

Desnutrição na criança — classificação, desnutrição aguda grave e os 10 passos

Classificação pelos escores-z da OMS adotados pela SBP e pelo Ministério da Saúde, desnutrição primária e secundária, marasmo e kwashiorkor, desnutrição aguda grave e seus critérios de internação, os 10 passos da OMS e do Ministério da Saúde, síndrome de realimentação e o papel do pediatra antes e depois do hospital

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

A **desnutrição** pode ser **primária** (falta de alimento, pobreza, cuidado inadequado) ou **secundária** a doença aguda ou crônica que reduz a ingestão, aumenta o gasto ou as perdas (SBP, Nota de Alerta nº 41, 2023). O diagnóstico usa os **escores-z das curvas da OMS** (SBP, Manual de Avaliação Nutricional, 2021): **magreza** entre -3 e -2 z de peso/estatura ou IMC, **magreza acentuada** abaixo de -3 z; **baixa estatura** abaixo de -2 z e **muito baixa** abaixo de -3 z. A **desnutrição aguda grave** é peso/estatura ou IMC < -3 z, **circunferência do braço $< 11,5$ cm** (6 a 59 meses) ou **edema bilateral** (kwashiorkor). O pediatra rastreia em toda consulta, investiga causa secundária e acompanha a desnutrição leve a moderada (🟢/🟡). Acima de 6 meses, a **desnutrição aguda grave sem complicação, com apetite preservado e sem edema grave (+++)** pode ser tratada em nível **ambulatorial ou domiciliar, com seguimento próximo** e apoio do nutrólogo ou serviço de referência (🟡 — SBP, Nota de Alerta nº 41/2023; OMS 2023). **Vai ao hospital (🔴)** a desnutrição aguda grave **com complicação clínica** (inclusive **falta de apetite ou falha no teste do apetite**), **edema +++**, sinais de perigo, ou o lactente < 6 meses com os critérios da SBP — e o consultório já começa o tratamento: **prevenir hipoglicemia e hipotermia, não hidratar por via venosa sem choque e não realimentar com volume**. No hospital, os **10 passos da OMS/MS** (estabilização, reabilitação, seguimento) reduzem a mortalidade; a síndrome de realimentação é evitada com dieta cautelosa e controle de fósforo, potássio e magnésio.

1. O que é e como se apresenta

Formas clínicas da desnutrição aguda grave (SBP 2023; MS 2005)

- **Marasmo (desnutrição não edematosa):** consumo intenso de músculo e subcutâneo — fâcies senil, olhos encovados, costelas e proeminências ósseas visíveis, nádegas "em calça larga"; peso/estatura ou IMC < -3 z e/ou circunferência do braço $< 11,5$ cm.
- **Kwashiorkor (desnutrição edematosa):** edema bilateral depressível, de + (pés) a +++ (generalizado, com face), cabelo descolorido, ralo e quebradiço, dermatose "em esmalte descascado", hepatomegalia por esteatose, hipoalbuminemia, apatia e irritabilidade. O peso pode parecer "normal" pelo edema. O edema decorre sobretudo de estresse oxidativo com lesão endotelial (SBP 2023).
- **Forma mista (kwashiorkor-marasmático).** O tratamento é o mesmo nas três formas; todas têm **carências múltiplas de micronutrientes** (SBP 2023).

Fisiopatologia que muda a conduta: a bomba de sódio e potássio funciona mal (sódio corporal alto mesmo com sódio sérico baixo, potássio intracelular baixo), o coração e o rim toleram mal volume, o intestino tem atrofia vilositária com intolerância à lactose, e a **infecção**

grave pode não dar febre, leucocitose nem PCR alta — a perda do apetite é muitas vezes o primeiro sinal (SBP 2023; MS 2005).

