



Atenção à Saúde da Criança

Protocolo de Enfermagem





**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA**

2003

Protocolo de Enfermagem

Atenção à Saúde da Criança

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PREFEITA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
MARTA SUPLYC

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE
DR^º EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO

COORDENADORA DO PROGRAMA
SAÚDE DA FAMÍLIA
DR^ª ANNA MARIA CHIESA

VICE - COORDENADORA
DR^ª KARINA BARROS CALIFE BATISTA

ELABORAÇÃO TÉCNICA

ENFERMEIRAS
Cássia Regina de F. B. dos Santos
Elaine Cristina Carvalho Costa
Geórgia Affonso Bernado
Glória Mityo Schulze
Ivonete Cássia Barbosa
Maria Cejane Aires da Silva
Naira Regina dos Reis Fazenda
Patrícia Luna
Vera Helena Martinez Milanezzi

COLABORAÇÃO

Dr^ª Ana Maria Bara Bresolin - Área Temática de Saúde da Criança
Enf^ª Giselli Cacherick - UBS Dom João Nery
Prof^ª Dr^ª Laís Helena Ramos - Grupo Técnico de Capacitação - PSF
Enf^ª Maria Regina F. A. Lima - UBS Jaraguá



Apresentação

- **A elaboração deste material é fruto do intenso trabalho do Grupo Técnico, composto a partir do Seminário dos Enfermeiros do PSF promovido em junho de 2002, e contou com discussões junto às áreas temáticas afins da Coordenação de Desenvolvimento da Gestão Descentralizada – COGest, tendo inclusive sido apreciado e aprovado pelo Conselho Regional de Enfermagem – COREN-SP.**

Esperamos que este protocolo possa contribuir para a melhoria da prática assistencial dos enfermeiros, com a ressalva de que foi elaborado na perspectiva de complementar outras publicações existentes.

São Paulo, 10 de janeiro de 2003

*Dra. Anna Maria Chiesa
Coordenadora – PSF – SMS*

I - Introdução

- **A(o) enfermeira(o) na atenção básica atua em todas as fases do ciclo de vida dos indivíduos de sua área de responsabilidade, visando à proteção, promoção e recuperação da saúde.**
- **Na saúde da criança, a atuação da enfermagem visa sobretudo promover o aleitamento materno, crescimento e desenvolvimento adequados, o aumento da cobertura vacinal e trabalhar no controle das situações de risco à saúde, visando o não comprometimento do potencial de cada criança.**

I - Introdução

- **Considerando a necessidade da instrumentalizar as(os) enfermeiras(os) que atuam nas UBS com PSF e garantindo que essa assistência ocorra conforme as diretrizes do Sistema Único de Saúde, fez-se necessária a elaboração deste documento com o objetivo de nortear condutas no âmbito da Atenção Integral à Saúde da Criança.**
- **Tendo em vista a diversidade em termos das condições de vida, condições de trabalho e do panorama epidemiológico que encontramos no município de São Paulo, identificamos diferentes características de problemas e necessidades da população infantil para estruturar as ações.**

I - Introdução

- **Portanto, cabe aos profissionais que atuam nas Equipes de Saúde da Família (ESF) adequar as recomendações apresentadas para o cenário de atuação, identificando prioridades e elaborando um plano de intervenção que alcance as especificidades de cada região.**
- **O presente documento, no entanto, apresenta os consensos em termos de assistência realizada pelo enfermeiro, visando respaldar suas ações, disponibilizando protocolos de atenção.**

I - Introdução

- **Ressalta-se ainda que a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) já adotou a estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) como protocolo a ser assumido por médicos e enfermeiros capacitados, na rede de serviços (Portaria 3522/2002/SMS – D.O.M 18/09/2002).**
- **Para a construção destes consensos, a Coordenação Municipal do Programa Saúde da Família reuniu um grupo de enfermeiras de diversas regiões de São Paulo e diferentes experiências em PSF, que elaboraram este protocolo para ser um facilitador no momento da assistência prestada à criança, família e/ou cuidador, durante a visita domiciliar, consulta de enfermagem ou grupos educativos, respaldados pela Lei do Exercício Profissional (LEP) 7498.86 e Resoluções do COFEN 195/97 e 271/2002.**

I - Introdução

- A finalidade do mesmo é complementar outras publicações relativas à **Atenção à Saúde da Criança**, como o caderno temático.



I – Atendimento à Criança

- **O atendimento à criança engloba a seqüência de ações ou medidas preventivas direcionadas desde antes do nascimento até os 5 anos de idade, como objetivo de evitar que ela adoença e promover um crescimento e desenvolvimento adequados.**

I – Atendimento à Criança

- **Com a adscrição da clientela, viabilizada pelo PSF, é possível iniciar tal acompanhamento desde o pré-natal seguindo-se com ações individuais e coletivas a população infantil, de forma a intensificar o monitoramento junto às crianças que apresentam riscos.**

III– Como fazer o seguimento da criança?

- **A puérpera e o recém-nascido (RN) deverão receber a visita domiciliar da(o) enfermeira(o) logo que chegam no domicílio, durante a primeira semana, na qual são abordadas as orientações das técnicas corretas para:**
 - **o aleitamento adequado,**
 - **cuidados com as mamas, com a episiorrafia (ou rafia de cesárea),**
 - **loquiação e**
 - **sinais gerais de anormalidades;**

III– Como fazer o seguimento da criança?

- incentivo ao aleitamento materno exclusivo e**
- as peculiaridades do cuidado como RN como:**
 - cólica,**
 - choro excessivo,**
 - cuidados como o coto umbilical e**
 - higiene em geral.**

III– Como fazer o seguimento da criança?

- **O acompanhamento da criança deverá ser realizado em consulta de enfermagem e médica ou através de grupos educativos.**

- **Sugerimos o seguinte acompanhamento:**
 - **Primeiro ano de vida: Mensalmente;**
 - **Do primeiro ao segundo ano de vida: Trimestralmente;**
 - **Do segundo ao quinto ano de vida: Semestralmente.**

III– Como fazer o seguimento da criança?

- **O seguimento da criança poderá ser adaptado a partir da realidade epidemiológica do território e/ou em função da presença de recursos humanos na UBS.**

III– Como fazer o seguimento da criança?

- **O enfoque para a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) deverá contemplar que a criança seja avaliada em relação:**
 - **aos riscos ambientais,**
 - **socioeconômicos,**

III– Como fazer o seguimento da criança?

- nutricionais,**
- desenvolvimento,**
- crescimento,**
- identificados ao nascer e**
- de infecções que venha a contrair no processo de**
crescimento.

III– Como fazer o seguimento da criança?

Classificação dos Riscos:

- **Risco Ambiental:** Falta de saneamento básico, moradia inadequada;
- **Risco socioeconômico:** Desemprego, mãe sem escolaridade, família proveniente de área social de risco, mãe muito jovem;
- **Risco nutricional:** Desmame precoce, aleitamento misto;

III– Como fazer o seguimento da criança?

Classificação dos Riscos:

- **Risco de crescimento e desenvolvimento:** Curva descendente ou horizontal, ganho de peso insuficiente, agravos nutricionais, prematuridade, desenvolvimento não compatível com a idade;
- **Risco de infecção:** Internação, atraso vacinal, desnutrição e aleitamento misto;
- **Riscos identificados ao nascer:** Baixo peso ao nascer (<2.500g), morte de irmão menor de 5 anos de idade, internação após alta materna.

III– Como fazer o seguimento da criança?

- **Tendo em vista o enfoque de risco, é necessário um planejamento com a equipe para um acompanhamento de maior frequência das crianças, famílias e/ou cuidadores.**

IV– Consulta de Enfermagem

1. Antecedentes pré e neonatais:

- **A mãe fez pré-natal?**
- **Ficou doente durante a gravidez?**
- **Fez algum tratamento ou seguimento?**
- **Usou drogas (lícitas e ilícitas), investigar HIV.**

IV– Consulta de Enfermagem

1. *Antecedentes pré e neonatais:*

- **Quantos filhos ela já teve?**
 - **Quantos vivem?**
 - **Quantos morreram?**
 - **Quais as causas dos óbitos?**
- **A criança foi desejada?**
- **A mãe teve problemas psiquiátricos anteriores?**

IV– Consulta de Enfermagem

1. *Antecedentes pré e neonatais:*

- **Peso ao nascer (se > de 2.500g, se foi termo ou não, etc.)**
- **Tipo de parto (normal, fórceps ou cesárea “emergencial” por mecônio, interrogar o motivo do tipo de parto).**

IV– Consulta de Enfermagem

1. Antecedentes pré e neonatais:

- **Intercorrências no berçário:**
 - **interrogar se o RN teve alta com a mãe, se não, por qual motivo ficou (“tomou soro” ou oxigênio, ou fototerapia);**
 - **Pode indicar possíveis anóxias, hipoglicemia, hipocalcemia, infecções, icterícia, etc.**
 - **Essas informações são muito valiosas para entendimento da evolução da criança, principalmente se houver suspeita de atraso de desenvolvimento neuropsicomotor.**

IV– Consulta de Enfermagem

2. *Cuidador da criança/Prevenção de acidentes:*

- **Citar quem é o informante da consulta (a mãe, pai, avó, babá, etc) e quem cuida dessa criança.**
- **Quem cuidará dela após o término da licença maternidade (creche, avó, babá, etc.).**

IV– Consulta de Enfermagem

2. *Cuidador da criança/Prevenção de acidentes:*

- **Aproveitar todas as oportunidades para investigar sinais indicativos de maus tratos (equimoses, hematomas, pequenos traumas.)**
- **Orientar a prevenção de acidentes em cada faixa etária: queda da cama ou berço, irmãos maiores, risco de sufocamento com mamadeiras, andadores, carrinhos, envenenamentos, etc.**

IV– Consulta de Enfermagem

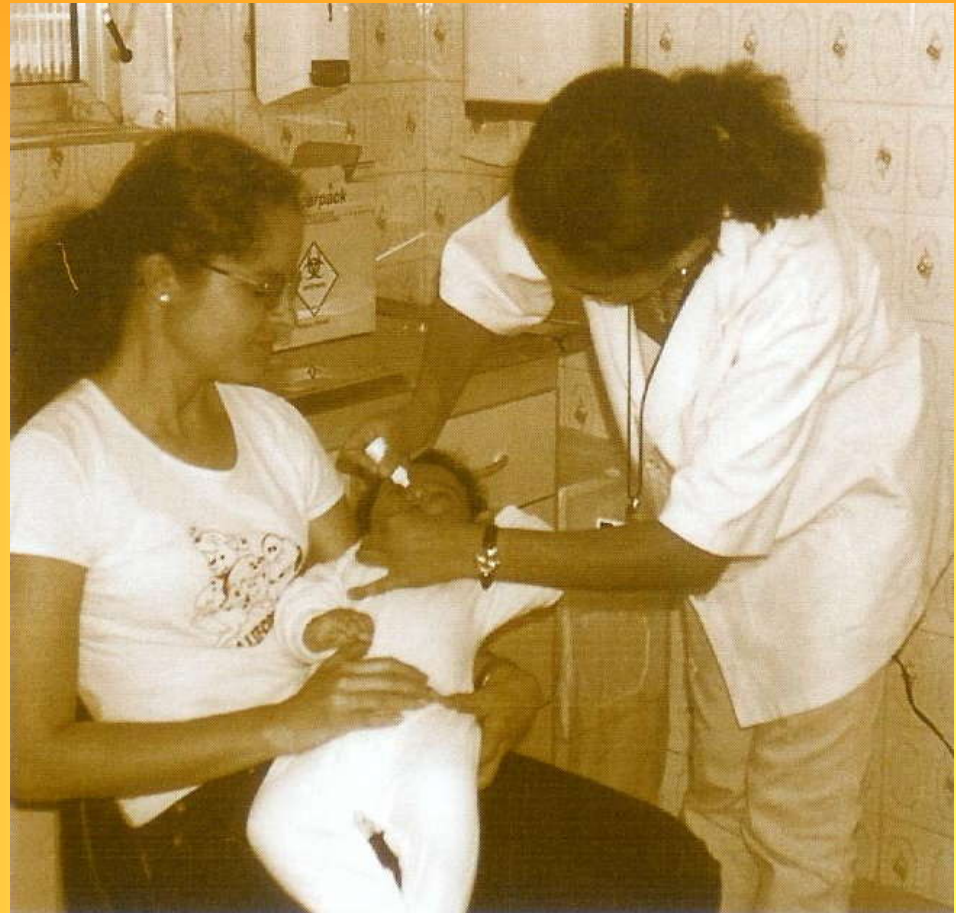
3. *Vacinação:*

- **A carteira deve ser verificada sempre, anotando se está em dia pela verificação direta ou “SIC” (segundo a informação do cuidador).**
- **Aproveitar qualquer vinda da criança à UBS para regularizar as vacinas (acolhimento, grupos, consultas médicas ou de enfermagem).**

IV– Consulta de Enfermagem

3. *Vacinação:*

- **Evitar atrasos por IVAS:** desde que a criança esteja bem e afebril, deve ser vacinada.



IV– Consulta de Enfermagem

4. *“Exame do pezinho”*:

- Questionar na VD de puerpério se foi colhido o PKU e T₄ na maternidade.
- Se não foi colhido, encaminhar para a coleta o mais rápido possível e posteriormente, cobrar o resultado.

IV– Consulta de Enfermagem

4. “Exame do pezinho”:

- **As doenças preveníveis por este exame simples (fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito) quase não deixam seqüelas (atraso de DNPM) se diagnosticadas e tratadas precocemente.**
- **Atualmente, a anemia falciforme está sendo pesquisada também pelo “exame do pezinho”.**

IV– Consulta de Enfermagem

5. *Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM):*

- **Deverá ser observada e questionada a evolução neurológica céfalo-caudal, ou seja:**
 - **se sorri espontaneamente no 2º mês;**
 - **se a criança apresenta lalação ou balbucio e rola no berço no 3º mês;**
 - **o sorriso social deve estar presente entre o final do 2º mês e início do 3º (revela acuidade visual e capacidade de comunicação).**

IV– Consulta de Enfermagem

5. *Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM):*

- Ao final do 4º mês de vida todas as crianças nascidas de termo estarão conseguindo firmar a cabeça de modo completo;
- pega objetos e os leva à boca em torno do 4º e 5º mês;
- firma ombros e dorso no 5º mês;
- senta-se com apoio a partir do 6º mês;

IV– Consulta de Enfermagem

5. *Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM):*

- Ao final de 9 meses a criança nascida de termo já deve ficar sentada sem apoio com a cabeça e o tronco erétil;
- põe-se de pé apoiada no 11º ou 12º mês.
- Aos 18 meses já deve estar andando sozinha.

IV– Consulta de Enfermagem

5. *Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM):*

- Incentivar adequada estimulação de criança;**
- observar com atenção os marcos de desenvolvimento, e**
- não tardar o encaminhamento para avaliação da equipe a menor suspeita de anormalidade.**
- Em toda consulta medir o perímetro cefálico (PC).**

IV– Consulta de Enfermagem

5. *Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM):*

Evolução do perímetro cefálico esperado

1º e 2º mês de vida	2 cm por mês
3º e 4º meses de vida	1,5 cm por mês
5º ao 12º mês	0,5 cm por mês
No 2º ano de vida	0,3 cm por mês

IV– Consulta de Enfermagem

5. *Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM):*

Observações

- **Trabalhar com a avaliação da família sobre a criança;**
- **Investigar as oportunidades que a criança encontra para o seu desenvolvimento;**
- **Registrar as conquistas e elogiar a família em relação aos aspectos positivos;**
- **Evitar rotular como atraso a defasagem de escalas pré-definidas.**

IV– Consulta de Enfermagem

6. *Desenvolvimento pômdero-estatural (DPE):*

- A partir do 2º mês, o esperado para o ganho de peso é de 700 a 1000 gramas/mês (mínimo de 10 g/dia).
- Pela aferição de peso e estatura é possível o diagnóstico nutricional.
- Usar a curva de percentil do Cartão da Criança (NCHS).

IV– Consulta de Enfermagem

6. *Desenvolvimento ppondero-estatural (DPE):*

- Um dado isolado pouco significa, por isso é importante o seguimento da criança: uma curva ascendente mostra evolução favorável, enquanto uma estabilização horizontal ou descendência da curva denota sinal de alerta para uma desnutrição.



IV– Consulta de Enfermagem

6. *Desenvolvimento pômdero-estatural (DPE):*

Crescimento esperado ao ano

1º semestre	15 cm
2º semestre	10 cm
1 ano	25 cm
2 anos	10 a 12 cm
3 e 4 anos	7 cm
Até o início da puberdade	5 a 6 cm

IV– Consulta de Enfermagem

6. *Desenvolvimento pômdero-estatural (DPE):*

Evolução do peso

- **Perda de 10% do peso de nascimento até o 10º dia de vida.**
- **Ganho de 20 a 30 g/dia durante os 3 primeiros meses de vida; e**
- **Triplificação do peso de nascimento até o 12º mês de vida.**

IV– Consulta de Enfermagem

6. *Desenvolvimento ppondero-estatural (DPE):*

- **A situação das medidas de peso e altura da criança, em relação à idade, comparadas aos percentis da curva padrão (NCHS), define as seguintes categorias para o peso:**
 - **Sobrepeso:** Peso no percentil maior ou igual a 97
 - **Adequado:** Peso entre os percentis 10 e 97
 - **Risco nutricional:** Peso entre os percentis 10 e 3
 - **Desnutrição:** Peso menor que o percentil 3

IV– Consulta de Enfermagem

6. *Desenvolvimento pômdero-estatural (DPE):*

- **Em relação à avaliação longitudinal, reflete a história da criança desde o nascimento até a avaliação atual. Considera-se a marcação de vários pontos na curva (pelo menos 3) e avalia-se o traçado como:**
 - **Ascendente: Satisfatório**
 - **Horizontal: Sinal de alerta**
 - **Descendente: Sinal de Perigo**

IV– Consulta de Enfermagem

6. *Desenvolvimento pôndero-estatural (DPE):*

Obs.: A verificação de peso deve ser feita na consulta de enfermagem e médica, no atendimento do auxiliar de enfermagem e em grupos de puericultura, garantindo-se sempre a retirada completa das roupas, fraldas e calçados.



IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

- **O exame físico deve ser sempre detalhado.**
- **Lembrar peculiaridades do RN.**
- **Estar atento para hipoatividade ou abatimento da criança, assim como irritabilidade ou choro excessivo.**

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

- **Sempre observar sinais de maus tratos, má higiene, abandono ou negligência.**
- **Deixar anotado no prontuário qualquer suspeita e tomar as providências que estiverem ao alcance da equipe.**

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Cabeça:** observar e registrar formato e simetria do crânio, da face e integridade do couro cabeludo.
- **Fontanelas:** a fontanela anterior (bregmática) mede ao nascer de 4 a 6 cm e fecha entre 4 e 26 meses. A posterior (lâmbdia) mede 1 a 2 cm e costuma fechar por volta de 2 meses.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Olhos:** avaliar presença e aspecto de secreção, lacrimejamento, fotofobia, anisocória, exoftalmia, microftalmia, cor da esclerótica, estrabismo, entre outros.
- **Visão:** avaliar aspecto e simetria dos olhos, alinhamento pelo teste do reflexa vermelho, presença da visão através da observação de reflexos visuais, constricção visual direta e consensual à luz.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Ouvidos:** observar a forma, alterações, implantação das orelhas.
- **Acuidade auditiva:** observar pestanejamento dos olhos, susto ou direcionamento da cabeça em resposta ao estímulo sonoro, em crianças maiores sussurrar a uma distância de aproximadamente de 3 metros.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Nariz:** verificar presença e aspecto de secreção. Inspeção e palpação, pesquisar desvio de septo nasal.
 - Observar porção interna anterior do nariz com iluminação empurrando a ponta para cima.
 - Observar coloração da mucosa, condições de cornetos, calibres da via aérea e secreção.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Boca e faringe:** iniciar pela inspeção dos dentes, gengivas, face interna das bochechas, língua e palatina. Observar tamanho e aspecto das amígdalas, hiperemia, petéquias, gota pós-nasal e placa de secreção.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Pescoço:** inspeção e palpação da gânglios cervicais, submandibulares e retroauriculares. Descrever características: tamanho, consistência, dor, mobilidade, aderência, avaliar rigidez da nuca.
- **Tórax:** observar forma, simetria, sinais de raquitismo e mamas.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Pulmão:** observar presença de tiragem, tipo respiratório, ritmo, expansibilidade torácica e uso de músculos acessórios. Percutir face anterior, lateral e posterior do tórax. Auscultar procurando alterações dos sons respiratórios e sua localização.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Coração:** verificar pulso apical, observar criança quanto à presença de cianose e edema. **Ausulta:** frequência, intensidade, ritmo e qualidade deverão ser avaliados, procurando alterações e sua localização.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Abdômen:** observar alterações globais de forma e volume e abaulamento localizado, presença de hérnias umbilicais, ventrais e diástases.
 - **As hérnias costumam fechar espontaneamente até os dois anos de idade.**
 - **Examinar o coto umbilical observando a presença de secreção e hiperemia. A mumificação completa ocorre aproximadamente entre o 7º e 10º dia de vida.**

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- Realizar palpação geral, superficial e profunda, e também fígado e baço. Observar presença de dor abdominal e sua localização, defesa ou rigidez da parede.
 - Percussão: delimitar o tamanho do fígado.
 - Ausculta: buscar sons intestinais em cada quadrante

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Pele e mucosas:** observar elasticidade, coloração, lesões e hidratação. A pele do RN deve estar lisa, macia, rósea e opaca. A presença de cor amarelada significa icterícia, é visível após as primeiras 24 horas de vida e quando aparece antes disto, pode significar incompatibilidade de grupo sanguíneo ou infecção do RN.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Genitália e reto:**
- **Meninos:** observar presença de fimose e testículos na bolsa escrotal (criptorquidia), pesquisar reflexos cremastéricos, hidrocele, hipospadia ou epispadia.
- **Meninas:** observar o hímen e presença de secreção vaginal, pode ocorrer presença de secreção mucóide ou às vezes sanguinolenta nos primeiros dias de vida.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Extremidades:** observar deformidades, valgismo/varismo, paralisias, edemas, alteração de temperatura, assimetria e marcha.
 - Palpar pulsos radial, femoral e pedioso;
 - Realizar manobra de Ortolani;
 - Observar dedos extra-numéricos, baqueteamento digital, polidactilia;

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Examinar coluna vertebral em diversas posições, rigidez, postura, mobilidade e curvatura.**
- **Registrar presença de espinha bífida, tufos de pêlos e hipersensibilidade.**

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Exame neurológico: observar os comportamentos das crianças comparados ao comportamento habitual e esperado para fase de desenvolvimento.**

Avaliar nível de consciência, atividade normal ou habitual, hipoativa ou com diminuição do padrão próprio de atividade.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Avaliação dos reflexos: estão descritos a seguir alguns reflexos que podem ser avaliados, sendo necessário às vezes a procura de muitos outros durante a consulta de enfermagem, que podem ser encontrados através de pesquisa bibliográfica pelo profissional.**

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Reação de Moro:** utilizar estimulação de queda de cabeça ou som. Não usar estimulação intensa. A criança deve abrir e fechar os braços.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Preensão Palmar:** colocar o dedo do examinador na palma da mão da criança no nível das metacarpofalângias. A criança responde com flexão de todos os dedos, flexão e adução do polegar, simultaneamente.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Reflexos de Sucção:** é provocado tocando-se os lábios, o que desencadeia movimentos de sucção dos lábios e da língua. Este reflexo não deve ser pesquisado imediatamente após a mamada. Este reflexo está presente até os três meses de vida.

