



Monografia

NeoAdvance, NeoForte
e NeoSpoon

A evolução do olhar nutricional no tratamento da APLV



Dra. Renata Bittar

Médica Alergista e Imunologista pela Faculdade de Medicina da USP - FMUSP.

Título de especialista em alergia e Imunologia Clínica pela Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia - ASBAI.

Membro Titular do Departamento Científico de Anafilaxia - ASBAI.



Dra. Marise Tofoli

Gastroenterologista e hepatologista pediatra.

Coordenadora da COREME do Hospital estadual da criança e do adolescente de Goiás.

Supervisora do programa de residência de gastroenterologia pediátrica do hospital estadual da criança e do adolescente de Goiás.

Membro do departamento de gastroenterologia da SBP.

Índice



Parte I - Por Dra Renata Bittar

1	Introdução.....	3
1.1	Classificação das Alergias Alimentares	4
1.2	Prevalência das Alergias Alimentares	5
1.3	Persistência das Alergias Alimentares.....	5
2	A jornada da criança alérgica e os desafios do crescimento e desenvolvimento	6
3	As necessidades nutricionais mudam ao longo do tempo	7
4	Fórmulas de aminoácidos e aplicações práticas.....	8
4.1	Alergia à múltiplos alimentos	8
4.2	Esofagite Eosinofílica (EEO)	8
4.3	Anafilaxia	9
4.4	FPIES (Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome ou Síndrome de Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar)....	9
4.5	Dermatite Atópica moderada a grave (DA).....	10

Parte II - Por Dra. Marise Tofoli

5	Diferentes fatores podem interferir no estado nutricional da criança com APLV.....	11
6	Os desafios no manejo do paciente que permanece com APLV	12
6.1	Manutenção da dieta de exclusão	12
6.2	Dificuldades Alimentares	12
6.3	Deficiência de Macro e Micronutrientes.....	13
6.4	Crescimento e desenvolvimento.....	13
6.5	Ansiedade da família	15
6.6	Qualidade de vida	15
7	Preocupações frequentes no manejo nutricional: o uso de bebidas vegetais.....	16
8	O desafio para atingir as necessidades de cálcio da criança que permanece com APLV.....	17
9	Qual o papel do suplemento infantil para a criança que permanece com alergias?	18
10	Portfólio Danone Nutricia para crianças que permanecem com APLV	19

1 Introdução

Considerada atualmente um problema de saúde pública, a ALERGIA ALIMENTAR é conceituada como um tipo de reação adversa a alimentos associada a uma resposta IMUNOLÓGICA de hipersensibilidade reprodutível após a ingestão e/ou contato com determinada(s) proteína(s) alimentar(es).

Assim, a ALERGIA ALIMENTAR representa um capítulo à parte entre as reações adversas a alimentos.¹ Afeta pelo menos 2 a 4% das crianças e adultos. **Pode ter consequências dramáticas, incluindo reações graves, como anafilaxia, impacto no desenvolvimento pâncreo-estatural, redução da qualidade de vida e aumento da carga econômica.**² As principais proteínas alimentares envolvidas nas alergias alimentares em crianças são: **leite de vaca, ovo, trigo, amendoim, castanhas, soja, peixes e os frutos do mar.**

A base do tratamento das alergias a proteína do leite de vaca é a dieta de exclusão da proteína do leite. Medidas de apoio e manutenção do aleitamento materno são ainda mais importantes a esse grupo de pacientes, e relembra-se que o leite materno tem a capacidade de se adaptar de acordo com as necessidades e o crescimento da criança. Nos pacientes em aleitamento materno, é essencial orientar bem a dieta de exclusão materna, sem leite e derivados, bem como desmistificar a exclusão de alimentos não necessária. A retirada indiscriminada de alimentos da dieta materna, bem como a falta de orientação nutricional podem

impactar negativamente na manutenção do aleitamento. Ressalta-se ainda a importância da reposição de cálcio e vitamina D às nutrizes.

Como a maioria das crianças apresenta essa alergia na primeira infância, em crianças não amamentadas, será necessária uma fórmula hipoalergênica. Independentemente da doença presente na APLV, dos sintomas, todas elas podem impactar o estado nutricional e o consumo alimentar da criança. Sendo assim, é importante ter o olhar nutricional para todas essas doenças, considerando a melhor nutrição para cada caso.

O objetivo dessa monografia é acolher os desafios tanto de pediatras como das crianças e seus cuidadores, motivados por um esforço coletivo a fim de oferecer segurança, qualidade, palatabilidade agradável nessa jornada que se comporta de maneira individualizada. Recordar diariamente que se ainda não enxergamos o “fim da estrada”, precisamos oferecer um sequenciamento apropriado com fórmulas que tenham excelência ao atender as demandas nutricionais principalmente daqueles que ainda não experimentaram a tolerância e a resolução da sua alergia alimentar.

1.1 Classificação das Alergias Alimentares

As reações imunológicas dependem de susceptibilidade individual e podem ser classificadas segundo o mecanismo imunológico envolvido, descritos a seguir³:

Mediadas por IgE (ou IgE mediadas):

Contemplando um mecanismo imunológico melhor compreendido e de mais fácil identificação, decorrem de sensibilização a alérgenos alimentares com formação de anticorpos específicos da classe IgE. Contatos subsequentes com este mesmo alimento determinam a liberação de mediadores vasoativos e citocinas do perfil inflamatório tipo 2, que induzem às manifestações clínicas de hipersensibilidade imediata.

São exemplos de manifestações mais comuns que surgem em minutos a poucas horas após a exposição ao alimento: reações cutâneas (urticária, angioedema), gastrointestinais (edema e prurido de lábios, língua ou palato, vômitos e diarreia), respiratórias (broncoespasmo, coriza) e reações sistêmicas potencialmente fatais (anafilaxia e choque anafilático).^{3,4}

Não mediadas por IgE (ou Não-IgE mediadas):

Os sintomas se apresentam de forma NÃO imediata, podendo levar horas a dias. Caracterizam-se basicamente pela hipersensibilidade mediada por células (Ex.: Linfócitos T). Aqui estão contemplados os quadros de **proctite, enteropatia**

induzida por proteína alimentar e enterocolite induzida por proteína alimentar (FPIES)^{3,4}. São manifestações tardias que podem, muitas vezes, ser confundidas com outras doenças ou mesmo com condições denominadas funcionais. Representam um diagnóstico mais desafiador e os sintomas podem ser combinados, o que aumenta sua gravidade.

Entre as manifestações gastrointestinais e sistêmicas, as alergias não-IgE mediadas contemplam: vômito ou regurgitação, diarreia, sangramento retal, dificuldades de alimentação e sintomas inespecíficos, como choro persistente, problemas de sono e impacto no desenvolvimento pômbero-estatural.^{5,6}

Reações mistas (mediadas por IgE e hipersensibilidade celular):

Neste grupo estão incluídas as manifestações decorrentes de mecanismos mediados por IgE associados à participação de linfócitos T e de citocinas pró-inflamatórias. Por essa razão os sintomas podem ser tanto imediatos quanto tardios.

São exemplos clínicos deste grupo a esofagite eosinofílica, a gastrite eosinofílica, a gastroenterite eosinofílica, a dermatite atópica e a asma.^{3,4}

1.2 Prevalência das Alergias Alimentares

- Existem muitos desafios na estimativa da prevalência de alergia alimentar.^{3,2,5}
- De acordo com revisões sistemáticas e metanálises de estudos epidemiológicos durante as últimas duas décadas, a frequência dessa condição parece estar aumentando tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, especialmente em crianças.^{7,8}
- **A prevalência de alergia alimentar comprovada por TPO varia de 1 a 10% em lactentes e crianças em idade pré-escolar (<5 anos) e de 0,16 a 2,5% em crianças em idade escolar (>5 anos).**⁷
- **O leite de vaca foi o alérgeno alimentar mais comum no início da vida, presente em aproximadamente 50% das crianças menores de 1 ano com diagnóstico convincente, 40% das crianças alérgicas de 1 a 2 anos e 30% daquelas entre 3 e 5 anos.**⁹

Segundo *ESPGHAN position paper on the diagnosis, management and prevention of cow's milk allergy 2022*, no grupo etário incluindo lactentes a adolescentes de 16 anos, a prevalência de alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a condição mais comum e pode ser influenciada por diferenças regionais e procedimentos diagnósticos, variando de 0,5% a 4,9%.¹⁰

Os dados sobre a prevalência de alergia alimentar ao redor do mundo são conflitantes e variáveis. No Brasil, os dados sobre essa prevalência são escassos e limitados a grupos populacionais, o que dificulta uma avaliação mais próxima da realidade.⁵

1.3 Persistência das Alergias Alimentares

Atualmente, nos deparamos com um novo cenário das alergias alimentares. Estão mais prevalentes, persistentes e graves. A APLV não mediada por IgE está associada a uma taxa de resolução mais rápida do que a mediada por IgE e tem diferentes fatores de risco e resultados associados.

Na coorte *EuroPrevall*, com 12.049 crianças inscritas, sendo 9.336 (77,5%) acompanhadas até os 2 anos de idade, confirmadas por procedimento padrão-ouro para detecção de alergias alimentares (TPO); mostrou que das crianças com APLV reavaliadas um ano após o diagnóstico, 69% (22/32) toleraram o leite de vaca, incluindo todas as crianças com APLV não associada a IgE e 57% daquelas com APLV mediada por IgE.¹² Este último dado mostra que a taxa de persistência da APLV IgE mediada é uma realidade crescente, expondo essas crianças ao risco de ANAFILAXIA. Em geral, reações iniciais graves e condições atópicas estão associadas a taxas mais baixas de resolução.^{13,14}

Além do novo cenário das alergias alimentares, caracterizado pela persistência da alergia em crianças maiores, casos de alergias múltiplas também recebem um incremento. O tratamento dessa morbidade exige a evitação das proteínas alimentares como principal medida.

