

DESNUTRIÇÃO – UM PROBLEMA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE PÚBLICA – RELATO DE EXPERIÊNCIA.

\* Laís Birsakis

\* Elisete Roncágli de Carvalho

ReBEn/09

---

BIRSKIS, L. e colaboradora – Desnutrição – um problema de enfermagem de Saúde pública - Relato de experiência. **Rev. Bras. Enf.:** RS, 36: 297-308, 1983.

---

**RESUMO:** As autoras se propõem a mostrar a atuação da enfermeira de saúde pública num Posto de Assistência Médica da Divisão de Saúde da Comunidade da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, junto a 76 crianças, que apresentavam como características diversos graus de desnutrição, baixo peso e prematuridade, através de um programa de orientação individualizada, semanal ou quinzenal, conforme o caso.

### INTRODUÇÃO

Uma das atividades da enfermeira de saúde pública num Posto de Assistência Médica da Divisão de Saúde da Comunidade (DSC-5), da Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo, refere-se à orientação aos usuários sobre as indicações médicas e esclarecimento detalhado e simplificado de sua prescrição. Nesta tarefa, está incluída a orientação alimentar às mães ou responsáveis das crianças inscritas no período programático, sobre a introdução gradativa de novos alimentos, modo de preparo, horário de administração, quantidade, etc.

É importante ressaltar que o chamado atendimento programático, realizado no horário vespertino, dá ênfase na preservação e promoção da saúde. Neste período, é feito o acompanhamento mensal das condições de saúde das crianças incluídas na faixa etária de 0-2 anos, através de consulta médica, controle de enfermagem e orientações educativas.

O atendimento programático tem como pontos básicos uma atenção precoce, periódica e contínua à criança, sendo que a prioridade da programação aumenta sempre em direção aos primeiros meses de vida. Esta prioridade decorre do fato de ser este o grupo etário mais vulnerável aos agravos de saúde, o que é comprovado pelos altos níveis alcançados pelo coeficiente de Mortalidade Infantil do Município de São Paulo.

Além disso, trata-se de um grupo etário que necessita múltiplas ações de saúde, tais como: controle específico de saúde periódico, imunização específica, orientações educativas e fornecimento de complementação alimentar.

Para tanto, rotineiramente, também é feita a avaliação pondo-estatural, para observação do crescimento e desenvolvimento da criança. Entretanto, foi notado que apesar das orientações dadas, havia no referido Posto de Assistência Médica (PAM), crianças com diversos graus de desnutrição, recém-nascidos de baixo peso e prematuros, o que motivou a enfermeira, médica-pediatra e assistente social a elaborarem um esquema de orientação programada mais assídua que o usual (mensalmente), com o objetivo de verificar se com um acompanhamento com intervalos menores de tempo (semanal ou quinzenalmente) e reforços constantes das orientações básicas, haveria melhora no estado nutricional das crianças da referida comunidade.

Segundo YUNES (7), “a desnutrição é o principal fator de contribuição para a alta morbidade e mortalidade nos países subdesenvolvidos” e que a mesma “tem sido cada vez mais considerada, como um dos principais problemas de Saúde Pública”. O mesmo autor afirma ainda que “esta deficiência calórico-protéica faz com que a população brasileira atingida pela desnutrição apresenta um atraso no crescimento e desenvolvimento somático, retardamento transitório ou permanente no desenvolvimento mental, assim como, favorecendo ou predispondo, com freqüência, às doenças que geralmente se associam a ela, tais como diarreia e parasitoses”.

Foi com o intuito de tentar amenizar as sequelas da carência alimentar nos dois primeiros anos de vida, que a equipe se propôs a estabelecer maior periodicidade no atendimento destas crianças e analisar os resultados obtidos.

---

\* Enfermeiras da Prefeitura do Município de São Paulo – Secretaria de Higiene e Saúde – Divisão de Saúde da Comunidade – Departamento Regional Centro Sul – DSC-5.

## CONSIDERAÇÕES GERAIS

Definir desnutrição não é fácil, absolutamente, apesar da vasta bibliografia existente sobre o assunto, o que mostra quão importante este o é. (2), (3), (6), (7), (8), (9). No entanto, MARCONDES (7) se propõe a fazer uma tentativa de bem caracterizar o termo desnutrição: “é um estado crônico de carência calórico-protéica, no qual o organismo apresenta desaceleração (casos leves), interrupção (casos moderados) ou involução (casos graves) de sua evolução normal com prejuízos bioquímico (diluição), funcional (disfunção, com ênfase no desenvolvimento neuropsicomotor) e anatômico (depleção, com ênfase no crescimento físico), podendo a involução levá-lo aos padrões do recém-nascido nos três setores”.

