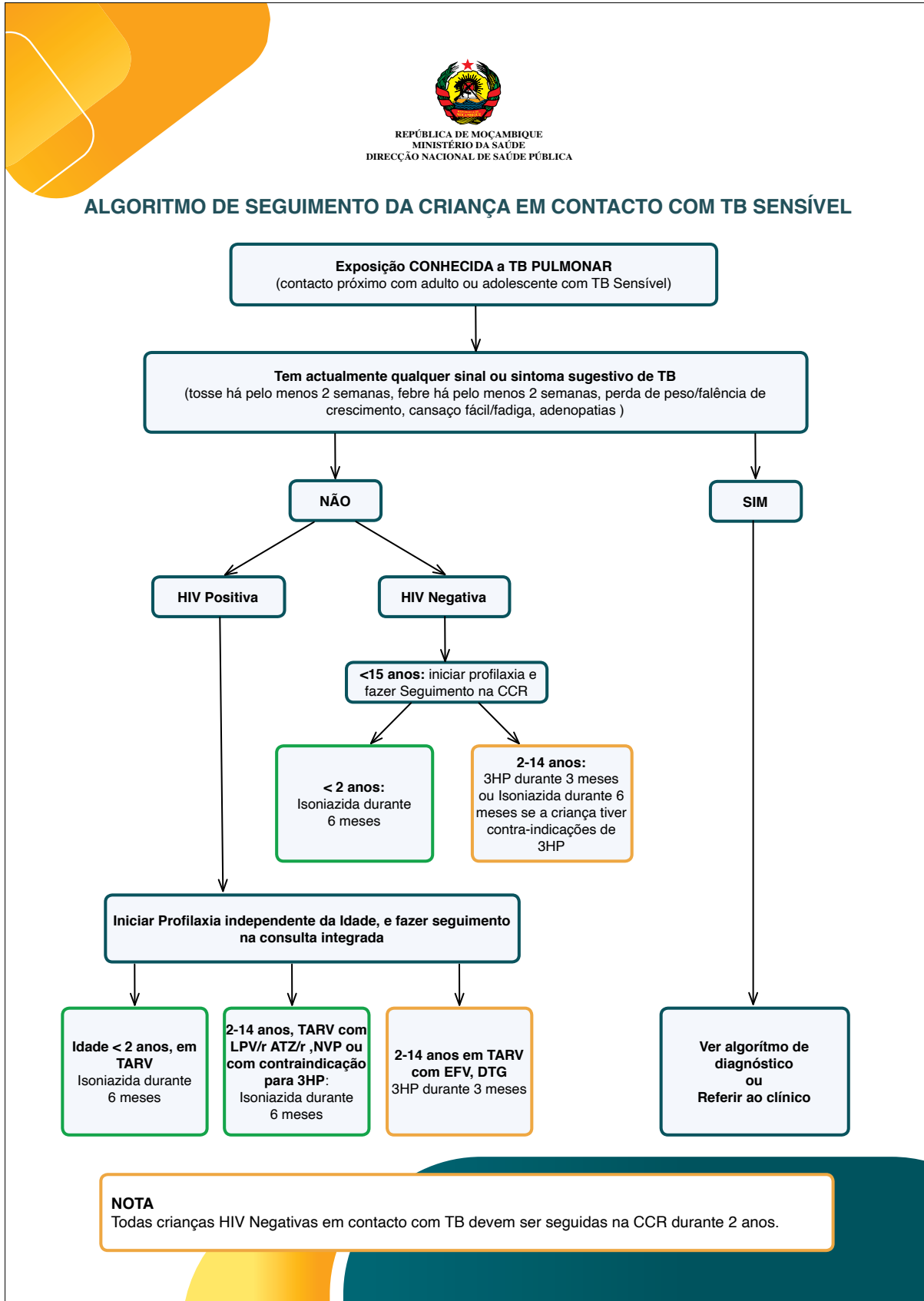
Tabela 19. Conduta para hepatotoxicidade pelo 3HP, segundo o valor das transaminases

Níveis de ALT	<3 vezes acima do limite normal	≥3 vezes acima do limite normal	≥10 vezes acima do limite normal <i>Ou hepatite clínica grave (icterícia, urina obscura, dor abdominal) Conduta</i>
Conduta	Continuar 3HP Monitorar sintomas Reavaliar factores de risco Verificar AST novamente se os sintomas não desaparecem	Interromper 3HP Monitorar AST e sintomas Reavaliar factores de risco Reiniciar 3HP após desaparecimento dos sintomas e AST <3x ALN	Interromper 3HP Cuidados de apoio Monitorar testes de função hepática

Tabela 20. Outras reacções adversas ao 3HP

Reacção	Características	Conduta
Síndrome gripal	Febre ou calafrio Fraqueza, fadiga, dor muscular ou óssea, taquicardia ou palpitações, rubor, síncope, tonturas, cefaleias, conjuntivite, suor, outros sintomas similares.	<ul style="list-style-type: none"> • Interromper 3HP • Referir para avaliação clínica e oferta de tratamento sintomático segundo o caso • Reiniciar 3HP na dose seguinte se os sintomas desaparecem • Reiniciar 3HP na dose seguinte se os sintomas desaparecem
Síndrome cutâneo	Erupção, comichão, inchaço de cara ou lábios (angioedema), anafilaxia.	<ul style="list-style-type: none"> • Reiniciar 3HP na dose seguinte se os sintomas desaparecem
Síndrome gastro-intestinal	Náuseas, vômitos, dor abdominal.	Referir para avaliação e manejo segundo apropriado
Hipersensibilidade grave	Hipotensão, taquicardia, síncope, broncoespasmo, anafilaxia.	

Figura 20. Algoritmo de seguimento da criança de 0-14 anos em contacto com TB sensível



Tratamento Preventivo de Tuberculose para crianças em contacto com TB Multiresistente

A TB resistente em crianças pode ocorrer através de 2 formas:

- **Resistência primária:** ocorre quando a criança/adolescente é infectada por uma cepa do *M. tuberculosis* previamente resistente, através do contacto com um paciente com TB resistente. Esta é a forma mais frequente de ocorrência de TB resistente na idade pediátrica.
- **Resistência adquirida ou secundária:** ocorre quando a criança é infectada por um paciente com TB resistente e desenvolve resistência ao longo do tempo. Esta resistência pode ocorrer quando a criança/adolescente não recebe tratamento adequado ou não adere ao tratamento. É a forma menos comum em crianças.

Perante uma criança contacto de um caso de TBM(X)R deve ser feito o rastreio da tuberculose activa.

- Se a criança for sintomática, será referida para avaliação pelo clínico da US para completar diagnóstico;
- Se a criança não tiver sintomas, devera ser referida pra seguimento clínico na CCR.

Tratamento Preventivo com Levofloxacina

O tratamento preventivo para contactos de pacientes com TB-MR deve ser prescrito após uma avaliação cuidadosa da criança e informações confiáveis sobre o padrão de resistência aos medicamentos do caso fonte.

- Se o caso fonte não tem resistência a Fluoroquinolonas: iniciar TPT com Levofloxacina;
- Se o caso fonte tiver resistência a Fluoroquinolonas: não iniciar TPT com Levofloxacina.

Critérios de elegibilidade:

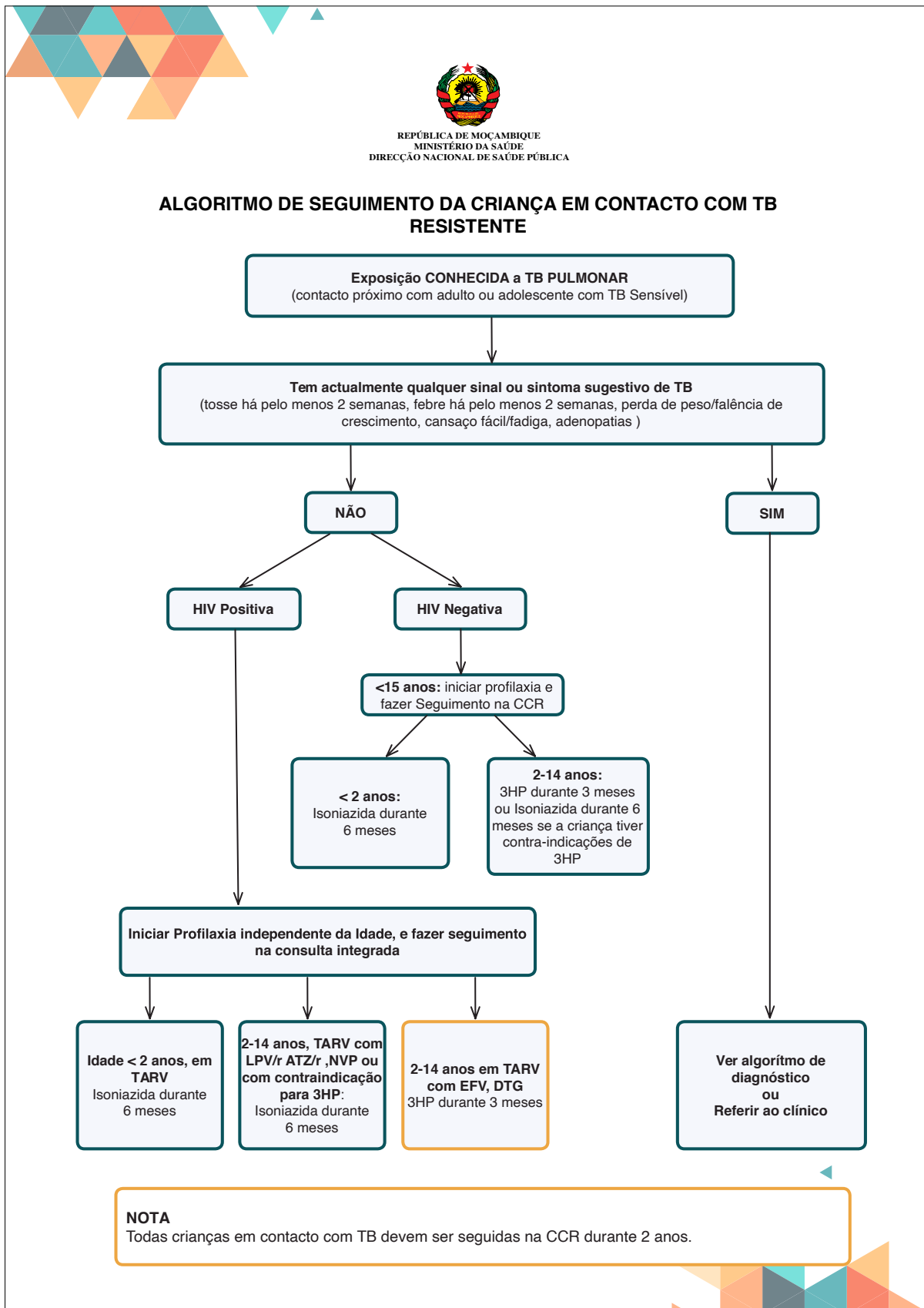
Crianças dos 0-14 anos, HIV negativas em contacto com um caso de TB pulmonar multiresistente

- Contra-indicações:
 - Presença de sinais e sintomas de TB;
 - Caso fonte com resistência comprovada a Fluoroquinolonas (ex: Levofloxacina, Moxifloxacina, Ofloxacina);
- Dosagem 15-20mg/kg/dia;
- Duração do tratamento: 6 meses.

Tabela 21. Dosagem de Levofloxacina para crianças em TPT

Peso (Kg)	Levofloxacina comprimido de 100mg (dispersível)	Levofloxacina comprimido de 100mg (dispersível)
<4	Consulte Comitê Terapêutico de TB	
4-6,9	1	0,5
7-9,9	1,5	0,5
10-12,9	2	1
13-15,9	3	1
16-18,9	3,5	1,5
19-20,9	4	1,5
21-23,9	4,5	2
24-25,9	5	2
26-45,0	-	3
>45	-	4

Figura 21. Algoritmo de seguimento da criança em contacto com TB resistente



5.4. Aconselhamento

- O profissional de saúde deve explicar a criança/cuidador o motivo do tratamento e enfatizar a importância de completá-lo;
- Aconselhar os cuidadores a levarem as crianças em TPT à consulta sem demora se tiverem os seguintes sinais e sintomas de TB: tosse persistente, perda de peso ou emagrecimento, fadiga / falta de vontade de brincar e febre;
- As pessoas que recebem o TPT, devem ser encorajadas a entrar em contacto urgente com o profissional de saúde caso, no período entre as consultas, desenvolvam sintomas sugestivos de reacções adversas tais como: anorexia, náuseas, vômitos, desconforto abdominal, fadiga persistente ou fraqueza, urina escura e icterícia;
- Aconselhar ao caso fonte a cumprir ao tratamento de TB e a ir ao controlo no sector de tratamento de TB serviço (PNCT).

5.5. Periodicidade da consulta de seguimento

- Crianças em TPT devem receber uma consulta mensal de seguimento até terminar o tratamento; e depois de 6/6 meses até completar 2 anos de seguimento;
- Durante a consulta de seguimento, deverá ser feito o rastreio dos sinais e sintomas de TB, pesquisa de efeitos adversos e aconselhamento e monitoria da adesão ao TPT;
- No caso que a criança desenvolva ao longo do seguimento sinais ou sintomas, deve ser referida para o clínico (técnico ou medico da US) para completar o diagnóstico com uma avaliação clínica completa, radiografia se possível e colheita de expectoração que será enviada para cultura e teste de sensibilidade e proceder consoante aos resultados.

5.6. Critérios de referência para consulta clínica

- Crianças em seguimento que desenvolvam 1 ou mais sinais/sintomas suspeitos de doença activa: tosse persistente que não melhore por duas semanas ou mais, perda de peso ou falência de crescimento durante os últimos 3 meses, fadiga / falta de vontade de brincar, febre persistente por mais de 14 dias ou complicação do tratamento com INH ou com 3HP.

5.7. Critérios de alta

- Dois anos após o início do seguimento na CCR.

5.8. Ligação entre os sectores da CCR e o Sector de tratamento da Tuberculose (PNCT)

Para garantir que todas as crianças contacto de um caso de TB, são monitoradas de forma correcta, a US deve definir um fluxo claro e funcional de referência e contra-referência entre os sectores de tratamento da Tuberculose e a CCR. Este fluxo deve ser reavaliado regularmente através de um exercício de cruzamento de dados para evitar a perda de crianças.

- **Papel do provedor do sector de tratamento da tuberculose:**
 - Fazer o levantamento de todos casos índices no livro de tratamento dos pacientes com TB;
 - Fazer o levantamento dos contactos de cada caso índice;
 - Identificar os contactos pediátricos (0-14 anos) e referir para rastreio de tuberculose por um clínico (médico ou técnico de medicina);
 - Após o rastreio, identificar as crianças assintomáticas e HIV negativas e referir (acompanhamento físico) para CCR para início de TPT.
- **Papel do provedor do sector de CCR:**
 - Inscrever as crianças contacto de TB na CCR;
 - Iniciar TPT;
 - Marcar a consulta seguinte de acordo com as normas;
 - Realizar o rastreio de TB em todas consultas.
- **Os dois sectores devem:**

Semanalmente

- Fazer a confirmação que todas crianças contacto referidas do PNCT, chegaram a CCR e iniciaram TPT (cruzamento da lista de contactos e Livro da CCR);
- Fazer a confirmação que todas crianças que desenvolveram sinais e sintomas de TB durante o seguimento na CCR e referidas para início de tratamento de TB, chegaram ao PNCT e iniciaram tratamento de TB;
- Fazer a lista das crianças contacto faltosas as consultas de seguimento na CCR para busca e reintegração ao TPT de modo a garantir a completude do tratamento.

Mensalmente

- Preencher a informação referente as crianças contacto de TB no resumo mensal da CCR e do PNCT;
- Fazer a avaliação da coorte de 9 meses anteriores para verificar a completude do TPT.

Nota: Na abordagem das crianças contacto com tuberculose deve lembrar que:

- Na avaliação inicial da criança com contacto com TB não é preciso fazer Mantoux nem Radiografia para definir elegibilidade a quimioprofilaxia;
- A toma de TPT como profilaxia não predispõe aparição de futuras resistências;
- Qualquer criança a fazer profilaxia que desenvolva sinais e sintomas de doença por tuberculose deve ser referida e avaliada clinicamente para descartar tuberculose. Se a tuberculose se confirma iniciara tratamento conforme a sensibilidade do caso;
- O Provedor da CCR e do PNCT devem garantir um fluxo funcional de referência e contra-referência entre os dois sectores e fazer o cruzamento dos dados de forma regular.

6. Criança com crescimento insuficiente ou desnutrição

6.1. Introdução e definição

O profissional de saúde da CCR deverá classificar o estado nutricional da todas as crianças através da avaliação de curva de crescimento, presença do edema bilateral, medição de peso, estatura e determinar se a criança está com crescimento insuficiente ou desnutrição aguda.

Uma criança apresenta um crescimento insuficiente quando não tem aumento de peso entre duas pesagens consecutivas, num intervalo não inferior a 1 mês e não superior a 3 meses, o que significa uma curva de crescimento horizontal ou em declínio (veja a figura 2, página 19) no Cartão de Saúde da Criança (CSC). As crianças com peso para estatura (P/E) ou IMC/ idade entre -2 e -3 desvios padrão (DP) ou com presença de edema bilateral apresentam desnutrição aguda.

O crescimento insuficiente ou desnutrição aguda devem ser sempre considerados um sinal de alarme, pois indicam que algo está a impedir o desenvolvimento normal da criança. A demora na detecção e tratamento das causas responsáveis pode provocar consequências muito graves para a criança, por isso, todos os casos de crescimento insuficiente ou desnutrição aguda detectados na CCS ou na CCD devem ser imediatamente encaminhados para a CCR.

O profissional de saúde da CCR deverá classificar o estado nutricional da criança (usando as tabelas de crescimento de acordo com o sexo e idade score Z – ver anexos 11,12,13,14,15 e 16), investigar a presença de condições clínicas que expliquem a falência de crescimento ou desnutrição aguda e tratar a criança ou referi-la ao nível superior de acordo com os critérios abaixo reportados.



Score Z

A distribuição em Score Z é a apresentação em tabelas e gráficos dos valores de cada parâmetro de acordo com a sua diferença em relação ao valor mediano estimado para aquele sexo e aquela idade. Essa distância da mediana é avaliada em unidades (ou fracções) de desvios padrão, considerando-se que cada desvio padrão de diferença da mediana corresponde a uma unidade de Score Z. O desvio padrão é a medida da variabilidade dos valores observados, ou estimados com base na amostra, em relação à mediana ou à média.

Para calcular o escore z, utiliza-se a seguinte fórmula:

$$\text{Escore z} = \frac{\text{valor medido na criança} - \text{valor da mediana}}{\text{valor do desvio padrão}}$$

6.2. Procedimentos para admissão e avaliação

- Todas as crianças que percorrem longas distâncias ou que esperam por muito tempo até serem atendidas devem receber, na US, água açucarada a 10% (100ml de água+10g de açúcar) de modo a prevenir a hipoglicemia. Se a criança está consciente e consegue beber, deve-se dar a beber 50ml ou meio copo de água açucarada sempre que ela quiser. Se a US não tiver água açucarada disponível pode-se oferecer F75 para beber;
- Avalie imediatamente a criança quanto ao risco de morte, e existência de sinais de perigo, e inicie imediatamente o tratamento adequado para reduzir o risco de morte;
- A história clínica e exame físico mais detalhados devem ser feitos após superada a fase de risco imediato de morte com particular atenção para antecedentes de contacto com TB ou exposição ao HIV e a conduta alimentar;
- Em caso de história de contacto com adultos com TB, referir a criança à consulta médica depois de ter tratado a criança segundo as normas;
- Em todos os casos, nos quais o estado serológico por HIV da mãe e da criança for desconhecido, fazer aconselhamento e testagem para HIV. Em caso de teste positivo, referir a mãe e a criança para a consulta das doenças crónicas depois de ter concluído com a consulta na CCR;
- Fazer a avaliação do estado geral da criança, grau de desenvolvimento psicomotor, com recurso aos marcos de desenvolvimento (consulte marcos de DPM por idade e sinais de alarme, na componente da CCS) e presença de complicações: anorexia, presença de edema bilateral, dificuldade respiratória, anemia grave, desidratação, alteração do estado de consciência. Para a classificação do edema ver a tabela 4, na página 24 na componente de CCS;
- Fazer a classificação do estado nutricional através da medição do peso, estatura, e presença de edema bilateral. Segundo estes parâmetros, a desnutrição aguda nas crianças pode ser classificada como grave, moderada ou ligeira (ver tabela 3, na página 22).
- Registrar a criança, ou adolescente, e anotar as suas medições na ficha individual de CCR, no livro da CCR e no livro do PRN.

