

Manual prático de dietoterapia infantil

Doenças comuns na primeira infância
e
Receitas para a alimentação infantil
introdutória
(a partir dos 6 meses de idade)



Jéssica Cristina de Cezaro
Fábia Benetti
Taís Fátima Soder
Thaís Fontoura Pinheiro

**Manual prático de dietoterapia infantil:
doenças comuns na primeira infância e
receitas para a alimentação infantil
introdutória (a partir dos 6 meses de idade)**



**UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA DO
ALTO URUGUAI E DAS MISSÕES**

REITOR

Luiz Mario Silveira Spinelli

PRÓ-REITOR DE ENSINO

Arnaldo Nogaro

PRÓ-REITOR DE PESQUISA, EXTENSÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

Giovani Palma Bastos

PRÓ-REITOR DE ADMINISTRAÇÃO

Nestor Henrique de Cesaro

CÂMPUS DE FREDERICO WESTPHALEN

Diretora Geral

Silvia Regina Canan

Diretora Acadêmica

Elisabete Cerutti

Diretor Administrativo

Clóvis Quadros Hempel

CÂMPUS DE ERECHIM

Diretor Geral

Paulo José Sponchiado

Diretora Acadêmica

Elisabete Maria Zanin

Diretor Administrativo

Paulo Roberto Giollo

CÂMPUS DE SANTO ÂNGELO

Diretor Geral

Gilberto Pacheco

Diretor Acadêmico

Marcelo Paulo Stracke

Diretora Administrativa

Berenice Beatriz Rossner Wbatuba

CÂMPUS DE SANTIAGO

Diretor Geral

Francisco de Assis Górski

Diretora Acadêmica

Michele Noal Beltrão

Diretor Administrativo

Jorge Padilha Santos

CÂMPUS DE SÃO LUIZ GONZAGA

Diretora Geral

Dinara Bortoli Tomasi

CÂMPUS DE CERRO LARGO

Diretor Geral

Edson Bolzan



CONSELHO EDITORIAL DA URI

Presidente

Denise Almeida Silva (URI/FW)

Conselho Editorial

Acir Dias da Silva (UNIOESTE)

Adriana Rotoli (URI/FW)

Alessandro Augusto de Azevedo (UFRN)

Alexandre Marino da Costa (UFSC)

Attico Inacio Chassot (Centro Universitário Metodista)

Carmen Lucia Barreto Matzenauer (UCPel)

Cláudia Ribeiro Bellochio (UFMS)

Daniel Pulcherio Fensterseifer (URI/FW)

Dieter Rugard Siedenberg (UNIJUI)

Edite Maria Sudbrack (URI/FW)

Elisete Tomazetti (UFMS)

Elton Luiz Nardi (UNOESC)

Gelson Pelegrini (URI/FW)

João Ricardo Hauck Valle Machado (AGES)

José Alberto Correa (Universidade do Porto, Portugal)

Júlio Cesar Godoy Bertolin (UPF)

Lenir Basso Zanon (UNIJUI)

Leonel Piovezana (Unochapeco)

Leonor Scliar-Cabral Professor Emeritus (UFSC)

Liliana Locatelli (URI/FW)

Lisiane Ilha Librelotto (UFSC)

Lizandro Carlos Calegari (UFMS)

Lourdes Kaminski Alves (UNIOESTE)

Luis Pedro Hillesheim (URI/FW)

Luiz Fernando Framil Fernandes (FEEVALE)

Maria Simone Vione Schwengber (UNIJUI)

Marília dos Santos Lima (PUC/RS)

Mauro José Gaglietti (URI/Santo Ângelo)

Miguel Ângelo Silva da Costa (URI/FW)

Noemi Boer (URI/Santo Ângelo)

Patrícia Rodrigues Fortes (CESNORS/FW)

Paulo Vanderlei Vargas Groff (UERGS/FW)

Rosa Maria Locatelli Kalil (UPF)

Rosângela Angelin (URI/Santo Ângelo)

Sibila Luft (URI/Santo Ângelo)

Tania Maria Esperon Porto (UFPEL)

Vicente de Paula Almeida Junior (UFFS)

Walter Frantz (UNIJUI)

Ximena Antonia Diaz Merino (UNIOESTE)

Jéssica Cristina de Cezaro
Fábia Benetti
Taís Fátima Soder
Thaís Fontoura Pinheiro

**Manual prático de dietoterapia infantil:
doenças comuns na primeira infância &
receitas para a alimentação infantil
introdutória (a partir dos 6 meses de idade)**



2019



Este trabalho está licenciado sob uma Licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial-SemDerivados 3.0 Não Adaptada. Para ver uma cópia desta licença, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>.

Organização: Jéssica Cristina de Cezaro, Fábía Benetti, Taís Fátima Soder, Thaís Fontoura Pinheiro
Revisão Linguística: Marinês Ulbriki Costa
Revisão metodológica: Julia Dammann; Elisângela Bertolotti
Capa/Arte: Jéssica Cristina de Cezaro, Fábía Benetti, Taís Fátima Soder, Thaís Fontoura Pinheiro
Diagramação: Julia Dammann; Thaís Fontoura Pinheiro

**O conteúdo dos textos é de responsabilidade exclusiva dos(as) autores(as).
Permitida a reprodução, desde que citada a fonte.**

Catálogo na Fonte elaborada pela
Biblioteca Central URI/FW

M294 Manual prático de dietoterapia infantil : doenças comuns na primeira infância & receitas para a alimentação infantil introdutória (a partir dos 6 meses de idade) / Jéssica Cristina de Cezaro ... [et.al]. - Frederico Westphalen : URI, 2019.

77 p.

ISBN: 978-85-7796-253-2

1. Alimentação. 2. Dietoterapia infantil. 3. Nutrição. 4. Aleitamento materno. 5. Alimentos de transição. I. Cezaro, Jéssica Cristina de. II. Título.

CDU 612.39

Catálogo na fonte: Bibliotecária Jetlin da Silva Maglioni CRB-10/2462



URI – Universidade Regional Integrada
do Alto Uruguai e das Missões
Prédio 10

CÂMPUS de Frederico Westphalen:
Rua Assis Brasil, 709 – CEP 98400-000
Tel.: 55 3744 9223 – Fax: 55 3744-9265
E-mail: editora@uri.edu.br

Impresso no Brasil
Printed in Brazil

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
ALEITAMENTO MATERNO.....	9
ALIMENTOS DE TRANSIÇÃO	14
<i>ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS QUE ESTÃO EM ALEITAMENTO MATERNO.....</i>	<i>18</i>
<i>QUANTIDADE E TEXTURA DOS ALIMENTOS DE ACORDO COM A IDADE DA CRIANÇA.....</i>	<i>19</i>
RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA LACTENTES EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS.....	20
<i>INTOLERÂNCIA À LACTOSE.....</i>	<i>20</i>
<i>ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA.....</i>	<i>22</i>
<i>FENILCETONÚRIA.....</i>	<i>23</i>
<i>GALACTOSEMIA.....</i>	<i>25</i>
<i>DOENÇA CELÍACA.....</i>	<i>27</i>
<i>DIABETES MELITO TIPO I.....</i>	<i>28</i>
<i>CONSTIPAÇÃO INFANTIL.....</i>	<i>31</i>
<i>HIPOVITAMINOSE A.....</i>	<i>33</i>
<i>ANEMIA FERROPRIVA</i>	<i>35</i>
<i>REFLUXO GASTROESOFÁGICO</i>	<i>37</i>
<i>DIARREIA E DESIDRATAÇÃO.....</i>	<i>38</i>
NÚMERO DIÁRIO DE PORÇÕES RECOMENDADAS PARA CADA GRUPO DA PIRÂMIDE ALIMENTAR, DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA DAS CRIANÇAS.	40
COMPONENTES DAS PAPAS SALGADAS	40
PAPINHAS SALGADAS	42
PAPINHAS DE FRUTAS	61
REFERÊNCIAS	71

“O amor de mãe por seu filho é diferente
de qualquer outra coisa no mundo.
Ele não obedece lei ou piedade,
ele ousa todas as coisas[...].”

Agatha Christie

INTRODUÇÃO

A nutrição adequada logo nos primeiros anos de vida apresenta papel fundamental na qualidade de vida futura. Após ter recebido aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade, preconiza-se que a criança passe a receber alimentação complementar de qualidade. (VITOLLO, 2008).

Pelo abandono precoce do aleitamento materno ou introdução de dieta de transição inadequada para a idade e pobre em micronutrientes, a criança poderá desenvolver uma série de danos, como por exemplo, a anemia ferropriva, principal deficiência nutricional detectada nos primeiros anos de vida, a qual atinge cerca de 50% dos lactentes brasileiros, o grupo de maior risco. (WEFFORT, 2009). A partir dos 6 meses de idade, devido ao esgotamento das reservas de ferro adquiridas no útero da mãe, a alimentação se faz extremamente importante para o lactente obter o aporte de ferro necessário. (BRAGA; VITALLE, 2010). Outras carências são frequentemente observadas nessas crianças, que estão diretamente ligadas à alimentação complementar inadequada ou tardia, tais como deficiência no conteúdo de zinco, vitamina B6, riboflavina e niacina. (WEFFORT, 2009).

ALEITAMENTO MATERNO

Antes dos 6 meses é desnecessária a oferta de outros alimentos além do leite materno, podendo interferir negativamente no estabelecimento dos hábitos alimentares seguintes, além de contribuir para a superalimentação e trazer risco para o trato gastrintestinal da criança, para as vias respiratórias como também podendo alterar a função renal. (BERNARDI et al, 2009).



O Ministério da Saúde (2009) costuma classificar e definir o aleitamento materno em:

- **Aleitamento materno exclusivo** – quando somente o leite materno é ofertado à criança, diretamente da mama ou ordenhado, sem ofertar outros tipos de líquidos ou sólidos, exceto gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais, sais de reidratação oral ou outro medicamento.
- **Aleitamento materno predominante** – quando, além do leite materno, a criança recebe água ou bebidas açucaradas à base de água e sucos de frutas.
- **Aleitamento materno** – quando a criança recebe leite materno independentemente se recebe ou não outro alimento.



- **Aleitamento materno complementado** – quando a criança recebe qualquer alimento sólido ou pastoso com a finalidade de complementar o aleitamento materno, mas não de substituí-lo. A criança pode receber além do leite materno algum outro tipo de leite, contudo, este não é considerado um alimento complementar.

- **Aleitamento materno misto ou parcial** – quando a criança recebe o leite materno além de outros tipos de leite.

No primeiro semestre de lactação, a mãe produz de 90 a 270mL de colostro por dia nos três primeiros dias, e no final de primeira semana pode chegar a até 420mL/dia. Ao completar o primeiro mês de vida da criança, o volume de leite produzido aumenta consideravelmente, atingindo cerca de 600mL/dia e, ao 6 meses passa a produzir cerca de 700 a 850mL/dia. Para que isso ocorra de maneira natural e adequada, o organismo materno necessita ingerir por dia no mínimo 500kcal a mais, e de 15 a 20g de proteína, além é claro, de mais de um litro extra de líquidos, em especial água. Uma dieta balanceada e adequada irá garantir a oferta de todos os nutrientes necessários para a saúde, tanto da nutriz quanto da criança. (DEL CIAMPO, 2008).

O guia alimentar para crianças menores de dois anos (Ministério da Saúde- 2010) apresenta algumas orientações quanto ao adequado aleitamento materno e seus benefícios, que seguem listados abaixo:

- ✚ Mesmo em climas muito quentes, o leite materno contém a quantidade de água suficiente para as necessidades do bebê, e a oferta de água, chás ou qualquer outro tipo de alimento sólido ou líquido, aumentam as chances do bebê adquirir alguma doença ou deficiência de nutrientes, além de diminuir o volume de leite materno que seria ingerido.
- ✚ O tempo para esvaziamento da mama depende de cada bebê; deve-se propor livre demanda, pois há aquele que consegue esvaziar em poucos minutos e o que faz em um tempo maior.
- ✚ Sempre no momento que a mãe for amamentar ela deve estar em uma posição confortável, apoiando as costas em uma cadeira confortável, e o bebê deve estar com o corpo voltado para a mãe, bem próximo. Lançar mão de uma almofada ou travesseiro pode ser útil; Ela não deve sentir dor ao amamentar, pois caso isso ocorra significa que o modo da pega está errado.
- ✚ A mãe que amamenta precisa ser orientada a ingerir no mínimo um litro de água filtrada a mais por dia, ou seja, ingerir mais do que sua ingestão habitual diária. É importante ressaltar que é necessário aproximadamente 900ml de água para a produção adequada do leite, por isso a extrema necessidade da ingestão desse líquido.



O estímulo constante à mama faz com que o bebê consiga sugar corretamente, até mesmo durante a noite.

Os benefícios do leite materno vão muito além da boa nutrição!