2 A jornada da criança alérgica e os desafios do crescimento e desenvolvimento

Diagnóstico e tratamento oportunos das alergias alimentares, incluindo a APLV, são de suma importância, particularmente durante os primeiros anos críticos de crescimento e desenvolvimento. **Vários estudos sugeriram que em comparação com crianças saudáveis, o crescimento em crianças com alergia alimentar é frequentemente prejudicado, além de uma condição geral de “sub-inflamação”, que afeta desfavoravelmente a absorção e utilização de vitaminas e minerais.**¹⁵

Há uma preocupação latente quanto ao crescimento em crianças com alergia alimentar com baixo peso para a idade principalmente em relação à baixa estatura para idade. **Os dados atuais indicam que entre 7% e 24% das crianças com alergias alimentares têm atraso no crescimento (definido por uma altura para idade < 2 SD).**¹⁶ **Em países em desenvolvimento a prevalência de nanismo nas alergias alimentares na comunidade varia entre 9% e 14%, mas isso pode chegar a 25% nas APLV não mediadas por IgE como demonstrado por Vieira et al.** Baixa estatura no início da vida não só tem impacto na estatura a longo prazo, mas também demonstrou estar ligada a resultados cognitivos ruins em idades mais avançadas.¹⁷

Os fatores causais desse impacto nutricional e no desenvolvimento, incluem restrições dietéticas prolongadas como parte da evitação de um ou vários alérgenos e dificuldades de alimentação associadas a outras comorbidades atópicas.^{18,19}

Lactentes e crianças pequenas em uma dieta de exclusão de leite de vaca não supervisionada correm maior risco de deficiências de micronutrientes, principalmente relacionadas à ingestão insuficiente de ferro, iodo, cálcio e vitaminas D e B12.^{17,20}

Além disso, a duração de uma dieta de exclusão de leite de vaca piora a percepção dos pais sobre as realidades social, psíquica e comportamental dessas crianças.²¹ **Os dados mostram aumento do estresse, preocupação, ansiedade e redução da qualidade de vida relacionada à saúde tanto do paciente quanto do cuidador.**⁶

Diante desse desafio dietético em crianças com demandas nutricionais individualizadas, um paladar mais seletivo e a obrigatoriedade da restrição do alérgeno, uma nutrição especializada deve ser considerada e ajustada para essas necessidades, especialmente pela ausência da proteína do leite de vaca. O olhar nutricional é essencial para garantir a nutrição adequada para crianças acima de 1 ano que permanecem com o diagnóstico de APLV.

3 As necessidades nutricionais mudam ao longo do tempo^{59,61,65}



Lactentes e crianças não são iguais. Suas necessidades também, por isso a importância de um substituto adequado do leite de acordo com a faixa etária.

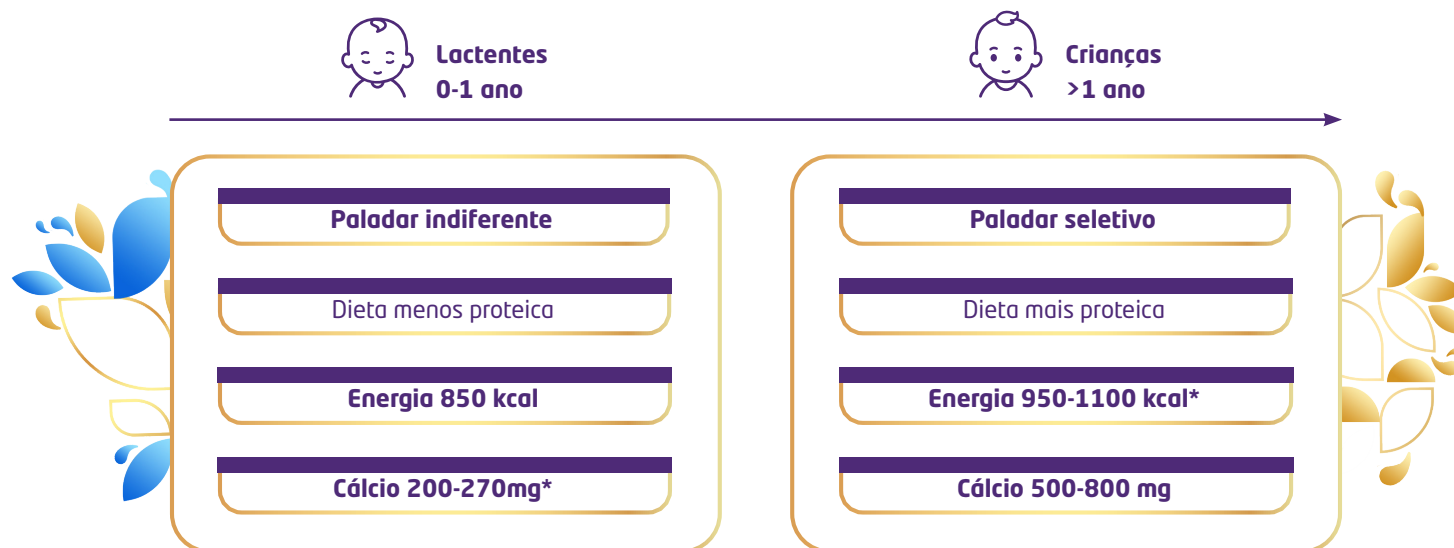


Figura 1: as diferentes necessidades nutricionais entre lactentes e crianças (DRIs, 2006).

*Valores podem variar de acordo com a faixa etária e sexo da criança.

4 Fórmulas de aminoácidos e aplicações práticas

4.1 Alergia à múltiplos alimentos

Isolauri E and Sampson HA. Use of an amino acid-based formula in the management of cow's milk allergy and multiple food protein intolerance in children. J Allergy Clin Immunol 2004 February; S154.

Este estudo avaliou a hipoaerogenicidade e benefício nutricional da utilização de uma fórmula de aminoácidos (**NeoAdvance**) em crianças com alergia ao leite de vaca e a múltiplos alimentos. Trinta e uma crianças, com idades entre 14 meses e 8 anos, atendidas em dois centros (EUA e Finlândia), receberam **NeoAdvance** por 6 meses. **NeoAdvance** forneceu energia e proteína adicionais, resultando em melhora do peso para estatura relativo (a média dos escores-Z foi de -3,1 (+/- 6,9) na entrada do estudo e de -1,2 (+/-7,9) após os 6 meses de uso de **NeoAdvance**, $p=0,03$). Todos os pacientes toleraram a fórmula, confirmando sua hipoaerogenicidade.

A nutrição de crianças com alergia ao leite de vaca e a múltiplos alimentos com um produto nutricionalmente apropriado pode diminuir o déficit de crescimento geralmente observado neste grupo.

Crianças com diagnóstico de alergia a múltiplas proteínas alimentares que apresentam reações comprovadas de maneira consistente, se enquadram no grupo mais grave de alergias alimentares.^{22,23}

*Boissieu e Dupont*²⁴ descobriram em sua coorte de 22 crianças que eram intolerantes à Fórmula Extensamente Hidrolisada (FEH) - baseado em desafio oral; que 13 de 22 crianças também reagem a pelo menos 4 outros alimentos. Essa

coorte também levou mais tempo para se tornar tolerante ao leite de vaca. Na coorte de *Sicherer et al*²⁵, 29 de 31 crianças em uso de Fórmula de Aminoácidos (FAA) também evitavam vários alimentos. **Estudos sobre o crescimento indicaram que aqueles que evitavam 3 ou mais alérgenos alimentares apresentavam parâmetros de crescimento e ingestão nutricional consistentemente piores.**²⁶ *Isolauri et al*²⁷ descobriram que a FAA era superior em atingir o crescimento em crianças que estavam em eliminação múltipla de alimentos nas suas dietas.

Outros estudos demonstraram que a eliminação múltipla de alimentos impacta no crescimento e uma FAA parece desempenhar um papel positivo em relação à velocidade de crescimento estatural em crianças com APLV.²⁸

4.2 Esofagite Eosinofílica (EEo)

Kiranjit Atwal and col. The use of amino acid-based nutritional feeds is effective in the dietary management of pediatric eosinophilic esophagitis. Immun Inflamm Dis. 2019; 7: 292 - 303.²⁹

Essa revisão sistemática define a esofagite eosinofílica (EEo) como uma doença crônica imunomediada caracterizada por inflamação eosinofílica e disfunção esofágica. Alérgenos alimentares específicos, incluindo a proteína do leite de vaca, podem participar como fator causal da progressão da doença, e o manejo dietético é uma possibilidade terapêutica. A recomendação de restrição deve ser individualizada, no entanto, as diretrizes da *European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition* menciona a dieta elementar para aquela EEo pediátrica que curse com múltiplas alergias alimentares, déficit de

crescimento, doença não responsiva ou incapaz de seguir uma dieta altamente restrita. **Aponta ainda que o uso de FAA reduziu os níveis de eosinófilos e demonstrou remissão (definida como ≤ 10 eosinófilos por campo de grande aumento) em 75%-100% das crianças com melhora inclusive dos sintomas clínicos. FAA foi clinicamente mais eficaz do que o uso de outras estratégias dietéticas.** Sugere-se que **a utilização de FAA é uma opção de manejo clinicamente eficaz para EEo pediátrica.**

Aproximadamente 70% dos pacientes com EEo apresentam sensibilização a antígenos alimentares ou outras condições atópicas. Os antígenos alimentares mais comuns implicados na EEo são leite, trigo, ovo e soja. Quase 70% das crianças com EEo terão testes cutâneos positivos (*Prick Test*) e testes séricos para antígenos alimentares.³⁰ Os testes de alergia podem ser recomendados em situações especiais para identificar possíveis alimentos desencadeadores. No entanto o papel dos testes para identificar alimentos que levam à EEo é controverso.^{31,32}

4.3 Anafilaxia

Anafilaxia é uma reação de hipersensibilidade sistêmica grave que geralmente tem início rápido e pode causar a morte. A anafilaxia grave é caracterizada por comprometimento potencialmente fatal das vias aéreas, respiração e/ou circulação.³⁶ As fórmulas de aminoácidos representam uma alternativa importante nas crianças com o diagnóstico de anafilaxia por proteína do leite de vaca e anafilaxia por múltiplos alimentos.³⁷ O uso de fórmula à base de aminoácidos demonstrou adequação nutricional nos padrões de crescimento das crianças com APLV, além de proporcionar segurança na condição de anafilaxia por

oferecer tolerância de 100%.³⁷ Reconhecemos alguns desafios dessa prescrição como o custo elevado³⁸ e a palatabilidade.

No entanto, a fórmula **NeoAdvance** por sua formulação, proporciona uma melhor palatabilidade além de elementos que atendem com superioridade a faixa etária acima de 1 ano que permanece com o diagnóstico de anafilaxia por PLV, cumprindo seu objetivo de assistir as crianças que na sua jornada ainda não estão tolerantes ou que estão expostas a risco de reações graves ao menor contato com essa proteína alimentar.

4.4 FPIES (*Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome* ou Síndrome de Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar)

A síndrome de enterocolite induzida por proteína alimentar, conhecida como “FPIES” (do inglês: *Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome*) é uma das apresentações mais graves da alergia alimentar não-IgE mediada. Tema antes considerado raro, torna-se cada vez mais frequente nos pronto-atendimentos pediátricos.

