



**Ministério
da Saúde**
Direção Nacional da Saúde

**Serviço de Promoção e Proteção Integrada à Saúde da Criança,
do Adolescente, da Mulher e do Homem**

**SISTEMA DE INFORMAÇÃO SANITÁRIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE
NO ÂMBITO DO SERVIÇO**

**MANUAL DE RECOLHA, ANÁLISE E
UTILIZAÇÃO DE DADOS**

PRAIA, JUNHO DE 2021

FICHA TÉCNICA

Ministro da Saúde e da Segurança Social

Dr. Arlindo Nascimento do Rosário

Diretor Nacional da Saúde

Dr. Jorge Noel Barreto

Diretora do Serviço de Promoção e Proteção Integradas à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem

Dra. Yorleydis Georgina Rosabal Pérez

Consultora

Conceição Maria Fortes – Técnica superior em serviços sociais

UNICEF – UNFPA

Dra. Ana Paula Maximiano – Especialista de Programas de Saúde Reprodutiva, desenvolvimento e sobrevivência da criança

Apoio financeiro:



Equipa Técnica de Trabalho

- **Alzerina Maria Rocha L. Monteiro** – Nutricionista da Delegacia de Saúde da Praia
- **Dulcineia Elisa Lima R. Trigueiros** – Nutricionista, Ponto Focal das Escolas Promotoras da Saúde do Programa Nacional de Nutrição, Saúde Oral e Escolas Promotoras da Saúde
- **Emely Silvina V. Santos** – Médica Pediatra, Diretora cessante do Centro de Saúde Reprodutiva de Bela Vista em S. Vicente;
- **Evanilda Nascimento Santos Cabral** – Enfermeira, Coordenadora do Programa Alargado de Vacinação (PAV) e Saúde Infantil;
- **Irina Monteiro Spencer Maia** – Nutricionista, Coordenadora do Programa Nacional de Nutrição, Saúde Oral e Escolas Promotoras da Saúde
- **Maria de Fátima Sapinho Monteiro** – Ginecologista-Obstetra, Coordenadora cessante do Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva;
- **Maria José Pereira** – Enfermeira Logístico do Programa Alargado de Vacinação (PAV);
- **Maria Tereza Moraes** – Nutricionista, Coordenadora cessante do Programa de Saúde Escolar
- **Vaneusa Correia Rodrigues** - Ginecologista-Obstetra, Coordenadora do Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva e Saúde do Adolescente.
- **Verónica Silva** – Enfermeira do Programa Nacional de Saúde Sexual e Reprodutiva e Saúde do Adolescente.
- **Yorleydis Georgina Rosabal Pérez** – Médica, Diretora do Serviço Promoção e Proteção Integradas à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	6
I. INFORMAÇÃO GERAL	7
II. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO LIVRO DE REGISTO DIÁRIO	10
1. LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE CONSULTAS DO PRÉ-NATAL	10
CONCEITOS	10
PREENCHIMENTO	14
2. LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR E DE PÓS-PARTO	19
CONCEITOS	19
PREENCHIMENTO	19
3. LIVRO DE REGISTO OBSTÉTRICO.....	23
CONCEITOS	23
PREENCHIMENTO	24
4. LIVRO DE REGISTO DA VACINAÇÃO NA MATERNIDADE (RECÉM NASCIDOS) ..	28
PREENCHIMENTO	28
5. LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE CONSULTAS E VACINAÇÃO (CRIANÇAS DE 0-4 ANOS)	29
CONCEITOS	29
PREENCHIMENTO	31
6. LIVRO DE INSCRIÇÃO DAS CRIANÇAS E REGISTO DE VACINAÇÃO (CRIANÇAS DE 0-4 ANOS).....	34
PREENCHIMENTO	34
7. LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE CONSULTA E VACINAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM IDADE ESCOLAR	36
CONCEITOS	36
PREENCHIMENTO	37
8. LIVRO DE INSCRIÇÃO E REGISTO DE VACINAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM IDADE ESCOLAR	40
PREENCHIMENTO	40
9. LIVRO DE VACINAÇÃO DE ADULTOS	41
PREENCHIMENTO	41
10. LIVRO DE INSCRIÇÃO E REGISTO DE VACINAÇÃO DE ADULTOS	43
PREENCHIMENTO	43

III.	FORMULÁRIO DE ESTATÍSTICA MENSAL	44
	CONCEITOS	44
	PREENCHIMENTO	45
	FOLHA 1 - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DAS CONSULTAS DE PRÉ NATAL, PLANEAMENTO FAMILIAR E DE PÓS-PARTO	46
	FOLHA 2 - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DE PARTOS	50
	FOLHA 3 – NUTRIÇÃO - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DE CONSULTA INFANTIL, ESTADO NUTRICIONAL E MICRONUTRIENTES	52
	FOLHA 4 - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DE VACINAÇÃO, MAPI E CADEIA DE FRIO	57
	FOLHA 5 - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DE STOCK DE PRODUTOS .	59
	FOLHA 6 - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DE ATIVIDADES.....	62
	DISPOSIÇÕES ADMINISTRATIVAS	63
VI –	GUIÃO PARA UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO	65
	A – IMPORTÂNCIA DOS INSTRUMENTOS DE REGISTO E ESTATÍSTICA	65
	B – ANÁLISE DA SITUAÇÃO	65
	C – CÁLCULO DOS INDICADORES	65
A N E X O S	70

SIGLAS E ABREVIATURAS

AISM	Atenção Integral à Saúde da Mulher
AME	Amamentação Exclusiva
CPN	Consulta Pré-Natal
DHIS2	<i>District Health Information Software 2</i>
DIU	Dispositivo intrauterino
DTP-HepB-Hib	Difteria, Tétano, Pertussis, Hepatite B, Haemophilus Influenza tipo B (Pentavalente)
GPA	Gestação, Parto e Aborto
Hb	Hemoglobina
HPV	Vírus Papiloma Humano
HTA	Hipertensão Arterial
IMC	Índice de Massa Corporal
IVG	Interrupção Voluntária da Gravidez
MAPI	Manifestações adversas pós imunização
MIF	Mulheres em Idade Fértil
MNP	Micronutrientes em pó
NB	Nota Bem
NM	Nado Morto
NV	Nado Vivo
PF	Planeamento Familiar
PN	Pré-Natal
PSSR	Programa de Saúde Sexual e Reprodutiva
PRS	Parotidite, Rubéola, Sarampo (Tríplice Viral)
SPPISCAMH	Serviço de Promoção e Proteção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
Td	Vacina contra Tétano e difteria
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
VIH	Vírus de Imunodeficiência Humana
VPI	Vacina Pólio inativada injetável
VPO	Vacina Pólio Oral

INTRODUÇÃO

A reorganização dos Serviços de Saúde prevista através do Decreto-lei Nº 19/2019 de 6 de maio de 2019 (BO nº 48 - I Série) exige algumas alterações não só a nível dos programas do Serviço de Promoção e Proteção de Atenção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem (SPPISCAMH), como também dos seus principais instrumentos de planeamento, seguimento e avaliação.

Neste contexto, torna-se imperiosa a revisão do manual de recolha e utilização dos dados em matéria dos programas do SPPISCAMH, com vista à sua adequação às alterações introduzidas pelo novo organograma do Ministério da Saúde e da Segurança Social, respondendo assim às necessidades dos novos programas e aos compromissos para com os organismos internacionais, nomeadamente, a OMS e a UNICEF/UNFPA.

O Manual de Recolha de Dados constitui um documento de referência para os prestadores de serviços dos Programas Saúde Sexual e Reprodutiva e do Adolescente, Programa Nacional de Nutrição, Saúde Oral e Escolas Promotoras de Saúde, Programa Alargado de Vacinação e Saúde Infantil e dos técnicos de estatística dos serviços centrais. Permite a recolha diária e mensal das informações, sua interpretação e elaboração de relatórios com base em dados estatísticos fiáveis, facilitando o cálculo dos indicadores, a gestão, avaliação e planificação dos Programas, bem como a tomada de decisões eficientes, baseadas em dados estatísticos cuidadosamente recolhidos e enviados a tempo para os diferentes níveis.

O Manual contém todas as instruções para o preenchimento uniforme dos formulários de recolha de dados dos programas, preenchendo assim a necessidade da uniformização da linguagem e da recolha das informações, utilizando as mesmas definições e mesmas fontes.

I. INFORMAÇÃO GERAL

O Sistema de Informação Sanitária dos Programas é composto por 5 elementos:

- As Fichas de Atendimento
- Os Livros de Registo Diário
- Formulário Estatístico Mensal
- Os Painéis – Guião
- O “*Software*” de gestão dos serviços (DHIS2)

As Fichas de Atendimento

Utilizar as fichas atualizadas, complementadas por cadernos individuais (Caderno de Saúde da Criança/Caderno de Saúde da Criança e do Adolescente e o Caderno de Atenção Integrada à Saúde da Mulher/Caderno de Atenção Integrada à Saúde Sexual e Reprodutiva da Mulher e da Adolescente).

Os Livros de Registo Diário

Os registos servem para:

- Registrar as atividades realizadas diariamente por cada estrutura de saúde ou por cada técnico de saúde;
- Elaborar diretamente as estatísticas do Relatório Mensal de Atividades, servindo como documento de base;
- Referência médica para seguimento clínico de casos individuais;
- Base de dados para pesquisas sobre os Programas.

Os registos devem ser feitos diariamente de forma completa e correta.

Formulário Estatístico Mensal

Servem para a compilação mensal das informações recolhidos nos Livros de Registo Diário (nas estruturas de saúde), sua interpretação, visando a tomada de decisão em todos níveis.

O formulário estatístico mensal, deve ser enviado aos responsáveis das estruturas de saúde para análise e validação, e posterior envio ao nível regional e/ou central até, mais tardar, **o dia 5** do mês seguinte.

Os Painéis – Guião (gráficos)

Podem ser estabelecidos em todos os níveis do sistema de saúde: nível periférico, nível intermediário e nível central.

São uma forma de organizar a informação bruta fornecida pelos relatórios mensais de atividades e pelos instrumentos que servem para demonstrar a evolução de certos indicadores no tempo, a fim de facilitar a interpretação dos números e a tomada de decisões.

O “*software*” de gestão dos serviços (DHIS2)

O DHIS2 é uma ferramenta para coleta, validação, análise e apresentação de dados estatísticos agregados e baseados em pacientes, adaptados (mas não limitados) para atividades integradas de gerenciamento de informações de saúde. É desenvolvido pelo Programa de Sistemas de Informação de Saúde (HISP)

Principais recursos e finalidade do DHIS2

Os principais recursos e a finalidade do DHIS2 podem ser resumidos da seguinte forma:

- Fornece uma solução abrangente de gerenciamento de dados baseada nos princípios de data *warehouse* e uma estrutura modular que pode ser facilmente customizada para os diferentes requisitos de um sistema de informação de gerenciamento, suportando análises em diferentes níveis da hierarquia organizacional.
- Customização e adaptação local através da interface do usuário. Nenhuma programação necessária para começar a usar DHIS2 em uma nova configuração (país, região, distrito, etc.).
- Fornece ferramentas de entrada de dados que podem ser na forma de listas ou tabelas padrão, ou podem ser personalizadas para replicar formulários de papel.
- Fornece diferentes tipos de ferramentas para validação de dados e melhoria da qualidade dos dados.
- Fornece relatórios fáceis de usar - um clique com gráficos e tabelas para indicadores selecionados ou relatórios de resumo usando o design das ferramentas de coleta de dados. Permite a integração com ferramentas populares de design de relatórios externos (por exemplo, *JasperReports*) para adicionar mais relatórios personalizados ou avançados.
- Análise de dados flexível e dinâmica (*on-the-fly*) nos módulos analíticos (ou seja, GIS, tabelas dinâmicas, visualizador de dados, relatórios de eventos, etc.).

- Um painel específico do usuário para acesso rápido às ferramentas relevantes de monitoramento e avaliação, incluindo gráficos de indicadores e links para relatórios favoritos, mapas e outros recursos-chave do sistema.
- Interfaces de usuário fáceis de usar para gerenciamento de metadados, por exemplo para adicionar / editar conjuntos de dados ou instalações de saúde. Nenhuma programação necessária para configurar o sistema em uma nova configuração.
- Funcionalidade para projetar e modificar fórmulas de indicadores calculados.
- Módulo de gerenciamento de usuários para senhas, segurança e controle de acesso refinado (funções de usuário).
- As mensagens podem ser enviadas aos usuários do sistema para feedback e notificações. As mensagens também podem ser enviadas para e-mail e SMS.
- Os usuários podem compartilhar e discutir seus dados em gráficos e relatórios usando Interpretações, permitindo uma comunidade de usuários ativa orientada por informações.
- Funcionalidades de exportação-importação de dados e metadados, suportando sincronização de instalações offline bem como interoperabilidade com outras aplicações.
- Usando o DHIS2 Web-API, permite a integração com software externo e extensão da plataforma central por meio do uso de aplicativos personalizados.
- Outros módulos podem ser desenvolvidos e integrados de acordo com as necessidades do usuário, como parte da interface de usuário do portal DHIS2 ou como um aplicativo externo mais fracamente acoplado que interage por meio da API Web DHIS2.
- Em resumo, o DHIS2 fornece uma solução abrangente para as necessidades de relatórios e análises de usuários de informações de saúde em qualquer nível.

II. INSTRUÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO LIVRO DE REGISTO DIÁRIO

1. LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE CONSULTAS DO PRÉ-NATAL

CONCEITOS

Consulta Pré-Natal: Consulta efetuada à grávida por médico ou enfermeiro, nas estruturas de Saúde para o seguimento da gravidez.

Grávida captada: Grávida recebida para ser atendida pela primeira vez numa estrutura pública de saúde do País. É o primeiro contato que a grávida tem com uma estrutura de saúde para o seguimento da gravidez atual.

A captação é feita apenas uma vez, para a realização da 1ª consulta PN, pelo enfermeiro ou pelo médico.

Primeira consulta Pré-Natal: É a primeira consulta efetuada à grávida que se apresenta para seguimento da sua gravidez. Pode ser feita tanto por enfermeiro como por médico.

Controlo: É toda a consulta Pré-Natal posterior à primeira, durante a mesma gravidez.

Gravidez normal: Gravidez que se desenvolve sem complicações.

Gravidez de risco: Gravidez que se desenvolve apresentando riscos. Os riscos podem estar relacionados com os antecedentes ou desenvolverem-se ao longo da gravidez. Podem ser fatores de risco:

- Idade menor ou igual a 16 anos
- Idade maior ou igual a 35 anos
- Gravidezes pouco espaçadas (menos de 2 anos)
- Multíparas
- 2 ou + Abortos espontâneos sucessivos
- Cesariana anterior
- Nado morto na gravidez anterior
- Tensão arterial elevada
- Estatura inferior a 150 cm
- Bacia anormal ou estreita
- Doença crónica (ex: Diabetes, HTA)
- Infecção ou doença sexualmente transmissível (ex: Sífilis, VIH/SIDA)

Anemia Ferropriva: é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo do normal como resultado da carência de ferro (nutriente essencial), seja qual for a causa dessa deficiência. Quando abaixo do normal, é insuficiente para atender a necessidades fisiológicas do corpo.

Anemia na Grávida: Quando os níveis de hemoglobina estão abaixo de 11,0 g/dl. É ainda classificada de leve (10,0 – 10,9 g/dl), moderada (7,0 – 9,9 g/dl) e grave (<7,0 g/dl).

Ferro: é um micronutriente de extrema importância na alimentação humana, sendo responsável pelo transporte do oxigénio nas hemoglobinas.

Classificação do Estado Nutricional grávidas:

Para avaliar o estado nutricional da grávida, são necessários a aferição do peso e da estatura da adolescente/mulher e o cálculo da idade gestacional.

Na primeira consulta de pré-natal, a avaliação nutricional da grávida, com base em seu peso e sua estatura, permite conhecer seu estado nutricional atual. Esta avaliação deve ser feita conforme descrito a seguir:

1. Calcular o IMC por meio da fórmula:

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

2. Calcular a semana gestacional:

Atenção: Quando necessário, arredonde a semana gestacional da seguinte forma: 1, 2, 3 dias – considere o número de semanas completas e 4, 5, 6 dias – considere a semana seguinte.

Exemplo: Grávidas com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas
Grávidas com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas

3. Realize o diagnóstico nutricional utilizando o Quadro 1.

Localizar na primeira coluna a semana gestacional calculada e identificar, nas colunas seguintes, em qual faixa está situado o IMC da grávida, calculado conforme descrito acima.

Quadro 1: Avaliação do estado nutricional da gestante segundo Índice de Massa Corporal - IMC por semana gestacional.

Semana gestacional	Baixo peso (BP) IMC ≤	Adequado (A) IMC entre		Sobrepeso (S) IMC entre		Obesidade (O) IMC ≥
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30,6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,10	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,5	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,6	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

4. Classificar o estado nutricional da grávida segundo IMC por semana gestacional da seguinte forma:

Baixo Peso (BP): quando o valor do IMC calculado for menor ou igual aos valores correspondentes à coluna do estado nutricional baixo peso.

Adequado (A): quando o IMC calculado estiver compreendido na faixa de valores respondentes à coluna do estado nutricional adequado.

Sobrepeso (S): quando o IMC calculado estiver compreendido na faixa de valores correspondentes à coluna do estado nutricional sobrepeso.

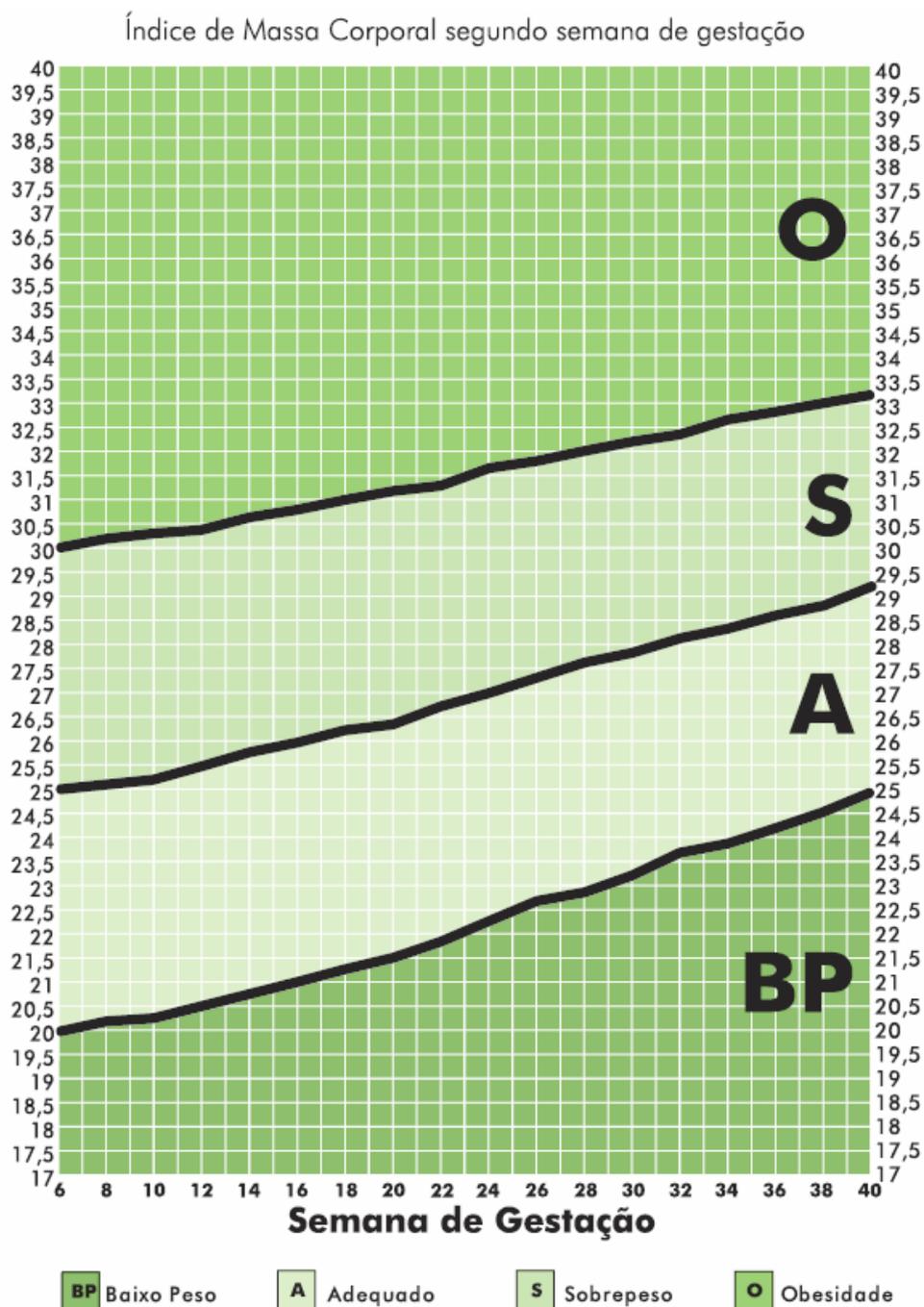
Obesidade (O): quando o valor do IMC for maior ou igual aos valores correspondentes à coluna do estado nutricional obesidade.

Consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes, a avaliação nutricional deve repetir os procedimentos descritos anteriormente.

Realize o acompanhamento do estado nutricional utilizando o Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Grávida, IMC por semana gestacional (ascendente, horizontal, descendente).

Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Grávida



Fonte: INSTITUTE OF MEDICINE. *Nutrition during pregnancy*. Washington DC. National Academy Press, 1990.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Infants and children*. In: *Physical status: The use and interpretation of anthropometry*.
Geneva: nº 854, 1995.
ATALAH E et al. *Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas*. *Revista Médica de Chile*,
125(12):1429-1436, 1997.

É de extrema relevância o registro do estado nutricional tanto no Livro de Registo Diário do Pré-Natal como no Caderno de Atenção Integral à Saúde SSR da Mulher e da Adolescente.

Gestante Adolescente

Deve-se observar que a classificação do estado nutricional na grávida aqui proposta não é específica para grávidas adolescentes, devido ao crescimento e imaturidade biológica presentes nesta fase do ciclo de vida. No entanto, esta classificação pode ser usada desde que a interpretação dos achados seja flexível e considere a especificidade deste grupo.

Para adolescentes que engravidaram dois ou mais anos após a menarca (em geral maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente a das adultas.

Para as que engravidaram menos de dois anos após a menarca, é provável que se observe que muitas serão classificadas como de baixo peso. Estas devem ter sua altura mensurada em todas as consultas, pois se encontram ainda em fase de crescimento.

A classificação do IMC pré-gestacional deve ser feita utilizando a curva de percentis (IMC para Idade) proposta pela OMS, que se encontra no Caderno da Saúde da Criança e do Adolescente.

Também nestes casos, o mais importante é acompanhar o traçado da curva de ganho de peso, que deverá ser ascendente. Deve-se tratar a grávida adolescente como de risco nutricional, reforçar a abordagem nutricional e aumentar o número de visitas a Estrutura de Saúde.

Considerar:

- traçado ascendente: ganho de peso adequado;
- traçado horizontal ou descendente: ganho de peso inadequado (gestante de risco);

PREENCHIMENTO

O “Livro de Registo de Consultas Pré-natal” apresenta-se em forma de quadro ou tabela de registo diário das visitas e consta dos seguintes itens: data, nº de ordem, identificação, características, número de semanas de gravidez, 1ª consulta/estado nutricional, controlo/Estado nutricional, vacinação, VDRL, VIH, Anemia (1ª deteção) e micronutrientes (Ferro), inseridos nas *colunas de (1) a (70)* e observação (*coluna (71)*).

N.B. Todas as colunas devem ser preenchidas para todas as mulheres que vão à consulta Pré-Natal, seja na primeira consulta seja no controlo.

Identificação - *Colunas (1) a (4)*

Data - *Coluna (1)*

Escrever a data completa: dia, mês e ano (ex: 25/10/08)

Nº - Coluna (2)

Trata-se do número que se vai atribuir por ordem de atendimento na consulta. Começa-se em 1 e segue-se em ordem crescente até ao fim do dia. Começar sempre com o nº 1 no dia seguinte.

Nome e Apelidos - Coluna (3)

Escrever o nome completo, sempre solicitar o Bilhete de Identidade ou outro documento de identificação.

Código de inscrição - Coluna (4)

Escrever o Código de inscrição do Caderno AISM/AISSRMA atribuído às mulheres que vêm às consultas [(Ex: PR-FAZ-09-06-03-004). Concelho (PR de Praia) - Localidade (FAZ de Fazenda) -ano-mês-dia- número de ordem].

Características - Colunas (5) a (11)

Idade (coluna 5 a 8)

Colocar uma cruz (X) na coluna correspondente.

GPA (Número de gestações, partos e abortos) - Coluna (9)

Escrever o número de vezes que a mulher engravidou, incluindo a gravidez atual, nº de partos e de abortos (Ex. G-3 P-2 A-0).

Para mulheres primigestas, escrever G-1 P-0 A-0.

Número de filhos vivos - Coluna (10)

Escrever o nº de filhos vivos

Grupo sanguíneo e RH - Coluna (11)

Escrever o grupo sanguíneo e o fator RH. (Ex. **A+**; **AB-**) mediante documento comprovativo.

Nº semanas de gravidez - Coluna (12)

Registrar o número de semanas de gestação em todas as consultas.

1ª Consulta/Estado Nutricional - Colunas (13) a (24)

Gravidez normal - Coluna (13)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente (se a gravidez for normal).

Gravidez de risco - Coluna (14)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente (se a gravidez for de risco).

Referências - Colunas (15) e (16)

Referências para Obstetrícia - Coluna (15) –

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente se for o caso.

Outras referências - Coluna (16) –

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente se for o caso e escrever o nome da especialidade (ex: psicologia, nutrição, etc..) na observação coluna (71).

Cabo Verde – Ministério da Saúde – Direção Nacional da Saúde – Serviço de Promoção e Proteção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem

Adolescente 10-19 anos – Colunas (17) a (20)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente ao estado nutricional da adolescente:

Baixo peso - Coluna (17)

Peso adequado - Coluna (18)

Sobrepeso - Coluna (19)

Obesidade - Coluna (20)

Adultos (≥ 20 anos) – Colunas (21) a (24)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente, conforme ao estado nutricional da mulher

Baixo peso - Coluna (21)

Peso adequado - Coluna (22)

Sobrepeso - Coluna (23)

Obesidade - Coluna (24)

Controlo/Estado Nutricional - Colunas (25) a (37)

Nº de consultas - Coluna (25)

Escrever o número de consultas de controlo Pré-Natal. [Ex. Nº de Consultas – (2, 3, 4, 5...) O 1º controlo é sempre igual à consulta 2].

Gravidez normal - Coluna (26)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente.

Gravidez de risco - Coluna (27)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente.

Referências – Colunas (28) e (29)

Assinalar com uma cruz (x), caso houver:

Coluna (28) – referências para Obstetrícia

Coluna (29) – Outras referências, para outras especialidades.

Adolescente 10-19 anos – Colunas (30) a (33)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente conforme o peso da adolescente:

Baixo peso - Coluna (30) Peso adequado - Coluna (31)

Sobrepeso - Coluna (32)

Obesidade - Coluna (33)

Adultos (≥ 20 anos) – Colunas (34) a (37)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente, conforme o peso da mulher:

Baixo peso - Coluna (34) -

Peso adequado - Coluna (35) -

Sobrepeso - Coluna (36) -

Obesidade - Coluna (37) -

Vacinação contra o Tétano e difteria (Td) - Colunas (38) a (43)

Colocar uma cruz (x) se a vacina Td for feita nesse dia (conforme a dose administrada, Td1, Td2, Td3, Td4 ou Td5), na coluna correspondente.

Completamente vacinada - Coluna (43)

Colocar uma (x) se a mulher tiver recebido as 5 doses de VAT/Td **corretamente**, durante a gravidez anterior e/ou o período de planeamento familiar, antes da gravidez atual.

NB: No quadro da Vacina Antitetânica/Td no Caderno AISM/AISSRMA, circular a frase (completamente vacinada), de forma a evitar duplicação de registo.

Completamente
vacinada

VDRL - Colunas (44) a (53)

1º teste - Colunas (44) a (48)

Positivo: Se o resultado for positivo, colocar uma cruz (x) numa das *colunas de (44) a (47)*, conforme a idade.

Negativo: Se o resultado for negativo, colocar uma cruz (x) na *coluna (48)*

2º teste - Colunas (49) a (53)

Positivo: Se o resultado for positivo, colocar (x) numa das *colunas de (49) a (52)*, conforme a idade.

Negativo: Se o resultado for negativo, colocar (x) na *coluna (53)*

VIH - Colunas (54) a (63)

1º teste

Positivo: Se o resultado for positivo, colocar (x) numa das *colunas de (54) a (57)* conforme a idade.

Negativo: Se o resultado for negativo, colocar (x) na *coluna (58)*.

2º teste

Positivo: Se o resultado for positivo, colocar (x) numa das *colunas de (59) a (62)*, conforme a idade.

Negativo: Se o resultado for negativo, colocar (x) na *coluna (63)*.

Anemia na grávida (1ª deteção na gravidez atual) - Colunas (64) a (69)

Exame de hemoglobina (Hb) solicitado à grávida com resultado abaixo do limiar recomendado pela OMS.

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente, de acordo com o valor da Hemoglobina (Hb: < 7 g/dl; Hb: 7-9.9 g/dl; Hb: 10-10.9 g/dl) conforme idade.

N.B. Esse registo deve ser feito apenas **uma única vez** (1ª deteção da anemia) durante a gravidez.

