

 UFSC Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina	Procedimento Operacional Padrão (POP) <u>Divisão de Nutrição e Dietética</u>	POP nº 01 - DND/HU	
	Atendimento de Nutrição nas Unidades de Internação – Criança/adolescente	Versão 01	Próxima revisão:
Elaborado por: Daniela Felício e Beatriz Beltrão		Data da criação: Agosto/2015	
Revisado por: Daniela Felício e Alessandra Erdmann		Data da revisão: Setembro/2015	
Aprovado por: Gisele Maria Backes Gomes		Data da aprovação: Setembro/2015	
Local de guarda do documento: Divisão de Nutrição e Dietética do HU/UFSC			
Responsável pelo POP e pela atualização: Daniela Felício			
Objetivo: Descrever as atividades realizadas diariamente pelas nutricionistas clínicas do HU/UFSC no atendimento de crianças e adolescentes internados na Pediatria do HU/UFSC			
Setor: Enfermaria Pediátrica do HU/UFSC		Agente: nutricionistas	
<u>ETAPAS DO PROCESSO:</u>			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Atualizar o mapa de dietas de acordo com o censo diário dos pacientes internados. 2. Conferir a lista de pacientes em jejum para exames e/ou centro cirúrgico. 3. Verificar no prontuário, o diagnóstico médico, bem como comorbidades de cada paciente e a dieta prescrita. 4. Repassar as alterações do mapa de dietas para a copeira do plantão. 5. Supervisionar a distribuição dos alimentos nos horários das refeições. 6. Supervisionar e orientar as copeiras sobre as condutas relativas à: isolamento respiratório, isolamento de contato e isolamento protetor. Além de horário das refeições de acordo com o esquema de aferição da glicemia capilar. 7. Conversar com a enfermeira responsável pela unidade sobre as intercorrências relacionadas à Nutrição relatadas nas passagens de plantão dos demais turnos. 8. Discutir o caso dos pacientes com a equipe multiprofissional. 9. Realizar visita aos pacientes diariamente, afim de obter informações sobre eliminações, aceitação da dieta hospitalar e adequação da mesma de acordo com as preferências e/ou intolerâncias alimentares 			

individuais.

10. Observar, durante a visita, intercorrências nos pacientes em uso de de dieta enteral (distensão abdominal, náusea, vômito, diarreia, constipação, obstrução ou retirada da sonda, jejum para exames e/ou cirurgias, alteração física da fórmula usada e etc).
11. Conferir o horário e velocidade de infusão das dietas enterais. Verificar se há indicação e aceitação dos suplementos nutricionais orais prescritos.
12. Verificar também, durante a visita, se há alimentos e/ou bebidas nos quartos e orientar os pacientes e/ou acompanhantes com relação à restrição da entrada de alimentos e bebidas no hospital, devido ao alto risco de contaminação.
13. Informar o Lactário a respeito das alterações necessárias na prescrição de mamadeiras, sondas e suplementos.
14. Aplicar a anamnese nutricional de acordo com o roteiro elaborado (ANAMNESE NUTRIÇÃO/PEDIATRIA- ANEXO 1), afim de coletar algumas informações relevantes sobre a história pessoal e alimentar do paciente. Se não for possível a aplicação da anamnese, registrar a primeira avaliação na forma de SOAP³.
15. Calcular as necessidades nutricionais do paciente conforme as recomendações para cada patologia (consultar literatura específica).
16. Checar os resultados de exames laboratoriais relacionados à avaliação do estado nutricional (ver Manual de Condutas Dietoterápicas na Prática Clínica).
17. Acompanhar a evolução dos pacientes, através de notas de evolução na forma de SOAPS³ semanalmente ou quando necessário (ANEXO 2).
18. A avaliação nutricional dos pacientes internados ou atendidos em ambulatório deve seguir o Manual de Avaliação Nutricional de Crianças e Adolescentes (ANEXO 3).
19. Anexar avaliações e evoluções dos pacientes no prontuário.
20. Orientar os pacientes para alta hospitalar, conforme orientações-padrão do HU ou individualizadas de acordo com a necessidade de cada paciente (ver Manual de Orientações Nutricionais para Alta Hospitalar – ANEXO 4).
21. Atualizar o Mapa de Dietas no Sistema de Administração Hospitalar, conforme as mudanças diárias.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR POLYDORO ERNANI DE SÃO
THIAGO
DIVISÃO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA
NUTRITIONAL RISK SCREENING (NRS 2002)

ANEXO 1

ANAMNESE NUTRIÇÃO/PEDIATRIA

Data da coleta:

Nome:

Data de nasc.:

Idade:

Sexo: () Masculino () Feminino

Cuidada por:

Escola: () matutino () vespertino () noturno Série:

Habitação

Própria: () sim () não Luz () sim () não Água () sim () não Esgoto () sim () não

Cidade de residência:

Dados dos pais:

Número de filhos: Cohabitantes:

Profissão/Escolaridade Mãe:

Profissão/Escolaridade Pai:

Atividade física:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

OUTRAS DOENÇAS/INTERNACÕES:

DADOS DE NASCIMENTO

Idade gestacional:

Peso ao nascer:

Comprimento ao nascer:

Tipo de parto:

DENTIÇÃO:

CIRURGIA:

FUNÇÃO GÁSTRICA

() Normal () Azia () Desconforto Abdominal () Gases () Refluxo
() Outros

EVACUAÇÕES:

AVALIAÇÃO ANTROMÉTRICA

PESO:

ESTATURA:

IMC:

PC:

Classificação:

P/I:

A/I:

P/A:

IMC/I:

PC/I:

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: _____

AVALIAÇÃO ALIMENTAR

História alimentar

Período de amamentação exclusiva:

Introdução de mamadeira:

Introdução de alimentação complementar:

Alteração do apetite recente () SIM () NÃO

Alteração de peso recente () SIM () NÃO

Hidratação diária:

Aversões:

Intolerâncias/alergias:

Consumo de doces/balas/chicletes:

Consumo de achocolatados/farinhas com açúcar:

Consumo de suco industrializado/refrigerante em casa:

Frequência semanal/mensal:

Fruta:

Leguminosas:

Peixe:

Salada:

Ovos:

DIA USUAL

Refeição/Hora	Alimento	Quantidade

CONDUTA DIETOTERÁPICA:

ANEXO 2

NOTAS DE EVOLUÇÃO NA FORMA DE SOAP

Notas de evolução clínica claras e bem organizadas fazem parte da elaboração de uma boa história clínica, continuada ao longo do tempo de ocorrência de um problema de saúde. A estrutura das notas de evolução é formada por quatro partes, conhecidas resumidamente como “SOAP” – que corresponde a um acrônimo (originalmente em inglês) para “Subjetivo”, “Objetivo”, “Avaliação” e “Plano” –, detalhadas a seguir:

SOAP	
“Subjetivo”	Nessa parte são anotadas as informações recolhidas na entrevista clínica sobre o motivo da consulta ou o problema de saúde em questão. Inclui as impressões subjetivas do profissional de saúde e as expressadas pela pessoa que está sendo cuidada.
“Objetivo”	Nessa parte são registrados os dados do exame físico (peso, altura, circunferências e outros) e os exames complementares, incluindo os laboratoriais disponíveis.
“Avaliação”	Após a coleta e o registro organizado dos dados e informações subjetivas (S) e objetivas (O), o profissional de saúde faz uma avaliação (A) mais precisa em relação ao problema, queixa ou necessidade de saúde, definindo-o e denominando-o. Nessa parte pode-se utilizar, se for o caso, algum sistema de classificação de problemas clínicos.
“Plano”	A parte final da nota de evolução SOAP é o plano (P) de cuidados ou condutas que serão tomados em relação ao problema ou necessidade avaliada. De maneira geral, podem existir quatro tipos principais de planos: 1) Planos Diagnósticos: nos quais se planejam as provas diagnósticas necessárias para elucidação do problema, se for o caso; 2) Planos Terapêuticos: nos quais se registram as indicações terapêuticas planejadas para a resolução ou manejo do problema da pessoa: dietas, mudanças de hábitos, entre outras; 3) Planos de Seguimento: nos quais se expõem as estratégias de seguimento longitudinal e continuado da pessoa e do problema em questão; 4) Planos de Educação em Saúde: nos quais se registram brevemente as informações e orientações apresentadas e negociadas com a pessoa, em relação ao problema em questão.



ANEXO 3

MANUAL DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL – CRIANÇAS E ADOLESCENTES

A Desnutrição, termo empregado para definir o desequilíbrio ocasionado pela ingestão insuficiente ou excessiva perda de substrato pelo organismo, compromete o crescimento, que se estende desde o nascimento a adolescência, e pode causar danos irreversíveis dependendo da gravidade e do tempo de exposição, o que se torna bem mais notório no grupo pediátrico. Destaca-se também, que as deficiências nutricionais específicas podem ocorrer em crianças sem déficit antropométrico e podem interferir, secundariamente, no crescimento e desenvolvimento infantis.

Ressaltando também, que a letalidade hospitalar é significativamente mais expressiva em menores com desnutrição quando comparados àqueles eutróficos, pois a criança desnutrida tem maior incidência de infecções, maior risco de hospitalização e internações mais prolongadas. Portanto, dentro das situações de risco nutricional destacam-se: ingestão insuficiente por mais de cinco dias; perda ponderal; perdas de nutrientes aumentadas; jejum prolongado; condição clínica da criança e utilização de medicamentos que interferem no processo de nutrição.

O registro dos dados de reavaliação dos pacientes, independente de serem diários ou semanais, é realizado através de notas de evolução tipo SOAP.³

A avaliação nutricional permite detectar alterações nutricionais, que durante o tempo de internação, podem se agravar. Ao mesmo tempo, orientações nutricionais de alimentação saudável ou direcionadas a doença de base apresentada pelo paciente, fazem com que este inicie mudanças em seus hábitos alimentares, melhorando sua qualidade de vida.

Este protocolo engloba a metodologia para avaliação do estado nutricional de todos as crianças e adolescentes internados ou em atendimento ambulatorial. Em cada situação (atendimento ambulatorial ou internação), o profissional encontrará dados que o auxiliarão na avaliação nutricional dos pacientes.

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

1) PESO:

O peso é a soma de todos os componentes corporais (água, gordura, ossos, músculos) e reflete o equilíbrio protéico-energético do indivíduo.

Para aferição do peso em crianças são utilizados dois tipos de balança:

1. **Pediátrica:** também conhecida como “pesa-bebê”, é utilizada para crianças menores de 24 meses. Constitui-se de uma bacia sobre a qual é colocado um pequeno alcochoado, onde a criança fica deitada ou sentada. Tem capacidade máxima de 16kg e com precisão de leitura de 10g. Pode ser mecânica ou eletrônica.
2. **Antropométrica:** também chamada de balança tipo plataforma ou balança clínica, é utilizada para crianças maiores de 2 anos e adolescentes. Nela a criança/adolescente permanece ereto, em pé. Tem capacidade máxima de 150kg e com precisão de leitura de cerca de 100g. Pode ser mecânica ou eletrônica.

CONCEITOS:

- **Peso atual** - é o peso verificado em uma balança calibrada, conforme especificações anteriores. O valor obtido corresponde ao peso atual do indivíduo na referida data.

- **Estimativa de peso:** em algumas situações torna-se difícil a aferição direta do peso do paciente (acamados). Para essas situações, pode-se utilizar fórmulas para estimativa do peso corporal. A fórmula para cálculo do peso estimado também será descrita nesse protocolo.
- **Índice de Massa Corporal (IMC):** é um indicador simples do estado nutricional calculado a partir dos dados de peso atual e altura. A classificação do IMC adolescentes, adultos e idosos segue parâmetros distintos. Neste protocolo serão abordadas as classificações para adultos e idosos.

1) ESTATURA:

A altura é a medida que expressa o processo de crescimento linear do corpo humano.

* **Estatuta:** é a medição em pé de crianças maiores de dois anos até a idade adulta. Utiliza-se o estadiômetro.¹⁶

Técnica de medição de altura:

- **Em crianças menores que 2 anos:** o comprimento é medido pelo infantômetro, no qual uma fita métrica encontra-se fixada em uma peça horizontal de madeira, metal ou plástico, que apresenta um dispositivo móvel acoplado em uma das extremidades e um outro dispositivo fixo na outra extremidade. Com a criança deitada, com as pernas relaxadas, apóia-se a cabeça, e a peça móvel é deslocada até tocar os pés da criança, que deverão estar alinhados permitindo a leitura do valor do comprimento da fita métrica.
- **Em crianças maiores de 2 anos e adolescentes:** utilizam-se estadiômetros ou uma fita métrica fixa na parede. A criança/adolescente será posicionada em pé, ereta, imóvel, com os braços estendidos ao longo do corpo e com a cabeça mantida no plano de Frankfurt. A nuca, os ombros, as nádegas e os calcanhares deverão permanecer encostados no centro do estadiômetros (ou da fita métrica fixada na parede), devendo os joelhos permanecerem unidos. Aferição da estatura é feita em centímetros.

1) PERÍMETRO CEFÁLICO OU CIRCUNFERÊNCIA CEFÁLICA

É uma medida que compõe a antropometria infantil por estar estreitamente relacionada ao tamanho do cérebro. Pode ser usada como um índice de desnutrição crônica durante os primeiros 24 meses. A forma adequada de obtenção da medida é o posicionamento da fita métrica na porção posterior mais proeminente do crânio (occipício) e na parte frontal da cabeça (glabella). Trata-se de uma importante medida para avaliar o crescimento e o desenvolvimento, especialmente em crianças nascidas prematuras. Sabe-se atualmente que a primeira medida que deve mostrar aceleração (*catch up*) é o perímetro cefálico, o que deve acontecer por volta dos 8 meses de vida

Idade (meses)	Média de circunferência cefálica (cm)	Média de velocidade de crescimento (cm/mês)
Nascimento	34,2	1,43
1	36,4	1,43
3	40,0	1,43
6	42,8	1,43
9	44,4	0,37
12	45,5	0,37
18	46,6	0,18
24	47,7	0,18

FONTE: WHO Child Growth Study (2006)

INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

P/I → reflete a situação global, não diferenciando os comprometimentos nutricionais atuais ou agudos dos progressos ou crônicos

A/I → examina o crescimento linear, sendo afetado por agravos ao crescimento de caráter crônico, de longa duração.

P/I → dispensa dados sobre a idade e expressa a harmonia entre as dimensões de massa corporal e estatura. É utilizado tanto para identificar o emagrecimento quanto o excesso de peso da criança.