A proteína do leite de vaca é um dos principais desencadeantes e o diagnóstico dá-se através de história clínica compatível associada à reprodutibilidade dos sintomas quando ocorre reexposição ao alimento suspeito.

A síndrome é classicamente descrita com duas apresentações: aguda e crônica.³⁹ A FPIES aguda é marcada por vômitos graves e incoercíveis, após 1-4 horas da exposição, frequentemente resultando em palidez, letargia e desidratação.

Diarreia em até 24 horas após a ingestão do alérgeno geralmente está presente, podendo esta ser sanguinolenta.⁴⁰

A *FPIES* crônica decorre da exposição precoce e diária ao alérgeno alimentar, tipicamente à proteína do leite de vaca ou soja.⁴⁰ Os sintomas são observados após 1-4 semanas da introdução do alérgeno à dieta. O consumo regular gera sintomas crônicos, que incluem vômitos intermitentes, diarreia, irritabilidade e desidratação, resultando em hipoalbuminemia e baixo ganho de peso.⁴¹

Por se tratar de uma emergência em alergia, as FAA são indicadas como tratamento de primeira linha ao diagnóstico.³⁹

4.5 Dermatite Atópica moderada a grave (DA)

No Reino Unido, as diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* para DA em crianças recomendam um teste de 6 a 8 semanas de FEH ou FAA para bebês com menos de 6 meses com DA moderada ou grave que não responderam ao tratamento ideal com emolientes e corticosteroides tópicos, independentemente de ser sensibilizado ou não ao leite de vaca.⁴²

*Kaczmarek et al*⁴³ descobriram em uma população APLV confirmada através de desafio oral, que 32,8% das crianças com um *SCORAD* médio de 55,4 reagiram a uma FEH e todos, exceto 1, melhoraram com uma FAA.

Estudo de Caso:



Ko J et al. A 17-month-old boy with periorbital swelling. Annals of Allergy, Asthma & Immunology 2004; 93 (sept): 220-226. Estudo de caso de um menino com 17 meses de vida, com edema e prurido ocular importantes. Apresentava histórico de proctocolite alérgica diagnosticada aos 2 meses de vida, a qual foi tratada com Neocate até os 10 meses. Após essa idade, o leite de vaca e outros alimentos foram introduzidos em sua dieta, sem desencadear reações importantes, exceto por vermelhidão e prurido perianal eventuais. O paciente foi submetido novamente a dieta de exclusão de leite de vaca e dos alimentos mais comumente relacionados a quadros alérgicos, porém com evolução clínica insatisfatória. **NeoAdvance** foi introduzido, proporcionando evolução clínica satisfatória, melhora do nível sanguíneo de proteína (albumina) e recuperação do crescimento.

5 Diferentes fatores podem interferir no estado nutricional da criança com APLV

Muitas vezes o atraso da alimentação complementar, a exclusão de alguns alimentos, seja por alergia múltipla ou por medo da introdução de algum alérgeno ou ainda secundária ao manejo nutricional inadequado pode comprometer o estado nutricional da criança desde o primeiro ano de vida.⁴⁴

Diferentes estudos têm demonstrado os impactos da dieta de exclusão principalmente no crescimento linear dos pacientes alérgicos, sendo esta a um

ou múltiplos alimentos. **A APLV parece ter maior impacto no crescimento na primeira infância, fato que pode ser explicado pelo papel de destaque das proteínas do leite de vaca no estímulo do desenvolvimento estatural.** Além disso, esses pacientes possuem maior necessidade energética secundária ao processo inflamatório crônico, diminuição da capacidade absorptiva intestinal e baixa ingestão de macro e micronutrientes.⁴⁵⁻⁴⁷



Figura 2: fatores que podem interferir no estado nutricional da criança com APLV.

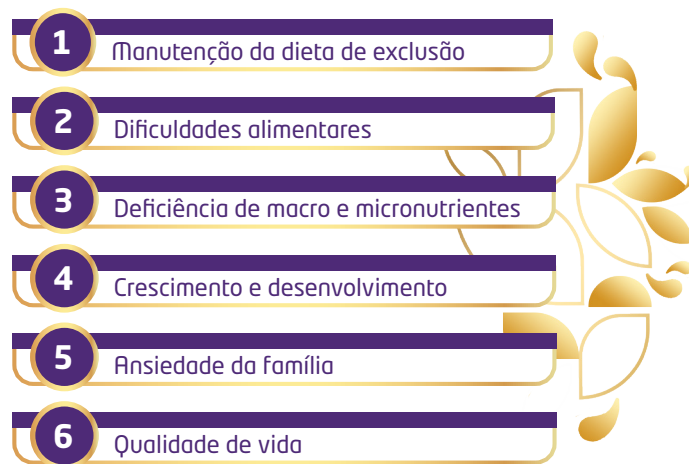
Figura adaptada de Meyer R. Nutritional disorders resulting from food allergy in children. *Pediatr Allergy Immunol.* 2018 Nov;29(7):689-704. doi: 10.1111/pai.12960. PMID: 30044008[VJ1].

Quer saber mais sobre estudos que demonstram o impacto da alergia à proteína do leite de vaca no crescimento?

Acesse a página do artigo: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30044008/>

6 Os desafios no manejo do paciente que permanece com APLV⁴⁷

Tendo em vista os desafios do manejo da criança que permanece com APLV, seu seguimento deve ser realizado de maneira interdisciplinar e individualizada. A manutenção do acompanhamento nutricional, psicológico e, em algumas situações, fonoaudiológico, pode impactar no sucesso do tratamento e na qualidade de vida dessas crianças e suas famílias.



6.1 Manutenção da dieta de exclusão

Os alérgenos mais comuns na infância são leite, ovo, soja e trigo, estes são ingredientes de variadas preparações. A necessidade de exclusão de um ou mais de um alérgeno traz limitações para escolhas alimentares e influenciam diretamente no desenvolvimento da autonomia das crianças no processo da

alimentação. A inapetência usual nesses pacientes associada a monotonia alimentar pode dificultar a adesão à dieta das crianças maiores. **Com o passar da idade são necessárias mais orientações nutricionais com a inclusão de formas de substituição adequada desses alimentos.**

6.2 Dificuldades Alimentares⁴⁸

A criança alérgica pode desenvolver dificuldades alimentares em seus diferentes aspectos. Podem apresentar recusa alimentar, aversões, neofobia e ansiedade associada ou não ao medo de reações alérgicas. Algumas crianças podem desenvolver comportamentos alimentares desadaptativos com recusa de determinadas texturas e consistências. Estes são mais frequentes em crianças com doenças eosinofílicas do aparelho digestivo, com taxas de até 94% de desenvolvimento de recusa alimentar, ou aceitação de pequenos volumes e variedade de alimentos e hábito de mastigar e cuspir os alimentos. Pacientes que possuem ou possuíam manifestações clínicas como vômitos, engasgos, disfagia são mais propensos a desenvolver dificuldades alimentares.

A criança alérgica que utiliza ou utilizou fórmulas hipoalergênicas pode mais frequentemente desenvolver preferências gustativas que interferem em suas escolhas e na variedade de aceitação de alimentos.

O desenvolvimento da dificuldade alimentar na criança alérgica pode acarretar piora dos déficits nutricionais e resultar em prejuízo no crescimento. Assim, frente a criança com APLV há necessidade de maior atenção aos sinais sugestivos das dificuldades alimentares para seu pronto diagnóstico e manejo específico.

Sinais e sintomas sugestivos de dificuldades alimentares	Sinais de alarme comportamentais
Tempo de alimentação prolongado	Fixação alimentar
Recusa alimentar	Alimentação forçada ou após persistência
Período da alimentação entrecortado e estressante	Recusa alimentar abrupta após evento desencadeante
Falta de alimentação independente	Náuseas antecedendo a alimentação
Uso de distrações durante as refeições	Prejuízo no crescimento
Predomínio do uso de mamadeiras nas refeições	
Falha na evolução das texturas dos alimentos	

Tabela 1. Adaptado de Kerzner e cols. 2015.⁴⁸

6.3 Deficiência de Macro e Micronutrientes

Uma dieta desbalanceada pode resultar em déficits proteico-calóricos significativos, além de escassez de micronutrientes. Ressalta-se que leite, soja e ovo são as principais fontes de proteína, na infância, além de serem fontes de gordura. O trigo é fonte de carboidratos complexos e a necessidade de sua exclusão da dieta pode resultar em déficits energéticos. As deficiências de vitamina D, folatos, iodo, vitaminas do complexo B, cálcio, ferro e zinco são as

mais prevalentes entre as crianças com alergia alimentar. **A carência de cálcio é muito comum nas crianças com APLV e sua frequência até duas vezes maior nas crianças com alergia múltipla.** Ainda, casos de raquitismo secundários aos baixos níveis de vitamina D também são encontrados em crianças alérgicas sem suporte nutricional adequado. **As consequências a longo prazo desses déficits vão além do crescimento e podem atingir também a mineralização óssea desses pacientes como já documentado na literatura. Assim, a criança com qualquer dieta de restrição alimentar deve ser cuidadosamente avaliada quanto aos seus hábitos alimentares e suas necessidades para a definição do melhor manejo nutricional.**^{44,49}

6.4 Crescimento e desenvolvimento

Desde 2010, a Organização Mundial de Alergia destaca sua preocupação em relação ao crescimento da criança com APLV e recomenda a necessidade de se manter o aleitamento materno ou um substituto adequado do leite até 2 anos de idade e o monitoramento do crescimento desses pacientes com utilização dos gráficos de crescimento. Um estudo transversal com 191 crianças alérgicas e não alérgicas observou que houve prejuízo do crescimento estatural entre as crianças alérgicas mesmo com adequado suporte nutricional e ingestão de proteínas e cálcio. **Esses achados sugerem que mesmo em crianças sem sintomas digestivos, pode haver uma constante perda ou consumo aumentado de nutrientes inerentes ao processo inflamatório alérgico ou por aumento da permeabilidade intestinal nesses pacientes. Os impactos no crescimento também são descritos em pacientes com dermatite atópica e asma.**^{44,50}

