

Desafios do crescimento

MONOGRAFIA



DANONE



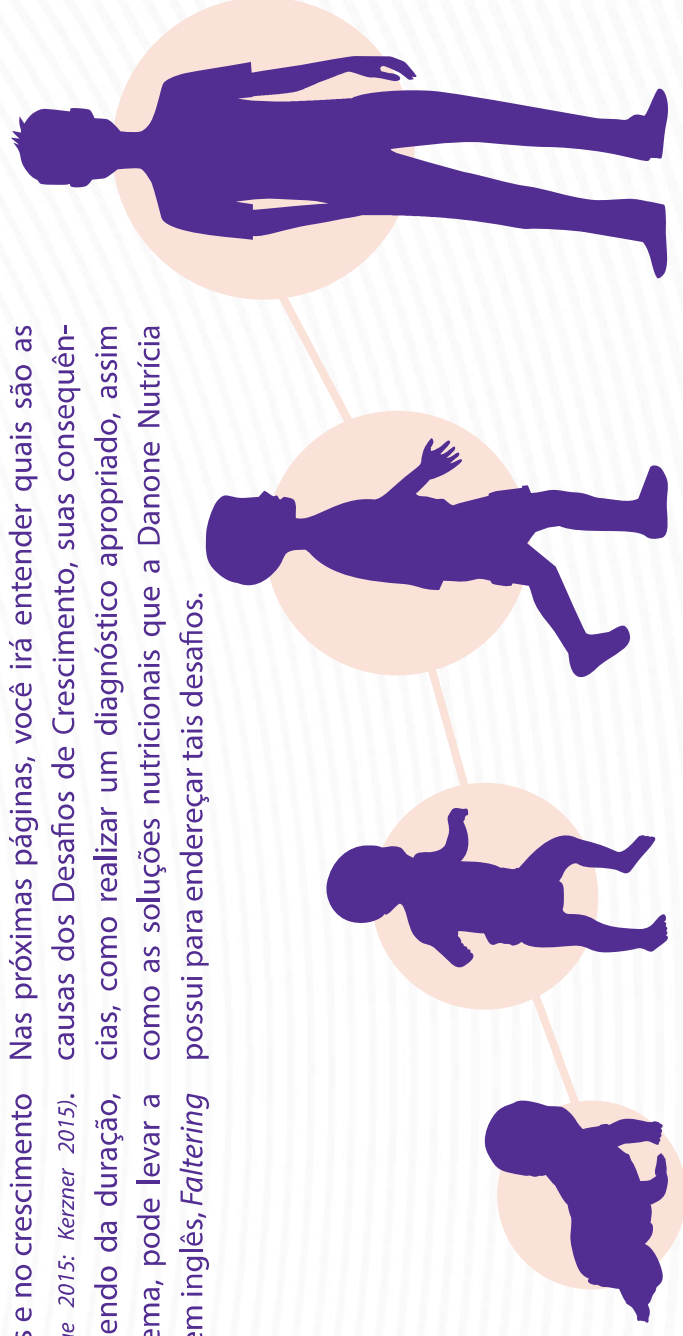
1 INTRODUÇÃO

“Desafios de Crescimento” é um termo que engloba duas situações muito frequentes na prática clínica pediátrica: As Dificuldades Alimentares e *Faltering Growth*. Tais problemas são prevalentes na população de lactentes e crianças, e devem ser encarados com seriedade pela população e profissionais de saúde.

As Dificuldades Alimentares são aquelas situações em que a criança apresenta algum problema que afete negativamente a alimentação, podendo levar a consequências emocionais, familiares e no crescimento e desenvolvimento (Nogueira 2018; Xue 2015; Kerzner 2015). Uma dessas consequências, dependendo da duração, intensidade e diagnóstico do problema, pode levar a uma dificuldade do crescimento, ou em inglês, *Faltering*

Growth (FG). Este termo não possui uma tradução exata para o português, no passado utilizava-se o termo *failure to thrive*, mas pelo fato de o antigo termo remeter-se a “fracasso” poderia ser compreendido de forma pejorativa. Esta expressão FG, refere-se ao ganho de peso abaixo do esperado para a idade e sexo e está presente especialmente na infância, fase de intenso desenvolvimento e maiores necessidades nutricionais (Homan 2016).

Nas próximas páginas, você irá entender quais são as causas dos Desafios de Crescimento, suas consequências, como realizar um diagnóstico apropriado, assim como as soluções nutricionais que a Danone Nutrícia possui para endereçar tais desafios.



A infância é um período caracterizado por rápido crescimento, por desenvolvimento psicomotor intenso e por desenvolvimento cerebral ímpar, altamente sensível às influências ambientais. Nos primeiros anos de vida, deve-se possibilitar que a criança alcance seu potencial máximo, seja em termos de nutrição, cuidado e estímulo (Victora 2012; da Cunha 2015; Koletzko 2015).

