

# Os distúrbios da interação intestino-cérebro e a Nutrição



## **DRA. CRISTINA TARGA**

- Doutora em Gastroenterologia
- Presidente do Departamento Científico de Gastroenterologia da SBP
- Chefe do Serviço de Gastroenterologia Pediátrica do Hospital da Criança Santo Antônio – Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre (RS)
- Professora da UFCSPA

# Os DGBIs

O funcionamento inadequado dos sistemas neurais, tanto o Sistema Nervoso Central (SNC) quanto o Sistema Nervoso Entérico (SNE), associado a alterações da microbiota intestinal, é cada vez mais reconhecido como fator subjacente às desordens da motilidade gastrointestinal e os chamados Distúrbios da Interação Intestino-Cérebro (DGBIs, do inglês *Disorders of Gut-Brain Interaction*).<sup>1,2</sup>

A compreensão dos DGBIs evoluiu de uma visão dualista e reducionista para um modelo biopsicossocial mais abrangente. Paralelamente, o entendimento dos mecanismos fisiopatológicos passou de uma abordagem centrada exclusivamente em distúrbios da motilidade para um conceito mais amplo, envolvendo neurogastroenterologia e interações complexas entre cérebro e intestino.<sup>3</sup>

Esses transtornos se manifestam por um conjunto de sintomas, como constipação, diarreia, vômitos recorrentes, dor e distensão abdominal. Estudos em crianças e adultos demonstram que tais sintomas estão relacionados a alterações da motilidade gastrointestinal, mais bem compreendidas quando se considera sua origem em disfunções da atividade motora intestinal.<sup>1,3-6</sup> No entanto, esses distúrbios permanecem pouco conhecidos, com diagnóstico variável e tratamento frequentemente inadequado.<sup>1</sup>

Os problemas de motilidade ocorrem em todas as idades e grupos étnicos, sendo particularmente comuns na pediatria.<sup>6-9</sup> A maioria, contudo, carece de marcadores séricos, anatômicos ou imunológicos definidos.<sup>3-7</sup>

## 50%

dos lactentes saudáveis **regurgitam** pelo menos 2 vezes ao dia, entre os 2 e 8 meses de idade.<sup>9</sup>

## 25%

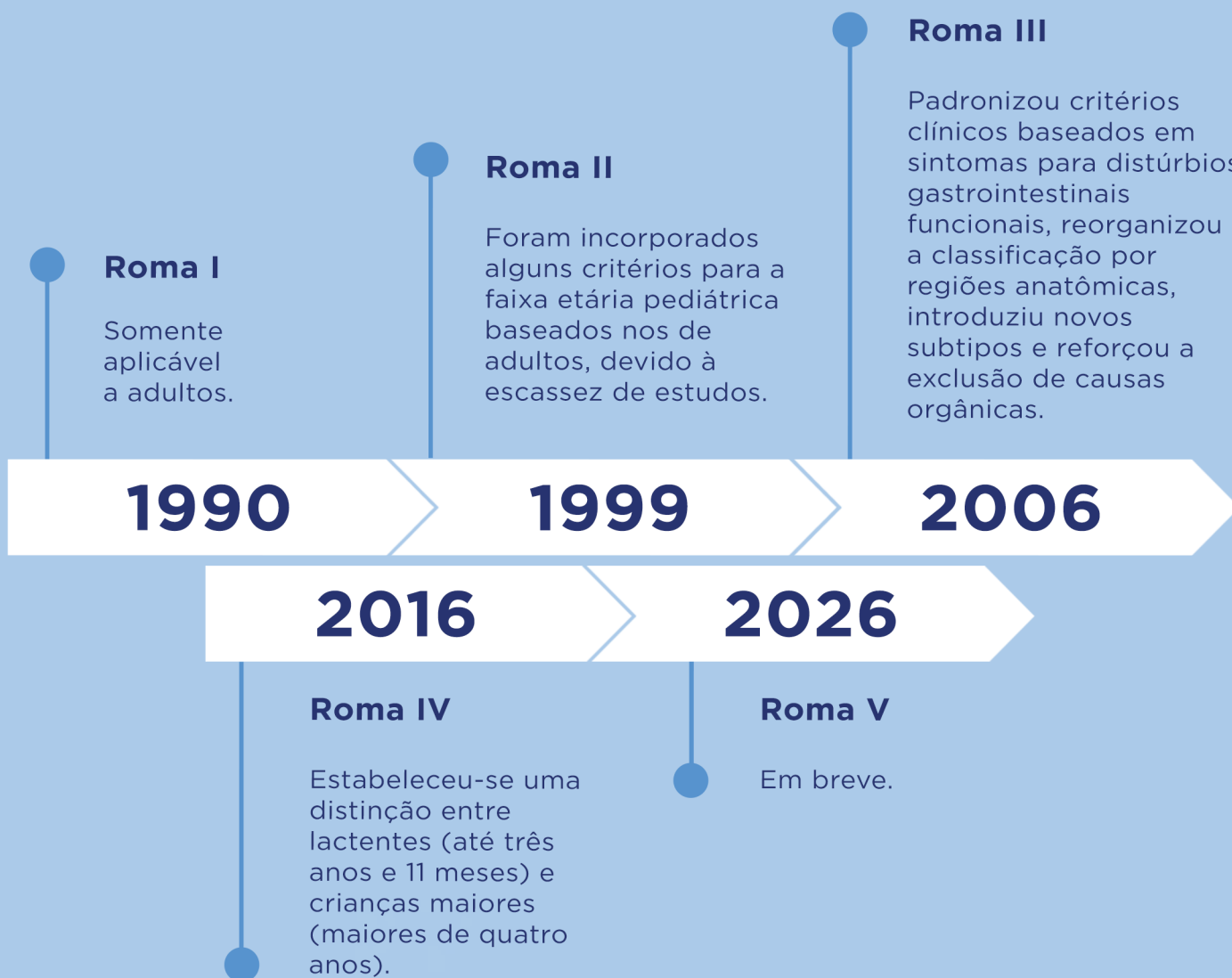
da população pediátrica apresenta **constipação**.<sup>9,10</sup>

## 20% a 30%

dos lactentes sofrem de **cólica**, que começa nas primeiras semanas de vida e vai até os 4 ou 5 meses.<sup>11</sup>

Assim, os distúrbios gastrointestinais funcionais, anteriormente denominados *Functional Gastrointestinal Disorders (FGIDs)* e atualmente classificados como DGBIs, representam um desafio clínico em todas as faixas etárias.<sup>3-8</sup> Esses pacientes apresentam sintomas sem marcadores diagnósticos ou alterações estruturais estabelecidas, tornando o diagnóstico objetivo e o monitoramento da evolução da doença complexos na prática clínica.<sup>4,5</sup>

Para padronizar critérios diagnósticos, foram desenvolvidos os Critérios de Roma, continuamente atualizados por grupos de estudo da Fundação Roma.<sup>3-12</sup>



A Tabela 1 mostra os DGBIs de lactentes até 4 anos (ainda eram chamados “Funcionais” na publicação de 2016).



Tabela 1 - Desordens gastrointestinais funcionais - recém-nascidos e lactentes. Adaptado de Zeevenhooven J.<sup>4</sup>

# Roma V - O que virá?

Em 2023/2024 ocorreram novas reuniões de consenso para atualização dos Critérios de Roma, cujos resultados estão previstos para publicação em 2026. Nesses encontros, definiu-se a adoção do termo **“Desordens do Eixo Intestino-Cérebro”**, substituindo a denominação anterior **“Funcional”**, que não deve mais ser utilizada por sua conotação equivocada de sintomas predominantemente psicológicos.<sup>13</sup>

Em setembro de 2023, durante o Congresso Mundial de Neurogastroenterologia e Motilidade, realizado nos Estados Unidos, foram divulgadas antecipações (*spoilers*) sobre as mudanças propostas pelo Roma V.<sup>13</sup>

Outra alteração relevante será a reorganização das doenças em categorias relacionadas aos **tratos digestivos alto e baixo**, deixando de utilizar a divisão por faixas etárias.<sup>13</sup>

## Trato gastrointestinal superior

### Vômitos:

- Síndrome dos vômitos cíclicos
- Síndrome da hiperêmese canabinoide

### Distúrbios alimentares pediátricos (DAP):

- Distúrbio alimentar pediátrico funcional
- Disfagia funcional
- Transtorno alimentar restritivo-evitativo (ARFID ou TARE)
- Transtorno da desregulação da fome
- Transtorno alimentar funcional desencadeado por condições médicas

### Ruminação

### Desordens ou transtornos esofágicos:

- Desordens do trânsito de ar esofágico:
  - Síndrome das eructações supragástricos
  - Aerofagia
- Refluxo fisiológico, relacionado com dor esofágica:
  - Esôfago hipersensível
- Refluxo-negativo, relacionado com dor esofágica:
  - Azia funcional

### Globus

### Desordens gastroduodenais:

- Náusea idiopática
- Dispepsia:
  - Síndrome do incômodo pós-prandial
  - Síndrome da dor epigástrica

Tabela 2 - Doenças do Trato Digestivo Alto<sup>13</sup>

## Trato gastrointestinal inferior

### Síndrome do sofrimento abdominal do lactente:

- Síndrome da dor abdominal central
- Dor abdominal não especificada (NOS)
- Migrânea abdominal
- Síndrome do intestino irritável
- Síndrome da dor abdominal-biliar
- Distensão abdominal

### Distúrbios de evacuação:

- Disquesia infantil
- Constipação funcional
- Incontinência fecal não-retentiva
- Diarreia funcional

Tabela 3 - Doenças do Trato Digestivo Baixo<sup>13</sup>

Uma das atualizações propostas pelos critérios do Consenso Roma V é a substituição da denominação **“Cólicas do lactente”** pelo termo **“Infant Distress Syndrome”**. Até o momento, não há tradução oficial para o português. Possíveis equivalentes seriam **“Síndrome do Desconforto do Lactente”** ou **“Síndrome do Sofrimento do Lactente”**.<sup>13</sup>

O consenso também incorporou os Distúrbios Alimentares Pediátricos (DAPs), com novas classificações (Tabela 2), e ampliou as Desordens de Vômitos, incluindo a Hiperêmese Canabinoide. Além disso, foram introduzidos diferentes fenótipos da Doença do Refluxo Gastroesofágico (RGE), distinguindo entre RGE fisiológico associado a dor (hipersensibilidade esofágica) e desordem de dor esofágica sem relação com RGE (azia funcional).<sup>13</sup>

## O eixo intestino-cérebro-microbiota e a neurogastroenterologia

O eixo intestino-cérebro é uma rede de comunicação bidirecional entre o trato gastrointestinal (TGI) e o sistema nervoso central (SNC), envolvendo sistemas nervoso, imunológico e endócrino. Essa interação permite que o cérebro influencie funções intestinais e vice-versa. A microbiota intestinal desempenha papel relevante nesse processo, modulando humor, comportamento e risco de distúrbios neurológicos.<sup>14</sup>

Evidências crescentes demonstram um *crossstalk*, ou seja, interação cruzada entre o sistema nervoso entérico (SNE) e o SNC por múltiplas vias, responsáveis por manter a homeostase, responder a desafios e restaurar a integridade corporal. Essa comunicação também influencia sintomas viscerais, como dor, e modula respostas ao estresse.<sup>14</sup>

O chamado “segundo cérebro” refere-se aos milhões de neurônios presentes no TGI, que transmitem informações essenciais ao SNC. Disfunções desses neurônios podem ocorrer por infecções, doenças crônicas ou desequilíbrios da microbiota.<sup>14,15</sup>

A programação pré e pós-natal interfere na motilidade gastrointestinal, e embora os mecanismos não estejam totalmente elucidados, a disrupção da microbiota precoce parece ter papel significativo. Estudos com modelos *germ-free* ou expostos a antibióticos mostram redução de neurônios entéricos e células gliais, além de alterações na motilidade e sensibilidade intestinal, achados também observados em bebês submetidos a cirurgia por enterocolite necrosante.<sup>4</sup>

Pesquisas recentes indicam múltiplas vias de comunicação microbiota-cérebro, implicadas em distúrbios de humor e motilidade, consolidando o conceito de eixo microbioma-intestino-cérebro. Esse eixo modula funções do SNE e SNC, influenciando condições como Síndrome do Intestino Irritável e alterações afetivas.<sup>1</sup>

A neurogastroenterologia, subespecialidade emergente da gastroenterologia clínica, investiga funções, disfunções e malformações envolvendo SNC, medula e sistemas autonômicos simpático, parassimpático e entérico. Seu foco é o estudo dos circuitos nervosos intrínsecos e extrínsecos que controlam o TGI, sendo fundamental para compreender mecanismos das doenças funcionais e aprimorar estratégias diagnósticas e terapêuticas.<sup>15,16</sup>

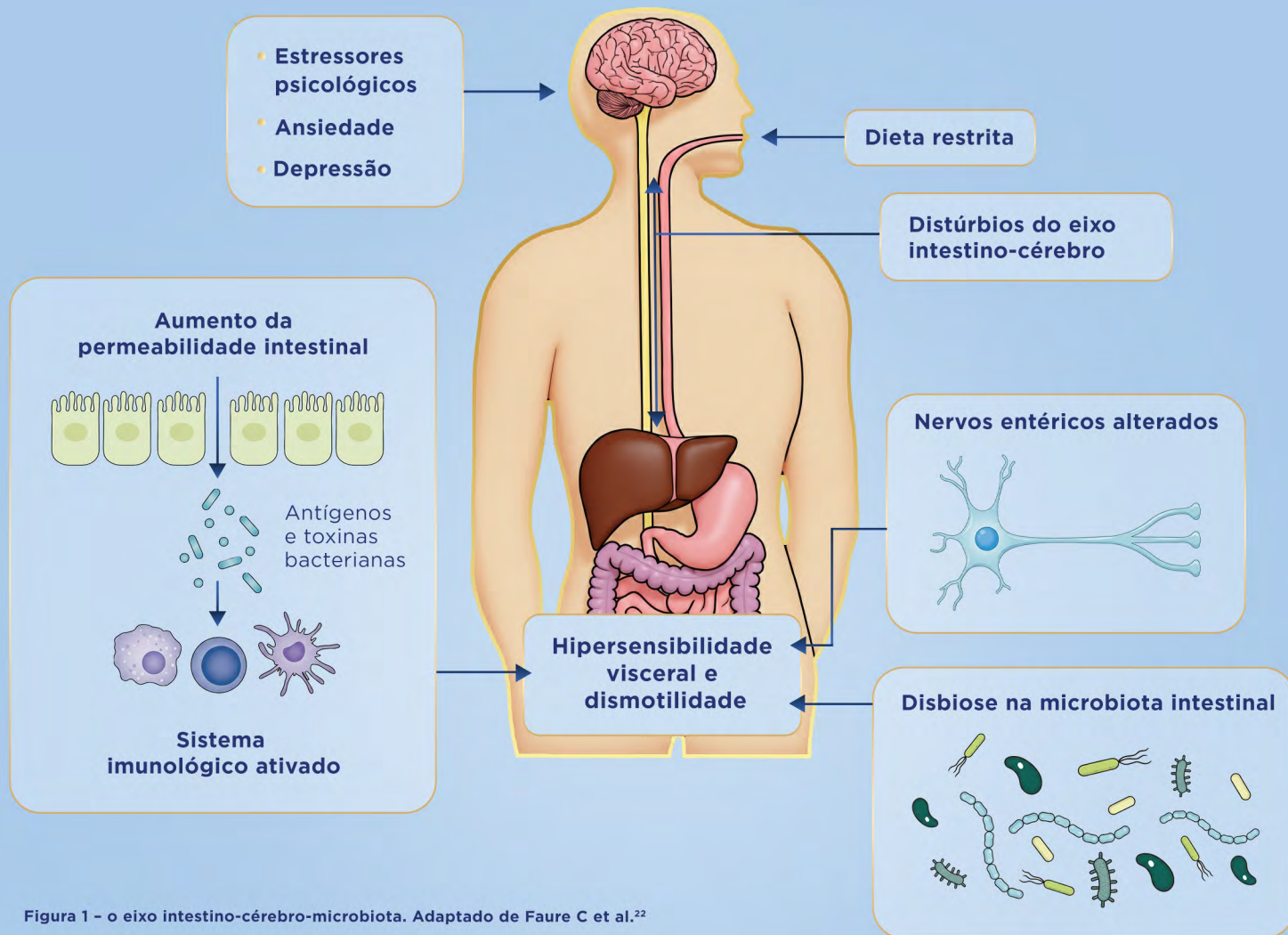


Figura 1 - o eixo intestino-cérebro-microbiota. Adaptado de Faure C et al.<sup>22</sup>

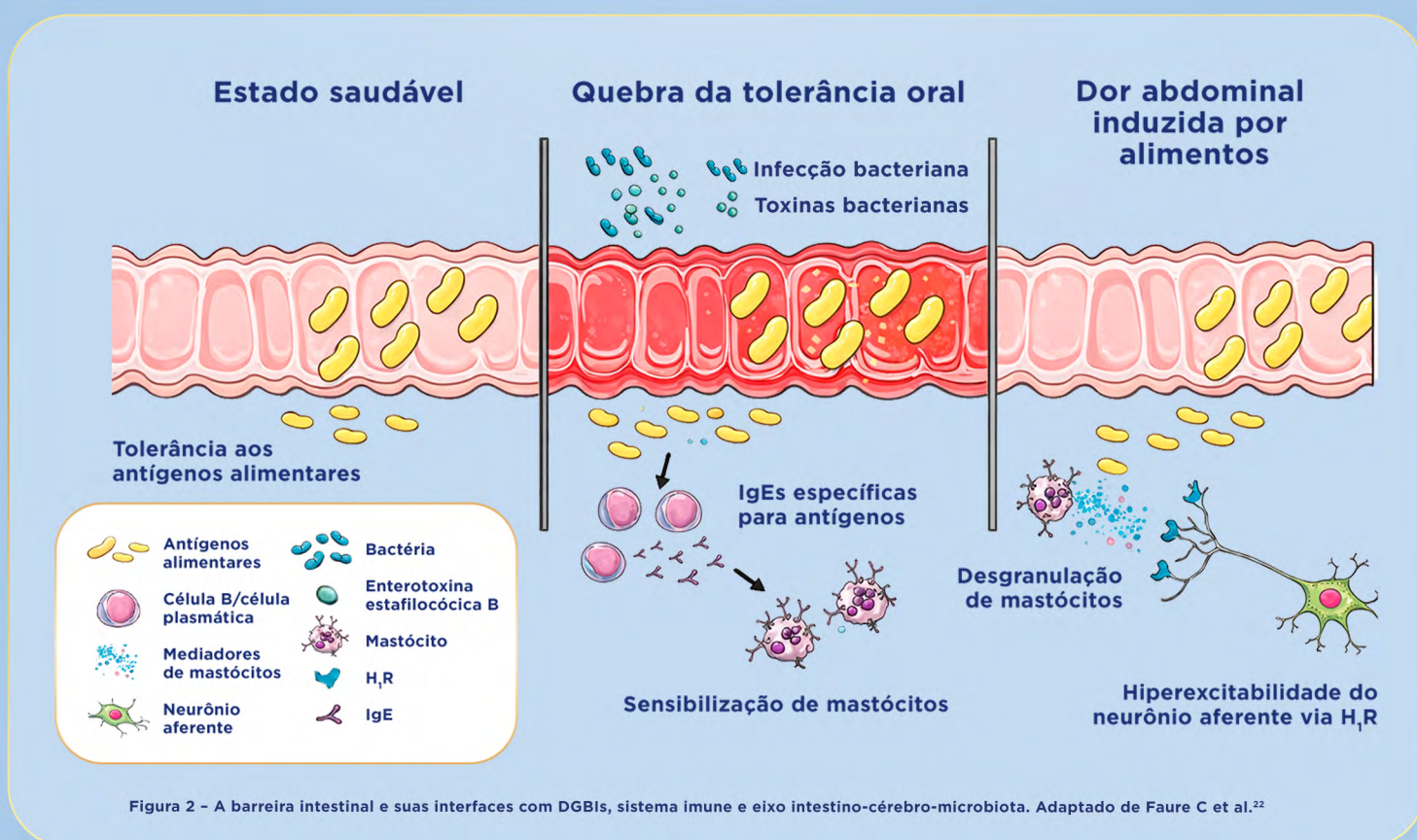


Figura 2 - A barreira intestinal e suas interfaces com DGBIs, sistema imune e eixo intestino-cérebro-microbiota. Adaptado de Faure C et al.<sup>22</sup>

# O eixo intestino-cérebro, os DGBIs e a Nutrição

Evidências robustas indicam associação significativa entre ingestão alimentar e manifestação de sintomas nos DGBIs.<sup>17,18</sup> Nas últimas décadas, estudos demonstraram que determinados alimentos ou componentes dietéticos podem induzir hipersensibilidade visceral, agravar sintomas e alterar o processamento neural desses estímulos pelo SNC.<sup>17,18</sup>

A compreensão dos mecanismos subjacentes e do papel dos nutrientes como alvo terapêutico evolui rapidamente, considerando a relação entre dieta, microbiota e saúde do hospedeiro.<sup>17,18</sup> A dieta exerce efeito direto na fisiologia, mas evidências crescentes sugerem impacto adicional via modulação da microbiota intestinal e seus metabólitos.<sup>18</sup>

No lactente, a amamentação é essencial para formação e manutenção da microbiota saudável. Crianças alimentadas com leite materno apresentam microbiota distinta das alimentadas com fórmulas. Oligossacarídeos do leite humano (HMOs) e prebióticos como FOS e GOS, presentes em algumas fórmulas, são fundamentais para o desenvolvimento da microbiota.<sup>19-21</sup> A alimentação nos primeiros 2-3 anos é crítica, pois define a microbiota que persistirá ao longo da vida.

A nutrição tem sido estudada como moduladora da resposta imune, com potencial papel preventivo na vida das crianças.<sup>22,23</sup>

## Dieta na Regurgitação do Lactente:

Os estudos mostram que não são necessários medicamentos no controle da regurgitação ou da irritabilidade e do choro do lactente, pois aumentam os eventos adversos. O tratamento da regurgitação infantil inclui principalmente medidas conservadoras e manejo nutricional.<sup>24</sup>

### Lactentes amamentados:

A amamentação deve ser mantida, sendo recomendado o fracionamento das mamadas, com volumes menores e mais frequentes que ajudam a prevenir sobrealimentação, importante fator de regurgitação.<sup>24</sup>

### Lactentes não amamentados:

Para o tratamento nutricional da regurgitação do lactente, além do fracionamento e redução do volume, o espessamento da dieta pode ser fundamental.

Existem diferentes fórmulas disponíveis comercialmente, que utilizam agentes espessantes como amido pré-gelatinizado e goma jataí. Elas apresentam uma composição nutricional equilibrada, mantendo os níveis aprovados de viscosidade, osmolaridade e densidade calórica e auxiliam a reduzir o número de regurgitações. Quando espessantes são adicionados em casa, aumenta o risco de desequilíbrio da composição da fórmula.

A **goma jataí**, como agente espessante, apresenta vantagens por garantir espessamento **eficaz** com menor impacto na osmolalidade. Estudos clínicos indicam que a combinação de **goma jataí (0,4 g/100 mL) com predomínio de caseína (relação caseína/soro 80:20) promove maior e mais consistente viscosidade ao longo do trato gastrointestinal, característica relevante para o manejo do refluxo e da regurgitação em lactentes.** Essa associação contribui para melhor manutenção da viscosidade após a ingestão, favorecendo a redução dos episódios de regurgitação sem comprometer o crescimento, ganho de peso ou o padrão evacuatório.<sup>40,41</sup>

## Dietas na cólica do lactente:

A maioria das intervenções dietéticas concentra-se em ajustes na fórmula infantil para bebês não amamentados ou na dieta materna para lactentes amamentados exclusivamente.<sup>24</sup>

### Lactentes amamentados:

A amamentação deve ser mantida. Mães frequentemente modificam sua dieta para reduzir sintomas, geralmente diminuindo consumo de laticínios e alimentos produtores de gases (leguminosas, cebola, alho, vegetais crucíferos, trigo e centeio). Evidências sugerem associação entre ingestão materna de leite de vaca e choro em bebês com cólica, com redução dos sintomas quando adotada dieta hipoalergênica.<sup>23</sup> Estudos randomizados indicam que dietas maternas com baixo teor de FODMAPs (*Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides and Polyols*) podem reduzir o tempo de choro.<sup>25</sup>

### Lactentes não amamentados:

Na impossibilidade do aleitamento materno ou caso o lactente esteja em uso de fórmula de rotina e os sintomas não melhorem, as modificações na fórmula infantil visam reduzir carboidratos de difícil absorção (como lactose) e ajustar proteínas, pois intolerância ou alergia podem contribuir para cólica.<sup>23</sup> Fórmulas especializadas incluem:

- **Baixo teor de lactose:** reduz fermentação e produção de gases, diminuindo desconforto abdominal.<sup>26-30</sup>
- **Proteína parcialmente hidrolisada:** facilita digestão, reduz carga antigênica e pode melhorar tolerância.<sup>26-30</sup>
- **Prebióticos (FOS e GOS):** favorecem microbiota saudável, com impacto positivo na função intestinal e imunidade.<sup>31-34</sup>
- **Ajustes na composição lipídica (ácido palmítico na posição beta-2):** melhoram a absorção lipídica e reduzem a formação de sabões cálcicos, reduzindo constipação e desconforto. Essas características combinadas podem contribuir para menor irritabilidade, melhor digestão e suporte ao desenvolvimento da microbiota saudável.<sup>26-39</sup>

## Considerações Finais:

O eixo intestino-cérebro é uma rede de comunicação bidirecional, que manda mensagens nos dois sentidos, entre o trato gastrointestinal e o sistema nervoso central. Todo esse sistema envolve os sistemas nervoso, imunológico e endocrinológico, permitindo que o cérebro influencie o intestino e este, por sua vez, influencie o cérebro. A microbiota intestinal também desempenha um papel significativo, interagindo com o cérebro e influenciando funções como humor, comportamento e o desenvolvimento de distúrbios neurológicos.

Evidências da literatura mostram uma associação significativa entre a nutrição e a geração de sintomas nas doenças do eixo intestino-cérebro. Nas últimas duas décadas, surgiram várias publicações que demonstram claramente a relação fisiopatológica entre a ingestão de certos alimentos ou componentes alimentares e a hipersensibilidade visceral, o processamento alterado desses estímulos pelo SNC e o desencadeamento ou agravamento dos sintomas.

Entender essas doenças e fazer a prevenção, por meio de uma nutrição adequada, desde o início da vida, é fundamental nos dias atuais para caminharmos no sentido de ter indivíduos mais saudáveis, produtivos e felizes.

# Referências bibliográficas:

1. Milla P, Cucchiara S, Di Lorenzo C, Rivera NM, Rudolph C, Tomomasa T. Motility disorders in childhood: working group report of the first World Congress of Pediatrics Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2002;35:S187-S195.
2. Labrenz F, Merz CJ, Icenhor A. Connecting dots in disorders of gut-brain interaction: the interplay of stress and sex hormones in shaping visceral pain. *Front Psychiatry.* 2023;19(14):1204136.
3. Drossman DA. Functional Gastrointestinal Disorders: History, Pathophysiology, Clinical Features, and Rome IV. *Gastroenterology* 2016; 150: 1262 - 1279.
4. Benninga MA, Nurko S, Faure C, Hyman PE, Roberts IST, Schechter NL. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology.* 2016;150:1443-1455.
5. Zeevenhooven J, Koppen IJN, Benninga MA. The New Rome IV Criteria for Functional Gastrointestinal Disorders in Infants and Toddlers. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr* 2017;20(1):1-13.
6. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, Van Tilburg M. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2016; 150:1456 - 1468.
7. Koppen IJN, Nurko S, Saps M, Di Lorenzo C, Benninga MA. The pediatric Rome IV criteria: what's new? *Expert Review Gastroenterol Hepatol.* 2017;11(3):193-201.
8. Thapar N, Benninga MA, Crowell MD, Di Lorenzo C, Mack I, Nurko S, Saps M, Shulman RJ, Szajewska H, van Tilburg MAL, Enck P. Paediatric functional abdominal pain disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2020;6(1):89.
9. Groen J, Gordon M, Chogle A, Benninga M, Borlack R, Borrelli O, et al. ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for treatment of irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified in children aged 4-18 years. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2025;81(2):442-471.
10. Vandenplas Y, Abkari A, Bellaiche M, Benninga M, Chouraqui JP, Çokura F, et al. Prevalence and health outcomes of functional gastrointestinal symptoms in infants from birth to 12 months of age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015;61:531-7.
11. Vandenplas Y, Salvatore S, Vieira MC, Savino F, Heine RG, Huysentruyt K, Meyer R. Infantile colic: When to suspect cow's milk allergy. *Nutrients* 2025; 17 (22): 3600
12. Baaleman DF, Di Lorenzo C, Benninga MA, Saps M. The Effects of the Rome IV Criteria on Pediatric Gastrointestinal Practice. *Current Gastroenterol Reports* 2020;22:21.
13. Disponível em: <https://www.nationwidechildrens.org/lp/conferences/pnm-2023>  
World Congress of Pediatric Neurogastroenterology and Motility. Nationwide Children's Hospital, Columbus Ohio, USA. 7 a 9 de setembro de 2023.
14. Margolis K, Cryan JF, Mayer EA. The microbioma-gut-brain axis: from motility to mood. *Gastroenterology.* 2021;160(5):1486-1501.
15. Chanpong A, Thapar N. Pediatric Neurogastroenterology and Motility: moving rapidly into the future. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2023;76:547-552.
16. Wood JD, Alpers DH, Andrews PLR. Fundamentals of neurogastroenterology. *Gut* 1999;45(Suppl II):II6 - III6.
17. Scarpellini E, Balsiger LM, Broeders B, Houte KVD, Routhiaux K, Raymenants K, et al. Nutrition and Disorders of Gut-Brain Interaction. *Nutrients.* 2024;16(1):176.
18. Perler BK, Friedman ES, Wu GD. The Role of the Gut Microbiota in the Relationship Between Diet and Human Health. *Annu Rev Physiol.* 2023;85:449-468.
19. Thapar N, Benninga MA, Crowell MD, Di Lorenzo C, Mack I, Nurko S, Saps M, Shulman RJ, Szajewska H, van Tilburg MAL, Enck P. Paediatric functional abdominal pain disorders. *Nat Rev Dis Primers.* 2020;6(1):89.
20. Groen J, Gordon M, Chogle A, Benninga M, Borlack R, Borrelli O, et al. ESPGHAN/NASPGHAN guidelines for treatment of irritable bowel syndrome and functional abdominal pain-not otherwise specified in children aged 4-18 years. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2025;81(2):442-471.
21. Hung LY, Alves ND, Del Colle A, Talati A, Najjar SA, Bouchard V, et al. Intestinal epithelium serotonin as a novel target for treating disorders of gut-brain interaction and mood. *Gastroenterology.* 2025;168(4):754-768.
22. Faure C, Thapar N, Di Lorenzo C. *Pediatric Neurogastroenterology*; 3rd Edition; Springer; 2023.
23. Hojsak I, Benninga MA, Hauser B, Kansu A, Kelly VB, Stephen AM, et al. Benefits of dietary fibre for children in health and disease. *Arch Dis Child.* 2022 Nov;107(11):973-979.