ATENÇÃO AO RISCO NUTRICIONAL DA CRIANÇA ALÉRGICA

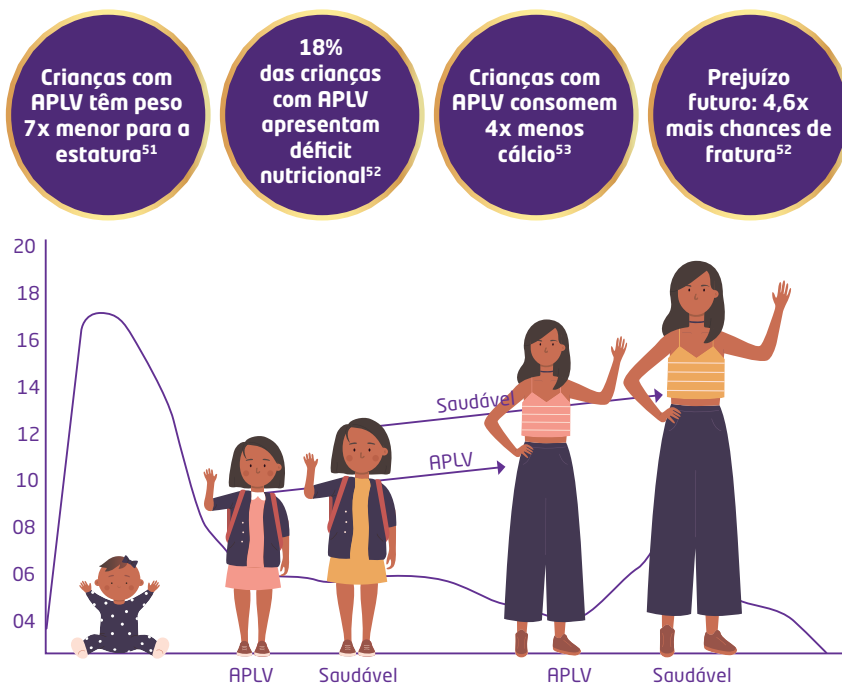


Figura 3: Atenção ao risco nutricional da criança alérgica

A DIETA DE RESTRIÇÃO DE LEITE TRAZ IMPACTOS NUTRICIONAIS

Estudo Déficit Nutricional⁵³

56
crianças

Média
de idade
19
meses

caso-
controle

Estudo de *Medeiros et al.*, realizado no Brasil, avaliou a ingestão de nutrientes e o estado nutricional de crianças em dieta isenta de leite de vaca e derivados

Crianças com dieta de restrição de leite consomem:



2x Menos proteína

4x Menos cálcio

54%

das crianças com dietas de restrição de leite não atingem as DRIs para energia

Assim como:

73%

não atingem para cálcio

58%

não atingem para vitamina D

39%

não atingem para ferro

É preciso cuidar da alimentação da criança para garantir que o seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento seja atingido.

Figura 4: A dieta de restrição de leite traz impactos nutricionais

6.5 Ansiedade da família

Estudos demonstraram que crianças e adolescentes atópicos tem maior risco de desenvolver depressão e ansiedade. Um grau leve de ansiedade, nos pacientes alérgicos e em suas famílias pode transformar-se em resposta adaptativa favorável traduzindo-se em cuidado e vigilância necessárias em relação as escolhas e comportamentos alimentares. No entanto, os anseios em relação a exposição acidental ao alérgeno, gravidade e tipo de reações possíveis, incertezas sobre o desenvolvimento de tolerância resultam, na maioria dos casos, em preocupações excessivas, medos, angústia, tristeza, fadiga crônica, ressentimento e raiva. Estas famílias reiteradamente apresentam tendências de isolamento social, sensação de impotência e mecanismos de superproteção. Orientações médicas precisas em relação aos riscos envolvidos e condutas que devem ser tomadas pela família no caso de ingestão do alérgeno aliados a intervenção psicoterapêutica são medidas eficazes e recomendadas para amenizar a ansiedade desses pacientes e suas famílias, pois irão interferir diretamente em sua qualidade de vida.⁵⁴

6.6 Qualidade de vida

A qualidade de vida relacionada a saúde nos pacientes que permanecem alérgicos sofre grande influência das questões psicológicas e vai além. Estes pacientes têm maior absenteísmo escolar, preocupações e gastam mais tempo no preparo de suas refeições. Suas famílias consideram um maior impacto no custo de vida e tendem ao isolamento social devido a limitação alimentar. **A percepção dos pais sobre a qualidade de vida piora proporcionalmente ao tempo de dieta de exclusão e gravidade de sintomas sistêmicos.** Outro ponto importante de avaliação no seguimento destes pacientes é possibilidade de *bullying*. Alguns estudos evidenciam que os pacientes alérgicos sofrem *bullying* em decorrência de suas alergias e que em algumas situações são expostos ao alérgeno envolvido propositalmente, seja por via cutânea ou por contaminação de sua refeição.⁵⁵⁻⁵⁷

7 Preocupações frequentes no manejo nutricional: o uso de bebidas vegetais

Na prática clínica a substituição adequada do leite de vaca não é tarefa tão simples, pois muitas vezes a família busca por alternativas de menor custo e mais palatáveis que as fórmulas hipoalergênicas. Em vista disso, as famílias utilizam bebidas vegetais, que inapropriadamente são chamadas de “leites vegetais”.

As bebidas vegetais têm de forma geral menor valor calórico - proteico e de micronutrientes em relação às fórmulas e suplementos hipoalergênicos. Mesmo algumas bebidas enriquecidas não conseguem atingir as necessidades nutricionais da criança. É indispensável salientar que, além da menor concentração proteica, estas são de menor valor biológico. **Diferentes estudos^{58,63} na literatura demonstraram possíveis efeitos deletérios à saúde de lactentes e crianças relacionados ao uso de bebidas vegetais, entre eles estão: Kwashiokor, diminuição do crescimento linear, hipovitaminoses A e D, escorbuto, raquitismo, anemia ferropriva, além de alterações metabólicas e distúrbios hidroeletrólíticos.⁵⁸**

Maslin K. e col⁵⁸ demonstraram que o uso de suplementos infantis específicos pode auxiliar no tratamento das crianças alérgicas por garantir a ingestão proteico calórica e as necessidades básicas diárias de cálcio e outros micronutrientes.

“A APLV pode resultar em carências nutricionais com impactos a curto e longo prazo. Assim a escolha da forma de manejo nutricional desses pacientes deve não somente considerar a remissão dos sintomas, mas também tratar e prevenir potenciais agravos a saúde desses pacientes.”

8 O desafio para atingir as necessidades de cálcio da criança que permanece com APLV⁵⁹⁻⁶¹

Attingir as recomendações diárias de cálcio na dieta sem substituir apropriadamente o leite de vaca não é tarefa fácil.⁵⁹ Alguns estudos sugerem que as necessidades dos pacientes alérgicos sejam aumentadas, no entanto há escassez de dados precisos para determinar as quantidades ideais diárias para esse grupo de pacientes. Sabe-se, no entanto, que atingir o total recomendado para uma criança com APLV que não consome fontes lácteas, é um desafio.

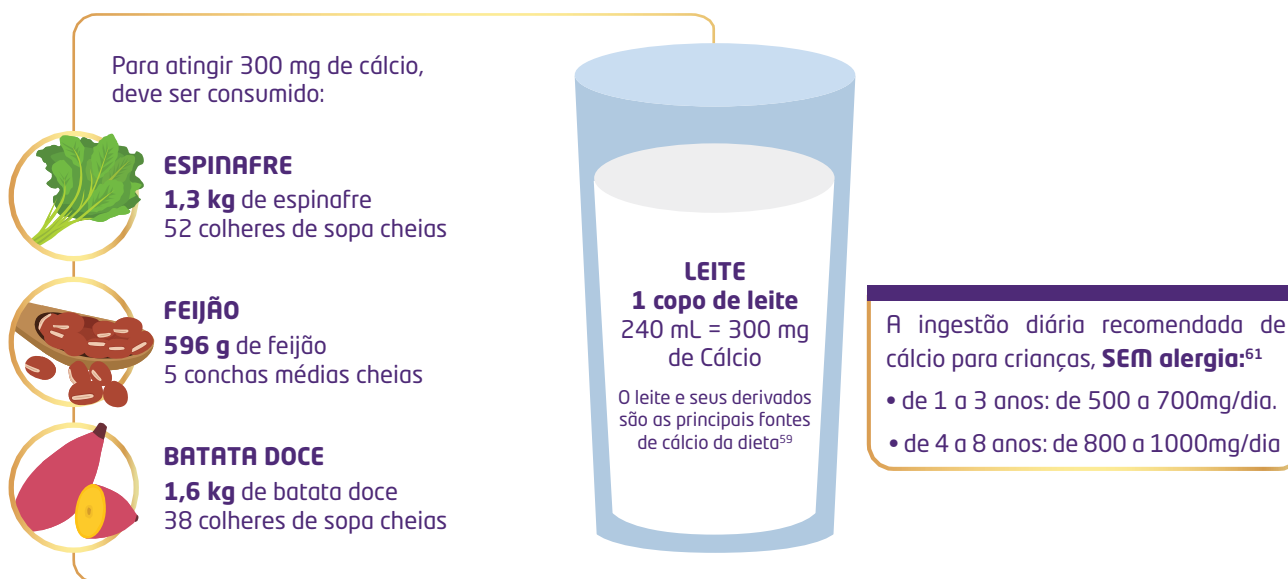


Figura 5: Proporção dos teores de cálcio entre uma porção do leite de vaca e demais alimentos

9 Qual o papel do suplemento infantil para a criança que permanece com alergias?

Os suplementos nutricionais são indicados para auxiliar o manejo de pacientes em situações especiais e de risco nutricional. O comitê de Nutrição do ESPGHAN (*European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition*)⁶² recomenda o uso de suporte nutricional para sua prevenção em várias doenças orgânicas, entre elas a alergia alimentar e para as crianças acima de 1 ano de idade que:

- Não consigam atingir entre 60% a 80% das suas necessidades diárias por mais de 10 dias;

- Naquelas em que o tempo total de alimentação excede 4 a 6 horas ao dia;
- Apresentem dificuldades de ganho de peso e crescimento.