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Reflexo Cutaneopalmar:** imobilize o membro inferior com a mão apoiada na porção média da perna, realizando pequenas e sucessivas excitações na borda externa do pé, na região inframaleolar. A resposta será de extensão do hálux (sem ser lenta ou majestosa), com ou sem abertura em leque dos dedos

IV– Consulta de Enfermagem

7. *Exame físico:*

EXAME FÍSICO GERAL E ESPECÍFICO

- **Reflexo de Marcha:** em suspensão vertical, numa superfície dura, segurando o bebê pelas axilas, realizar o contato da planta dos pés com a superfície, a criança estenderá os joelhos, que se mantinham semifletidos.

IV– Consulta de Enfermagem

8. *Complementação vitamínica no 1º ano de vida:*

- **Vitaminas A e D devem ser suplementadas em nosso meio a partir do 15º dia de vida conforme orientação do fabricante, como medida profilática, pela exposição solar insuficiente de nossas crianças em São Paulo, levando ao raquitismo.**
- **Em outros estados, como no Nordeste, a exposição solar pode ser razoável, mas há a carência da vitamina A pela falta de alimentos carotenóides ou por falta de hábitos de ingestão desses alimentos.**

IV– Consulta de Enfermagem

8. *Complementação vitamínica no 1º ano de vida:*

- **Ferro deve ser suplementado a partir do 6º mês: Sulfato Ferroso 1mg/Kg/dia, dependendo do tipo de aleitamento e alimentação, até o final do 24º mês de vida**
- Prematuros devem receber Sulfato Ferroso desde o 2º mês, 2mg/Kg/dia até o 6º Mês de vida, diminuindo-se para 1mg/Kg/dia do 6º ao 24º mês.
- **Nosso município conta com água fluoretada, tornando desnecessária a suplementação de flúor.**

IV– Consulta de Enfermagem

9. *Dentição:*

- **Ferro deve ser suplementado a partir do 6º mês: Sulfato Ferroso 1mg/Kg/dia, dependendo do tipo de aleitamento e alimentação, até o final do 24º mês de vida.**
- Prematuros devem receber Sulfato Ferroso desde o 2º mês, 2mg/Kg/dia até o 6º Mês de vida, diminuindo-se para 1mg/Kg/dia do 6º ao 24º mês.
- **Nosso município conta com água fluoretada, tornando desnecessária a suplementação de flúor.**

IV– Consulta de Enfermagem

9. *Dentição:*

- Há grande variabilidade individual, considerada normal, na cronologia de erupção dos primeiros dentes chamados de “leite” ou decíduos.
- Alguns bebês já nascem com dentes (chamados neonatais), outros, na idade de um ano, ainda poderão ser totalmente desdentados.
- Não há consenso sobre o fato da erupção estar relacionada com picos febris ou diarreia, como prediz a cultura popular. Sempre procurar outro motivo para o adoecimento da criança.

IV– Consulta de Enfermagem

9. *Dentição:*

- **Em alguns bebês, cistos de erupção, que se caracterizam por manchas arroxeadas no rebordo alveolar (gengivas), poderão ocorrer dentro de um aspecto de normalidade.**
- **Desde a erupção a boca de bebê deve ser limpa, após cada mamada e/ou refeição com a ponta de uma fralda de pano ou outro tecido macio, umedecido em água filtrada. A partir da presença do primeiro dente decíduo, pode-se continuar fazendo a higiene da boca, friccionando cuidadosamente o dente.**

IV– Consulta de Enfermagem

9. *Dentição:*

- **Dos 12 aos 18 meses já é possível limpar os dentes da criança com escovas dentais. Até os 3 anos de idade a limpeza dos dentes deve ser feita por um dos pais ou responsáveis, de maneira mais completa, após a ingestão de alimentos, e antes da criança dormir.**

IV– Consulta de Enfermagem

9. *Dentição:*

- **Em localidades onde a água de abastecimento público é fluoretada, esta limpeza deve ser feita só com escova e água, sem dentifrício ou com dentifrício sem flúor, pelo risco de ingestão de pasta, comum nas crianças desta faixa etária.**
- **Entre 3 a 7 anos, após a criança ter escovado os próprios dentes, os pais deverão complementar esta higienização.**

IV– Consulta de Enfermagem

9. *Dentição:*

- **Evitar o excesso de mamadas na madrugada, principalmente mamadeiras açucaradas e mesmo o leite materno, principalmente em bebês de mais idade: oferta inoportuna de alimentos desencadeia risco de aspiração, obesidade e “cárie de mamadeira” de difícil tratamento e controle.**
- **Evitar os anestésicos tópicos em gengivas, entre outros, pois isso poderá causar anestesia da orofaringe, dificultando o reflexo de deglutição e o aumento do risco de aspiração.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

- **Todo desenvolvimento fisiológico depende direta ou indiretamente da nutrição, principalmente na criança, que está em plena aquisição de massa e crescimento (sem levar também em consideração os possíveis processos mórbidos que ela possa vir a sofrer, exigindo maior aporte ainda de substratos necessários à sua defesa e recuperação).**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Incentivo ao aleitamento materno

- **O leite materno deve ser oferecido exclusivamente para a criança até os primeiros 6 meses de idade (água e chás não devem ser oferecidos), com o acompanhamento do crescimento e ganho ponderal.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Incentivo ao aleitamento materno

- **As vantagens do aleitamento materno são:**
 - **Nutricionais:** é um alimento fisiologicamente perfeito para o bebê; a maioria das mulheres produz leite em quantidade e qualidade adequada às necessidades do seu bebê (o leite de mães de prematuros é diferente daquelas de bebês de termo). Colabora efetivamente para diminuir a taxa de desnutrição energético-protéica e conseqüentemente a mortalidade infantil;

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Incentivo ao aleitamento materno

- **Imunológicas:** protege a criança contra infecções, principalmente do aparelho digestivo, pois retarda a exposição da criança a possíveis contaminações alimentares em ambientes desfavoráveis. Diminui também a probabilidade de processos alérgicos decorrentes da exposição precoce às proteínas do leite de vaca;

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Incentivo ao aleitamento materno

- **Psicológicas:** estabelece relação afetiva mãe-filho positiva;
- **Econômicas:** representa economia real (em compra de leite em pó, esterilização da água e utensílios pela fervura, gasto com gás de cozinha, etc.);

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Incentivo ao aleitamento materno

- **Planejamento Familiar:** ajuda no espaçamento de nova gravidez, mas é falho em alguns casos após os 2 meses, de modo que é preciso orientar a mãe para usar outros métodos contraceptivos.

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

- **Além do conhecimento sobre as vantagens do aleitamento natural, as mulheres devem ser orientadas sobre técnicas de amamentação durante o pré-natal, durante a hospitalização do parto e assim que chegarem da maternidade.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Sinais da “boa pega”

- **A boca está bem aberta;**
- **O lábio inferior voltado para fora;**
- **O queixo toca o seio;**
- **Há mais aréola visível acima da boca do que abaixo;**
- **Pega toda a aréola, não apenas o mamilo.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Posicionamento para uma boa amamentação

- 1. A mulher deverá estar sentada ou deitada em posição confortável, com apoio nas costas; o corpo da criança alinhado (cabeça e tronco), e a barriga da criança voltada para a barriga da mãe.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Posicionamento para uma boa amamentação

- 2. Orientar a mãe a dar o peito toda vez que a criança chorar, mesmo que muitas vezes, isso fará com que haja produção de mais leite.**

Alguns bebês são muito quietos e reclamam pouco, dormindo muitas horas, isso faz com que tenham hipoglicemia (pior em prematuros), Pequeno para Idade Gestacional (“PIG”) e Grande para Idade Gestacional (“GIG”) e fiquem mais hipoativos ainda, orientar para acordá-los a cada 3 horas para mamar, pelo menos nos primeiros 15 dias de vida, depois haverá adaptação natural.

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Higiene das mamas:

- **Não devem ser utilizados sabonetes e cremes; realizar a limpeza somente com água.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Como tratar uma fissura:

- **Aconselhar a mãe a parar de usar qualquer tipo de sabonetes ou cremes nos mamilos;**
- **Orientar a mãe a lavar os mamilos apenas uma vez ao dia quando tomar banho;**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Como tratar uma fissura:

- **Corrigir a posição de mamada e estimular a mãe para continuar amamentando. Pode começar a mamada no mamilo que não está dolorido.**

Freqüentemente a dor pára imediatamente e a fissura cicatriza muito rapidamente quando a posição é melhorada.

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Como tratar uma fissura:

- **Aconselhar a mãe a expor os mamilos ao ar e ao Sol, tanto quanto possível, no intervalo das mamadas;**
- **Aconselhar a mãe a deixar uma gota do “leite do fim” no mamilo e aréola, após a mamada, pois isto facilita a cicatrização.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. *Alimentação e aleitamento:*

Como tratar uma fissura:



- **Algumas vezes, a dor continua, mesmo depois da correção de mamada.**

Outras vezes a mama está ingurgitada e a criança não consegue pegar parte suficiente da mama na boca.

Nesses casos, devemos orientar a ordenha manual e oferecer o leite em um copinho, enquanto a fissura cicatriza.

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Retirada do Leite Materno (ordenha manual):

- **Este procedimento deve ser realizado com cuidado, para que possamos preservar a qualidade do leite materno devido às diferentes formas de contaminação que podem ocorrer.**
- **Solicitar para a mãe que, na medida do possível, procure um lugar privativo, silencioso onde ela fique confortável e tranqüila, devendo tomar líquidos várias vezes ao dia (6 a 8 copos de 250ml).**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Retirada do Leite Materno (ordenha manual):

Orientar:

- 1. Para a mãe fazer uma boa limpeza das mãos e mamas com água e sabão (e, se possível, uma escovação das unhas imediatamente antes de cada ordenha), tentando evitar ao máximo que o leite possa ser contaminado;**
- 2. Secar as mãos e mamas com toalha limpa;**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Retirada do Leite Materno (ordenha manual):

Orientar:

- **Fazer uma massagem circular seguida de outra de trás para frente até o mamilo;**
- **Estimular suavemente os mamilos estirando-os ou rodando-os entre os dedos;**
- **Extrair o leite e desprezar os primeiros jorros de leite de cada lado;**
- **Colocar o polegar sobre a mama, onde termina a aréola e os outros dedos por baixo também, na borda da aréola;**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Retirada do Leite Materno (ordenha manual):

Orientar:

- 7. Comprimir contra as costelas e também entre o polegar e o indicador, por trás da aréola;**
- 8. Repetir o movimento de forma rítmica, rodando a posição dos dedos ao redor da aréola para esvaziar todas as áreas;**
- 9. Alternar as mamas a cada 5 minutos ou quando diminuir o fluxo de leite;**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Retirada do Leite Materno (ordenha manual):

Orientar:

- **Alertar que a quantidade de leite que se obtém em cada extração pode variar. Isto não é infreqüente;**
- **Depois da ordenha, passar algumas gotas de leite nos mamilos;**
- **Estimular a mãe para oferecer o leite ordenhado através de copo ou colher.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Retirada do Leite Materno (ordenha manual):

- **Obs.: A aparência do leite que se extrai cada vez é variável. No princípio é claro e depois do reflexo de ejeção mais branco e cremoso. Alguns medicamentos, alimentos ou vitaminas podem mudar levemente a cor do leite. As gorduras do leite bóiam ao guardá-lo.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

CONSERVAÇÃO

- **O leite retirado através da ordenha deverá ser armazenado em um recipiente de vidro previamente submerso em água fervente por 15 minutos, o franco deverá estar bem vedado para evitar que o leite absorva odores e outros voláteis nocivos e estocado de acordo com as orientações a seguir:**

IV– Consulta de Enfermagem

10. *Alimentação e aleitamento:*

CONSERVAÇÃO

- **Prazo de validade e estocagem:**
 - refrigerador, por 24 horas;
 - congelador de geladeira (de duas portas) ou congelador, por 15 dias;
 - apesar de não ser o melhor procedimento, se for necessário, orientamos estocar em local fresco, protegido da luz, por 6 a 8 horas;
 - orientar para colocar uma etiqueta com a data e o horário da coleta.

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Desmame

- **Além da importância do aleitamento materno, a mãe deve ser orientada também quando não tem disponibilidade de amamentar ou quando se faz necessária a introdução de novos alimentos (após o 6º mês).**
- **O processo de desmame é caracterizado pela introdução de novos alimentos, além do leite materno.**
- **Quando este ocorre antes do 6º mês de vida da criança denomina-se desmame precoce.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Desmame

Algumas recomendações gerais:

- **Iniciar um alimento de cada vez, verificando aceitação da criança (evitar “misturas” de frutas em sucos ou papas, se houver intolerância não saberemos o que provocou);**
- **Considerar o estágio de desenvolvimento da criança ao introduzir os alimentos sólidos (o reflexo de protusão da língua pode se manter até o 5º ou 6º mês);**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Desmame

Algumas recomendações gerais:

- **Respeitar os hábitos alimentares da família, desde que não haja privação de alimentos benéficos para a saúde da criança, como nos tabus alimentares;**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Desmame

Algumas recomendações gerais:

- **Fornecer orientação quanto ao equilíbrio nutricional, oferecendo alimentos dos 3 grupos: construtores/protéicos (carnes, ovos, leguminosas como feijão e grãos), reguladores (verduras, legumes e frutas, fontes de fibras e vitaminas) e energéticos (carboidratos, doces e gorduras);**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Desmame

Algumas recomendações gerais:

- **Dar extrema importância à higiene quanto ao preparo e conservação dos alimentos (lavagem das mãos, dos utensílios de cozinha, da esterilização de mamadeiras, lavagem de verduras e frutas, fervura, uso de geladeira, etc.)**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Alimentação em crianças amamentadas até o 6º mês

- **Geralmente a introdução dos novos alimentos se inicia no 6º mês, com o suco de frutas oferecido às colheradas.**
- **A forma líquida e o sabor naturalmente adocicado são de mais fácil aceitabilidade pela criança, além das frutas serem boa fonte de vitaminas e minerais.**
- **Quando a criança já estiver habituada ao suco, pode-se oferecer as frutas na consistência pastosa (papas), sempre uma fruta por vez, verificando-se a aceitabilidade da criança.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Alimentação em crianças amamentadas até o 6º mês

- **Posteriormente, ao final do 6º mês, é introduzida a refeição de sal, sob a forma de papa, que é oferecida na hora do almoço, em substituição a uma das mamadas.**
- **Quando o almoço estiver bem adaptado à rotina da criança, introduzir a 2ª refeição de sal (jantar) em torno do 7º mês, verificando a aceitabilidade.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

- **Nos casos em que o aleitamento materno não é possível (trabalho materno, doenças maternas, óbito da mãe, adoção, não aceitação da mãe) geralmente é utilizado o leite de vaca fluido (“in natura”) ou em pó integral ou modificado.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

Algumas recomendações importantes:

- **A água utilizada deve sempre ser fervida, e se possível, também filtrada;**
- **O leite fluido deve ser bem fervido (2 ou 3 “subidas” ou 3 minutos após fervura) para esterilização, mesmo os que venham em embalagem longa-vida, e também para desnaturação das proteínas, facilitando a digestão;**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

Algumas recomendações importantes:

- **As peças de encaixe de mamadeiras, assim como a mamadeira (garrafa), devem ser muito bem lavadas e escovadas em água corrente e detergente, e depois sempre serem esquentadas para desinfecção e guardadas em recipiente tampado, e de preferência em geladeira. Só utilizar mamadeiras que sofreram esse processo, e a cada uso deverão ser esterilizadas novamente;**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

Algumas recomendações importantes:

- **Cuidado com leites em pó: erros na diluição são comuns;**
- **O açúcar (5%) e a farinha (3%) são adicionados para aumentar o aporte calórico do leite, principalmente quando é oferecido diluído. Orienta-se uma quantidade pequena para que não se crie o hábito de consumo excessivo do açúcar;**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

Algumas recomendações importantes:

- **Antes de ferver qualquer tipo de leite fluido, devemos adicionar 50ml de água, independente da quantidade de leite, para compensar a evaporação durante a fervura;**
- **O amido de milho deverá ser misturado em 50ml de água fria e depois adicionado ao leite; as farinhas pré-cozidas (tipo mucilon) podem ser adicionadas diretamente ao leite.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

Modo de preparo de leite em pó integral:

- **Ao contrário do leite fluido, após o preparo, o leite em pó não deve ser fervido, a fim de não alterar seu valor nutritivo; por isso, ferver a água com farinha e o açúcar e por último adicionar o leite em pó.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

Modo de preparo de leite em pó integral:

Até os 6 meses:

- **Leite em pó a 10% (2 colheres de sopa rasas do pó para 100ml de água fervida),**
- **5% de açúcar (3 colheres de chá rasas), e**
- **3% de farinha (2 colheres de chá rasas).**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

Modo de preparo de leite em pó integral:

Após os 6 meses:

- **Leite em pó a 15% (3 colheres de sopa rasas do pó para 100ml de água fervida),**
- **5% de açúcar (3 colheres de chá rasas).**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

Modo de preparo de leite em pó integral:

- **Oferecer quantidade suficiente para que a criança deixe “resto”, sinal de que está satisfeita;**
- **O fato de a criança estar com fezes firmes é um sinal que o preparo do leite e alimentos está bom, sem agressões microbianas ao seu intestino (o que levaria a diarréias).**
- **Procurar contornar obstipação com engrossantes laxantes como aveia, ou frutas como mamão, abacate ou verduras e fibras na sopa.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

Leite fluido:

- **No primeiro semestre de vida, o leite deve ser diluído a 2/3 (2 partes de leite (100ml) e 1 parte de água (50ml), com a finalidade de, principalmente, diminuir a carga exagerada de solutos e sais presentes no leite de vaca.**
- **Para este leite, devemos adicionar açúcar a 5% (3 colheres chá rasas) e 3% de farinha (2 colheres de chá rasas).**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

Leite fluido:

- **No segundo semestre o leite deverá ser utilizado sem diluição, acrescentando 5% de açúcar e levar ao fogo para ferver.**
- **Caso haja pouco ganho de peso, pode-se utilizar farinha como amido de milho, farinha de arroz, farinha de aveia ou fubá.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Aleitamento artificial

Leites modificados:

- **Não é recomendável a indicação pois não apresenta benefícios em relação ao leite integral e apresenta um alto custo.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. Alimentação e aleitamento:

Outros alimentos:

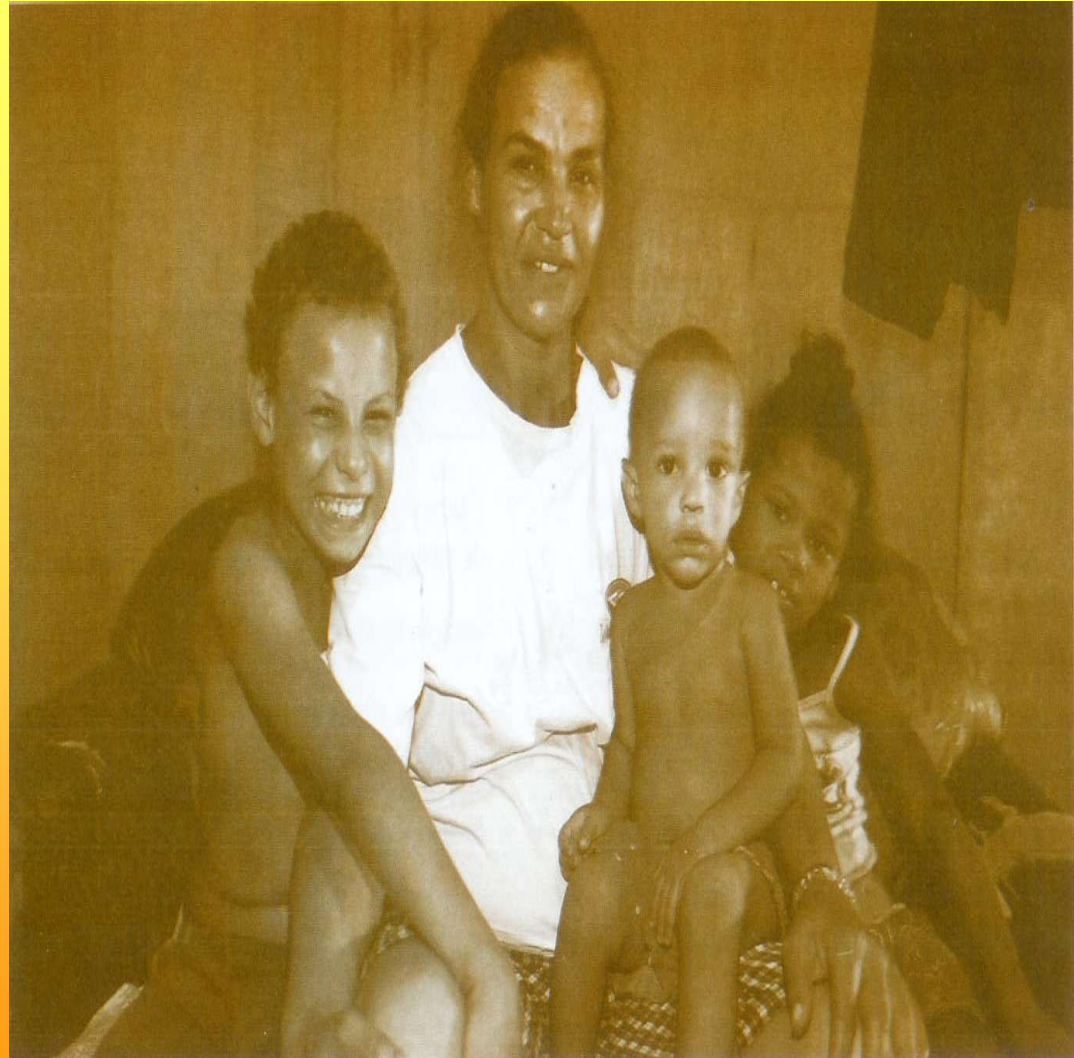
- **A criança em aleitamento artificial deve receber uma quantidade maior de água sob a forma pura fervida, em chás ou sucos, devido à carga elevada de sais presentes no leite de vaca (mesmo nos modificados).**
- **Desconfiar quando a criança apresentar fezes amolecidas, distensão abdominal ou flatulência excessiva quando está somente com leite (sem outros alimentos), pois pode estar havendo negligência no preparo e contaminação.**

IV– Consulta de Enfermagem

10. *Alimentação e aleitamento:*

Outros alimentos:

Iniciar no 4º mês os sucos e papas de frutas, e após 15 dias a primeira sopa no almoço, e $\frac{1}{4}$ de gema cozida que deverá ser aumentada até completar uma gema inteira no 6º mês, a segunda sopa (jantar), sobremesa de frutas ou doces caseiros, e no 10º mês oferecer a clara cozida.



IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

1º Grupo: (0-6 meses)

- **Amamentação – problemas comuns e suas soluções (fissuras, mamas “empedradas”, posição para amamentar, uso de medicamentos, medo do leite insuficiente, etc.);**
- **Aleitamento artificial – orientar a mãe, ajudá-la e não culpá-la no caso de insucesso do aleitamento materno exclusivo, ou de aleitamento misto (complementação, se trabalha fora, por exemplo), dar “dicas” eficazes de preparo adequado de mamadeiras e sem contaminação, extração e conservação do leite materno quando possível;**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

1º Grupo: (0-6 meses)

- **Cólicas do bebê – são temporárias (1º trimestre), são aliviadas por massagens, melhoram com aleitamento materno exclusivo, evitar chás com açúcar (maior fermentação e gases);**
- **Problemas dermatológicos – retirada de “crostinhas”, cuidados higiênicos, como prevenir assaduras, o banho, cuidados com as fraldas (evitar sabão em pó, alvejantes e amaciantes), destacar cuidados de higiene com os genitais;**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

1º Grupo: (0-6 meses)

- **Pressões sociais – evitar o desmame precoce, principalmente em primigestas e adolescentes;**
- **“Exame do Pezinho” – explicar do que se trata, sua importância;**
- **Vacinação – mostrar o quanto é importante estar com a carterinha em dia, mostrar quantas doenças são evitadas;**
- **Ganho de Peso – melhor padrão de saúde do bebê, mostrar o esperado para a idade e esclarecer padrão individual;**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

1º Grupo: (0-6 meses)

- **Relação mãe/filho: banho com a mãe, momentos de massagem, estabelecer limites nas solicitações da criança, cuidados físicos e emocionais, valorização do tempo disponível com a criança;**
- **Prevenção de acidentes;**
- **Ciúme do irmão mais velho: como tratar as reações de infantilização, verbalização da rejeição;**
- **Relação familiar: pai/mãe/filho;**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

1º Grupo: (0-6 meses)

- Manobras alternativas: shantala, massagem terapêutica, musicoterapia e toque terapêutico;**
- Estimulação neuropsicomotora;**
- Auto-cuidado da mãe: estética, conforto, sexualidade, organização do tempo;**
- Direitos da criança;**
- Distribuição das atribuições da família nos cuidados com o bebê e nos afazeres domésticos.**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

2º Grupo: (7-9 meses)

- **Alimentação:**
 - **introdução de novos alimentos,**
 - **aproveitamento dos alimentos da época,**
 - **preparo da sopa, cozimento, temperos, leves.**
 - **não liquidificar, amassar com garfo.**
 - **ter rotina de horários com a criança pois dá segurança psicológica e adequado funcionamento intestinal.**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

2º Grupo: (7-9 meses)

- **Importância da avaliação nutricional:**
 - **por que seguir mensalmente o peso e estatura da criança,**
 - **estimular a mãe a manter seu bebê eutrófico (menor risco de doenças, melhor desenvolvimento físico e intelectual).**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

2º Grupo: (7-9 meses)

- **Desenvolvimento:**
 - identificar a percepção da família em relação à criança, e
 - orientar como estimular a criança,
 - importância do “alimento afetivo” para o bom desenvolvimento integral da criança,
 - destacar as conquistas realizadas pela mesma.

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

2º Grupo: (7-9 meses)

- **Doenças diarréicas:**
 - **quais são suas conseqüências nesse grupo etário (desnutrição, morbidades, morte e desidratação),**
 - **correlacionar com hábitos higiênicos pessoais/alimentares e domiciliares,**
 - **destino do lixo e esgotos e importância de água tratada,**
 - **do aleitamento materno e alimentos adequados,**
 - **uso da TRO e quando procurar ajuda.**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

2º Grupo: (7-9 meses)

- **Doenças respiratórias:**
 - **quando e como saber se é um simples resfriado ou uma afecção mais séria,**
 - **aspectos ambientais (fumaça ou poeira da rua),**
 - **estações do ano,**
 - **aspectos domiciliares (insolação, ventilação, temperatura, umidade),**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

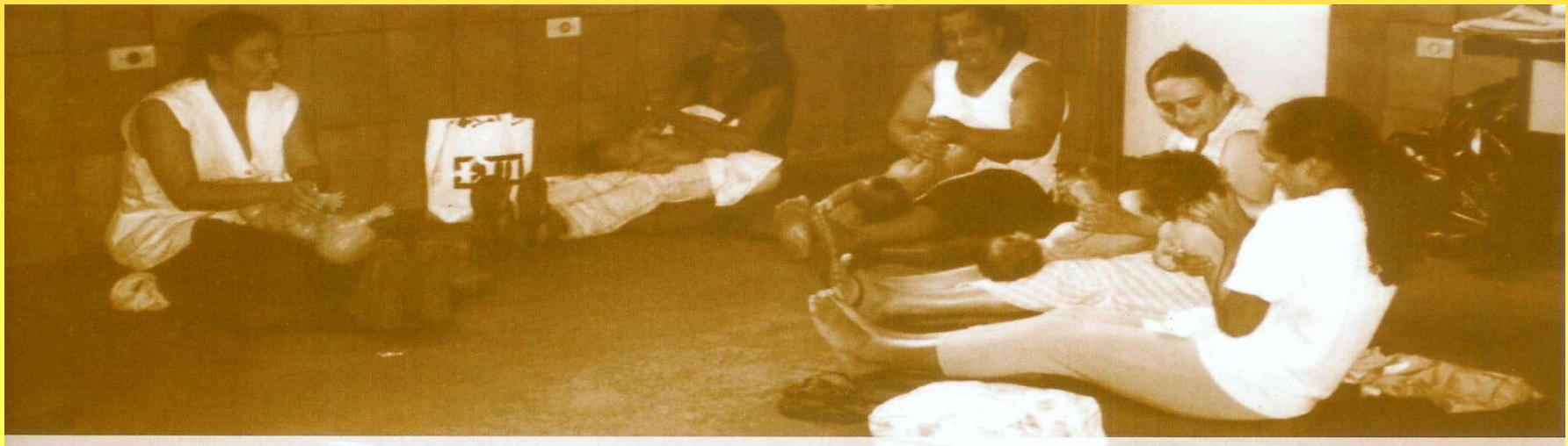
2º Grupo: (7-9 meses)

- tabagistas em casa e o perigo do fumo passivo principalmente para as crianças,**
- alergias respiratórias (animais, acúmulo de pó em brinquedos, tapetes, cortinas),**
- orientar sinais de alerta como respiração rápida, tiragem e ruídos respiratórios,**
- orientar cuidados profiláticos de aumento do aporte hídrico, vaporização, tapotagem, limpeza nasal, fracionamento da dieta, controle da temperatura.**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

2º Grupo: (7-9 meses)

- **Febre:**
 - o que é,
 - como manejar,
 - o que observar (sinais de perigo, convulsão, petéquias e prostração).



IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

3º Grupo: (10-24 meses)

- **Crescimento e desenvolvimento:**
 - **como estimular a criança,**
 - **aspectos peculiares do desenvolvimento emocional,**
 - **a “angústia” normal dos 8 meses (o bebê “estranha” outras pessoas), brinca de esconder.**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

3º Grupo: (10-24 meses)

- **Avaliação nutricional:**
 - **como está a curva de crescimento de cada participante,**
 - **o que atrapalhou, correlacionar com morbidades e desmame e achar soluções.**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

3º Grupo: (10-24 meses)

- **Alimentação:**
 - reforçar o que foi comentado no 2º grupo,
 - estimular a 2ª refeição de sal e a diminuição do leite como principal alimento,
 - a criança começa a seguir o ritmo alimentar da casa,
 - dar soluções simples e baratas para aproveitamento dos alimentos.

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

3º Grupo: (10-24 meses)

- **Cuidados com os dentes:**
 - **mostrar que a dentição decídua é tão importante quanto a permanente,**
 - **limpeza após as mamadas e após as refeições,**
 - **uso prolongado da chupeta, mamadas noturnas e seus riscos (aspiração e cáries).**

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

3º Grupo: (10-24 meses)

- **Prevenção de acidentes:**

- quedas,
- queimaduras,
- irmãozinhos maiores,
- intoxicações/envenenamentos,
- riscos que o bebê corre ao engatinhar, evitar andador,
- com quem deixar a criança,
- riscos de transporte (cadeirinha do carro, carrinhos de passeio),
- riscos da exposição excessiva ao Sol

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

3º Grupo: (10-24 meses)

- **Importância do exemplo dos pais:**
 - diálogo,
 - brincar com as crianças,
 - ensinar habilidades,
 - valorizar as conquistas,
 - evitar comparar com os outros primos ou vizinhos,
 - construir brinquedos com sucata,
 - bons hábitos alimentares.

IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

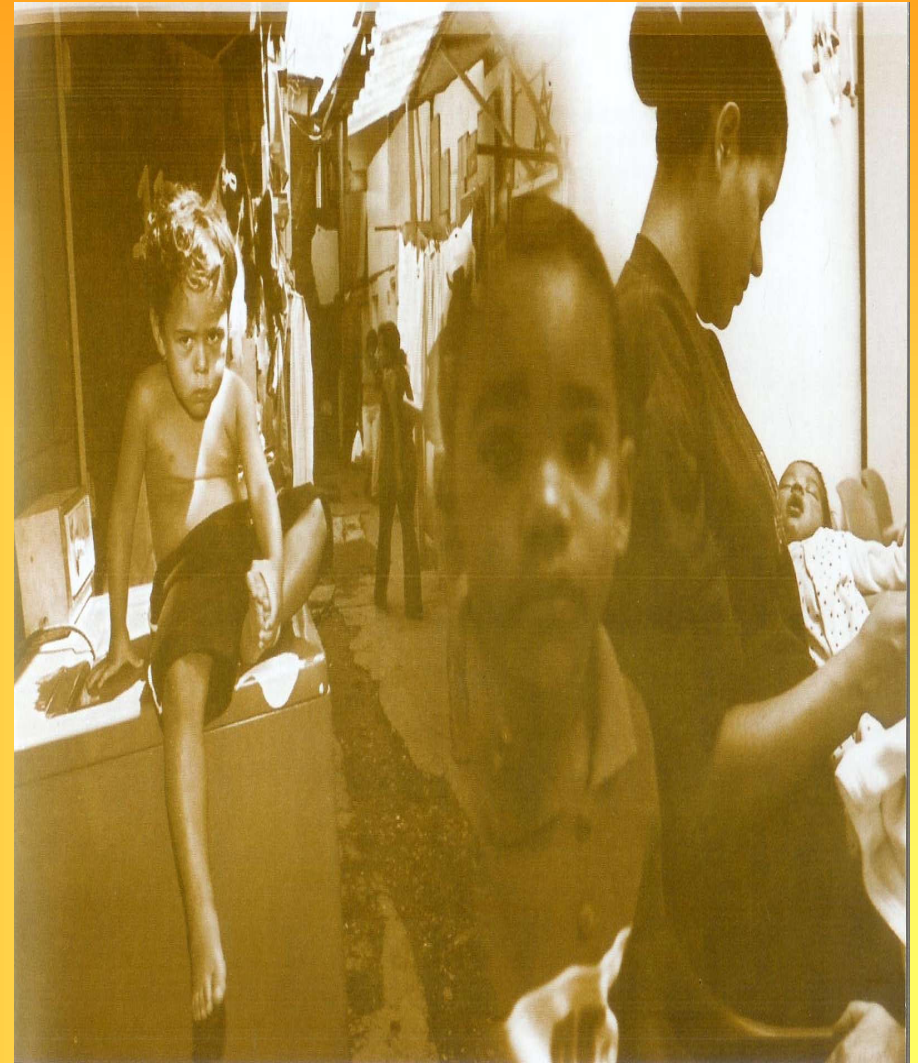
- **OBSERVAÇÕES:**

- 1. Convidar o pai e outros familiares para participarem dos grupos,**
- 2. Os grupos educativos podem se constituir, também, em espaço de educação continuada para o restante da equipe,**
- 3. Podem ser utilizados vídeos em alguns grupos,**

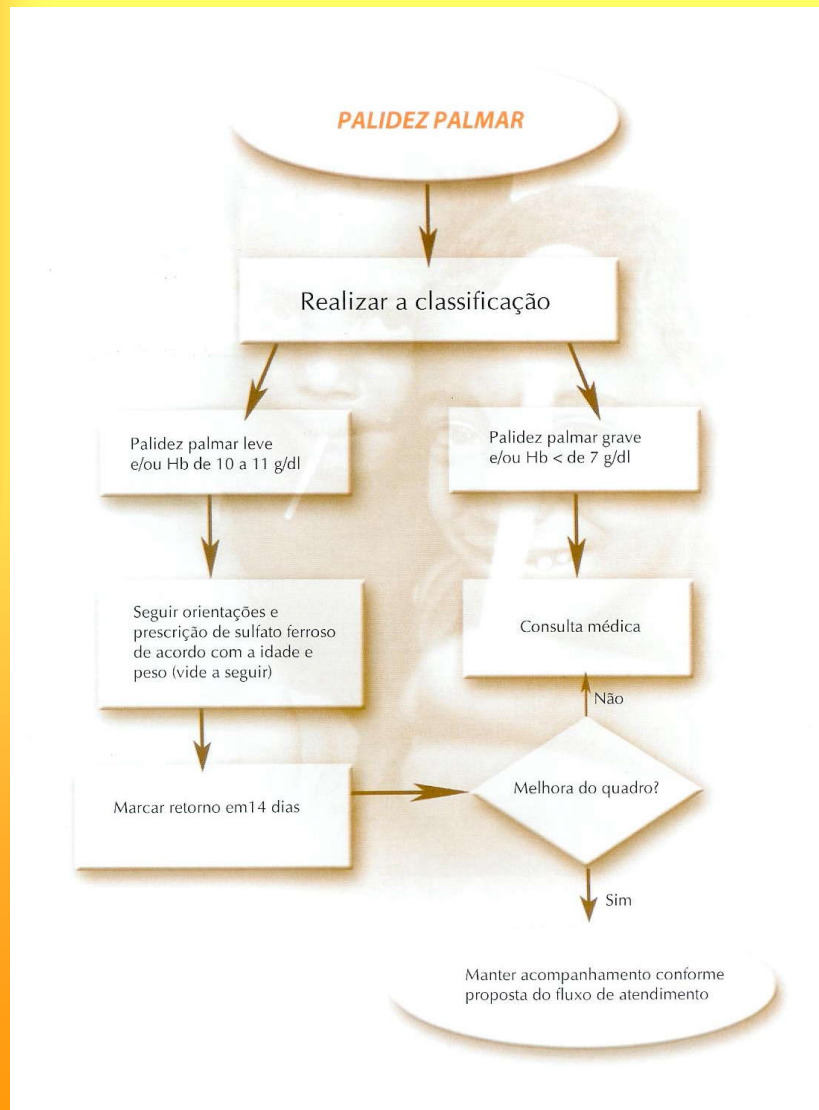
IV– Conteúdo Programático para Grupos Educativos de Puericultura

Pode ser interessante manter um painel no consultório e em outro local da UBS com alternativas criativas dadas pelas famílias no cuidado das crianças (receitas boas e baratas, alternativas para proteger a criança, construção de brinquedo). Vale também buscar ocupar os espaços públicos do território, adaptando-os para utilização das crianças.

Dependendo da área física destinada ao grupo, podem ser organizadas oficinas culinárias para preparo de mamadeiras, papas, trocas de receitas, preparo de chás caseiros, etc,



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



Anemia

Anemia ferropriva é uma condição na qual o conteúdo total de ferro orgânico encontra-se inferior ao nível normal (o ferro é necessário para a síntese de hemoglobina), sendo o tipo mais comum de anemia em todos os grupos etários.

