

Módulo 3: Critérios e Procedimentos na Admissão

3

Tópicos	Textos de Apoio e Exercícios	Estimativa da Duração dos Tópicos Obrigatórios	Estimativa da Duração dos Tópicos Opcionais
3.1 Critérios de admissão	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 3.1. Critérios de admissão Para o TDI, TDA e Suplementação Alimentar (Crianças dos 0-15 anos) • Texto de Apoio 3.2 Exercício: Admissão no TDA, TDI ou Suplementação Alimentar 	60 minutos	
3.2 Procedimentos na admissão	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 3.3 Procedimentos na admissão • Texto de Apoio 3.4 Exercício: A história dos procedimentos da admissão da Maria 	30 minutos	
3.3 Uso de água açucarada	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 3.5 Receita de água açucarada 		45 minutos
3.4 Complicações médicas	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 3.6 Definição das complicações médicas na desnutrição grave 	30 minutos	
3.5 História e exame físico	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 3.7 História e exame físico 	30 minutos	
3.6 Teste do apetite	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 3.8 Teste do apetite 	45 minutos	
3.7 Revisão do Módulo	<ul style="list-style-type: none"> • 	10 minutos	
Estimativa da DuraçãoTotal:		3 horas 25 minutos	45 minutos

Texto de Apoio 3.1: Critérios de Admissão Para o TDI, TDA e Suplementação Alimentar (Crianças dos 0-15 anos)

Avaliação	<p>ACS ou brigada móvel: Observar e Referir – Edema e PB</p> <hr/> <p>Consulta da Consulta Criança Sadia, Consulta Criança de Risco ou Consulta de Doenças Crônicas : Avaliar e Confirmar - PB, P/E, grau de edema bilateral, complicações médicas, teste do apetite</p>		
Critérios de Referência	<p>Desnutrição Aguda GRAVE <u>com</u> complicações médicas</p> <p>1 Edema bilateral(+) ou (++) ou (+++)</p> <p>2 P/E 6-59 meses: < -3 DP ou IMC/Idade 5-15 anos: < -3 DP ou PB 6-59 meses: < 11,5 cm 5-10 anos: < 13,0 cm 11-15 anos: < 16,0 cm</p> <p>E Um dos seguintes sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convulsões • Inconsciência • Letargia, não alerta • Hipoglicemia • Hipotermia • Desidratação severa • Infecção respiratória baixa • Febre elevada • Anemia severa • Sinais de deficiência de Vitamina A • Vômito intratável • Anorexia ou sem apetite • Descamação da pele <p>3 Crianças < 6 meses e crianças ≥ 6 meses com peso < 4 kg: Edema bilateral ou Emagrecimento acentuado ou Crianças que correm maior risco de DAG devido à ingestão de alimentação inadequada</p>	<p>Desnutrição Aguda GRAVE <u>sem</u> complicações médicas</p> <p>P/E 6-59 meses: < -3 DP ou IMC/Idade 5-15 anos: < -3 DP ou PB 6-59 meses: < 11,5 cm 5-10 anos: < 13,0 cm 11-15 anos: < 16,0 cm</p> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sem edema • Tem apetite • Alerta • Clinicamente bem 	<p>Desnutrição Aguda MODERADA</p> <p>P/E 6-59 meses: ≥ -3 e < -2 DP ou IMC/Idade 5-15 anos: ≥ -3 e < -2 DP ou PB 6-59 meses: ≥ 11,5 e < 12,5 cm 5-10 anos: ≥ 13,0 e < 14,5 cm 11-15 anos: ≥ 16,0 e < 18,5 cm</p> <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sem edema • Tem apetite • Alerta • Clinicamente bem
Plano de Tratamento	<p>Tratamento da Desnutrição no Internamento</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar leite terapêutico ➢ Seguimento diário 	<p>Tratamento da Desnutrição em Ambulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar ATPU ➢ Seguimento cada 7 dias ➢ Dar educação nutricional com demonstração culinária 	<p>Suplementação Alimentar</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢ Dar MAE ou ATPU ➢ Seguimento cada 15 dias ➢ Dar educação nutricional com demonstração culinária
Critérios de Alta	<p>Crianças > 6 meses: Passar para o Tratamento em Ambulatorio quando a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem apetite: Consome pelo menos 80% da ração diária de ATPU • Não tem edema durante 7 dias • Está alerta • Está clinicamente bem <p>Para crianças que não passam a TDA, alta com F100 ou ATPU, mas continuar seguimento por 3 meses na CCR quando a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem P/E ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas • Não tem edema bilateral durante 7 dias • Pode comer a comida da família <p>Crianças <6 meses: Alta e seguimento por 3 meses na CCR quando a criança atinge os seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crianças com aleitamento materno: mínimo de 20 g de ganho de peso/dia com o leite materno durante 5 dias • Crianças sem aleitamento materno: aumento de peso em 15% e pode consumir outros alimentos adequados para idade • Não tem edema durante 2 semanas • Está alerta • Está clinicamente bem 	<p>Alta com ATPU quando a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem P/E ou IMC/Idade ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas <p>E</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem apetite • Pode comer a comida da família <p>Continuar seguimento, se a criança manter P/E ou IMC/ idade ≥ -1 DP por 3 meses</p>	<p>Alta com MAE ou ATPU quando a criança:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tem P/E ou IMC/Idade ≥ -1 DP em 2 pesagens sucessivas <p>Continuar seguimento, se a criança manter P/E ou IMC/ idade ≥ -1 DP por 3 meses</p>

