

INSCRIÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

ESTRUTURA DE SAÚDE: _____

Nº DE INSCRIÇÃO: _____

DATA DA 1ª CONSULTA: _____

NOME DA CRIANÇA: _____ SEXO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____ / ____ / ____ HORA: _____

REGISTO NO CARTÓRIO: Nº DO REGISTO: _____ DATA: ____ / ____ / ____

NOME DO PAI: _____

NOME DA MÃE: _____

ENDEREÇO DA FAMÍLIA: _____

TELEFONE: _____

IRMÃOS

Ano/nascimento	Sexo	Observação	Ano/nascimento	Sexo	Observação

Data da próxima visita																				

INFORMAÇÃO SOBRE O PERÍODO PRÉ – NATAL

Duração da gravidez: _____ semanas

Número de consultas durante a gravidez: _____ Grupo Sanguíneo e RH: _____

Gravidez normal: De risco: (Se sim, referir quais)

Observações: _____

PERÍODO NEONATAL

Local do Parto: Institucional: Domiciliar: Outros:

Tipo de parto: Eutócico: Distócico:

Cesariana: Fórceps: Ventosa: Outro:

Parto múltiplo: N° nados vivos: _____ N° nados Mortos: _____

Peso ao nascer: _____ g. Comprimento: _____ cm

Perímetro cefálico: _____ cm Apgar: 1º minuto: _____ 5º minuto: _____

Reanimação: SIM NÃO Grupo Sanguíneo e RH: _____

Profilaxia ocular: SIM NÃO Vitamina K: SIM NÃO

Administração de Vitamina A (Mãe): SIM , data: ___/___/___ NÃO

Aleitamento materno na 1ª hora: SIM NÃO

Observações: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS:

ALERGIAS, REAÇÕES A MEDICAMENTOS, VACINAS E OUTROS PRODUTOS:

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ALEITAMENTO MATERNO

Exclusivo (AME), Aleitamento Misto (AM) ou Aleitamento Artificial (AA) / Outros.

Idade em meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
AME																								
AM																								
AA / O																								

Não esquecer a suplementação de Ferro, Vitamina C e Vitamina A, conforme descrito nos protocolos existentes nas estruturas de saúde.

REGISTO DAS VACINAÇÕES DO PROGRAMA NACIONAL (Data e Lote)

VACINAS	Dose extra	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço
BCG (contra Tuberculose)		/ / /			
Anti Hepatite B		/ / /			
VPO (Vacina Oral contra a Poliomielite ou Paralisia Infantil)	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
VPI (Vacina Injectável contra a Poliomielite ou Paralisia Infantil)		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Pentavalente (contra Difteria, Tétano, Pertussis, Hemophilus Inf. B, Hepatite B)		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
Anti Sarampo		/ / /			
Tríplice viral (contra a Parotidite, Rubéola, Sarampo)		/ / /	/ / /		
		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /

Outras Vacinações

VACINAS	Dose extra	1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço
		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /
		/ / /	/ / /	/ / /	/ / /

CUIDADOS APÓS A VACINAÇÃO

Se a criança tiver febre nas primeiras 48 horas após a vacinação ou dor no local da injeção, administrar Paracetamol em supositório ou xarope.

Não colocar nenhuma substância no local da injeção pois poderá dar lugar ao aparecimento de uma infecção nessa região.

Se a criança apresentar alguma manifestação adversa grave ou preocupante após a vacinação, dirija-se à estrutura de saúde onde foi vacinada para avaliação, assistência médica e seguimento.

AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEURO-PSICOMOTOR

	P	A	NV
1º Mês: Levanta a cabeça se colocado de barriga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3º Mês: Segue com os olhos objectos em movimento. É capaz de segurar a cabeça, reage ao som.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4º Mês: Emite sons, sorri espontaneamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5º Mês: Olha as mãos, e leva-as à boca, alcança e pega objectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6º Mês: É capaz de sentar-se sem apoio, ri às gargalhadas. Gira a cabeça em direcção ao som da voz, emite sons.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9º Mês: Ouve sons de baixa tonalidade, arrasta-se ou gatinha. Tenta apanhar objectos ao seu alcance, bate palmas. Repete sons "ta, ta, ta".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10º Mês: Caminha com apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12º Mês: Anda sozinha e cai raramente, diz mamã, papá	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15º Mês: Caminha e come sozinha, combina pelo menos 2 palavras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18º Mês: É capaz de beber sozinha por um copo. Corre, sobe degraus, entende o "não", responde às pessoas pelo seu nome, tira as meias e os sapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21º Mês: Diz o nome próprio, forma frases, brinca isoladamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Anos: Aponta com o dedo algumas partes do corpo. Corre, diz frases de duas ou mais palavras.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Anos: Pode saltar com os dois pés. Pergunta por quê? Identifica-se pelo seu sexo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Anos: É capaz de abotoar a roupa. Desenha, joga à bola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Anos: É capaz de reconhecer o nome de 3 cores diferentes. Veste-se sozinha, canta, repete histórias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(P: Presente - A: Ausente - NV: Não Verificado)

AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA

Surgimento provável dos dentes			
DENTES	1ª Dentição	Idade em meses do surgimento	2ª Dentição
Incisivos centrais inferiores	6 meses		6 a 7 anos
Incisivos centrais superiores	7 meses		7 a 8 anos
Incisivos laterais inferiores	8 meses		7 a 8 anos
Incisivos laterais superiores	9 meses		8 a 9 anos
Primeiros molares inferiores	12 meses		6 a 7 anos
Primeiros molares superiores	14 meses		6 a 7 anos
Caninos inferiores	16 meses		9 a 10 anos
Caninos superiores	18 meses		11 a 12 anos
Primeiros pré molares inferiores			10 a 12 anos
Primeiros pré molares superiores			10 a 11 anos
Segundos pré molares inferiores			11 a 12 anos
Segundos pré molares superiores			10 a 12 anos
Segundos molares inferiores	20 - 36 meses		11 a 13 anos
Segundos molares superiores	24 - 36 meses		12 a 13 anos

Obs: Os terceiros molares (dentes do siso ou "do juízo") podem surgir entre os 17 aos 30 anos.

Saúde e higiene oral:

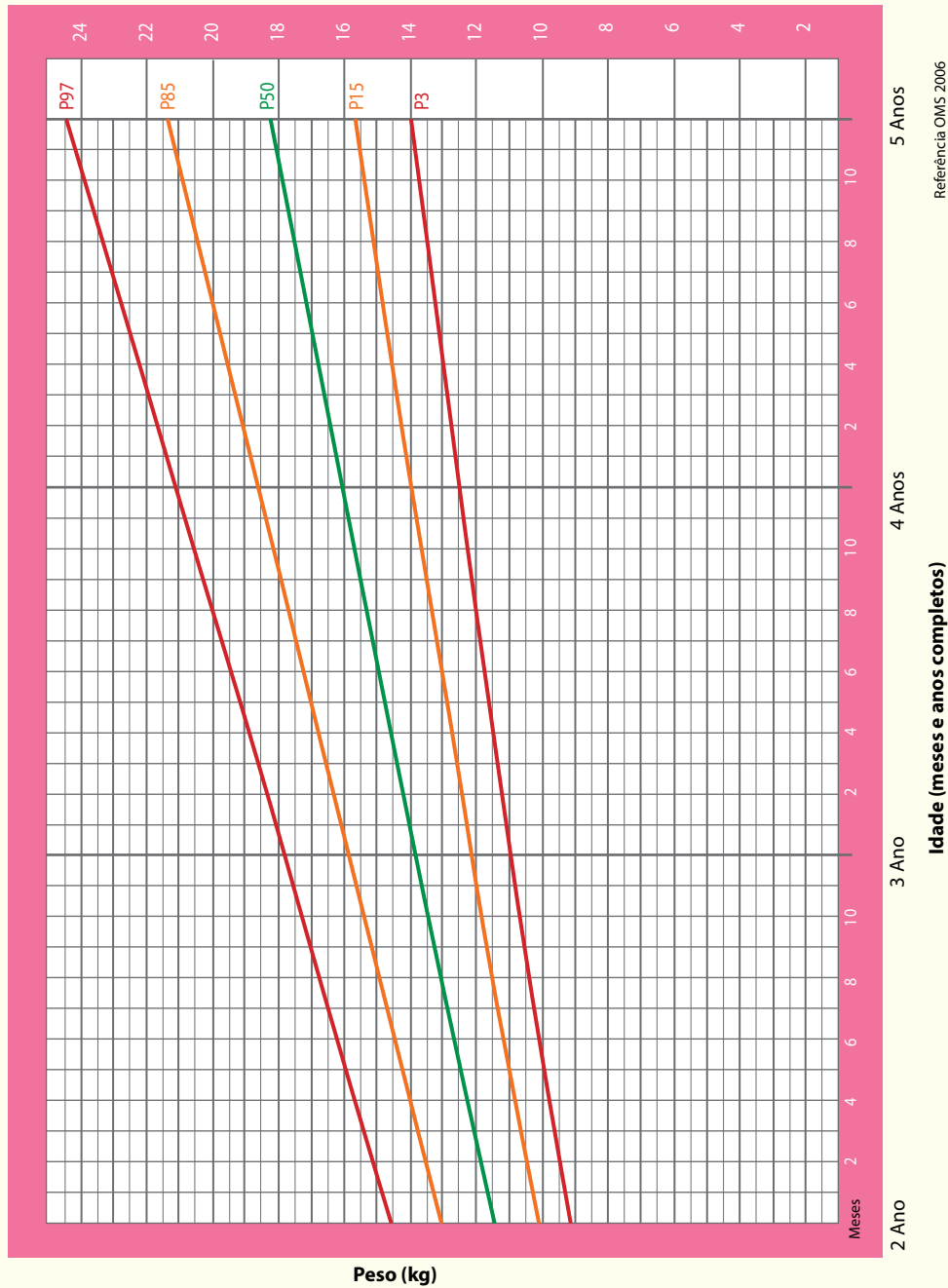
Antes do nascimento dos primeiros dentes:

1. Lavagem das mãos do adulto responsável pela higiene bucal do bebé
2. Depois da amamentação, realizar limpeza da gengiva, bochechas, língua e palato (céu da boca) com gaze ou compressa humedecida com água fervida ou filtrada

Depois do nascimento dos primeiros dentes:

1. Utilizar uma escova adequada à idade da criança, com cerdas macias e arredondadas. Escovar os dentes pelo menos duas vezes por dia (de manhã e antes de deitar)
2. Utilizar pasta de dente com flúor e colocar uma pequena quantidade do tamanho de um grão de ervilha. Ensinar a criança a não engolir a pasta cuspendo-a logo após a escovagem.
3. Introduzir o fio dental quando a criança apresentar a capacidade motora para sua utilização (após os 5 anos)
4. A amamentação nos primeiros 6 meses é fundamental para proteger a cavidade oral do bebé. A partir dos 6 meses introduzir alimentos saudáveis, frutas, hortaliças e legumes, para promover a auto limpeza dos dentes e a capacidade mastigadora. Evitar adoçantes, sumos com gás, doces ou guloseimas entre as refeições para prevenir as cáries dentárias.
5. Todas as crianças devem visitar o dentista pelo menos duas vezes no ano.

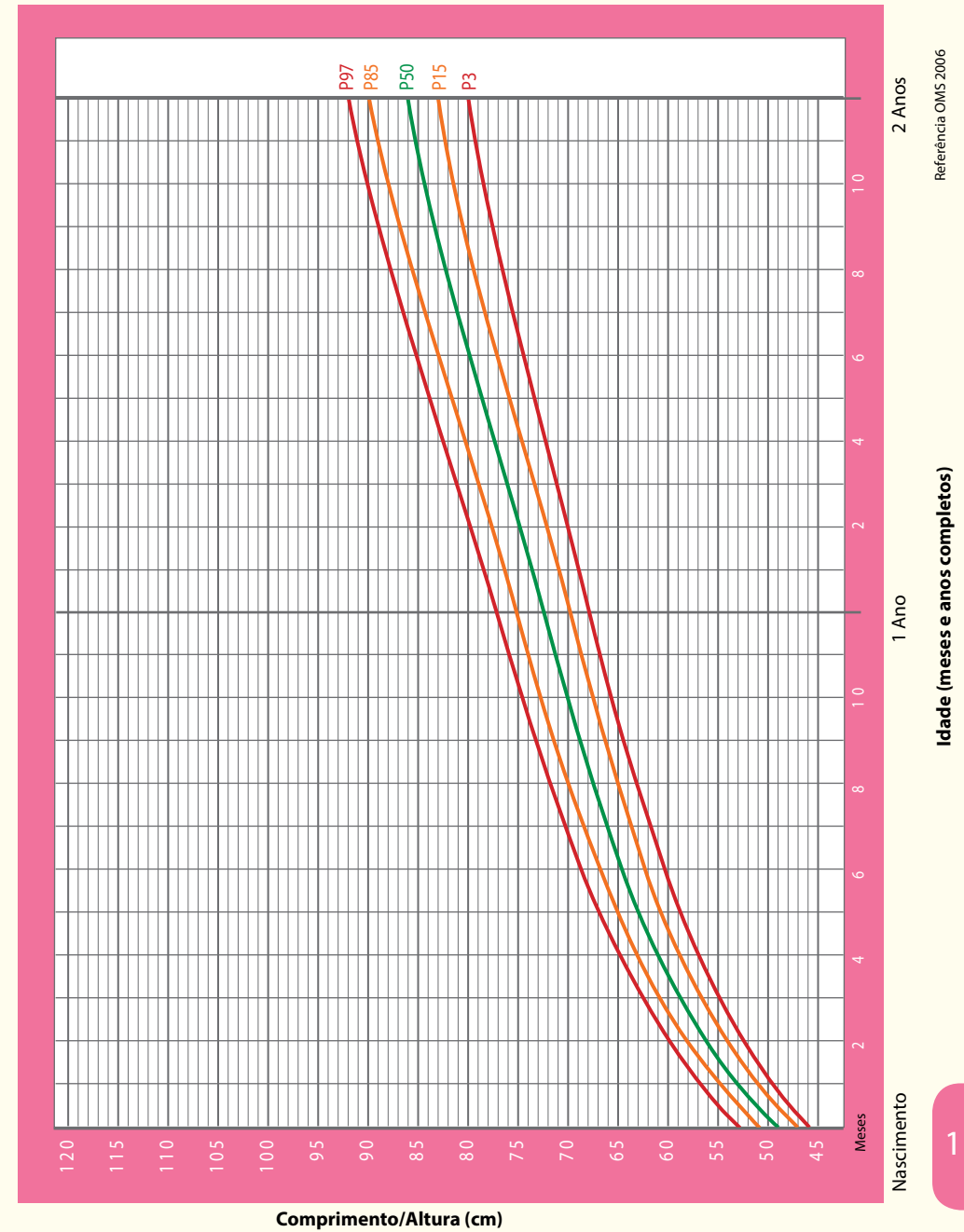
Peso para idade em Meninas 3 a 5 Anos (Percentil)