Classificação antropométrica (SBP, Manual de Avaliação Nutricional, 2021; curvas OMS 2006/2007; MS/SISVAN)

ÍNDICE	< -3 Z	≥ -3 E < -2 Z	≥ -2 E < -1 Z
Peso/estatura (0–5 anos) ou IMC/idade (0–19 anos)	Magreza acentuada	Magreza	Eutrofia (vigiar a trajetória)
Estatura/idade	Muito baixa estatura	Baixa estatura	Estatura adequada
Peso/idade (até 10 anos)	Muito baixo peso para a idade	Baixo peso para a idade	Peso adequado

- **Desnutrição aguda** (emagrecimento) = peso/estatura ou IMC baixos; **crônica** (nanismo nutricional) = estatura/idade baixa. Coexistem com frequência.
- **Circunferência do braço (6 a 59 meses):** < 11,5 cm = grave; 11,5–12,5 cm = moderada (critério de alta ≥ 12,5 cm — SBP 2023).
- **Abaixo de 6 meses:** peso/comprimento < -3 z, edema bilateral, perda de peso recente, ganho insuficiente prolongado ou dificuldade de amamentar mesmo após orientação já são critérios de internação (SBP 2023, adaptado da OMS 2021).

Causas secundárias que o pediatra procura: diarreia persistente e má absorção (doença celíaca, fibrose cística, doença inflamatória intestinal), cardiopatia, doença renal, pneumopatia crônica, doença neurológica com disfagia, HIV, tuberculose, parasitoses, infecção urinária, erros inatos, câncer, transtorno alimentar, dietas restritivas sem orientação (inclusive vegana mal planejada) e **negligência**.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Eutrofia com queda de canal, peso/idade baixo isolado ou baixa estatura nutricional estável, em bom estado, com apetite	Seguimento pelo pediatra: investigar causa, orientar alimentação (Guia Alimentar do MS 2019), tratar carências, registrar no SISVAN; rede de proteção social
● Moderada	Magreza (peso/estatura ou IMC entre -3 e -2 z) ou circunferência do braço 11,5–12,5 cm, sem edema e sem complicação , com apetite; muito baixa estatura; desnutrição secundária a doença crônica estável; falha de recuperação no seguimento. Desnutrição aguda grave sem complicação (acima de 6 meses): peso/estatura ou IMC < -3 z, circunferência do braço $< 11,5$ cm ou edema + a ++, com apetite preservado (teste do apetite), sem edema +++ e sem nenhuma complicação do Quadro abaixo	Encaminhar com prioridade ao nutrólogo ou gastroenterologista pediátrico e ao nutricionista (ou ao especialista da doença de base); investigação dirigida; seguimento próximo do peso pelo pediatra. Na desnutrição aguda grave sem complicação: tratamento ambulatorial ou domiciliar com seguimento próximo (SBP, Nota de Alerta nº 41/2023; OMS 2023), encaminhamento com urgência ao nutrólogo ou serviço de referência e orientação à família sobre os sinais que levam ao pronto-socorro
● Grave	Desnutrição aguda grave com complicação clínica (Quadro abaixo — inclusive ausência de apetite ou falha no teste do apetite) ou com edema +++ ; sinais de perigo (letargia, hipoglicemia, hipotermia, choque); qualquer desnutrição com complicação; lactente < 6 meses com os critérios da SBP 2023	Pronto-socorro/hospital com o tratamento iniciado no consultório (ver "Como encaminhar")

Complicações que exigem internação (SBP, Nota de Alerta nº 41/2023, Quadro 1, adaptado da OMS 2021) — crianças acima de 6 meses (a SBP recomenda o hospital "se houver suspeita de complicações clínicas e/ou na presença de edema grave (+++)"; sem elas, o tratamento pode ser ambulatorial ou domiciliar): ausência de apetite; vômitos intratáveis ou incapacidade de se alimentar; convulsão ou piora da consciência; desidratação grave ou choque; **hipoglicemia**; **hipotermia**; febre alta ($> 38,5$ °C axilar); infecção (diarreia, pneumonia, pele); anemia grave; dermatose intensa; **edema +++**; sinais oculares de deficiência de vitamina A.

Fatores que elevam o risco de morte

- Idade abaixo de 12 meses, marasmo, edema grave, pele extensamente lesada (risco de hipotermia — MS 2005).
- Hipoglicemia e hipotermia nas primeiras 48 horas; infecção oculta; HIV ou tuberculose.

- Insegurança alimentar grave, mãe adolescente ou doente, irmão que morreu por desnutrição, negligência.