IMC/I → expressa a relação entre o peso da criança e o quadrado da estatura. Utilizado principalmente para identificar o excesso de peso entre crianças e adolescentes, tem a vantagem de ser um índice empregado em outras fases da vida. O IMC para idade é recomendado internacionalmente no diagnóstico individual e coletivo dos distúrbios nutricionais, considerando-se que incorpora a informação da idade do indivíduo e foi validado como indicador de gordura corporal total nos percentis superiores, além de proporcionar continuidade em relação ao indicador utilizado entre adultos.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

As medidas antropométricas podem ser relacionadas com os valores de referência de 3 maneiras diferentes: adequação percentual, percentis e z-scores. Em nosso meio, as adequações percentuais e o z-score são os critérios mais utilizados. Os índices antropométricos mais amplamente usados, recomendados pela OMS e adotados pelo Ministério da Saúde na avaliação do estado nutricional de crianças e adolescentes, são:

FAIXA ETÁRIA	Crianças de 0 a 5 anos incompletos	Crianças de 5 a 10 anos incompletos	Adolescentes (10 a 19 anos)
ÍNDICE ANTROPOMÉTRICO	Peso para idade	Peso para idade	-
	Peso para estatura	-	-
	IMC para idade	IMC para idade	IMC para idade
	Estatura para idade	Estatura para idade	Estatura para idade

AVALIAÇÃO NUTRICIONAL EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Correção para prematuridade (até 2 anos)

A idade cronológica deve ser corrigida para prematuridade se a criança tiver menos de 2 anos e se nasceu com menos de 37 semanas de gestação.*

$$\text{Idade cronológica (em meses)} - \text{meses de prematuridade} = \text{Idade corrigida}$$

Ex.: Admitindo-se que a Idade Gestacional é de 40 semanas, uma criança de 11 meses que nasceu com 28 semanas de gestação, ou seja, 12 semanas de prematuridade, seria registrada no gráfico subtraindo-se 3 meses. Sua idade corrigida seria então, 8 meses.

* A Organização Mundial da Saúde (OMS) define pre-termo como criança nascida antes de 37 semanas de gestação.

Síndrome de Down

Para pacientes com Síndrome de Down, deve-se utilizar um gráfico específico, com curvas apropriadas, de 2 a 18 anos, corrigidas para crianças com tamanhos menores e taxas de crescimento mais lentas (em anexo).

Neuropatas

Crianças com desordens neurológicas, particularmente paralisia cerebral (PC), frequentemente apresentam deformações ósseo-esqueléticas, espasmos musculares involuntários e deficiência cognitiva, impossibilitando a avaliação da estatura ou comprimento.

Para crianças com limitações físicas na faixa etária de 2 a 12 anos, as medidas de segmentos dos membros superiores e inferiores permitem estimar a estatura com a utilização de equações propostas por Stevenson (1995). As medidas de segmento utilizadas são: comprimento superior do braço (CSB, distância do acrômio até a cabeça do rádio, medida com o membro superior fletido a 90 graus); comprimento tibial (CT, distância da borda superomedial da tibia até a borda do maléolo medial inferior, feita com fita inextensível); e comprimento do membro inferior a partir do joelho (CJ, distância do joelho ao tornozelo). Usando-se as medidas dos segmentos, são empregadas as seguintes fórmulas para estimativa da estatura:

Medida do segmento	Estatura estimada (cm)	Desvio-padrão (cm)
Comprimento superior do braço (CSB)	$E = (4,35 \times \text{CSB}) + 21,8$	$\pm 1,7$
Comprimento tibial (CT)	$E = (3,26 \times \text{CT}) + 30,8$	$\pm 1,4$
Comprimento a partir do joelho (CJ)	$E = (2,69 \times \text{CJ}) + 24,2$	$\pm 1,1$

Fonte: Stevenson, 1995.

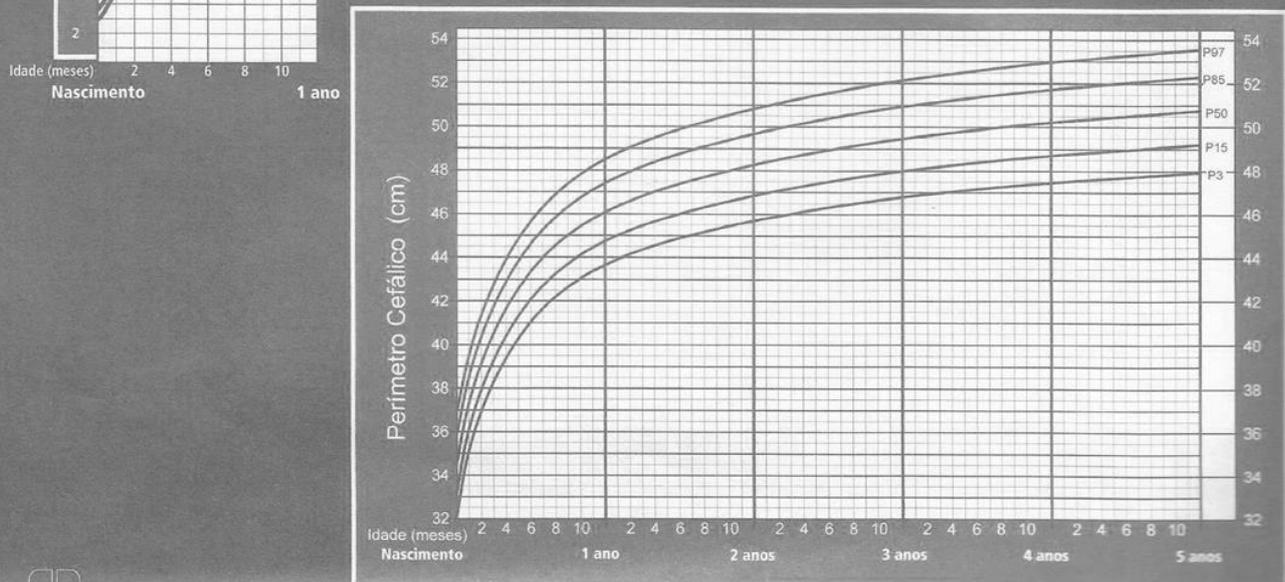
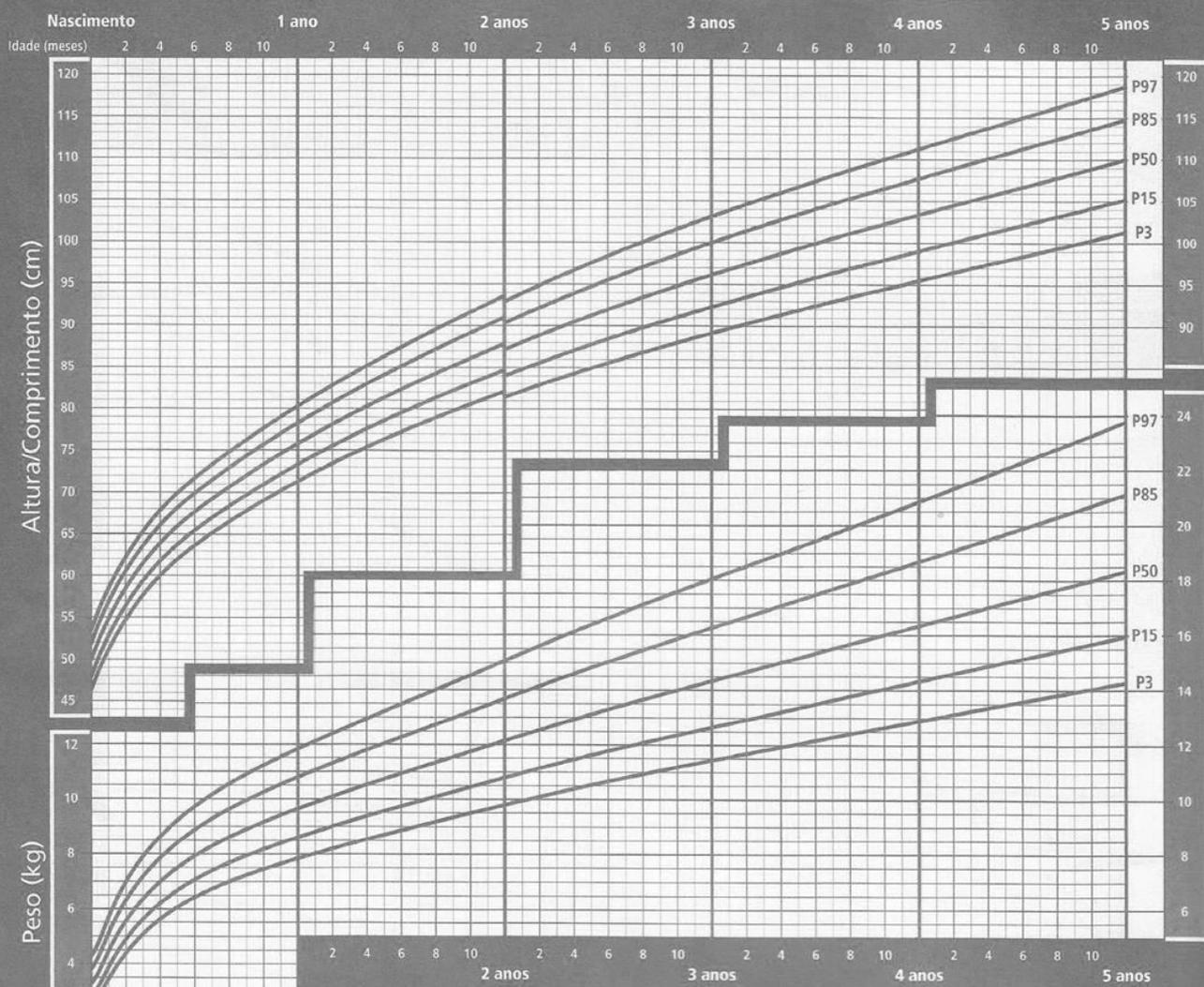
GRÁFICOS DE AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

A avaliação ocorre por meio de índice antropométricos a partir de gráficos de crescimento da OMS 2006, utilizando dados antropométricos atuais e pregressos (carteira de saúde), e avaliar a orientação da curva de crescimento segundo os índices antropométricos utilizados (ascendente, horizontal, descendente). No que se refere a crianças com Paralisia Cerebral e Síndrome de Down são usados gráficos de crescimentos específicos (Krick, 1996; DMCN, 2006).

Graficos de crescimento adaptados da OMS
Meninos de 0 a 5 anos

Nome: _____

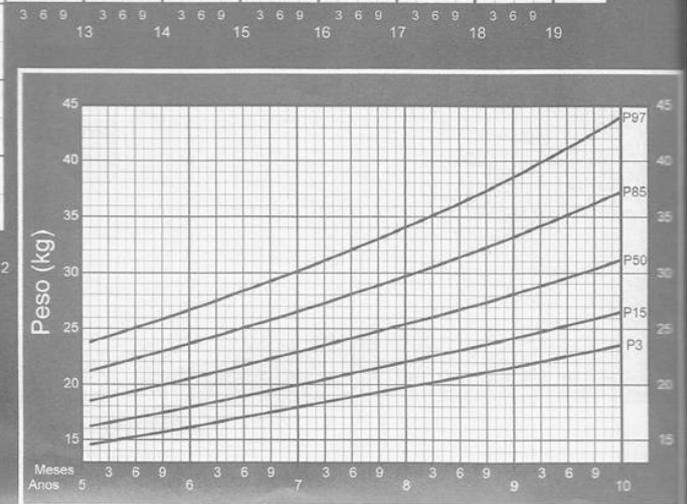
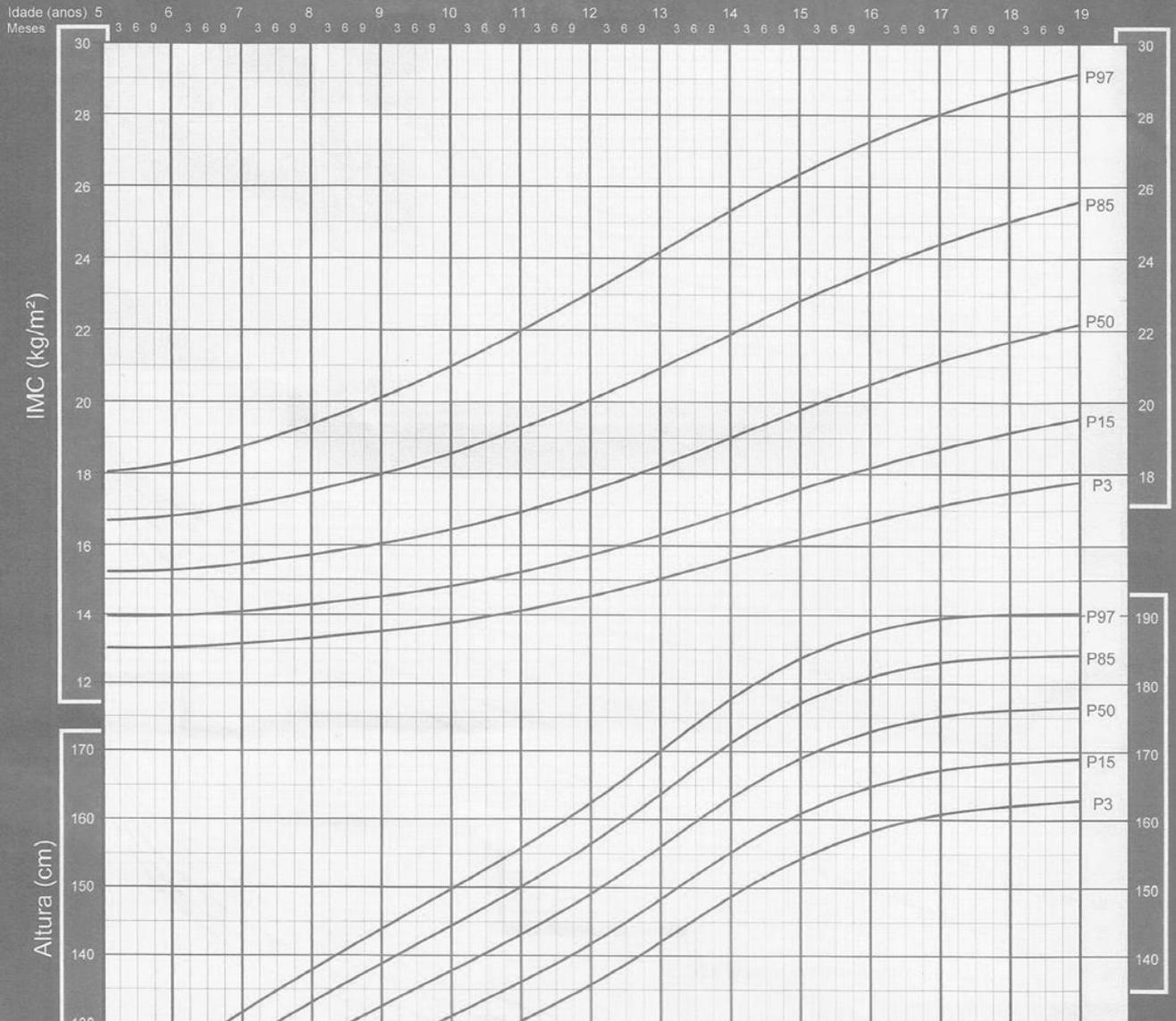
Nascimento: _____ Prontuário: _____



