

Módulo 4: Tratamento da Desnutrição em Ambulatório (TDA)

4

Tópicos	Textos de Apoio	Estimativa da Duração dos Tópicos Obrigatórios
4.1 Participação comunitária	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 4.1 Participação comunitária na identificação das crianças desnutridas • Texto de Apoio 4.2 Vantagens do TDA para a comunidade e a US 	45 minutos
4.2 Categorias admitidas no TDA	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 4.3 Categorias das crianças e adolescentes admitidos no TDA • Texto de Apoio 4.4 Exercício: Categorias das crianças e adolescentes admitidos no TDA 	15 minutos
4.3 Tratamento médico no TDA	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 4.5 Medicamentos de rotina e suplementos • Texto de Apoio 4.6 Exercício: Prática na determinação de medicamentos no TDA 	45 minutos
4.4 Tratamento nutricional no TDA	<ul style="list-style-type: none"> • Textos de Apoio 4.7 Tratamento Nutricional com ATPU • Texto de Apoio 4.8 Exercício: Prática na determinação da quantidade de ATPU 	30 minutos
4.5 Mensagens chave usadas no TDA para as mães/provedores de cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 4.9 Mensagens chave para o TDA 	30 minutos
4.6 Monitoria	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 4.10 Monitoria individual durante as consultas de seguimento 	45 minutos
4.7 Falta de Resposta ao Tratamento de Desnutrição Ambulatório	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 4.11 Falta de resposta a TDA • Texto de Apoio 4.12 Exercício: Possíveis causas de falta de resposta 	30 minutos
4.8 Visitas Domiciliárias	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 4.13 Visitas domiciliárias 	30 minutos
4.9 Critérios de Alta	<ul style="list-style-type: none"> • Texto de Apoio 4.14 Critérios de alta • Texto de Apoio 4.15 Exercício: Estudo de caso 	60 minutos
4.10 Revisão do Módulo	<ul style="list-style-type: none"> • 	10 minutos
Estimativa da Duração Total:		5 horas 40 minutos

Texto de Apoio 4.1 Participação comunitária na identificação das crianças desnutridas

1. Para garantir o sucesso do TDA é essencial que os casos de DAG sejam detectados o mais cedo possível. A integração do TDA nos programas e redes comunitárias já existentes ajuda a identificação precoce de casos através da triagem nutricional nas comunidades e nos centros de saúde. Este ponto é chave para prevenir e reduzir a mortalidade por desnutrição aguda grave. O sucesso da integração do TDA nos programas e redes comunitárias depende da existência de:
 - Estruturas comunitárias fiáveis e bem estabelecidas (com o apoio necessário)
 - Condições razoáveis no ambiente em que as crianças ou adolescentes vivem (em casa)
 - Activistas Comunitários de Saúde (ACS) e outros voluntários que fazem visitas regulares ao domicílio e mantêm uma estreita cooperação com as Uss.
2. É importante que as estruturas comunitárias e os ACSs e voluntários dentro destas estruturas funcionem eficientemente para que as crianças e adolescentes possam ser rapidamente admitidos sem desenvolverem complicações ou ter cuidados domiciliários adequados.
3. A comunidade deve ser envolvida com o objectivo de se assegurar a sua participação activa nas seguintes acções:
 - Criação de uma rede de voluntários da comunidade – ACSs, APEs, mães modelo, etc, que deverão realizar as seguintes tarefas:
 - Triagem nutricional usando o perímetro braquial (PB) e avaliação da presença de edema em crianças com mais de 6 meses de idade, e referência para a unidade sanitária se necessário
 - Visitas ao domicílio para o seguimento das crianças em tratamento, em particular as crianças que apresentam problemas de saúde
 - Visitas à unidade sanitária juntamente com as crianças e suas mães para controlo e seguimento
 - Identificação e referência das crianças com complicações ou crianças que abandonaram o tratamento ou ainda faltaram às consultas de seguimento na unidade sanitária
 - Educação nutricional e sanitária nas comunidades
 - Supervisão e coordenação do trabalho dos voluntários com o apoio do trabalhador de saúde, que normalmente vem da Brigada Móvel Integrada
 - Mobilização social para a promoção do programa nas comunidades, usando vários canais de comunicação social e recursos disponíveis, para obter elevada cobertura e aderência
 - Manter estreita cooperação com a US ou Unidade de Reabilitação Nutricional, de modo que os adolescentes ou as crianças possam ser rapidamente readmitidos caso ocorra alguma complicação ou falha de cuidados domiciliários e, para a referência dos casos que não podem ser tratados em ambulatório.
4. Nas zonas de difícil acesso e muito distantes da US, os serviços de saúde deverão utilizar os cuidados oferecidos pelas brigadas móveis para fazerem o controlo mensal das crianças registradas no tratamento da desnutrição aguda grave em ambulatório. Normalmente, estas serão as zonas onde as comunidades não são capazes de alcançar facilmente a US que oferece todos os componentes do Programa de Reabilitação Nutricional (PRN), isto é, o tratamento no internamento, tratamento em ambulatório e educação nutricional com demonstrações culinárias.

Texto de Apoio 4.2 Vantagens do TDA para a comunidade e a US

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

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

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

- Permite atingir níveis de cobertura muito mais elevados na população alvo do que o TDI;
- Apresenta elevada adesão e aceitação devido ao facto de que a triagem dos casos e a administração do ATPU são feitas na própria comunidade com um controlo e seguimento regulares nas USs;
- A identificação da criança com desnutrição ainda na sua fase inicial, permite que ela seja tratada de maneira mais fácil e eficaz e com menos gastos (recursos financeiros e materiais dos cuidados de saúde).

Texto de Apoio 4.3 Categorias das crianças e adolescentes admitidos no TDA

Casos novos

São as crianças ou adolescentes com DAG sem complicações médicas, admitidos pela primeira vez no TDA. Estão também nesta categoria, as crianças ou adolescentes reincidentes, quer dizer, as crianças ou adolescentes que já foram tratados com sucesso, mas que retornaram ao hospital devido a *novo episódio* de desnutrição aguda.

Nota: As visitas de seguimento devem ser semanais. Em casos excepcionais (ex.: a U.S. fica a uma longa distância da casa do doente), as visitas de seguimento podem ser feitas de 15 em 15 dias.

Casos readmitidos

As crianças ou adolescentes:

- Referidos do internamento hospitalar após a Fase de Estabilização e a Fase de Transição, para continuar a Reabilitação do *mesmo episódio* de desnutrição em ambulatório;
- Transferidos do TDA de outro sector ou unidade sanitária: são as crianças ou adolescentes transferidos dos cuidados ambulatoriais de um outro local;
- Que abandonam o tratamento antes de o terminar¹ e retornam para serem tratadas pelo *mesmo episódio* de desnutrição

¹ **Casos de abandono** são aqueles que faltam em mais de 2 visitas consecutivas de controlo na US e, portanto, saem do programa sem terem terminado o tratamento. Se voltam para serem tratadas pelo *mesmo episódio* de desnutrição, devem ser readmitidas como “casos de abandono que retornam”.

Texto de Apoio 4.4 Exercício: Categorias das crianças e adolescentes admitidos no TDA

Descrição #1

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

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

O nome deste tipo de casos é: casos

Descrição #2

Este tipo de casos são os de crianças ou adolescentes com DAG sem complicações médicas, admitidos pela primeira vez no tratamento em ambulatório. Estão também nesta categoria, as crianças ou adolescentes reincidentes, quer dizer, as crianças ou adolescentes que já foram tratados com sucesso, mas que retornaram ao hospital devido a *novos episódio* de desnutrição aguda.

O nome destes casos é: casos

Descrição #3

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

O nome destes casos é: casos

Texto de Apoio 4.5 Medicamentos de rotina e suplementos

MEDICAMENTO/ SUPLEMENTO	QUANDO DAR	IDADE/PESO	PRESCRIÇÃO	DOSAGEM
ANTIBIÓTICO	TDI e TDA: -Na admissão -Se a criança está no TDA e for necessário uma segunda linha de antibiótico, encaminhar a criança ou adolescente para o TDI	Todos	Amoxicilina 50-100 mg/kg de peso corporal/dia	8 em 8 horas por 7 dias
ANTI-HELMÍNTICO	TDI e TDA: -Na segunda semana de tratamento -Se forem evidentes sinais de uma re-infecção, passados 3 meses, administrar anti-helmíntico	< 12 meses	NÃO DAR	NÃO DAR
		< 10 kg	Albendazol 200 mg OU Mebendazol 250 mg	Dosagem única
		≥ 10 kg	Albendazol 400 mg OU Mebendazol 500 mg	
ANTI-MALÁRICO	TDI e TDA: -Deve-se fazer o teste na admissão, se não for possível, confiar na sintomatologia -Repetir o teste nos casos de teste inicial negativo, e suspeito de malária	Todos	De acordo com o protocolo de AIDNI	De acordo com o protocolo de AIDNI
VACINA DE SARAMPO	TDI e TDA: - Para crianças que ainda não foram vacinadas, deve-se dar a vacina contra o sarampo apenas no momento de dar alta ou na 4ª semana de tratamento. -No caso de uma epidemia de sarampo na área, deve-se dar a vacina contra o sarampo no momento da admissão para o TDA e repetir a vacina como reforço no momento de dar alta em doentes que não tenham recebido a 1ª dose. Para doentes que já tenham recebido a 1ª dose, deve-se dar o reforço no momento da alta ou na 4ª semana de tratamento.	a partir dos 9 meses	De acordo com o protocolo de CCS	Dosagem única ou doses repetidas
VITAMINA A	TDI e TDA: -Na 4ª semana ou no momento da alta -A vitamina A nunca deverá ser administrada se a criança tiver recebido uma dose nos últimos 4 meses -Crianças e adolescentes com manifestações clínicas de deficiência devem ser encaminhadas para o TDI	< 6 Kg	50.000 IU	Dosagem única
		6-8 Kg	100.000 IU	
		>8 Kg	200.000 IU	
FERRO E ÁCIDO FÓLICO	TDI e TDA: -Quando a anemia é identificada, o tratamento é dado em conformidade com o protocolo de tratamento de AIDNI -Nunca dar ferro e ácido fólico juntamente com um tratamento de malária e nem em doentes com edema	Todos	De acordo com o protocolo de AIDNI	De acordo com o protocolo de AIDNI

Nota: para pacientes que receberam alta do TDI para o TDA e receberam a vacina do sarampo no momento da alta, esta não deve ser repetida no momento da alta no TDA.

Texto de Apoio 4.6 Exercício: Prática na determinação de medicamentos no TDA

Determine, que medicação e dosagem cada criança precisa de acordo com o dados fornecidos.

Doente 1: Menina, 18 meses de idade

- Caso novo
- Peso: 7.6 kg
- Teste rápido da malária: Negativo
- Sinais e sintomas de malária: Não
- Registo de vacinação: todos actualizados
- Última vez que recebeu vitamina A: há 4 meses atrás

Doente 2: Rapaz, 9 anos de idade

- Caso novo
- Peso: 16 kg
- Teste rápido da malária: Positivo
- Sinais e sintomas de malária: Sim
- Registo de vacinação: não tem registo
- Última vez que recebeu vitamina A: há 4 anos atrás

Doente 3: Menina, 7 meses de idade

- Caso transferido
- Peso: 6.0 kg
- Teste rápido da malária: Negativo
- Sinais e sintomas de malária: Não
- Registo de vacinação: todos actualizados
- Última vez que recebeu vitamina A: Semana anterior quando foi transferido do TDI para TDA, foi dada 100,000 IU
- Recebeu Amoxicilina na admissão ao TDI

Doente 4: Menino, 38 meses

- Caso faltoso que voltou (após ter completado 2 semanas no TDA, depois desapareceu durante uma semana mas voltou na semana seguinte)
- Peso: 9.7 kg
- Teste rápido da malária: Negativo
- Sinais e sintomas de malária: Não, mas a malária é endémica
- Registo de vacinação: falta sarampo, existe uma epidemia de sarampo na area
- Última vez que recebeu vitamina A: há 8 meses atrás
- Dada a Amoxicilina durante a primeira semana da admissão no TDA
- Dado o anti-helmíntico na segunda semana da admissão no TDA

Texto de Apoio 4.7 Tratamento Nutricional com ATPU

- Durante o TDA, as crianças recebem o ATPU em quantidades parciais para levar para casa.
- O abastecimento semanal de ATPU é fornecido em função do peso corporal da criança, baseado numa dosagem de 200 kcal/kg de peso corporal/dia (veja tabela abaixo).
- O tratamento nutricional é administrado em casa e as crianças devem frequentar as sessões de atendimento ambulatorial uma vez por semana para que o trabalhador de saúde possa monitorar o seu estado nutricional e de saúde, e repôr as quantidades necessárias de ATPU.
- A tabela abaixo ajuda a seleccionar a quantidade correcta de ATPU para dar às crianças e adolescentes, dependendo do seu peso.
- Os protocolos nutricionais que utilizam ATPU, tanto no ambulatório como no internamento, recomendam o seu uso a partir dos 6 meses de idade. Contudo, os protocolos estabelecem que todas as crianças com peso igual ou inferior a 4,0 kg serão tratadas em internamento.

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

Quantidade de ATPU durante a Fase de Reabilitação no TDA

Saquetas (92g por saqueta)



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

Texto de Apoio 4.8 Exercício: Prática na determinação da quantidade de ATPU

Doente 1

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

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: _____

Doente 2

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

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: _____

Doente 3

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

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: _____

Doente 4

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

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: _____

Doente 5

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

Quantidade de ATPU a dar:

saquetas: _____

Texto de Apoio 4.9 Mensagens-chave para o TDA

1. Mostrar ao provedor de cuidados como abrir o pacote de ATPU e como administrá-lo à criança.
2. Explicar que as crianças desnutridas muitas vezes não gostam de comer, por isso deve incentivar a criança a comer pequenas refeições regulares de ATPU (até 8 vezes por dia nos primeiros 7 dias do tratamento, e pelo menos 6 vezes por dia depois deste período). Explicar a cada mãe ou provedor de cuidados quantos pacotes deve consumir a sua criança por dia (por ex^o: seu filho deve consumir ____ pacotes de ATPU por dia).
3. Informar sempre que o ATPU é um medicamento para o tratamento da DAG, e que é vital para a recuperação da criança.
4. Se a mãe ainda estiver a amamentar a criança, aconselhá-la a dar o peito antes de administrar cada dose de ATPU. Durante as primeiras semanas de tratamento, aconselhar a mãe a não dar outro tipo de comida para além do leite materno e do ATPU.
5. A mãe ou o cuidador deve entender que a criança deve terminar cada uma das suas doses diárias de ATPU antes de lhe dar outro tipo de comida. Após as 2 primeiras semanas de tratamento, a criança deve comer também pelo menos uma papa enriquecida por dia.
6. Para crianças maiores de 59 meses, à medida que o apetite for voltando deve-se incentivá-los a comer as refeições da família, e o ATPU deve ser utilizado para complementar as necessidades de energia, vitaminas e minerais.
7. Explicar também que a criança tem que beber água potável (fervida ou tratada) enquanto come o ATPU, para manter um bom estado de hidratação. É muito importante realçar que se a criança beber água imprópria, ela pode ter diarreia.
8. Usar sabão para lavar as mãos da criança e o rosto antes de a amamentar ou dar outros alimentos. Mantenha os alimentos limpos e cobertos.
9. As crianças desnutridas ficam com frio rapidamente. Por isso, é importante manter sempre a criança coberta e aquecida.
10. Continuar a alimentar as crianças com diarreia e dar comida e água extra.
11. Orientar a mãe ou o provedor de cuidados, para levar a criança imediatamente à Unidade Sanitária sempre que a sua condição agravar-se ou se ela não estiver a comer suficientemente.
12. Quando a criança atingir o P/E ou IMC/Idade ≥ -1 DP, orientar a mãe a dar primeiro a comida da família e depois dar o ATPU.

Nota: Pedir à mãe ou ao provedor de cuidados para repetir as mensagens transmitidas, para verificar se entendeu correctamente.

Sempre que possível, em colaboração com o PMA e suas ONGs parceiras, verificar a possibilidade de se atribuir ao mesmo tempo, uma cesta alimentar básica às famílias em situação de insegurança alimentar, para garantir que a dieta terapêutica seja dada somente a uma criança ou adolescente desnutrido.

Texto de Apoio 4.10 Monitoria individual durante as consultas de seguimento

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

- O fraco acesso devido a longas distâncias entre as comunidades e a Unidade Sanitária, tornando difícil as visitas semanais por parte das mães ou acompanhantes.
- Um elevado número de casos que sobrecarrega os horários das Unidades Sanitárias.
- Número limitado de pessoal de saúde oferecendo cuidados nas Unidades Sanitárias; as sessões quinzenais podem permitir atendimento em grupos por semanas alternadas.
- Os factores sazonais ou eventos que envolvem as mães ou os cuidadores, como época de colheita ou de sementeira, que podem impedir a sua participação semanal.