Como vimos, os pacientes alérgicos apresentam risco nutricional aumentado em diferentes aspectos. Em virtude disso, identificar e orientar a melhor forma de substituição do leite de vaca pode gerar dúvidas. Com intuito de auxiliar nessa tomada de decisão o seguinte fluxograma evidencia pontos importantes a serem considerados:

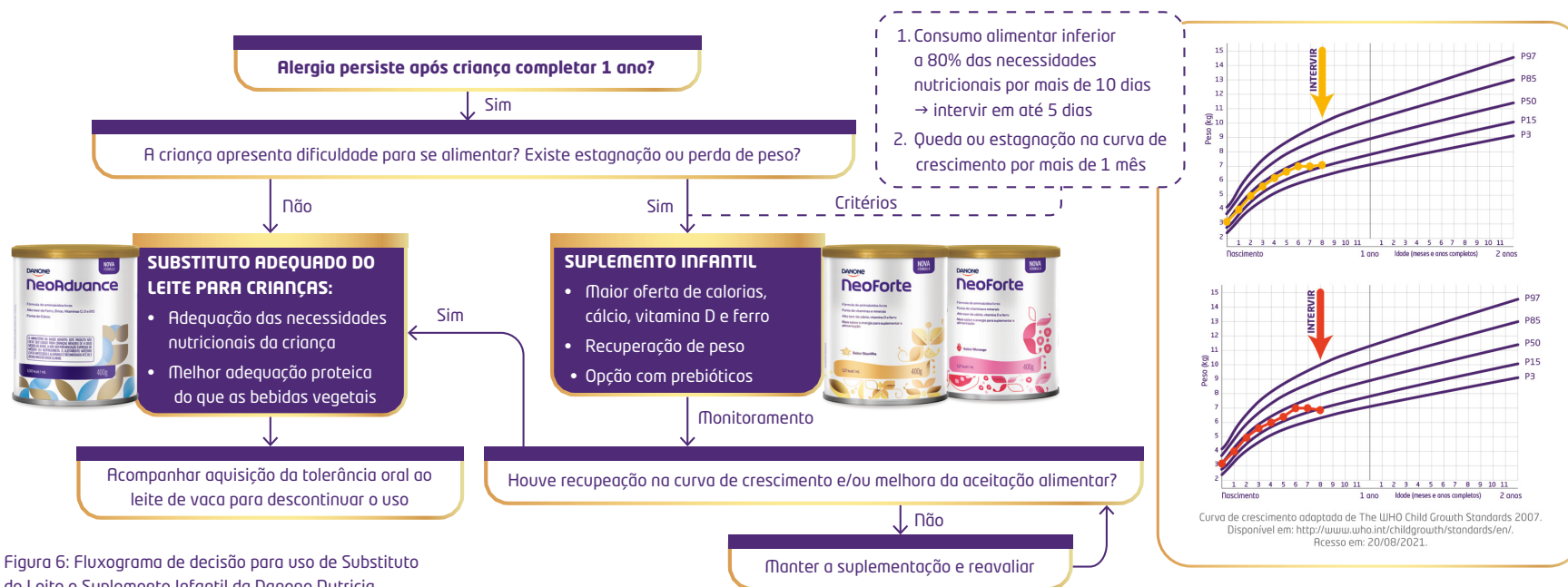


Figura 6: Fluxograma de decisão para uso de Substituto do Leite e Suplemento Infantil da Danone Nutricia.

10 Portfólio Danone Nutricia para crianças que permanecem com APLV

NeoAdvance

O substituto adequado do leite para a criança com APLV



NeoAdvance é uma fórmula pediátrica para nutrição enteral e oral, composta por 100% de aminoácidos livres, nutricionalmente completa, indicada para crianças com alergias alimentares, em especial a Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Sua composição completa permite a substituição adequada de fontes lácteas, além de auxiliar na oferta de outros nutrientes essenciais nessa fase da vida. Substituto adequado do leite para crianças de 1 a 10 anos.

NeoAdvance apresenta a densidade energética de 1,0kcal/mL, sendo considerada uma fórmula normocalórica, garantindo o aporte necessário para a criança que permanece com APLV sem comprometimento de peso e estatura.

Carboidratos - 48% da distribuição energética

NeoAdvance apresenta 12g/100kcal de carboidratos totais, o que está de acordo com as *Dietary Reference Intakes*⁶¹ para crianças de 1 a 10 anos. Sua fonte de carboidrato é o xarope de glicose, resultante da hidrólise da maltodextrina. O uso desse ingrediente apresenta vantagens, como a melhor solubilidade e menor osmolalidade, fácil absorção e paladar agradável.⁶⁴

Proteínas - 11% da distribuição energética

NeoAdvance contém 2,8g/100kcal de proteínas, sendo suas fontes provenientes 100% de aminoácidos essenciais e não essenciais obtidos sinteticamente, o que garante sua pureza e não alergenicidade.

O aporte proteico deve ser fornecido de forma adequada e equilibrada para garantir o suprimento de todas as necessidades nutricionais. O déficit proteico pode levar à desnutrição proteico-calórica que pode gerar efeitos adversos nas crianças, apresentando efeitos nocivos sobre o cérebro com impactos a longo prazo.⁶⁵

Lipídios - 41% da distribuição energética

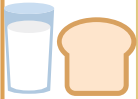


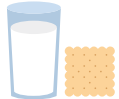


NeoAdvance apresenta 4,6g/100 kcal de gorduras totais. **NeoAdvance** é composto por 100% óleos vegetais (triglicerídeos de cadeia média [palma e/ou coco], óleo de girassol de alto teor oleico, óleo de canola, óleo de girassol). Contém 32% de TCM.

NeoAdvance contém ômega 3, precursor do DHA que contribui para o desenvolvimento visual e cognitivo, crescimento, função imunológica e

a prevenção de doenças cardiovasculares. A partir de 1 copo ao dia sua recomendação já é atendida, conforme recomendação desse nutriente no Manual de Alimentação da infância à adolescência da SBP, 2018.⁵⁹

Sugestão de uso

Como inserir NeoAdvance na rotina da criança?

<p>Café da manhã</p>  <p>210mL de NeoAdvance + pãozinho/ biscoito isento de leite e derivados</p>	<p>Lanche da manhã</p>  <p>Fruta ou suco de frutas</p>	<p>Almoço</p>  <p>Refeição equilibrada</p>	<p>Lanche da tarde</p>  <p>210mL de NeoAdvance + pãozinho/ biscoito isento de leite e derivados</p>	<p>Jantar</p>  <p>Refeição equilibrada</p>	<p>Ceia</p>  <p>210mL de NeoAdvance</p>
--	---	---	--	---	--

Como utilizar NeoAdvance?

2-3 doses de 210 mL



1 colher-medida =
aprox. 7,3g de pó

180 mL
de água

6 colheres-medida
de NeoAdvance

Água morna previamente fervida (mL)	NeoAdvance número de colheres-medida	NeoAdvance Vol. reconstituído aprox. (mL)
90	3 (21,9g)	105
180	6 (43,8g)	210
240	8 (58,4g)	280
270	9 (65,7g)	315



Informação nutricional

DANE
NeoAdvance

Índice



INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

	100 g	100 mL
Valor energético (kcal)	475	100
Carboidratos (g)	56	12
Açúcares totais (g)	5	1,3
Açúcares adicionados (g)	5	1,3
Sacarose (g)	0	0
Proteínas (g)	13	2,8
Gorduras totais (g)	22	4,6
Gorduras saturadas (g)	9,4	2
Gorduras trans (g)	0	0
Gorduras monoinsaturadas (g)	7,7	1,6
Gorduras poli-insaturadas (g)	4	0,8
Ômega 6 (g)	3,4	0,7
Ômega 3 (mg)	320	68
Colesterol (mg)	0	0
Fibras alimentares (g)	0	0
Sódio (mg)	285	60
Vitamina A (µg)	205	43
Vitamina D (µg)	5,9	1,2
Vitamina E (mg)	11	2,4
Vitamina K (µg)	28	5,9
Vitamina C (mg)	100	21
Vitamina B1 (mg)	0,55	0,11
Vitamina B2 (mg)	1,1	0,23
Niacina (mg)	6,2	1,3
Ácido pantotênico (mg)	2	0,42

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

	100 g	100 mL
Vitamina B6 (mg)	0,56	0,12
Biotina (µg)	18	3,7
Ácido fólico (µg)	64	13
Vitamina B12 (µg)	1,6	0,33
Cálcio (mg)	428	90
Cloreto (mg)	437	92
Cobre (µg)	480	101
Cromo (µg)	8,8	1,9
Ferro (mg)	5,7	1,2
Fósforo (mg)	309	65
Iodo (µg)	80	17
Magnésio (mg)	66	14
Manganês (mg)	0,29	0,06
Molibdênio (µg)	21	4,4
Potássio (mg)	546	115
Selênio (µg)	17	3,5
Zinco (mg)	5,3	1,1
Colina (mg)	110	23
Taurina (mg)	31	6,6
Carnitina (mg)	14	2,9
Inositol (mg)	27	5,6

Osmolaridade: 520 mOsm /L **Osmolalidade:** 600 mOsm/kg água.

Preparo na diluição padrão: 1 colher-medida = aprox. 7,3g de pó. Cada colher-medida requer aprox. 30 mL de água para reconstituição.

NeoForte

O suplemento infantil da criança com APLV



NeoForte é uma fórmula pediátrica para nutrição enteral e oral, composta por 100% de aminoácidos livres, com 1,27kcal/mL, nutricionalmente completa, fonte de vitaminas e minerais e alto teor de vitamina D e ferro. Disponível nos sabores baunilha e morango.

NeoForte é um produto desenvolvido para satisfazer as necessidades nutricionais de crianças com alergias alimentares que necessitam de suplementação em sua alimentação por apresentarem estagnação ou desaceleração na curva de crescimento, ingestão oral insuficiente ou seletividade alimentar.⁶⁶⁻⁶⁸

NeoForte apresenta a densidade energética de 1,27kcal/mL, sendo considerada uma fórmula hipercalórica. De acordo com o Guia de Orientações - Dificuldades alimentares da Sociedade Brasileira de Pediatria (2022)⁶⁹, uma dieta hipercalórica deve ser considerada quando houver aumento das necessidades nutricionais em crianças acima de 1 ano que não atingem as recomendações pela dieta habitual.

Carboidratos - 45% da distribuição energética

NeoForte apresenta 11g/100kcal de carboidratos totais, o que está de acordo com *Dietary Reference Intakes*⁶¹ para crianças de 1 a 18 anos. Sua fonte de carboidrato é o xarope de glicose, resultante da hidrólise da maltodextrina. O uso desse ingrediente apresenta vantagens, como a melhor solubilidade e menor osmolalidade, fácil absorção e paladar agradável⁶⁴.

Proteínas - 12% da distribuição energética

NeoForte contém 3,0g/100kcal de proteínas, sendo suas fontes provenientes 100% de aminoácidos essenciais e não essenciais obtidos sinteticamente, o que garante sua pureza e não alergenicidade.

O aporte proteico deve ser fornecido de forma adequada e equilibrada para garantir o suprimento de todas as necessidades. O déficit proteico pode levar à desnutrição proteico-calórica que pode gerar efeitos adversos nas crianças, apresentando efeitos nocivos sobre o cérebro com impactos a longo prazo.⁶⁵

Lipídios - 42% da distribuição energética

NeoForte apresenta 4,6g/100 kcal de gorduras totais. **NeoForte** é composto por 100% Óleos vegetais (triglicerídeos de cadeia média [óleo de coco e/ou palma], óleo de girassol com alto teor oleico, óleo de girassol e óleo de canola). Contém 33% de TCM.

