



**Curso Extracurricular  
“Nutrição sob a Perspectiva dos Determinantes Sociais da Saúde”**

## **Sebenta de Apoio**

**Unidade Temática 3. Carências Nutricionais**

Junho, 2020

## Índice

	Pág.
<b>Lista de Abreviaturas</b> .....	3
<b>1. MALNUTRIÇÃO vs DESNUTRIÇÃO</b> .....	5
1.1. Conceito de malnutrição e desnutrição .....	5
1.2. Formas da desnutrição .....	5
<b>2. SITUAÇÃO NUTRICIONAL NO MUNDO E EM MOÇAMBIQUE</b> .....	6
2.1. Situação nutricional no Mundo .....	6
2.2. Situação nutricional em Moçambique .....	6
<b>3. DESNUTRIÇÃO AGUDA vs CRÓNICA</b> .....	7
3.1. Classificação da desnutrição aguda .....	7
3.1.1. Sinais Clínicos de Marasmo (Emagrecimento Grave) .....	8
3.1.2. Sinais Clínicos de Kwashiorkor (Edema Bilateral) .....	9
3.2. Causas da desnutrição .....	10
3.3. Consequências da desnutrição .....	12
3.4. Diagnóstico da desnutrição .....	12
3.4.1. Avaliação do comprimento para crianças menores de 2 anos .....	13
3.4.2. Avaliação da estatura para crianças maiores de 2 anos, adultos e mulheres grávidas .....	14
3.4.3. Medição do peso usando balança pediátrica .....	15
3.4.4. Medição do peso usando a balança relógio .....	16
3.4.5. Medição do peso usando a balança plataforma .....	17
3.4.6. Medição do perímetro braquial .....	18
3.4.7. Instruções para a classificação do estado nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC)-para-Idade para crianças, adolescentes e adultos .....	19
3.4.8. Avaliação das complicações médicas .....	21
3.4.8.1. Avaliação de edemas .....	21
3.4.8.2. Avaliação de outras complicações médicas .....	23
3.5. Indicadores da desnutrição .....	27
3.6. Componentes do programa de reabilitação .....	28
3.7. Tratamento da desnutrição .....	31
3.7.1. Tratamento da desnutrição no internamento .....	31
3.7.1.1. Tratamento da desnutrição aguda grave das crianças 6-59 meses e de 5-14 anos .....	31



	Pág.
3.7.1.2. Tratamento da desnutrição aguda com complicações médicas de adultos, mulheres grávidas e lactantes .....	41
3.7.1.3. Tratamento da desnutrição aguda em crianças menores de 6 meses ou menos de 4 kg .....	42
3.7.1.3.1. Tratamento da desnutrição em crianças menores de 6 meses de idade, com desnutrição aguda em aleitamento materno ...	43
3.7.1.3.2. Crianças menores de 6 meses de idade com desnutrição aguda, sem aleitamento materno .....	45
3.7.2. Tratamento da desnutrição no ambulatório .....	52
3.7.2.1. Tratamento da desnutrição aguda grave sem complicações médicas .....	52
3.7.2.2. Tratamento da desnutrição aguda moderada .....	59
3.7.3. Medicamentos de rotina .....	68
3.8. Como detectar e reportar casos de desnutrição na comunidade.....	73
3.9. Mobilização Comunitária e Educação Nutricional .....	74
3.10. Técnicas para difundir mensagens de desnutrição na comunidade.....	78
3.11. Monitoria do Programa de Reabilitação Nutricional .....	81
<b>4. DEFICIÊNCIAS EM MICRONUTRIENTES ESPECÍFICOS .....</b>	<b>86</b>
4.1. Deficiência de Ferro .....	86
4.1.1. Factores de risco para deficiência de Ferro .....	86
4.1.2. Manifestações clínicas da deficiência em Ferro .....	87
4.1.3. Intervenções nutricionais .....	88
4.2. Suplementação alimentar com micronutrientes em pó .....	89
4.3. Deficiência da Vitamina A .....	91
4.3.1. Factores de risco para deficiência de Vitamina A .....	91
4.3.2. Manifestações clínicas da deficiência da Vitamina A .....	91
4.3.3. Intervenções nutricionais .....	92
4.4. Deficiência de Iodo .....	93
4.4.1. Factores de risco para a deficiência de Iodo .....	93
4.4.2. Manifestações clínicas da deficiência de Iodo .....	93
4.4.3. Intervenções nutricionais .....	94
4.5. Deficiência de zinco .....	95
4.5.1. Factores de risco para a deficiência de zinco.....	95
4.5.2. Manifestações clínicas da deficiência de zinco.....	95
4.5.3. Intervenções nutricionais .....	95
<b>5. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>97</b>
<b>6. ANEXOS .....</b>	<b>99</b>

---

## Lista de abreviaturas

ACS	Activista Comunitário de Saúde
AIDNI	Atenção Integrada às Doenças Neonatais e da Infância
APE	Agente Polivalente Elementar
ARV	Antiretroviral
ASPU	Alimento Suplementar Pronto para Uso, mais conhecido por Plumpy'sup
ATPU	Alimento Terapêutico Pronto para Uso, mais conhecido por Plumpy'nut
ATS	Aconselhamento e Testagem em Saúde
CCR	Consulta da Criança em Risco
CCS	Consulta da Criança Sadia
CD4	Células de defesa imunitária do tipo T alvos do Vírus da Imunodeficiência Humana; indica o prognóstico do doente
CI	Crescimento Insuficiente
CMV	Mistura de vitaminas e minerais [do Inglês <i>Combined Mineral and Vitamin Complex</i> ]
CSB Plus	Mistura de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais [do Inglês <i>Corn-Soya Blend Plus</i> ]
DAG	Desnutrição Aguda Grave
DAM	Desnutrição Aguda Moderada
DP	Desvio Padrão
DPS	Direcção Provincial de Saúde
EV	Endovenosa
F100	Leite terapêutico usado na fase de transição e fase de reabilitação do tratamento da desnutrição aguda grave
F75	Leite terapêutico usado na fase de estabilização do tratamento da desnutrição aguda grave
IMC	Índice de Massa Corporal
IMC/Idade	Índice de Massa Corporal-para-Idade
Kcal	Kilocalorias
MAE	Mistura Alimentícia Enriquecida, mais conhecida por CSB Plus
P/C	Peso-para-Comprimento
P/E	Peso-para-Estatura
PB	Perímetro Braquial
PRN	Programa de Reabilitação Nutricional
SNG	Sonda Naso-Gástrica



---

SDSGAS	Serviços Distritais de Saúde Género e Acção Social
TDA	Tratamento da Desnutrição em Ambulatório
TDI	Tratamento da Desnutrição no Internamento
VIH/SIDA	Vírus de Imunodeficiência Humana / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida

---

## 1. MALNUTRIÇÃO VS DESNUTRIÇÃO

### 1.1. Conceito de malnutrição e desnutrição

**Malnutrição** é o estado patológico resultante tanto da deficiente ingestão e/ou absorção de nutrientes pelo organismo (desnutrição ou subnutrição), como da ingestão e/ou absorção de nutrientes em excesso (sobrenutrição).

**Desnutrição** é o estado patológico resultante da deficiente ingestão e/ou absorção de nutrientes pelo organismo.

### 1.2. Formas da desnutrição

As diferentes formas da desnutrição são:

- Desnutrição aguda: manifesta-se através de baixo peso para altura e/ou edema bilateral;
- Desnutrição crónica: manifesta-se através de baixa altura para idade;
- Desnutrição de micronutrientes: as formas mais comuns são as deficiências de ferro, de vitamina A, de zinco, de iodo e das vitaminas do complexo B.

O crescimento insuficiente (CI) é diagnosticado numa criança, quando esta não apresenta ganho de peso entre duas pesagens consecutivas, num intervalo não inferior a 1 mês e não superior a 3 meses, o que significa curva de crescimento horizontal ou em declínio no Cartão de Saúde da Criança.



---

## **2. SITUAÇÃO NUTRICIONAL NO MUNDO E EM MOÇAMBIQUE**

### **2.1. Situação nutricional no Mundo**

Ao nível mundial cerca de 22,2% de crianças menores de 5 anos sofrem de desnutrição crónica, 7,5% de desnutrição aguda e 5,6% de excesso de peso. Das crianças com desnutrição mais da metade são do continente africano e asiático.

### **2.2. Situação nutricional em Moçambique**

Em Moçambique, cerca de 43,0% das crianças menores de 5 anos sofrem de desnutrição crónica e 8% da desnutrição aguda. As províncias da região Norte de Moçambique (Nampula e Cabo Delgado) são as que registaram maior prevalência com 55% e 52% respectivamente (IDS 2011).

Segundo o IDS 2011, a desnutrição aguda é mais frequente nas crianças até 17 meses variando nesta faixa etária de 10 a 9%. As províncias da Zambézia (9%), Sofala (7%), Manica (7%), Nampula (7%), Cabo Delgado e Tete, ambas com 6%, são as que apresentam taxas mais elevadas de desnutrição aguda, enquanto as taxas mais baixas foram verificadas nas províncias de Gaza (1%), Maputo Província e Maputo Cidade, ambas com 2%.

### 3. DESNUTRIÇÃO AGUDA VS CRÓNICA

A desnutrição aguda é usualmente causada pelo aparecimento de uma doença que resulta na perda de peso num período recente e/ou aparecimento de edema bilateral. A desnutrição aguda em adultos está comumente associada ao Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) e tuberculose.

A desnutrição crónica é um estado nutricional resultante da ingestão de alimentos insuficientes a necessidades do organismo e/ou doenças frequentes num longo período de tempo. Esta manifesta-se através de baixa estatura para idade, avaliada a partir de padrões internacionais, específicos para sexo e idade.

#### 3.1. Classificação da desnutrição aguda

A desnutrição aguda classifica-se em: desnutrição aguda grave, ligeira e moderada, (Tabela 1).

**Tabela 1** :Parâmetros de Classificação da desnutrição aguda

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

Fonte: Manual de PRN I, 2018.

---

De acordo com a condição clínica a desnutrição aguda classifica-se em:

- Marasmo (emagrecimento grave)
- Kwashiorkor (edema bilateral)
- Kwashiorkor-marasmático, ou emagrecimento grave com edema bilateral

### **3.1.1. Sinais Clínicos de Marasmo (Emagrecimento Grave)**

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

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

Estas características são iguais em crianças e adolescentes. Para procurar pelos sinais de emagrecimento grave, tire as roupas da criança ou adolescente. Olhe para a parte de frente: as costelas são facilmente visíveis? A pele dos braços parece solta? A pele das pernas (coxas) parece solta? Veja na parte de trás: os ossos dos ombros e as costelas são facilmente visíveis? Falta tecido muscular nas nádegas? Caso tenha respondido afirmativamente (sim), significa que o doente está com Marasmo. Quando o emagrecimento é severo ou extremo, as dobras das pernas (coxas) e nádegas ficam como se a criança ou adolescente estivesse vestida com “calças largas” (Figura 1).

**Figura 1:** Sinais clínicos de marasmo



Fonte: Manual de PRN I, 2018

### 3.1.2. Sinais Clínicos de Kwashiorkor (Edema Bilateral)

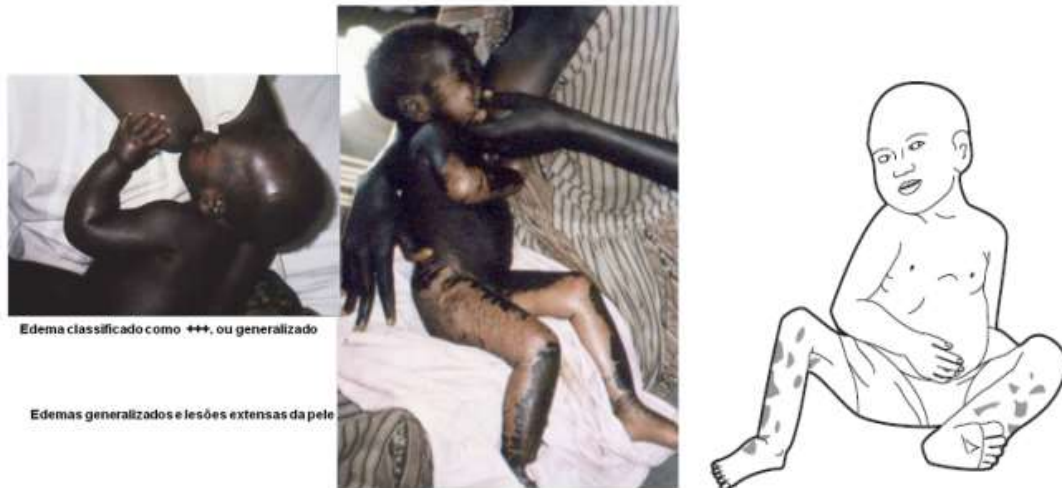
Um doente com Kwashiorkor (edema bilateral) poderá apresentar as seguintes características:

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

Estas características são iguais em crianças e adolescentes (Figura 2).

O Kwashiorkor em adulto é chamado de desnutrição edematosa e todos os sintomas do Kwashiorkor observados em crianças (cara em lua cheia, dermatite, apatia, perda de apetite, cabelos claros e lisos e irritabilidade) podem ser observados em adolescentes, adultos e idosos, contudo, são menos frequentes.

**Figura 2:** Sinais clínicos de Kwashiorkor



**Fonte:** Manual de PRN I, 2018

### 3.2. Causas da desnutrição

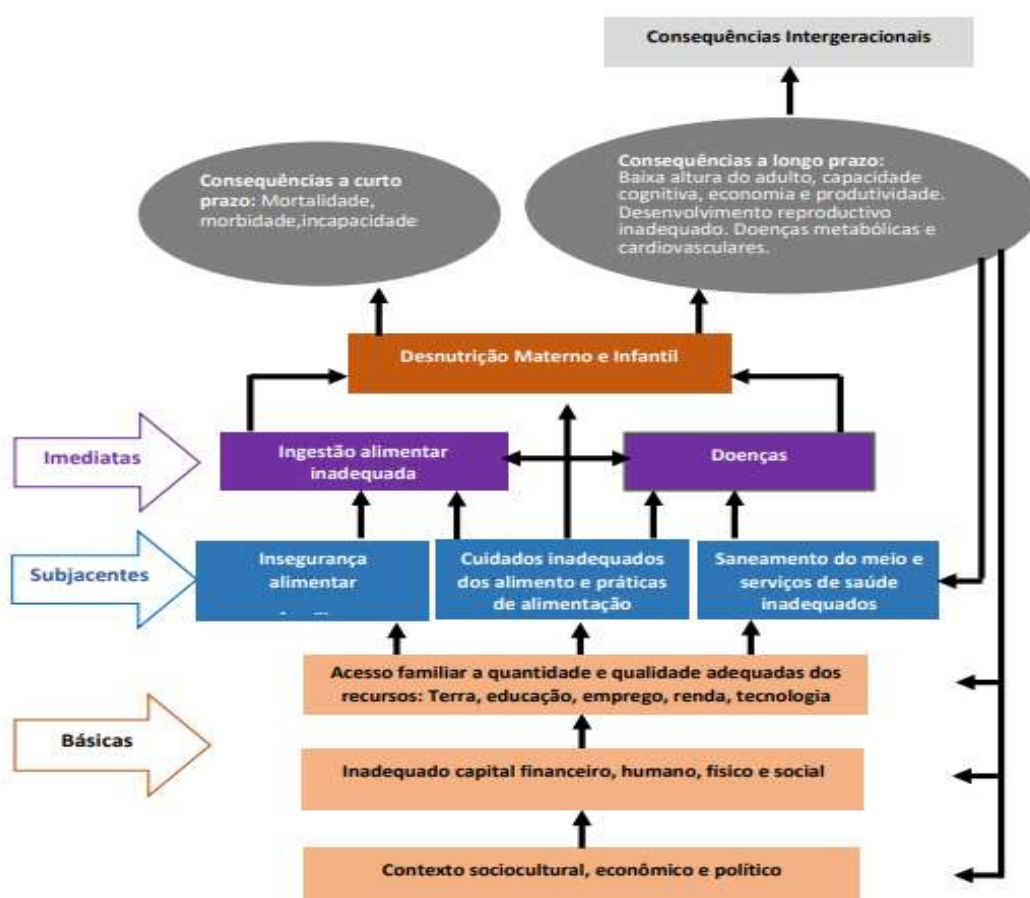
As causas da desnutrição tanto da mãe como da criança actuam em vários níveis, incluindo as causas imediatas a nível individual e as causas subjacentes a nível da família e da comunidade (Figura 3).

1. A nível imediato, a desnutrição pode ser causada tanto pela inadequada ingestão de alimentos, como também pelo aparecimento de infecções (por exemplo: diarreia, malária, VIH).
2. A nível subjacente, a ingestão de alimentos e exposição a doenças são afectados pela insegurança alimentar (falta de disponibilidade, acesso a, e/ou utilização de alimentos); práticas inadequadas de cuidados maternos e infantis e de alimentação; falta de higiene, bem como de saneamento ambiental, e falta de acesso a serviços de saúde e/ou serviços de saúde inadequados.
3. As causas básicas englobam as estruturas e processos sociais que negligenciam os direitos humanos e perpetuam a pobreza, limitam ou negam acesso a populações vulneráveis a recursos essenciais. Factores sociais, económicos e políticos podem ter uma influência de longo prazo sobre a desnutrição materna e

infantil. Além disso, desnutrição crónica pode levar à pobreza, criando um ciclo vicioso.

4. A curto prazo, a desnutrição aumenta o risco de mortalidade e morbidade e, a longo prazo, aumenta o risco de resultados insatisfatórios da gravidez (incluindo recém-nascidos pequenos para a idade gestacional), baixa cognição que resulta em baixo desempenho escolar, e baixa produtividade e ganho económico, risco de sobrepeso e doenças não transmissíveis, como hipertensão e doenças cardiovasculares.

**Figura 3:** Causas da desnutrição



Fonte: UNICEF, 2015.

---

### 3.3. Consequências da desnutrição

As consequências da desnutrição são várias e elas podem afectar directamente a criança e podem se manifestar na fase adulta.

#### Para a criança, pode levar a:

- Baixo desenvolvimento cognitivo;
- Baixo rendimento escolar;
- Baixa imunocompetência;
- Aumento do risco de ter infecções;
- Aumento da morbidade;
- Aumento da mortalidade.

#### No adulto, pode levar a:

- Aumento da desnutrição;
- Maior risco de desenvolver diabetes, obesidade, doenças cardiovasculares, hipertensão na fase adulta;
- Baixa produtividade económica.

### 3.4. Diagnóstico da desnutrição

O diagnóstico da desnutrição deve ser feito através de:

1º Avaliação do peso para o comprimento (P/C) para crianças menores de 2 anos de idade, peso para estatura (P/E) e Índice de Massa Corporal (IMC) para a Idade para crianças maiores de 2 anos de idade, adultos, mulheres grávida mulheres lactantes e idosos e avaliação do Perímetro Braquial (PB) a partir dos seis meses de vida.

2º Verificação de edema e outras complicações médicas para todas faixas etárias.

### 3.4.1. Avaliação do comprimento para crianças menores de 2 anos

A avaliação do comprimento em crianças menores de 2 anos deve ser feita de acordo com os seguintes passos (Figura 4):

- 1) Coloque a placa de medição em cima da mesa ou da cama e retire os sapatos da criança.
- 2) Coloque a criança deitada de costas no meio da placa com a cabeça virada para frente, braços nos lados e os pés nos ângulos correctos da placa.
- 3) Enquanto segura os calcanhares ou joelhos da criança, desloque o indicador de medição até a parte inferior dos pés da criança.
- 4) Tire a medida com uma precisão de 0,1 cm e em voz alta anuncie o valor.
- 5) O assistente, segurando a cabeça no devido lugar, repete o registo de medição.

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

**Figura 4:** Avaliação do comprimento para crianças menores de 2 anos



Fonte: Manual de PRN I, 2018.

---

### **3.4.2. Avaliação da estatura para crianças maiores de 2 anos, adultos e mulheres grávidas**

A avaliação do comprimento para crianças maiores de 2 anos, adultos e mulheres grávidas deve ser feita de acordo com os seguintes passos (Figura 5):

- 1) Coloque o utente na placa de medição, de pé e no meio da placa, com os braços de lado.
- 2) O doente deve estar descalço e os pés devem estar juntos e com os calcanhares no chão.
- 3) Os tornozelos e joelhos da criança devem ser pressionados de forma firme contra a placa.
- 4) Os calcanhares, parte traseira das pernas, nádegas, ombros e cabeça das crianças devem tocar a parte traseira da placa.
- 5) O medidor deve segurar a cabeça do doente. Os olhos devem formar uma linha paralela com o chão.
- 6) A pessoa que mede lê a medição em voz alta com uma precisão de 0,1 cm.
- 7) O assistente, segurando os pés da criança, repete a leitura em voz alta.
- 8) A pessoa que mede regista a altura.

**Figura 5:** Avaliação da estatura para crianças maiores de 2 anos, adultos e mulheres grávidas



**Fonte:** Manual de PRN I, 2018.

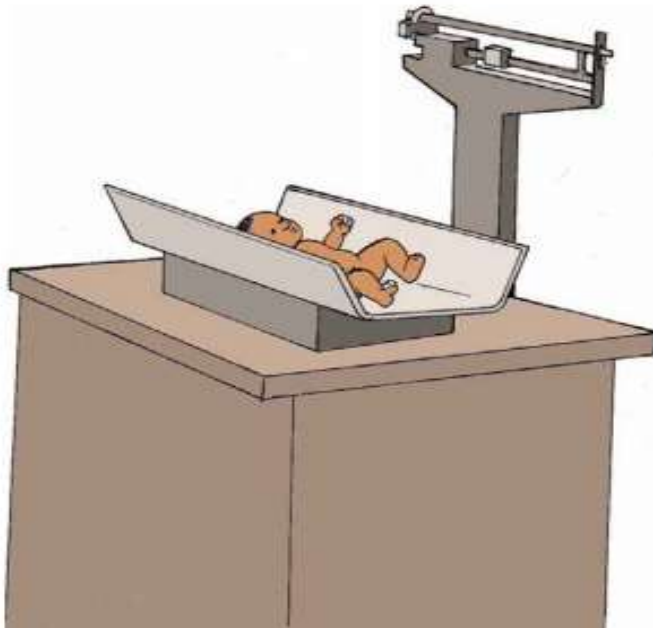
### 3.4.3. Medição do peso usando balança pediátrica

A avaliação do peso usando balança pediátrica deve ser realizada de acordo com os seguintes passos (Figura 6):

1. Destrave a balança e calibre a balança, assegurando-se que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
2. Antes de pesar a criança, dispa-a com ajuda da mãe/cuidador.
3. Coloque a criança sentada ou deitada no meio do prato. Oriente a mãe/cuidador a manter-se próximo, mas sem tocar na criança e no equipamento.
4. Mova o cursor maior para marcar os quilos e depois mova o cursor menor para marcar os gramas.
5. Realize a leitura quando a agulha do braço e o fiel estiverem nivelados.

**Nota:** As balanças devem ser higienizadas a cada medição.

**Figura 6:** Medição do peso usando balança pediátrica



**Fonte:** Manual de PRN, 2018.

#### **3.4.4. Medição do peso usando a balança relógio**

A avaliação do peso usando balança relógio deve ser realizada de acordo com os seguintes passos (Figura 7):

1. A balança pode ser pendurada com cordas ou um pano no tecto ou outros suportes (estaca, árvores, etc.), e deve estar ao nível da vista da pessoa que tira a medição.
2. A capulana deve ser bem amarrada nas extremidades, com dois nós. Ponha a capulana na balança e reajuste a balança, de modo que o ponteiro fique no zero.
3. Tire a capulana da balança e coloque a criança na capulana. Ponha a capulana com a criança dentro, na balança, e pese-a.
4. Faça a leitura quando a criança estiver estável.

**Figura 7:** Medição do peso usando a balança relógio



**Fonte:** Manual de PRN I, 2018.

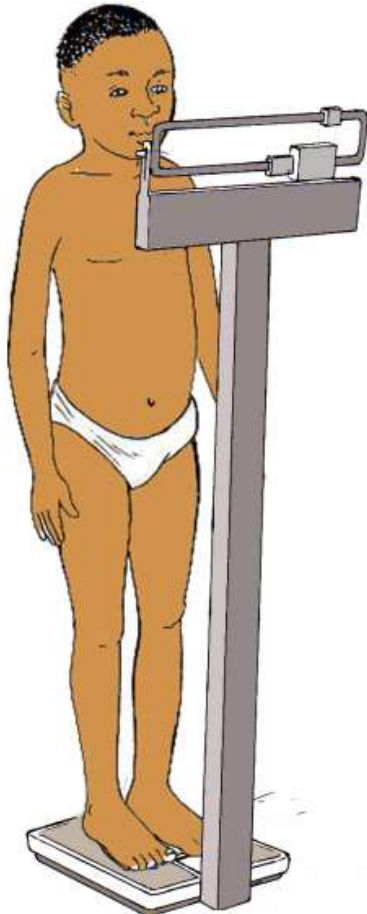
### **3.4.5. Medição do peso usando a balança plataforma**

A avaliação do peso usando balança plataforma deve ser realizada de acordo com os seguintes passos (Figura 8):

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

4. Mova o cursor maior para marcar os quilos e depois mova o cursor menor para marcar os gramas.
5. Realize a leitura quando a agulha do braço e o fiel estiverem nivelados.

**Figura 8:** Medição do peso usando a balança plataforma



Fonte: Manual de PRN I, 2018.

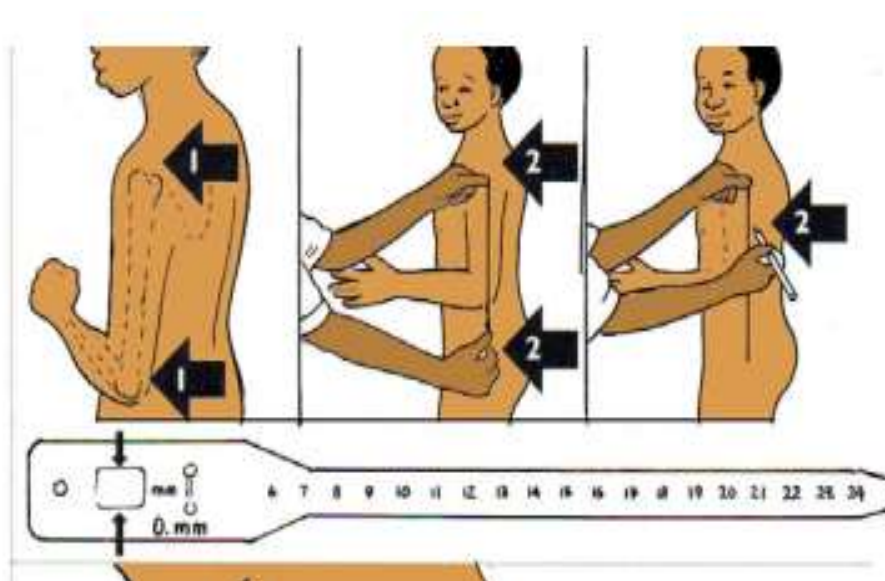
### 3.4.6. Medição do perímetro braquial

A medição do perímetro braquial deve ser realizada de acordo com os seguintes passos (Figura 9):

1. Peça a pessoa para dobrar o seu braço esquerdo fazendo um ângulo de 90 graus.
2. Localize o ponto intermédio do braço, entre o ombro e o cotovelo. Sempre que possível, marque com um marcador a localização do ponto médio.
3. Com o membro superior relaxado e descaído para o seu corpo, enrole a fita do PB à volta do braço no ponto intermédio.

**Nota:** Para indivíduos cujo braço dominante é o esquerdo, o PB deve ser medido no braço direito.

**Figura 9:** Avaliação do perímetro braquial



**Fonte:** Manual de PRN I, 2018.

### 3.4.7. Instruções para a classificação do estado nutricional através do Índice de Massa Corporal (IMC)-para-Idade para crianças, adolescentes e adultos

1. Pese o utente e registe o seu peso em kg.
2. Meça a altura usando um instrumento de medição de altura (altímetro ou estadiómetro). Registe a altura em metros.
3. Calcule o IMC do utente. Para calcular o IMC do utente, existem 3 opções:
  - a) Opção 1 - Usar a fórmula:  $IMC = \text{Peso em kg} / (\text{Altura em m})^2$
  - b) Opção 2 - Usar as tabelas para determinar o IMC no **Anexo 5** e as instruções para arredondar números e idade no **Anexo 6**.

- c) Opção 3 - Usar a roda para o cálculo do IMC se estiver disponível. Veja as instruções no **Anexo 16**.
4. Determine o DP do IMC-para-Idade. Para determinar o DP existem 2 opções:
- a) Opção 1 - Usar a Tabela de IMC-para-Idade correspondente ao sexo do utente (ver **Anexos 7, 8, 17 e 18**). Localizar a linha correspondente à idade e, nessa linha, verificar em qual das colunas de estado nutricional se encontra o valor de IMC calculado.
- b) Opção 2 - Use a roda de IMC-para-Idade para determinar o DP, se estiver disponível. Veja as instruções no **Anexo 16**.

## Exercício

A Laura tem 8 anos e 7 meses e tem uma altura de 1,1 m e um peso de 16,5 kg.

1. Calcule o IMC da Inês, usando a seguinte fórmula:

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

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

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

2. Arredonde a idade de 8 anos e 7 meses para 8 anos e 6 meses (8:6)
3. Procure na tabela das raparigas a linha referente aos 8:6
4. Em seguida, procure com o dedo na horizontal e da esquerda para direita, o IMC calculado (13,6).
5. Irá verificar que 13,6 está entre 13,0 - 14,2 na classificação de Desnutrição Ligeira.

**Nota:** Nos casos de Kwashiorkor, o IMC/Idade e o Peso-para-Estatura não devem ser usados como critério para classificação do estado nutricional, pois, o peso é afectado pela presença de edema.

### 3.4.8. Avaliação das complicações médicas

#### 3.4.8.1. Avaliação de 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 contando 1..., 2..., 3... (durante três segundos).