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

- Antropometria
 - PB
 - Peso
 - Estatura (comprimento ou altura)
- Exame físico
 - Presença de edema bilateral
 - Ganho de peso:
 - Crianças e adolescentes que não apresentam ganho de peso ou tem perda de peso, merecem atenção especial durante o exame médico
 - Temperatura corporal
 - Os seguintes sinais clínicos devem ser avaliados: fezes, vômitos, desidratação, tosse, respiração, tamanho do fígado, olhos, ouvidos, condição da pele e lesões perianais
 - Teste do apetite
 - Episódio de doença desde a última visita
 - Medidas antropométricas (tomadas)

Em cada visita de seguimento, o cuidador deve ser informado dos progressos da criança ou adolescente e, individualmente e ou em grupo, deve ser fornecido aconselhamento (mensagens padronizadas) em saúde e educação. Deve-se dar especial atenção à introdução gradual de alimentos complementares (qualidade) para preparar a criança para o desmame gradual do ATPU.

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

- Falta de apetite (falhou o teste do apetite)
- Outros sinais de perigo de acordo com AIDNI: vômito intratável, convulsões, letargia/não alerta, inconsciência
- Deterioração geral
- Edema bilateral recente ou o seu agravamento
- Perda de peso em 2 visitas consecutivas
- Peso baixo ou peso estático (não ganhou peso algum) durante 2 visitas consecutivas
- A hipoglicemia, desidratação, febre elevada, hipotermia, elevada frequência respiratória ou respiração dificultada, anemia, lesão de pele, infecção superficial, ou nenhuma resposta a qualquer outro tratamento

Na ausência ou morte súbita da mãe ou do provedor de cuidados, o novo provedor de cuidados poderá solicitar a ajuda dos serviços hospitalares ou mesmo o internamento da criança. Este apoio deve ser concedido a qualquer momento.

Texto de Apoio 4.11 Falta de Resposta ao TDA

Quando as orientações para o manejo da desnutrição aguda grave, contidas no manual de PRN, são seguidas, as criança e adolescentes com desnutrição aguda grave sem complicações médicas e sem edema deverão começar a ganhar peso a partir da primeira semana no programa.

Quando a criança ou adolescente perde peso ou quando o peso é estacionário é necessário tomar medidas imediatas para entender as causas e implementar ações para corrigir a situação. A primeira recomendação é a visita domiciliar para investigar a situação em casa, como explicado no **Texto de Apoio 4.13**. Além de causas verificadas em casa, podem também existir causas a nível da US que precisam de ser investigadas, mencionadas no quadro abaixo junto com as causas de origem domiciliar.

Causas frequentes de falta de resposta ao TDA

Problemas relacionados com a qualidade de tratamento:

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

Problemas relacionados com o ambiente de casa:

- Frequência insuficiente de visitas de controlo e para recepção de ATPU
- Consumo inadequado ou partilha de ATPU no agregado familiar
- Não cumprimento do protocolo de medicação

Notar que:

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

Se a criança é referida para o TDI ou para cuidados especializados, é necessário preencher a ficha de referência para internamento / ambulatório / outro sector, que se encontra no Anexo 9.7 do Volume I do **Manual de Tratamento e Reabilitação Nutricional**.

Texto de Apoio 4.12 Exercício: Possíveis causas de falta de resposta

Possíveis causas de falta de resposta a nível da US	Possíveis causas de falta de resposta a nível domiciliar

Texto de Apoio 4.13 Visitas domiciliárias

1. Os activistas comunitários de saúde (ACSS, APEs, etc.) devem ser capazes de identificar situações que precisam de visita domiciliária, falando com a mãe ou provedor de cuidados. Contudo, é importante estabelecer também um bom sistema de comunicação entre os trabalhadores de saúde e os agentes comunitários. As visitas ao domicílio servem para se poder detectar possíveis problemas no próprio ambiente familiar, os quais podem afectar a recuperação da criança, mesmo que não seja necessário fazê-lo de forma rotineira.
2. As visitas domiciliárias para doentes com DAG são essenciais nos seguintes casos:
 - Ausentes ou faltosos
 - Peso estático ou perda de peso durante 2 visitas consecutivas à US
 - Deterioração leve da condição clínica
 - Que receberam alta do TDI
 - A família recusou a referência da criança ou adolescente para o TDI
3. Todas as crianças e adolescentes que não cumprirem o plano de consultas devem ser seguidos através de uma visita às suas casas para se determinar a situação das crianças e adolescentes e a razão das faltas. Qualquer ausência ou falta a uma visita ao Centro de Saúde, deve ser comunicada e seguida pelos activistas comunitários de saúde (ou APEs). É essencial conhecer as razões das ausências para impedir que voltem a acontecer. Deve-se sempre estimular os ausentes a voltarem às visitas, buscando soluções conjuntas (trabalhadores de saúde, ACSS e família) para os problemas que motivaram as faltas.
4. Quando a criança ou adolescente perde peso na primeira visita de seguimento ou quando o peso é estacionário, também devem tomar-se medidas para investigar as causas. A primeira recomendação é visitar o domicílio e avaliar a situação familiar, incluindo o seguinte:
 - Verificar se a dieta de ATPU é partilhada com os outros membros da família
 - Se os alimentos estão disponíveis ou acessíveis na família
 - Problemas relacionados com os cuidados da criança
5. Uma visita deste tipo por parte dos Agentes Comunitários permitirá informar os Técnicos de Saúde sobre as situações que podem ser corrigidas e as decisões a tomar sobre a continuação do tratamento.

Texto de Apoio 4.14 Critérios de alta

As crianças tratadas no TDA podem receber alta quando apresentam os critérios seguintes:

- P/E \geq -1 DP ou IMC/Idade \geq -1 DP em 2 pesagens sucessivas **E**
- Bom apetite **E**
- Podem comer a comida da família

Crianças e adolescentes que recebem alta, mas não atingem os critérios de alta (não melhoram) são aquelas que:

- Morrem durante o tratamento
- Ausentam-se durante mais de 2 visitas consecutivas de controlo na US
- Não recuperam totalmente após 4 meses de tratamento e, não tendo sido identificada nenhuma causa aparente para a falta de resposta em resultado de uma investigação, são dispensadas do programa.

Recomenda-se que no momento da alta, as seguintes condições sejam consideradas e verificadas:

- Problemas de saúde resolvidos e sessões de educação nutricional concluídos
- Processo apropriado de desmame de ATPU alcançado
- Programa de imunização actualizado
- Estabelecida uma ligação da mãe ou do provedor de cuidados com possíveis iniciativas de apoio comunitárias (como por exemplo, apoio alimentar ou educação nutricional e demonstrações culinárias)

Os seguintes cuidados devem ser assegurados antes de se dar alta à criança:

- Informar à mãe ou ao provedor de cuidados sobre o resultado final do tratamento
- Aconselhar à mãe ou ao provedor de cuidados sobre a importância de dar à criança uma alimentação complementar adequada e de manter práticas de higiene individual e dos alimentos nos cuidados da criança
- Certificar-se que a mãe ou o provedor de cuidados compreende a importância do acompanhamento médico na prevenção de recaídas e da participação nos programas de suplementação alimentar e educação nutricional com demonstração prática
- Anotar no cartão de tratamento ou de saúde o estado nutricional da criança
- Orientar a mãe ou o provedor de cuidados para levar a criança imediatamente para uma Unidade Sanitária mais próxima se ela se recusar a comer ou apresentar algum dos seguintes sinais e sintomas:
 - Febre elevada
 - Fezes aquosas ou com sangue
 - Diarreia com duração superior a 2 dias
 - Dificuldade em respirar ou respiração rápida
 - Vômitos
 - Não alerta, muito fraca, inconsciente
 - Convulsões
 - Edema bilateral
- Dar a última ração de ATPU (correspondente a uma semana de tratamento)

Texto de Apoio 4.15 Exercício: Estudo de caso

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

- Caso novo
- P/E < -3 PD
- Peso: 6.1 kg
- Edema: Não
- Teste rápido da malária: Positivo
- Sinais e sintomas de malária: Sim
- Registo de vacinação: falta a vacina contra o sarampo, existe epidemia de sarampo na área
- Última vez que recebeu a vitamina A: Há 8 meses atrás
- Complicações médicas: Não
- Teste do apetite: A criança come um pouco, menos de 2/3 de um pacote de ATPU, mais ou menos 5 colherinhas, nos 30 minutos do teste
- A US tem muitos casos de DAG no TDA, pedem os cuidadores para voltar ao TDA a cada 2 semanas

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

Depois de 10 semanas de tratamento a criança tem P/E > -1 DP durante a última visita de seguimento, tem bom apetite e pode comer a comida da família. A criança tem todos os problemas de saúde resolvidos e tem todas as vacinas necessárias, incluindo sarampo. Faltam só 2 sessões de educação nutricional. Na comunidade onde vive, existem voluntários de saúde que oferecem sessões de educação nutricional e demonstrações culinárias, só que a mãe disse que o seu marido não permite que ela participe.

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