Micronutrientes (Ferro) - Coluna (70)

Colocar uma cruz (x) caso a grávida esteja a tomar ferro.

N.B. Fazer a suplementação de ferro conforme o protocolo atual de suplementação em ferro e ácido fólico.

Observações - Coluna (71)

Aqui deve-se registar algum aspeto importante. (Ex: diagnóstico, tratamento prescrito, a quantidade de ferro distribuída às grávidas se não corresponder ao número preconizado pelo protocolo atual de suplementação em ferro e ácido fólico, etc.).

2. LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR E DE PÓS-PARTO

CONCEITOS

1ª Consulta de PF: Refere-se à primeira vez que o utente se apresenta nos serviços de SR, querendo adotar um método de contraceção.

Controlo de PF: Refere-se ao seguimento do utente na utilização dos serviços e de um método contracetivo.

Gravidez acidental: Gravidez ocorrida numa mulher que está sob contraceção.

Consulta Pós-parto: Refere-se à primeira consulta realizada à mulher logo após o parto, nos primeiros 42 dias após o parto, nos serviços de SR.

A consulta de Pós-parto precoce é a realizada nos 1^{ros} 15 dias e a consulta de pós-parto tardia é a realizada entre o 16^o a 42^o dia após o parto.

Embalagem de Anticoncecional: refere-se ao pacote contendo 3 carteiras/ciclos de anticoncecional

PREENCHIMENTO

O Livro de Registo de Consulta de Planeamento Familiar e Pós-Parto apresenta-se em forma de quadro ou tabela de registo diário das visitas e consta de 3 itens (Identificação, 1ª consulta de PF e Controlo de PF, Pós-Parto e Vacinação) inseridos nas *colunas de (1) a (42)* e observação (*coluna 43*).

N.B.

As *colunas (1), (2), (3) e (4)* devem ser preenchidas para todas as mulheres, qualquer que seja a razão da consulta.

As *colunas (5) a (19)* devem ser preenchidas unicamente no caso da 1ª consulta de PF.

As *colunas (20) a (30)* devem ser preenchidas unicamente no caso de consulta de controlo.

As *colunas (31) e (34)* devem ser preenchidas sempre que se tratar de referências da consulta de PF ou pós-parto para outras consultas.

A *coluna (32)* deve ser preenchida sempre que se tratar de gravidez numa mulher que está sob contraceção (falha do método/gravidez acidental).

A *coluna (33)* deve ser preenchida quando efetuada a consulta pós-parto.

As *colunas* (35) a (40) são para o registo da vacinação VAT/Td e completamente vacinada.

As *colunas* (41) e (42) são para o registo da suplementação de micronutrientes no pós-parto, ferro.

A *coluna* (43) será preenchida se houver alguma observação importante a fazer sobre o utente.

Identificação: Coluna (1) a (4)

Data - Coluna (1)

Escrever a data completa: dia, mês e ano (ex: 25/10/15).

Nº - Coluna (2)

Trata-se do número que se vai atribuir por ordem de atendimento na consulta. Começa-se em 1 e segue-se em ordem crescente até ao fim do dia. Começar sempre com o nº 1 no dia seguinte.

Nome e Apelidos - Coluna (3)

Escrever o nome completo de Registo Civil, sempre solicitar o Bilhete de Identidade ou outro documento de identificação.

Código de inscrição - Coluna (4)

Escrever o Código de inscrição do Caderno AISM/AISSRMA atribuído às mulheres que vêm às consultas. (Ex: PR-FAZ-09-06-03-004).

1ª Consulta de PF: (Colunas 5 a 19)

Quadro de características para as 1ªs consultas: Colunas (5) a (11)

Idade – Colunas (5) a (8)

Colocar uma cruz (X) na coluna correspondente de acordo com a idade.

Nº de filhos vivos - Coluna (9)

Registar o número de filhos vivos.

Estado civil - Coluna (10)

Indicar o estado civil com número (1- casada/união de facto, 2- solteira, 3- outro)

Escolaridade - Coluna (11)

Indicar a escolaridade (1- Analfabeto, 2- Primário; 3- Secundário; 4- Sup - Superior).

1ª Consulta por Método - Colunas (12) a (19)

Colocar uma cruz (x) ou a quantidade de métodos fornecidos na coluna correspondente ao método. Por exemplo: se for uma primeira consulta em que tenha sido fornecida uma carteira de Microgynon, indicar 1 na *coluna* (12).

Controlo de PF: Colunas (20) a (30)**Quadro de características:****Idade – Colunas (20) a (23)**

Para controlo será registada a idade da mesma forma, que nas *colunas (5) a (8)* das 1^{as} consultas.

Controlo por Método – Colunas (24) a (30)

Colocar uma cruz (x) ou a quantidade de métodos fornecidos na coluna correspondente ao método. Por ex: se for consulta de controlo em que tenha sido fornecida três carteiras de Microlut, indicar 3 na coluna (25). Este procedimento permitirá gerir e contabilizar os contraceptivos distribuídos na coluna 5 do quadro “GESTÃO DE STOCK DOS PRODUTOS DE SSR”, página 5 do Relatório Mensal.

Caso o utente procure o serviço SSR para controlo de PF, mas deseje mudar de método, ou seja, utilizar outro método pela primeira vez, ele deve ser registado como controlo de PF e deverá ainda ser registado como “1^a consulta por método” (exemplo em rosa).

Exemplos:

1ª CONSULTA DE PF											CONTROLO DE PF															
CARACTERÍSTICAS							1ª CONSULTA POR MÉTODO				CARACTERÍSTICAS				CONTROLO POR MÉTODO											
Idade				Nº de filhos vivos	Estado Civil	Escolaridade	Microgynon	Microlut	Injectáv.	DIU	Pres. F	Pres. M	Implante	Cirúrgic	Idade				Microgynon	Microlut	Injectáv.	DIU	Pres. F	Pres. M	Implante	
10-14 anos	15-16 anos	17-19 anos	≥ 20 anos												10-14 anos	15-16 anos	17-19 anos	≥ 20 anos								
5	6	7	8	9	10	11	1	1	1	15	1	1	1	1	20	21	22	23	2	2	2	27	2	2	3	0
	x						2																			
																	x					x				
									x									x								

Referência PF - Coluna (31)

Colocar uma cruz (x) na *coluna (31)* e escrever na *coluna (43)* - Observações o diagnóstico provável, que originou a referência para uma consulta especializada ou Hospital.

Gravidez Acidental - Coluna (32)

Colocar uma cruz (x) na *coluna (32)*, se se constatar que a utente engravidou por falha de método.

Quadro de inscrições por método - Colunas (12) a (19) e (24) a (30)

N.B. Inscrever as quantidades segundo as unidades de medida seguintes:

PÍLULA	Por Ciclos*
INJECTAVEL (Depoprovera)	Colocar uma cruz

DIU	Colocar uma cruz
PRESERVATIVOS MASCULINOS	Por Unidade
PRESERVATIVOS FEMININOS	Por Unidade
IMPLANTS	Colocar uma cruz
MÉTODO CIRÚRGICO	Por nº de Casos laqueados

*1 Ciclo = 1 Carteira

Pós-Parto – Colunas (33) e (34)

Consulta pós-parto - Coluna (33)

Se for consulta pós-parto, colocar o nº de dias de pós-parto na *coluna (33)*.

Referência consulta pós-parto - Coluna (34)

Colocar uma cruz (x) na *coluna (34)* e escrever o diagnóstico provável, que originou a referência na *coluna (43)* de Observações.

Vacinação – Colunas (35) a (40)

Colocar uma cruz (x) se a vacina Td for feita nesse dia (conforme Td 1, 2, 3, 4 ou 5), na coluna correspondente.

Completamente vacinada - Coluna 40

Colocar uma cruz (x) se mulher tiver feita as 5 doses de Td

Micronutrientes – Colunas (41) e (42)

Ferro - Coluna (41)

Colocar uma cruz (x) se foi distribuído ferro, na consulta de pós-parto na *coluna (41)*.

N.B. Fazer a suplementação de ferro conforme o protocolo atual de suplementação em ferro e ácido fólico.

Vitamina A - Coluna (42)

N.B. De acordo com o novo protocolo de suplementação de vitamina A, já não é recomendado a suplementação de vitamina A no pós-parto. Sendo assim não é necessário preencher essa coluna (42).

Observações - Coluna (43)

Registrar algum aspeto importante, por exemplo se a quantidade de ferro distribuída às puerperas não corresponder ao número preconizado pelo protocolo atual de suplementação de ferro e ácido fólico, etc.

3. LIVRO DE REGISTO OBSTÉTRICO

CONCEITOS

Parto: Toda a expulsão do feto que ocorre a partir de 22 semanas de gestação ou a partir de 500 g (se não for possível determinar a idade gestacional).

Parto simples: Parto no qual a mulher dá à luz apenas um recém-nascido.

Parto múltiplo: Parto no qual a mulher dá à luz mais de um recém-nascido.

Parto Eutócico: Parto por via vaginal, sem intervenção instrumental.

Parto Distócico: O parto é distócico quando há intervenção instrumental por via vaginal (fórceps ou ventosa) ou quando é necessário extrair o feto por via alta (cesariana).

Parto de Termo: Todo o parto que se efetua a partir das 37 semanas de gestação.

Parto Prematuro ou Pré-termo: É a expulsão de feto com idade gestacional igual ou superior a 22 semanas e até às 37 semanas, sendo: de 22 a 27 semanas – imaturos; de 28 a 31 semanas – muito prematuros e de 32 a 37 semanas - prematuros.

Na impossibilidade de se determinar a idade gestacional, indicamos estimativas de peso fetal: 22 semanas – 500 gr; 28 semanas – 1000 gr; 32 semanas – 1500 gr; 38 semanas >= 2500 gr.

Cesariana: Parto com intervenção por via abdominal (cirúrgica)

Aborto: Toda a interrupção da gravidez espontânea ou voluntária antes das 22 semanas de gestação.

Nado – Vivo: Criança que apresenta pelo menos um sinal de vida ao nascer (respiração, choro, movimento dos membros, etc.).

Nado – Morto: Criança que não apresentou qualquer sinal de vida ao nascer (APGAR 0 - consultar instruções no “Livro de Registo Obstétrico”).

Nado – Morto pré-termo: Criança nascida entre as 22 e as 36 semanas de gestação, sem qualquer sinal de vida.

Nado – Morto de termo: Criança nascida com mais de 37 semanas de gestação, sem qualquer sinal de vida.

Nado – Morto recente: Todo o feto morto, com idade gestacional igual ou superior a 22 semanas ou com peso igual ou superior a 500 gr (na impossibilidade de se determinar a idade gestacional), que não se encontra em nenhuma fase evidente de putrefação (descritas abaixo).

Nado – Morto macerado: Todo o feto morto, com idade gestacional igual ou superior a 22 semanas ou com peso igual ou superior a 500 gr (na impossibilidade de se determinar a idade gestacional), que apresenta pelo menos uma das fases de putrefação (descritas abaixo).

Fases da putrefação (podem se alterar devido a fenómenos externos):

1ª - Cromática (com início 24 a 48 horas após o óbito) – mais evidenciada pelo aparecimento de uma mancha verde a nível da fossa ilíaca direita;

2ª - Enfisematosa (com início 36 a 72 horas após o óbito) – evidenciada pela presença de vesículas gasosas cutâneas que se rompem ao desprender-se da epiderme;

3ª Colicuativa – (com início após as 72 horas, podendo ser dias ou meses depois do óbito) - evidenciada pela liquefação dos tecidos, fazendo desaparecer a forma habitual do feto;

4ª - Redutora – (com início meses ou anos após o óbito) - evidenciada pela transformação ou desaparecimento das partes moles e ósseas do feto.

Peso ao nascer: É o primeiro diagnóstico nutricional, feito imediatamente após o nascimento.

Esse peso reflete os problemas nutricionais ocorridos durante a gravidez. A classificação usada pelo MSSS é a recomendada pela Organização Mundial de Saúde:

- Microssómico: ≥ 4.000 g
- Peso adequado: ≥ 2.500 g
- Baixo peso ao nascer (BPN): < 2.500 g
- Muito baixo peso ao nascer: < 1.500 g
- Extremo baixo peso ao nascer: < 1.000 g

PREENCHIMENTO

O Registo faz-se em 3 momentos:

- Entrada
- Parto
- Saída

ENTRADA

NÚMERO DE ORDEM

Atribuir o número por ordem de atendimento. Começa no primeiro de janeiro e continua durante o ano.

DATA DE ENTRADA

Escrever o dia mês: dia e mês (Exemplo: 25/10)

HORA DE ENTRADA

Escrever a hora e minutos (Exemplo: 17:56)

NOME E APELIDO

Escrever o nome e apelido (deve-se escrever o nome completo), solicitar sempre o Bilhete de Identidade ou outro documento de identificação.

Exemplo: Maria de Fátima (nome) Tavares Rodrigues (apelido)

RESIDÊNCIA (ILHA, ZONA/BAIRRO)

Escrever o nome da ilha e zona

Exemplo: Uma paciente da zona de Cabeçalinho em São Nicolau, escrever SN Cabeçalinho.

Código das ilhas: SA - Santo Antão

SV - São Vicente

SN - São Nicolau

SL - Sal

BV - Boavista

MA - Maio

ST - Santiago

FG - Fogo

BR - Brava

IDADE

Escrever a idade em anos completos.

GPA

Escrever o número de gravidezes, número de partos e número de abortos.

ANTERIOR

Escrever se o parto anterior foi Nado Morto-NM, Nado Vivo-NV, Faleceu <24 horas - F1, Faleceu > 24 horas - F1+.

IDADE GESTACIONAL

Escrever a idade gestacional em semanas.

CONSULTAS PRÉ-NATAIS

Escrever o número de consultas pré-natais realizadas durante a gravidez.

REFERÊNCIA

Escrever o nome da estrutura sanitária de onde veio, o motivo da referência e se veio com documento de referência (ficha de referência).

PARTO

SIMPLES/MÚLTIPLO

Conforme número de nascidos, escrever o número 1 se simples, e 2, 3, 4, etc. se múltiplo.

LUGAR

Escrever o lugar onde ocorreu o parto: Sala de Parto-SAL, Bloco-BLO, Banco de urgência-BU, Caminho-CAM, Casa- CAS, Outros-OUT.

DATA

Escrever a data de expulsão do feto. Colocar dia e mês. (Exemplo: 06-11 para dia 06 de Novembro).

HORA

Escrever a hora em que o feto foi expulso (Exemplo: 21:16).

MODO

Escrever o tipo de parto utilizando o código:

- ESP- Parto Espontâneo Vaginal
- IND- Parto induzido (por medicamentos)
- FOR- Fórceps
- VEN- Ventosa
- CSE- Cesariana de emergência
- CSP- Cesariana planificada

APRESENTAÇÃO

Escrever a apresentação do feto no momento do parto utilizando o código:

- CEF- Cefálica
- PEL- Pélvica
- TRA-Transversa
- OUT- Outra

SEXO

Escrever o sexo utilizando o código:

- F - Feminino
- M - Masculino
- IND - Indiferenciado

APGAR

Escrever o APGAR que o feto apresentou no 1º e 5º minuto.

PESO

Escrever o peso ao nascer em gramas.

VIVO/MORTO

Escrever se o feto nasceu vivo ou morto utilizando o código:

- NV - nado vivo
- NM - nado morto não macerado (fresco)
- NMM - nado morto macerado

PLACENTA

Escrever se a placenta expulsa esta completa ou incompleta utilizando o código:

- COM - Placenta completa
- INC - Placenta incompleta

ASS. ENFERMEIRO (Iniciais de assinatura)

Escrever as iniciais do enfermeiro que assistiu o parto.

ASS. MÉDICO (Iniciais de assinatura)

Escrever as iniciais do médico que assistiu o parto.

SAÍDA

DATA

Escrever a data de saída (alta) da mãe. Colocar dia e mês. (Exemplo: 07-11 para dia 07 de novembro).

HORA

Escrever a hora da alta da mãe (Exemplo: 13:00).

ESTADO DA CRIANÇA

Escrever o estado da criança no momento da alta da mãe utilizando o código:

BOM - Bom estado

MAU - Mau estado

F0 - Faleceu nas primeiras 24 h após o nascimento

F1+ Faleceu 24 após o nascimento

REFERÊNCIA

Escrever o nome da estrutura para onde a mãe foi referida (Exemplo: HBS, HAN)

ANOTAÇÕES

Escrever observações importantes (Exemplo: patologias ou complicações durante o pré-natal ou parto, intervenções, motivo de referência para outra estrutura)

4. LIVRO DE REGISTO DA VACINAÇÃO DAS CRIANÇAS NA MATERNIDADE (RECÉM NASCIDOS)

PRENCHIMENTO

O Livro de Registo Diário da Vacinação nas Maternidades apresenta-se em forma de quadro ou tabela de registo diário de vacinação à nascença.

Data – Coluna (1)

Escrever a data completa da vacinação: dia, mês e ano (Ex: 25/10/2020).

DATA DE NASCIMENTO - Coluna (2)

Escrever o dia, mês e ano, mediante o caderno da criança e do adolescente (Exemplo: 17/11/2020).

NOME COMPLETO DA MÃE - Coluna (3)

Escrever o nome completo da mãe, mediante o documento de identificação (Exemplo: Luisa Maria Spencer Lopes).

RESIDÊNCIA/CONCELHO (MORADA PORMENORIZADA) - Coluna (4)

Escrever a morada completa, incluindo o Concelho e uma referência (Exemplo: Achada Santo António, ao lado do Salão Paroquial).

TELEFONE - Coluna (5)

Escrever o número de telefone da mãe e/ou familiar próximo ou vizinho.

VACINAS - Colunas (6 a 9)

Escrever a data da(s) vacina(s) que a criança recebeu na maternidade, e transcrever para o caderno de saúde da criança e do adolescente. Relativamente a hepatite B, colocar a data e a hora que a criança recebeu a referida vacina.

São essas as referidas vacinas:

BCG - Coluna (6)

Hep.B - Colunas (7 e 8)

VPO 0 - Coluna (9)

OBSERVAÇÕES - Coluna (10)

Escrever observações importantes (Exemplo: caso a criança não receber alguma dessas vacinas, escrever o motivo; caso a mãe for evacuada escrever a procedência).

5. LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE CONSULTAS E VACINAÇÃO (CRIANÇAS DE 0-4 ANOS)

CONCEITOS

1ª Consulta: É a primeira consulta ou atendimento da criança, em qualquer estrutura pública de saúde do país, para seguimento do seu crescimento/desenvolvimento, após a alta na maternidade.

Controlo: A criança que já fez anteriormente a sua 1ª consulta e que se encontra sob vigilância do seu crescimento/desenvolvimento.

Aleitamento Materno Exclusivo (AME): quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

Aleitamento Artificial (AA): quando a criança recebe apenas outros tipos de leite.

Aleitamento Materno Misto (AMM): quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Alimentação sem amamentação: a criança não recebe leite materno, e já mantém uma alimentação com alimentos sólidos e semissólidos.

Micronutrientes em pó (MNP): é uma mistura de 15 vitaminas e minerais, que adicionado a comida da criança, fornece a quantidade de nutrientes que ela precisa para crescer forte e saudável. Em Cabo Verde os MNP's são chamados de VITAFERRO.

Ferro: é um micronutriente de extrema importância na alimentação humana, sendo responsável pelo transporte do oxigénio nas hemoglobinas.

Vitamina A: é um micronutriente que pode ser encontrado em fontes de origem animal (retinol) e vegetal (provitamina A). O corpo humano não pode fabricar vitamina A, portanto, toda a vitamina A de que necessitamos deve vir dos alimentos.

Classificação do Estado Nutricional Infantil (< 5 anos):

Altura/Idade: Expressa o crescimento linear da criança. É o índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança. É considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população. Trata-se de um índice incluído recentemente no Caderno de Saúde da Criança.

Indica um *deficit* de crescimento linear, que reflete o passado de vida e condições de saúde da criança, submetido por um longo período à situação de pobreza (principalmente ao padrão de doenças e alimentação deficiente).

Peso/Altura: Este índice dispensa a informação da idade; expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e estatura. É utilizado tanto para identificar o emagrecimento da criança, como o excesso de peso.

Este indicador é recomendado em avaliações de programas de intervenção, por ser sensível as mudanças do estado nutricional do menor, entretanto não deve ser usado isoladamente, a não ser em caso de desconhecimento da idade.

Peso/Idade: Expressa a relação entre a massa corporal e a idade cronológica da criança. É o índice utilizado para a avaliação do estado nutricional, contemplado no caderno de Saúde da Criança, principalmente para avaliação do baixo peso. Essa avaliação é muito adequada para o acompanhamento do ganho de peso e reflete a situação global da criança; porém, não diferencia o comprometimento nutricional atual ou agudo dos progressos ou crônicos. Por isso, é importante complementar a avaliação com outro índice antropométrico.

Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes pontos de corte, segundo os índices antropométricos:

Comprimento ou Altura para idade

Valores	Estado Nutricional
≥ Percentil 3	Comprimento/Altura adequado para idade
< Percentil 3	Baixo comprimento/altura para a idade

Gráfico em anexo

Peso por Comprimento ou Altura

Valores	Estado Nutricional
< Percentil 3	Magreza
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	Peso adequado para comprimento/altura
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	Risco de excesso de peso
> Percentil 97	Excesso de Peso

Gráfico em anexo

Peso por Idade

Valores	Estado Nutricional
< Percentil 3	Baixo peso para idade
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 97	Peso adequado para idade
> Percentil 97	Peso elevado para idade

Gráfico em anexo

Encaminhamento: Encaminhamento da criança doente ou não para uma outra consulta/atendimento dentro da própria estrutura.

Referência: Referenciamento da criança doente para uma outra estrutura, quando ela não pode ser tratada na estrutura de saúde devido à gravidade ou complexidade do seu estado e que deve ser referida para uma outra estrutura de nível superior (Hospitais Regionais ou Centrais).

PRENCHIMENTO

O Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinações (Crianças de 0-4 anos) apresenta-se em forma de quadro ou tabela de registo diário das visitas e consta dos seguintes itens: dados de identificação, informações de aleitamento materno, inscrição, classificação do estado nutricional da criança, estado vacinal, micronutrientes, parto extrainstitucional, crianças de outro concelho, inseridos nas *colunas de (1) a (55)* e observação *coluna (56)*.

Data - Coluna (1)

Escrever a data da consulta completa: dia, mês e ano. (Ex: 25/10/2020)

Nº de Ordem - Coluna (2)

Trata-se do número por ordem de atendimento. Começa-se em 1 e segue-se em ordem crescente até ao fim de cada mês. Começar sempre um novo mês com o nº 1.

Identificação - Colunas (3 a 5)

Nome e Apelido - Coluna (3)

Escrever o nome completo da criança mediante o Certidão de Nascimento.

Sexo - Coluna (4)

Escrever o sexo da criança (Exemplo: “F” para Feminino e “M” para Masculino)

Número do caderno de saúde da criança - Coluna (5)

Escrever o número de inscrição constante do Caderno de Saúde da Criança/ Caderno de Saúde da Criança do Adolescente por ordem de inscrição no Livro de Registo Infantil. (Ex: 35/2020).

Amamentação - Colunas (6 à 8)

Colocar na *coluna (6)* que indica a duração da amamentação exclusiva, a idade da criança em meses, caso ela esteja a receber apenas leite materno (Exemplo: 3 m, 6 m).

Colocar na *coluna (7)* que indica alimentação apenas com leite artificial, a idade da criança em meses (Exemplo: 2 m).

Colocar na *coluna (8)* que indica amamentação mista (leite materno e leite artificial), a idade da criança em meses (Exemplo: 20 m).

Alimentação sem amamentação – Coluna (9)

Colocar na *coluna (9)*, a idade da criança em meses da criança, se ela está com alimentação sem amamentação (Exemplo: 36 m).

Tipo de Consulta - Colunas (10 a 13)

1ªs Consultas - Colunas (10 e 11)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente ao grupo de idade da criança atendida pela 1ª vez numa estrutura de saúde.

Controlo - Colunas (12 e 13)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente ao grupo de idade da criança que vem para o controlo.

Classificação do Estado Nutricional - Colunas (14 a 22)

Altura/Idade - Colunas (14 e 15)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente, conforme a criança estiver:

Baixa Altura - Coluna (14)

Altura Adequada - Coluna (15)

Peso/Altura - Colunas (16 a 19)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente, conforme a criança estiver:

Magreza - Coluna (16)

Peso Adequado à altura- Coluna (17)

Risco de Excesso de Peso - Coluna (18)

Excesso de Peso – Coluna (19)

Peso/Idade - Colunas (20 a 22)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente, conforme a criança estiver:

Peso Baixo em relação à idade - Coluna (20)

Peso Adequado à idade - Coluna (21)

Peso Elevado em relação à idade - Coluna (22)

Vacinação - Colunas (23 a 46)

Colocar uma cruz (x), na coluna correspondente à vacina/dose efetuada no dia, consoante a faixa etária seguinte:

Menor de 1 ano - Colunas (23-34)

De 1 a 4 anos - Colunas (35 a 46)

Na coluna 34, colocar uma cruz (x) se a criança recebeu todas as vacinas até o PRS1 inclusive, no 1º ano de idade. Permitirá saber o número de crianças completamente vacinadas, que receberam todas as vacinas que são administradas no 1º ano de vida.

As colunas 39 a 46 são para o registo das crianças que não receberam as vacinas atempadamente no 1º ano de vida.

Micronutrientes - Colunas (47 a 49)

Colocar uma cruz (x), na coluna correspondente ao micronutriente distribuído:

Vitamina A - (Coluna 47)

Ferro - (Coluna 48)

Micronutriente em pó (Vitaferro) - (Coluna 49) – escrever o número de pacotes que a criança recebeu (Exemplo: 1ºP, 2ºP, etc.)

Cabo Verde – Ministério da Saúde – Direção Nacional da Saúde – Serviço de Promoção e Proteção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem

Parto extrainstitucional - Coluna (50)

Colocar uma cruz (x), quando a criança é atendida pela 1ª vez numa estrutura e tiver nascido em casa ou em outro local que não seja uma estrutura de saúde, ou seja criança captada.

Criança de outro Concelho - Coluna (51)

Escrever o nome do Concelho se a criança atendida na estrutura está inscrita na estrutura de outro Concelho. Caso tenha sido vacinada, deverá ser inscrita na ficha de crianças vacinadas provenientes de outros Concelhos / centros de saúde e enviada mensalmente ao Concelho/centro de saúde de proveniência.

Encaminhamento - Coluna (52)

Colocar uma cruz (x), se a criança/adolescente for encaminhada para outra consulta na mesma estrutura de saúde ou Centro de Saúde ou Delegacia de Saúde.

Referência - Coluna (53)

Colocar uma cruz (x), se a criança/adolescente for referida para outra estrutura de saúde de nível superior (Hospitais Regionais ou Centrais) devido à gravidade ou complexidade do seu estado de saúde

Observação - Coluna (54)

Reservada para fazer observações relevantes. Como exemplo: escrever a razão pelo qual a criança recebeu VPI em vez de VPO, como as crianças que iniciaram VPI noutra país.

6. LIVRO DE INSCRIÇÃO DAS CRIANÇAS E REGISTO DE VACINAÇÃO (CRIANÇAS DE 0-4 ANOS)

PREENCHIMENTO

Só serão inscritos no livro de inscrição das crianças e registo das vacinações, as crianças pertencentes a área de cobertura da estrutura de saúde.

NÚMERO DE REGISTO NA ESTRUTURA

Escrever o número atribuído mediante a ordem de atendimento. Começa no primeiro de janeiro e continua durante o ano.

DATA

Escrever o dia mês: dia, mês e ano (Exemplo: 17/11/2020)

NOME COMPLETO DA CRIANÇA

Escrever o nome completo da criança. Somente escrever o nome da criança quando a mesma tiver a certidão de nascimento.

Exemplo: Carla Sofia Spencer Lopes

DATA DE NASCIMENTO

Escrever o dia mês: dia, mês e ano, mediante o caderno da criança e do adolescente (Exemplo: 17/11/2020)

NOME E APELIDO E NOMINHO DA MÃE

Escrever o nome e apelido da mãe, e um nominho que a mesma é conhecida na zona de residência.

Exemplo: Soraia Spencer (nome e apelido), Belita (nominho)

MORADA PORMENORIZADA

Escrever a morada completa e uma referência (Exemplo: Achada Santo António, ao lado do Salão Paroquial)

TELEFONE

Escrever a lápis o número de telefone da mãe e/ou familiar próximo ou vizinho.

VACINAS

Escrever a data da(s) vacina(s) que a criança recebeu na estrutura de saúde, ou transcrever do caderno de saúde da criança e do adolescente as vacinas recebidas em outras estruturas do país ou no exterior.

São essas as referidas vacinas:

BCG

VPO 0

Hep.B

VPO 1

D.T.P-Hep B-Hib 1

VPO 2

D.T.P-Hep B-Hib 2

VPI 1

VPO 3

D.T.P-Hep B-Hib 3

PRS 1

Completamente vacinadas até os 11 meses e 29 dias

Cabo Verde – Ministério da Saúde – Direção Nacional da Saúde – Serviço de Promoção e Proteção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem

Febre Amarela
PRS 2
Reforço VPO
Reforço D.T.P-Hep B-Hib

OBSERVAÇÕES

Escrever observações importantes (Exemplo: criança veio dos Estados Unidos).

7. LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE CONSULTA E VACINAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM IDADE ESCOLAR

CONCEITOS

1ª Consulta: É a primeira consulta ou atendimento da criança ou adolescente, em qualquer estrutura pública de saúde do país, para seguimento do seu crescimento/desenvolvimento, vacinação, aconselhamento, entre outros.