Nota: Adolescentes grávidas e nos 6 meses pós -parto: DAG, PB < 21,0 cm; DAM, PB ≥ 21,0 e < 23,0 cm ou ganho de peso insuficiente. Alta aos 6 meses pós-parto. Para protocolos de tratamento, refira ao volume II do Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional.

Nota: Todos os pacientes com malária grave e DAG devem ser tratados em internamento.

Texto de Apoio 3.2 Exercício: Admissão no TDA, TDI ou PSA

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

n/d: não disponível

Texto de Apoio 3.3 Procedimentos na Admissão

PASSO 1: Receber a criança ou adolescente e a mãe ou o provedor de cuidados e providenciar o cuidado inicial

- Primeiro atender e diagnosticar e verificar as crianças e adolescentes muito doentes.
- A triagem rotineira das crianças ou adolescentes que esperam na fila deve sempre ser feita para atender primeiro os casos mais graves, como por exemplo aqueles com complicações médicas.
- As crianças e adolescentes devem ser avaliadas imediatamente quanto ao risco de morte e se sinais de perigo existem, e começar o tratamento o mais rápido possível para reduzir o risco de morte.
- A história clínica e o exame físico mais detalhados devem ser feitos após superada a fase do risco imediato de morte
- Todas as crianças e adolescentes que percorreram longas distâncias ou que esperaram por muito tempo até serem atendidas, devem receber água açucarada a 10% (100 ml de água + 10 g de açúcar, veja Texto de Apoio 3.5), de modo a prevenir a hipoglicemia. Se a criança está consciente e consegue beber, deve-se dar a beber 50 ml ou meio copo de água açucarada sempre que o doente quiser. Se a US não tiver água açucarada disponível, pode-se oferecer F75 para beber.

PASSO 2: Avaliação do estado nutricional

- Depois da avaliação imediata do risco de morte, deve-se definir o estado nutricional da criança ou adolescente com base em medições e controlo padronizados vistos no Módulo 2. A avaliação nutricional inclui:
 - Avaliação clínica da presença de edema bilateral
 - Medição do perímetro braquial (PB)
 - Medição de peso
 - Medição de comprimento ou altura
- Utilizar os critérios de admissão para o tratamento no internamento ou tratamento em ambulatório ou suplementação alimentar para orientar ou decidir sobre o tratamento.
- Registrar a criança ou adolescente e anotar as suas medições na ficha individual de CCR.