Em seguida, o dedo polegar é retirado e, se formarem cavidades nos locais pressionados, a presença de edema é afirmada. As cavidades permanecerão em ambos os pés por muitos segundos.

O edema bilateral normalmente começa nos pés e na região pré-tibial. É importante testar ambos os pés. Se a cavidade não aparece em ambos os pés, o edema não tem origem nutricional.

**Figura 10:** Avaliação de edemas



Fonte: Manual de PRN I, 2018.

Nos adultos a presença de edema bilateral pode ter outras causas, por esta razão, a presença de edemas deve ser investigada através da história clínica, exame físico e laboratorial.

**Tabela 2:** Condição clínica e diagnóstico diferencial de edema bilateral

Condição clínica	Diagnóstico diferencial
<b>Adema da gravidez</b>	Edema bilateral simétrico frequente nos últimos estágios da gravidez, frequentemente associado a pré-eclampsia
<b>Síndrome nefrótica</b>	Edema bilateral de rápida progressão, inicia quase sempre na região a volta dos olhos. A pele que não cobre o edema é brilhante e há presença de sintomas urinários (anúria, poliúria, etc.)
<b>Insuficiência cardíaca</b>	Edema bilateral e flutuante (mais intenso no final do dia do que nas manhãs); Há dispneia e presença de sintomas cardíacos.
<b>Edema de origem hepática</b>	Edema bilateral, pode-se palpar o fígado de superfície irregular; Ascite pode preceder o edema bilateral; Em fases mais avançadas pode se verificar icterícia.
<b>Edema de origem venosa</b>	Pode ser bilateral e unilateral; A pele que cobre o edema é azulada ou pálida; Veias dos membros inferiores podem estar visíveis; Aumento progressivo do edema com a marcha.
<b>Edema do Beri-Beri</b>	História de alcoolismo prolongado; Diminuição do volume da urina; Sinais de hipercirculação (membros quentes).
<b>Edema de origem inflamatória</b>	Raramente bilateral; Presença de rubor, calor e odor; Focos infecciosos podem estar presentes.
<b>Edema de origem alérgica</b>	Raramente bilateral. As áreas afectadas são avermelhadas e quentes.

### 3.4.8.2. Avaliação de outras complicações médicas

Para além da avaliação de edema deve se avaliar a presença das seguintes complicações médicas: febre, convulsões, letargia, inconsciência, hipoglicemia, hipotermia, desidratação grave, choque séptico, anemia grave, infecções respiratórias, anorexia e vômitos. A definição das complicações médicas está descrita na Tabela 3.

**Tabela 3:** Definição das complicações médicas na DAG

Complicação Médica	Definição
<b>Convulsões</b>	Durante uma convulsão, os braços e as pernas da criança ou adolescente endurecem porque os músculos se contraem. Pergunte à mãe se a criança teve convulsões durante a actual doença e se ficou inconsciente.
<b>Inconsciência</b>	A criança ou adolescente responde de forma parcial ou não responde aos estímulos.
<b>Letargia/estado não alerta</b>	A criança ou adolescente tem dificuldades de acordar. Pergunte à mãe se a criança está demasiado sonolenta, não mostra nenhum interesse no que está acontecendo ao seu redor, não olha para a mãe ou não olha para o seu rosto quando fala.
<b>Hipoglicemia</b>	Todas as crianças com desnutrição aguda grave tem maior risco de desenvolver hipoglicemia (Glicemia <3 mmol/L, <54 mg/dl), se for possível faça sempre o teste da glicemia e trate a hipoglicemia imediatamente. O quadro clínico da hipoglicemia na desnutrição grave é inespecífico e pode apresentar hipotermia (temperatura axilar < 36,5 °C); letargia, e/ou dificuldade na coordenação dos movimentos. Perda de consciência, sonolência, crises convulsivas e coma são sinais de gravidade que podem levar à morte. Quando não for feito o teste confirmativo da hipoglicemia com o glicómetro, a criança ou adolescente com quadro acima referenciado, deve responder a administração de dextrose, se não responder deve-se procurar outras causas.

Complicação Médica	Definição
<b>Hipotermia</b>	<p>A criança ou adolescente tem uma temperatura corporal baixa, ou a temperatura axilar <math>\leq 35</math> °C, temperatura rectal <math>&lt;35,5</math> °C, levando em consideração a temperatura ambiente. Toda criança com hipotermia deve ser tratada também para hipoglicemia, quando não for possível fazer o diagnóstico por determinação da glicemia.</p> <p>Alimentar a criança imediatamente com F75. Essa conduta previne a recaída da hipoglicemia e hipotermia.</p> <p>Tratar as infecções associadas de forma apropriada. Toda criança hipotérmica deve ser tratada como tendo infecção sub-clínica, até confirmação do diagnóstico.</p>
<b>Desidratação grave ou severa</b>	<p>A desidratação é difícil de diagnosticar em crianças com DAG. Os sinais clínicos associados à desidratação em crianças eutróficas (boca seca, olhos encovados, pele em pregas, etc.) são similares e frequentemente presentes em crianças com DAG sem desidratação.</p> <p>Para crianças ou adolescentes com DAG, o diagnóstico de desidratação grave é baseado na história recente de diarreia, vômitos, febre elevada ou sudação intensa, e no recente aparecimento de sinais clínicos de desidratação, como relatado pela mãe ou pelo provedor de cuidados.</p> <p>Na criança com desnutrição aguda grave com diarreia, deve-se assumir como tendo algum grau de desidratação e, quando associada a sinais de choque, letargia ou inconsciência, o seu estado clínico é considerado grave.</p>
<b>Choque séptico</b>	<p>O choque séptico pode ser reconhecido antes que a hipotensão ocorra, por meio de uma tríade clínica que inclui: hipo ou hipertermia, estado mental alterado (criança letárgica ou inconsciente), enchimento capilar lento maior que 2 segundos ou 3 segundos, e pulsos periféricos reduzidos.</p>

Complicação Médica	Definição
<b>Deficiência de micronutrientes</b>	<p>Todas as crianças com desnutrição aguda grave têm deficiências de vitaminas e sais minerais. Uma das mais importantes deficiências de vitaminas e que representa risco de vida e de cegueira para a criança, é deficiência de vitamina A.</p> <p>É importante realizar um exame cuidadoso dos olhos da criança com desnutrição grave para identificação da presença ou ausência de manifestações clínicas oculares decorrentes da hipovitaminose A (conjuntivas ou córneas secas (xerose), manchas de Bitot, úlceras da córnea e queratomalácia).</p>
<b>Febre elevada</b>	<p>A criança ou adolescente tem uma temperatura corporal elevada, ou temperatura axilar <math>\geq 38,5</math> °C, temperatura rectal <math>\geq 39</math> °C, levando em consideração a temperatura ambiente.</p>
<b>Infeções graves</b>	<p>Na criança com desnutrição aguda grave, diferente da criança bem nutrida, ocorrem infecções sem sinais clínicos evidentes como a febre.</p> <p>O processo infeccioso é suspeitado porque a criança está apática ou sonolenta. Dessa forma, presume-se que todas as crianças com desnutrição grave tenham infecção que frequentemente é sub-clínica, e devem receber antibioticoterapia desde o início da reabilitação nutricional. São indicativos de infecção grave a hipoglicemia, a hipotermia, a letargia ou inconsciência, a dificuldade da criança de mamar ou beber líquidos ou ainda a aparência de estar gravemente doente.</p>
<b>Anemia severa</b>	<p>Níveis de Hemoglobina (Hb) abaixo de 4g/dl, e de 4 a 6 g/dl associados a dificuldades respiratórias. A anemia grave pode estar associada a dificuldade respiratória, sinais de insuficiência cardíaca (taquicardia e hepatomegalia).</p>
<b>Infeção respiratória baixa</b>	<p>A criança ou adolescente tem tosse com dificuldade respiratória ou uma respiração rápida:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; 60 respirações/minuto para &lt; 2 meses</li> <li>&gt; 50 respirações/minuto para 2 a 12 meses</li> <li>&gt; 40 respirações/minuto para 1 a 5 anos</li> <li>&gt; 30 respirações/minuto para 5 a 12 anos</li> <li>&gt; 20 respirações/minuto para &gt; 12 anos</li> </ul>
<b>Anorexia/sem apetite</b>	<p>Criança ou adolescente não consegue beber ou mamar e falhou o teste do apetite com ATPU.</p>
<b>Vômito intratável</b>	<p>A criança ou adolescente vomita qualquer líquido que ingere.</p>

Complicação Médica	Definição
<b>Diarreia persistente com sinais de desidratação</b>	A diarreia é definida como 3 ou mais dejetões com fezes líquidas ou soltas por dia (ou dejetões mais que o frequente do normal para o indivíduo). Diarreia persistente e um episódio de diarreia que começa de forma aguda e dura pelo menos 14 dias ou mais. Ver acima sobre desidratação.
<b>Diarreia aquosa aguda</b>	A diarreia aguda e aquosa é definida como 3 ou mais dejetões com fezes líquidas que dura várias horas ou dias e inclui cólera.
<b>Dermatoses</b>	A criança desnutrida pode apresentar várias lesões na pele (pele fissurada, descamativa e/ou seca) decorrentes de deficiência de zinco, vitamina A, e outros micronutrientes. A deficiência de zinco é comum em crianças com Kwashiorkor e Kwashiorkor-marasmático e as lesões de pele que apresentam, podem melhorar rapidamente com a suplementação com zinco.

## Teste do Apetite

O teste do apetite constitui um dos critérios mais importantes para se decidir se um paciente com idade igual ou superior a 6 meses com DAG deve ser tratado em ambulatório ou no internamento. O apetite é testado no momento da admissão e o teste é repetido em cada visita de controlo à Unidade Sanitária.

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

- Realizar o teste do apetite num lugar ou canto tranquilo onde a criança e a mãe ou o provedor de cuidados possam estar confortáveis para a criança familiarizar-se com o ATPU e poder consumi-lo tranquilamente. Geralmente a criança ou adolescente come o ATPU em 30 minutos.
- Explicar à mãe ou ao provedor de cuidados sobre a finalidade do teste e descrever o processo.
- Orientar a mãe ou ao provedor de cuidados para:
  - Lavar as mãos antes de dar o ATPU

- Delicadamente dar-lhe o ATPU
- Incentivar a criança a comer o ATPU sem a forçar
- Oferecer água tratada e armazenada de forma segura para beber enquanto a criança estiver a comer o ATPU.

Observar a criança a comer o ATPU durante 30 minutos e, depois decidir se a criança passa ou falha o teste.

Depois da avaliação dos indicadores de nutrição (P/C, P/A, Peso para idade (P/I), Perímetro Braquial (PB)) consulta-se as tabelas para cada indicador e por sexo para a classificação do estado nutricional (**Anexo 1-18**). Como forma de facilitar a sua leitura e interpretação, a classificação do estado nutricional esta separada por cores, sendo, vermelho para a desnutrição aguda grave e amarelo para desnutrição aguda moderada. A posterior é verificada a presença das complicações médicas, se a criança ou adolescente ou o adulto ou a mulher grávida ou o idoso tiver desnutrição aguda grave com complicações médicas é encaminhada para o internamento, se tiver desnutrição aguda grave, moderada e ligeira sem complicações médicas deve ser encaminhada para o tratamento da desnutrição no ambulatório.

### **3.5. Indicadores da desnutrição**

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

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

**Tabela 4:** Indicadores da desnutrição

	Kwashiorkor Edema Bilateral	Emagrecimento Visível	Perímetro Braquial (PB)	Peso-para Comprimento (P/C)	Peso para Altura (P/A)	Índice da Massa Corporal para-Idade (IMC/Idade)
Crianças < 6 meses	X	X		X		
Crianças dos 6- 23 meses	X	X	X	X		
Crianças dos 24-59 meses	X	X	X		X	
Crianças e adolescentes dos 5-15 anos	X	X	X			X
Mulheres grávidas e até 6 meses pós-parto	X	X	X			
Adolescentes dos 15-18 anos	X	X	X			X
Adultos maiores de 19 anos e idosos	X	X	X			X

Fonte: Manual de PRN I, 2018 e Manual de PRN II, 2017.

### 3.6. Componentes do programa de reabilitação

De forma a assegurar um tratamento e reabilitação nutricional eficientes dos casos de desnutrição, o Ministério da Saúde (MISAU) estabeleceu o Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), o qual inclui os seguintes componentes:

- Envolvimento comunitário;
- Tratamento da Desnutrição no Internamento (TDI);
- Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA);
- Educação nutricional e demonstrações culinárias.



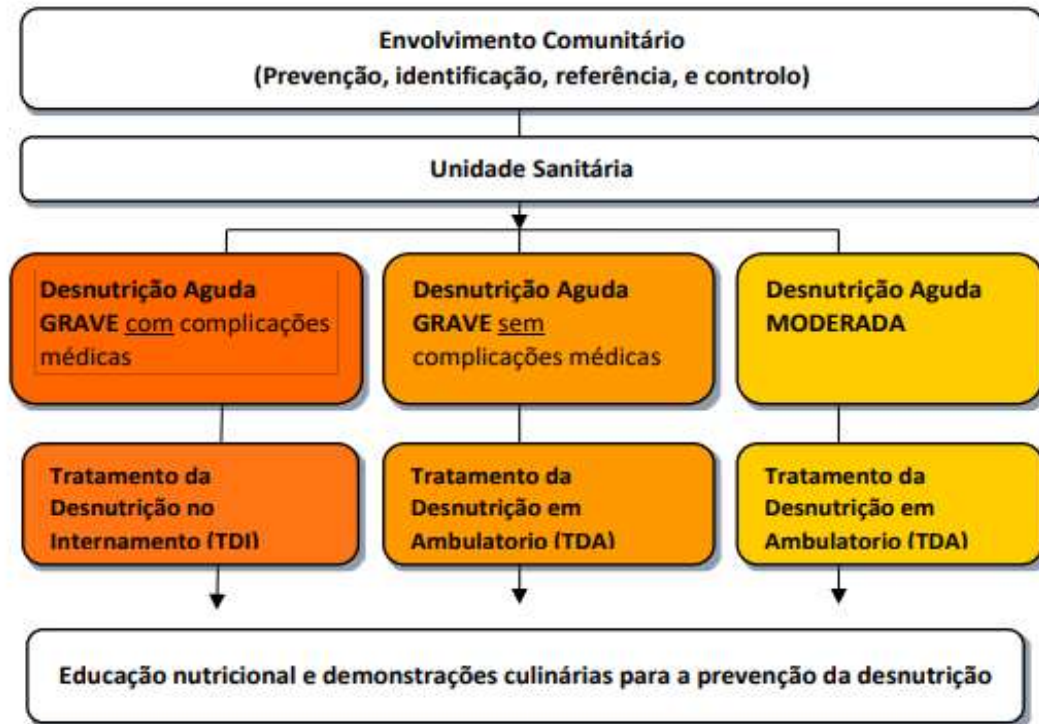
---

O maneio de casos de desnutrição aguda dentro do Serviço Nacional de Saúde começa na rede primária, isto é, na comunidade e nos Centros de Saúde.

Na comunidade as crianças recebem os cuidados de saúde primários através das brigadas móveis de saúde, Activistas Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes Polivalentes Elementares (APEs), onde faz-se acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como avaliação nutricional através da medição do perímetro braquial (PB), incluindo a verificação da presença do edema bilateral (de origem nutricional). Os valores de PB e a verificação do edema bilateral servem para detecção de casos de desnutrição aguda.

Nas comunidades, as crianças e adolescentes identificadas com DAM ou DAG devem ser referidas para fazerem o tratamento na Unidade Sanitária (US). Nos Centros de Saúde as crianças são reavaliadas e as que tiverem DAG com complicações médicas são referidas para o TDI, as que tiverem DAG sem complicações médicas para o TDA e as que tiverem DAM para o TDA. Depois do tratamento de todas as crianças, são encaminhadas para a educação nutricional e demonstrações culinárias para a prevenção de casos recorrentes da desnutrição (Figura 11).

**Figura 11:** Componentes do Programa de reabilitação nutricional



Fonte: Manual de PRN I, 2018.

---

## 3.7. Tratamento da desnutrição

### 3.7.1. Tratamento da desnutrição no internamento

#### 3.7.1.1. Tratamento da desnutrição aguda grave das crianças 6-59 meses e de 5-14 anos

##### Critérios de referência

São referidas para o internamento crianças com Desnutrição Aguda Grave com complicações médicas e uma das seguintes características:

- Crianças com edema bilateral (+) ou (++) ou (+++).

##### P/E

- 6–59 meses: < -3 DP

##### IMC/Idade

- 5–14 anos: < -3 DP

##### PB

- 6–59 meses: < 11,5 cm;
- 5–10 anos: < 13,0 cm;
- 11–14 anos: < 16,0 cm.

Para os adolescentes, adultos, mulheres grávidas e lactantes, aplicam-se os seguintes critérios:

- IMC/Idade < -3 DP;
- IMC < 16,0 kg/m<sup>2</sup>
- PB < 21,0 cm;

##### E para os idosos:

- IMC < 18,0 kg/m<sup>2</sup>
- PB < 18,5 cm

Com uma das seguintes complicações médicas descritas anteriormente.

---

## **Critérios de referência para crianças < 6 meses com DAG ou DAM e crianças ≥ 6 meses com peso < 4 kg:**

- $P/E < -3$  DP ou  $P/E \geq -3$  DP e  $< -2$  DP ou
- Edema bilateral ou emagrecimento acentuado ou
- Condição clínica grave ou complicação médica ou
- Perda de peso recente ou
- Falha em ganhar peso ou
- Problemas na amamentação (pega, posicionamento, e/ou sucção deficiente) ou Problema médico ou social que precisa de uma avaliação mais detalhada ou de um suporte intensivo.

## **Tratamento nutricional da desnutrição no internamento**

O tratamento consiste em quatro fases, que são descritas abaixo.

### **Fase 1 – Estabilização:**

Esta fase consiste em:

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

### **Fase 2 – Transição:**

A criança ou adolescente passa para a fase de transição quando o estado de saúde estiver estabilizado (tem apetite, o edema bilateral esta a reduzir e as complicações médicas estão a desaparecer).

Na fase de transição, o tratamento médico continua e há mudanças na terapia alimentar. Durante os primeiros 2 a 3 dias, a criança ou adolescente deve passar de

---

forma gradual de F75 para o ATPU. Nos casos em que o ATPU não está disponível ou a criança recusa, deve ser usado o F100 até que a mesma aceite.

A transição do F75 para o ATPU ou F100 deve ser gradual durante 48 horas a 72 horas. A ingestão de energia recomendada durante este período é de 100-135 kcal/kg/dia.

### **Fase 3 – Reabilitação:**

A fase de reabilitação consiste em:

- Dar a alimentação intensiva para assegurar o crescimento rápido, visando recuperar grande parte do peso perdido;
- Fazer estimulação emocional e física;
- Orientar a mãe ou pessoa que cuida da criança para continuar os cuidados em casa, se a criança passar da fase de reabilitação no TDI para o TDA;
- Realizar a preparação para a alta da criança, incluindo o diagnóstico e o sumário do tratamento para controlo e marcação de consulta, na Consulta de Criança em Risco (CCR).

Crianças com DAG no TDI podem ser transferidas para fazerem a reabilitação nutricional no TDA na unidade sanitária quando suas complicações médicas incluindo edema estão resolvidos, têm apetite, e estão clinicamente bem e alerta. A decisão de transferir as crianças admitidas com DAG do regime de internamento para o regime ambulatorio deve ser feita com base na avaliação clínica e não em critérios antropométricos como o peso/estatura, PB ou IMC/Idade.

Algumas crianças, em casos excepcionais precisarão de terminar o tratamento, incluindo a fase de reabilitação no TDI, como por exemplo:

- Quando não podem ou não conseguem comer o ATPU;
- Quando o ATPU não está disponível na US;
- Quando por alguma razão social ou médica não pode fazer o tratamento no TDA.

#### Fase 4 – Acompanhamento:

Após a alta, encaminhar para acompanhamento na CCR para prevenir a recaída e assegurar a continuidade do tratamento. O resumo das fases de tratamento apresenta-se na Tabela 5.

**Tabela 5:** Tratamento nutricional durante o internamento

Fases de Tratamento	Estabilização	Transição	Reabilitação
<b>Objectivo</b>	Estabilizar a condição médica e restabelecer os electrólitos e micronutrientes	Recuperar o metabolismo	Restaurar a função do organismo
<b>Condição</b>	A criança não tem apetite ou está clinicamente mal	A criança já recuperou o apetite e está clinicamente bem	A criança está em alerta e clinicamente bem
<b>Alimento terapêutico</b>	F75	ATPU e/ou F100	ATPU e/ou F100
<b>Consumo de energia</b>	75-100 kcal/kg peso corporal/dia	100-135 kcal/ kg peso corporal/ dia	200 kcal/ kg peso corporal/ dia
<b>Quantidade de alimento terapêutico</b>	100-130 ml/ kg peso corporal/ dia em 8 refeições	100-135 ml/ kg peso corporal/ dia em 8 refeições	200 ml/ kg peso corporal/ dia em 5 - 6 refeições
<b>Ganho de peso</b>	Não esperado	Médio	Notável

Fonte: Manual de PRN I, 2018.

Para facilitar a visualização das várias tarefas que compõem o tratamento, estas encontram-se organizadas em um conjunto de orientações denominado “Dez Passos para Recuperação Nutricional da Criança com Desnutrição Grave”:

1. Tratar ou prevenir hipoglicemia.
2. Tratar ou prevenir hipotermia.
3. Tratar a desidratação e o choque séptico.
4. Corrigir os distúrbios hidroelectrolíticos.

- 
5. Tratar infecção.
  6. Corrigir as deficiências de micronutrientes.
  7. Reiniciar a alimentação cautelosamente.
  8. Reconstruir os tecidos perdidos (fase de reabilitação ou de crescimento rápido).
  9. Estimular o desenvolvimento físico e psicossocial.
  10. Preparar para a alta e o acompanhamento após a alta.

## **Dez Passos para recuperação nutricional da criança com desnutrição aguda grave**

### **Passo 1 – Tratar/prevenir hipoglicemia**

Todos os doentes com desnutrição aguda grave podem desenvolver hipoglicemia (glicose no sangue  $<54$  mg/dl ou  $<3$  mmol/l) que é uma importante causa de morte. Como medida de precaução, deve-se dar uma solução de água açucarada (aproximadamente 10% de solução de glicose, isto é, uma colherinha de açúcar por 100 ml de água) a todas as crianças gravemente doentes ou que necessitam claramente de tratamento ou manejo das complicações graves.

### **Passo 2 – Tratar/prevenir hipotermia**

Os doentes com desnutrição aguda grave são altamente susceptíveis à hipotermia (diagnosticada por temperatura rectal abaixo de  $35,5^{\circ}\text{C}$  ou temperatura axilar abaixo de  $35^{\circ}\text{C}$ ). Os lactentes com menos de 12 meses de idade, os doentes com marasmo, ou com extensas lesões da pele e infecções graves são mais susceptíveis à hipotermia. Hipotermia é uma causa importante de mortalidade hospitalar em crianças com desnutrição grave nas primeiras 48 h de internamento.

#### **Para tratar a hipotermia deve se ter os seguintes cuidados:**

- Deve-se evitar dar banho ao doente desnutrido durante a admissão – o banho só deve ser dado após a criança ou adolescente estar estável. Lavar o doente com

---

água morna durante o período mais quente do dia e secar rapidamente. O banho deve ser dado depois da criança estar estabilizada.

- Aquecer a criança usando o “método Canguru” para crianças com acompanhante, colocar um gorro na cabeça da criança para evitar a perda de calor através da cabeça e agasalhá-la envolvendo-a juntamente com a mãe ou o provedor de cuidados.
- Disponibilizar cobertores adequados e camas de adulto para permitir que as crianças durmam junto das suas mães ou cuidadores.
- Cobrir a criança com cobertor previamente aquecido (friccionado, passado a ferro), especialmente em locais de clima frio.
- Controlar a temperatura do corpo de 30 em 30 minutos durante o reaquecimento.

### **Passo 3 – Tratar a desidratação e o choque séptico**

Em situações de desidratação na DAG, a “janela de tratamento” é estreita, de modo que mesmo crianças desidratadas podem rapidamente transitar dum estado de depleção circulatória para um estado de hiper-hidratação acompanhada de excesso de fluidos e insuficiência cardíaca, daí que, soros endovenosos só devem ser usados quando necessário.

- **Durante o tratamento da desidratação da criança com desnutrição aguda grave, o protocolo para o manejo da criança sem desnutrição desidratada não deve ser usado.**
- As crianças com desnutrição aguda grave apresentam níveis baixos de potássio e altos de sódio corporal, a OMS, recomenda o uso de **Soro de Reidratação Oral para Crianças com Desnutrição Grave (ReSoMal)**, com objectivo de prover as quantidades adequadas de sódio e potássio e adicionar magnésio, zinco, e cobre para corrigir a deficiência desses minerais.
- Crianças com DAG que apresentam algum grau de desidratação ou estão com desidratação grave mas, não estão em choque, devem ser reidratada

---

lentamente, por via oral ou através da sonda naso-gástrica (SNG), usando ReSoMal, 5-10 ml/kg/h até a criança ficar hidratada ou até um máximo de 12 horas.

- O profissional de saúde em serviço deve observar cuidadosamente a criança durante a hidratação: cada meia hora nas primeiras 2 horas, e depois a cada hora, até a criança mostra melhoria clínica, definida pelos sinais clínicos visíveis e o aumento de peso.
- Se a solução de ReSoMal (pronta) não estiver disponível, é possível fazê-la a partir da Mistura de Minerais e Vitaminas.
- Para saber como fazer o ReSoMal, veja o **Anexo 19 Receitas Alternativas para preparar F75, F100, e ReSoMal**.
- ReSoMal (ou ReSoMal preparado localmente) não deve ser administrada se as crianças são suspeitas de ter cólera ou têm diarreia aquosa profusa (definida como sendo 3 ou mais defecações com fezes líquidas em um dia por mais de 14 dias). Essas crianças devem receber a **solução de reidratação oral da OMS de baixa osmolaridade**.

#### **Passo 4: Corrigir os distúrbios hidroeletrolíticos**

Para a correção dos eletrólitos basta apenas a administração dos alimentos terapêuticos (F75, F100 e ATPU) porque estes estão preparados para restaurar a hidratação e os equilíbrios eletrolíticos.

Quase todas crianças com desnutrição grave têm deficiências de potássio e magnésio que podem demorar duas ou mais semanas para serem corrigidas. O edema é parcialmente resultante dessas deficiências. Baixa concentração do potássio intracelular promove retenção de sódio e água, reduz a contractilidade do miocárdio e afecta o transporte de eletrólitos através das membranas celulares. A deficiência de magnésio prejudica a retenção de potássio. Embora o sódio plasmático possa ser baixo, existe excesso de sódio corporal. Contudo, a

---

administração de altas quantidades de sódio como, por exemplo, por meio do soro fisiológico, pode levar a morte da criança.

### **Passo 5: Tratar infecção**

A ocorrência de infecções como pneumonia, bacteremia e infecção do trato urinário, sem sinais clínicos evidentes (febre, inflamação e dispneia etc.) é frequente nas crianças com desnutrição grave, diferentemente da criança sem desnutrição. Por essa razão, as crianças com desnutrição devem receber antibióticos desde o início do tratamento.

- Crianças admitidas com DAG, sem aparentes sinais de infecção e sem complicações, deverá ser administrado antibióticos orais.
- Crianças admitidas com DAG e complicações como choque séptico, hipoglicemia, hipotermia, infecções da pele ou infecções respiratórias ou urinárias, ou que parecem letárgicas ou doentes, devem receber antibióticos parenterais (Intra-Muscular ou Endovenoso).
- Crianças que são subnutridos mas não tem DAG **não deveram receber antibióticos de rotina**, a menos que apresente algum sinal clínico de infecção.

O uso de antibióticos, nas primeiras 48 horas de tratamento, é um dos factores que contribuem para a redução da mortalidade. O tratamento da desnutrição com antibióticos esta descrito no ponto 3.7.3 (Medicamentos de rotina).

### **Passo 6: Corrigir as deficiências de micronutrientes**

A correcção das deficiências de micronutrientes esta descrita no ponto 3.7.3 (Medicamentos de rotina).

---

## **Passo 7: Reiniciar a alimentação cautelosamente**

O reinício da alimentação é feito com o leite F75. O leite terapêutico F75 está preparado para restaurar a hidratação e a homeostase (equilíbrios eletrolítico e metabólico), providenciando as calorias e nutrientes necessários para as necessidades de manutenção. Durante o período em que as crianças e os adolescentes consomem o F75, o seu peso não aumenta. O F75 é apropriado para a fase de estabilização porque tem menos sódio, proteínas, gordura, menor osmolaridade e carga de soluto renal do que F100, e tem menos densidade energético.

### **Quantidades de F75 para crianças de 6-59 meses:**

- Dar 130 ml de F75 (100 kcal) por kg de peso corporal por dia para crianças com emagrecimento grave (marasmo).
- Dar 100 ml de F75 (75 kcal) por kg de peso corporal por dia para crianças com edema bilateral grave (+++).
- No primeiro dia, alimente a cada duas horas, perfazendo um total de 12 refeições durante 24 horas.
- Após redução dos episódios de vômitos e diarreia (menos de 5 fezes líquidas/dia), e se a criança terminar todas as refeições, alimente a cada três horas, perfazendo o total de 8 refeições durante 24 horas.

## **Passo 8: Reconstruir os tecidos perdidos (fase de reabilitação ou de crescimento rápido)**

Tratamento nutricional durante a fase de reabilitação no internamento.

A fase de reabilitação é associada a uma recuperação completa e um rápido ganho do peso. Durante a fase de reabilitação, é necessária uma abordagem orientada com protocolo intensivo para atingir ingestão muito alta dos produtos nutricionais e o crescimento rápido (ganho de peso maior que 10 g/Kg/dia). ATPU ou F100 são utilizados durante a fase de reabilitação.