A deficiência nutricional é a maior causa de óbitos nas Américas, alcançando o seu ponto máximo no primeiro ano de vida, período em que a desnutrição protéica ocupa lugar de destaque (10).

TERUEL (5) afirma que “associando-se às diarréias infecciosas, que atuam como causa básica, a deficiência nutricional é responsável pela elevação dos coeficientes de mortalidade na infância”, agravando ainda mais quando outras infecções (como o sarampo), se instalam.

YUNES (7) cita que “os principais fatores responsáveis pela desnutrição infantil são: dieta, infecção, fatores psicológicos, situação sócio-econômica, insuficiente produção de alimentos, padrões culturais, nutrição materna e desmame precoce”.

Com relação à classificação dos graus de desnutrição, observa-se discordância e discussão entre vários autores, entretanto, a mais usada talvez seja a de GOMEZ (7) baseada no déficit de peso em relação ao padrão normal para a idade, no entanto, esta classificação pressupõe o conhecimento de padrões normais de crescimento físico, o que nem sempre se tem.

Os gráficos 1, 2 e 3, apresentam os pesos limites para o enquadramento dos pacientes nos três graus de desnutrição, segundo critério de Gomez. Os valores indicados como normais são baseados no “Estudo Antropométrico de Crianças Brasileiras de 0-12 anos de idade” (7), coordenado pelo Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

QUARENTEI (7) afirma que “a sintomatologia clínica da desnutrição é extremamente variada, pois sendo esta sistêmica e inespecífica, afeta em graus variáveis cada uma e todas as células do organismo”.

Nestas condições, podemos citar algumas manifestações clínicas que determinam a existência de variados graus de desnutrição, tais como: detenção do crescimento e desenvolvimento, hipotrofia e alterações do tônus das massas musculares, manifestações psíquicas (mudanças de caráter, irritabilidade, depressão mental, apatia, etc.), lesões de pele e mucosas (pele seca e fria), lesões oculares, alterações ósseas, edema, hepatomegalia discreta, vômito, diarreia, etc.

As conseqüências da deficiência nutricional nos primeiros anos de vida são citadas por CRAVIOTO (5): “atraso no crescimento, alterações fisiológicas e o retardamento de alguns aspectos da maturação bioquímica do cérebro, redundando num adulto de baixa produtividade física e mental”. Isto é tanto mais grave quando se sabe que dentro de duas décadas será a população economicamente produtiva — afirma FERRIANI (5).

A prevenção da desnutrição infantil é, sem dúvida, de alta complexidade, pois está ligada a medidas relacionadas com a elevação do padrão geral de vida, educação de base, organização dos serviços de saúde e educação sanitária, conforme afirma YUNES (7). O mesmo autor complementa sua afirmação dizendo que “um dos meios mais eficientes na prevenção da má nutrição é, sem dúvida alguma, a educação sanitária da população, principalmente da mãe, utilizando de pessoal de saúde pública e nutricionistas ou mesmo pessoal auxiliar, devidamente treinado para esta finalidade”.

## MATERIAL E MÉTODO

Participaram do programa de crianças desnutridas, 76 crianças, na faixa etária de 0 a 2 anos, matriculadas no período programático do Posto de Assistência Médica Jardim Sapopemba.

A inscrição da criança no programa se fazia após a avaliação médica, tendo por base parâmetros de crescimento e desenvolvimento (gráficos 1 e 2) sendo incluídas crianças com graus I, II e III de desnutrição, recém-nascidos de baixo peso e prematuros. Após esta avaliação, tanto a criança quanto a mãe ou responsável, passavam a ter contatos semanais com a equipe multiprofissional do PAM, para controle mais freqüente de peso, orientações educativas individualizadas, reforços das condutas alimentares (anexos I, II, III e IV — fixados pela Secretaria de Higiene e Saúde) e relato de qualquer intercorrência com a criança no período.

A cada vinda da criança ao PAM, era feita uma nova avaliação das condições gerais de saúde, pela enfermeira ou médica-pediatra, com o objetivo de verificar a evolução pondero-estatural, reforçando ou alterando as condutas alimentares conforme a necessidade de cada caso, adaptando-se às condições sócio-econômicas da usuária.