Controlo: A criança ou adolescente que já fez anteriormente a sua 1ª consulta e que se encontra sob vigilância do seu crescimento/desenvolvimento.

Classificação do Estado Nutricional da criança e do adolescente (5 a 19 anos):

Altura/Idade: Expressa o crescimento linear da criança e adolescente. É o índice que melhor indica o efeito cumulativo de situações adversas sobre o crescimento da criança. É considerado o indicador mais sensível para aferir a qualidade de vida de uma população. Trata-se de um índice incluído recentemente no Caderno de Saúde da Criança e do Adolescente.

Indica um *deficit* de crescimento linear, que reflete o passado de vida e condições de saúde da criança, submetido por um longo período à situação de pobreza (principalmente ao padrão de doenças e alimentação deficiente).

Para a classificação do estado nutricional, são adotados os seguintes pontos de corte, segundo os índices antropométricos:

Altura para idade (Criança 5 a 19 anos)

Valores	Estado Nutricional
≥ Percentil 3	Altura adequado para idade
< Percentil 3	Baixa altura para a idade

Gráfico em anexo

IMC: Índice de Massa Corporal recomendado pela OMS

1) Calcular o IMC por meio da fórmula:

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

IMC (Criança 5 a 10 anos)

Valores	Estado Nutricional
> Percentil 97	Excesso de Peso
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	Risco de Excesso de Peso
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	Adequada para idade
< Percentil 3	Magreza

Gráfico em anexo

IMC (Adolescente 10 a 19 anos)

Valores	Estado Nutricional
> Percentil 97	Obesidade
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	Excesso de Peso
≥ Percentil 3 e ≤ Percentil 85	Adequada para idade
< Percentil 3	Magreza

Gráfico em anexo

PREENCHIMENTO

O Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e Adolescentes em idade escolar apresenta-se em forma de quadro ou tabela de registo diário das visitas e consta dos seguintes itens: dados de identificação, nº do caderno, classificação do estado nutricional, estado vacinal, crianças de outro concelho, inseridos nas *colunas de (1) a (22)* e observação *coluna (23)*.

Data - Coluna (1)

Escrever a data da consulta completa: dia, mês e ano. (Ex: 25/10/2020)

Nº de Ordem - Coluna (2)

Trata-se do número por ordem de atendimento. Começa-se em 1 e segue-se em ordem crescente até ao fim de cada mês. Começar sempre um novo mês com o nº 1.

Identificação - Colunas (3 a 6)**Nome e Apelido - Coluna (3)**

Escrever o nome completo mediante o documento de identificação.

Idade - Coluna (4)

Escrever a idade em anos.

Sexo - Coluna (5)

Escrever o sexo da criança (Exemplo: “F” para Feminino e “M” para Masculino)

Número do caderno de saúde da criança e do adolescente - Coluna (6)

Escrever o número de inscrição constante do Caderno de Saúde da Criança do Adolescente por ordem de inscrição no Livro de Registo Infantil. (Ex: 35/2020).

N.B. Caso a criança ou adolescente não tenha número de inscrição anterior (livro de registo infantil), deverá ser atribuído um novo número.

N.B. Caso a criança ou adolescente perder o número de inscrição anterior (caderno de saúde da criança), deverá ser procurado no livro de inscrição do seu centro de referência.

Tipo de Consulta - Colunas (7 a 8)

1^{as} Consultas - Coluna (7)

Colocar uma cruz (x) na coluna 1^a consulta na estrutura de saúde.

Controlo - Colunas (8)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente para o controlo.

Classificação do Estado Nutricional - Colunas (9 a 15)

IMC - Colunas (9 a 13)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente, conforme a criança/adolescente estiver.

Magreza - Coluna (9)

Adequado para idade - Coluna (10)

Risco de Excesso de Peso - Coluna (11)

Excesso de Peso - Coluna (12)

Obesidade - Coluna (13)

Altura/Idade - Colunas (14 e 15)

Colocar uma cruz (x) na coluna correspondente, conforme a criança/adolescente estiver.

Baixa Altura para idade - Coluna (14)

Altura Adequada para idade - Coluna (15)

Vacinação - Colunas (16 a 19)

Colocar uma cruz (x), na coluna correspondente à vacina/dose efetuada no dia.

São essas as referidas vacinas:

Td1

Td2

HPV1

HPV2

Criança/Adolescente de outro Concelho - Coluna (20)

Escrever o nome do Concelho se a criança/adolescente atendida na estrutura está inscrita na estrutura de outro Concelho. Caso tenha sido vacinada, deverá ser inscrita na ficha de crianças/adolescente vacinadas provenientes de outros Concelhos / Centros de Saúde e enviada mensalmente ao Concelho/centro de saúde de proveniência.

Encaminhamento - Coluna (21)

Colocar uma cruz (x), se a criança/adolescente for encaminhada para outra consulta na mesma estrutura de saúde ou Centro de Saúde ou Delegacia de Saúde.

Referência - Coluna (22)

Colocar uma cruz (x), se a criança/adolescente for referida para outra estrutura de saúde de nível superior (Hospitais Regionais ou Centrais) devido à gravidade ou complexidade do seu estado de saúde.

Observação - Coluna (23)

Reservada para fazer observações relevantes. Como exemplo: escrever a razão pelo qual a criança recebeu VPI em vez de VPO, como as crianças que iniciaram VPI noutra país.

8. LIVRO DE INSCRIÇÃO E REGISTO DE VACINAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM IDADE ESCOLAR

PREENCHIMENTO

Só serão inscritos no livro de inscrição e registo de vacinação das crianças e adolescentes, as crianças e adolescentes pertencentes a área de cobertura da estrutura de saúde.

NÚMERO DE REGISTO NA ESTRUTURA

Escrever o número atribuído mediante a ordem de atendimento. Começa no primeiro de janeiro e continua durante o ano.

DATA

Escrever o dia, mês e ano (Exemplo: 17/11/2020)

NOME COMPLETO DA CRIANÇA/ADOLESCENTE

Escrever o nome completo da criança/adolescente, mediante documento de identificação.

Exemplo: Carlina Sofia Spencer Lopes

DATA DE NASCIMENTO

Escrever o dia, mês e ano, mediante o caderno da criança e do adolescente (Exemplo: 17/11/2008)

NOME DA MÃE

Escrever o nome e apelido da mãe, e um nominho que a mesma é conhecida na zona de residência.

Exemplo: Soraia Spencer (nome e apelido), Belita (nominho)

MORADA PORMENORIZADA

Escrever a morada completa e uma referência (Exemplo: Achada Santo António, ao lado do Salão Paroquial)

TELEFONE

Escrever a lápis o número de telefone da mãe e/ou familiar próximo ou vizinho.

VACINAÇÃO NA IDADE ESCOLAR

Escrever a data da(s) vacina(s) que a criança/adolescente recebeu na estrutura de saúde, ou transcrever do caderno de saúde da criança e do adolescente as vacinas recebidas em outras estruturas do país ou no exterior.

São essas as referidas vacinas:

Td1

Td2

HPV1

HPV2

OUTRAS VACINAS

Escrever a data da(s) vacina(s) que a criança/adolescente recebeu e que não fazem parte do calendário vacinal do país.

OBSERVAÇÕES

Escrever observações importantes (Exemplo: criança/adolescente veio dos Estados Unidos).

9. LIVRO DE VACINAÇÃO DE ADULTOS

PREENCHIMENTO

O Livro de Registo Diário de Vacinação de Adultos apresenta-se em forma de quadro ou tabela de registo diário das vacinas e consta dos seguintes itens: dados de identificação, nº do cartão de vacina, estado vacinal, adulto de outro concelho, inseridos nas *colunas de (1) a (13)* e observação *coluna (14)*.

Data - Coluna (1)

Escrever a data da consulta completa: dia, mês e ano. (Ex: 25/10/2020)

Nº de Ordem - Coluna (2)

Trata-se do número por ordem de atendimento. Começa-se em 1 e segue-se em ordem crescente até ao fim de cada mês. Começar sempre um novo mês com o nº 1.

Identificação - Colunas (3 a 6)

Nome e Apelido - Coluna (3)

Escrever o nome completo mediante o documento de identificação.

Sexo - Coluna (4)

Escrever o sexo da pessoa (Exemplo: “F” para Feminino e “M” para Masculino)

Idade - Coluna (5)

Escrever a idade em anos.

Número do cartão de vacina - Coluna (6)

Escrever o número de Cartão de Vacina do Adulto por ordem de inscrição no Livro de Registo de Vacinação do Adulto. (Ex: 12/2020).

N.B. No caso de mulher em idade fértil ou grávida, colocar o código de inscrição do caderno AISM/AISSRMA

N.B. Caso o adulto perder o cartão de vacinação do adulto ou o caderno AISM/AISSRMA, deverá ser procurado no livro de inscrição do seu centro de referência.

Vacinação - Colunas (7 a 12)

Colocar uma cruz (x), na coluna correspondente à vacina/dose efetuada no dia.

São essas as referidas vacinas:

Td1

Td2

Td3

Td4

Td5

Febre amarela

Pessoa de outro Concelho - Coluna (13)

Escrever o nome do Concelho se a pessoa atendida na estrutura está inscrita na estrutura de outro Concelho. Caso tenha sido vacinada, deverá ser inscrita na ficha de adultos vacinadas provenientes de outros Concelhos / Centros de Saúde e enviada mensalmente ao Concelho/centro de saúde de proveniência.

Observação - Coluna (14)

Reservada para fazer observações relevantes.

10. LIVRO DE INSCRIÇÃO E REGISTO DE VACINAÇÃO DE ADULTOS

PREENCHIMENTO

Só serão inscritos no livro de inscrição de vacinação de adultos, os indivíduos pertencentes a área de cobertura da estrutura de saúde.

NÚMERO DE REGISTO NA ESTRUTURA

Escrever o número atribuído mediante a ordem de atendimento. Começa no primeiro de janeiro e continua durante o ano.

DATA

Escrever o dia, mês e ano (Exemplo: 17/11/2020)

NOME COMPLETO

Escrever o nome completo da pessoa, mediante o documento de identificação.

DATA DE NASCIMENTO

Escrever o dia, mês e ano, mediante o documento de identificação (Exemplo: 17/11/1990).

MORADA PORMENORIZADA

Escrever a morada completa e uma referência (Exemplo: Achada Santo António, ao lado do Salão Paroquial)

TELEFONE

Escrever a lápis o número de telefone e/ou familiar próximo ou vizinho.

VACINAÇÃO

Escrever a data da(s) vacina(s) que o adulto recebeu na estrutura de saúde, ou transcrever do cartão de vacinação/caderno AISM/AISSRMA as vacinas recebidas em outras estruturas do país ou no exterior.

São essas as referidas vacinas:

Td1

Td2

Td3

Td4

Td5

Febre amarela

OUTRAS VACINAS

Escrever a data da(s) vacina(s) que a pessoa recebeu e que não fazem parte do calendário vacinal do país.

OBSERVAÇÕES

Escrever observações importantes.

III. FORMULÁRIO DE ESTATÍSTICA MENSAL

Tendo em conta que, as informações/indicadores referentes ao Serviço de Nutrição inseridos nos diferentes Livros de Registo Diário acima referidos, os dados recolhidos de cada mês devem ser transpostos para o referido formulário. Outras informações/indicadores serão recolhidas nos livros de atendimento das consultas de nutrição e devem ser transpostos para o mesmo formulário. Essas informações/indicadores se encontram distribuídas nas diferentes páginas do formulário (Anemia na grávida - Página 1; Aleitamento Materno na 1ª hora e Peso ao Nascer - Página 2; Aleitamento Materno e Alimentação, Consultas de Nutrição, Estado Nutricional e Micronutrientes - Página 3), e assim sendo, seguem alguns conceitos.

CONCEITOS

1ª Consulta de Nutrição: Refere-se à primeira vez que a criança ou grávida ou outros (crianças \geq 5 anos, adolescentes, mulheres, homens) que se apresentam na consulta de nutrição.

Controlo de Nutrição: Refere-se ao seguimento da criança ou grávida ou outros (crianças \geq 5 anos, adolescentes, mulheres, homens) que se apresentam na consulta de nutrição.

Kits controlo sal iodado: “Teste Rápido” para determinar a presença ou ausência de iodo no sal. Existem dois kits rápidos de controlo, um para testar o iodado de potássio (embalagem escrita em preto e azul) e outro para testar o iodeto de potássio (embalagem escrita em rosa e roxo). Esses dois kits contêm 2 ampolas com reagente (a solução de tampa branca) e uma ampola com *recheck* (a solução de tampa vermelha).

Classificação do Estado Nutricional “Outros”

- Criança e Adolescente (5 a 19 anos)

O acompanhamento sistemático do crescimento e do desenvolvimento da criança e do adolescente é de grande importância, pois favorece as condições de saúde e nutrição da criança assistida.

Os índices antropométricos são utilizados como o principal critério desse acompanhamento.

O Caderno da Criança e do Adolescente é, atualmente, o instrumento usado para orientar o seguimento nutricional dos mesmos.

- Adulto e Idoso

Nos procedimentos de diagnóstico nutricional de adultos e idosos, o MSSS utiliza a classificação do Índice de Massa Corporal - IMC, recomendada pela Organização Mundial de Saúde - OMS.

Índice de Massa Corporal

IMC = Peso / Estatura²

Unidades a utilizar – no peso, quilograma (kg); na estatura, o metro (m)

	Designação	IMC (kg/m²)	Classificação
Excesso de Peso	Magreza severa	< 16,00	III
	Magreza media	16,00 – 16,99	II
	Magrezamoderada	17,00 – 18, 49	I
	Normal	18,50 – 24,99	Peso Normal
	Pré-obesidade	25,00 – 29,99	Pré-obesidade
	Obesidade	30,00 – 34,99	I
	Obesidade	35,00 – 39,99	II
	Obesidade	≥ 40,00	III

Fonte: Organização Mundial da Saúde (1995, 2000)

Para elaboração do Relatório Mensal (Formulário de Estatística Mensal) são transcritos mensalmente os dados dos livros de registo diário acima referidos.

Preencher apenas a parte do formulário que diz respeito às atividades desenvolvidas na sua estrutura sanitária.

N.B. Não escrever nas colunas sombreadas a cinzento.

PREENCHIMENTO

O cabeçalho de todas as folhas deve ser preenchido da seguinte forma:

Nome da Estrutura

Escrever o nome da Estrutura Sanitária (Exemplo: Fazenda, Bela Vista, Porto Novo, Maio, etc.).

Concelho

Escrever o nome do Concelho

Delegacia de Saúde

Escrever o nome da Delegacia de Saúde.

Mês

Escrever o mês por extenso no quadrado reservado para esse efeito (Exemplo: janeiro, fevereiro, março, etc.

Ano

Escrever o ano (Exemplo: 2020) no quadrado reservado para esse efeito.

FOLHA 1 - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DAS CONSULTAS DE PRÉ NATAL, PLANEAMENTO FAMILIAR E DE PÓS-PARTO

A) Pré-Natal (PN) - Colunas (1 a 11)

A partir do livro de Registo Diário de Consulta de Pré-Natal, transcrever mensalmente os dados, de acordo com os itens do Formulário Mensal.

Deve-se fazer no último dia de cada mês, a soma das cruces (x) das *colunas (5) a (70)* para a elaboração da estatística, seguindo cada item:

Nº de grávidas captadas no mês - Coluna (2)

Corresponde ao número de grávidas captadas no mês e registadas como 1ª consulta, somar o total das cruces (x) das colunas (13) e (14) do Livro de Registo Diário e transcrever para a coluna (2) do formulário.

Nº de grávidas captadas com menos de 12 semanas - Coluna (3)

Contar, na coluna 12 do livro de Registo Diário Consulta Pré-Natal (CPN), o número de grávidas captadas no mês com Idade Gestacional (IG) inferior a 12 semanas.

Nº de consultas por enfermeiro - Coluna (4)

Para o preenchimento da coluna (4), contar no Livro de Registo Diário de CPN o número de 1ªs consultas e de controlos realizadas por enfermeiro.

Nº de consultas por médico - Coluna (5)

Para o preenchimento da coluna (5), contar no Livro de Registo Diário de CPN o número de 1ªs consultas e de controlos realizadas por médicos.

Grávidas com 8 Consultas - Coluna (6)

Somar o número de grávidas com 8 (oito) consultas de controlo pré-natal na *coluna (25)*, do Livro de Registo de Consultas Pré-Natal, e transcrever o total para a coluna (6), linha de TOTAL do formulário.

N.B. Não contar as consultas de controlo após a 8ª (9 e +) para evitar duplicação de dados.

Grávidas na adolescência - Colunas (7) a (9)

Somar cada uma das *colunas (5), (6) e (7)* do Livro de Registo Diário CPN, de acordo com os grupos de idade estabelecidas, e transcrever a soma de cada um dos grupos para as *colunas (7) a (9)* do formulário, conforme for, 1ª consulta ou controlo.

Gravidez de Risco - Colunas (10) e (11)

Somar o total de cada uma das *colunas (14)* de 1ª consulta e (27) de controlo no Livro de Registo Diário de CPN e transcrever o resultado para a *coluna (10)* do formulário "Gravidez de Risco – Detetadas", conforme 1ª consulta e controlo.

Somar o total de cada uma das *colunas (15) e (16)* de 1ª consulta e das *colunas (28) e (29)* de controlo no Livro de Registo Diário de CPN transcrever o resultado para a *coluna (11) do formulário* “Gravidez de Risco – Referidas”, conforme 1ª consulta e controlo.

B) Consulta Pós-parto - Colunas (12) a (14)

A partir do livro de Registo Diário de Consulta de Pós-parto e Planeamento Familiar, transcrever mensalmente os dados, de acordo com os itens do formulário Mensal.

Deve-se fazer no último dia de cada mês, a soma das cruzes das *colunas (33) e (34) do Livro de Registo de Consultas* para a elaboração da estatística mensal do Pós-parto e transcrever os resultados seguindo cada item.

Nº de consultas por enfermeiro - Coluna (12)

Somar o número de consultas pós-parto realizadas por enfermeiros na *coluna (33)* do Livro de Registo de Consultas do Planeamento Familiar e Pós-Parto e transcrever para a *coluna (12)* do formulário, consoante o nº de dias (<15 dias e 16 a 42 dias).

Nº de consultas por médico - Coluna (13)

Somar o nº de *consultas* realizadas pós-parto realizadas por médico na *coluna (33)* do Livro de Registo Diário de Consultas do Planeamento Familiar e Pós-Parto e transcrever para a *coluna (13)* do formulário, consoante o nº de dias (<15 dias e 16 a 42 dias).

Referência Consulta Pós-parto - Coluna (14)

Somar as cruzes (x) da *coluna (34)* do Livro de Registos Diário do Planeamento Familiar e Pós-Parto e transcrever o total para a *coluna (14)* do formulário.

N.B. A *coluna (14)* diz respeito aos casos enviados para outras estruturas mais especializadas.

C) Consulta Planeamento –familiar (PF) - Colunas (15) a (30)

A partir do livro de Registo Diário de Consulta de Pós-parto e Planeamento Familiar, transcrever mensalmente os dados, de acordo com os itens do formulário Mensal.

Deve-se fazer no último dia de cada mês, a soma das cruzes das *colunas (5) a (32) do Livro de Registo Diário de Consultas de Pós-parto e Planeamento Familiar* para a elaboração da estatística mensal do Planeamento Familiar e transcrever os resultados seguindo cada item.

Total de consultas de PF - Coluna (16)

Somar o total das cruzes (x) das *colunas (12) a (19)* de 1ª consulta e *(24) a (30)* de Controlo do Livro de Registo Diário de Consultas de Pós-parto e Planeamento Familiar e transcrever o total para a *coluna (16)* do formulário, conforme for 1ªs consultas ou controlo.

Planeamento Familiar na adolescente - Colunas (17 a 19)

Somar o total de cada um dos grupos de idade das *colunas (5) a (7)* 1ª consulta e *colunas (20) a (22)* controlo do Livro de Registo Diário de Consultas de Pós-parto e Planeamento Familiar e transcrever para as *colunas (17), (18) e (19)* do formulário, conforme for 1ªs consultas ou controlo.

Consultas por método - Colunas (20) a (26)

Somar as consultas por métodos distribuídos, nas *colunas (12) a (19)* 1ª consulta e *colunas (24) a (30)* controlo do Livro de Registo Diário de Consultas de Pós-parto e Planeamento Familiar e transcrever os totais para as *colunas* correspondentes (20) a (26) do formulário, conforme for 1ªs consultas ou controlo, da seguinte maneira:

Pílula – Transcrever o total das *colunas (12) e (13)* e *colunas (24) e (25)* do Livro de Registo para a *coluna (20)* do formulário conforme for 1ªs consultas ou controlo;

Injetáveis – Transcrever o total da *coluna (14)* e (26) do Livro de Registo para a *coluna (21)* do formulário conforme for 1ªs consultas ou controlo;

DIU - Transcrever o total da *coluna (15)* e (27) do Livro de Registo para a *coluna (22)* do formulário conforme for 1ªs consultas ou controlo;

Preservativos feminino e masculino - Transcrever o total da *coluna (16,17)* e (28, 29) do Livro de Registo para a *coluna (23 e 24)* do formulário conforme for 1ªs consultas ou controlo, incluindo os preservativos distribuídos em outros pontos (ex. *front-office*, feira de saúde etc.)

Cirúrgico - Transcrever o total da *coluna (19)* do Livro de Registo para a *coluna (26)* do formulário.

Referência da Consulta de PF - Coluna (27)

Somar as cruzes (x) da *coluna (31)* do Livro de Registos Diário de Consultas de Pós-parto e Planeamento Familiar e transcrever para a *coluna (27)* do formulário, conforme for 1ªs consultas ou controlo.

Gravidez acidental - Coluna (28)

Somar as cruzes (x) da *coluna (32)* do Livro de Registos Diário de Consultas de Pós-parto e Planeamento Familiar e transcrever para a *coluna (28)* do formulário.

Nº de Consultas médicas de ginecologia - Coluna (29)

Somar no Livro de Registo de Consultas Médicas, o número de consultas de ginecologia realizadas pelo médico e transcrever para a *coluna (29)* do formulário, conforme 1ªs consultas e controlos.

Nº de Atendimentos SR Homens - Coluna (30)

Registar o número de consultas ou atendimentos efetuados aos homens em SR, seja por médico e/ou enfermeiro e transcrever para a *coluna (30)* do formulário, conforme 1ªs consultas e controlos.

D) VDRL na Grávida - Colunas (31) a (33)

Somar o total, de 1º teste positivo *na coluna (44) a (47)* do Livro de Registo Diário CPN e transcrever *para a coluna (32)* do formulário, de acordo com os grupos de idade estabelecidos.

Somar o total, de 1º teste negativo *na coluna (48)* do Livro de Registo Diário CPN e transcrever *para a coluna (33)* do formulário, de acordo com os grupos de idade estabelecidos.

Somar o total, de 2º teste positivo *nas colunas (49) a (52)* do Livro de Registo Diário CPN e transcrever *para a coluna (32)* do formulário, de acordo com os grupos de idade estabelecidos.

Somar o total, de 2º teste negativo *na coluna (53)* do Livro de Registo Diário CPN e transcrever *para a coluna (33)* do formulário, de acordo com os grupos de idade estabelecidos.

E) VIH na grávida - Colunas (34) a (37)

Pré-teste - Coluna (34)

Somar o número de grávidas captadas e sensibilizadas para a realização do teste de VIH e transcrever *para a coluna (34)* do formulário, seja para o 1º ou 2º teste.

Positivo

Somar o total de primeiros (1º) testes positivos *nas colunas (54) a (57)* do Livro de Registo Diário CPN e transcrever *para a coluna (35)* do formulário, de acordo com os grupos de idade estabelecidos.

Somar o total de primeiros (2º) testes positivos *nas colunas (59) a (62)* do Livro de Registo Diário CPN e transcrever *para a coluna (35)* do formulário, de acordo com os grupos de idade estabelecidos.

Negativo

Somar o total, de 1º teste negativo *na coluna (58)* do Livro de Registo Diário CPN e transcrever *para a coluna (36)* do formulário, de acordo com os grupos de idade estabelecidos.

Somar o total, de 2º teste negativo *na coluna (63)* do Livro de Registo Diário CPN e transcrever *para a coluna (36)* do formulário, de acordo com os grupos de idade estabelecidos.

Pós-teste - Coluna (37)

Somar o número de grávidas com resultados positivo ou negativo no primeiro ou no segundo teste e transcrever *para a coluna (37)* do formulário.

F) Anemia na grávida - Coluna (38)

Somar em cada uma das *colunas (64), (65), (66), (67), (68), (69)* e transcrever os totais para formulário, de acordo com o valor de hemoglobina e os grupos de idade estabelecidos.

FOLHA 2 - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DE PARTOS

A partir do Livro de Registo Obstétrico, transcrever mensalmente os dados, de acordo com os itens do Formulário Mensal.

Deve-se fazer no último dia de cada mês, a soma das cruzes (x) das *colunas (5) a (70)* para a elaboração da estatística, seguindo cada item:

A) Partos – I - *Colunas (1) a (12)*

Total de partos - *Coluna (1)*

Somar o total de partos das colunas de 2 a 7 do formulário e transcrever para a *coluna (1)* do formulário.

Tipo de parto - *Colunas (2) a (7)*

Parto simples - *Coluna (2)*

Somar o total de partos simples registados no Livro de Registo Obstétrico e transcrever para a *coluna (2)* do formulário.

Parto múltiplo - *Coluna (3)*

Somar o total de partos múltiplos registados no Livro de Registo Obstétrico e transcrever para a *coluna (3)* do formulário.

Eutócicos - *Coluna (4)*

Somar o total de partos eutócicos registados no Livro de Registo Obstétrico e transcrever para a *coluna (4)* do formulário.

Cesariana - *Coluna (5)*

Somar o total de partos cesariana registados no Livro de Registo Obstétrico e transcrever para a *coluna (5)* do formulário.

Pélvico - *Coluna (6)*

Somar o total de partos pélvicos registados no Livro de Registo Obstétrico e transcrever para a *coluna (6)* do formulário.

Fórceps/ventosa - *Coluna (7)*

Somar o total de partos com utilização de Fórceps/ventosa registados no Livro de Registo Obstétrico e transcrever para a *coluna (7)* do formulário.

N.B. O total das *colunas (2), (3) (4), (5), (6) e (7)*) deve coincidir com o total inserido na *coluna 1*.

Amamentação na 1ª hora após o parto - *Coluna (8)*

Somar no Livro de Registo Obstétrico (na coluna anotações) o total de recém-nascidos amamentados na 1ª hora (preferencialmente na 1ª meia hora) após o parto e transcrever para a *coluna (8)* do formulário.

Morte materna - Coluna (9)

Somar no Livro de Registo Obstétrico (na coluna anotações) o numero de mortes maternas e transcrever para a *coluna (9)*, do formulário.

Parto extrainstitucional - Coluna (10)

Somar no Livro de Registo Obstétrico (na coluna “Lugar”) o nº de partos realizados fora da instituição e transcrever para a *coluna (10)* do formulário.

N.B. No Livro de Registo Diário das Consultas e Vacinações, 0-4 anos, *coluna 54*, também pode ser encontrada informação de partos extrainstitucionais e que não procuraram cuidados médico-hospitalar imediatamente após o parto.

Partos pré-termo - Coluna (11)

Somar no Livro de Registo Obstétrico (na coluna “Idade gestacional”) o nº de partos pré-termos realizados na estrutura de saúde, conforme a idade gestacional (22 - 27 semanas; 28 - 31 semanas; 32 - 37 semanas) e transcrever para a *coluna (11)* do formulário.

Abortos - Coluna (12)

Somar no Livro de Registo de atendimentos e no Livro de Registo de IVG o total de abortos registados na estrutura de saúde e transcrever na *coluna (12)* do formulário, conforme for, IVG ou espontâneo.

B) Partos – II - Colunas (13) a (23)

Total de nascimentos - Coluna (13)

Somar o total de nascimentos no Livro de Registo Obstétrico e transferir para a *coluna (13)* do formulário.

Recém-Nascidos (nados vivos e nados mortos) - Coluna (14) a (16)

Somar o total de NV, no Livro de Registo Obstétrico, entre 22 e 27 semanas, entre 28 a 37 semanas, >= 38 semanas e transcrever para as *colunas (14) (15) (16)* respetivamente do formulário.

De termo – Peso - Colunas (17) a (19)

Somar o total de recém-nascidos, no Livro de Registo Obstétrico, com peso inferior a 2.500 gramas, com peso entre 2.500 e 3.999 gramas, com peso igual ou superior a 4000 gramas e transcrever para as *colunas (17), (18) e (19)* respetivamente, do formulário.

Nado – Mortos - Colunas (20) a (23)

Somar o total de recém-nascidos, no Livro de Registo Obstétrico, Pré-termo, de Termo, Recente, Macerado e transcrever para as *colunas (20), (21), (22) e (23)*, respetivamente do formulário.

Óbitos em Recém-Nascido - Colunas (24) a (26)

Somar o total de recém-nascidos, no Livro de Registo Obstétrico, falecidos nas primeiras 24 horas, após 24 horas até 7 dias, entre 7 – 28 dias e transcrever para a *coluna (24) (25) e (26)* respetivamente, do formulário.

Parto Anterior - Colunas (27) e (28)

Somar o total de NV e NM na coluna «Anterior» do Livro de Registo Obstétrico, e transcrever para as *colunas (27) e (28)* respetivamente, do formulário.