Para o bebê:

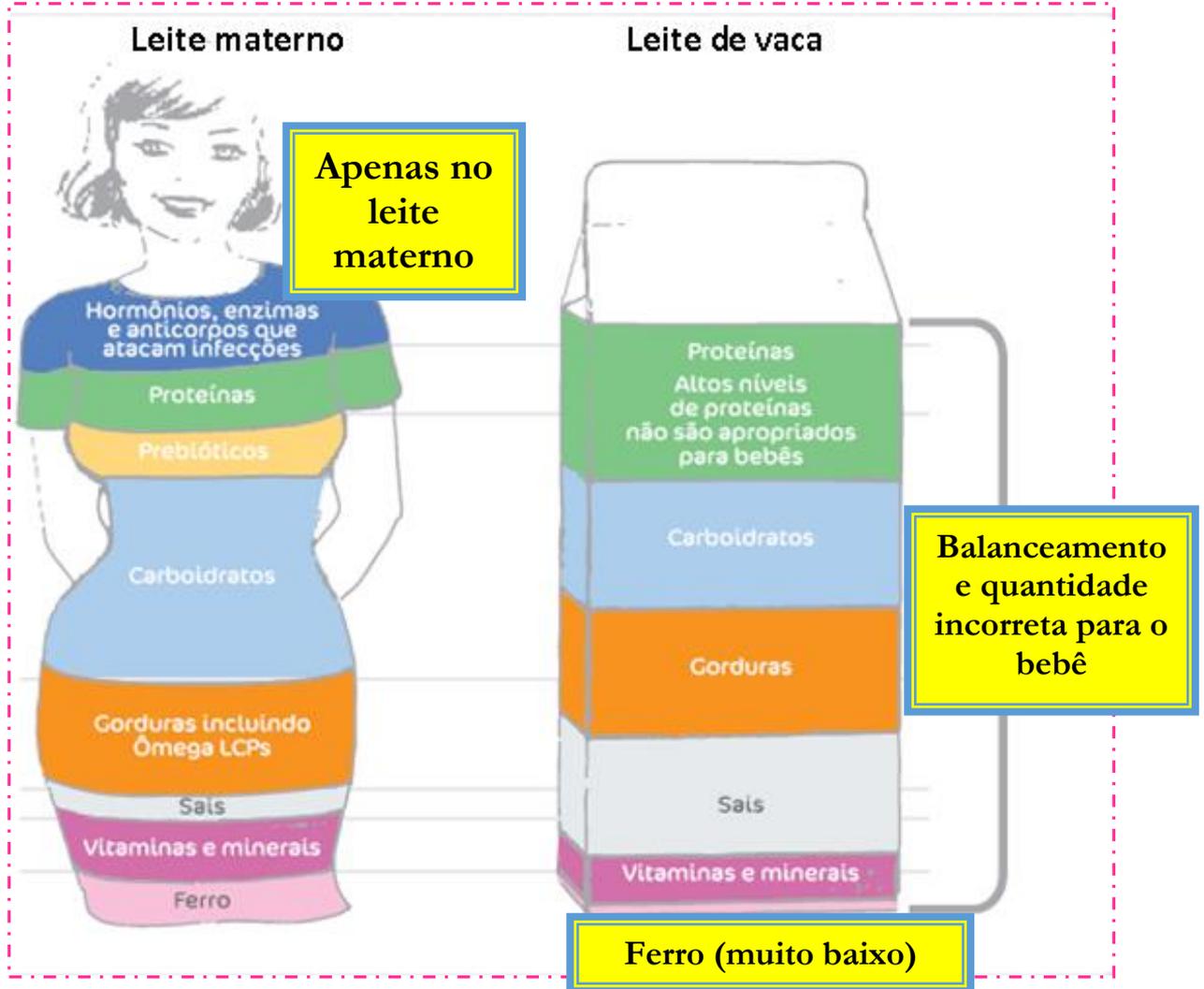
- ✓ Evita mortes infantis e diminui o risco de alergias;
- ✓ Evita diarreias e infecções respiratórias;
- ✓ Diminui riscos de hipertensão, colesterol elevado e diabetes;
- ✓ Oferece melhor nutrição e reduz chances de obesidade futura;
- ✓ Apresenta efeito positivo na inteligência;
- ✓ Melhora o desenvolvimento da cavidade bucal.

Para a mãe que amamenta:

- ✓ Proteção contra o câncer de mama;
- ✓ Pode evitar uma nova gravidez desde que a mãe esteja amamentando exclusivamente no peito e ainda não tenha menstruado;
- ✓ Gera menores custos financeiros;
- ✓ Promove maior vínculo afetivo entre mãe e filho;
- ✓ Oferece melhor qualidade de vida.



Benefícios do leite materno, em comparação com o leite de vaca:



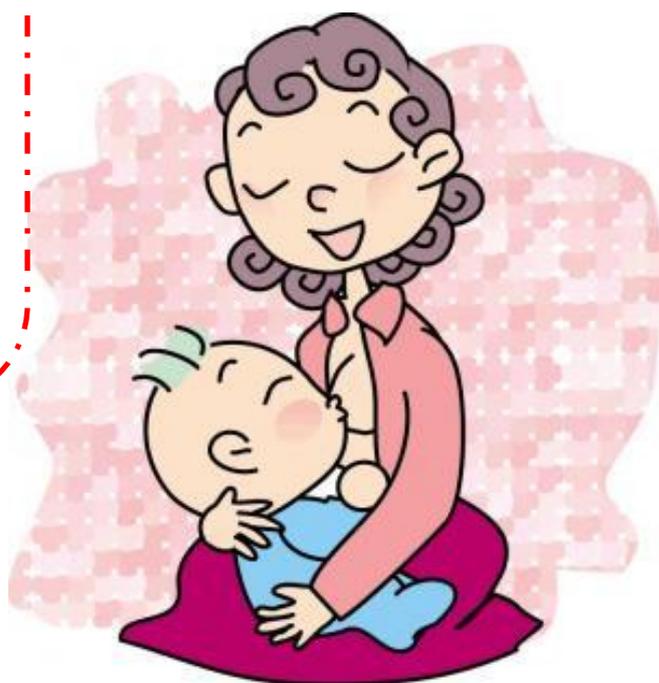


O leite materno apresenta:

Hormônios, enzimas e anticorpos que atacam infecções;
Proteínas;
Prebióticos;
Carboidratos;
Gorduras, incluindo Ômega LCPs;
Sais;
Vitaminas e minerais;
Ferro.

Já o leite de vaca:

Altos níveis de proteínas que NÃO são adequados para os bebês;
Carboidratos;
Gorduras;
Sais;
Vitaminas e minerais;
Baixíssima quantidade de ferro.



ALIMENTOS DE TRANSIÇÃO

A introdução de alimentos na dieta da criança após os 6 meses de idade deve vir para complementar as qualidades do leite materno, o qual deve ser mantido de preferência até os 2 anos de vida. A partir dos 6 meses a introdução de novos alimentos tende a aproximar de forma progressiva a criança aos hábitos alimentares de seus familiares, exigindo um esforço para a adaptação a uma nova fase do ciclo de vida, onde ela estará provando novas texturas e sabores, cores e aromas. (BRASIL, 2009).

A transição na alimentação direcionada a alimentos industrializados, ricos em açúcares, sódio e gordura saturada, bem como a redução do consumo de fibras e tem sido apontadas como fatores relevantes para o aumento do número de casos de obesidade, logo na primeira infância. Descobertas recentes também demonstram que quando os alimentos são ofertados em maiores porções, as crianças comem mais rapidamente e continuam a comer quando saciadas, totalizando um consumo maior de energia do que as crianças que não exibem esses comportamentos. (FORDE, FOGEL,



Conforme Brasil (2009), para ser considerada saudável, a alimentação a ser ofertada para as crianças nessa fase da vida deve contemplar os seguintes quesitos:

- **Acessibilidade financeira aos alimentos:** os gêneros considerados ideais não são caros, pois a nova dieta baseia-se em alimentos naturais e regionalmente produzidos, e não em produtos industrializados. Alimentos básicos tais como grãos, leguminosas, frutas, legumes e verduras devem constar na lista e serem as alternativas certas para ofertar às crianças.
- **Sabor:** para ter uma boa aceitabilidade, o alimento deverá ser saboroso, de preferência isento ou com pouca adição de sal e açúcar, para que dessa forma a criança se acostume com o sabor natural dos alimentos.
- **Cor:** quanto mais colorido for o prato ou os tipos de alimentos oferecidos, mais atenção à criança dará ao que lhe está sendo ofertado, pois será mais atrativo aos seus olhos, estimulando dessa forma o consumo de produtos diversos, como frutas, verduras, legumes, entre outros. Além disso, mais vitaminas e sais minerais contemplará sua dieta.
- **Variedade:** é necessária uma ampla variedade de grupos alimentícios para que possa suprir os nutrientes que a criança precisa, bem como para evitar a monotonia alimentar, e favorecer o paladar aos diferentes tipos de alimentos, mesmo que recusados diversas vezes até que a criança passe a consumi-los.
- **Harmonia:** é uma característica ligada diretamente ao equilíbrio de nutrientes que favorecem interações benéficas ao estado de saúde.
- **Segurança higiênico-sanitária:** os alimentos não devem apresentar risco de contaminação, seja física, química ou biológica.

Considerando esse grupo como sendo o mais vulnerável e de risco, medidas preventivas e de controle devem ser tomadas, desde a origem do alimento até o preparo e oferta à criança, garantindo assim a segurança alimentar que se deseja.





Ainda de acordo com Brasil (2009), após os seis meses de idade, a criança amamentada deve receber três refeições ao dia, sendo destas, duas papas de fruta e uma papa salgada, que poderá ser comida de panela, a mesma que a família já está consumindo, porém, deve-se observar a quantidade de sal na preparação.

Dando sequência e respeitando-se a evolução da criança, após completar sete meses de vida, poderá ser introduzida a segunda papa salgada, ou comida de panela, como arroz, feijão, carne, legumes e verduras. Após o oitavo mês, deverá ser passada gradativamente para a alimentação da família, bem como dando continuidade no decorrer dos meses.

Esquema alimentar para crianças menores de dois anos que estão em aleitamento materno

<i>Após completar 6 meses</i>	<i>Após completar 7 meses</i>	<i>Após completar 12 meses</i>
Aleitamento materno sob livre demanda	Aleitamento materno sob livre demanda	Aleitamento materno sob livre demanda
1 papa de frutas no meio da manhã	1 papa de frutas no meio da manhã	1 refeição pela manhã (pão, fruta com aveia)
1 papa salgada no final da manhã	1 papa salgada no final da manhã	1 fruta
1 papa de frutas no meio da tarde	1 papa de frutas no meio da tarde	1 refeição básica da família no final da manhã
	1 papa salgada no final da tarde	1 fruta
		1 refeição básica da família no final da tarde

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde, 2009.

A atitude da criança frente ao alimento bem como do mundo à sua volta está ligada a fase de desenvolvimento em que se encontra. Até 1 ano e 3 meses o interesse é em brincar, principalmente com a comida. Com 1 ano e 5 meses, ela já presta mais atenção no que lhe está sendo oferecido, passando a escolher conforme sua preferência. Entre 1 ano e 3 meses a 1 ano e 8 meses de idade pode surgir a vontade de comer sozinha. De 1 a 2 anos ela se interessa pelos alimentos dos adultos e passa a imitá-los na escolha de alimentos, motivos que influenciam nas suas escolhas. (SILVA, 2008; NICKLAUS et al., 2019).

O quadro abaixo apresenta as quantidades de alimento a serem oferecidas conforme a idade da criança.

Quantidade e textura dos alimentos de acordo com a idade da criança

Idade	Textura	Quantidade
A partir dos 6 meses	Alimentos bem amassados	Iniciar com 2 a 3 colheres de sopa e aumentar a quantidade conforme aceitação
A partir dos 7 meses	Alimentos bem amassados	2/3 de uma xícara ou tigela de 250ml
9 a 11 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	3/4 de uma xícara ou tigela de 250ml
12 a 24 meses	Alimentos bem cortados ou levemente amassados	Uma xícara ou tigela de 250ml

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2010.

RECOMENDAÇÕES NUTRICIONAIS PARA LACTENTES EM SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

INTOLERÂNCIA À LACTOSE

A deficiência total ou parcial da enzima denominada lactase, responsável por hidrolisar em glicose e galactose a lactose presente no leite, é popularmente conhecida como intolerância à lactose (BRANCO et al., 2017).

As reações adversas a alimentos compreendem uma grande variedade de sintomas, estando estes relacionados a determinados alimentos. Estas reações podem ser tóxicas e não-tóxicas, sendo que, a primeira está relacionada com características do próprio alimento, e a segunda, relacionada com deficiências enzimáticas que dificultam ou impedem a digestão do alimento, como por exemplo, a intolerância a lactose. (SHIMAMOTO; MORAIS, 2009).

Na intolerância à lactose, a enzima responsável pela hidrólise da lactose (lactase) apresenta diminuição parcial ou total de sua atividade. Desta forma, acarreta em sintomas que podem consistir desde um simples mal-estar até um choque anafilático (BRANCO et al., 2017).

Os indivíduos podem ser intolerantes à lactose em graus variados, dependendo da gravidade desses sintomas. Quando a lactose não é digerida, ela pode ser fermentada pela microbiota intestinal, levando a sintomas de intolerância à lactose que incluem dor abdominal, inchaço, flatulência e diarreia. Esses sintomas gastrointestinais podem ser semelhantes à alergia ao leite de vaca e podem ser erroneamente rotulados como sintomas de "alergia ao leite". Existem diferenças importantes entre a intolerância à lactose e a alergia ao leite de vaca; portanto, um melhor conhecimento dessas diferenças poderia limitar os mal-entendidos na abordagem diagnóstica e no gerenciamento dessas condições (DI COSTANZO; CANANI, 2018).

A intolerância à lactose pode ser eliminada ou significativamente reduzida pela eliminação ou redução da ingestão de leite e produtos contendo leite. No entanto, aqueles com intolerância à lactose primária têm diferentes graus de lactase e, frequentemente, são capazes de tolerar quantidades variáveis de lactose dietética. (ROSADO, 2016).