24. Nurko S, Benninga MA, Solari T, Chumpitazi BP. Pediatrics Aspects of Nutrition Interventions for Disorders of Gut-Brain Interaction. *Am J Gastroenterol* 2022; 17: 995 -1009.
25. Iacovou M, Craig SS, Yelland GW, et al. Randomised clinical trial: Reducing the intake of dietary FODMAPs of breastfeeding mothers is associated with a greater improvement of the symptoms of infantile colic than for a typical diet. *Aliment Pharmacol Ther* 2018;48:1061-73.
26. Savino F et al. Reduction of crying episodes owing to infantile colic: A randomized controlled study on the efficacy of a new infant formula. *Eur J Clin Nutr* 2006, 60:1304-10.
27. Schmelzle H et al. Randomized double-blind study of the nutritional efficacy and bifidogenicity of a new infant formula containing partially hydrolyzed protein, a high beta-palmitic acid level, and nondigestible oligosaccharides. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003, 36:343-51.
28. Bongers ME et al. The clinical effect of a new infant formula in term infants with constipation: a double-blind, randomized cross-over trial. *Nutr J* 2007;6:8.
29. Savino F et al. Advances in the management of digestive problems during the first months of life. *Acta Paediatr Suppl* 2005, 94:120.
30. Savino F et al. "Minor" feeding problems during the first months of life: effect of a partially hydrolyzed milk formula containing fructo- and galacto-oligosaccharides. *Acta Paediatr Suppl* 2003, 91:86-90.
31. Havlicekova Z et al. Beta-palmitate - a natural component of human milk in supplemental milk formulas. *Nutr J.* 2016;15(1):28.
32. Litmanovitz I et al. Reduced crying in term infants fed high beta-palmitate formula: a double-blind randomized clinical trial. *BMC Pediatr.* 2014;14:152.
33. Yao M et al. Effects of term infant formulas containing high sn-2 palmitate with and without oligofructose on stool composition, stool characteristics, and bifidogenicity. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2014 ;59(4):440-8.
34. Nowacki J et al. Stool fatty acid soaps, stool consistency and gastrointestinal tolerance in term infants fed infant formulas containing high sn-2 palmitate with or without oligofructose: a double-blind, randomized clinical trial. *Nutr J.* 2014;13:105.
35. Moro G et al. Dosage-related bifidogenic effects of galacto- and fructooligosaccharides in formula-fed term infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2002;34(3):291-5
36. Braegger C et al. Supplementation of infant formula with probiotics and/or prebiotics: a systematic review and comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2011;52:238-225
37. Boehm G et al. Prebiotics in infant formulas. *J Clin Gastroenterol.* 2004; 38: S76-9.
38. Vandenplas Y et al. Oligosaccharides in infant formula: more evidence to validate the role of prebiotics. *Br J Nutr.* 2015;113(9):1339-44.
39. Oozeer R et al. Intestinal microbiology in early life: specific prebiotics can have similar functionalities as human-milk oligosaccharides. *Am J Clin Nutr.* 2013;98(2):561S-71S.
40. Borrelli O et al. Use of a new thickened formula for treatment of symptomatic gastroesophageal reflux in infants. *Ital J Gastroenterol Hepatol,* 1997; 29:237-42.
41. Wenzl TG et al. Effects of thickened feeding on gastroesophageal reflux in infants: a placebo-controlled crossover study using intraluminal impedance. *Journal of Pediatrics,* 2003;111(4):355-359.



Especialista

NÚMERO #1

para manejo dos DGBIs

Liderar é ser completa como a infância precisa, especialista como os DGBIs exigem.<sup>1-16</sup>



A Linha Gastro Danone Nutricia combina ciência, experiência clínica e portfólio completo para apoiar decisões precisas no manejo dos DGBIs.



Regurgitação

Refluxo e Regurgitação

Cólica, constipação e queixas associadas

Intolerância à lactose e/ou diarreia persistente

É BOM CONTAR COM A REFERÊNCIA

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 para a saúde do bebê. Cabe ao especialista esclarecer previamente às mães os 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 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 a reprodução total ou parcial. É proibida a utilização desse material para realização de promoção comercial. A prescrição dos produtos é de competência exclusiva de médicos e/ou nutricionistas, sendo proibida a indicação pelo profissional de enfermagem e farmacêutico.

imagens meramente ilustrativas, Fevereiro/2026.



mundodanone.com.br
0800 727 8027 - Demais localidades
11 3095 8482 - Grande SP

DANONE ATENDIMENTO AO CONSUMIDOR
0800 701 7561
dac@danone.com

Referências:

