

Déficit de crescimento (ganho ponderal insuficiente)

Definição pela trajetória na curva da OMS, causas por mecanismo, sinais de causa orgânica, investigação escalonada, recuperação nutricional, desnutrição grave e síndrome de realimentação, negligência 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

O **déficit de crescimento** é o ganho de peso (e, depois, de estatura) **abaixo do esperado para a idade**, reconhecido pela **trajetória** nas curvas da OMS: queda de 2 ou mais faixas de escore-z ou de percentil, peso para estatura ou IMC < -2 , ou traçado horizontal no lactente. **Não é diagnóstico, é sinal**. Na maioria das crianças a causa é **ingestão insuficiente** — técnica de amamentação, fórmula mal preparada, alimentação não responsiva, restrição ou pobreza — e não doença orgânica grave; por isso a **anamnese alimentar e a observação da mamada ou da refeição valem mais que uma bateria de exames** (NICE NG75; AEP 2023). Investigue causa orgânica diante de vômitos, diarreia crônica, infecções graves, distúrbios, atraso do desenvolvimento, perímetro cefálico comprometido cedo ou falta de resposta à intervenção bem conduzida. A maioria é tratada no consultório com metas e retornos próximos (🟢/🟡), e o especialista entra quando há suspeita orgânica ou falha. A **desnutrição aguda grave** (peso para estatura ou IMC < -3 , circunferência do braço $< 11,5$ cm ou edema bilateral) **sem complicação**, acima de 6 meses, com apetite e sem edema grave (+++), pode ser tratada **em ambulatório com seguimento próximo** e encaminhamento com urgência ao especialista (🟡; SBP, Nota de Alerta nº 41/2023, a partir da OMS). **Vão ao hospital (🔴)**: **desnutrição grave com complicação, falta de apetite, sinais de perigo ou edema +++; abaixo de 6 meses, desnutrição grave ou edema; desidratação; perda de peso aguda; suspeita de maus-tratos com risco**.

1. O que é e como se apresenta

Termos usados: déficit de crescimento, falha de crescimento, *faltering growth* (NICE), *fallo de medro* (AEP); o termo antigo "falha de medrar" não deve rotular a criança. É mais comum abaixo de 2–3 anos, com pico antes de 12–18 meses (AEP 2023).

Como reconhecer (sempre com medidas seriadas na curva da OMS; ver Avaliação do crescimento e curvas)

- Queda de **2 ou mais faixas** de escore-z ou de percentil principal (SBP; AEP 2023).
- **Peso para estatura ou IMC < -2 escores-z** (magreza; < -3 magreza acentuada — SBP 2021).
- Traçado horizontal ou descendente no lactente; ganho diário abaixo do esperado (AEP 2023: menos de 26–31 g/dia de 0 a 3 meses, 17–18 g/dia de 3 a 6, 12–13 g/dia de 6 a 9, 9–13 g/dia de 9 a 12 e 7–9 g/dia de 1 a 3 anos).
- **NICE NG75 (limites de preocupação, curvas UK-WHO)**: queda de 1 ou mais espaços de centil se o peso ao nascer era $< p9$; de 2 ou mais se entre $p9$ e $p91$; de 3 ou mais se $> p91$;

ou peso atual < p2 em qualquer caso. **IMC < p2** pode ser magreza constitucional; **< p0,4** sugere desnutrição.

- **Recém-nascido:** perda de mais de 10% do peso de nascimento ou não recuperação até 3 semanas exigem avaliação clínica e da mamada (NICE NG75).

Padrão útil: o **peso cai primeiro**, depois a estatura e por último o perímetro cefálico.

Perímetro cefálico comprometido cedo sugere causa genética, intrauterina ou neurológica. Estatura mais comprometida que o peso aponta para causa endócrina ou genética — siga o documento **Baixa estatura**.

Não é déficit: filho de pais baixos que cresce paralelo ao seu canal; GIG ou filho de mãe diabética que desacelera até o canal (*catch-down*); atraso constitucional; prematuro avaliado sem correção; PIG proporcional que mantém crescimento linear; síndromes com curvas próprias (AEP 2023).

Causas por mecanismo (muitas vezes combinadas)

MECANISMO	EXEMPLOS
Ingestão insuficiente (o mais comum)	Pega e transferência de leite ineficazes, mamadas curtas ou espaçadas; fórmula diluída ou mal preparada; excesso de suco ou leite substituindo refeições; alimentação não responsiva, forçada ou com telas; dificuldades alimentares (ver A criança que não come); disfunção motora oral, fenda palatina; insegurança alimentar, negligência, depressão materna
Absorção ou utilização inadequada	Doença celíaca, APLV e outras alergias, fibrose cística, doença inflamatória intestinal, parasitoses, DRGE com esofagite, intestino curto, erros inatos do metabolismo
Gasto aumentado ou perdas	Cardiopatia, doença pulmonar crônica (displasia broncopulmonar, fibrose cística), infecções de repetição, HIV, tuberculose, doença renal e acidose tubular, hipertireoidismo, neoplasia, encefalopatias

A divisão "orgânico × não orgânico" é prática, mas a maioria dos casos é **multifatorial** e uma causa pode gerar a outra (AEP 2023).

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Desaceleração de até 1–2 faixas, peso para estatura ou IMC entre –2 e –1, criança ativa, desenvolvimento normal, sem sinais de alarme , causa alimentar evidente e corrigível	Corrigir técnica e oferta, metas escritas; nova pesagem em intervalo curto (lactente) com a mesma balança; seguimento pelo pediatra
● Moderada	Queda de 2 ou mais faixas; peso para estatura ou IMC ≥ -3 e < -2 ; sinais de causa orgânica ; recém-nascido sem recuperar o peso em 3 semanas; falta de resposta após intervenção bem conduzida; estatura também comprometida; contexto de vulnerabilidade social. Desnutrição aguda grave sem complicação acima de 6 meses — peso para estatura ou IMC < -3 , circunferência do braço $< 11,5$ cm (6 a 59 meses) ou edema leve a moderado (+ ou ++) —, com apetite preservado e sem nenhuma complicação do quadro da SBP (SBP, Nota de Alerta nº 41/2023)	Exames de primeira linha no consultório; encaminhar ao nutrólogo ou gastroenterologista pediátrico (com prioridade se < -2 com perda contínua), nutricionista e serviço social; especialista da doença suspeita. Na desnutrição aguda grave sem complicação: tratamento ambulatorial com seguimento próximo e encaminhamento com urgência ao nutrólogo ou serviço de referência em desnutrição; qualquer complicação passa a ●
● Grave	Desnutrição aguda grave com complicação (SBP 2023, a partir da OMS 2021): falta de apetite , vômitos intratáveis ou incapacidade de se alimentar, convulsão ou piora da consciência, desidratação grave ou choque, hipoglicemia , hipotermia , febre $> 38,5$ °C axilar, infecção (diarreia, pneumonia, pele), anemia grave, dermatose intensa, sinais oculares de deficiência de vitamina A ou edema grave (+++) ; abaixo de 6 meses : peso para comprimento < -3 , edema bilateral, perda de peso recente, ganho insuficiente prolongado ou dificuldade de mamar apesar da orientação; perda de peso aguda; vômitos biliosos ou incoercíveis; recém-nascido com perda acentuada e desidratação, icterícia intensa ou letargia; suspeita de maus-tratos com risco	Pronto-socorro/hospital (ver "Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar")

Divergência na desnutrição aguda grave: o Manual do Ministério da Saúde (2005, nível hospitalar) parte de que a criança com desnutrição grave necessita de internação até o risco de morte diminuir e manda ao ambulatório só quem não preenche os seus critérios de internação, com ênfase no encaminhamento hospitalar. A SBP (Nota de Alerta nº 41/2023), seguindo a revisão da OMS de 2021, explicita o tratamento **ambulatorial ou domiciliar** da forma sem complicação e reserva o hospital à criança com complicação clínica ou edema +++ (e, abaixo de 6 meses, aos critérios próprios da idade). **O site adota a SBP**; quem preferir uma conduta

mais conservadora pode internar toda desnutrição aguda grave — ambas protegem a criança, mas a da SBP é mais recente e evita internações desnecessárias quando há seguimento próximo garantido. Sem seguimento possível (família que não retorna, risco social), trate como .

Fatores que elevam a gravidade

- Idade abaixo de 6 meses; prematuridade, PIG, baixo peso ao nascer.
- Doença crônica conhecida; cardiopatia; displasia broncopulmonar; encefalopatia.
- Insegurança alimentar, negligência, violência doméstica, depressão ou uso de drogas pelos cuidadores, pais adolescentes.
- Dietas restritivas sem orientação (vegana sem suplementos, bebidas vegetais no lugar do leite).
- Perda de peso (incomum fora dos primeiros dias, NICE NG75) ou desaceleração rápida.

3. Diagnóstico no consultório

1. Confirme o problema: refaça as medidas com técnica correta, use a curva certa (idade corrigida no prematuro), resgate as medidas anteriores da Caderneta e calcule peso para estatura ou IMC e o alvo genético.

2. Anamnese alimentar detalhada: o quê, quanto, como e quando; aleitamento (frequência, duração, deglutições audíveis, diurese, dor e fissuras); fórmula (tipo, **diluição e número de medidas**, volume, quem prepara); sucos, chás, água ou leite em excesso; idade e forma da alimentação complementar; recordatório de 24 horas ou diário de 3 dias; ambiente da refeição (telas, pressão, castigo, recompensa); vômitos, diarreia, esteatorreia; sono e roncos.

3. Observe a mamada ou uma refeição por profissional treinado (NICE NG75): pega, sucção, deglutição, cansaço, sudorese, engasgos, interação.

4. História e exame: gestação, perinatal, peso ao nascer e idade gestacional; desenvolvimento; infecções; uso de medicamentos; família e contexto social, rede de apoio, segurança alimentar. Exame completo: sinais de desnutrição (marasmo — perda de gordura e músculo, fâcies senil; kwashiorkor — edema, lesões de pele e cabelo, hepatomegalia), distúrbios, sopro, desconforto respiratório, hepatoesplenomegalia, distensão abdominal, fenda palatina, sinais de deficiências e de **maus-tratos**.

Sinais de alarme (sugerem causa orgânica)

- Vômitos importantes, diarreia crônica, esteatorreia, sangue nas fezes.
- Estatura e/ou perímetro cefálico comprometidos cedo.
- Dismorfias, atraso do desenvolvimento, sinais neurológicos, hipotonia.
- Infecções graves ou recorrentes, sopro, taquipneia, sudorese às mamadas.

- Organomegalia, massa abdominal, febre, palidez.
- Não resposta a um aporte adequado bem conduzido.

Exames: só após a avaliação clínica. Na criança que parece bem e sem outros achados, exames têm baixo rendimento (NICE NG75). O NICE indica considerar **urina tipo 1 e urocultura** (infecção urinária) e **anticorpos de doença celíaca** se a dieta já tem glúten. Diante de suspeita orgânica, a **primeira linha** da AEP (2023) é: hemograma, bioquímica básica (eletrólitos, ureia, creatinina, glicemia, albumina), **ferritina com PCR** (cortes da SBP 2026: ferritina < 12 µg/L abaixo de 5 anos sem inflamação), função hepática e tireoidiana, **antitransglutaminase IgA com IgA total**, urina tipo 1 e urocultura, parasitológico e coprocultura. Segunda linha, conforme a pista: idade óssea, teste do suor (se a triagem neonatal não excluiu ou houver clínica), gasometria venosa (acidose tubular), ecocardiograma, imagem e endoscopia — em geral com o especialista. **Não retire o glúten antes de concluir a investigação da doença celíaca.**

Diferencial que não pode passar: erro de diluição de fórmula; transferência de leite ineficaz; doença celíaca; APLV; infecção urinária; fibrose cística; cardiopatia; acidose tubular renal; hipotireoidismo; HIV e tuberculose; negligência e maus-tratos.

4. Tratamento e seguimento

O pediatra faz (com nutricionista e, quando preciso, serviço social):

- **Corrigir a causa** identificada e **otimizar a oferta:** corrigir pega e frequência das mamadas (livre demanda, esvaziamento, ordenha), conferir e **corrigir o preparo da fórmula** (ver **Fórmulas infantis e leites**), limitar sucos e excesso de leite que tiram o apetite (NICE NG75), aumentar a **densidade energética** com alimentos da família (azeite ou óleo nas preparações, leguminosas, ovos, carnes, pastas de oleaginosas na textura segura), 5–6 refeições com horários.
- **Alimentação responsiva:** sem forçar, sem telas, sem barganhas; refeições curtas e em família (ver **A criança que não come**).
- **Metas e retornos:** plano escrito com metas de ganho; pesar com a mesma balança, **sem exagerar a frequência** — no máximo diariamente abaixo de 1 mês, semanalmente de 1 a 6 meses, quinzenalmente de 6 a 12 meses e mensalmente após 1 ano; estatura no máximo a cada 3 meses (NICE NG75).
- **Leite materno:** complementar com fórmula ajuda o ganho, mas muitas vezes leva ao desmame — se for necessário, faça com plano para manter a lactação (NICE NG75).
- **Suplemento oral hipercalórico** só se o déficit persistir apesar das medidas, de preferência com nutricionista ou nutrólogo e reavaliação periódica; **sonda enteral** apenas com equipe e objetivos definidos (NICE NG75).

O especialista (nutrólogo, gastroenterologista): investigação de segunda linha, cálculo de necessidades para recuperação, fórmulas especiais, terapia enteral, desnutrição moderada a grave e doenças de base.

Recuperação nutricional (catch-up): a AEP (2023) estima as calorias multiplicando as necessidades para a idade pelo **peso ideal para a estatura ÷ peso atual**, e cita a OMS: para ganhar em média 10 g/kg/dia, cerca de 126 kcal/kg/dia e 2,8 g/kg/dia de proteína; para 20 g/kg/dia, cerca de 167 kcal/kg/dia e 4,8 g/kg/dia, com micronutrientes (sobretudo ferro e zinco). É cálculo do especialista; no consultório, a meta prática é aumentar a densidade da dieta e acompanhar a curva.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Ferro elementar (anemia ferropriva confirmada)	3–6 mg/kg/dia	Dose única ou fracionada	3–6 meses ou até normalizar Hb e repor estoques	SBP, Diretriz nº 32/2026; hemograma em 30–45 dias (alta de Hb ≥ 1 g/dL); como em Anemia ferropriva
Vitamina D3 (prevenção)	400 UI/dia no 1º ano; 600 UI/dia de 1 a 18 anos; grupos de risco 1.200–1.800 UI/dia	1x/dia	Contínua	SBP, DC nº 181/2024; má absorção, obesidade, dieta vegana e anticonvulsivantes são grupos de risco
Zinco (na diarreia aguda)	< 6 meses 10 mg/dia; 6 meses a 5 anos 20 mg/dia	1x/dia	10–14 dias	SBP 2023 e MS 2023, como em Diarreia aguda e desidratação ; fora da diarreia, suplementar só com deficiência ou dieta restritiva (SBP 2024)
Polivitamínico com minerais	Conforme bula, na dose da ingestão diária recomendada	1x/dia	Até a dieta ser adequada	SBP 2024 (Manual de Alimentação): suplementar quando a ingestão estiver abaixo do recomendado; AEP 2023 inclui ferro e zinco na recuperação

Não usar: estimulantes de apetite (ciproheptadina e similares — anti-histamínicos sedativos de 1ª geração, que o site não usa), "fortificantes" e xaropes; diluir ou concentrar fórmula por conta própria; dietas de exclusão sem diagnóstico; internar a criança bem só para "ganhar peso" — o NICE só interna se houver doença aguda ou indicação específica (por exemplo, iniciar sonda).

Síndrome de realimentação: na desnutrição moderada a grave, aumentar o aporte de forma gradual e dosar fósforo, potássio e magnésio; atenção a sudorese, edema, hepatomegalia e arritmia (AEP 2023). É conduta hospitalar ou do especialista.

Negligência e maus-tratos: quando o déficit decorre de negligência ou há sinais de violência, faça a **notificação obrigatória (compulsória)** e acione o Conselho Tutelar; a AEP (2023) recomenda iniciar o tratamento internado nesses casos (ver **Trauma, estresse pós-traumático e violência contra a criança — o que o pediatra faz**, em Saúde mental).

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Desnutrição aguda grave com complicação** — peso para estatura ou IMC < -3 escores-z, circunferência do braço < 11,5 cm (6 a 59 meses) ou edema bilateral, **com** falta de apetite, hipoglicemia, hipotermia, desidratação, letargia ou convulsão, vômitos intratáveis, febre > 38,5 °C axilar, infecção, anemia grave, dermatose intensa, sinais oculares de deficiência de vitamina A ou **edema +++**; abaixo de 6 meses, desnutrição grave ou edema com os critérios da idade (SBP, Nota de Alerta nº 41/2023; ver **Desnutrição na criança**). Sem complicação, acima de 6 meses e com apetite: 🟡, ambulatório com seguimento próximo (ver "Classificação de gravidade").
- Perda de peso aguda; desidratação; vômitos biliosos, em jato ou incoercíveis.
- Recém-nascido com perda acentuada de peso e sinais de desidratação (fralda seca, mucosas secas, letargia), icterícia intensa ou incapacidade de mamar.
- Sinais de doença grave subjacente: insuficiência cardíaca, desconforto respiratório, acidose, massa abdominal.
- Suspeita de maus-tratos com risco à criança; falha do tratamento ambulatorial com perda contínua.

Como encaminhar: glicemia capilar (hipoglicemia: glicose conforme protocolo; se consciente, pequena quantidade de glicose oral); **manter aquecido**; no desnutrido grave, **não iniciar realimentação agressiva nem hidratação venosa rápida** sem avaliação (risco de insuficiência cardíaca e de realimentação); acesso venoso se instável; oxigênio para manter **SpO2 entre 94% e 98%** se houver desconforto; SAMU (192) se instável; contato com o serviço; relatório com curva, medidas anteriores, dieta e exames.

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

- "O ganho de peso se avalia pela linha da curva; vamos pesar sempre na mesma balança, sem pesar todo dia em casa."
- "Ofereça a comida da família com mais 'energia' (um fio de óleo ou azeite, feijão, ovo, carne), em horários certos, sem forçar e sem telas."
- "Suco e leite em excesso tiram a fome da comida."
- "Prepare a fórmula exatamente como no rótulo: medida rasa, sem colocar mais ou menos pó."

- Voltar antes se: diarreia ou vômitos persistentes, recusa alimentar, febre, cansaço ou suor ao mamar, perda de habilidades.
- **Pronto-socorro se:** criança muito mole, fria ou sonolenta, inchaço nos pés, sem urinar por mais de 6–8 horas, vômitos que não param ou verdes, respiração difícil.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	Manual de Avaliação Nutricional 2021; Manual de Alimentação 2024; Nota de Alerta nº 41 (01/02/2023); Diretriz nº 32/2026	Caderneta 2024; Manual de desnutrição grave 2005	Sem diretriz clínica específica localizada; CDC/AAP 2010 (curvas)	NG75 (27/09/2017)	Protocolo SEGHNPAEP Fallo de medro (2023)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Definição	Escore-z da OMS; queda de canal; magreza < -2	Traçado horizontal ou que cruza linhas	Curvas OMS até 2 anos (p2,3)	Espaços de centil pelo peso ao nascer; < p2; IMC < p0,4	< p3–p5; < 80% do peso ideal; queda de 2 percentis	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Exames	Dirigidos pela clínica	—	—	Urina e celíaca; outros só se indicados	1ª linha ampla se suspeita orgânica	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Tratamento	Corrigir causa, densidade energética, suplementar micronutrientes	Recuperação nutricional; desnutrição grave em 10 passos	—	Plano com metas; suplemento oral; sonda com equipe	Cálculo de catch-up; multivitamínico com ferro e zinco	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Internação	Desnutrição grave com complicação ou edema +++; < 6 meses com critérios; desidratação, falta, risco social	Desnutrição grave com os critérios do Manual; internação até o risco diminuir (2005)	—	Só doença aguda ou indicação específica	Desnutrição grave; suspeita de maus-tratos	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: todas as referências tratam o déficit como **sinal**, valorizam a **trajetória** em curvas de padrão e colocam a **anamnese alimentar e a observação da alimentação** antes dos exames. As diferenças estão nos **limiares** (o NICE gradua a queda de centis pelo peso ao nascer e usa p2 e p0,4; a AEP aceita p3–p5, 80% do peso ideal ou queda de 2 percentis; o Brasil usa escore-z da OMS), na **extensão dos exames** (o NICE limita a urina e à sorologia celíaca na criança que parece bem; a AEP propõe uma primeira linha ampla quando há suspeita orgânica) e na **internação**, que o NICE restringe e a AEP indica também na suspeita de maus-tratos. Na **desnutrição aguda grave**, o Manual do MS (2005) enfatiza a internação até o risco diminuir,

enquanto a SBP (Nota de Alerta nº 41/2023, com a OMS 2021) trata em ambulatório a forma sem complicação, com apetite e sem edema +++, acima de 6 meses. A AAP não tem diretriz específica; nos EUA, as curvas da OMS até 2 anos com corte em p2,3 vêm do CDC com apoio da AAP. **O site adota a SBP** (escore-z da OMS, investigação dirigida pela clínica, ferro pela SBP 2026, desnutrição grave sem complicação em ambulatório com seguimento próximo), usa os limiares e a frequência de pesagem do NICE como apoio prático, a primeira linha de exames da AEP quando há suspeita orgânica e o **Ministério da Saúde** (Manual 2005) nos 10 passos e nas doses do tratamento hospitalar.

PONTOS PRÁTICOS

1. Déficit de crescimento é sinal: confirme a medida, a curva e a trajetória antes de investigar.
2. A causa mais comum é ingestão insuficiente — observe a mamada ou a refeição e confira o preparo da fórmula.
3. Sem sinais de alarme, peça no máximo urina e sorologia celíaca; com suspeita orgânica, primeira linha completa.
4. Plano com metas escritas e pesagens sem exagero; alimentação responsiva, sem estimulantes de apetite.
5. Desnutrição aguda grave (< -3 , braço $< 11,5$ cm ou edema bilateral): com complicação, falta de apetite, edema +++ ou abaixo de 6 meses, hospital, sem realimentação agressiva; sem complicação, ambulatório com seguimento próximo e especialista com urgência (SBP 2023).
6. Negligência ou maus-tratos: notificação obrigatória (compulsória) e Conselho Tutelar.

Veja também, nesta Biblioteca: **Avaliação do crescimento e curvas**, **Desnutrição na criança**, **Fórmulas infantis e leites**, **Alimentação complementar** e **Suplementação de vitaminas e ferro** (nesta área); **Baixa estatura**, **A criança que não come (dificuldades alimentares)**, **Anemia ferropriva** e **Alergia à proteína do leite de vaca** (Patologias do consultório); **Doença celíaca na criança e no adolescente** e **Diarreia persistente e crônica e síndromes de má absorção** (Gastroenterologia); **Transtornos alimentares** (Saúde mental); **Aleitamento materno e nutrição do RN** (Neonatologia).

8. Fontes

- NICE. NG75 — Faltering growth: recognition and management of faltering growth in children, 27/09/2017. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)

- Herrero Álvarez M, García Calatayud S. Fallo de medro. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP, 2023;1:491–504. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, DC de Nutrologia. Manual de Orientação — Avaliação nutricional da criança e do adolescente, 2ª ed., 2021. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de Alimentação, 5ª ed. revisada e ampliada, 2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria, DC de Endocrinologia. Documento científico nº 181 — Hipovitaminose D em pediatria: diagnóstico, tratamento e prevenção, 04/11/2024. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretriz nº 32 — Recomendações para o tratamento e prevenção da deficiência de ferro e anemia ferropriva em lactentes, atualização 2026, 17/03/2026. sbp.com.br
- Sociedade Brasileira de Pediatria, DC de Nutrologia. Nota de Alerta nº 41 — Princípios da abordagem e tratamento da desnutrição grave em crianças, 01/02/2023. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar, 2005. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Caderneta da Criança — Passaporte da Cidadania, 7ª ed., 2024. [PDF](#)
- Grummer-Strawn LM et al. (CDC, com participação da AAP). Use of WHO and CDC growth charts. MMWR 2010;59(RR-9). cdc.gov

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.