FOLHA 3 – NUTRIÇÃO - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DE CONSULTA INFANTIL, ESTADO NUTRICIONAL E MICRONUTRIENTES

A partir do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças (Crianças de 0-4 anos), Livro de Registo Diário de Consultas Pré-Natal, Livro de Registo Diário de Consultas de Planeamento Familiar e Pós-Parto, e Livros de Atendimento das Consultas de Nutrição, transcrever mensalmente os dados, de acordo com os itens do Formulário Mensal.

Deve-se fazer no último dia de cada mês, a soma das cruces (x) das *colunas (6) a (54)* para a elaboração da estatística, seguindo cada item:

Consulta Infantil - Colunas (1) a (12)

Consulta de Enfermagem - Colunas (2) e (3)

Somar o total das cruces (x) das *colunas (10) a (13)* no Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças o número de crianças das *colunas (10) e (11)* para 1ª consulta, e *colunas (12) e (13)* para controlo, conforme a idade, e transcrever para as *colunas (2) e (3)*, do formulário.

Consulta Médica - Colunas (4) e (5)

Somar no Livro de Consulta Médica, o número de crianças atendidas pelo médico que apoiam os serviços materno-infantil, de acordo com a idade, e transcrever para as *colunas (4) e (5)* do formulário, conforme 1^{as} Consultas ou Controlo.

Aleitamento materno exclusivo até 6 meses - Coluna (6)

Somar o total de 6 meses (6 m) da *coluna (6)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças, e transcrever o total para a *coluna (6)*, *linha TOTAL*, do formulário.

Alimentação mista até os 15 meses - Coluna (7)

Somar o total dos 15 meses (15 m) da *coluna (8)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças, e transcrever o total para a *coluna (7)*, *linha TOTAL*, do formulário.

Alimentação sem Amamentação - Coluna (8)

Somar o total dos 23 meses (23 m) da *coluna (9)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças, e transcrever para a *coluna (8)* do formulário, conforme 1^{as} consultas e controlos.

Consulta de Nutrição - Colunas (9) e (10)

Somar no Livro de Registo de Consultas de Nutrição o número de consultas efetuadas pelo nutricionista, de acordo com as faixas etárias e transferir para as *colunas (9) e (10)* do formulário, conforme 1^{as} consultas ou controlos.

Referência consulta infantil - Colunas (11) e (12)

Somar o total das cruces (x) na *coluna (53)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para as *colunas (11) e (12)* do formulário, conforme 1^{as} consultas ou controlos.

Estado Nutricional – Infantil < 5 anos - Colunas (13) a (22)

Altura/idade - Colunas (14) e (15)

Somar o total das cruces (x) das *colunas (14) e (15)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para as *colunas (14) e (15)* do formulário, conforme 1^{as} consultas ou controlo.

Baixa altura - *Coluna (14)*

Altura adequada - *Coluna (15)*

Peso/altura - Colunas (16) a (19)

Somar o total das cruces (x) das *colunas (16) a (19)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para as *colunas (16), (17) (18) e (19)* do formulário, conforme 1^{as} consultas ou controlo.

Magreza - *Coluna (16)*

Peso adequado - *Coluna (17)*

Risco de excesso de peso - *Coluna (18)*

Excesso de peso - *Coluna (19)*

Peso/idade - Colunas (20) a (22)

Somar o total das cruces (x) das *colunas (20), (21) e (22)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para as *colunas (20), (21) e (22)* do formulário, conforme 1^{as} consultas ou controlo.

Peso Baixo - *Coluna (20)*

Peso Adequado - *Coluna (21)*

Peso Elevado - *Coluna (22)*

NB-1. O número de crianças classificadas deve ser igual nos 3 parâmetros (A/I, P/A e P/I) e também deve ser igual ao número de crianças atendidas na consulta de enfermagem (1^a consulta e controlo). Caso alguma criança apresentar-se na estrutura apenas para tomar uma vacina marcada, ou uma receita ou outro, favor justificar nos comentários da folha 6 discriminando o n^o de crianças.

Consultas de Nutrição de Grávidas - Colunas (23) a (25)

Adolescente (10-19 anos) - Coluna (24)

Somar o total de consultas de grávidas adolescentes atendidas pelo(a) nutricionista no Livro de Consultas de Nutrição e transcrever para a *coluna (24)* do formulário, conforme 1^{as} consultas e controlo.

Adulto (+ 20 anos) - Coluna (25)

Somar o total de consultas de grávidas adultas atendidas pelo(a) nutricionista no Livro de Consultas de Nutrição e transcrever para a *coluna* (25) do formulário, conforme 1^{as} consultas e controlo.

Estado Nutricional das Grávidas - Colunas (26) a (34)

Grávidas Adolescentes (10-19 anos) - Colunas (27) a (30)

Peso Baixo – Coluna (27)

Somar o total das cruces (x) da *coluna* (17) do Livro de Registo Diário de Consultas Pré-Natal e transcrever para a *coluna* (27) do formulário, conforme 1^a consulta e controlo.

Peso Adequado – Coluna (28)

Somar o total das cruces (x) da *coluna* (18) do Livro de Registo Diário de Consultas Pré-Natal e transcrever para a *coluna* (28) do formulário, conforme 1^a consulta e controlo.

Sobrepeso – Coluna (29)

Somar o total das cruces (x) da *coluna* (19) do Livro de Registo Diário de Consultas Pré-Natal e transcrever para a *coluna* (29) do formulário, conforme 1^a consulta e controlo.

Obesidade – (Coluna 30)

Somar o total das cruces (x) da *coluna* (20) do Livro de Registo Diário de Consultas Pré-Natal e transcrever para a *coluna* (30) do formulário, conforme 1^a consulta e controlo.

NB 1. O número de grávidas classificadas deve coincidir com número de consultas de enfermagem (1^a consulta e controlo).

NB 2. Nas estruturas de saúde onde a grávida foi consultada apenas pelo médico, sem passar pela enfermagem, os dados da classificação nutricional dessas grávidas também devem ser recolhidas e inseridas formulário estatístico, e justificar nos comentários da folha 6. Ou seja, o número de grávidas classificadas deve coincidir com o número de consultas de enfermagem e médica (1^a consulta e controlo).

Grávidas adultas - Colunas (31) a (34)

Peso Baixo – Coluna (31)

Somar o total das cruces (x) da *coluna* (21) do Livro de Registo Diário de Consultas Pré-Natal e transcrever para a *coluna* (31) do formulário, conforme 1^a consulta e controlo.

Peso Adequado – Coluna (32)

Somar o total das cruces (x) da *coluna* (22) do Livro de Registo Diário de Consultas Pré-Natal e transcrever para a *coluna* (32) do formulário, conforme 1^a consulta e controlo.

Sobrepeso – Coluna (33)

Somar o total das cruces (x) da *coluna* (23) do Livro de Registo Diário de Consultas Pré-Natal e transcrever para a *coluna* (33) do formulário, conforme 1^a consulta e controlo.

Obesidade – Coluna (34)

Somar o total das cruces (x) da *coluna* (24) do Livro de Registo Diário de Consultas Pré-Natal e transcrever para a *coluna* (34) do formulário, conforme 1^a consulta e controlo.

NB. Nas estruturas de saúde onde a grávida foi consultada apenas pelo médico, sem passar pela enfermagem, os dados da classificação nutricional dessas grávidas também devem ser recolhidas e inseridas formulário estatístico, e justificar nos comentários da folha 6.

Consulta de Nutrição Outros (crianças \geq 5 anos, adolescentes e adultos) - Coluna (35) a (38)

Somar o total das consultas realizadas pela(o) nutricionista no Livro de Consulta de Nutrição e transcrever para as *colunas* (36), (37) e (38) do formulário, conforme for 1^{as} consultas e controlo.

Estado nutricional de Outros (crianças \geq 5 anos, adolescentes e adultos) - Colunas (39) a (43)

Outros pacientes atendidos pelos nutricionistas, exceto grávidas adolescentes/adultas (crianças \geq 5 anos, adolescentes, mulheres, homens) nos quais foi avaliado o estado nutricional, transcrever o total conforme a classificação;

Peso Baixo - Coluna (40)

Somar o total de baixo peso no Livro de Consultas de Nutrição e transcrever para a *coluna* (40) do formulário, conforme 1^{as} consultas e controlo.

Peso Adequado - Coluna (41)

Somar o total de peso adequado no Livro de Consultas de Nutrição e transcrever para a *coluna* (41) do formulário, conforme 1^{as} consultas e controlo.

Sobrepeso - Coluna (42)

Somar o total de sobrepeso no Livro de Consultas de Nutrição e transcrever para a *coluna* (42) do formulário, conforme 1^{as} consultas e controlo.

Obesidade - Coluna (43)

Somar o total de obesidade no Livro de Consultas de Nutrição e transcrever para a *coluna* (43) do formulário, conforme 1^{as} consultas e controlo.

NB. Essas classificações devem ser fornecidas pelo(s) nutricionista(s) ao responsável de preenchimento do formulário de estatística mensal.

O total de classificação do estado nutricional de outros deve coincidir com o total de consultas de nutrição de outros (1^a consulta e controlo).

Micronutrientes - Coluna (44) a (52)

Vitamina A - Coluna (45)

Somar o total de cruces (x) da *coluna* (47) do Livro de registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para a *coluna* (45) do formulário, ou seja, o número de crianças que tomaram Vitamina A.

Ferro - Coluna (46)

Cabo Verde – Ministério da Saúde – Direção Nacional da Saúde – Serviço de Promoção e Proteção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem

Somar o total de cruces (x) da *coluna (41)* do Livro de Registo de Planeamento Familiar e Pós-Parto e transcrever para a *coluna (46)* do formulário, ou seja, o número de puérperas que tomaram ferro.

Somar o total de cruces (x) da *coluna (70)* do Livro de Registo Diário de Consultas Pré-natal e transcrever para a *coluna (46)* do formulário, ou seja, o número de grávidas que tomaram ferro.

Micronutrientes em Pó (MNP) – Vitaferro - Coluna (47) a (52)

Somar o total de crianças que receberam 1º pacote na *coluna (49)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para a *coluna (47)* do formulário.

Somar o total de crianças que receberam 2º pacote na *coluna (49)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para a *coluna (48)* do formulário.

Somar o total de crianças que receberam 3º pacote na *coluna (49)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para a *coluna (49)* do formulário.

Somar o total de crianças que receberam 4º pacote na *coluna (49)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para a *coluna (50)* do formulário.

Somar o total de crianças que receberam 5º pacote na *coluna (49)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para a *coluna (51)* do formulário.

Somar o total de crianças que receberam 6º pacote na *coluna (49)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para a *coluna (52)* do formulário.

FOLHA 4 - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DE VACINAÇÃO, MAPI E CADEIA DE FRIO

A partir dos diferentes Livros de Registo, transcrever mensalmente os dados, de acordo com os itens do Formulário Mensal.

Deve-se fazer no último dia de cada mês, a soma das cruces (x) das *colunas (1) a (43)* para a elaboração da estatística, seguindo cada item:

Vacinação em menores de 5 anos - Colunas (1) a (17)

Somar o total das cruces (x) por antigénios/doses, das *colunas (23) a (46)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças e transcrever para as *colunas (2) a (17)*, do formulário, conforme faixa etária (menores de 1 ano e 1 a 4 anos), e estratégia de vacinação (posto fixo ou móvel).

N.B. Na linha 1 a 4 anos é utilizada somente se a criança não recebeu os antigénios/doses na idade certa, ou seja, a soma das colunas (39) a (46) do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças.

Vacinação em idade escolar e adultos - Colunas (18) a (22)

Somar o total das cruces (x) por antigénios/doses, das *colunas (16) a (19)* do Livro de Registo de Vacinação das Crianças em Idade Escolar e Adolescentes e *colunas (7) a (12)* do Livro de Registo Diário de Vacinação de Adultos e transcrever para as *colunas (19) a (22)*, do formulário, conforme grupo/dose (Td adulto, Td idade escolar, HPV meninas, febre amarela), e estratégia de vacinação (posto fixo ou móvel).

Vacinação na grávida e mulheres em idade fértil (MIF) - Colunas (23) a (29)

Somar o total das cruces (x) por doses nas *colunas (38), (39), (40), (41), (42) e (43)* no Livro de Registo Diário de Consultas Pré-Natal e nas *colunas (35), (36), (37), (38), (39) e (40)* do Livro de Registo de Planeamento Familiar e Pós-Parto e transcrever para as *colunas (24) a (29)* do formulário, conforme grupo (mulher grávidas/mulheres em idade fértil) e estratégia de vacinação (posto fixo ou móvel).

Manifestações Adversas Após Imunização (MAPI) - Colunas (30) a (41)

O registo das Manifestações Adversas Pós Imunização (MAPI) será conforme o número de notificações feitas durante o mês na *coluna (53)* do Livro de Registo Diário de Consultas e Vacinação de Crianças, *coluna (54)* do Livro de Registo de Vacinação das Crianças em Idade Escolar e Adolescentes, *coluna (71)* do Livro de Registo Diário de Consultas Pré-Natal, *coluna (43)* Livro de Registo de Planeamento Familiar e Pós-Parto, e *coluna (14)* do Livro de Registo Diário de Vacinação de Adultos.

O registo das MAPIs, deverá ser feito nas *colunas (30) a (41)* do formulário, conforme o grupo (menores de 1 ano, 1 a 4 anos, adolescente, grávidas, MIF e adultos) e antigénio (BCG, Hep. B, VPO, VPI, DTP-Hib-HEP.B, PRS, Febre Amarela, TD e HPV).

Somar o total de casos por grupo e transcrever para a *coluna (40)*.

Se desse número de casos, se registou algum óbito, este deverá ser registado na *coluna (41)*.

Cadeia de frio - Colunas (42) a (43)

Ver na Ficha de Registo de Temperatura Mensal da cadeia de Frio as temperaturas mínimas e máximas (das arcas) ocorridas durante o mês e transcrever para a *coluna (42)* consoante o caso.

Os episódios de alarme registados durante o mês serão transcritos na *coluna (43)* conforme se tratar de temperatura negativa por mais de uma hora e temperatura positiva (>8°C), por mais de 10 horas. Nos dois casos o termómetro mostra o sinal.

N.B. De alertar que não é a média de temperatura, mas sim a temperatura mais baixa e a mais alta do mês.

FOLHA 5 - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DE STOCK DE PRODUTOS

A partir dos diferentes Livros de Registo, transcrever mensalmente os dados, de acordo com os itens do Formulário Mensal.

Deve-se fazer no último dia de cada mês, a soma das quantidades para a elaboração da estatística, seguindo cada item:

Gestão de Stock dos Produtos de SPPISCAMH - Colunas (1) a (8)

Descrição de Medicamentos, Micronutrientes e Consumíveis - Coluna (2)

Já se encontram alistados todos os produtos no formulário.

N.B. Favor não inserir nenhum item.

Stock no início do mês - Coluna (3)

Contabilizar a quantidade de cada produto disponível na estrutura e transcrever para a *coluna 3* do formulário.

Recebidos neste mês - Coluna (4)

Transcrever para a *coluna (4)* do formulário, a quantidade de cada produto recebido.

Distribuídos neste mês - Coluna (5)

Transcrever para a *coluna (5)* do formulário, a quantidade de cada produto distribuído.

N.B. Cálculo de distribuição de contraceptivos

Contraceptivos distribuídos

As quantidades de contraceptivos distribuídos não são contabilizadas por 1^{as} consultas ou por consultas de controlo, mas sim pelo total de ciclos/unidades de contraceptivos distribuídos nas consultas. Por isso, é necessário adicionar todas as quantidades distribuídas da seguinte maneira:

Total de pilulas das colunas

Somar as quantidades de ciclos distribuídas nas *colunas (12) e (24)*, e *colunas (13) e (25)* do Livro de Registo Diário das Consultas de Planeamento Familiar e Pós-Parto, e transcrever para a *coluna (5)*, linhas (1) e (2) respetivamente do formulário.

Total de Injetável

Somar as quantidades de unidades distribuídas nas *colunas (14) e (26)* do Livro de Registo Diário das Consultas de Planeamento Familiar e Pós-Parto, e transcrever para a *coluna (5)*, linha (4) do formulário.

Total de Implantes

Somar as quantidades de unidades distribuídas nas *colunas (18) e (30)* do Livro de Registo Diário das Consultas de Planeamento Familiar e Pós-Parto, e transcrever para a *coluna (5)*, linha (6) do formulário

Total DIU

Somar as quantidades de unidades distribuídas nas *colunas (15) e (27)* do Livro de Registo Diário das Consultas de Planeamento Familiar e Pós-Parto, e transcrever para a *coluna (5)*, linha (7) do formulário

Total preservativo Masculino

Somar as quantidades de unidades distribuídas nas *colunas (17) e (29)* do Livro de Registo Diário das Consultas de Planeamento Familiar e Pós-Parto, ou na Ficha de Registo de Distribuição de Preservativo no *front-office* e transcrever para a *coluna (5)*, linha (8) do formulário

Total preservativo Feminino

Somar as quantidades de unidades distribuídas nas *colunas (16) e (28)* do Livro de Registo Diário das Consultas de Planeamento Familiar e Pós-Parto, ou na Ficha de Registo de Distribuição de Preservativo no *front-office* e transcrever para a *coluna (5)*, linha (10) do formulário

Vacinas

Somar as doses administradas nas *colunas (23) a (46)* do Livro de Registo Diário das Consultas e Vacinação de Crianças, e transcrever para a *coluna (5)*, linhas (11) a (19) do formulário.

Consumíveis

Contabilizar as quantidades distribuídas de cada consumível e transcrever para a *coluna (5)*, linhas (20) a (31) do formulário.

Micronutrientes

Somar as quantidades distribuídas de cada item (comprimidos, cápsulas, saquetas) nas *colunas (47) e (49)* do Livro de Registo Diário das Consultas e Vacinação de Crianças, *coluna (41)* do Livro de Registo Diário das Consultas de Planeamento Familiar e Pós-Parto, e *coluna (70)* do Livro de Registo Diário das Consultas de Pré-Natal e transcrever para a *coluna (5)*, linhas (33), (34), (35), (36) e (39) do formulário.

Recolher as quantidades distribuídas de cada item (ferro escola e desparasitante jardim e escola) na Ficha de Estatística de Distribuição de Ferro nas Escolas e Ficha de Estatística de Desparasitação no Jardim e Escola e transcrever para a *coluna (5)*, linhas (32) e (36) do formulário.

Perdas e estragos - Coluna (6)

Transcrever para a *coluna (6)* do formulário, a quantidade de cada produto perdido e estragado, e justificar a razão na *coluna (9)*.

N.B. Nas vacinas, especificar na coluna "observações", as perdas ou estragos de vacinas, por congelação, PCV alterada, data de validade expirada, entre outros. Indicar por número de doses.

Saldo no fim do mês - Coluna (7)

Transcrever para a *coluna (7)* do formulário, a quantidade de cada produto em stock.

N.B. Nas vacinas, contabilizar somente os frascos fechados (stock físico).

Observações - Coluna (8)

Escrever tudo o que for relevante relativamente aos produtos.

ATENÇÃO: O stock teórico, relativamente às quantidades distribuídas nas consultas, deve coincidir com o stock físico (contagem feita das unidades/ciclos de contraceptivos disponíveis na estrutura de saúde).

FOLHA 6 - ELABORAÇÃO DA ESTATÍSTICA MENSAL DE ATIVIDADES

A partir dos diferentes Livros de Registo de Atividades, transcrever mensalmente os dados, de acordo com os itens do Formulário Mensal.

Deve-se fazer no último dia de cada mês, a soma das quantidades para a elaboração da estatística, seguindo cada item:

Número de Palestras:

Escrever o número de palestras realizadas durante o mês pela Estrutura, de acordo com os temas.

Número de Participantes:

Escrever o número de participantes das palestras realizadas durante o mês pela Estrutura, de acordo com os temas.

Número de visitas domiciliárias:

Escrever o número de visitas domiciliárias realizadas durante o mês pela Estrutura, de acordo com os temas.

Comentários:

Fazer comentários relevantes e que não consta dos itens anteriores (Exemplo: supervisões internas e externas, entre outros).

Data e Assinatura: Escrever na página (6) as datas de preenchimento e de envio e o nome do responsável pela estrutura sanitária. Este deve assinar o Relatório antes do seu envio ao Delegado de Saúde. Este, por sua vez preenche as datas de receção e de transmissão à Direção Regional/Nacional de Saúde Reprodutiva, escreve o seu nome completo e assinatura.

DISPOSIÇÕES ADMINISTRATIVAS

1. A nível da Estrutura Sanitária.

Os postos sanitários deverão elaborar o Relatório Mensal em dois exemplares, ficando um arquivado na Estrutura Sanitária e sendo outro enviado ao Centro de Saúde para a integração das informações no respetivo Relatório Mensal que deverá ser enviado para a Delegacia de Saúde.

O relatório Mensal do Centro de Saúde deverá ser enviado em formato de papel ou digital/e-mail para facilitar a análise das informações, validação e submissão pelo Delegado de Saúde para o nível Regional e/ou Central.

2. A nível da Delegacia de Saúde/Concelho

Elaborar um Relatório Mensal (caso estejam vários centros de saúde afetos ao Concelho/DS) ou reencaminhar o Relatório do concelho em papel (dois exemplares) ou digital (síntese das atividades de SR da Delegacia de Saúde/concelho).

Esse relatório deve conter as atividades SR de todas as Estruturas Sanitárias do Concelho. Uma cópia do Relatório ficará na Delegacia de Saúde e outra deverá ser remetida, em formato de papel ou digital, ao Centro Regional de SR sito no CSR de Bela Vista em S. Vicente (Concelhos de Barlavento) e ao Serviço de Atenção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem, particularmente ao PNSSR, PAV e PNN (Concelhos de Sotavento) e tendo em conta a necessidade de trabalharem alguns dados pontuais.

3. A nível Centros Regionais - Barlavento e Sotavento

Recolher e compilar mensalmente os dados de todos os concelhos de Barlavento e Sotavento respetivamente e submete-los para o Serviço de Atenção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem.

4. A nível do Serviço de Atenção Integrada à Saúde da Criança, do Adolescente, da Mulher e do Homem

- Compilar os dados de Barlavento e de Sotavento para a produção do Relatório Mensal (geral) do Serviço e por Programas com o apoio da técnica de estatística do SVIRE,

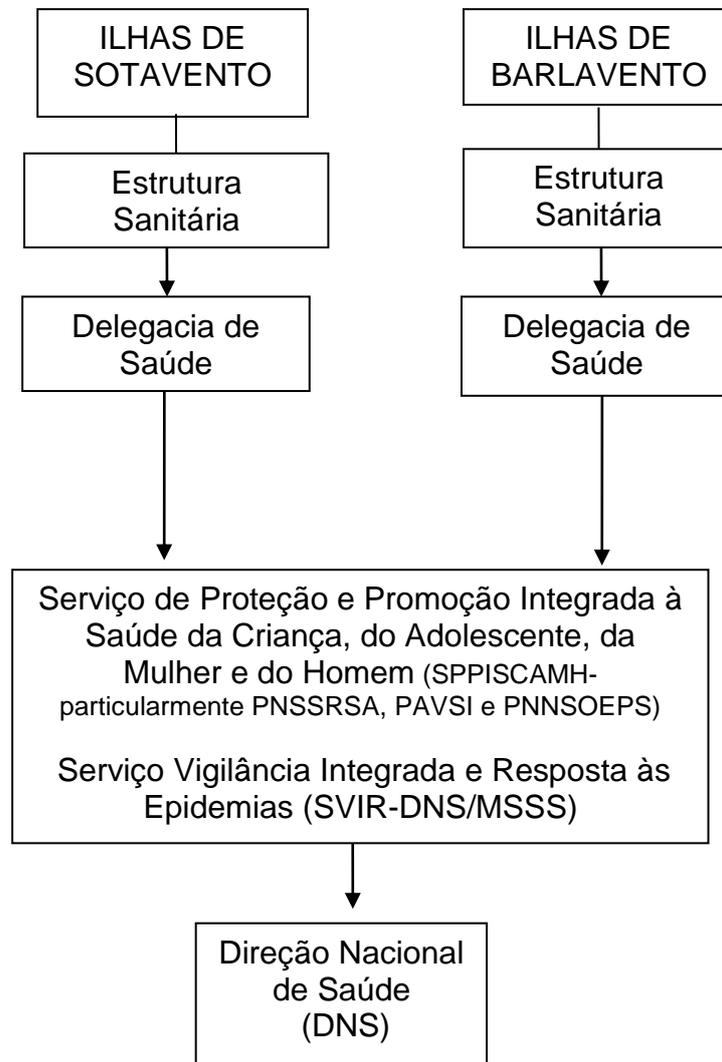
- Fazer a avaliação trimestral e semestral das atividades,

- Produzir o Relatório anual da Direção Nacional do Serviço e Programas do serviço (PNSSR, PAV, PNN), cujas cópias (em papel ou digital) deverão ser enviadas ao SVIRE, à Direção Nacional de Saúde para integração no Relatório do Ministério da Saúde.

- O envio dos relatórios mensais por concelho das Delegacias de Saúde, deverão respeitar as datas estabelecidas (até o dia 5 do mês seguinte) de forma a permitir o tratamento, análise e partilha dos dados com a DNS, OMS e UNFPA, fundamentalmente dos dados de vacinação, que são trabalhados pelo PAV num instrumento próprio.

- Retro – informação a todas as estruturas de SR, através dos Centros Regionais e das Delegacias de Saúde.

FLUXOGRAMA DE ENVIO E RECEÇÃO DOS DADOS



VI – GUIÃO PARA UTILIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO

A – IMPORTÂNCIA DOS INSTRUMENTOS DE REGISTO E ESTATÍSTICA

Os livros e fichas totalmente preenchidos são classificados como arquivos da Estrutura Sanitária, o mesmo acontecendo com o Formulário de Estatística Mensal. O conjunto destes documentos constitui a base de dados das Estruturas Primárias de Saúde e de diferentes Programas do SPPISCAMH. Os registos podem ser utilizados em pesquisas, investigação e análise da situação, sempre que estejam minimamente organizados por ordem cronológica.

B – ANÁLISE DA SITUAÇÃO

A análise dos dados e cálculos dos indicadores podem ser feitos através de tabelas, gráficos e mapas.

Exemplos:

Tabela

Gráfico

Mapa

C – CÁLCULO DOS INDICADORES

Os relatórios de atividades mensal ou trimestral das Delegacias de Saúde, incluem informações dos Programas do SPPISCAMH, referidos nos instrumentos acima, pelo que pressupõe alguns cálculos.

Os indicadores abaixo indicados permitem o seguimento dos programas. Trata-se de uma lista de um mínimo de indicadores dos quais o cálculo é indispensável para uma apreciação rápida e eficaz da ação sanitária.

Os indicadores são geralmente taxas, calculados pela divisão de um numerador por um denominador. O numerador é fornecido pelos dados dos relatórios de estatísticos, e o denominador obtém-se a partir do quadro da população alvo (fornecido anualmente pelo Instituto Nacional de Estatística - INE).