> Percentil 85: Peso elevado para a idade
 ≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85: Peso adequado para a idade

≥ Percentil 3 e < Percentil 15: Peso baixo para a idade
 < Percentil 3: Peso muito baixo para a idade

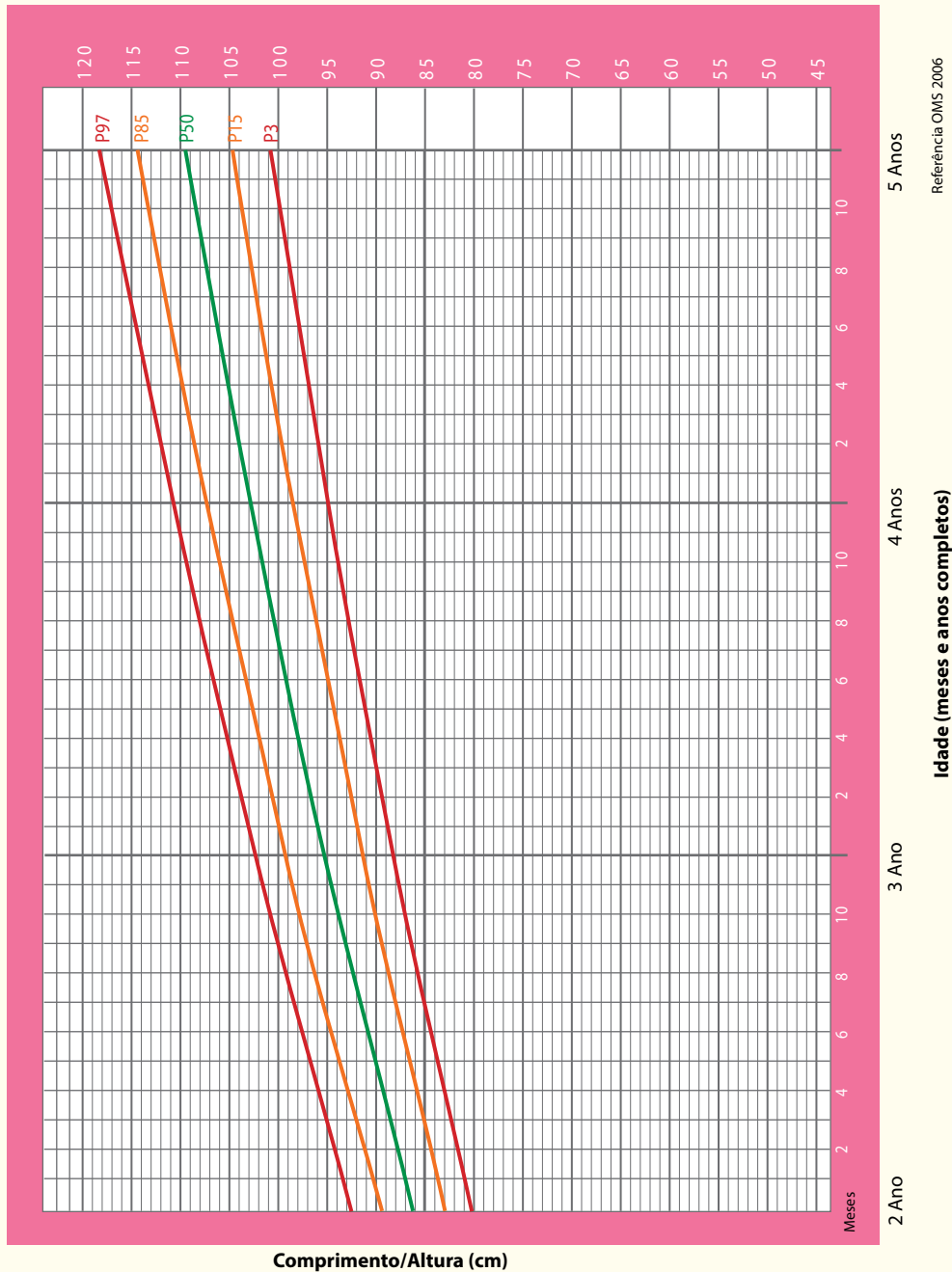
Comprimento para idade em Meninas 0 a 2 Anos (Percentil)



> Percentil 85: comprimento elevado para a idade
 ≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85: comprimento adequado para a idade

≥ Percentil 3 e < Percentil 15: comprimento baixo para a idade
 < Percentil 3: comprimento muito baixo para a idade

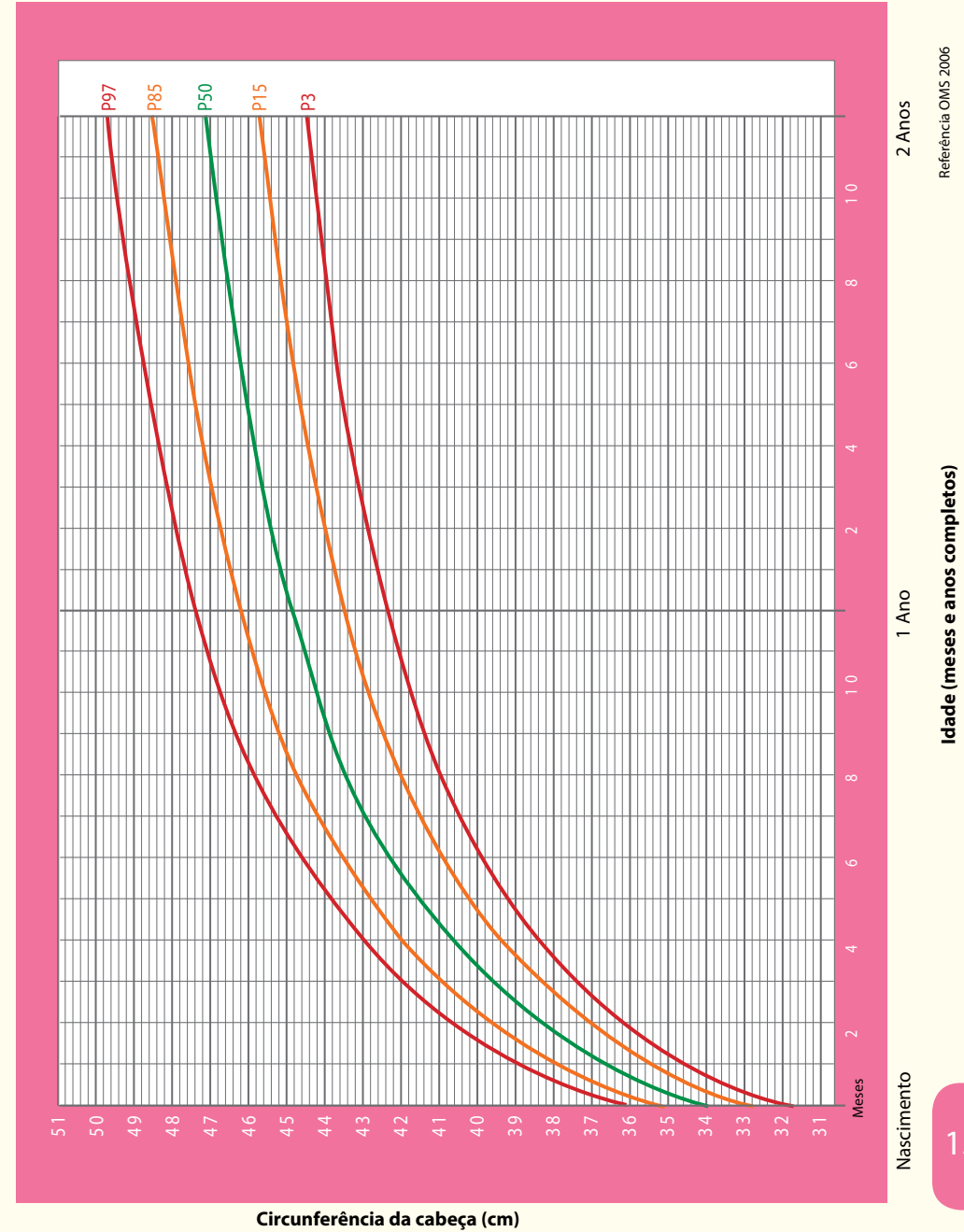
Altura para idade em Meninas 3 a 5 Anos (Percentil)