O acompanhamento das crianças inscritas na programação era sempre seguida das seguintes atividades: verificação do peso, avaliação do estado nutricional e de saúde da criança, com orientações adequadas do quadro apresentado.

Além das orientações, a usuária recebia demonstrações sobre o preparo da mamadeira com o leite em pó integral, desde que a criança fizesse uso do referido leite. Esta demonstração era individualizada e pedia-se a devolução da técnica, logo após a orientação. Além do preparo do leite, também eram demonstrados o preparo de outros alimentos como papas e sucos.

Havendo evolução contínua de ganho de peso, a criança passava a ter acompanhamento quinzenal, até atingir o estado eutrófico, retornando ao esquema mensal do Programa de Assistência à Criança do PAM.

O registro dos dados era feito na Ficha de Controle das Crianças Desnutridas, em que constava os seguintes itens:

- 1 — nome completo da criança
- 2 — data de nascimento
- 3 — peso ao nascer
- 4 — se o parto foi a termo ou não
- 5 — tipo de parto
- 6 — data de inscrição da criança no programa
- 7 — peso na referida data
- 8 — número da ficha da criança dentro do grupo de crianças desnutridas
- 9 — número do prontuário da criança no PAM.
- 10 — se a criança recebia ou não suplementação alimentar

O suplemento alimentar (leite em pó integral) foi distribuído de acordo com os aspectos sócio-econômicos familiares e aspectos médicos (avaliação ponderal do estado nutricional).

Cabe ressaltar, que a falta de um dos elementos da equipe multiprofissional era suprida por outro, sem que houvesse solução de continuidade do trabalho proposto.

## RESULTADOS

Das setenta e seis (76) crianças incluídas no programa de crianças desnutridas, recém-nascidos de baixo peso e prematuros, quarenta e dois (42) pertenciam ao sexo masculino (52,27%) e trinta e quatro (34) ao sexo feminino (44,73%) e conforme mostra a tabela I, a maior concentração de crianças (23 — 30,26%) estava na faixa etária de 0 a 1 mês.

Verifica-se que na idade de um a dois meses concentrava-se treze (13) crianças (17%), sendo que nas demais idades a variação foi de dez a duas crianças.

Embora o aleitamento materno tivesse sido incentivado em todas as orientações dadas, muitas das crianças inscritas na programação (52) recebiam o leite em pó integral, como complementação alimentar, sendo que as mães recebiam demonstrações sobre a forma de diluição adequada a idade de cada criança.

De acordo com as normas de padronização de distribuição do suplemento alimentar da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo, o leite em pó integral deve ser distribuído às crianças após os três meses de idade, para que seja incentivado o aleitamento materno, no entanto, por diversos fatores em que ocorre o desmame precoce, fica a critério médico a distribuição do complemento alimentar, sempre levando-se em conta os aspectos sócio-econômicos familiares.

A tabela II mostra os motivos da inclusão das crianças no referido programa, sendo a classificação adotada como: desnutrição de primeiro grau (DI), desnutrição de segundo grau (DII), desnutrição de terceiro grau (DIII), recém-nascido de baixo peso (RN de baixo peso) — crianças nascidas com peso inferior a 2500 kg. Os graus de desnutrição adotados na tabela referem-se a classificação de Gomes (gráficos 1 e 2). Observa-se maior concentração no grau I de desnutrição (40 — 52,63%) nos primeiros meses de vida (0-2 meses), mostrando a preocupação da equipe em detectar precocemente o problema.

Nota-se uma quantidade razoável (25 — 32,89%) de crianças no grau II de desnutrição, estando distribuída quase que equitativamente em todas as idades. Já no grau III de desnutrição, havia somente duas (2-2,63%) crianças na faixa etária de 2-3 meses.

As crianças prematuras (3 — 3,95%) e recém-nascidos de baixo peso (6 — 7,90%) encontravam-se no primeiro mês de vida.

Na tabela III, encontra-se a evolução nutricional obtida de acordo com o número de orientações dadas às mães ou responsáveis.

Os termos usados na tabela, seriam assim definidos: *evolução insatisfatória* — perda de peso da criança; *sem alteração* — crianças que não apresentaram mudança no seu estado nutricional; *evolução*

*satisfatória* — crianças que apresentaram aumento de peso e conseqüentemente diminuição do grau de desnutrição; *retorno mensal* — crianças que atingiram a eutrofia e retornaram à programação desenvolvida no PAM.

