

A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA PUERICULTURA FRENTE A CASOS DE ESCABIOSE

Nursing Care of Childhood Scabies

Wallace Tadeu Ferreira Correia¹, André Flávio Soares Ferreira Rodrigues², Vania Lucia de Souza Mesquita³

RESUMO

Trata-se de um estudo literário, com objetivo de caracterizar e enfatizar a atuação profilática do enfermeiro frente a casos de escabiose, ectoparasitose endêmica benigna, de contágio humano e de outros animais. A escabiose é considerada, a partir de 1970, a principal dermatose observada em inquéritos epidemiológicos, com apresentação universal, ou seja, sem haver distinção de sexo, raça, credo e/ou idade. O profissional de saúde tem como principal objetivo prestar assistência à saúde dos indivíduos por meio da realização de práticas profiláticas, como a puericultura e a educação em saúde, que muito contribuem para a prevenção e promoção da saúde, diagnóstico, avaliação e controle do tratamento de patologias. A puericultura, além de favorecer a educação recíproca entre os envolvidos, é uma técnica terapêutica que auxilia os profissionais na assistência à saúde dos indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Escabiose; Dermatopatias; Cuidados de Enfermagem; Puericultura.

INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem têm como principal objetivo prestar assistência ao indivíduo, à família e à comunidade, por meio de recursos e procedimentos adequados com os quais procuram proporcionar a prevenção e a promoção da saúde.¹ Recursos como a puericultura, que tem seu início datado do século XIX, na França, e se estendeu por outros países, auxiliam os profissionais na assistência à saúde infanto-juvenil, familiar e comunitária.²

O Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA - afirma em seu artigo 4º ser dever da família, da comunidade,

ABSTRACT

This is a literary study, whose objective is to characterize and emphasize the nurse's preventive action towards scabies, a parasitic and endemic disease that can be transmitted by humans and animals. From 1970, scabies has been the main cutaneous condition found in epidemiologic surveys, with a universal presentation, making no distinction of sex, race, creed and/or age. Health professionals must prioritize health care through prophylactic practices involving well-baby care and health education, which greatly contribute to health promotion, disease prevention, diagnosis and assessment and control of illness treatment. Besides favoring the education of all involved, well-baby care is a therapeutic technique that helps the professionals develop the care of the individuals.

KEY WORDS: Scabies; Skin Diseases; Nursing Care; Child Care.

da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária^{3,23}, e, em seu artigo 7º, que a “[...] criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde [...]”.^{3,10}

Cerca de dois terços das comunidades carentes e rurais são afetados por pelo menos uma ectoparasitose, em que se destaca a escabiose, provocada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei* (DeGeer, 1778), popularmente chamada sarna. Por apresentar alta prevalência, a escabiose pode ser agravada, em

¹ Wallace Tadeu Ferreira Correia, graduado em Enfermagem pela Faculdade Estácio de Sá de Juiz de Fora, FES-JF, Brasil. Pós-graduando em MBA em Gestão de Serviços de Saúde, Auditoria e Acreditação pela Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF, Brasil.

² André Flávio Soares Ferreira Rodrigues, doutor em Ciências pela Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, UFRJ. Professor da Universidade Federal de São João Del-Rei, UFSJ, Brasil.

³ Vania Lucia de Souza Mesquita, especialista em Metodologia da Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Juiz de Fora, UFJF, Brasil. Professora da Faculdade Estácio de Sá de Juiz de Fora, MG, FES-JF, Brasil.

alguns casos, pela negligência de profissionais e autoridades de saúde que pouco fazem para criar programas de controle e prevenção desse tipo de ectoparasitose, bem como pelo déficit de informações por parte da comunidade em geral.⁴

A importância do estudo deve-se ao fato de o enfoque principal ser indivíduos na fase infante que, por ainda não possuírem uma consciência da saúde e bem estar social, atribuem a seus pais/responsáveis o papel de cuidadores.

Pretende-se, com o presente estudo, mostrar, por meio de revisão literária, a relação entre a puericultura e a escabiose no Brasil, nas últimas três décadas, e caracterizar a abordagem dos profissionais de saúde frente a tal casuística, durante a realização da puericultura.