Não há outro momento na vida em que a provisão de uma nutrição adequada e balanceada seja de maior importância.

O crescimento é uma das principais características da infância e um indicador sensível do estado nutricional. A infância é o segundo período de crescimento mais rápido perdendo somente para o período gestacional; é na infância que temos a maior velocidade de crescimento linear (Black 2017). O acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento permite identificar precocemente crianças em maior risco de morbimortalidade, seja através da sinalização de risco de desnutrição ou obesidade ou de situações de vulnerabilidade em termos de vínculo afetivo e estimulação (Piwoz 2012). O crescimento é um processo quantitativo, contínuo e dinâmico, expresso pelo aumento do tamanho corporal (peso e estatura).

Sofre influência de fatores genéticos (intrínsecos) e ambientais (extrínsecos). Tais fatores atuam acelerando ou restringindo o processo de crescimento (Ministério da Saúde 2012).

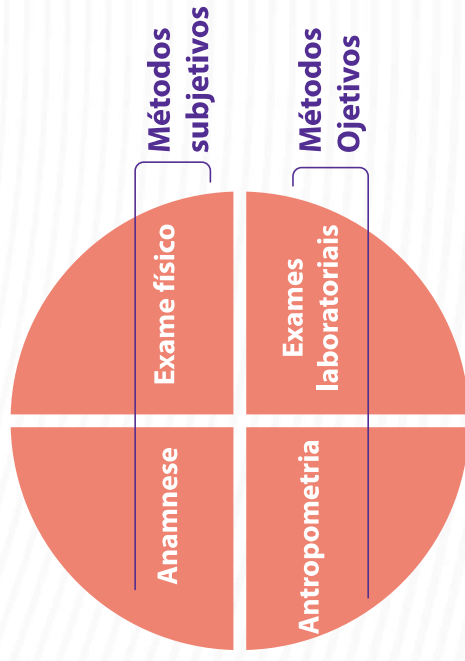
O desenvolvimento, por outro lado, é um processo qualitativo, reflexo de uma transformação complexa, dinâmica e progressiva de aquisição de habilidades. Inclui crescimento, maturação, aprendizagem, aspectos psíquicos e sociais. O desenvolvimento afetivo, caracterizado pelo apego, é um aspecto de fundamental importância durante os primeiros dois anos de vida da criança (SPB 2018; Ministério da Saúde 2012).

O acompanhamento do desenvolvimento da criança permite a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir na sua vida futura (SBP 2018; SBP 2009).

O ALCANCE DO POTENCIAL PLENO DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DEPENDE DO ADEQUADO SUPORTE NUTRICIONAL ASSOCIADO AOS ESTÍMULOS E A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES (Stewart 2013).

A avaliação nutricional baseia-se em métodos objetivos e subjetivos: anamnese, exame físico, antropometria e avaliação laboratorial, como ilustrado na figura 1 (Cunha 2015). Esta envolve coleta de dados e a comparação com os padrões de referência definidos para cada população específica, possibilitando a identificação de problemas nutricionais e diagnóstico do estado nutricional (desnutrição, eutrofia, sobrepeso e obesidade). É um processo contínuo e dinâmico a partir do qual se dá o planejamento da intervenção.

Figura 1. Pilares da Avaliação nutricional



A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda a avaliação nutricional e o seu monitoramento através da aferição diária de peso e semanal de estatura e perímetro cefálico em crianças abaixo de dois anos hospitalizadas (SBP 2016; SBP 2018).

Para crianças acima de dois anos, a recomendação é de avaliação nutricional ao ingresso e o seu monitoramento por meio da aferição do peso e estatura. Este monitoramento pode ser em intervalos menores na dependência do comprometimento do estado nutricional ao ingresso ou da gravidade da doença de base (SBP 2016; SBP 2018).

É importante salientar que o diagnóstico nutricional é dado a partir dos achados antropométricos, laboratoriais, do exame físico e da anamnese em conjunto (SBP 2016). Em muitas situações clínicas, não há a necessidade ou indicação de testes onerosos e sofisticados, para identificar que se o paciente está em risco nutricional e precisando de uma intervenção nutricional precoce.

Curvas de crescimento

As curvas de crescimento constituem um importante instrumento técnico para medir, avaliar e monitorar o crescimento de crianças e adolescentes de 0 a 19 anos independente da origem étnica, situação socioeconômica ou tipo de alimentação. Seu uso ajuda a determinar o grau em que as necessidades fisiológicas de crescimento e desenvolvimento são atendidas durante o período da infância. Desnutrição, sobrepeso, obesidade e condições associadas ao crescimento e à nutrição da criança podem ser detectadas e encaminhas precocemente (SBP 2009; Weffort 2017).