- Normalmente a parte médica do tratamento para DAG termina nesta fase, quando a criança ou adolescente não tem nenhuma complicação médica, tem bom apetite e come maior parte da quantidade da sua dieta diária e está ganhar peso rapidamente.
- Algumas crianças e adolescentes que passam da fase de transição para a fase de reabilitação ainda precisarão dos cuidados no internamento. Esses casos incluem: falta de serviços de tratamento da desnutrição no ambulatório na região, por motivos de segurança, a mãe/cuidador não está em casa, ou a mãe/cuidador prefere que a criança seja tratada no internamento.

### **Passo 9: Estimular o desenvolvimento físico e psicossocial**

A estimulação física e sensorial da criança é de extrema importância, pois a falta dela, a criança com desnutrição grave pode ficar com atraso do desenvolvimento físico e psicossocial. Se a reabilitação não for realizada adequadamente, este atraso poderá ser ainda maior e levar a sequelas a longo prazo. A estimulação sensorial e física, por meio de actividades lúdicas que têm início na reabilitação e continuam após a alta, podem reduzir substancialmente o risco de atraso de desenvolvimento físico e psicossocial. Nesse contexto, é importante assegurar desde a admissão que a criança seja exposta a cuidados e estímulos afectivos e a ambientes lúdicos que favoreçam a sua completa recuperação.

### **Passo 10: Preparar para a alta e o acompanhamento após a alta**

Crianças e adolescentes que estão totalmente curados devem receber alta do internamento. Os requisitos para ter alta estão no ponto 3.7.1. e 3.7.2. (tratamento da desnutrição no internamento e ambulatório-Critérios para alta no internamento e critérios para alta no ambulatório).

---

### **Critérios para alta no internamento**

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

#### **3.7.1.2. Tratamento da desnutrição aguda com complicações médicas de adultos, mulheres grávidas e lactantes**

É feito em três fases de tratamento da desnutrição no internamento (estabilização, transição e reabilitação). Nas duas primeiras fases de tratamento (estabilização e transição), os pacientes que não consomem outros alimentos à admissão, devem ser tratados exclusivamente com leites terapêuticos, de acordo com as quantidades específicas para a idade e peso do paciente (Ver as quantidades no manual de PRN II, 2017). Logo que estes pacientes demonstrarem vontade de comer outros alimentos, deverão ser oferecidos comida da família para complementar os leites terapêuticos.

Para as mulheres grávidas, não se deve dar somente o leite terapêutico sem nenhum alimento, porque as quantidades de vitamina A contidas nos leites terapêuticos quando absorvidas de forma isolada pode levar a um risco de malformação congénita.

Os pacientes que estiverem a consumir outros alimentos na altura da admissão deverão receber uma alimentação mista mas não se esquecendo de dar prioridade aos leites terapêuticos. A comida da família oferecida nas fases de estabilização e transição deve ter um teor baixo de sal e proteína para evitar o surgimento do

---

edema de realimentação. É importante lembrar que os leites terapêuticos são medicamentos e, portanto, devem ser prioridade na dieta do paciente. As quantidades de leites terapêuticos oferecidas a estes pacientes podem variar entre 50% a 100% das quantidades oferecidas aos pacientes que não consomem outros alimentos, dependendo da tolerância do paciente.

Pacientes com DAG sem complicações médicas, sem edema bilateral, e que passam o teste de apetite, mas que devido a falta de ATPU fazem o tratamento no internamento, não passam pelas 2 fases iniciais do tratamento (estabilização e transição), o seu tratamento inicia na fase de reabilitação.

Os pacientes com DAG devem passar para o TDA após a ausência das complicações médicas. No TDA estes, devem ser suplementados com alimento suplementar pronto para uso (ASPU) ou mistura alimentícia enriquecida (MAE). Se o ASPU ou MAE não estiver disponível, estes pacientes devem ser referidos a programas de acção social e educação nutricional.

### **3.7.1.3. Tratamento da desnutrição aguda em crianças menores de 6 meses ou menos de 4 kg**

É dirigido a:

1. Crianças menores de 6 meses de idade, com desnutrição aguda em aleitamento materno;
2. Crianças menores de 6 meses de idade, com desnutrição aguda, sem aleitamento materno.

---

### 3.7.1.3.1. Tratamento da desnutrição em crianças menores de 6 meses de idade, com desnutrição aguda em aleitamento materno

#### Critérios de Referência

- Peso/Comprimento  $\geq -3$  DP e  $< -2$  DP;
- Edema bilateral (kwashiorkor);
- Emagrecimento acentuado (marasmo);
- Complicações médicas;
- Perda de peso recente ou falha em ganhar peso;
- Problemas na amamentação (pega, posicionamento e sucção deficiente) directamente observado por 15-20 minutos;
- Outras condições médicas ou sociais (depressão da mãe ou cuidadora, problemas sociais graves ou portadores de deficiências);
- Bebê  $> 6$  meses e pesa  $< 4,0$  kg.

#### Tratamento nutricional

O principal objectivo no tratamento da desnutrição aguda em crianças menores de 6 meses de idade, ou com peso corporal inferior a 4 kg, no internamento, é restabelecer a amamentação exclusiva. Portanto, torna-se necessário estimular e apoiar o aleitamento materno e complementar a amamentação da criança com leite terapêutico, estimulando simultaneamente a produção de leite materno.

Deste modo, recomenda-se o seguinte:

- Amamentar a criança ao peito de 3 em 3 horas durante pelo menos 20 minutos, ou mais frequentemente se a criança chora ou aparenta querer mais;
- Entre as mamadas, dar leite terapêutico complementar;
- Para lactantes com desnutrição aguda, mas sem edema, dar F100-diluído;

- Não deve ser administrado F100 não diluído a qualquer momento devido à alta carga de soluto renal e risco de desidratação hipernatrémica;
- Para lactentes com desnutrição aguda severa e edema bilateral, dar F75 e mudar para F100-diluído quando o edema desaparecer.

## Monitoria

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados e registados no multicartão (Anexo 24):

- Peso diário;
- Grau de edema bilateral (0 a +++) diário;
- Temperatura corporal, duas vezes por dia;
- Sinais clínicos diários: vômitos, fezes, desidratação, tosse, pulso, respiração, tamanho do fígado;
- Comprimento medido a cada 21 dias (quando uma nova folha do multicartão é usada);
- Qualquer outro registo: por exemplo, ausente, recusa a alimentação, alimentação por Sonda Nasogástrica (SNG) ou por infusão endovenosa ou transfusão.

## CrITÉRIOS de alta

As crianças amamentadas com menos de 6 meses (ou menos de 4 kg) podem ter alta quando:

- P/E > -1 DP em 2 pesagens sucessivas;
- Não tem edema durante 2 semanas (para os casos admitidos com edema bilateral);
- Não tem complicações médicas, alerta e clinicamente bem;
- Vacinação actualizada;

- Esta aumentar de peso apenas com o leite materno, depois da técnica de sucção suplementar ter sido usada. Considera-se que o ganho de peso mínimo são 20g de peso ganho por dia apenas com o leite materno durante 3 dias.

### **3.7.1.3.2. Crianças menores de 6 meses de idade com desnutrição aguda, sem aleitamento materno**

#### **Critérios de admissão**

- Peso/Comprimento < -3 DP;
- Peso/Comprimento  $\geq$  -3 DP e < -2 DP;
- Edema bilateral (kwashiorkor);
- Emagrecimento acentuado (marasmo);
- Complicações médicas;
- Perda de peso recente o falha de ganhar peso;
- Outras condições médicas por exemplo, depressão da mãe ou cuidadora, problemas sociais graves, ou portadores de deficiências.

Todas as crianças <6 meses com sinais de perigo identificadas pela Atenção Integrada de Doenças Neonatais na Infância (AIDNI) deverão ser submetidas para tratamento urgente. Crianças <6 meses com fraco ganho de peso e que não respondem satisfatoriamente a conselhos nutricionais e suporte deverão ser submetidas para avaliação clínica e tratamento.

#### **Tratamento nutricional**

As crianças com desnutrição aguda grave que não estão a ser amamentadas devem fazer o tratamento nutricional seguindo as três fases de tratamento da desnutrição

aguda grave no internamento a destacar: fase de estabilização, fase de transição e fase de reabilitação.

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

### Fase de estabilização

- As crianças menores de 6 meses com emagrecimento acentuado (marasmo) devem receber F100 diluído na fase de estabilização, dado com xícara e pires. Nunca se deve dar F100 integral ou ATPU a crianças menores de 6 meses.
- As crianças menores de 6 meses com edema bilateral (kwashiorkor) devem sempre receber F75 até que o edema tenha desaparecido e, só depois, o F100-diluído.

### Quantidades de F100 diluído ou F75

As quantidades de F100-diluído ou F75 para dar às crianças sem aleitamento materno, na fase de estabilização são calculadas com base na proporção de 100-135 kcal/kg de peso corporal/dia (Tabela 6).

**Tabela 6:** Quantidades de F100 diluído ou F75 por peso da criança

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

---

**Nota:** O F100 diluído deve ser administrado às crianças com emagrecimento grave (marasmo) na fase de Estabilização (Fase1). O F75 deve ser administrado às crianças com edema bilateral (kwashiorkor) até que o edema desapareça, na fase de estabilização (Fase1). As crianças com DAM não seguem este protocolo.

### **Preparação do leite terapêutico F100 diluído**

Os leites terapêuticos devem ser preparados numa área limpa e especificamente dedicada para este propósito na Unidade Sanitária, da seguinte forma:

1. Lave as mãos, esterilize o equipamento e utensílios, e limpe e desinfecte a mesa ou banca onde estiver a trabalhar.
2. Ferva água potável.
3. Tenha cuidado para não se queimar, deite numa chávena, jarra, ou tigela limpa a quantidade necessária de água fervida arrefecida a 70 °C. Utilize um termómetro digital limpo e esterilizado. Se um termómetro não estiver disponível, espere 3-5 minutos, que é o tempo médio para a água fervida atingir 70 °C. A água não deve ser inferior a 70°C.
4. Na chávena, jarra, ou tigela adicione o número necessário de colheres doseadoras rasas de pó. Volte a colocar imediatamente a colher doseadora na caixa sem lavar.
5. Misture vigorosamente com um utensílio limpo e esterilizado até o pó dissolver-se na água.
6. Arrefeça até à temperatura de consumo ( $\geq 37$  °C). Verifique deixando cair umas gotas no dorso da mão.
7. Rotule, escrever o conteúdo da chávena, jarra, ou tigela (F100, incluindo a data e a hora de preparação).
8. Dê o leite terapêutico baseado no peso da criança.
9. Descarte o leite não consumido depois de 2 horas após a preparação. Limpe os utensílios.

---

Se o leite tiver sido preparado com antecedência, deve ser conservado num frigorífico (5°C, no máximo) durante 24 horas, no máximo. Apenas o leite reconstituído há menos de 2 horas pode ser refrigerado. Eliminar (deitar fora) o leite refrigerado não consumido no prazo de 24 horas. Pode ocorrer uma sedimentação durante a conservação no frigorífico. Agite o leite refrigerado antes da utilização.

Se não tiver frigorífico, prepare apenas quantidades para consumo dentro de 2 horas, não se aconselha a reconstituição prévia do leite.

### **Técnica de alimentação**

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

### **Monitoria**

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados e registados no multicartão:

- Peso diário;
- Grau de edema bilateral (0 a +++ diário);
- Temperatura corporal, duas vezes por dia;
- Sinais clínicos diários: vômitos, fezes, desidratação, tosse, pulso, respiração, tamanho do fígado;
- Comprimento a cada 21 dias (quando uma nova folha do multicartão é usada);

- 
- Qualquer outro registo: por exemplo, ausência, recusa da alimentação, doente alimentado por sonda nasogástrica ou por infusão endovenosa ou por transfusão.

Assim que retornar o apetite e o começar a diminuir o edema a criança já pode passar para a fase de transição. A diminuição do edema normalmente é caracterizada por uma perda de peso adequada e proporcional à diminuição do edema.

### **Fase de transição**

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

- Apenas F100 diluído deve ser usado;
- O volume de leite terapêutico F100 diluído é aumentado em um terço em comparação com a fase de estabilização;
- A quantidade de F100 diluído a ser dada, é calculada com base na proporção de 135-175 kcal/kg de peso corporal/dia.

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

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

- Bom apetite: tomar pelo menos 90% do F100-diluído prescrito para a fase de transição;
- Perda total de edema bilateral (nos casos de kwashiorkor);
- Estadia mínima de 2 dias na fase de transição para os doentes emaciados (nos casos de marasmo);
- Sem nenhum outro problema médico.

---

## Fase de reabilitação

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

- Apenas usar F100 diluído;
- A quantidade de F100 diluído a ser dada é calculada com base na proporção de 175-210 kcal/kg peso corporal/dia.

## Monitoria

- Continuar a controlar na fase de reabilitação segundo as orientações do protocolo padrão para as crianças mais velhas na fase de reabilitação.

## Suporte para a mãe ou cuidador da criança

- Suporte psicológico deve ser oferecido às mães ou cuidadores das crianças desnutridas, especialmente em situações de muito stress. Também é importante avaliar o estado nutricional da mãe ou cuidador através do IMC ou da medição do PB e verificar a presença de edema bilateral, segundo o PRN II.
- É importante explicar à mãe ou cuidador o objectivo do tratamento da criança e o que se espera dela, e não fazer a mãe ou cuidador sentir-se culpada pelo estado da criança nem culpá-la por dar outros alimentos.

## Critérios de alta

As crianças com menos de 6 meses (ou > 6 meses e menos de 4 kg) que não estejam em aleitamento materno podem ter alta quando:

- P/E > -1 DP em 2 pesagens sucessivas;
- Não tem edema durante 2 semanas (para os casos admitidos com edema bilateral);
- Não tem complicações médicas, alerta e clinicamente bem;

- 
- Vacinação actualizada.

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

### **Outras considerações**

- Na alta, a criança pode ser transferida para alimentação artificial infantil;
- A mãe ou o provedor de cuidados foi adequadamente aconselhado sobre práticas de cuidado e alimentação infantil, sinais de perigo e quando retornar ao centro de saúde para acompanhamento;
- Seguimento e acompanhamento na comunidade pelo Agente Polivalente Elementar/Agente Comunitário de Saúde.

---

### 3.7.2. Tratamento da desnutrição no ambulatório

É dirigido a crianças de 6 meses a 14 anos, adultos, mulheres grávidas, lactantes e idosos com DAG e DAM sem complicações médicas, sem edema e com apetite.

#### 3.7.2.1. Tratamento da desnutrição aguda grave sem complicações médicas

##### Critérios de referência

P/E 6–59 meses: < -3 DP;

IMC/Idade:

- 5–14 anos: < -3 DP;
- Adultos, mulheres grávidas e idosos: < -3 DP;

PB:

- 6–59 meses: < 11,5 cm;
- 5–10 anos: < 13,0 cm;
- 11–14 anos: < 16,0 cm;
- Sem edema;
- Tem apetite;
- Alerta;
- Clinicamente bem.

##### Tratamento nutricional

- O tratamento das pessoas com DAG em ambulatório deve ser feito com o Alimento Terapêutico Pronto Uso (ATPU) para uso domiciliar, de acordo com a dosagem recomendada;
- Recomenda-se o uso de ATPU a partir dos 6 meses de idade;

- A base de cálculo da quantidade de ATPU é de 200 kcal/kg de peso corporal/dia para as crianças de 0-59 meses e as crianças maiores de 5 anos, adolescentes, mulheres grávidas, adultos e idosos deve se dar conforme as recomendações do manual de PRN I e II;
- O ATPU deve se dar 5-6 refeições de por dia;
- As crianças amamentadas devem receber primeiro o leite materno sempre que quiserem e antes da alimentação com ATPU;
- Todos pacientes devem beber muita água durante e depois do consumo de ATPU;
- Após duas semanas de tratamento, dar à criança pelo menos uma vez por dia papinha enriquecida.

Se o ATPU não estiver disponível, para tratamento em ambulatório, todos doentes com DAG com e sem complicações devem continuar o tratamento no internamento com leite terapêutico F100.

Se não tiverem disponíveis quantidades suficientes de ATPU para crianças e os adultos, as crianças entre os 6-59 meses devem ter prioridade em receber ATPU, e as crianças mais velhas devem permanecer no internamento e serem tratadas com o leite terapêutico F100 e os adultos deve se dar o leite terapêutico com e alimentação da família que seja rica em nutrientes.

## **Vantagens do tratamento da desnutrição em ambulatório**

### **Para a família:**

- As mães e as crianças permanecerem em casa, no seu ambiente familiar;
- Evitam viagens longas e traumáticas para as crianças desnutridas e a separação da família;
- Permite que as mães continuem a cuidar de outros filhos em casa;

- Reduz o risco de a criança contrair infecções na Unidade Sanitária (US).

### **Para os serviços de saúde:**

- Permite atingir níveis de cobertura muito mais elevados na população alvo do que o tratamento no internamento;
- Apresenta elevada aderência e aceitação devido ao facto de que a triagem inicial dos casos é feita na própria comunidade com um controlo regular nas Unidades Sanitárias;
- A identificação da criança com desnutrição ainda na sua fase inicial, permite que ela seja tratada de maneira mais fácil e eficaz e, com menos gastos (recursos financeiros e materiais nos cuidados de saúde).

### **Monitoria individual durante as consultas de controlo na Unidade Sanitária**

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados e registados a cada visita: (de 7 em 7 dias e 14 em 14 dias se o acesso ao Centro de Saúde é difícil).

- Antropometria: perímetro braquial, peso para estatura (comprimento ou altura);
- Exame físico: presença de edema bilateral, ganho de peso, verificação das fezes, vómitos, desidratação, tosse, respiração, tamanho do fígado, olhos, ouvidos, condição da pele e lesões falta de apetite;
- Situação do aleitamento materno das crianças de 6 a 23 meses;
- Episódio de doença desde a última visita e conduta.

### **Complicações que requerem referência para o TDI ou investigação médica**

- Falta de apetite (falhou o teste do apetite);
- Vômito intratável, convulsões, letargia/não alerta, inconsciência;

- 
- Edema bilateral recente ou o seu agravamento;
  - Perda de peso em 2 visitas consecutivas;
  - Peso estático (não ganhou peso algum) durante 2 visitas consecutivas;
  - Hipoglicemia, desidratação, febre elevada, hipotermia, elevada frequência respiratória ou respiração dificultada, anemia, lesão de pele, infecção superficial, ou nenhuma resposta a qualquer outro tratamento.

## **Causas frequentes de falta de resposta ao TDA**

### **Problemas relacionados com a qualidade de tratamento:**

- Avaliação inadequada da condição de saúde da criança ou falha de identificação de complicação médica;
- Avaliação inadequada do teste do apetite;
- Não cumprimento do protocolo de ATPU;
- Não cumprimento do protocolo de medicação de rotina;
- Orientação inadequada dada para a assistência domiciliar.

### **Problemas relacionados com o ambiente da casa:**

- Frequência insuficiente de visitas de controlo e para receção de ATPU;
- Consumo inadequado ou partilha de ATPU no agregado familiar;
- Não cumprimento da medicação.

## **Principais alterações fisiológicas na desnutrição aguda grave e suas implicações para o tratamento**

É muito importante entender as alterações fisiológicas que acontecem no doente com desnutrição aguda grave e as suas implicações para o tratamento. Estas alterações estão resumidas na Tabela 7.

**Tabela 7:** Principais alterações fisiológicas na desnutrição aguda grave e implicações para o tratamento

Alterações fisiológicas	Implicações diagnósticas e terapêuticas
<p><b>Aparelho Cardiovascular</b></p> <p>O coração é mais pequeno que o normal e com paredes delgadas. O débito cardíaco está reduzido. Uma infusão de soro conduz a um grande aumento de pressão venosa. A sobrecarga do coração precipita insuficiência cardíaca. A tensão arterial é baixa. A perfusão renal está diminuída. O tempo de circulação é reduzido. O volume do plasma é em geral normal. O volume dos eritrócitos é reduzido.</p>	<p>As crianças e adolescentes são vulneráveis tanto ao aumento como à diminuição do volume do sangue. Qualquer diminuição compromete a perfusão dos tecidos; um aumento pode resultar facilmente em insuficiência cardíaca aguda. Se há desidratação dar soro oral para desnutridos (ReSoMal); não dar infusão endovenosa, excepto se houver desidratação grave ou choque. Dar diuréticos antes da transfusão. Restringir a transfusão sanguínea à 10 ml/kg. Dar lentamente durante um período de 3 horas e restringir o sódio na dieta.</p>
<p><b>Aparelho Genito-Urinário</b></p> <p>A filtração glomerular está reduzida. A excreção de ácidos ou de sobrecarga osmolar está muito reduzida. A excreção do fosfato é baixa. A excreção do sódio é mais baixa que o normal. Os rins não respondem bem, de modo que a expansão do volume extracelular não conduz a um aumento de excreção de sódio. É frequente a infecção urinária.</p>	<p>Evitar mais destruição dos tecidos; tratar as infecções e aumentar o aporte calórico (75-100 kcal/kg/dia). Não dar proteínas acima das necessárias para restaurar os tecidos. As proteínas devem ser de alta qualidade, com equilíbrio correcto de aminoácidos. Evitar sais que possam causar uma sobrecarga de ácidos (por ex: cloreto de magnésio) e proteínas em excesso. Usar leite como base da dieta para fornecer fosfato suficiente. Assegurar o aporte suficiente de água.</p>
<p><b>Aparelho Gastrointestinal</b></p> <p>A produção de ácido pelo estômago é menor do que o normal. A motilidade de todo o intestino está reduzida. O pâncreas está atrofiado e produz uma quantidade reduzida de enzimas digestivas. A mucosa do intestino delgado está atrofica com produção reduzida de enzimas digestivas. A absorção é reduzida quando se dá muito alimento ou sob forma muito concentrada, ou grandes quantidades de soluções mais diluídas</p>	<p>Alimentar a criança ou adolescente frequentemente e dar pequenas quantidades em cada refeição. Se os alimentos são mal absorvidos, aumentar a frequência e reduzir a quantidade em cada refeição. Os alimentos são necessários para estimular a reparação do intestino. Por vezes é útil o uso de enzimas pancreáticas. Há excesso de crescimento de bactérias no intestino que deve ser tratado com antibióticos.</p>

Alterações fisiológicas	Implicações diagnósticas e terapêuticas
<p><b>Fígado</b></p> <p>A síntese hepática das proteínas está reduzida. São produzidos metabólitos anormais de aminoácidos. A capacidade do fígado na captação, metabolização e excreção de toxinas está gravemente afectada. A produção de energia a partir de substratos, tais como galactose e frutose, é muito mais lenta que o normal. A redução da capacidade de gliconeogénese conduz à hipoglicemia. A secreção biliar está diminuída.</p>	<p>Não dar grandes quantidades de alimentos por refeição para serem metabolizados de uma só vez. A quantidade de proteínas deve estar nos limites da capacidade do fígado para as metabolizar, mas em quantidade suficiente para produzir proteínas de exportação. Os medicamentos hepatotóxicos, ou cuja excreção se faz no fígado, devem ser administrados em doses reduzidas. Dar hidratos de carbono suficientes para compensar a redução da gliconeogénese. Uma quantidade baixa de transferrina torna o tratamento com ferro perigoso.</p>
<p><b>Sistema Imunitário</b></p> <p>Todos componentes imunitários estão deprimidos. Os gânglios linfáticos, amígdalas e timo estão atrofícos. A imunidade celular (células T) está particularmente afectada. Há pouca produção de IgA. Os componentes do complemento estão baixos. Os fagócitos não destroem de forma eficiente as bactérias.</p>	<p>Quase todas as crianças e adolescentes desnutridos têm infecções e crescimento anormal de peptógenos nas superfícies das mucosas. Deve dar-se tratamento antibiótico empírico a todas as crianças e adolescentes no momento da admissão. Esse tratamento deve continuar até que a melhoria do estado nutricional conduza à melhoria do sistema imunitário. As crianças são vulneráveis a infecções cruzadas; crianças com internamento recente devem ser separadas das que se encontrem na fase de recuperação.</p>
<p><b>Resposta Inflamatória</b></p> <p>A lesão dos tecidos não se acompanha de inflamação, as células brancas não emigram para as áreas lesadas. A fase aguda da resposta está diminuída.</p>	<p>Há muitas vezes ausência de sinais de infecção, mesmo após exame cuidadoso. Infecções localizadas como pneumonia lobar são raras; são comuns infecções generalizadas como broncopneumonia, que pode estar presente sem sinais radiológicos ou outros. Não há necessariamente febre e leucocitose. A otite não se apresenta com tímpano procidente e vermelho. A infecção urinária é assintomática. Hipoglicemia e hipotermia, são ambas sinais de infecção grave.</p>

Alterações fisiológicas	Implicações diagnósticas e terapêuticas
<p><b>Glândulas Endócrinas</b></p> <p>Há diminuição de insulina e intolerância à glicose. O IGF-1 está muito baixo, embora a hormona de crescimento esteja alta. O cortisol está muito elevado.</p>	<p>O sistema endócrino pode não ser capaz de responder de forma apropriada a grandes refeições. Dar pequenas refeições frequentemente.</p> <p>Não dar esteróides, já estão elevados.</p>
<p><b>Regulação da temperatura</b></p> <p>As crianças apresentam variação de temperatura em função da temperatura do meio que a rodeia. As crianças são poiquilotérmicas. Estão afectadas tanto a produção de calor quando está frio, com a sudorese quando está quente. As crianças tornam-se hipotérmicas num ambiente frio e febris em meio quente.</p>	<p>Cobrir as crianças e adolescentes com roupas e cobertores. Fechar as janelas à noite. Manter a temperatura ambiente entre 28-32°C. Secar as crianças e adolescentes bem e rapidamente depois do banho e vesti-las. Se têm hipertermia, arrefecer as crianças com água morna (não fria). Nunca usar álcool para baixar a temperatura da criança ou adolescente.</p>
<p><b>Função Celular</b></p> <p>Há redução de actividade da bomba sódio potássio e as membranas celulares estão mais permeáveis que o normal. Isto leva a que dentro das células haja aumento de sódio e diminuição de potássio e magnésio. A síntese das proteínas está reduzida.</p>	<p>Todas as crianças e adolescentes necessitam de grandes doses de potássio e magnésio. O aporte de sódio deve ser restringido. Como durante a recuperação o sódio sai das células e o potássio entra, pode haver sobrecarga cardíaca e hipocalémia. A correcção das anomalias electrolíticas deve ser gradual e deve ocorrer quando tiver havido recuperação renal. Se se tiver de recorrer à digoxina deve usar-se metade das doses de ataque.</p>
<p><b>Nível Metabólico</b></p> <p>O metabolismo basal está reduzido a cerca de 30%. O gasto de energia devido a actividade é muito baixo.</p>	<p>A produção interior de calor é muito baixa. A maioria dos processos metabólicos são morosos.</p>
<p><b>Composição do corpo</b></p> <p>Há atrofia da pele, gordura subcutânea e músculo. Há menos gordura nas órbitas. Há atrofia de muitas glândulas, incluindo as sudoríparas, lacrimais e salivares.</p>	<p>A maioria dos sinais da desidratação não são fiáveis: os olhos podem estar encovados por perda da gordura orbitária; a atrofia da pele leva à produção de pregas; a boca, a pele e os olhos estão secos devido a atrofia das glândulas. As crianças têm reservas limitadas de energia. Os músculos respiratórios fatigam-se facilmente.</p>

### 3.7.2.2. Tratamento da desnutrição aguda moderada

#### Critérios de Referência

- **P/E 6-59 meses:**  $\geq -3$  e  $< -2$  DP;
- **Ou IMC/Idade 5–14 anos:**  $\geq -3$  e  $< -2$  DP;
- **Ou Perímetro Braquial:**
  - 6-59 meses:  $\geq 11,5$  e  $< 12,5$  cm;
  - 5–10 anos:  $\geq 13,0$  e  $< 14,5$  cm;
  - 11-14 anos:  $\geq 16,0$  e  $< 18,5$  cm;

#### Nos adolescentes de 15 - 18 anos:

- IMC/Idade  $\geq -3$  e  $< -2$  DP
- PB  $\geq 21,0$  e  $< 23,0$  cm;

#### Adultos de 19 - 55 anos:

- IMC  $\geq 16,0$  e  $< 18,5$  kg/m<sup>2</sup>
- PB  $\geq 21,0$  e  $< 23,0$  cm;

#### Idosos (> 55 anos):

- IMC  $\geq 18,0$  e  $< 21,0$  kg/m<sup>2</sup>
- PB  $\geq 18,5$  e  $< 21,0$  cm

#### Mulheres grávidas:

- PB  $\geq 21,0$  e  $< 23,0$  cm
- Ganho de peso  $< 1,5$  kg/mês

#### Mulheres lactantes até aos 6 meses após o parto:

- PB  $\geq 21,0$  e  $< 23,0$  cm

Para além das características mencionadas em todos grupos etários também deve ser:

- Sem edema
- Com apetite
- Em alerta
- Clinicamente bem

---

Se uma criança tiver DAM e complicações médicas, incluindo sarampo, ela deve ser encaminhada para avaliação clínica e/ou tratamento apropriado, seja no ambulatório ou no internamento (dependendo da gravidade), onde as complicações serão tratadas juntamente com a DAM. Se a criança estiver no internamento e não tiver mais complicações médicas, a criança deve ser encaminhada ao ambulatório para continuar com tratamento da DAM.

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

### **Produtos nutricionais terapêuticos usados para DAM**

Em Moçambique existem três produtos alimentares terapêuticos disponíveis para o tratamento da DAM: alimento suplementar pronto para uso (ASPU), misturas alimentícias enriquecidas (MAE), e alimento terapêutico pronto para uso (ATPU).

O ASPU é um produto especialmente formulado para o tratamento da DAM. Cada saqueta pesa 100 gramas e quanto a composição nutricional tem 540 quilocalorias, 12,1 gramas de proteínas e 35 gramas de gordura. O ASPU é usado como primeira linha no tratamento de DAM e deve ser administrado a todas as crianças com DAM com idade igual ou superior a 6 meses, contudo a prioridade deve ser dada a crianças menores.