Meninos de 5 a 19 anos

Nome: _____

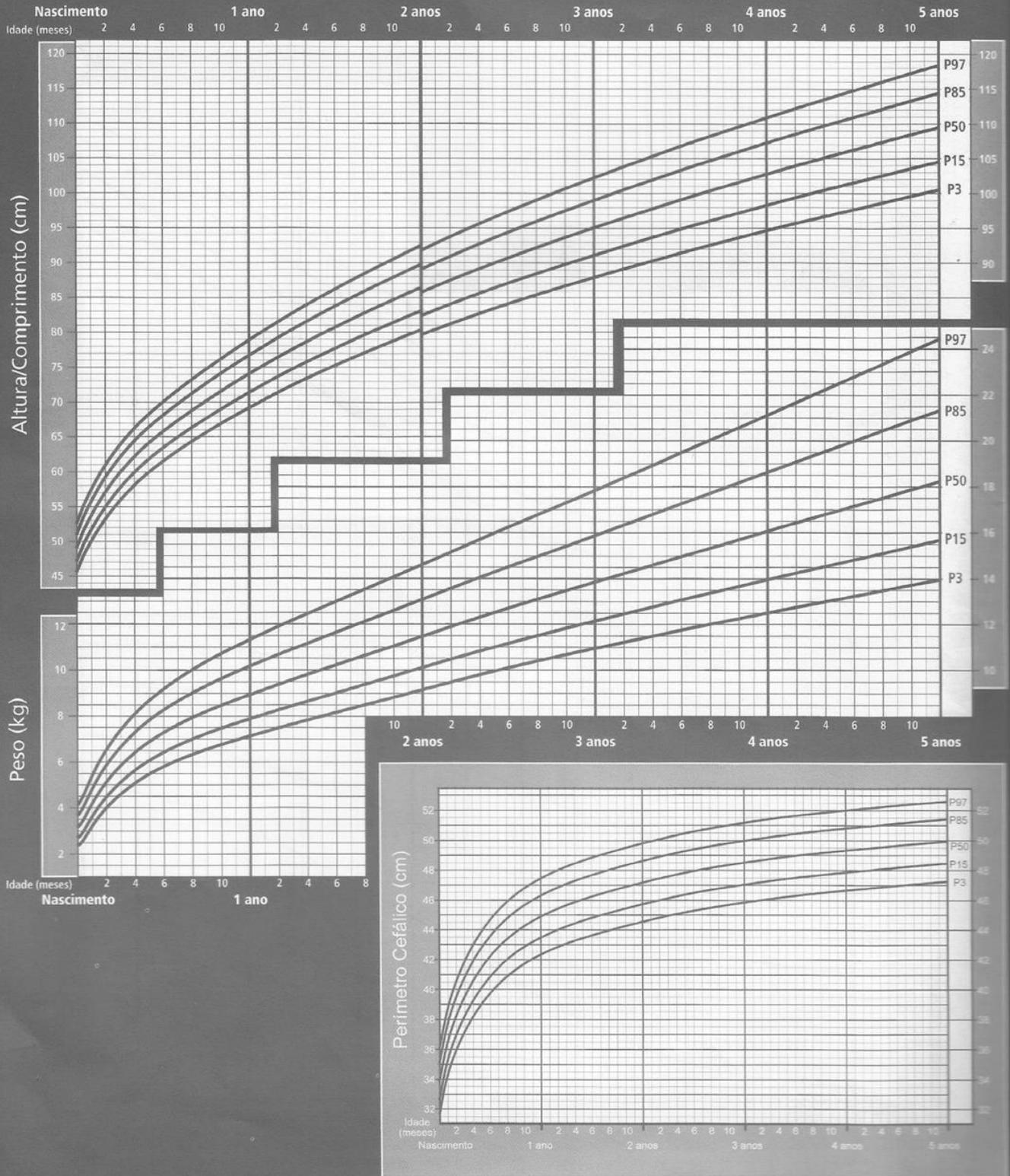
Nascimento: _____ Prontuário: _____



Graficos de crescimento adaptados da OMS
Meninas de 0 a 5 anos

Nome: _____

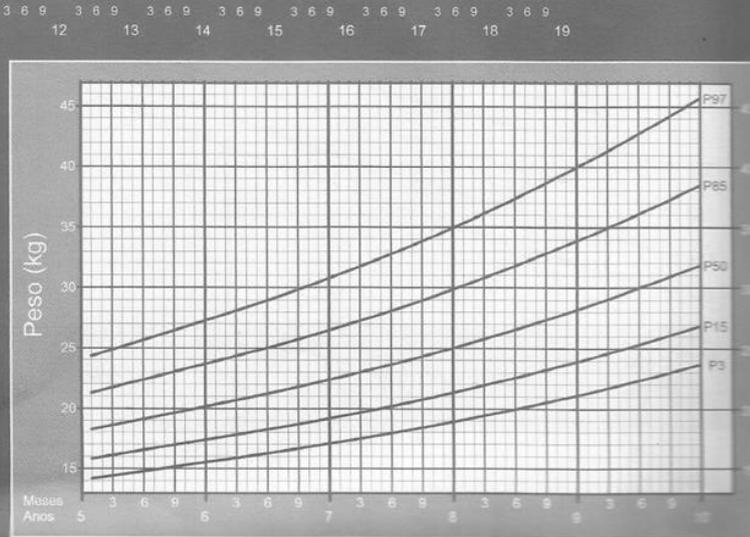
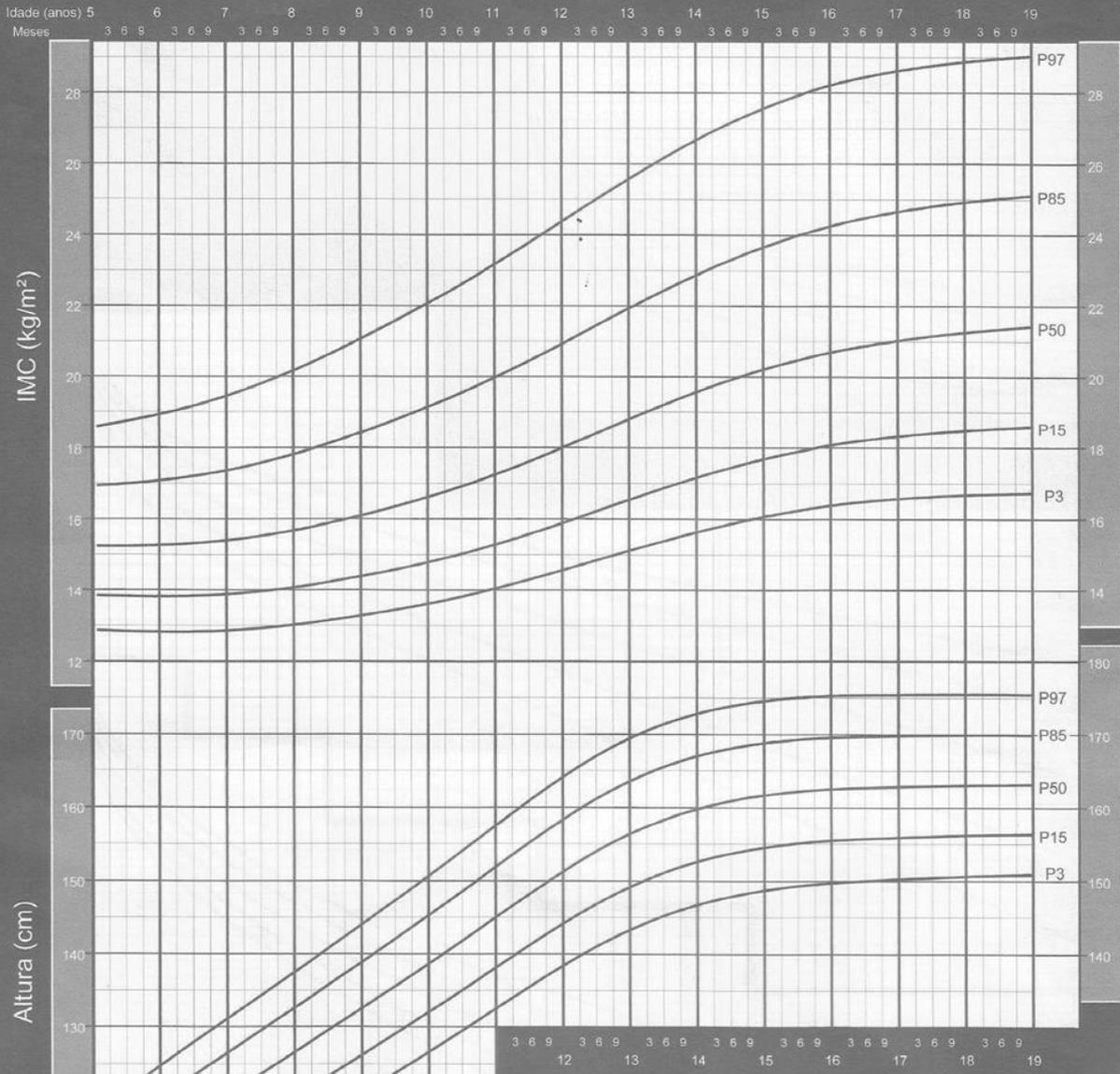
Nascimento: _____ Prontuário: _____



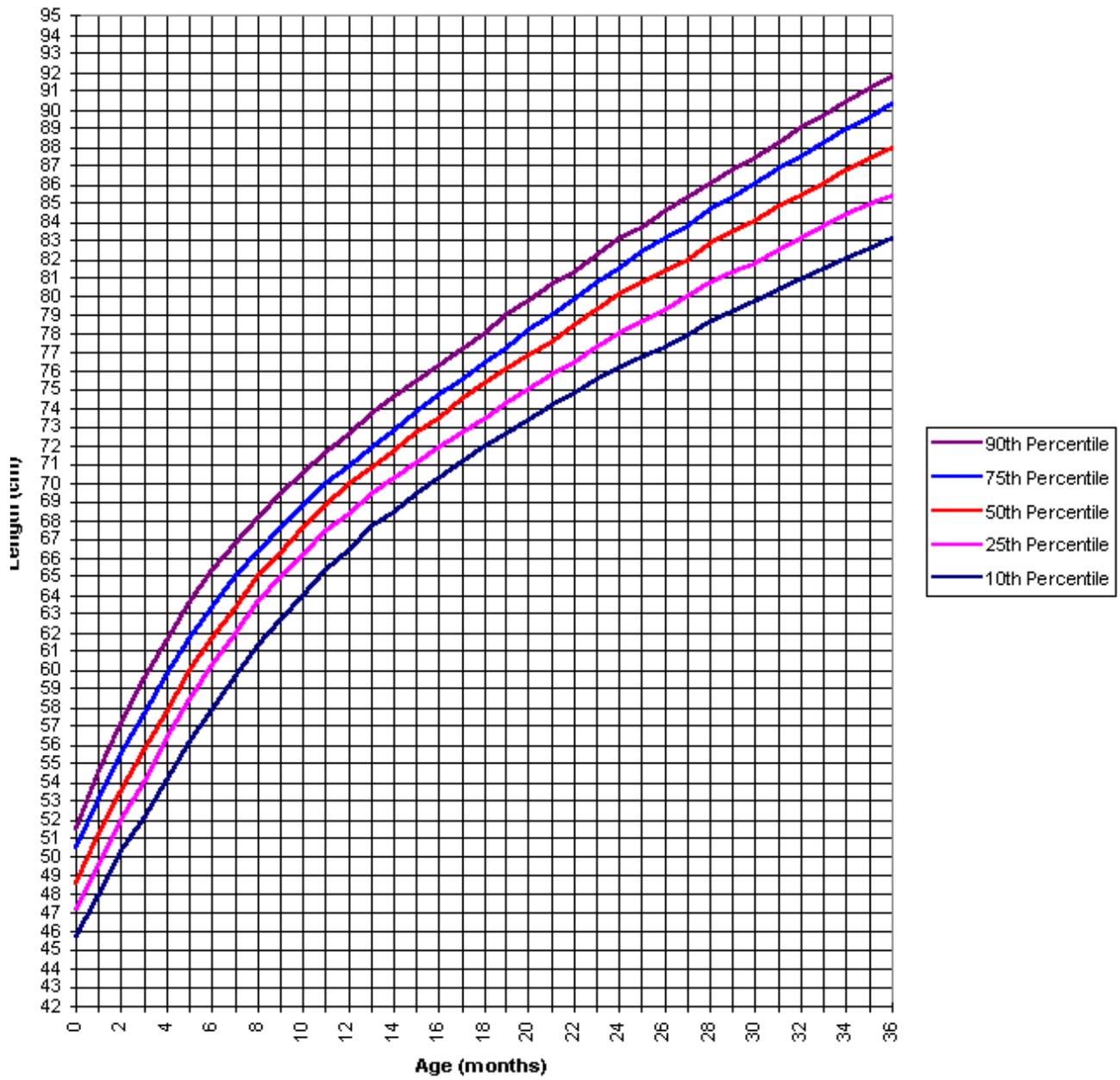
Graficos de crescimento adaptados da OMS
Meninas de 5 a 19 anos