O resultado de ambas avaliações, nutricional e médica, determina se a criança vai receber o tratamento em ambulatório (na CCR), ou vai ser encaminhada para o tratamento no internamento.

As crianças com desnutrição aguda grave (DAG) com sinais de doença/ complicações, ou que reprovam no teste de apetite, devem ser urgentemente referidas para internamento na pediatria mais próxima, depois de realizadas as medidas mínimas de estabilização do doente. As crianças com desnutrição aguda moderada (DAM) e com desnutrição aguda grave (DAG), se estiverem alertas, com bom apetite e sem complicações, devem receber tratamento ambulatório (na CCR), com seguimento regular.

Para mais detalhes sobre o tratamento da desnutrição aguda grave leia o Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional.

6.3. Desnutrição Aguda Grave

6.3.1 Conduta clínica e tratamento de rotina

- Crianças com idade inferior a 6 meses ou com complicações (ex: anorexia, falta de apetite, vômitos, convulsões, letargia, inconsciente, hipoglicémia, febre elevada, hipotermia, desidratação grave, infecção respiratória, anemia severa, sinais de deficiência de vitamina A, etc) ou com edema, e crianças com DAG ou DAM com idade igual ou superior a 6 meses e com o peso inferior a 4 Kg **DEVEM SER TRATADAS EM INTERNAMENTO, DEVENDO SER REFERIDAS PARA O HOSPITAL DE REFERÊNCIA.** Se necessário, estabilizar a criança segundo o protocolo AIDI.
- Crianças com idade superior a 6 meses e sem complicações:
 - Fazer aconselhamento e teste de HIV se o estado serológico for desconhecido;
 - Dar Amoxicilina durante 7 dias na dosagem de 50-100 mg/kg/dia de peso corporal/dia. Na 1ª consulta (dar a primeira dose de antibiótico sob supervisão do trabalhador de saúde), e explicar à mãe ou ao provedor de cuidados como fazer o tratamento em casa;
 - Dar uma dose única de desparasitante (Albendazol ou Mebendazol) na segunda semana de tratamento;
 - Deve se realizar um teste rápido de malária para todas as crianças admitidas no tratamento da desnutrição na CCR. Se teste for positivo, a criança deve ser referida para o internamento na enfermaria de pediatria.

Tabela 22. Dosagem de albendazol e mebendazol

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 – dose única	½ comprimido- dose única	½ comprimido – de 12/12 h por 3 dias
≥ 10 kg	1 comprimido – dose única	1 comprimido – dose única	1 comprimido – dose 12/12 h por 3 dias

Tabela 23. Dosagem de Amoxicilina para crianças com DAG

Peso	Amoxicilina (Dose: 50 - 100mg/Kg/dia – 3 vezes ao dia – durante 7 dias)		
	Suspensão 125mg/5ml	Suspensão 250 mg/5ml	Comprimidos 250mg
< 10 kg	5 ml de 8 em 8 horas	2,5 ml de 8 em 8 horas	½ comprimido de 8 em 8 horas
10-30 Kg	10 ml de 8 em 8 horas	5 ml de 8 em 8 horas	1 comprimido de 8 em 8 horas
>30 Kg	Dar em comprimidos	Dar em comprimidos	2 comprimidos de 8 em 8 horas

- Dar Vitamina A apenas na quarta semana de tratamento ou no momento da alta. **A Vitamina A nunca deverá ser administrada se a criança tiver recebido uma dose nos últimos 6 meses.** É necessário encaminhar qualquer criança com sinais de deficiência de vitamina A (ex: xerofalmia) para o tratamento no internamento hospitalar, uma vez que a condição dos olhos pode se deteriorar muito rapidamente e o risco de cegueira é elevado.

Tabela 24. Dosagem de Vitamina A para crianças com DAG

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

- Dar ATPU segundo as recomendações (ver tabela a seguir) até P/E ou IMC/idade ≥ -2 DP em 2 pesagens consecutivas (ver teste de apetite no anexo 17);
- Para crianças em tratamento ambulatorio, não administrar ferro e ácido fólico. Quantidades suficientes estão disponível no ATPU.

Tabela 25. Quantidade de saquetas de ATPU para dar 6 refeições/dia, por criança com DAG

Peso (kg)	Total de saquetas de PlumpyNut para 24 horas	Total de saquetas de PlumpyNut para 7 dias	Total de saquetas de PlumpyNut para 14 dias
4 – 4,9	2	14	28
5,0 – 6,4	2,5	17,5	35
6,5 – 8,0	3	21	42
8,1 – 9,0	3,5	24,5	49
9,1 -10,0	4	28	56
10,1 – 11,4	4,5	31,5	63
≥ 11,5	5	35	70

6.3.2. Aconselhamento

- Explicar que o ATPU é ao mesmo tempo um medicamento e um alimento, que é vital para a recuperação da criança e não deve ser partilhado com outros elementos da família;
- Mostrar ao acompanhante como abrir o pacote de ATPU e como administrá-lo à criança, em pequenas quantidades de forma frequente (até 8 vezes ao dia no início do tratamento). Explicar que a criança deve terminar cada uma das suas doses diárias antes de lhe dar outro tipo de comida e que deve beber água limpa (fervida ou tratada) para manter um bom estado de hidratação;
- Se a mãe ainda está a amamentar a criança, aconselhá-la a dar o leite de peito antes de administrar cada dose de ATPU. Durante as primeiras duas semanas de tratamento, aconselhar a mãe a não dar outro tipo de comida para além do leite materno e do ATPU;
- Orientar a mãe ou o provedor de cuidados sobre actividades estimulantes em casa, adequadas a idade da criança (ver o tópico sobre Estimulação Emocional e Psico-Motora na CCR);
- 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. Quando a criança atingir o P/E ou IMC/Idade ≥ -2 DP, orientar a mãe a dar primeiro a comida da família e depois dar o ATPU.

Para mais informações consulte o protocolo do PRN, Volume I ou o material de apoio para o TODA.

6.3.3. Periodicidade da consulta:

- Semanal até atingir um P/E ou IMC/idade entre ≥ -2 e $< +2$ DP (critérios de desnutrição aguda moderada normal em duas visitas consecutivas) - suspensão do ATPU;
- 15/15 dias até atingir um P/E ou IMC/idade ≥ -2 e $< +2$ DP em duas visitas (suspensão ATPU);
- Seguimento mensal por mais 3 meses sem os suplementos.

Os passos a seguir para a monitoria individual da criança durante as consultas de controle, deverão ser consultados no protocolo do PRN, volume I ou no material de apoio para o TDA

6.3.4. Critérios de referência para o nível superior:

- Idade inferior a 6 meses ou peso < 4 kg: referir para internamento na pediatria mais próxima;
- Presença/aparecimento de complicações ou edema: referir para a internamento na pediatria mais próxima;
- Resultado do teste de HIV positivo: referir para a consulta doença crónica;
- Em caso de história de contacto com adultos com TB, referir a criança à consulta médica;

- Peso que não aumenta em 2 controlos sucessivos. Referir para consulta médica ou do técnico de medicina.

6.3.5. Critérios de alta:

- P/E ou IMC/idade ≥ -2 DP em 2 pesagens consecutivas alta de programa nutricional (suspender ATPU). Continuar seguimento no CCR, se a criança manter P/E ou IMC/idade ≥ -2 DP por 3 meses alta de CCR;
- Os marcos do desenvolvimento também da criança devem ser monitorados no momento da alta. Esse procedimento ajudará a verificar se houve alguma evolução no estado da criança, e se a criança deve ser referida para a consulta com um especialista.

6.4. Desnutrição Aguda Moderada

6.4.1. Conduta clínica e tratamento de rotina

- Fazer aconselhamento e teste de HIV se o estado serológico for desconhecido
 - Crianças seropositivas para HIV: transferir para a consulta de doenças crónicas;
 - Crianças seronegativas e filhas de mães que não aceitam fazer o teste e seguimento na CCR;
 - Fazer rastreio de tuberculose
 - Crianças com sinais/sintomas suspeitos de TB ou contacto com TB, referir para consulta médica;
- Dar Vitamina A de 6/6 meses a todas as crianças >6 meses;
- Dar anti-helmínticos (desparasitante) de 6/6 meses a todas as crianças com idade >12 meses;
- Dar o suplemento nutricional ASPU. Onde não exista ASPU, a suplementação deve ser feita com ATPU até atingir P/E ou IMC/idade ≥ -2 DP em 2 pesagens consecutivas. O CSB plus pode ser usado para o tratamento da desnutrição aguda moderada e crianças com idade superior aos 5 anos

Tabela 26. Quantidade de CSB-Plus, por criança com DAM

Idade da criança	Quantidade diária	Quantidade para 2 semanas	Quantidade para 4 semanas
>5 anos	300 gramas	5 Kg	10 Kg

Para facilitar a gestão do produto e permitir que o CSB-Plus seja partilhado com os outros membros da família, a mãe ou provedor dos cuidados poderá receber um saco de 10kg para um período de 30 dias.

Tabela 27. Suplementos usados no tratamento da criança com 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 gramas/dia (3 chávenas de chá)
ATPU Segunda alternativa		2 saquetas/dia

6.4.2. Aconselhamento

- Encorajar o aleitamento materno com base na idade da criança;
- Encorajar a oferta de alimentação complementar adequada criança, baseada em alimentos localmente disponíveis e incentivar a alimentação activa e responsiva;
- Orientar a mãe ou o provedor de cuidados sobre actividades estimulantes em casa, adequadas a idade da criança (ver o tópico sobre Estimulação Emocional e Psico-Motora na CCR);
- Fazer educação nutricional, explicando às mães como preparar papas enriquecidas e uma alimentação balanceada, organizando demonstrações culinárias.

6.4.3. Periodicidade da consulta

- Quinzenal até P/E ou IMC/idade ≥ -2 DP em 2 pesagens consecutivas;
- Após a suspensão de suplementação nutricional seguimento mensal por mais 3 meses.

6.4.4. Critérios de referência para o nível superior:

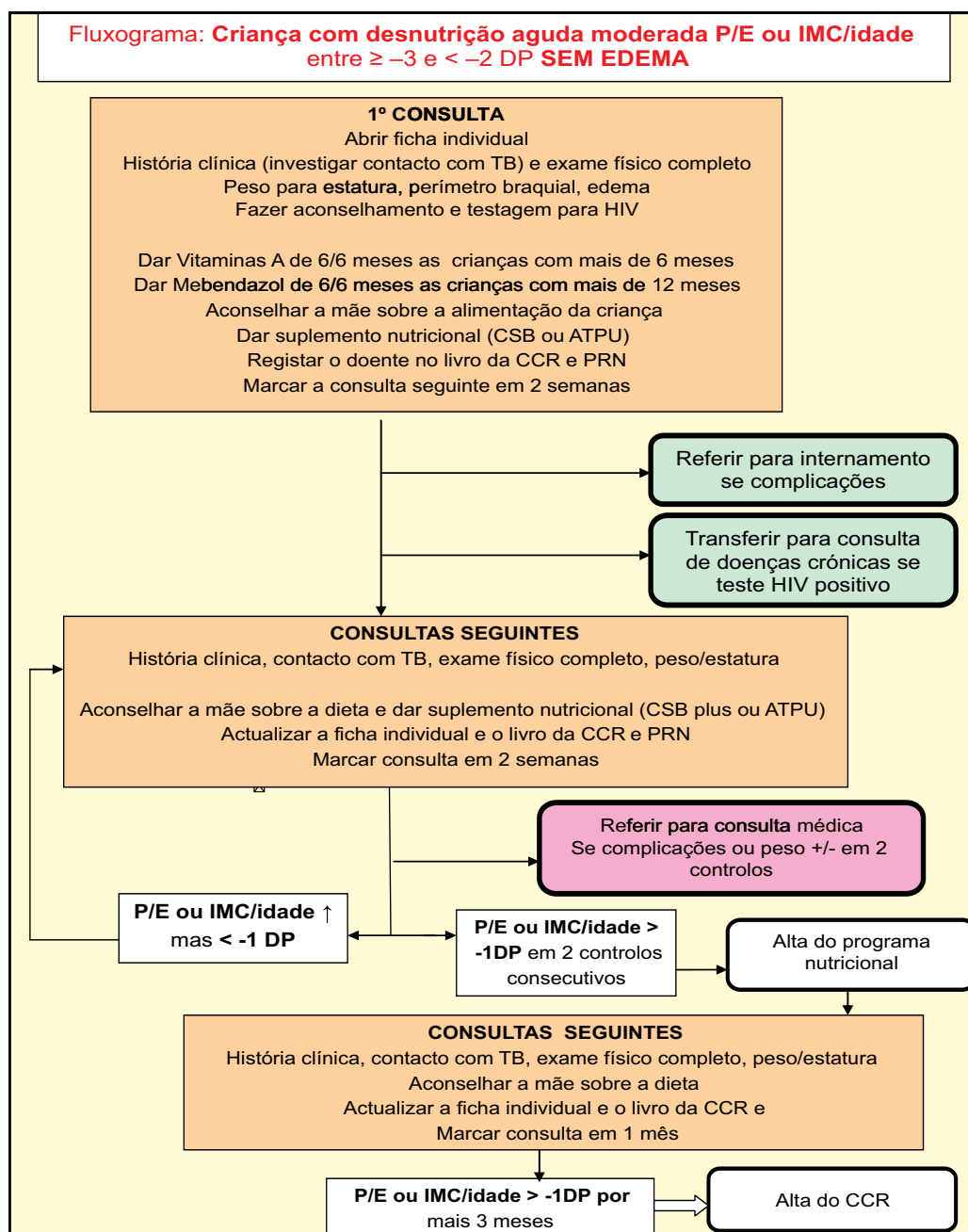
- Peso que diminui até atingir P/E ou IMC/idade ≤ -3 DP e/ou aparecimento de complicações ou edemas: referir para a enfermaria de pediatria mais próxima;
- Resultado do teste de HIV positivo: transferir para a consulta de doenças crónicas;
- Em caso de história de contacto com adultos com TB, referir a criança à consulta médica;
- Peso que não aumenta, mas sem critérios para internamento: referir para consulta medica ou técnico de medicina.

6.4.5. Critérios de alta:

- P/E ou IMC/ idade ≥ -2 DP em 2 pesagens consecutivas alta de programa nutricional (suspender suplementação nutricional);
- Continuar seguimento no CCR, se a criança manter P/E ou IMC/ idade ≥ -2 DP por 3 meses alta de CCR.

Os marcos do desenvolvimento da criança também devem ser monitorados no momento da alta. Esse procedimento ajudará a verificar se houve alguma evolução no estado da criança, e se a criança precisa de ser referida para a consulta com um especialista.

Figura 22. Fluxograma da criança com DAM



6.5. Crescimento Insuficiente sem sinais de Desnutrição Aguda

6.5.1. Conduta clínica e tratamento de rotina

- Fazer o aconselhamento e teste de HIV se o estado serológico for desconhecido
 - Crianças seropositivas para HIV: transferir para consulta doenças crónicas;
 - Crianças seronegativas e filhas de mães que não aceitam fazer o teste fazer seguimento na CCR;
- Fazer rastreio de tuberculose
 - Criança com sinais/sintomas suspeitas de TB ou contacto com TB, referir para consulta médica;
- Dar Multivitaminas durante 3 meses a todas as crianças;
- Dar Sal Ferroso durante 3 meses a todas as crianças com teste HIV negativo;
- Dar anti-helmíntico (desparasitante) a todas as crianças com idade > 12 meses e Vitaminas A com às crianças com idade > 6 meses de 6/6 meses.

6.5.2. Aconselhamento

- Encorajar o aleitamento materno exclusivo e as boas práticas de amamentação para crianças dos 0 aos 6 meses e a continuação do aleitamento materno até aos 2 anos ou mais;
- Fazer educação nutricional, explicando às mães como preparar papas enriquecidas, com base em alimentos localmente disponíveis, e organizando demonstrações culinárias (ver Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional, secção sobre Demonstrações culinárias)
- Orientar a mãe ou o provedor de cuidados sobre actividades estimulantes em casa, adequadas a idade da criança, incluindo alimentação activa e responsiva (ver o tópico sobre Estimulação Emocional e Psico-Motora na CCR)

6.5.3. Periodicidade da consulta

- Mensal

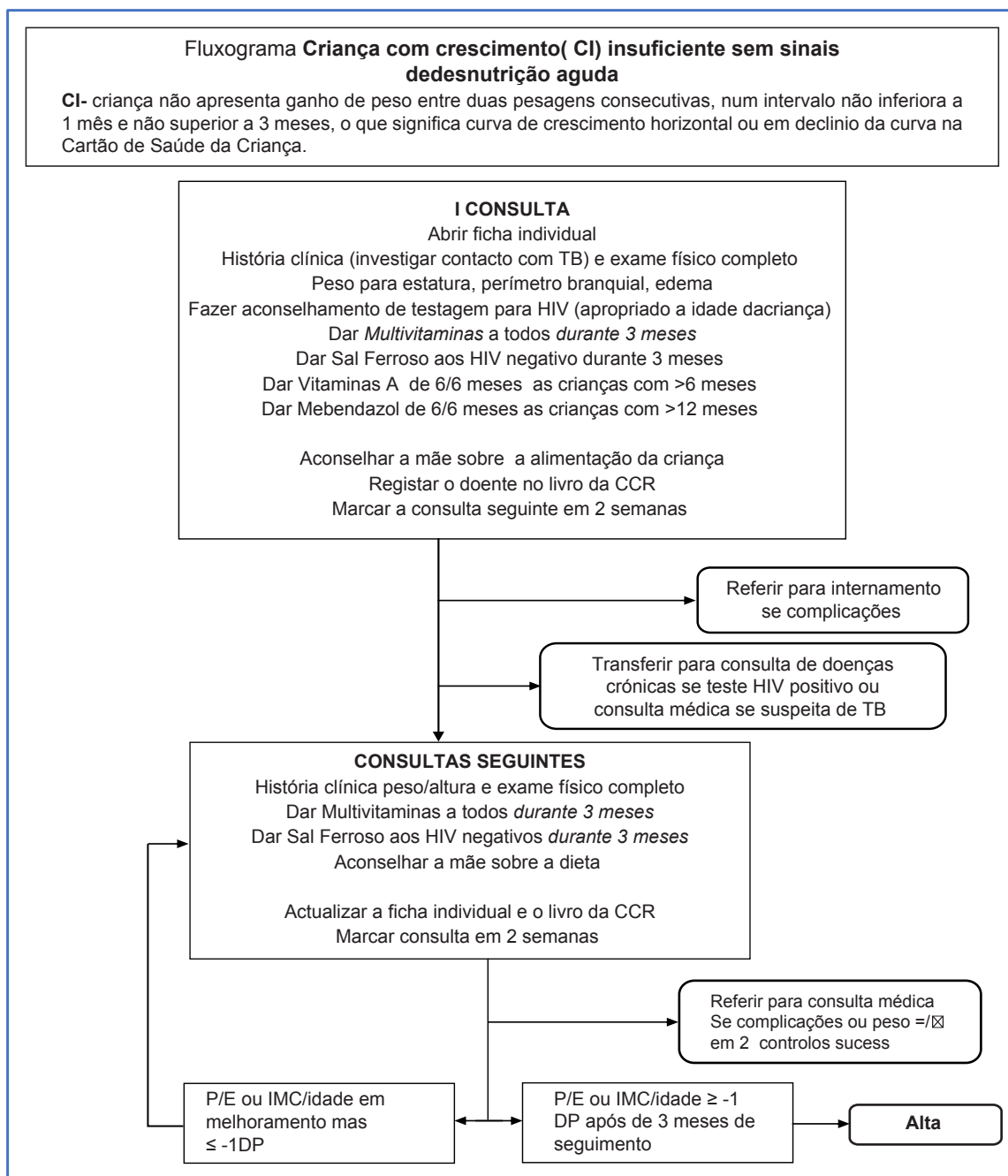
6.5.4. Critérios de referência para o nível superior:

- P/E ou IMC/idade <-3 DP e aparecimento de complicações ou edemas: referir para a enfermaria de pediatria mais próxima;
- Resultado do teste de HIV positivo: transferir para a consulta de doenças crónicas;
- Sinais/sintomas suspeito de TB ou contacto com TB: referir para consulta médica/técnico de medicina;
- Peso que não aumenta, mas sem critérios para internamento: referir para consulta médica ou técnico de medicina.