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

- **Orientações**

- **Avaliar tipo de aleitamento e aceitação das refeições de sal;**
- **Avaliar alimentação e orientar a mãe para o uso de alimentos ricos em ferro;**
- **Avaliar antecedentes da criança: prematuridade, baixo peso ao nascer e morbidade neonatal;**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

- **Orientações**

- **Associar o sulfato ferroso a algum suco rico em vitamina C e administrar 30 minutos antes das refeições;**
- **Orientar o uso de sulfato ferroso com canudinho devido à destruição do esmalte dos dentes;**
- **Alertar o cuidador para a mudança da coloração das fezes e os cuidados com os dentes;**
- **Verificar o uso de vermífugo recente: se a última dose for anterior a 6 meses. Seguir fluxo de verminose.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

- Prescrição de Ferro

Idade/Peso	Sulfato Ferroso*
2 a 3 meses (4 – 6Kg)	2 mg/Kg/dia ou 10 gotas ou 0,5ml ao dia
4 a 11 meses (6 – 10Kg)	2 mg/Kg/dia ou 20 gotas ou 1ml ao dia
1 a 2 anos (10 – 14Kg)	3 mg/Kg/dia ou 30 gotas ou 1,5ml ao dia
3 a 4 anos (14 – 19Kg)	3 mg/Kg/dia ou 40 gotas ou 2ml ao dia

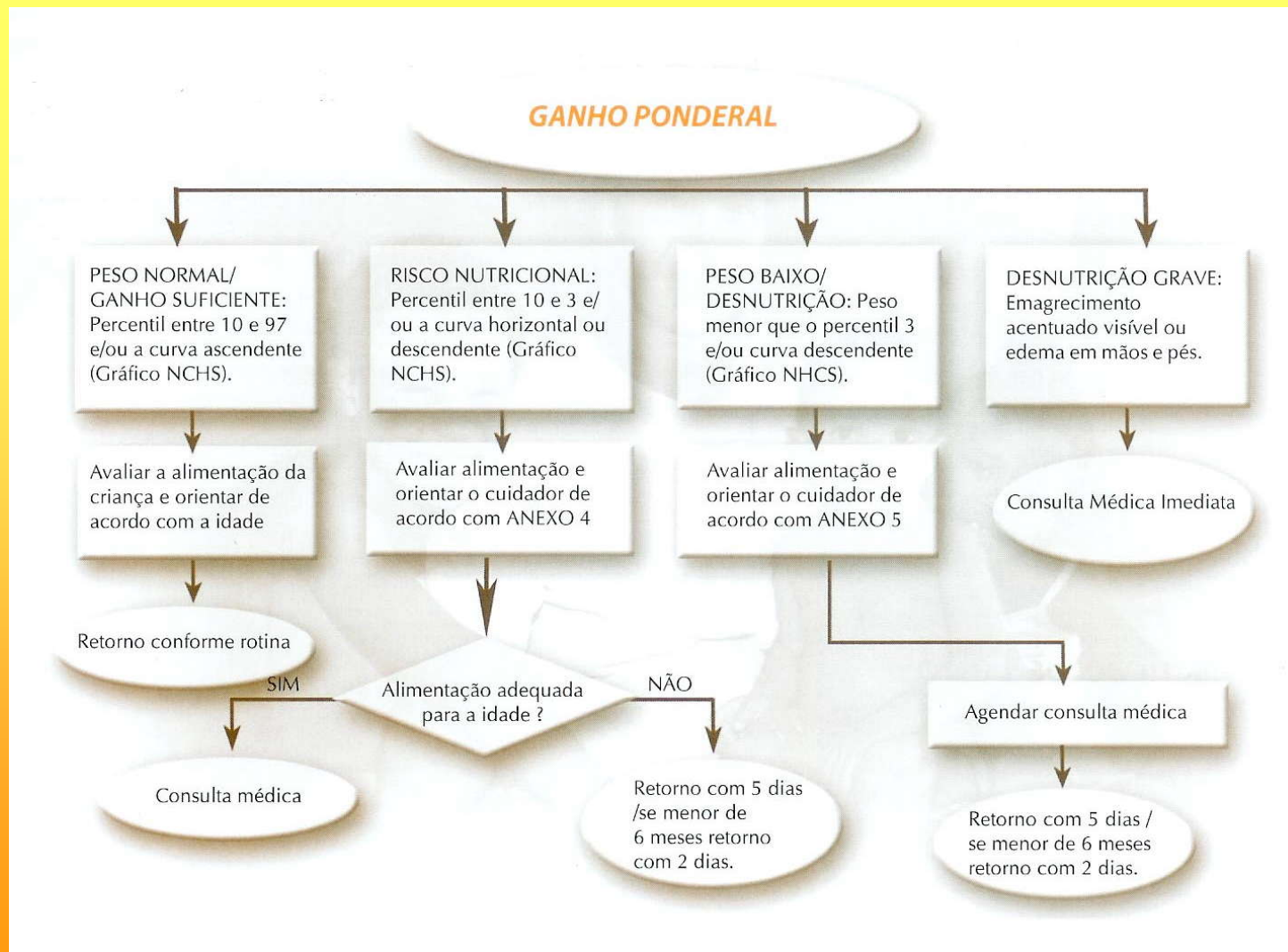
*Início gradativo observando reações

Obs.: Após a solicitação do primeiro hemograma, repetir somente eritrograma.

IMPORTANTE:

Somente solicitar hemograma completo se durante a realização da Consulta de Enfermagem houver dúvida quanto à palidez palmar.

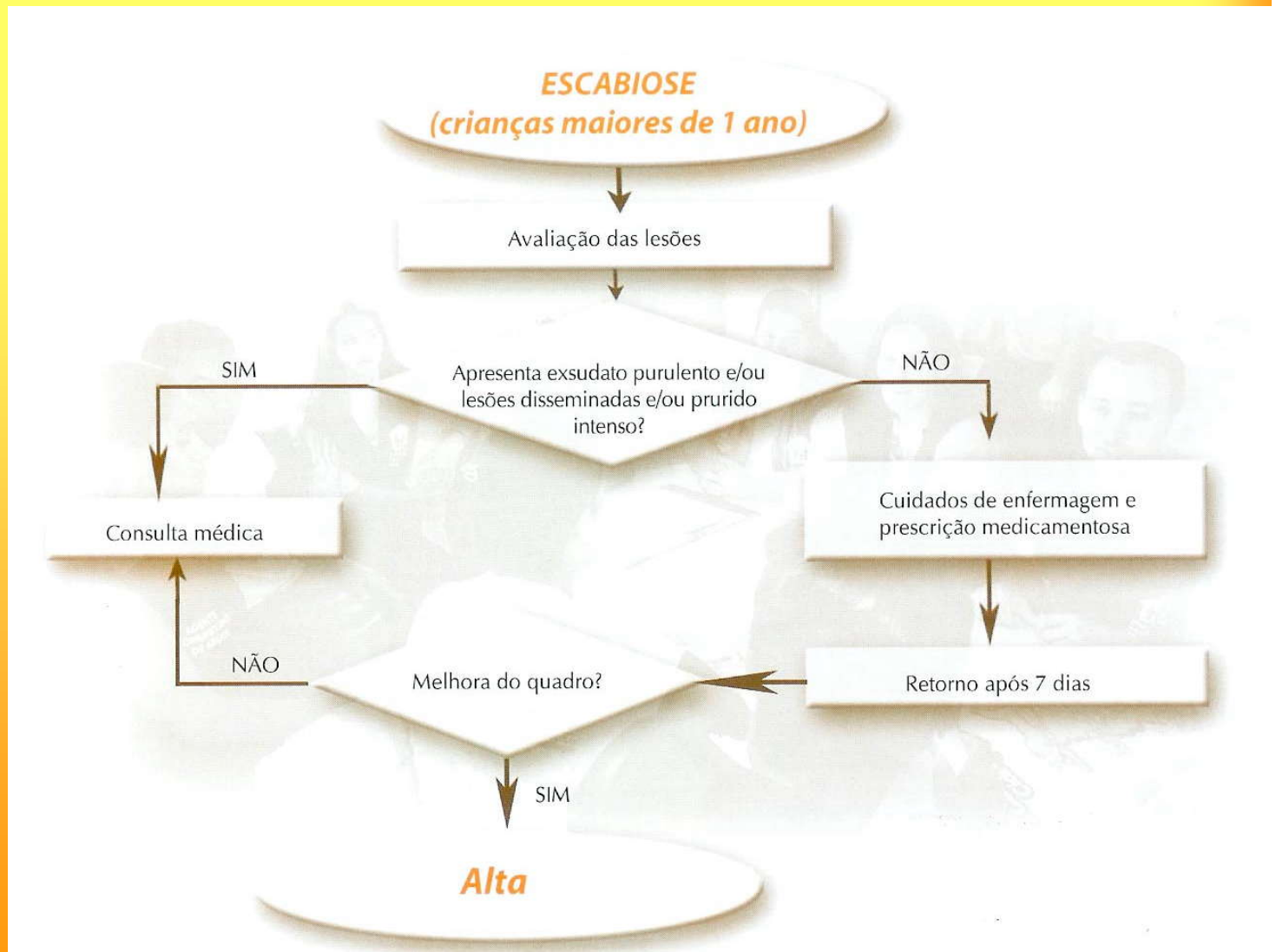
VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

ESCABIOSE

Doença de pele produzida pela penetração de um ácaro parasita, que provoca irritação e formação de vesículas e/ou pústulas e prurido intenso.



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

ESCABIOSE

Prescrição medicamentosa:

Benzoato de Benzila 25% ou Monossulfiran 25%:

Aplicar após o banho diluído em água, na proporção de 1:3, por 3 noites seguidas.

OU

Creme permetrina 5%:

Passar nas lesões com uma leve massagem 1 vez à noite, durante 6 noites.

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

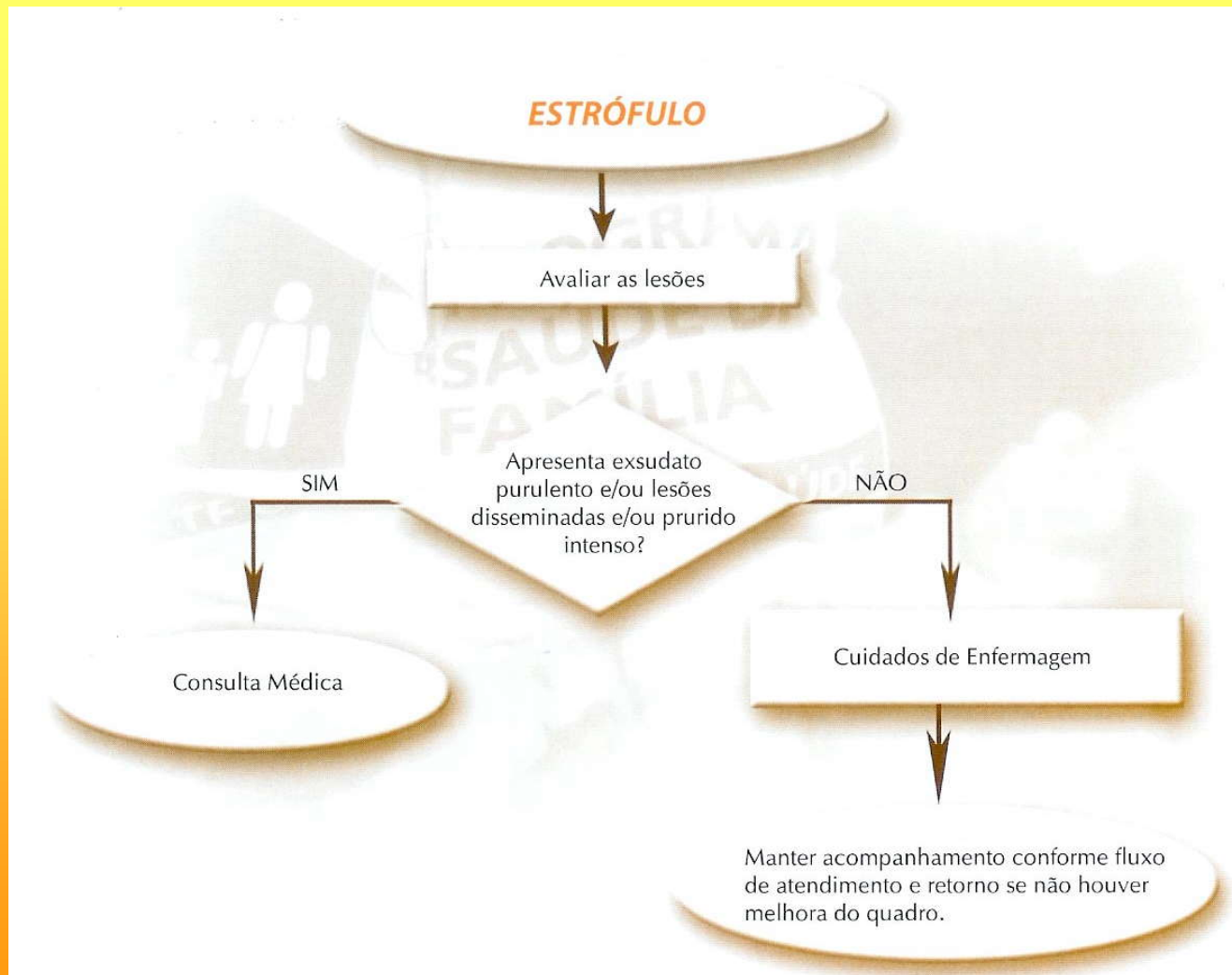
ESCABIOSE

Cuidados de enfermagem

Orientar:

- **Sobre transmissibilidade;**
- **Higiene Pessoal;**
- **Prevenção na família;**
- **Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

ESTRÓFULO

Pápulas pruriginosas, em forma de cúpula, com vesículas às vezes umbilicadas, desaparecendo frequentemente pela escoriação.

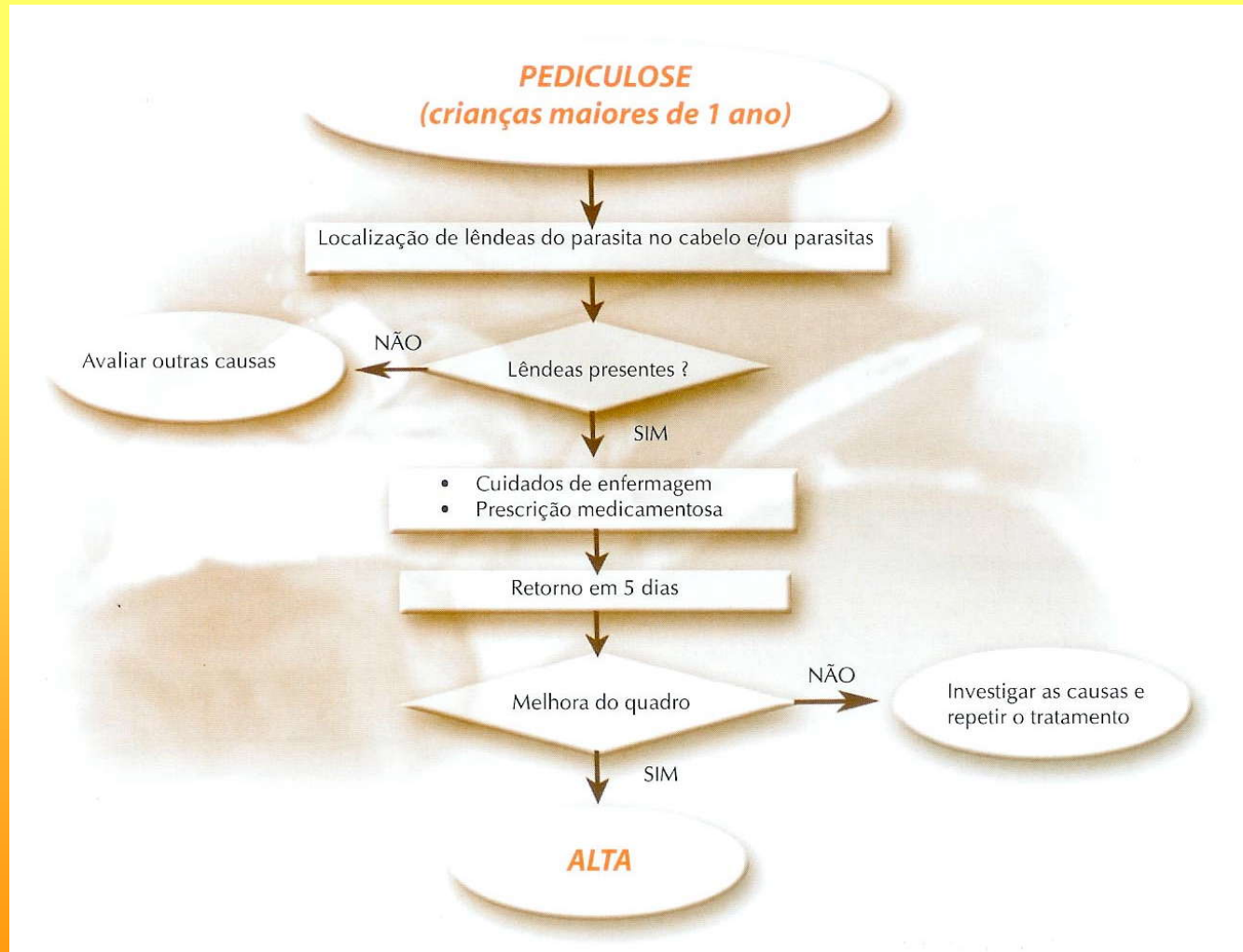
É desencadeado por picada de insetos (uma só picada faz com que surjam inúmeras lesões). As extremidades e região da cintura pélvica são as mais acometidas.

Cuidados de enfermagem

Orientar:

- Usar o mosquiteiro ou telas nas janelas;**
- Manter unhas curtas e limpas;**
- Indicar o uso de pasta d'água ou amido de milho 3 a 4 vezes ao dia.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

PEDICULOSE

Cuidados de enfermagem

Orientar:

- **Hábitos de higiene;**
- **Prevenção na família;**
- **Remoção das lêndeas manualmente umedecendo os cabelos com vinagre morno diluído em partes iguais em água (1:1); utilizar o pente fino;**
- **Investigar outros casos no núcleo familiar e escolar.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

PEDICULOSE

Prescrição medicamentosa:

Monossulfiran:

Até 2 anos: diluição 1:3

Maiores 2 anos: diluição 1:1

com água filtrada ou fervida (fria), aplicação única durante 6 horas (repetir em 7 dias);

E/OU

Benzoato de Benzila conforme bula

OU para crianças maiores de 2 anos

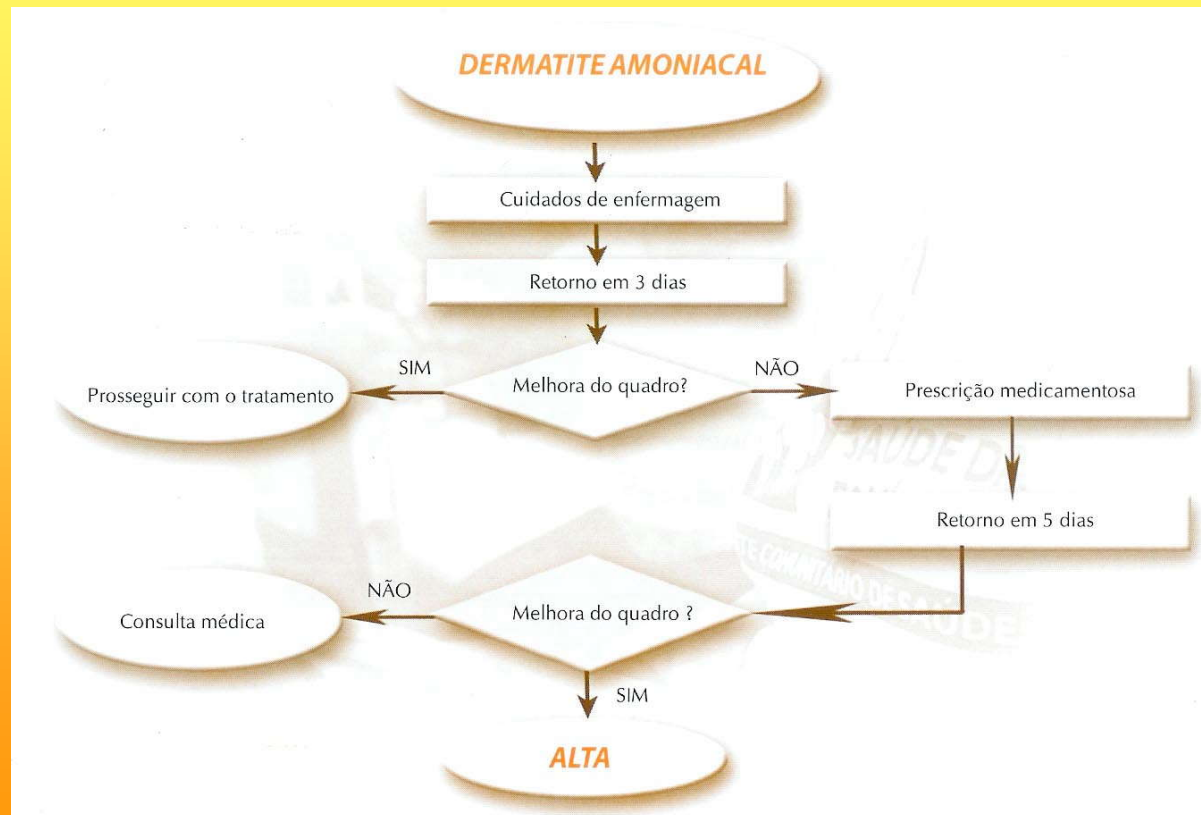
Loção permetrina 1%, dose única,

molhar o cabelo com o produto e deixar por 10 minutos lavando em seguida e repetir após 7 dias.