ESCABIOSE NO BRASIL: UM BREVE HISTÓRICO

Doença contagiosa humana e de outros animais, a escabiose é uma ectoparasitose endêmica, contagiosa e benigna que, por muitos séculos, foi considerada uma das dermatoses mais frequentes em seres humanos. Seu grande surto ocorreu no decorrer da Segunda Guerra Mundial, estendendo-se pelos anos subsequentes, quando cada caso novo passou a ser notificado formalmente.^{5,6}

A partir de 1970, passou a ser considerada a principal dermatose observada nos inquéritos epidemiológicos realizados, em que a mesma apresentou uma ocorrência universal, ou seja, não há distinção de sexo, classe social, raça, credo e/ou faixa etária, o que acarreta riscos para toda a comunidade devido a sua rápida disseminação e por ocasionar, no hospedeiro, uma sensibilização alérgica, culminando com uma rejeição social, haja vista sua ligação com hábitos higiênicos individuais e coletivos.⁶⁻¹¹

O Brasil passou por três grandes epidemias de sarna sarcóptica no decorrer do século XX, com intervalo aproximado de 30 anos entre elas. A primeira entre os anos de 1900 e 1910, seguida de outra ocorrida no período de 1935 a 1940, período esse em que se registrou o controle da escabiose. Já entre 1940 e 1970, pouco se relatou sobre a mesma. Entretanto, a partir desta data, registrou-se a pior epidemia de sarna já vista em todo o território nacional, vindo a ser controlada apenas em meados de 1977.¹²

Em 1948, dos 2385 casos registrados, a escabiose era a terceira dermatose mais registrada (12,1%), atrás de piodermite (19%) e eczema (15,9%), passando, na década seguinte, com 1958 casos registrados, a ocupar o 6º lugar (0,48%) e, em 1968, com 1738 casos registrados, essa zooparasitose ocupava o 4º lugar (8,86%). Nos anos 70, registrou-se um índice elevado de indivíduos acometidos por tal ectoparasitose que, com a descoberta de novos medicamentos e

com a higiene aprimorada, a mesma veio a ser considerada rara na sociedade, de modo geral.^{6,10,12,13,14}

Paradoxalmente, a partir da mesma época, houve um aumento considerável de indivíduos com quadros típicos de escabiose, justificado pelo crescimento da população, acarretando, assim, o aparecimento de fatores importantes no ciclo da transmissibilidade da mesma em várias situações, tais como: ambientes coletivos, superlotação em domicílios e cárceres, e a utilização de pertences íntimos. A existência e o acometimento desta zooparasitose podem ser exemplificados em casos isolados por todo o território nacional, como no ano de 1994, em áreas indígenas no estado do Mato Grosso, onde se constatou um aumento abrupto nos casos de sarna em toda a população das aldeias e, em 2001, nas comunidades de classe média baixa de Fortaleza, região nordeste do Brasil, onde se registrou a prevalência de 8,8% de casos registrados.^{10,12-14}

O PARASITO E A PARASITOSE

Com características definidoras, os ácaros do Gênero *Sarcoptes* que, ao se separarem da epiderme do hospedeiro, morrem rapidamente, possuem cutículas delgadas sem estigmas respiratórias, quelíceras em geral na forma de tesoura, com fortes quelos (palpos simples). A espécie *S. scabiei* pertence à família Sarcoptidae, uma das famílias de ácaros mais importantes, do ponto de vista da saúde.^{13,15,16}

Os machos normalmente apresentam ventosas pediculadas nos dois pares de pernas dianteiras. Enquanto, nas fêmeas, os dois pares traseiros são providos de cerdas longas, no macho, apenas o terceiro par as possui, sendo substituídas por ventosas do último par e copuladoras. Apresentam um corpo globoso, medindo cerca de 400 µm de comprimento por 300 µm de largura, frequentemente interrompidas por áreas com cerdas finas e flexíveis, espinhos curtos e robustos e escamas de forma triangular. Os machos possuem um par de testículos lobados, situados na região média de seu corpo. As fêmeas possuem, na maioria dos casos, somente um ovário de tamanho variável que, por meio de um oviduto, se comunica com o orifício genital.^{13,17,18}