Observa-se que cinco (5 — 6,58%) crianças apresentaram evolução insatisfatória, sendo que duas receberam cinco a seis orientações, no entanto, ambas apresentaram distúrbios gastro-intestinais, o que motivou a involução dos casos. Dos restantes, houve o óbito de uma criança, cuja mãe recebeu quatro (4) orientações, sendo um recém-nascido cujo peso ao nascer era de 1.600 kg, apresentando problemas cardíacos, o que motivou sua morte.

Em dois casos, cujas mães receberam duas (2) orientações, não houve evolução satisfatória, pois as mães não retornaram para o prosseguimento do acompanhamento.

A maior concentração (35 — 46,05%) de crianças está incluída na classificação “*sem alterações*”, sendo que a grande maioria das mães, receberam de uma a três orientações. Dos casos, em que receberam mais de três orientações, foram detectados graves problemas econômicos e apesar dos reforços nas condutas alimentares, verificou-se que a não evolução das crianças, devia-se ao fato da família não ter condições financeiras de adquirir alimentos.

No item “*evolução satisfatória*” da tabela III, encontra-se vinte e sete crianças (27 — 35,53%), que receberam de uma a onze orientações.

Verifica-se que o maior número de mães (6) receberam três orientações, sendo estas suficientes para a melhora do estado nutricional das crianças, entretanto, em cinco casos foram necessárias seis orientações para se obter a evolução desejada.

Nota-se que as demais crianças distribuídas em relação ao número de orientações dadas, encontra-se somente um caso com oito, dez e onze reforços educativos, respectivamente.

Observa-se ainda, que duas crianças necessitaram de duas, cinco e nove orientações, respectivamente, para atingirem uma evolução satisfatória, enquanto três precisaram de quatro e seis orientações, para atingirem o mesmo objetivo.

Em um caso, com somente uma orientação, a criança apresentou evolução satisfatória.

No item “*retorno mensal*” da mesma tabela, verifica-se que duas crianças atingiram a eutrofia com três orientações, duas com cinco e com seis, sete, nove e onze orientações, concentra-se uma criança, respectivamente aos números citados.

## CONCLUSÃO

A programação desenvolvida junto às crianças desnutridas, prematuras e recém-nascidos de baixo peso, se encontra em fase de continuidade e a equipe sentiu a necessidade de realizar alterações no referido programa, pois os resultados demonstraram que muitas das crianças não apresentaram evolução no seu estado nutricional, pois receberam de uma a três orientações, não comparecendo ao PAM para o acompanhamento regular. Ao analisarmos as causas destas faltas, deparamo-nos com problemas sócio-econômicos dos mais variados, sendo este um fator de difícil solução.

Segundo FERRIANI (5) “o suplemento alimentar não tem atendido às mínimas necessidades nutricionais do organismo infantil, pois com muita freqüência o alimento é dividido com as outras crianças e membros da família”, o que, efetivamente ocorreu com a população atendida nesta programação, pois ao indagarmos sobre o destino do leite, muitas das mães afirmavam que só a criança desnutrida estava fazendo uso do mesmo, enquanto outras informavam que o suplemento alimentar era distribuído entre as outras crianças da família, apesar das orientações dadas.

Verificamos também a dificuldade econômica na aquisição de frutas e legumes para a administração de papas, apesar das orientações de serem utilizadas frutas e legumes da época e estes serem adquiridos ao final da feira livre, a preços mais módicos.

Constatamos que a dificuldade financeira na aquisição de alimentos, unida a hábitos alimentares inadequados, foram alguns dos principais fatores que impediram a obtenção de resultados mais favoráveis junto à população atendida nesta programação.

A atuação da equipe multiprofissional foi primordial para o desenvolvimento desta programação e a mesma se encontra motivada para detectar novos meios de se atingir esta população, através da reestruturação do programa aqui citado.

## SUMMARY

The authoresses are intending to show the actuation of the public health nurse in a Medical Assistance Center of the “Divisão de Saúde da Comunidade da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo” near 76 children that presented as characteristics different degrees

---

BIRSKIS, L. e colaboradora — Desnutrição — um problema de enfermagem de Saúde pública - Relato de experiência. **Rev. Bras. Enf.**: RS, 36: 297-308, 1983.