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

DERMATITE AMONIACAL (Dermatite de fralda)

Erupção inflamatória da área de fralda causada por: urina, fricção, umidade, microorganismo, fezes, irritantes químicos



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

DERMATITE AMONIACAL (Dermatite de fralda)

Cuidados de enfermagem

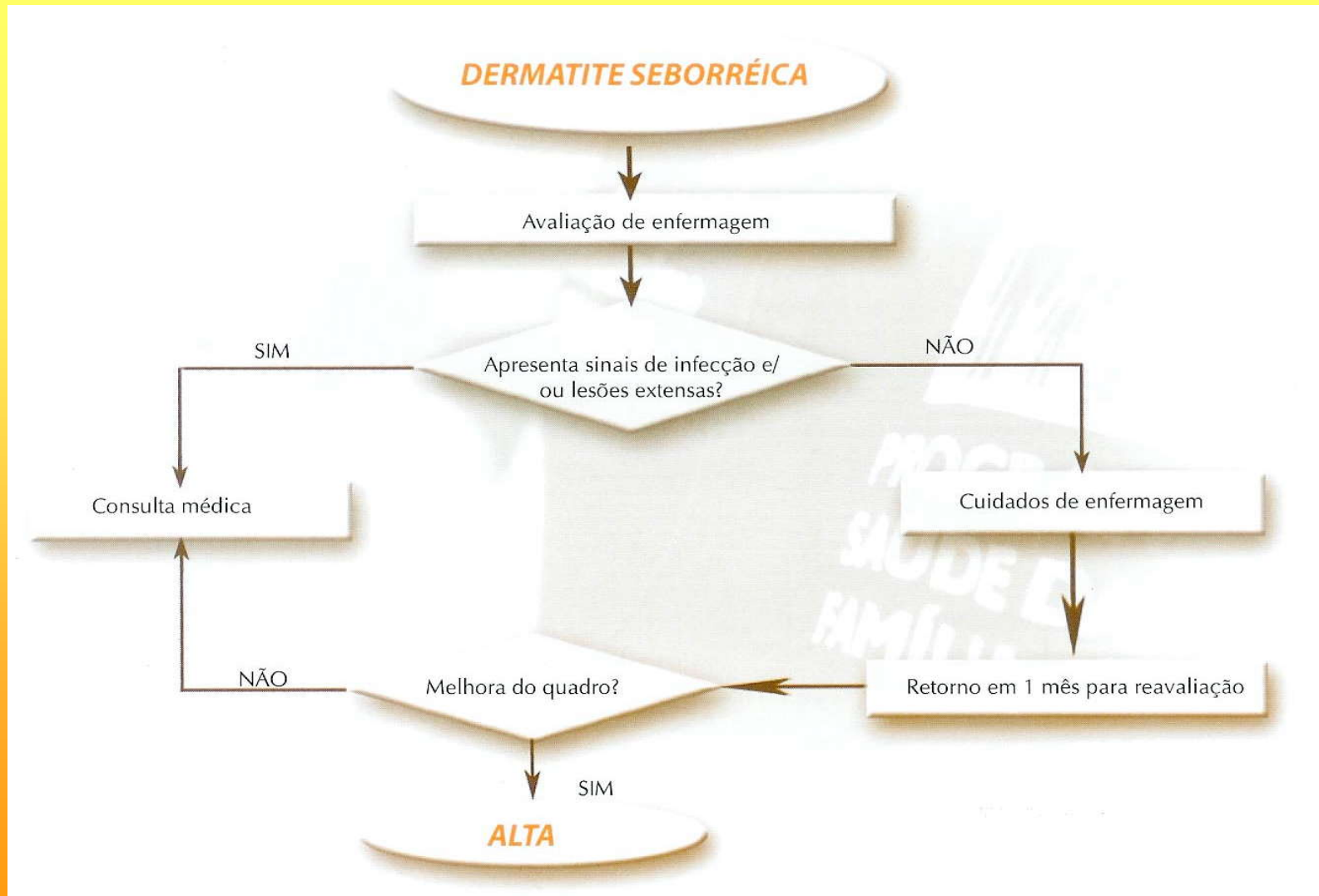
Orientar:

- **Lavar o local com água morna a cada troca de fralda;**
- **Suspender o uso de lenços umedecidos, assim como outros produtos industrializados (óleos, lavandas, soluções de limpeza de pele);**
- **Expor a área afetada ao Sol por uma vez ao dia de 5 a 15 minutos;**
- **Usar papa de amido de milho com água (diluir em água até obter uma consistência cremosa).**

Prescrição medicamentosa:

Usar Nistatina creme após cada troca de fralda por 5 dias.

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

DERMATITE SEBORRÉICA

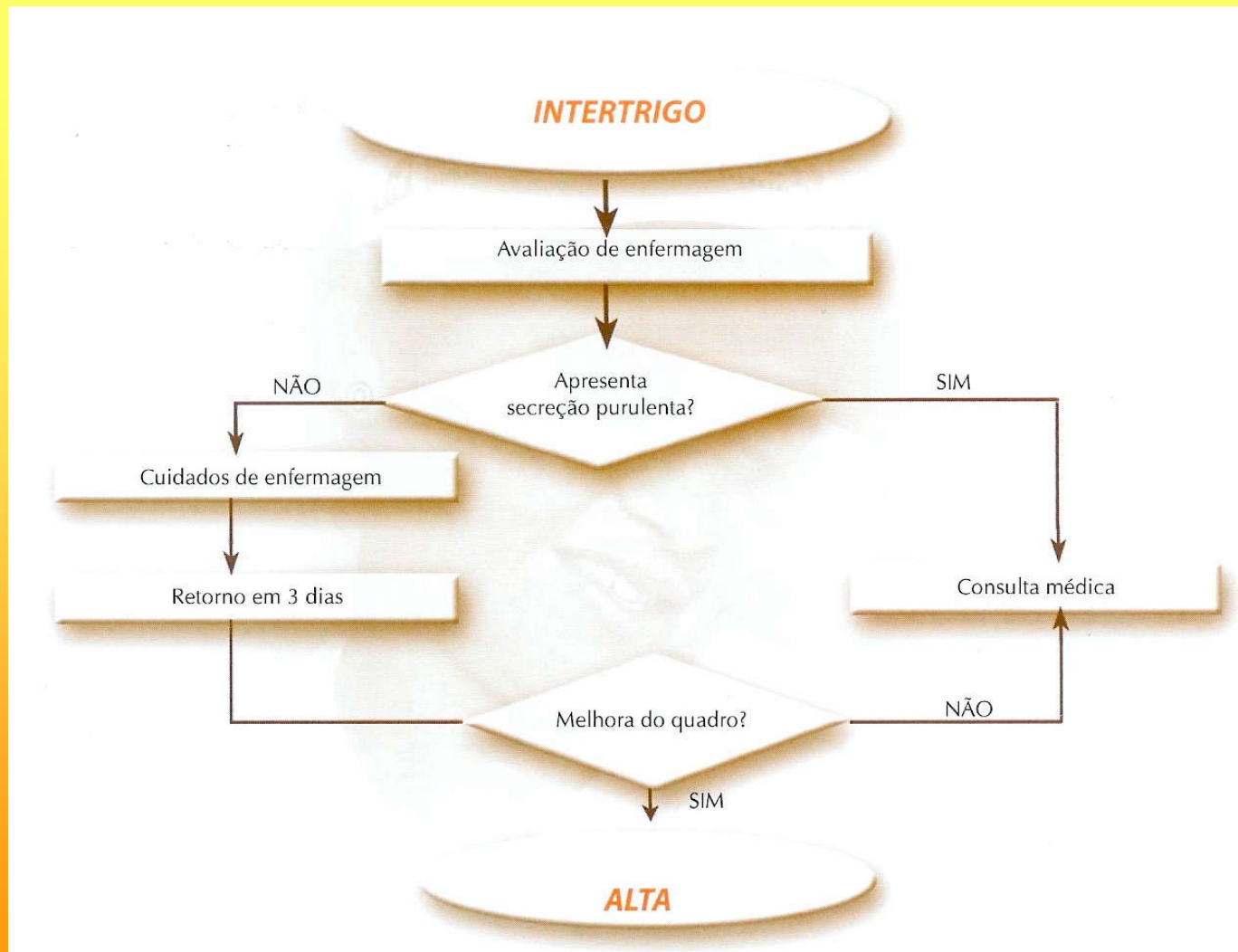
Infecção do couro cabeludo causada por uma hiperatividade das glândulas sebáceas.

Cuidados de enfermagem

Orientar:

- **Passar no couro cabeludo, vaselina salicilada a 2% (100 ml de vaselina líquida para 2 gramas de AAS) ou óleo vegetal, deixar por 1 hora e retirar com escova ou pente fino delicadamente, uma vez ao dia.**
- **Lavar a cabeça com sabonete neutro.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

INTERTRIGO

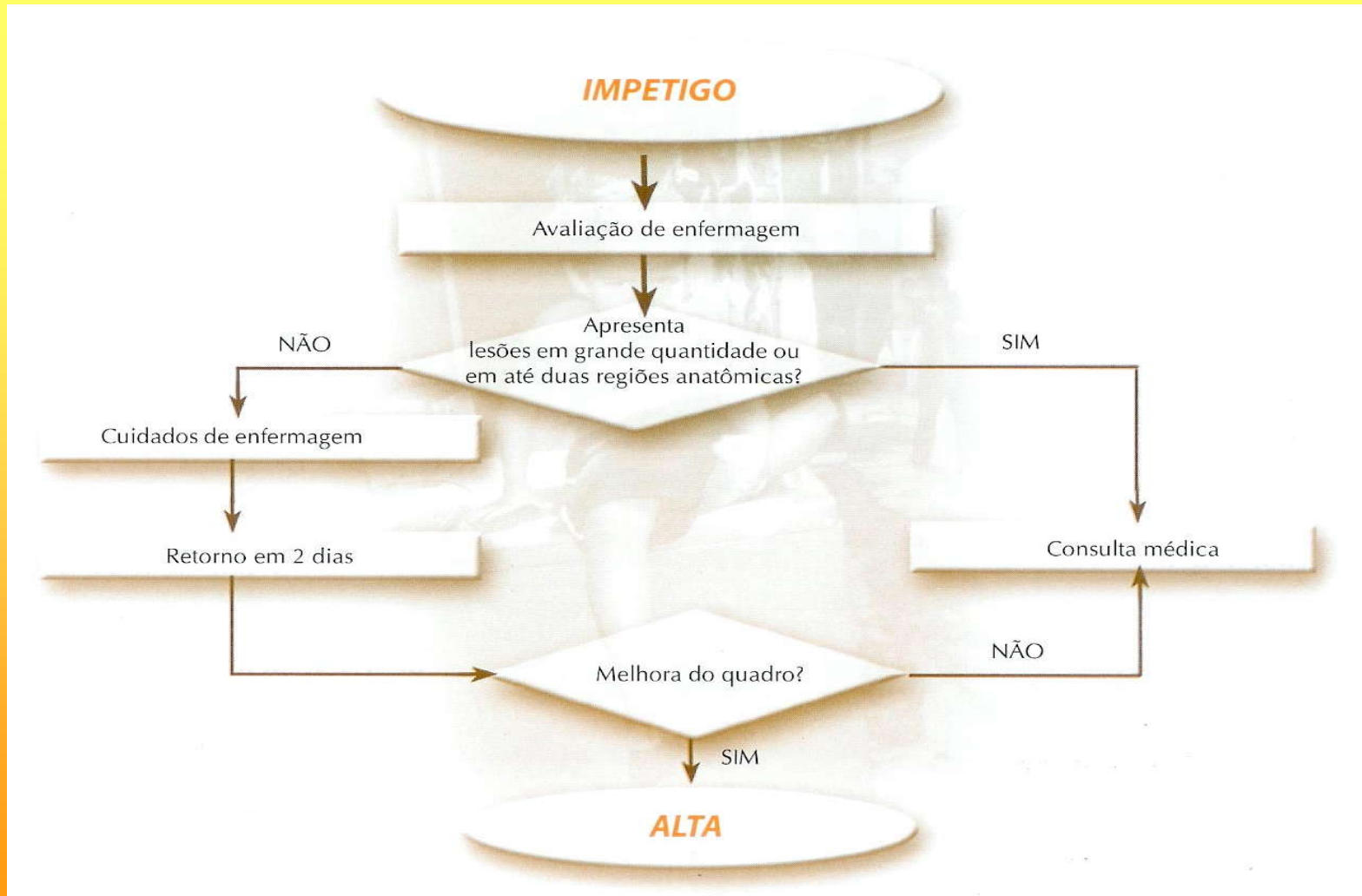
Lesão hiperemiada de dobras decorrente da maceração pelo suor excessivo.

Cuidados de enfermagem

Orientar:

- Lavar o local com água e sabonete neutro;**
- Secar bem o local;**
- Exposição ao Sol pela manhã e final de tarde de 5 a 15 minutos;**
- Usar roupas que não provoquem suor;**
- Aplicação do amido de milho diretamente sobre a pele.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

IMPETIGO

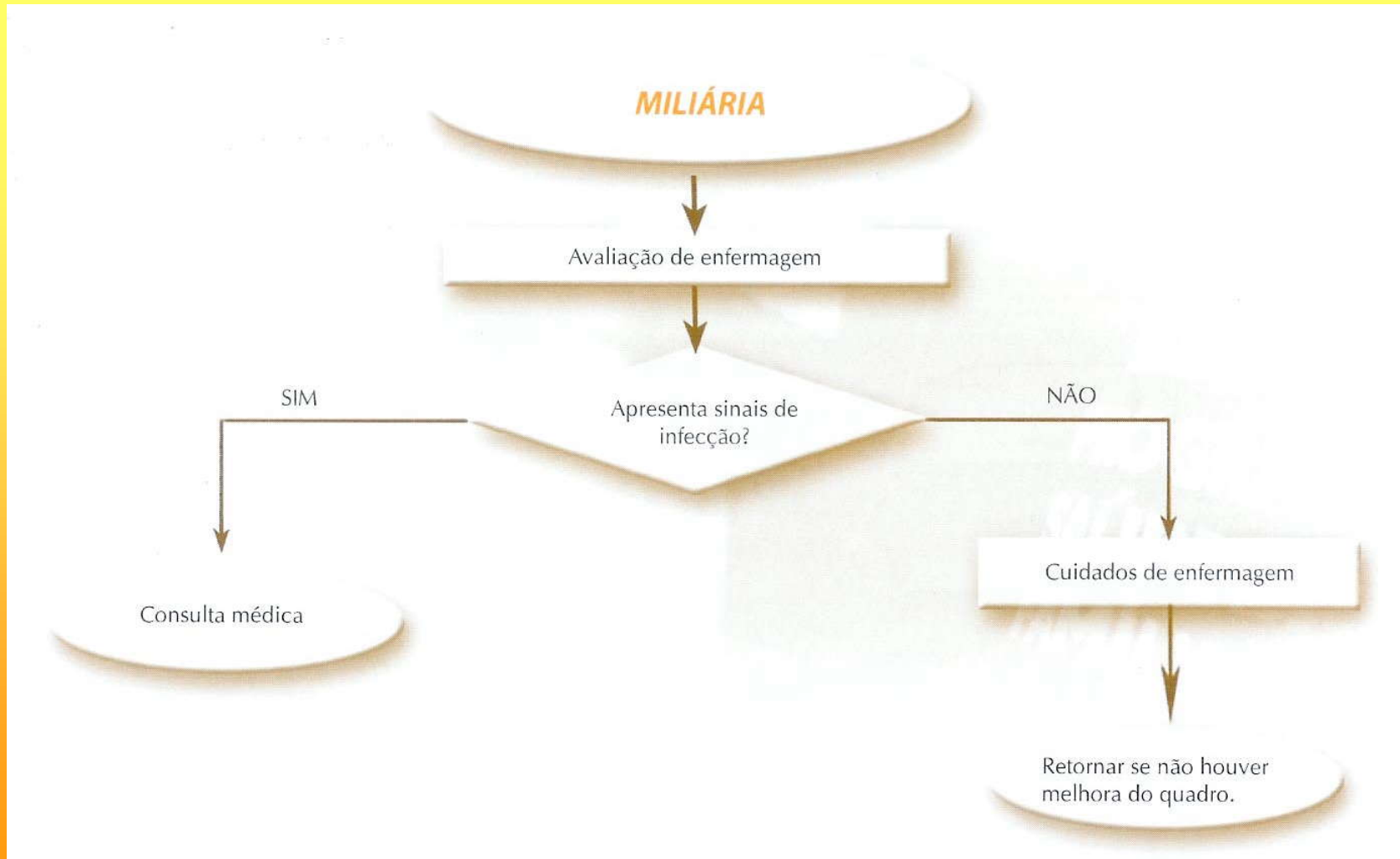
Infecção primária da pele altamente contagiosa, caracteriza-se por lesão mácula eritematosa, que logo transforma-se em vesículo papular.

Cuidados de enfermagem

Orientar:

- Lavar as lesões com água morna e sabonete neutro;**
- Romper as vesículas com cotonete embebido em álcool 70% ou agulha esterilizada.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

MILIÁRIA (Brotoeja)

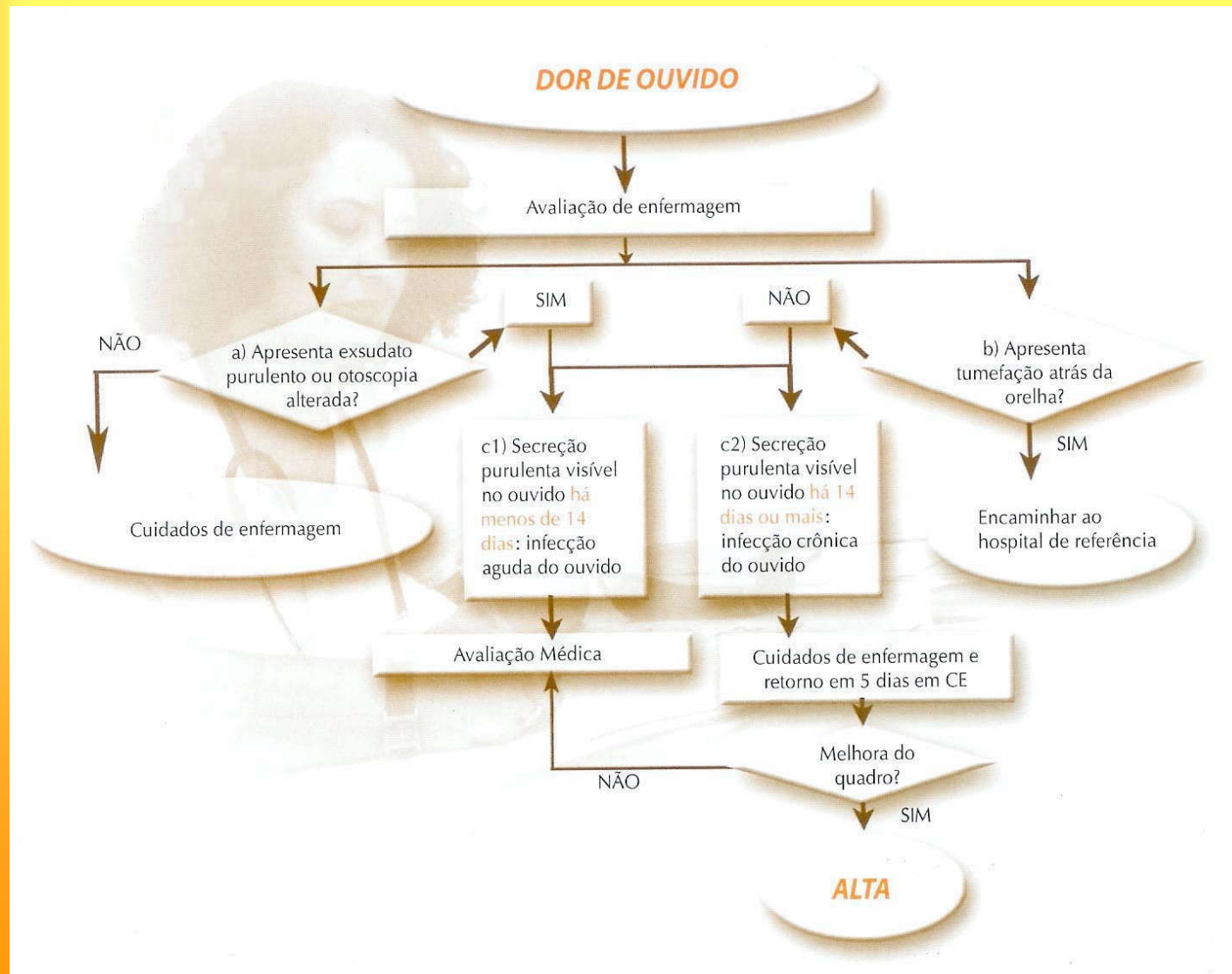
Lesão eritematos-microvesicular, pruriginosa, desencadeada por calor excessivo e umidade.