Não há indícios da existência de outras espécies de ácaros transmissores da escabiose que afetam os seres humanos além do *S. scabiei* var *hominis*. Sendo assim, no caso de ocorrerem infestações em animais, o ácaro será classificado de acordo com o hospedeiro ao qual se adaptou, ou seja, o *S. scabiei* poderá ter outras variações, além da *hominis*, como, por exemplo, a variação *canis* e *suis* que infestam, respectivamente, os cães e os suínos. Desta forma, quando

uma das variações infestarem um hospedeiro diferente, o mesmo ficará parasitado por um determinado período de tempo relativamente curto, chamado de cura espontânea, se comparado com o período do hospedeiro natural. Neste último caso, em que a infestação se estabelece por período prolongado é necessária a intervenção (tratamento e controle da parasitose).¹³

O acometimento pelo hospedeiro ocorre através da perfuração de túneis (galerias), da espessura da pele, na epiderme, pelo ácaro e associado à presença das fêmeas que, uma vez copuladas, realizam a desova (3 a 4 ovos por dia). A perfuração da epiderme, associada aos produtos do metabolismo do ácaro e às ações de sua saliva, acarreta um prurido intenso, mais irritante e evidente à noite quando o hospedeiro está aquecido e, conseqüentemente, ocorre o aumento de perfurações na epiderme de forma a causar lesões cutâneas do tipo eczematosa aguda, caracterizada por pápulas e escoriações mais frequentes nas regiões corpóreas interdigitais, mãos, punhos, genitálias externas, seios, costas e membros inferiores. A sintomatologia consiste em prurido intenso e lesões na derme, observada cerca de um mês após a primeira infestação e em até 24 horas nos casos de reinfestações.^{13,15,17,19,20}

Acredita-se que fatores como o aumento considerável de habitantes, as modificações dos hábitos e costumes, crises sociais acentuadas, resistência do parasito a medicamentos tradicionais, desinformação da população quanto à prática correta de higienização, condições socioeconômicas precárias, déficits nos diagnósticos e o ato de compartilhar vestimentas íntimas sejam as principais causas da alta frequência desta zoonose, tanto no Brasil quanto em toda América Latina.²¹

Com o aumento do prurido, o ato de coçar é intensificado levando a lesões secundárias que podem ser agravadas por bactérias dos gêneros *Staphilococos* e *Streptococos*. Tais lesões na derme dos hospedeiros podem ocasionar quadros de urticárias em algumas crianças e, em pacientes imunocomprometidos, o desenvolvimento de dermatites generalizadas. Tais quadros são resultados de uma hipersensibilidade do indivíduo às substâncias excretadas pelo parasito, o que ocasiona uma manifestação exuberante da sintomatologia, favorecendo assim o diagnóstico clínico.^{7,8,13,14,22,23}