As misturas alimentícias enriquecidas consistem numa mistura de cereais e outros ingredientes (por exemplo: soja, leguminosas, sementes oleaginosas, leite em pó desnatado, açúcar e/ou óleo vegetal) que foi moída, misturada, pré-cozinhada por torragem e enriquecida com uma pré-mistura de vitaminas e minerais. A MAE mais comum em Moçambique, é o CSB Plus, uma mistura de milho e soja enriquecida com vitaminas e minerais. A MAE usada para o tratamento de DAM deve ter a composição nutricional semelhante ao do CSB Plus (Tabela 8).

**Tabela 8:** Produtos nutricionais usados no tratamento da Desnutrição Aguda Moderada (DAM)

<b>Crianças 6-59 meses</b>		
ASPU Recomendação primária		1 saqueta/dia
ATPU Primeira alternativa		1 saqueta/dia
<b>Crianças/adolescentes 5-14 anos, mulheres grávidas adultos e idosos</b>		
ASPU Recomendação primária		2 saquetas/dia
MAE Primeira alternativa		300 gramas/dia (3 chávenas de chá)
ATPU Segunda alternativa		2 saquetas/dia

O ASPU é a primeira linha de tratamento para pacientes com DAM, e deve ser administrado a todos os pacientes com idade igual ou superior a 6 meses. Porém, nos distritos onde não existe suficiente ASPU para todos grupos alvos, o ASPU deve ser priorizado para crianças de 6-59 meses, e onde existe, a MAE para crianças  $\geq$  de 5 anos e adolescentes. O ATPU pode ser utilizado como alternativa somente em ausência do ASPU para crianças de 6-59 meses, e MAE para crianças e adolescentes de 5-14 anos. Onde não existem quantidades suficientes de ATPU para crianças e adolescentes dos 6 meses a 14 anos com DAG, as crianças com DAM não devem receber ATPU. Nestes casos deve ser reforçado o aconselhamento nutricional conjugado com as demonstrações culinárias.

---

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

Ao mesmo tempo que recebe ASPU, MAE, ou ATPU, a mãe ou o provedor de cuidados deverá também receber as instruções necessárias para administrá-lo adequadamente à criança. Assim, ela será capaz de entender que ASPU, MAE ou ATPU são produtos terapêuticos para melhorar o estado nutricional da criança doente e por isso deve ser dado somente à criança desnutrida.

A educação nutricional é crucial para o sucesso deste programa. Frequentemente, tem sido demonstrado que, os programas de distribuição de apoio alimentar ou de reabilitação nutricional não são bem sucedidos quando os cuidadores não recebem educação nutricional em simultâneo.


As crianças e adolescentes com DAM devem ser referidos para a CCR ou Consulta Médica a cada 15 dias para controlo de peso. Quando houver situações de perda de peso, deve-se investigar a causa da perda de peso, e nas situações mais graves deve-se referir para o TDI.

### **Tratamento da Desnutrição Aguda Moderada com ASPU**

Para efectuar a distribuição do ASPU nos distritos onde não existem quantidades suficientes, os clínicos devem-se guiar com a “orientação sobre as prioridades a dar aos pacientes numa situação em que os produtos nutricionais terapêuticos não estejam disponíveis em quantidade suficiente.

A quantidade diária de ASPU que deve ser oferecida às crianças e adolescentes com DAM está descrita na Tabela 9.

**Tabela 9:** Quantidade de ASPU para o tratamento da Desnutrição Aguda Moderada (DAM)

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

### Mensagens para pacientes com DAM em tratamento com ASPU

1. O ASPU é um produto terapêutico destinado para suplementar a dieta normal. Como tal, ele não deve substituir a ingestão alimentar normal ou prejudicar o aleitamento materno e/ou outras práticas alimentares.
2. O ASPU deve ser consumido entre as principais refeições, isto é: metade da dose diária recomendada entre o mata-bicho e o almoço e a outra metade entre o almoço e o jantar. Uma segunda alternativa é dividir a dose diária em quatro partes e consumir cada uma delas nas três principais refeições e no lanche, juntamente com os outros alimentos normalmente consumidos.
3. Se o paciente quiser consumir a dose diária de suplemento de uma única vez, não se deve impedir. O mais importante é que a dose diária seja consumida na totalidade.
4. Para os casos de crianças com idade igual ou superior a 6 meses que estiverem a ser amamentadas com leite materno, o aleitamento materno deve ser a prioridade e, portanto, deverá ser oferecido antes de qualquer suplemento nutricional.
5. O ASPU só deve ser oferecido 30 minutos ou mais após a amamentação.
6. O ASPU é um suplemento alimentar especialmente desenhado para ajudar o paciente desnutrido a recuperar a força e o peso perdido, e não um alimento comum para a alimentação de toda a família.
7. Crianças com idade compreendida entre os 6 e os 59 meses devem consumir, por dia, 1 saqueta de ASPU.



---

8. Pacientes com idade igual ou superior a 5 anos devem consumir, por dia, 2 saquetas de ASPU.

9. O ASPU pode ser consumido de várias formas dependendo da preferência do paciente, por exemplo: consumido simples, misturado com papas, ou barrado no pão.

10. Antes e depois do paciente se alimentar ou preparar a comida, o paciente e o provedor de cuidados (se o paciente por si não consegue se alimentar) devem lavar as mãos usando água corrente e sabão ou cinza. Os alimentos devem ser mantidos limpos e cobertos. As refeições preparadas e conservadas a mais de 2 horas devem ser aquecidas antes de se comer.

11. O paciente deve beber muita água tratada e armazenada de forma segura para manter um bom estado de hidratação. É muito importante lembrar que a água deve ser potável (fervida ou tratada) para evitar a diarreia.

12. Se tiver diarreia, o paciente deve iniciar a toma de sais de rehidratação oral (SRO) ou outros líquidos de acordo com recomendações nacionais e se necessário se dirigir ao posto de saúde. O paciente deve continuar a alimentar-se com comida e água extra, não se esquecendo de lavar as mãos com sabão ou cinza sempre que usar a latrina.

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

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

### **Tratamento da Desnutrição Aguda Moderada com MAE**

A quantidade diária de MAE que deve ser oferecida às crianças e adolescentes com DAM deve ser de 300 gramas por dia para crianças de 5-14 anos.

Para facilitar a gestão e logística do MAE (CSB Plus), a mãe ou o provedor de cuidados poderá receber um saco de 10 kg para um período de 30 dias.

---

## Instruções para preparação da MAE

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

## Tratamento da Desnutrição Aguda Moderada (DAM) com ATPU

Para a distribuição do ATPU deve-se dar prioridade às crianças e adolescentes com desnutrição aguda grave (DAG). Nos distritos onde não existem quantidades suficientes de ATPU para crianças e adolescentes com DAG, as crianças e adolescentes com DAM não devem receber ATPU.

Antes da entrega do ATPU à mãe ou ao cuidador, a criança ou adolescente deve ser submetida a um teste do apetite para verificar se gosta e consegue comer o ATPU. A mãe pode levantar a quantidade para 1 mês na farmácia, após confirmação de que a criança ou adolescente passou no teste do apetite.

O alimento terapêutico pronto para uso (ATPU), está disponível sob a forma de saquetas de papel de alumínio (92 g). Dependendo da embalagem que estiver disponível, a criança ou adolescente com DAM receberá a quantidade de ATPU indicada na tabela abaixo.

**Tabela 10:** Quantidade de ATPU (saquetas) para tratamento de DAM



Idade da criança	Total saquetas de ATPU para 24 horas	Total saquetas de ATPU para 7 dias	Total saquetas de ATPU para 15 dias	Total saquetas de ATPU para 30 dias
6-59 meses	1	7	15	30
≥ 5 anos	2	14	30	60

De cada vez que a mãe ou o provedor de cuidados vai à Unidade Sanitária para a visita de controlo, recebe da farmácia uma quantidade de ATPU para um mês. Esta quantidade é apenas um suplemento, sendo por isso necessário a ingestão de outros alimentos disponíveis na família.

### Cuidados a ter na administração de ATPU

- Informar e recordar sempre à mãe ou ao provedor de cuidados, que o ATPU é como um medicamento para o tratamento da desnutrição, e que é vital para a recuperação da criança.
- Mostrar à mãe ou ao provedor de cuidados como abrir a saqueta de ATPU e como administrá-lo à criança.
- Explicar à mãe ou ao provedor de cuidados que a criança deve terminar cada uma das suas doses diárias de ATPU (de preferência antes que lhe seja dado outro tipo de comida).
- Deve-se explicar também que a criança ou provedor deve beber água tratada e armazenada de forma segura enquanto come o ATPU e também depois de comer. É muito importante lembrar que a água seja potável (fervida ou tratada) para evitar diarreias.

---

## Monitoria individual durante as consultas de controlo

Os seguintes parâmetros devem ser monitorados e registados a cada visita:

### Antropometria

- PB;
- Peso;
- Comprimento ou altura.

### Exame físico

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

## CrITÉRIOS de alta do tratamento da Desnutrição Aguda Moderada

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

Crianças dos 6 aos 59 meses de idade com:

- $P/E \geq -1$  DP em 2 pesagens sucessivas ou o seguinte PB em duas avaliações sucessivas: 6-59 meses:  $\geq 12,5$  cm.

Crianças dos 5 anos aos 14 anos de idade com:

- $IMC/Idade \geq -1$  DP em 2 pesagens sucessivas ou o seguinte PB em duas avaliações sucessivas: 5-10 anos:  $\geq 14,5$  cm; 11-14 anos:  $\geq 18,5$  cm.

Após o término do tratamento, continuar o controlo mensalmente por mais 3 meses para assegurar que a criança ou adolescente mantém  $P/E$  ou  $IMC/Idade \geq -1$  DP e os adultos, mulheres grávidas e idosos estejam no estado nutricional eutrófico ou PB acima do corte do normal para a idade.

---

### 3.7.3. Medicamentos de rotina

Os medicamentos de rotina são administrados no TDI e no TDA. Antes da administração dos medicamentos de rotina deve se conferir as fichas de registo ou o Cartão de Saúde da criança, os detalhes sobre a medicação já administrada e, eventualmente, continuar com o plano de medicação e ou suplementação, de acordo com este protocolo.

As crianças e adolescentes com DAG que não mostram os sinais usuais de infecção, como por exemplo, febre e inflamação, a medicação de rotina é fornecida no momento da admissão. O médico é responsável por decidir se uma medicação adicional será necessária para condições clínicas aparentes, mas basicamente pode se tratar com os seguintes medicamentos:

#### **Tratamento antibiótico com Amoxicilina**

Para crianças e adolescentes que são directamente encaminhados para o Tratamento em Ambulatório:

- Dar tratamento antibiótico oral durante o período de 7-10 dias para tomar em casa, na dosagem de 50-100 mg/kg de peso corporal/dia conforme a Tabela 11.
- Dar a primeira dose de antibiótico sob supervisão do trabalhador de saúde. Explicar à mãe ou ao provedor de cuidados como fazer o tratamento em casa.
- Se for necessário uma segunda linha de antibiótico, encaminhar a criança ou adolescente para o TDI.

**Nota: Geralmente as crianças com desnutrição aguda moderada não deverão receber antibióticos de rotina, só podem receber se apresentarem algum sinal clínico de infecção.**

**Tabela 11.** Tratamento antibiótico da primeira linha: Amoxicilina

Peso da criança ou adolescente	Suspensão de 125 mg/5 ml 7 dias	Suspensão de 250 mg/5 ml 7 dias	Comprimidos de 250 mg 7 dias
< 10 kg	125 mg ou 5 ml 8 em 8 horas	125 mg ou 2,5 ml 8 em 8 horas	125 mg ou ½ comprimido 8 em 8 horas
10-30 kg	250 mg ou 10 ml 8 em 8 horas	250 mg ou 5 ml 8 em 8 horas	250 mg ou 1 comprimido 8 em 8 horas
> 30 kg	Dar comprimidos	Dar comprimidos	500 mg ou 2 comprimidos 8 em 8 horas

## Vacinas

O profissional de saúde deve verificar o calendário de vacinação e dar as vacinas em falta. **Se estiver perante uma criança com idade igual ou superior a 9 meses e não tiver sido vacinada contra o sarampo, deve-se dar a vacina contra o sarampo na 4ª semana de tratamento ou no momento de dar alta.** Não se deve dar a vacina contra o sarampo a crianças que receberam a primeira dose.

No caso de uma epidemia de sarampo na área, ou contacto com alguém com sarampo, deve-se dar a vacina contra o sarampo no momento da admissão para o TDI e repetir a vacina no momento de dar alta para crianças que não tenham sido vacinadas; para crianças que já tenham recebido a 1ª dose, deve-se dar o reforço no momento da alta.

## Desparasitante

A desparasitação só pode ser feita a partir de 1 ano de idade. Em situações de desnutrição, deve se tomar dose única de Albendazol ou Mebendazol na segunda semana de tratamento conforme esta descrito na Tabela 12.

**Tabela 12:** Dosagem única de medicamento anti-helmíntico

Idade/peso da criança ou adolescente	Albendazol Comprimido (400 mg)	Mebendazol Comprimido (500 mg)	Mebendazol Comprimido (100 mg)
< 1 ano	NÃO	NÃO	NÃO
< 10 kg	½ comprimido	½ comprimido	2½ comprimidos – dose única
≥ 10 kg	1 comprimido	1 comprimido	5 comprimidos – dose única

### Administração de Vitamina A em pacientes com desnutrição aguda

Todas as crianças maiores de 6 meses com DAG que tenham sarampo ou sarampo recente (nos últimos 3 meses) devem ser tratadas no TDI e dadas uma dose elevada (50 000 UI, 100 000 UI ou 200 000 UI) de vitamina A de acordo com a idade da criança, no dia 1, com uma segunda e uma terceira dose no dia 2 e no dia 15 do internamento ou na alta do programa, independentemente do produto nutricional terapêutico que esteja a receber.

Todas as crianças com DAG e sem vacinação e em contacto com alguém com sarampo devem ser dadas uma dose elevada (50 000 UI, 100 000 UI ou 200 000 UI) de vitamina A de acordo com a idade da criança na admissão, independentemente do produto nutricional terapêutico que esteja a receber (Tabela 13).

**Tabela 13:** Esquema de tratamento para crianças com manifestações oculares de deficiência de vitamina A e/ou sarampo ou sarampo recente

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

---

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

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

- Crianças com desnutrição aguda grave devem receber 5000 Unidades Internacionais (UI) de vitamina A diariamente, seja como parte dos alimentos terapêuticos ou como parte de uma formulação de multimicronutrientes.
- Crianças com desnutrição aguda grave, sem manifestações clínicas oculares, que não tem e nem tiveram sarampo recente, e sem contacto com alguém que tem sarampo não requerem uma dose elevada de vitamina A como suplemento se estiverem recebendo F75, F100, ou ATPU, que cumpram com as especificações da OMS (portanto, já contém vitamina A suficiente), ou a vitamina A faz parte de outros suplementos da sua ingestão diária.
- O tratamento sistemático com vitamina A pode ser observado no tema sobre as deficiências em micronutrientes.

### **Ferro e ácido fólico**

O ferro e o ácido fólico são dados a pessoas com desnutrição que estejam na fase de reabilitação que estiverem sob a dieta de F100. Neste caso, deve-se dar 3 mg/kg/dia de ferro elemental – acrescentar sulfato de ferro: 1/2 comprimido esmagado de 200 mg de sulfato de ferro (65 mg de ferro elemental em 1 comprimido) adicionado a 2,0-2,1 L de F100. Se estiverem sob a dieta de ATPU, nenhum ferro adicional é dado porque o ATPU já contém o ferro necessário.



---

Nas fases de estabilização e transição, não é recomendado o tratamento de ferro na criança com desnutrição aguda grave, devido ao risco do agravamento de infecções, lesão tecidual, e o crescimento de bactérias patogénicas. A suplementação com ferro, quando necessário, somente deve ser feita na fase de reabilitação quando o estado geral da criança melhora e ela começa a ganhar peso, o que geralmente ocorre a partir da segunda semana de tratamento.

Quando a anemia grave é identificada de acordo com as normas de AIDNI, as crianças são encaminhadas para o tratamento no internamento (hospitalar) e o tratamento é dado em conformidade com o protocolo de tratamento de AIDNI.

Nunca deve ser administrado ferro e ácido fólico juntamente com um tratamento de malária.

## **Zinco**

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



---

### **3.8. Como detectar e reportar os casos de desnutrição na comunidade**

Para o maneio de casos de desnutrição ao nível comunitário, o MISAU conta com os APE e ACS. Estes são responsáveis pela detecção dos casos de desnutrição através da medição do PB para crianças dos 6 meses aos 14 anos, incluindo adolescentes, grávidas e nos 6 meses pós-parto, adultos e idosos e a avaliação da presença de edema bilateral (edema simétrico em ambos os pés). Os passos para a medição do PB e avaliação do edema bilateral estão descritos no ponto 3.4. (diagnóstico da desnutrição). Os valores do PB e da verificação do edema bilateral servem para detecção de casos de desnutrição aguda na comunidade.

Nas comunidades, as crianças e adolescentes identificadas com DAM ou DAG devem ser referidas para fazerem o tratamento na Unidade Sanitária (US).

Para referir os casos de desnutrição da comunidade para a US, os ACSs e APEs utilizam a Ficha de Referência da Comunidade para a US (ver a ficha e as instruções para o preenchimento no Anexo 23).

A Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária é um instrumento com o qual o activista vai recolher informações em relação ao doente que está sendo referido e as razões que fazem com que este seja referido para a US.

A monitoria dos casos de desnutrição na comunidade pode ser vista no tema a seguir (Mobilização Comunitária e Educação Nutricional).

---

### 3.9. Mobilização Comunitária e Educação Nutricional

**Mobilização comunitária** é o processo de reunir membros de uma comunidade e capacitá-los para lidar com as preocupações e problemas comuns, com ou sem interferência externa.

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

1. Detecção dos casos de DAG e DAM o mais cedo possível.

Ao nível das comunidades, esta actividade é feita pelo APE/ACS através de:

- Avaliação dos sinais e sintomas da desnutrição aguda;
  - Avaliação do PB em crianças de 6-59 meses;
  - Avaliação do edema em todas crianças, incluindo crianças menores de 6 meses.
2. Mobilização social, usando os meios disponíveis, ex: rádio comunitária, activistas, líderes comunitários, etc., para aumentar a cobertura do PRN.
    - O APE/ACS deve informar e explicar a comunidade o local onde irão se concentrar para avaliação nutricional através da triagem nutricional, a hora, e o grupo alvo a ser avaliado;
    - Palestras e demonstrações culinárias devem ser feitas como parte da mobilização comunitária.
  3. Visitas domiciliárias. Nesta actividade o APE/ACS deve ser capaz de identificar situações que precisam de visita domiciliar, falando com a mãe ou o provedor de cuidados.

-É um bom sistema de comunicação entre os trabalhadores de saúde e os agentes comunitários.

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

- Verificação de ausentes ou faltosos
- Verificação do peso estático ou perda de peso em 2 visitas consecutivas à US

- Verificação da deterioração da condição clínica
- Verificar as crianças devolvidos do internamento ou quando a mãe ou o provedor de cuidados recusou o atendimento no internamento (hospitalar).

Qualquer ausência ou falta a uma visita a US deve ser comunicada e seguida pelos APEs/ACs. É essencial conhecer as razões das ausências para impedir que voltem a acontecer. Deve-se sempre estimular os ausentes a voltarem às visitas, buscando soluções conjuntas (trabalhadores de saúde, ACs e família) para os problemas que motivaram as faltas e devem fornecer informação às US sobre problemas relacionados ao ambiente doméstico das crianças e aconselhamento nutricional e de saúde aos cuidadores de crianças no domicílio.

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

### **APEs e/ou ACs**

- Triagem nutricional usando o perímetro braquial (PB), avaliação da presença de edema, sinais de magreza, ou perda rápida de peso com posterior referência dos casos de desnutrição aguda para Unidade Sanitária (Figura 12).
- Visitas ao domicílio para o seguimento dos doentes em tratamento e detecção de outros casos se existirem, em particular aqueles que:
  - São nutricionalmente vulneráveis (mulheres grávidas, mulheres lactantes, portadores de VIH/SIDA e/ou tuberculose);
  - Perdem peso ou cujo peso é estacionário durante 2 visitas de seguimento consecutivas;
  - Desenvolvem complicações médicas;
  - Recusam o tratamento em internamento ou não são internados por algum motivo, embora tenham critérios;
  - Ausentes ou faltosos.

- 
- Educação nutricional e sanitária nas comunidades:
    - Mobilização social para promoção do programa nas comunidades, usando vários canais de comunicação social e recursos disponíveis, para obter elevada cobertura e aderência.

### **Líderes Comunitários**

São elementos chave na:

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

### **Praticantes de Medicina Tradicional (PMTs)**

Estes fazem a:

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

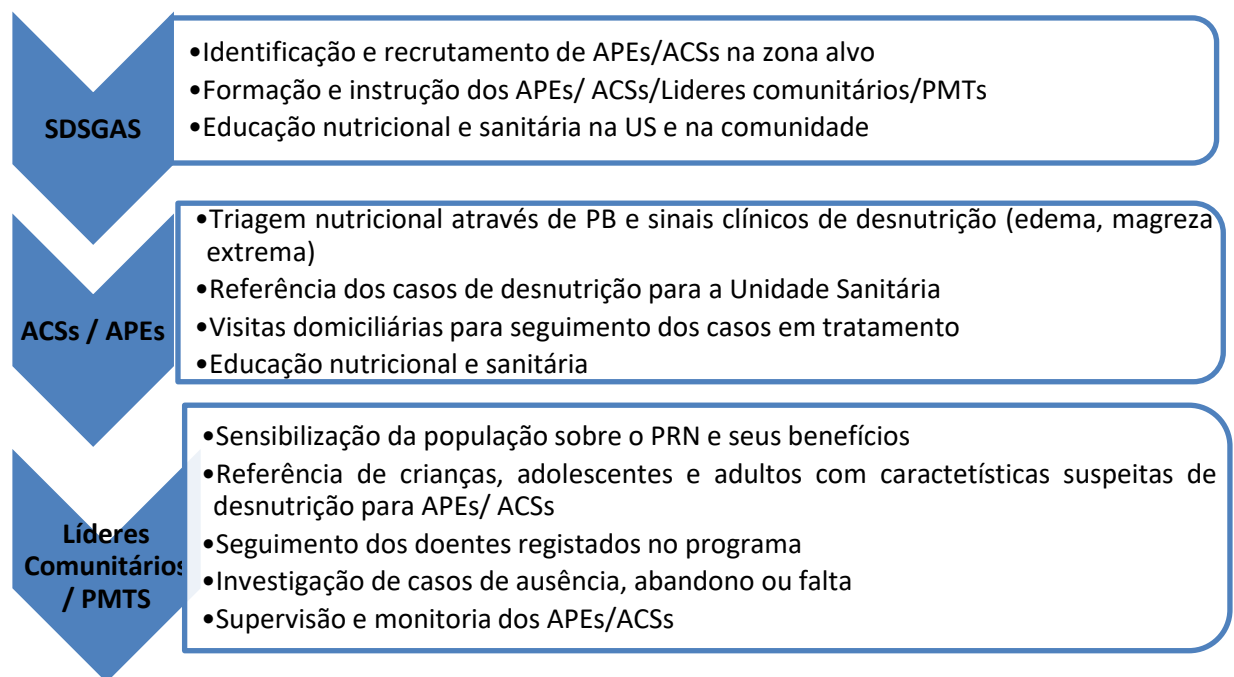
### **Serviços Distritais de Saúde Género e Acção Social**

São responsáveis por:

- Assistência na identificação dos ACSs/APEs quem moram na zona alvo das intervenções nutricionais;
- Formação dos ACSs/APEs;
- Instruir aos ACSs/APEs a identificar os indivíduos que precisam de visitas domiciliárias;

- Discutir questões/problemas da implementação do PRN com os representantes da comunidade;
- Supervisão e coordenação do trabalho dos voluntários.

**Figura 12:** Elementos-Chave de Mobilização Comunitária



---

### 3.10. Técnicas para difundir mensagens de desnutrição na comunidade

O desenvolvimento de actividades educativas para a redução da desnutrição pode levar a reflexão sobre o acto de passagem de mensagens em diferentes contextos. Partindo do princípio que a mensagem não é aquilo que se fala ou transmite de maneira inteligível, mas sim aquilo que desejamos que o receptor capte, é importante que se conheçam algumas estratégias de como difundir estas mensagens.

#### 1. Conhecer as estratégias para a elaboração de mensagens.

As mensagens-chave devem ser desenhadas tendo em conta os princípios da Comunicação para a Mudança Social e de Comportamento (CMSC). As mensagens devem ser motivantes, fáceis de entender, culturalmente apropriadas respondendo as seguintes questões: O que fazer, porque fazer e como fazer?

#### 2. Conhecer as Audiências Alvos (AA).

As audiências são o conjunto de pessoas que, num dado momento, assistem ou ouvem uma determinada informação. Estas podem ser: audiências primárias, secundárias e terciárias. No contexto da desnutrição em menores de 5 anos, a audiência pode ser:

- Audiência primária: os responsáveis directos pelo comportamento (ex: mãe);
- Audiência secundária: pessoas que influenciam directamente a audiência primária (ex: avós, sogras, maridos);
- Audiência terciária: aqueles que indirectamente influenciam a audiência primária (ex: líderes comunitários e profissionais de saúde).

#### 3. Pessoas Influentes na mudança de comportamento.

Estas podem ser: pai, marido, mãe ou sogra, amigos ou vizinhos, trabalhadores de saúde, líderes religiosos ou líderes comunitários, líderes Governamentais ou da Sociedade Civil, sector privado.

---

#### 4. Estratégias de Comunicação.

Para que uma determinada mensagem passe para o receptor é importante que se use estratégias de vão de acordo com a realidade do mesmo. Neste contexto, ao nível da comunidade, destaca-se a mobilização comunitária e a comunicação para a mudança de comportamento para que haja mudanças no conhecimento, nas atitudes, e nas práticas dos participantes/audiências específicos nos programas.

#### 5. Canais de comunicação

Os canais de comunicação agrupam-se em três categorias: *Mass Media*, *Mid Media* e Comunicação Interpessoal (CIP).

- A *Mass Media* envolve a disseminação dos programas através de diferentes canais de comunicação respectivamente: Tv/rádio/revistas/Out doors/ pinturas em murais.
- A *Mid Media* envolve a disseminação de mensagens através de cartazes, brochuras, álbuns seriados, panfletos, camisetas e chapéus.
- A CIP envolve o aconselhamento individual ou em grupos, a nível das unidades sanitárias ou comunitárias.

Dentre estes canais de comunicação e ao nível da comunidade deve se escolher os canais que vão de acordo com as condições da mesma. No contexto das comunidades moçambicanas pode ser usado o teatro, a rádio comunitária, vídeos comunitários, aconselhamento individual ou palestras/educação em grupos pequenos ou grandes, actividades interactivas, jogos, comunicação interpessoal através dos voluntários comunitários. Para que a informação seja facilmente percebida pelo receptor, é importante que haja combinação de vários canais de comunicação e também demonstrações de algumas actividades envolvendo a própria comunidade. Relativamente às demonstrações, no contexto de actividades para a prevenção e redução de casos de desnutrição é necessário que haja



---

demonstrações sobre o tratamento da água, lavagem das mãos, dos alimentos, oficinas culinárias ou demonstração de preparação dos alimentos , conservação de alimentos e outras.

---

### 3.11. Monitoria do Programa de Reabilitação Nutricional

**Monitoria** - Recolha e análise regular de dados e informação para apoiar a tomada de decisão atempada e assegurar uma melhor prestação de contas, bem como fornecer as bases para a avaliação e aprendizagem. Função contínua que usa a recolha sistemática de dados para fornecer atempadamente aos gestores e principais interessados do programa, indicações sobre o cumprimento do alcance dos seus objectivos.

**Avaliação** - Analisa/mede objectivamente a relevância, desempenho, e sucesso ou insucesso de programa em curso ou terminado.

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

#### Instrumentos de monitoria do PRN

1. Ficha de Referência da Comunidade para a US;
2. Multicartão usado no internamento;
3. Livro de registos do internamento;
4. Cartão do Doente Desnutrido usado no ambulatório;
5. Livro de Registo do PRN usado no ambulatório;
6. Resumo Mensal do TDA usado no ambulatório.

**1. Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária (Anexo 23):** A Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária é um instrumento com o qual o activista vai recolher informações em relação ao doente que está sendo referido e as razões que fazem com que este seja referido para a Unidade Sanitária.

---

**2. Multicartão (nível do indivíduo) (Anexo 24):** O multicartão deve ser usado para o registo de dados clínicos e nutricionais de cada uma das crianças desnutridas no internamento. Ele deve conter toda a informação necessária sobre o estado nutricional e de saúde da criança e o progresso do tratamento. Muitas vezes, porque as crianças desnutridas apresentam em simultâneo outras doenças tais como a malária e pneumonia, são estas doenças que ficam registadas na estatística da enfermaria como a principal causa de internamento, e o diagnóstico da desnutrição não é registado (fica oculto).

O multicartão bem usado pode providenciar informação útil em estudos especiais, tais como, o tempo que uma criança ou adolescente leva no internamento, o ganho de peso de acordo com a dieta administrada, etc.

**3. Livro de Registos do Internamento:** A fonte de dados para o resumo mensal do TDI é o livro de registos do internamento (**MOD. SIS – D01**). t nível do internamento, o PRN não tem um livro específico para registar apenas casos de desnutrição. Neste contexto, a recolha de dados será feita mediante o diagnóstico de saída (resumos de internamento, D03 e D04).

**4. Cartão do Doente Desnutrido (Anexo 25):** Sempre que o doente desnutrido se apresentar à Unidade Sanitária deve apresentar o respectivo cartão côr-de-rosa. Este cartão vai permitir ao profissional fazer a monitoria individual de cada doente e registar as quantidades de produtos terapêuticos que recebe e marcar a data da próxima visita.

**5. Livro de Registo do Programa de Reabilitação Nutricional (Anexo 26):** O livro de registo desempenha um papel muito importante no TDA. É nele onde podemos encontrar a informação rotineira de todas as crianças inscritas no programa, individualmente. O livro de registo é a fonte primária; daí ser fundamental o seu correcto preenchimento para que o programa possa ter dados de boa qualidade.



---

**6. Resumo Mensal do Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (Anexo 27):** Este resumo contém os principais indicadores de rotina que os profissionais de saúde devem recolher no livro de registo do PRN em cada final do mês. A produção deste resumo vai permitir a cada nível de fluxo de informação (Unidade Sanitária, SDSMAS, DPS e MISAU) analisar o desempenho do programa na componente do TDA, através das proporções de saída por cura, abandono, óbito, referências ou transferências das crianças inscritas no programa, num determinado mês.

### **Processo de elaboração dos resumos mensais**

Os resumos mensais são elaborados com base nas informações recolhidas no TDI e TDA.

Ao nível do TDI, os enfermeiros são responsáveis por preencher o livro de registo do internamento com base nas informações disponíveis nos processos clínicos dos doentes internados. Os dados referentes as altas e óbitos por desnutrição no internamento serão preenchidos nos resumos de internamento, nomeadamente, a ficha D03 e D04, para centros de saúde e hospitais, respectivamente.

E no TDA, o pessoal de saúde afecto nas CCR e Consulta de Doenças Crónicas é responsável pelo seguimento da evolução do estado nutricional e de saúde das crianças/adolescentes que estão no TDA. Toda a informação relativa a cada criança, deve ser registada no respectivo livro de registo. No final de cada mês, a Unidade Sanitária deve compilar os resumos mensais provenientes das diferentes consultas e submeter aos SDSMAS. Estes por sua vez submetem à província, e esta agrega toda a informação na base de dados e submete ao MISAU. O fluxo de informação de monitoria e avaliação está ilustrado no Anexo 28.

---

## **Análise, interpretação, apresentação e armazenamento de dados**

A análise de dados consiste na transformação de um conjunto de dados em informação com objectivo de facilitar a sua leitura e compreensão e, constitui uma etapa de extrema importância para a monitoria e avaliação de qualquer programa. Esta pode ser feita através de programas mais simples como *Excel* até os sistemas mais complexos.

O PRN ainda não tem as ferramentas de monitoria e avaliação inseridas no Sistema de Informação para Monitoria e Avaliação (SISMA), alternativamente, criou-se uma Base de Dados do PRN em *Excel*, a qual serve apenas como uma plataforma de análise de dados do programa. A entrada dos dados pode ser feita a nível da US, mas devido à limitação dos recursos, tais como, energia eléctrica, computadores e pessoal formado, os dados são introduzidos a partir do distrito e enviados para a província em formato digital e, por sua vez, a província vai agregar os dados de todos os distritos e fazer a análise dos dados da província. Usando também o formato digital, a província vai enviar os dados para o MISAU, onde vai agregar os dados de todas as províncias e fazer a análise dos dados do País.

Os relatórios gerados pela base de dados são em tabelas dinâmicas do *Excel*. A apresentação dos dados pode ser feita em tabelas ou gráficos dependendo dos indicadores seleccionados.

A base de dados no *Excel* permite apenas fazer a análise dos dados, mas não garante a integridade e a segurança dos dados, o que faz com que os utilizadores possam alterar os dados e por essa via, os dados apresentados em cada nível sejam diferentes dos dados apresentados na origem.

### **Supervisão**

Durante a implementação do PRN, as Unidades Sanitárias terão supervisão de apoio. Estas supervisões serão feitas tanto pelo nível central, assim como pela DPS ou de forma conjunta, podendo também envolver os parceiros de implementação do PRN.



---

A supervisão abarca todos os componentes do programa e deve ser orientada por uma ferramenta de supervisão padronizada (lista de verificação) que será usada por todos equipas de supervisão.

A supervisão de apoio estará virada para:

- Resolução de problemas, incentivo e aprendizagem
- Validação e melhoria do processo da recolha de dados
- Identificar problemas/dificuldades
- Auxiliar os profissionais de saúde na implementação de soluções dos problemas identificados
- Resolução conjunta de problemas
- Dar formações em trabalho
- Dar seguimento às recomendações das supervisões anteriores

---

## 4. DEFICIÊNCIAS EM MICRONUTRIENTES ESPECÍFICOS

Em Moçambique, as formas mais comuns são as deficiências de ferro, de vitamina A, de zinco, de iodo e das vitaminas do complexo B.

### 4.1. Deficiência de ferro

Diz-se que uma pessoa tem deficiência de ferro, quando as reservas de ferro no corpo não são suficientes para o seu funcionamento normal o que pode levar a anemia.

Anemia é quando uma pessoa é anémica quando as reservas de ferro no corpo são baixas e os sinais clínicos começam a ser visíveis.

A anemia por deficiência de ferro constitui-se em um dos problemas nutricionais de maior magnitude no mundo, tendo atingido cerca de 1,2 bilhões de indivíduos no ano 2005. Em Moçambique, em 2002, 74,7% das crianças menores de 5 anos apresentaram anemia.

A anemia traz inúmeras consequências para o organismo de indivíduos de ambos os sexos e de todas as idades. Nos adultos, o principal impacto da anemia é a diminuição da capacidade produtiva. Na infância e no período escolar, fases da vida onde existe um aumento das necessidades nutricionais, a anemia tem efeitos negativos sobre o crescimento concretamente no aumento da estatura e sobre a aprendizagem escolar. A anemia por deficiência de ferro resulta da combinação de múltiplos factores etiológicos.

#### 4.1.1. Factores de risco para deficiência de ferro

Entre os factores de risco desta carência destaca-se os factores pré-natais, factores dietéticos e infecções.

##### Factores pré-natais:

- Anemia materna;
- Gestações múltiplas;

- 
- Baixo peso à nascença;
  - Prematuridade;
  - Diabetes mal controlada.

**Factores dietéticos de destaque:**

- Introdução precoce de leite de vaca;
- Fórmulas pobres em ferro;
- Consumo insuficiente de alimentos ricos em ferro;
- Introdução atrasada de alimentos ricos em ferro;
- Ingestão inadequada de Vitamina C.

**Infecções:**

Por exemplo, as infecções helmínticas, cuja prevalência é elevada em Moçambique, especialmente entre crianças e adolescentes, podem comprometer os níveis nutricionais de ferro.

**Outros factores:**

- Baixo status socioeconómico;
- Baixo nível de escolaridade da mãe;
- Perda de sangue por acidente, menstruação.

**4.1.2. Manifestações clínicas da deficiência em ferro**

As manifestações clínicas da deficiência de ferro podem ser ligeiras, moderadas e graves. Geralmente a ligeira tem sido assintomática e na moderada verifica-se falta de apetite, fadiga, irritabilidade, palidez, mucosas descoradas e taquicardia. E na grave verifica-se taquicardia (aumento dos batimentos cardíacos), hepatomegalia (inflamação do fígado) e cardiomegalia (aumento do tamanho do coração).

### 4.1.3. Intervenções nutricionais

Suplementação com ferro oral diário ou intermitente é recomendada para grupos de risco, nomeadamente adolescentes, mulheres grávidas e mulheres nos seis meses após o parto. A tabela a seguir representa a suplementação com ferro nos adolescentes. Mulheres grávidas e seis meses depois do parto.

**Tabela 14:** Suplementação com ferro.

Grupo alvo	Frequência	Duração	Recomendação
<b>Adolescentes</b>	1 comprimido/semana	Mensal	Tomar os comprimidos com água fria.
<b>Mulher grávida</b>	1 comprimido/dia	Durante toda gravidez	Pode tomar com sumo de fruta natural. Não tomar os comprimidos com chá ou leite.
<b>Depois do parto</b>	1 comprimido/dia	Até 3 meses	

### Fortificação alimentar

Refere-se à adição de nutrientes a alimentos (por exemplo, na forma de pó) e bebidas. Consiste na fortificação de alimentos com vitaminas e minerais (por exemplo, ferro, folato, vitamina B12, zinco, vitamina A) isoladamente ou em combinação. Em Moçambique usa-se o micronutriente em pó (MNP) para crianças de 6-23 meses, veja o esquema para fortificação alimentar com MNPs na tabela 15. Esta medida visa reduzir a deficiência em ferro, vitamina A e zinco, visto que esta mistura é rica em estes nutrientes.

---

## 4.2. Fortificação alimentar com micronutrientes em pó (MNPs)

A fortificação caseira de alimentos com micronutrientes em pó (MNPs) é recomendada para melhorar o nível de ferro e reduzir a anemia de crianças de 6-23 meses de vida. Cada criança deve consumir uma saqueta de MNP por dia durante dois meses (60 dias), (tabela 15).

Os MNPs devem ser adicionados directamente aos alimentos prontos. Estes alimentos devem ser semi-sólidos sob a forma de papas ou purés, mornos ou à temperatura ambiente. Antes da adição dos MNPs aos alimentos, deve se ter em conta as regras de higiene.

Os MNPs não devem ser adicionados a alimentos líquidos ou que estejam quentes porque o pó pode não se dissolver bem ou pode alterar a cor ou o sabor da comida, além de que alguns micronutrientes termo-sensíveis podem ser destruídos pelo calor.

Para dar os MNPs a criança, siga os seguintes passos:

1. Lavar as mãos com água e sabão ou cinza antes de preparar os alimentos e antes de dar de comer à criança;
2. Lavar as mãos da criança com água e sabão antes dela comer;
3. Preparar a comida da criança, como prepara normalmente;
4. Servir a comida já pronta na tigela da criança;
5. Separar uma pequena parte da comida que a criança é capaz de acabar de uma única vez;
6. Agitar a saqueta para garantir que todo pó seja despejado. Depois de abrir a saqueta no ponto indicado, despeje-o na pequena parte da comida separada;
7. Mexer bem a parte separada da comida já com o pó, antes de dar a criança;
8. Incentivar a criança a acabar a comida misturada com vitaminas e minerais dentro de 30 minutos. Depois de 30 minutos, as vitaminas e minerais podem causar alteração na cor e no sabor da comida, levando a criança a rejeitar a comida.
9. Dar o resto da comida.

### Quando interromper o MNP

Em situações de malária e febre, a criança deve interromper o consumo de MNPs e tratar a malária. Depois do tratamento, a criança deve retomar os MNPs.

**Tabela 15:** Esquema para fortificação alimentar com micronutrientes em pó para crianças de 6-23 meses

<b>Composição por saqueta</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ferro: 12,5 mg de ferro elementar, preferivelmente fumarato ferroso em cápsula</li><li>• Vitamina A: 300 µg de retinol</li><li>• Zinco: 5 mg de zinco elementar, preferivelmente como gluconato de zinco</li></ul>
<b>Frequência</b>	Uma saqueta por dia
<b>Duração</b>	A partir dos 6 meses durante 2 meses
<b>Grupo alvo</b>	Crianças de 6-23 meses
<b>Recomendação</b>	Populações onde a prevalência de anemia é maior ou igual a 20%

### Educação alimentar

Educação alimentar e nutricional é importante com vista a aumentar a ingestão de alimentos ricos em minerais e vitaminas, como frutas, vegetais e alimentos ricos em ferro.

Em relação ao ferro, existem dois tipos: o ferro heme presente nos alimentos de origem animal, e o ferro não-heme presente nos vegetais. O ferro presente nos alimentos de origem animal, particularmente na carne é melhor absorvido, enquanto que o ferro dos vegetais precisa do consumo de uma fonte de vitamina C para ter uma melhor absorção.

Os alimentos ricos em ferro não heme são: feijão, folhas verdes escuras (folha de batata doce, abóbora, mandioca), sementes abóbora, beterraba.

---

### **4.3. Deficiência da Vitamina A**

A deficiência de vitamina A é um problema de saúde pública em mais da metade de todos os países, especialmente na África e no Sudeste Asiático, atingindo crianças mais jovens e mulheres grávidas. Segundo a OMS, a deficiência de vitamina A afectou cerca de um terço das crianças de 6 a 59 meses em 2013 no Mundo, com taxas mais altas na África Subsaariana (48%) e no Sul da Ásia (44%). Dados reportados em 2004 mostram que em Moçambique 5,3% das crianças menores de 5 anos de idades apresentaram deficiência em Vitamina A.

#### **4.3.1. Factores de risco**

- Baixa ingestão de alimentos ricos em vitamina A
- Aumento da incidência de infecções (diarreias e sarampo)

#### **4.3.2. Manifestações clínicas da deficiência da Vitamina A**

A deficiência de Vitamina A tem repercussões que afectam as estruturas epiteliais de diferentes órgãos, sendo os olhos os mais atingidos.

Nos olhos pode se verificar a xeroftalmia (olho seco ou cerato conjuntivite seca), manchas de bitot (manchas brancas na esclerótica), queratomalacia, ulceração da córnea, cegueira noturna e na pele, verifica-se pele seca e escamosa.

E os outros sinais são a anemia, apatia, diarreia e retardo mental, uma vez que esta vitamina A actua como antioxidante (combate os radicais livres que aceleram o envelhecimento e estão associados a algumas doenças). Nos casos mais graves de xeroftalmia, podem ocorrer ulceração e necrose da córnea.

### 4.3.3. Intervenções nutricionais

Devido a maior prevalência da deficiência em vitamina A o MISAU adoptou a suplementação com doses de elevadas de Vitamina A, como actividade de rotina com três ( 3) objectivos:

1. Assegurar que todas as crianças de 6 a 59 meses recebam duas doses anuais de vitamina A;
2. Assegurar que todas as crianças de 6 a 59 meses que sofrem de sarampo, xeroftalmia, desnutrição grave, recebam doses terapêuticos de Vitamina A;
3. Assegurar que todas as mulheres recebam uma dose de vitamina A, nas 1º e 6º semana após o parto.

### Suplementação

Consiste na administração de cápsulas de vitamina A a crianças de 0-59 meses. As crianças de 0-11 meses recebem 100,000UI de Vitamina A uma vez e as crianças de 12-59 meses incluindo as seropositivas recebem 200,000UI de Vitamina A de 6 em 6 meses (tabela 16).

**Tabela 16:** Suplementação com a Vitamina A

Grupo alvo	Crianças de 0-11 meses incluindo as seropositivas	Crianças de 12-59 meses incluindo as seropositivas	Mulheres depois do parto
Frequência	100,000UI de Vitamina A	200,000UI de Vitamina A	200,000UI de Vitamina A
Duração	Uma vez aos 6 meses de vida da criança	De 6 em 6 meses	Sexta semana depois do parto
Via de administração	Oral		
Recomendação	Áreas onde a prevalência de cegueira nocturna é maior que 1% nas crianças de 24-59 meses e onde a prevalência da deficiência da Vitamina A é maior ou igual a 20%		

---

## **Fortificação alimentar**

Consiste na fortificação de alimentos básicos como farinha, açúcar e óleo.

## **Educação alimentar**

Consiste no aconselhamento do consumo de alimentos ricos em vitamina A (fígado, gema de ovo e óleos de peixes, os vegetais como cenoura, manga, papaia, batata-doce de polpa alaranjada também são boas fontes dessa vitamina porque contêm carotenóides, substância que no organismo será transformada em vitamina A).

### **4.4. Deficiência de iodo**

A deficiência de iodo é um problema global de saúde pública e afecta países desenvolvidos e em desenvolvimento. Em 2011, cerca de 1,9 bilhão de pessoas (28,5%) em todo o mundo consumiam quantidades inadequadas de iodo e correm risco de ter a deficiência de iodo. Em 2004, cerca de 60,3% das crianças de 6 a 12 meses apresentaram deficiência em iodo em Moçambique.

#### **4.4.1. Factores de risco**

- Uso de sal não iodado na alimentação
- Consumo de alimentos pobres em iodo

#### **4.4.2. Manifestações clínicas da deficiência de iodo**

Os sinais da deficiência podem ser verificados na mulher grávida, nos neonatos, nas crianças e serem perpetuados até a vida adulta. Na mulher grávida pode ter aborto, nos neonatos tem se verificado o retardo mental, o bócio neonatal e o hipotiroidismo e nas crianças, adolescentes e adultos, bócio, o hipotiroidismo, o retardo do desenvolvimento físico e atraso mental.

Hipotiroidismo- é uma doença do sistema endócrino em que a glândula tiróide não produz hormonas da tiróide em quantidades suficientes.

### 4.4.3. Intervenções nutricionais

#### Suplementação

Consiste na administração do iodo a todas crianças de 0-59 meses residentes nos países em que mais de 20% dos agregados familiares têm acesso ao sal iodado, (Tabela 17).

**Tabela 18:** Suplementação com Iodo

Países com 20% dos agregados familiares com acesso do sal iodado	Suplementação com iodo para todas crianças
Países com 20%-90% dos agregados familiares com acesso ao sal iodado	Suplementação com iodo para crianças susceptíveis
Doses recomendadas para crianças de 6-23 meses de idade	<ul style="list-style-type: none"><li>• 90 microgramas por dia</li><li>• 200mg/ ano numa dose única de sal iodado</li></ul>

#### Fortificação alimentar

Consiste na fortificação de alimentos básicos como sal e óleo com iodo.

#### Educação alimentar

Consumo de alimentos ricos em iodo. Os alimentos ricos em iodo são os de origem marinha como a cavala ou o mexilhão, ostra. Mas, há outros alimentos ricos em iodo, tais como o sal iodado, leite e ovos.

## 4.5. Deficiência de Zinco

### 4.5.1. Factores de risco para deficiência de zinco

- Dieta pobre em zinco.
- Alcoolismo, infecções da corrente sanguínea, doença renal crónica, diabetes mellitus, anemia falciforme.

### 4.5.2. Manifestações clínicas da deficiência do Zinco

Dentre os sintomas destacam-se a perda de apetite, diarreia, atraso no crescimento nos lactentes e crianças, perda de cabelo, irritabilidade, alteração do paladar e olfacto, erupções cutâneas, nos homens pode haver a redução da produção dos espermatozoides e as feridas podem cicatrizar lentamente.

### 4.5.3. Intervenções nutricionais

#### Suplementação

A Suplementação com zinco é feita até que os sintomas desapareçam. Em situações de diarreia é usado de acordo com a descrição feita na tabela 18.

**Tabela 18. Suplementação com zinco para a gestão da diarreia**

Faixa etária	Dosagem
Crianças menores de 6 meses	Suplementação com 10mg de zinco para 10-14 dias
Crianças de 6-23 meses	Suplementação com 20mg de zinco para 10-14 dias



---

## **Fortificação alimentar**

Consiste na fortificação de alimentos com zinco. Em Moçambique, para as crianças de 6-23 meses é usado o MNP porque em cada saqueta contem 5 mg de zinco elementar.

## **Educação alimentar**

Educação alimentar e nutricional para aumentar a ingestão de alimentos ricos em zinco, como ostra, carne de vaca, fígado, amendoim, castanha de cajú.



---

## 5. Bibliografia:

1. Development Initiatives. Global Nutrition Report: Shining a light to spur action on nutrition. Bristol, UK: Development Initiatives. 2018.
2. UNICEF Approach to scaling up nutrition for mothers and their children. Discussion paper. Programme Division. New York, June 2015.
3. MISAU. Manual de Programa de Reabilitação Nutricional I, 2018.
4. MISAU. Manual de Programa de Reabilitação Nutricional II, 2017.
5. UNICEF. Product update for Therapeutic Milks, F-75 and F-100. Technical Bulletin No. 23. 2017.
6. World Health Organization. Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. Geneva. 2013.
7. Instituto Nacional de Saúde. Inquérito Demográfico de Saúde. Maputo. 2011.
8. UNICEF. Improving child nutrition The achievable imperative for global progress. 2013.
9. WHO. Elimination of iodine deficiency . A manual for health workers. 2008.
10. WHO. Essential nutrition Action: Improve Maternal, Newborn Infant and Young Child Health and Nutrition. Geneva. 2013.
11. Da Silva Lopes K, Takemoto Y, Garcia-Casal MN, Ota E .Nutrition-specific interventions for preventing and controlling anaemia throughout the life cycle: an overview of systematic reviews. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018.
12. WHO. Zinc deficiency-Comparative Quantification of Health Risks.2012.
13. OMS. Uso de formulações em pó de múltiplos micronutrientes para a fortificação caseira de alimentos consumidos por bebés e crianças de 6-23 meses de vida. Genebra. 2013.



## FICHA TÉCNICA

**Sebenta de apoio elaborada por:**

Cecília Boaventura

Nutricionista

Email: [ceciliaboaventura@unilurio.ac.mz](mailto:ceciliaboaventura@unilurio.ac.mz)

**Coordenador da Formação Extracurricular:**

Sofia Costa

Nutricionista

Directora do Curso de Nutrição

Faculdade de Ciências de Saúde da Universidade Lúrio

Email: [sofiacosta@unilurio.ac.mz](mailto:sofiacosta@unilurio.ac.mz)

*Junho de 2020*



## 6. ANEXOS

## Anexo 1. Tabela de DP do P/C para RAPARIGAS



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
Ministério de Saúde



**Tabela de Peso para Comprimento para Raparigas dos 0–23 meses de Idade**

Comprimento (cm)	Normal P/C $\geq -1$ DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C $\geq -2$ e $< -1$ DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C $\geq -3$ 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	$\geq 6$	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	$\geq 8$	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	≥ 10,3	9,4 - 10,2	8,7 - 9,3	< 8,7
86	≥ 10,5	9,7 - 10,4	8,9 - 9,6	< 8,9
87	≥ 10,7	9,9 - 10,6	9,1 - 9,8	< 9,1
88	≥ 11	10,1 - 10,9	9,3 - 10	< 9,3
89	≥ 11,2	10,3 - 11,1	9,5 - 10,2	< 9,5
90	≥ 11,4	10,5 - 11,3	9,7 - 10,4	< 9,7

O comprimento em crianças menores de 2 anos de idade ou com um comprimento menor de 87 cm.

Mede-se a altura em crianças de 2 anos ou mais de idade ou com um comprimento igual ou superior a 87 cm. Existe uma tabela para raparigas e outra para rapazes, não se pode confundir as duas.

#### Como usar a Tabela de P/C - Exemplo:

A Maria tem 12 meses e tem um comprimento igual a 55 cm e pesa 3,6 kg.

1. Procure na tabela das raparigas o comprimento de 55 cm.
2. Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal (da esquerda para direita), o peso da Maria.

Vai verificar que 3,6 kg está entre 3,5 e 3,7 na classificação de desnutrição aguda moderada.

## Anexo 2. Tabela de DP do P/C para RAPAZES



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
Ministério de Saúde



### Tabela de Peso para Comprimento para Rapazes dos 0–23 meses de Idade

Comprimento (cm)	Normal P/C $\geq -1$ DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/C $\geq -2$ e $< -1$ DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/C $\geq -3$ 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	$\geq 3$	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	$\geq 5$	4,6 - 4,9	4,3 - 4,5	$< 4,3$
59	$\geq 5,3$	4,8 - 5,2	4,5 - 4,7	$< 4,5$
60	$\geq 5,5$	5,1 - 5,4	4,7 - 5	$< 4,7$
61	$\geq 5,8$	5,3 - 5,7	4,9 - 5,2	$< 4,9$
62	$\geq 6$	5,6 - 5,9	5,1 - 5,5	$< 5,1$
63	$\geq 6,2$	5,8 - 6,1	5,3 - 5,7	$< 5,3$
64	$\geq 6,5$	6 - 6,4	5,5 - 5,9	$< 5,5$
65	$\geq 6,7$	6,2 - 6,6	5,7 - 6,1	$< 5,7$
66	$\geq 6,9$	6,4 - 6,8	5,9 - 6,3	$< 5,9$
67	$\geq 7,1$	6,6 - 7	6,1 - 6,5	$< 6,1$
68	$\geq 7,3$	6,8 - 7,2	6,3 - 6,7	$< 6,3$
69	$\geq 7,6$	7 - 7,5	6,5 - 6,9	$< 6,5$
70	$\geq 7,8$	7,2 - 7,7	6,6 - 7,1	$< 6,6$
71	$\geq 8$	7,4 - 7,9	6,8 - 7,3	$< 6,8$
72	$\geq 8,2$	7,6 - 8,1	7 - 7,5	$< 7$
73	$\geq 8,4$	7,7 - 8,3	7,2 - 7,6	$< 7,2$
74	$\geq 8,6$	7,9 - 8,5	7,3 - 7,8	$< 7,3$
75	$\geq 8,8$	8,1 - 8,7	7,5 - 8	$< 7,5$
76	$\geq 8,9$	8,3 - 8,8	7,6 - 8,2	$< 7,6$
77	$\geq 9,1$	8,4 - 9	7,8 - 8,3	$< 7,8$
78	$\geq 9,3$	8,6 - 9,2	7,9 - 8,5	$< 7,9$
79	$\geq 9,5$	8,7 - 9,4	8,1 - 8,6	$< 8,1$
80	$\geq 9,6$	8,9 - 9,5	8,2 - 8,8	$< 8,2$
81	$\geq 9,8$	9,1 - 9,7	8,4 - 9	$< 8,4$

82	$\geq 10$	9,2 - 9,9	8,5 - 9,1	< 8,5
83	$\geq 10,2$	9,4 - 10,1	8,7 - 9,3	< 8,7
84	$\geq 10,4$	9,6 - 10,3	8,9 - 9,5	< 8,9
85	$\geq 10,6$	9,8 - 10,5	9,1 - 9,7	< 9,1
86	$\geq 10,8$	10 - 10,7	9,3 - 9,9	< 9,3
87	$\geq 11,1$	10,2 - 11	9,5 - 10,1	< 9,5
88	$\geq 11,3$	10,5 - 11,2	9,7 - 10,4	< 9,7
89	$\geq 11,5$	10,7 - 11,4	9,9 - 10,6	< 9,9
90	$\geq 11,8$	10,9 - 11,7	10,1 - 10,8	< 10,1

### Como usar a Tabela de P/C - Exemplo:

O José tem 16 meses, tem um comprimento igual a 71 cm e pesa 8,2 kg.

1. Procure na tabela dos rapazes a altura de 71 cm.

Em seguida, procure com o dedo na linha horizontal (da esquerda para direita), o peso do José. Vai verificar que 8,2 kg está acima de 8 kg que é o limite na classificação de estado normal.

### Anexo 3. Tabela de DP do P/A para RAPARIGAS



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
Ministério de Saúde



Tabela de Peso para Altura para Raparigas dos 24–60 meses de Idade

Altura (cm)	Normal P/A $\geq -1$ DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/A $\geq -2$ e $< -1$ DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/A $\geq -3$ 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	$\geq 7$	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	$\geq 8$	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	$\geq 9$	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	$\geq 10$	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	$\geq 12$	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	$\geq 15$	13,8 - 14,9	12,7 - 13,7	$< 12,7$
105	$\geq 15,3$	14 - 15,2	12,9 - 13,9	$< 12,9$

106	≥ 15,6	14,3 - 15,5	13,1 - 14,2	< 13,1
107	≥ 15,9	14,6 - 15,8	13,4 - 14,5	< 13,4
108	≥ 16,3	14,9 - 16,2	13,7 - 14,8	< 13,7
109	≥ 16,6	15,2 - 16,5	13,9 - 15,1	< 13,9
110	≥ 17	15,5 - 16,9	14,2 - 15,4	< 14,2
111	≥ 17,3	15,8 - 17,2	14,5 - 15,7	< 14,5
112	≥ 17,7	16,2 - 17,6	14,8 - 16,1	< 14,8
113	≥ 18	16,5 - 17,9	15,1 - 16,4	< 15,1
114	≥ 18,4	16,8 - 18,3	15,4 - 16,7	< 15,4

## Anexo 4. Tabela de DP do P/A para RAPAZES



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
Ministério de Saúde



### Tabela de Peso para Altura para Rapazes dos 24–60 meses de Idade

Altura (cm)	Normal P/A ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/A ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/A ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/A < -3 DP (kg)
65	≥ 6,9	6,3 - 6,8	5,9 - 6,2	< 5,9
66	≥ 7,1	6,5 - 7	6,1 - 6,4	< 6,1
67	≥ 7,3	6,7 - 7,2	6,2 - 6,6	< 6,2
68	≥ 7,5	6,9 - 7,4	6,4 - 6,8	< 6,4
69	≥ 7,7	7,1 - 7,6	6,6 - 7	< 6,6
70	≥ 7,9	7,3 - 7,8	6,8 - 7,2	< 6,8
71	≥ 8,1	7,5 - 8	6,9 - 7,4	< 6,9
72	≥ 8,3	7,7 - 8,2	7,1 - 7,6	< 7,1
73	≥ 8,5	7,9 - 8,4	7,3 - 7,8	< 7,3
74	≥ 8,7	8 - 8,6	7,4 - 7,9	< 7,4
75	≥ 8,9	8,2 - 8,8	7,6 - 8,1	< 7,6
76	≥ 9,1	8,4 - 9	7,7 - 8,3	< 7,7
77	≥ 9,2	8,5 - 9,1	7,9 - 8,4	< 7,9
78	≥ 9,4	8,7 - 9,3	8 - 8,6	< 8
79	≥ 9,6	8,8 - 9,5	8,2 - 8,7	< 8,2
80	≥ 9,7	9 - 9,6	8,3 - 8,9	< 8,3
81	≥ 9,9	9,2 - 9,8	8,5 - 9,1	< 8,5
82	≥ 10,1	9,4 - 10	8,7 - 9,3	< 8,7
83	≥ 10,3	9,5 - 10,2	8,8 - 9,4	< 8,8
84	≥ 10,5	9,7 - 10,4	9 - 9,6	< 9
85	≥ 10,8	10 - 10,7	9,2 - 9,9	< 9,2
86	≥ 11	10,2 - 10,9	9,4 - 10,1	< 9,4



87	≥ 11,2	10,4 - 11,1	9,6 - 10,3	< 9,6
88	≥ 11,5	10,6 - 11,4	9,8 - 10,5	< 9,8
89	≥ 11,7	10,8 - 11,6	10 - 10,7	< 10
90	≥ 11,9	11 - 11,8	10,2 - 10,9	< 10,2
91	≥ 12,1	11,2 - 12	10,4 - 11,1	< 10,4
92	≥ 12,3	11,4 - 12,2	10,6 - 11,3	< 10,6
93	≥ 12,6	11,6 - 12,5	10,8 - 11,5	< 10,8
94	≥ 12,8	11,8 - 12,7	11 - 11,7	< 11
95	≥ 13	12 - 12,9	11,1 - 11,9	< 11,1
96	≥ 13,2	12,2 - 13,1	11,3 - 12,1	< 11,3
97	≥ 13,4	12,4 - 13,3	11,5 - 12,3	< 11,5
98	≥ 13,7	12,6 - 13,6	11,7 - 12,5	< 11,7
99	≥ 13,9	12,9 - 13,8	11,9 - 12,8	< 11,9
100	≥ 14,2	13,1 - 14,1	12,1 - 13	< 12,1
101	≥ 14,4	13,3 - 14,3	12,3 - 13,2	< 12,3
102	≥ 14,7	13,6 - 14,6	12,5 - 13,5	< 12,5
103	≥ 14,9	13,8 - 14,8	12,8 - 13,7	< 12,8
104	≥ 15,2	14 - 15,1	13 - 13,9	< 13
105	≥ 15,5	14,3 - 15,4	13,2 - 14,2	< 13,2
106	≥ 15,8	14,5 - 15,7	13,4 - 14,4	< 13,4
107	≥ 16,1	14,8 - 16	13,7 - 14,7	< 13,7
108	≥ 16,4	15,1 - 16,3	13,9 - 15	< 13,9
109	≥ 16,7	15,3 - 16,6	14,1 - 15,2	< 14,1
110	≥ 17	15,6 - 16,9	14,4 - 15,5	< 14,4
111	≥ 17,3	15,9 - 17,2	14,6 - 15,8	< 14,6
112	≥ 17,6	16,2 - 17,5	14,9 - 16,1	< 14,9
113	≥ 18	16,5 - 17,9	15,2 - 16,4	< 15,2

## ANEXO 5. TABELA DE IMC PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (5–18ANOS)

Altura (cm)	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33
99	8,2	9,2	10,2	11,2	12,2	13,3	14,3	15,3	16,3	17,3	18,4	19,4	20,4	21,4	22,4	23,5	24,5	25,5	26,5	27,5	28,6	29,6	30,6	31,6	32,6	33,7
98	8,3	9,4	10,4	11,5	12,5	13,5	14,6	15,6	16,7	17,7	18,7	19,8	20,8	21,9	22,9	23,9	25,0	26,0	27,1	28,1	29,2	30,2	31,2	32,3	33,3	34,4
97	8,5	9,6	10,6	11,7	12,8	13,8	14,9	15,9	17,0	18,1	19,1	20,2	21,3	22,3	23,4	24,4	25,5	26,6	27,6	28,7	29,8	30,8	31,9	32,9	34,0	35,1
96	8,7	9,8	10,9	11,9	13,0	14,1	15,2	16,3	17,4	18,4	19,5	20,6	21,7	22,8	23,9	25,0	26,0	27,1	28,2	29,3	30,4	31,5	32,6	33,6	34,7	35,8
95	8,9	10,0	11,1	12,2	13,3	14,4	15,5	16,6	17,7	18,8	19,9	21,1	22,2	23,3	24,4	25,5	26,6	27,7	28,8	29,9	31,0	32,1	33,2	34,3	35,5	36,6
94	9,1	10,2	11,3	12,4	13,6	14,7	15,8	17,0	18,1	19,2	20,4	21,5	22,6	23,8	24,9	26,0	27,2	28,3	29,4	30,6	31,7	32,8	34,0	35,1	36,2	37,3
93	9,2	10,4	11,6	12,7	13,9	15,0	16,2	17,3	18,5	19,7	20,8	22,0	23,1	24,3	25,4	26,6	27,7	28,9	30,1	31,2	32,4	33,5	34,7	35,8	37,0	38,2
92	9,5	10,6	11,8	13,0	14,2	15,4	16,5	17,7	18,9	20,1	21,3	22,4	23,6	24,8	26,0	27,2	28,4	29,5	30,7	31,9	33,1	34,3	35,4	36,6	37,8	39,0
91	9,7	10,9	12,1	13,3	14,5	15,7	16,9	18,1	19,3	20,5	21,7	22,9	24,2	25,4	26,6	27,8	29,0	30,2	31,4	32,6	33,8	35,0	36,2	37,4	38,6	39,9
90	9,9	11,1	12,3	13,6	14,8	16,0	17,3	18,5	19,8	21,0	22,2	23,5	24,7	25,9	27,2	28,4	29,6	30,9	32,1	33,3	34,6	35,8	37,0	38,3	39,5	40,7
89	10,1	11,4	12,6	13,9	15,1	16,4	17,7	18,9	20,2	21,5	22,7	24,0	25,2	26,5	27,8	29,0	30,3	31,6	32,8	34,1	35,3	36,6	37,9	39,1	40,4	41,7
88	10,3	11,6	12,9	14,2	15,5	16,8	18,1	19,4	20,7	22,0	23,2	24,5	25,8	27,1	28,4	29,7	31,0	32,3	33,6	34,9	36,2	37,4	38,7	40,0	41,3	42,6
87	10,6	11,9	13,2	14,5	15,9	17,2	18,5	19,8	21,1	22,5	23,8	25,1	26,4	27,7	29,1	30,4	31,7	33,0	34,4	35,7	37,0	38,3	39,6	41,0	42,3	43,6
86	10,8	12,2	13,5	14,9	16,2	17,6	18,9	20,3	21,6	23,0	24,3	25,7	27,0	28,4	29,7	31,1	32,4	33,8	35,2	36,5	37,9	39,2	40,6	41,9	43,3	44,6
85	11,1	12,5	13,8	15,2	16,6	18,0	19,4	20,8	22,1	23,5	24,9	26,3	27,7	29,1	30,4	31,8	33,2	34,6	36,0	37,4	38,8	40,1	41,5	42,9	44,3	45,7
84	11,3	12,8	14,2	15,6	17,0	18,4	19,8	21,3	22,7	24,1	25,5	26,9	28,3	29,8	31,2	32,6	34,0	35,4	36,8	38,3	39,7	41,1	42,5	43,9	45,4	46,8
83	11,6	13,1	14,5	16,0	17,4	18,9	20,3	21,8	23,2	24,7	26,1	27,6	29,0	30,5	31,9	33,4	34,8	36,3	37,7	39,2	40,6	42,1	43,5	45,0	46,5	47,9
82	11,9	13,4	14,9	16,4	17,8	19,3	20,8	22,3	23,8	25,3	26,8	28,3	29,7	31,2	32,7	34,2	35,7	37,2	38,7	40,2	41,6	43,1	44,6	46,1	47,6	49,1
81	12,2	13,7	15,2	16,8	18,3	19,8	21,3	22,9	24,4	25,9	27,4	29,0	30,5	32,0	33,5	35,1	36,6	38,1	39,6	41,2	42,7	44,2	45,7	47,2	48,8	50,3
80	12,5	14,1	15,6	17,2	18,8	20,3	21,9	23,4	25,0	26,6	28,1	29,7	31,3	32,8	34,4	35,9	37,5	39,1	40,6	42,2	43,8	45,3	46,9	48,4	50,0	51,6
79	12,8	14,4	16,0	17,6	19,2	20,8	22,4	24,0	25,6	27,2	28,8	30,4	32,0	33,6	35,3	36,9	38,5	40,1	41,7	43,3	44,9	46,5	48,1	49,7	51,3	52,9
78	13,1	14,8	16,4	18,1	19,7	21,4	23,0	24,7	26,3	27,9	29,6	31,2	32,9	34,5	36,2	37,8	39,4	41,1	42,7	44,4	46,0	47,7	49,3	51,0	52,6	54,2
77	13,5	15,2	16,9	18,6	20,2	21,9	23,6	25,3	27,0	28,7	30,4	32,0	33,7	35,4	37,1	38,8	40,5	42,2	43,9	45,5	47,2	48,9	50,6	52,3	54,0	55,7
76	13,9	15,6	17,3	19,0	20,8	22,5	24,2	26,0	27,7	29,4	31,2	32,9	34,6	36,4	38,1	39,8	41,6	43,3	45,0	46,7	48,5	50,2	51,9	53,7	55,4	57,1
75	14,2	16,0	17,8	19,6	21,3	23,1	24,9	26,7	28,4	30,2	32,0	33,8	35,6	37,3	39,1	40,9	42,7	44,4	46,2	48,0	49,8	51,6	53,3	55,1	56,9	58,7
Peso (kg)	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33

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

## ANEXO 6. INSTRUÇÕES PARA ARREDONDAR NÚMEROS E IDADE

### Instruções para arredondar números

O valor obtido numa medição deve ser arredondado para o número inteiro mais próximo, de acordo com a regra da matemática, como ilustra o exemplo seguinte:

	<b>69,0</b>	
	69,1	
<b>69,0</b> será usado para 69,1 a 69,4		69,2
		69,3
	69,4	
<hr/>		
	69,5	
	69,6	
	69,7	
	69,8	
69,9		<b>70,0</b> será usado para 69,5 a 69,9 &
<b>70,0</b>		
70,1		70,1 a 70,4
	70,2	
	70,3	
	70,4	
<hr/>		
	70,5	
	70,6	
<b>71,0</b> será usado para 70,5 a 70,9		70,7
		70,8
	70,9	
	<b>71,0</b>	

## Instruções para arredondar idade

Na tabela de IMC/Idade, a idade das crianças esta expressa de 6 em 6 meses, por esta razão é pertinente saber como arredondar. A idade das crianças e adolescentes deve ser arredondada para o defeito se tiver a idade em anos e um mês e dois meses. Para a idade em anos e seis meses, se a criança ou adolescente tiver a idade em anos e 3 meses, 4 meses, 5 meses, 7 meses e 8 meses. E para o excesso se a criança ou adolescente tiver a idade em anos e 9 meses, 10 meses e 11 meses, conforme a tabela a baixo.

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

## Anexo 7. Tabela de DP do IMC/Idade para RAPARIGAS



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
Ministério de Saúde



### Tabela de Índice de Massa Corporal para Idade para Raparigas dos 5–18 anos de Idade

Altura (cm)	Normal P/A ≥ -1 DP (kg)	Desnutrição LIGEIRA P/A ≥ -2 e < -1 DP (kg)	Desnutrição MODERADA P/A ≥ -3 e < -2 DP (kg)	Desnutrição GRAVE P/A < -3 DP (kg)
65	≥ 6,9	6,3 - 6,8	5,9 - 6,2	< 5,9
66	≥ 7,1	6,5 - 7	6,1 - 6,4	< 6,1
67	≥ 7,3	6,7 - 7,2	6,2 - 6,6	< 6,2
68	≥ 7,5	6,9 - 7,4	6,4 - 6,8	< 6,4
69	≥ 7,7	7,1 - 7,6	6,6 - 7	< 6,6
70	≥ 7,9	7,3 - 7,8	6,8 - 7,2	< 6,8
71	≥ 8,1	7,5 - 8	6,9 - 7,4	< 6,9
72	≥ 8,3	7,7 - 8,2	7,1 - 7,6	< 7,1
73	≥ 8,5	7,9 - 8,4	7,3 - 7,8	< 7,3
74	≥ 8,7	8 - 8,6	7,4 - 7,9	< 7,4
75	≥ 8,9	8,2 - 8,8	7,6 - 8,1	< 7,6
76	≥ 9,1	8,4 - 9	7,7 - 8,3	< 7,7
77	≥ 9,2	8,5 - 9,1	7,9 - 8,4	< 7,9
78	≥ 9,4	8,7 - 9,3	8 - 8,6	< 8
79	≥ 9,6	8,8 - 9,5	8,2 - 8,7	< 8,2
80	≥ 9,7	9 - 9,6	8,3 - 8,9	< 8,3
81	≥ 9,9	9,2 - 9,8	8,5 - 9,1	< 8,5
82	≥ 10,1	9,4 - 10	8,7 - 9,3	< 8,7
83	≥ 10,3	9,5 - 10,2	8,8 - 9,4	< 8,8
84	≥ 10,5	9,7 - 10,4	9 - 9,6	< 9
85	≥ 10,8	10 - 10,7	9,2 - 9,9	< 9,2
86	≥ 11	10,2 - 10,9	9,4 - 10,1	< 9,4
87	≥ 11,2	10,4 - 11,1	9,6 - 10,3	< 9,6
88	≥ 11,5	10,6 - 11,4	9,8 - 10,5	< 9,8
89	≥ 11,7	10,8 - 11,6	10 - 10,7	< 10
90	≥ 11,9	11 - 11,8	10,2 - 10,9	< 10,2
91	≥ 12,1	11,2 - 12	10,4 - 11,1	< 10,4
92	≥ 12,3	11,4 - 12,2	10,6 - 11,3	< 10,6
93	≥ 12,6	11,6 - 12,5	10,8 - 11,5	< 10,8
94	≥ 12,8	11,8 - 12,7	11 - 11,7	< 11
95	≥ 13	12 - 12,9	11,1 - 11,9	< 11,1
96	≥ 13,2	12,2 - 13,1	11,3 - 12,1	< 11,3
97	≥ 13,4	12,4 - 13,3	11,5 - 12,3	< 11,5
98	≥ 13,7	12,6 - 13,6	11,7 - 12,5	< 11,7
99	≥ 13,9	12,9 - 13,8	11,9 - 12,8	< 11,9
100	≥ 14,2	13,1 - 14,1	12,1 - 13	< 12,1
101	≥ 14,4	13,3 - 14,3	12,3 - 13,2	< 12,3
102	≥ 14,7	13,6 - 14,6	12,5 - 13,5	< 12,5
103	≥ 14,9	13,8 - 14,8	12,8 - 13,7	< 12,8
104	≥ 15,2	14 - 15,1	13 - 13,9	< 13



---

105	$\geq 15,5$	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	$\geq 17$	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	$\geq 18$	16,5 - 17,9	15,2 - 16,4	$< 15,2$

## Anexo 8. Tabela de DP do IMC/Idade para RAPAZES



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE  
Ministério de Saúde



### Tabela de Índice de Massa Corporal para Idade para Rapazes dos 5–18 anos de Idade

Idade (Anos:Meses)	Normal ≥ -1 DP (IMC)	Desnutrição LIGEIRA ≥ -2 e< -1 DP (IMC)	Desnutrição MODERADA ≥ -3 e< -2 DP (IMC)	Desnutrição GRAVE < -3 DP (IMC)
5:1	≥ 14,1	13,0 - 14,0	12,1 - 12,9	< 12,1
5:6	≥ 14,1	13 - 14	12,1 - 12,9	< 12,1
6:0	≥ 14,1	13 - 14	12,1 - 12,9	< 12,1
6:6	≥ 14,1	13,1 - 14	12,2 - 13	< 12,2
7:0	≥ 14,2	13,1 - 14,1	12,3 - 13	< 12,3
7:6	≥ 14,3	13,2 - 14,2	12,3 - 13,1	< 12,3
8:0	≥ 14,4	13,3 - 14,3	12,4 - 13,2	< 12,4
8:6	≥ 14,5	13,4 - 14,4	12,5 - 13,3	< 12,5
9:0	≥ 14,6	13,5 - 14,5	12,6 - 13,4	< 12,6
9:6	≥ 14,8	13,6 - 14,7	12,7 - 13,5	< 12,7
10:0	≥ 14,9	13,7 - 14,8	12,8 - 13,6	< 12,8
10:6	≥ 15,1	13,9 - 15	12,9 - 13,8	< 12,9
11:0	≥ 15,3	14,1 - 15,2	13,1 - 14	< 13,1
11:6	≥ 15,5	14,2 - 15,4	13,2 - 14,1	< 13,2
12:0	≥ 15,8	14,5 - 15,7	13,4 - 14,4	< 13,4
12:6	≥ 16,1	14,7 - 16	13,6 - 14,6	< 13,6
13:0	≥ 16,4	14,9 - 16,3	13,8 - 14,8	< 13,8
13:6	≥ 16,7	15,2 - 16,6	14 - 15,1	< 14
14:0	≥ 17	15,5 - 16,9	14,3 - 15,4	< 14,3
14:6	≥ 17,3	15,7 - 17,2	14,5 - 15,6	< 14,5
15:0	≥ 17,6	16 - 17,5	14,7 - 15,9	< 14,7
15:6	≥ 18	16,3 - 17,9	14,9 - 16,2	< 14,9
16:0	≥ 18,2	16,5 - 18,1	15,1 - 16,4	< 15,1
16:6	≥ 18,5	16,7 - 18,4	15,3 - 16,6	< 15,3
17:0	≥ 18,8	16,9 - 18,7	15,4 - 16,8	< 15,4
17:6	≥ 19	17,1 - 18,9	15,6 - 17	< 15,6
18:0	≥ 19,2	17,3 - 19,1	15,7 - 17,2	< 15,7

## Anexo 9. Tabela de IMC para Adolescentes (15–18 anos, 75–99 cm)

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

## Anexo 10. IMC para Adolescentes (15–18 anos, 100–124 cm)

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

(kg)

### Anexo 11. IMC para Adolescentes (15–18 anos, 125–149 cm)

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

## Anexo 12. IMC para Adolescentes (15–18 anos, 150–175 cm)

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

### Anexo 13. Desvio Padrão (DP) do Índice de Massa Corporal-para-Idade para Adolescentes do sexo Feminino dos 15–18 anos de Idade

Idade (Anos: Meses)	Normal $\geq -2$ e $\leq +1$ DP (IMC)	Desnutrição MODERADA $\geq -3$ e $< -2$ DP (IMC)	Desnutrição GRAVE $< -3$ DP (IMC)
15:0	15,9 – 23,5	14,4 - 15,8	< 14,4
15:6	16,0 – 23,8	14,5 – 15,9	< 14,5
16:0	16,2 – 24,1	14,6 - 16,1	< 14,6
16:6	16,3 – 24,3	14,7 - 16,2	< 14,7
17:0	16,4 – 24,5	14,7 - 16,3	< 14,7
17:6	16,4 – 24,6	14,7 - 16,3	< 14,7
18:0	16,4 – 24,8	14,7 - 16,3	< 14,7
18:6	16,5 – 24,9	14,7 – 16,4	< 14,7

### Anexo 14. Desvio Padrão (DP) do Índice de Massa Corporal-para-Idade para Adolescentes do sexo Masculino dos 15–18 anos de Idade

Idade (Anos: Meses)	Normal $\geq -2$ e $\leq +1$ DP (IMC)	Desnutrição MODERADA $\geq -3$ e $< -2$ DP (IMC)	Desnutrição GRAVE $< -3$ DP (IMC)
15:0	16,0 – 22,7	14,7 – 15,9	< 14,7
15:6	16,3 – 23,1	14,9 - 16,2	< 14,9
16:0	16,5 – 23,5	15,1 - 16,4	< 15,1
16:6	16,7 – 23,9	15,3 - 16,6	< 15,3
17:0	16,9 – 24,3	15,4 - 16,8	< 15,4
17:6	17,1 – 24,6	15,6 - 17,0	< 15,6
18:0	17,3 – 24,9	15,7 - 17,2	< 15,7
18:6	17,4 - 25,2	15,8 - 17,3	< 15,8

## Anexo 15. Classificação do estado nutricional através do IMC para-idade para adolescentes dos 15 aos 18 anos, excluindo adolescentes grávidas e lactantes até aos 6 meses após o parto

IMC-para-idade	Classificação
$< -3DP$	Desnutrição grave
$\geq -3 DP$ e $< -2 DP$	Desnutrição moderada
$\geq -2 DP$ e $\leq +1 DP$	Normal
$> +1 DP$ e $\leq +2 DP$	Sobrepeso
$> +2DP$	Obesidade

## Anexo 16. Instruções para a Roda do Cálculo do IMC-para-Idade

A roda para o cálculo do IMC-para-idade é designada para facilitar o processo de cálculo do IMC para-idade. A roda tem dois lados (ver figura abaixo): o lado anterior é para o cálculo do IMC de 19-55 anos e o posterior ou verso é para o cálculo do IMC-para-idade para as crianças e adolescentes 5–18 anos de idade.

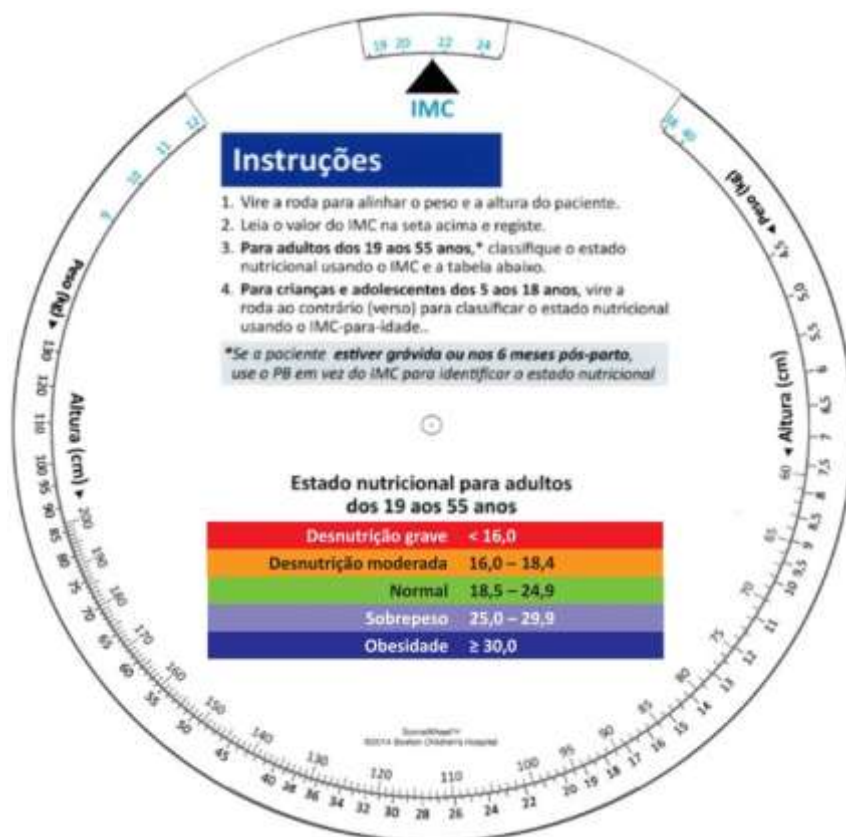
### Para calcular IMC:

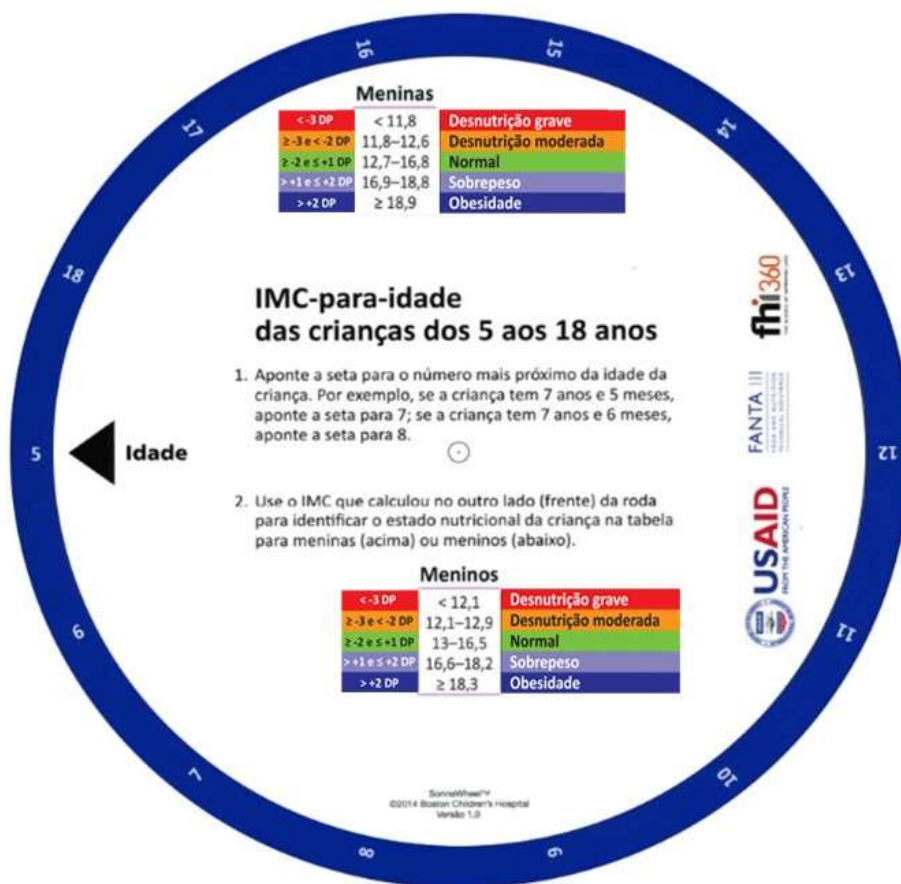
- Certifique-se que a roda está no lado referente ao IMC (o anterior).
- Gire a roda para alinhar o peso e a altura do paciente.
- Leia o valor do IMC indicado pela seta no topo da roda.

### Para calcular IMC-para-idade:

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

Lado anterior:





## Anexo 17. IMC para Adultos ( ≥ 19 anos, 134–169 cm)

Altura (cm)	8.8	9.1	9.5	9.8	10.2	10.5	10.9	11.2	11.6	11.9	12.3	12.6	13.0	13.3	13.7	14.0	14.4	14.7	15.1	15.4	15.8	16.1	16.5	16.8	17.2	17.5	17.9	18.2	18.6
169	8.8	9.1	9.5	9.8	10.2	10.5	10.9	11.2	11.6	11.9	12.3	12.6	13.0	13.3	13.7	14.0	14.4	14.7	15.1	15.4	15.8	16.1	16.5	16.8	17.2	17.5	17.9	18.2	18.6
168	8.9	9.2	9.6	9.9	10.3	10.6	11.0	11.3	11.7	12.0	12.4	12.8	13.1	13.5	13.8	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6	15.9	16.3	16.7	17.0	17.4	17.7	18.1	18.4	18.8
167	9.0	9.3	9.7	10.0	10.4	10.8	11.1	11.5	11.8	12.2	12.5	12.9	13.3	13.6	14.0	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.1	16.5	16.9	17.2	17.6	17.9	18.3	18.6	19.0
166	9.1	9.4	9.8	10.2	10.5	10.9	11.2	11.6	12.0	12.3	12.7	13.1	13.4	13.8	14.2	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.3	16.7	17.1	17.4	17.8	18.1	18.5	18.9	19.2
165	9.2	9.6	9.9	10.3	10.7	11.0	11.4	11.8	12.1	12.5	12.9	13.2	13.6	14.0	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.2	16.5	16.9	17.3	17.6	18.0	18.4	18.7	19.1	19.5
164	9.3	9.7	10.0	10.4	10.8	11.2	11.5	11.9	12.3	12.6	13.0	13.4	13.8	14.1	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.4	16.7	17.1	17.5	17.8	18.2	18.6	19.0	19.3	19.7
163	9.4	9.8	10.2	10.5	10.9	11.3	11.7	12.0	12.4	12.8	13.2	13.5	13.9	14.3	14.7	15.1	15.4	15.8	16.2	16.6	16.9	17.3	17.7	18.1	18.4	18.8	19.2	19.6	19.9
162	9.5	9.9	10.3	10.7	11.1	11.4	11.8	12.2	12.6	13.0	13.3	13.7	14.1	14.5	14.9	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.1	17.5	17.9	18.3	18.7	19.1	19.4	19.8	20.2
161	9.6	10.0	10.4	10.8	11.2	11.6	12.0	12.3	12.7	13.1	13.5	13.9	14.3	14.7	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.7	18.1	18.5	18.9	19.3	19.7	20.1	20.4
160	9.8	10.2	10.5	10.9	11.3	11.7	12.1	12.5	12.9	13.3	13.7	14.1	14.5	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.2	17.6	18.0	18.4	18.8	19.1	19.5	19.9	20.3	20.7
159	9.9	10.3	10.7	11.1	11.5	11.9	12.3	12.7	13.1	13.4	13.8	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.8	18.2	18.6	19.0	19.4	19.8	20.2	20.6	21.0
158	10.0	10.4	10.8	11.2	11.6	12.0	12.4	12.8	13.2	13.6	14.0	14.4	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.2	17.6	18.0	18.4	18.8	19.2	19.6	20.0	20.4	20.8	21.2
157	10.1	10.5	11.0	11.4	11.8	12.2	12.6	13.0	13.4	13.8	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.0	17.4	17.9	18.3	18.7	19.1	19.5	19.9	20.3	20.7	21.1	21.5
156	10.3	10.7	11.1	11.5	11.9	12.3	12.7	13.1	13.6	14.0	14.4	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.8	17.3	17.7	18.1	18.5	18.9	19.3	19.7	20.1	20.5	21.0	21.4	21.8
155	10.4	10.8	11.2	11.7	12.1	12.5	12.9	13.3	13.7	14.2	14.6	15.0	15.4	15.8	16.2	16.6	17.1	17.5	17.9	18.3	18.7	19.1	19.6	20.0	20.4	20.8	21.2	21.6	22.1
154	10.5	11.0	11.4	11.8	12.2	12.6	13.1	13.5	13.9	14.3	14.8	15.2	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.7	18.1	18.6	19.0	19.4	19.8	20.2	20.7	21.1	21.5	21.9	22.3
153	10.7	11.1	11.5	12.0	12.4	12.8	13.2	13.7	14.1	14.5	15.0	15.4	15.8	16.2	16.7	17.1	17.5	17.9	18.4	18.8	19.2	19.7	20.1	20.5	20.9	21.4	21.8	22.2	22.6
152	10.8	11.3	11.7	12.1	12.6	13.0	13.4	13.9	14.3	14.7	15.1	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.7	18.2	18.6	19.0	19.5	19.9	20.3	20.8	21.2	21.6	22.1	22.5	22.9
151	11.0	11.4	11.8	12.3	12.7	13.2	13.6	14.0	14.5	14.9	15.4	15.8	16.2	16.7	17.1	17.5	18.0	18.4	18.9	19.3	19.7	20.2	20.6	21.1	21.5	21.9	22.4	22.8	23.2
150	11.1	11.6	12.0	12.4	12.9	13.3	13.8	14.2	14.7	15.1	15.6	16.0	16.4	16.9	17.3	17.8	18.2	18.7	19.1	19.6	20.0	20.4	20.9	21.3	21.8	22.2	22.7	23.1	23.6
149	11.3	11.7	12.2	12.6	13.1	13.5	14.0	14.4	14.9	15.3	15.8	16.2	16.7	17.1	17.6	18.0	18.5	18.9	19.4	19.8	20.3	20.7	21.2	21.6	22.1	22.5	23.0	23.4	23.9
148	11.4	11.9	12.3	12.8	13.2	13.7	14.2	14.6	15.1	15.5	16.0	16.4	16.9	17.3	17.8	18.3	18.7	19.2	19.6	20.1	20.5	21.0	21.5	21.9	22.4	22.8	23.3	23.7	24.2
147	11.6	12.0	12.5	13.0	13.4	13.9	14.3	14.8	15.3	15.7	16.2	16.7	17.1	17.6	18.0	18.5	19.0	19.4	19.9	20.4	20.8	21.3	21.8	22.2	22.7	23.1	23.6	24.1	24.5
146	11.7	12.2	12.7	13.1	13.6	14.1	14.5	15.0	15.5	16.0	16.4	16.9	17.4	17.8	18.3	18.8	19.2	19.7	20.2	20.6	21.1	21.6	22.0	22.5	23.0	23.5	23.9	24.4	24.9
145	11.9	12.4	12.8	13.3	13.8	14.3	14.7	15.2	15.7	16.2	16.6	17.1	17.6	18.1	18.5	19.0	19.5	20.0	20.5	20.9	21.4	21.9	22.4	22.8	23.3	23.8	24.3	24.7	25.2
144	12.1	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	14.9	15.4	15.9	16.4	16.9	17.4	17.8	18.3	18.8	19.3	19.8	20.3	20.7	21.2	21.7	22.2	22.7	23.1	23.6	24.1	24.6	25.1	25.6
143	12.2	12.7	13.2	13.7	14.2	14.7	15.2	15.6	16.1	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.1	19.6	20.0	20.5	21.0	21.5	22.0	22.5	23.0	23.5	24.0	24.5	24.9	25.4	25.9
142	12.4	12.9	13.4	13.9	14.4	14.9	15.4	15.9	16.4	16.9	17.4	17.9	18.3	18.8	19.3	19.8	20.3	20.8	21.3	21.8	22.3	22.8	23.3	23.8	24.3	24.8	25.3	25.8	26.3
141	12.6	13.1	13.6	14.1	14.6	15.1	15.6	16.1	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.1	19.6	20.1	20.6	21.1	21.6	22.1	22.6	23.1	23.6	24.1	24.6	25.1	25.7	26.2	26.7
140	12.8	13.3	13.8	14.3	14.8	15.3	15.8	16.3	16.8	17.3	17.9	18.4	18.9	19.4	19.9	20.4	20.9	21.4	21.9	22.4	23.0	23.5	24.0	24.5	25.0	25.5	26.0	26.5	27.0
139	12.9	13.5	14.0	14.5	15.0	15.5	16.0	16.6	17.1	17.6	18.1	18.6	19.2	19.7	20.2	20.7	21.2	21.7	22.3	22.8	23.3	23.8	24.3	24.8	25.4	25.9	26.4	26.9	27.4

138	13.1	13.7	14.2	14.7	15.2	15.8	16.3	16.8	17.3	17.9	18.4	18.9	19.4	20.0	20.5	21.0	21.5	22.1	22.6	23.1	23.6	24.2	24.7	25.2	25.7	26.3	26.8	27.3	27.8
137	13.3	13.9	14.4	14.9	15.5	16.0	16.5	17.0	17.6	18.1	18.6	19.2	19.7	20.2	20.8	21.3	21.8	22.4	22.9	23.4	24.0	24.5	25.0	25.6	26.1	26.6	27.2	27.7	28.2
136	13.5	14.1	14.6	15.1	15.7	16.2	16.8	17.3	17.8	18.4	18.9	19.5	20.0	20.5	21.1	21.6	22.2	22.7	23.2	23.8	24.3	24.9	25.4	26.0	26.5	27.0	27.6	28.1	28.7
135	13.7	14.3	14.8	15.4	15.9	16.5	17.0	17.6	18.1	18.7	19.2	19.8	20.3	20.9	21.4	21.9	22.5	23.0	23.6	24.1	24.7	25.2	25.8	26.3	26.9	27.4	28.0	28.5	29.1
134	13.9	14.5	15.0	15.6	16.2	16.7	17.3	17.8	18.4	18.9	19.5	20.0	20.6	21.2	21.7	22.3	22.8	23.4	23.9	24.5	25.1	25.6	26.2	26.7	27.3	27.8	28.4	29.0	29.5
Peso (kgs)	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53

**Explicações de como usar a tabela: Índice de Massa corporal (IMC) = peso (kg)/altura (m)<sup>2</sup>**

1. Procure a altura da pessoa na coluna vertical da esquerda (em cm).
2. Procure o peso da pessoa na ultima linha na horizontal.
3. Procure o ponto aonde as duas linhas se encontram. Este é IMC da pessoa. Verifique o significado da cor.

- O laranja mostra desnutrição aguda grave (IMC < 16,0)
- O amarelo mostra desnutrição aguda moderada (IMC ≥ 16,0 e < 18,5)
- O verde mostra um peso adequado para a altura (IMC ≥ 18,5 e < 25,0)
- Branco mostra excesso de peso (IMC ≥ 25,0)

### Anexo 18. IMC para Adultos (≥ 19 anos, 170–200 cm)

Altura (cm)	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
200	11.5	11.8	12.0	12.3	12.5	12.8	13.0	13.3	13.5	13.8	14.0	14.3	14.5	14.8	15.0	15.3	15.5	15.8	16.0	16.3	16.5	16.8	17.0	17.3	17.5	17.8	18.0	18.3	18.5
199	11.6	11.9	12.1	12.4	12.6	12.9	13.1	13.4	13.6	13.9	14.1	14.4	14.6	14.9	15.2	15.4	15.7	15.9	16.2	16.4	16.7	16.9	17.2	17.4	17.7	17.9	18.2	18.4	18.7
198	11.7	12.0	12.2	12.5	12.8	13.0	13.3	13.5	13.8	14.0	14.3	14.5	14.8	15.0	15.3	15.6	15.8	16.1	16.3	16.6	16.8	17.1	17.3	17.6	17.9	18.1	18.4	18.6	18.9
197	11.9	12.1	12.4	12.6	12.9	13.1	13.4	13.7	13.9	14.2	14.4	14.7	14.9	15.2	15.5	15.7	16.0	16.2	16.5	16.7	17.0	17.3	17.5	17.8	18.0	18.3	18.6	18.8	19.1
196	12.0	12.2	12.5	12.8	13.0	13.3	13.5	13.8	14.1	14.3	14.6	14.8	15.1	15.4	15.6	15.9	16.1	16.4	16.7	16.9	17.2	17.4	17.7	18.0	18.2	18.5	18.7	19.0	19.3
195	12.1	12.4	12.6	12.9	13.1	13.4	13.7	13.9	14.2	14.5	14.7	15.0	15.3	15.5	15.8	16.0	16.3	16.6	16.8	17.1	17.4	17.6	17.9	18.1	18.4	18.7	18.9	19.2	19.5
194	12.2	12.5	12.8	13.0	13.3	13.6	13.8	14.1	14.3	14.6	14.9	15.1	15.4	15.7	15.9	16.2	16.5	16.7	17.0	17.3	17.5	17.8	18.1	18.3	18.6	18.9	19.1	19.4	19.7
193	12.3	12.6	12.9	13.2	13.4	13.7	14.0	14.2	14.5	14.8	15.0	15.3	15.6	15.8	16.1	16.4	16.6	16.9	17.2	17.5	17.7	18.0	18.3	18.5	18.8	19.1	19.3	19.6	19.9
192	12.5	12.7	13.0	13.3	13.6	13.8	14.1	14.4	14.6	14.9	15.2	15.5	15.7	16.0	16.3	16.5	16.8	17.1	17.4	17.6	17.9	18.2	18.4	18.7	19.0	19.3	19.5	19.8	20.1
191	12.6	12.9	13.2	13.4	13.7	14.0	14.3	14.5	14.8	15.1	15.4	15.6	15.9	16.2	16.4	16.7	17.0	17.3	17.5	17.8	18.1	18.4	18.6	18.9	19.2	19.5	19.7	20.0	20.3
190	12.7	13.0	13.3	13.6	13.9	14.1	14.4	14.7	15.0	15.2	15.5	15.8	16.1	16.3	16.6	16.9	17.2	17.5	17.7	18.0	18.3	18.6	18.8	19.1	19.4	19.7	19.9	20.2	20.5
189	12.9	13.2	13.4	13.7	14.0	14.3	14.6	14.8	15.1	15.4	15.7	16.0	16.2	16.5	16.8	17.1	17.4	17.6	17.9	18.2	18.5	18.8	19.0	19.3	19.6	19.9	20.2	20.4	20.7
188	13.0	13.3	13.6	13.9	14.1	14.4	14.7	15.0	15.3	15.6	15.8	16.1	16.4	16.7	17.0	17.3	17.5	17.8	18.1	18.4	18.7	19.0	19.2	19.5	19.8	20.1	20.4	20.7	20.9
187	13.2	13.4	13.7	14.0	14.3	14.6	14.9	15.2	15.4	15.7	16.0	16.3	16.6	16.9	17.2	17.4	17.7	18.0	18.3	18.6	18.9	19.2	19.4	19.7	20.0	20.3	20.6	20.9	21.2
186	13.3	13.6	13.9	14.2	14.5	14.7	15.0	15.3	15.6	15.9	16.2	16.5	16.8	17.1	17.3	17.6	17.9	18.2	18.5	18.8	19.1	19.4	19.7	19.9	20.2	20.5	20.8	21.1	21.4
185	13.4	13.7	14.0	14.3	14.6	14.9	15.2	15.5	15.8	16.1	16.4	16.7	16.9	17.2	17.5	17.8	18.1	18.4	18.7	19.0	19.3	19.6	19.9	20.2	20.5	20.7	21.0	21.3	21.6
184	13.6	13.9	14.2	14.5	14.8	15.1	15.4	15.7	15.9	16.2	16.5	16.8	17.1	17.4	17.7	18.0	18.3	18.6	18.9	19.2	19.5	19.8	20.1	20.4	20.7	21.0	21.3	21.6	21.9
183	13.7	14.0	14.3	14.6	14.9	15.2	15.5	15.8	16.1	16.4	16.7	17.0	17.3	17.6	17.9	18.2	18.5	18.8	19.1	19.4	19.7	20.0	20.3	20.6	20.9	21.2	21.5	21.8	22.1
182	13.9	14.2	14.5	14.8	15.1	15.4	15.7	16.0	16.3	16.6	16.9	17.2	17.5	17.8	18.1	18.4	18.7	19.0	19.3	19.6	19.9	20.2	20.5	20.8	21.1	21.4	21.7	22.0	22.3
181	14.0	14.3	14.7	15.0	15.3	15.6	15.9	16.2	16.5	16.8	17.1	17.4	17.7	18.0	18.3	18.6	18.9	19.2	19.5	19.8	20.1	20.5	20.8	21.1	21.4	21.7	22.0	22.3	22.6
180	14.2	14.5	14.8	15.1	15.4	15.7	16.0	16.4	16.7	17.0	17.3	17.6	17.9	18.2	18.5	18.8	19.1	19.4	19.8	20.1	20.4	20.7	21.0	21.3	21.6	21.9	22.2	22.5	22.8
179	14.4	14.7	15.0	15.3	15.6	15.9	16.2	16.5	16.9	17.2	17.5	17.8	18.1	18.4	18.7	19.0	19.4	19.7	20.0	20.3	20.6	20.9	21.2	21.5	21.8	22.2	22.5	22.8	23.1
178	14.5	14.8	15.1	15.5	15.8	16.1	16.4	16.7	17.0	17.4	17.7	18.0	18.3	18.6	18.9	19.3	19.6	19.9	20.2	20.5	20.8	21.1	21.5	21.8	22.1	22.4	22.7	23.0	23.4
177	14.7	15.0	15.3	15.6	16.0	16.3	16.6	16.9	17.2	17.6	17.9	18.2	18.5	18.8	19.2	19.5	19.8	20.1	20.4	20.7	21.1	21.4	21.7	22.0	22.3	22.7	23.0	23.3	23.6
176	14.9	15.2	15.5	15.8	16.1	16.5	16.8	17.1	17.4	17.8	18.1	18.4	18.7	19.0	19.4	19.7	20.0	20.3	20.7	21.0	21.3	21.6	22.0	22.3	22.6	22.9	23.2	23.6	23.9
175	15.0	15.3	15.7	16.0	16.3	16.7	17.0	17.3	17.6	18.0	18.3	18.6	18.9	19.3	19.6	19.9	20.2	20.6	20.9	21.2	21.6	21.9	22.2	22.5	22.9	23.2	23.5	23.8	24.2
174	15.2	15.5	15.9	16.2	16.5	16.8	17.2	17.5	17.8	18.2	18.5	18.8	19.2	19.5	19.8	20.1	20.5	20.8	21.1	21.5	21.8	22.1	22.5	22.8	23.1	23.5	23.8	24.1	24.4
173	15.4	15.7	16.0	16.4	16.7	17.0	17.4	17.7	18.0	18.4	18.7	19.0	19.4	19.7	20.0	20.4	20.7	21.0	21.4	21.7	22.1	22.4	22.7	23.1	23.4	23.7	24.1	24.4	24.7
172	15.5	15.9	16.2	16.6	16.9	17.2	17.6	17.9	18.3	18.6	18.9	19.3	19.6	19.9	20.3	20.6	21.0	21.3	21.6	22.0	22.3	22.6	23.0	23.3	23.7	24.0	24.3	24.7	25.0
171	15.7	16.1	16.4	16.8	17.1	17.4	17.8	18.1	18.5	18.8	19.2	19.5	19.8	20.2	20.5	20.9	21.2	21.5	21.9	22.2	22.6	22.9	23.3	23.6	23.9	24.3	24.6	25.0	25.3
170	15.9	16.3	16.6	17.0	17.3	17.6	18.0	18.3	18.7	19.0	19.4	19.7	20.1	20.4	20.8	21.1	21.5	21.8	22.1	22.5	22.8	23.2	23.5	23.9	24.2	24.6	24.9	25.3	25.6

## **Anexo 19. Receitas Alternativas para preparar F75, F100, e ReSomal usando Misturas de Vitaminas e Minerais (do Inglês *Combined Mineral na Vitamin Complex (CMV)*)**

Os leites terapêuticos F75 e F100 podem ser preparados a partir de ingredientes básicos: leite, açúcar, óleo, água, farinha de cereais, e mistura de vitaminas e mistura de minerais. A mistura de minerais e a mistura de vitaminas, já existe numa forma pré-misturada chamada Mistura de Vitaminas e Minerais (do Inglês *Combined Mineral and Vitamin Complex, CMV*). Porém, se o CMV não estiver disponível, a mistura de vitaminas e a mistura de minerais pode ser preparada, de acordo com as informações da tabela abaixo.

**Nota:** A mistura de minerais fornece potássio, magnésio, e outros minerais essenciais; ela **DEVE** ser adicionado à dieta. O déficit de potássio, presente nos doentes desnutridos, afecta a função cardíaca e o esvaziamento gástrico. O magnésio faz com que o potássio entre nas células e que fique retido. A mistura de minerais não contém ferro, visto que este não deve ser administrado na fase de estabilização.

### **Composição da mistura de minerais**

Se o CMV não estiver disponível, a mistura de minerais pode ser feita a partir das substâncias listadas na tabela abaixo indicada. A mistura de minerais pode ser adicionada aos leites terapêuticos feitos com ingredientes locais ou a solução de reidratação para pacientes com desnutrição, na concentração de 20 ml/litro (veja as instruções a seguir). A mistura de minerais deve ser armazenada a temperatura ambiente.

<b>Substância</b>	<b>Quantidade</b>
Cloreto de potássio	89,5 g
Citrato tripotássico	32,4 g
Cloreto de magnésio ( $MgCl_2 \cdot 6H_2O$ )	30,5 g
Acetato de zinco	3,3 g
Sulfato de cobre	0,56 g
Selenato de sódio	10 mg

Iodeto de potássio	5 mg
Água para completar	Adicionar água potável morna até completar 1000 ml

**Composição de vitaminas** A mistura de vitaminas pode ser feita a partir das vitaminas listadas na tabela abaixo indicada. A mistura de vitaminas pode ser adicionada aos leites terapêuticos (dieta líquida) na quantidade de 140 mg/litro:

Vitamina	Quantidade por litro da dieta líquida
<b>Hidrossolúvel:</b>	
Tiamina (vitamina B1)	0,7 mg
Riboflavina (vitamina B2)	2,0 mg
Ácido nicotínico	10 mg
Piridoxina (vitamina B6)	0,7 mg
Cianocobalamina (vitamina B12)	1 µg
Ácido fólico	0,35 mg
Ácido ascórbico (vitamina C)	100 mg
Ácido pantoténico (vitamina B5)	3 mg
Biotina	0,1 mg
<b>Lipossolúvel:</b>	
Retinol (vitamina A)	1,5 mg
Calciferol (vitamina D)	30 µg
A-Tocoferol (vitamina E)	22 mg
Vitamina K	40 µg

### Leite Terapêutico não industrializado utilizando o LEITE EM PÓ

Ingrediente	F75	F100
Leite em pó gordo (g)	35	110
Açúcar (g)	100	50
Óleo vegetal (g ou ml)	20	30
CMV – colher vermelha (3,18 g)	½	½
Água tratada morna (ml)	Adicionar água potável morna até completar 1000 ml	Adicionar água potável morna até completar 1000 ml

### Leite Terapêutico não industrializado utilizando o LEITE FRESCO

Ingrediente	F75	F100
Leite gordo fresco (ml)	300	880
Açúcar (g)	100	75
Óleo vegetal (g ou ml)	20	20
CMV – colher vermelha (3,18 g)	½	½
Água potável morna (ml)	Adicionar água potável morna até completar 1000 ml	Adicionar água potável morna até completar 1000 ml

**Nota:** Se o CMV não estiver disponível, adicione 20 ml da mistura de minerais e 140 mg da mistura de vitaminas.

#### Como preparar:

1º passo: Ferva a água e deixe arrefecer

2º passo: Num jarro limpo graduado ponha o leite, o açúcar, óleo, e o CMV e misture até formar uma pasta homogénea.

3º passo: Adicione água tratada, armazenada de forma segura, e morna à pasta até a linha onde mostra **1 L**

4º passo: Lentamente, misture o leite terapêutico

5º passo: Se possível, armazene o leite terapêutico pronto na geleira

### ReSoMal: Receita utilizando SRO de Baixa Osmolaridade OMS (245 mmol/L)

Ingrediente	Quantidade
SRO – Baixa Osmolaridade OMS	Pacote com Cloreto de sódio 2,6 g Cloreto de potássio 1,5 g Citrato trissódico dihidrato 2,9 g Glicose 13,5 g
CMV – colher vermelha	1 (6,35 g)
Açúcar	50 g
Água tratada e armazenada de forma segura (ml)	Adicionar água potável morna até completar 2000 ml

## ReSoMal: Receita utilizando SRO Padrão OMS (311 mmol/L)

Ingrediente	Quantidade
SRO Padrão OMS	Pacote com Cloreto de sódio 3,5 g Cloreto de potássio 1,5 g Citrato trissódico dihidrato 2,9 g Glicose 20 g
CMV – colher vermelha	1 (6,35 g)
Açúcar	50 g
Água tratada e armazenada de forma segura (ml)	Adicionar água potável morna até completar 2000 ml

## Anexo 20. Classificação do estado nutricional através do IMC em idosos (> de 55 anos)

IMC	Classificação
< 18,0	Desnutrição grave
≥ 18,0 a < 21,0	Desnutrição moderada
≥ 21,0 a < 27,0	Normal
≥ 27,0	Sobrepeso (excesso de peso)

## Anexo 21. Classificação do estado nutricional através do PB em idosos (> de 55 anos)

PB	Classificação
< 18,5 cm	Desnutrição grave
≥ 18,5 cm a < 21 cm	Desnutrição moderada
≥ 21 cm	Normal



## Anexo 22. Classificação do estado nutricional através do PB em adultos e adolescentes, incluindo mulheres grávidas e lactantes até aos 6 meses após o parto

PB	Classificação
< 21 cm	Desnutrição grave
≥ 21 cm a < 23 cm	Desnutrição moderada
≥ 23 cm	Normal

## ANEXO 23. Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária

### Programa de Reabilitação Nutricional

### Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária

Referência N.º.....	Data da referência ____/____/20__	
Província .....	Distrito .....	
Localidade .....	Comunidade/Bairro .....	
Ponto de Referência do Doente .....		
Nome da pessoa encaminhada .....		
Idade .....(anos)		
Sexo .....(F/M)	Nome do acompanhante .....	
PB .....cm	Presença de edema .....(S/N)	Referência para .....
Motivo de referência		
_____		
_____		
_____		
Encaminhado por .....		
Categoria .....		

---

## Instruções para o preenchimento da Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária

A Ficha de Referência da Comunidade para a Unidade Sanitária é um instrumento com o qual o activista vai recolher informações em relação ao doente que está sendo referido e as razões que fazem com que este seja referido para a Unidade Sanitária.

Os campos a serem preenchidos na ficha de referência são relativos ao doente que está sendo referido e são os seguintes:

- **Referência n.º:** Escrever o número da ficha de referência de acordo com o número de crianças referidas
- **Data da referência:** Escrever a data, o mês e o ano no qual está referindo o doente.
- **Província:** Escrever o nome da Província
- **Distrito:** Escrever o nome do Distrito
- **Localidade:** Escrever o nome da comunidade/bairro
- **Comunidade/bairro:** o nome da comunidade onde se encontra o doente a ser referido
- **Ponto de Referência do Doente:** Escrever um local/objecto, ex. árvore, igreja, fonte de água, ou o nome de uma pessoa muito influente ou mais conhecida no bairro
- **Nome da pessoa encaminhada:** Escrever o nome do doente
- **Idade:** Escrever a idade do doente em meses ou anos
- **Sexo:** Escrever “F” (feminino) para mulheres ou “M” (masculino) para homens
- **PB:** Escrever o perímetro braquial em centímetros de acordo com a medição feita
- **Edema:** Assinalar “sim” se o doente tiver edema e “não” se não tiver edema



- 
- **Referência para:** Escrever o local para onde o doente está sendo referido
  - **Motivo de referência:** Indicar a causa que leva com que o activista refira o doente para a Unidade Sanitária
  - **Encaminhada por:** Escrever o nome da pessoa que está a referir o doente da comunidade para a Unidade Sanitária
  - **Categoria:** Escrever se é ACS, APE, profissional de saúde ou outro

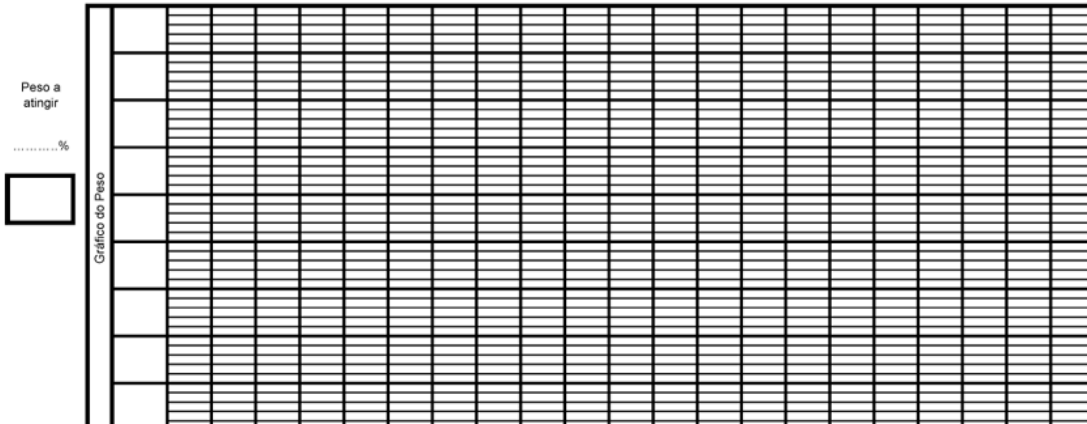


# ANEXO 24. Multicartão (nível do indivíduo)

## Múlti-Cartão de Tratamento Terapêutico para Desnutrição Aguda Grave

NID.....	Bairro.....	<b>Problemas Importantes</b> 1 ..... 2 ..... 3 .....	Data de internamento ____/____/____ Hora.....manhã/tarde Reinternamento.....S / N De.....	Data de alta ____/____/____ melhora: <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Causa Falecido <input type="checkbox"/> Hora ..... Transfer <input type="checkbox"/> Para..... Recebeu ATPU S/N Qtd.....
Provincia.....	US.....			
Nome do cuidador..... Nome próprio.....	No do quarto..... No de cama.....			
Endereço.....	Idade(d/m/a).....			
Distância da casa.....	Data Nasc ____/____/____ Sexo.....		Aleitamento materno..... S / N Alimentação complementar..... S / N	

Mapa Antropométrico	Data	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Altura (cm)																						
Peso (kg)																						
P por A (D/P)																						
PB (cm)																						
Edema (0 to +++)																						
IMC/idade																						



Dieta Terapêutica	Data	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Fase																						
Nome da Dieta																						
ml/toma																						
# refeições/dia																						
ml/dia																						
Suplemento de ferro																						
Quantidade tomada																						
100%																						
3/4																						
1/2																						
1/4																						
=ml=extra																						
Papa de farinha																						
Refeição Familiar																						
Outra																						

Mapa de Controle	Data	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Dejecções (lilil)																						
Vômito (lilil)																						
Desidratação (0 to +++)																						
Tosse (0 to +++)																						
Choque Séptico (0 to +++)																						
Frequência respiratória																						
Conjuntivas pálidas																						
Temp. M (Ax/Rec)																						
Temp. T (Ax/Rec)																						
ESCADIOSE (0 to +++)																						
Tamanho do fígado (cm)																						

Rotina	Data	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
Vitamina A .....iu																						
Ácido Fólico 5mg (po)																						



## ANEXO 25. Cartão do Doente Desnutrido

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p><b>CONSELHO ÚTIL LEMBRE-SE SEMPRE</b> O Plumpy'nut (ATPU), Plumpy'sup (ASPU), e MAE (e.g., CSB) são medicamentos para a criança desnutrida e não uma comida para toda a família!</p> </div> <p>Data de início</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Peso</td> <td style="width: 33%;">Estatura</td> <td style="width: 33%;">P/E (DP)</td> </tr> <tr> <td>PB</td> <td>IMC</td> <td>IMC/Idade</td> </tr> </table> <p>Observações</p> <hr/> <p>Data de alta</p> <hr/> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Peso</td> <td style="width: 33%;">Estatura</td> <td style="width: 33%;">P/E (DP)</td> </tr> <tr> <td>PB</td> <td>IMC</td> <td>IMC/Idade</td> </tr> </table>	Peso	Estatura	P/E (DP)	PB	IMC	IMC/Idade	Peso	Estatura	P/E (DP)	PB	IMC	IMC/Idade	<div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">   <small>REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE MINISTÉRIO DA SAÚDE PROGRAMA DE REABILITAÇÃO NUTRICIONAL</small> </div> <h3 style="text-align: center;">Cartão Do Doente Desnutrido</h3> <hr/> <p>Provincia</p> <hr/> <p>Distrito</p> <hr/> <p>Unidade Sanitária</p> <hr/> <p>Nome do APE/ACS</p> <hr/> <p>Nome do doente</p> <hr/> <p>Nº de série <span style="float: right;">NID</span></p> <hr/> <p>Idade <span style="float: right;">Sexo (F ou M)</span></p> <hr/> <p>Nome do Acompanhante</p> <hr/> <p>Tratamento em Ambulatório para DAM: <input type="checkbox"/> ASPU <i>ou</i>  <input type="checkbox"/> MAE <i>ou</i>  <input type="checkbox"/> ATPU</p> <hr/> <p>Tratamento em Ambulatório para DAG: <input type="checkbox"/> ATPU</p>
Peso	Estatura	P/E (DP)											
PB	IMC	IMC/Idade											
Peso	Estatura	P/E (DP)											
PB	IMC	IMC/Idade											

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

**Instruções para preparação do MAE para cada refeição:**

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

## Instruções de Preenchimento: Cartão do Doente Desnutrido

Primeiramente, é importante reiterar que todas as crianças identificadas como desnutridas devem receber este cartão, independentemente de estarem a receber produtos nutricionais terapêuticos.