---

of underfeeding, less weight and prematurity, through a program of individual orientation, weekly or fortnightly, as de case.

#### BIBLIOGRAFIA

1. BENGUA, J.M — Malnutricion y desarrollo mental, Crónica de la OMS, 28 (1): 3-7, 1974.
2. BURTON, B — Nutrição humana. Brasil, Editora Mcgraw — Hill do Brasil, 1979.
3. CHAVES, N — Nutrição básica e aplicada. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1978.
4. DOCUMENTO BÁSICO DO PROGRAMA DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL. Ministério da Saúde (Coordenação de proteção materno-infantil), 1975 (mimeografia).
5. FERRIANI, M.G.C. et al — Utilização de um leite em pó acidificado num programa de suplementação alimentar a crianças de zero a dois anos de idade. *Rev. Bras. Enf.*; DF 32:316-330, 1979.
6. KRAUSE, M.V. et HUNSCHER, M.A. — Nutricion y dietetica en clinica. Mexico, Nueva Editorial Interamericana, 1975.
7. MARCONDES, E — Desnutrição. São Paulo, Savier, 1976.
8. — Desidratação e desnutrição em pediatria. São Paulo Savier, 1971.
9. MITCHELL, H.S. et al — Nutrição Rio de Janeiro Editora Interamericana Ltda. 1978.
10. PUFFER, R.R. et SERRANO, C.V. — Características de la mortalidade en la niñez. Informe de la Investigación Interamericana de la mortalidad en la niñez. Org. Panamer. de Saúde, 490 p.p., Washington, 1973.

GRÁFICO I  
PESO E ESTATURA DE CRIANÇAS ATÉ 11 MESES DE IDADE  
FEMININO  
MESES DE IDADE

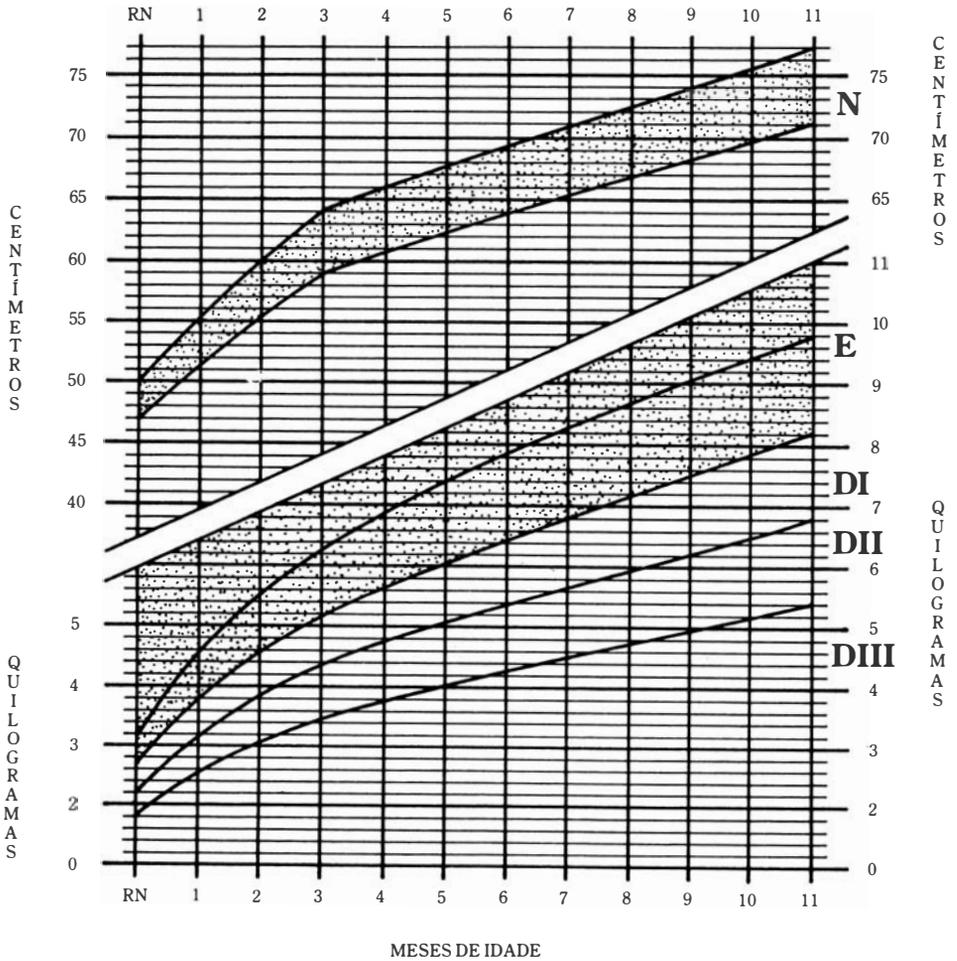


GRÁFICO II  
 PESO E ESTATURA DE CRIANÇAS ATÉ 11 MESES DE IDADE  
 MASCULINO  
 MESES DE IDADE

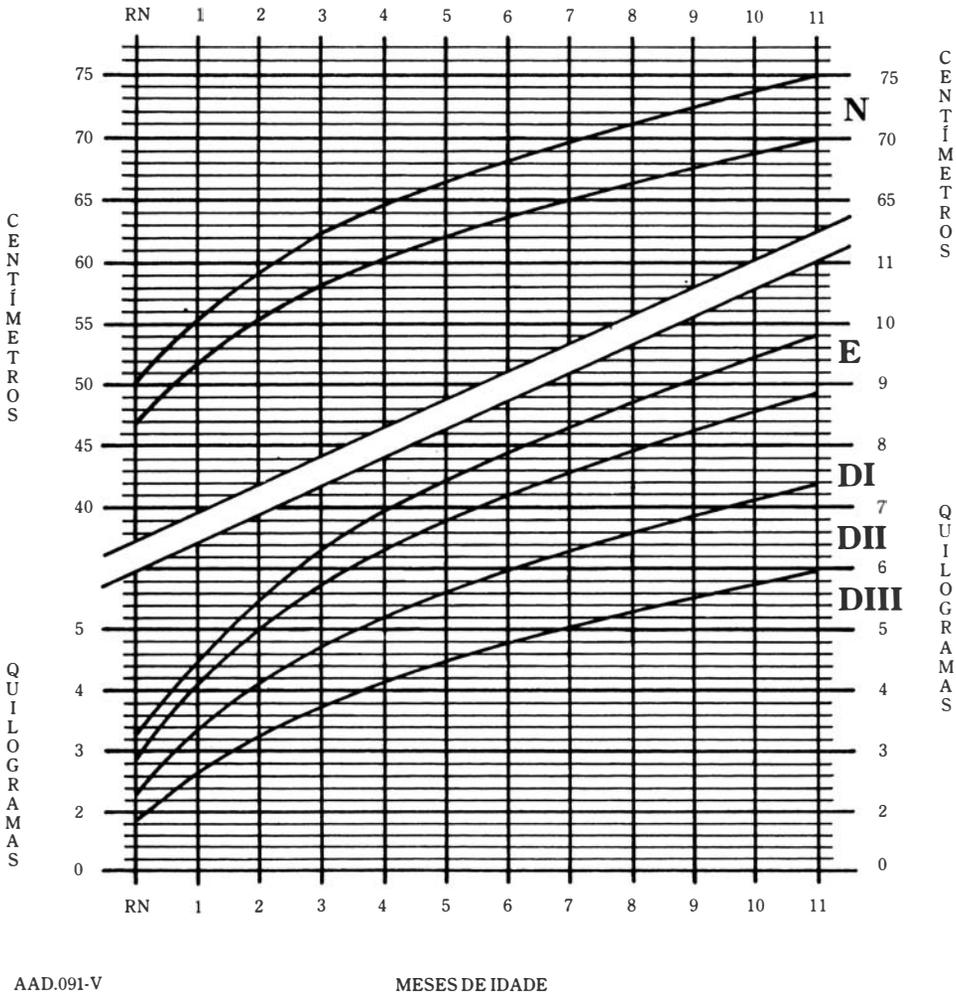


TABELA I

DISTRIBUIÇÃO QUANTO AO SEXO E IDADE DAS CRIANÇAS DO PROGRAMA DE DESNUTRIDOS PREMATUROS E RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO

SÃO PAULO, 1981

IDADE EM MESES	SEXO		TOTAL	
	MASCULINO	FEMININO	Nº	%
0-1	15	08	23	30,26
0-2	05	08	13	17,0
2-3	05	05	10	13,16
3-4	02	00	02	2,63
4-5	01	02	03	3,95
5-6	04	05	09	11,84
6-7	03	02	05	6,58
7-8	03	00	03	3,95
8-9	01	02	03	3,95
9-11	03	02	05	6,58
	Nº	34	76	—
	%	55,27	44,73	100

FONTE: P.A.M. JARDIM SAPOPEMBA

TABELA II

MOTIVO DA INCLUSÃO DAS CRIANÇAS NO PROGRAMA DE DESNUTRIDOS PREMATUROS E RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO, EM RELAÇÃO A IDADE EM MESES.

SÃO PAULO, 1981

MOTIVO IDADE EM MESES	D <sub>I</sub>	D <sub>II</sub>	D <sub>III</sub>	PREMATURO	R.N. BAIXO PESO
	0-1	08	06	00	03
1-2	09	03	00	00	00
2-3	04	05	02	00	00
3-4	02	00	00	00	00
4-5	04	00	00	00	00
5-6	02	06	00	00	00
6-7	04	01	00	00	00
7-8	00	02	00	00	00
8-9	04	00	00	00	00
9-11	03	02	00	00	00
	Nº	40	25	02	06
	%	52,63	32,89	2,63	7,90

FONTE P.A.M. JARDIM SAPOPEMBA

TABELA III

EVOLUÇÃO DA CRIANÇA NO PROGRAMA DE DESNUTRIDOS, PREMATUROS E RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO, EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ORIENTAÇÕES.

SÃO PAULO, 1981

Nº DE ORIENTAÇÕES	Nº DE CRIANÇAS				
	EVOLUÇÃO INSATISFATÓRIA	SEM ALTERAÇÃO	EVOLUÇÃO SATISFATÓRIA	RETORNO MENSAL	
1	00	08	01	00	
2	02	11	02	00	
3	00	09	06	02	
4	01	03	03	00	
5	01	00	02	02	
6	01	03	05	01	
7	00	00	03	01	
8	00	00	01	01	
9	00	00	02	01	
10	00	01	01	00	
11	00	00	01	01	
TOTAL	Nº	05	35	27	09
	%	6,58	46,05	35,53	11,84

FONTE: P.A.M. JARDIM SAPOPEMBA

ANEXO I  
 ESQUEMA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL (1.º ANO DE VIDA)  
 — IDADE DE INTRODUÇÃO —

IDADE	0 MÊS	1.º MÊS	2.º MÊS	3 MESES	4 MESES	4 1/2 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES
ALIMENTAÇÃO	SUCO	SUCO • Laranja • Cenoura • Tomate		PAPA DE FRUTAS	PAPA LEGUMES (com caldo de carne)	GEMA DE OVO		2.ª PAPA LEG	MANTER TODA ALIMENTAÇÃO COM VARIÁVEIS	ALIMENTAÇÃO DA FAMÍLIA (AUMENTO GRADATIVO)
INICIAÇÃO		INICIAR C/1 COLHERIDA DE CHÁ		INICIAR C/1 COLHERIDA DE SOPA	INICIAR C/1 COLHERIDA DE SOPA	1/4 GEMA COZIDA		(SOPINHA ENGRÓSADA)	INICIAR ALIMENTAÇÃO DA FAMÍLIA	
HORÁRIO		INTERVALO DA MANHÃ		À TARDE (3 HS)	ALMOÇO	QUALQUER HORA OU JANTAR COM PAPA		ALMOÇO E JANTAR	MANTER TUDO	MANTER TUDO
QUANTIDADE		ATÉ 100 GR		ATÉ 1 FRUTA OU 1 PRATINHO	QUANTO ACEITAR	AUMENTO DE 1/4 P/SEMANA ATÉ 1 GEMA		QUANTO ACEITAR		
FREQÜÊNCIA		1 VEZ/DIA		1 VEZ/DIA	1 VEZ/DIA	1 VEZ/DIA		2 VEZES/DIA		
LEITE										
CONCENTRAÇÃO	7 1/2%	10%	10%	10%	10%	10%	10%	15%	15%	15%
FREQÜÊNCIA	3 em 3hs ou 4 em 4 hs			3 em 3hs ou 4 em 4 hs		4 vezes/dia	4 vezes/dia	3 vezes/dia	3 vezes/dia	3 vezes/dia

OBS.: LEITE A 7 1/2% = 1 MEDIDA E MEIA EM 100 ML DE ÁGUA (OU 3 MEDIDAS EM 200 ML)  
 LEITE A 10% = 2 MEDIDAS DE LEITE PARA 100 ML DE ÁGUA  
 LEITE A 15% = 3 MEDIDAS DE LEITE PARA 100 ML DE ÁGUA  
 O ESQUEMA PODE SER ALTERADO EM CASOS DE NECESSIDADES INDIVIDUAIS DA CRIANÇA, DE ACORDO COM CRITÉRIO MÉDICO.

ANEXO II  
ORIENTAÇÃO QUANTO A INTRODUÇÃO DE ALIMENTOS

**PREPARO DO SUCO**

- **Suco de laranja:** (com bagacinhos ajuda a “soltar o intestino”)
  - escolher uma laranja madura.
  - lavar
  - cortar ao meio
  - espremer no coador sobre um copo bem lavado
  - **se for laranja lima**, dar puro
  - se for laranja pera ou bahia acrescentar água fervida e açúcar
  - no 1º dia dar uma quantidade correspondente a uma colher de chá
  - aumentar a quantidade aos poucos até 100 g.
  - suspender, se começar com diarreia
  
- **Suco de cenoura:**
  - escolher uma cenoura fresca
  - lavar
  - raspar a casca com uma faca
  - lavar novamente
  - ralar
  - espremer no guardanapo
  - adoçar ou não, de acordo com o gosto da criança
  - no primeiro dia dar uma quantidade correspondente a uma colher de chá.
  - aumentar a quantidade aos poucos
  - suspender, se a criança apresentar alguma reação
  
- **Suco de tomate:**
  - escolher um tomate maduro; lavar muito bem; cortar em pedaços
  - passar no coador ou peneira
  - adoçar ou não
  - no primeiro dia dar uma quantidade correspondente a uma colher de chá
  - aumentar a quantidade aos poucos
  - suspender, se a criança apresentar alguma reação

ANEXO III

- **Papa de Fruta** — Escolher frutas da época
- Maçã:** (é mais obstipante)
  - lavar
  - cortar ao meio
  - raspar com uma colherinha
  - dar no primeiro dia uma quantidade correspondente a uma colher de chá
  - aumentar aos poucos (até uma inteira)
- BANANA:** nanica ou maçã de acordo com o funcionamento do intestino da criança (banana maçã “prende o intestino”).
  - escolher uma banana madura,
  - cortar um pedaço num pirês
  - amassar com garfo até espumar
  - no primeiro dia dar uma quantidade correspondente a uma colher de chá
  - aumentar aos poucos até dar uma banana
- OUTRAS FRUTAS:** mamão, pera, abacate
  - iniciar da mesma forma, às colheradas
  - variar as frutas, à medida da adaptação do intestino
  - oferecer uma fruta de cada vez

#### ANEXO IV

##### GEMA DE OVO

- cozinhar um ovo durante 15 minutos em água
- retirar somente a gema em um pratinho
- cortar a gema em quatro partes
- no primeiro dia começar com 1/4 da gema amassada ou misturada na sopinha. (dar o restante do ovo as outras crianças da casa)
- após uma semana aumentar mais 1/4 ou seja, dar meia gema e assim, cada semana aumentar mais, até completar uma gema inteira.

**OBS.:** Se a criança apresentar alguma reação alérgica a qualquer alimento introduzido, este deve ser suspenso imediatamente e relatar ao médico quando retornar à consulta.

##### SOPA DE LEGUMES:

- Cozinhar em um litro de água 100 g. de carne magra (ou músculo) cortado em pedaços. Substituir aos poucos por frango, peixe, fígado, caldo de feijão.
  - Descascar uma batata e lavar. Lavar uma cenoura pequena ou um pedaço dela, se for muito grande.
  - Cortar em pedacinhos.
  - Colocar na panela.
  - Acrescentar uma pitadinha de sal.
  - Pode acrescentar uma colherinha de manteiga ou margarina.
  - Tampar e deixar cozinhar em fogo brando até amolecer (a água deve estar quase seca).
  - Retirar a batata e a cenoura num pratinho e amassar com garfo.
  - No primeiro dia dar uma quantidade correspondente a uma colher de chá.
  - Aumentar aos poucos nos próximos dias.
  - Após uns três dias, se a criança nada apresentar, acrescentar uma verdura e ir variando, contendo sempre que possível hortaliças de cor avermelhada e de cor verde.
- Completar a refeição com leite.