3. Diagnóstico no consultório

- **Medir bem:** peso sem roupa, comprimento deitado até 2 anos, circunferência do braço no ponto médio entre acrômio e olécrano; plotar na **Caderneta da Criança** e no SISVAN.
- **Pesquisar edema** pressionando com o polegar o dorso dos dois pés por alguns segundos (cacifo bilateral = desnutrição edematosa, até prova em contrário).
- **História alimentar** (aleitamento, introdução de alimentos, diluição de leite, preparo da fórmula, quem alimenta), diarreia e vômitos nas últimas 2 semanas, diurese, contato com tuberculose, vacinas, programas sociais (Bolsa Família), irmãos, história de internações (MS 2005).
- **Sinais de perigo:** letargia, mãos e pés frios, pulso fino, hipotermia, sinais oculares (xerose, mancha de Bitot, úlcera de córnea), palidez intensa, desconforto respiratório.

Exames: na desnutrição leve ou moderada, conforme a suspeita de causa — hemograma, ferritina com PCR, eletrólitos, ureia, creatinina, albumina, glicemia, urina tipo 1 e urocultura, parasitológico, antitransglutaminase IgA com IgA total, TSH e T4 livre, HIV, teste de tuberculose quando indicado, sódio no suor se houver suspeita de fibrose cística. **Na desnutrição grave não se dosam vitaminas e minerais para iniciar a reposição** — a deficiência é presumida (SBP 2023). No hospital: glicemia capilar imediata, hemograma, eletrólitos com **fósforo e magnésio**, culturas antes do antibiótico.

Diferencial que não pode passar: baixa estatura não nutricional (familiar, constitucional, endócrina, sindrômica — estatura cai antes ou mais que o peso), síndrome nefrótica (edema com proteinúria), insuficiência cardíaca, hepatopatia, enteropatia perdedora de proteína.

4. Tratamento e seguimento

No consultório (🟢/🟡): alimentação adequada à idade com alimentos in natura e minimamente processados (MS 2019), refeições mais densas em energia (óleo vegetal, leguminosas, ovos e carnes), tratamento de parasitoses e infecções, ferro pela **SBP 2026** quando houver anemia ferropriva, vitamina D pela SBP (400 UI/dia no 1º ano; 600 UI/dia de 1 a 18 anos), vitamina A conforme o programa do MS nas regiões indicadas, vacinas em dia, apoio social (CRAS, Bolsa Família) e retornos frequentes para pesar.

Desnutrição aguda grave sem complicação (🟡): tratamento ambulatorial ou domiciliar conduzido com o nutrólogo ou o serviço de referência (SBP, Nota de Alerta nº 41/2023; OMS 2023), com reavaliação frequente do peso, do apetite e do edema; a perda do apetite, o aparecimento de qualquer complicação do Quadro ou a piora do edema levam ao hospital (🔴).

No hospital — os 10 passos (OMS 2021; MS 2005; SBP 2023), em ordem, porque os primeiros são os que matam:

FASE	PASSO	O ESSENCIAL
Estabilização (dias 1–7)	1. Hipoglicemia	Glicemia < 54 mg/dL; sem como medir, tratar como hipoglicêmica
	2. Hipotermia	Axilar < 35,0 °C ou retal < 35,5 °C; canguru, cobertor, cabeça coberta
	3. Desidratação e choque	Preferir a via oral com solução própria (ReSoMal); venosa só no choque
	4. Eletrólitos	Mais potássio e magnésio, menos sódio; o sódio sérico pode estar falsamente baixo
	5. Infecção	Antibiótico para todas, mesmo sem sinais de infecção
	6. Micronutrientes	Vitamina A, ácido fólico, zinco, cobre; sem ferro na 1ª semana
	7. Alimentação cautelosa	Pouco volume, frequente, baixa lactose e baixa osmolaridade
Reabilitação (semanas 2–6)	8. Recuperação nutricional	Aumentar a oferta quando o apetite volta
	9. Estimulação	Estímulo sensorial e emocional, mãe junto
Seguimento	10. Alta e acompanhamento	Plano com a rede do território