> Percentil 85: Altura elevado para a idade
 ≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85: Altura adequado para a idade

≥ Percentil 3 e < Percentil 15: Altura baixo para a idade
 < Percentil 3: Altura muito baixo para a idade

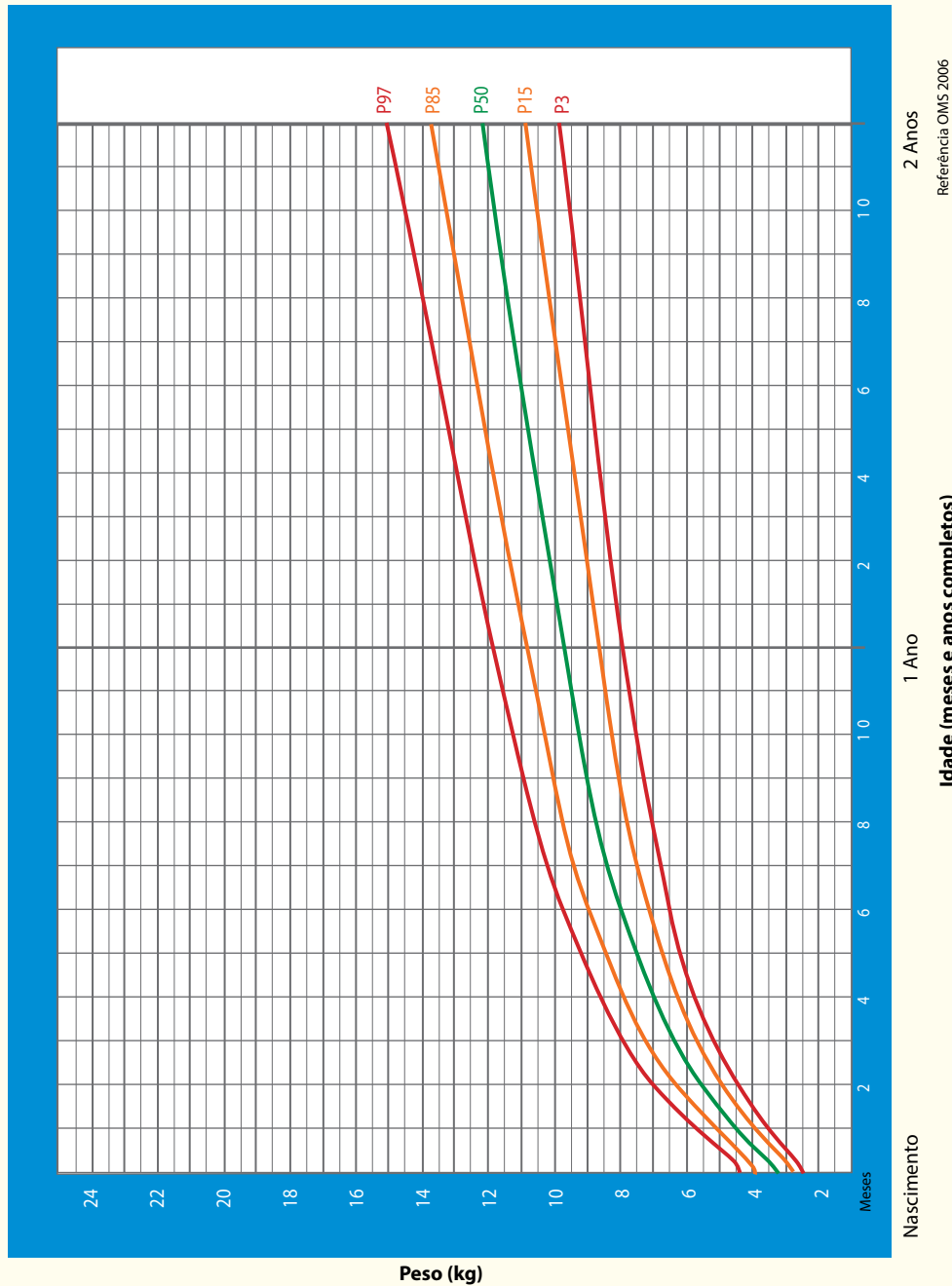
Perímetro cefálico para a idade em Meninas 0-2 Anos (Percentil)



> Percentil 85: P. Cefálico elevado para a idade
 ≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85: P.C adequado para a idade

≥ Percentil 3 e < Percentil 15: P.C baixo para a idade
 < Percentil 3: P.C muito baixo para a idade

