

A criança que come pouco — inapetência, seletividade e TARE (ARFID)

Inapetência fisiológica e percepção equivocada dos pais, classificação de Kerzner, seletividade leve e grave, TARE (ARFID), sinais de alerta orgânicos e comportamentais, alimentação responsiva, por que não usar estimulantes de apetite e quando encaminhar ou internar

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076

Professor do Centro Universitário Max Planck

Referências: SBP, Ministério da Saúde, AAP, NICE, AEP, Johns Hopkins, Harvard, Oxford e Cambridge · Revisão: setembro de 2026

Gravidade em semáforo (● leve · ● moderada · ● grave), conduta ambulatorial e critérios para encaminhar ao especialista, ao pronto-socorro ou internar, com a comparação entre SBP/Ministério da Saúde e as referências internacionais (convergências e divergências). [Baixar em PDF](#)

CONTEÚDO

1. O que é e como se apresenta
2. Classificação de gravidade
3. Diagnóstico no consultório
4. Tratamento e seguimento
5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar
6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família
7. Comparação com as referências
8. Fontes

EM RESUMO

"Ele não come nada" é queixa diária no consultório: **25 a 40% das crianças saudáveis têm alguma dificuldade alimentar**, com pico entre 1 e 3 anos, e só uma minoria (**1 a 4%**) tem um quadro grave (SBP, Guia de Dificuldades Alimentares, 2022, citando Kerzner 2015). Depois do primeiro ano a velocidade de crescimento cai, e com ela o apetite; a **neofobia** (recusa do novo) é fisiológica até os 6 anos. O melhor exame é a **curva de crescimento**: criança ativa, no seu canal de escore-z e com exame normal não precisa de exames nem de remédio. A SBP adota a classificação de **Kerzner** (apetite limitado, ingestão seletiva e medo de comer). O tratamento é a **alimentação responsiva**: os pais decidem o quê, quando e onde; a criança decide se come e quanto. **Estimulantes de apetite não são indicados** (SBP 2022). Fica com o pediatra (🟢) quem cresce bem; vai à equipe multiprofissional **com prioridade** (🟡) quem cai de canal, aceita poucos alimentos ou tem suspeita de **TARE (ARFID)**. **Desidratação, disfagia com aspiração, vômitos persistentes, desnutrição aguda grave com complicação (inclusive falta de apetite) ou edema grave, ou instabilidade clínica exigem pronto-socorro** (🔴); a desnutrição aguda grave sem complicação, com apetite e sem edema grave é 🟡, com seguimento ambulatorial próximo (SBP, Nota de Alerta nº 41/2023).

1. O que é e como se apresenta

Dificuldade alimentar é o termo amplo usado pela SBP (2022) para qualquer problema de alimentação percebido pela família, da preocupação sem doença ao transtorno grave. Este documento substitui a antiga revisão "A criança que come pouco" e segue o mesmo raciocínio do documento **A criança que não come (dificuldades alimentares)**, de Patologias do consultório.

Por que o apetite diminui (e é normal)

- No primeiro ano o lactente triplica o peso; no segundo ganha cerca de 2 a 3 kg. Menos crescimento significa menos necessidade energética relativa e menos fome.
- **Neofobia alimentar** (recusa de alimento novo): pico entre 18 e 36 meses, melhora progressiva entre 3 e 6 anos.
- **Autonomia do pré-escolar**: a refeição vira campo de disputa; o apetite varia muito de um dia para o outro, mas a ingestão semanal é estável.
- **Expectativa da família**: porções de adulto, comparação com irmãos ou com a criança "gordinha" do vizinho.

Classificação de Kerzner (SBP 2022; AEP 2023)

CATEGORIA	FORMAS	PISTAS
Apetite limitado	Percepção equivocada dos pais; criança ativa com pouco apetite; criança apática ou retraída; doença orgânica	Crescimento normal e pais ansiosos apontam percepção equivocada; apatia e vínculo frágil sugerem negligência ou depressão materna
Ingestão seletiva	Seletividade leve ("picky eater"); seletividade grave ou sensorial; doença orgânica (atraso motor-oral, TEA)	Menos de 20 alimentos aceitos, recusa de grupos inteiros, rigidez de marca, cor ou textura sugerem forma grave
Medo de comer	Após engasgo, vômitos, sonda, procedimentos na boca, dor ao comer (esofagite)	Choro e arqueamento ao ver a colher ou a mamadeira, náusea antecipatória

Transtorno alimentar pediátrico (Goday, 2019): ingestão oral inadequada para a idade, por **pelo menos 2 semanas**, com disfunção médica, nutricional, de habilidades alimentares ou psicossocial.

TARE — transtorno alimentar restritivo/evitativo (ARFID, DSM-5): restrição por baixo interesse em comer, aversão sensorial (textura, cheiro, cor) ou medo de consequências (engasgo, vômito), com **pelo menos um** dos seguintes: perda de peso ou falha de crescimento, deficiência nutricional, dependência de suplemento ou sonda, prejuízo psicossocial — **sem distorção da imagem corporal**, o que o separa da anorexia nervosa. É mais comum no TEA, nos transtornos de ansiedade e depois de engasgo. O programa de ARFID do Boston Children's (Harvard), que atende de 6 a 18 anos, usa como critérios de desnutrição grave para admissão: **ausência de ganho de peso por 6 meses ou mais, IMC ≤ -2 z, perda $\geq 5\%$ do peso em 3 meses ou dieta muito limitada (5 alimentos ou menos, ou exclusão de grupos inteiros).**

Estilo de quem alimenta: responsivo (protetor), controlador (pressão, ameaça, barganha), indulgente (cardápio sob demanda) ou negligente — os três últimos perpetuam a recusa.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Crescimento no próprio canal de escore-z, exame e desenvolvimento normais; percepção equivocada dos pais, criança ativa com pouco apetite ou seletividade leve	Mostrar a curva à família; orientar alimentação responsiva; retorno nas consultas de rotina (SBP)
● Moderada	Queda de canal (cruza linhas de escore-z para baixo) ou peso estacionado em consultas seguidas; peso/estatura ou IMC entre -2 e -3 z sem instabilidade; seletividade grave (< 20 alimentos, recusa de grupos inteiros); aversão sensorial; medo de comer; suspeita de TARE, TEA, esofagite, alergia ou doença celíaca; sinais de carência (anemia, queilite); conflito intenso nas refeições; desnutrição aguda grave sem complicação (peso/estatura ou IMC < -3 z ou circunferência do braço < 11,5 cm, com apetite preservado, sem edema +++ e sem sinal de perigo, acima de 6 meses — SBP, Nota de Alerta nº 41/2023; OMS 2023)	Investigação dirigida e registro alimentar; encaminhar com prioridade à equipe multiprofissional (nutricionista, fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional, psicólogo, gastroenterologista ou nutrólogo pediátrico); reavaliação próxima do peso pelo pediatra; na desnutrição aguda grave sem complicação, tratamento ambulatorial com seguimento próximo e encaminhamento com urgência ao nutrólogo ou serviço de referência (ver Desnutrição)
● Grave	Desidratação ou recusa também de líquidos; disfagia com tosse, engasgo ou cianose às refeições, pneumonias de repetição; vômitos persistentes, biliosos ou com sangue; desnutrição aguda grave com complicação (ausência de apetite ou falha no teste do apetite, edema +++, hipoglicemia, hipotermia, letargia, infecção, desidratação, anemia grave — SBP, Nota de Alerta nº 41/2023) ou, abaixo de 6 meses, peso/comprimento < -3 z, edema bilateral ou perda de peso recente; restrição alimentar no adolescente com bradicardia, hipotensão, hipotermia, síncope ou distúrbio eletrolítico; suspeita de negligência grave ou maus-tratos	Pronto-socorro/hospital (ver "Como encaminhar")

Fatores que elevam a gravidade

- Prematuridade, displasia broncopulmonar, cardiopatia, doença neurológica, síndromes genéticas.
- Sonda, intubação ou cirurgia orofaríngea ou digestiva no início da vida.
- TEA, ansiedade, atraso motor-oral; dietas de exclusão prolongadas sem nutricionista.
- Depressão materna, insegurança alimentar, negligência; lactente com menos de 6 meses.

3. Diagnóstico no consultório

Três perguntas iniciais (SBP 2022): quão preocupado você está com a alimentação do seu filho? Como são as refeições? O que você faz quando ele recusa?

Anamnese

- Início, gatilho (engasgo, doença, desmame), quantos e quais alimentos aceita, texturas.
- Volume de leite e de sucos, lanches entre as refeições, telas à mesa, duração da refeição, quem alimenta e como.
- Vômitos, regurgitação com dor, disfagia, tosse ao comer, diarreia, constipação, sangue nas fezes, ronco.
- Desenvolvimento motor e de linguagem, comportamento, sinais de TEA.
- **Recordatório de 24 horas ou registro de 3 dias** (NICE NG75 sugere o diário alimentar quando há falha de crescimento).

Exame físico: peso, estatura e IMC em escore-z (curvas da OMS 2006/2007), **com a trajetória**, não o ponto isolado; circunferência do braço de 6 a 59 meses; sinais de carência (palidez, queilite angular, cabelo seco e quebradiço, glossite); boca, freio lingual e dentes; tônus; sinais de maus-tratos.

Falha de crescimento: cruzamento de linhas de escore-z para baixo (SBP). O NICE NG75 (2017) dá limiares objetivos: queda de **1 ou mais espaços de centil** se o peso de nascimento era abaixo do p9, **2 ou mais** se entre p9 e p91, **3 ou mais** se acima do p91, ou peso atual **abaixo do p2**.

Exames: desnecessários quando o crescimento é normal (SBP 2022; NICE NG75). Com falha de crescimento ou sinal de alerta, guiados pela clínica: hemograma, ferritina com PCR, eletrólitos, ureia e creatinina, TSH e T4 livre, antitransglutaminase IgA com IgA total (se já come glúten), **urina tipo 1 e urocultura** (a infecção urinária oculta causa falha de crescimento no lactente — NICE NG75), parasitológico. Videofluoroscopia da deglutição se disfagia ou suspeita de aspiração.

Sinais de alerta (Kerzner; SBP 2022; AEP 2023)

- **Orgânicos:** disfagia, tosse ou engasgo às refeições, dor ao comer, vômitos, diarreia, sangue nas fezes, sintomas cardiorrespiratórios, atraso ou regressão do desenvolvimento, falha de crescimento.
- **Comportamentais:** fixação em poucos alimentos com perda progressiva de outros, alimentação forçada, náusea antecipatória, pânico ou vômito diante de alimento novo, ansiedade parental extrema, sinais de negligência.

Diferencial que não pode passar: doença celíaca, alergia alimentar e esofagite eosinofílica, esofagite por refluxo, infecção urinária, cardiopatia, doença renal, hipotireoidismo, TEA,

4. Tratamento e seguimento

O que é do pediatra (SBP 2022; MS, Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, 2019)

- **Divisão de responsabilidades:** os pais decidem **o quê, quando e onde**; a criança decide **se come e quanto**.
- **Rotina:** 4 a 6 refeições e lanches em horários regulares, **só água entre elas**; nada de "beliscar" nem de leite, suco ou biscoito para compensar a refeição recusada.
- **Refeições de 20 a 30 minutos**, à mesa, **sem telas** (SBP 2024: nenhuma tela antes de 2 anos); retirar o prato sem comentários.
- **Sem pressão:** não forçar, não ameaçar, não barganhar, não usar sobremesa como prêmio; o MS (2019) lembra que forçar a "limpar o prato" prejudica a autorregulação do apetite.
- **Exposição repetida:** oferecer o alimento recusado **10 a 15 vezes**, em preparações diferentes, em pequena quantidade junto de um aceito.
- **Comer em família** a mesma comida (textura adaptada); **porções pequenas**, deixando a criança pedir mais; participação no preparo; autonomia para se servir e comer com as mãos.
- **Leite:** no pré-escolar que troca refeição por mamadeira, reduzir o volume; **sem suco antes de 2 anos** (SBP, Guia Prático de Atualização nº 162/2024; o MS 2019 e a AAP vetam só no 1º ano — divergência, o site segue a SBP) e **sem açúcar antes de 2 anos** (MS 2019; SBP 2024).
- **Retorno** para rever a curva; o crescimento no canal é o melhor argumento para tranquilizar a família.

O que é da equipe (🟡): seletividade grave e TARE — nutricionista, fonoaudiólogo ou terapeuta ocupacional (componente sensorial e motor-oral), psicólogo (exposição gradual, terapia cognitivo-comportamental adaptada), gastroenterologista ou nutrólogo pediátrico (doença orgânica, suporte nutricional). No adolescente com restrição alimentar, ver **Transtornos alimentares** (Saúde mental). Suplemento oral hipercalórico só **prescrito pela equipe, como ponte**, quando há comprometimento nutricional (SBP 2022: "os suplementos não são o tratamento em si").

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ferro elementar (anemia ferropriva confirmada)	3–6 mg/kg/dia	1 vez ao dia ou fracionado	3–6 meses ou até repor os estoques	SBP, Diretriz nº 32/2026; ver Anemia ferropriva
Ferro profilático (lactente a termo)	10–12,5 mg/dia	1 vez ao dia	2 ciclos de 3 meses (6 e 12 meses)	SBP, Diretriz nº 32/2026 (padrão do site)
Vitamina D (profilaxia)	400 UI/dia no 1º ano; 600 UI/dia de 1 a 18 anos	1 vez ao dia	Contínuo	SBP 2024
Zinco ou outro micronutriente	Conforme a carência identificada e a bula	—	Conforme reavaliação	SBP 2022: só com carência no registro alimentar ou no exame; zinco tem sabor ruim e efeitos gastrointestinais — prescrição do especialista

O que não usar

- **Estimulantes de apetite** (ciproeptadina, "fortificantes", associações de vitaminas e aminoácidos): **não indicados**. A SBP (2022) registra que não modificam o apetite por mais de 15 dias, têm efeitos adversos e não há estudos adequados que mostrem que funcionam; a ciproeptadina é **anti-histamínico sedativo de 1ª geração**, que o site não recomenda. A AEP (2023) admite usá-los como adjuvante em casos selecionados — **divergência; o site segue a SBP**.
- **Polivitamínico "para abrir o apetite"**: sem efeito sobre o apetite e com risco de hipervitaminose A.
- **Suplemento hipercalórico na criança que cresce bem**: reforça a recusa das refeições.
- Forçar, distrair com tela, "aviãozinho", perseguir com o prato, alimentar dormindo.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- Desidratação, recusa também de líquidos, diurese muito reduzida.
- Disfagia com engasgo, tosse ou cianose às refeições; suspeita de aspiração ou de corpo estranho.
- Vômitos persistentes, biliosos ou com sangue; distensão abdominal.
- **Desnutrição aguda grave com complicação**: falta de apetite, edema +++, letargia, hipotermia, hipoglicemia, infecção, desidratação, anemia grave; lactente < 6 meses com peso/comprimento < -3 z, edema ou perda de peso recente (SBP, Nota de Alerta nº

41/2023; ver **Desnutrição**, nesta área). Sem complicação, com apetite e sem edema grave, é 🟡.

- Adolescente com restrição alimentar (TARE ou anorexia) com **FC < 50 bpm acordado, PA < 90/45 mmHg, hipotensão ortostática, temperatura < 35,6 °C, distúrbio eletrolítico** ou ideação suicida (SBP 2021, como em **Transtornos alimentares**).
- Suspeita de maus-tratos ou negligência grave; falha do tratamento ambulatorial com perda de peso progressiva (NICE NG75 e AEP 2023 também indicam internação nessas situações).

Como encaminhar

1. **Desidratação:** iniciar terapia de reidratação oral no consultório se a criança aceitar; se não aceitar ou houver sinais de choque, acesso venoso e transporte (ver **Diarreia aguda e desidratação**). Na desnutrição grave, a reidratação segue regras próprias (ver **Desnutrição**).
2. **Desnutrição aguda grave com complicação:** manter aquecida (contato pele a pele, cobertor, cabeça coberta); se consciente, oferecer pequena quantidade de solução de glicose a 10% ou de alimento por via oral para prevenir hipoglicemia; **não iniciar realimentação agressiva** (risco de síndrome de realimentação).
3. **Engasgo com dificuldade respiratória:** manobras de desobstrução conforme a idade, oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%**, SAMU (192).
4. Contato prévio com o serviço (gastroenterologia e nutrição; psiquiatria no adolescente).
5. Suspeita de violência ou negligência: **notificação obrigatória (compulsória)** e acionamento do Conselho Tutelar.
6. Relatório com curva de crescimento, registro alimentar, exames e descrição da dinâmica das refeições.

6. Orientações de retorno e sinais de alerta para a família

- "Seu filho está crescendo bem na curva: comer menos depois de 1 ano é esperado."
- "Você decide o quê, quando e onde; ele decide se come e quanto. Não force e não troque a comida por leite, suco ou biscoito."
- "Ofereça o alimento recusado muitas vezes, sem pressão: podem ser necessárias 10 a 15 tentativas."
- "Sem telas na refeição e no máximo 30 minutos à mesa; depois, retire o prato sem brigar."
- "Remédio para abrir o apetite não resolve e pode fazer mal."
- Volte antes da data marcada se ele **perder peso**, comer cada vez menos tipos de alimento ou entrar em pânico diante de comida nova.

- **Procure o pronto-socorro se:** recusar também líquidos e fazer pouco xixi; engasgar com falta de ar ou ficar roxo ao comer; vomitar sempre, verde ou com sangue; ficar muito mole, frio ou sonolento; emagrecer rapidamente.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	Guia de Dificuldades Alimentares, DC de Nutrologia, 2022	Guia Alimentar para Crianças < 2 Anos, 2019	Sem diretriz própria; consenso de transtorno alimentar pediátrico (Goday, 2019)	NG75, 27/09/2017	Protocolo SEGHNP/AEP, 2023; algoritmo AEPap, 2016	Sem posição específica localizada	Boston Children's, ARFID Program (página institucional)	Segue o NICE
Classificação	Kerzner	Não classifica; alimentação responsiva	Kerzner; transtorno alimentar pediátrico	Foco na falha de crescimento	Kerzner; ARFID (DSM-5)	Sem posição específica localizada	ARFID de 6 a 18 anos	Segue o NICE
Falha de crescimento	Queda de canal de escore-z	Caderneta da Criança, curvas OMS	Queda de percentis	Queda de 1–3 espaços de centil; peso < p2	Fallo de medro como alerta	Sem posição específica localizada	IMC < –2 z; perda ≥ 5% em 3 meses	Segue o NICE
Exames	Dirigidos por sinais de alerta	—	Dirigidos	Urina; celíaca se come glúten; outros só se indicados	Hemograma, bioquímica, tireoide, celíaca, urina	Sem posição específica localizada	Avaliação médica e nutricional	Segue o NICE
Tratamento	Alimentação responsiva, rotina, exposição repetida; equipe nos graves	Não forçar, não premiar nem punir	Quatro domínios (médico, nutricional, habilidades, psicossocial)	Estrutura das refeições, diário, nutricionista	Pediatra nos leves; equipe nos graves	Sem posição específica localizada	Equipe; ampliar gradualmente a variedade	Segue o NICE
Estimulantes de apetite	Não indicados	Não abordados	Sem posição específica localizada	Não fazem parte do manejo	AEPap: não indicados; AEP 2023: adjuvante em casos selecionados	Sem posição específica localizada	Não citados	Segue o NICE
Internação	Desnutrição aguda grave com complicação ou edema +++ (NA nº 41/2023), desidratação, aspiração	—	Conforme gravidade	Só se agudamente doente ou indicação específica (sonda)	Falha ambulatorial, maus-tratos, desnutrição grave	Sem posição específica localizada	—	Segue o NICE

Leitura: as referências convergem em que a maioria das crianças que "comem pouco" é saudável, em que a curva de crescimento decide a investigação, na classificação de Kerzner, na alimentação responsiva sem pressão e na equipe multiprofissional para os casos graves e para o TARE. O NICE é o mais objetivo na definição de falha de crescimento (espaços de centil) e o mais restritivo na internação (só com doença aguda ou para iniciar sonda). O MS não classifica as dificuldades, mas reforça o mesmo comportamento à mesa. A divergência relevante é sobre os **estimulantes de apetite**: a SBP e o algoritmo da AEPap não os indicam,

e o protocolo AEP de 2023 os admite como adjuvante. **O site adota a posição da SBP:** estimulante de apetite não é tratamento.

PONTOS PRÁTICOS

1. Comece pela curva: criança no seu canal, ativa e com exame normal não precisa de exame nem de remédio.
2. Classifique pela tríade de Kerzner e observe o estilo de quem alimenta; pressão e barganha pioram a recusa.
3. Rotina de 4 a 6 refeições, só água entre elas, 20 a 30 minutos à mesa, sem telas, exposição repetida.
4. Não prescreva estimulante de apetite nem polivitamínico "para abrir o apetite".
5. Menos de 20 alimentos, recusa de grupos inteiros, pânico diante de comida nova ou queda de canal: equipe com prioridade (pense em TARE e TEA).
6. Desidratação, disfagia com aspiração e desnutrição aguda grave com complicação (inclusive falta de apetite) ou edema grave são indicações de hospital; sem complicação, seguimento ambulatorial próximo (🟡).

Veja também, nesta Biblioteca: **A criança que não come (dificuldades alimentares)**, **Anemia ferropriva**, **Alergia à proteína do leite de vaca**, **Vômitos no lactente**, **refluxo fisiológico e DRGE** e **Transtorno do espectro autista** (Patologias do consultório); **Desnutrição e Déficit de crescimento** (nesta área); **Transtornos alimentares — anorexia, bulimia, compulsão alimentar e TARE (ARFID)** (Saúde mental); **Esofagite eosinofílica e disfagia na criança e Doença celíaca na criança e no adolescente** (Gastroenterologia); **Deficiência de ferro e anemia ferropriva em lactentes — Atualização 2026** (Temas atualizados pela SBP).

8. Fontes

- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Nutrologia. Guia de Orientações — Dificuldades Alimentares, 2022. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, Departamento Científico de Nutrologia. Princípios da abordagem e tratamento da desnutrição grave em crianças — Nota de Alerta nº 41, 01/02/2023. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Alimentação complementar para o lactente saudável — Guia Prático de Atualização nº 162, 22/07/2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretriz nº 32 — Deficiência de ferro e anemia ferropriva em lactentes, 17/03/2026. [PDF](#)

- Ministério da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, 2019. [PDF](#)
- NICE. NG75 — Faltering growth: recognition and management of faltering growth in children, 27/09/2017. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP. Castejón Ponce E et al. Alteraciones del comportamiento alimentario en el lactante y niño pequeño — Protocolos SEGHNP/AEP, 2023. [PDF](#)
- AEPap. Martínez Rubio A, Santana Vega C, Ros Arnal I. Algoritmo — Falta de apetito, 2016. [PDF](#)
- Goday PS et al. Pediatric Feeding Disorder — Consensus Definition and Conceptual Framework. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2019. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital. ARFID Program. childrenshospital.org
- AAP. Hornberger LL, Lane MA. Identification and Management of Eating Disorders in Children and Adolescents. Pediatrics, 2021;147(1):e2020040279. [PubMed](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.