Cuidados de enfermagem

Orientar:

- Usar roupas leves;**
- Banhos freqüentes;**
- Usar sabonetes neutros;**
- Enxaguar o bebê após o banho com: 1 litro de água com 2 colheres (de sopa) de amido de milho 3 vezes ao dia ou aplicar o amido de milho diretamente na pele com se fosse talco; ou aplicar pasta d'água 3 vezes ao dia, após o banho.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



De acordo com a Portaria 3522/2002 SMS/D.O 18/09/02, a enfermeira capacitada poderá seguir as recomendações do AIDPI.

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

DOR DE OUVIDO

Cuidados de enfermagem

- Orientar controle de temperatura e medicar se $T \geq 38,5^{\circ}\text{C}$;
- **COM SECREÇÃO PURULENTA:** orientar para secar o pavilhão auditivo 3 vezes ao dia com mechas de lenço de papel macio ou algodão. Colocar a mecha e substituir até quando o pavilhão auditivo estiver seco.
- **SEM SECREÇÃO PURULENTA:** orientar o uso de calor seco e retornar em 2 dias.

Prescrição medicamentosa para dor ou febre:

Paracetamol 200mg/ml, 1 gota/Kg

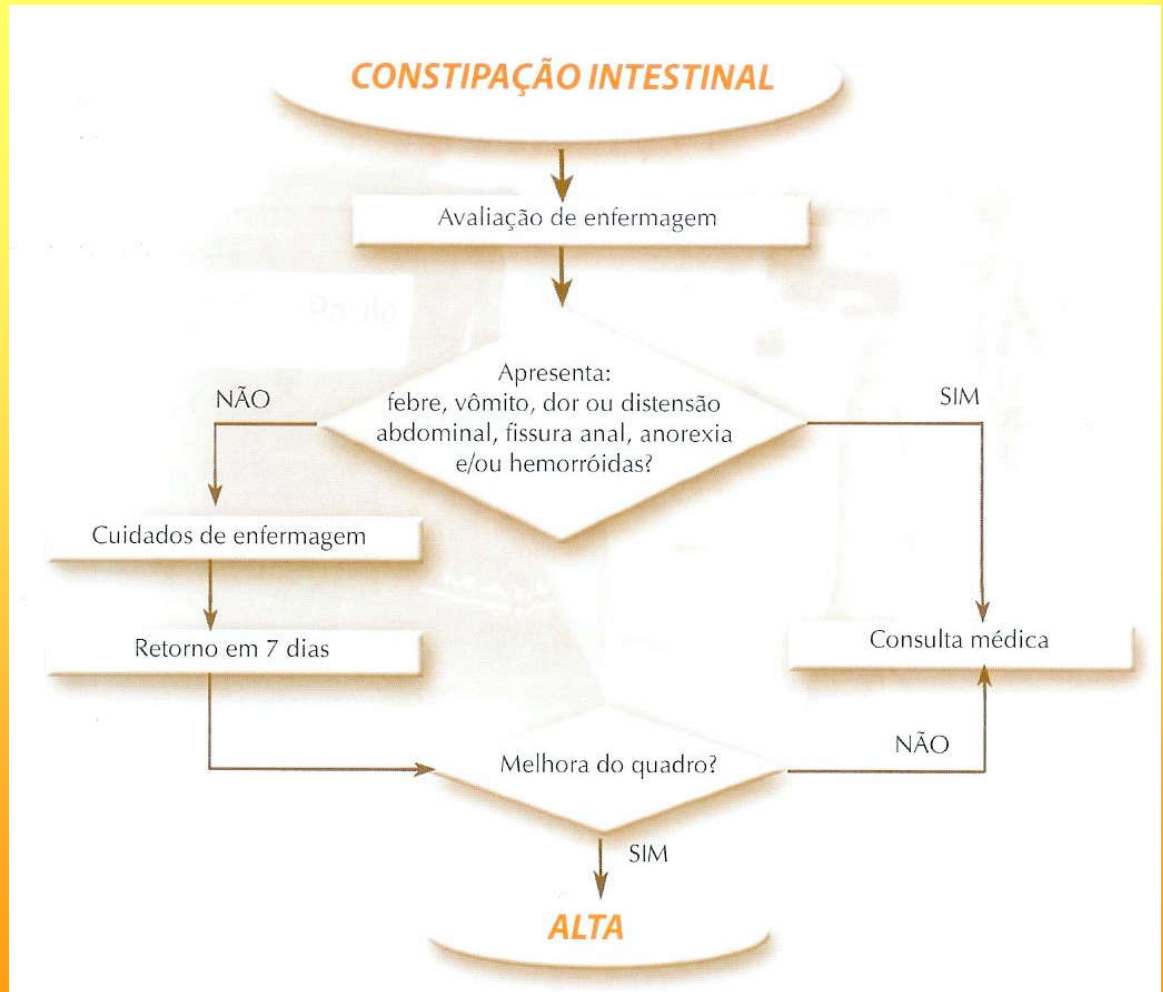
OU

Dipirona 500 mg/ml, 1 gota/2Kg ou 10 a 15 Mg/Kg, intervalo mínimo de 6 horas.

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

É a eliminação de fezes de consistência endurecida, em pequenos volume, ocasionando grande esforço por parte da criança e dor, independente do intervalo entre as evacuações.



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Cuidados de enfermagem

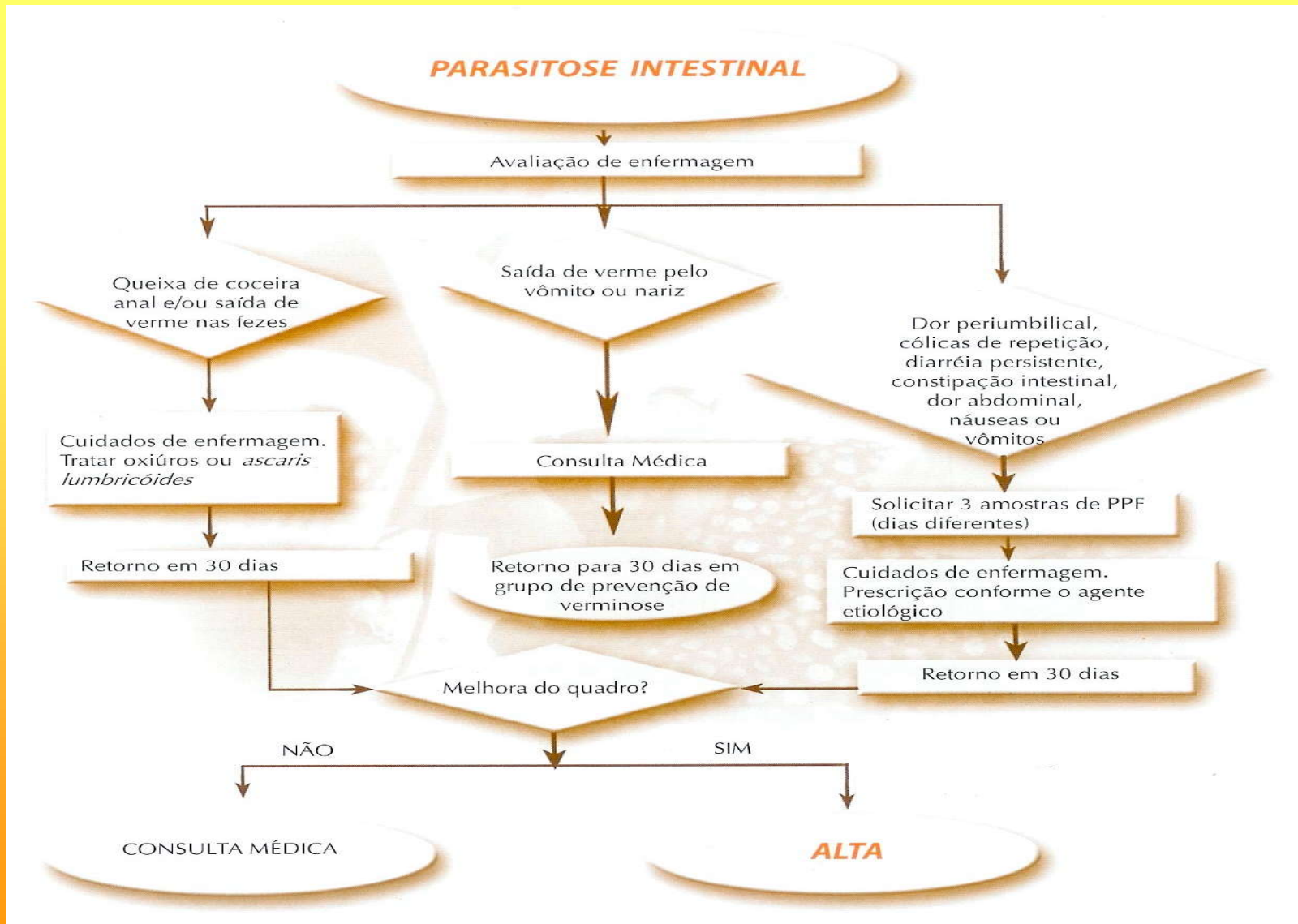
Orientar:

- **Diminuir alimentos obstipantes (batata, cenoura cozida, banana-maçã e farináceos);**
- **Oferecer alimentos ricos em fibras (verduras, mamão, laranja, tomates verdes, cenoura crua, farelo de trigo e aveia);**
- **Aumentar a ingestão hídrica;**
- **Oferecer chá de ameixa preta (1 a 2 ameixas de molho em meio como (75ml) de água filtrada);**
- **Exercícios e massagem abdominal.**

OBSERVAÇÃO:

Nos recém-nascidos com aleitamento materno exclusivo pode ocorrer ausência de evacuação até 8 dias sem a presença de outros sintomas.

VI- Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

TABELA 1. TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PARASITOSE INTESTINAL

<i>Doença</i>	<i>Idade/Peso</i>	<i>Droga</i>	<i>Posologia</i>	<i>Observação</i>
Ascaridíase	*Acima de 10Kg	Mebendazol 100mg	1 cp ou 5ml 2 vezes ao dia por 3 dias	Repetir após 3 semanas.
Tricocefaliase	Acima de 2 anos	Albendazol 400mg	10ml dose única ou 1 cp de 400mg	Efeitos colaterais: dor abdominal, cefaléia, diarréia, náuseas e vômitos
Ancilostomíase	*Acima de 10Kg	Mebendazol 100mg	2 vezes ao dia por 3 dias	Repetir em 3 semanas.
Enterobíase ou Oxiuríase	*Acima de 10Kg Dose máxima 600mg. Tratar outras crianças da casa.	Mebendazol 100mg	2 vezes ao dia por 3 dias	Repetir após 3 semanas.

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

Estrongiloidíase	Dose máxima 3g por dia.	Tiabendazol	50mg/Kg/dose 2 vezes ao dia por 3 a 5 dias	Efeito Colateral: tonturas, anorexias. náuseas, vômito. Repetir após 2 a 3 semanas.
Teníase	Acima de 4 anos	Praziquante I	10mg/Kg/dia dose única pela manhã	Efeito Colateral: sonolência, cefaléia e urticária.
Giardíase	< 12 anos	Metronidazo I	7,5mg/Kg de 8/8 h por 5 dias	Contra-indicado para: gestação, amamentação, doenças neurológicas ativas e displasia sangüínea. Evitar uso de bebida alcoólica.
Amebíase	< 12 anos Não exceder a 750 mg/dose.	Metronidazo I	7,5mg/Kg de 8/8 h Amebíase leve a moderada por 5 dias Amebíase intensa de 5 a 10 dias.	Efeito colateral: náuseas, cefaléias, gosto metálico, vômitos, diarreias, erupção cutânea, ataxia, leucopenia, convulsões. Evitar uso de bebida alcoólica.

*** Crianças abaixo de 10Kg devem ser encaminhadas para avaliação médica.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PARASITOSE INTESTINAL

Orientar:

- **Utilizar água tratada ou fervida;**
- **Lavar bem os alimentos e deixá-los de molho em água com hipoclorito 2% (20 gotas por litro) por 30 minutos;**
- **Comer carne bem cozida ou assada. Nunca comer carne crua;**
- **Manter sempre as mãos limpas, principalmente antes das refeições e após evacuações e ao preparar os alimentos;**

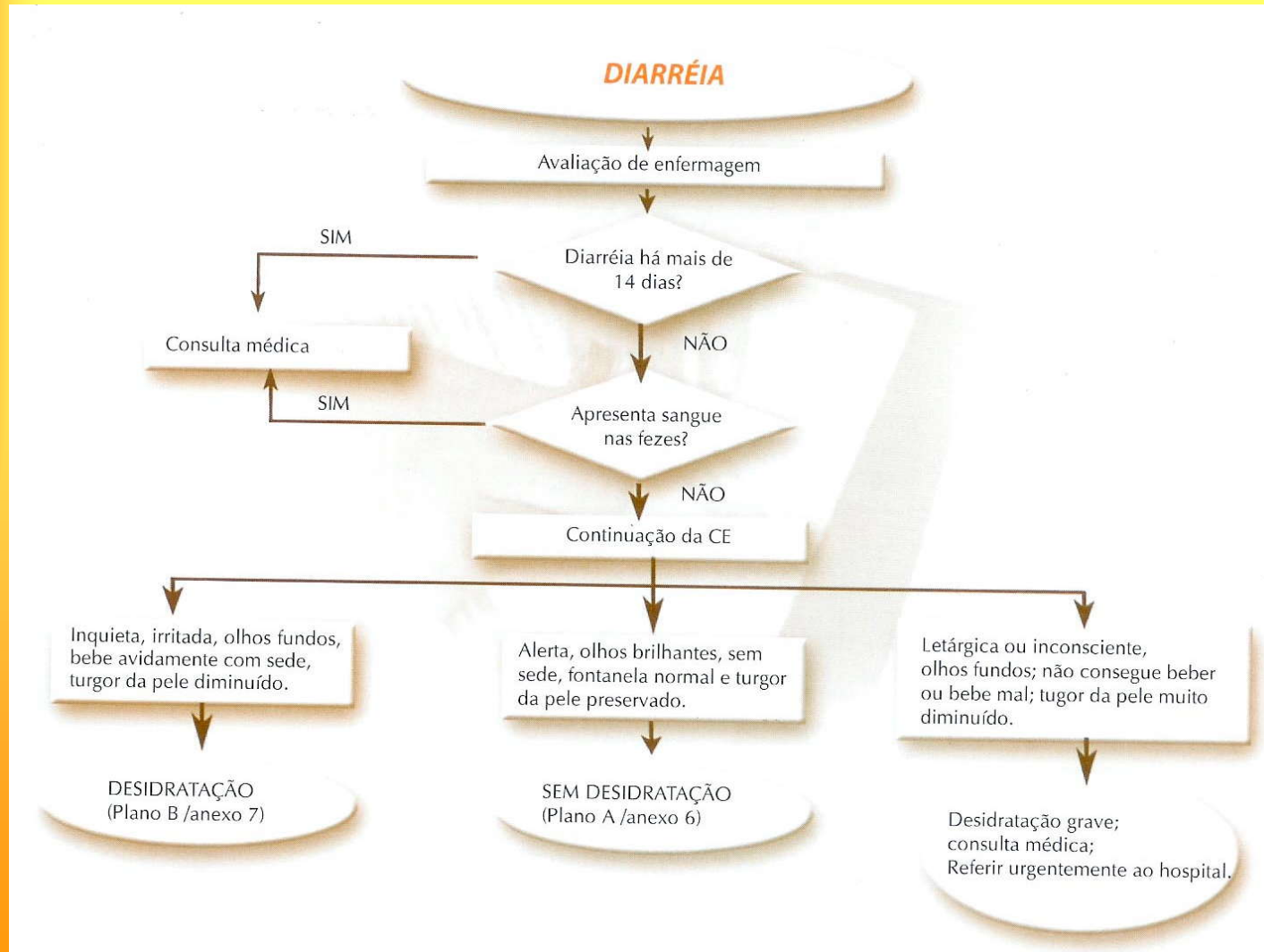
VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PARASITOSE INTESTINAL

Orientar:

- **Manter as unhas curtas e limpas;**
- **Proteção dos alimentos contra poeira, moscas e outros animais;**
- **Estar sempre com os pés calçados;**
- **Manter vasos sanitários e fossas sempre cobertos e higienizados;**
- **Não usar água parada para banho ou brincar;**
- **Se for indicado remédio não esquecer de usar conforme foi orientado.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



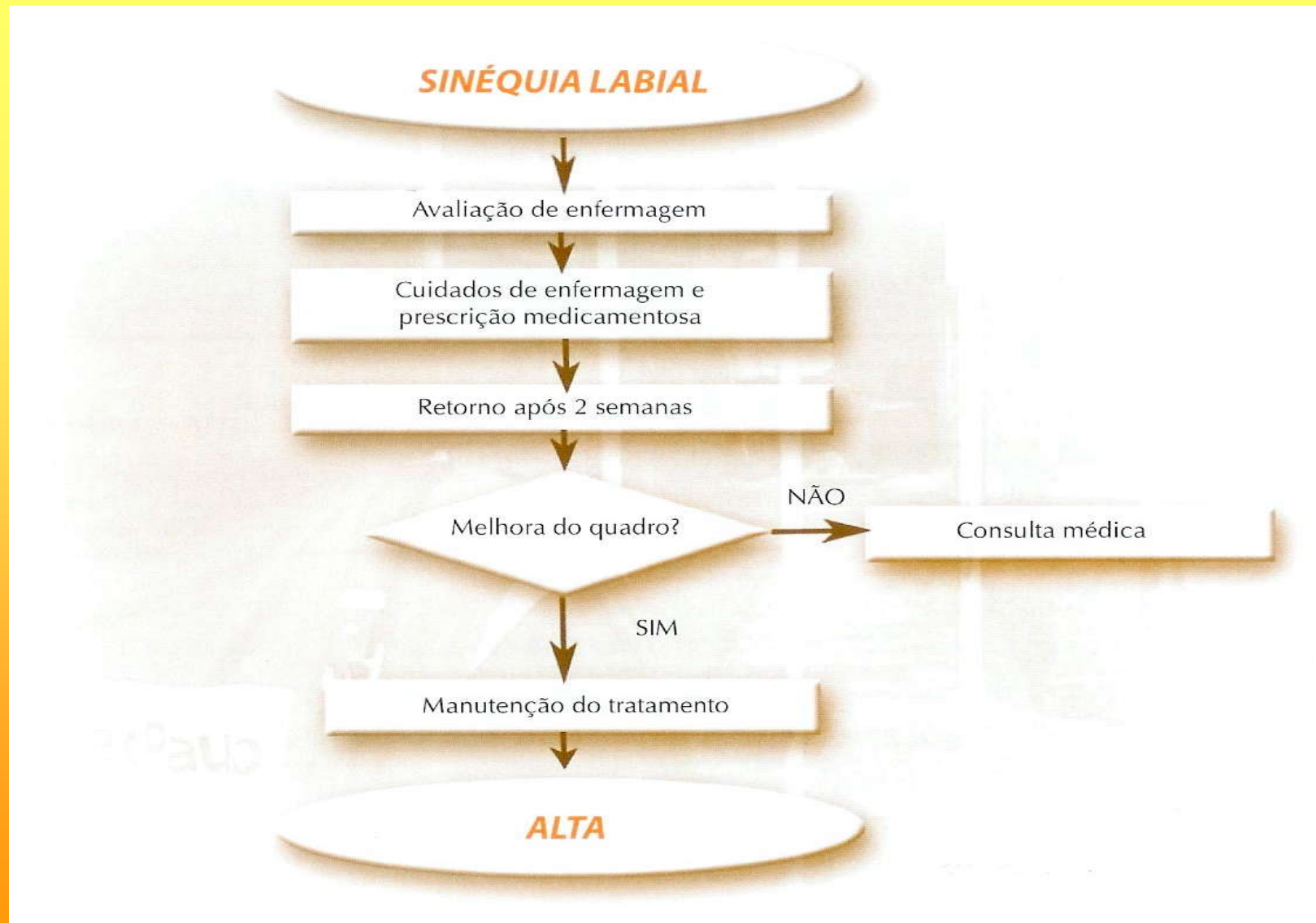
De acordo com a Portaria 3.522/2002 – SMS.GI/DOM 16/09/02, a enfermeira capacitada na estratégia AIDPI poderá seguir as recomendações para tratar desidratação grave.

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

DIARRÉIA

Doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da freqüência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentado algumas vezes muco e sangue (disenteria).

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

SINÉQUIA LABIAL

Aderência dos pequenos lábios ocasionada por higiene inadequada.