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do IMC da criança nas respectivas curvas de crescimento (SBP 2016).

As curvas da Organização Mundial da Saúde (OMS) foram projetadas para produzirem um padrão de crescimento. Definem como as crianças devem crescer e apontam evidências de crescimento anormal quando há desvios do padrão descrito (SBP 2009; Weffort 2017).

As curvas da OMS são recomendadas para uso mundial conforme idade e sexo, independente de raça ou etnia (OMS 2006). O Ministério

da Saúde (2011) adotou as curvas da OMS como referência para o Brasil e as incluiu na Caderneta de Saúde da criança e do adolescente.

O acompanhamento do crescimento deve ser sistemático de modo que permita a sinalização precoce de desvios e a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade. Os índices antropométricos são utilizados como o principal critério desse acompanhamento. Atualmente, a classificação do estado nutricional de crianças e adolescentes se dá a partir dos índices antropométricos recomendados pela OMS e MS, demonstrados na tabela 1 (SBP 2016; Weffort 2017).

Apesar das curvas da OMS terem sido desenvolvidas para crianças saudáveis, recomenda-se seu uso também no âmbito hospitalar. Entretanto, em condições particulares, como prematuridade, Síndrome de Down e Paralisia Cerebral, curvas de crescimento específicas estão disponíveis.

Para acessar as curvas de crescimento no site da Organização Mundial da Saúde (em inglês), [clique aqui](#). Ou se preferir acessar as curvas em português, [clique aqui](#).

Tabela 1. Classificação do estado nutricional de crianças de 0 a 10 anos

CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS				CRIANÇAS ENTRE 5 E 10 ANOS INCOMPLETOS			
Valores Críticos	P/I	P/E	IMC/I	E/I	P/I	IMC/I	E/I
< Percentil 0,1	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade	Muito baixo peso para a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	Baixo peso para a idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para a idade	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para a idade	Peso adequado para a idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85							
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	Peso elevado para a idade	Risco de sobrepeso	Risco de sobrepeso	Estatura adequada para a idade	Sobrepeso	Sobrepeso	Estatura adequada para a idade
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9							
> Percentil 99,9	Peso elevado para a idade	Sobrepeso	Sobrepeso	Peso elevado para a idade	Peso elevado para a idade	Obesidade	Obesidade grave

P/I = peso para idade, P/E = peso para estatura, IMC/I = índice de massa corporal para a idade, E/I = estrutura para a idade.
Adaptado de: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009

Avaliação do Equilíbrio Nutricional - O olhar além da curva

De maneira bastante prática, ao se avaliar a alimentação de uma criança, uma ferramenta eficiente para o profissional de saúde é avaliar o Equilíbrio Nutricional em 3 pilares: **QUALIDADE**, **QUANTIDADE** E **VARIEDADE** da alimentação, conforme demonstradas esquematicamente na figura abaixo:



Para avaliar **QUANTIDADE** o profissional de saúde pode realizar uma análise rápida do dia alimentar da criança, determinando a

frequência de refeições, a quantidade de alimentos fonte de energia, proteína, vitaminas e minerais, conforme a tabela 2.

Tabela 2. Pirâmide de alimentos como instrumento para a educação nutricional

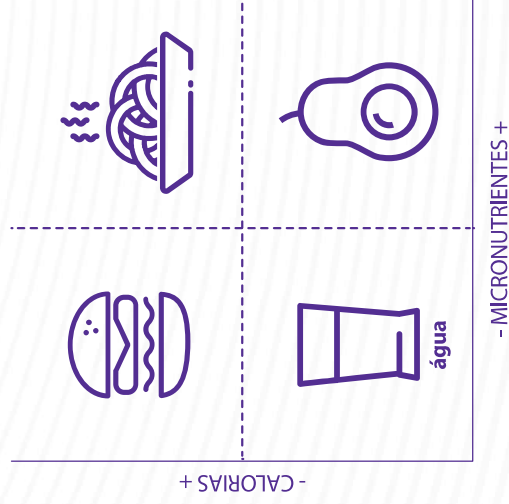
Nível pirâmide	Grupo alimentar	Idade 6 a 11 meses	Idade 1 a 2 anos	Idade pré-escolar e escolar	Adolescentes e adultos
1	Cereais, pães, tubérculos e raízes	3	5	5	5 a 9
2	Verduras e legumes	3	3	3	4 a 5
	Frutas	3	4	3	4 a 5
	Leites, queijos e iogurtes	Leite materno*	3	3	3
3	Carnes e ovos	2	2	2	1 a 2
	Feijões	1	1	1	1
	Óleos e gorduras	2	2	1	1 a 2
4	Açúcar e doces	0	1	1	1 a 2

Número de porções ao dia recomendadas de acordo com a faixa etária, segundo grupos da Pirâmide Alimentar.

* Na impossibilidade do leite materno oferecer uma fórmula infantil adequada para a idade.
Fonte: SBP 2018

Para que a alimentação de uma criança tenha **QUALIDADE**, é preciso que ela consuma em um dia todos os grupos de alimentos, garantindo, assim, o consumo de alimentos fontes de vitaminas e minerais essenciais para o crescimento e desenvolvimento.

Densidade Nutricional



Uma das estratégias para avaliar a **VARIEDADE** de alimentos consumidos pela criança na rotina diária é buscar a presença de alimentos de diferentes grupos alimentares em cada refeição, a saber: O ideal é que haja ao menos um alimento de cada grupo nos lanches e nas grandes refeições.

Esta avaliação inicial pode ser realizada pelo profissional de saúde através do relato da mãe a respeito da rotina alimentar usual da criança, ou pode-se listar os principais alimentos consumidos na rotina. Kerzner e col. (2015) sugerem que a criança que consome menos de 10-15 tipos diferentes de alimentos (independente do grupo) já pode ser considerada altamente seletiva.

Assim, a análise do **EQUILÍBRIO NUTRICIONAL** deve ser um exercício de entendimento de todas as vertentes em conjunto (quantidade, qualidade e variedade, dentro do ambiente da família e entorno da criança).

Em resumo, a avaliação do equilíbrio nutricional é um instrumento de avaliação para dificuldade alimentar, composto por três perguntas:

1. **A criança está comendo quantidade suficiente de alimentos? Número de porções da pirâmide alimentar**
2. **A criança está consumindo alimentos de boa qualidade? Consumo de todos os grupos da pirâmide e conceito de densidade nutricional**
3. **A criança apresenta boa variedade no seu consumo alimentar? Consumo de mais de 10-15 tipos de alimentos usualmente**

Caso a resposta para uma dessas perguntas seja **NÃO**, ela pode apresentar dificuldade alimentar.

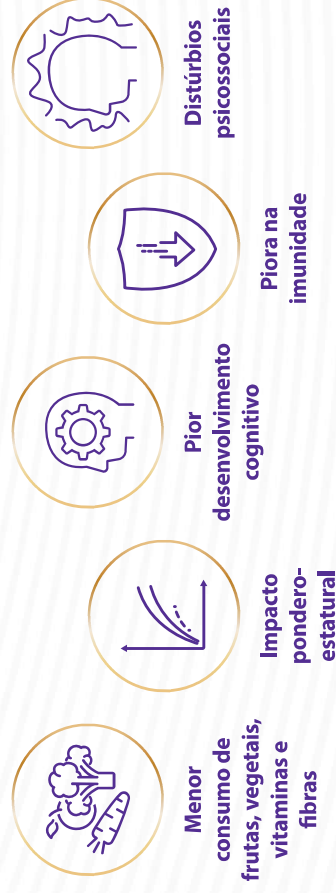
Entretanto, muitas vezes, observam-se combinações diversas, em que qualidade, quantidade e variedade mostram-se em desequilíbrio, necessitando de uma análise mais completa da criança, do

ambiente, dos hábitos familiares, escolares e da possibilidade de uso de medidas mais complexas de exame clínico da criança. Cada variação de cada um dos três componentes do Equilíbrio Nutricional pode demandar uma forma de tratar e suplementar a alimentação da criança, cabendo ao profissional de saúde avaliar cada caso e usar estas medidas.

As Dificuldades Alimentares (DA) são aquelas situações em que a criança apresenta algum problema que afete negativamente a alimentação, podendo levar a consequências emocionais, familiares e no crescimento e desenvolvimento.

Uma das questões mais relevantes em relação às Dificuldades Alimentares está no fato de que muitas crianças acabam sujeitas a consequências com impacto em sua saúde. Esse fato adquire ainda maior importância quando se considera que, no Brasil, o consumo de micronutrientes tem se mostrado altamente insuficiente na população infantil em geral, como demonstrado recentemente por Bueno e col.

Se as dificuldades alimentares persistirem podem ter como consequências a curto e longo prazo:



Mascola e col. avaliaram uma série de características psicossociais de crianças seletivas e obtiveram significância estatística, em comparação aos controles, nos seguintes aspectos: presença de brigas entre pais e filhos durante as refeições; discussões sobre preferências de alimentos; tendência à limitação ao consumo de determinados alimentos, mas, surpreendentemente, essa tendência manifestou-se em relação a alimentos “não doces” e elevada frequência com que o assunto “alimentação do meu filho” é abordado pela família em conversas sociais.

Em um estudo publicado recentemente por Maximino, Fisberg e col. a prevalência de ingestão inadequada de micronutrientes e fibras entre crianças com DA foi alta em ambos os sexos, com uma tendência de aumentar com a idade. Os resultados deste estudo indicam o risco nutricional em crianças com DA e a importância de reverter o quadro o mais precocemente possível.

Uma publicação de 2015 envolvendo 793 crianças, avaliou crianças seletivas comparado com não seletivas. Os resultados mostraram que as seletivas tiveram uma ingestão menor de: energia, proteína, fibras, Vit. B2 e alguns minerais, e níveis mais baixos de microelementos no sangue, o que pode explicar a negativa associações entre a seletividade e o crescimento das crianças, especialmente naquelas que não gostam de carne, ovos e vegetais. O comportamento

alimentar seletivo é prevalente em crianças em idade escolar e pode ter um efeito negativo no crescimento (Xue 2015).

A origem principal da DA pode ter influência determinante no comprometimento pôndero-estatural que acompanha a queixa

alimentar, uma vez que a causa orgânica pode levar a alterações importantes no crescimento e no apetite. Em relação ao crescimento e ao desenvolvimento, diferentes autores têm demonstrado que as dificuldades alimentares podem levar à piora nos indicadores antropométricos (Xue 2015).

Os comportamentos dos pais são os que moldam os primeiros hábitos alimentares das crianças e fornecem uma base à medida que crescem e se tornam mais independentes. O objetivo das estratégias de alimentação saudável é, portanto, incentivar os pais a estabelecer hábitos saudáveis desde a infância para que os bons hábitos sejam mantidos na idade adulta (Haines 2019).

A orientação nutricional para os pais é necessária para obter um padrão alimentar mais saudável para atender às necessidades nutricionais e evitar carências.

Com base em evidências existentes de pesquisas epidemiológicas e de intervenção, o grupo *Nurturing Children's Healthy Eating* identificou quatro aspectos principais que incentivam e apoiam as práticas alimentares em crianças no mundo ocidental moderno (Haines 2019).

- **Alimentação parental positiva** – Permitir que as crianças façam suas próprias escolhas em relação a alimentação.
- **Comer juntos** - Destaca a ligação entre o socializar por meio de refeições familiares regularmente e uma dieta saudável entre as crianças.
- **Ambiente alimentar doméstico saudável** - Explora o impacto sobre a alimentação e práticas de recursos familiares, disponibilidade / acessibilidade alimentar, modelagem parental e dicas para comer.

- **Prazer de comer** - Associa a alimentação saudável das crianças ao prazer por meio da exposição repetida a alimentos saudáveis, refeições sociais agradáveis e melhoria dos pensamentos e ideias sobre alimentação saudável.



Fortini Complete

Fortini Complete é um suplemento infantil com 1Kcal/ml, com prebióticos (scGOS/ lcFOS), DHA e EPA e **SEM ADIÇÃO DE SACAROSE**.



Perfil de macronutrientes:

Proteínas (12%): 56% Caseína e 44% Proteína do Soro do Leite.

Carboidratos (54%): 56% Maltodextrina e 44% Lactose.

Lipídeos (34%): 96% óleos vegetais (óleo de girassol, óleo de canola, óleo de girassol alto oleico, óleo de coco, óleo de palma) e 4% óleo de peixe.

O processo de educação nutricional e alimentar pode levar tempo, e por isso é fundamental que nesse período, as necessidades nutricionais das crianças sejam atendidas até que as demais medidas surtam efeito. Nesse período pode ser necessária a suplementação de macro, micronutrientes e fibras

(Nogueira 2018; ESPGHAN 2010).

Diferentes estudos de intervenção realizados em crianças com dificuldades alimentares não mostraram resultados eficientes utilizando estimulantes de apetite, vitaminas e minerais (Nogueira 2018). Conforme a recomendação da ABRAN 2018, o uso de suplementos completos e balanceados se mostram adequados para a melhoria do quadro de carências vitamínicas específicas e manutenção do estado nutricional, permitindo o uso de técnicas de reeducação alimentar e nutricional.

A oferta de um certo número de calorias (em geral por volta de 400 calorias) através de um produto normocalórico (1Kcal/ml), balanceado e completo, é capaz de, ao mesmo tempo, agir com um seguro nutricional para a criança e tranquilizar a família. Fortini Complete é uma opção terapêutica capaz de suplementar a nutrição da criança com dificuldade alimentar enquanto acontecem as mudanças comportamentais de longo prazo necessárias para a resolução do quadro.

DANONE



Fortini
COMPLETE 1

Vitamina de frutas

ÍNDICE

<

>

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

Quantidade
por 100g

Quantidade
por 100ml

Valor energético	435Kcal – 1819kJ	99 Kcal – 415 kJ
Carboidratos	60g	14g
Açúcares	29g	6,6g
Proteínas	13g	2,9g
Gorduras totais	16g	3,7g
Gorduras monoinsaturadas	8,8g	2,0g
Gorduras poli-insaturadas	4,4g	1,0g
Ômega 6	3,7g	0,84g
Ômega 3	0,5g	0,1g
Ácido docosahexaenoico (DHA)	75mg	17mg
Gorduras saturadas	3,2g	0,7g
Gorduras <i>trans</i>	0 g	0 g
Colesterol	15mg	3,5mg
Fibra Alimentar	4,2 g	1,0 g
Fruto-oligossacarídeos (FOS)	0,4 g	0,1 g
Galacto-oligossacarídeos (GOS)	3,8 g	0,9 g
Sódio	237mg	54mg
Ácido fólico	81ug	18ug
Ácido pantotênico	1,4mg	0,32mg
Biotina	10ug	2,3ug
Colina	156mg	36mg
Niacina	3,5mg	0,79mg
Riboflavina	1,5mg	0,34mg
Tiamina	1,9mg	0,44mg
Vitamina A	246 ug-RE	56 ug-RE

Quantidade
por 100g

Quantidade
por 100ml

Vitamina B12	2,5ug	0,58ug
Vitamina B6	4,3mg	0,98mg
Vitamina C	121mg	28mg
Vitamina D	11ug	2,5ug
Vitamina E	7,2 mg-a-TE	1,6 mg-a-TE
Vitamina K	26ug	5,9ug
Cálcio	533mg	121mg
Cloro	470mg	107mg
Cobre	404ug	92ug
Cromo	7,7ug	1,8 ug
Ferro	6,7mg	1,5mg
Fósforo	345mg	79mg
Iodo	78ug	18ug
Magnésio	39mg	9,0mg
Manganês	0,53mg	0,12mg
Molibdênio	14ug	3,1ug
Potássio	611mg	139mg
Selênio	17ug	3,9ug
Zinco	3,2mg	0,72mg
Taurina	32mg	7,2mg
Carnitina	6,3mg	1,4mg
Inositol	45mg	10mg

Modo de preparo (200ml): 10 colheres-medidas (aprox. 45,6g) de pó + 180ml de água.

DANONE



Fortini
COMPLETE

Baunilha

ÍNDICE

<

>

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

	Quantidade por 100g	Quantidade por 100ml
Valor energético	435Kcal – 1819kJ	99 Kcal – 415 kJ
Carboidratos	60g	14g
Açúcares	29g	6,6g
Proteínas	13g	2,9g
Gorduras totais	16g	3,7g
Gorduras monoinsaturadas	8,8g	2,0g
Gorduras poli-insaturadas	4,4g	1,0g
Ômega 6	3,7g	0,84g
Ômega 3	0,5g	0,1g
Ácido docosahexaenoico (DHA)	75mg	17mg
Gorduras saturadas	3,2g	0,7g
Gorduras <i>trans</i>	0 g	0 g
Colesterol	4,3mg	1,0mg
Fibra Alimentar	4,2 g	1,0 g
Fruto-oligossacarídeos (FOS)	0,4 g	0,1 g
Galacto-oligossacarídeos (GOS)	3,8 g	0,9 g
Sódio	237mg	54mg
Ácido fólico	81ug	18ug
Ácido pantotênico	1,4mg	0,32mg
Biotina	10ug	2,3ug
Colina	156mg	36mg
Niacina	3,5mg	0,79mg
Riboflavina	1,5mg	0,34mg
Tiamina	1,9mg	0,44mg
Vitamina A	246 ug-RE	56 ug-RE
Vitamina B12	2,5ug	0,58ug

	Quantidade por 100g	Quantidade por 100ml
Vitamina B6	4,3mg	0,98mg
Vitamina C	121mg	28mg
Vitamina D	11ug	2,5ug
Vitamina E	7,2 mg-a-IE	1,6 mg-a-IE
Vitamina K	26ug	5,9ug
Cálcio	533mg	121mg
Cloro	470mg	107mg
Cobre	404ug	92ug
Cromo	7,7ug	1,8 ug
Ferro	6,7mg	1,5mg
Fósforo	345mg	79mg
Iodo	78ug	18ug
Magnésio	39mg	9,0mg
Manganês	0,53mg	0,12mg
Molibdênio	14ug	3,1ug
Potássio	611mg	139mg
Selênio	17ug	3,9ug
Zinco	3,2mg	0,72mg
Taurina	32mg	7,2mg
Carnitina	6,3mg	1,4mg
Inositol	45mg	10mg

Modo de preparo (200ml): 10 colheres-medidas (aprox. 45,6g) de pó + 180ml de água.

DANONE



Fortini
COMPLETE

Chocolate

ÍNDICE

<

>

INFORMAÇÃO NUTRICIONAL

	Quantidade por 100g	Quantidade por 100ml
Valor energético	420 Kcal – 1757kJ	96 Kcal – 402 kJ
Carboidratos	54 g	12 g
Açúcares	29 g	6,6 g
Proteínas	14 g	3,1 g
Gorduras totais	16 g	3,7 g
Gorduras monoinsaturadas	7,8 g	1,8 g
Gorduras poli-insaturadas	3,9 g	0,9 g
Ômega 6	3,0 g	0,7 g
Ômega 3	0,5 g	0,1 g
Ácido docohexaenoico (DHA)	74 mg	17 mg
Gorduras saturadas	3,5 g	0,8 g
Gorduras <i>trans</i>	0 g	0 g
Colesterol	4,3 mg	1,0 mg
Fibra Alimentar	6,1 g	1,4 g
Fruto-oligossacarídeos (FOS)	0,4g	0,1 g
Galacto-oligossacarídeos (GOS)	3,7 g	0,9 g
Sódio	178 mg	41 mg
Ácido fólico	76 ug	17 ug
Ácido pantotênico	1,4 mg	0,32 mg
Biotina	13 ug	3,0 ug
Colina	156 mg	36 mg
Niacina	4,2 mg	0,96 mg
Riboflavina	1,4 mg	0,31 mg
Tiamina	1,4 mg	0,32 mg
Vitamina A	248 ug-RE	57 ug-RE
Vitamina B12	2,5 ug	0,57 ug

	Quantidade por 100g	Quantidade por 100ml
Vitamina B6	3,9 mg	0,89 mg
Vitamina C	105 mg	24 mg
Vitamina D	11 ug	2,5 ug
Vitamina E	7,8 mg-a-IE	1,8 mg-a-IE
Vitamina K	24 ug	5,4 ug
Cálcio	437 mg	100 mg
Cloro	352 mg	80 mg
Cobre	586 ug	134 mcg
Cromo	13 ug	3,0 ug
Ferro	8,0 mg	1,8 mg
Fósforo	364 mg	83 mg
Iodo	97 ug	22 ug
Magnésio	73 mg	17 mg
Manganês	0,72 mg	0,16 mg
Molibdênio	15 ug	3,0 ug
Potássio	836 mg	191 mg
Selênio	20 ug	4,6 ug
Zinco	3,5 mg	0,80 mg
Taurina	35 mg	8,0 mg
Carnitina	8,3 mg	1,9 mg
Inositol	41 mg	9,3 mg

Modo de preparo (200ml): 10 colheres-medidas (aprox. 45,6g) de pó + 180ml de água.

Referências:

1. Alarcon PA, Lin L-H, Noche M, Hernandez VC, Cimafranca L, Lam W, et al. Effect of Oral Supplementation on Catch-Up Growth in Picky Eaters. *Clinical Pediatrics*. 2003;42(3):209-17. **2.** Alderman, H.; Headley, D. The timing of growth faltering has important implications for observational analyses of the underlying determinants of nutrition outcomes. *PLoS One*, v. 13, n. 4, p. e0195904, 2018. ISSN 1932-6203.
3. Avaliação Nutrológica no Consultório. Guia Prático de Atualização. Departamento Científico de Nutrologia. SBP 2016 **4.** Black, M. M. et al. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale 1: Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet* (London, England). v. 389, n. 10064, p. 77-90, 2017. **5.** Braegger C, Decsi T, Dias JA, Hartman C, Kolacek S, Koletzko B et al. Practical Approach to Paediatric Enteral Nutrition: A Comment by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *JPGN*; 2010;51(1):110-122 **6.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. — Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. — Brasília : Ministério da Saúde, 2012. **8.** Bueno MB, Fisberg RM, Maximino P, Rodrigues Gde P, Fisberg M. Nutritional risk among Brazilian children 2 to 6 years old: a multicenter study. *Nutrition*. 2013;29(2):405-10. **9.** Clarke SE, Evans S, MacDonald A, Davies P, Booth IW. Randomized comparison of a nutrient-dense formula with an energy-supplemented formula for infants with faltering growth. *J Hum Nutr Diet*. 2007;20(4):329-339. **10.** Codex Alimentarius FAO/OMS. Standard for infant formula and formulas for special medical purposes intended for infants. *Codex Stan 72* — 1981. Revised 2007/2011. **11.** Cole, S. Z., & Lanham, J. S. (2011). Failure to thrive: an update. *American family physician*, 83(7), 829–834. **12.** Cunha AJ, Leite AJ, de Almeida IS. The pediatrician's role in the first thousand days of the child: the pursuit of healthy nutrition and development. *J Pediatr* (Rio J). 2015, 91:S44-51. **13.** Gahagan S. Failure to Thrive: A Consequence of Undernutrition. *Pediatrics in Review Vol.27 No.1 January 2006* **14.** Gahagan S. Failure to Thrive: A Consequence of Undernutrition. *Pediatrics in Review Vol.27 No.1 January 2006* **15.** Haines J, Haycraft E, Lytle L, Nicklaus S, Kok FJ, et al. "Nurturing Children's healthy eating: Position statement" *Appetite*. 2019; 137: 124-133. **16.** Homan, G. J. Failure to Thrive: A Practical Guide. *American family physician*, v. 94, n. 4, p. 295, 2016. **17.** Joosten, K.; Meyer, R. Nutritional screening and guidelines for managing the child with faltering growth. *European journal of clinical nutrition*, v. 64, p.S-22-S24, 2010. ISSN 0954-3007. **18.** Kerzner B. Clinical investigation of feeding difficulties in young children: a practical approach. *Clinical Pediatrics*. 2009; 48(9):960-965
19. Kerzner B, Milano K, MacLean WC, et al. A Practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics*. 2015; 135(2):344-353 **20.** Knai C, Pomerleau J, Lock K, McKee M. Getting children to eat more fruit and vegetables: a systematic review. *Prev Med*. 2006;42:85-95. **21.** Koletzko B, Bhatia J, Bhutta ZA et al. *Pediatric Nutrition in Practice*, 2ª ed. Revised edition. Ed Karger, 2015. E-Book.
22. Manual de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria - 2ed. - Rio de Janeiro: Departamento Científico de Suporte Nutricional da Sociedade Brasileira de Pediatria. — 2020. **23.** Mascola AJ, Bryson SW, Agradis WS. Picky eating during childhood: a longitudinal study to age 11 years. *Eat Behav* 2010;11(04):253-257 **24.** Maximino P, Ricci R, Machado RHV et al. Children with feeding difficulties have insufficient intake of vitamins, minerals, and dietary fiber. *Nutrire*. 2020; 45 (22) **25.** Mehta, N. M. et al. Defining pediatric malnutrition: a paradigm shift toward etio-logy-related definitions. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*, v. 37, n. 4, p. 460-81, Jul 2013. ISSN 1941-2444. **26.** NICE Guideline. *Faltering growth: recognition and management of faltering growth in children*. 2017. **27.** Nogueira CA, Mello E, Filho DR, Maximino P, Fisberg M. Consenso da Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN) sobre o uso de suplementos alimentares para crianças com dificuldades alimentares. *Int J Nutritol* 2018;11(suppl S1):S4-S15
28. Piwoz E, Sundberg S, Rooke J. Promoting Healthy Growth: What Are the Priorities for Research and Action? *Adv Nutr*. 2012. 3(2): 234-241. **29.** Prentice AM, Moore SE, Fulford AJ. Growth faltering in low-income countries. *World Rev Nutr Diet*. 2013, 106:90-9. **30.** Schreeffer VA, Ricachnevsy CP, Freitas AT, Salamon F, Rodrigues FFN et al. Tolerability and Effects of the Use of Energy-Enriched Infant Formula After Congenital Heart Surgery: A Randomized Controlled Trial. 2019; 22:1-7 **31.** Shaw V, Lawson M. *Clinical Paediatric Dietetics*. 2nd edition. London: Blackwell Science; 2011. **32.** Sociedade Brasileira de Pediatria — Departamento de Nutrologia. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar - 4ª. ed. - São Paulo: SBP, 2018. **33.** Sociedade Brasileira de Pediatria- Departamento de Nutrologia. Avaliação nutricional da criança e do adolescente — Manual de Orientação — São Paulo, 2009. **34.** Stewart CP, Iannotti L, Dewey KG, Michaelsen KF, Onyango AW. Contextualising complementary feeding in a broader framework for stunting prevention. *Matern Child Nutr*. 2013;9 Suppl 2(Suppl 2):27-45. doi:10.1111/mcn.12088
35. Sullivan PB, Goulet O. Growth faltering: how to catch up? *Eur J Clin Nutr*. 2010;64(1):S1. **36.** Victora CG, de Onis M, Hallal PC et al. Worldwide timing of growth faltering: revisiting implications for interventions. *Pediatrics*. 2010, 125(3):e473-80. **37.** Victora CG. Los mil días de oportunidad para intervenciones nutricionales. De la concepción a los dos años de vida. *Arch Argent Pediatr*. 2012, 110(4):311-317.
38. Weffort VRS, Lamounier JA. Nutrição em Pediatria: da neonatologia à adolescência. 2ª ed. Barueri: Manole, 2017 **39.** WHO Child Growth Standards. *acta paediatrica*. 2006; 95(450):1-104 **40.** Xue Y, Lee E, Zheng Y et al., Prevalence of picky eating behaviour in Chinese school-age children and associations with anthropometric parameters and intelligence quotient. *A cross-sectional study*. *Appetite* 91 (2015) 248-255.

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 nutrízes 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.

A distribuição deste material por meios digitais é um exceção em razão das medidas de restrição tomadas frente à pandemia da covid-19.

**CENTRAL DE
RELACIONAMENTO**
0800 728 3321

sac@danonenutricia.com.br