MEDICAMENTO OU INSUMO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Glicose 10% IV (hipoglicemia com rebaixamento, convulsão ou incapacidade de deglutir)	5 mL/kg (0,5 g/kg) em bolus	Depois, infusão de 4–6 mg/kg/min	Até alimentar por via oral; repetir a glicemia em 30 min	MS 2005; dentro da faixa do site (0,5–1 g/kg — Hipoglicemia na criança)
Glicose 10% ou alimento inicial VO ou por sonda (consciente)	Oferta imediata	Alimentação a cada 2 h, dia e noite	Mínimo 24–48 h	MS 2005; glicose 50% diluída 1:4 se for a única disponível
ReSoMal (sem choque)	5 mL/kg	A cada 30 min nas 2 primeiras horas; depois 6–10 mL/kg/h	Até 12 h (total 70–100 mL/kg)	MS 2005; parar se surgirem sinais de hiper-hidratação
SF 0,9% + SG 10% (1:1) IV (choque)	15 mL/kg	Em 1 h; sem melhora, repetir por mais 1 h	Depois ReSoMal VO ou por sonda, 10 mL/kg/h	MS 2005; vigiar hiper-hidratação (FR e pulso que sobem, fígado que cresce); pensar em choque séptico
Ampicilina IV + gentamicina IV (com complicação ou letargia)	Ampicilina 50 mg/kg; gentamicina 7,5 mg/kg	Ampicilina 6/6 h; gentamicina 1 vez ao dia	Ampicilina 2 dias, depois amoxicilina 15 mg/kg 8/8 h por 5 dias; gentamicina 7 dias	MS 2005 (OPAS 2000); esquema conforme o hospital e as culturas
Vitamina A VO (no 1º dia, se não recebeu nos últimos 30 dias)	< 6 meses 50.000 UI; 6–12 meses 100.000 UI; > 12 meses 200.000 UI	Dose única	Com sinais oculares: dias 1, 2 e ≥ 14	MS 2005
Ácido fólico VO	5 mg no 1º dia; depois 1 mg/dia	1 vez ao dia	≥ 2 semanas	MS 2005
Ferro elementar VO	3–4 mg/kg/dia	1 vez ao dia	Só quando ganha peso (em geral a partir da 2ª semana)	MS 2005 (OMS e SBP); ferro precoce piora infecção e lesão tecidual
Concentrado de hemácias (Hb < 4 g/dL, ou 4–6 g/dL com desconforto respiratório ou insuficiência cardíaca)	10 mL/kg	Em 3 h	Dose única	MS 2005; monitorar FC e FR a cada 15 min

Alimentação (MS 2005; SBP 2023): na estabilização, **100 kcal/kg/dia (mínimo 80) e 130 mL/kg/dia** do preparado inicial (oferta líquida total de até 120–140 mL/kg/dia), em refeições a cada 2–3 horas, por via oral ou sonda, com pouca lactose e baixa osmolaridade, mantendo o aleitamento materno. Quando o apetite volta e o edema diminui, transição gradual para o preparado de crescimento rápido, chegando a cerca de **200 mL/kg/dia**; se surgirem sinais de insuficiência cardíaca (pulso + 25 bpm e FR + 5 irpm em duas medidas), reduzir para 100 mL/kg/dia por 24 h e voltar a subir devagar (MS 2005).

Síndrome de realimentação: queda de **fósforo, potássio e/ou magnésio** (leve 10–20%, moderada 20–30%, grave > 30% ou com disfunção orgânica) ou disfunção por **deficiência de tiamina** nos **5 primeiros dias** de oferta calórica (ASPEN 2020). Prevenção: começar devagar, dosar fósforo, potássio e magnésio antes e diariamente nos primeiros dias, repor eletrólitos e tiamina conforme o protocolo do serviço, vigiar edema, FC e sinais de insuficiência cardíaca. Vale também para o adolescente com transtorno alimentar e para o desnutrido crônico internado por outra causa (ver **Transtornos alimentares**).

Alta (SBP 2023): acima de 6 meses, **peso/estatura ou IMC ≥ -2 z, circunferência do braço $\geq 12,5$ cm e sem edema há pelo menos 2 semanas**; abaixo de 6 meses, boa aceitação do aleitamento ou da dieta, ganho de peso efetivo e escore-z ≥ -2 . **Seguimento pelo pediatra:** retorno frequente (o hospital organiza o plano com a equipe do território), curva, desenvolvimento, micronutrientes mantidos, vacinas, rede social; a recaída é comum quando a causa não foi resolvida.