PASSO 3: Avaliação clínica

- Recolher a história clínica da criança ou adolescente, realizar um exame físico e determinar se a criança ou adolescente tem ou não complicações médicas (veja Texto de Apoio 3.6).
- Imediatamente encaminhar as crianças ou adolescentes com DAG e complicações médicas para o internamento e iniciar o tratamento (não é necessário testar o apetite; é necessário administrar a primeira dose de antibiótico).
- Informações referentes à criança tais como a história clínica, os resultados do exame físico e da avaliação médica e nutricional devem ser registadas na ficha individual de CCR.

PASSO 4: Teste do apetite

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

Texto de Apoio 3.4 Exercício: A história dos procedimentos da admissão da Maria

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

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

Texto de Apoio 3.5 Receita de água açucarada

Água açucarada deve ser oferecida a:

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

Para fazer água com açúcar diluição a 10%:

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

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

Receita de água açucarada (diluição à 10%)

Quantidade de água	Quantidade de açúcar	
	Gramas	Colherinhas
100 ml	10	2
200 ml (um copo)	20	4
500 ml	50	10
1 litro	100	20

Texto de Apoio 3.6 Definição das complicações médicas na desnutrição grave

Complicação Médica	Definição
Convulsões*	Durante uma convulsão, os braços e as pernas da criança ou adolescente endurecem porque os músculos se contraem. Pergunte à mãe se a criança teve convulsões durante a actual doença e se ficou inconsciente.
Inconsciente*	A criança ou adolescente não responde a estímulos dolorosos .
Letargia/não alerta*	A criança ou adolescente tem dificuldades de acordar. Pergunte à mãe se a criança está demasiado sonolenta, não mostra nenhum interesse no que está acontecendo ao seu redor, não olha para a mãe ou não olha para o seu rosto quando fala.
Hipoglicémia	Podem não existir sinais clínicos de hipoglicemia. Um sinal é a retração das pálpebras durante o sono: a criança ou adolescente dorme com os olhos entreabertos. Glicemia <3 mmol/L, <54 mg/dl
Hipotermia	A criança ou adolescente tem uma temperatura corporal baixa, ou a temperatura axilar <35 °C, temperatura retal <35,5 °C, levando em consideração a temperatura ambiente.
Desidratação grave ou severa	Para crianças ou adolescentes com DAG, o diagnóstico de desidratação grave é baseado na história recente de diarreia, vômitos, febre elevada ou sudação intensa, e no recente aparecimento de sinais clínicos de desidratação, como relatado pela mãe ou pelo provedor de cuidados.
Sinais de deficiência de vitamina A	Conjuntivas ou córneas secas (Xerose), manchas de Bitot, úlceras da córnea e, queratomalácia
Febre elevada	A criança ou adolescente tem uma temperatura corporal elevada, ou temperatura axilar ≥ 38,5 °C, temperatura retal ≥ 39 °C, levando em consideração a temperatura ambiente
Anemia severa	A criança tem palidez anormal da pele; Hb < 5 g/dL
Infecção respiratória baixa	A criança ou adolescente tem tosse com dificuldade respiratória ou uma respiração rápida: > 60 respirações/minuto para < 2 meses > 50 respirações/minuto para 2 a 12 meses > 40 respirações/minuto para 1 a 5 anos > 30 respirações/minuto para 5 a 12 anos > 20 respirações/minuto para >12 anos
Anorexia/sem apetite*	Criança ou adolescente não consegue beber ou mamar e falhou o teste do apetite com ATPU.
Vômito intratável *	A criança ou adolescente vomita qualquer líquido que ingere.
Pele seca com descamação	Pele fissurada