6.5.5. Critérios de alta:

- P/E ou IMC/idade $\geq -2DP$ em 2 pesagens consecutivas após 3 meses de seguimento.

Figura 23. Fluxograma da criança com crescimento insuficiente



7. Crianças com peso inferior a 2500 gramas à nascença, gémeos, crianças com desmame antes dos 12 meses de idade e/ou em aleitamento artificial

7.1. Introdução e definição

As crianças com peso inferior a 2500 gramas à nascença, gémeos, crianças com desmame antes dos 12 meses de idade estão especialmente em risco de apresentar falência de crescimento. Os lactentes em aleitamento artificial podem apresentar para além da falência de crescimento, infecções intestinais devido a falta de cumprimento das normas de higiene alimentar. É muito importante seguir estas crianças desde o primeiro mês de vida, monitorando o seu desenvolvimento e aconselhando os cuidadores sobre a conduta alimentar e as técnicas de preparação dos alimentos.

- Os RN com peso baixo à nascença devem ser controlados na consulta de pediatria até atingirem o peso de 2000 gramas, e depois devem ser encaminhados à CCR;
- Os gémeos (que tenham peso normal à nascença) devem ser referidos à CCR directamente das consultas pós-parto. Caso tenham baixo peso devem ser controlados primeiro na consulta de pediatria até aos 2000 gramas e depois poderão continuar o seguimento na CCR;
- As crianças em aleitamento artificial ou com desmame brusco devem ser identificadas na maternidade, CCS, Consulta pós-natal, CCD e referidas para CCR.

7.2. Conduta clínica e tratamento de rotina

- Investigar a presença de doenças crónicas na família (sobretudo HIV e TB);
- Conduzir um exame físico cuidadoso incluindo a medição de peso, comprimento, perímetro craniano, desenvolvimento psicomotor;
- Fazer aconselhamento e testagem para HIV a todas as crianças cujo estado serológico seja desconhecido: quando o teste for positivo, aplicar as normas de cuidados para crianças expostas ao HIV;
- Dar Multivitaminas;
- Avaliar a necessidade de encaminhar o caso à acção social.

7.3. Aconselhamento

- Encorajar o aleitamento materno e suas boas práticas (consulte. na CCS, a secção sobre Alimentação dos 0 aos 6 meses de idade);
- Explicar cuidadosamente o modo de preparação do leite em caso de aleitamento artificial, incluindo os riscos;
- Providenciar educação nutricional, explicando às mães como preparar refeições enriquecidas e organizando demonstrações culinárias;
- Higiene pessoal e dos alimentos;

- Orientar a mãe ou o provedor de cuidados sobre actividades estimulantes em casa, adequadas a idade da criança, incluindo alimentação activa e responsiva (ver o tópico sobre Estimulação Emocional e Psico-Motora na CCR).

7.4. Periodicidade da consulta

- Semanal, se peso estacionário ou em declínio;
- Mensal, se peso estiver a aumentar.

7.5. Critérios de referência para o nível superior:

- Presença de sinais de perigo (referir para internamento);
- Peso <2000 gramas (referir para consulta de pediatria);
- História de contacto com TB (referir para consulta médica);
- Peso estacionário ou em declínio em 2 controlos sucessivos (referir para consulta médica).

7.6. Critérios de alta:

- Idade superior a 6 meses e aumento de peso em 2 controlos consecutivos.

8. Crianças órfãs e vulneráveis

8.1. Introdução e definição

As crianças órfãs ou que vivem em condições sociais desvantajosas estão particularmente em risco de apresentar falência de crescimento e/ou atraso no desenvolvimento psicomotor. É muito importante seguir acompanhar estas crianças nos primeiros 5 anos de vida para poder intervir atempadamente em caso de problemas, acompanhar e aconselhar os cuidadores.

8.2. Conduta clínica e tratamento de rotina

- Investigar a presença de doenças crónicas na família (sobretudo HIV e TB), o cumprimento do calendário de vacinação e das outras medidas preventivas (controlo do peso, administração de mebendazol e vitamina A) e condições de risco para violência doméstica (sexual, psicológica, física). Avaliar a qualidade da dieta;
- Realizar um exame físico cuidadoso, incluindo a medição de peso, comprimento e perímetro craniano, avaliação nutricional e grau de desenvolvimento psicomotor. Se a crianças entram numa das categorias de risco anteriormente tratada, seguir as normas de conduta específicas;
- Fazer aconselhamento e testagem para HIV a todas as crianças cujo estado serológico seja desconhecido;
- Avaliar a necessidade de encaminhar o caso à acção social.

8.3. Aconselhamento

- Fazer educação nutricional aos cuidadores baseada nos alimentos localmente disponíveis;
- Orientar a mãe ou o provedor de cuidados sobre actividades estimulantes em casa, adequadas a idade da criança, incluindo alimentação activa e responsiva (ver o tópico sobre Estimulação Emocional e Psico-Motora na CCR).

8.4. Critérios de referência para o nível superior

- Presença se sinais de alarme - referir para internamento;
- História de contacto com TB, atraso do desenvolvimento; psicomotor e falência de crescimento - referir para consulta médica;
- Criança identificada como infectada por HIV - referir para consulta de doenças crónicas

8.5. Critérios de alta:

- Idade superior a 6 meses, sem outra condição de risco e com aumento de peso aceitável, de acordo com a idade, em 2 controlos consecutivos.

9. Promoção de bom desenvolvimento psicomotor para a criança na CCR

Todas as crianças que entram na CCR devem ser monitoradas no seu desenvolvimento, e seus cuidadores aconselhados em cuidados responsivos e actividades estimulantes. Isso porque a maioria dos factores de risco que levam a criança a “parar” na CCR, são também os de risco para o fraco desenvolvimento. A desnutrição por exemplo causa sequelas graves para o desenvolvimento cognitivo das crianças, e os atrasos causados por esta, tornam-se irreversíveis se não forem corrigidos nos primeiros dois anos de vida.

9.1. Monitoria do desenvolvimento da criança

A monitoria de desenvolvimento na CCR deve ser mensal, mesmo se algumas consultas, como de TDA, forem mais frequentes. Para monitorar o desenvolvimento da criança na CCR, deve ser usado o cartaz “Marcos de Desenvolvimento psico-motor na criança” ou o “Caderno de mapas do AIDI” e devem ser seguidos os passos para a monitoria do desenvolvimento psicomotor na CCR constam (que são parecidos aos passos na CCS, com excepção do passo 2)

Passos para monitoria de desenvolvimento psicomotor na CCR

- **VERIFIQUE: Que factor de risco tem a criança para o fraco desenvolvimento?**
 - Parto difícil, prematuridade ou BPN, icterícia grave;
 - Desnutrição, infecção ou exposição ao HIV, meningite, malária cerebral, outra doença grave;
 - Factores ambientais: depressão materna, violência doméstica, cuidador adolescente ou idoso, drogas ou alcoolismo.
- **PERGUNTE A CUIDADORA: Como é que acha que a sua criança está a desenvolver, se comparando com outras crianças da mesma idade?**
- **MONITORE os marcos do desenvolvimento da criança, usando o Cartaz:**
 - Identifique no Cartaz, a fila de marcos de desenvolvimento para a idade da criança.
 - Se a idade da criança não aparece na fila, refira a fila com a idade inferior. Por exemplo, para criança de 10 meses, refira a fila de 9 meses;
 - Para a criança prematura, subtrai o período que faltou até o parto normal, da idade actual, antes de monitoria.
 - Faça perguntas a cuidadora sobre CADA marco de desenvolvimento na fila, e peça a cuidadora para fazer a actividade com a criança.
 - Se a criança estiver a dormir ou recusar fazer a actividade, pergunte a mãe se a criança costuma fazer essa actividade em casa, e peça para dar um exemplo.
 - Caso a criança não tenha atingido algum marco para idade dela, verifique se ela cumpre os marcos de desenvolvimento para a idade anterior.

Como calcular a idade "real" de uma criança prematura

Exemplo: Se a criança nasceu após 7.5 meses de gravidez, e actualmente tem 6 meses de idade, deve-se subtrair 1.5 meses (que corresponde aos meses que faltaram até o parto normal) dos 9 meses. Assim, a idade "real" da criança é 4.5 meses, e essa idade deve ser utilizada na monitoria de marcos de desenvolvimento. Nota: Deve-se fazer este ajuste somente para as crianças menores de 30 meses (ou 2 anos e 6 meses).

Materiais necessários para monitoria de desenvolvimento na CCR

Cartaz de Marcos de Desenvolvimento



Cartaz de Recomendações de cuidados para o desenvolvimento



Nota: Os brinquedos necessários para a monitoria do desenvolvimento na CCS, são os mesmo a serem usado para a monitoria na CCR. Não utilize brinquedos demasiado pequenos que a criança possa engolir ou inserir na orelha ou no nariz. Para actividades que exigem a criança observar e apontar alguns desenhos, pode utilizar os desenhos de alguns dos cartazes.

Nota: Deve-se fazer este ajuste somente para as crianças menores de 30 meses (ou 2 anos e 6 meses)

9.2. Como aconselhar, na CCR, para o bom desenvolvimento da criança

Todas as vezes que o cuidador trazer a criança, o técnico de saúde deve verificar se o cuidador é responsivo à criança e aconselhar em novas actividades estimulantes para fazer com a criança em casa. O principal grupo-alvo para actividades de estimulação são as mães e outros cuidadores. Os profissionais de saúde devem demonstrar às mães como brincar e conversar com as crianças de forma a estimular as 4 áreas de desenvolvimento, com o objectivo final de dotar as mães de competências para estimularem os seus filhos em casa. Por isso, atenção especial na CCR deve focada nas demonstrações e aconselhamento às mães, ao invés de provedor brincar directamente com a criança. O aconselhamento na CCR é mais aprofundado, e dá maior atenção a capacidade do cuidador de oferecer cuidados responsivos a sua criança (isto é, cuidados onde os pais notam e respondem aos sinais, necessidades e interesses das crianças). Tais cuidados responsivos são considerados a base para a recuperação e o desenvolvimento da criança.

O provedor deve:

- Procurar saber se / e como o cuidador conversa e brinca com a criança. Caso sim, pedir para mostrar.;
- Observar se o cuidador é responsivo aos sinais da criança (há contacto visual, sorriso, carinho entre o cuidador e a criança);

- Caso não, pedir ao cuidador para observar a criança
 - Perguntar – o que é que a criança pode estar a pensar? Pedir ao cuidador para responder à criança. Elogiar ou apoiar ao cuidador.
 - Ser um modelo para cuidador, na forma como você interage como a criança.
- Demonstrar ao cuidador uma actividade estimulante apropriada para idade da criança, e explicar como essa actividade pode ajudar no desenvolvimento da criança. Utilize cartaz *Recomendações para Cuidados para o Desenvolvimento (Figura)*;
- Pôr o cuidador a praticar a actividade com a criança, e elogiar;
- Ajudar ao cuidador a fazer o plano para casa (quando, como, e com quem a criança poderá brincar e conversar, conforme aprendido).

Na consulta seguinte, verificar se o cuidador conseguiu fazer as actividades com a criança em casa, e a seguir demonstrar uma nova actividade.

Figura 24. Recomendações para cuidados para o desenvolvimento da criança



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

O Nosso Maior Valor é a Vida

RECOMENDAÇÕES PARA CUIDADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Na gravidez	Dos 0 aos 2 meses	Dos 2 aos 6 meses	Dos 6 aos 9 meses	Dos 9 aos 12 meses	Dos 12 aos 24 meses	Depois dos 24 meses
<p>A criança começa a comunicar no ventre da mãe.</p>  <p>Estás a gostar da massagem da avozinha?</p>  <p>Água e sabão, la la la!</p>  <p>Olá filho! É o papá!</p> 	 <p>Olá amor de mãe! Já acordou?</p>  <p>Ahah... Ahah...</p>  <p>A pena faz-te cócegas, né?</p> 	 <p>Onde está o chocalho?</p>  <p>Vânia, gostas do leite...</p> 	 <p>Bate palmas, como a mãe!</p>  <p>É bom? Queres mais?</p> 	 <p>Manuel, onde está o carrinho?</p>  <p>Caa, caa...</p>  <p>Sim, é um carro vermelho!</p>	 <p>Pega a flor, filho!</p>  <p>Onde está o teu nariz?</p>  <p>O que fez a galinha, Raquel?</p> 	 <p>Dá-me a camisete do pai, Flávio!</p>  <p>Olha!</p>  <p>Era uma vez...</p>  <p>É um passarinho!</p>

1. Pergunte como costumam brincar com a criança em casa • 2. Observe como o cuidador responde aos sinais da criança • 3. Elogie
4. Demonstre e ajude a praticar uma actividade • 5. Explique a importância de brincar • 6. Ajude a fazer o plano para casa.

Consulte GRÁTIS



PLATAFORMA EDUCATIVA DE INFORMAÇÃO SOBRE A SAÚDE
*660#

ou Ligue GRÁTIS para o



84 146 | 82 149 | 1490

CONRAD N. Miller FOUNDATION



PATH



PO::AO::JZ::QO

ATIVIDADES ESTIMULANTES ADICIONAIS PARA CRIANÇAS

De 0 aos 6 meses:

- 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;
- 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...”;
- Procurar 3 a 4 objectos de cores vivas e texturas diferentes, por exemplo, uma toalhinha 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 toalhinha, gostas, não é?”;
- Balançar uma argola ou algum objecto de cor viva num fio ao alcance da criança e encorajá-la a agarrar;
- 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 ondem vem a som.

A partir dos 6 meses:

- Cantar para a criança;
- 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 ondem vem a som;
- 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;
- As actividades de 1 a 5 referidas para as crianças dos 0 aos 6 devem continuar também aos 6 meses.

A partir dos 9 meses:

- Levar a criança para passear, mostrar 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!”);
- 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.
- 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 pôr as tampas na caixa, dar uma tampa para si, etc;

- 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:

- 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!*”;
- 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!*”;
- Ensinar à criança canções infantis locais, batendo as palmas, ou batendo uma caixa ou uma lata como se fosse um tambor;
- 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;
- 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:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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;
- 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:

- 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;
- 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?”*;
- 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;
- 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;
- 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 maior. Descrever o que está a fazer. Pedir a criança para fazer o mesmo;
- 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;
- 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;
- 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.

10. Monitoria e Avaliação

O cartão de saúde da criança é um documento importante em todas as consultas da criança, e este tem disponível muita informação relevante sobre o estado de saúde da criança. É obrigatório que todas as mães acompanhantes tragam os cartões de saúde da criança assim como o profissional de saúde de saúde deve exigir e verificar se o cartão tem toda a informação requerida (ex: identificação completa, código de vacinação, história perinatal, história familiar). Caso a informação esteja incompleta o provedor deve obrigatoriamente completar a informação em falta. Para além dos dados permanentes o profissional de saúde deve verificar as informações deixadas nas consultas anteriores, o estado vacinal, as profilaxias, etc, e registar a informação sobre a consulta realizada nesse dia de acordo com os espaços existentes no cartão de saúde da criança. Assim como o cartão de saúde da criança, a ficha individual da criança e os outros instrumentos de registo da CCR, também deve ser correctamente preenchidos (ver anexos 21, 22 e 23).

O que são dados da coorte?

- São dados de um grupo de pacientes, neste caso crianças em risco, que se inscreveram na CCR num período pré-definido, neste caso 9 e 18 meses antes do resumo mensal da CCR,
- A secção da coorte de 9 meses inclui as informações do grupo de crianças que se inscreveram na CCR 9 meses antes do mês do reporte, são incluídas as crianças que se inscreveram com as seguintes condições de riscos: Contacto com TB, DAG, DAM e exposição ao HIV,
- A secção da coorte de 18 meses inclui as informações do grupo de crianças que se inscreveram na CCR 18 meses antes do mês do reporte com a condição de risco: “exposição ao HIV”.

Todas as crianças em risco devem ser registadas no livro de registo de CCR e os indicadores devem ser reportados mensalmente. O profissional de saúde deve verificar que no resumo da CCR, é possível recolher os seguintes tipos de dados (mensais e da coorte).

- Dados da “1ª consulta”: contem os dados das primeiras consultas das crianças inscrita no mês do resumo;
- Dados da “Coorte 9 meses de seguimento”: são algumas informações de crianças que tiveram a sua 1ª consulta 9 meses antes da data em que o resumo mensal é compilado;
- Dados da “Coorte 18 meses de seguimento”: são as informações de crianças que tiveram a sua 1ª consulta 18 meses antes da data em que o resumo mensal é compilado.
- As crianças expostas ao HIV na altura da realização do teste PCR HIV devem ser registadas no livro de registo de PCR (ver anexo 24).
- Todas as crianças que recebem suplementação nutricional (ATPU ou CSB-Plus) devem ser registadas no livro de PRN (ver anexos 25 e 26).
- Todas as crianças com contacto com TB devem ser inscritas na CCR. Para estas crianças deve-se fazer o cruzamento de dados entre a informação colhida na CCR e no PNCT.

- **Considera-se faltosa** uma criança que não aparece à consulta até 30 dias após a data marcada.
- **Considera-se abandono** quando uma criança não aparece à consulta após 3 meses da data marcada, e tenham sido feitas tentativas para encontrá-la no domicílio.