O PAPEL DA ENFERMAGEM NA PUERICULTURA FRENTE À ESCABIOSE

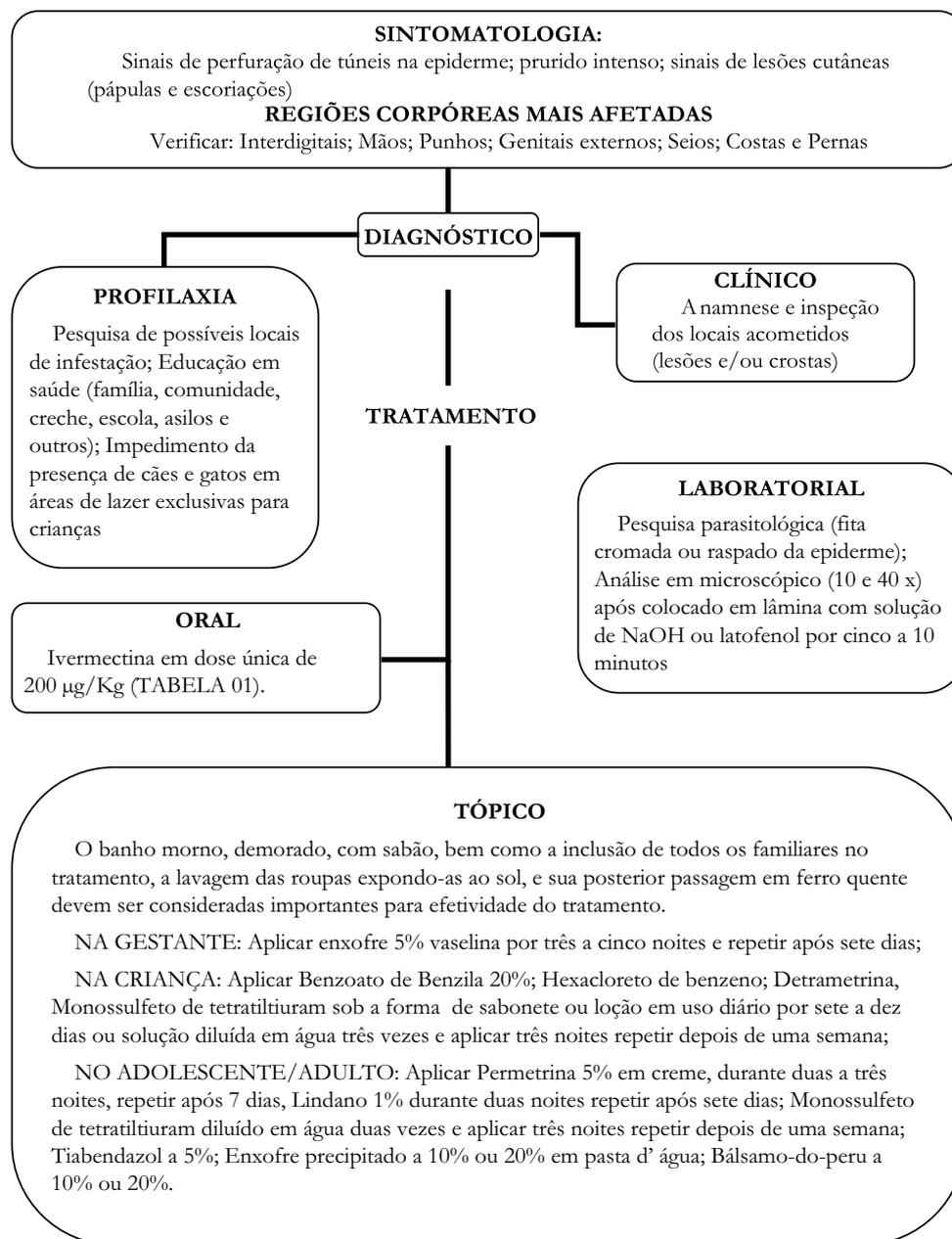
Com etimologia latina e de significação ampla (“puer” criança; “cultus” criação ou cuidados dispensados a alguém), Puericultura, termo surgido em 1752, oriundo de um tratado

do pesquisador suíço Jacques Ballesterd, é definida como um conjunto de regras e noções que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, psíquico e social da criança.²⁴⁻²⁷

No Brasil, a puericultura teve influência da Europa Ocidental, ao serem criadas, no início do ano de 1920, leis que protegiam mães e crianças. Leis como a regulamentação do trabalho infantil, de gestantes e puérperas nas fábricas, fiscalização das creches e serviços de amas-de-leite. Tais ocorrências se deram pela gravidade da mortalidade infantil, reconhecida politicamente em 1893, nos países ocidentais, onde foram empreendidos esforços para a elevação do nível de saúde da criança, implantando-se programas de assistência à saúde, nos quais se destacou o bem-estar (do ponto de vista social) com a atuação de pessoal qualificado na área materno-infantil por meio de visitas proporcionadas por um médico clínico geral, realização de exames preventivos e orientações aos pais/responsáveis e à comunidade.²⁶⁻²⁸

Tal técnica terapêutica é considerada essencial para auxiliar os profissionais de saúde no cuidar de crianças com diferentes distúrbios do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor. A mesma se apresenta como eixo central do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança do Ministério da Saúde (PAISC-MS), que preconiza um calendário mínimo para a realização de consultas de puericultura a serem realizadas durante os cinco primeiros anos de vida da criança, ou seja, a puericultura deverá ocorrer quando a criança completar as seguintes idades: um mês, dois meses, quatro meses, seis meses, nove meses, um ano, um ano e quatro meses, um ano e seis meses, dois anos, três anos, quatro anos e cinco anos. O mesmo poderá ter sua periodicidade alterada de acordo com a necessidade e/ou em caso de situações especiais como: crianças de até seis meses de idade que tenham nascido com peso inferior a 2.500 gramas e/ou tenham sido, de forma prematura, desmamadas e aquelas que apresentem déficit do crescimento/desenvolvimento. Com isso, a puericultura deve ser vista como um conhecimento prático da promoção/prevenção da saúde/doença, além de favorecer a educação recíproca entre criança, família e profissional da saúde.^{29,30}