Taxa de Mortalidade Infantil	$n.^{\circ}$ de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade / $n.^{\circ}$ total de nascidos vivos x 1.000 nascidos vivos
Taxa de Mortalidade Neonatal Precoce	$n.^{\circ}$ de óbitos de crianças de 0 a 6 dias de vida completos / $n.^{\circ}$ total de nascidos vivos x 1.000 nascidos vivos
Taxa de Mortalidade Neonatal Tardia	$n.^{\circ}$ de óbitos de crianças de 7 a 27 dias de vida completos / $n.^{\circ}$ total de nascidos vivos x 1.000 nascidos vivos
Taxa de Mortalidade Perinatal	soma do $n.^{\circ}$ de óbitos fetais (22 semanas de gestação e mais) e de óbitos de crianças de 0-6 dias de vida completos / $n.^{\circ}$ de nascimentos totais (nascidos vivos mais óbitos fetais de 22 semanas e mais de gestação) x 1.000 nascidos vivos
Taxa de Mortalidade Pós-Neonatal (Taxa de Mortalidade Infantil Tardia)	$n.^{\circ}$ de óbitos de crianças de 28 a 364 dias de vida completos / $n.^{\circ}$ de nascidos vivos x 1.000 nascidos vivos
Taxa de Mortalidade Infantil por causas evitáveis	$n.^{\circ}$ de óbitos de crianças menores de 1 ano de idade por causas evitáveis ocorridos em determinado local e período / $n.^{\circ}$ total de nascidos vivos x 1.000 nascidos vivos
Taxa de Mortalidade Juvenil	$n.^{\circ}$ de óbitos de crianças de 1 a 4 anos de idade / $n.^{\circ}$ total de crianças de 1 a 4 anos de idade x 1.000 nascidos vivos
Taxa de Mortalidade de Menores de 5 anos	$n.^{\circ}$ de óbitos de crianças menores de 5 anos / $n.^{\circ}$ total de nascidos vivos x 1.000 nascidos vivos
Taxa de Mortalidade Materna	$n.^{\circ}$ de óbitos maternos por causas obstétricas diretas / total de nascimento x 100.000 nascidos vivos
Taxa de deteção de VIH em mulheres e homens com idade entre 15 e 49 anos	$n.^{\circ}$ de casos novos de VIH / população de 15 a 49 anos x 100.000
Taxa de Incidência de Sida	$n.^{\circ}$ de casos novos de sida confirmados em residentes / população total residente x 100.000
Taxa de Prevalência de Sida	$n.^{\circ}$ total de casos de sida em registo (acumulado) / população total residente x 100.000
Taxa de deteção de sífilis em mulheres com idade entre 15 e 49 anos	$n.^{\circ}$ de casos novos de sífilis / população de mulheres de 15 a 49 anos x 100.000
Taxa de cobertura de despistagem/deteção	$n.^{\circ}$ de grávidas que fizeram um teste de VIH na

de VIH em grávidas	CPN/ total de grávidas captadas x 100
Proporção de grávidas com infeção por VIH sob tratamento antirretroviral	n.º de grávidas com teste VIH+ em TARV / total de grávidas que testaram positivo ao VIH x 100
Taxa de cobertura de despistagem/deteção de sífilis em grávidas	n.º de grávidas que fizeram um teste de sífilis na CPN/ total de grávidas captadas x 100
Proporção de grávidas com infeção por Sífilis que receberam tratamento com penicilina benzatínica (1 dose de 2.4MU, IM)	n.º de grávidas com teste de sífilis+ que receberam tratamento/ total de grávidas que testaram positivo a sífilis x 100
Taxa de Cobertura de 1^{as} Consultas no 1º ano de vida	n.º de 1ª s consultas dadas a crianças menores de um ano de idade / total de crianças menores de um ano de idade x 100
Taxa de Cobertura de pelo menos 1 consulta de pré-natal (gravidas captadas para a 1ª CPN)	nº de grávidas captadas que receberam a 1ª consulta PN / total de mulheres grávidas estimado x 100
Taxa de catação precoce da gravidez	nº de grávidas captadas no 1º trimestre / total de grávidas captadas x 100
Taxa de Cobertura de pelo menos 1 consulta de pré-natal <u>por enfermeiro</u>	nº de 1ª consulta PN efetuada a grávidas por enfermeiro/ total de mulheres grávidas estimado x 100
Taxa de Cobertura de pelo menos 1 consulta de pré-natal <u>por médico</u>	nº de 1ª consulta PN efetuada a grávidas por médico/ total de mulheres grávidas estimado x 100
Taxa de grávidas com pelo menos 8 CPN	nº de grávidas com 8 consulta / total de mulheres grávidas x 100
Taxa de Cobertura de consultas pós-natal	n.º de 1 ^{as} consultas efetuadas a mulheres no pós-parto / total de mulheres grávidas estimado x 100
Proporção de Partos Assistidos por profissional qualificado	n.º de partos assistidos por técnicos (médicos, enfermeiras ou parteiras) / n.º total de nascimentos x 100
Taxa de cobertura vacinal por antigénios/doses nos menores de um ano	n.º de crianças menores de um ano de idade que receberam uma dose de vacina por antigénio / total de crianças menores de um ano de idade x 100
Taxa de crianças completamente vacinadas (Cobertura Vacinal no Primeiro Ano e Vida)	n.º de crianças menores de um ano de idade com esquema básico de vacinação completo / total de crianças menores de um ano de idade x 100
Prevalência contracetiva (Proporção da população feminina de 15 a 49 anos casadas/união que declaram que elas ou o parceiro usam métodos anticoncetivos)	n.º de mulheres entre 15 e 49 anos de idade usando métodos anticoncetivos / população feminina do grupo etário nas mesmas condições matrimoniais ou de união x 100
Taxa de natalidade na adolescência	n.º de nascimentos em adolescentes de 15 a 19 anos de idade num ano / total de adolescentes de 15 a 19 anos de idade x 1000 NV
Taxa de baixo peso ao nascer	n.º de nascimentos com baixo peso ao nascer (<2500gs) / total de nascimentos esperados x 1000 NV
Taxa de cesarianas	n.º de partos por cesarianas / total de partos (normais + cesarianas) x 100
Taxa de citologia Colo de útero	Nº de mulheres que realizaram exame citológico Colo Uterino no período/Total de

	mulheres de 15 anos ou mais x 100
Taxa de prevalência de desnutrição crónica nas crianças menores de 5 anos	Número de crianças menores de 59 meses com retardo de crescimento para idade (< Percentil 3) / Número total de crianças de 0 a 59 meses estimado x 100
Taxa de prevalência de desnutrição aguda nas crianças menores de 5 anos	Número de crianças menores de 59 meses com baixo peso para estatura (< Percentil 3) / Número total de crianças de 0 a 59 estimado x 100
Taxa de prevalência de insuficiência ponderal nas crianças menores de 5 anos	Número de crianças menores de 59 meses com baixo peso para idade (< Percentil 3) / Número total de crianças de 0 a 59 estimado x 100
Taxa de prevalência de sobrepeso nas crianças menores de 5 anos	Número de crianças menores de 59 meses com sobrepeso (> Percentil 97) / Número total de crianças de 0 a 59 meses estimado x 100
Prevalência de anemia nas crianças menores de 5 anos	Número de crianças menores de 59 meses com hemoglobina < 11 g/dl / Número total de crianças de 0 a 59 meses estimado x 100
Prevalência de anemia nas grávidas	Número de grávidas com hemoglobina < 11 g/dl / Número total de grávidas estimado x 100
Prevalência de anemia nos adolescentes	Número de adolescentes (10 a 19 anos) com hemoglobina < 12 g/dl / Número total de adolescentes estimado x 100
Prevalência de anemia nas crianças de 5 a 10 anos	Número de crianças de 5 a 10 anos com hemoglobina < 11,5 g/dl / Número total de crianças (5 a 10 anos) estimado x 100
Taxa de prevalência de baixo peso nas crianças de 5 a 10 anos	Número de crianças de 5 a 10 anos com baixo peso (< Percentil 3) / Número total de crianças de 5 a 10 anos estimado x 100
Taxa de prevalência de risco de excesso de peso nas crianças de 5 a 10 anos	Número de crianças de 5 a 10 anos com baixo peso (> Percentil 85 e ≤ Percentil 97) / Número total de crianças de 5 a 10 anos estimado x 100
Taxa de prevalência de excesso de peso nas crianças de 5 a 10 anos	Número de crianças de 5 a 10 anos com excesso de peso (> Percentil 97) / Número total de crianças de 5 a 10 anos estimado x 100
Taxa de prevalência de baixo peso na adolescência	Número de crianças de 10 a 19 anos com baixo peso (< Percentil 3) / Número total de crianças de 10 a 19 anos estimado x 100
Taxa de prevalência de excesso de peso na adolescência	Número de crianças de 10 a 19 anos com excesso de peso (> Percentil 85 e ≤ Percentil 97) / Número total de crianças de 10 a 19 anos estimado x 100
Taxa de prevalência de obesidade na adolescência	Número de crianças de 10 a 19 anos com obesidade (> Percentil 97) / Número total de

	crianças de 10 a 19 anos estimado x 100
--	---

A N E X O S

- **LIVRO DE REGISTOS DIÁRIO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL**
- **LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE CONSULTAS DE PLANEAMENTO FAMILIAR E PÓS-PARTO**
- **LIVRO DE REGISTO OBSTÉTRICO**
- **LIVRO DE REGISTO DA VACINAÇÃO NAS MATERNIDADES**
- **LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE CONSULTAS E VACINAÇÃO (CRIANÇAS DE 0-4 ANOS)**
- **LIVRO DE INSCRIÇÃO DAS CRIANÇAS E REGISTO DE VACINAÇÃO (CRIANÇAS DE 0-4 ANOS)**
- **LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE CONSULTAS E VACINAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM IDADE ESCOLAR**
- **LIVRO DE INSCRIÇÃO E REGISTO DE VACINAÇÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM IDADE ESCOLAR**
- **LIVRO DE REGISTO DIÁRIO DE VACINAÇÃO DE ADULTOS**
- **LIVRO DE INSCRIÇÃO E REGISTO DE VACINAÇÃO DE ADULTOS**
- **FORMULÁRIO ESTATÍSTICO MENSAL**
- **FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO PLANEAMENTO FAMILIAR**
- **FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO PRÉNATAL/PÓSPARTO**
- **FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DA SAÚDE DO HOMEM**
- **FICHAS DE ATENDIMENTO EM NUTRIÇÃO**
- **GRÁFICOS DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS, CRIANÇAS E ADOLESCENTES de 5 a 19 anos)**

ANEXO 3 - LIVRO DE REGISTO OBSTÉTRICO

ENTRADA																
No	Data	Hora	Nome	Apelido	Residência		Idade	G P A			Anterior NV F1- Faleceu <24 horas F1+ Faleceu >=24 horas	Idade gestac. (Semanas)	Consultas prenatais (Nº)	Referência		Com carta COM / SEM
					Ilha	Zona/ Bairro		Anos completos								
de ordem	de entrada	de entrada	de parturiente											Estrutura sanitária	porque foi referida	

Ministério da Saúde Cabo Verde/Registo Obstétrico

PARTO													SAÍDA				ANOTAÇÕES				
Simplex / Mult. <small>simplex (mut. 2,3,4...)</small>	Lugar SALa BLOco BU CAMinho CASa OUTro	Data <small>da expulsão do feto</small>	Hora <small>da expulsão do feto</small>	Modo ESPontân. INDUÇÃO FORçeps VENTROSA CES <small>cesariana</small> emergência CSP planejada	Apre-sen-ta-ção CEfalica PELvica TRAnsev OUTra	Sexo Femen. Masc. IND <small>indeter- minado</small>	APGAR 1min 5min		Peso Gramas	Vivo NV <small>Nado Vivo</small> NM <small>Nado Morto</small> NMM <small>Nado Morto Macerado</small>	Placenta COMpleta INCompleta Peso Gramas		Ass. Enferm. <small>Iniciais de assinatura</small>	Ass. Médico/o <small>Iniciais de assinatura</small>	Data <small>de alta ou referência</small>	Hora <small>de alta ou referência</small>		Estado Criança BOM MAU F0 Falceu <small><24 horas</small> F1+ Falceu <small>>=24 horas</small>	Referência <small>Enviado para: (Estrutura sanitária)</small>	Assistente <small>Iniciais de assinatura</small>	Patologias Complicações Intervenções Razões p^a referência <small>Eventualmente use mais outra linha.</small>

Ministério da Saúde Cabo Verde/Registo Obstétrico

ANEXO 11 – FORMULÁRIO DE ESTATÍSTICA MENSAL FOLHA 1

REPÚBLICA DE CABO VERDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SEGURANÇA SOCIAL- DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE																
INFORMAÇÃO MENSAL DE ACTIVIDADES DO SERVIÇO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DA MULHER E DO HOMEM																
Nome da Estrutura:		CONCELHO:				DELEGACIA DE SAÚDE:				MÊS:		ANO:				
PRÉ-NATAL								CONSULTA PÓS-PARTO								
TIPO DE CONSULTAS (1)	Nº de Grávidas captadas no Mês (2)	Nº de Grávidas captadas com <12 sem. (3)	Nº de consultas por Enfermeiro (4)	*Nº de consultas por Médico (5)	**Grávidas c/8 consultas Pré-natal (6)	Grávidas na adolescência			Grávidas de risco		Nº de consultas por Enfermeiro (12)		*Nº de consultas por Médico (13)		Referidas (14)	
						10-14 anos (7)	15-16 anos (8)	17-19 anos (9)	Detectadas (10)	Referidas (11)	até 15 dias	16-42 dias	até 15 dias	16-42 dias		
1ªs Consultas																
Controlos																
TOTAL	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
*Inscriver as consultas médicas em livro específico																
PLANEAMENTO FAMILIAR													Gravidez acidental (28)	*Nº de consultas médicas de ginecologia (29)	*Nº de atendimento o SR Homens (30)	
TIPO DE CONSULTAS (15)	Total de Consultas PF (16)	Planeamento familiar na adolescência			CONSULTAS POR MÉTODO							Referência da consulta de PF (27)				
		10-14 anos (17)	15-16 anos (18)	17-19 anos (19)	Pílula (20)	Injectável (21)	DIU (22)	Preservativo Fem. (23)	Preservativo Masc. (24)	Implante (25)	Cirúrgico (26)					
1ªs Consultas																
Controlos																
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*Inscriver as consultas médicas e atendimento dos homens em livro específico																
VDRL na Grávida						VIH na Grávida						Anemia na Grávida (38)				
Testes (31)	Positivo (32)				Neg. (33)	Pré-teste (34)	Positivo (35)				Negativo (36)	Pós-teste (37)	Hb (38)	10 - 19 A	≥20A	
	10-14A	15-19A	20-24 A	≥25A			10-14A	15-19A	20-24 A	>25A						
1º													< 7g/dl			
2º													7-9.9g/dl			
													10-10.9g/dl			

FOLHA 2

REPÚBLICA DE CABO VERDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SEGURANÇA SOCIAL- DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE															
INFORMAÇÃO MENSAL DE ACTIVIDADES DO SERVIÇO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DA MULHER E DO HOMEM															
Nome da Estrutura: 0			CONCELHO: 0			DELEGACIA DE SAÚDE: 0			MÊS: 0			ANO: 0			
Coluna 1 = (4)+(5)+(6)+(7)															
PARTOS I (Em Toda a Delegacia de Saúde ou no Hospital)	Total de Partos (1)	TIPO DE PARTO						Amamentação na 1ª hora após o parto (8)	Morte Materna (9)	Parto Extra-institucional (10)	*Partos pré-termo (11)			Abortos (até 21 semanas) (12)	
		Simples (2)	Múltiplo (3)	Eutócico (4)	Distócico						22 - 27 semanas	28 - 31 semanas	32 - 37 semanas	IVG (até 12 sem.)	Espontâneo
					Cesariana (5)	Pélvico (6)	Forceps ou ventosa (7)								
TOTAL															
*Se não se souber semanas de gravidez, calcular através do peso: 22 semanas - 500 gr; 28 semanas - 1000 gr; 32 semanas - 1500 gr; 38 semanas ≥ 2500 gr															
PARTOS II (Só nas estruturas de saúde)	Total de nascimentos (13)	RECÉM NASCIDOS (nado-vivos e nado-mortos)									ÓBITO EM RECÉM NASCIDOS			PARTO ANTERIOR	
		22 a 27 semanas (14)	28 a 37 Semanas (15)	≥ 38 semanas (16)	De termo - Peso			Nado-Mortos			Nas primeiras 24 horas (24)	>24hs até 7 dias (25)	>7 até 28 dias (26)	Criança viva (27)	Criança falecida (28)
					< 2500 gr (17)	2500-3999 gr (18)	≥4000 gr (19)	Prétermo (20)	De termo (21)	Recente (22)					
TOTAL															

FOLHA 3

REPÚBLICA DE CABO VERDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SEGURANÇA SOCIAL- DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE													
INFORMAÇÃO MENSAL DE ACTIVIDADES DO SERVIÇO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DA MULHER E DO HOMEM													
Nome da Estrutura:		0	CONCELHO		0	DELEGACIA DE SAÚDE:		0	MÊS:		0	ANO:	0
CONSULTA - INFANTIL (< 5 anos)													
TIPO DE CONSULTAS (1)	Consulta de ENFERMAGEM		*Consulta MÉDICA		Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até 6 meses (6)	Alimentação mista até os 15 meses (7)	Alimentação sem Amamentação (8)	*Consulta NUTRIÇÃO		Referência			
	Menores 1 ano (2)	1 a 4 anos (3)	Menores 1 ano (4)	1 a 4 anos (5)				Menores 1 ano (9)	1 a 4 anos (10)	Menores 1 ano (11)	1 a 4 anos (12)		
1ªs Consultas													
Controlos													
TOTAL	0	0	0	0			0	0	0	0	0		
* Livros específicos para a consulta médica e para a consulta de nutrição													
Estado Nutricional - Infantil (< 5 anos)													
TIPO DE CONSULTAS (13)	Altura/Idade		Peso/Altura				Peso/Idade			*Consultas de NUTRIÇÃO GRÁVIDAS			
	Baixa Altura (14)	Altura Adequada (15)	Magreza (16)	Peso Adequado (17)	Risco de Excesso de Peso (18)	Excesso de Peso (19)	Peso Baixo (20)	Peso Adequado (21)	Peso Elevado (22)	TIPO DE CONSULTAS (23)	Adolescente [10-19 anos] (24)	Adulta [≥20 anos] (25)	
1ªs Consultas										1ªs Consultas			
Controlos										Controlos			
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	TOTAL	0	0	
Estado Nutricional das Grávidas													
TIPO DE CONSULTAS (26)	Grávidas Adolescentes [10-19 anos]				Grávidas Adultas [≥20 anos]				*Consultas de NUTRIÇÃO Outros				
	Peso baixo (27)	Peso adequado (28)	Sobrepeso (29)	Obesidade (30)	Peso baixo (31)	Peso adequado (32)	Sobrepeso (33)	Obesidade (34)	TIPO DE CONSULTAS (35)	Crianças > 5 Anos (36)	Adolescente [10-19 anos] (37)	Adultos (38)	
1ªs Consultas									1ªs Consultas				
Controlos									Controlos				
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	TOTAL	0	0	0	
Estado Nutricional de Outros													
TIPO DE CONSULTAS (39)	Crianças >5 Anos + Adolescentes + Adultos				Micronutrientes								
	Peso baixo (40)	Peso adequado (41)	Sobrepeso (42)	Obesidade (43)	Grupos (44)	Vit. A (45)	Ferro (46)	MNP 1ºP (47)	MNP 2ºP (48)	MNP 3ºP (49)	MNP 4ºP (50)	MNP 5ºP (51)	MNP 6ºP (52)
1ªs Consultas					Crianças								
Controlos					Puérperas								
TOTAL	0	0	0	0	TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0

3

FOLHA 4

REPÚBLICA DE CABO VERDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SEGURANÇA SOCIAL - DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE																															
INFORMAÇÃO MENSAL DE ACTIVIDADES DO SERVIÇO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DA MULHER E DO HOMEM																															
Nome da Estrutura: 0								CONCELHO: 0								DELEGACIA DE SAÚDE: 0								MÊS: 0				ANO: 0			

VACINAÇÃO EM MENORES DE 5 ANOS																																	
Vacinas (1)	BCG (2)		Hep. B 0 (3)		VPO 0 (4)		VPO 1 (5)		VPO 2 (6)		VPI 1 (7)		VPO 3 (8)		DTP- Hep.B -Hib 1 (9)		DTP- Hep.B -Hib 2 (10)		DTP- Hep.B -Hib 3 (11)		PRS 1 (12)		Vacinaç. completada até aos 11M e 29 dias (13)*	Febre amarela (14)		PRS 2 (15)		Ref. VPO (16)		Ref. DTP- Hep.B -Hib (17)			
	Estratégia vacinação	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa		Movel		Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel
Menores de 1 ano																																	
1 a 4 anos																																	

(13)* Criança menor de 1 ano, que recebeu todas as vacinas, de BCG a PRS1, antes de completar os 12 meses de idade

VACINAÇÃO NA IDADE ESCOLAR E ADULTOS									
Vacinas (18)	1ª dose (19)		2ª dose (20)		3ª dose (21)		Reforço (22)		Estratégia vacinação
	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	
Td- adultos									
Td-Idade escolar*									
HPV nas meninas									
Febre Amarela									

*Td na idade escolar: administração da 1ª dose entre os 6-7 anos de idade; 2ª dose entre os 14-15 anos de idade

VACINAÇÃO NA GRAVIDA E MIF											
Vacinas (23)	Td.1 (24)		Td. 2 (25)		Td.3 (26)		Td.4 (27)		Td.5 (28)		COMPL. VAC. (29)*
	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	Fixa	Movel	
Estratégia de vacinação											
Grávidas											
Mulheres em Idade Fértil											

(29)* Grávida ou MIF (15 a 49 anos) que se apresenta no serviço SR, com as 5 doses de Vacina Td, feitas corretamente, e que não foi notificada anteriormente como completamente vacinada

MANIFESTAÇÕES ADVERSAS PÓS IMUNIZAÇÃO (MAPI)											
GRUPOS (30)	BCG (31)	Hepatit e B (32)	PÓLIO ORAL (33)	PÓLIO INJETÁ VEL. (34)	DTP- Hib- HEP B (35)	PRS (36)	Febre amarela (37)	Td (38)	HPV (39)	Total de Casos (40)	Óbitos por MAPI (41)
1 a 4 anos									0		
Adolescente									0		
Grávidas									0		
MIF									0		
Adultos									0		
TOTAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

CADEIA DE FRIO			
Temperaturas registadas no mês (42)		Episódios de ALARME registados no mês (43)	
Min.	Max.	Temp. Baixa (<2°C)	Temp. Elevada (>8°C)

FOLHA 5

REPÚBLICA DE CABO VERDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SEGURANÇA SOCIAL - DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE								
INFORMAÇÃO MENSAL DE ACTIVIDADES DO SERVIÇO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DA MULHER E DO HOMEM								
Nome da Estrutura:		0	CONCELHO:	0	DELEGACIA DE SAÚDE:	0	MÊS: 0 ANO: 0	
GESTÃO DE STOCK DOS PRODUTOS DE SPPISCAMH								
MEDICAMENTOS e CONSUMÍVEIS		QUANTIDADE					OBSERVAÇÕES (8)	NB: Especificar na coluna "observações", as perdas ou estragos de vacinas, por congelação, PCV alterada, data de validade expirada, entre outros. Indicar por número de doses.
CÓDIGO (1)	DESCRIÇÃO (2)	STOCK NO INÍCIO DO MÊS (3)	RECEBIDOS NESTE MÊS (4)	DISTRIBUÍDOS NESTE MÊS (5)	PERDAS E ESTRAGOS (6)	SALDO NO FIM DO MÊS (7)		
1	Microgynon/Zinnia-F					0		
2	Microlut /Fany-POP					0		
3	Pilula de emergência					0		
4	Depo-Provera					0		
5	Seringa p/ Depo-Provera(2ml)					0		
6	Implant					0		
7	DIU TCu 380 A					0		
8	Preservativo Masculino					0		
9	Lubrificante					0		
10	Preservativo Feminino					0		
11	Vacina BCG					0		
12	Vacina Polio Oral (VPO)							
13	Vacina Polio inactivada injetável (VPI)							
14	Vacina Pentavalente (DTP-HepB-Hib)							
15	Vacina contra Hepatite B					0		
16	Vacina Triplce viral (PRS)					0		
17	Vacina contra Febre amarela					0		
18	Vacina contra Tetânica e difteria (Td)					0		
19	Vacina contra o HPV					0		
20	Seringas BCG 0,05 ml					0		
21	Seringas AB 0,5 ml					0		
22	Seringas Dil. 2.5 ml					0		
23	Seringas Dil. 5 ml					0		
24	Caixas de Seguranças					0		
25	Caderno da criança					0		
26	Caderno AISMA					0		
27	Livro de registo/inscrição das crianças					0		
28	Livro de registo diário das vacinações					0		
29	Livro registo PN					0		
30	Livro registo PF					0		
31	Livro registo Obstétrico					0		
32	Sais de Ferro 60mg (distrib. Escolas) - (comp.)					0		
33	S.Ferro(60mg)+Ác.Fólico(0,4mg)-Grav./Puérp.- (comp.)					0		
34	Vitamina A 200.000 U (Crianças de risco \geq 12) - (cáps.)					0		
35	Vitamina A 100.000 U (Crianças de risco < 12) - (cáps.)					0		
36	Mebendazol(500mg)(distrib.Escolas e Jardins) - (comp.)					0		
37	Kits controle sal iodado (Iodato)					0		
38	Kits controle sal iodado (Iodado)					0		
39	Micronutrientes em pó (MNP) Vitaferro - (saquetas)					0		

5

FOLHA 6

REPÚBLICA DE CABO VERDE - MINISTÉRIO DA SAÚDE E DA SEGURANÇA SOCIAL - DIREÇÃO NACIONAL DE SAÚDE												
INFORMAÇÃO MENSAL DE ACTIVIDADES DO SERVIÇO DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO INTEGRADA À SAÚDE DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE, DA MULHER E DO HOMEM												
Nome da Estrutura:		0	CONCELHO:		0	DELEG. SAÚDE:		0	MÊS:	0	ANO:	0
TEMAS		Nº DE PALESTRAS	Nº DE PARTICIPANTES		Nº DE VISITAS DOMICILIARIAS							
SAÚDE INFANTIL e VACINAÇÃO												
SAÚDE DO ADOLESCENTE												
CONSULTA PRÉ-NATAL, PÓS-PARTO E PÓS-ABORTO												
PLANEAMENTO FAMILIAR INCLUINDO INFERTILIDADE INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS INCLUINDO VIH/SIDA												
CANCRO DE MAMA, ÚTERO E PRÓSTATA, RASTREIO												
SAÚDE DO HOMEM												
NUTRIÇÃO												
Comentários.												
DATA DE PREENCHIMENTO: ____/____/____						DATA DE RECEPÇÃO PELO DELEGADO DE SAÚDE: ____/____/____						
DATA DE ENVIO ao DELEGADO DE SAÚDE: ____/____/____						DATA DE ENVIO AO SERVIÇO CENTRAL: ____/____/____						
NOME E APELIDO DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO:						NOME E APELIDO DO DELEGADO DE SAÚDE / DIRETOR CENTRO DE S						
ASSINATURA: _____						ASSINATURA: _____						
6												

ANEXO 12 – FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO PLANEAMENTO FAMILIAR



Ficha de Atendimento - Planeamento Familiar

Código de Inscrição do caderno AISM:

--	--	--	--	--	--

Delegacia de saúde: Estrutura de Saúde:.....

Nome completo:

Data de nascimento:/...../.....

Naturalidade..... Concelho.....

Residência atual..... Concelho:

Escolaridade (preencher a lápis)
 ANAlfabeto
 PRImária
 SECundária
 SUPerior

Estado Civil (preencher a lápis)
 CASado
 UNIão de facto
 SOLteiro
 DIVorciado/SEParado
 VIÚvo

Profissão/Ocupação..... Telefone:

(preencher a lápis)

Data da próxima consulta:

(preencher a lápis)

Antecedentes pessoais

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> | Cirrose Hepática | <input type="checkbox"/> |
| Hepatite Viral (ativo) | <input type="checkbox"/> | Tuberculose | <input type="checkbox"/> |
| Doenças Cardíacas | <input type="checkbox"/> | Cefaleia (enxaqueca) | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | Habito tabágico | <input type="checkbox"/> |
| Varizes | <input type="checkbox"/> | Habito etílico | <input type="checkbox"/> |
| TVP/Embolia Pulmonar | <input type="checkbox"/> | Tumores de Fígado | <input type="checkbox"/> |
| Mutações Termogénicas | <input type="checkbox"/> | Câncer | <input type="checkbox"/> |
| Anemia C. Falciformes | <input type="checkbox"/> | Qual: | |
| Epilepsia | <input type="checkbox"/> | Uso de medicação continua | <input type="checkbox"/> |
| Outras Drogas | <input type="checkbox"/> | Quais: | |

Antecedentes Familiares

- | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------|
| Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> | Outros |
| TVP/Embolia pulmonar | <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | |
| Câncer | <input type="checkbox"/> | |
| Qual: | | |

HISTÓRICO GINECOLÓGICO

Menarca:..... anos DUM:...../...../.....

Ciclo Menstrual:...../..... dias Sangramento Genital Anormal

Menstruação: Regular Mamas: Dor

Irregular Secreção mamilar

Fluxo : Normal Cor.....

Escasso Nódulos

Abundante Outras alterações

Dismenorreia Quais

Doenças inflam. Pélvicas Cirurgia(as) Ginecológica(s)

IST Qual/Quais.....

Qual:.....

Fez tratamento

Antecedentes Obstétrico

Gestação G. Ectópica

Parto(s) Nados-vivos

Aborto(s) Nados-mortos

Cesariana (s) Filhos Vivos

Gestação anterior: Parto Aborto

Exames **Vacina contra Tétano e difteria (Td)**

VDRL...../...../.....

Resultado: Negativo

Positivo

Tratamento: Sim

Não

VIH...../...../.....

Citologia...../...../.....

Resultado: Normal

Alterado

Dose	Data		
	Dia mês ano		
1			
2			
3			
4			
5			
CV			

A mulher com 5 doses de vacina Td feitas correctamente encontra-se completamente vacinada contra o tétano.

EXAME GINECOLÓGICO

Exame de mama

Vulva

Vagina:

Corrimento:

Hemorragia:

Colo Uterino:

Ectrópion (C).....

Outros:

Útero:

Posição: AF / RF / Média

Tamanho pequeno/ normal/

Consistência: normal / dura / amolecida

Mobilidade: móvel / fixo

Superfície: homogénia / heterogonia

Anexos:

Fundo de Saco:.....

ANEXO 13 – FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DO PRÉNATAL/PÓSPARTO



Ficha de atendimento da Consulta pré-natal

Código de Inscrição do caderno AISM:

--	--	--	--	--	--

Delegacia de saúde: Estrutura de Saúde:.....

Nome completo:

Data de nascimento:/...../.....

Naturalidade..... Concelho.....

Residência atual..... Concelho:

Escolaridade (preencher a lápis)
 ANAlfabeto
 PRIMária
 SECundária
 SUPerior

Estado Civil (preencher a lápis)
 CASado
 UNIão de facto
 SOLteiro
 DIVorciado/SEParado
 VIÚvo

Profissão/Ocupação..... Telefone:

(preencher a lápis)

Data da próxima consulta:

(preencher a lápis)

Antecedentes pessoais

Hipertensão Arterial	<input type="checkbox"/>	Habito etílico	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	Uso de outras Drogas	<input type="checkbox"/>
Doenças Cardíacas	<input type="checkbox"/>	Parto Pré-termo	<input type="checkbox"/>
Asmas Bronquial	<input type="checkbox"/>	Rubéola	<input type="checkbox"/>
Infeção Urinaria	<input type="checkbox"/>	Sífilis	<input type="checkbox"/>
Doença Renal	<input type="checkbox"/>	Malformação	<input type="checkbox"/>
Patologia Psiquiátrica	<input type="checkbox"/>	Qual	
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	Uso de medicação continua	<input type="checkbox"/>
Habito tabágico	<input type="checkbox"/>	Quais:	
Outras Doenças.....		Alergia Medicamentosa	<input type="checkbox"/>
		Qual	

Antecedentes Familiares

Hipertensão Arterial

Diabetes

Gemelaridade

Patologia Psiquiátrica

Malformação

Qual.....