NeoForte contém ômega 3, precursor do DHA que contribui para o desenvolvimento visual e cognitivo, crescimento, função imunológica e a prevenção de doenças cardiovasculares. A partir de 1 copo ao dia sua recomendação, já é atendida, conforme recomendação desse nutriente no Manual de Alimentação da infância à adolescência da SBP, 2018.⁵⁹

Fibras Alimentares - 1% da distribuição energética

A mistura de prebióticos usada em **NeoForte**, consiste em frutooligossacarídeos de cadeia curta (scFOS) e inulina (frutooligossacarídeos de cadeia longa - lcFOS). Estes são responsáveis por estimular seletivamente as bifidobactérias e são considerados importantes substratos prebióticos que podem inibir o crescimento de bactérias patogênicas⁷⁰⁻⁷². Além disso, podem desempenhar um papel significativo na restauração do equilíbrio da microbiota intestinal. **NeoForte** contém 0,5g/127kcal de fibras solúveis.

Cálcio

NeoForte contém 175mg de cálcio a cada 100mL de produto. Para se atingir 100% das recomendações de cálcio para crianças de 1 a 3 anos, é indicado o consumo de 2 copos de 220mL/dia.

Sugestão de uso

Como inserir NeoForte na rotina da criança?

Café da manhã	Lanche da manhã	Almoço	Lanche da tarde	Jantar	Ceia
					
220mL de NeoForte + pãozinho/ biscoito	Fruta ou suco de frutas	Refeição equilibrada	110mL de NeoForte batido com 1 fruta	Refeição equilibrada	220mL de NeoForte

Como utilizar NeoForte?



Água morna previamente fervida (mL)	NeoForte número de colheres-medida	NeoForte Vol. reconstituído aprox. (mL)
90	4 (29,2g)	110
110	5 (36,5g)	135
180	8 (58,4g)	220



Informação nutricional

DANONE

Neoforte | Baunilha

Índice



INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

	100g	100mL
Valor Energético (kcal)	475	127
Carboidratos (g)	54	14
Açúcares totais (g)	4,6	1,2
Açúcares adicionados (g)	4,6	1,2
Sacarose (g)	0	0
Proteínas (g)	15	3,9
Gorduras totais (g)	22	5,9
Gorduras saturadas (g)	10	2,7
Gorduras trans (g)	0	0
Gorduras monoinsaturadas (g)	8,4	2,3
Gorduras poli-insaturadas (g)	3,7	1
Ômega 6 (g)	3,3	0,9
Ômega 3 (mg)	380	101
Colesterol (mg)	0	0
Fibras alimentares (g)	1,9	0,5
Sódio (mg)	276	74
Vitamina A (µg)	278	74
Vitamina D (µg)	10	2,7
Vitamina E (mg)	12	3,3
Vitamina K (µg)	28	7,5
Vitamina C (mg)	88	23
Vitamina B1 (mg)	0,52	0,14
Vitamina B2 (mg)	1,2	0,32
Niacina (mg)	9,5	2,5
Ácido pantotênico (mg)	2	0,53

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

	100g	100mL
Vitamina B6 (mg)	0,59	0,16
Biotina (µg)	20	5,3
Ácido fólico (µg)	152	41
Vitamina B12 (µg)	2,6	0,69
Cálcio (mg)	656	175
Cloreto (mg)	388	103
Cobre (µg)	572	153
Cromo (µg)	21	5,7
Ferro (mg)	8,3	2,2
Fósforo (mg)	432	115
Iodo (µg)	95	25
Magnésio (mg)	88	23
Manganês (mg)	0,71	0,19
Molibdênio (µg)	24	6,5
Potássio (mg)	734	196
Selênio (µg)	22	5,9
Zinco (mg)	5,2	1,4
Colina (mg)	179	48
Taurina (mg)	33	8,8
Carnitina (mg)	15	4
Inositol (mg)	118	31

Osmolaridade: 530 mOsm /L **Osmolalidade:** 620 mOsm/kg água.

Preparo na diluição padrão: 1 colher-medida = aprox. 7,3 g de pó. Cada colher-medida requer aprox. 22 mL de água para reconstituição.



Informação nutricional

DANONE

Neoforte | Morango

Índice



INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

	100g	100mL
Valor Energético (kcal)	475	127
Carboidratos (g)	54	14
Açúcares totais (g)	4,6	1,2
Açúcares adicionados (g)	4,6	1,2
Sacarose (g)	0	0
Proteínas (g)	15	3,9
Gorduras totais (g)	22	5,9
Gorduras saturadas (g)	9,8	2,6
Gorduras trans (g)	0	0
Gorduras monoinsaturadas (g)	8	2,1
Gorduras poli-insaturadas (g)	3,7	1
Ômega 6 (g)	3,3	0,9
Ômega 3 (mg)	380	101
Colesterol (mg)	0	0
Fibras alimentares (g)	1,9	0,5
Sódio (mg)	276	74
Vitamina A (µg)	278	74
Vitamina D (µg)	10	2,7
Vitamina E (mg)	12	3,3
Vitamina K (µg)	28	7,5
Vitamina C (mg)	88	23
Vitamina B1 (mg)	0,52	0,14
Vitamina B2 (mg)	1,2	0,32
Niacina (mg)	9,5	2,5
Ácido pantotênico (mg)	2	0,53

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

	100g	100mL
Vitamina B6 (mg)	0,59	0,16
Biotina (µg)	20	5,3
Ácido Fólico (µg)	152	41
Vitamina B12 (µg)	2,6	0,69
Cálcio (mg)	656	175
Cloreto (mg)	388	104
Cobre (µg)	570	152
Cromo (µg)	21	5,7
Ferro (mg)	8,3	2,2
Fósforo (mg)	432	115
Iodo (µg)	95	25
Magnésio (mg)	88	23
Manganês (mg)	0,71	0,19
Molibdênio (µg)	24	6,5
Potássio (mg)	734	196
Selênio (µg)	22	5,9
Zinco (mg)	5,2	1,4
Colina (mg)	179	48
Taurina (mg)	33	8,8
Carnitina (mg)	15	4
Inositol (mg)	118	31

Osmolaridade: 520 mOsm /L **Osmolalidade:** 610 mOsm/kg água.

Preparo na diluição padrão: 1 colher-medida = aprox. 7,3 g de pó. Cada colher-medida requer aprox. 22 mL de água para reconstituição.

NeoSpoon Mistura hipercalórica em consistência de colher para lactentes e crianças com APLV



NeoSpoon é um suplemento hipercalórico e de sabor neutro, considerado uma excelente opção para suplementação calórica e de cálcio que pode ser adicionado ao preparo de papinhas para lactentes acima de 6 meses e crianças com alergias alimentares que apresentam desaceleração do crescimento e baixa aceitação alimentar, a fim de promover variedade na oferta e textura dos alimentos. Além disso, permite que seja adicionado no preparo de receitas, tornando-os mais nutritivos e trazendo versatilidade por seu sabor neutro.⁶⁹⁻⁷³

NeoSpoon apresenta a densidade energética de 1,7kcal/g, sendo considerada uma mistura hipercalórica, garantindo o aporte necessário para a criança que permanece com APLV e necessita de rápida recuperação de peso.⁶⁹⁻⁷³

Carboidratos - 57% da distribuição energética

NeoSpoon apresenta 14g/100kcal de carboidratos. Suas fontes são compostas por 60% xarope de glicose (resultante da hidrólise da maltodextrina), 27% amido de arroz pré-gelatinizado e 13% sacarose. O uso do xarope de glicose apresenta vantagens, como a melhor solubilidade e menor osmolalidade, fácil absorção e paladar agradável.⁶⁴ Já o amido auxilia a promover a consistência de colher, contribuindo para a versatilidade no preparo de receitas. Além disso, pode ser útil quando há a necessidade de consistência espessada da dieta, especialmente na fase de início da introdução alimentar, a fim de incentivar a mastigação e desenvolvimento do sistema motor.⁷³

Proteínas - 7% da distribuição energética

NeoSpoon contém 1,7g/100kcal de proteínas, sendo suas fontes provenientes 100% de aminoácidos essenciais e não essenciais obtidos sinteticamente, o que garante sua pureza e não alergenicidade.

O aporte proteico deve ser fornecido de forma adequada e equilibrada para garantir o suprimento de todas as necessidades nutricionais. O déficit proteico pode levar à desnutrição proteico-calórica que pode gerar efeitos adversos nas crianças, apresentando efeitos nocivos sobre o cérebro com impactos a longo prazo.⁶⁵

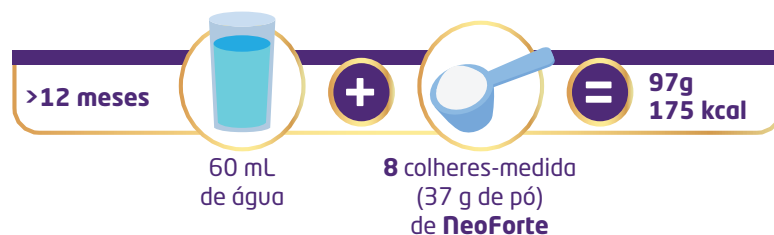
Lipídios - 36% da distribuição energética

NeoSpoon apresenta 4g/100kcal de gorduras totais. **NeoSpoon** é composto por 100% óleos vegetais (óleo de coco não hidrogenado, girassol alto oleico, canola e girassol).



Sugestão de uso

Como utilizar NeoSpoon?



A quantidade de água pode ser alterada para aumentar ou diminuir a consistência, conforme orientação de médico e/ou nutricionista.