Sigand *et al.*³⁰ afirmam que a enfermagem, na saúde pública, por possuir uma posição frente à comunidade, de profissão educadora e assistencial à saúde, compartilha, com a criança e a família, informações e conhecimentos acerca da situação de saúde na qual aquela criança se encontra, por meio de dados objetivos, previamente coletados e interpretados. As orientações abrangem diversas áreas como nutrição, higiene e limpeza, brincadeira/estimulação, imunização, comunicação social e o próprio relacionamento entre criança, família e comunidade.^{2, 31:100}

Figura 1: Fluxograma do Diagnóstico e Tratamento da Escabiose

Fonte: LARSSON, 1978; BRASIL, 2004; BUENO, 2005; NEVES, 2005; SCHMITZ, 2005; CASTRO e SHIMAZAKI, 2006; GARCIA *et al.* 2008

Tabela 01: Apresentação e administração de Ivermectina (comprimido/kg).

PESO	QUANTIDADE DE COMPRIMIDO
15 a 24 kg	1/2 comprimido
25 a 35 kg	1 comprimido
36 a 50 kg	1 e 1/2 comprimido
51 a 65 kg	2 comprimidos
65 a 79 kg	2 e 1/2 comprimidos
80 kg (ou mais)	3 comprimidos

Fonte: BRASIL, 2004; CASTRO e SHIMAZAKI, 2006

Atualmente, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), com a presença atuante do profissional enfermeiro, é utilizada como auxílio à atenção básica, tratando-se assim de uma “estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de favorecer o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados [...]”^{32:740}

De forma a auxiliar aos profissionais de saúde na realização da puericultura, foram criados, pelo Ministério da Saúde, programas como o de Atenção Integrada às Doenças

Prevalentes na Infância (AIDPI), que tem como objetivos contribuir para a redução da morbidade e mortalidade associada às principais causas de doenças na infância, introduzir medidas de promoção/prevenção de saúde/doença na rotina dos atendimentos e acompanhar o crescimento/desenvolvimento das crianças, a fim de favorecer o diagnóstico precoce de patologias.³²

O diagnóstico da escabiose pode ser confirmado utilizando-se dois instrumentos, um clínico e outro laboratorial. O primeiro se dá por meio de anamnese e inspeção dos locais acometidos, procurando por lesões e/ou crostas; e o segundo, por meio de pesquisa parasitológica, em que é utilizada fita cromada ou raspado profundo da epiderme (limite entre a crosta e a pele sã), de forma que o material, assim que colhido é aplicado em uma lâmina de vidro com gotas de NaOH (Hidróxido de Sódio) ou Lactofenol, para clarificar, e deixado em repouso por cerca de cinco a dez minutos, antes de ser analisado em microscópio fotônico.^{7,8,13,19,33}

No tratamento da escabiose, recomenda-se submeter o indivíduo a um banho morno, demorado, com sabão, para amolecer e retirar as crostas e, em seguida, aplicar medicamentos tópicos. Outra possibilidade é o uso de medicamento por via oral, como a Ivermectina (tabela 01), que tem sido eficaz inclusive em paciente imunodeprimidos, além de adultos e crianças, acima de cinco anos, por meio de uma dose única de 200 µg/Kg devendo ser repetida após uma semana (Figura 1 e Tabela 1). O uso da ivermectina, entretanto deve ser evitado durante a gestação, pois sua segurança ainda não está estabelecida, assim como sua eficiência em crianças menores de 15 Kg ou cinco anos de idade. Concomitante ao tratamento com escabicidas, sugere-se, também, a utilização de anti-histamínicos sedantes, para alívio do prurido e, nos casos de infecção secundária, utilizar antibioticoterapia sistêmica. Vale ressaltar que a prescrição de medicamentos pelos profissionais de enfermagem deve estar pautada por protocolo municipal ou federal, que autoriza tais profissionais a realizarem tal prática.^{7,8,13,19,33}