Outras Doenças

Informações do Parceiro

Idade.....

Escolaridade.....

Ocupação.....

Grupo Sanguíneo..... rh.....

HISTÓRICO GINECOLÓGICO

Menarca:..... anos

Ciclo Menstrual:...../..... dias

Menstruação: Regular Irregular

Fluxo : Normal Escasso Abundante

Dismenorreia

Doenças inflam. Pélvicas

IST

Qual:.....

Fez tratamento

Sangramento Genital Anormal

Mamas: Dor Secreção mamilar Cor.....

Nódulos

Outras alterações

Quais

Cirurgia(as) Ginecológica(s)

Qual/Quais.....

Antecedentes Obstétrico

Gestação Parto(s) Aborto(s) Cesariana (s)

Gestação anterior: Parto Aborto

G. Ectópica

Nados-vivos

Nados-mortos

Filhos Vivos

RN < 2500 g

RN > 4000 g

Exames

Grupo sanguíneo
Fator rh negativo

Grupo sanguíneo parceiro
Fator rh negativo

Vacina contra Tétano e diftéria (Td)

Dose	Data
	Dia mês ano
1	/ /
2	/ /
3	/ /
4	/ /
5	/ /
CV	/ /

A mulher com 5 doses de vacina Td feitas correctamente encontra-se completamente vacinada contra o tétano.

EXAME GINECOLÓGICO

Exame de mama

Vulva

Vagina:

Corrimento:

Hemorragia:

Colo Uterino:

Ectrópion ☉.....

Outros:

Útero:

Posição: AF / RF / Média

Tamanho pequeno/ normal/

Consistência: normal / dura / amolecida

Mobilidade: móvel / fixo

Superfície: homogenia / heterogenia

Anexos:

Fundo de Saco:.....

Gestação atual:

DUM...../...../..... DPP/...../..... DPPC/...../.....

Recomende-se 8 CPN: 1ª Consulta <12 semanas. Se a gravidez é de baixo risco continuar às: 20 semanas; 26 semanas; 30 semanas; 34 semanas; 36 semanas; 38 semanas; 40 semanas. Recomendar voltar com 41 semanas, se não tiver parto, para encaminhamento ao Hospital.

N.º Consultas	1	2	3	4	5	6	7	8
Data [dd mm]								
Tempo de gest. [sem]								
Queixas urinárias [X]								
Dispneia [X]								
Prurido vaginal [X]								
Perdas líqu. vag. [X]								
Perdas sang. vag. [X]								
Peso [kg]								
Estado nutricional (ver gráfico)								

Palidez unhas conj. [X]								
TA (mm Hg) max min								
Altura uterina [cm]								
LONgitudinal Trans versa								
CEFalica PELVica								
Foco fetal [/min]								
SIMples MULTipla								
Edema de mão e face [X]								
Glicemia								
TTGO								
HB [g%]								
Proteinúria								
VDRL								
VIH								
COOMBS indirecto								
Ferro [comp/dia]								

Assinatura								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

RESULTADOS EXAMES

	Data	1º Trimestre	Data	2º Trimestre	Data	3º Trimestre
Hemoglobina						
Hemograma						
Glicémia jejum						
PTG 50g						
Urina II						
Ureia						
Creatinina						
TGP						
TGO						
AG HBS						
Toxoplasmose						
Rubéola						
Citomegalovirus						
Outros						

Ecografia

N.º	1	2	3	4
Data [dd/mm]				
IG (DUM) [sem]				
Saco Gest. [mm]				
Embrão				
DBP [mm]				
CF				
CCN [mm]				
BCF [l/min]				
Mov. fetais NORmals, AUSentes LA NORmal, AUMentado, DIMinuído				
Número de fetos [1, 2, 3, ...]				
Placenta NORmal, PREVia				
Apresentação CEFálica, PELVica				
IG (ECO) [sem]				

Avaliação do risco materno fetal (GOODWIN Modificado, ano 2000)

I		II		III	1ª visita	36ª semana
História Reprodutiva		Patologia associada		Gravidez atual		
Idade: <17e >40 18-29 30-39	=3 <input type="checkbox"/>	Cirurgia ginecológica anterior	=1 <input type="checkbox"/>	Hemorragias <= 20 semanas	=1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	=0	Doença renal crónica	=2 <input type="checkbox"/>	Hemorragias > 20 semanas	= 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	= 1	Diabetes gestacional	=1	Anemia (<= 10 g)	=1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paridade: 1-4 >5	=0	Diabetes Mellitus	=3	Gravidez prolongada >= 42 semanas	= 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	=3	Doença cardíaca	=3	Hipertensão	= 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
História obstétrica anterior		Outras desordens médicas (bronquite crónica, lúpus, etc.) índice de acordo com a gravidade (1-3)		Rotura prematura da membranas	= 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aborto habitual >= (3 consecutivos)	=1 <input type="checkbox"/>	Índice	Hidrónios	=2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infertilidade	=1 <input type="checkbox"/>			ACIU (atraso de crescimento intrauterino)	=3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemorragia post-parto/dequitação manual	=1 <input type="checkbox"/>			Gravidez múltipla Apresentação pélvica	=3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RN >= 4000 g	=1 <input type="checkbox"/>					
Pré-eclampsia/eclampsia	=1 <input type="checkbox"/>	TOTAL DE INDICE I,II,III		Má apresentação Isoimunização Rh	= 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cesariana anterior	=2 <input type="checkbox"/>					
Feto morto/ morte neo-natal	=3 <input type="checkbox"/>			Índice
Trabalho de parto prolongado ou difícil	=1 <input type="checkbox"/>					
Índice					

Consulta Pós Parto

Data/...../.....	Data do parto/...../.....
	Nº Dia pós-parto
Duração da Gravidezsemanas	Partos Múltiplos <input type="checkbox"/>
Local de parto Institucional <input type="checkbox"/>	Nº de nados Vivos
	Nados morto
	Peso ao nascer g
	Comprimentocm
	Perímetro Cefálicocm
Domiciliar <input type="checkbox"/>	Apgar 1º mn 5mn.....
Outros <input type="checkbox"/>	Reanimação: sim <input type="checkbox"/>
Tipo de Parto : Eutócico <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Aleitamento na 1ª hora: sim <input type="checkbox"/>
Distócico <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ventosas <input type="checkbox"/>	
Fórceps <input type="checkbox"/>	
Cesariana <input type="checkbox"/>	

EXAME FISICO GERAL

DUM...../...../..... **Peso** Kg **IMC**.....

Amamenta: sim **Não** **Porquê?**

Exame pele, mucosa, face.....

Mamas.....

Aparelho cardio respiratório.....

TA..... **FC**.....

Abdómen.....

Exame Genecológico.....

Loquios

Membros.....

ANEXO 14 – FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO DA SAÚDE DO HOMEM



Ficha de Atendimento Saúde do Homem

Número de ficha:/.....

Delegacia de saúde: Estrutura de Saúde:.....

Nome completo:

Data de nascimento:/...../.....

Naturalidade..... Concelho.....

Residência atual..... Concelho:.....

Escolaridade

ANAlfabeto
PRImária
SECundária
SUPerior

Estado Civil

CASado
UNIão de facto
SOLteiro
DIVorciado/SEParado
VIÚvo

Profissão/Ocupação..... Telefone:.....

(preencher a lápis)

Data da próxima consulta:

--	--	--

(preencher a lápis)

Antecedentes pessoais

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|---------------------------------------|-----------------------------------|
| Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> | Hematúria | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> | Incontinência Urinária | <input type="checkbox"/> |
| Hiper colesterolemia | <input type="checkbox"/> | IST | <input type="checkbox"/> |
| AVC | <input type="checkbox"/> | Qual: | Fez tratamento? Sim..... Não..... |
| Doenças Cardíacas | <input type="checkbox"/> | Uso de preservativo | |
| Câncer | <input type="checkbox"/> | Nunca..... As vezes Sempre..... | |
| Qual: | | Doenças dos órgãos genitais | <input type="checkbox"/> |
| Hábitos Tabágicos | <input type="checkbox"/> | Qual: | |
| Hábitos Etílicos | <input type="checkbox"/> | Cirurgia de órgãos genitais | <input type="checkbox"/> |
| Outras Drogas | <input type="checkbox"/> | Qual: | |
| Infeção Urinária | <input type="checkbox"/> | Número de filhos | |
| Quantas vezes: | | | |

Antecedentes Familiares

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Hipertensão Arterial | <input type="checkbox"/> | Câncer de próstata | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> | Grau de parentesco | |
| Hiper colesterolemia | <input type="checkbox"/> | Outros Câncer | <input type="checkbox"/> |
| AVC | <input type="checkbox"/> | Qual: | |
| Doenças Cardíacas | <input type="checkbox"/> | | |

Exame físico geral

Pele mucosa

.....

Ap. Respiratório

.....

Ap. Cardiovascular

.....

Abdomém

.....

Membros Inferiores

.....

Exame dos órgãos genitais

Mamas.....

.....

Pelos Púbicos.....

.....

Pénis.....

.....

Bolsa Escrotal.....

.....

Testículos.....

.....

Região Inguinal.....

.....

Região Perianal.....

ANEXO 15 – FICHAS DE ATENDIMENTO EM NUTRIÇÃO



**Ministério da Saúde e
da Segurança Social**
Direcção Nacional da Saúde

AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS DE 0-2 ANOS

Data de atendimento: ____/____/____

Procedência: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: () F () M

Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos/meses

Nome da mãe ou responsável: _____ Nome do pai: _____

Situação civil familiar (mãe/pai): () Solteiro () Casado () União estável () Separado/divorciado () Viúvo

Nº de pessoas que moram em casa: _____ Telef.: _____

HISTÓRIA DE SAÚDE

Estado Actual de Saúde: _____

Estado Habitual de Saúde: _____

História Médica Progressiva: _____

Mãe fez pré-natal: () Sim _____ quantidade () Não Por quê: _____

Peso ao nascer: _____ Kg Estatura ao nascer: _____ cm IG: _____ sem

Ocorrência na gestação: _____

Estado nutricional ao nascer: percentil P/I: _____ P/A: _____ A/I: _____

HB glicada: _____ Outros: _____

HISTÓRIA DE AMAMENTAÇÃO:

Mãe recebeu orientações sobre o aleitamento materno? () Não () Sim Quem orientou? _____

Quanto tempo depois do nascimento começou a amamentar? _____

A criança mama no peito: () Sim* () Não*

* Se Sim: quantas vezes durante o dia: _____ Quantas vezes durante a noite: _____

Duração da amamentação: _____ Intervalo: _____

Mama quando solicita: () Sim () Não Horário da amamentação são estabelecidos: () Sim () Não

Há alternância do seio: () Sim () Não

* Se Não: A criança mamou no peito: () Sim () Não Até que idade: _____ ano/meses

Se nunca mamou, porque: _____

Porque parou de mamar? _____

INTRODUÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS – ANAMNESE ALIMENTAR:

Idade que a criança recebeu outro alimento que não o Leite Materno:

Chá: _____ meses Frutas: _____ meses Carnes: _____ meses Leite e derivados: _____ meses

Ovos: _____ meses Cereais: _____ meses Leguminosas: _____ meses Doces e refrigerantes: _____ meses

Outros alimentos: _____

Intolerância Alimentar: () Não () Sim: _____ Alergia: () Não () Sim: _____

Preparo dos alimentos diferenciado dos adultos: () Não () Sim

Local das refeições: () Casa () Jardim de infância: _____ Outros: _____

ALEITAMENTO ARTIFICIAL

TIPO DE LEITE	NOME	QUANTIDADE/DIA	MEDIDAS
Fórmula infantil			
Especial			
Vaca			
Cabra			
Outro leite			

OBS: _____

TIPO DE ALEITAMENTO:

AME: _____ AMM: _____ AMC: _____ Outro: _____

RECORDÁRIO DE 24 HORAS

HORÁRIO/REFEIÇÃO	ALIMENTOS	QUANTIDADE
PEQUENO ALMOÇO		
LANCHE DA MANHÃ		
ALMOÇO		
LANCHE DA TARDE		
JANTAR		
CEIA		

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

1) Data: ____/____/____
 Idade: ____ anos/meses Peso: ____ Kg Estatura: ____ cm
 Percentil: P/I: ____ P/A: ____ A/I: ____ AVALIAÇÃO: ____
 Intercorrências no período: _____

CONDUTA NUTRICIONAL:

2) Data: ____/____/____
 Idade: ____ anos/meses Peso: ____ Kg Estatura: ____ cm
 Percentil: P/I: ____ P/A: ____ A/I: ____ AVALIAÇÃO: ____
 Intercorrências no período: _____

CONDUTA NUTRICIONAL:

3) Data: ____/____/____
 Idade: ____ anos/meses Peso: ____ Kg Estatura: ____ cm
 Percentil: P/I: ____ P/A: ____ A/I: ____ AVALIAÇÃO: ____
 Intercorrências no período: _____

CONDUTA NUTRICIONAL:


AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO NUTRICIONAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Data de atendimento: ____/____/____ Procedência: _____

IDENTIFICAÇÃO

 Nome: _____ Sexo: ()F ()M
 Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos
 Nome da mãe ou responsável: _____ Nome do pai: _____
 Situação civil familiar (mãe/pai): () Solteiro () Casado () União estável () Separada/divorciado () Viúvo
 Renda familiar: _____ Nº de pessoas que moram em casa: _____ Telef.: _____

HISTÓRIA DE SAÚDE

 Estado Actual de Saúde: _____
 Estado Habitual de Saúde: _____
 Historia Familiar: () DM () DCV () Obesidade () HAS () CA () Outra: _____
 HMP: () DM () DCV () Obesidade () HAS () CA () Outra: _____
 Medicamentos: () Não () Sim: _____
 Suplemento vitamínico-mineral: () Não () Sim: _____
 Drogas: () Não () Sim: _____ p/dia
 Álcool: () Não () Sim: Quant. _____ Freq. _____
 Prática de actividade física: Tipo _____ Freq. _____ Horário: _____

REVISÃO DE SISTEMA E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Sintomas						
P. Arterial						
Alergias						
Apetite						
Náusea						
Vômito						
Pirose						
Flatulência						
Diarréia						
Obstipação						
Edema						
Tontura						
Astenia						
Exames Laboratoriais						
Hemoglobina						
Hematócrito						
Glicemia						
HB glicada						
Colesterol e frações						
Triglicerídeos						
Ureia						
Creatinina						
Dados Antropométricos						
Peso actual (Kg)						
Alt. (cm)						
IMC Actual						
Percentil IMC						
Percentil P/I						
Percentil A/I						
E. N.						

ANAMNESE ALIMENTAR: Local das refeições: () Casa () Escola () Outros _____
 Quem prepara as refeições: _____ Tipo de preparações: _____
 Consumo de: SAL _____ p/mês Percapita: _____ AÇÚCAR _____ p/mês Percapita _____
 Tipo de gordura para preparo dos alimentos: _____ Quant./mês _____ Percapita _____
 Consumo de líquidos: Quant. _____ Líquidos mais comuns _____
 Preferências alimentares: _____
 Aversões alimentares: _____
 Tratamento dietético anterior: () Não () Sim Especificar: _____

RECORDATÓRIO DE 24 HORAS

HORÁRIO/REFEIÇÃO	ALIMENTOS	QUANTIDADE
PEQUENO ALMOÇO		
LANCHE DA MANHÃ		
ALMOÇO		
LANCHE DA TARDE		
JANTAR		
CEIA		

Consome alimentos fora dos horários normais? () Não () Sim () Bolos () Bolachas/Biscoitos
 () Chocolate () Doces () Salgados () Outros _____

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

1) Data: ____/____/____
 Idade: ____ anos/meses Peso: ____ Kg Estatura: ____ cm IMC: ____ Kg/m²
 Percentil: IMC: ____ P/I: ____ A/I: ____
 GEB: ____ (FI: ____) GET: ____ (____ kcal/kg/dia) PTN: ____ (____ g/kg/dia)

AVALIAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: _____

CONDUTA NUTRICIONAL: _____

2) Data: ____/____/____
 Idade: ____ anos/meses Peso: ____ Kg Estatura: ____ cm IMC: ____ Kg/m²
 Percentil: IMC: ____ P/I: ____ A/I: ____
 GEB: ____ (FI: ____) GET: ____ (____ kcal/kg/dia) PTN: ____ (____ g/kg/dia)

AVALIAÇÃO: _____

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: _____

CONDUTA NUTRICIONAL: _____



AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO NUTRICIONAL DO ADULTO/IDOSO

Data de atendimento: ____/____/____ Procedência: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____ Sexo: () F () M
 Data de nascimento: ____/____/____ Idade: _____ anos
 Nº de pessoas que moram em casa: _____ Telef.: _____

HISTÓRIA DE SAÚDE

Estado Actual de Saúde: _____
 Estado Habitual de Saúde: _____
 Historia Familiar: () DM () DCV () Obesidade () HAS () CA () Outra: _____
 HMP: () DM () DCV () Obesidade () HAS () CA () Outra: _____
 Medicamentos: () Não () Sim: _____
 Suplemento vitamínico-mineral: () Não () Sim: _____
 Drogas: () Não () Sim: _____ p/dia Tipo: _____ Ex-Fumante: _____
 Álcool: () Não () Sim: Quant. _____ Freq. _____
 Actividade física: Tipo _____ Freq. _____ Horário: _____

REVISÃO DE SISTEMA E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Sintomas						
P. Arterial						
Alergias						
Apetite						
Náusea						
Vômito						
Pirose						
Flatulência						
Diarreia						
Obstipação						
Edema						
Tontura						
Astenia						
Outros:						
Exames Laboratoriais						
Hemoglobina						
Hematócrito						
Glicemia						
HB glicada						
Colesterol e frações						
Triglicerídeos						
Ureia						
Creatinina						
Outros:						
Dados Antropométricos						
Alt. (cm)						
Peso actual (Kg)						
Circ. Cintura						
Circ. Quadril						
Relação C/Q						
IMC Actual						
E. N.						

ANAMNESE ALIMENTAR: Local das refeições: () Casa () Escola () Outros _____
 Quem prepara as refeições: _____ Tipo de preparações: _____
 Consumo de: SAL _____ p/mês Percapita: _____ AÇUCAR _____ p/mês Percapita _____
 Tipo de gordura para preparo dos alimentos: _____ Quant./mês _____ Percapita _____
 Consumo de líquidos: Quant. _____ Líquidos mais comuns _____
 Preferências alimentares: _____
 Aversões alimentares: _____
 Tratamento dietético anterior: () Não () Sim Especificar: _____

RECORDATÓRIO DE 24 HORAS

HORÁRIO/REFEIÇÃO	ALIMENTOS	QUANTIDADE
PEQUENO ALMOÇO		
LANCHE DA MANHÃ		
ALMOÇO		
LANCHE DA TARDE		
JANTAR		
CEIA		

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

1) Data: ____/____/____
 Idade: ____ anos Peso: ____ Kg Estatura: ____ cm IMC: ____ Kg/m²
 GEB: ____ (FI: ____) GET: ____ (____ kcal/kg/dia) PTN: ____ (____ g/kg/dia)

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: _____

CONDUTA NUTRICIONAL: _____

2) Data: ____/____/____
 Idade: ____ anos Peso: ____ Kg Estatura: ____ cm IMC: ____ Kg/m²
 GEB: ____ (FI: ____) GET: ____ (____ kcal/kg/dia) PTN: ____ (____ g/kg/dia)

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: _____

CONDUTA NUTRICIONAL: _____

3) Data: ____/____/____
 Idade: ____ anos Peso: ____ Kg Estatura: ____ cm IMC: ____ Kg/m²
 GEB: ____ (FI: ____) GET: ____ (____ kcal/kg/dia) PTN: ____ (____ g/kg/dia)

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: _____

CONDUTA NUTRICIONAL: _____


AVALIAÇÃO E SEGUIMENTO NUTRICIONAL DA GRÁVIDA E ALEITANTE

Data de atendimento: ____/____/____ Procedência: _____

IDENTIFICAÇÃO

 Nome: _____
 Data de nascimento: ____/____/____ Idade: ____ anos Nº de gravidez: _____
 Nº de pessoas que moram em casa: _____ Telef.: _____

HISTÓRIA DE SAÚDE

 Estado Actual de Saúde: _____
 Estado Habitual de Saúde: _____
 Historia Familiar: () DM () DCV () Obesidade () HAS () CA () Outra: _____
 HMP: () DM () DCV () Obesidade () HAS () CA () Outra: _____
 Medicamentos: () Não () Sim: _____
 Suplemento vitamínico-mineral: () Não () Sim: _____
 Drogas: () Não () Sim: _____ p/dia Tipo: _____ Ex-Fumante: _____
 Alcool: () Não () Sim: Quant. _____ Freq. _____
 Actividade física: Tipo _____ Freq. _____ Horário: _____

REVISÃO DE SISTEMA E AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

DATA	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____	____/____/____
I.G. (semanas)						
A.M						
Sintomas						
P. Arterial						
Alergias						
Apetite						
Náusea						
Vómito						
Pirose						
Flatulência						
Diarreia						
Obstipação						
Edema						
Tontura						
Astenia						
Exames Laboratoriais						
Hemoglobina						
Hematócrito						
Glicemia						
HB glicada						
Colesterol e frações						
Triglicérideos						
Ureia						
Creatinina						
Outros:						
Dados Antropométricos						
Alt. (cm)						
Peso pré gestacional						
Peso actual (Kg)						
IMC pré-gestacional						
IMC Actual						
E. N.						

ANAMNESE ALIMENTAR: Local das refeições: () Casa () Escola () Outros _____
 Quem prepara as refeições: _____ Tipo de preparações: _____
 Consumo de: SAL _____ p/mês Per capita: _____ AÇÚCAR _____ p/mês Per capita _____
 Tipo de gordura para preparo dos alimentos: _____ Quant./mês _____ Per capita _____
 Consumo de líquidos: Quant. _____ Líquidos mais comuns _____
 Preferências alimentares: _____
 Aversões alimentares: _____
 Tratamento dietético anterior: () Não () Sim Especificar: _____

RECORDATÓRIO DE 24 HORAS

HORÁRIO/REFEIÇÃO	ALIMENTOS	QUANTIDADE
PEQUENO ALMOÇO		
LANCHE DA MANHÃ		
ALMOÇO		
LANCHE DA TARDE		
JANTAR		
CEIA		

DADOS ANTROPOMÉTRICOS:

1) Data: ____/____/____
 Idade: ____ anos Peso: ____ Kg Estatura: ____ cm IMC: ____ Kg/m²
 GEB: ____ (F.I.: ____) GET: ____ (____ kcal/kg/dia) PTN: ____ (____ g/kg/dia)

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: _____

CONDUTA NUTRICIONAL: _____

2) Data: ____/____/____
 Idade: ____ anos Peso: ____ Kg Estatura: ____ cm IMC: ____ Kg/m²
 GEB: ____ (F.I.: ____) GET: ____ (____ kcal/kg/dia) PTN: ____ (____ g/kg/dia)

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: _____

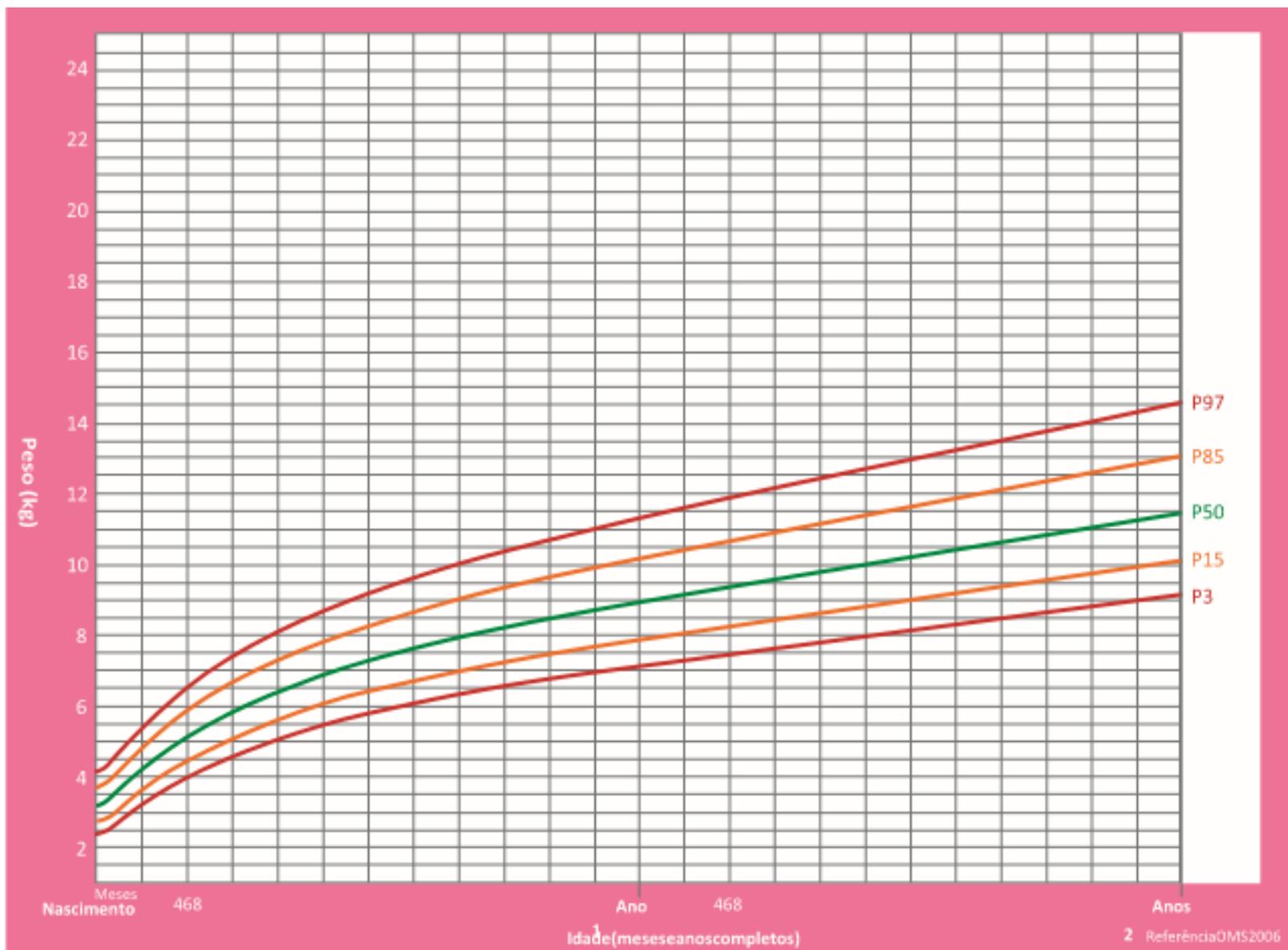
CONDUTA NUTRICIONAL: _____

3) Data: ____/____/____
 Idade: ____ anos Peso: ____ Kg Estatura: ____ cm IMC: ____ Kg/m²
 GEB: ____ (F.I.: ____) GET: ____ (____ kcal/kg/dia) PTN: ____ (____ g/kg/dia)

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: _____

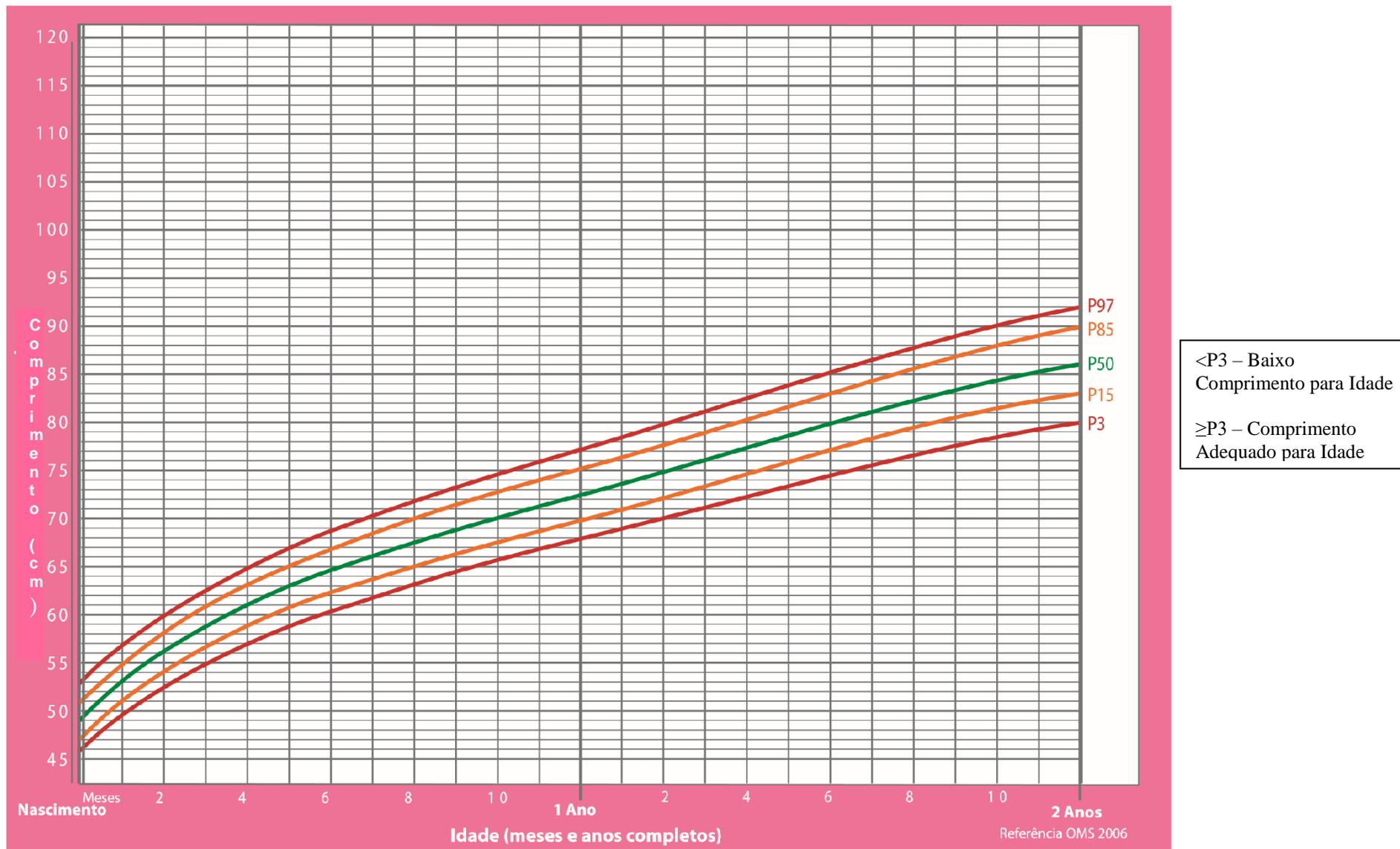
CONDUTA NUTRICIONAL: _____

ANEXO 16 – GRÁFICOS DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL (CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS, CRIANÇAS E ADOLESCENTES)
Peso para idade em Meninas 0 a 2 Anos (Percentil)