Bibliografia consultada

- *MISAU - Departamento de Nutrição. Estratégia Nacional de Alimentação Infantil, 2019-2024 (2028).*
- *MISAU - Departamento de Nutrição. Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional – Volume I (2018).*
- *MISAU-DNSP, PNC de ITS-HIV/SIDA. Guião Orientador Sobre o Rastreio e Tratamento da Sífilis na Mulher Grávida e no Período Pós-Parto e Seguimento da Criança Exposta e infectada por Sífilis (2020).*
- *MISAU-DNSP. Tratamento antiretroviral e infeções oportunistas do adulto, adolescente e criança (2016).*
- *MISAU-DNSP, PNC de ITS - HIV/SIDA. Plano Estratégico de Acção para a Prevenção e Controlo das Infeções de Transmissão Sexual 2018-2021.*
- *Plano Nacional de Tripla Eliminação da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatite B em Moçambique, 2020- 2024.*
- *MISAU-DNSP, PNCT. Avaliação e manejo de pacientes com TB (2019).*
- *MISAU-DNSP. Caderno de Mapas da Atenção Integrada às Doenças da Infância (2014).*
- *MISAU-DNSP, PNCT. Manual de Tuberculose infantil em Moçambique (2013).*
- *MISAU-DNSP. Manual para o Manejo da Tuberculose na Criança, no Adolescente e na Mulher Grávida (2019).*
- *MISAU-DNSP. Manejo da Tuberculose em crianças e adolescentes – Um guia para profissionais de saúde (2020).*
- *MISAU-DNSP. Consulta do Recém-nascido no período neonatal- Guião de utilização para o pessoal de saúde (2011).*
- *MISAU-DNSP. Cartão de Saúde da Criança (2019).*

Anexos

Anexo 1: Material para a CCS e CCR

Equipamento/consumíveis básicos para as duas consultas:

- 1 secretária
- 3 cadeiras
- 1 marquesa
- 1 balança suspensa e sacos para pesagem
- 1 balança de prato
- 2 balança de plataforma
- 1 altímetro
- 1 fita métrica
- 1 fita de MUAC
- 1 termómetro
- 1 lanterna/fonte de luz
- 1 otoscópio
- Depressores de língua descartável
- Estetoscópio
- Luvas
- Desinfectante (álcool)
- Bolas de algodão
- Compressas

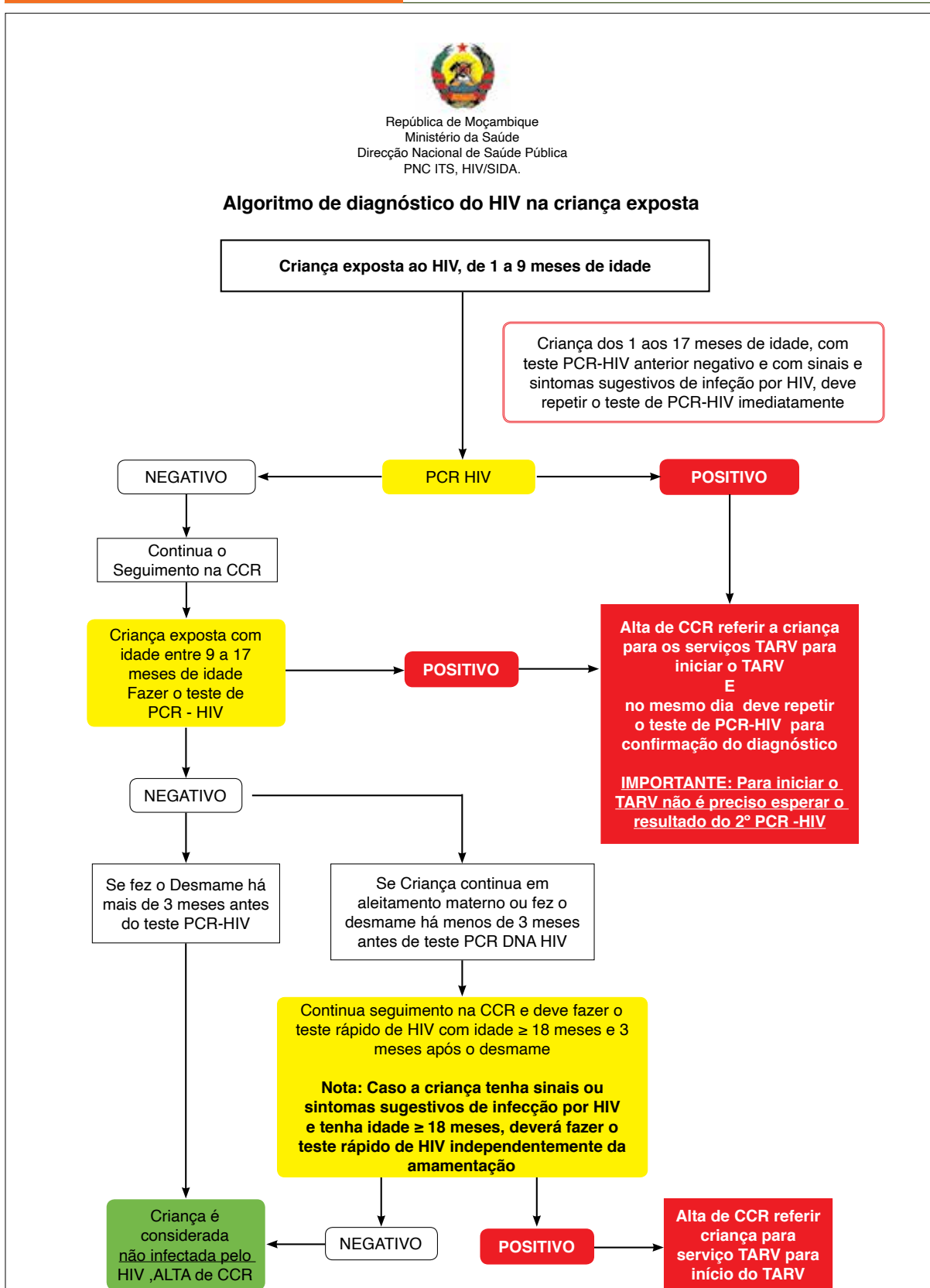
Equipamento/material/ consumíveis específicos para CCS

- Cartaz do calendário vacinal
- Tabelas para avaliação nutricional da criança (score Z)
- Tabelas de percentil do perímetro craniano
- Cartaz de avaliação dos marcos de desenvolvimento psicomotor
- Cartaz de acompanhamento e estimulação do desenvolvimento da criança
- Cartaz das etapas do desenvolvimento psico-motor e sinais de alarme
- Receitas para papas enriquecidas
- Álbum seriado de nutrição para aconselhamento
- Material de educação sanitária e promoção par a saúde
- Panfletos de boas práticas para uma amamentação saudável
- Livro de registo da CCS
- Resumo diário da CCS
- Resumo mensal da CCS
- Teste rápido HIV (Determine, Unigold)
- Teste de diagnóstico rápido de malária (TDR)
- Mebendazol
- Albendazol
- Vitamina A

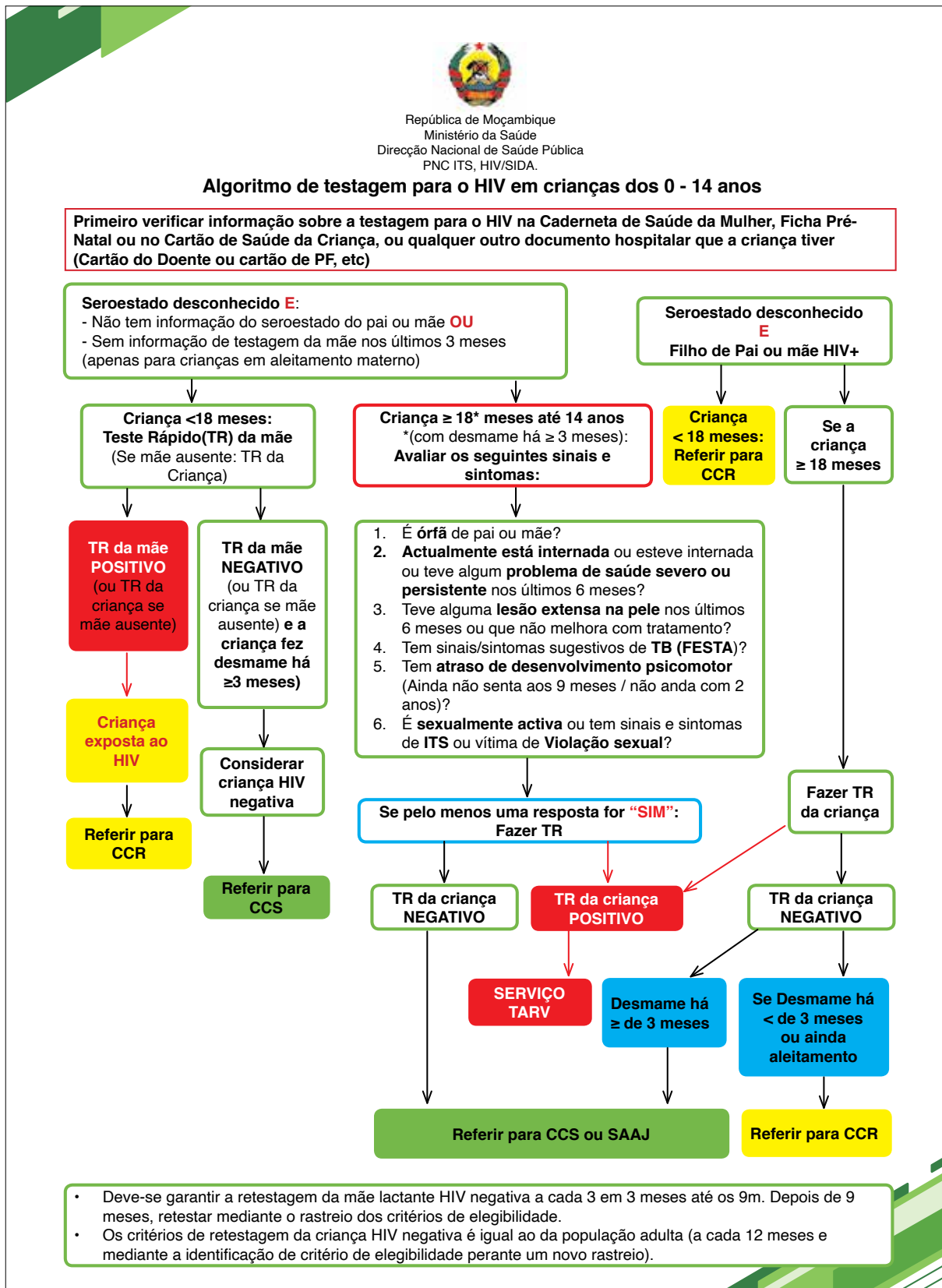
Equipamento/material/ consumíveis específicos para CCR

- Tabelas de quantidade de ATPU
- Tabelas de quantidade de CSB-Plus
- Tabelas para avaliação nutricional da criança (score Z)
- Tabelas de percentil do perímetro craniano
- Cartaz do algoritmo do aleitamento materno no contexto do HIV
- Tabela para dosagem de ARVs profiláticos
- Algoritmos de diagnóstico precoce infantil do HIV na criança
- Cartaz do diagnóstico presuntivo de HIV na criança
- Fluxograma de atendimento da criança exposta a sífilis na CCR
- Algoritmo de diagnóstico de TB em crianças menores de 15 anos
- Teste PCR, kit completo
- POC Alere-Q (Máquina, acessórios e Kit completo de consumíveis)
- Teste rápido HIV (Determine, Unigold)
- Teste de diagnóstico rápido de malária (TDR)
- Cotrimoxazol
- Nevirapina
- Zidovudina
- Multivitaminas
- Sal Ferroso
- Amoxicilina
- Zinco
- Isoniazida
- 3HP
- Piridoxina
- Levofloxacina
- Ficheiro móvel
- Caderno de mapas de AIDI (1 semana-2 meses e 2 meses- 5anos)
- Cartaz de avaliação dos marcos de desenvolvimento psicomotor
- Cartaz de acompanhamento e estimulação do desenvolvimento da criança
- Cartaz das etapas do desenvolvimento psico-motor e sinais de alarme
- Manual de Diagnóstico Precoce (PCR DBS/POC ADN HIV)
- Ficha individual da Criança em Risco
- Ficha de resumo mensal
- Livro de registo de CCR
- Fichas PCR: FSR, FEA
- Livro PRN
- Livro ATIP
- Guias de transferência

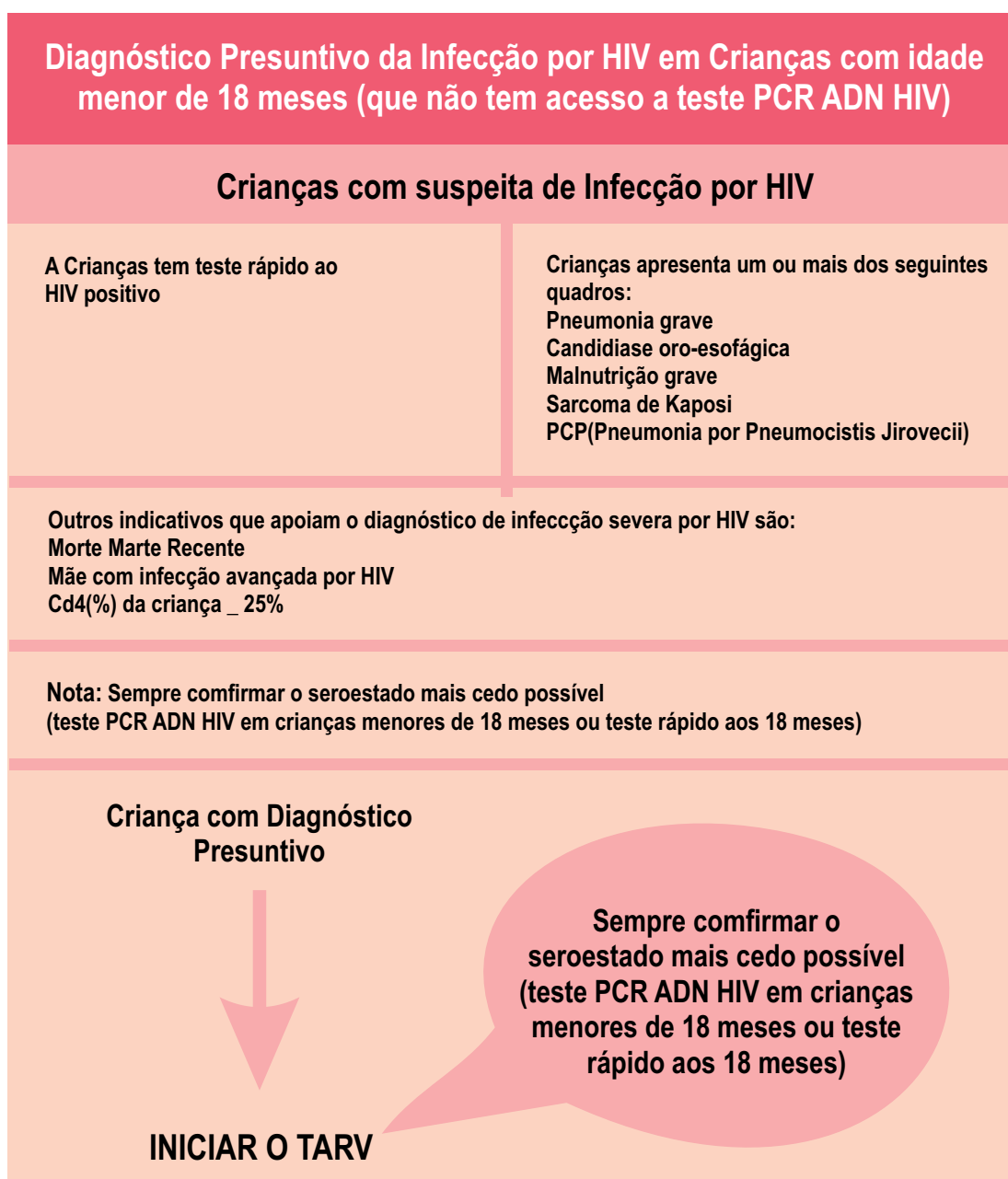
Anexo 2: Algoritmo de diagnóstico precoce para criança exposta ao HIV



Anexo 3: Algoritmo de testagem para o HIV em crianças dos 0-14 anos



Anexo 4: Diagnóstico presuntivo da infecção por HIV em crianças menores de 18 meses



Anexo 5: Estadiamento pediátrico da OMS para o HIV

Estadio I:	
Assintomático	
Linfadenopatia generalizada persistente (LGP)	
Estadio II:	
Hepatoesplenomegalia persistente inexplicada	Molusco contagioso extenso
Prurigo	Úlceras orais recorrentes (≥2 episódios em 6 meses)
Infecções fúngicas do leito ungueal	Aumento das parótidas sem outra causa aparente
Queilite angular	Herpes Zoster
Eritema gengivar linear	Infecções recorrentes das vias respiratórias superiores
Infecção viral verrucosa extensada pele	
Estadio III:	
Malnutrição moderada inexplicada	Pneumonia bacteriana grave de repetição (≥2 episódios nos últimos 6 meses)
Diarreia persistente inexplicada (> 14 dias)	Gengivite ou estomatite úlceraiva necrotizante aguda, ou periodontite úlceraiva necrotizante aguda.
Febre persistente inexplicada (> 1 mês)	LIP sintomática
Candidíase oral (após os 1 ^o s 6 meses de idade)	Doença pulmonar crónica associada ao HIV (inclui bronquiectasia)
Leucoplasia oral pilosa	Anemia (<8g/dl) ou neutropenia (<500/mm ³) ou Trombocitopenia crónica (<50000/mm ³) inexplicadas
TB ganglionar e TB pulmonar	
Estadio IV:	
Malnutrição grave, ou perda de peso severa inexplicada	Toxoplasmose do SNC
Pneumonia por Pneumocistis Jiroveci (PCP)	Encefalopatia por HIV
Infecções bacterianas graves recorrente-empiema, piomiosite, infecção óssea ou articular, meningite (≥ 2 episódios nos últimos 6 meses)	Infecção crónica por Herpes simples (oral ou cutânea ≥1 mês de duração ou visceral em qualquer sítio)
Candidíase esofágica (ou da traquéia, brônquios ou pulmões)	Linfoma não-Hodgkin
Infecções por micro bactéria não tuberculosa disseminada	Criptococose extrapulmonar
TB extrapulmonar disseminada	Criptosporidiose crónica (com diarreia)
Sarcoma de Kaposi	Isosporiose crónica
Infecção por CMV	Leucoencefalopatia multifocal progressiva (LMP)
Nefropatia sintomática associada ao HIV	Micose disseminada (coccidiomicose, histoplasmosse, peniciliosse)
Cardiomiopatia sintomática associada ao HIV	

Anexo 6: Alimentação no contexto do HIV



Alimentação Infantil e HIV

0–6 meses Recomenda-se à todas as mães a amamentar exclusivamente os seus bebês nos primeiros 6 meses de vida, mesmo que esta seja HIV+ ou tenha o estado serológico desconhecido.

6–12 meses A partir dos 6 meses, as mães devem introduzir uma alimentação complementar nutritiva e segura, e continuar a amamentar.

12–24 meses AOS 12 MESES DE IDADE: Qual é o estado serológico da mãe e do bebê?

Mãe ou bebê de estado serológico desconhecido

Oferecer serviços de testagem. Consoante o resultado, seguir o esquema para Mãe HIV+ ou Mãe HIV-. Se a mãe recusar-se a fazer o teste para si mesma, siga a opção para Mãe HIV-.

Fazer TARV

Mãe é HIV +

Mãe é HIV-

Se o bebê for HIV- ou tiver o estado serológico desconhecido

Se o bebê for HIV+

Amamentação continua até aos 24 meses ou mais

1. A amamentação deve parar gradualmente, quando o bebê completar 12 meses, **se for possível oferecer uma dieta nutricionalmente adequada e segura.**
2. Se uma dieta nutricionalmente adequada e segura sem o leite materno não puder ser oferecida, a amamentação deve continuar até que esta seja assegurada. Veja a folha, "Apoiando uma mãe HIV positiva a decidir como alimentar a sua criança a partir dos 12 meses."



Recomenda-se à todas as mães a amamentar exclusivamente os seus bebés nos primeiros 6 meses de vida e introduzir uma alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses, mesmo que a mãe seja HIV+ ou tenha o estado serológico desconhecido. Dos 6–12 meses, a amamentação continua para todos os bebés.

Mãe ou bebé de estado serológico desconhecido

- Às mães e seus bebés cujo estado serológico seja desconhecido, devem ser oferecidos serviços de testagem. Consoante o resultado, deve-se seguir o esquema para Mãe HIV+ ou Mãe HIV-.
- Se a mãe recusar-se a fazer o teste, deve-se seguir a opção para Mãe HIV-.