Atualmente, pesquisas com drogas injetáveis vêm sendo realizadas com o objetivo de aprimorar o tratamento da escabiose. Em maio de 1996, iniciou-se uma pesquisa com Ivermectina injetável por via subcutânea (300 µg/Kg), durante quatro semanas consecutivas, em suínos, em que se constatou que as lesões cutâneas começaram a se reduzir a partir do 7º dia de tratamento até sua ausência, no 14º dia. Contudo outros estudos com o uso da Ivermectina injetável no tratamento de humanos são ainda necessários.³⁵

Além do tratamento farmacológico e dos procedimentos terapêuticos, os profissionais de saúde podem e devem atuar de diversas maneiras: realizando e participando de

grupos educativos; prestando orientações individuais e coletivas; organizando o processo de trabalho, acolhimento, discussão; elaborando projetos terapêuticos (prevenção e tratamento de agravos à saúde); desenvolvendo a sistematização da assistência à saúde ao longo do ciclo vital; participando da adequação de projetos dentro da realidade do território; buscando promover espaços coletivos de troca de experiências; promovendo atividades de vigilância à saúde (epidemiológica, ambiental e sanitária); reconhecendo o território de atuação (áreas de risco, lideranças, equipamentos etc), onde são tratadas medidas profiláticas para com diversas patologias, em especial, as dermatoses.³⁶

No tratamento contra a sarna, os profissionais da saúde devem incluir os familiares dos acometidos, haja vista a transmissibilidade facilitada, além de orientá-los a lavar e passar a ferro quente as roupas de cama e íntima de todos os indivíduos acometidos, a realizar a higienização da residência com pano úmido bem como a aplicar aspirador de pó e a incinerar a poeira retirada.^{7,13}

Associado ao tratamento medicamentoso, o profissional de saúde, em suas práticas diárias, possui uma atuação essencial na prevenção/promoção da saúde contribuindo para a profilaxia de patologias, em que todos os tópicos acima descritos poderão e deverão ser tratados e discutidos, além de enfatizar a necessidade da higienização individual e coletiva, além da efetividade da realização do tratamento em toda a família, comunidade e escolas, incluindo a implantação de saneamento básico.³⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados, é possível perceber o quanto os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, são responsáveis por práticas de assistência à saúde e o quanto seu papel é importante para que possa exercer, com qualidade e eficiência, a prevenção de patologias, como a escabiose.

De todas as práticas realizadas pela enfermagem, destacam-se a puericultura e a educação em saúde, nas quais as informações deverão ser transmitidas de forma clara, objetiva e concisa a fim de poder favorecer o diagnóstico, tratamento, prevenção e controle de patologias.

Concomitantemente à realização das práticas terapêuticas, a comunidade também exerce função primordial tanto no diagnóstico quanto no tratamento e prevenção dos agravos. Portanto, é imprescindível que todos os indivíduos se conscientizem de que a escabiose é uma parasitose humana grave, ocasionada por um déficit da higienização pessoal, familiar, da comunidade e do saneamento básico, sendo

de suma importância a participação de todos os indivíduos envolvidos no tratamento.