Nome: _____

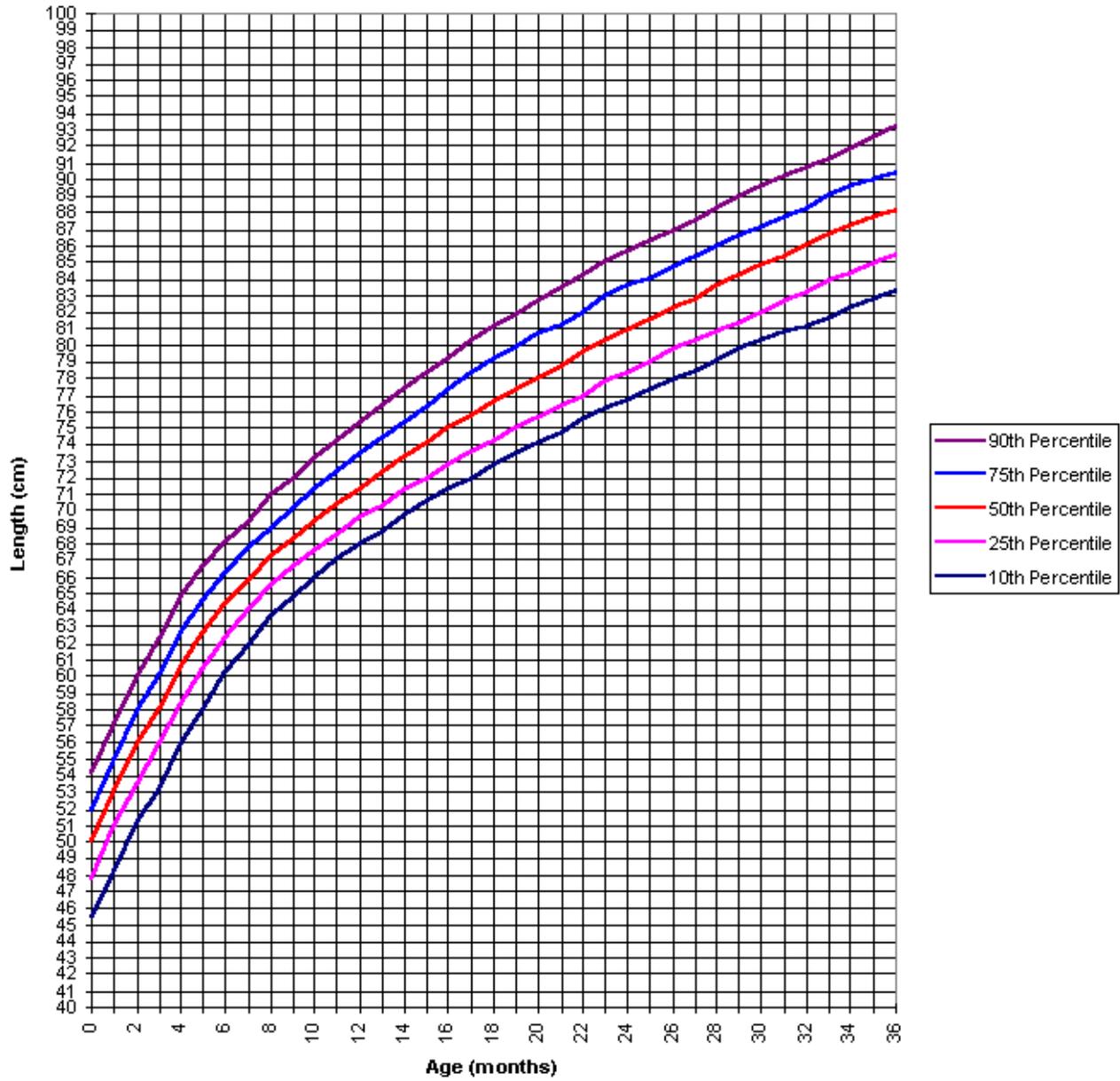
Nascimento: _____ Prontuário: _____



Growth Chart for Girls with Down Syndrome (0-3 yrs) LENGTH

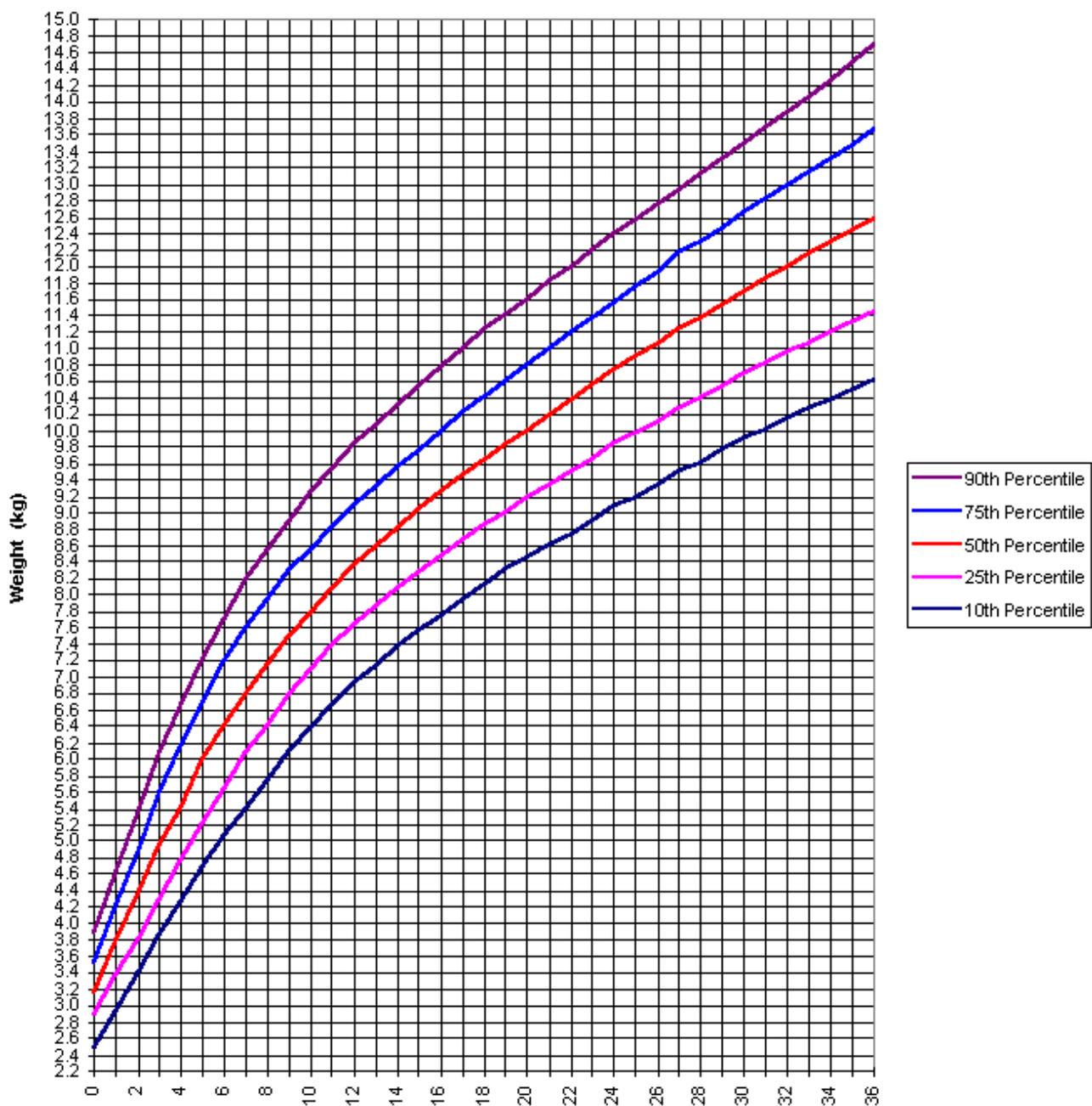


Growth Chart for Boys with Down Syndrome (0-3 yrs) LENGTH

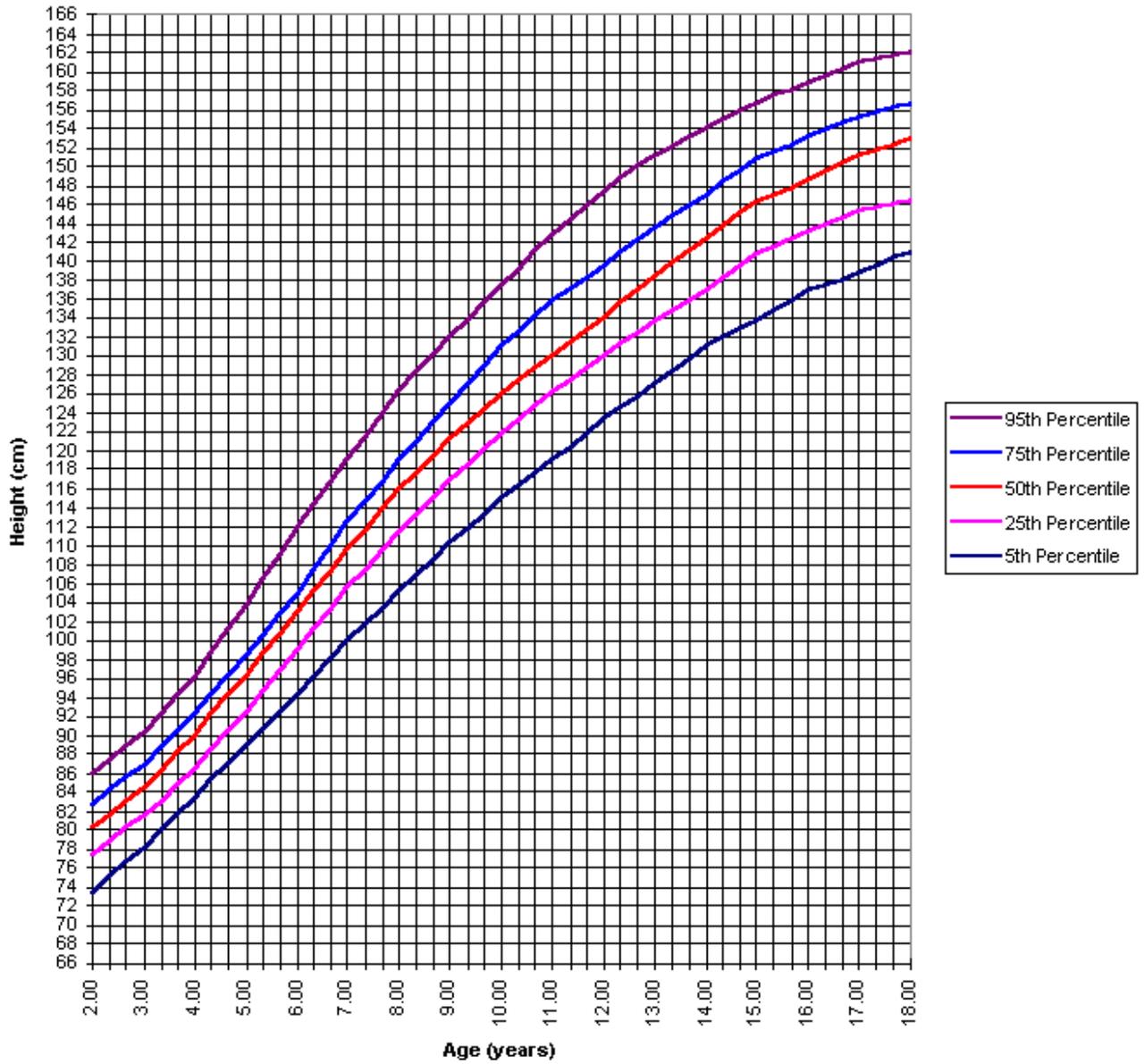


Growth Chart for Boys with Down Syndrome (0-3 yrs)

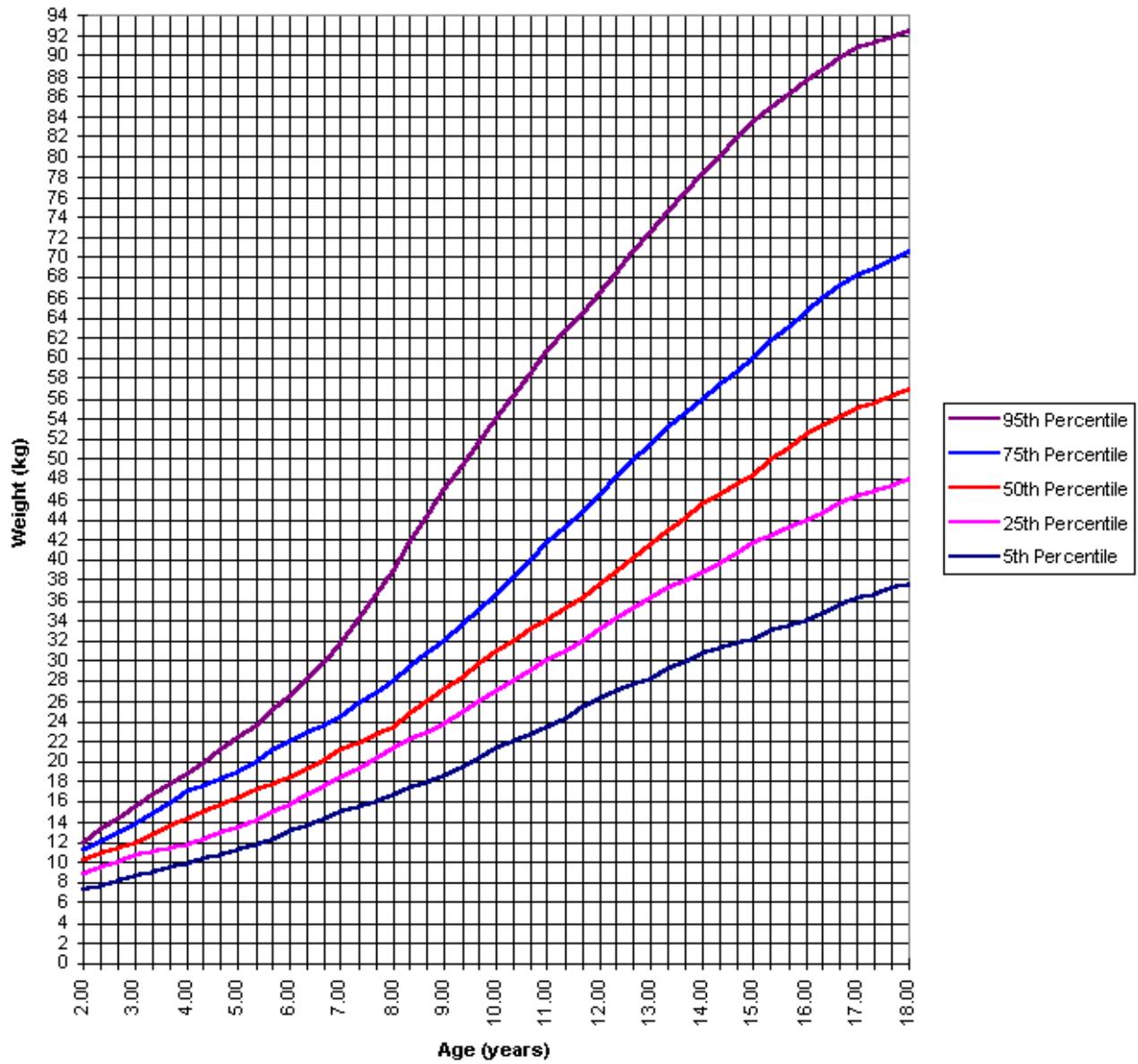
WEIGHT



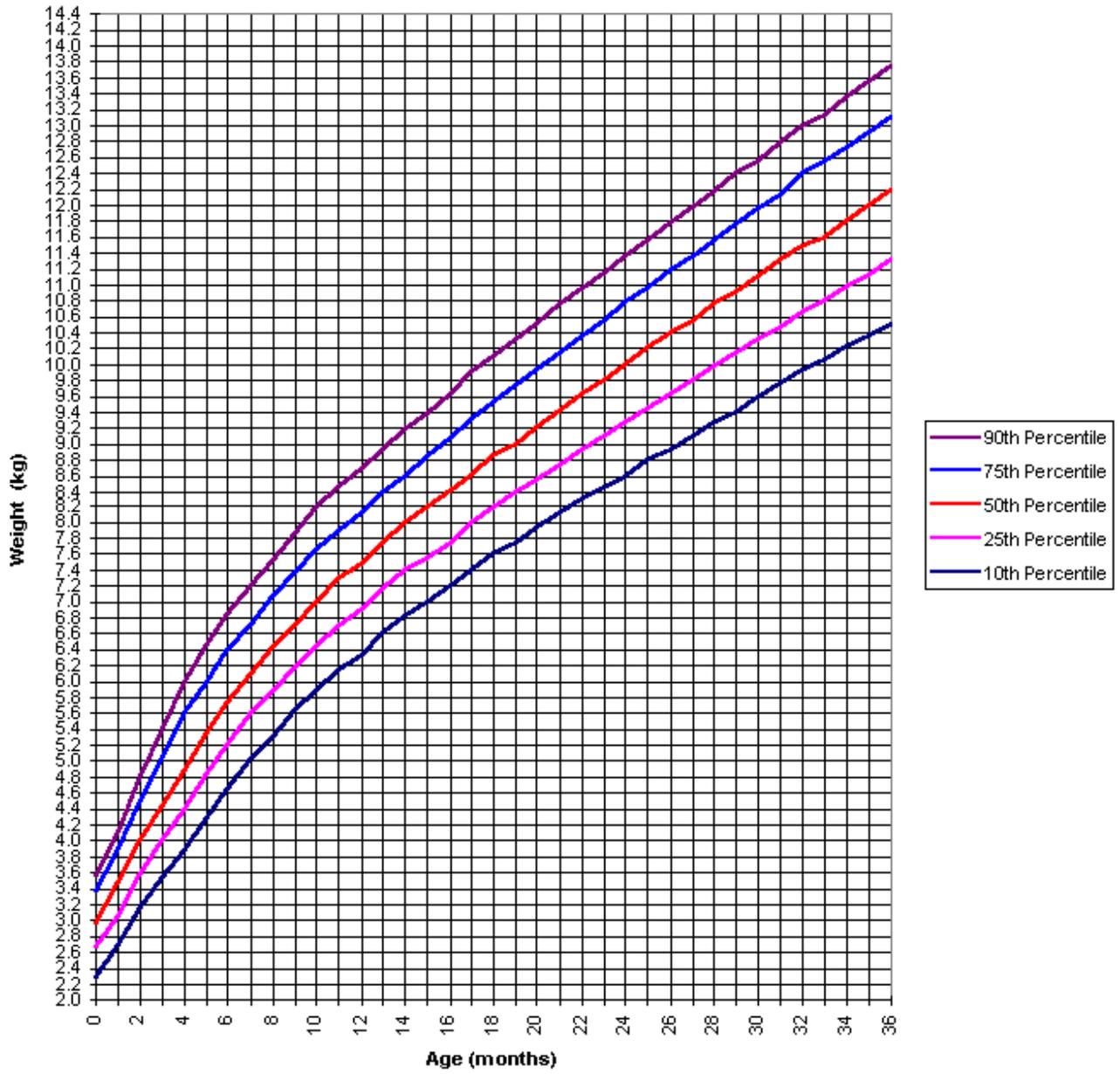
Growth Chart for Boys with Down Syndrome (2-18 yrs)
HEIGHT



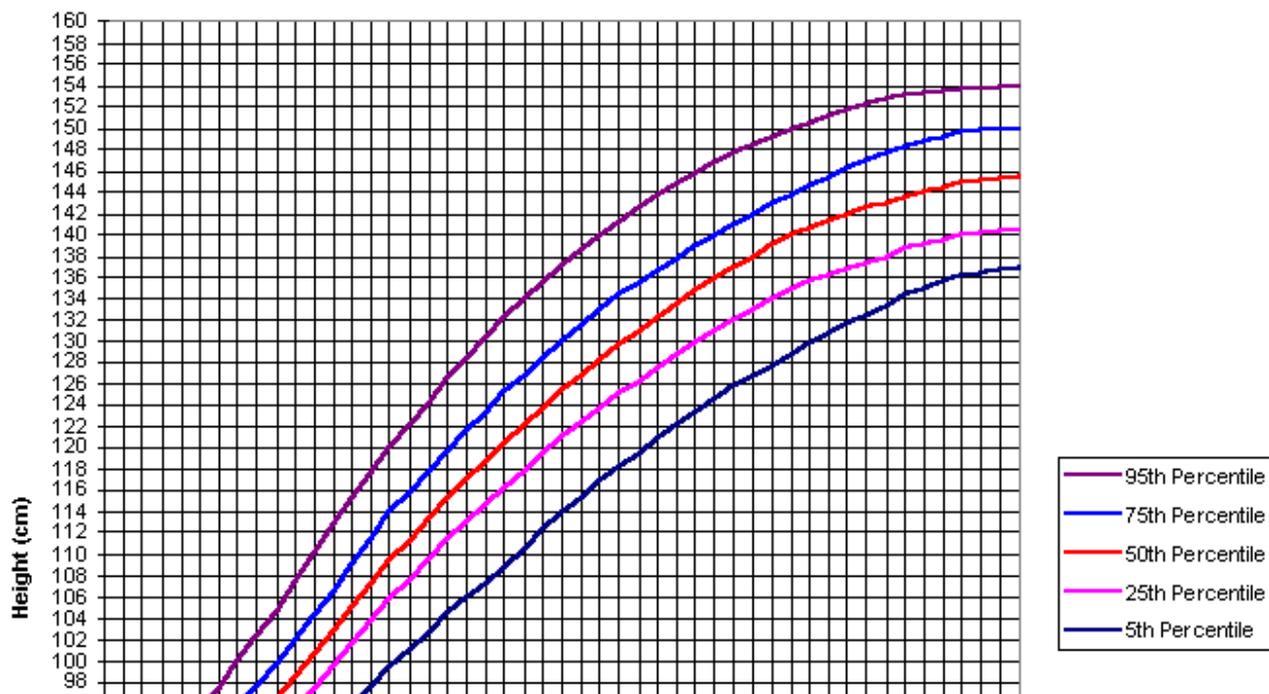
Growth Chart for Boys with Down Syndrome (2-18 yrs)
WEIGHT



Growth Chart for Girls with Down Syndrome (0-3 yrs) WEIGHT

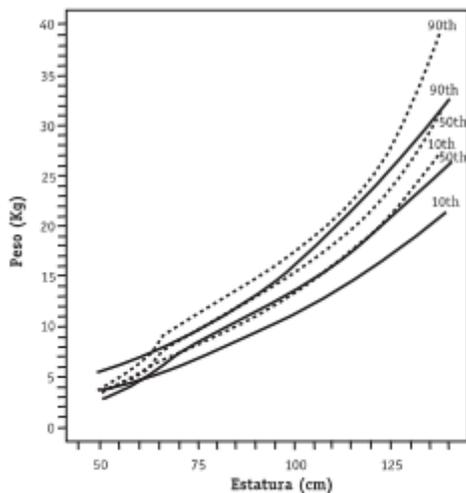
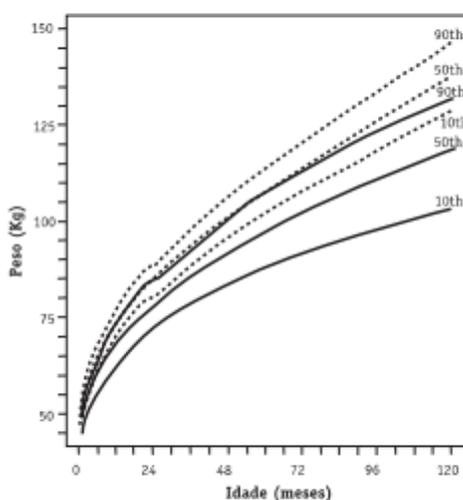
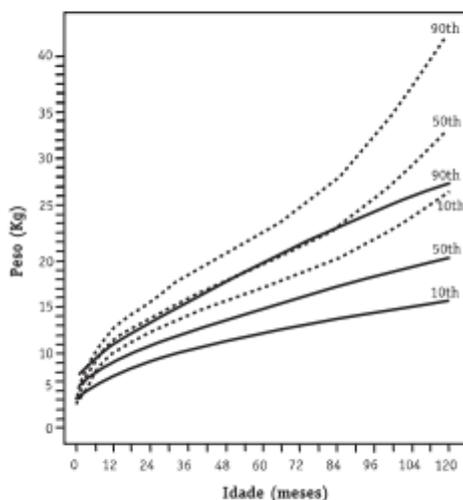


Growth Chart for Girls with Down Syndrome (2-18 yrs) HEIGHT

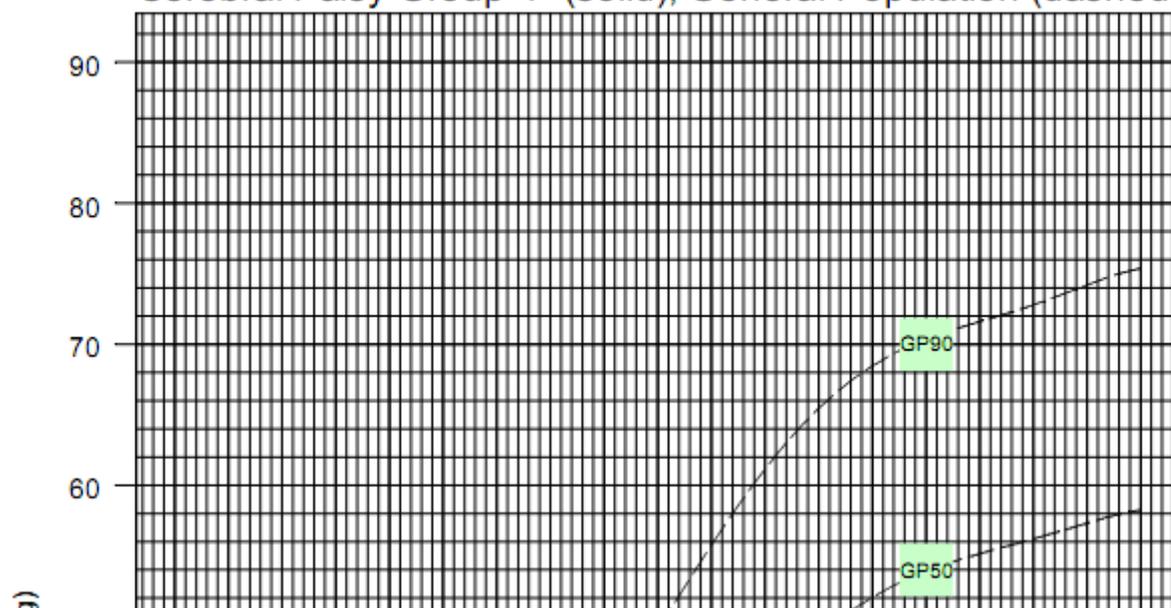


Anexo 21. Peso por idade, estatura por idade e peso para estatura em meninas, entre 0 e 120 meses, com paralisia cerebral (linha sólida) sobreposto ao padrão do NCHS (linha pontilhada)

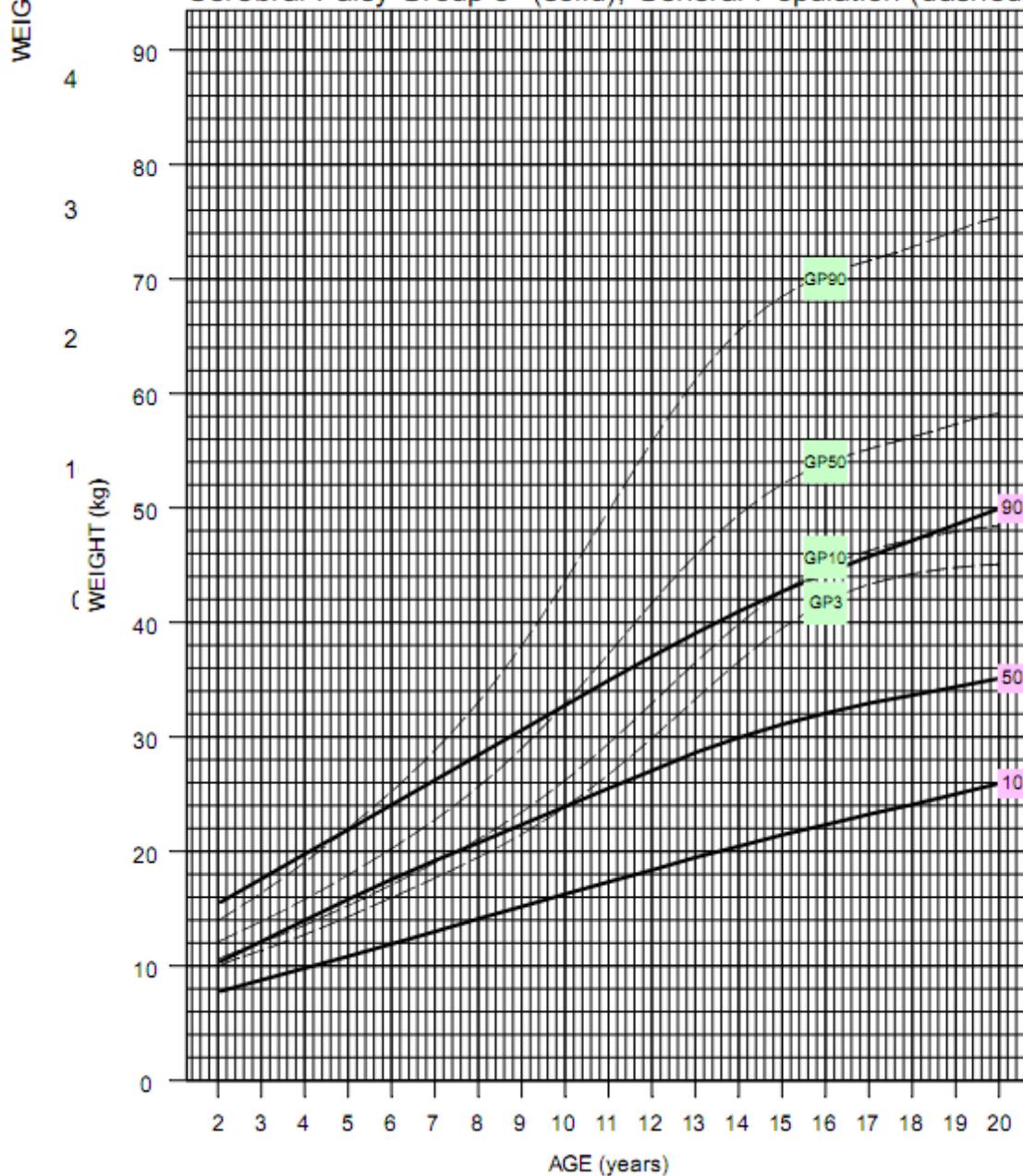
88
86
84
82
80
78
76
74
72
70
68
66
64
62
60
2.00



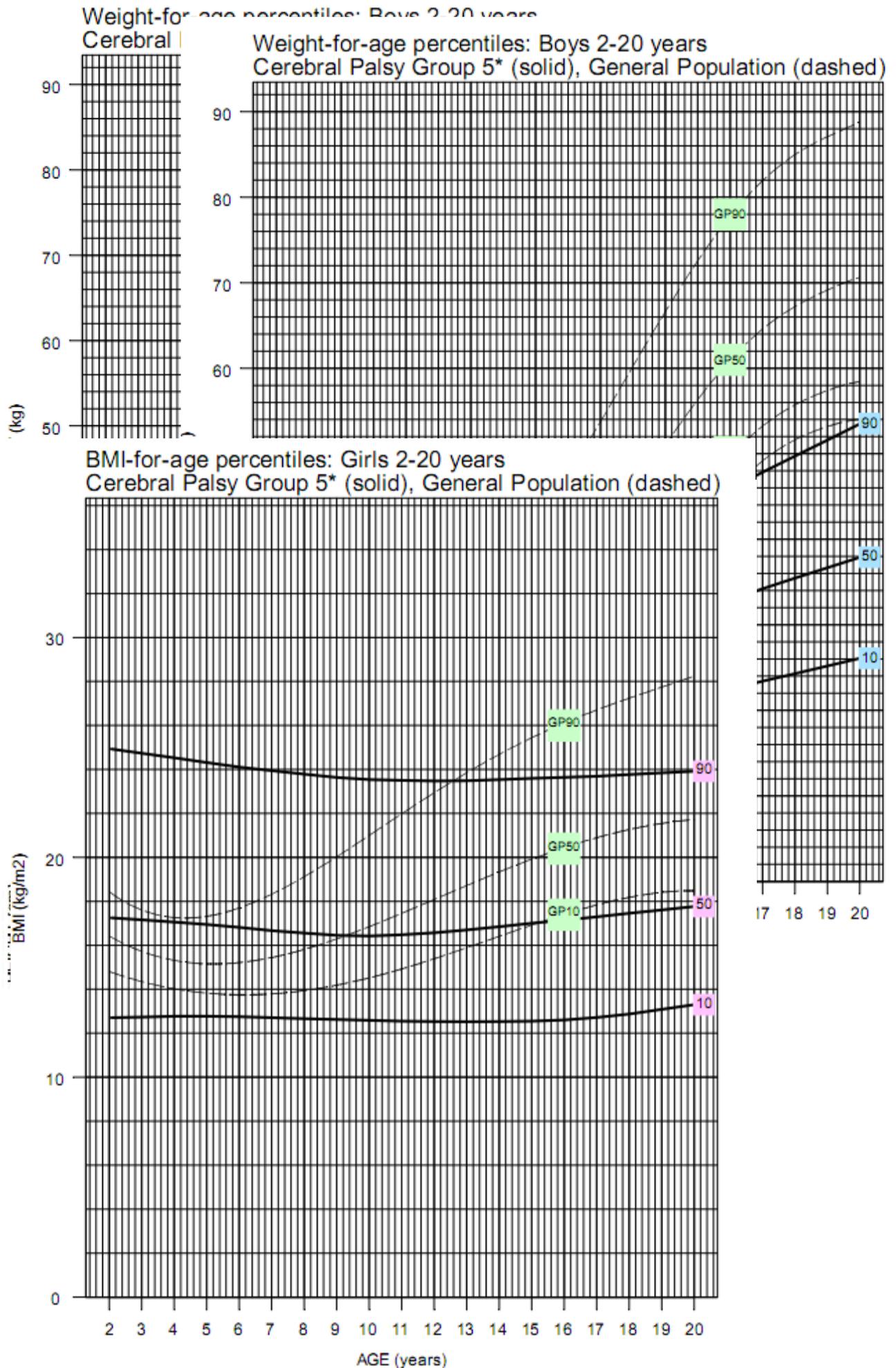
Weight-for-age percentiles: Girls 2-20 years
Cerebral Palsy Group 4* (solid), General Population (dashed)



Weight-for-age percentiles: Girls 2-20 years
Cerebral Palsy Group 5* (solid), General Population (dashed)



*Group 5: Does not walk, crawl, creep or scoot; Does not feed self; Feeding tube.



*Group 5: Does not walk, crawl, creep or scoot; Does not feed self; Feeding tube.

CLASSIFICAÇÃO DOS ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS

A seguir, são apresentados os pontos de corte para a avaliação do estado antropométrico de crianças e adolescentes segundo cada índice. A nomenclatura adotada para cada faixa de percentil ou escore z segue a recomendação da Organização Mundial da Saúde. Destaca-se a evidência de que uma criança classificada entre os percentis 3 e 15 requer atenção especial do profissional de saúde e dos próprios cuidadores. Deve-se dar atenção à evolução do crescimento da criança. Se a linha de crescimento, no gráfico, for descendente ao longo dos atendimentos, trata-se de um sinal de alerta, já que a criança está próxima de uma situação de baixo peso para idade ou de baixa estatura para idade. Logo, o intervalo entre os percentis 3 e 15 (isto é, entre os escores z -2 e -1) é considerado uma faixa importante de vigilância de baixo peso. Contudo, não se adota mais a classificação de risco nutricional, como anteriormente.

VALORES CRÍTICOS	ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS									
	CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS INCOMPLETOS					CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS INCOMPLETOS				
	Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade	Peso para idade	IMC para idade	Estatura para idade
< Percentil 0,1	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < percentil 3	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < percentil 15										
≥ Percentil 15 e < percentil 85	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia		Peso adequado para a idade	Eutrofia		Peso adequado para a idade	Eutrofia	
> Percentil 85 e < percentil 97		Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso			Risco de sobrepeso			Sobrepeso	Estatura adequada para a idade ¹
> Percentil 97 e < percentil 99,9		Sobrepeso	Sobrepeso			Sobrepeso			Sobrepeso	
> Percentil 99,9	Peso elevado para a idade ¹	Obesidade	Obesidade			Obesidade		Peso elevado para a idade ¹	Obesidade grave	

Fonte: Adaptado de Organização Mundial de la Salud. Curso de capacitación sobre la evaluación del crecimiento del niño. Versión 1, Noviembre 2006. Ginebra, OMS, 2006.

¹ Uma criança classificada na faixa de peso elevado para idade pode ter problemas de crescimento, mas esse não é o índice antropométrico mais recomendado para a avaliação de excesso de peso entre crianças. Essa situação deve ser avaliada pela interpretação dos índices de peso para estatura ou IMC para idade.

² Uma criança classificada na faixa de estatura para idade acima do percentil 99,9 (escore z +3) é muito alta, mas isso raramente representa um problema. Contudo, alguns casos comorbam a disfunções endócrimas e tumores. Se houver essa suspeita, a criança deve ser encaminhada para atendimento especializado.

Nota: a Organização Mundial da Saúde apresenta referências de peso para estatura apenas para menores de 5 anos pelo padrão de crescimento de 2006. A partir dessa idade, deve-se utilizar o índice de massa corporal para idade na avaliação da proporção entre peso e estatura da criança.

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA ADOLESCENTES	
		IMC para idade	Estatura para idade
<Percentil 0,1	<Escore z -3	Magreza acentuada ¹	Muito baixa estatura para a idade
>Percentil 0,1 e <percentil 3	≥Escore z -3 e <escore z -2	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥Percentil 3 e <percentil 15	≥Escore z -2 e <escore z -1	Eutrofia	Estatura adequada para idade ²
≥Percentil 15 e ≤percentil 85	≥Escore z -1 e ≤escore z +1		
>Percentil 85 e ≤percentil 97	>Escore z +1 e ≤escore z +2	Sobrepeso	
>Percentil 97 e ≤percentil 99,9	>Escore z +2 e ≤escore z +3	Obesidade	
>Percentil 99,9	>Escore z +3	Obesidade grave	

¹Um adolescente classificado na faixa de IMC para idade abaixo do percentil 0,1 (escore z -3) é muito magro. Em populações saudáveis, encontra-se nessa situação 1 em 1.000 adolescentes. Contudo, alguns casos correspondem a distúrbios alimentares. Se houver essa suspeita, o adolescente deve ser encaminhado para atendimento especializado.

²Um adolescente classificado na faixa de estatura para idade acima do percentil 99,9 (escore z +3) é muito alto, mas isso raramente representa um problema. Contudo, alguns casos correspondem a disfunções endócrinas e tumores. Se houver essa suspeita, o adolescente deve ser encaminhado para atendimento especializado.

NECESSIDADES CALÓRICAS

As necessidades calóricas são estimadas a partir da Taxa Metabólica Basal (TMB). A TMB é a quantidade mínima de energia que o corpo necessita, em repouso, para manter os processos vitais. As necessidades anabólicas específicas da faixa etária pediátrica determinam uma TMB cerca de 50% mais elevada que a TMB de indivíduos adultos que é de 25 Kcal/Kg. As taxas de metabolismo basal estimadas para crianças são de 55 Kcal/Kg para menores de 3 anos, 45 Kcal/Kg de 4 a 6 anos e 40 Kcal/Kg de 7 a 10 anos. Na adolescência, a TMB cai para 30 Kcal/Kg sendo que, no sexo feminino, a partir dos 15 anos, a TMB já é igual a de um indivíduo adulto. As recomendações disponíveis na literatura acerca das necessidades calóricas diárias para crianças, são baseadas na ingestão calórica de crianças saudáveis de diversos países (FAO/OMS/ONU – 1985) e por meio das DRIs .

Lactentes

Meses	Kcal/Kg/dia
0-3	116
3-6	99
6-9	95
9-12	101

Crianças

Anos	Sexo Masculino (Kcal/Kg/dia)	Sexo Feminino (Kcal/Kg/dia)
1 - 2	104	108
2 - 3	104	102
3 - 4	99	95
4 - 5	95	92
5 - 6	92	88
6 - 7	88	83
7 - 8	83	76
8 - 9	77	69
9 - 10	72	62

Sexo Masculino	Sexo Feminino
10 a 11 anos - TMB x 1,76	10 a 11 anos - TMB x 1,65
11 a 12 anos - TMB x 1,73	11 a 12 anos - TMB x 1,63
12 a 13 anos - TMB x 1,69	12 a 13 anos - TMB x 1,60
13 a 14 anos - TMB x 1,67	13 a 14 anos - TMB x 1,67
14 a 15 anos - TMB x 1,65	14 a 15 anos - TMB x 1,57
15 a 16 anos - TMB x 1,62	15 a 16 anos - TMB x 1,54
16 a 17 anos - TMB x 1,60	16 a 17 anos - TMB x 1,53
17 a 18 anos - TMB x 1,60	17 a 18 anos - TMB x 1,52

DIETARY REFERENCE INTAKES (DRI)

Definições:

EAR: Necessidade media estimada

RDA: Ingestão dietética recomendada

AI: Ingestão adequada

UL: Nível superior tolerável de ingestão

EER: Necessidade estimada de energia

TEE: Gasto total de energia

NAF: Nível de atividade física

TEE em kcal/dia, idade em anos, peso em quilos e altura em metros

EER para crianças (0-35 meses)

EER=TEE + Energia de depósito

0-3 meses

$(89 \times \text{peso corporal em kg} - 100) + 175$ (kcal de energia de depósito)

4-6 meses

$(89 \times \text{peso corporal em kg} - 100) + 56$ (kcal de energia de depósito)

7-12 meses

$(89 \times \text{peso corporal em kg} - 100) + 22$ (kcal de energia de depósito)

13-35 meses

$(89 \times \text{peso corporal em kg} - 100) + 20$ (kcal de energia de depósito)

EER para crianças e adolescents (3-18 anos)

EER=TEE + Energia de depósito

Sexo masculino

$EER = 88,5 - 61,9 \times \text{idade (anos)} + NAF \times (226,7 \times \text{peso (kg)} + 903 \times \text{altura (m)}) = \text{energia de depósito}^*$

Sexo feminino

$EER = 135,3 - 30,8 \times \text{idade (anos)} + NAF \times (10 \times \text{peso (kg)} + 934 \times \text{altura (m)}) = \text{energia de depósito}^*$

- 2) Energia de depósito para faixa etária de 3-8 anos: 20kcal de depósito
- 3) Energia de depósito para faixa etária de 9-18 anos: 25kcal de depósito

Coeficiente NAF usados para estes estágios de vida são:

- Sedentários: 1,0 para ambos os sexos
- Leve: 1,13 para masculino; 1,16 para feminino
- Moderada: 1,26 para masculino; 1,31 para feminino
- Intensa: 1,42 para masculino; 1,56 para feminino

Cálculo das necessidades energéticas para neuropatias:

Altura:

15kcal/cm quando não apresentar disfunção motora

14kcal/cm quando apresentar disfunção motora mas deambula

11kcal/cm quando não deambular

EX: Criança com PC não deambula, com altura do joelho de 34cm

$E = (2,69 \times 34) + 24,2 = 115,6 \text{cm}$

$115,66 \times 11 = 1272,26 \text{kcal} + \% \text{ de desnutrição (se houver)}$

MACRONUTRIENTES

Os macronutrientes são nutrientes necessários ao organismo em maiores quantidades e que conferem os valores de energia que os alimentos fornecem. São constituídos por carboidratos, proteínas e lipídios e a unidade de medida é o grama. Cada um dos macronutrientes essenciais exerce sua função específica no organismo e o equilíbrio alimentar do ser humano depende da proporção ideal entre eles. No que se refere as crianças e adolescentes é importante avaliar a necessidade frente ao quadro clínico e diagnóstico apresentado na internação.

Estagio de vida	Carboidrato		Proteína		Gorduras	Fibras	Água
	g/dia	g/kg/dia	g/dia		Total g/dia	g/dia	Litros/dia
Lactentes							
0 – 6 meses	60	1,52	9,1		31 4,4(Ω6)-0,5(Ω3)	- -	0,7 0,8
7 – 12 meses	95	1,5	13,5		30 4,6(Ω6)-0,5(Ω3)		
Crianças							
1-3 anos	130	1,10	13		7(Ω6)-0,7(Ω3)	19	1,3
4-8 anos	130	0,95	19		10(Ω6) -1,0(Ω3)	25	1,7
9 – 13anos	130	0,95	34		12(Ω6)-1.2(Ω3)	31	2,4

Dietary Reference Intakes – DRI

Macronutrientes	PORCENTUAL DE ENERGIA		
	1 – 3 ANOS	4 – 18 ANOS	ADULTOS
Gorduras Totais	30 – 40	25 – 35	20 – 35
(Ω-6) ácido linoléico	5 – 10	5 -10	5 -10
(Ω-3) ácido linolênico	0,6 – 1,2	0,6 – 1,2	0,6 – 1,
Carboidratos	45 - 65	45 - 65	45 – 65
Proteínas	5 - 20	10 - 30	10 -35

Acceptable Macronutrient Distribution Ranges (AMDR)

Estágio de vida	Carboidrato	Proteína		gorduras	Fibras	Água
		g/dia	g/kg/dia			
9 – 13anos	130	0,95	34	12(Ω6) 1,2(Ω3)	31	2,4
14 – 18 anos	130	0,85	52	16(Ω6) 1,6(Ω3)	38	3,3
19 – 30 anos	130	0,80	56	10 (Ω6) 1.0 (Ω3)	38	3,7

Dietary Reference Intakes- DRI

NECESSIDADES PROTEICAS

As necessidades protéicas dos lactentes foram estimadas em cerca de 1,5 a 2,5 g/Kg/dia. Durante períodos de “catch-up” os requerimentos de proteínas estão aumentados em torno de 3,5 g/Kg/dia. Para crianças desnutridas podemos chegar até 6,0 g/Kg/dia, lembrando que devemos iniciar com valores em torno de 0,7-1,0 g/Kg em desnutridos graves. Para prematuros, ingestão protéica entre 2,0 a 5,0 g/Kg/dia é adequada. A recomendação da ingestão de proteína na dieta deve ser na proporção de 10-15% do valor energético total.

NECESSIDADES GLICÍDICAS

As recomendações de carboidratos são em torno de 45-60% do valor calórico total da dieta ou 10-12 g/Kg/dia.

NECESSIDADES DE VITAMINAS E MINERAIS

A oferta de micronutrientes deve seguir as recomendações diárias já estabelecidas (RDA), buscando os minerais e as vitaminas nas fontes alimentares disponíveis.

NECESSIDADES HÍDRICAS

Fluidos são normalmente perdidos através do Trato Gastrointestinal (TGI), rins, pulmões e pele. As perdas insensíveis aumentam quando existe um aumento da taxa respiratória, febre, ambiente quente e seco, e danos na pele ou tecidos (queimaduras, etc.). Diarréia, vômito, cetoacidose e desidratação hiperglicêmica hiperosmolar também podem aumentar as perdas. Prematuros e RN a termo podem ficar desidratados facilmente, pois eles requerem mais água por Kg de peso devido ao seu maior conteúdo de água corpórea, maior aumento da superfície corporal por Kg de peso, hipermetabolismo e função renal imatura. A diminuição da ingestão de líquidos é indicada em condições como: doenças cardíacas e insuficiência hepática ou renal.

CONDUTAS NUTRICIONAIS

CONDUTAS PARA PACIENTES EUTRÓFICOS

Anamnese alimentar, visita diária, aceitação alimentar, alterações, alterações gastrointestinal e urinários, verificar plano dietético sempre que necessário, peso a cada 3 dias, orientações alimentares na alta hospitalar.

CONDUTAS PARA PACIENTES EM RISCO NUTRICIONAL OU COM QUADRO DE DESNUTRIÇÃO

Anamnese alimentar, visita diária, aceitação alimentar, alterações, alterações gastrointestinal e urinários, verificar plano dietético sempre que necessário, peso diário, avaliação nutricional do peso e estatura (curvas de crescimento), necessidades nutricionais e proteicas.

EXAME FÍSICO

Observar nível de atividade física, distensão abdominal, panículo adiposo e massa muscular (se existe redução na região das nádegas e face interna das coxas), edema, palidez cutânea, presença de vincula mãe/criança, mãos e pés frios, olhos encovados, pele (seca, evidência de infecção, com petéquias e quimoses), aparência das fezes, cor, consistência, odor).