Mãe HIV+ cujo bebé é HIV- ou de estado serológico desconhecido

- Recomenda-se amamentar exclusivamente até aos 6 meses, introduzir uma alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses e continuar com a amamentação até aos 12 meses.
- A partir dos 12 meses, recomenda-se parar gradualmente a amamentação (num período de um mês), se for possível oferecer uma dieta nutricionalmente adequada e segura. Veja o material de apoio referente a: “Apoiando uma mãe HIV positiva a decidir sobre como alimentar a sua criança a partir de 12 meses.”
- Se uma dieta nutricionalmente adequada e segura sem o leite materno não puder ser oferecida, continuar com a amamentação até que esta seja assegurada.
- Quando for apropriado, dar orientações de como fazer o desmame de forma gradual e segura de acordo com as normas nacionais de prevenção da transmissão vertical (PTV).

Mãe HIV+ cujo bebé é também HIV+; e Mãe HIV-

- Recomenda-se amamentar exclusivamente até aos 6 meses, introduzir uma alimentação complementar adequada a partir dos 6 meses e continuar com a amamentação até aos 24 meses ou mais.

IMPORTANTE: As mães infectadas pelo HIV e os seus filhos devem beneficiar de profilaxia ou tratamento ARV ao longo do aleitamento para a prevenção da transmissão vertical do HIV, de acordo com a opção disponível na Unidade Sanitária que frequentam (A ou B+), para reduzir o risco de transmissão através do leite materno.

No caso de haver indisponibilidade temporária de profilaxia para a mãe e/ou a criança (ex. ruptura temporária de ARVs, casos de emergências), deve-se seguir o esquema para Mãe HIV+ cujo bebé é HIV- ou de estado serológico desconhecido.

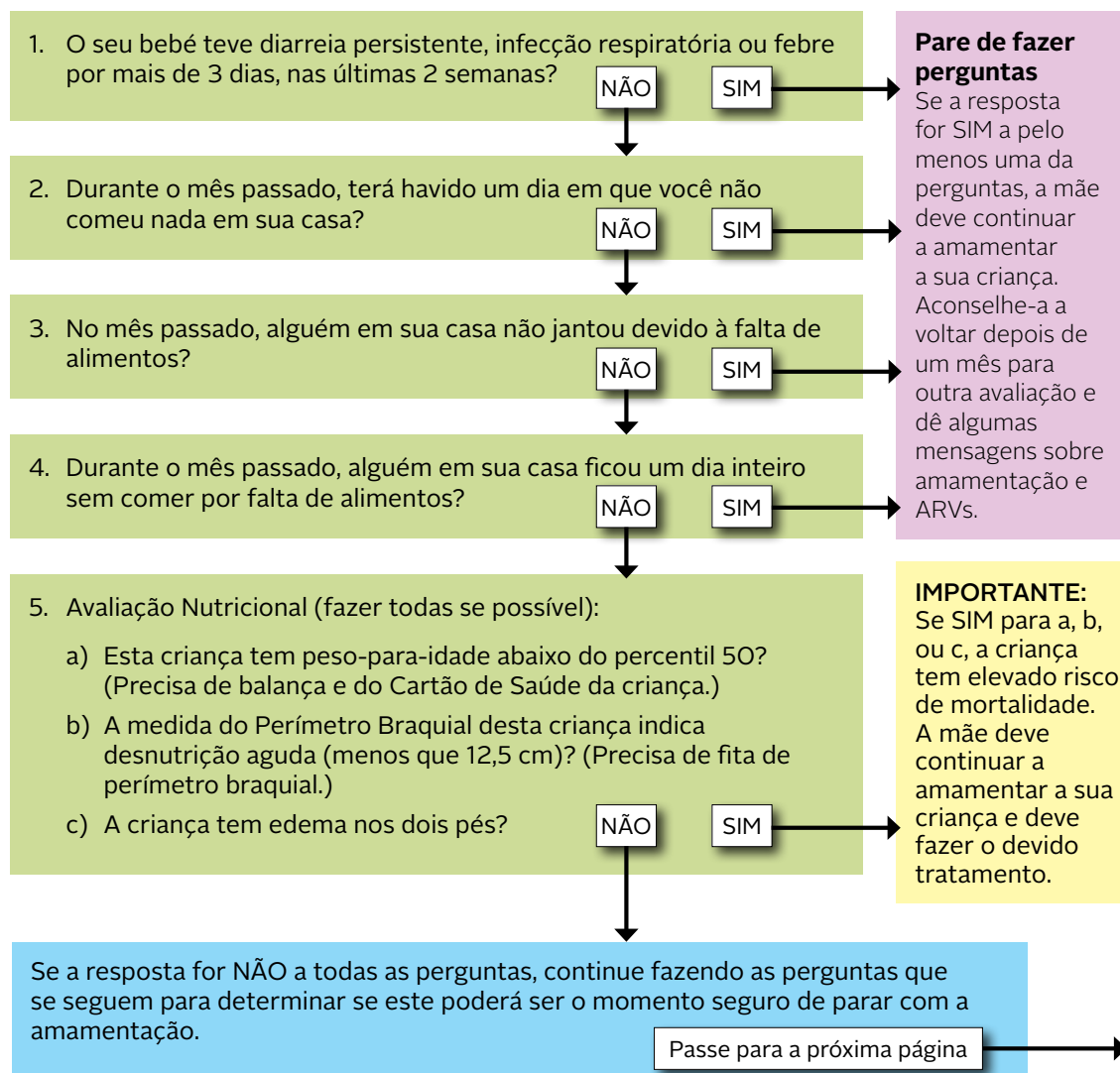
CONSIDERAÇÕES: As mães seronegativas devem ser aconselhadas sobre as formas de prevenção da infecção pelo HIV, sobre a necessidade de fazerem testagem regular e outros serviços disponíveis.

Para mais informações técnicas: Consulte a *Política Nacional de Alimentação Infantil*, a *Estratégia Nacional de Alimentação Infantil* e os *Cartões de Aconselhamento sobre Alimentação Infantil*.

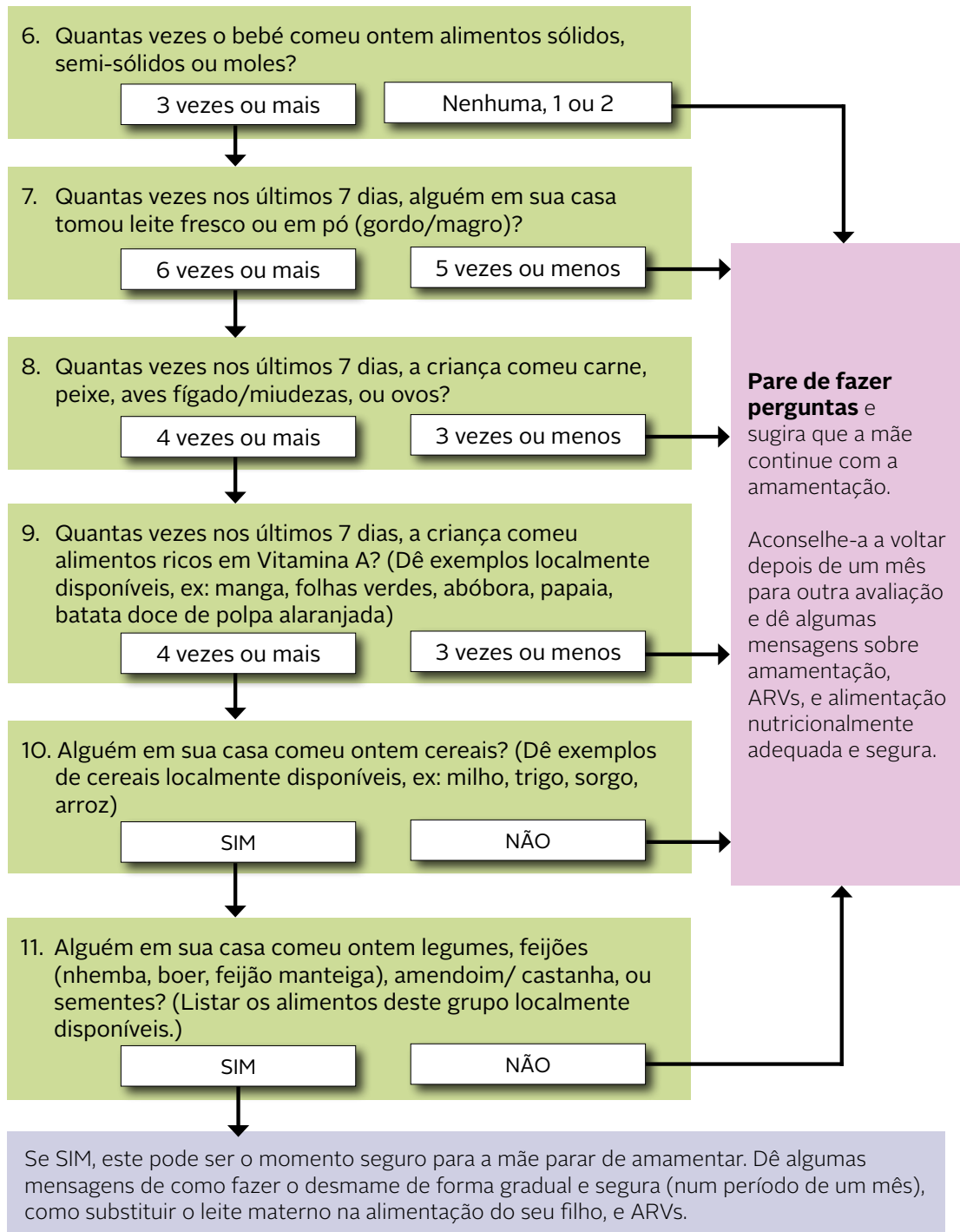


Apoiando uma mãe HIV positiva a decidir sobre como alimentar a sua criança a partir de 12 meses

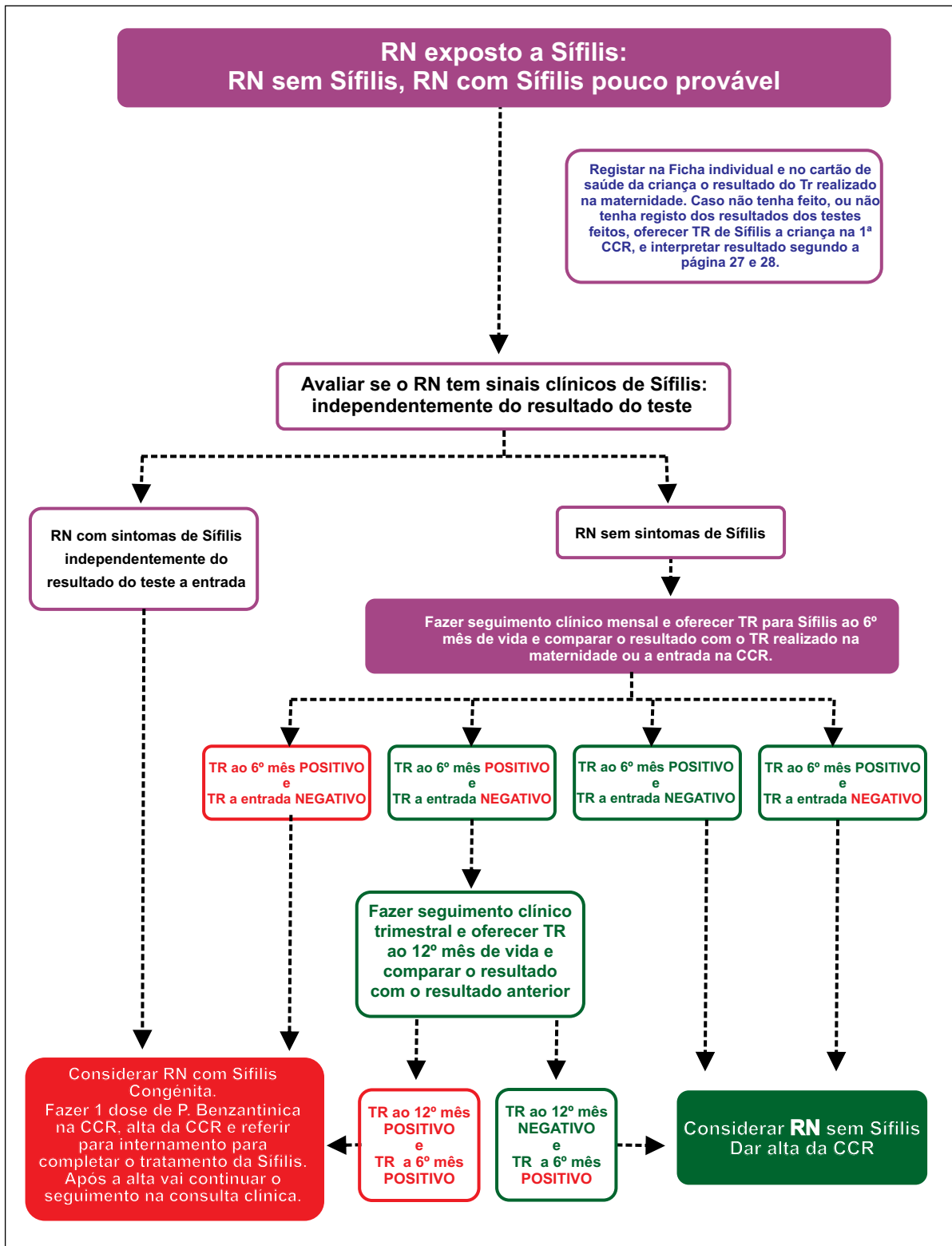
Antes de utilizar este guia, confirme que a criança é HIV negativa. Uma criança HIV positiva nunca deve parar de mamar aos 12 meses. Faça as perguntas 1 a 4 e avalie o estado nutricional da criança na pergunta 5. Sempre que a resposta for SIM a qualquer uma das perguntas, pare e siga as instruções abaixo.



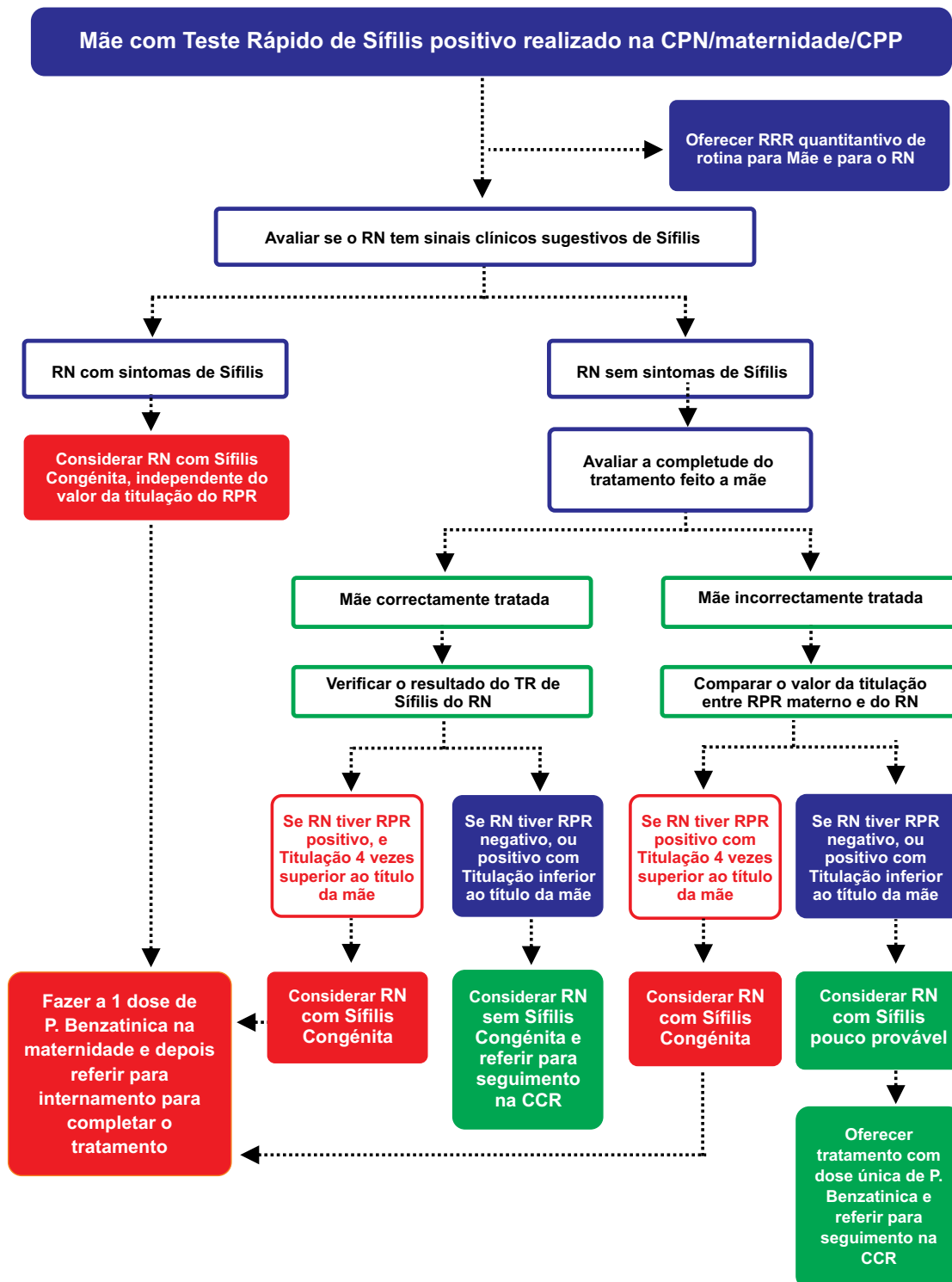
IMPORTANTE: Independentemente dos resultados desta avaliação, todas as mães devem receber aconselhamento sobre alimentação complementar apropriada, incluindo uma avaliação das práticas actuais e aconselhamento individualizado consoante as condições/situações particulares e necessidades das suas crianças.



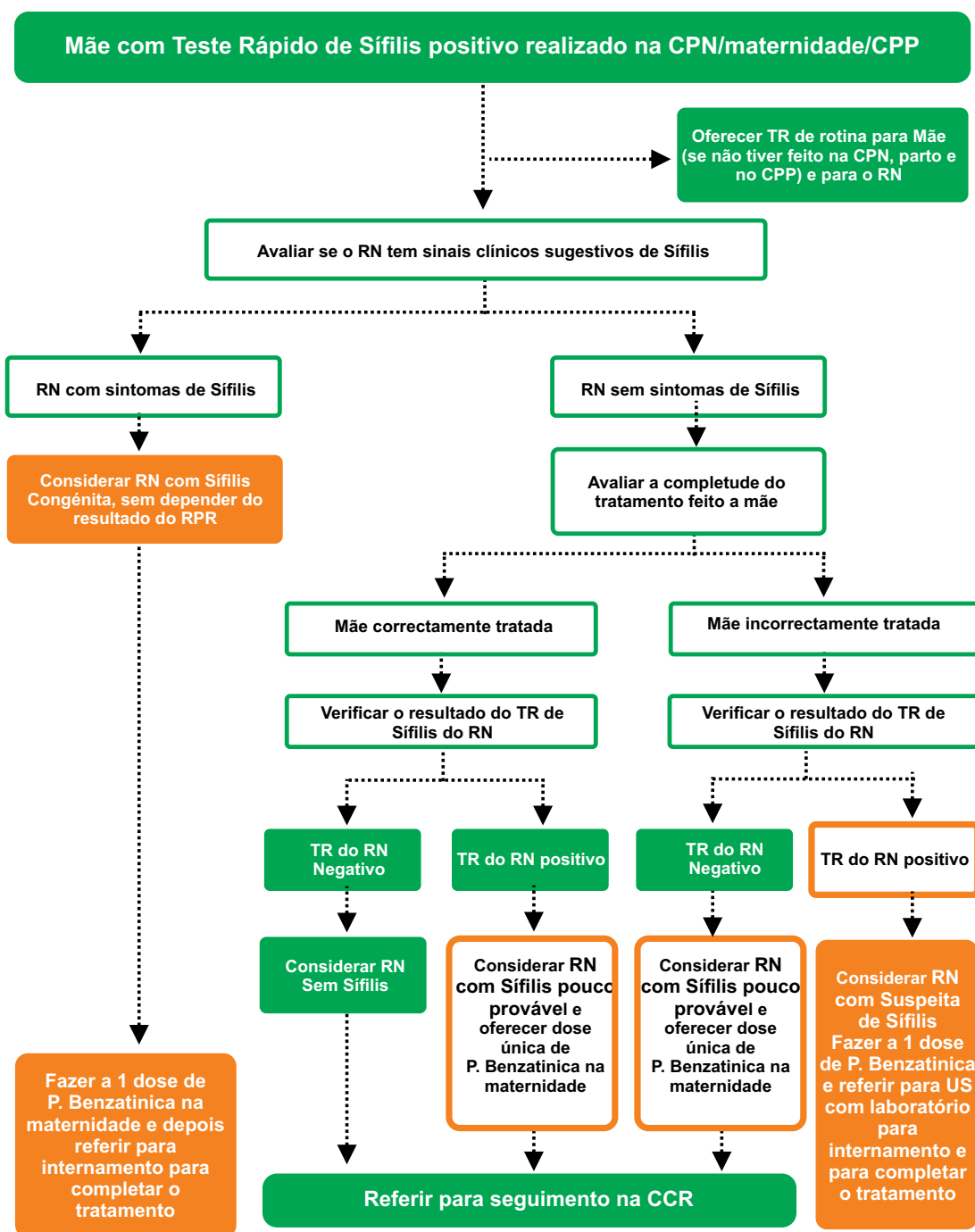
Anexo 7: Fluxograma de atendimento da criança exposta a sífilis na CCR



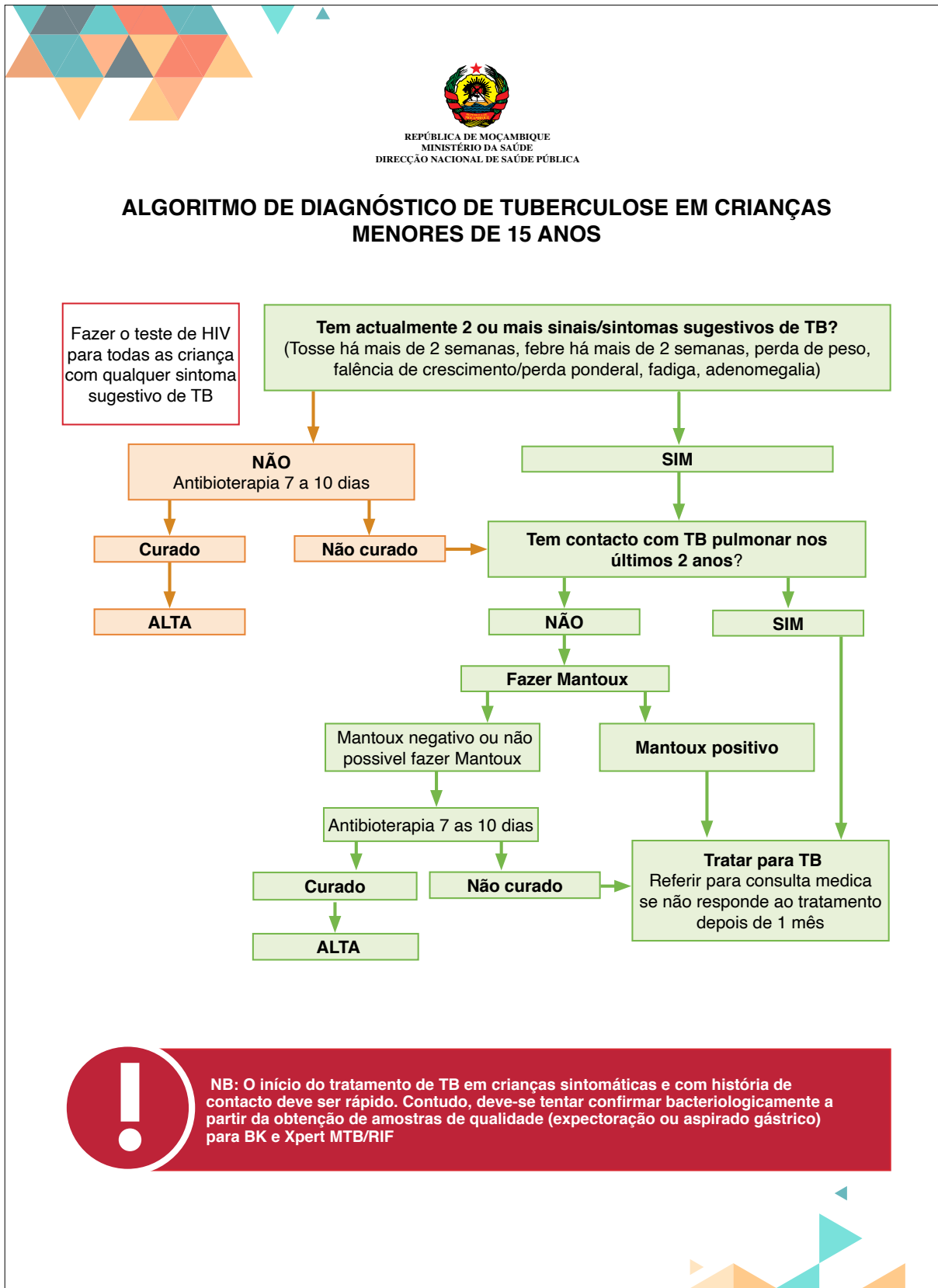
Anexo 8: Algoritmo sobre a abordagem do RN filho de mãe com TR para sífilis positivo numa US com laboratório



Anexo 9: Algoritmo sobre a abordagem do RN filho de mãe com TR para sífilis positivo numa US sem laboratório



Anexo 10: Diagnóstico de diagnóstico de tuberculose em crianças menores de 15 anos



Anexo 11: Tabela de peso para comprimento em meninas dos 0-23 meses

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e $< -DP$ (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
45	$\geq 2,3$	2,1 - 2,2	1,9 - 2	$< 1,9$
46	$\geq 2,4$	2,2 - 2,3	2 - 2,1	< 2
47	$\geq 2,6$	2,4 - 2,5	2,2 - 2,3	$< 2,2$
48	$\geq 2,7$	2,5 - 2,6	2,3 - 2,4	$< 2,3$
49	$\geq 2,9$	2,6 - 2,8	2,4 - 2,5	$< 2,4$
50	$\geq 3,1$	2,8 - 3	2,6 - 2,7	$< 2,6$
51	$\geq 3,3$	3 - 3,2	2,8 - 2,9	$< 2,8$
52	$\geq 3,5$	3,2 - 3,4	2,9 - 3,1	$< 2,9$
53	$\geq 3,7$	3,4 - 3,6	3,1 - 3,3	$< 3,1$
54	$\geq 3,9$	3,6 - 3,8	3,3 - 3,5	$< 3,3$
55	$\geq 4,2$	3,8 - 4,1	3,5 - 3,7	$< 3,5$
56	$\geq 4,4$	4 - 4,3	3,7 - 3,9	$< 3,7$
57	$\geq 4,6$	4,3 - 4,5	3,9 - 4,2	$< 3,9$
58	$\geq 4,9$	4,5 - 4,8	4,1 - 4,4	$< 4,1$
59	$\geq 5,1$	4,7 - 5	4,3 - 4,6	$< 4,3$
60	$\geq 5,4$	4,9 - 5,3	4,5 - 4,8	$< 4,5$
61	$\geq 5,6$	5,1 - 5,5	4,7 - 5	$< 4,7$
62	$\geq 5,8$	5,3 - 5,7	4,9 - 5,2	$< 4,9$

Anexo 12: Tabela de peso para comprimento em rapazes dos 0-23 meses

Comprimento (cm)	Normal P/C ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/C < -3 DP (kg)
45	$\geq 2,3$	2,1 - 2,2	1,9 - 2	$< 1,9$
46	$\geq 2,4$	2,2 - 2,3	2 - 2,1	< 2
47	$\geq 2,6$	2,4 - 2,5	2,2 - 2,3	$< 2,2$
48	$\geq 2,7$	2,5 - 2,6	2,3 - 2,4	$< 2,3$
49	$\geq 2,9$	2,6 - 2,8	2,4 - 2,5	$< 2,4$
50	$\geq 3,1$	2,8 - 3	2,6 - 2,7	$< 2,6$
51	$\geq 3,3$	3 - 3,2	2,8 - 2,9	$< 2,8$
52	$\geq 3,5$	3,2 - 3,4	2,9 - 3,1	$< 2,9$
53	$\geq 3,7$	3,4 - 3,6	3,1 - 3,3	$< 3,1$
54	$\geq 3,9$	3,6 - 3,8	3,3 - 3,5	$< 3,3$
55	$\geq 4,2$	3,8 - 4,1	3,5 - 3,7	$< 3,5$
56	$\geq 4,4$	4 - 4,3	3,7 - 3,9	$< 3,7$
57	$\geq 4,6$	4,3 - 4,5	3,9 - 4,2	$< 3,9$
58	$\geq 4,9$	4,5 - 4,8	4,1 - 4,4	$< 4,1$
59	$\geq 5,1$	4,7 - 5	4,3 - 4,6	$< 4,3$
60	$\geq 5,4$	4,9 - 5,3	4,5 - 4,8	$< 4,5$
61	$\geq 5,6$	5,1 - 5,5	4,7 - 5	$< 4,7$
62	$\geq 5,8$	5,3 - 5,7	4,9 - 5,2	$< 4,9$
63	≥ 6	5,5 - 5,9	5,1 - 5,4	$< 5,1$
64	$\geq 6,3$	5,7 - 6,2	5,3 - 5,6	$< 5,3$
65	$\geq 6,5$	5,9 - 6,4	5,5 - 5,8	$< 5,5$
66	$\geq 6,7$	6,1 - 6,6	5,6 - 6	$< 5,6$
67	$\geq 6,9$	6,3 - 6,8	5,8 - 6,2	$< 5,8$
68	$\geq 7,1$	6,5 - 7	6 - 6,4	< 6
69	$\geq 7,3$	6,7 - 7,2	6,1 - 6,6	$< 6,1$
70	$\geq 7,5$	6,9 - 7,4	6,3 - 6,8	$< 6,3$
71	$\geq 7,7$	7 - 7,6	6,5 - 6,9	$< 6,5$
72	$\geq 7,8$	7,2 - 7,7	6,6 - 7,1	$< 6,6$
73	≥ 8	7,4 - 7,9	6,8 - 7,3	$< 6,8$
74	$\geq 8,2$	7,5 - 8,1	6,9 - 7,4	$< 6,9$
75	$\geq 8,4$	7,7 - 8,3	7,1 - 7,6	$< 7,1$
76	$\geq 8,5$	7,8 - 8,4	7,2 - 7,7	$< 7,2$
77	$\geq 8,7$	8 - 8,6	7,4 - 7,9	$< 7,4$
78	$\geq 8,9$	8,2 - 8,8	7,5 - 8,1	$< 7,5$
79	$\geq 9,1$	8,3 - 9	7,7 - 8,2	$< 7,7$
80	$\geq 9,2$	8,5 - 9,1	7,8 - 8,4	$< 7,8$
81	$\geq 9,4$	8,7 - 9,3	8 - 8,6	< 8
82	$\geq 9,6$	8,8 - 9,5	8,2 - 8,7	$< 8,2$
83	$\geq 9,8$	9 - 9,7	8,3 - 8,9	$< 8,3$
84	$\geq 10,1$	9,2 - 10	8,5 - 9,1	$< 8,5$
85	$\geq 10,3$	9,4 - 10,2	8,7 - 9,3	$< 8,7$
86	$\geq 10,5$	9,7 - 10,4	8,9 - 9,6	$< 8,9$
87	$\geq 10,7$	9,9 - 10,6	9,1 - 9,8	$< 9,1$
88	≥ 11	10,1 - 10,9	9,3 - 10	$< 9,3$
89	$\geq 11,2$	10,3 - 11,1	9,5 - 10,2	$< 9,5$
90	$\geq 11,4$	10,5 - 11,3	9,7 - 10,4	$< 9,7$

Anexo 13: Tabela de peso para altura em meninas dos 24-60 meses

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	$\geq 5,5$	4,9 - 5,3	4,7 - 5	$< 4,7$
61	$\geq 5,8$	5,1 - 5,4	4,9 - 5,2	$< 4,9$
62	≥ 6	5,3 - 5,7	5,1 - 5,5	$< 5,1$
63	$\geq 6,2$	5,6 - 5,9	5,3 - 5,7	$< 5,3$
64	$\geq 6,5$	5,8 - 6,1	5,5 - 5,9	$< 5,5$
65	$\geq 6,7$	6 - 6,4	5,7 - 6,1	$< 5,7$
66	$\geq 6,9$	6,2 - 6,6	5,9 - 6,3	$< 5,9$
67	$\geq 7,1$	6,4 - 6,8	6,1 - 6,5	$< 6,1$
68	$\geq 7,3$	6,6 - 7	6,3 - 6,7	$< 6,3$
69	$\geq 7,6$	6,8 - 7,2	6,5 - 6,9	$< 6,5$
70	$\geq 7,8$	7 - 7,5	6,6 - 7,1	$< 6,6$
71	≥ 8	7,2 - 7,7	6,8 - 7,3	$< 6,8$
72	$\geq 8,2$	7,4 - 7,9	7 - 7,5	< 7
73	$\geq 8,4$	7,6 - 8,1	7,2 - 7,6	$< 7,2$
74	$\geq 8,6$	7,7 - 8,3	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	8,7 - 9,3	$< 9,1$
86	$\geq 10,8$	10 - 10,7	8,9 - 9,5	$< 9,3$
87	$\geq 11,1$	10,2 - 11	9,1 - 9,7	$< 9,5$
88	$\geq 11,3$	10,5 - 11,2	9,3 - 9,9	$< 9,7$
89	$\geq 11,5$	10,7 - 11,4	9,5 - 10,1	$< 9,9$
90	$\geq 11,8$	10,9 - 11,7	9,7 - 10,4	$< 10,1$

Anexo 14: Tabela de peso para altura em rapazes dos 24-60 meses

Altura (cm)	Normal P/A ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/A ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/A ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/A < -3 DP (kg)
65	$\geq 6,6$	6,1 - 6,5	5,6 - 6	$< 5,6$
66	$\geq 6,8$	6,3 - 6,7	5,8 - 6,2	$< 5,8$
67	≥ 7	6,4 - 6,9	5,9 - 6,3	$< 5,9$
68	$\geq 7,2$	6,6 - 7,1	6,1 - 6,5	$< 6,1$
69	$\geq 7,4$	6,8 - 7,3	6,3 - 6,7	$< 6,3$
70	$\geq 7,6$	7 - 7,5	6,4 - 6,9	$< 6,4$
71	$\geq 7,8$	7,1 - 7,7	6,6 - 7	$< 6,6$
72	≥ 8	7,3 - 7,9	6,7 - 7,2	$< 6,7$
73	$\geq 8,1$	7,5 - 8	6,9 - 7,4	$< 6,9$
74	$\geq 8,3$	7,6 - 8,2	7 - 7,5	< 7
75	$\geq 8,5$	7,8 - 8,4	7,2 - 7,7	$< 7,2$
76	$\geq 8,7$	8 - 8,6	7,3 - 7,9	$< 7,3$
77	$\geq 8,8$	8,1 - 8,7	7,5 - 8	$< 7,5$
78	≥ 9	8,3 - 8,9	7,6 - 8,2	$< 7,6$
79	$\geq 9,2$	8,4 - 9,1	7,8 - 8,3	$< 7,8$
80	$\geq 9,4$	8,6 - 9,3	7,9 - 8,5	$< 7,9$
81	$\geq 9,6$	8,8 - 9,5	8,1 - 8,7	$< 8,1$
82	$\geq 9,8$	9 - 9,7	8,3 - 8,9	$< 8,3$
83	≥ 10	9,2 - 9,9	8,5 - 9,1	$< 8,5$
84	$\geq 10,2$	9,4 - 10,1	8,6 - 9,3	$< 8,6$
85	$\geq 10,4$	9,6 - 10,3	8,8 - 9,5	$< 8,8$
86	$\geq 10,7$	9,8 - 10,6	9 - 9,7	< 9
87	$\geq 10,9$	10 - 10,8	9,2 - 9,9	$< 9,2$
88	$\geq 11,1$	10,2 - 11	9,4 - 10,1	$< 9,4$
89	$\geq 11,4$	10,4 - 11,3	9,6 - 10,3	$< 9,6$
90	$\geq 11,6$	10,6 - 11,5	9,8 - 10,5	$< 9,8$
91	$\geq 11,8$	10,9 - 11,7	10 - 10,8	< 10
92	≥ 12	11,1 - 11,9	10,2 - 11	$< 10,2$
93	$\geq 12,3$	11,3 - 12,2	10,4 - 11,2	$< 10,4$
94	$\geq 12,5$	11,5 - 12,4	10,6 - 11,4	$< 10,6$
95	$\geq 12,7$	11,7 - 12,6	10,8 - 11,6	$< 10,8$
96	$\geq 12,9$	11,9 - 12,8	10,9 - 11,8	$< 10,9$
97	$\geq 13,2$	12,1 - 13,1	11,1 - 12	$< 11,1$
98	$\geq 13,4$	12,3 - 13,3	11,3 - 12,2	$< 11,3$
99	$\geq 13,7$	12,5 - 13,6	11,5 - 12,4	$< 11,5$
100	$\geq 13,9$	12,8 - 13,8	11,7 - 12,7	$< 11,7$
101	$\geq 14,2$	13 - 14,1	12 - 12,9	< 12
102	$\geq 14,5$	13,3 - 14,4	12,2 - 13,2	$< 12,2$
103	$\geq 14,7$	13,5 - 14,6	12,4 - 13,4	$< 12,4$
104	≥ 15	13,8 - 14,9	12,7 - 13,7	$< 12,7$
105	$\geq 15,3$	14 - 15,2	12,9 - 13,9	$< 12,9$
106	$\geq 15,6$	14,3 - 15,5	13,1 - 14,2	$< 13,1$
107	$\geq 15,9$	14,6 - 15,8	13,4 - 14,5	$< 13,4$
108	$\geq 16,3$	14,9 - 16,2	13,7 - 14,8	$< 13,7$
109	$\geq 16,6$	15,2 - 16,5	13,9 - 15,1	$< 13,9$
110	≥ 17	15,5 - 16,9	14,2 - 15,4	$< 14,2$
111	$\geq 17,3$	15,8 - 17,2	14,5 - 15,7	$< 14,5$
112	$\geq 17,7$	16,2 - 17,6	14,8 - 16,1	$< 14,8$
113	≥ 18	16,5 - 17,9	15,1 - 16,4	$< 15,1$
114	$\geq 18,4$	16,8 - 18,3	15,4 - 16,7	$< 15,4$
115	$\geq 18,8$	17,2 - 18,7	15,7 - 17,1	$< 15,7$
116	$\geq 19,2$	17,5 - 19,1	16 - 17,4	< 16
117	$\geq 19,6$	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	$< 17,3$

Anexo 15: Tabela de Índice de Massa Corporal para Idade em raparigas dos 5 - 18 anos