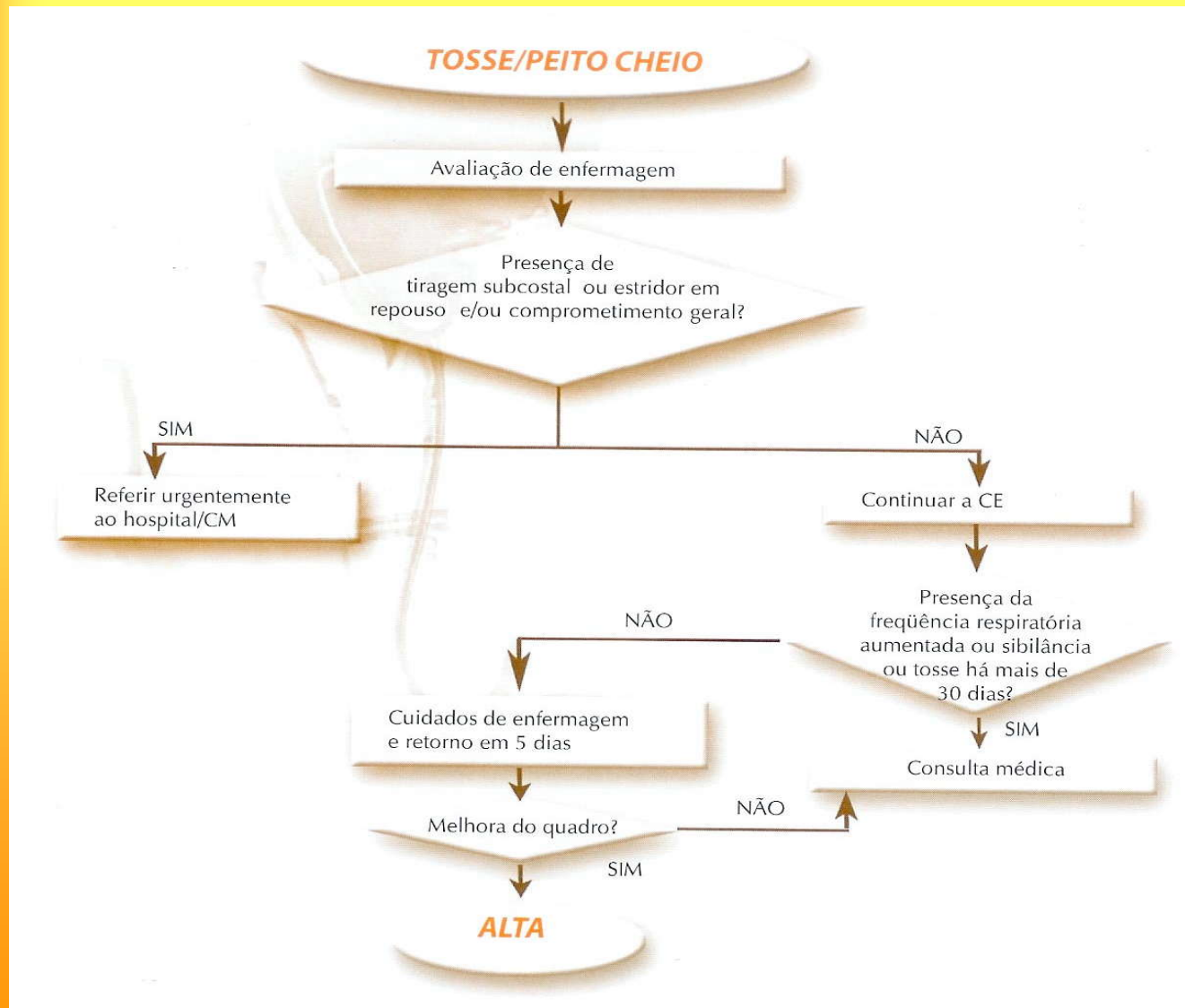
Cuidados de enfermagem:

Orientar o uso de óleo vegetal ou vaselina sólida associada à massagem local 2 vezes ao dia por 15 dias. Se não ocorrer melhora do quadro, usar estrógeno conjugado (creme vaginal) 1 vez ao dia até a lise total, ao longo da linha de fusão.

Manutenção: Após a lise total por 7 dias, 1 vez ao dia, orientar o uso de vaselina sólida ou óleo vegetal.

Prevenção: Higiene vulvar

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



De acordo com a Portaria 3.522.2002.SMS/DO 18/09/02, a enfermeira capacitada poderá seguir as recomendações AIDPI.

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

TOSSE/PEITO CHEIO

Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- **O aumento da ingestão hídrica para fluidificar as secreções;**
- **Deixar a criança em decúbito elevado ao dormir;**
- **Inalação com 3 a 5ml de Soro Fisiológico 0,9% três vezes ao dia;**
- **Remover a umidade, mofo ou bolor da casa;**
- **Manter a casa ventilada;**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

TOSSE/PEITO CHEIO

Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- **Evitar fumar na presença da criança;**
- **Oferecer dieta fracionada;**
- **Sinais de alerta: respiração rápida, tiragens e ruídos respiratórios;**
- **Controle da temperatura.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

MOLINIÁSE ORAL

Infecção na mucosa oral causada pelo fungo *Candida albicans*, resultando em um tipo característico de secreção em forma de grumos brancos, aderidos à língua e à bochecha da criança.

Cuidados de enfermagem:

- Orientar para evitar o uso de chupeta ou mamadeira;**
- Orientar a higiene com água e sabão e fervura dos bicos das mamadeiras e objetos de mordedura;**
- Evitar beijo próximo aos lábios;**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

MOLINIÁSE ORAL

Cuidados de enfermagem:

- **Higiene oral com água bicarbonatada: 1 colher (chá) de bicarbonato de sódio em 1 copo de água fervida (75ml) e fria, 4 vezes ao dia.**
- **Limpar as crostas com o dedo envolvido em uma fralda limpa e umedecida nesta solução. Realizar durante 7 a 10 dias;**

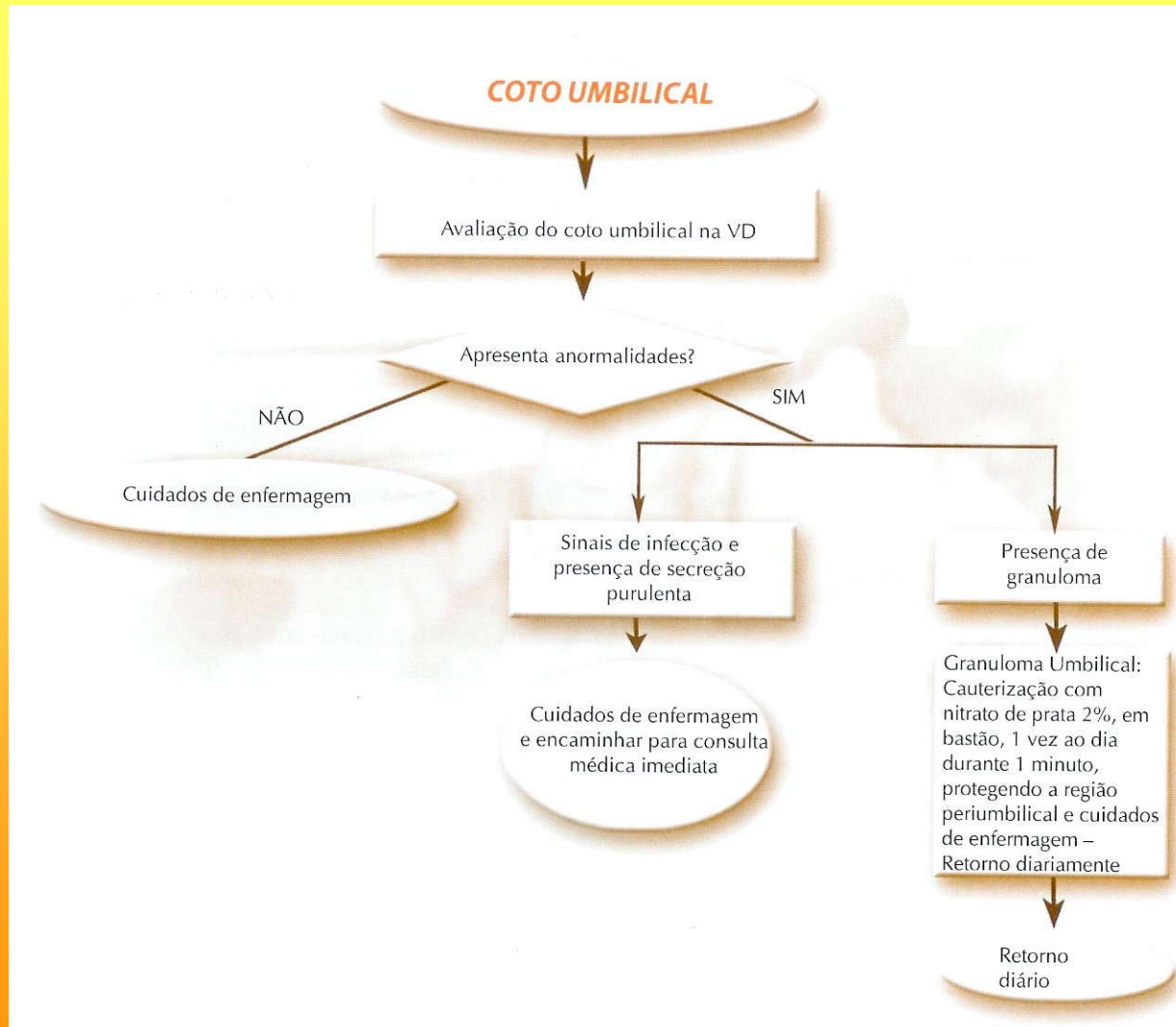
VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

MOLINIÁSE ORAL

Cuidados de enfermagem:

- **Prescrever 1,0ml de nistatina suspensão oral 100.000UI/ml na mucosa oral 4 vezes ao dia por 7 dias, dez minutos após a higiene com água bicarbonatada, colocar metade da dose de cada lado da boca. Manter o esquema por no mínimo 2 dias após o desaparecimento dos sintomas;**
- **Retorno para consulta de enfermagem após o tratamento ou se não apresentar melhora;**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



De acordo com a Portaria 3.522.2002.SMS/DO 18/09/02, a enfermeira capacitada poderá seguir as recomendações AIDPI.

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

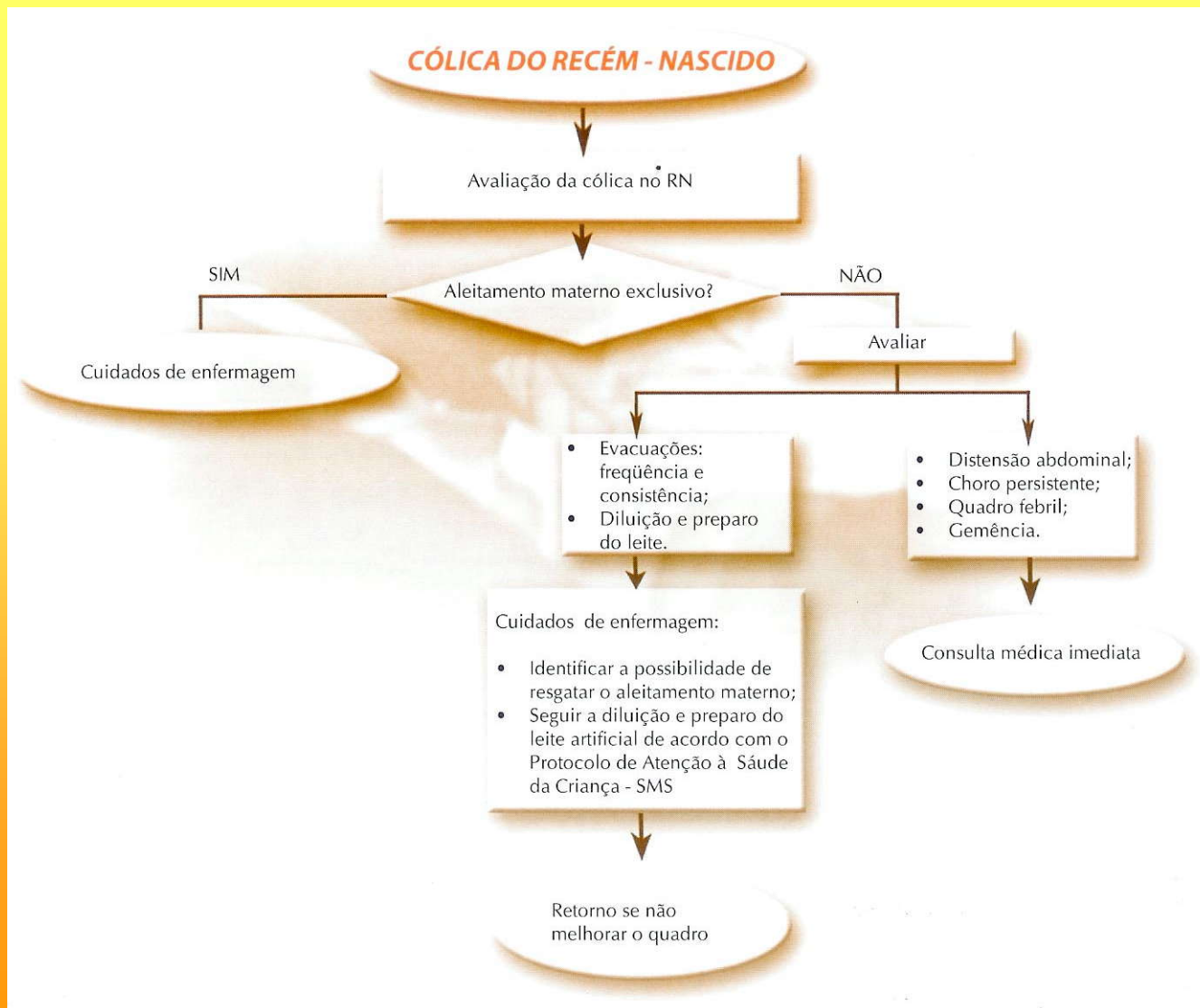
COTO UMBILICAL

Orientações e cuidados de enfermagem:

Orientar:

- Higiene diária com água e sabão, enxaguar e secar bem;
- Aplicação de álcool 70% após cada troca de fralda;
- A mãe ou cuidador quanto aos sinais de infecção;
- A necessidade de não usar a fralda ou faixas sobre a região;
- A não utilização de outros produtos como: pomadas, talcos, moeda, etc.

VI- Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

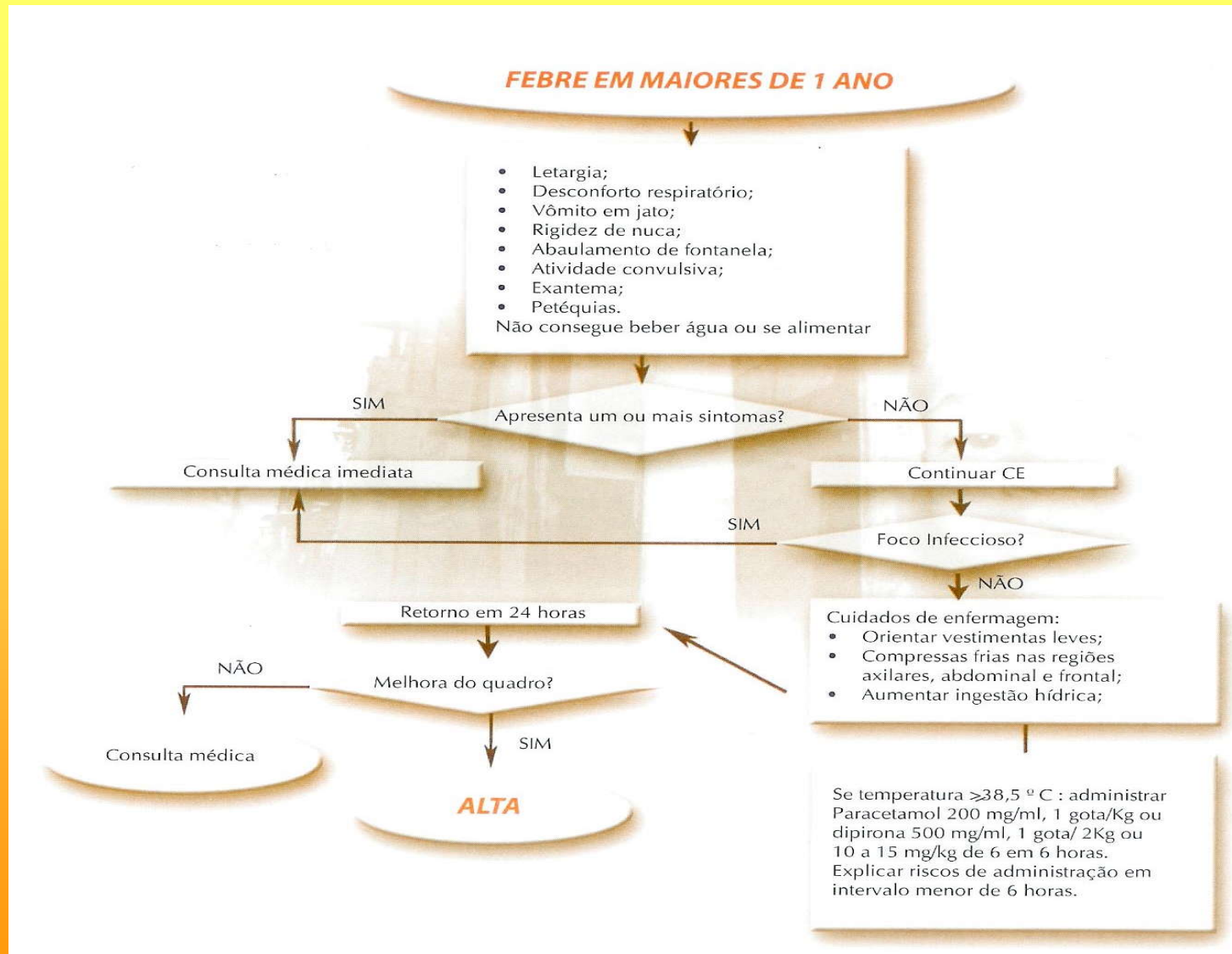
CÓLICA DO RECÉM-NASCIDO

Cuidados de enfermagem:

Orientar:

- Colocar a criança em decúbito ventral apoiada nos braços;
- Massagear o abdômen em movimentos circulares;
- Compressas mornas no abdômen;
- Dieta da nutriz (evitar café, chocolate, pimenta, doces);
- Não utilizar nenhum medicamento tipo anti-espasmódico ou chás.

VI- Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância



VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

INDICAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE ROTINA:

- **Vitamina A + Vitamina D – a partir do 15º dia de vida a até 2 anos de idade seguir a dosagem de acordo como o fabricante;**

OU

- **Polivitamínico (FURP) – 10 gotas/dia/VO;**
- **Sulfato Ferroso – a partir do 6º Mês – 1mg/Kg/dia, até 2 anos de idade (30 minutos antes do almoço, preferencialmente com suco de laranja e orientar o uso de canudinho), dependendo do tipo de aleitamento e alimentação oferecida para a criança.**
- **Mebendazol – indicar a partir de 1 ano de idade (com mais de 10 Kg), com intervalo mínimo de 6 meses. Dar 100mg ou 5 ml 2 vezes ao dia durante 3 dias.**

VI– Assistência de Enfermagem às Queixas Comuns na Infância

EXAMES DE ROTINA:

- **Hemograma completo:**
- **Solicitar durante a realização da consulta de enfermagem e com dúvidas em relação ao grau da palidez palmar e mucosas;**
- **Em casos de crianças com história anterior de anemia.**
- **Protoparasitológico (PPF)**
 - a) **Solicitar 3 amostras, quando: diarreia freqüente; infestações por parasitas recorrentes; fezes com presença de muco.**

VII- Anexos

ANEXO 1: SUGESTÃO DE FICHA PARA VISITA DOMICILIAR DO RN

Data: ____/____/____	Matrícula: _____
Nome: _____	Data de nasc. ____/____/____
Nome da mãe: _____	
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:	
Realizou PN? () Sim () Não	_____ consultas Onde? _____
Tabagista? () Sim () Não	_____ cigarros/dia
Etilista? () Sim () Não	
Drogadita? () Sim () Não	
Doenças na gestação? () HAS () DM () Nefropatia () Cardiopatia () Outras	
CONDIÇÕES DO RECÊM-NASCIDO:	
P _{nasc} : ____g P _{alta} : ____g Est: ____cm PC: ____cm PT: ____cm Apgar: ____/____	
IG: ____sem Tipo de parto: _____ Tipo sang MÃE _____ RN _____	
PIG () AIG () GIG () RNT () RNnT ()	
Choro imediato: () Sim () Não Capurro: _____ Intercorrências: _____	
PKU e T ₄ : () Sim () Não Resultado: _____	
HISTÓRIA:	
Padrões de sono: _____	
Alimentação: _____	
Eliminações: _____	
Choro excessivo: _____	
Anotações: _____	
EXAME FÍSICO:	
Crânio: _____ Fontanelas: Bregma _____ Lambda _____	
Reflexo vermelho: () Sim () Não Pupilas Fotorreagentes: () Sim () Não	
Mucosa ocular: Corada: () Sim () Não Esclera, icterica: () Sim () Não	
Secreção conjuntiva: () Sim () Não	
Ouvido/Nariz/Boca: _____ Pele _____ Linfonodos: _____	
Tórax: Coração: _____ Pulmão: _____	
Abdômen: _____ Coto umbilical: _____	
Genitália externa: _____	
Reflexos: Procura _____ Marcha _____ Cutâneo plantar _____	
Preensão _____ Sucção _____ Moro _____	
OBSERVAÇÃO PEGA MAMÁRIA:	
Posição ventre criança/ventre mãe () Sim () Não	
Nariz encontra mama () Sim () Não	
Abre bem boca () Sim () Não	
Força para sugar () Sim () Não	
Lábio superior desaparece () Sim () Não	
Diagnóstico de Enfermagem:	Prescrição de Enfermagem:
Assinatura/ COREN-	

VII- Anexos

ANEXO 2:

SUGESTÃO DE FICHA PARA ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA

Data ___/___/___ Idade: _____	
Nome: _____	
Vacinação: _____ Orientação: _____	
Sono/repouso: _____	
Alimentação: _____	

Eliminações: _____	
Medicações em uso: _____	
<u>EXAME FÍSICO:</u>	
Peso: _____g Est: _____cm PC: _____cm PT: _____cm FC: _____bpm FR: _____rpm	
Crânio: _____ Fontanelas: Bregma _____ Lambda _____	
Olhos simétricos: () Sim () Não Pupilas Fotorreagentes: () Sim () Não	
Mucosa ocular: Corada: () Sim () Não Esclerótica, icterica: () Sim () Não	
Secreção conjuntiva: () Sim () Não	
Ouvido/Nariz/Boca: _____	
Pele: _____ Linfonodos: _____	
Tórax: Coração: _____ Pulmão: _____	
Abdômen: _____ Coto umbilical: _____	
Genitália externa: _____	
Reflexos: Procura _____ Marcha _____ Cutâneo plantar _____	
Preensão _____ Sucção _____ Moro _____	
Curva de crescimento: _____	
Anotações: _____	
DNPM: _____	

Diagnóstico de Enfermagem:	Prescrição de Enfermagem:
_____	_____
<u>Assinatura e COREN:</u>	

VII- Anexos

ANEXO 3: QUADRO SIMPLIFICADO DE SUGESTÃO DA ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA PARA CRIANÇA EUTRÓFICA:

IDADE	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	ALEITAMENTO ARTIFICIAL (OU MISTO)	OBSERVAÇÕES
1º mês	LM livre demanda	L vaca (B/C/Longa vida) diluído 2/3 ou L integral em pó 10% (5% de açúcar).	A partir do 15º dia – iniciar vitamina A e D ou Polivitamínico (até 2 anos)
2º mês	Idem acima	L vaca (B/C/Longa vida) diluído 2/3 ou L integral em pó 10% (5% de açúcar) e 3% de farinha.	Manter vitamina A e D e acrescentar Sulfato Ferro 1mg/Kg/dia com suco de laranja apenas para o aleitamento misto.
3º mês	Idem acima	Idem acima	Oferecer o suco de colherinha ou copinho – Evitar “chucas” ou mamadeiras.