PRESSÃO ARTERIAL

Os valores limites de pressão arterial normal para crianças são avaliadas por tabelas especiais que levam em consideração a idade e o percentile de altura em que a criança se encontra.

AVALIAÇÃO LABORATORIAL

Os exames bioquímicos (biomarcadores) podem auxiliar na avaliação de risco, no diagnóstico e no acompanhamento nutricional de crianças e adolescentes. Outro papel importante diz respeito à identificação e seguimento de morbidades associadas ao excesso de peso, como dislipidemias e alterações do metabolismo glicídico. É importante ressaltar que a interpretação dos resultados dos exames laboratoriais deve sempre levar em conta a condição clínica da criança, a condição nutricional prévia e a presença de resposta inflamatória e equilíbrio hídrico.

Importantes: Hemograma, glicemia, proteínas plasmáticas (albumina, pré-albumina, transferrina), proteína c-reativa, ferro, Na, K+)

Proteínas que aumentam (fase aguda positiva)	Proteínas que diminuem (fase aguda negativa)
Proteína C reativa	Albumina
α_1 -antitripsina	Pré-albumina
Complemento C3	Proteína transportadora do retinol
Ferritina	Transferrina
Fibrinogênio	Globulina ligada à tiroxina

Fonte: Koletzko, 2008.

PROTEÍNAS

A avaliação do estoque de proteínas pode ser realizada por meio da dosagem sérica de algumas proteínas viscerais, como albumina, pré-albumina, proteína transportadora de retinol, entre outras.

Exame	Meia-vida	Valores normais	Considerações
Albumina	18-20 dias	Pré-termo: 2,5-4,5 g/dL Termo: 2,5-5,0 g/dL 1-3 meses: 3,0-4,2 g/dL 3-12 meses: 2,7-5,0 g/dL >1 ano: 3,2-5,0 g/dL	↓ Resposta na fase aguda (infecção, inflamação, trauma) ↓ Disfunção hepática, renal, enteropatia perdedora de proteína Alterada pela hidratação
Pré-albumina	2-3 dias	20-50 mg/dL	↓ Disfunção hepática, fibrose cística, hipertireoidismo, infecção e trauma
Transferrina	8-9 dias	180-260 mg/dL	↓ Inflamação, disfunção hepática ↑ Deficiência de ferro Alterada pela hidratação
Proteína transportadora de retinol	12 horas	30-40 ug/mL	↓ Disfunção hepática, deficiência de zinco e vitamina A, infecção ↑ Doença renal

Fonte: Koletzko, 2008.

FERRO

A anemia pode ser definida como um estado em que a concentração de hemoglobina está anormalmente baixa, em consequência da carência de um ou mais nutrientes, como folatos, proteínas, vitamina b12, cobre e principalmente ferro. A distribuição de hemoglobina no sangue varia em função da idade e do sexo da criança. Na adolescência, assim como na infância, também é um período suscetível à ocorrência de anemia, pois além de ser uma fase de crescimento intenso, entre as meninas há o início da perda de ferro nos ciclos menstruais e com as possíveis gestações. Logo a distribuição normal de hemoglobina no sangue nesta fase da vida varia em função da idade, do sexo e da prática de tabagismo do adolescente. Quanto a anemia falciforme, sua detecção é realizada entre adolescente por meio da eletroforese da hemoglobina.

	Concentração de hemoglobina (<g/dL)	Hematócrito (<%)
Criança (idade em anos)		
1-<2+	11,0	32,9
2-<5	11,1	33,0
5-<8	11,5	34,5
8-<12	11,9	35,4
Sexo masculino (idade em anos)		
12-<15	12,5	37,3
15-<18	13,3	39,7
>=18	13,5	39,9
Sexo feminino não gestante e não lactante (idade em anos)		
12-<15	11,8	35,7
15-<18	12,0	35,9
>=18	12,0	35,7

Fonte: CDC, 1990.

Exame laboratorial	Valores	Descrição
Hemoglobina (mg/dL)	<11,0	Indicativo de anemia
Hematócrito (%)	<33	Indicativo de anemia
Volume corpuscular médio (fL)	<75	Indicativo de anemia microcítica
Índice de saturação de transferrina (%)	<12	Depleção do ferro funcional
Capacidade de ligação do ferro total (mcg/dL)	<200	Indicativo da presença de doença infecciosa e/ou inflamatória
Ferritina (ng/mL)	<12	Depleção dos estoques de ferro
Receptor de transferrina (nmol/L)	> 28	Depleção de ferro funcional

Fonte: Samaur, 2005.

PERFIL LIPÍDICO

Podem ser realizados em crianças a partir de 2 anos, idade onde estão estabelecendo os pontos de corte, principalmente as que apresentam excesso de peso e/ou risco cardiovascular familiar.

Lipoproteínas (mg/dL)	Desejáveis	Limitrofes	Aumentados
Colesterol total	< 150	150-169	>170
LDL-C	<100	100-129	≥130
HDL-C	≥45		
Triglicérides	<100	100-129	≥130

Fonte: I Diretriz de prevenção da aterosclerose na infância e adolescência, 2005.

GLICEMIA

Classificação	Glicemia de jejum (mg/dl)	Glicemia 2h após TTG 75g (mg/dl)
Normal	<110	< 140
Hiperglicemia intermediária (glicemia de jejum alterada ou tolerância a glicose diminuída)	110-125	140-199
Diabetes mellitus	Maior e igual a 126	Maior e igual a 200

ANEXO 4



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA

NOME: _____

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA INTRODUÇÃO DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR PARA CRIANÇAS AMAMENTADAS

Julho 2015

O leite materno é o melhor alimento para o bebê e é completo até os seis meses de idade. A partir daí, é necessário incluir gradativamente outros alimentos no dia alimentar da criança para fornecer maior teor de energia e nutrientes e promover o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. Assim, a alimentação complementar deve conter alimentos de todos os grupos.

GRUPOS ALIMENTARES:

- ✓ **Cereais:** arroz, aveia, fubá, farinha de milho, macarrão, amido de milho (Maizena[®]), pão, bolacha salgada e bolacha de maisena.
- ✓ **Tubérculos e raízes:** aipim, batata (doce, inglesa ou baroa), inhame e cará.
- ✓ **Verduras:** espinafre, tomate, cebola, brócolis, couve, etc.
- ✓ **Legumes:** chuchu, cenoura, beterraba, couve-flor, abóbora, vagem, abobrinha, etc.
- ✓ **Frutas:** banana, mamão, maçã, pêra, laranja lima, etc.
- ✓ **Leguminosas:** feijões, ervilha, lentilha, soja e grão-de-bico.
- ✓ **Carnes e ovos:** carnes frescas magras, sem pele (ave, peixe e boi), ovos.
- ✓ **Óleos e gorduras:** óleos, margarina e manteiga. Usar com moderação.

ATENÇÃO:

Não oferecer açúcar, bala, chocolate, biscoitos recheados, biscoitos amanteigados, bombons, brigadeiro, refrigerantes, frituras, alimentos gordurosos, salgadinhos tipo Chips, etc, às crianças com menos de 01 ano de idade.

A introdução de novos alimentos é importante na vida do bebê. Ele vai conhecer novos sabores e aprender a mastigar e engolir. Por isso, se ele fizer caretas e colocar a comida pra fora da boca, não desista. Isso faz parte de um processo natural de aprendizagem.

Deve-se introduzir novas variedades de alimentos conforme a aceitação dos anteriores, gradativamente, de acordo com o esquema alimentar a seguir.

ESQUEMA ALIMENTAR PARA FAZER A INTRODUÇÃO DOS ALIMENTOS:

REFEIÇÃO	6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º ao 12º MÊS
<i>Lanche da manhã</i>	Papa de fruta	Papa de fruta	Papa de fruta	Papa de fruta	Fruta
<i>Almoço</i>	Papa salgada	Papa salgada	Papa salgada	Refeição salgada	Refeição salgada
<i>Lanche da tarde</i>	-	Papa de fruta	Papa de fruta	Papa de fruta	Papa de fruta
<i>Jantar</i>	-	-	Papa salgada	Refeição salgada	Refeição salgada

Procurar introduzir os novos alimentos conforme este esquema alimentar mantendo, porém o leite materno à vontade, sempre que a criança desejar, inclusive como complemento de pequenas refeições.

LEMBRAR SEMPRE QUE O ALEITAMENTO MATERNO CONTINUA SENDO IMPORTANTE E DEVE SER MANTIDO ATÉ OS 02 ANOS DE IDADE!

No 6º Mês:

- ✓ Iniciar a oferta de frutas amassadas ou raspadas. Usar frutas bem maduras e que não necessitam ser adoçadas, tais como: mamão, pêra, banana, laranja lima e maçã argentina.
- ✓ Iniciar a oferta da papa salgada usando 03 ou 04 alimentos diferentes como: uma porção pequena de carnelina (boi ou ave), caldo de leguminosa, verdura, legume, tubérculo e/ou cereal. Usar óleo e sal em pequena quantidade. Amassar os ingredientes até que fiquem da forma de um purê. Acrescentar diariamente ½ gema cozida ou 01 gema inteira, um dia sim e outro não.
- ✓ Oferecer água filtrada e fervida à temperatura ambiente, nos intervalos das refeições.
- ✓ Observação: **não passar na peneira e não liquidificar alimentos, pois a papa peneirada ou liquefeita não estimula a mastigação.**

No 7º Mês:

- ✓ Manter o esquema do 6º mês, substituindo o lanche da tarde por uma papa de fruta.

No 8º Mês:

- ✓ Manter o esquema do 7º mês, substituindo o jantar por uma papa salgada.

No 9º, 10º e 11º Mês:

- ✓ A partir do 9º mês já podem ser introduzidos alimentos como: biscoitos, arroz papa, macarrão bem cozido, polenta, carne moída, carne desfiada, frango desfiado e feijão amassado com poucos grãos. Legumes, verduras e tubérculos podem ser oferecidos bem cozidos e amassados.

A partir do 12º Mês:

- ✓ Pode ser o introduzido o pão, a clara de ovo, o grão do feijão inteiro etc. A criança deve alimentar-se da comida da família.

RECEITAS

PAPA DE BATATA, CENOURA E CARNE:

Ingredientes:

- 40g de carne picadinha
- 03 batatas médias
- ½ cenoura
- 01 colher de cebola picadinha
- 01 colher de sobremesa de óleo de cozinha
- ½ colher (cafezinho) nivelada de sal
- 02 copos de água

Modo de Preparo: Numa panela pequena, aquecer o óleo e refogar rapidamente a cebola e a carne. Acrescentar a batata e a cenoura picadas, o sal e mais dois copos de água (400ml). Colocar a tampa. Deixar cozinhar até que os ingredientes estejam macios e quase sem água. Se necessário, acrescentar mais água.

PAPA DE BATATA DOCE, ABOBRINHA E FRANGO:

Ingredientes:

- 50g de frango picadinho
- 01 colher de sobremesa de óleo de cozinha
- 01 colher de chá de cebolinha picada
- 01 batata doce média
- ½ abobrinha pequena
- ½ colher (cafezinho) nivelada de sal
- 02 copos de água

Modo de Preparo: Numa panela pequena, aquecer o óleo e refogar rapidamente a cebola e o frango. Acrescentar a batata doce e a abobrinha picadas, o sal e mais dois copos de água (400ml). Colocar a tampa. Deixar cozinhar até que os ingredientes estejam macios e quase sem água. Se necessário, acrescentar mais água.



NOME: _____

***ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA A ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA
– ALEITAMENTO ARTIFICIAL (FÓRMULAS INFANTIS)***

Julho 2015

O leite materno é o melhor alimento para o bebê. Entretanto, em algumas situações quando é impossível amamentar, é necessário utilizar o aleitamento artificial. Neste caso, a criança deve receber fórmulas lácteas próprias para a idade prescritas por Nutricionista ou Médico.

O dia alimentar da criança deve suprir energia e nutrientes para promover o crescimento e desenvolvimento saudáveis. Segue abaixo a descrição dos grupos alimentares e o esquema alimentar para o primeiro ano de vida.

GRUPOS ALIMENTARES:

- ✓ **Cereais:** arroz, aveia, fubá, farinha de milho, macarrão, amido de milho (Maizena®), pão, bolacha salgada e bolacha de maisena.
- ✓ **Tubérculos e raízes:** aipim, batata (doce, inglesa ou baroa), inhame e cará.
- ✓ **Verduras:** espinafre, tomate, cebola, brócolis, couve, etc.
- ✓ **Legumes:** chuchu, cenoura, beterraba, couve-flor, abóbora, vagem, abobrinha, etc.
- ✓ **Frutas:** banana, mamão, maçã, pêra, laranja lima, etc.
- ✓ **Leguminosas:** feijões, ervilha, lentilha, soja e grão-de-bico.
 - ✓ **Carnes e ovos:** carnes frescas magras, sem pele (ave, peixe e boi), ovos.
 - ✓ **Óleos e gorduras:** óleos, margarina e manteiga. Usar com moderação.

ESQUEMA ALIMENTAR PARA O PRIMEIRO ANO DE VIDA:

Esta é apenas uma sugestão e poderá ser alterada de acordo com as necessidades da criança.

Prescrição do leite em pó:

- **Produto:** _____
- **Medida:** colher-medida da embalagem, conforme as quantidades e diluições abaixo.

1º Mês	<p>Nº de refeições : 6 a 8 mamadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 02 colheres-medida de leite em pó + 60ml de água filtrada e fervida
2º Mês	<p>Nº de refeições : 6 a 8 mamadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 03 colheres-medida de leite em pó + 90ml de água filtrada e fervida
3º Mês	<p>Nº de refeições : 6 a 8 mamadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 04 colheres-medida de leite em pó + 120ml de água filtrada e fervida
4º Mês	<p>Nº de refeições : 6 mamadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 05 colheres-medida de leite em pó + 150ml de água filtrada e fervida
5º Mês	<p>Nº de refeições : 5 mamadas e 1 refeição</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 06 colheres-medida de leite em pó + 180ml de água filtrada e fervida <p>Lanche da manhã:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciar a oferta de frutas amassadas na forma de purê ou raspadas. Oferecer com colher. Usar frutas bem maduras que não necessitam ser adoçadas, tais como: mamão, pêra, banana e maçã argentina. ✓ Oferecer água filtrada e fervida à temperatura ambiente, nos intervalos das refeições.
6º Mês	<p>Nº de refeições : 4 mamadas e 2 refeições</p> <p>Desjejum, lanche da tarde, jantar e lanche da noite: mamadas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 07 colheres-medida de leite em pó + 210ml de água filtrada e fervida <p>Lanche da manhã:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Igual ao 5º mês. <p>Almoço:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciar a oferta da papa salgada usando 03 ou 04 alimentos diferentes como: uma porção pequena de carne moída (boi ou ave), caldo de leguminosa, verdura, legume, tubérculo e/ou cereal. Usar óleo e sal em pequena quantidade. Amassar com o garfo os ingredientes até a forma de purê. Acrescentar diariamente ½ gema cozida ou 01 gema inteira, um dia sim e outro não. Não liquidificar os alimentos, pois a papa liquefeita não estimula a mastigação. ✓ Oferecer água filtrada e fervida à temperatura ambiente, nos intervalos das refeições.
7º Mês	<p>Nº de refeições: 3 mamadas e 3 refeições</p> <p>-Manter o esquema do 6º mês, mas substituir a mamada do jantar por papa salgada.</p>
8º Mês	<p>Nº de refeições: 3 mamadas e 3 refeições</p> <p>-Manter o esquema do 7º mês.</p>
9º ao 11º Mês	<p>Nº de refeições: 3 mamadas e 3 refeições</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Manter o esquema anterior, podendo introduzir alimentos como: biscoitos, arroz papa,

	macarrão bem cozido, polenta, carne moída, carne desfiada, frango desfiado e feijão amassado com poucos grãos. Legumes, verduras e tubérculos podem ser oferecidos bem cozidos e amassados.
12º Mês	<p>Nº de refeições: 3 mamadas e 3 refeições</p> <p>✓ Pode ser introduzido o pão, a clara de ovo, o grão do feijão inteiro, etc. A criança deve alimentar-se da comida da família.</p>

ATENÇÃO:

Não oferecer açúcar, bala, chocolate, biscoitos recheados, biscoitos amanteigados, bombons, brigadeiro, refrigerantes, frituras, alimentos gordurosos, salgadinhos tipo Chips, etc, às crianças com menos de 01 ano de idade.

A introdução de novos alimentos é importante na vida do bebê. Ele vai conhecer novos sabores e aprender a mastigar e engolir. Por isso, se ele fizer caretas e colocar a comida pra fora da boca, não desista. Isso faz parte de um processo natural de aprendizagem.

Deve-se introduzir novas variedades de alimentos conforme a aceitação dos anteriores, de maneira gradativa.

RECEITAS

PAPA DE BATATA, CENOURA E CARNE:

Ingredientes:

- 40g de carne picadinha
- 03 batatas médias
- ½ cenoura
- 01 colher de cebola picadinha
- 01 colher de sobremesa de óleo de cozinha
- ½ colher (cafezinho) nivelada de sal
- 02 copos de água

Modo de Preparo: Numa panela pequena, aquecer o óleo e refogar rapidamente a cebola e a carne. Acrescentar a batata e a cenoura picadas, o sal e mais dois copos de água (400ml). Colocar a tampa. Deixar cozinhar até que os ingredientes estejam macios e quase sem água. Se necessário, acrescentar mais água.

PAPA DE BATATA DOCE, ABOBRINHA E FRANGO:

Ingredientes:

- 50g de frango picadinho
- 01 colher de sobremesa de óleo de cozinha
- 01 colher de chá de cebolinha picada
- 01 batata doce média

- ½ abobrinha pequena
- ½ colher (cafezinho) nivelada de sal
- 02 copos de água

Modo de Preparo: Numa panela pequena, aquecer o óleo e refogar rapidamente a cebola e o frango. Acrescentar a batata doce e a abobrinha picadas, o sal e mais dois copos de água (400ml). Colocar a tampa. Deixar cozinhar até que os ingredientes estejam macios e quase sem água. Se necessário, acrescentar mais água.

NOME: _____

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA O ESCOLAR

No período escolar a criança continua o processo de formação dos hábitos alimentares que vão se refletir ao longo da vida. Nesta fase, a criança deve receber a mesma alimentação da família, a qual deve sempre priorizar refeições de boa qualidade, garantindo assim o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, além de evitar dificuldade de aprendizado, irritação e falta de atenção.

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- ✓ Oferecer refeições bem variadas e coloridas, incluindo alimentos de vários grupos.
- ✓ Estimular o consumo diário de frutas, legumes, verduras e alimentos integrais com fibras.
- ✓ Oferecer 5 a 6 refeições ao dia: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite.
 - ✓ Orientar à criança a comer devagar, mastigando bem os alimentos para aproveitar melhor os nutrientes.
 - ✓ Estimular a ingestão de água no intervalo das refeições.
- Evitar a adição de açúcar nas preparações.
 - ✓ Evitar oferecer café preto, refrigerantes, frituras, sucos artificiais, bolachas recheadas, salgadinhos e outras guloseimas. Guloseimas só devem ser oferecidas às crianças em ocasiões especiais, de preferência após uma refeição completa.
 - ✓ Óleos vegetais podem ser utilizados com moderação no preparo dos alimentos e para tempero de saladas. Evitar o consumo de alimentos ricos em **gorduras** prejudiciais como: frituras, banha, carne gorda, pele de frango, torresmo, bacon, camarão, miúdos/vísceras, salame, mortadela, copa, presunto com gordura, queijo amarelo, creme de leite, nata, sorvetes cremosos, manteiga, chantilly, etc.
 - ✓ Evitar o consumo excessivo de **sal** e de alimentos ricos em sal como: temperos industrializados, molho de soja, conservas, enlatados, carne seca, peixe defumado, embutidos em geral, queijos, salgadinhos tipo *chips*, sopas industrializadas, etc.
 - ✓ Utilizar temperos e ervas naturais para dar mais sabor aos alimentos: alho, cebolinha, salsa, louro, alecrim, manjeriço, manjerona, canela, mostarda (folha seca), orégano, colorau, páprica, cominho, pimenta, cravo-da-índia, pimentão, curry, gengibre, salsinha, vinagre, sálvia, hortelã e tomilho

- ✓ Atividade Física (caminhadas, corrida, bicicleta, futebol, natação)

Observação 1: Utilizar pouco óleo no preparo das refeições e pequena quantidade de manteiga ou margarina nos pães, biscoitos e torradas.

Observação 2: Consumir sal com moderação.

GRUPOS ALIMENTARES:

- ✓ **Cereais:** arroz, aveia, farinha, fubá, macarrão, amido de milho (Maizena®), pão, biscoito, milho verde, canjica, cereais integrais matinais, etc.
- ✓ **Tubérculos e raízes:** aipim, batata (doce, inglesa ou baroa), inhame e cará.
- ✓ **Verduras:** espinafre, tomate, cebola, brócolis, couve, acelga, agrião, aipo, broto de feijão, alface, pepino, rabanete, chicória, etc.
- ✓ **Legumes:** chuchu, cenoura, beterraba, nabo, quiabo, berinjela, couve-flor, abóbora, vagem, abobrinha, etc.
- ✓ **Frutas:** banana, mamão, maçã, pêra, laranja, abacate, abacaxi, ameixa, caqui, morango, goiaba, melancia, kiwi, manga, tangerina, maracujá, melão, etc.
- ✓ **Leite e produtos lácteos:** leite, iogurte, queijo, requeijão, ricota
- ✓ **Leguminosas:** feijões, ervilha, lentilha, soja e grão-de-bico.
- ✓ **Carnes e ovos:** carnes frescas magras, sem pele (ave, peixe e boi), ovos e miúdos.
- ✓ **Oleaginosas:** nozes, amêndoas, amendoim, coco, pistache, avelãs, castanha de caju, castanha do Pará, castanha Portuguesa e pinhão. Consumir com moderação.
- ✓ **Óleos e gorduras:** óleos, margarina e manteiga. Consumir com moderação.

ESQUEMA ALIMENTAR PARA O ESCOLAR:

REFEIÇÃO	GRUPOS ALIMENTARES
Café da manhã	Leite e/ou produto lácteo + cereal + fruta + geléia <u>Exemplo:</u> Iogurte com banana picada e pão de trigo com geléia.
Lanche da manhã	Fruta. <u>Exemplo:</u> Goiaba.
Almoço	Verdura + legume + cereal + leguminosa + carne ou ovo + fruta <u>Exemplo:</u> Acelga; cenoura cozida; arroz; feijão; frango assado; laranja.
Lanche da tarde	Leite e/ou produto lácteo + cereal + fruta <u>Exemplo:</u> Vitamina de mamão; biscoito salgado.
Jantar	Verdura + legume + cereal + carne ou ovo + fruta <u>Exemplo:</u> Sanduíche natural com pão integral, alface, tomate, ovo mexido e queijo; suco natural de maracujá.

Lanche da noite	Leite e/ou produto lácteo + cereal + fruta <u>Exemplo</u> : Mingau de aveia com maçã picada.
-----------------	---



NOME: _____

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL PARA O PRÉ-ESCOLAR

No período pré-escolar a criança passa por mudanças importantes no padrão alimentar. Inicia-se o processo de formação dos hábitos alimentares que vão se refletir ao longo da vida. Nesta fase, a criança deve receber a mesma alimentação da família, a qual deve sempre priorizar refeições de boa qualidade, garantindo assim o seu crescimento e desenvolvimento saudáveis.

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- ✓ Oferecer refeições bem variadas e coloridas, incluindo alimentos de vários grupos.
- ✓ Estimular o consumo diário de frutas, legumes, verduras e alimentos integrais com fibras.
- ✓ Oferecer 5 a 6 refeições ao dia: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite.
 - ✓ Orientar à criança a comer devagar, mastigando bem os alimentos para aproveitar melhor os nutrientes.
 - ✓ Ofertar água e/ou chás fracos, no intervalo das refeições.
- Evitar a adição de açúcar nas preparações.
 - ✓ Evitar oferecer café, refrigerantes, frituras, sucos artificiais, bolachas recheadas, salgadinhos e outras guloseimas. Guloseimas só devem ser oferecidas às crianças em ocasiões especiais, de preferência após uma refeição completa.
 - ✓ Óleos vegetais podem ser utilizados com moderação no preparo dos alimentos e para tempero de saladas. Evitar o consumo de alimentos ricos em **gorduras** prejudiciais como: frituras, banha, carne gorda, pele de frango, torresmo, bacon, camarão, miúdos/vísceras, salame, mortadela, copa, presunto com gordura, queijo amarelo, creme de leite, nata, sorvetes cremosos, manteiga, chantilly, etc.
 - ✓ Evitar o consumo excessivo de **sal** e de alimentos ricos em sal como: temperos industrializados, molho de soja, conservas, enlatados, carne seca, peixe defumado, embutidos em geral, queijos, salgadinhos tipo *chips*, sopas industrializadas, etc.
 - ✓ Utilizar temperos e ervas naturais para dar mais sabor aos alimentos: alho, cebolinha, salsa, louro, alecrim, manjericão, manjerona, canela, mostarda (folha seca), orégano, colorau, páprica, cominho, pimenta, cravo-da-índia, pimentão, curry, gengibre, salsinha, vinagre, sálvia, hortelã e tomilho.

**O ALEITAMENTO MATERNO CONTINUA SENDO IMPORTANTE E
DEVE SER MANTIDO ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE!**

GRUPOS ALIMENTARES:

- ✓ **Cereais:** arroz, aveia, farinha, fubá, macarrão, amido de milho (Maizena®), pão, biscoito, milho verde, canjica, cereais matinais, etc.
- ✓ **Tubérculos e raízes:** aipim, batata (doce, inglesa ou baroa), inhame e cará.
- ✓ **Verduras:** espinafre, tomate, cebola, brócolis, couve, acelga, agrião, aipo, broto de feijão, alface, pepino, rabanete, chicória, etc.
- ✓ **Legumes:** chuchu, cenoura, beterraba, nabo, quiabo, berinjela, couve-flor, abóbora, vagem, abobrinha, etc.
- ✓ **Frutas:** banana, mamão, maçã, pêra, laranja, abacate, abacaxi, ameixa, caqui, morango, goiaba, melancia, kiwi, manga, tangerina, maracujá, melão, etc.
- ✓ **Leite e produtos lácteos:** leite, iogurte, queijo, requeijão, ricota...
- ✓ **Leguminosas:** feijões, ervilha, lentilha, soja e grão-de-bico.
- ✓ **Carnes e ovos:** carnes frescas magras, sem pele (ave, peixe e boi), ovos e miúdos.
- ✓ **Oleaginosas:** nozes, amêndoas, amendoim, coco, pistache, avelãs, castanha de caju, castanha do Pará, castanha Portuguesa e pinhão. Consumir com moderação.
- ✓ **Óleos e gorduras:** óleos, margarina e manteiga. Consumir com moderação.

ESQUEMA ALIMENTAR PARA O PRÉ-ESCOLAR:

REFEIÇÃO	GRUPOS ALIMENTARES
Café da manhã	Leite e/ou produto lácteo + cereal + fruta Leite + Pão c/ margarina + 1 fatia de mamão
Lanche da manhã	Fruta (Maçã, Banana, Manga, Laranja....)
Almoço	Verdura + legume + cereal + leguminosa + carne ou ovo + fruta Brócolis + cenoura + arroz + feijão + bife + maçã
Lanche da tarde	Leite e/ou produto lácteo + cereal + fruta Leite + bolacha maisena + banana
Jantar	Verdura + legume + cereal + carne ou ovo + fruta Espinafre + beterraba + arroz + frango + laranja
Lanche da noite	Leite e/ou produto lácteo (leite)

Observação 1: Caso a criança não mame no peito, o leite deve ser oferecido no copo.

Observação 2: Utilizar pouco óleo no preparo das refeições e pequena quantidade de manteiga ou margarina nos pães, biscoitos e torradas.

Observação 3: Consumir sal com moderação.



NOME: _____

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NA ANEMIA

A anemia ferropriva é uma doença causada pela carência de ferro no organismo, levando à diminuição do número de células sanguíneas.

RECOMENDAÇÕES GERAIS:

- ✓ Fazer refeições bem variadas, incluindo alimentos de todos os grupos: cereais, pães, tubérculos e raízes; hortaliças (verduras e legumes); frutas; leites e produtos lácteos; carnes e ovos; leguminosas; oleaginosas; óleos e gorduras; açúcares e doces.
- ✓ Fazer de 5 a 6 refeições ao dia: café da manhã, lanche da manhã, almoço, lanche da tarde, jantar e lanche da noite.
 - ✓ Dê preferência a alimentos ricos em ferro. Inclua nas refeições alimentos ricos em vitamina C para melhorar a absorção do ferro.
 - ✓ Consumir, sempre que possível, frutas e verduras cruas;
 - ✓ Evitar o uso de chá preto, café e qualquer alimento ou bebida ricos em cafeína, pois esta substância dificulta a absorção do ferro.

ALIMENTOS RECOMENDADOS:

- Alimentos ricos em ferro:

- ✓ Grupo dos cereais, pães, tubérculos e raízes: aveia, trigo, cevada e centeio, dando preferência aos cereais integrais e seus produtos; batata-salsa.
- ✓ Grupo das hortaliças (verduras e legumes): abóbora, beterraba, agrião, espinafre, pimentão, repolho, brócolis, tomate.
- ✓ Grupo das frutas: frutas secas.
- ✓ Grupo do leite e produtos lácteos: leites enriquecidos com ferro.
- ✓ Grupo das carnes e ovos: gado, frango, peixe, marisco, ostra, vísceras /miúdos (fígado, moela, coração), ovos (principalmente a gema).
- ✓ Grupo das leguminosas: feijão, lentilha, ervilha, grão de bico, soja, tremoço.
- ✓ Grupo das oleaginosas: castanha de caju, amêndoa, amendoim, pinhão, sementes de abóbora.
- ✓ Grupo dos açúcares e doces: açúcar mascavo, melado de cana, rapadura.

- ✓ **Alimentos ricos em vitamina C**: laranja, limão, tangerina, maracujá, pitanga, abacaxi, acerola, morango, caju, goiaba, kiwi, carambola.

IMPORTANTE! A indústria de alimentos coloca no mercado várias opções de produtos enriquecidos com ferro. Verifique o rótulo das embalagens.

REFERÊNCIAS