Altura (cm)	Normal P/A ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/A ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/A ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/A < -3 DP (kg)
65	$\geq 6,9$	6,3 - 6,8	5,9 - 6,2	$< 5,9$
66	$\geq 7,1$	6,5 - 7	6,1 - 6,4	$< 6,1$
67	$\geq 7,3$	6,7 - 7,2	6,2 - 6,6	$< 6,2$
68	$\geq 7,5$	6,9 - 7,4	6,4 - 6,8	$< 6,4$
69	$\geq 7,7$	7,1 - 7,6	6,6 - 7	$< 6,6$
70	$\geq 7,9$	7,3 - 7,8	6,8 - 7,2	$< 6,8$
71	$\geq 8,1$	7,5 - 8	6,9 - 7,4	$< 6,9$
72	$\geq 8,3$	7,7 - 8,2	7,1 - 7,6	$< 7,1$
73	$\geq 8,5$	7,9 - 8,4	7,3 - 7,8	$< 7,3$
74	$\geq 8,7$	8 - 8,6	7,4 - 7,9	$< 7,4$
75	$\geq 8,9$	8,2 - 8,8	7,6 - 8,1	$< 7,6$
76	$\geq 9,1$	8,4 - 9	7,7 - 8,3	$< 7,7$
77	$\geq 9,2$	8,5 - 9,1	7,9 - 8,4	$< 7,9$
78	$\geq 9,4$	8,7 - 9,3	8 - 8,6	< 8
79	$\geq 9,6$	8,8 - 9,5	8,2 - 8,7	$< 8,2$
80	$\geq 9,7$	9 - 9,6	8,3 - 8,9	$< 8,3$
81	$\geq 9,9$	9,2 - 9,8	8,5 - 9,1	$< 8,5$
82	$\geq 10,1$	9,4 - 10	8,7 - 9,3	$< 8,7$
83	$\geq 10,3$	9,5 - 10,2	8,8 - 9,4	$< 8,8$
84	$\geq 10,5$	9,7 - 10,4	9 - 9,6	< 9
85	$\geq 10,8$	10 - 10,7	9,2 - 9,9	$< 9,2$
86	≥ 11	10,2 - 10,9	9,4 - 10,1	$< 9,4$
87	$\geq 11,2$	10,4 - 11,1	9,6 - 10,3	$< 9,6$
88	$\geq 11,5$	10,6 - 11,4	9,8 - 10,5	$< 9,8$
89	$\geq 11,7$	10,8 - 11,6	10 - 10,7	< 10
90	$\geq 11,9$	11 - 11,8	10,2 - 10,9	$< 10,2$
91	$\geq 12,1$	11,2 - 12	10,4 - 11,1	$< 10,4$
92	$\geq 12,3$	11,4 - 12,2	10,6 - 11,3	$< 10,6$
93	$\geq 12,6$	11,6 - 12,5	10,8 - 11,5	$< 10,8$
94	$\geq 12,8$	11,8 - 12,7	11 - 11,7	< 11
95	≥ 13	12 - 12,9	11,1 - 11,9	$< 11,1$
96	$\geq 13,2$	12,2 - 13,1	11,3 - 12,1	$< 11,3$
97	$\geq 13,4$	12,4 - 13,3	11,5 - 12,3	$< 11,5$
98	$\geq 13,7$	12,6 - 13,6	11,7 - 12,5	$< 11,7$
99	$\geq 13,9$	12,9 - 13,8	11,9 - 12,8	$< 11,9$
100	$\geq 14,2$	13,1 - 14,1	12,1 - 13	$< 12,1$
101	$\geq 14,4$	13,3 - 14,3	12,3 - 13,2	$< 12,3$
102	$\geq 14,7$	13,6 - 14,6	12,5 - 13,5	$< 12,5$
103	$\geq 14,9$	13,8 - 14,8	12,8 - 13,7	$< 12,8$
104	$\geq 15,2$	14 - 15,1	13 - 13,9	< 13
105	$\geq 15,5$	14,3 - 15,4	13,2 - 14,2	$< 13,2$
106	$\geq 15,8$	14,5 - 15,7	13,4 - 14,4	$< 13,4$
107	$\geq 16,1$	14,8 - 16	13,7 - 14,7	$< 13,7$
108	$\geq 16,4$	15,1 - 16,3	13,9 - 15	$< 13,9$
109	$\geq 16,7$	15,3 - 16,6	14,1 - 15,2	$< 14,1$
110	≥ 17	15,6 - 16,9	14,4 - 15,5	$< 14,4$
111	$\geq 17,3$	15,9 - 17,2	14,6 - 15,8	$< 14,6$
112	$\geq 17,6$	16,2 - 17,5	14,9 - 16,1	$< 14,9$
113	≥ 18	16,5 - 17,9	15,2 - 16,4	$< 15,2$
114	$\geq 18,3$	16,8 - 18,2	15,4 - 16,7	$< 15,4$
115	$\geq 18,6$	17,1 - 18,5	15,7 - 17	$< 15,7$
116	≥ 19	17,4 - 18,9	16 - 17,3	< 16
117	$\geq 19,3$	17,7 - 19,2	16,2 - 17,6	$< 16,2$
118	$\geq 19,7$	18 - 19,6	16,5 - 17,9	$< 16,5$
119	≥ 20	18,3 - 19,9	16,8 - 18,2	$< 16,8$
120	$\geq 20,4$	18,6 - 20,3	17,1 - 18,5	$< 17,1$

Anexo 16: Tabela de índice de Massa Corporal para Idade em rapazes dos 5 - 18 anos

Idade (Anos : Meses)	Normal ≥-1 DP (IMC)	Desnutrição LIGEIRA ≥-2 e < -DP (IMC)	Desnutrição MODERADA ≥-3 e < -2 DP (IMC)	Desnutrição GRAVE <-3 DP (IMC)
5:1	≥ 13,9	12,7 - 13,8	11,8 - 12,6	<11,8
5:6	≥ 13,9	12,7 - 13,8	11,7 - 12,6	< 11,7
6:0	≥ 13,9	12,7 - 13,8	11,7 - 12,6	< 11,7
6:6	≥ 13,9	12,7 - 13,8	11,7 - 12,6	< 11,7
7:0	≥ 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	≥ 14,1	12,9 - 14	11,9 - 12,8	< 11,9
8:6	≥ 14,3	13 - 14,2	12 - 12,9	< 12
9:0	≥ 14,4	13,1 - 14,3	12,1 - 13	< 12,1
9:6	≥ 14,6	13,3 - 14,5	12,2 - 13,2	< 12,2
10:0	≥ 14,8	13,5 - 14,7	12,4 - 13,4	< 12,4
10:6	≥ 15,1	13,7 - 15	12,5 - 13,6	< 12,5
11:0	≥ 15,3	13,9 - 15,2	12,7 - 13,8	< 12,7
11:6	≥ 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	≥ 16,3	14,7 - 16,2	13,4 - 14,6	< 13,4
13:0	≥ 16,6	14,9 - 16,5	13,6 - 14,8	< 13,6
13:6	≥ 16,9	15,2 - 16,8	13,8 - 15,1	< 13,8
14:0	≥ 17,2	15,4 - 17,1	14 - 15,3	< 14
14:6	≥ 17,5	15,7 - 17,4	14,2 - 15,6	< 14,2
15:0	≥ 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	≥ 18,2	16,2 - 18,1	14,6 - 16,1	< 14,6
16:6	≥ 18,3	16,3 - 18,2	14,7 - 16,2	< 14,7
17:0	≥ 18,4	16,4 - 18,3	14,7 - 16,3	< 14,7
17:6	≥ 18,5	16,4 - 18,4	14,7 - 16,3	< 14,7
18:0	≥ 18,6	16,4 - 18,95	14,7 - 16,3	< 14,7

Anexo 17: Teste de apetite

Para além da avaliação da presença ou ausência de complicações médicas, o teste do apetite constitui um dos critérios mais importantes para se decidir se uma criança ou adolescente com DAG deve ser tratado em ambulatório ou no internamento.

As respostas fisiopatológicas às deficiências de nutrientes em crianças ou adolescentes com DAG, perturbam as funções do fígado 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 com falta de apetite, correm maior risco de morte.

O apetite é testado no momento da admissão e o teste é repetido em cada visita de seguimento à Unidade Sanitária.

Pontos a ter em conta na realização de um teste do apetite:

- Realizar o teste do apetite num lugar ou canto tranquilo onde a criança e a mãe ou o provedor de cuidados possam estar confortáveis para a criança familiarizar-se com o ATPU e poder consumi-lo tranquilamente. Geralmente a criança ou adolescente come o ATPU em 30 minutos.
- Explicar à mãe ou ao provedor de cuidados a finalidade do teste e descrever o processo;
- Orientar a mãe ou ao provedor de cuidados para:
 - Lavar as mãos antes de dar o ATPU
 - Delicadamente dar-lhe o ATPU
 - Incentivar a criança a comer ATPU sem a forçar
 - Oferecer água potável* para beber enquanto a criança está a comer o ATPU
- Observar a criança a comer o ATPU durante 30 minutos e depois decidir se a criança passa ou falha o teste

Critérios para o teste do Apetite:

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

Nota: Uma criança que não passar o teste do apetite deve ser internada para receber o tratamento no hospital, independentemente da presença ou ausência de outras complicações médicas.

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

Anexo 18: Livro de registos da CCS



República de Moçambique
Ministério da Saúde

Posto Fixo

Brigada Móvel

CCS

LIVRO DE REGISTOS DA CONSULTA DA CRIANÇA SADIA

Provincia _____

Nº do Livro: _____


Distrito _____

Data do Início do Livro _____

Unidade Sanitária _____

MOD-SIS-BO9

Anexo 19: Resumo diário da CCS



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Província _____ Distrito _____

Unidade Sanitária _____ Mês _____ Ano _____ PF BM

MOD - SIS B09 - A SMI-RESUMO DIÁRIO DA CONSULTA da CRIANÇA SADIÀ na US

Nº de Indicações Institucionais	INDICADORES/CARACTERÍSTICAS		Mês												Total (A)			
			Die	Die	Die	Die	Die	Die	Die	Die	Die	Die	Die	Die		Die		
1	Informação geral da Criança	Total Masculinos																
2		Total Femininos																
3		Nº Total de Consultas																
4		Primeiras Consultas (0-59 Meses)																
5		0-5 Meses																
6		6-11 Meses																
7		12- 23 Meses																
8		24-59 Meses																
9		Total de Primeiras Consultas (0-59 Meses)																
10		Consultas Seguintes 0-59 Meses																
11		0-5 Meses																
12		6-11 Meses																
13		12- 23 Meses																
14		24-59 Meses																
15		Total de Consultas Seguintes (0-59 meses)																
16		Consultas de 5 a 14 anos (1ª e CS)																
17		Total de Consultas dos 0 a 14 anos 1ª e consultas seguintes																
18	Estado Nutricional	Crescimento Insuficiente	Número de Crianças 0-23 Meses com Crescimento Insuficiente Atendidas na CCS															
19			Número de Crianças 24-59 meses com Crescimento Insuficiente Atendidas na CCS															
20		Baixo Peso/idade (PI/I)	Número de Crianças de 0-23 Meses com Baixo Peso/idade Atendidas na CCS															
21			Número de Crianças de 24-59 Meses com Baixo Peso/idade Atendidas na CCS															
22		Sobrepeso / Obesidade (PIA)	Número de Crianças de 0-23 Meses com Sobrepeso/ Obesidade Atendidas na CCS															
23		Número de Crianças de 24-59 Meses com Sobrepeso/ Obesidade Atendidas na CCS																
24	Desnutrição Aguda (PIA ou PI)	Número de Crianças de 0-23 Meses com Desnutrição Aguda Atendidas na CCS																
25		Número de Crianças de 24-59 Meses com Desnutrição Aguda Atendidas na CCS																
26	Desnutrição Crónica (E/I)	Número de Crianças de 0-5 Meses com Desnutrição Crónica Atendidas na CCS																
27		Número de Crianças de 6-23 Meses com Desnutrição Crónica Atendidas na CCS																
28		Número de Crianças de 24-59 Meses com Desnutrição Crónica Atendidas na CCS																
29	Atraso do Desenv. Psicomotor	Total de Crianças 0-23 Meses com Atraso de Desenvolvimento Psicomotor identificado pela 1ª vez																
30		Total de Crianças 24-59 Meses com Atraso de Desenvolvimento Psicomotor identificado pela 1ª vez																
31	Alimentação Materna	Alimentação Materna Exclusiva (<6 meses)																
32		Alimentação Materna Continuado (6 - 11 meses)																
33	Prevenção de Infecções de Múltiplas causas	Suplementação com vitA		Número de Crianças 6-11 Meses Suplementadas com Vitamina A														
34				Número de crianças 12-59 meses suplementadas com vitamina A														
35		Fortificação Alimentar Caseira com Multivitaminadas (MNP)		Número de Crianças 0-5 Meses que receberam a 1ª dose de MNP														
36				Número de Crianças 6-23 Meses que receberam a 2ª dose de MNP														
37			Número de Crianças 6-23 Meses que receberam a 3ª dose de MNP															
38	Desparasitação		Número de Crianças 12-59 Meses que receberam o Desparasitante															
39	Total de Mães com Soroestado Desconhecido																	
40	Total de Mães Testadas para HIV																	
41	Total de Mães com Teste de HIV Positivo																	
42	Total de Mães com Teste de HIV Negativo																	
43	Total de Mães com Teste de HIV Indeterminado																	
44	Total de Crianças Elegíveis para Testagem																	
45	Total de Crianças Testadas																	
46	Total de Crianças com Teste de HIV Positivo																	
47	Total de Crianças com Teste de HIV Negativo																	
48	Total de Crianças com Teste de HIV Indeterminado																	
49	Total de Crianças com história de Contacto com TB																	
50	Total de Crianças com Sinais e Sintomas de TB																	
51	Total de Crianças Referidas																	
52	Total de Crianças Referidas para a CCS																	
53	Total de Crianças Referidas para o Banco de Soroconjugação de Pediatría/Internamento																	
54	Total de Crianças Referidas para a Consulta de Criança Doente (Triagem Psíquica, Consulta Médica, Consulta Especializada/Doenças Crónicas)																	

Compilado por: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Anexo 20: Resumo mensal da CCS



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Provincia _____ Distrito _____



Unidade Sanitária _____ Mês _____ Ano _____ PF BM

MOD - SIS B09 - A

SMI-RESUMO DIÁRIO DA CONSULTA da CRIANÇA SADIA na US

Nº da Linha do Resumo Diário	INDICADORES/CARACTERÍSTICAS	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Total (A)
1	Total Masculinos																		
2	Total Femininos																		
3	Nº Total de Consultas																		
4	Primeiras Consultas (0-59 Meses)																		
5	0-5 Meses																		
6	6-11 Meses																		
7	12- 23 Meses																		
8	24-59 Meses																		
9	Total de Primeiras Consultas (0-59 Meses)																		
10	Consultas Seguintes 0-59 Meses																		
11	0-5 Meses																		
12	6-11 Meses																		
13	12- 23 Meses																		
14	24-59 Meses																		
15	Total de Consultas Seguintes (0-59 meses)																		
16	Consultas de 5 a 14 anos (1°C e CS)																		
17	Total de Consultas dos 0 a 14 anos (1°C e consultas seguintes)																		
18	Crescimento Insuficiente	Número de Crianças 0-23 Meses com Crescimento Insuficiente Atendidas na CCS																	
19		Número de Crianças 24-59 meses com Crescimento Insuficiente Atendidas na CCS																	
20	Baixo Peso/Idade (P/I)	Número de Crianças de 0-23 Meses com Baixo Peso/ Idade Atendidas na CCS																	
21		Número de Crianças de 24-59 Meses com Baixo Peso/ Idade Atendidas na CCS																	
22	Sobrepeso / Obesidade (P/A)	Número de Crianças de 0-23 Meses com Sobrepeso/ Obesidade Atendidas na CCS																	
23		Número de Crianças de 24-59 Meses com Sobrepeso/ Obesidade Atendidas na CCS																	
24	Desnutrição Aguda (P/A ou PB)	Número de Crianças de 0-23 Meses com Desnutrição Aguda Atendidas na CCS																	
25		Número de Crianças de 24-59 Meses com Desnutrição Aguda Atendidas na CCS																	
26	Estado Nutricional	Número de Crianças de 0-5 Meses com Desnutrição Crónica Atendidas na CCS																	
27		Número de Crianças de 6-23 Meses com Desnutrição Crónica Atendidas na CCS																	
28		Número de Crianças de 24-59 Meses com Desnutrição Crónica Atendidas na CCS																	
29	Atraso do Desenv. Psicomotor	Total de Crianças 0-23 Meses com Atraso de Desenvolvimento Psicomotor identificado pela 1ª vez																	
30		Total de Crianças 24-59 Meses com Atraso de Desenvolvimento Psicomotor identificado pela 1ª vez																	
31	Aleitamento Materno	Aleitamento Materno Exclusivo (<6 meses)																	
32		Alimentação Materno Continuado (6 - 11 meses)																	
33	Prevenção das Deficiências de Micronutrientes	Suplementação com vit. A	Número de Crianças 6-11 Meses Suplementadas com Vitamina A																
34			Número de crianças 12-59 meses suplementadas com vitamina A																
35		Fortificação Alimentar Caseira com Micronutrientes (MNP)	Número de Crianças 6-23 Meses que receberam a 1ª dose de MNP																
36			Número de Crianças 6-23 Meses que receberam a 2ª dose de MNP																
37		Número de Crianças 6-23 Meses que receberam a 3ª Dose de MNP																	
38	Desparasitação	Número de Crianças 12-59 Meses que receberam o Desparasitante																	
39	Rastreamento de HIV e Tuberculose	Total de Mães com Seroestado Desconhecido																	
40		Total de Mães Testadas para HIV																	
41		Total de Mães com Teste de HIV Positivo																	
42		Total de Mães com Teste de HIV Negativo																	
43		Total de Mães com Teste de HIV Indeterminado																	
44		Total de Crianças Elegíveis para Testagem																	
45		Total de Crianças Testadas																	
46		Total de Crianças com Teste de HIV Positivo																	
47		Total de Crianças com Teste de HIV Negativo																	
48		Total de Crianças com Teste de HIV Indeterminado																	
49	Total de Crianças com história de Contacto com TB																		
50	Total de Crianças com Sinais e Sintomas de TB																		
51	Local para onde foi Referida	Total de Crianças Referidas																	
52		Total de Crianças Referidas para a CCR																	
53		Total de Crianças Referidas para o Banco de Socorro/Urgência de Pediatria/Internamento																	
54		Total de Crianças Referidas para a Consulta de Criança Doente (Triage Pediatria, Consulta Médica, Consulta Especializada/Doenças Crónicas)																	

Anexo 21: Livro de registos da CCR

	<input type="checkbox"/>	Posto Fixo	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	Brigada Móvel	<input type="checkbox"/>
<p>República de Moçambique Ministério da Saúde</p>  <p>LIVRO DE REGISTOS DA CONSULTA DA CRIANÇA DOENTE</p>			
Província	_____	Nº do Livro:	_____
Distrito	_____	Data do Início do Livro	____/____/____
Unidade Sanitária	_____		
MOD-SIS-BO8			