VII- Anexos

ANEXO 3: QUADRO SIMPLIFICADO DE SUGESTÃO DA ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA PARA CRIANÇA EUTRÓFICA:

IDADE	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	ALEITAMENTO ARTIFICIAL (OU MISTO)	OBSERVAÇÕES
4º mês	Idem acima	Idem acima + iniciar a 1ª sopa com caldo de carne, hortaliça, cereais e leguminosas e gema de ovo cozido (1/4), aumentando por semana até completar 1 gema inteira. Iniciar suco e papa de frutas.	Não usar liquidificador. Usar colher (de preferência de plástico). Amassar com garfo e passar em peneira grossa. Observar tolerância à gema.
5º mês	Idem acima	Idem acima	Usar temperos leves (cebolinha/tomate/pouco sal) refogados – Não usar temperos prontos.

VII– Anexos

ANEXO 3: QUADRO SIMPLIFICADO DE SUGESTÃO DA ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA PARA CRIANÇA EUTRÓFICA:

IDADE	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	ALEITAMENTO ARTIFICIAL (OU MISTO)	OBSERVAÇÕES
5º mês	Idem acima	Idem acima	Usar temperos leves (cebolinha/tomate/pouco sal) refogados – Não usar temperos prontos.
6º mês	Idem + iniciar o suco e após 1 semana a papa de frutas, final do 6º mês: almoço (sopa). Primeira sopa com hortaliças, legumes e cereais. A carne deve ser colocada somente durante o cozimento. Introduzir a gema de ovo cozida e aumentar semanalmente até completar uma gema inteira.	Iniciar a 2ª sopa com caldo de carne, hortaliça, cereais e leguminosas, sobremesa de frutas, doces caseiros ou gelatina sem corante. Introduzir o L vaca em pó a 15% ou leite fluido sem diluir com 5% de açúcar.	Observar tolerância à gema.

VII– Anexos

ANEXO 3: QUADRO SIMPLIFICADO DE SUGESTÃO DA ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA PARA CRIANÇA EUTRÓFICA:

IDADE	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	ALEITAMENTO ARTIFICIAL (OU MISTO)	OBSERVAÇÕES
7º mês	Idem + iniciar jantar (2ª refeição). Sobremesa de frutas, gelatina sem corante, sagu e geléias. Uso de gema de ovo 2 a 3 vezes na semana.	Manter média de 3 mamadeiras/dia (+/- 200ml/cada manhã, tarde e noite + almoço + jantar e sobremesa.	Idem acima – fazer lanche da tarde com frutas e/ou biscoitos (em Aleitamento materno ou artificial)
8º mês	Idem acima + lanche da tarde.	Idem acima + lanche da tarde.	Começar com a “comida de casa” arroz + feijão adaptando logo a criança aos hábitos alimentares da família.
9º ao 12º mês	Idem acima – iniciar clara de ovo cozido no 10º mês.	Idem acima – iniciar clara de ovo cozido no 10º mês.	Por volta do final do 1º ano – a criança deve acompanhar o ritmo de alimentação da família.

VII– Anexos

ANEXO 4: ACONSELHAR A MÃE OU ACOMPANHANTE

- Avaliar a alimentação da criança

Fazer perguntas sobre qual é a alimentação da criança:

- **Você amamenta sua criança no peito? Quantas vezes durante o dia? Também amamenta à noite?**
- **A criança ingere outro alimento ou consome outro líquido? Quais? Quantas vezes por dia?**
- **O que usa para alimentar a criança? Qual o tamanho das porções? Quem dá de comer à criança e como?**

VII– Anexos

ANEXO 4: ACONSELHAR A MÃE OU ACOMPANHANTE

Recomendações para a alimentação da criança

- **Até 6 meses:**
 - **Dê o peito sempre que a criança quiser, de dia e de noite, pelo menos 8 vezes em cada 24 horas.**
 - **Não é necessário dar outra comida ou líquido, nem chá ou água.**
 - **O leite materno já contém tudo que o bebê precisa nesta idade, na quantidade, temperatura e limpeza ideal.**
 - **Se já estiver recebendo outros alimentos dê o peito antes de cada comida até substituí-la totalmente.**

VII– Anexos

ANEXO 4: ACONSELHAR A MÃE OU ACOMPANHANTE

Recomendações para a alimentação da criança

- **De 6 a 7 meses:**
 - **Continuar dando leite materno, acrescentar alimentos complementares, frutas, cereais. Leguminosas, verduras, gema de ovo, carne e vísceras.**
 - **Dar esses alimentos, iniciando 1 a 2 vezes por dia até completar 3 vezes ou 5 vezes ao dia se não estiver mamando.**
 - **Oferecer água à criança nos intervalos das refeições**

VII– Anexos

ANEXO 4: ACONSELHAR A MÃE OU ACOMPANHANTE

Recomendações para a alimentação da criança

- **De 8 a 11 meses:**
 - **Continuar dando leite materno, dar a mesma comida servida à família, porém com consistência pastosa.**
 - **Orientar para que a criança receba: cereais, leguminosas, carnes, ovos, frango, peixe, vísceras, frutas e verduras; 3 vezes ao dia se estiver recebendo aleitamento materno e 5 vezes ao dia, se estiver em aleitamento artificial.**

VII– Anexos

ANEXO 4: ACONSELHAR A MÃE OU ACOMPANHANTE

Recomendações para a alimentação da criança

- **De 12 a 23 meses:**
 - **Dar 5 refeições ao dia, sendo 3 refeições da mesma comida servida à família e 2 lanches nutritivos entre as refeições, tais como: frutas, tubérculos cozidos, pães, leite e derivados.**
 - **Observar para que a criança receba: cereais, leguminosas, carnes, ovos, frango, peixe, vísceras, frutas e verduras. Continuar dando o peito.**

VII– Anexos

ANEXO 4: ACONSELHAR A MÃE OU ACOMPANHANTE

Recomendações para a alimentação da criança

- **De 2 anos ou mais:**
 - **Dar 5 refeições ao dia, sendo 3 refeições da mesma comida servida à família e 2 lanches nutritivos entre as refeições.**
 - **Oferecer alimentos ricos em ferro e vitamina A (frutas e verduras amarelas e alaranjadas, folhas escuras e vísceras).**

VII- Anexos

ANEXO 5: TRATAR O PESO BAIXO

<i>Dieta 1</i>	<i>Dieta 2</i>	<i>Dieta 3</i>	<i>Dieta 4</i>
2 colheres de sopa de leite em pó integral ou 200ml de leite líquido, 1 colher de sobremesa de óleo, 1 colher de sopa de açúcar e 1 colher de sopa de abóbora cozida	2 colheres de sopa de leite em pó integral, ½ colher de sobremesa de óleo, 1 colher de sopa de açúcar, 3 e ½ colheres de sopa de arroz cozido.	3 e ½ colheres de sopa de arroz cozido, 2 colheres de sobremesa de óleo. 1 colher de sopa cheia de carne moída. 1 e ½ colher de sopa cheia de cenoura cozida.	3 e ½ colheres de sopa de arroz cozido, 3 e ½ colheres de sopa de massa de feijão peneirado, 2 colheres de sobremesa de óleo.
Acrescentar água fervida até completar 1 copo	Acrescentar água fervida até completar 1 copo	Acrescentar água fervida até completar 1 copo	Acrescentar água fervida até completar 1 copo

OBSERVAÇÃO: o arroz pode ser substituído por fubá, utilizando metade da quantidade do arroz e cozinhando por 3 a 4 minutos.

VII– Anexos

ANEXO 5: TRATAR O PESO BAIXO

Orientar a mãe/cuidador:

- **Utilização da dieta até o próximo retorno;**
- **Variar as dietas para a criança não enjoar;**
- **Oferecer 6 vezes ao dia;**

VII– Anexos

ANEXO 5: TRATAR O PESO BAIXO

- **Garantir que a criança coma de cada vez as quantidades indicadas:**
 - **03 – 05Kg – ½ de copo**
 - **05 - 10 Kg – 2/3 de copo**
 - **10 – 14Kg – 1 copo**
- **Oferecer o peito entre as refeições sempre que a criança solicitar;**
- **Retornar imediatamente se a criança recusar a comida.**

VII– Anexos

ANEXO 5: TRATAR O PESO BAIXO

RECOMENDAÇÕES PARA A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA COM DIARRÉIA PERSISTENTE

- **Dar líquidos adicionais para evitar a desidratação;**
- **Continuar alimentando;**
- **Se a criança estiver em aleitamento materno exclusivo, aumentar a frequência e o tempo das mamadas de dia e de noite;**

VII– Anexos

ANEXO 5: TRATAR O PESO BAIXO

RECOMENDAÇÕES PARA A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA COM DIARRÉIA PERSISTENTE

- **Se estiver em aleitamento misto:**
 - **Substituir com mais aleitamento materno; OU**
 - **Reduzir o volume de leite oferecido em cada refeição, misturando com igual volume de mucilagem de arroz a 3%, açúcar a 5% e óleo a 3%; OU**
 - **Substituir, metade do leite por alimentos semi-sólidos ricos em nutrientes; OU**
 - **Substituir por produtos com baixo teor de lactose como iogurte, produtos com soja, etc.;**

VII– Anexos

ANEXO 6: PLANO A

Tratar a Diarréia em Casa

1. Dar Líquidos adicionais (tanto quanto a criança aceitar)

***Recomendar à mãe:**

- **Amamentar com maior frequência e por tempo mais longo a cada mamada;**
- **Se a criança se alimenta de leite materno, pode se dar SRO (Soro de Reidratação Oral), além do leite materno com colher ou copo;**

VII– Anexos

ANEXO 6: PLANO A

Tratar a Diarréia em Casa

- **Se não estiver em regime exclusivo de leite materno, dar um ou mais dos seguintes:**
 - **Solução SRO;**
 - **Líquidos caseiros (tais como caldos, água de arroz, soro caseiro); ou**
 - **Água potável.**

VII– Anexos

ANEXO 6: PLANO A

Tratar a Diarréia em Casa

É especialmente importante dar SRO em casa quando:

- **Durante esta visita a criança recebeu o tratamento do Plano B, ou seja, tratamento para desidratação;**
- **Se a criança não puder retornar a um serviço de saúde se a diarréias piorar;**

VII– Anexos

ANEXO 6: PLANO A

Tratar a Diarréia em Casa

- Ensinar a mãe/cuidador a preparar a mistura e a dar SRO;
- Entregar um pacote ou mais de SRO para a mãe/cuidador se necessário;
- Mostrar à mãe/cuidador a quantidade de líquidos adicionais a dar em casa além dos líquidos habituais:
 - Até 1 ano – 50 a 100ml depois da cada evacuação aquosa.
 - 1 ano ou mais – 100 a 200ml depois de cada evacuação aquosa.

VII– Anexos

ANEXO 6: PLANO A

Tratar a Diarréia em Casa

*Recomendar à mãe/cuidador:

- Administrar pequenos goles de líquidos de uma xícara;
- Se a criança vomitar, aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente;
- Continuar a dar líquidos até a diarréias parar.

2. Continuar a alimentar

3. Quando retornar



Consultar o quadro: ACONSELHAR A MÃE OU ACOMPANHANTE

VII– Anexos

ANEXO 7: PLANO B

As crianças com desidratação deverão permanecer no serviço de saúde até a reidratação completa. Durante um período de 4 horas administrar, no serviço de saúde, a quantidade recomendada de SRO.

- Determinar a quantidade de SRO a ser administrada durante as primeiras 4 horas:

IDADE*	PESO	SRO (ml)
Até 4 meses	< 6Kg	200 – 400
4 a 11 meses	6 - <10Kg	400 – 700
12 a 23 meses	10 - <12Kg	700 – 900
2 a 4 anos	12 - <19Kg	900 - 1400

- * Somente utilizar a idade da criança quando desconhecer o peso. A quantidade aproximada de SRO necessária (em ml) também pode ser calculada multiplicando o peso da criança (em Kg) por 75.

VII– Anexos

ANEXO 7: PLANO B

Se a criança quiser mais SRO do que as quantidades citadas, dar mais.

- **Demonstrar para mãe/cuidador como administrar a solução de SRO;**
- **Dar com frequência pequenos goles de líquidos usando uma colher;**
- **Se a criança vomitar aguardar 10 minutos e depois continuar, porém mais lentamente;**
- **Continuar a amamentar no peito sempre que a criança desejar.**

Após 4 horas:

- **Reavaliar a criança e classificá-la quanto à desidratação;**
- **Selecionar o plano apropriado para continuar o tratamento;**
- **Se possível, começar a alimentar a criança no serviço de saúde;**
- **Continuar a amamentar no peito sempre que a criança desejar.**

Se, em situações excepcionais, a mãe/cuidador precisar ir para casa antes de terminar o tratamento:

- **Orientar como preparar a solução em casa;**
- **Orientar sobre a quantidade de SRO a ser administrada até completar o tratamento em casa;**
- **Entregar uma quantidade de pacotes de SRO suficiente para completar a reidratação. Entregar também 1 pacote adicional, tal como recomendado no Plano A;**

VII– Anexos

ANEXO 7: PLANO B

- Explicar as 3 regras do Tratamento Domiciliar:

1. Dar líquidos adicionais

2. Continuar a alimentar

3. Quando retornar



**Consultar o Plano A quanto aos líquidos recomendados e
consultar o quadro ACONSELHAR A MÃE OU ACOMPANHANTE**

VII- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Ministério da Saúde; Organização Mundial de Saúde & Organização Pan-americana de Saúde, 1999.

BARROS, E. *et al.* *Exame Clínico - Consulta Rápida*. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1999.

BLANCK, D. & ECKERT, G. E. *Pediatria Ambulatorial: Elementos Básicos de Promoção da Saúde*. Porto Alegre, Ed. da Universidade, 1998.

BPR - Guia de remédios - 05ª edição - Editora Escala, 2001.

COELHO, M. S. *Avaliação Neurológica Infantil nas Ações Primárias de Saúde*. São Paulo, Editora Atheneu, 1999.

CRESPIN, J. *Puericultura: Ciência, Arte e Amor*. Fundo Editorial Byk, 1992.

Dicionário de Administração de Medicamentos na Enfermagem, 3ª edição, RJ, EPUB, 2002.

ENGEL, J. *Avaliação em Pediatria*. Rio de Janeiro, Editora Reichmann e Afonso Associados Editores, 2002.

LEÃO, E.; CORRÊA, J. E.; VIANA, M. B. & MOTA, J. C. *Pediatria Ambulatorial*. Coopemed Ed. Médica, 1998.

MARCONDES, E.; LEONE, C. & ISSLER, H. *Pediatria na Atenção Primária*. Ed. Sarvier, 1999.

Medicamentos Habitualmente Usados em Pediatria, 11ª edição, Nestlé, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual de Enfermagem*. Programa Saúde da Família. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

PRADO, F. Cintra do; RAMOS, J. & RIBEIRO DO VALE, J. *Atualização Terapêutica*. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1999.

PSF/QUALIS SANTA MARCELINA. *Manual de Puericultura*. São Paulo, 2000.

SAVAGE, K. F. *Como Ajudar as Mães a Amamentar*. Brasília, Ministério da Saúde, 1998.

SAWAYA, A. L. *Desnutrição Urbana no Brasil*. São Paulo, Cortez Ed., 1997.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/COGEST. *Ciclo de Vida : Criança*. São Paulo, 2002.

SIGAUD, C. H. S. *Enfermagem Pediátrica: O Cuidado de Enfermagem à Criança e ao Adolescente*. São Paulo, Editora EPU, 1996.

SILVA CARVALHO, E. & BRUNOW DE CARVALHO, W. *Terapêutica e Prática Pediátrica*. São Paulo, Ed. Atheneu, 1996.

WASSAL, P. & FERREIRA, P. C. *Pediatria Dia a Dia*. Rio de Janeiro, Epuc, 1997.

PARTICIPARAM DESTA EDIÇÃO

SECRETÁRIO MUNICIPAL DA SAÚDE

EDUARDO JORGE MARTINS ALVES SOBRINHO

COORDENADORA DO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

ANNA MARIA CHIESA

VICE - COORDENADORA

KARINA BARROS CALIFE BATISTA

ASSESSORES

CLÉLIA NEVES DE AZEVEDO
IRMÃ MONIQUE BOURGET
MARIA FÁTIMA DE SOUSA
ROSA MARIA MARÓTTA
TACIANA LÚCIA GUERRA NÓBREGA

INTERLOCUTORES REGIONAIS

ANA REGINA WILLY CAMPOS
ISAMARA GRAÇA CYRINO DE GOUVEIA
MÁRCIA WALTER DE FREITAS
MARIA ANGÉLICA CREVELIM
MARILDA DE CÁSSIA CASTRO
MARIA DO CARMO PORTERO DA SILVA

GRUPO DE CAPACITAÇÃO

ANA MARIA BARA BRESSOLIN
LAÍS HELENA RAMOS
NAIRA REGINA DOS REIS FAZENDA
OTILIA SIMÕES GONÇALVES
PATRÍCIA PEREIRA DE SALVE

ASSESSORIA JURÍDICA

PAULO MELO DE ALMEIDA BARROS

APOIO TÉCNICO

MARIA AMÉLIA DE CAMPOS OLIVEIRA
MARIA DE FÁTIMA FARIA DUAYER
NEIVA MARIA ROGIÉRI
VALÉRIA PANIZZA NADOR

APOIO FINANCEIRO

MARCIA ELISABETH W. PADOVANI
SANDRA REGINA DE OLIVEIRA ASSEN
VERA LÚCIA NOGUEIRA MARTINS

APOIO ADMINISTRATIVO

AMÉLIA ROSSI BALTAZAR
FLÁVIO BARBOSA COELHO
FRANCILENE WANDERLEY DA SILVA
MARIA DA PENHA OLIVEIRA
MARIA DE LOURDES LOPES
MÔNICA ELUF

COORDENADORA DE COMUNICAÇÃO E ARTE

HELMA KÁTIA SENA DA SILVA

CRIAÇÃO E PRODUÇÃO

OLHO DE BOI COMUNICAÇÕES
www.olhodeboi.com

Programa de Saúde da Família

Rua General Jardim, 36 - 8º andar - Vila Buarque - São Paulo/SP
CEP 01223-010 - Fone 55 11 3218-4062/3218-4045

www.prefeitura.sp.gov.br/psf

SUS

Sistema Único de Saúde
Secretaria Municipal da Saúde
Prefeitura de São Paulo

 **MINISTÉRIO
DA SAÚDE**



www.prefeitura.sp.gov.br/psf