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

- Escrever nomes de Província, Distrito, Unidade Sanitária e o nome do APE/ACS mais próximo da casa do doente que lhe possa prestar assistência.
- Escrever o nome do doente, número de série, número de NID, idade, sexo, e nome do acompanhante.
- O mesmo cartão servirá para a monitoria do tratamento em ambulatório para DAG e para DAM; daí a necessidade de indicar se a criança está a receber tratamento para DAG ou DAM. Indicar o tipo de tratamento que está a receber: ASPU, MAE, ou ATPU para tratamento em ambulatório para DAM; ou ATPU para tratamento em ambulatório para DAG.
- Escrever a data de início do tratamento, e indicar outras informações antropométricas do doente:
  - **Peso:** peso do doente em kg
  - **Estatura:** comprimento ou altura em centímetros
  - **P/E (DP):** peso-para-estatura (desvio padrão) para crianças dos 6 aos 59 meses
  - **PB:** perímetro braquial para todos os indivíduos com idade igual ou superior a 6 meses o **IMC:** índice de massa corporal para crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos
  - **IMC/Idade:** índice de massa corporal-para-idade para crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos.
- **Fornecimento do ASPU, ATPU, ou MAE. Preencher:**
  - Data da visita do doente à Unidade Sanitária



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



## ANEXO 26. Livro de Registo do Programa de Reabilitação Nutricional

Coluna do Livro de Registo	Que informação preencher na coluna correspondente	Coluna do Livro de Registo	Que informação preencher na coluna correspondente
<b>Nº de Ordem Mensal</b>	No início de cada mês, inserir o número um (1) para o primeiro doente que se apresentar para atendimento na unidade de reabilitação nutricional. Escreva o número dois (2) para o doente que se apresentar para atendimento a seguir, e assim subseqüentemente até o final do mês. Recomeça a sequência para cada caso novo que se apresentar no início do mês seguinte.	<b>Tipo de suplemento</b>	Neste campo escreve-se o tipo de suplemento que o doente recebe, se é ASPU, MAE ou ATPU. Se por qualquer motivo o doente não receber suplemento nutricional durante a dada visita, é importante que este motivo seja registado.
<b>Nº de NID</b>	Inserir o número do NID atribuído ao doente.	<b>Quantidade</b>	Escrever a quantidade de suplemento recebido durante a visita à Unidade Sanitária. Se for ASPU ou ATPU a quantidade será expressa em saquetas, e se for MAE a quantidade será expressa em quilogramas (kg).
<b>Nome do doente</b>	Escrever o nome completo do doente.	<b>Peso</b>	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).
<b>Nome do acompanhante</b>	Escrever o nome da pessoa que está na companhia do doente na Unidade Sanitária.	<b>Estatura</b>	Escrever a estatura do doente depois de medição feita com o altímetro (altura ou comprimento). Para as crianças menores de 5 anos a estatura deve ser expressa em centímetros (cm).
<b>Comunidade</b>	Escrever o nome da comunidade onde reside o doente.	<b>Peso/Estatura ou IMC/Idade (DP)</b>	Escrever o desvio padrão de peso para estatura (para crianças 6-59 meses) ou IMC/Idade (5-14 anos) de acordo com as tabelas de peso para-estatura ou IMC/Idade.
<b>Idade</b>	A idade do doente deve ser expressa em meses para crianças dos 6 aos 59 meses e em anos para crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos.	<b>PB</b>	Neste campo escreve-se o perímetro braquial do doente, de acordo com a medição feita a este efeito.
<b>Sexo</b>	Escrever o sexo do doente (masculino ou feminino).	<b>Estado de HIV</b>	Para doentes com estado desconhecido, deve ser registado o seguimento do teste nas visitas seguintes.
<b>Razão de tratamento</b>	Para crianças 6-59 meses, indicar o motivo que leva o doente a ser tratado, fazendo um círculo em volta dos números 1 ou 2, onde: 1: Criança com DAG	<b>Dias totais</b>	O tempo durante o qual o doente permaneceu em tratamento ou suplementação (n.º de dias).
			Para crianças e adolescentes 5-14 anos, indicar o motivo que leva o doente a ser tratado, fazendo um círculo em volta dos números 3 ou 4, onde: 3: Criança ou adolescente com DAG 4: Criança ou adolescente com DAM



2: Criança com DAM			
<b>Proveniência</b>	Indicar com um “x” se se trata de uma nova admissão (novo episódio de desnutrição) ou de uma readmissão (mesmo episódio de desnutrição). As readmissões podem ser por referência do internamento, ou caso de abandono que retorna à Unidade Sanitária para continuar o tratamento.	<b>Quantidade total recebida</b>	Registrar a quantidade total de ATPU, ASPU, ou que o doente recebeu durante o tempo que e tratamento ou suplementação.
<b>Visitas</b>	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.	<b>Indicar a categoria da doente curou, alta morreu, abandonou, etc., e a data de oc</b>	Para tal, deve-se pôr um “x” na opção certa,
<b>Data</b>	A cada visita, escreve-se a data em que o doente se apresenta na Unidade Sanitária no campo correspondente e, no campo da visita seguinte, escreve-se a lápis a data prevista para a visita seguinte.	<b>NOTA:</b>	No fim de cada folha preenchida do Livro, o responsável pelo preenchimento do livro deve assinar no campo providenciado.

### Instruções de preenchimento (Crianças dos 6 meses aos 14 anos)

O livro de registo é uma fonte primária de informação do programa, onde podemos encontrar a informação rotineira sobre as crianças inscritas no programa. O seu uso correcto é muito determinante para a obtenção de dados de boa qualidade. Todas as crianças inscritas no programa devem ser registadas no Livro de Registo, independentemente de estarem a receber suplementos nutricionais.



### ANEXO 26.1. Livro de Registo do PRN: Crianças dos 6 aos 59 meses

Nº de ordem mensal	Nº de NID	Informações do doente	Idade (meses)	Sexo	Razão do Tratamento (circular)	Proveniência	1ª visita		2ª visita		3ª visita		4ª visita	
							Data	Tipo de suplemento	Data	Tipo de suplemento	Data	Tipo de suplemento	Data	Tipo de suplemento
		Nome do doente:			1	<input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI	Quantidade		Quantidade		Quantidade		Quantidade	
		Nome do acompanhante:					Peso   Estatura		Peso   Estatura		Peso   Estatura		Peso   Estatura	
					2	<input type="checkbox"/> Abandono que	P/E   PB		P/E   PB		P/E   PB		P/E   PB	
							Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc		Estado de HIV (circular) + - Desc	
		Nome do doente:			1	<input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI	Quantidade		Quantidade		Quantidade		Quantidade	
		Nome do acompanhante:					Peso   Estatura		Peso   Estatura		Peso   Estatura		Peso   Estatura	
					2	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	P/E   PB		P/E   PB		P/E   PB		P/E   PB	
							Estado de HIV (circular) - Desc		Estado de HIV (circular) - Desc		Estado de HIV (circular) - Desc		Estado de HIV (circular) - Desc	



Nome do doente:	Nome do acompanhante:	Veja as definições nas instruções	<input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI <input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Data		Data		Data		Data	
				Tipo de suplemento	Quantidade	Tipo de suplemento	Quantidade	Tipo de suplemento	Quantidade	Tipo de suplemento	Quantidade
1	2			Peso	Estatura	Peso	Estatura	Peso	Estatura	Peso	Estatura
				P/E	PB	P/E	PB	P/E	PB	P/E	PB
				Estado de HIV (circular)		Estado de HIV (circular) – Desc		Estado de HIV (circular) – Desc		Estado de HIV (circular) – Desc	
1	2			Peso	Estatura	Peso	Estatura	Peso	Estatura	Peso	Estatura
				P/E	PB	P/E	PB	P/E	PB	P/E	PB
				Estado de HIV (circular) + Desc		Estado de HIV (circular) + Desc		Estado de HIV (circular) + Desc		Estado de HIV (circular) + Desc	

Assinatura do Responsável pelo Registo:



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

5ª visita		6ª visita		7ª visita		Alta	Instruções de preenchimento do Livro de Registo do PRN
Data		Data		Data		<b>Dias totais:</b>	<p><b>Nº sequencial:</b> No início de cada mês, inserir o número 1 para o primeiro doente que se apresenta; inserir o número 2 para o doente que se apresenta a seguir, e assim subsequentemente até o final do mês. Recomeça a sequência para cada caso novo que se apresentar no início do mês seguinte.</p> <p><b>Nº de NID:</b> Inserir o número do NID atribuído ao doente.</p> <p><b>Nome do doente:</b> Escrever o nome completo do doente.</p> <p><b>Nome do acompanhante:</b> Escrever o nome da pessoa que está na companhia do doente na Unidade Sanitária.</p> <p><b>Comunidade:</b> Escrever o nome da comunidade onde reside o doente.</p> <p><b>Idade:</b> A idade do doente deve ser expressa em meses para crianças dos 6 aos 59 meses</p> <p><b>Sexo:</b> Escrever o sexo do doente (masculino ou feminino).</p> <p><b>Razão de tratamento:</b> Indicar o motivo que leva a criança a ser tratada, fazendo um círculo em volta do número 1 ou 2, onde: 1: Criança com DAG 2: Criança com DAM</p> <p><b>Proveniência:</b> Indicar com um “x” se se trata de uma</p>
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		<b>Quantidade total recebida:</b>	
Quantidade		Quantidade		Quantidade		<b>Indicar:</b>	
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curado	
P/E (DP)	PB (cm)	P/E (DP)	PB (cm)	P/E (DP)	PB (cm)	<input type="checkbox"/> Abandono	
Estado de HIV (circular) - Desc		Estado de HIV (circular) +		Estado de HIV (circular) +		<input type="checkbox"/> Óbito	
						<input type="checkbox"/> Referido para o internamento	
						<input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária	
Data		Data		Data		<b>Dias totais:</b>	
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		<b>Quantidade total recebida:</b>	
Quantidade		Quantidade		Quantidade		<b>Indicar:</b>	
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curado	
P/E (DP)	PB (cm)	P/E (DP)	PB (cm)	P/E (DP)	PB (cm)	<input type="checkbox"/> Abandono	
Estado de HIV (circular) - Desc		Estado de HIV (circular) +		Estado de HIV (circular) +		<input type="checkbox"/> Óbito	
						<input type="checkbox"/> Referido para o internamento	
						<input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária	
Data		Data		Data		<b>Dias totais:</b>	



<b>Tipo de suplemento</b>		<b>Tipo de suplemento</b>		<b>Tipo de suplemento</b>		<b>Quantidade total recebida:</b>	<p>nova admissão ou de uma readmissão devido a uma das razões listadas.</p> <p><b>Visitas:</b> 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.</p> <p><b>Data:</b> Neste campo escreve-se a data em que o doente se apresenta na Unidade Sanitária para ser avaliado.</p> <p><b>Tipo de suplemento:</b> Neste campo escreve-se o tipo de suplemento, se é ASPU, MAE, ou ATPU.</p> <p><b>Quantidade:</b> Escrever a quantidade de suplemento recebido na data da visita à Unidade Sanitária. Se for ASPU ou ATPU, a quantidade será expressa em saquetas, e se for MAE, a quantidade será expressa em quilogramas (kg). <b>Peso:</b> 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). <b>Estatura:</b> 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> <p><b>Peso/Estatura:</b> Escrever o índice de peso para estatura de acordo com as tabelas de peso-para-estatura.</p> <p><b>PB:</b> Neste campo escreve-se o perímetro braquial do doente, de acordo com a medição feita a este.</p> <p><b>Estado de HIV:</b> Para doentes com estado desconhecido, deve se fazer o seguimento do teste nas visitas seguintes.</p> <p><b>Alta:</b> Neste campo deverá registar-se as</p>
<b>Quantidade</b>		<b>Quantidade</b>		<b>Quantidade</b>		<b>Indicar:</b>	
<b>Peso (kg)</b>	<b>Estatura (cm)</b>	<b>Peso (kg)</b>	<b>Estatura (cm)</b>	<b>Peso (kg)</b>	<b>Estatura (cm)</b>	<input type="checkbox"/> Curado	
<b>P/E (DP)</b>	<b>PB (cm)</b>	<b>P/E (DP)</b>	<b>PB (cm)</b>	<b>P/E (DP)</b>	<b>PB (cm)</b>	<input type="checkbox"/> Abandono	
						<input type="checkbox"/> Óbito	
						<input type="checkbox"/> Referido para o internamento	
						<input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária	
<b>Estado de HIV (circular)</b>	<b>Estado de HIV (circular)</b>	<b>Estado de HIV (circular)</b>	<b>Estado de HIV (circular)</b>	<b>Estado de HIV (circular)</b>	<b>Estado de HIV (circular)</b>		
<b>- Desc</b>	<b>- Desc</b>	<b>- Desc</b>	<b>- Desc</b>	<b>- Desc</b>	<b>- Desc</b>		
<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Data</b>	<b>Dias totais:</b>	
<b>Tipo de suplemento</b>		<b>Tipo de suplemento</b>		<b>Tipo de suplemento</b>		<b>Quantidade total recebida:</b>	
<b>Quantidade</b>		<b>Quantidade</b>		<b>Quantidade</b>		<b>Indicar:</b>	
<b>Peso (kg)</b>	<b>Estatura (cm)</b>	<b>Peso (kg)</b>	<b>Estatura (cm)</b>	<b>Peso (kg)</b>	<b>Estatura (cm)</b>	<input type="checkbox"/> Curado	
<b>P/E (DP)</b>	<b>PB (cm)</b>	<b>P/E (DP)</b>	<b>PB (cm)</b>	<b>P/E (DP)</b>	<b>PB (cm)</b>	<input type="checkbox"/> Abandono	
						<input type="checkbox"/> Óbito	
						<input type="checkbox"/> Referido para o internamento	
						<input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária	
<b>Estado de HIV (circular)</b>	<b>Estado de HIV (circular)</b>	<b>Estado de HIV (circular)</b>	<b>Estado de HIV (circular)</b>	<b>Estado de HIV (circular)</b>	<b>Estado de HIV (circular)</b>		
<b>- Desc</b>	<b>- Desc</b>	<b>- Desc</b>	<b>- Desc</b>	<b>- Desc</b>	<b>- Desc</b>		



			<p>seguintes informações: <b>Dias totais:</b> O tempo em que o doente permaneceu em tratamento ou suplementação (n.º de dias).</p> <p><b>Quantidade total recebida:</b> Registrar a quantidade total de ATPU, ASPU, ou MAE que o doente recebeu durante o tempo que esteve em tratamento ou suplementação.</p> <p><b>Indicar a categoria da alta:</b> Pondo um círculo na opção certa, se o doente curou, morreu, abandonou, etc., e a data de ocorrência.</p> <p><b>Nota:</b> No fim de cada folha preenchida, o responsável pelo preenchimento do livro deve assinar no campo provenciado.</p>
--	--	--	--

Assinatura do Responsável pelo Registo:



## ANEXO 26.2. Livro de Registo do PRN: Crianças e Adolescentes dos 5 aos 14 anos

Nº de ordem mensal	Nº de NID	Informações do doente	Idade (meses)	Sexo	Razão do Tratamento (circular)	Proveniência	1ª visita	2ª visita	3ª visita	4ª visita	
		Nome do doente:			<i>Veja as definições nas instruções</i> 3 4	<input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI <input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg)   Estatura (cm) IMC/Idade (DP)   PB (cm) Estado de HIV (circular) + Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg)   Estatura (cm) IMC/Idade (DP)   PB (cm) Estado de HIV (circular) + Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg)   Estatura (cm) IMC/Idade (DP)   PB (cm) Estado de HIV (circular) + Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg)   Estatura (cm) IMC/Idade (DP)   PB (cm) Estado de HIV (circular) + Desc	
		Nome do doente:									
		Nome do acompanhante:									
		Nome da comunidade:									
		Nome do doente:									
		Nome do doente:			<i>Veja as definições nas instruções</i> 3 4	<input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI <input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg)   Estatura (cm) IMC/Idade (DP)   PB (cm) Estado de HIV (circular) + Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg)   Estatura (cm) IMC/Idade (DP)   PB (cm) Estado de HIV (circular) + Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg)   Estatura (cm) IMC/Idade (DP)   PB (cm) Estado de HIV (circular) + Desc	Data Tipo de suplemento Quantidade Peso (kg)   Estatura (cm) IMC/Idade (DP)   PB (cm) Estado de HIV (circular) + Desc	
		Nome do doente:									
		Nome do acompanhante:									
		Nome da comunidade:									
		Nome do doente:									
		Nome do doente:			<i>Veja as definições nas instruções</i>	<input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido	Data Tipo de suplemento Quantidade	Data Tipo de suplemento Quantidade	Data Tipo de suplemento Quantidade	Data Tipo de suplemento Quantidade	
		Nome do doente:									
		Nome do doente:									



						do TDI		do TDI		do TDI		do TDI	
Nome do doente:	Nome do acompanhante:	Nome da comunidade:			3	4	<input type="checkbox"/> Abandono que retornou	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)
								IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)
								Estado de HIV (circular) + Desc		Estado de HIV (circular) + Desc		Estado de HIV (circular) + Desc	
<b>Nome do doente:</b>				<i>Veja as definições nas instruções</i>		<input type="checkbox"/> Caso novo <input type="checkbox"/> Referido do TDI		<b>Data</b>		<b>Data</b>		<b>Data</b>	
<b>Nome do acompanhante:</b>				3		4		<b>Tipo de suplemento</b>		<b>Tipo de suplemento</b>		<b>Tipo de suplemento</b>	
<b>Nome da comunidade:</b>						<input type="checkbox"/> Abandono que retornou		<b>Quantidade</b>		<b>Quantidade</b>		<b>Quantidade</b>	
								Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)
								IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)
								Estado de HIV (circular) + Desc		Estado de HIV (circular) + Desc		Estado de HIV (circular) + Desc	

Assinatura do Responsável pelo Registo:



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

5ª visita		6ª visita		7ª visita		Alta	Instruções de preenchimento do Livro de Registo do PRN
Data		Data		Data		Dias totais:	<b>Nº Sequencial:</b> No início de cada mês, inserir o número 1 para o primeiro doente que se apresenta; inserir o número 2 para o doente que se apresenta a seguir, e assim subsequentemente até o final do mês. Recomeçar a sequência para cada caso novo que se apresentar no início do mês seguinte. <b>Nº de NID:</b> Inserir o número do NID atribuído ao doente. <b>Nome do doente:</b> Escrever o nome completo do doente. <b>Nome do acompanhante:</b> Escrever o nome da pessoa que está na companhia do doente na Unidade Sanitária. <b>Comunidade:</b> Escrever o nome da comunidade onde reside o doente. <b>Idade:</b> A idade do doente deve ser expressa em anos para crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos. <b>Sexo:</b> Escrever o sexo do doente (masculino ou feminino). <b>Razão de tratamento:</b> Indicar o motivo que leva a criança a ser tratada, fazendo um círculo em volta do número 3 ou 4, onde: 3: Criança ou adolescente com DAG 4: Criança ou adolescente com DAM <b>Proveniência:</b> Indicar com um "x" se se trata de uma nova admissão ou de uma readmissão devido a uma das razões listadas. <b>Visitas:</b> 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. <b>Data:</b> Neste campo escreve-se a data em que o doente se apresenta na Unidade Sanitária para ser avaliado.
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:	
Quantidade		Quantidade		Quantidade		Indicar:	
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária	
IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)		
Estado de HIV (circular) +	-	Estado de HIV (circular) +	-	Estado de HIV (circular) +	-		
Desc		Desc		Desc			
Data		Data		Data		Dias totais:	
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:	
Quantidade		Quantidade		Quantidade		Indicar:	
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento <input type="checkbox"/> Transferido para outro sector ou Unidade Sanitária	
IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)		
Estado de HIV (circular) +	-	Estado de HIV (circular) +	-	Estado de HIV (circular) +	-		
Desc		Desc		Desc			
Data		Data		Data		Dias totais:	
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Quantidade total recebida:	
Quantidade		Quantidade		Quantidade		Indicar:	



Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento ou Unidade Sanitária	<b>Tipo de suplemento:</b> Neste campo escreve-se o tipo de suplemento, se é ASPU, MAE, ou ATPU. <b>Quantidade:</b> Escrever a quantidade de suplemento recebido na data da visita à Unidade Sanitária. Se for ASPU ou ATPU, a quantidade será expressa em saquetas, e se for MAE, a quantidade será expressa em quilogramas(kg). <b>Peso:</b> 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). <b>Estatura:</b> Escrever a estatura do doente depois de medida no altímetro (altura ou comprimento). Para as crianças e adolescentes dos 5 aos 14 anos a estatura deve ser expressa em metros (m). <b>IMC/Idade:</b> Escrever o índice de IMC/Idade de acordo com as tabelas de IMC/Idade. <b>PB:</b> Neste campo escreve-se o perímetro braquial do doente, de acordo com a medição feita a este. <b>Estado de HIV:</b> Para doentes com estado desconhecido, deve se fazer o seguimento do teste nas visitas seguintes. <b>Alta:</b> Neste campo deverá registar-se as seguintes informações: <b>Dias totais:</b> O tempo em que o doente permaneceu em tratamento ou suplementação (n.º de dias). <b>Quantidade total recebida:</b> Registrar a quantidade total de ATPU, ASPU, ou MAE que o doente recebeu durante o tempo que esteve em tratamento ou suplementação. <b>Indicar a categoria da alta:</b> Pondo um círculo na opção certa, se o doente curou, morreu, abandonou, etc., e a data de ocorrência. <b>Nota:</b> No fim de cada folha preenchida, o responsável pelo preenchimento do livro deve assinar no campo providenciado.
IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)		
Estado de HIV (circular) + Desc		Estado de HIV (circular) - Desc		Estado de HIV (circular) + Desc			
Data		Data		Data		<b>Dias totais:</b>	
Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		Tipo de suplemento		<b>Quantidade total recebida:</b>	
Quantidade		Quantidade		Quantidade		<b>Indicar:</b>	
Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	Peso (kg)	Estatura (cm)	<input type="checkbox"/> Curado <input type="checkbox"/> Abandono <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Referido para o internamento ou Unidade Sanitária	
IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)	IMC/Idade (DP)	PB (cm)		
Estado de HIV (circular) + Desc		Estado de HIV (circular) - Desc		Estado de HIV (circular) + Desc			

Assinatura do Responsável pelo Registo:



## ANEXO 27: Resumo Mensal do Tratamento em Ambulatório (Crianças e Adolescentes 6 meses aos 14 anos)

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

Grupos etários	Doentes no início do mês (A)	Admissões (B)			Total Admissões $B=(B1+B2+B3)$	Saídas do Programa (C)					Total Saídas do Programa $C=(C1+C2+C3+C4+C5)$	Total de doentes que transitam para o mês seguinte $D=(A+B-C)$
		Casos Novos (B1)	Readmissões			Curados (C1)	Aban- donos (C2)	Óbitos (C3)	Referidos para TDI (C4)	Tranferidos para outro sector ou US (C5)		
			Referidos do TDI (B2)	Abandonos que Retornam (B3)								
<sup>1</sup> 6-59 meses DAG												
<sup>2</sup> 6-59 meses DAM												
Sub-total 6-59 meses												
<sup>3</sup> 5-14 anos DAG												
<sup>4</sup> 5-14 anos DAM												
Sub-total 5-14 anos												
TOTAL												



Fórmula para cálculo de indicadores de desempenho	C1/C*100	C2/C*100	C3/C*100	C4/C*100	C5/C*100
Proporção de saídas 6-59 meses					
Proporção de saídas 5-14 anos					

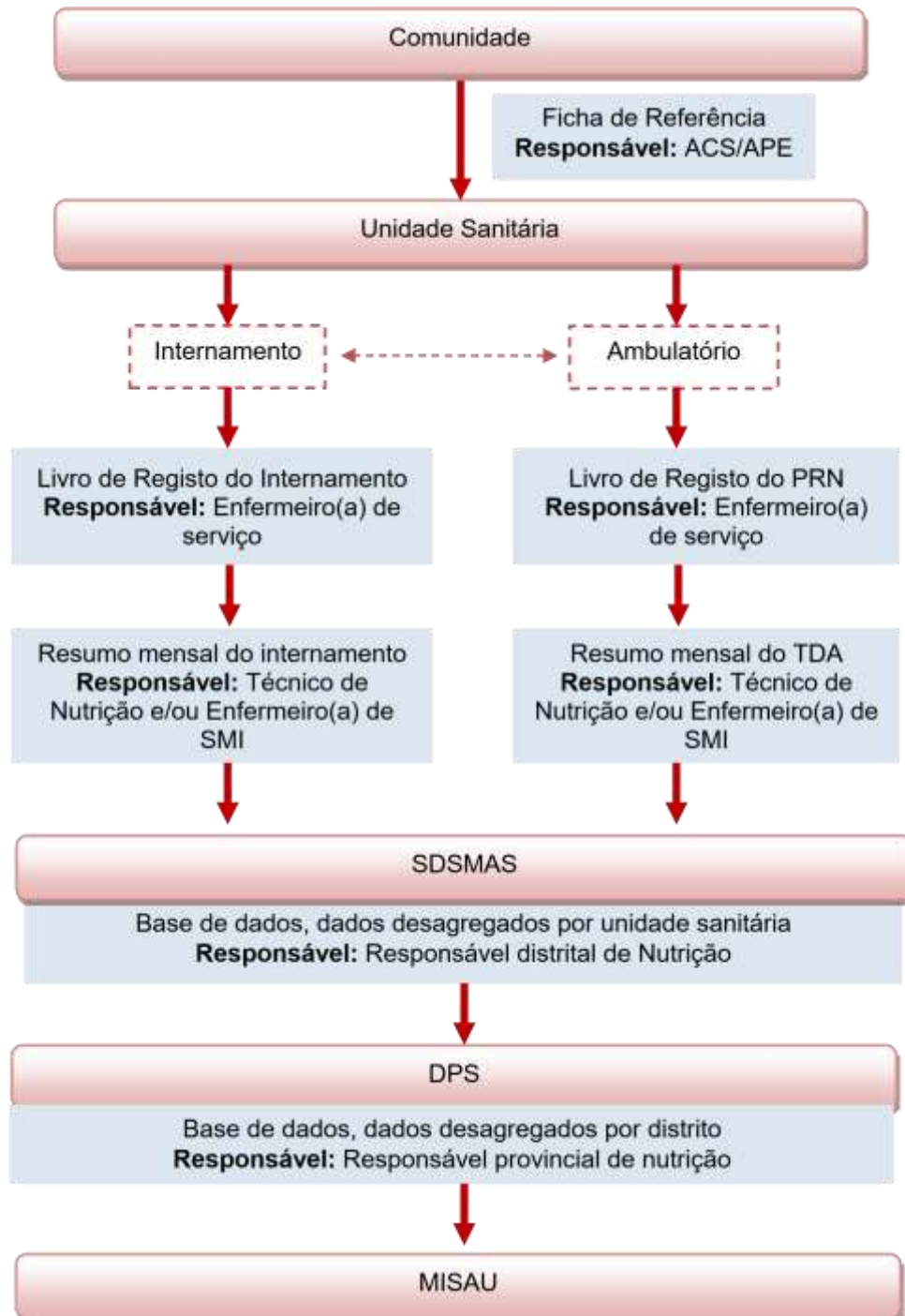
### Instruções de preenchimento

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

## ANEXO 27.1. Instruções de preenchimento do Resumo Mensal do Tratamento em Ambulatório (Crianças e Adolescentes 6 meses aos 14 anos)

Colunas do Resumo Mensal do TDA		Que informação preencher na coluna correspondente
Doentes no início do mês	<b>A</b>	Número de doentes que transitaram do mês anterior para o mês em reportagem
Casos novos	<b>B1</b>	Número de doentes admitidos ao PRN pela primeira vez no mês de reportagem
Referidos do TDI	<b>B2</b>	Número de doentes que têm alta do TDI e continuam o tratamento para o mesmo episódio de desnutrição em ambulatório
Abandonos que retornam	<b>B3</b>	Número de doentes que abandonam o tratamento e retornam para serem tratados pelo mesmo episódio de desnutrição
Total admissões	<b>(B1+B2+B3)</b>	Número de doentes inscritos no PRN, independentemente de estarem a receber tratamento ou suplemento num determinado mês
Curados	<b>C1</b>	Número de doentes que alcançaram os critérios de alta no tratamento em ambulatório
Abandonos	<b>C2</b>	Número de doentes ausentes por duas visitas consecutivas
Óbitos	<b>C3</b>	Número de doentes que perderam a vida e foram reportados como tal
Referidos para internamento	<b>C4</b>	Número de doentes transferidos do ambulatório para internamento
Transferidos para outro sector ou Unidade Sanitária	<b>C5</b>	Número de doentes que por uma razão médica terão sido transferidos para uma outra secção da mesma Unidade Sanitária para receber cuidados especializados, ou transferidos para outra US porque a casa do doente está mais perto de uma outra US ou por outros motivos
Total de saídas do programa	<b>C = (C1+C2+C3+C4+C5)</b>	Número total de doentes que saem do programa por motivos de cura, abandono, morte, referência para o internamento, e transferências para outro sector ou US
Total de doentes que transitam para o mês seguinte	<b>D = (A+B)-C</b>	Número total de doentes que não terminaram o tratamento e vão dar continuidade no mês seguinte

## Anexo 28. Fluxo de Informação de Monitoria e Avaliação do PRN



## Anexo 29: Relatório Mensal – Produtos Nutricionais Terapêuticos para o Tratamento da Desnutrição Aguda

Os stocks de produtos terapêuticos para reabilitação nutricional devem ser mantidos e controlados na farmácia, portanto, a informação para preencher este relatório deverá ser obtida na farmácia. Porém, nos casos em que os produtos terapêuticos são mantidos em outros sectores da unidade sanitária, estes também devem ser contados.

Quantidade de produtos	Saquetas de F75	Saquetas de F100	Saquetas de ReSoMal	Saquetas de ATPU	Saquetas de ASPU	Sacos de MAE
<b>a</b> Stock inicial						
<b>b</b> Quantidade recebida neste mês						
<b>c</b> Quantidade consumida neste						
<b>d</b> Quantidade perdida <sup>ê</sup> neste mês						
<b>e</b> Stock final no fim do mês= <b>(a+b)-(c+d)</b>						

---

## Instruções de preenchimento

- **Stock inicial (a):** Quantidade de produtos existente até o final do mês anterior e que transita para o mês em reportagem.
- **Quantidade recebida neste mês (b):** Quantidade de produtos recebidos no mês em reportagem.
- **Quantidade consumida neste mês (c):** Quantidade de produtos gasta no tratamento dos doentes desnutridos.
- **Quantidade perdida neste mês (d):** Quantidade de produtos que por algum motivo tenha sido desperdiçada (produtos deteriorados, roubados, etc.).

**Stock final no fim do mês (e) = (a+b)-(c+d):** Quantidade de produtos existente no fim do mês, que é o resultado da diferença da soma do stock inicial (a) com a quantidade recebida (b) e da soma da quantidade consumida (c) com a quantidade desperdiçada (d).