Informação nutricional

DANONE
Neospoon

Índice



INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

Porções por embalagem: cerca de 14 porções • Porção: 27,6 g (6 colheres-medida)

Porções por embalagem: cerca de 11 porções • Porção: 37g (8 colheres-medida)

	100 g**	27,6 g	% VD*	37 g	%VD*
Valor energético (kcal)	472	130	19	175	18
Carboidratos (g)	67	19	20	25	17
Açúcares totais (g)	13	3,4		4,6	
Açúcares adicionados (g)	13	3,4		4,6	18
Proteínas(g)	8,2	2,3	21	3	12
Gorduras totais (g)	19	5,2	19	7	21
Gorduras saturadas (g)	6,9	1,9		2,6	24
Gorduras trans (g)	0	0		0	
Fibras alimentares (g)	0	0		0	0
Sódio (mg)	42	12	3	16	2
Vitamina A (µg)	195	54	11	72	24
Vitamina D (µg)	4,3	1,2	12	1,6	11
Vitamina E (mg)	2,3	0,64	13	0,85	14
Vitamina K (µg)	19	5,1	204	6,9	23
Vitamina C (mg)	23	6,4	13	8,5	57
Vitamina B1 (mg)	0,25	0,07	23	0,09	18
Vitamina B2 (mg)	0,25	0,07	18	0,09	18
Niacina (mg)	1,1	0,3	8	0,41	7
Ácido pantotênico (mg)	1,4	0,39	22	0,52	26
Vitamina B6 (mg)	0,25	0,07	23	0,09	18
Biotina (µg)	9,1	2,5	42	3,4	43
Ácido fólico (µg)	28	7,6	10	10	7
Vitamina B12 (µg)	0,6	0,17	34	0,22	24
Cálcio (mg)	716	198	76	265	38

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

Porções por embalagem: cerca de 14 porções • Porção: 27,6 g (6 colheres-medida)

Porções por embalagem: cerca de 11 porções • Porção: 37g (8 colheres-medida)

	100 g**	27,6 g	% VD*	37 g	%VD*
Cloreto (mg)	48	13	2	18	1
Cobre (µg)	340	94	43	126	37
Cromo (µg)	11	3	55	4,1	37
Ferro (mg)	6,5	1,8	16	2,4	34
Fósforo (mg)	377	104	38	140	30
Iodo (µg)	41	11	9	15	17
Magnésio (mg)	23	6,4	9	8,5	11
Manganês (mg)	0,34	0,09	15	0,13	11
Molibdênio (µg)	9,7	2,7	90	3,6	21
Selênio (µg)	12	3,4	17	4,6	23
Zinco (mg)	4,5	1,2	40	1,7	57
Colina (mg)	45	12	8	17	8
Taurina (mg)	16	4,4		5,9	
Inositol (mg)	49	14		18	
L-carnitina (mg)	5,9	1,6		2,2	

*Percentual de valores diários fornecidos pela porção. **No alimento pronto para o consumo.

É importante ressaltar que a determinação dos volumes e a porcentagem do aporte nutricional proveniente dos produtos para cada indivíduo é de competência exclusiva do profissional de saúde que realiza o atendimento individualizado da criança, considerando seu estado clínico, a indicação para uso do produto e parâmetros físico e bioquímicos.



Referências bibliográficas

Parte I:

1. Staats J, Van Zyl J. Adverse reactions to food: Navigating the maze in primary health care. *S Afr Fam Pract* (2004). 2022 Jul 21;64(1):e1-e5. doi: 10.4102/safp.v64i1.5530. PMID: 35924621; PMCID: PMC93350490. 2. Muraro A et al. World Allergy Organization Journal (2022). Managing food allergy: GA2 LEN guideline 2022 15:100687 <http://doi.org/10.1016/j.waigj.2022.100687>. 3. Sampson HA. Food allergy: past, present and future. *Allergol Int*. 2016;65(4):363-9. 4. Tordesillas L, Berin MC, Sampson HA. Immunology of Food Allergy. *Immununity*. 2017;47(3):32-50. 5. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 1 - Etiopatogenia, clínica e diagnóstico. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. *Arq Bras Allergol Immunol*. 2018;21(7):7-38. 6. Vandenplas Y, Brough HA, Focchi A, Migdady M, Munasir Z, Salvatore S, Thapar N, Venter C, Vieira MC, Meyer R. Current Guidelines and Future Strategies for the Management of Cow's Milk Allergy. *J Asthma Allergy*. 2021 Oct 21;14:1243-1256. doi: 10.2147/JAA.S276992. PMID: 34712052; PMCID: PMC8548055. 7. Prescott SL, Pawankar R, Allen KJ, Campbell DE, Sinn Jkh, Focchi A, et al. A global survey of changing patterns of food allergy burden in children. *World Allergy Organ J* (2013) 6:21. doi: 10.1186/1939-4551-6-21. 8. Platts-Mills TA. The allergy epidemics: 1870-2010. *J Allergy Clin Immunol*. (2015) 136:3-13. doi: 10.1016/j.jaci.2015.03.048. 9. Sicherer SH, Warren CM, Dant C, Gupta RS, Nadeau KC. Food Allergy from Infancy Through Adulthood. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2020 Jun;8(6):1854-1864. doi: 10.1016/j.jaip.2020.02.010. PMID: 32499034; PMCID: PMC7899184. 10. Meyer R, Vandenplas Y, Lozinsky AC, Vieira MC, Canani RB, Dupont C, Uysal P, Cavkaytar O, Knibb R, Fleischer DM, Nowak-Węgrzyn A, Venter C. Diagnosis and management of food allergy-associated gastroesophageal reflux disease in young children-EAACI position paper. *Pediatr Allergy Immunol*. 2022 Oct;33(10):e13856. doi: 10.1111/pai.13856. PMID: 36282131. 11. Artigo de REVISÃO Frente. *Pediatr*. 18 de setembro de 2019. Sec. Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica Volume 7 - 2019 | <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00372>. 12. Fiom JD, Sicherer SH. Epidemiology of Cow's Milk Allergy. *Nutrients*. 2019 May 10;11(5):1051. doi: 10.3390/nu11051051. PMID: 31083388; PMCID: PMC6566637. 13. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: A review and update on epidemiology, pathogenesis, diagnosis, prevention, and management. *J Allergy Clin Immunol*. 2018;141:41-58. doi: 10.1016/j.jaci.2017.11.003. 14. Hill DJ, Firer MA, Ball G, Hosking CS. Natural history of cow's milk allergy in children: Immunological outcome over 2 years. *Clin Exp Allergy*. 1993;23:124-131. doi: 10.1111/j.1365-2222.1993.tb00307.x. 15. Venter C, Mazzocchi A, Alessandra b, Maslin, Kate c, Agostoni, Carlos b. Impacto das dietas de eliminação na nutrição e crescimento em crianças com alergias alimentares múltiplas. *Current Opinion in Allergy and Clinical Immunology* 17(3): 220-226, junho de 2017. | DOI: 10.1097/ACI.0000000000000358. 16. Beck C, Koplin J, Dharmage S, Wake M, Gurrin L, McWilliam V, et al. Persistent food allergy and food allergy coexistent with eczema is associated with reduced growth in the first 4 years of life. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2016;4:248-56. 17. Vieira MC, Moraes MB, Spolidoro JV, Toporovski MS, Cardoso AL, Araujo GT, et al. A survey on clinical presentation and nutritional status of infants with suspected cow's milk allergy. *BMC Pediatr* 2010;10:25. 18. Meyer R. Nutritional disorders resulting from food allergy in children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2018;29:689-704. doi: 10.1111/pai.12960. 19. D'Auria E, Fabiano V, Bertoli S, et al. Growth pattern, resting energy expenditure, and nutrient intake of children with food allergies. *Nutrients*. 2016;11:212. doi: 10.3390/nu11020212. 20. Kwammen JA, Thomassen RA, Eskerud MB, Rugeviteit J, Henriksen C. Micronutrient status and nutritional intake in 0- to 2-year-old children consuming a cow's milk exclusion diet. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2018;66:831-837. doi: 10.1097/MPG.0000000000001942. 21. Indirineo L, Baldini L, De Vittori V, et al. Duration of a cow-milk exclusion diet worsens parents' perception of quality of life in children with food allergies. *BMC Pediatr*. 2013;13:203. doi: 10.1186/1471-2431-13-203. 22. Vanderhoof J, Moore N, de Boissieu D. Evaluation of an amino acid-based formula in infants not responding to extensively hydrolyzed protein formula. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016;63:531-323. Hill DJ, Cameron DJ, Francis DE, Gonzalez-Andaya AM, Hosking CS. Challenge confirmation of late-onset reactions to extensively hydrolyzed formulas in infants with multiple food protein intolerance. *J Allergy Clin Immunol* 1995;96:386-94. 24. de Boissieu D, Dupont C. Time course of allergy to extensively hydrolyzed cow's milk proteins in infants. *J Pediatr* 2000;136:119-20. 25. Sicherer SH, Noone SA, Koerner CB, Christie L, Burks AW, Sampson HA. Hypoallergenicity and efficacy of an amino acid-based formula in children with cow's milk and multiple food hypersensitivities. *J Pediatr* 2001;138:688-93. 26. Berry MJ, Adams J, Vuotilainen H, Feustel PJ, Celestin J, Jarvinen KM. Impact of elimination diets on growth and nutritional status in children with multiple food allergies. *Pediatr Allergy Immunol* 2015;26:133-8. 27. Isolauri E, Sütas Y, Mäkinen-Kiljunen S, Oja SS, Isonoppi R, Turjanmaa K. Efficacy and safety of hydrolyzed cow milk and amino acid-derived formulas in infants with cow milk allergy. *J Pediatr*. 1995 Oct;127(4):550-7. doi: 10.1016/s0022-3476(95)70111-7. PMID: 7562275. 28. Meyer R, De KC, Dziubak R, Venter C, Dominguez-Ortega G, Cutts R, et al. Malnutrition in children with food allergies in the UK. *J Hum Nutr Diet* 2014; 27:227-235. 29. Atwal K, Hubbard GP, Venter C, Stratton RJ. The use of amino acid-based nutritional feeds is effective in the dietary management of pediatric eosinophilic oesophagitis. *Immun Inflamm Dis*. 2019 Dec;7(4):292-303. doi: 10.1002/iid3.273. *Epub* 2019 Nov 6. PMID: 31692292; PMCID: PMC6842817. <https://doi.org/10.1002/iid3.273>. 30. Aceve SS. Teste alérgico em pacientes com esofagite eosinofílica. *Gastroenterol Hepatol* (NY). 2016; 12(8):516-518. 31. Gonsalves N, Yang GY, Doerfler B, Ritz S, Ditto AM, Hirano I. A dieta de eliminação trata efetivamente a esofagite eosinofílica em adultos; a reintrodução alimentar identifica os fatores causais. *Gastroenterologia*. 2012; 142(7):1451-1459 e1. questionário e14-e15. 32. Kagalwalla AF, Sentongo TA, Ritz S, et al. Efeito da dieta de eliminação de seis alimentos nos resultados clínicos e histológicos na esofagite eosinofílica. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006; 4(9):1097-1102. 33. Hill DJ, Murch SH, Rafferty K, Wallis P, Green CJ. The efficacy of amino acid-based formulas in relieving the symptoms of cow's milk allergy: a systematic review. *Clin Exp Allergy* 2007;37:808-22. 34. Chebar Lozinsky A, Meyer R, De KC, Dziubak R, Godwin H, Reeve K, et al. Time to symptom improvement using elimination diets in non-IgE mediated gastrointestinal food allergies. *Pediatr Allergy Immunol* 2015;2:317-29. 35. Meyer R, De KC, Dziubak R, Venter C, Dominguez-Ortega G, Cutts R, et al. Malnutrition in children with food allergies in the UK. *J Hum Nutr Diet* 2014; 27:227-235. 36. Cardona V, Ansoategui U, Ebisawa M, El-Gamal Y, Fernandez Rivas M, Fineman S, Geller M, Gonzalez-Estrada A, Greenberger PA, Sanchez Borges M, Senna G, Sheikh A, Tanno LK, Thong BY, Turner PJ, Worm M. World allergy organization anaphylaxis guidance 2020. *World Allergy Organ J*. 2020 Oct 30;13(10):100472. doi: 10.1016/j.waigj.2020.100472. PMID: 33204386; PMCID: PMC7607509. 37. Dupont C, Chouraqui JP, Linglart A, Bocquet A, Darmaun A, Feillet F, et al. Nutritional management of cow's milk allergy in children: an update. *Arch Pediatr* 2018;25(3):236-43. *Epub* 2018 Mar 22. 38. Focchi A, Dahda L, Dupont C, Campoy C, Fierro V, Nieto A. Cow's milk allergy: towards an update of DRACMA guidelines. *World Allergy Organ J* 2016;9(1):35. 39. Nowak-Węgrzyn A, Chehade M, Spergel J, Wood R, Allen K, et al. International consensus guidelines for the diagnosis and management of food protein-induced enterocolitis syndrome: Executive summary - Workgroup Report of the Adverse Reactions to Foods Committee, American Academy of Allergy, Asthma & Immunology. *J Allergy Clin Immunol*. 2017;139(4):1111-26. 40. Agemang A, Nowak-Węgrzyn A. Food Protein-Induced Enterocolitis Syndrome: a Comprehensive Review. *Clin Rev Allergy Immunol*. 2019; Feb 8. doi: 10.1007/s12016-018-8722-z. [Epub ahead of print]. 41. Weinberger T, Feuille E, Thompson C, Nowak-Węgrzyn A. Chronic food protein-induced enterocolitis syndrome. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2016;117(3):227-33. 42. National Institute for Health and Care Excellence. Atopic eczema in under 12s: diagnosis and management. Guideline CG57. London: National Health Service; 2007. 43. Kaczmarek M, Wasilewska J, Lasota M. Hypersensitivity to hydrolyzed cow's milk protein formula in infants and children with atopic eczema/dermatitis syndrome with cow's milk protein allergy. *Ann Acad Med Bialymst* 2005;50:274-8.