Não fazer: diurético para o edema da desnutrição (MS 2005: "nunca"), hidratação venosa de rotina, dieta hiperproteica e hipercalórica nos primeiros dias, ferro na primeira semana.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Desnutrição aguda grave com complicação ou edema +++:** peso/estatura ou IMC < -3 z, circunferência do braço < 11,5 cm ou edema bilateral **acompanhados** de qualquer complicação do Quadro (inclusive falta de apetite ou falha no teste do apetite) ou de edema generalizado. Sem complicação, com apetite e sem edema ++, é 🟡 (tratamento ambulatorial com seguimento próximo).
- Qualquer grau de desnutrição com: recusa alimentar, vômitos incoercíveis, letargia, convulsão, desidratação, choque, hipoglicemia, hipotermia, febre > 38,5 °C axilar, pneumonia, diarreia, infecção de pele extensa, anemia grave, lesão ocular por falta de vitamina A.
- Lactente < 6 meses com peso/comprimento < -3 z, edema, perda de peso recente ou falha de amamentação apesar da orientação.
- Suspeita de negligência grave ou maus-tratos.

Como encaminhar (o que fazer antes)

1. **Glicemia capilar.** Consciente: oferecer solução de glicose a 10% ou leite/alimento por via oral (ou por sonda). Rebaixada ou convulsionando: **glicose 10% 5 mL/kg IV** (MS 2005).
2. **Aquecer:** contato pele a pele com a mãe, cobertor, cabeça coberta; transporte aquecido; medir a temperatura.
3. **Não hidratar por via venosa se não houver choque.** Desidratação sem choque: solução oral em pequenos volumes frequentes. **Choque:** acesso venoso e SF 0,9% + SG 10% (1:1) **15 mL/kg em 1 hora**, reavaliando FC, FR e fígado durante a infusão (MS 2005; ver **Sepse e choque séptico na criança**).
4. **Oxigênio** se desconforto respiratório ou SpO2 < 94%, para manter **SpO2 entre 94% e 98%**.
5. **Não iniciar dieta hipercalórica nem grandes volumes;** manter o aleitamento materno.
6. Contato prévio com o hospital; SAMU (192) se instável; relatório com peso, estatura, circunferência do braço, edema, glicemia, temperatura e medicamentos dados.
7. Negligência ou violência: **notificação obrigatória (compulsória)** e Conselho Tutelar.

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

- "A desnutrição tem tratamento, mas precisa de acompanhamento de perto: venha pesar nas datas combinadas."
- "Continue amamentando. Ofereça comida de verdade, várias vezes ao dia, sem trocar refeição por bolacha ou refrigerante."
- "Os remédios e vitaminas do hospital continuam em casa até o médico suspender."
- "O ferro só começa quando o médico mandar."
- **Procure o pronto-socorro se:** a criança ficar mole, sonolenta ou fria; recusar comer e beber; vomitar tudo; tiver diarreia com muita sede ou pouco xixi; inchar os pés ou o rosto; respirar rápido ou com esforço; tiver convulsão.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Versão consultada	Nota de Alerta nº 41, 01/02/2023; Manual de Avaliação Nutricional, 2ª ed., 2021	Manual da criança com des-nutrição grave em nível hospitalar, 2005	Sem diretriz própria localizada; ASPEN 2020 (realimentação) como apoio	NG75, 2017 (falha de crescimento)	Protocolo SEGHNPAEP de valorização nutricional, 2023	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Classificação	Escore-z OMS; CB < 11,5 cm; edema	Escore-z OMS (SISVAN)	—	Espaços de centil; peso < p2	Percentil P/T < 3 e % de Waterlow (grave < 70%)	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Internação	Complicação clínica ou edema +++ (OMS 2021); < 6 meses com critérios; sem complicação, ambulatorial ou domiciliar	Interna quem preenche os critérios; os demais, ambulatorial ou domiciliar (2005)	—	Só doença aguda ou indicação específica	Desnutrição grave ou falha ambulatorial	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Tratamento	10 passos da OMS	10 passos com doses (adaptação OPAS/MS/SBP)	—	Avaliação multiprofissional; sonda só com objetivos	Suporte nutricional oral ou enteral	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Realimentação	Monitorar K, Mg, P; dieta cautelosa	100 kcal/kg/dia inicial	ASPEN: queda de P, K, Mg em 5 dias; tiamina	—	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Alta e seguimento	$z \geq -2$, CB $\geq 12,5$ cm, sem edema 2 semanas	Seguimento na rede do território	—	—	—	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE

Leitura: a SBP e o Ministério da Saúde convergem integralmente: ambos seguem a diretriz da OMS (revista em 2021 e substituída, para menores de 5 anos, pela diretriz de 29/12/2023 sobre emagrecimento e edema nutricional), com os 10 passos e a mesma classificação em escore-z; a SBP (2023) atualiza os critérios de internação e de alta, e o Manual do MS (2005), elaborado com a OPAS e a SBP, traz as doses. As referências de países ricos tratam outro problema: o NICE organiza a **falha de crescimento** e é restritivo na internação; a AAP não tem diretriz de desnutrição aguda grave; a AEP classifica pelo percentil e pelo índice de Waterlow, não pelo escore-z; Harvard, Johns Hopkins, Oxford e Cambridge não têm posição específica localizada. Na síndrome de realimentação, a referência mais detalhada é a ASPEN (2020), compatível com a SBP. **Ambulatorial ou hospital:** a SBP (Nota de Alerta nº 41/2023) e a OMS (2023) admitem tratamento ambulatorial ou domiciliar da desnutrição aguda grave **sem complicação, com apetite e sem edema +++** acima de 6 meses; o Manual do MS (2005), por ser hospitalar, interna quem preenche os critérios e manda ao ambulatório quem não os preenche. O site segue a SBP: sem complicação = 🟡 com seguimento próximo; com complicação, edema +++

ou falta de apetite = 🚫. O site adota a SBP (2023) e, nas doses, o Ministério da Saúde (2005).

PONTOS PRÁTICOS

1. Meça e plote em toda consulta; pesquise edema nos pés e meça o braço de 6 a 59 meses.
2. Peso/estatura ou IMC < -3 z, braço < 11,5 cm ou edema bilateral = desnutrição aguda grave: hospital se houver complicação, falta de apetite, edema +++ ou idade < 6 meses; sem isso, tratamento ambulatorial com seguimento próximo (😊).
3. Antes de transferir: glicemia, aquecer, glicose oral ou 5 mL/kg de glicose 10% IV; sem soro venoso se não houver choque.
4. Infecção na desnutrição grave pode não dar febre: antibiótico para todas no hospital.
5. Ferro só depois que a criança ganha peso; realimentação lenta, com fósforo, potássio e magnésio.
6. Procure a causa (doença crônica, dieta, negligência) e articule a rede social: sem isso, a criança volta.

Veja também, nesta Biblioteca: **A criança que come pouco, Déficit de crescimento e Dietas vegetarianas e veganas** (nesta área); **A criança que não come (dificuldades alimentares), Diarreia aguda e desidratação, Anemia ferropriva e Baixa estatura** (Patologias do consultório); **Diarreia persistente e crônica e síndromes de má absorção e Doença celíaca na criança e no adolescente** (Gastroenterologia); **Hipoglicemia na criança (fora do período neonatal)** (Endocrinologia); **Sepse e choque séptico na criança, Distúrbios hidroeletrólíticos e ácido-base na emergência pediátrica e Estabilização e transporte da criança grave do consultório ou da UBS ao hospital** (Urgências e emergências); **Fluidos de manutenção, balanço hídrico e nutrição na criança gravemente doente** (Terapia intensiva); **Transtornos alimentares** (Saúde mental).

8. Fontes

- 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, Departamento Científico de Nutrologia. Manual de Orientação — Avaliação Nutricional da Criança e do Adolescente, 2ª ed. atualizada, 2021.

PDF

- Ministério da Saúde. Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar, 2005. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, 2019. [PDF](#)
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Diretriz nº 32 — Deficiência de ferro e anemia ferropriva em lactentes, 2026. [PDF](#)
- World Health Organization. Guideline on the prevention and management of wasting and nutritional oedema (acute malnutrition) in infants and children under 5 years, 29/12/2023. [who.int](https://www.who.int)
- ASPEN. da Silva JSV et al. ASPEN Consensus Recommendations for Refeeding Syndrome. Nutr Clin Pract, 2020;35(2):178–95. [PubMed](#)
- NICE. NG75 — Faltering growth, 2017. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP. Rosell Camps A et al. Valoración del estado nutricional — Protocolos SEGHNP/AEP, 2023. [PDF](#)

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.