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

Texto de Apoio 3.7 História e exame físico

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

1. Exame físico da criança – Durante o exame físico observe, colha e registre a presença ou ausência de, no mínimo, os seguintes dados:
 - Peso e estatura
 - Edema
 - Nível de atividade física
 - Reacção ao exame físico
 - Distensão abdominal, ruídos intestinais, movimentos peristálticos, salpico abdominal (som de salpicos no abdômen)
 - Panículo adiposo e massa muscular (observar se existe redução, principalmente na região das nádegas e face interna das coxas)
 - Palidez grave
 - Aumento ou dor hepática ao toque, icterícia
 - Presença de vínculo mãe/criança (olhar, toque, sorriso, fala)
 - Sinais de colapso circulatório: mãos e pés frios, pulso radial fraco, consciência diminuída
 - Temperatura: hipotermia ou febre
 - Sede
 - Olhos encovados recentemente (examine e pergunte a mãe)
 - Olhos: lesões corneais indicativas de deficiência de vitamina A
 - Ouvidos, boca, garganta: evidência de infecção
 - Pele: evidência de infecção ou de petéquias e equimoses
 - Frequência respiratória e tipos de respiração: sinais de pneumonia ou insuficiência cardíaca
 - Aparência das fezes
 - Teste para vírus da imunodeficiência humana (HIV): É importante fazer Aconselhamento e Testagem em Saúde (ATS) de rotina de HIV a todos os que estiverem registrados no programa (mães e crianças)

Nota: As crianças com deficiência em vitamina A apresentam com frequência fotofobia, pelo que mantêm os olhos fechados. É importante examinar os seus olhos com cuidado de forma a evitar ruptura da córnea.

2. Os antecedentes da criança:
 - Peso e estatura da criança ao nascer
 - Condições de preenchimento da Caderneta/Cartão de Saúde da Criança (monitoria do desenvolvimento e do crescimento, imunização, suplementação vitamínica e/ou mineral)
 - Marcos de desenvolvimento atingidos (sentar, ficar em pé, etc)
 - Doenças e internamentos anteriores, particularmente por desnutrição e infecções
 - Tratamento nutricional recebido, acompanhamento após a alta e reinternamentos
 - Ocorrência de diarreia e vômitos actual e nas duas últimas semanas (duração, frequência e aparência)
 - Cor da urina e hora em que urinou pela última vez
 - Contacto com sarampo, tuberculose e malária
 - Participação em programas de saúde e sociais, inclusive recebimento directo de alimentos ou transferência direta de renda
 - Uso habitual de medicamentos
 - História de alergia
3. A história nutricional passada e actual da criança deve ser detalhada, particularmente nos seguintes aspectos:
 - História da amamentação (duração do aleitamento materno exclusivo e idade da suspensão total do aleitamento materno)
 - Início da introdução de alimentos complementares ao leite materno
 - Dieta habitual (tipo, frequência e quantidade)

- Perda de apetite recente
 - Modificações da alimentação em função da doença da criança
 - Pessoa que cuida/alimenta a criança
 - Utensílios utilizados para alimentar a criança (tipo e higienização)
 - Prática de armazenagem de alimentos já preparados e sua administração à criança
 - Prática de administração de sobras/restos de alimentos de uma refeição para outra
 - Alimentos habitualmente disponíveis no domicílio e utilizados para a alimentação da criança
 - Alimentos habitualmente consumidos pela família, mas que não são dados à criança e razões para a sua não administração
4. Os antecedentes familiares, incluindo as condições de vida da família:
- Presença de irmãos menores de 5 anos
 - Antecedentes de internamento ou tratamento para desnutrição entre irmãos menores de 5 anos
 - Morte de irmão menor de 5 anos e sua causa, especialmente por desnutrição
 - Responsável/chefe da família
 - Condição de emprego/trabalho do chefe da família
 - Condições de moradia (água, saneamento básico, e tipo e propriedade do domicílio)
 - Comportamento de risco da família (alcooolismo, tabagismo e uso de drogas)

Texto de Apoio 3.8 Teste do apetite

Teste do Apetite

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

As respostas fisiopatológicas às deficiências de nutrientes em crianças ou adolescentes com DAG perturbam as funções do fígado e do metabolismo, levando à falta de apetite. Além disso, as infecções também causam a perda de apetite nas crianças, especialmente na fase aguda. Por isso, as crianças com desnutrição aguda grave e com falta de apetite, correm maior risco de morte.

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

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

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

Critérios para o Teste do Apetite:

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

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

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