Parte II:

44. Meyer R. Nutritional disorders resulting from food allergy in children. *Pediatr Allergy Immunol*. 2018 Nov;29(7):689-704. doi: 10.1111/pai.12960. PMID: 30044008. 45. Michaelsen KF. Effect of protein intake from 6 to 24 months on insulin-like growth factor 1 (IGF-1) levels, body composition, linear growth velocity, and linear growth acceleration: what are the implications for stunting and wasting? *Food Nutr Bull*. 2013;34(2):268-271. 46. Yanagida N, Minoura T, Kitakoa S. Does Terminating the Avoidance of Cow's Milk Lead to Growth in Height. *Int Arch Allergy Immunol*. 2015;168(1):56-60. doi: 10.1159/000441499. *Epub* 2015 Nov 12. PMID: 26560099. 47. Venter C, Mazzocchi A, Maslin K, Agostoni C. Impact of elimination diets on nutrition and growth in children with multiple food allergies. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2017;17(3):220-6. 48. Kerzner B, Milano K, MacLean WC Jr, Berall G, Stuart S, Chatoor I. A practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015 Feb;135(2):344-53. doi: 10.1542/peds.2014-1630. *Epub* 2015 Jan 5. PMID: 25560449. 49. Mehta H, Groetch M, Wang J. Growth and nutritional concerns in children with food allergy. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2013 Jun;13(3):275-9. doi: 10.1097/ACI.0b013e328360949d. PMID: 23510952; PMCID: PMC4280668. 50. Flammarión S, Santos C, Guimber D, Joannic L, Thumerelle C, Gottrand F, et al. Diet and nutritional status of children with food allergies. *Pediatr Allergy Immunol* - official publication of the European Society of Pediatric Allergy and Immunology. 2011; 22(2):161-5. 51. Meyer R, Wright K, Vieira MC et al. International survey on growth indices and impacting factors in children with food allergies (2018). *J Hum Nutr Diet* 52. Konstantynowicz J, Nguyen TV, Kaczmarek M et al. Fractures during allergy: potencial role of a milk free diet. *Osteoporos Int* (2007) 18: 1601-1607. 53. Medeiros, LCS et al. Ingestão de nutrientes e estado nutricional de crianças em dieta isenta de leite de vaca e derivados. *J Pediatr* (Rio J). 2004;80(5):363-70. 54. Westwell-Roper C, To S, Andjelic G, Lu C, Lin B, Soller L, Chan ES, Stewart SE. Food-allergy-specific anxiety and distress in parents of children with food allergy: A systematic review. *Pediatr Allergy Immunol* 2022 Jan;33(1):e13695. doi: 10.1111/pai.13695. *Epub* 2021 Dec 11. PMID: 34779046. 55. Indirineo L, Baldini L, De Vittori V, Zicari AM, De Castro G, Tancredi G, Lais G, Duse M. Duration of a cow-milk exclusion diet worsens parents' perception of quality of life in children with food allergies. *BMC Pediatr*. 2013 Dec 5;13:203. doi: 10.1186/1471-2431-13-203. PMID: 24308381; PMCID: PMC4233620. 56. Golding MA, Gunnarsson NV, Middelveld R, Ahlstedt S, Protudjer JLP. A scoping review of the caregiver burden of pediatric food allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2021 Nov;127(5):536-547.e3. doi: 10.1016/j.anai.2021.04.034. *Epub* 2021 May 7. PMID: 33971359. 57. Fong AT, Katelaris CH, Wainstein B. Bullying and quality of life in children and adolescents with food allergy. *J Paediatr Child Health*. 2017 Jul;53(7):630-635. doi: 10.1111/jpc.13570. *Epub* 2017 Jun 12. PMID: 28608485. 58. Maslin K, Venter C, MacKenzie H, Vlieg-Boerstra B, Dean T, Sommer L. Comparison of nutrient intake in adolescents and adults with and without food allergies. *J Hum Nutr Diet*. 2018;31(2):209-17. 59. Sociedade Brasileira de Pediatria - Departamento de Nutrologia. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, no gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. - 4ª ed. - São Paulo: SBP. 2018. 172 p. 60. Pinheiro ABV et al. Tabela para avaliação do consumo alimentar em medidas caseiras. Atheneu: 2014. 61. Padovani RM et al. Dietary reference intakes: aplicabilidade das tabelas em estudos nutricionais. *Rev. Nutr.*, Campinas, 19(6):741-760, 2006. 62. Braegger C, Decsi T, Dias JA, Hartman C, Kolaček S, Koletzko B, et al. Practical approach to paediatric enteral nutrition: A comment by the ESPGHAN committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2010;51(1):110-22. 63. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition Position Paper: Plant-based Milks. Russell J, Merritt, Sarah E, Fleet, Amanda Fifi, Candi Jump, Sally Schwartz, Timothy Sentongo, Debora Duro, yJeffrey Rudolph, and Justine Turner, for the NASPGHAN Committee on Nutrition. *JPGN Volume 71, Number 2, August 2020*. 64. Hofman DL, Van Buiul VJ, Brouns FJPH. Nutrition, Health, and Regulatory Aspects of Digestible Maltodextrins. *Crit Rev Food Sci Nutr*. 2016;56(12):2091-100. 65. Institute of Medicine (IOM). Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids. Washington: The National Academies Press; 2005. 66. Meyer R, Venter C, Fox AT, Shah N. Practical dietary management of protein energy malnutrition in young children with cow's milk protein allergy. *Pediatr Allergy Immunol*. 2012; 23(4): 307-14. 67. Maslin K, Dean T, Arshd SH, Venter C. Fussiness eating and feeding difficulties in infants and toddlers consuming a cow's milk exclusion diet. *Pediatr Allergy Immunol*. 2015;26(6):503-8. 68. Maslin K, Grimshaw K, Oliver E, Roberts G, Arshd SH, Dean T et al. Taste preference, food neophobia and nutritional intake in children consuming a cow's milk exclusion diet: a prospective study. *J Hum Nutr Diet*. 2016;29(6):786-796. 69. SBP Guia de orientações - Dificuldades alimentares/ Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. São Paulo: SBP; 2022. 66 f. 70. Gibson GR. Dietary modulation of the human gut microflora using the prebiotics oligofructose and inulin. *J Nutr*. 1999; 129:1438S-41S. 71. Cummings JH, Macfarlane GT. Gastrointestinal effects of prebiotics. *Br J Nutr*. 2002; 87(Suppl 2):S145-S151. 72. Veereman G. Pediatric applications of inulin and oligofructose. *J Nutr*. 2007; 137:2585S-9S. 73. Solé D et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar- Parte 1 e 2. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. *Braz J Allergy Immunol*. 2018

Linha Alergia
Danone Nutricia

A evolução da nutrição

para a criança
que permanece
com APLV.^{3,5-11}



NOVO RÓTULO | NOVA FÓRMULA

Substituto adequado
do leite para crianças
com APLV^{1,8,9}

NOVO RÓTULO | MESMA FÓRMULA

Mistura hipercalórica
com consistência de colher
= 1,7 kcal/g*
Para lactentes e crianças
com APLV (>6 meses)^{3,5-7,10,11}

NOVOS RÓTULOS | NOVAS FÓRMULAS

Suplemento infantil hipercalórico
(1,27Kcal/mL) com
prebióticos para crianças com APLV
Nos sabores Baunilha e Morango^{2,3,12-14}

Linha Alergia Danone Nutricia.
Cuidado e confiança na APLV, para uma infância como deve ser.



*Varia conforme modo de preparo

OS PRODUTOS MENCIONADOS NÃO CONTÊM GLÚTEN.

O leite 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 ingerirem uma dieta equilibrada com todos os nutrientes e da importância do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais. As mães devem ser alertadas 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 na saúde do bebê. Cabe ao especialista esclarecer previamente às mães quanto aos custos, riscos e impactos sociais desta substituição para o bebê. É importante que a família tenha uma alimentação equilibrada e que sejam respeitados 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 aos 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 desse material para realização de promoção comercial.



mundodanone.com.br

0800 727 8027 - Demais localidades
11 3095 8482 - Grande SP

danonenutricia.com.br
alergiaaoleitedevaca.com.br

@aplvbrasil

DANONE ATENDIMENTO
AO CONSUMIDOR

☎ 0800 701 7561
✉ dac@danone.com



NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION