

Caso clínico

FALTERING GROWTH NO LACTENTE



Dra. Marise Tofoli CRM/GO10623

- Gastroenterologista, hepatologista e pediatra
- Supervisora do Programa de Residência em Gastropediatria do Hospital Estadual da Criança e do Adolescente - HECAD
- Membro do Departamento de Gastroenterologia da SBP



Introdução

Nos consultórios pediátricos, se deparar com um lactente que não tem um bom ganho de peso pode ser frequente. Isso acontece porque crescer pode ser complexo, e para que ocorra de maneira habitual, fatores genéticos, hormonais, nutricionais e ambientais devem estar em condições ideais e trabalhando em sinergia para um resultado positivo. Assim, a falha do desenvolvimento ponderoestatural do lactente, ou *faltering growth* (falha do crescimento), pode ser resultante de diferentes situações, sejam elas de etiologia orgânica ou não orgânica, e algumas vezes essas etiologias podem, ainda, coexistir em um mesmo lactente.¹

Segundo a Organização Mundial de Saúde, *faltering growth* é definido pela queda de um ou mais percentis de peso por idade que acontece dentro de um período de um mês ou mais, exceto quando ocorre nas duas primeiras semanas de vida.² Atualmente, a literatura ressalta que pode haver atraso na intervenção adequada no *faltering growth*, pois, muitas vezes, acontece um equívoco por parte de profissionais da saúde ao entender que intervir precocemente para possibilitar a recuperação nutricional e o crescimento pode ter efeitos colaterais semelhantes ao rápido ganho de peso ou ao crescimento acelerado.¹

No entanto, sabe-se que o *faltering growth* tem impactos diretos na estatura final do indivíduo, bem como no seu sistema imune, causando maior suscetibilidade a infecções e aumento do risco de hospitalizações, além dos potenciais impactos metabólicos, cognitivos e socioeconômicos a longo prazo.³ Dessa forma, é certa a relevância de sua detecção precoce, bem como da intervenção nutricional correta.

A intenção deste caso clínico é justamente facilitar a detecção precoce do *faltering growth* com causa não orgânica, bem como trazer ferramentas facilitadoras para sua condução.

Avaliação da paciente

História clínica

Lactente, do sexo feminino, tem a primeira consulta aos três meses de vida, com história de dificuldades para mamar desde o nascimento, sem desenvolvimento de fissuras mamárias ou outras complicações. Os pais referem que o pediatra não indicou a frenotomia, mas mesmo assim ela foi realizada por volta dos 30 dias de vida, com manutenção das dificuldades para amamentar e, conseqüentemente, baixo ganho ponderal. Com isso, no segundo mês de vida, foi iniciado o complemento com fórmula infantil e, por fim, com 60 dias de vida, aconteceu o desmame, sem melhora do ganho ponderal. A lactente aceita em média 70-80 ml de fórmula infantil a cada três horas.

Os pais negam histórico de vômitos, febre, intercorrências infecciosas, diarreia ou sangue nas fezes, pele com lesões e dismorfismos. Também negam intercorrências durante a gestação e o nascimento: nascida a termo, com peso adequado para idade gestacional. Sem intercorrências neonatais.



História familiar

O pai iniciou tratamento para neoplasia de próstata há 60 dias. A mãe iniciou uso de antidepressivo há cerca de 30 dias, mas refere que não tem tempo para fazer terapia.



Exames complementares já realizados até os três meses

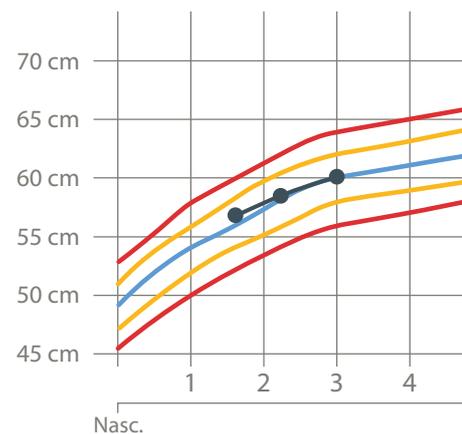
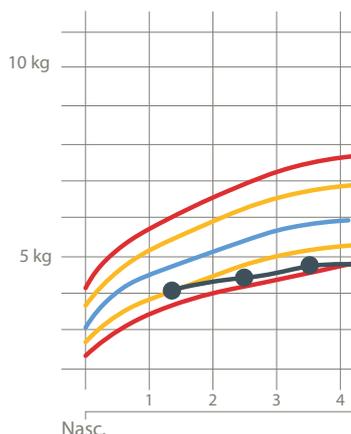
Resultados normais: exame de urina tipo 1 e urocultura, ecocardiograma, hemograma completo, ferritina, T4 livre, TSH, gasometria venosa e eletrólitos, transaminases, ureia e creatinina. Coletado teste da bochechinha, ainda sem resultado, e teste do pezinho ampliado sem alterações.

Avaliação antropométrica



Idade	Peso	Comprimento	Média de ganho ponderal diário (g/dia)
1 m 23 d	4100 g	55,5 cm	—
2 m 16 d	4465 g	57,0 cm	15,86
3 m 4 d	4780 g	59,6 cm	17,5

Figuras 1 e 2 - Curva de peso para idade e comprimento para idade (OMS) aos três meses e quatro dias da lactente



Conduta

A curva de peso demonstra que a lactente apresenta queda de um ou mais percentis de peso por idade há mais de um mês (definição de *faltering growth* pela Organização Mundial de Saúde) e não consegue ganhar peso dentro do esperado para a faixa etária (tabela 1). Como a lactente aceitava em média 70-80 ml de fórmula de partida a cada três horas, vimos que:

Volume médio	Fórmula de partida (0,66 kcal/ml)	Fórmula infantil hipercalórica (1 kcal/ml)
75 ml por mamada (8x/dia)	75 ml = 49,5 kcal	75 ml = 75 kcal
Volume total diário = 600 ml/dia	396 kcal/dia = 82,8 kcal/kg/dia	600 kcal/dia = 125 kcal/kg/dia

Tabela 1 - Recomendações de ganho ponderal por dia por faixa etária em lactentes

Idade	Meninos	Meninas
0-1 mês	24,5-44 g/dia	22-41,5 g/dia
1-2 meses	30-50,5 g/dia	25-45 g/dia
2-3 meses	19,5-35,5 g/dia	17-31,5 g/dia
3-4 meses	14-28,8 g/dia	13-26,5 g/dia
4-5 meses	10,5-25,5 g/dia	10-26,5 g/dia
5-6 meses	7,5-21 g/dia	7-20 g/dia

Adaptado do Manual de Avaliação Nutrológica do consultório da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016.

Assim, optou-se por iniciar a intervenção nutricional com fórmula infantil hipercalórica.

Condução do caso



3 meses e 19 dias de idade

A paciente retorna para reavaliação após 15 dias, mantendo dificuldade nas mamadas. A mãe refere que as mamadas são muito demoradas, mais de 30-40 minutos para aceitar cerca de 60 ml; refere que, muitas vezes, a lactente recusa a mamada; diz que, algumas vezes, deu a mamadeira com a bebê dormindo, o que melhorou a aceitação. Sem outros sintomas ou queixas; mãe extremamente ansiosa. A lactente apresentou ganho ponderal de 15 g/dia desde a última consulta. A fórmula infantil hipercalórica foi mantida, a lactente foi encaminhada para nova avaliação fonoaudiológica e a importância da psicoterapia para a mãe foi reforçada. A reavaliação foi agendada para dali uma semana.



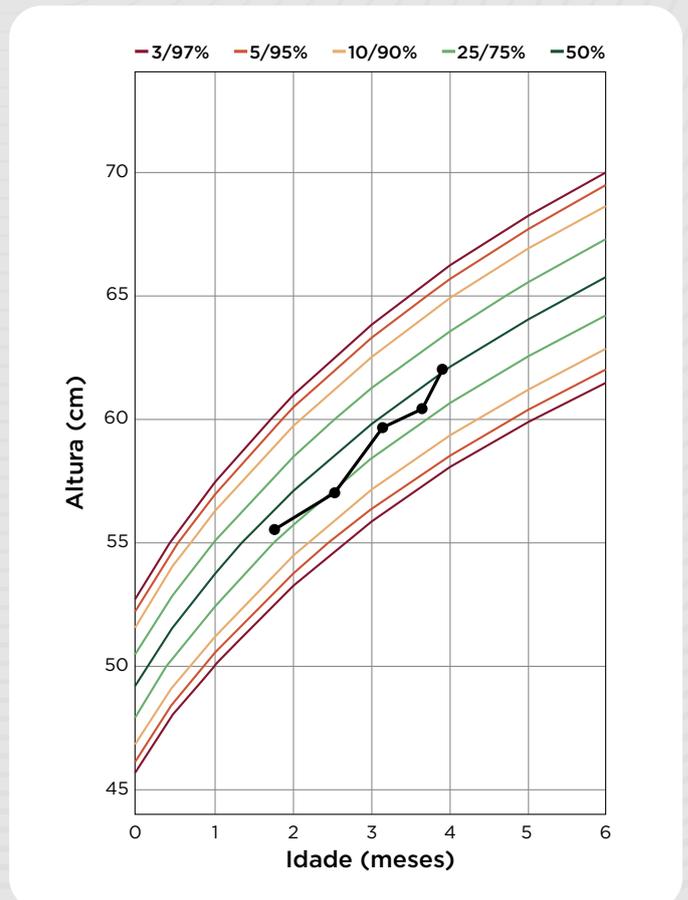
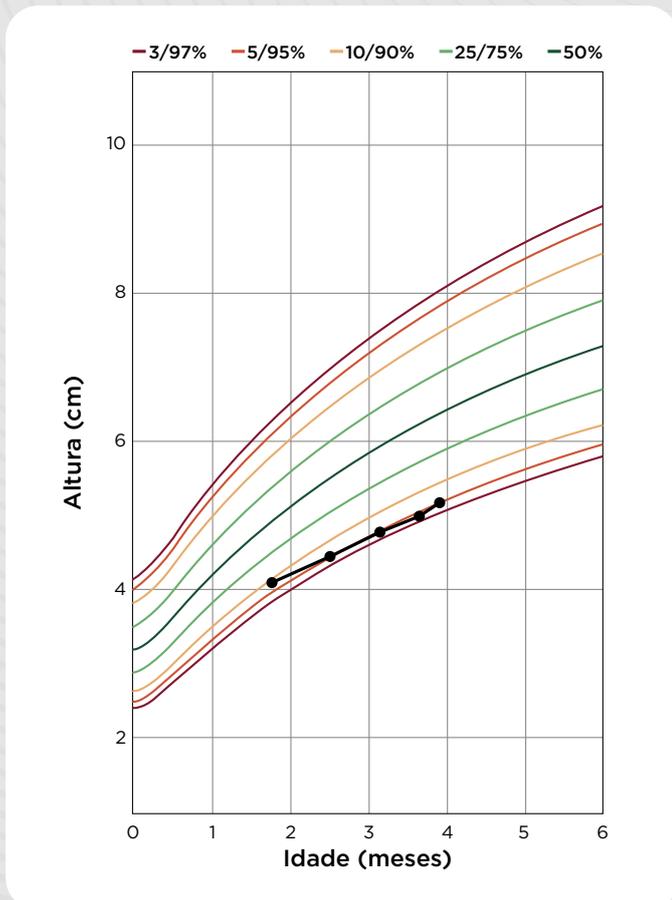
3 meses e 27 dias de idade

A lactente chega para a reavaliação com melhora do volume das mamadas após sessões de fonoterapia, variando aceitação entre 90 e 100 ml, em sete etapas nas 24 horas. Houve melhora do ganho ponderal diário para cerca de 23 g/dia (dentro esperado para a faixa etária e o sexo). A família foi orientada a manter a fórmula hipercalórica até total recuperação do peso na curva de peso por idade — ou seja, até que a criança volte ao percentil de peso anterior. Somente depois será realizada retirada gradual da fórmula hipercalórica em algumas mamadas, sempre reavaliando o desenvolvimento ponderoestatural da criança.

Tabela 2 - Evolução do ganho ponderal da lactente

Idade	Peso (gramas)	Comprimento (cm)	Média de ganho ponderal diário (g/dia)
1 m 23 d	4100	55,5	
2 m 16 d	4465	57	15,86
3 m 4 d	4780	59,6	17,5
3 m 19 d	5005	60,4	15
3 m 27 d	5190	62	23,13

Figuras 3 e 4 - Curva de peso para idade e comprimento para idade (OMS) aos 3 meses e 27 dias da lactente



Discussão

Este caso clínico ilustra diferentes situações, por vezes corriqueiras nos consultórios pediátricos. Entre elas estão a realização de frenotomia sem indicação ou sem condução adequada, que potencialmente atrapalha o aleitamento materno, e a depressão materna. Essas situações, de maneira isolada ou associadas, podem resultar em *faltering growth* não orgânico, portanto, pacientes que enfrentam essas situações merecem um olhar atento em seu manejo.

As discussões sobre a frenotomia nos bebês se estendem há algum tempo, e recentemente o Departamento Científico de Aleitamento Materno da Sociedade Brasileira de Pediatria publicou um Guia Prático de Atualização, intitulado “Anquiloglossia – Como Proceder”, no qual discute-se a controvérsia na indicação de frenotomia. Nesse documento, ressalta-se a importância da avaliação não somente anatômica, mas principalmente da funcionalidade motora da língua. Destaca-se, ainda, que não é comum que a limitação do freio lingual resulte em dificuldades na amamentação, e estas, quando presentes e associadas a dor e lesões secundárias na mama, são, na maioria das vezes, secundárias a defeitos de técnica e passíveis de ser corrigidas com orientação e correção de posicionamento e pega, sem necessidade da frenotomia.⁵

No relato apresentado neste caso, além da realização da frenotomia sem acompanhamento prévio e posterior, havia fatores familiares associados, como a depressão materna e a doença paterna, que interferem diretamente no estabelecimento e na manutenção do aleitamento materno.

A depressão pós-parto afeta mulheres principalmente entre quatro e seis semanas após o parto, e pode atingir sua máxima intensidade nos primeiros seis meses de puerpério. Estudos demonstram a associação da depressão materna a dificuldades na amamentação e ao desmame precoce.⁶ No Brasil, a prevalência da depressão materna varia entre 7,2% e 39,4%; nesses casos, além de maior suporte com avaliações de técnicas e posicionamento das mamadas (para tentar melhorar o vínculo mãe-filho), é mandatório o suporte interdisciplinar, com seguimento psicoterapêutico e

psiquiátrico. Também é de suma importância que, nesses casos, a rede de apoio seja acionada para auxiliar nos cuidados da mãe e do bebê.⁷

As dificuldades na amamentação são frequentemente fonte de estresse materno e, quando resultam na dificuldade de ganho de peso, há piora do estresse e sinais de ansiedade maternos. Preocupações a respeito do estado nutricional do bebê estão entre as principais causas de desmame.⁸ Ainda, devido ao baixo ganho ponderal, surgem dúvidas quanto à possibilidade de causas orgânicas serem a fonte do *faltering growth*.

Nessas situações, a ausência de sinais de alarme, na história e no exame físico, para causas orgânicas pode tranquilizar a família e respaldar o profissional médico para que ele evite a realização de exames complementares de maneira inadvertida.¹ No caso clínico apresentado, vimos que houve início de investigação complementar, mesmo sem sinais de alarme. Atualmente recomenda-se que, na ausência de sinais de alarme para doença orgânica, sejam realizados apenas exames para afastar infecção do trato urinário. Em lactentes expostos ao glúten, pode-se acrescentar a investigação para doença celíaca, com realização de dosagem de IgA sérica e antitransglutaminase IgA; dessa forma, evita-se aumento de estresse e espoliação do lactente.¹

Os sinais de alarme para doenças orgânicas podem ser vistos a seguir (Adaptado de Cole SZ e Lanham JS, 2011):

- **Atraso de desenvolvimento.**
- **Caracteres dismórficos, malformações.**
- **Organomegalia ou linfadenopatia.**
- **Infecção respiratória, mucocutânea ou urinária recorrente ou grave.**
- **Vômitos recorrentes, diarreia ou desidratação.**
- **Disfagia/odinofagia.**
- **Tosse/engasgo.**
- **Pneumonia de repetição.**

De qualquer forma, uma vez detectado o *faltering growth*, a intervenção deve ser a mais assertiva possível, justamente pelas possíveis consequências a longo prazo. Para auxiliar na intervenção, pode-se estimar quanto de aumento de ganho de peso é necessário. Assim, no caso apresentado, viu-se que a lactente estava ganhando, no terceiro mês de vida, cerca de 17 g/dia, e o esperado para o sexo e faixa etária varia entre 17 e 31,5 g/dia. Nota-se que o ganho ponderal no limite inferior da normalidade, somado ao ganho de peso insuficiente no mês anterior, resultou em *faltering growth*, como ilustrado na curva de peso por idade.

Isso posto, intenciona-se que haja pelo menos um aumento de ganho de peso diário entre 5 e 10 g/dia, nesse caso. Na literatura existem cálculos que nos auxiliam a atingir a meta de ganho de peso, como pode ser visualizado na tabela 3.

Tabela 3 - Necessidade de calorias e proteínas para taxa de ganho de peso para recuperação nutricional em lactentes

Taxa de ganho (g/kg/dia)	Proteína (g/kg/dia)	Energia (kcal/kg/dia)	Proteína/energia (%)
5	1,82	105	6,9
10	2,82	126	8,9
20	4,82	167	11,5

Adaptado de Joosten K, Meyer R.

Dessa forma, de acordo com a tabela 3, para que haja um aumento de ganho de peso de 10 g ao dia, devemos ofertar pelo menos 2,82 g de proteína por quilo por dia, associado a pelo menos 126 kcal/kg/dia. Na primeira avaliação, aos três meses e quatro dias, propõe-se a intervenção com 125 kcal/kg/dia, com total de 600 ml de aceitação diária de fórmula.

Sabe-se que a fórmula infantil hipercalórica possui 2,6 g de proteína a cada 100 ml; caso a lactente aceitasse o volume inicial proposto (600 ml), seriam ofertados 15,6 g de proteína por dia, o que corresponderia a 3,2 g/kg/dia, quantidade suficiente de proteína para promover o *catch up*.

Cabe ressaltar que o uso de módulos de carboidratos e/ou gorduras aumenta apenas a oferta calórica, ou seja, não há adequação da oferta proteica, que é fundamental para a retomada do ganho ponderoestatural. O uso de fórmulas de partida mais concentradas também não é indicado, pois o excesso de proteínas pode causar risco de desidratação, diarreia e ingestão de calorias excessivas não balanceadas, o que pode resultar em alterações metabólicas e obesidade futura. Além disso, a prática de concentrar as fórmulas pode resultar na hipernatremia e, em sua forma mais grave, levar à hipertensão intracraniana.^{12,13}

Na reavaliação, foi observado que não houve, mais uma vez, o ganho de peso esperado. Nessas situações, é sempre importante checar se houve adesão à proposta terapêutica, se houve aceitação e ingestão pelo lactente, bem como reavaliar se surgiu algum sinal de alarme para fatores orgânicos que pudessem impedir que a recuperação nutricional se desse conforme o planejado.¹¹

Nesse caso, a lactente não conseguiu ingerir o volume proposto por manutenção e houve agravamento das dificuldades na sucção. Então, foi reforçada, com a família, a necessidade de acompanhamento interdisciplinar. Na avaliação subsequente, aos 3 meses e 29 dias, quando solucionada a dificuldade alimentar, vimos que a lactente aceitou a meta estabelecida, com cerca de 665 ml/dia (oferta calórica de 128 kcal/kg/dia e 3,33 g de proteína/kg/dia); assim, iniciou-se a recuperação ponderal da lactente.

Recomenda-se que os pacientes com *faltering growth* sejam reavaliados com frequência diferenciada de acordo com sua faixa etária e seu estado nutricional, bem como a presença e a gravidade de comorbidades. Para isso, a frequência de avaliação pode variar: a cada 3-4 dias, a cada 7 dias ou a cada 15 dias.¹¹ Reavaliações próximas e sistematizadas auxiliam na assertividade da intervenção, assim como na adesão da família ao planejamento, além de melhorar os níveis de estresse e insegurança dos

familiares. A partir do monitoramento do ganho ponderoestatural, e com o auxílio das curvas de peso por idade e comprimento por idade, pode-se identificar o momento em que se restabelece o padrão de ganho de peso e crescimento do lactente e, conseqüentemente, consegue-se, de maneira gradual, fazer a substituição da fórmula infantil hipercalórica pela de rotina.¹¹

Vale ressaltar que as potenciais implicações do *faltering growth* no primeiro ano de vida podem ir muito além do impacto negativo na estatura final do indivíduo, pois nesse período há maior suscetibilidade a alterações epigenéticas (e suas conseqüências metabólicas), ocorre franco desenvolvimento cerebral e aquisição de funções cognitivas, além da modulação e do desenvolvimento do sistema imune e da microbiota.

Infatrini®

Fórmula infantil **hipercalórica** para lactentes com **difficuldade de manutenção** ou **ganho de peso**.¹⁻³



1 kcal/ml

Mais energia em menor volume⁴

Proteínas adequadas^{5,6}

Favorecem a incorporação de massa magra^{5,6}

15 a 40% mais vitaminas e minerais^{3,7}

Auxiliam na recuperação nutricional^{3,7}

LCPUFAs (DHA/ARA)

Auxiliam no desenvolvimento cerebral e visual⁸⁻¹⁰

Prebióticos Exclusivos Danone^{11}**

Contribuem para¹²⁻¹⁴
• Funcionamento intestinal adequado
• Fortalecimento da imunidade

* 0,8 g/100 ml scGOS/lcFOS 9:1

COMPROVADO POR EVIDÊNCIAS CLÍNICAS^{3,15-17}

Seguro, eficaz e bem tolerado em lactentes^{*15,16}

Como intervir?

Pode substituir a fórmula infantil de rotina

Recomendação de diluição

Água	Colher-medida	Volume final
45 ml	2	50 ml
90 ml	4	100 ml
135 ml	6	150 ml
180 ml	8	200 ml



*Os efeitos de Infatrini versus fórmula infantil padrão em bebês após cirurgia cardíaca congênita.

Material técnico-científico destinado exclusivamente para profissionais de saúde. Proibida distribuição/reprodução total e/ou parcial.

Referências do caso clínico: **1.** Cooke R, Goulet O, Huysentruyt K, Joosten K, Khadilkar AV, Mao M, Meyer R, Prentice AM, Singhal A. Catch-Up Growth in Infants and Young Children With Faltering Growth: Expert Opinion to Guide General Clinicians. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2023 Jul 1;77(1):7-15. doi: 10.1097/MPG.0000000000003784. Epub 2023 Mar 28. PMID: 36976274; PMCID: PMC10259217. **2.** World Health Organization. WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition. Geneva: World Health Organization/Department of Nutrition for Health and Development CH – 1211; 2014;27. **3.** ALDERMAN, H.; HEADEY, D. The timing of growth faltering has important implications for observational analyses of the underlying determinants of nutrition outcomes. *PLoS One*, v. 13, n. 4, p. e0195904, 2018. ISSN 1932-6203. **4.** Manual de Avaliação Nutrológica no consultório da Sociedade Brasileira de Pediatria, 2016. **5.** Anquiloglossia como prodecer. Guia Prático de Atualização do Departamento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria (Gestão 2022-2024). **6.** Dennis CL, McQueen K. Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatr.* 2007 Apr;96(4):590-4. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00184.x. PMID: 17391475. **7.** Silva CS, Lima MC, Sequeira-de-Andrade LAS, Oliveira JS, Monteiro JS, Lima NMS, Santos RMAB, Lira PIC. Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *J Pediatr (Rio J).* 2017 Jul-Aug;93(4):356-364. doi: 10.1016/j.jpmed.2016.08.005. Epub 2016 Dec 26. PMID: 28034730. **8.** Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics.* 2008 Oct;122 Suppl 2:S69-76. doi: 10.1542/peds.2008-1315i. PMID: 18829834. **9.** Cole SZ, Lanham JS. Failure to thrive: an update. *Am Fam Physician.* 2011 Apr 1;83(7):829-34. PMID: 21524049. **10.** Joosten K e Meye R. Nutritional screening and guidelines for managing the child with faltering growth. *European Journal of Clinical Nutrition* (2010) 64, S22–S24; doi:10.1038/ejcn.2010.44. **11.** NICE guideline – National Institute for Health and Care Excellence - Faltering growth: recognition and management of faltering growth in children. [online] Disponível na internet via URL: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng75/resources>. 2017. **12.** Judith Labiner-Wolfe, Sara B. Fein, Katherine R. Shealy; Infant Formula–Handling Education and Safety. *Pediatrics* October 2008; 122 (Supplement_2): S85–S90. 10.1542/peds.2008-1315k **13.** Leung C, Chang WC, Yeh SJ. Hypernatremic dehydration due to concentrated infant formula: report of two cases. *Pediatr Neonatol.* 2009 Apr;50(2):70-3. doi: 10.1016/S1875-9572(09)60036-X. PMID: 19453082.

Referências de Infatrini: **1.** Codex Alimentarius FAO/OMS. Standard for infant formula and formulas for special medical purposes intended for infants. Codex Stan 72 – 1981. Revised 2007/2011. **2.** Gahagan S. Failure to Thrive: A Consequence of Undernutrition. *Pediatrics in Review* Vol.27 No.1 January 2006 **3.** Clarke SE, Evans S, MacDonald A, Davies P, Booth IW. Randomized comparison of a nutrient-dense formula with an energy-supplemented formula for infants with faltering growth. *J Hum Nutr Diet.* 2007;20(4):329-339. **4.** Comparado a fórmula infantil para lactentes e seu seguimento para lactentes e crianças de primeira infância. Dezembro/2023 **5.** FAO/WHO/UNU. Protein and amino acid requirements in human nutrition: report of a joint FAO/WHO/UNU expert consultation. WHO technical report series no. 935, 2007.p.187-48. Falcão MC, Udsen N, Zamberlan P, Ceccon MER. *Rev Bras Nutr Clin* 2009; 24 (2): 125-30. **6.** Pencharz PB. Protein and energy requirements for "optimal" catch-up growth. *EJCN.*2010;64: S5-7. **7.** Falcão MC, Udsen N, Zamberlan P, Ceccon MER. *Rev Bras Nutr Clin* 2009; 24 (2): 125-30. **8.** Uauy R, Mena P, Rojas C. Essential fatty acids in early life: structural and functional role. *Proc Nutr Soc.* 2000; 59:3-15. **9.** Uauy R, Hoffman DR, Mena P, Llanos A, Birch EE. Term infant studies of DHA and ARA supplementation on neurodevelopment: results of randomized controlled trials. *J Pediatr.* 2003;143:S17-25. **10.** SanGiovanni JP, Berkey CS, Dwyer JT, Colditz GA. Dietary essential fatty acids, long-chain polyunsaturated fatty acids, and visual resolution acuity in healthy full term infants: a systematic review. *Early Hum Dev.* 2000;57:165-88. **11.** Comparativo de produtos de mesma categoria de mercado realizada em dezembro de 2023 **12.** Scholtens PAMJ, Goosens DAM, Staiano A. (2014). Stool characteristics of infants receiving short-chain galacto-oligosaccharides and long-chain fructo-oligosaccharides: A review. *World J Gastroenterol*, 20(37), 13446-13452. **13.** Knol et al. (2005). Colon microflora in infants fed formula with galacto- and fructooligosaccharides: more like breast-fed infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 40(1), 36-42. **14.** Giuntini EB, Menezes EW. *Fibra Alimentar: Funções Plenamente Reconhecidas de Nutrientes – ILSI Brasil.* Volume 18. São Paulo, 2011. **15.** Scheffer V et al. *JPGN* 2018; Suppl 67: S385-386. **16.** Eveleens RD et al. *J Hum Nutr Diet* 2019; 32: 3-10. **17.** Smith C et al. *Clin Nutr* 2018; 37:1005-1012

OS PRODUTOS MENCIONADOS NÃO CONTÊM GLÚTEN.

O aleitamento materno é o melhor alimento para os lactentes e, até o 6º mês, deve ser oferecido como fonte exclusiva de alimentação, podendo ser mantido até os dois anos de idade ou mais. As gestantes e nutrizes também precisam ser orientadas sobre a importância de manter uma dieta equilibrada, com todos os nutrientes, e sobre a importância do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais. As mães devem ser alertadas de que o uso de mamadeiras, de bicos e de chupetas pode dificultar o aleitamento materno, particularmente quando se deseja manter ou retornar à amamentação. Seu uso inadequado pode trazer prejuízos à saúde do lactente, além de custos desnecessários. As mães devem estar cientes da importância dos cuidados de higiene e do modo correto do preparo dos substitutos do leite materno para a saúde do bebê. Cabe ao especialista esclarecer previamente às mães quanto aos custos, riscos e impactos sociais dessa substituição para o bebê. É importante que a família tenha uma alimentação equilibrada e que sejam respeitadas os hábitos culturais na introdução de alimentos complementares na dieta do lactente, bem como sejam sempre incentivadas as escolhas alimentares saudáveis.

Material técnico-científico destinado exclusivamente a profissionais de saúde, obedecendo rigorosamente a Portaria nº 2051/01, a Resolução RDC nº222/02, Lei 11265/06 e Decretos que a regulamentam. Proibida a distribuição a outros públicos e reprodução total ou parcial. É proibida a utilização deste material para realização de promoção comercial.

Na impossibilidade do aleitamento materno, as fórmulas infantis são indicadas.¹⁷