Diferenças entre Intolerância à Lactose e Alergia à Proteína do Leite

	Intolerância à Lactose	Alergia à Proteína do Leite
Mecanismo	Deficiência enzimática	Imunológico
Faixa etária de maior incidência	Adultos	Crianças
Prevalência	Alta	Baixa
Sintomas	Diarreia, cólica, fezes amolecidas, dor abdominal e flatulência, começando logo após a ingestão de lácteos.	Diarreia, urticária, angioedema, sangue nas fezes, vômito, disfagia, déficit de crescimento, doença do refluxo gastroesofágico e constipação, dispneia, sibilos generalizados, arritmia, hipotensão, Choque, convulsão, sonolência e ainda perda da consciência.

Fonte: CÉZARO et al., 2019.

Conforme Hodges et al., (2019), o cálcio é um nutriente importante com impacto em muitos sistemas biológicos, principalmente nos ossos. Garantir a ingestão adequada de cálcio ao longo da vida é essencial para a construção e manutenção óssea. Estudos recentes sugerem uma associação significativa entre o consumo de produtos lácteos e a saúde óssea, particularmente em crianças. Dessa maneira, em indivíduos (principalmente crianças) que não consomem leite e seus derivados, o cálcio deve ser fornecido por meio de suplementos

dietéticos ou outras fontes alimentares que contenham esse micronutriente, além de vitamina D e proteínas.

ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais comum nas crianças até vinte e quatro meses e é caracterizada pela reação do sistema imunológico às proteínas do leite, principalmente à caseína (proteína do coalho) e às proteínas do soro (alfa-lactoalbumina e betalactoglobulina). É muito raro o seu diagnóstico em indivíduos acima dessa idade, visto que há uma determinada tolerância oral progressiva à proteína do leite de vaca (BRASIL, 2017).

Sabe-se que o leite de vaca engloba 20 proteínas potencialmente sensibilizantes, incluindo α lactoalbumina, β -lactoglobulina, albumina de soro bovina, imunoglobulinas bovinas e caseínas (FERREIRA et al., 2014). Na alergia, essas proteínas são reconhecidas pelo Sistema imune como antígenos, provocando uma resposta imunológica e desencadeando a reação alérgica à proteína do leite (BRANCO et al., 2017).

Ela pode ser dividida em três grupos: IgE mediada, não IgE mediada e mista. O tempo transcorrido entre a exposição ao alérgeno e o desenvolvimento dos sintomas diferenciam as reações em imediatas e tardias. As reações imediatas ocorrem de minutos até 2 horas após a ingestão do leite de vaca, enquanto as reações tardias manifestam-se em 48 horas ou até mesmo uma semana após a ingestão. Vale ressaltar que é possível a ocorrência de reações imediatas e tardias combinadas, perante o mesmo antígeno, em um mesmo indivíduo, representando assim a alergia mista (CASTRO et al., 2015; LIMA et al., 2017).

Referente a sintomatologia, a alergia pode ainda causar além de sintomas gastrontestinais alterações cutâneas, orais, respiratórias, cardiovasculares e neurológicas. (BRASIL, 2017).

A conduta dietoterápica na APLV baseia-se no estímulo ao aleitamento materno, exclusão da(s) proteína(s) alergênica(s) da dieta, prescrição de dieta substitutiva que proporcione todos os nutrientes necessários em crianças até 6 meses e Prescrição de alimentação complementar (de 6 a 24 meses). No caso do aleitamento materno a mãe pode excluindo os alimentos preparados com leite de vaca e seus derivados da sua própria dieta. Quando não há aleitamento materno deve ser indicada fórmula nutricional especializada para substituir ou complementar a dieta do lactente (BRASIL, 2017).

Após a exclusão de alimentos que contenham leite resulte na melhora dos sintomas, deve ser realizada sua reintrodução gradual ao longo do tempo e com acompanhamento médico e nutricional adequado (BRASIL, 2017).

FENILCETONÚRIA

A fenilcetonúria (FNC) é uma doença genética, autossômica recessiva, caracteriza-se pela deficiência parcial ou total da enzima hepática fenilalanina hidroxilase. A ausência (ou atividade deficiente) dessa enzima impede a conversão de fenilalanina, um dos aminoácidos essenciais e mais comuns do organismo, em tirosina, causando acúmulo de fenilalanina no sangue (hiperfenilalaninemia) e, conseqüentemente, no líquido acarretando alterações no sistema nervoso central com retardo mental irreversível. (BRASIL, 2019).

Existem várias formas de classificação da FNC. FNC clássica: o paciente apresenta níveis plasmáticos de fenilalanina acima de 20 mg/dL no diagnóstico (sem tratamento); FNC leve: o paciente apresenta níveis plasmáticos de fenilalanina entre 8 mg/dL e 20 mg/dL no diagnóstico (sem tratamento); Hiperfenilalaninemia não-FNC: o paciente apresenta níveis plasmáticos de

fenilalanina entre 2 mg/dL e 8 mg/dL no diagnóstico (sem tratamento). (BRASIL, 2019).

A FNC é o mais frequente erro inato do metabolismo dos aminoácidos. A doença é detectada pelo “teste do pezinho”, cuja obrigatoriedade, para todo o território brasileiro, consta no Estatuto da Criança e do Adolescente, inciso III do Artigo 10 da Lei nº 8069, de 13/07/1990. (FIGUEIRA, 2018).

Os recém-nascidos com FNC são assintomáticos antes de receberem alimentos que contenham fenilalanina (leite materno ou fórmulas infantis próprias da idade, sendo o conteúdo de fenilalanina no leite materno inferior àquele encontrado nas fórmulas infantis) (BRASIL, 2019).

Com a instituição do tratamento nos primeiros dias de vida e a manutenção dele ao longo de toda a vida, a criança e depois adolescente e adulto, poderá ter um crescimento e desenvolvimento normais (CORREIA; FERREIRA, 2018).

O tratamento dietético restritivo em alimentos que contenham fenilalanina e uso de fórmula de aminoácidos isenta de fenilalanina deve ser mantido por toda a vida (BRASIL, 2019). O objetivo do tratamento é manter os níveis de fenilalanina dentro de valores de referência. Para isso, é necessário fazer análises frequentes ao sangue e posteriores ajustes no tratamento. (CORREIA; FERREIRA, 2018).

Pacientes com Fenilcetonúria podem apresentar deficiência de cálcio como resultado da ingestão inadequada de alimentos fonte de cálcio e pela baixa disponibilidade deste nutriente proporcionada pela dieta. Além deste nutriente a dieta indicada é hipoproteica (MARQUI, 2017).

O suporte principal para o controle metabólico dos pacientes consiste em uma dieta totalmente isenta de alimentos de origem animal e restrita em alimentos de origem vegetal que contenham alto teor de fenilalanina, combinada com uma fórmula metabólica isenta de fenilalanina. As fórmulas metabólicas

são misturas de aminoácidos ou hidrolisados de proteínas que suprem as necessidades para crescimento e desenvolvimento normais. (BRASIL, 2019).

Descrição dos alimentos permitidos, proibidos e controlados no tratamento dietético da fenilcetonúria

Permitidos	Proibidos	Controlados
Mel, balas de frutas e de gomas, pirulitos e picolés de frutas , algodão-doce, geleias de frutas, goiabada, farinha de tapioca, polvilho de mandioca e sagu. Sucos de frutas artificiais, refrigerantes isentos de aspartame, groselha, café, chá, e alguns cremes e pudins nos sabores baunilha, morango e caramelo.	Carnes e embutidos, feijão, ervilha, soja, grão-de-bico, lentilha, amendoim, leite e derivados, achocolatado, ovos, nozes, gelatinas, bolos, farinha de trigo, alimentos industrializados com altos teores de Fenilalanina, pães em geral, biscoitos, e alimentos para fins especiais contendo aspartame.	Massas feitas sem ovos e com farinha de trigo de baixo teor de proteína, arroz, batata inglesa, batata-doce, batata-salsa, mandioca, cará, abóbora, abobrinha, berinjela, beterraba, brócolis, cenoura, chuchu, couve-flor, jiló, quiabo, repolho, vagem, tomate, pepino, pimentão, cebola, folhosos e frutas em geral.

Fonte: Adaptado de Monteiro, Cândido, 2006; Marqui, 2017.

Nessa perspectiva o profissional nutricionista pode contribuir no acompanhamento e tratamento da doença e ainda na elaboração de receitas aos fenilcetonúricos, tornando sua alimentação mais atrativa e saborosa e adequada as necessidades nutricionais (MARQUI, 2017).

GALACTOSEMIA

Define-se galactosemia como sendo um erro inato no metabolismo dos carboidratos, o qual afeta a via metabólica de galactose para glucose, pela deficiência ou ausência de uma das três principais enzimas envolvidas no metabolismo da galactose, galactose-1-fosfato-uridiltransferase (GALT), com transmissão autossômica recessiva. (CAMELO JUNIOR, 2011).



Se um lactente não possui atividade da GALT, geralmente, as manifestações da doença surgem nas duas primeiras semanas de vida (TRAHMS; OGATA, 2010). As manifestações clínicas referidas envolvem insuficiência de crescimento, vômitos, diarreia, icterícia, disfunção hepática, anemia hemolítica, podendo progredir com cirrose, insuficiência hepática, cataratas, sinais de hipertensão intracraniana, edema cerebral, letargia, hipotonia e retardo mental (CAMELO JUNIOR, 2011). Lactentes com esse erro inato podem vir a se tornar hipoglicêmicos e suscetíveis a infecções por bactérias gram-negativas, que poderá ocasionar em morte por causa secundária: a septicemia (TRAHMS; OGATA, 2010).

A galactosemia é classificada sob duas formas. A galactosemia clássica (distúrbio hereditário do metabolismo de carboidratos) se apresenta no período neonatal com doença potencialmente fatal após introdução da galactose na dieta. Os sintomas e sinais incluem má alimentação, vômitos e diarreia, perda de peso, icterícia, hipotensão, catarata, hepatoesplenomegalia, insuficiência hepatocelular e encefalopatia (KISS; BALOGH; REISMANN, 2017). A Galactosemia tipo II (também chamada deficiência de galactoquinase) e tipo III (também chamado de deficiência de galactose epimerase) causam diferentes padrões de sinais e sintomas. A Galactosemia tipo II causa menos problemas do que o tipo clássico. Os bebês afetados desenvolvem catarata, mas, por outro lado, apresentam poucas complicações a longo prazo. Os sinais e sintomas da galactosemia tipo III (mais rara) variam de leve a grave e podem incluir catarata, atraso no crescimento e desenvolvimento, deficiência intelectual, doença hepática e problemas renais. Há também a Galactosemia Duarte que é uma variante da galactosemia clássica, sem as complicações associadas, onde a criança herda o gene da galactosemia de um dos pais e a variante Duarte do outro. (NIH, 2019).

A galactosemia é tratada com ingestão restrita de galactose por toda a vida, não ingerindo leite e derivados, bem como outros alimentos que

contenham leite. Alimentos à base de soja, em fórmulas são ofertados aos lactentes. (TRAHMS; OGATA, 2010; BRASIL, 2018).

DOENÇA CELÍACA

A doença celíaca (DC) é uma doença auto- imuno mediada, se desenvolve em indivíduos geneticamente suscetíveis que desenvolvem uma resposta imune que é subsequentemente desencadeada pela ingestão de glúten. A doença tem muitas manifestações clínicas, variando de má absorção grave a apresentações minimamente sintomáticas ou não sintomáticas (LEBWOHL, SANDERS, VERDE, 2018).

Glúten é o nome dado à proteína presente em alguns cereais, como trigo, centeio, aveia, cevada e no subproduto da cevada, o malte. A prolamina é a parte tóxica do glúten para o celíaco, correspondente a 50% da proteína do glúten que não se dissolve na água, mas é solúvel no etanol. (FENACELBRA, 2010).

É uma doença não rara, considerada crônica, resultante da resposta inadequada pelas células T ao glúten não digerido em pessoas que são geneticamente predispostas, ou seja, que possuem intolerância ao glúten devido à ingestão de alimentos que contenham a proteína. (BEYER, 2010). Estas são relativamente resistentes às enzimas digestivas, resultando em derivados peptídeos que podem levar à resposta imunogênica em pacientes com DC (GAMA E SILVA; FURLANETTO, 2010).

Caso a doença não for tratada adequadamente, apresentará alta morbimortalidade, caracterizando-se por um processo inflamatório envolvendo a mucosa do intestino delgado e levando a atrofia das vilosidades intestinais, má absorção de nutrientes. Com isso, poderá resultar em anemia e uma variedade de manifestações clínicas, as quais envolve a pele, com dermatite herpetiforme, afeta o fígado, sistema nervoso, sistema reprodutivo, endócrino, ossos

(osteoporose), câncer, principalmente linfoma intestinal, além de outras doenças associadas e auto-imunes como tireoidite e diabetes tipo 1, hepatite, doença vascular do colágeno, malignidades e deficiências de imunoglobulina A. (GAMA E SILVA; FURLANETTO, 2010).

Uma dieta isenta dessa proteína irá, sem dúvida, diminuir o processo inflamatório ocasionado, fazendo com que a mucosa intestinal volte ao normal, evitando também a ocorrência de maiores complicações. Desta forma o único tratamento eficaz e seguro da doença celíaca continua sendo a exclusão estrita do glúten por toda a vida, a chamada dieta isenta de glúten. Embora este tratamento seja altamente bem-sucedido, seguir essa dieta restrita acarreta dificuldades aos pacientes nos contextos familiar, social e de trabalho (BASCUNÁN; VESPA; ARAYA, 2017).

Tal conduta dietoterápica deve incluir a eliminação do glúten como ingrediente, bem como o componente oculto e de potencial contaminação cruzada nos alimentos. Existem numerosos grãos para substituir o trigo, mas a composição da maioria dos produtos sem glúten tende a incluir apenas um pequeno número deles, especialmente o arroz. A dieta deve ser não apenas livre de glúten, mas também saudável para evitar deficiências ou excesso de nutrientes, vitaminas e minerais. Pois considera-se que a frequência de sobrepeso / obesidade aumentou entre os pacientes celíacos, de modo que o ganho de peso merece atenção durante o acompanhamento nutricional. (BASCUNÁN; VESPA; ARAYA, 2017).

DIABETES MELITO TIPO I

O Diabetes Melito (DM) é considerado um dos problemas mais sérios no que se refere à saúde na atualidade, tanto em relação ao número de pessoas acometidas e prejuízos desencadeados, quanto aos custos envolvidos no controle e tratamento das complicações (ALMINO; QUEIROZ; JORGE, 2009; SBD,

2017). Tem-se observado um aumento expressivo na incidência de DM em crianças com menos de 5 anos de idade, tornando-se um grande desafio na obtenção de um bom controle, pelas dificuldades em relação ao tratamento medicamentoso e no acompanhamento. (CALLIARI; MONTE, 2008; SBD, 2017).

O Diabetes Melito insulino dependente (DM1), ou mais conhecido como diabetes tipo I é uma doença crônica, com início súbito, envolvido mais frequentemente em crianças e adultos jovens, geralmente antes dos 30 anos. (NUNES; DUPAS; FERREIRA, 2007). O DM1 é uma doença autoimune, que se caracteriza pela perda progressiva das células beta do pâncreas, acarretando na interrupção da produção de insulina e, dessa forma, no desequilíbrio metabólico grave (MICULIS et al., 2010).

CONVIVER COM A DOENÇA FAZ A CRIANÇA VIVER SENTIMENTOS DE PERDA, ANGÚSTIA, ATÉ MESMO REVOLTA E IMPOTÊNCIA, AO MESMO TEMPO EM QUE BUSCA A ACEITAÇÃO E AUTO-SUPERAÇÃO. (ALMINO; QUEIROZ; JORGE, 2009).

O diagnóstico de DM na primeira infância segue os mesmos critérios utilizados para outras faixas etárias, aceitos pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em que a maioria dos pacientes são diagnosticados com sintomas sugestivos, como a glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L). Em certos casos o diagnóstico pode ser feito a partir do teste da glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL (7 mmol/L) em dois momentos diferentes, sendo o jejum definido por 8 horas. O teste de tolerância à glicose oral (TTGo) é raro nesses pacientes, mas se houver necessidade, a dose de glicose a ser oferecida é de 1,75g/kg, máximo de 75 g.(CALLIARI; MONTE, 2008).

A alimentação básica da criança abaixo de 5 anos com DM não difere muito das outras crianças. As necessidades calóricas necessárias diariamente e a

proporção de nutrientes apenas diferem das mais velhas pelo fato de as mais novas necessitarem maior aporte de lipídeos, passando dos 30% a 35% habituais para até 50%, nos lactentes. Nas crianças menores de 2 anos não deve haver restrição lipídica, que nos maiores, quando necessária, é realizada pela troca de leite integral por semidesnatado.(CALLIARI; MONTE, 2008).

Não há requisição nutricional específica para a criança diabética, a não ser aquela requerida para um adequado crescimento e desenvolvimento. Portanto, a palavra “dieta”, que traz consigo um sentido de “proibição”, deve ser abolida. O plano alimentar implica evitar açúcares refinados, de absorção rápida, e instituir uma alimentação equilibrada (SBD, 2017).

A fim de se evitar jejuns prolongados, assim como em uma alimentação diária normal, o ideal é realizar seis refeições ao dia. Nas crianças pequenas seu pico pode ocorrer em tempo mais curto, sendo necessário realizar lanches entre as grandes refeições a fim de evitar a ocorrência de episódios hipoglicêmicos. Lactentes e crianças mais novas podem necessitar ainda de leite ou algum outro aporte calórico durante a madrugada. (CALLIARI; MONTE, 2008; SBD, 2017).

O tratamento consiste em normalizar a atividade insulínica, controlar a glicemia e prevenir complicações agudas ou crônicas, que requer constante monitoração dos níveis glicêmicos e outros exames laboratoriais para avaliação da função renal, a qual pode se tornar prejudicada. (VARELLA; JARDIM, 2009). A parte fundamental do plano terapêutico é a nutrição adequada, baseada nos princípios de uma alimentação saudável e equilibrada.

Conforme Varella e Jardim (2009), a quantidade energética diária deve se adequar às atividades e necessidades diárias do organismo, contendo carboidratos complexos, como os cereais integrais. Frutas, verduras, legumes e leguminosas também devem se fazer presentes diariamente na dieta do indivíduo. Já as gorduras devem ser restritas ao máximo em 30%, sendo destes não mais que 1/3 sob a forma de ácidos graxos saturados, e a fim de evitar

oscilações acentuadas da glicemia, evitar ao máximo alimentos com sacarose (açúcar comum) e cereais refinados, como pão branco, etc. Além disso, conforme os autores citados anteriormente, cuidados devem ser tomados quando se consome alimentos *diet*, principalmente quando é ofertado à criança, como chocolates, sorvetes e biscoitos, já que apresentam valores calóricos elevados, exceto gelatinas dietéticas, que apresentam valores próximos a zero e podem ser consumidas. Já os adoçantes calóricos, como frutose (mel) devem ser ingeridos em quantidades mínimas, e não sempre, respeitando as limitações na orientação dietética.

CONSTIPAÇÃO INFANTIL

A constipação infantil é uma das disfunções gastrointestinais mais frequentes. Sabe-se que a constipação intestinal em crianças é frequente quando se inicia a introdução de alimentação complementar. A cronicidade dos sintomas e a falta de orientação terapêutica adequada podem ter várias consequências (COLLETE; ARAÚJO; MADRUGA, 2010; VANDENPLAS; DEVREKER, 2019).

Vários critérios são utilizados no diagnóstico da constipação intestinal crônica funcional em crianças, sendo o ROMA III e o *guideline* da *North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* (NASPGHAN), os mais empregados na atualidade. (GOMES, 2011). De acordo com o autor referido, tais classificações têm como premissa a diminuição do número de evacuações, aumento na consistência das fezes, a presença de escape fecal entre outros sintomas.

A constipação intestinal pode ser classificada em funcional e orgânica. A primeira ocorre em maior frequência, principalmente na população juvenil e feminina, onde há combinação de vários fatores, dentre eles estão erros alimentares, hábitos sedentários e falta de regularidade no esvaziamento

intestinal, com negação do reflexo de evacuação, que posteriormente acarretará na perda desse reflexo. (CASTRO, 2009). Por outro lado, a segunda acontece quando há uma patologia orgânica principal, intestinal ou não, anatômica, bioquímica ou endócrina, vindo acompanhada do comprometimento neurológico e/ou muscular que a caracteriza. São exemplos: Paralisia Cerebral, Doença de Chagas, Hirschprung, Parkinson, esclerose múltipla, hipotireoidismo, dentre outros. (CASTRO, 2009 VANDENPLAS, DEVREKER, 2019).

Diferentes definições para o termo “constipação” tende a ser parecidas, mas o que ocorre geralmente são fezes endurecidas, movimentos intestinais infrequentes e intensos esforços para defecação. As crianças podem apresentar alguns outros sintomas, como anorexia, vômitos e cólicas abdominais. Em casos mais severos de constipação em infantis, há retenção frequente de fezes, fazendo com que o reto torne-se insensível à distensão e levando ao escape fecal (BEYER, 2010).

A qualidade da alimentação oferecida às crianças é primordial para tratar a constipação. Além da grande oferta de líquidos, principalmente a água, a alimentação deve ser rica em carboidratos complexos, ou seja, fibras, que irão facilitar o trânsito intestinal. Folhosos verdes também devem se fazer presentes na dieta, assim como outros vegetais, leguminosas e frutas, estas, de preferência com a casca. No entanto, observa-se que as preferências alimentares das crianças conduzem ao consumo de alimentos refinados e ricos em gorduras, com baixo teor desse componente. (MELLO et al, 2010).

A fibra na dieta deve ser ingerida na forma de alimentos, incluindo frutas, verduras, cereais integrais, pães integrais, legumes, castanhas e outras sementes. Esses alimentos não só contêm fibras, mas também micronutrientes indispensáveis na alimentação da criança, como vitaminas, minerais, elementos traços, fitoquímicos protetores e outros antioxidantes. Uma dieta rica em fibras irá apresentar seu efeito gradualmente no decorrer dos dias, se tornando mais

eficaz quando consumida por vários meses, se aplicando na alimentação considerada saudável. Haverá aumento na flatulência, que é considerado normal com a elevada ingestão de fibras. (BEYER, 2010; VANDENPLAS, DEVREKER, 2019).

HIPOVITAMINOSE A

A vitamina A é considerada um micronutriente essencial para desempenhar diversos processos do metabolismo, onde atua no funcionamento adequado do processo visual bem como na diferenciação celular, integridade do tecido epitelial, além de ser importante para a reprodução e para o sistema imunológico (PEDRAZA; QUEIROZ, 2011).

As necessidades diárias de vitamina A (RDA) são de 300 ug ER/dia para crianças de 1 a 3 anos, 400ug ER/dia de 4 a 8 anos de idade, 600 ug ER/dia entre 9 e 13 anos de idade e de 900 e 700 ug ER/dia entre 14 e 18 anos de idade para meninos e meninas (SARNI et al., 2010).

Um estudo recente realizado em dois municípios do nordeste do Brasil apontou que a deficiência de vitamina A está diretamente ligada às condições socioeconômicas das famílias (OLIVEIRA et al., 2010), sendo por isso considerado um problema de saúde pública na atualidade.

De acordo com Brasil (2012), existem vários fatores predisponentes para desenvolver deficiência de Vitamina A. A falta de aleitamento materno ou desmame precoce é um dos principais, pois o leite materno contém enormes quantidades desse micronutriente, sendo considerado o alimento ideal e suficiente para crianças até os seis meses de vida.

Ainda conforme Brasil (2012), outros motivos podem levar à hipovitaminose A:

- Consumo inadequado de alimentos fonte de vitamina A;
- Consumo insuficiente de alimentos que contêm gordura, necessária para a absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K);
- Infecções frequentes que levam a uma diminuição do apetite da criança e, por conseguinte, faz com que haja um aumento nas necessidades orgânicas de Vitamina A reduzindo seus estoques e agravando o estado nutricional.



Várias são as formas de intervenção adotadas no combate a essa carência, dentre elas o consumo aumentado de alimentos fonte de vitamina A e também de precursores dessa vitamina, e administração periódica de doses de vitamina A (RAMALHO, 2011). O retinol, ou seja, vitamina A pré-formada, é encontrado nos alimentos de origem animal, ao passo que os carotenoides, convertidos em vitamina A no organismo, se fazem presentes nos óleos, vegetais e nas frutas, principalmente nas de cor amarelo-alaranjadas. Fígado, leite e seus derivados e peixes são consideradas excelentes fontes de retinol (SARNI et al., 2010). Faz-se necessário a diversificação de alimentos na dieta, para que dessa forma se consiga ofertar vários nutrientes à criança.

Políticas de combate e prevenção à hipovitaminose A foram elaboradas em diversos países. Um programa de suplementação implementado em cerca de

15 países foi proposto para nutrizes, onde após o parto, há suplementação imediata de vitamina A para aumentar os níveis da vitamina no leite materno, com o objetivo de prevenir a hipovitaminose A em lactentes que se alimentam exclusivamente do leite materno (RAMALHO, 2011).

Através da Portaria N° 2160 de 29 de dezembro de 1994 do Ministério da Saúde, instituiu-se o Programa de Combate à Deficiência de Vitamina A intitulado como “Vitamina A Mais” que consiste na administração profilática de megadoses a mulheres logo após o parto e a crianças de 6 a 59 meses de idade, estas residente em áreas de risco para o desenvolvimento dessa carência nutricional. (RAMALHO, 2011).

ANEMIA FERROPRIVA

Embora a deficiência de ferro e a anemia ferropriva sejam consideradas semelhantes, a segunda é o estágio mais grave da deficiência de ferro, sendo apenas uma das várias consequências dessa carência. (BRAGA; BARBOSA; FERREIRA, 2009). Na atualidade, considera-se a anemia por deficiência de ferro como sendo um grave problema de saúde pública, acometendo a população de grande parte dos países (BORTOLINI, 2008).

De origem multifatorial, pode ser ocasionada pela deficiência de ferro e/ou diversos outros micronutrientes, por perdas sanguíneas, processos infecciosos e patológicos concomitantes, uso de medicações que impeçam ou prejudiquem a absorção do ferro (SBP, 2019).

A anemia ferropriva é caracterizada pela concentração reduzida de hemoglobina e redução dos hematócritos, bem como diminuição das reservas de ferro pela menor saturação da transferrina e menor concentração férrica no soro. (KONSTANTYNER; BRAGA; TADDEI, 2011). Baixos níveis de hemoglobina comprometem o transporte de ferro para os diferentes tecidos, manifestando com frequência palidez, glossite, fadiga, anorexia, assim como diminuição da

capacidade física, mental, entre outros sintomas. (BRAGA; BARBOSA; FERREIRA, 2009).

A velocidade do crescimento em conjunto com uma dieta inadequada que não supre as necessidades adequadas de ferro ligado a outros fatores determina o desenvolvimento de anemia ferropriva. (BRAGA; BARBOSA; FERREIRA, 2009). A má introdução alimentar após o desmame é fator fundamental para que ocorra essa deficiência, pois alimentos considerados fontes fracas de ferro (ferro não-heme) são frequentemente incorporados a dieta infantil, como por exemplo leite de vaca, cereais e legumes, ficando para trás alimentos de origem animal, as principais fontes. (BRAGA; BARBOSA; FERREIRA, 2009).

Comumente ocorrem situações em que logo após uma refeição, onde é ofertado à criança alimentos fonte de ferro-heme, que as mães, sem ter conhecimento, acabam por oferecer ao infantil mamadeira de leite para ele dormir. Sabe-se que o cálcio presente no leite e em seus derivados também age como inibidor da absorção de ferro no organismo, outro coadjuvante para acarretar na deficiência do mineral.

Alguns fatores interferem na absorção do ferro, como os fitatos, presente em grãos, legumes e farinhas, taninos, encontrados em chás e café, oxalatos, em folhas verdes, fosfatos, em ovos, e polifenóis, encontrados em alguns legumes, formando quelatos com o mineral, diminuindo sua absorção. (BRAGA; BARBOSA; FERREIRA, 2009).

A vitamina C é de extrema importância, atuando de forma a facilitar a absorção de ferro não-heme. Em um estudo realizado por Vitolo e Bortolini (2007) observou-se que as crianças que não apresentavam anemia consumiam muito mais vitamina C comparando com as que apresentaram a carência.

Dessa forma, faz-se substancial a adequação dos hábitos alimentares e introdução correta de alimentos ricos em ferro, cuidando sempre os fatores antinutricionais correlacionados. Além disso, há outros obstáculos a serem

enfrentados, pois alimentos fonte de ferro-heme (carnes e víceras) pressupõe condição socioeconômica que permita sua compra (BRAGA; BARBOSA; FERREIRA, 2009; SBP, 2019).

REFLUXO GASTROESOFÁGICO

O refluxo gastroesofágico (DRGE) é definido como o retorno passivo do conteúdo gástrico para o esôfago, e pode ocorrer em circunstâncias fisiológicas ou patológicas e em qualquer indivíduo, seja criança ou adulto. (MAGALHÃES et al., 2009).

Vômitos e regurgitações ocorrem com frequência no lactente, em especial no primeiro semestre de vida (NELSON et al., 2000). A maior parte dos casos se enquadra na regurgitação (refluxo fisiológico), no entanto o limite entre a regurgitação do lactente e a doença do refluxo gastroesofágico nem sempre é facilmente definido, e a sua diferenciação, com frequência, é um desafio na assistência ao bebê (HYMAN, et al., 2006; VANDENPLAS, et al., 2009).

A investigação da doença é importante pois pode ocasionar sintomas graves em recém-nascidos, sobretudo nos prematuros, tais como crises de apneia, bradicardia, cianose e vômitos. A DRGE também tem sido associada a complicações tais como pneumonias por aspiração e apneias com aparente risco de vida (ALVARES; TORRE; MEZZACAPPA, 2011).

A DRGE pode ocorrer durante o dia ou durante a noite, sendo a noturna o caso mais grave, pois em geral ocorre de forma prolongada e está relacionado à redução da motilidade do trato gastrointestinal. Ao longo do período em que o esôfago é exposto a ácidos, podem ocorrer alterações na anatomia e na fisiologia do corpo, pois há redução na salivagem e deglutição causadas pelo sono (MAHAN; ESCOTT-STUMP, 2010). As alternativas mais citadas para se tratar a DRGE são a elevação da cabeceira da cama e o fracionamento e cuidado com as refeições.



A cabeceira da cama deve ser elevada em aproximadamente dez e quinze centímetros, para haver uma melhora do pH esofágico e uma consequente redução dos sintomas. Sobre a alimentação, recomenda-se que sejam evitadas refeições muito volumosas e ricas em lipídeos de duas a três horas antes de se deitar. Assim, apesar de não se ter uma melhora dos sintomas, tem-se uma melhora da acidez gástrica (KATZ; GERGON; VELA, 2013).

Durante o primeiro ano de vida, a tendência é que o refluxo vá diminuindo e desapareça, o que está relacionado ao crescimento e desenvolvimento da criança.

DIARREIA E DESIDRATAÇÃO

A doença diarreica aguda (DDA) é, dentre as doenças infantis, uma das mais comuns no mundo todo, com surgimento de forma geralmente instantânea. Ela pode atingir pessoas de qualquer idade, mas causa maior mortalidade na infância. É considerada a terceira doença que mais comumente afeta as crianças nos países em desenvolvimento, sendo também responsável por cerca 33% de todas as hospitalizações entre os menores de cinco anos. (PEREIRA; CABRAL, 2008).

Em 1987, a diarreia foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo um episódio diarréico, ocasionado geralmente por genes infecciosos, que se inicia de forma aguda e se prolonga por um período igual ou superior a duas semanas, levando ao agravamento do estado nutricional e condição de alto risco de morte (ANDRADE; FAGUNDES-NETO, 2011).

A Biblioteca Virtual em Saúde (2009) indica **alguns sinais da desidratação:**

- olhos fundos;
- ausência de lágrimas quando a criança chora;
- boca e língua secas;



- ter muita sede e beber água ou outro líquido muito rápido;
- diminuição da quantidade de urina;
- abaulamento da moleira.

Se apresentar dois ou mais sintomas, pode ser desidratação. É necessário procurar a unidade de saúde mais próxima imediatamente para atendimento médico.

Para prevenir deve-se:

- amamentar o recém-nascido no mínimo até os 6 meses de vida;
- beber somente água tratada, filtrada ou fervida;
- beber bastante líquidos, principalmente nos dias mais quentes;
- observar se os encanamentos da residência não estão furados;
- manter os depósitos de água sempre fechados e fazer limpeza regularmente;
- não tomar banho em rio, açude ou piscina contaminada;
- manter a higiene da casa, pessoal e dos utensílios de mesa;
- lavar as mãos com água e sabão antes de preparar os alimentos, antes de amamentar, após a troca de fraldas de crianças ou após usar o banheiro;
- proteger os alimentos de moscas, baratas e ratos;
- lavar cuidadosamente as verduras e frutas.

Tratamento:

- iniciar a ingestão do **soro caseiro*** o mais breve possível;
- aumento da ingestão de líquidos como soros, sopas, sucos;
- ingerir de 50 a 100 ml de líquido após cada evacuação diarréica;
- manter a alimentação habitual, principalmente o leite materno, corrigindo erros alimentares e seguindo as orientações médicas;
- observar os sinais de desidratação.

***Como preparar o soro caseiro:**

Misture em um litro de água mineral, de água filtrada ou de água fervida (mas já fria) uma colher pequena (tipo cafezinho), de sal e uma colher grande (tipo sopa), de açúcar. Misture bem e ofereça o dia inteiro ao doente em pequenas colheradas.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

Número diário de porções recomendadas para cada grupo da pirâmide alimentar, de acordo com a faixa etária das crianças.

<i>Nível da pirâmide</i>	<i>Grupo alimentar</i>	<i>Idade 6 a 11 meses</i>	<i>Idade 1 a 3 anos</i>
1	Cereais, pães, tubérculos e raízes	3	5
2	Verduras e legumes	3	3
	Frutas	3	4
3	Leites, queijos e iogurtes	3	3
	Carnes e ovos	2	2
	Feijões	1	1
4	Óleos e gorduras	2	2
	Açúcar e doces	0	1

Fonte: adaptado de Ministério da Saúde, 2002.

Componentes das papas salgadas

<i>Cereal/ tubérculo</i>	<i>Proteína animal</i>	<i>Verdura</i>	<i>Legume</i>	<i>Leguminosa</i>
<i>Batata</i>	<i>Carne bovina</i>	<i>Acelga</i>	<i>Cenoura</i>	<i>Feijão</i>
<i>Mandioca</i>	<i>Aves</i>	<i>Alface</i>	<i>Vagem</i>	<i>Lentilha</i>
<i>Arroz</i>	<i>Peixe</i>	<i>Agrião</i>	<i>Beterraba</i>	<i>Ervilha</i>
<i>Milho</i>	<i>Fígado</i>	<i>Repolho</i>	<i>Chuchu</i>	<i>Soja</i>
<i>Aveia</i>	<i>Ovos</i>	<i>Almeirão</i>	<i>Abobrinha</i>	<i>Grão-de-bico</i>
<i>Trigo</i>		<i>Espinafre</i>	<i>Abóbora</i>	
<i>Macarrão</i>		<i>Brócolis</i>	<i>Berinjela</i>	
		<i>Couve</i>	<i>Pepino</i>	

Fonte: Adaptado de Palma, Escrivão e Oliveira, 2009.



Papinhas Salgadas



PAPINHAS SALGADAS

Preparação 1: Arroz branco

Utensílios: Colher de sopa (1); colher de chá (1); colher de café (1); copo de requeijão ou copo de 250 mL (1); panela (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Arroz branco cru	2 colheres de sopa	41
Cebola ralada	1 colher de chá	2
Alho picado	½ colher de chá	1,5
Óleo	1 colher de café	1,7
Água	1/3 copo de requeijão	80

Modo de preparo: Em uma panela, com o fogo aceso, coloque o óleo e a cebola. Mexa, e em seguida, acrescente o arroz e o alho, deixando ‘fritar’ por aproximadamente 30 segundos. Acrescente a água fervente e deixe cozinhar. Diminuir a chama do fogo até que a água seque e o arroz esteja com textura mole. Acrescente mais água se o arroz ainda não estiver bem cozido.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	201 kcal
Carboidratos	41,02g
Proteínas	3,89g
Gorduras totais	2,47g
Gorduras saturadas	0,36g
Colesterol	-
Gorduras trans	0,12g
Fibra alimentar	0,98g
Vit. A	0,23mcg
Vit. C	0,42mg
Vit. D	-
Fe	0,38mg
Na	3,24mg
Ca	4,56mg
Zn	0,66mg



Preparação 2: Feijão

Utensílios: Bacia pequena (1); panela (1); copo de 250 mL (1); colher de sopa (1); garfo (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Feijão cru	2 colheres de sopa	112
Água	¾ copo de requeijão	185

Modo de preparo: No dia anterior à cocção, colocar o feijão de molho em um recipiente com 100ml de água, trocando a água de 2 a 3 vezes. No dia seguinte, escorrer a água do remolho e levar ao fogo em uma panela com 185ml de água. Cozinhar o feijão por cerca de 20 minutos, até que ele esteja macio. Caso seja necessário, acrescentar mais água até que cozinhe. Amassar o feijão com o caldo com o auxílio de um garfo.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	92 kcal
Carboidratos	16,33g
Proteínas	5,25g
Gorduras totais	0,58g
Gorduras saturadas	0,11g
Colesterol	-
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	9,8g
Vit. A	-
Vit. C	-
Vit. D	-
Fe	1,75mg
Na	4,01mg
Ca	32,55mg
Zn	0,84mg



Preparação 3: Frango cozido

Utensílios: Panela (1); faca (1); colher de chá (1); colher de café (1); copo de 250 mL; garfo (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Peito de frango, sem pele	1 pedaço pequeno	55
Cebola	1 colher de chá	2
Óleo	1 colher de café	1,7
Água	$\frac{3}{4}$ copo de requeijão	170

Modo de preparo. Aquecer a água e levar o frango à panela para cocção. Colocar a cebola cortada e o óleo junto ao frango. Cozinhar o frango por cerca de 25 minutos, até que ele esteja macio. Depois de cozido, desligar o fogo e retirar o frango para desfiar.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	281 kcal
Carboidratos	0,33g
Proteínas	48,76g
Gorduras totais	9,55g
Gorduras saturadas	2,68g
Colesterol	114,96g
Gorduras trans	0,04g
Fibra alimentar	0,09g
Vit. A	4,3mcg
Vit. C	0,19mg
Vit. D	-
Fe	0,78mg
Na	120,04mg
Ca	22,08mg
Zn	1,48mg



Preparação 4: Purê de batata, arroz, feijão e frango desfiado

Utensílios. Colher de sopa (3); colher de sobremesa (1); colher de café (1); panela (3); ralador (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Batata inglesa	1 unidade média	114
Arroz cozido (papa)	3 colheres de sopa	66
Cenoura crua ralada	1 colher de sobremesa	8
Feijão cozido	4 colheres de sopa	144
Franguinho desfiado	2 colheres de sopa	30
Sal	1 colher de café rasa	1,6

Modo de preparo. Preparar o purê, amassando a batata cozida e juntando o sal. Preparar o restante dos alimentos conforme preparações 1, 2 e 3. Amassar os alimentos (de preferência separados) em forma de purê.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	104 kcal
Carboidratos	18,23g
Proteínas	6,44g
Gorduras totais	0,63g
Gorduras saturadas	0,21g
Colesterol	8,75mg
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	4,8g
Vit. A	2,07mcg
Vit. C	11,7mg
Vit. D	-
Fe	0,92mg
Na	190,82mg
Ca	16,32mg
Zn	0,61mg



Preparação 5: Creme de moranga com feijão, arroz e frango

Utensílios: Colher de sopa (4); colher de chá (1); colher de café (1); faca (1); panela (3); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Moranga picada	3 colheres de sopa	59
Frango desfiado	2 colheres de sopa	28
Arroz cozido (papa)	3 colheres de sopa	62
Feijão cozido	5 colheres de sopa	182
Alho	1 colher de chá rasa	1,7
Cebola	1 colher de chá	3,5
Óleo	1 colher de café	1
Sal	1 colher de café rasa	1,6

Modo de preparo: Cozinhar a moranga com a água, acrescentar a cebola e o alho e deixar cozinhar até desmanchar. Acrescentar o frango desfiado. À parte, cozinhar o feijão e o arroz conforme procedimentos 1 e 2.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	108 kcal
Carboidratos	17,1g
Proteínas	7,27g
Gorduras totais	1,18g
Gorduras saturadas	0,29g
Colesterol	9,39mg
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	6,7g
Vit. A	71,4mcg
Vit. C	1,3mg
Vit. D	-
Fe	1,19mg
Na	217,64mg
Ca	25,0mg
Zn	0,77mg



Preparação 6: Papa de carne e moranga

Utensílios: Colher de sopa (2); colher de sobremesa (1); colher de café (1); faca (1); panela (1); garfo (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Carne moída	1 colher de sopa	27
Óleo de soja	1 colher de sobremesa	7
Chuchu picado	¼ de unidade média	43
Moranga picada	2 cubos	86
Arroz branco cozido	2 colheres de sopa	42
Sal	1 colher de café	1,6

Modo de preparo: Refogue a carne no óleo de soja por 5 minutos. Cozinhe até que os legumes e a carne estejam bem macios. Acrescente o arroz cozido e o sal e cozinhe por mais 5 minutos. Amasse bem com um garfo.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	155 kcal
Carboidratos	19,95g
Proteínas	5,93g
Gorduras totais	5,68g
Gorduras saturadas	1,08g
Colesterol	15,76mg
Gorduras trans	0,02g
Fibra alimentar	2,61g
Vit. A	186,05mcg
Vit. C	7,37mg
Vit. D	-
Fe	0,95mg
Na	391,53mg
Ca	19,72mg
Zn	1,67mg



Preparação 7: Papa de ovo e mandioquinha

Utensílios: Panela (1); caneca de alumínio (1); colher de sopa (1); colher de sobremesa (1); colher de café (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Arroz branco cozido	2 ½ colher de sopa	44
Mandioquinha coz.	1 pedaço médio	80
Cebola picada	1 colher de chá	5
Óleo de soja	1 colher de sobremesa	6,5
Gema de ovo cozida	1 unidade	15
Sal	1 colher de café rasa	1,8

Modo de preparo: Refogue a cebola no óleo de soja, acrescente o arroz, a mandioquinha e adicione um pouco de água, misturando bem. Junte o ovo e amasse com um garfo. Servir em seguida.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	185 kcal
Carboidratos	24,47g
Proteínas	2,82g
Gorduras totais	8,34g
Gorduras saturadas	1,85g
Colesterol	125,76mg
Gorduras trans	0,02g
Fibra alimentar	1,48g
Vit. A	87,93mcg
Vit. C	6,45mg
Vit. D	0,4mcg
Fe	0,72mf
Na	453,01mg
Ca	29,27mg
Zn	0,65mg



Preparação 8: Papa de frango, abóbora e batata

Utensílios: Panela (1); colher de sopa (1); colher de sobremesa (1); colher de chá (1); colher de café (1); faca (1); garfo (1); prato (2).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Batata inglesa	½ unidade média	72
Óleo	1 colher de sobremesa	6,5
Peito de frango	1 filé	90
Cebola picada	1 colher de chá	2
Moranga cabotian	1 fatia	86
Sal	1 colher de café rasa	1,6

Modo de preparo. Em uma panela, aqueça o óleo e refogue o frango e a cebola. Após cozido, desfie o frango e leve à panela junto à batata, a moranga e o sal. Cubra com água, tampe e cozinhe até que os ingredientes fiquem macios e com pouco caldo. Amasse com um garfo e sirva.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	139 kcal
Carboidratos	10,36g
Proteínas	13,02g
Gorduras totais	5,01g
Gorduras saturadas	1,08g
Colesterol	27,51mg
Gorduras trans	0,02g
Fibra alimentar	1,46g
Vit. A	145,47mcg
Vit. C	13,87mg
Vit. D	-
Fe	0,53mg
Na	317,6mg
Ca	13,8mg
Zn	0,53mg



Preparação 9: Sopa de mandioca com frango

Utensílios: Panela (2); colher de sobremesa (1); colher de chá (1); colher de café (1); garfo (1); faca (1); prato fundo (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Peito de frango	½ filé cozido/desfiado	40
Chuchu	¼ de unidade média	110
Mandioca cozida	1 pedaço médio	74
Óleo	1 colher de sobremesa	5,4
Cebola picada	1 colher de chá	2
Sal	1 colher de café rasa	1,8

Modo de preparo: Aqueça o óleo em uma panela, junte a cebola e refogue. Acrescente a mandioca, a água fervente e o sal e espere levantar fervura. Após, separe a mandioca e amasse com um garfo. Reserve. Cozinhe o chuchu em água fervente e faça o mesmo procedimento. Na primeira panela, misture a mandioca com o chuchu, acrescente o frango bem desfiado e sirva. Pode-se acrescentar cheiro verde.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	48 kcal
Carboidratos	5,81g
Proteínas	2,84g
Gorduras totais	1,51g
Gorduras saturadas	0,28g
Colesterol	7,68mg
Gorduras trans	0,01g
Fibra alimentar	0,54g
Vit. A	0,58mcg
Vit. C	5,49mg
Vit. D	-
Fe	0,07mg
Na	142,74mg
Ca	6,92mg
Zn	0,13mg



Preparação 10: Carne desfiada com mandioquinha

Utensílios: Panela (1); colher de sopa (2); colher de sobremesa (1); colher de chá (2); colher de café (1); garfo (1); faca (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Carne moída	3 colheres de sopa	93
Mandioca	1 unidade média	144
Cebola ralada	1 colher de chá	2
Óleo	1 colher de café	1,6
Cheiro verde picado	1 colher de sobremesa	2
Beterraba crua ralada	1 colher de sopa	20
Sal	1 colher de café rasa	1,8
Água	2 ½ xícara de chá	370

Modo de preparo: Em uma panela coloque o óleo, a cebola, e em seguida a carne. Juntar o sal e a mandioquinha cortada em pedaços pequenos. Colocar a água e tampar a panela, deixando em fogo baixo por cerca de 20 minutos. Acrescentar no final o cheiro verde e servir com a beterraba.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	132 kcal
Carboidratos	18,12g
Proteínas	8,63g
Gorduras totais	2,75g
Gorduras saturadas	0,8g
Colesterol	33,77mg
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	0,99g
Vit. A	6,15mcg
Vit. C	7,44mg
Vit. D	-
Fe	1,35mg
Na	289,98mg
Ca	21,41mg
Zn	2,65mg



Preparação 11: Papa de batata, espinafre, cenoura e frango

Utensílios: Panela (1); colher de sopa (2); colher de sobremesa (1); colher de chá (2); colher de café (1); faca (1); garfo (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Batata inglesa	1 unidade média	136
Cenoura	½ unidade média	70
Espinafre picado	1 colher de sopa cheia	17
Frango desfiado	2 colheres de sopa	25
Óleo	1 colher de sobremesa	6,9
Sal	1 colher de café rasa	1,8
Cebola picada	1 colher de chá	5
Tomate picado	1 colher de chá	7

Modo de preparo. Cortar a batata em pedaços e picar a cenoura e lavar o espinafre. Refogar em uma panela com o óleo a cebola e o tomate. Juntar os outros ingredientes e acrescentar um pouco de água fervente. Deixar cozinhar até os legumes ficarem macios. Antes de a água secar, adicionar o espinafre picado.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	97 kcal
Carboidratos	12,58g
Proteínas	4,3g
Gorduras totais	3,29g
Gorduras saturadas	0,55g
Colesterol	6,1mg
Gorduras trans	0,01g
Fibra alimentar	1,85g
Vit. A	859,48mcg
Vit. C	22,6mg
Vit. D	-
Fe	0,56mg
Na	274,69mg
Ca	18,7mg
Zn	0,27mg



Preparação 12: Papa de mandioca, brócolis, beterraba e fígado

Utensílios: Panela (1); copo americano pequeno (1); colher de sopa (1); colher de chá (3); colher de café (1); faca (1); garfo (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Mandioca	1 pedaço grande	104
Brócolis	2 ramos	64
Beterraba	2 fatias	30
Fígado picado	2 colheres de sopa	48
Óleo	1 colher de chá	5
Sal	1 colher de café rasa	1,8
Cebola ralada	1 colher de chá	4
Cheiro verde picado	1 colher de chá	2

Modo de preparo: Cortar a mandioca e a beterraba em pedaços pequenos. Lavar bem os brócolis e picar. Refogar a cebola com o óleo e acrescentar a mandioca, a beterraba e o fígado. Acrescentar o cheiro verde e dois copos de água e cozinhar até que a mandioca e a beterraba fiquem macias. Antes de a água secar, adicionar o brócolis picado.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	121 kcal
Carboidratos	16,62g
Proteínas	5,73g
Gorduras totais	3,53g
Gorduras saturadas	1,0g
Colesterol	81,55mg
Gorduras trans	0,05g
Fibra alimentar	2,01g
Vit. A	1696,03mcg
Vit. C	37,5mg
Vit. D	-
Fe	1,47mg
Na	292,43mg
Ca	37,64mg
Zn	1,01mg



Preparação 13: Papa de feijão, arroz, couve manteiga e ovo

Utensílios: Panela (1); concha pequena (1); colher de sopa (2); colher de sobremesa (1); colher de chá (1); colher de café (1); caneca de alumínio (1); garfo (1); faca (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Feijão cozido	1 concha pequena	52
Arroz cozido	3 colheres de sopa	68
Couve manteiga	3 colh. de sopa cheias	11
Gema de ovo cozida	1 unidade média	35
Óleo	1 colher de sobremesa	6,5
Sal	1 colher de café rasa	1,8
Cebola picada	1 colher de chá	2
Alho picado	1 dente pequeno	2,3

Modo de preparo: Lavar bem e picar as folhas e talhos da couve. Refogar a cebola, o alho e acrescentar o arroz e um pouco de água. Antes de a água secar, acrescentar a couve. Quando a papa estiver com consistência pastosa e com pouca água, desligar e adicionar o feijão e o ovo cozido.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	160 kcal
Carboidratos	12,98g
Proteínas	5,3g
Gorduras totais	9,7g
Gorduras saturadas	2,42g
Colesterol	216,73mg
Gorduras trans	0,01g
Fibra alimentar	3,11g
Vit. A	166,0mcg
Vit. C	4,18mg
Vit. D	0,68mcg
Fe	1,58mg
Na	342,57mg
Ca	49,13mg
Zn	1,05mg



Preparação 14: Papa de caldo de carne com cenoura e chuchu

Utensílios: Panela (1); faca (2); colher de sobremesa (1); colher de café (1); garfo (1); colher de sopa (1); prato (2).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Coxão mole	1 bife pequeno	87
Cenoura	½ unidade média	70
Chuchu	½ unidade média	130
Óleo	1 colher de sobremesa	6,9
Sal	1 colher de café rasa	1,8

Modo de preparo: Corte a carne em cubinhos e refogue em uma panela com o óleo. Acrescente uma pitada de sal e quando a carne dourar coloque a cenoura e o chuchu descascados e cortados em pedaços pequenos. Cubra com um pouco de água e cozinhe em fogo baixo até que os legumes estejam moles. Separe a carne. Amasse os legumes com um garfo e sirva a carne cortadinha junto à papa.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	157 kcal
Carboidratos	6,64g
Proteínas	12,10g
Gorduras totais	9,15g
Gorduras saturadas	2,73g
Colesterol	47,04mg
Gorduras trans	0,09g
Fibra alimentar	2,35g
Vit. A	1222,23mcg
Vit. C	14,6mg
Vit. D	-
Fe	1,3mg
Na	435,85mg
Ca	24,02mg
Zn	1,57mg



Preparação 15: Papa de caldo de frango com abobrinha, batata e cenoura

Utensílios: Panela (1); colher de sopa (1); colher de sobremesa (1); colher de café (1);
faca (1); garfo (1); prato (2).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Peito de frango	1 filé	110
Abobrinha verde	½ unidade média	158
Cenoura	1 unidade média	96
Batata inglesa	1 unidade média	168
Óleo	1 colher de sobremesa	6,5
Sal	1 colher de café rasa	1,8

Modo de preparo. Corte o peito em cubinhos e refogue com o óleo. Acrescente o sal e quando a carne dourar coloque a cenoura, a abobrinha picada e a batata descascada, cortadas em pedaços pequenos. Cubra com água e cozinhe em fogo baixo até que os legumes estejam moles. Separe a carne. Amasse os legumes com um garfo e sirva a carne cortadinha junto à papa.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	103 kcal
Carboidratos	11,43g
Proteínas	8,43g
Gorduras totais	2,62g
Gorduras saturadas	0,57g
Colesterol	16,21mg
Gorduras trans	0,01g
Fibra alimentar	1,74g
Vit. A	681,11mcg
Vit. C	19,19mg
Vit. D	-
Fe	0,56mg
Na	176,63mg
Ca	20,38mg
Zn	0,4mg



Preparação 16: Galinhada com cenoura e salsa

Utensílios: Panela (1); faca (2); colher de sopa (2); colher de chá (2); colher de café (2); garfo (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Peito de frango cru	1 pedaço pequeno	58
Arroz branco cru	2 colheres de sopa	36
Salsinha	1 colher de chá	2
Cenoura cortada	1 colher de sopa	18
Alho	1 colher de chá rasa	3
Cebola	1 colher de chá	6,
Óleo	1 colher de café	1,6
Sal	1 colher de café rasa	1,8

Modo de preparo: Cozinhar o frango cortado em pequenos cubos e acrescentar a cebola e o alho. Adicionar o arroz, a cenoura e o sal e colocar um pouco de água para cozinhar. Por último, acrescentar a salsinha, misturando bem com o arroz.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	133 kcal
Carboidratos	17,06g
Proteínas	11,87g
Gorduras totais	2,0g
Gorduras saturadas	0,5g
Colesterol	28,54mg
Gorduras trans	0,02g
Fibra alimentar	0,82g
Vit. A	287,35mcg
Vit. C	1,95mg
Vit. D	-
Fe	0,33mg
Na	360,55mg
Ca	8,47mg
Zn	0,57mg



Preparação 17: Arroz com feijão e fígado bovino

Utensílios: Panela (1); colher de sopa (3); colher de chá (3); colher de café (2); faca (2); garfo (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Arroz cozido (papa)	3 colheres de sopa	50
Feijão cozido/amassado	3 colheres de sopa	95
Fígado bovino	3 colheres de sopa	60
Alho	1 colher de chá	3
Cebola	1 colher de chá	4
Óleo	1 colher de café	2,3
Salsinha	1 colher de chá	2
Sal	1 colher café rasa	1,8

Modo de preparo: Preparar o arroz e o feijão conforme preparações 1 e 2. Cozinhar o fígado com o óleo, o alho e a cebola. Misturar a salsinha com o fígado e servir picadinho bem pequeno com o feijão e o arroz.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	139,8kcal
Carboidratos	15,88g
Proteínas	10,55g
Gorduras totais	3,68g
Gorduras saturadas	1,4g
Colesterol	141,48mg
Gorduras trans	0,08g
Fibra alimentar	5,42g
Vit. A	2863,86mcg
Vit. C	11,27mg
Vit. D	0,01mcg
Fe	2,97mg
Na	406,94mg
Ca	21,47mg
Zn	1,84mg



Preparação 18: Arrozinho multicores

Utensílios: Panela (1); colher de sopa (3); colher de chá (1); colher de café (2); ralador (1); caneca de alumínio (1); faca (1); garfo (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/mL</i>
Arroz branco cru	2 colheres de sopa	41
Ovo cozido picado	1 unidade	48
Cenoura crua ralada	1 colher de sopa	12
Abobrinha verde ralada	3 colheres de sopa	48
Cebola	1 colher de chá	5
Óleo	1 colher café rasa	1,7
Salsinha	1 colher de chá	2
Sal	1 colher café rasa	1,8

Modo de preparo: Em uma panela, junte o óleo, a cebola, e a cenoura ralada e refogue. Junte o arroz e adicione água em seguida. Quando estiver cozido, coloque a abobrinha e verifique se o arroz está mole. Junte o ovo ao arroz e sirva.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	103 kcal
Carboidratos	13,06g
Proteínas	4,79g
Gorduras totais	3,5g
Gorduras saturadas	0,98g
Colesterol	101,63mg
Gorduras <u>trans</u>	0,01g
Fibra alimentar	1,33g
Vit. A	194,85mcg
Vit. C	4,81mg
Vit. D	0,01mcg
Fe	0,64mg
Na	374,86mg
Ca	25,49mg
Zn	0,62mg



Papinhas de frutas



PAPINHAS DE FRUTAS

Preparação 1: Papa de laranja com mamão

Utensílios. Esprededor de frutas (1); faca (1); garfo (1); prato (1); colher de sobremesa (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Suco de laranja	1 unidade	100
Mamão formosa	1 fatia média	80

Modo de preparo. Lave cuidadosamente e sanitize o mamão e a laranja. Esprema a laranja e reserve o suco em um prato fundo. Amasse com um garfo o mamão descascado e junte o suco. Sirva a seguir.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	61,73kcal
Carboidratos	14,3g
Proteínas	0,9g
Gorduras totais	0,12g
Gorduras saturadas	0,01g
Colesterol	-
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	1,54g
Vit. A	92,81mcg
Vit. C	78,24mg
Vit. D	-
Fe	0,18mg
Na	2,25mg
Ca	21,2mg
Zn	0,12mg



Preparação 2: Papinha de ameixa seca (para constipação)

Utensílios. Liquidificador (1); xícara de chá (1); colher de sopa (1); prato fundo (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Ameixa seca sem caroço	3 unidades	20
Aveia em flocos	2 colh. sopa cheia	15
Água filtrada ou fervida	2/3 xíc. Chá	100

Modo de preparo: Ferva a água e deixe esfriar. Coloque a água e as ameixas no liquidificador e bata até ficar homogêneo. Em um prato fundo, adicione a aveia à batida e mexa até ficar mingau.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	99 kcal
Carboidratos	15,57g
Proteínas	4,31g
Gorduras totais	2,15g
Gorduras saturadas	-
Colesterol	-
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	3,55g
Vit. A	29,08mcg
Vit. C	-
Vit. D	-
Fe	-
Na	4,87mg
Ca	3,49mg
Zn	0,05mg



Preparação 3: Papinha de laranja com maçã

Utensílios: Espremedor de frutas (1); copo pequeno (1); faca (1); colher de sobremesa (1); colher de chá (1); prato fundo (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Suco de laranja	1 unidade	100
Maçã sem casca	½ unidade pequena	50

Modo de preparo: Lave e sanitize as frutas. Esprema a laranja e coloque num prato fundo. Junte a maçã raspadinha ou cortadinha em pedaços bem pequenos e sirva em seguida.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	66 kcal
Carboidratos	15,53g
Proteínas	0,66g
Gorduras totais	0,2g
Gorduras saturadas	0,01g
Colesterol	-
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	1,12g
Vit. A	29,94mcg
Vit. C	43,47mg
Vit. D	-
Fe	0,25mg
Na	0,75mg
Ca	14,2mg
Zn	0,08mg



Preparação 4: Suco de laranja, banana, maçã e pera

Utensílios: Espremedor de frutas (1); Liquidificador (1); faca (1); colher de sobremesa (1); copo ou prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ ml</i>
Suco de laranja	2 unidades	200
Banana prata	½ unidade pequena	30
Maçã argentina s/ casca	¼ de unidade	30
Pera sem casca	¼ de unidade	30

Modo de preparo: Sanitizar as frutas. Esprema as laranjas e coloque o suco no liquidificador. Junte a banana, a maçã e a pera até obter um suco homogêneo, servindo a seguir.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	65 kcal
Carboidratos	15,35g
Proteínas	0,68g
Gorduras totais	1,14g
Gorduras saturadas	0,6g
Colesterol	-
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	1,66g
Vit. A	43,21mcg
Vit. C	40,61mg
Vit. D	-
Fe	0,17mg
Na	1,07mg
Ca	13,47mg
Zn	0,1mg



Preparação 5: Papa de mamão com iogurte

Utensílios: Prato (1); colher de sopa (1); colher de chá (1); faca (1); garfo (1); xícara de chá (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Mamão papaya	½ unidade	143
Iogurte natural	2 colheres de sopa	55

Modo de preparo. Amasse o mamão e acrescente o iogurte, formando uma mistura homogênea. Sirva em seguida.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	60 kcal
Carboidratos	10,32g
Proteínas	1,98g
Gorduras totais	1,16g
Gorduras saturadas	0,68g
Colesterol	4,86
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	0,93g
Vit. A	7,85mcg
Vit. C	76,96mg
Vit. D	0,62mg
Fe	0,23mg
Na	17,7mg
Ca	74,74mg
Zn	0,23mg



Preparação 6: Papa de banana com aveia

Utensílios: Prato (1); garfo (1); colher de sopa (1); colher de chá (1); xícara de chá (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Banana prata	1 unidade	72
Aveia em flocos finos	1 colher de sopa	10

Modo de preparo: Amasse a banana e acrescente a aveia, formando uma mistura homogênea. Sirva em seguida.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	153 kcal
Carboidratos	31,6g
Proteínas	3,6g
Gorduras totais	1,36g
Gorduras saturadas	0,13g
Colesterol	-
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	3,93g
Vit. A	147,21mcg
Vit. C	13,15mg
Vit. D	-
Fe	0,43mg
Na	1,02mg
Ca	8,64mg
Zn	0,1mg



Preparação 7: Papa de banana

Utensílios: Prato (1); faca (1); garfo (1); colher de sopa (1); colher-medida (1); xícara de chá (1); colher de chá (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Banana prata	1 unidade	69
Leite NAN preparado	3,5 medidas	100
Mucilon	1 colher de sopa	8

Modo de preparo: Corte as pontas da banana e amasse com um garfo. Adicione o leite e o mucilon e misture, oferecendo em seguida.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	112 kcal
Carboidratos	20,71g
Proteínas	2,38g
Gorduras totais	2,27g
Gorduras saturadas	0,05g
Colesterol	-
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	1,23g
Vit. A	190,42mcg
Vit. C	18,11mg
Vit. D	1,94mcg
Fe	2,66mg
Na	29,82mg
Ca	79,68mg
Zn	1,42mg



Preparação 8: Vitamina para constipação intestinal

Utensílios: Colher-medida (1); faca (1); liquidificador (1); colher de sopa (1); xícara de chá (1); colher de chá (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Leite NAN preparado	7 medidas	200
Mamão formosa	1 fatia média	80
Farelo de aveia	1 colher de sopa	7

Modo de preparo: Prepare o leite NAN com água filtrada. Descasque o mamão e coloque-o no liquidificador, juntando o farelo de aveia. Bata com o leite até ficar homogêneo.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	64 kcal
Carboidratos	11,43g
Proteínas	2,79g
Gorduras totais	2,95g
Gorduras saturadas	0,05g
Colesterol	-
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	1,58g
Vit. A	99,78mcg
Vit. C	34,19mg
Vit. D	1,14mcg
Fe	1,19mg
Na	24,79mg
Ca	80,36mg
Zn	0,74mg



Preparação 9: Papa de pera

Utensílios. Faca (1); copo pequeno (1); colher de café (1); colher de chá (1); panela (1); garfo (1); prato (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Pera	1 unidade média	190
Açúcar	1 colher de café	5

Modo de preparo: Descasque e corte as duas metades da pera em pedaços menores. Junte 150ml de água filtrada e o açúcar. Leve ao fogo por aproximadamente 10 minutos, até que as peras fiquem macias. Em seguida, passe a pera em uma peneira, ou até mesmo amasse-a para atingir a textura de purê.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	118 kcal
Carboidratos	28,56g
Proteínas	0,32g
Gorduras totais	0,32g
Gorduras saturadas	0,16g
Colesterol	-
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	5,3g
Vit. A	4,01mcg
Vit. C	3,94mg
Vit. D	-
Fe	0,5mg
Na	1,69mg
Ca	15,14mg
Zn	0,2mg



Preparação 10: Papinha de Manga com banana e aveia

Utensílios: Prato (1); liquidificador (1); colher de sopa (1); faca (1); garfo (1); colher de chá (1).

<i>Ingredientes</i>	<i>Medida caseira</i>	<i>g/ mL</i>
Manga	¼ de unidade média	83
Banana prata	¼ de unidade média	23
Aveia em flocos finos	½ colher de sopa	6

Modo de preparo: Amasse a banana e reserve. Bata a manga com a aveia no liquidificador até formar um creme, depois misture com a banana amassada e sirva em seguida.

Informação nutricional (120 g)	
Valor energético	118 kcal
Carboidratos	25,43g
Proteínas	1,85g
Gorduras totais	0,92g
Gorduras saturadas	0,13g
Colesterol	-
Gorduras trans	-
Fibra alimentar	3,0g
Vit. A	251,74mcg
Vit. C	21,11mg
Vit. D	-
Fe	0,21mg
Na	1,27mg
Ca	14,44mg
Zn	0,12mg



REFERÊNCIAS

ALVARES, Beatriz Regina; TORRE, Osmar Henrique Della; MEZZACAPPA, Maria Aparecida. Sensibilidade da seriografia do esôfago, estômago e duodeno para o diagnóstico de doença do refluxo gastroesofágico em recém-nascidos prematuros. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, v.44, n.4, p.9, Aug. 2011.

ANDRADE, Jacy Alves Braga de; FAGUNDES-NETO, Ulysses. Diarreia persistente: ainda um importante desafio para o pediatra. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, Porto Alegre, v.87, n.3, Jun. 2011.

AQUINO, Rita de Cássia de; PHILIPPI, Sônia Tucunduva. **Nutrição Clínica – Estudos de casos comentados**. 1. ed. Barueri, SP: Manole, 2009.

BASCUÑÁN, Karla A.; VESPA, María Catalina; ARAYA, Magdalena. Celiac disease: understanding the gluten-free diet. **European Journal of Nutrition**, v. 56, n.2, p. 449-459, Mar. 2017. Disponível em: < <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00394-016-1238-5>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

BERNARDI Julia Laura Delbue; JORDÃO, Regina Esteves; BARROS FILHO, Antônio Azavedo. Alimentação complementar de lactentes em uma cidade desenvolvida no contexto de um país em desenvolvimento. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.26, n.5, p.405-11, 2009.

BEYER, Peter L. Tratamento médico nutricional para doenças do Trato Gastrointestinal Inferior. In: MAHAN, L. K.; ESCOTTO- STUMP, S. **Krause alimentos, nutrição e dietoterapia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.p.673-706.

BORTOLINI, Gisele Ane. Anemia Ferropriva. In Vitolo, Marcia R. **Nutrição: da gestação ao envelhecimento**. Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 243-259.

BRAGA, Josefina Aparecida P.; BARBOSA, Teresa Negreira N.; FERREIRA, Ana Maria do A. Anemia Ferropriva. In: PALMA, Domingos; ESCRIVÃO, Maria Arlete M. S.; OLIVEIRA, Fernanda Luisa C. **Nutrição clínica na Infância e na Adolescência**. Barueri, SP: Maole, 2009. p. 219-241.

BRAGA, Josefina Aparecida P.; BARBOSA, Teresa Negreira N.; FERREIRA, Ana Maria do A. VITALLE, Maria Sylvia S. Deficiência de ferro na criança. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, v.21, n.1, p. 38-44, 2010.

BRANCO, Maiara de Souza Castelo, et al. Classificação da intolerância à lactose: uma visão geral sobre causas e tratamentos. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, n.26, v.3, p.117-125, set./dez., 2017. Disponível em:< https://www.researchgate.net/publication/326474557_Classificacao_da_intolerancia_a_lactose_e_uma_visao_geral_sobre_causas_e_tratamentos>. Acesso em: 03 abr. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Recomendações: Triagem neonatal para galactosemia**. CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. Maio,



2018. Disponível em: <

http://conitec.gov.br/images/Consultas/2018/Relatorio_Galactosemia_TriagemNeonatal_CP25_2018.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Recomendações:** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Fenilcetonúria. CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. Mar., 2019. Disponível em: <

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2019/Relatorio_PCDT_Fenilcetonria_CP16_2019.pdf >. Acesso em: 05 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório de Recomendações:** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). CONITEC Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS. Nov. 2017. Disponível em: <

http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_APLV_CP68_2017.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN).

Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. 2012. Disponível em:

<http://nutricao.saude.gov.br/vita_info_publico.php?exibe_pagina=vita_programa_hipovitaminose>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009. 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos** / Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan Americana da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável:** guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010. 72 p.

BVS. BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Ministério da Saúde. Dicas em saúde: Diarreia e desidratação. Dezembro de 2009.

CAMELO JUNIOR, José Simon et al . Avaliação econômica em saúde: triagem neonatal da galactosemia. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p.666-676, abr, 2011.

CASTRO, Ana Paula, et al. Establishing a cut-off for the serum levels of specific IgE to milk and its components for cow's milk allergy: Results from a specific population. **Allergologia et Immunopathologia**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 67-72, Jan. 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24485941>>. Acesso em: 05 fev. 2019.



CASTRO, Fabiana Faleiros Santana. **Constipação intestinal em pacientes com paralisia cerebral**: avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem. 2009. 122f. Mestrado em Enfermagem - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

COLLETE, Vanessa Louise; ARAÚJO, Cora Luiza; MADRUGA, Samanta Winck. Prevalência e fatores associados à constipação intestinal: um estudo de base populacional em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2007. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.7, p.1391-1402, jul, 2010.

CORREIA, Carla. FERREIRA, Ana Cristina. **Guia Informativo**: Fenilcetonúria Tratamento Dietético. Centro de Referência de Doenças Hereditárias do Metabolismo, Centro Hospitalar de Lisboa. Lisboa. Mai. 2018. Disponível em: < <http://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/07/CR-DHM-Fenilcetonuria-Tratamento-Dietetico-11-06-18.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio et al . Aleitamento materno e tabus alimentares. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 23, Dec. 2008 .

DI COSTANZO, Marco; CANANI, Berni. Lactose Intolerance: Common Misunderstandings. **Annals of Nutrition and Metabolism**, Naples, n.73, v.4, p. 30-37, Feb. 2019. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30783042#>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

FENACELBRA (Federação Nacional das Associações de Celíacos do Brasil) **Guia Orientador para Celíacos**. 2010.

FIGUEIRA, Vandressa Barbosa. **Perfil Clínico e Epidemiológico de Pacientes Portadores de Fenilcetonúria no Estado de Goiás**. 2018. Dissertação de mestrado em Enfermagem – Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2018.

FORDE Ciaran G.; FOGEL Anna; MCCRICKERD Keri. Children's Eating Behaviors and Energy Intake: Overlapping Influences and Opportunities for Intervention. **Nestlé Nutrition Institute Workshop Series Home**, Singapore, v.91, n.3, p.55-67, Mar. 2019. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30865959>>. Acesso em: 01 abr. 2019.

FRANZ, Marion J. Terapia nutricional clínica para Diabetes Melito e Hipoglicemia de origem não diabética In: MAHAN, L. K.; ESCOTTO- STUMP, S. **Krause alimentos, nutrição e dietoterapia**. 12.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.p.764-809.

GAMA E SILVA, Tatiana Sudbrack; FURLANETTO, Tania Weber. Diagnóstico de doença celíaca em adultos. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.1, p.122-6, 2010.

GOMES, Patrícia Boechat, et al. Polietilenoglicol na constipação intestinal crônica funcional em crianças. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 29, n.2, p. 245-250, 2011.

HYMAN, Paul, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. **Gastroenterology**, v.130, n.32, p.1519-1526, 2006.



HODGES, Joanna K., et al. Lactose Intolerance and Bone Health: The Challenge of Ensuring Adequate Calcium Intake. **Nutrients**, West Lafayette, v. 11, n. 4, p. 28, Mar. 2019. Disponível em: < <https://www.mdpi.com/2072-6643/11/4/718>>. Acesso em: 03 abr. 2019.

KATZ, Philip; GERSON, Lauren; VELA, Marcelo. Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. **American Journal of Gastroenterology**, v. 23, n.108, p.308 – 328, 2013.

KISS, Erika; BALOGH, Lídia; REISMANN, Péter. Diet treatment of classical galactosemia. **Orv Hetil**, Budapest, v.158, n.47, p.1864-186, Nov. 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29153024>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

KONSTANTYNER, Tulio; BRAGA, Josefina Aparecia P.; TADDEI, José Augusto de A. C. Anemias carenciais. In: TADDEI, José Augusto et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Rubio, 2011. p. 197-209.

LEBWOHL, Benjamin; SANDERS, David; GREEN, Peter. Coeliac disease. **Lancet**, New York, v.6, n.391, p. 70-81, Jan. 2018. Disponível em: < <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673617317968?via%3Dihub>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

LIMA, Carlos Vinicius Moreira, et al. Divergências entre os Diagnósticos de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV): uma revisão integrativa. **Revista Interfaces**, Crato, v. 5, n. 15, p.55-63, 2017. Disponível em: < <https://interfaces.leaosampaio.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/viewFile/369/pdf> >. Acesso em: 05 fev. 2019.

MAGALHÃES, Pedro Vieira, et al. Revisão sistemática e metanálise do uso de procinéticos no refluxo gastroesofágico e na doença do refluxo gastroesofágico em Pediatria. **Revista paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 3, p. 20-32, Sept. 2009.

MAHAN, K athleen; ESCOTT-STUMP, Sylvia. Krause. **Alimentos, Nutrição e Dietoterapia**. 12. ed. São Paulo: Roca, 2010.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de. Fenilcetonúria: aspectos genéticos, diagnóstico e tratamento. **Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica**, Uberaba, v.15, n.4, p. 282-8, out-dez, 2017. Disponível em: < <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877193/154282-288.pdf>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

MELLO, Carolina Santos et al . Consumo de fibra alimentar por crianças e adolescentes com constipação crônica: influência da mãe ou cuidadora e relação com excesso de peso. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v.28, n.2, p.188-93, 2010.

MICULIS, Cristiane P. et al . Atividade física na criança com diabetes tipo 1. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.86, n.4, p.:271-278, 2010.

MONTEIRO, Lenice Teresinha Bussolotto; CANDIDO, Lys Mary Bileski. Fenilcetonúria no Brasil: evolução e casos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.3, p.381-387, maio/jun., 2006.



NELSON, Suzanne, et al. Prevalence of symptoms of gastroesophageal reflux during infancy. Pediatric Practice Research Group. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, Chicago, n.154, v.24, p.150-154, 2000.

NICKLAUS Sophie, et al. Early Development of Taste and Flavor Preferences and Consequences on Eating Behavior. **Nestlé Nutrition Institute Workshop Series Home**, v.91, n.9, p.1-10, Mar. 2019. Disponível em:<
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30865953>>. Acesso em:03 abr. 2019.

NIH. U.S. National Library of Medicine. **Galactosemia**. Genetics Home Reference. 2019. Disponível em: < <https://ghr.nlm.nih.gov/condition/galactosemia#synonyms>>. Acesso em: 05 fev. 2019.

NUNES, Michelle Darezzo R; DUPAS, Giselle; FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade. Diabetes na infância/ adolescência: conhecendo a dinâmica familiar. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.1, p.119- 130, Jan-Abr, 2007.

OLIVEIRA, Juliana Souza et al . Anemia, hipovitaminose A e insegurança alimentar em crianças de municípios de Baixo Índice de Desenvolvimento Humano do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 13, n.4, p. 1-9, Dez. 2010.

PALMA, Domingos; DISHCHEKENIAN, Vera Regina M. **Alimentação complementar**. In: PALMA, Domingos; ESCRIVÃO, Maria Arlete M. S.; OLIVEIRA, Fernanda Luisa C. Nutrição clínica na infância e na adolescência. Barueri, SP: Manole, 2009. p.105.

PEDRAZA, Dixis Figueroa; QUEIROZ, Daiane de. Micronutrientes no crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 21, n. 1, p.1-8, abr. 2011.

PEREIRA, Ivonete V.; CABRAL, Ivone Evangelista. Diarreia aguda em crianças menores de um ano: subsídios para o delineamento do cuidar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.2, p.24 - 9, Jun. 2008.

RAMALHO, Andréa. Hipovitaminose A. In: TADDEI, José Augusto et al. **Nutrição em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2011. p. 211-220.

RODRIGUES, Christiane Antunes; ANTUNES, Alessandra Christiane. Fenilcetonúria: considerações e tratamento a partir da dietoterapia. **Medicina Acadêmica**. v.1.n.1. p. 24-32, jan/jul 2012.

SARNI, Roseli O. S. et al. Micronutrientes e sistema imunológico. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**, v.33, n.1, p.1-6, 2010.

SBD. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018** / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo : Editora Clannad, 2017.



SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Consenso sobre Anemia Ferropriva: Mais Que Uma Doença, Uma Urgência Médica.** Departamentos de Nutrologia e Hematologia-Hemoterapia. 2019. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019f-Diretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2019.

SBP. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Diretrizes/ Consenso sobre Anemia Ferropriva: Mais que uma Doença, uma Urgência Médica.** 2018 / Organização Mauro Fisberg, Isa Lyra, Virginia Weffort. São Paulo. 2018. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21019f-Diretrizes_Consenso_sobre_anemia_ferropriva-ok.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

SHIMAMOTO, Adriana Teiko Hioki; MORAIS, M B. Intolerância à lactose. In: PALMA, D.; ESCRIVÃO, M A M S.; OLIVEIRA, F L C. **Guia de Nutrição Clínica na Infância e na Adolescência.** Barueri, SP: Manole, 2009. p.455-456.

SILVA, Ana Claudia O. J. **Alimentação complementar:** guia prático. Univerisidade do Estado do Rio de Janeiro. Centro biomédico. Instituto de nutrição.programa de pós-graduação. Curso de especialização em nutrição materno-infantil. Rio de Janeiro, 2008.

TRAEBERT, Jefferson et al. Transição alimentar: problema comum à obesidade e à cárie dentária. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.17, n.2, p.247-253, abr./jun., 2004.

TRAHMS, C M; OGATA, B N. Tratamento nutricional clínico para distúrbios genéticos metabólicos. In: MAHAN, L. K.; ESCOTT- STUMP, S. **Krause alimentos, nutrição e dietoterapia.** 12.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.p.1141-1169.

VANDENPLAS, Yvan; DEVREKER, Thierry. Constipação funcional em crianças. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.95, n.1, p. 1-3, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v95n1/pt_0021-7557-jped-95-01-0001.pdf>. Acesso em: 05 fev. 2019.

VANDENPLAS, Yvan, et al. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). **Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition**, v.49, n.4, p.498-547, 2009.

VARELLA, Drauzio; JARDIM, Carlos. **Coleção Doutor Drauzio Varella.** Barueri, São Paulo: Gold Editora, 2009.

VITOLO, Marcia Regina. Práticas alimentares na infância. In: VITOLO, M.R. **Nutrição da gestação ao envelhecimento.** Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 215-242.

VITOLO, Marcia Regina; BORTOLINI, Gisele Ane. Biodisponibilidade do ferro como fator de proteção contra anemia entre crianças de 12 a 16 meses. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 83, n. 1, p.25, Fev. 2007.

WEFFORT, V R S. Alimentação do lactente. In: WEFFORT, V. R. S.; LAMOUNIER, J. A. **Nutrição em pediatria.** Barueri, SP: Manole, 2009. p. 15-25.



A presente edição foi composta pela URI,
em caracteres Times New Roman, formato e-book, pdf,
em abril de 2019.