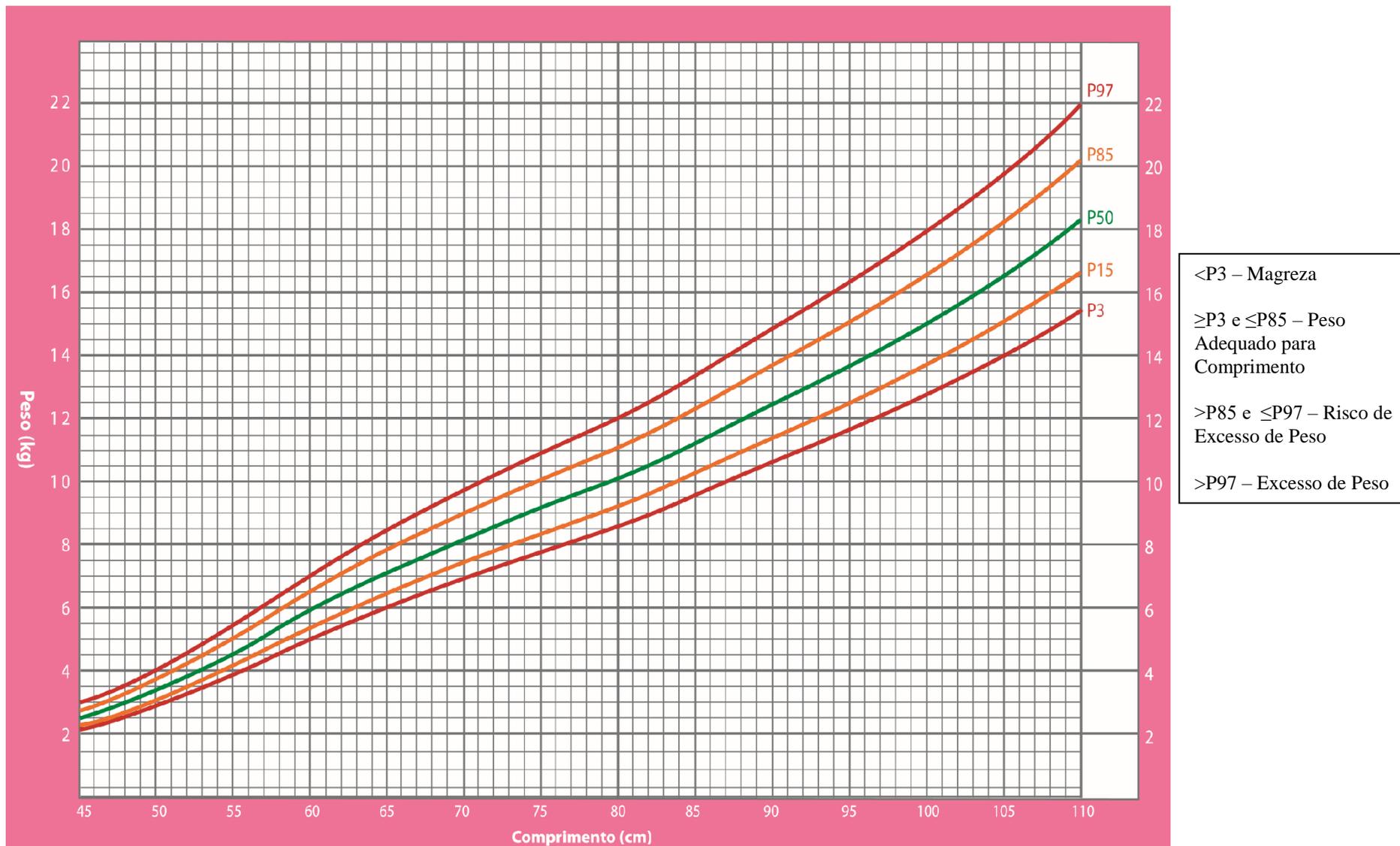


<P3 – Baixo Peso para Idade
≥P3 e ≤P97 – Peso Adequado para Idade
>P97 – Peso Elevado para Idade

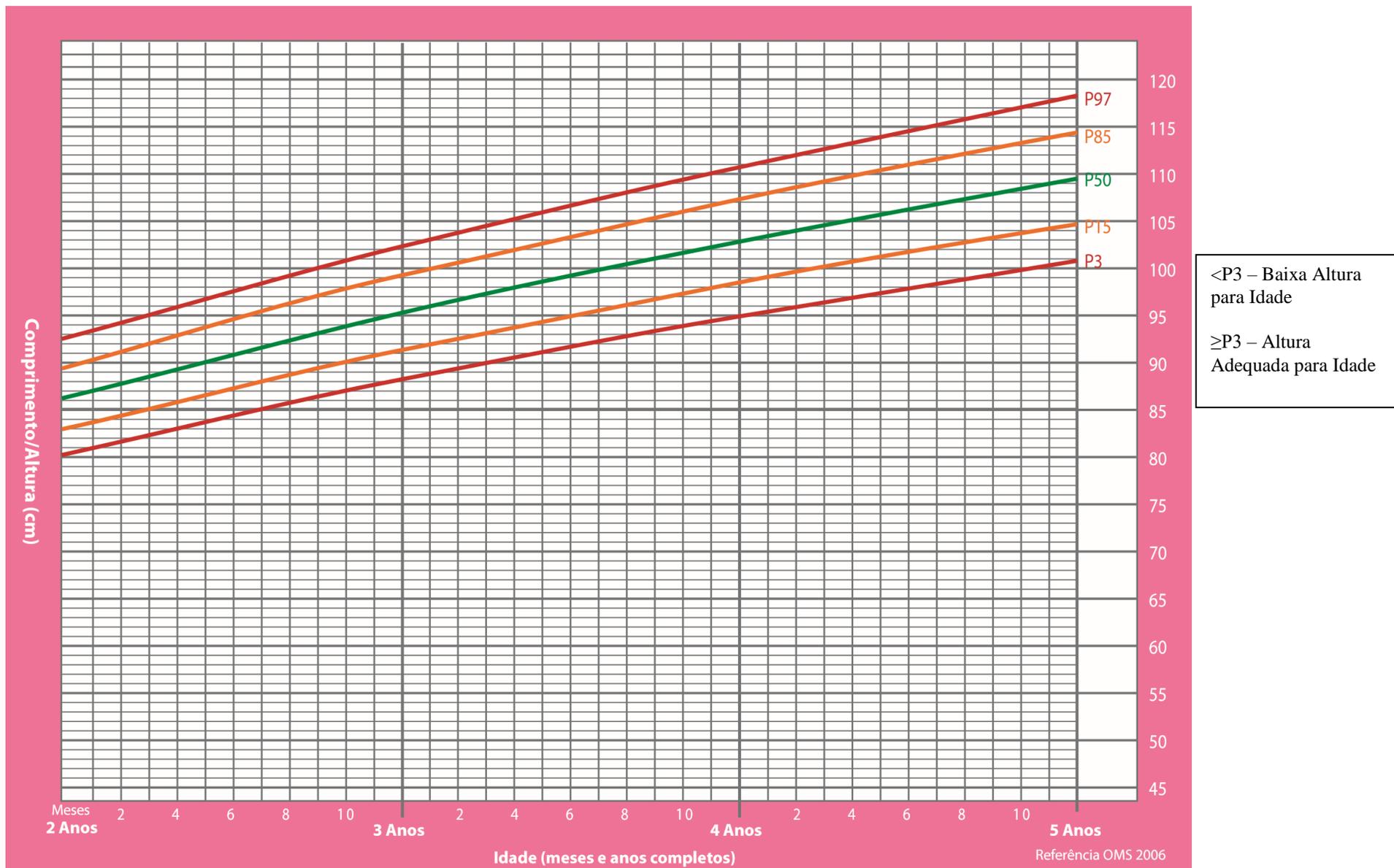
Comprimento para idade em Meninas 0 a 2 Anos (Percentil)



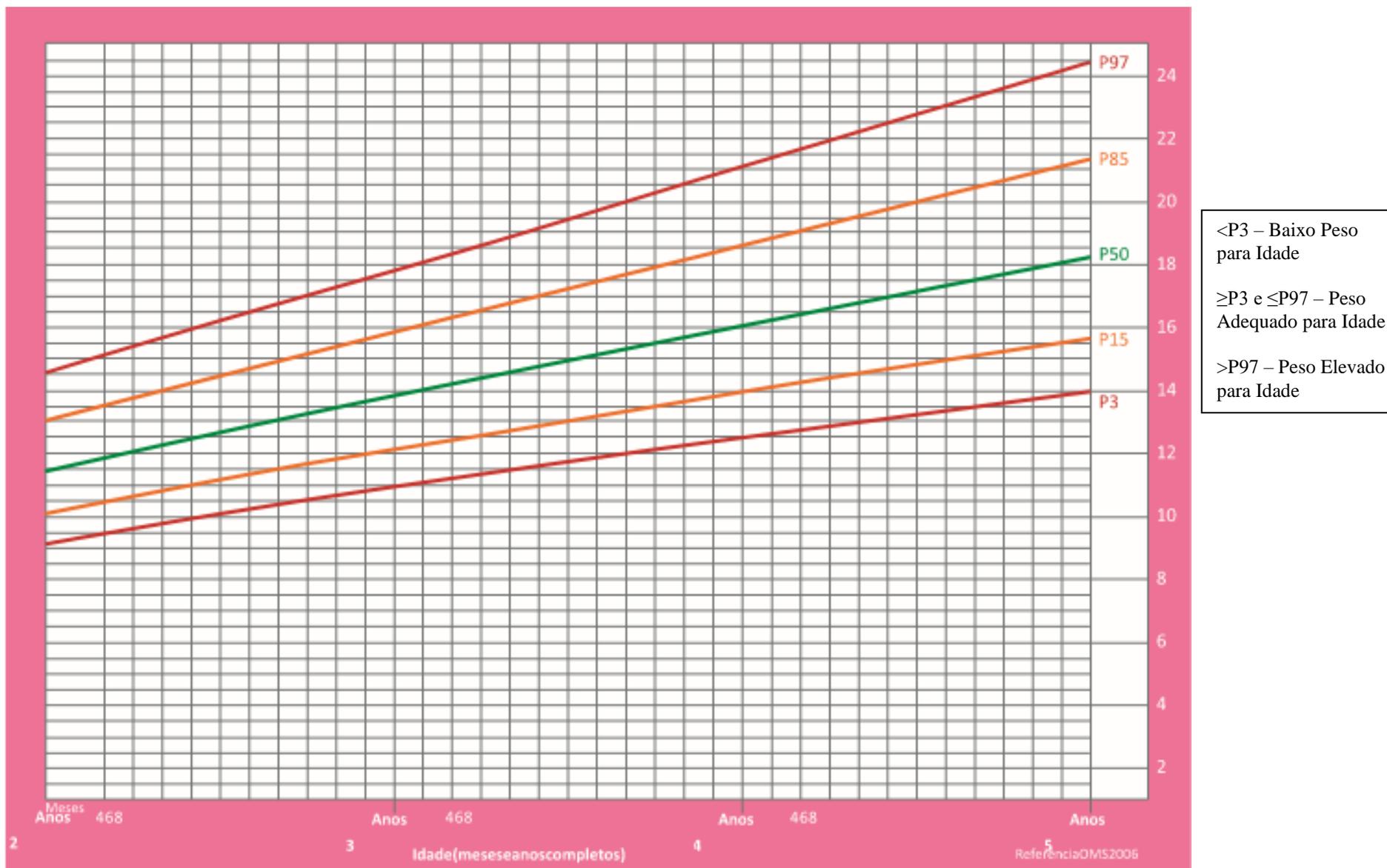
Peso para Comprimento em Meninas 0 a 2 Anos (Percentil)



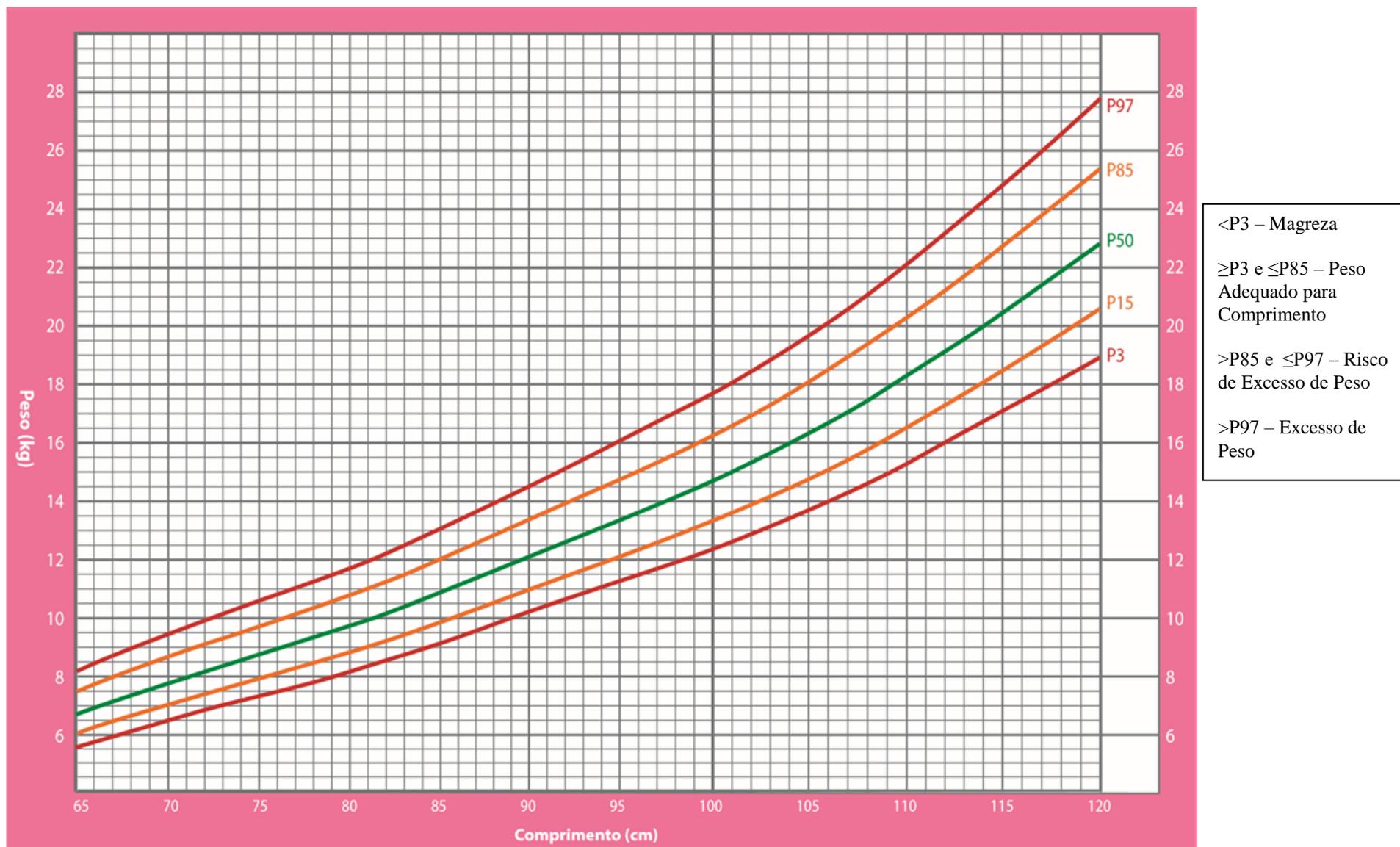
Altura para idade em Meninas 2 a 5 Anos (Percentil)



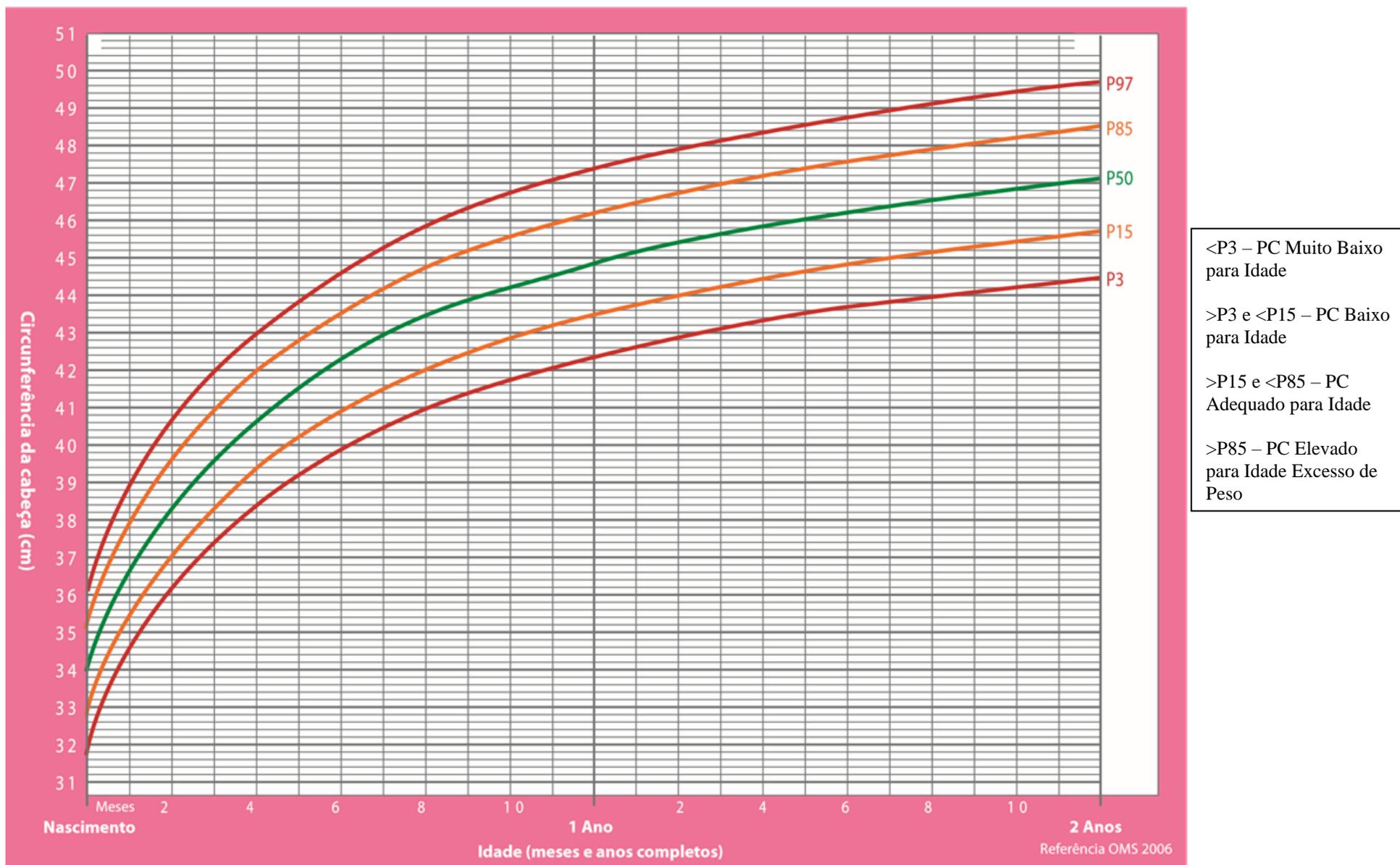
Peso para idade em Meninas 2 a 5 Anos (Percentil)



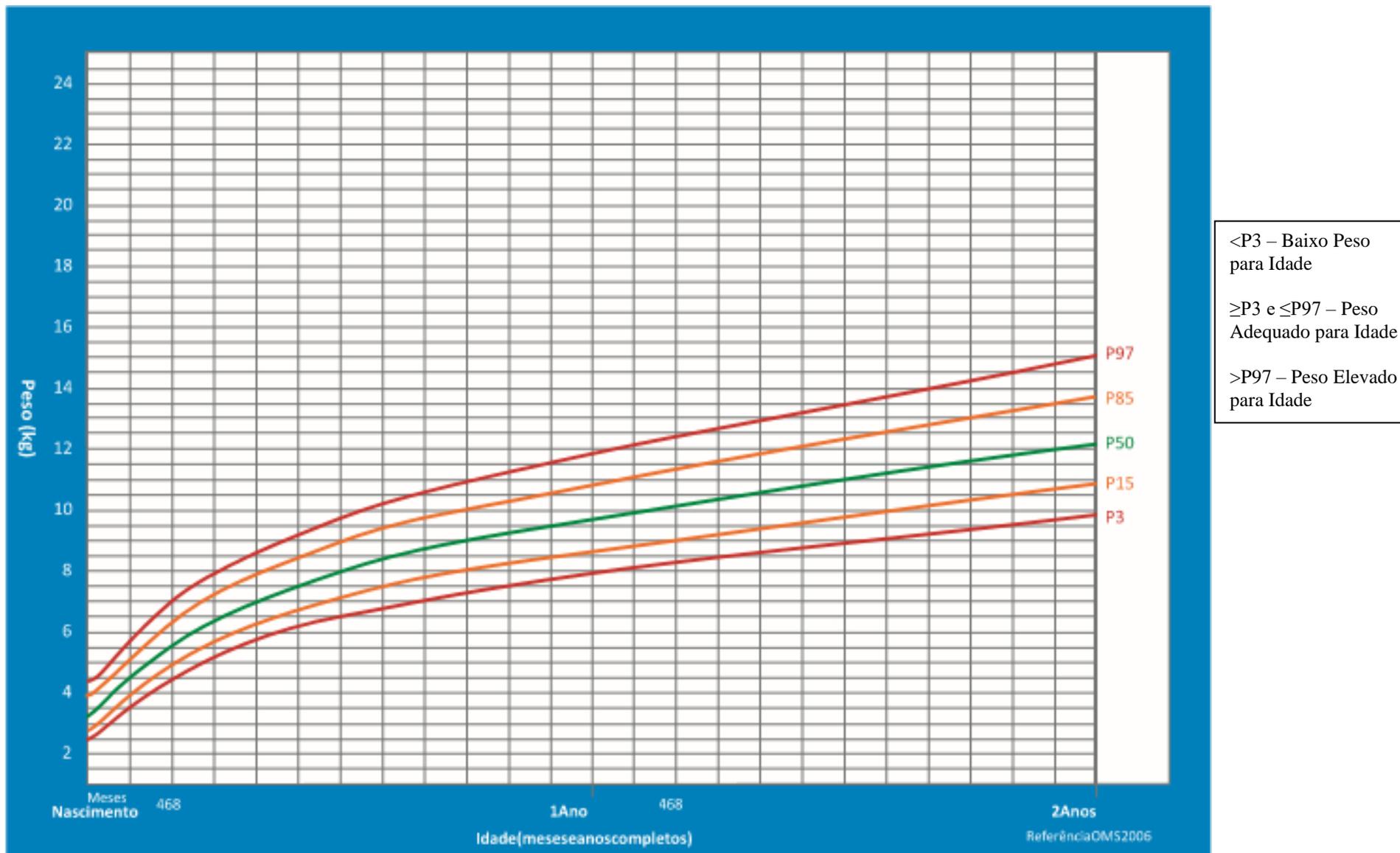
Peso para altura em Meninas 2 a 5 Anos (Percentil)



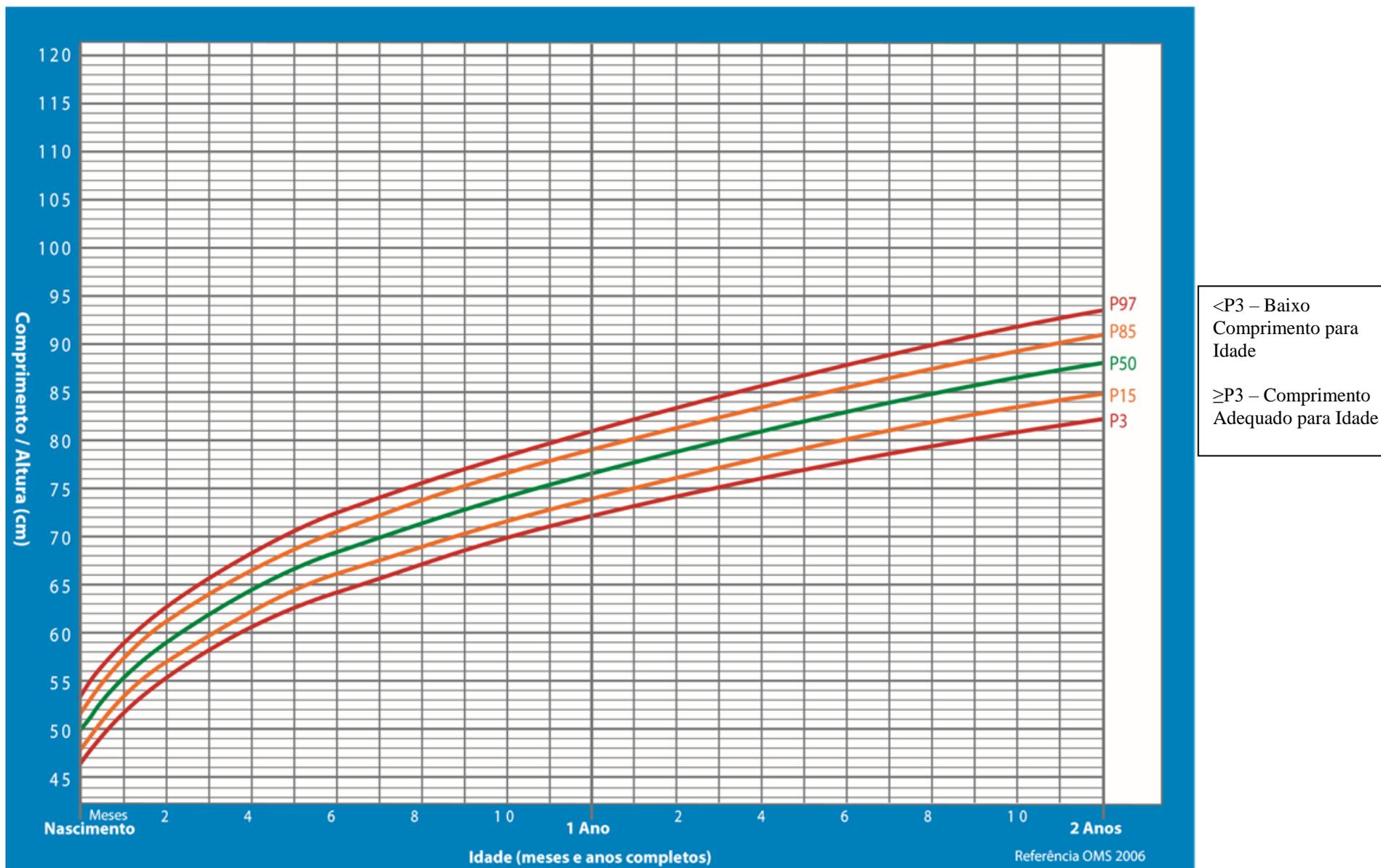
Perímetro Cefálico para idade em Meninas 0 a 2 Anos (Percentil)