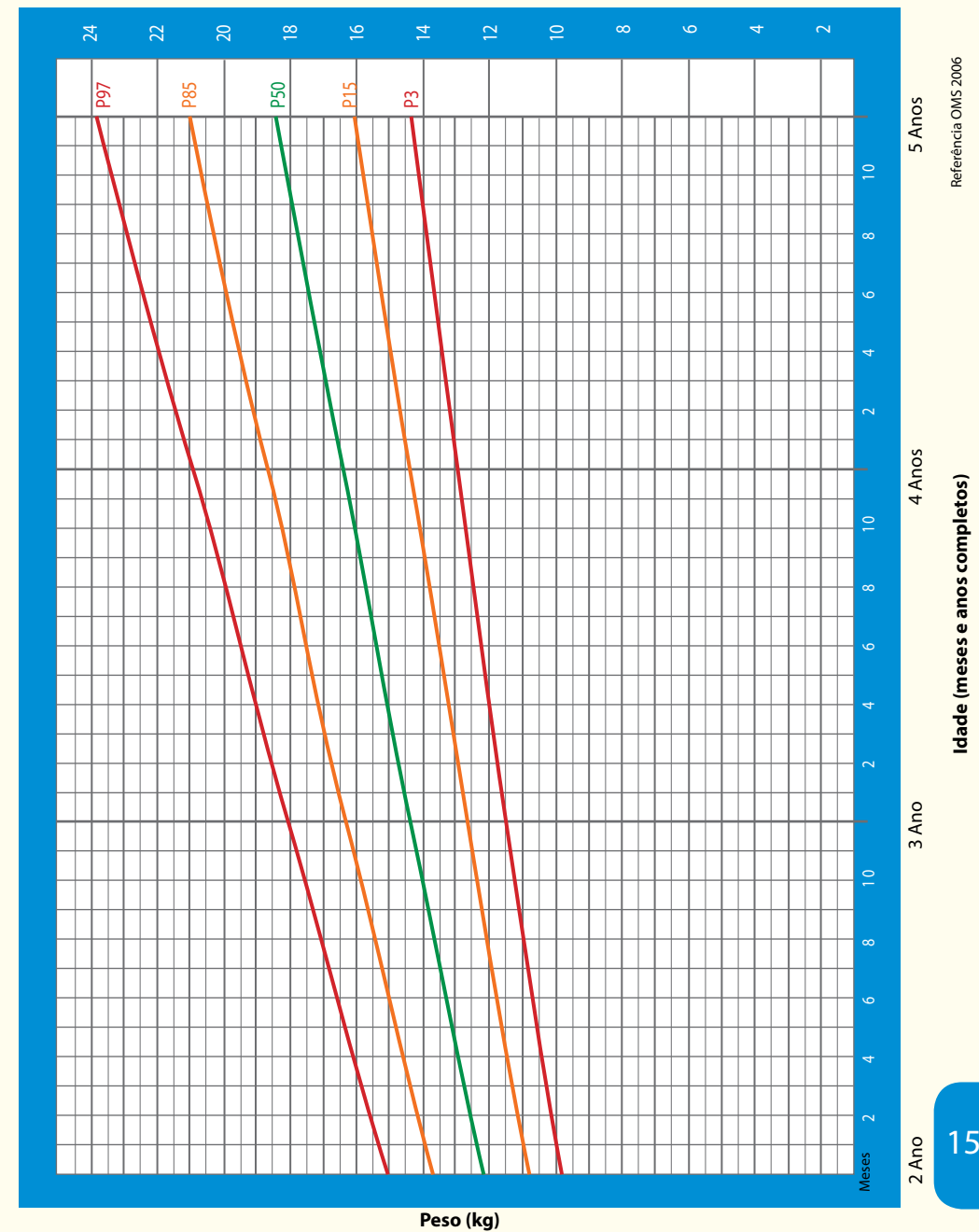
Peso para idade em Meninos 0 a 2 Anos (Percentil)



> Percentil 85: Peso elevado para a idade
 ≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85: Peso adequado para a idade

≥ Percentil 3 e < Percentil 15: Peso baixo para a idade
 < Percentil 3: Peso muito baixo para a idade

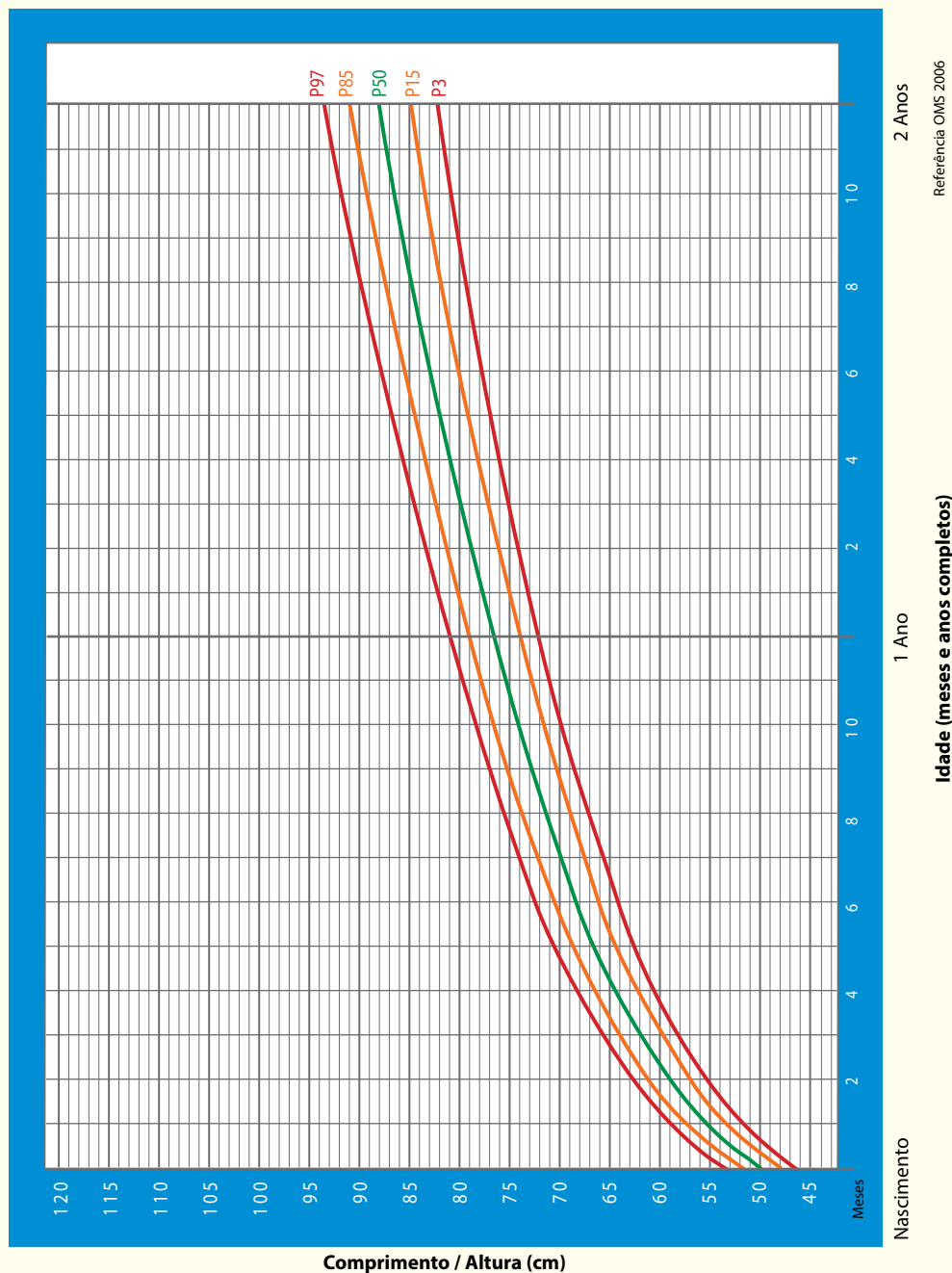
Peso para idade em Meninos 3 a 5 Anos (Percentil)



> Percentil 85: Peso elevado para a idade
 ≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85: Peso adequado para a idade

≥ Percentil 3 e < Percentil 15: Peso baixo para a idade
 < Percentil 3: Peso muito baixo para a idade

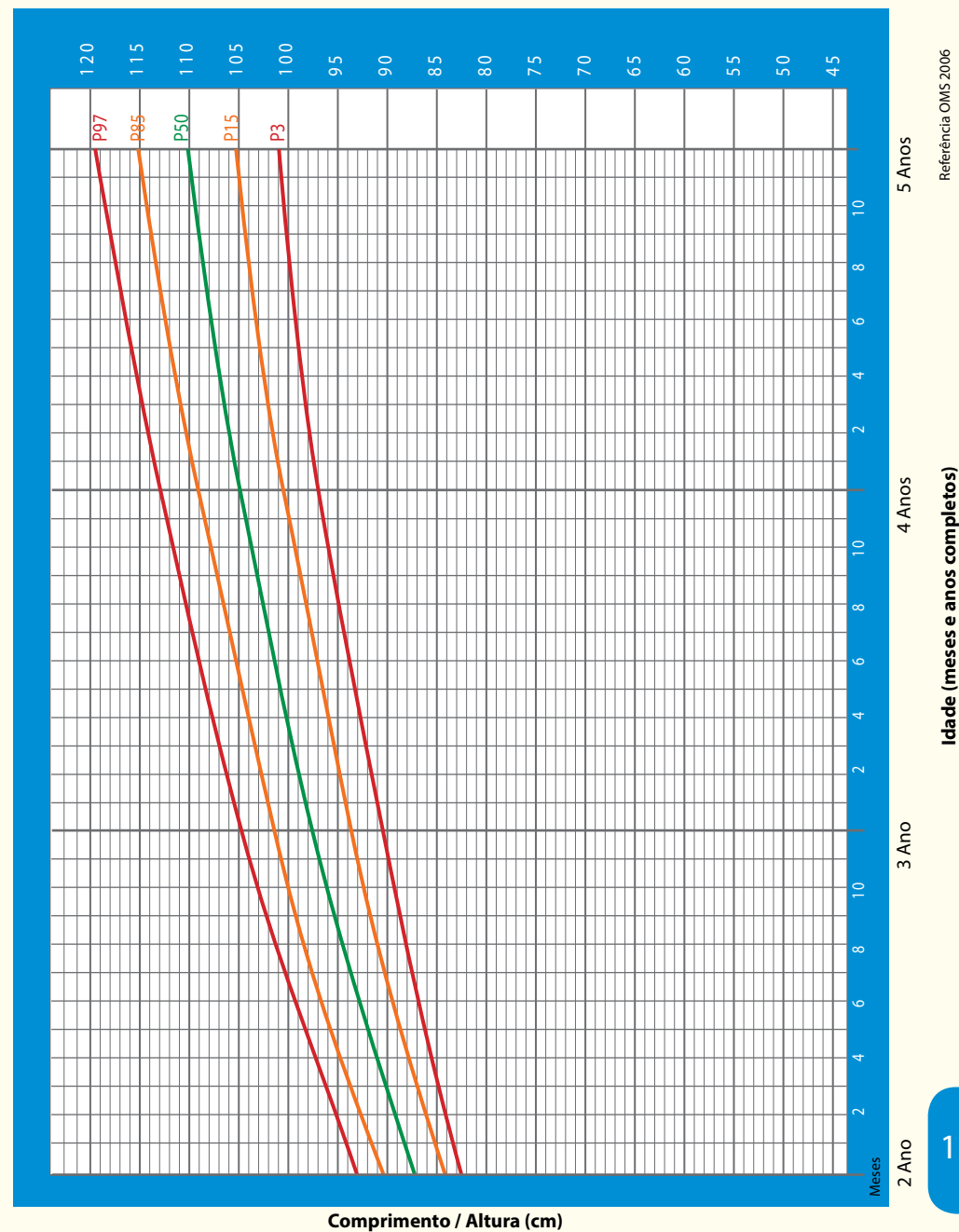
Comprimento para a idade em Meninos 0 a 2 anos (Percentil)



> Percentil 85: comprimento elevado para a idade
 ≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85: comprimento adequado para a idade

≥ Percentil 3 e < Percentil 15: comprimento baixo para a idade
 < Percentil 3: comprimento muito baixo para a idade

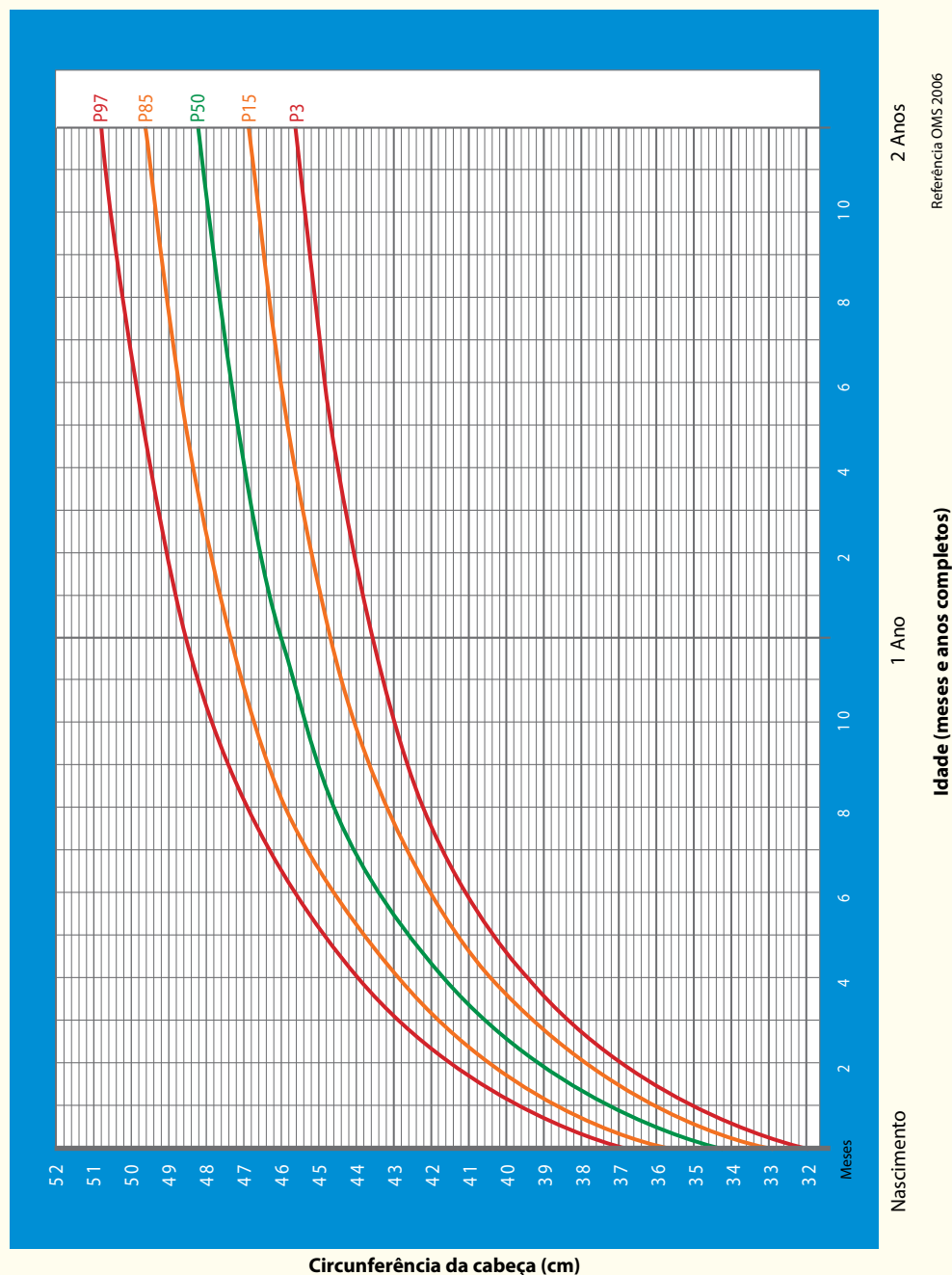
Altura para a idade em Meninos 3 a 5 Anos (Percentil)



> Percentil 85: Altura elevado para a idade
 ≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85: Altura adequado para a idade

≥ Percentil 3 e < Percentil 15: Altura baixo para a idade
 < Percentil 3: Altura muito baixo para a idade

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



2 Anos
Referência OMS 2006

1 Ano
Idade (meses e anos completos)

Nascimento

ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA OS PAIS

Os bebés podem perder até 300g do seu peso nos primeiros dias de vida no processo de adaptação ao meio, recuperando o mesmo até os 15 dias. Caso a perda de peso seja maior e continuada, associada a febre, rejeição da mama, vômito ou diarreia e prostração, precisará de observação médica urgente. **NÃO O MEDIQUE.**

É importante que leve o seu filho para a estrutura de saúde da sua zona, na 1ª semana de vida, para permitir uma avaliação completa, e detecção precoce de possíveis problemas de saúde.

O seguimento do estado nutricional, do desenvolvimento neuro – psico – motor (mental e físico) da criança e o cumprimento do calendário vacinal, deve ser garantido até os 5 anos de idade.

PROTEJA SEU FILHO!

Amamentar exclusivamente (SÓ MAMA) até aos seis meses de idade, é a melhor opção alimentar para o seu bebé. Se tiver algum problema com a amamentação, não desista, os problemas ou preocupações poderão ser resolvidos pelo seu médico, nutricionista ou enfermeiro da estrutura de referência, em qualquer contacto.

AMAMENTAR É AMAR

> Percentil 85: P. Cefálico elevado para a idade
 ≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85: P.C adequado para a idade

≥ Percentil 3 e < Percentil 15: P.C baixo para a idade
 < Percentil 3: P.C muito baixo para a idade

CONSULTAS DE SEGUIMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Data: ____/____/____ Idade: _____ Estrutura: _____
(Assinalar parâmetros examinados)

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe
- Fontanelas, olhos, orelhas, pescoço, etc.
- Tórax (coração) e região dorsal
- Aparelho Respiratório
- Abdómen (umbigo)
- Anca e períneo
(Região Inguinal, Genitais e ânus)
- Pele, membros superiores e inferiores
- Desenvolvimento psicomotor (Reflexos)
- Verificar estado vacinal

TEMAS IEC

- Higiene
- Posição de deitar
- Alimentação (AME)
- Hábitos intestinais e cólicas
- Acidentes e segurança
- Temperatura normal e febre
- Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde
- Vacinação, reacções e complicações

Observações:

Assinatura _____

CONSULTA DO 1º MÊS

Data: ____/____/____ Idade: _____ Estrutura: _____
(Assinalar parâmetros examinados)

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe
- Aparelho Respiratório
- Coração
- Abdómen
- Anca
- Visão
- Audição
- Exame físico completo e temperatura
- Desenvolvimento psicomotor
- Verificar o estado vacinal

TEMAS IEC

- Higiene
- Posição de deitar
- Alimentação (AME)
- Hábitos intestinais e cólicas
- Acidentes e segurança
- Desenvolvimento e temperamento
- Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde
- Vacinação e reacções

Observações:

Assinatura _____

CONSULTA DO 2º MÊS

Data: ____/____/____ Idade: _____ Estrutura: _____

(Assinalar parâmetros examinados)

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe
- Aparelho Respiratório
- Coração
- Abdómen
- Anca
- Visão
- Audição
- Exame físico completo e temperatura
- Desenvolvimento psicomotor
- Verificar o estado vacinal

TEMAS IEC

- Higiene
- Posição de deitar
- Alimentação (AME)
- Hábitos intestinais e cólicas
- Acidentes e segurança
- Desenvolvimento e temperamento
- Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde
- Vacinação e reacções

Observações:

Assinatura _____

CONSULTA DO 4º MÊS

Data: ____/____/____ Idade: _____ Estrutura: _____

(Assinalar parâmetros examinados)

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe
- Aparelho Respiratório
- Coração
- Abdómen
- Visão
- Audição
- Exame físico completo e temperatura
- Desenvolvimento psicomotor
- Verificar o estado vacinal

TEMAS IEC

- Higiene
- Alimentação (AME)
- Acidentes e segurança
- Desenvolvimento e temperamento
- Sintomas e sinais que justificam recorrer aos profissionais de saúde
- Vacinação e reacções

Observações:

Assinatura _____

CONSULTA DO 6º MÊS

Data: ____/____/____ Idade: _____ Estrutura: _____

(Assinalar parâmetros examinados)

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe (dentes)
- Aparelho Respiratório
- Coração
- Abdómen
- Anca
- Visão
- Audição
- Exame físico completo e temperatura
- Desenvolvimento psicomotor
- Verificar o estado vacinal

TEMAS IEC

- Desenvolvimento e temperamento
- Alimentação (Desmame)
- Acidentes e segurança
- Higiene
- Dentição/Flúor
- Vacinação e reacções

Observações:

Assinatura _____

CONSULTA DO 9º MÊS

Data: ____/____/____ Idade: _____ Estrutura: _____

(Assinalar parâmetros examinados)

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe (dentes)
- Aparelho Respiratório
- Coração
- Abdómen
- Anca
- Visão
- Audição
- Exame físico completo e temperatura
- Desenvolvimento psicomotor
- Verificar o estado vacinal

TEMAS IEC

- Desenvolvimento e temperamento
- Alimentação (Erros alimentares)
- Acidentes e segurança
- Higiene
- Dentição/Flúor
- Vacinação e reacções

Observações:

Assinatura _____

CONSULTA DO 12º MÊS

Data: ____/____/____ Idade: _____ Estrutura: _____

(Assinalar parâmetros examinados)

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe (dentes)
- Aparelho Respiratório
- Coração
- Abdómen
- Visão
- Audição
- Exame físico completo e temperatura
- Desenvolvimento psicomotor, linguagem
- Verificar o estado vacinal

TEMAS IEC

- Desenvolvimento da linguagem, temperamento, novas capacidades.
- Alimentação
- Acidentes e segurança
- Higiene pessoal e oral
- Flúor
- Vacinação e reacções

Observações:

Assinatura _____

CONSULTA DO 15º MÊS

Data: ____/____/____ Idade: _____ Estrutura: _____

(Assinalar parâmetros examinados)

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe (dentes)
- Aparelho Respiratório
- Coração
- Abdómen
- Visão
- Audição
- Exame físico completo e temperatura
- Desenvolvimento psicomotor, linguagem
- Verificar o estado vacinal

TEMAS IEC

- Desenvolvimento da linguagem, temperamento, novas capacidades.
- Alimentação
- Acidentes e segurança
- Higiene pessoal e oral
- Flúor
- Vacinação e reacções

Observações:

Assinatura _____

CONSULTA DO 18º MÊS

Data: ___/___/___ Idade: _____ Estrutura: _____

(Assinalar parâmetros examinados)

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe (dentes)
- Aparelho Respiratório
- Coração
- Abdómen
- Visão
- Audição
- Exame físico completo e temperatura
- Desenvolvimento psicomotor, linguagem
- Verificar o estado vacinal

TEMAS IEC

- Desenvolvimento da linguagem, temperamento, novas capacidades.
- Alimentação
- Acidentes e segurança
- Higiene pessoal e oral
- Flúor
- Vacinação e reacções

Observações:

Assinatura _____

CONSULTA DO 24º MÊS

Data: ___/___/___ Idade: _____ Estrutura: _____

(Assinalar parâmetros examinados)

- Peso
- Altura
- Perímetro cefálico
- Orofaringe (dentes)
- Respiratório
- Coração
- Abdómen
- Visão
- Audição
- Exame físico completo e temperatura
- Desenvolvimento psicomotor, linguagem
- Verificar o estado vacinal

TEMAS IEC

- Desenvolvimento da linguagem, temperamento, novas capacidades.
- Alimentação
- Acidentes e segurança
- Higiene pessoal e oral
- Flúor

Observações:

Assinatura _____

VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Para o bebé:

1. É o melhor leite para os bebés menores de 6 meses e deve ser dado sempre que a criança quiser, exclusivamente leite materno, para garantir a sua sobrevivência,
2. Não é necessário dar nenhum tipo de líquidos (água, chá, sumos, outros leites) por que o leite materno contém água e todos os nutrientes necessários (vitaminas, proteína, cálcio, ferro, etc.), essenciais que a criança precisa para o seu desenvolvimento e crescimento saudável.
3. O leite materno está sempre disponível, não custa nada, não precisa ser preparado nem aquecido.
4. O leite possui substâncias que protegem a criança contra doenças infecciosas: a diarreia, infecções respiratórias agudas e ocorrências de alergias.
5. Durante a amamentação criam-se laços de amor e carinho entre mãe e filho.
6. Mãe que trabalha tem direito a 1 hora por dia, para continuar com a amamentação até os 6 meses de idade da criança. Na ausência da mãe pode deixar-se leite extraído para ser dado com copo e colherzinha, previamente aquecido em banho-maria.

Para a mãe:

7. Diminui o sangramento logo após parto, permite melhor recuperação do seu corpo e reduz os riscos de gravidez, quando a amamentação é correcta e frequente (sempre que a criança quiser – no mínimo 8 vezes em 24 horas)
8. Quando é dado só mama, varias vezes ao dia e é aplicada a técnica correcta de amamentação, evita-se o aparecimento de congestão mamária e de abscessos.
9. Reduz os riscos de cancro da mama, do útero e do ovário,
10. É mais prático e económico, não custa nada.

INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS PARA CRIANÇAS COM 6 MESES DE IDADE

1. Dar de mamar à criança ao amanhecer e sempre que ela quiser;
2. Começar a introduzir outros alimentos, um de cada vez por 3 dias seguidos, verificar aceitação e possíveis alergias. Ex. Começar com meia chávena de comida e aumentar a quantidade de acordo com aceitação da criança.
3. No início se a criança cuspir o alimento, não significa que não gosta, deve continuar a insistir noutras ocasiões.
4. Se a criança mama, dar alimentos 3 vezes ao dia. Se não mama, dar alimentos pelo menos 5 vezes por dia (3 refeições principais e entre as refeições dar lanche, no meio da manhã e no meio da tarde).
5. Os alimentos devem ser frescos e variados de acordo com a época do ano. Usar sempre copo, prato e colher. Dar água potável (fervida ou de garrafa) à criança.
6. Usar o sal iodado (meia colher rasa das de café, bem pequena) e as gorduras (1 colher das de sobremesa de óleo, azeite ou manteiga) com moderação, evitar fritos.
7. Garantir a higiene das mãos e dos utensílios de cozinha na preparação dos alimentos. Os restos de comida no prato não devem ser reaproveitados.

Idade em Meses	Alimentos (ainda em adaptação por nutrição)
De 6 a 7M (2 papas de frutas e 1 papa ou puré de comida de panela)	Leite materno ao acordar e sempre que o bebé quiser Lanche de manhã e da tarde – fruta amassada ou raspada (laranja, banana, maçã, papaia) sem adição de açúcar. Almoço – Verduras e legumes amassados (ex: batata, banana verde, inhame, cenoura, abóbora, vagem, couve, espinafre, tomate...), com cereais (farinha de milho, arroz, massa, etc.), leguminosas (lentilha, feijão, grão de bico, ervilha) e alimentos de origem animal (peito de frango, carne, gema de ovo). Não liquidificar nem peneirar os alimentos.
De 7 a 9M (2 de frutas e 2 papa/puré de comida de panela)	Leite materno ao acordar e sempre que o bebé quiser Lanche de manhã e a tarde – fruta amassada ou raspada (laranja, banana, maçã, papaia), sem adição de açúcar, com bolacha tipo “Maria”, papa de farinha de milho ou arroz. Almoço e jantar – Legumes bem amassados com garfo (ex: batata, banana verde, inhame, cenoura, abóbora, vagem, couve, espinafre...), cereais (farinha de milho, arroz, massa, etc.), leguminosas (caldo de cachupa ou de feijão, lentilha, feijão, grão de bico, ervilha) e alimentos de origem animal (peito de frango, carne, fígado, peixe, ovo). Aumentar a consistência dos alimentos, puré grosso.
De 10 a 12M	Leite materno ao acordar e sempre que o bebé quiser Lanche de manhã e a tarde – fruta amassada, cortada ou raspada (laranja, banana, maçã, pera, manga, papaia) sem adição de açúcar. Almoço e jantar – Aumentar gradualmente a quantidade e consistência dos alimentos até chegar à alimentação da família/alimentos cortados em pedaços pequenos ou amassados com garfo. Evitar alimentos gordurosos e muito temperados (caril, picante, caldo Knorr).
12 M – 2 Anos e mais	Alimentação da família de 3 em 3 horas (pequeno almoço, lanche, almoço, lanche, jantar) e leite materno. Introduzir iogurte, leite.

CUIDADOS A TER COM A CRIANÇA

Peso

Controle mensalmente o peso da sua criança.

Diarreia

- *Se amamenta: dar as mamadas mais frequentes e durante mais tempo, de dia e de noite*
- *Em crianças maiores de 6 meses, aumentar os líquidos e dar:*
 - Oralite
 - Água tratada (com lixívia ou fervida) tanto quanto quiser
 - Canja, arroz, banana verde, mandioca, inhame, cenoura, abóbora, fruta-pão. Carnes: peito de frango ou peixe. Todos esses alimentos devem ser bem cozidos.
 - Maçã natural, banana madura, leite ou iogurte natural

Garantir a higiene na manipulação e preparação dos alimentos, fundamentalmente daqueles que se comem cru.

Se a criança apresentar uma das seguintes situações, deve ser levada imediatamente à estrutura de saúde mais próxima:

- Prostração (debilitada, fraca, desfalecida)
- Vômito persistente
- Não mama bem ou não mama
- Não consegue beber
- Febre elevada
- Presença de sangue nas fezes
- Persistência da diarreia por mais de 7 dias