Anexo 22: Resumo mensal da CCR



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

Provincia _____ Distrito _____


Unidade Sanitária _____ Mês _____ Ano _____ PF BM

MOD - SIS B08- A

SMI-RESUMO DIÁRIO DA CONSULTA da CRIANÇA DOENTE na US

Nº na linha do Resumo Diário	INDICADORES/CARACTERÍSTICAS		Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Dia:	Total (A)	
	1	Total de Masculinos																		
2	Total de Femininos																			
3	Nº Total de Consultas																			
4	Informação Geral sobre a Criança	Sexo																		
5		Primeiras Consultas																		
6		0-5 Meses																		
7		6-11 Meses																		
8		12-23 Meses																		
9		24-59 Meses																		
10		5-14 Anos																		
11		Total de Primeiras Consultas																		
12		Consultas Seguintes																		
13		0-5 Meses																		
14		6-11 Meses																		
15		12-23 Meses																		
16		24-59 Meses																		
17		5-14 Anos																		
18		Total de Consultas Seguintes																		
19		TOTAL DE CONSULTAS dos 0-14 anos (1ª e Consultas de seguimento)																		
20		Estado Nutricional	Baixo peso/idade moderado		Total de crianças observadas na CCD com baixo peso/idade moderado															
21	Baixo peso/idade grave		Total de crianças observadas na CCD com baixo peso/idade grave																	
22	Desnutrição Aguda moderada		Total de crianças observadas na CCD com desnutrição aguda moderada																	
23	Desnutrição Aguda grave		Total de crianças observadas na CCD com desnutrição aguda grave																	
24	Anemia em crianças 0-5 meses por diagnóstico clínico		Nº de crianças 0-5 meses clinicamente diagnosticadas com anemia																	
25	Anemia em crianças 6-23 meses por diagnóstico clínico		Nº de crianças 6-23 meses clinicamente diagnosticadas com anemia																	
26	Anemia em crianças 24-59 meses por diagnóstico clínico		Nº de crianças 24-59 meses clinicamente diagnosticadas com anemia																	
27	Anemia em crianças 5-14 anos por diagnóstico clínico		Nº de crianças 5-14 anos clinicamente diagnosticadas com anemia																	
28	Prevenção de Micronutrientes	Suplementação com VitA		Número de crianças 6-11 meses suplementadas com vitamina A																
29		Desparasitação		Número de crianças 12-59 meses suplementadas com vitamina A																
30		Número de crianças 12-59 meses que receberam o desparasitante																		
31		Total de crianças elegíveis para testagem																		
32		Total de crianças testadas																		
33		Total de crianças com teste HIV positivo																		
34		Total de crianças com teste HIV Negativo																		
35		Total de crianças com teste HIV Indeterminado																		
36		Total de crianças que iniciam profilaxia com CTZ																		
37		Total de crianças que referem contacto com TB																		
38	Total de crianças com sinais e sintomas de tuberculose																			
39	Atraso de Desenvolvimento Psicomotor		Total de crianças de 0-59 meses com atraso de desenvolvimento psicomotor identificado pela 1ª vez																	
40	Novos casos	Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 0-59M com resultado do Teste de Malária Positivo (TDR ou HTZ)																
41		Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 0-59M com resultado do Teste de Malária Negativo (TDR ou HTZ)																
42		Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 5-14A com resultado do Teste para Malária Positivo (TDR ou HTZ)																
43		Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 5-14A com resultado do Teste para Malária Negativo (TDR ou HTZ)																
44		Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 0-59 meses com diagnóstico de novo caso de malária confirmada e tratadas com AL (Coartem)																
45		Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 0-59 meses com diagnóstico de novo caso de malária confirmada e tratadas com Artesunato+amodiaquina (ASAQ)																
46		Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 0-59 meses com diagnóstico de novo caso de malária confirmada e tratadas com Artesunato (AS)																
47		Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 0-59 meses com diagnóstico de novo caso de malária confirmada e tratadas com Quinino																
48		Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 5-14 anos com diagnóstico de novo caso de malária confirmada e tratadas com AL (Coartem)																
49		Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 5-14 anos com diagnóstico de novo caso de malária confirmada e tratadas com Artesunato+amodiaquina (ASAQ)																
50		Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 5-14 anos com diagnóstico de novo caso de malária confirmada e tratadas com Artesunato (AS)																
51	Málicia confirmada e tratada (TDR/HTZ)		Total de crianças de 5-14 anos com diagnóstico de novo caso de malária confirmada e tratadas com Quinino																	
52	Novos casos	Diarreia		Total de crianças de 0-59 Meses diagnosticadas como novo caso de Diarreia																
53		Diarreia		Total de crianças de 0-59 Meses diagnosticadas como novo caso de Diarreia e tratadas com SRO e ZINCO																
54		Diarreia		Total de crianças de 0-59 Meses diagnosticadas como novo caso de Diarreia e tratadas só com ZINCO																
55		Diarreia		Total de crianças de 0-59 Meses diagnosticadas como novo caso de Diarreia e tratadas só com SRO																
56		Diarreia		Total de crianças de 5-14A diagnosticadas como novo caso de Diarreia																
57		Diarreia		Total de crianças de 5-14A diagnosticadas como novo caso de Diarreia e tratadas com SRO e ZINCO																
58		Diarreia		Total de crianças de 5-14A diagnosticadas como novo caso de Diarreia e tratadas só com ZINCO																
59		Diarreia		Total de crianças de 5-14A diagnosticadas como novo caso de Diarreia e tratadas só com SRO																
60		Diarreia		Total de crianças de 0-59 Meses diagnosticadas como novo caso de Disenteria																
61		Diarreia		Total de crianças de 0-59 Meses diagnosticadas como novo caso de Disenteria e tratadas com Ciprofloxacina																
62	Diarreia		Total de crianças de 5-14A diagnosticadas como novo caso de Disenteria																	
63	Diarreia		Total de crianças de 5-14A diagnosticadas como novo caso de Disenteria e tratadas com Ciprofloxacina																	
64	Novos casos	Pneumonia		Total de crianças de 0-59 Meses diagnosticadas como novo caso de Pneumonia																
65		Pneumonia		Total de crianças de 0-59 Meses diagnosticadas como novo caso de Pneumonia e tratadas com Amoxicilina																
66		Pneumonia		Total de crianças de 5-14 diagnosticadas como novo caso de Pneumonia																
67		Pneumonia		Total de crianças de 5-14A diagnosticadas como novo caso de Pneumonia e tratadas com Amoxicilina																
68	Outros diagnósticos	Outros diagnósticos		Total de crianças de 0-59 Meses diagnosticadas como novo caso de outras doenças																
69		Outros diagnósticos		Total de crianças de 5-14A diagnosticadas como novo caso de outras doenças																
70	Referência		Total de crianças referidas																	
71	Referência		Total de crianças referidas para Consulta de criança em risco																	
72	Referência		Total de crianças referidas para Urgência de pediatria ou Banco de Socorros/internamento																	
73	Referência		Total de crianças referidas para Consulta Médica/especializada/doença crónica																	

Anexo 23: Ficha individual da criança na CCR

 REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE MINISTÉRIO DA SAÚDE																																	
CONSULTA DA CRIANÇA EM RISCO																																	
Data de abertura do processo _____ NID _____																																	
Nome _____ Sexo: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Data de nascimento _____																																	
Residência: Distrito _____ Localidade _____ Circulo _____																																	
Aldeia (Bairro) _____ Célula _____ Casa _____ Quarteirão _____																																	
Ponto de referência _____																																	
Endereço de habitação temporária _____ em casa de _____																																	
Nome da mãe _____ Local de Trabalho _____																																	
Nome do pai _____ Local de Trabalho _____																																	
Pessoa a contactar em caso de necessidade _____ Telefones _____																																	
Visitas domiciliares- Consentimento <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não																																	
Motivo da consulta <input type="checkbox"/> Prematuridade <input type="checkbox"/> Peso ao nascer inferior a 2,5 kg <input type="checkbox"/> Crescimento insuficiente <input type="checkbox"/> Desnutrição aguda <input type="checkbox"/> Exposição ao HIV, código PTV _____ <input type="checkbox"/> Mãe falecida/ausente <input type="checkbox"/> Contacto com Tuberculose <input type="checkbox"/> Gémeos <input type="checkbox"/> Leite artificial ou desmame brusco <input type="checkbox"/> Migração recente da família <input type="checkbox"/> Outro.....	Local do parto <input type="checkbox"/> Maternidade <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Caminho Peso ao nascimento _____ gr Perimetro craniano _____ cm Idade gestacional _____ semanas	Tipo do parto <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Cesariana <input type="checkbox"/> Ventosa <input type="checkbox"/> Pélvico	Aleitamento <input type="checkbox"/> Materno <input type="checkbox"/> Artificial <input type="checkbox"/> Misto Idade de Desmame _____ Motivo do desmame _____																														
Alimentação actual _____																																	
PTV Mãe <input type="checkbox"/> Monoprofilaxia (Ex.:NVP) <input type="checkbox"/> Biprofilaxia <input type="checkbox"/> Triprofilaxia <input type="checkbox"/> TARV <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outro _____	PTV Criança <input type="checkbox"/> NVP <input type="checkbox"/> AZT <input type="checkbox"/> NVP+AZT <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Outro _____	Antecedentes pessoais da criança Causas de internamentos _____ Transfusão de sangue: _____ Doenças anteriores: _____ _____ _____																															
Outras doenças na família <input type="checkbox"/> Doença alérgica <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças cardíacas	Contacto com tuberculose <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Domiciliar <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não domiciliar																															
Situação social <table border="0"> <tr> <td>Agregado familiar</td> <td>Casa</td> <td>Tem fonte de água</td> <td>Rede mosquiteira (REMTIL)</td> <td>Excretas</td> </tr> <tr> <td>Adultos _____</td> <td><input type="checkbox"/> Caniço/bambu</td> <td><input type="checkbox"/> Poço</td> <td><input type="checkbox"/> Sim</td> <td><input type="checkbox"/> Latrina melhorada</td> </tr> <tr> <td>Crianças _____</td> <td><input type="checkbox"/> Chapa</td> <td><input type="checkbox"/> Água canalizada</td> <td><input type="checkbox"/> Não</td> <td><input type="checkbox"/> Sanitário</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Bloco</td> <td><input type="checkbox"/> Fonte de água mais</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Nenhum</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Outro _____</td> <td><input type="checkbox"/> De 50 metros</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Outro _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Agregado familiar	Casa	Tem fonte de água	Rede mosquiteira (REMTIL)	Excretas	Adultos _____	<input type="checkbox"/> Caniço/bambu	<input type="checkbox"/> Poço	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Latrina melhorada	Crianças _____	<input type="checkbox"/> Chapa	<input type="checkbox"/> Água canalizada	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sanitário		<input type="checkbox"/> Bloco	<input type="checkbox"/> Fonte de água mais		<input type="checkbox"/> Nenhum		<input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> De 50 metros					<input type="checkbox"/> Outro _____		
Agregado familiar	Casa	Tem fonte de água	Rede mosquiteira (REMTIL)	Excretas																													
Adultos _____	<input type="checkbox"/> Caniço/bambu	<input type="checkbox"/> Poço	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Latrina melhorada																													
Crianças _____	<input type="checkbox"/> Chapa	<input type="checkbox"/> Água canalizada	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sanitário																													
	<input type="checkbox"/> Bloco	<input type="checkbox"/> Fonte de água mais		<input type="checkbox"/> Nenhum																													
	<input type="checkbox"/> Outro _____	<input type="checkbox"/> De 50 metros																															
		<input type="checkbox"/> Outro _____																															
Rendimento <input type="checkbox"/> Agricultura de subsistência <input type="checkbox"/> Emprego <input type="checkbox"/> Autoemprego <input type="checkbox"/> Outro (especifique) _____																																	
<input type="checkbox"/> Apoio familiar <input type="checkbox"/> Apoio do INAS <input type="checkbox"/> Apoio de outras instituições																																	
Assinatura do Profissional de Saúde: _____		ALTA (data: ____/____/____) <input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Abandono																															

Data da consulta						
Idade (meses / anos)						
Peso actual (kg)						
Estatura (cm)						
Peso/Estatura (DP)						
PC (perímetro craniano)						
Vacinas em dia (sim/não)						
Vitamina A em dia (sim/não)						
Desparasitação em dia (sim/não)						
História actual						
Diarreia						
Tosse						
Febre						
Contacto com tuberculose						
Dorme sob rede mosquiteira						
Outro:						
Avaliação clínica						
Sinais de perigo						
Palidez palmar						
Desidratação						
Respiração rápida						
Edema						
Candidíase oral						
Dermatite						
Adenomegalias						
Secreção do ouvido						
Atraso no desenvolvimento psicomotor						
Outro						
Testes efectuados:						
PCR (data da colheita)						
PCR (resultado)						
HIV (teste rápido) : resultado						
Mantoux (Data / resultado)						
Hemoglobina (mg/dl)						
Plasmódio (TDR)						
Outro						
Diagnóstico						
Tratamento						
Profilaxia com Cotrimoxazol						
Profilaxia com Isoniazida						
Profilaxia com Nevirapina						
Amoxicilina						
Nistatina						
Antimaláricos						
Mebendazol						
Multivitaminas						
Vitamina A						
SRO						
Zinco						
Tratamento nutricional ATPU						
Tratamento nutricional CSB						
Outro:						
Alimentação infantil						
Aleitamento materno exclusivo						
Aleitamento artificial						
Aleitamento misto						
Alimentação complementar						
Referido para						
Internamento						
Consulta médica						
Data da consulta seguinte (dd/mm/aa)						
Alta						
Curado						
Abandono						
Transferido para C. Doença crónica						
Óbito						
Assinatura (legível)						

5ª visita		6ª visita		7ª visita		Alta	
Data		Data		Data		Dias totais:	Instruções de preenchimento do Livro de Registro do PRN
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:	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 sucessivamente até o final do mês. Recomece a sequência para cada caso novo que se apresentar no início do mês seguinte.
Quantidade	Estatura (cm)	Quantidade	Estatura (cm)	Quantidade	Estatura (cm)	Indicar:	Nº de NID: Inserir o número do NID atribuído ao doente.
Peso (kg)	PB (cm)	Peso (kg)	PB (cm)	Peso (kg)	PB (cm)	<input type="checkbox"/> Curados	Nome do doente: Escrever o nome completo do doente.
P/E (DP)	(cm)	P/E (DP)	(cm)	P/E (DP)	(cm)	<input type="checkbox"/> Abandonos	Nome do acompanhante: Escrever o nome da pessoa que está na companhia do doente na Unidade Sanitária.
Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	<input type="checkbox"/> Óbito	Comunidade: Escrever o nome da comunidade onde reside o doente.
						<input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária	Idade: A idade do doente deve ser expressa em meses para crianças dos 6 aos 59 meses
Data		Data		Data		Dias totais:	Sexo: Escrever o sexo do doente (masculino ou feminino).
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:	Razão de tratamento: Indicar o motivo que leva a criança a ser tratada, fazendo um círculo em volta dos seguintes números: 1 e 2
Quantidade	Estatura (cm)	Quantidade	Estatura (cm)	Quantidade	Estatura (cm)	Indicar:	1: Criança com DAG
Peso (kg)	PB (cm)	Peso (kg)	PB (cm)	Peso (kg)	PB (cm)	<input type="checkbox"/> Curados	2: Criança com DAM
P/E (DP)	(cm)	P/E (DP)	(cm)	P/E (DP)	(cm)	<input type="checkbox"/> Abandonos	Proveniência: Indicar com um "x" se se trata de uma nova admissão ou de uma re-admissão devido a uma das razões listadas.
Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	<input type="checkbox"/> Óbito	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.
						<input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária	Data: Neste campo escreve-se a data em que o doente se apresenta na Unidade Sanitária para ser avaliado.
Data		Data		Data		Dias totais:	Tipo de suplemento: Neste campo escreve-se o tipo de suplemento, se é MAE ou ATPU.
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:	Quantidade: Escrever a quantidade de suplemento recebido na data da visita à Unidade Sanitária. Se for ATPU, a quantidade será expressa em saquetas, e se for MAE, a quantidade será expressa em quilogramas(kg).
Quantidade	Estatura (cm)	Quantidade	Estatura (cm)	Quantidade	Estatura (cm)	Indicar:	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).
Peso (kg)	PB (cm)	Peso (kg)	PB (cm)	Peso (kg)	PB (cm)	<input type="checkbox"/> Curados	Estatura: Escrever a estatura do doente depois de medida no altímetro (altura ou comprimento). Para as crianças menores de 5 anos a estatura deve ser expressa em centímetros (cm).
P/E (DP)	(cm)	P/E (DP)	(cm)	P/E (DP)	(cm)	<input type="checkbox"/> Abandonos	Peso/Estatura: Escrever o índice de peso para estatura de acordo com as tabelas de peso-para-estatura.
Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	<input type="checkbox"/> Óbito	PB: Neste campo escreve-se o perímetro braquial do doente, de acordo com a medição feita a este.
						<input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária	Estado de HIV: Para doentes com estado desconhecido, deve se fazer o seguimento do teste nas visitas seguintes.
Data		Data		Data		Dias totais:	Alta: Neste campo deverá registar-se as seguintes informações:
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:	Dias totais: O tempo em que o doente permaneceu em tratamento ou suplementação (n.º de dias).
Quantidade	Estatura (cm)	Quantidade	Estatura (cm)	Quantidade	Estatura (cm)	Indicar:	Quantidade total recebida: Registrar a quantidade total de ATPU ou MAE que o doente recebeu durante o tempo que esteve em tratamento ou suplementação.
Peso (kg)	PB (cm)	Peso (kg)	PB (cm)	Peso (kg)	PB (cm)	<input type="checkbox"/> Curados	Indicar a categoria da alta: Pondo um círculo na opção certa, se o doente curou, morreu, abandonou, etc. e a data de ocorrência.
P/E (DP)	(cm)	P/E (DP)	(cm)	P/E (DP)	(cm)	<input type="checkbox"/> Abandonos	Nota: No fim de cada folha preenchida, o responsável pelo preenchimento do livro deve assinar no campo providenciado.
Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	Estado de HIV (circular)	+ - Desc	<input type="checkbox"/> Óbito	
						<input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária	

5ª visita		6ª visita		7ª visita		Alta	
<p>Instruções de preenchimento do Livro de Registro do PRN 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 sucessivamente 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 ou adolescente a ser tratado, fazendo um círculo em volta de um dos seguintes números: 5; 6; 7; ou 8 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 re-admissão devido a uma das razões listadas. Visitas: O livro de registro 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 MAE ou ATPU. Quantidade: Escrever a quantidade de suplemento recebido na data da visita a Unidade Sanitária. Se for 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 menores de 5 anos a estatura deve ser expressa em centímetros (cm). IMC/Idade: Escrever o índice de peso para estatura de acordo com as tabelas de peso-para-estatura. 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 registrar-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 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.</p>		<p>Dias totais: Quantidade total recebida: Indicar: <input type="checkbox"/> Curados <input type="checkbox"/> Abandonado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária</p>		<p>Dias totais: Quantidade total recebida: Indicar: <input type="checkbox"/> Curados <input type="checkbox"/> Abandonado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária</p>		<p>Dias totais: Quantidade total recebida: Indicar: <input type="checkbox"/> Curados <input type="checkbox"/> Abandonado <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária</p>	
<p>Data</p> <p>Tipo de suplemento</p> <p>Quantidade</p> <p>Peso (kg)</p> <p>Estatura (cm)</p> <p>IMC/Idade (DP)</p> <p>Estado de HIV (circular)</p> <p>+ - Desc</p>		<p>Data</p> <p>Tipo de suplemento</p> <p>Quantidade</p> <p>Peso (kg)</p> <p>Estatura (cm)</p> <p>IMC/Idade (DP)</p> <p>Estado de HIV (circular)</p> <p>+ - Desc</p>		<p>Data</p> <p>Tipo de suplemento</p> <p>Quantidade</p> <p>Peso (kg)</p> <p>Estatura (cm)</p> <p>IMC/Idade (DP)</p> <p>Estado de HIV (circular)</p> <p>+ - Desc</p>		<p>Data</p> <p>Tipo de suplemento</p> <p>Quantidade</p> <p>Peso (kg)</p> <p>Estatura (cm)</p> <p>IMC/Idade (DP)</p> <p>Estado de HIV (circular)</p> <p>+ - Desc</p>	
<p>Data</p> <p>Tipo de suplemento</p> <p>Quantidade</p> <p>Peso (kg)</p> <p>Estatura (cm)</p> <p>IMC/Idade (DP)</p> <p>Estado de HIV (circular)</p> <p>+ - Desc</p>		<p>Data</p> <p>Tipo de suplemento</p> <p>Quantidade</p> <p>Peso (kg)</p> <p>Estatura (cm)</p> <p>IMC/Idade (DP)</p> <p>Estado de HIV (circular)</p> <p>+ - Desc</p>		<p>Data</p> <p>Tipo de suplemento</p> <p>Quantidade</p> <p>Peso (kg)</p> <p>Estatura (cm)</p> <p>IMC/Idade (DP)</p> <p>Estado de HIV (circular)</p> <p>+ - Desc</p>		<p>Data</p> <p>Tipo de suplemento</p> <p>Quantidade</p> <p>Peso (kg)</p> <p>Estatura (cm)</p> <p>IMC/Idade (DP)</p> <p>Estado de HIV (circular)</p> <p>+ - Desc</p>	