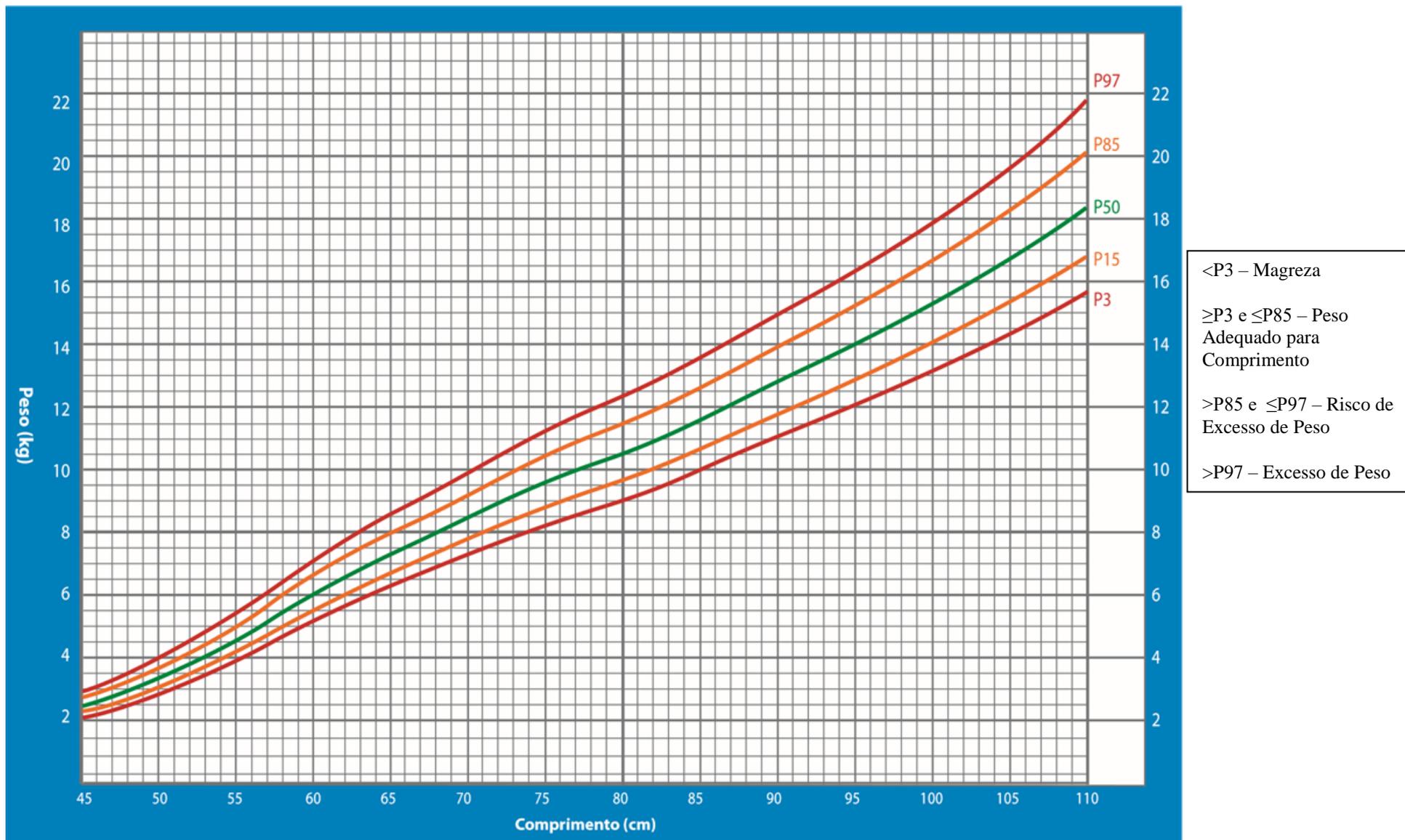
Peso para idade em Meninos 0 a 2 Anos (Percentil)



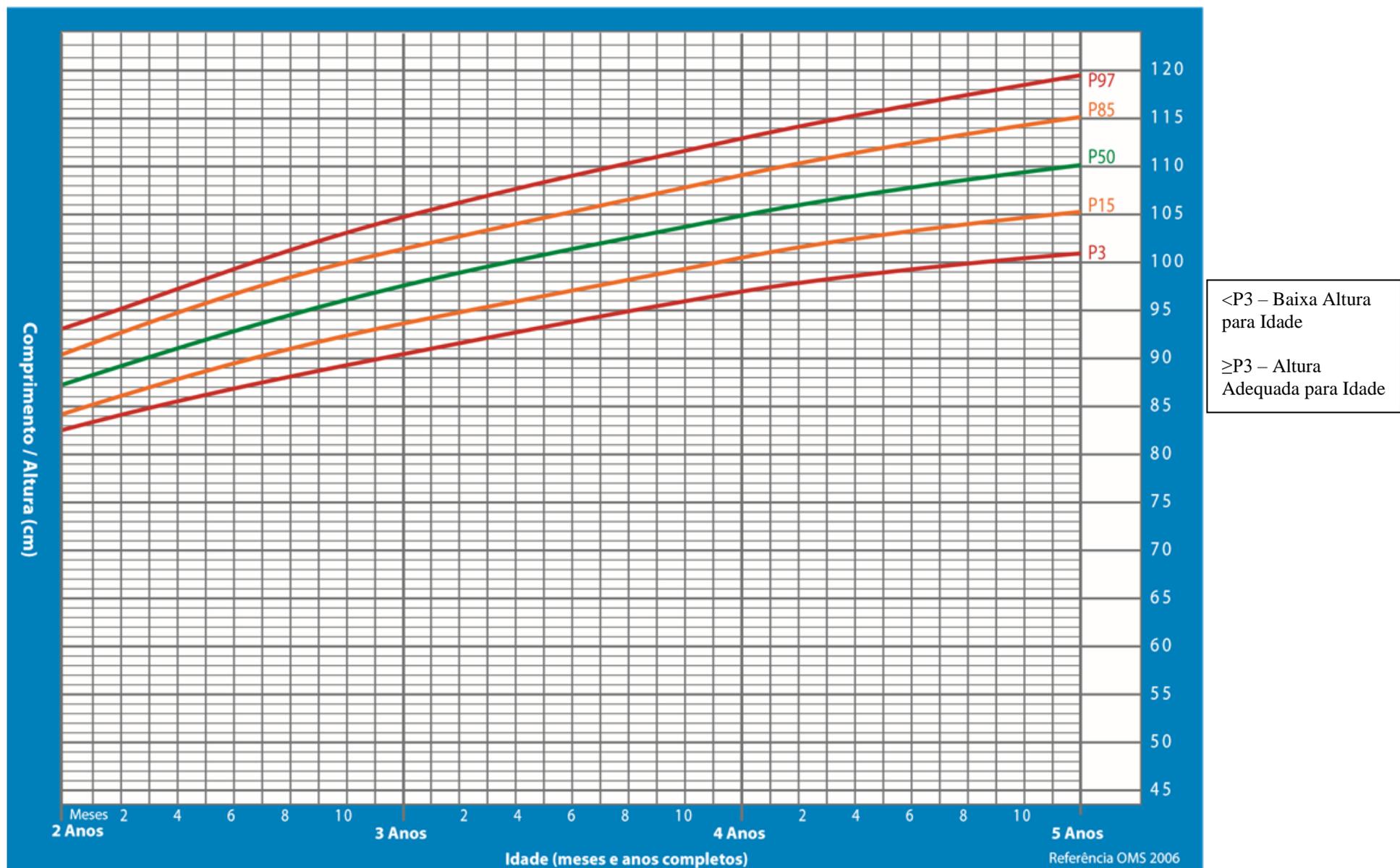
Comprimento para idade em Meninos 0 a 2 Anos (Percentil)



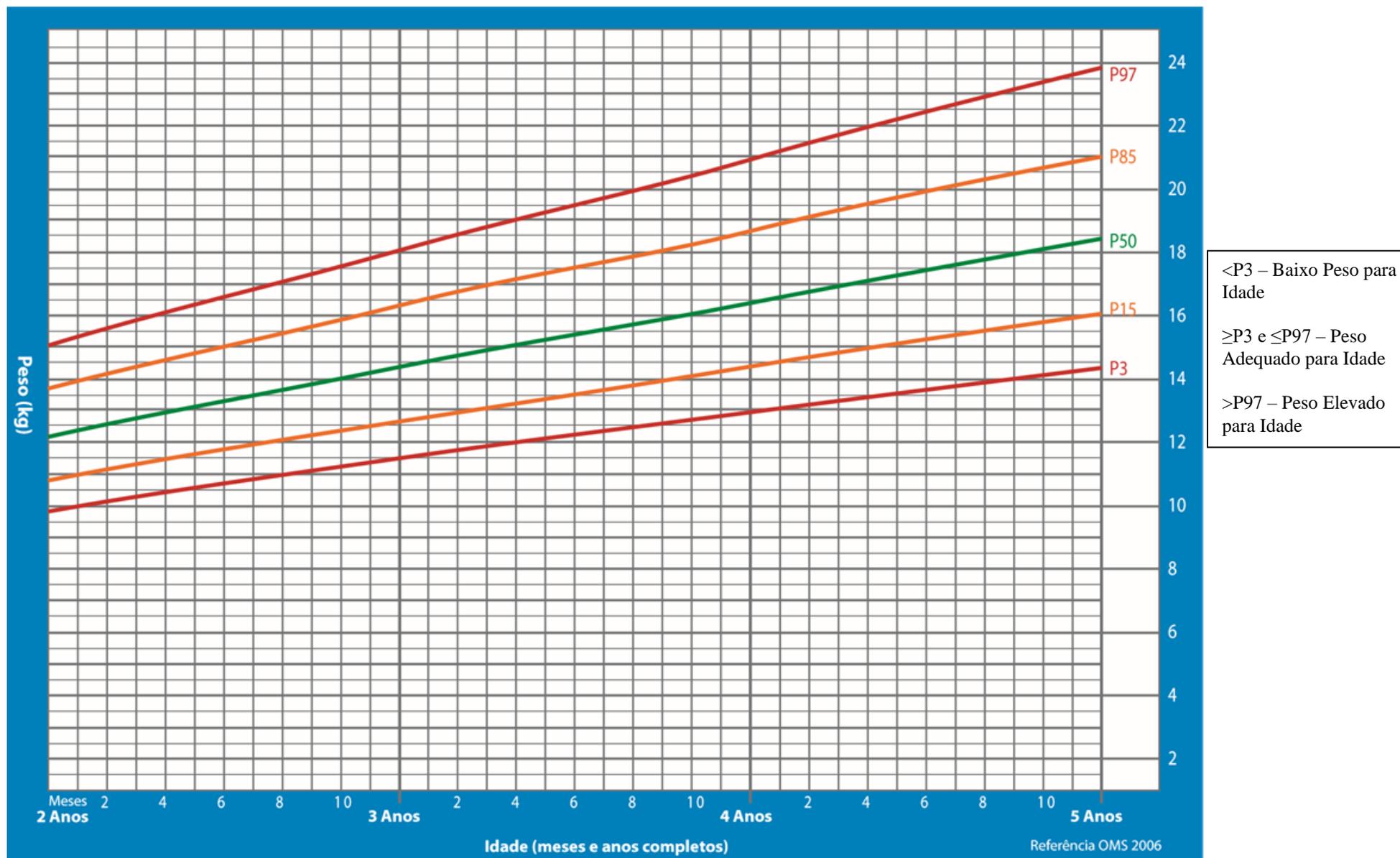
Peso para comprimento em Meninos 0 a 2 Anos (Percentil)



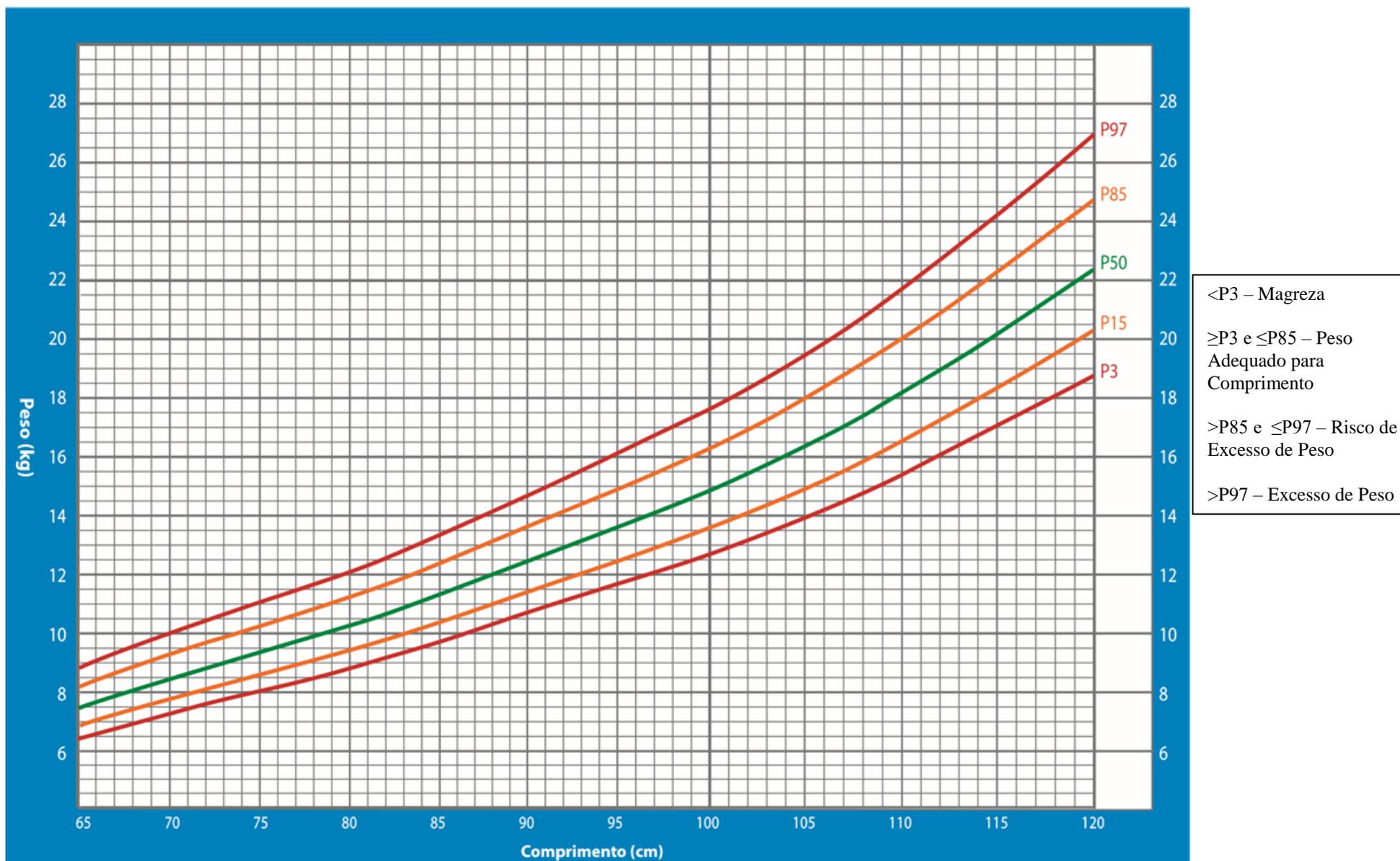
Altura para idade em Meninos 2 a 5 Anos (Percentil)



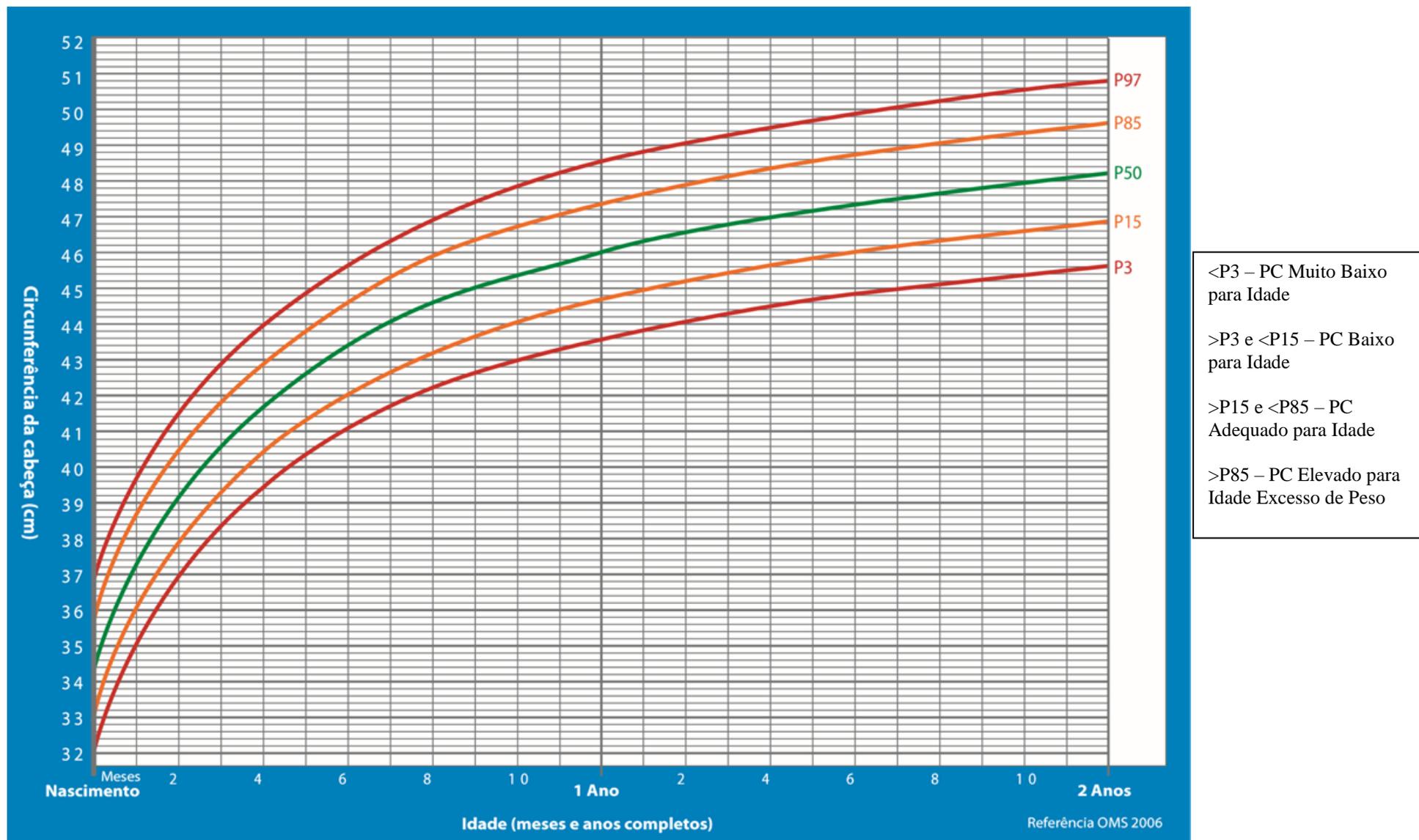
Peso para idade em Meninos 2 a 5 Anos (Percentil)



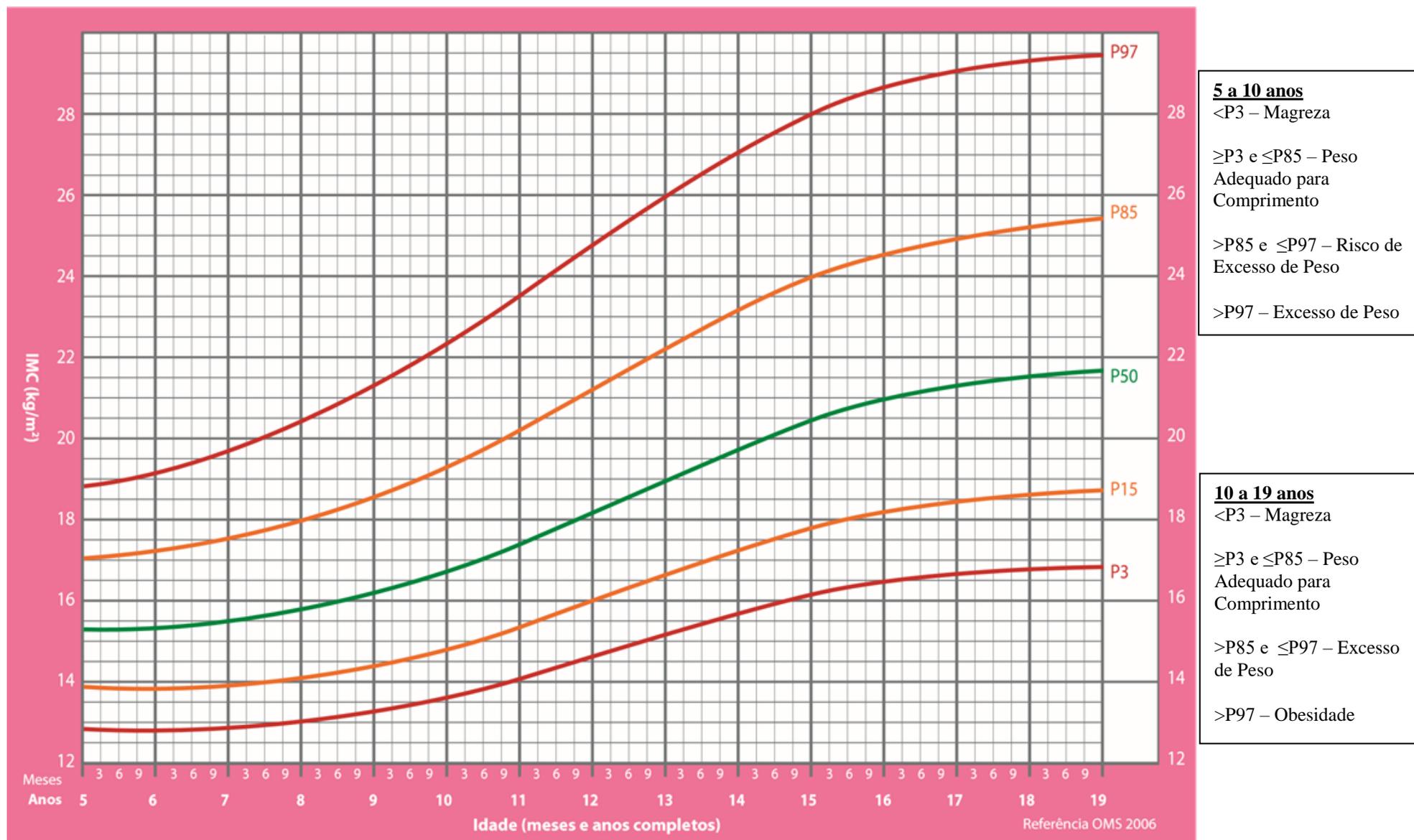
Peso para altura em Meninos 2 a 5 Anos (Percentil)



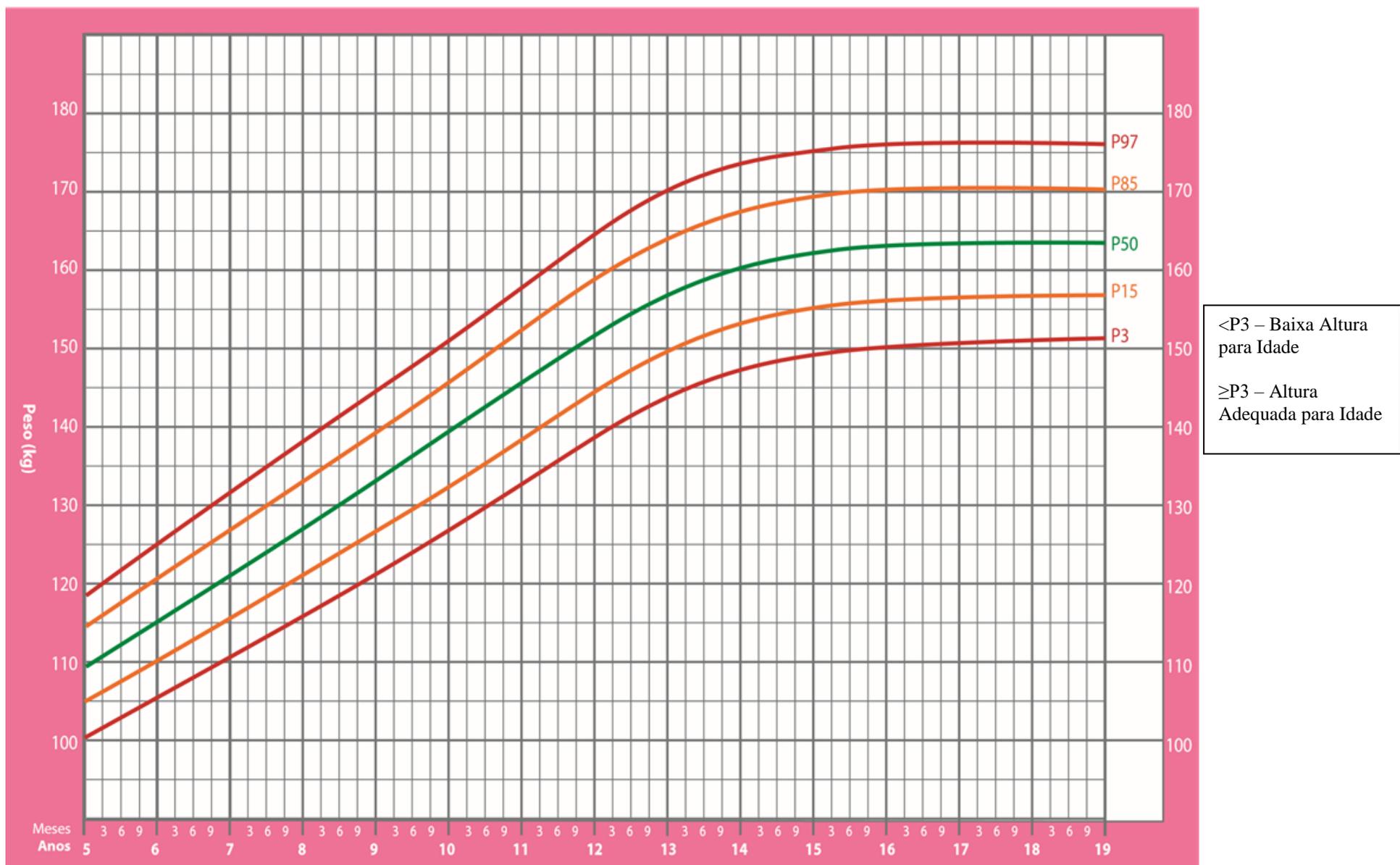
Perímetro Cefálico para idade em Meninos 0 a 2 Anos (Percentil)



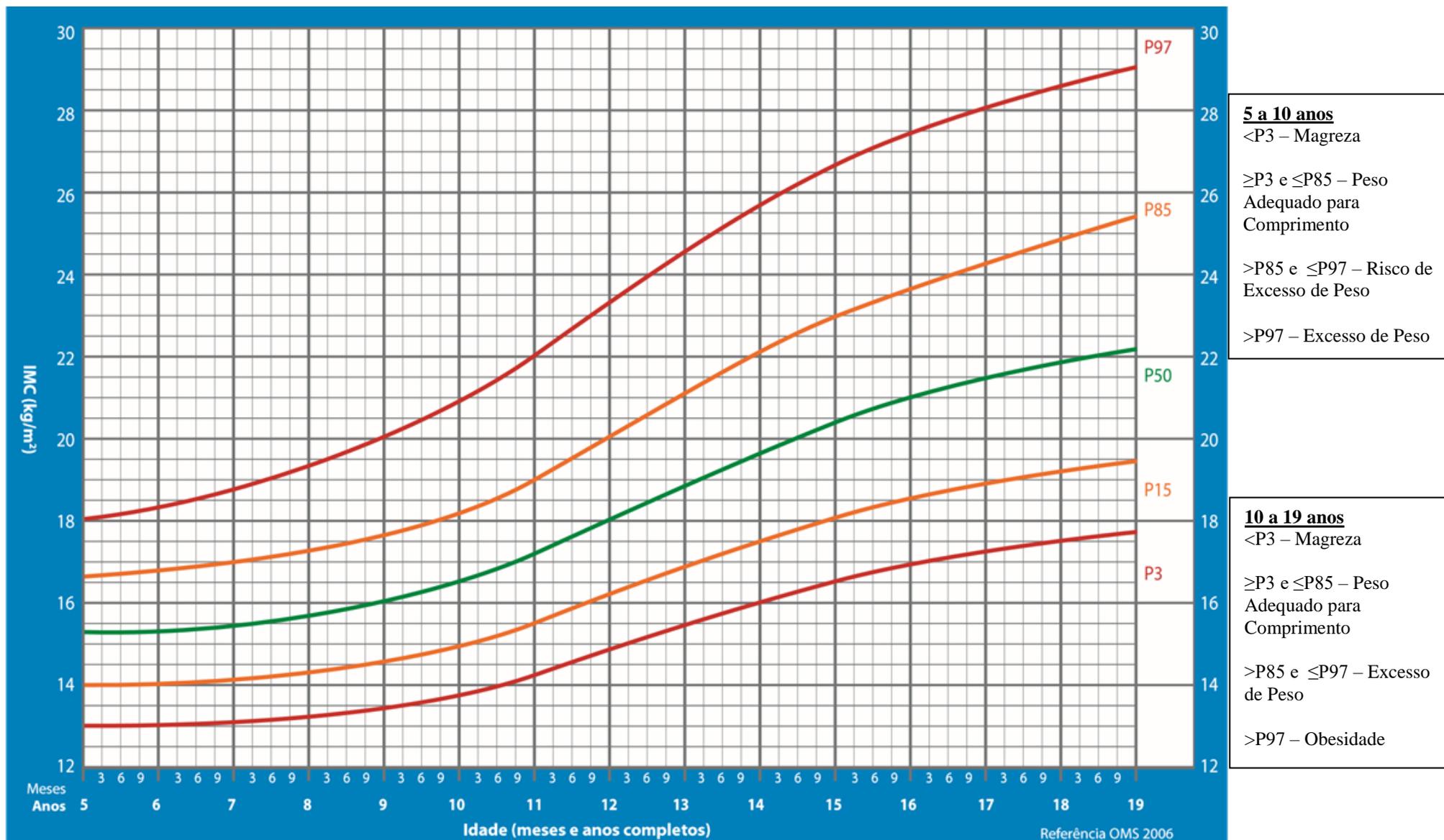
IMC para idade em Meninas 5 a 19 Anos (Percentil)



Altura para idade em Meninas 5 a 19 Anos (Percentil)



IMC para idade em Meninos 5 a 19 Anos (Percentil)



Altura para idade em Meninos 5 a 19 Anos (Percentil)