REFERÊNCIAS

1. Lima IL, Matão MEL, coordenador. Manual do técnico e auxiliar de enfermagem. 8ª ed. Goiânia: AB; 2007.
2. Monteiro AI, Ferriani MGC. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. *Rev Latino-am Enferm*. 2000 jan; 8(1):99-106.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 1990
4. Heukelbach J, Oliveira FAZ, Feldmeir H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. *Cad Saúde Pública*. 2003 set/out; 19(5):1535-40.
5. Lofredo SM, Oliveira CB, Rodrigues D, Pereira IMTB, Maeda SM. Investigação e Controle de Epidemia de Escabiose: Uma Experiência Educativa em Aldeia Indígena. *Saúde Soc*. 2001; 10(1):65-86.
6. Magnabosco EM, Prado AD. Fatores epidemiológicos de risco associados à escabiose. *An Bras Dermatol*. 1998 maio/jun; 73(3):239-43.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 4ª ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2004.
8. Castro AJR, Shimazaki ME. Protocolos clínicos para Unidades Básicas de Saúde. Belo Horizonte-MG: Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais; 2006. Coleção Saúde Pública
9. Cazorla DJ, Riz AC, Acosta ME. Tratamiento tópico de la escabiose com azufre precipitado em petrolato, en escolares de coro, estado falcón, venezuela. *Rev Parasitol Latinoam*. 2006; 61:74-81.
10. Kovacs FT, Brito MFM. Percepção da doença e automedicação em pacientes com escabiose. *An Bras Dermatol*. 2006; 81(4):335-40.
11. Zaits C, Proença NG, Ferreira AM, Arms VL. Estatísticas do ambulatório de dermatologia da Santa Casa de São Paulo (1977). *An Bras Dermatol*. 1979; 54:311-24.
12. Proença NG. Escabiose, a sarna humana: de volta? *Jornal de Campos do Jordão*. Ago.2007. [Citado em 2007 jul. 15]. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/jornaldecampos/734/nelson.htm>.
13. Neves DP, Melo AL, Linardi PM, Vitor RWA. Parasitose humana. 11ª ed. São Paulo: Atheneu; 2005. p.423-7.
14. Passaro CM. Pesquisa do *Sarcoptes scabiei* no hiponíquio de paciente com escabiose clássica [dissertação]. São Paulo: Departamento de Dermatologia da Escola Paulista de Medicina; 1991.
15. Marcondes CB. Entomologia médica e veterinária. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 289-304.
16. Suárez de la Torre R. Consideraciones generales sobre la escabiosis. *Rev Méd IMSS*. 1982; 20(6):681-2.
17. Pires JF, Cohen S, Matsuka LK, Matsunaga N, Paschoal LHC. Apresentação de um caso de Sarna Norueguesa e estudo icnográfico do *Sarcoptes Scabiei*. *An Bras Dermatol*. 1978; 53:451-7.
18. Ruppert EE, Barnes RD. Zoologia dos invertebrados. 6ª ed. São Paulo: Roca; 1996.
19. Larsson MHM. Evidências epidemiológicas da ocorrência de Escabiose, em Humanos, causada pelo *Sarcoptes Scabiei* (DeGeer, 1978) var *canis* (Bourguignon, 1853). *Rev Saúde Pública*. 1978; 12: 333-9.
20. Pierezan CC, Vettorato G, Schawartz J, Gervini RL. Escabiose verrucosa em paciente transplantado renal. *An Bras Dermatol*. 2000 jan/fev; 75(1):31-4.
21. Alvarez RR, Campbell I, Firedman H, Bertoli ML, Gama GBMN, Diaz LA. Dermatoses entre os Xavante da Área Indígena Pimentel Barbosa, Mato Grosso (Brasil). *Cad Saúde Pública*. 1991 out/dez; 7(4):581-84.22.
22. Pessoa SB. Parasitologia médica. 9ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1974.
23. Sampaio SA. Dermatologia básica. São Paulo: Artes Médica; 1974.
24. Bonilha LR, Rivorêdo CR. Puericultura: duas concepções distintas. *J Pediatr (Rio J)* 2005; 81:7-13.

25. Bueno S. Minidicionário da língua portuguesa. São Paulo: FTD; 1996.
26. Garcia BL, Machado CM, Fernandes JM, Mirapalhe IMC, Burille A, Quadros LCM. Avaliação do Programa de Puericultura em uma Unidade Básica de Saúde no Município de Pelotas/RS. In: Conhecimento sem fronteiras XVII Congresso de Iniciação Científica e X Encontro de Pós-Graduação. Pelotas-RS. 2008
27. Rocha SMM. Puericultura e enfermagem. São Paulo: Cortez; 1987.
28. Rosen G. Uma história da saúde pública. São Paulo: Unesp/Hucitec/Abrasco; 1994.
29. Collet N, Oliveira BRG. Manual de enfermagem pediátrica. Goiânia: AB; 2002.
30. Sigand CHS, Veríssimo MLOR, organizadores. Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo: Pedagógica e Universitária; 1996. p.137-62.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1997.
32. Del Ciampo LA, Ricco RG, Daneluzzi JC, Del Ciampo IRL, Ferraz IS, Almeida CAN. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3):739-43.
33. Bueno S. Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF).2005/06. 34º ed. Rio de Janeiro: Publicações Científicas; 2005. p.167, 413, 510
34. Schmitz EM. A Enfermagem em puericultura. São Paulo: Atheneu; 2005.
35. Pereira MC, Kohek Junior J. The efficacy of injectable Ivermectin for the control f sarcoptic mange in pigs. Rev Bras Parasitol Vet. 1998; 7(1):53-6.
36. Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual da criança. Campinas-SP: SMS; 1996.

Submissão: março de 2009

Aprovação: agosto de 2009
