

Diarreia persistente e crônica e síndromes de má absorção

Diarreia de 14 dias ou mais, investigação em etapas, causas de má absorção, manejo nutricional e zinco, segundo SBP e Ministério da Saúde

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

Diarreia persistente é a diarreia de início agudo que dura **14 dias ou mais**; **crônica**, a que passa de **30 dias** (SBP 2023). A primeira pergunta é se a criança **crece bem**. Quem cresce bem tem, em geral, causa tratável no consultório (🟢): **diarreia funcional** do pré-escolar (muitas vezes por excesso de sucos), **síndrome pós-enterite com intolerância secundária à lactose** e **giardíase**. Perda de peso, desaceleração do crescimento, sangue nas fezes, esteatorreia, anemia, hipoalbuminemia, doença perianal ou infecções de repetição apontam para **doença celíaca, APLV, fibrose cística, doença inflamatória intestinal ou imunodeficiência (inclusive HIV)** e pedem investigação em etapas e **encaminhamento ao gastroenterologista pediátrico** (🟡). **Não retirar o leite nem fazer dieta restritiva ou diluída de rotina**; manter o aleitamento, alimentação plena e **zinco** nos menores de 5 anos. **Desidratação, desnutrição grave, lactente com menos de 6 meses em mau estado ou diarreia grave desde o período neonatal** são casos de **pronto-socorro** (🔴): reidratar conforme o documento Diarreia aguda e encaminhar à unidade hospitalar (SBP 2023; MS).

1. O que é e como se apresenta

Definições (SBP, Guia Prático nº 74/2023): diarreia **aguda** até 14 dias; **persistente**, 14 dias ou mais (início agudo, presumivelmente infeccioso, com risco de desnutrição e de óbito — SBP 2017); **crônica**, mais de 30 dias. AAEP chama de crônica a que passa de **2 semanas**; o site adota a SBP. Diarreia é sobretudo **mudança de consistência**.

Causas por idade de início (AEP 2023):

- **Período neonatal — diarreias congênitas** (inclusão microvilositária, enteropatia em tufo, diarreia de cloro ou de sódio, má absorção de glicose-galactose): diarreia aquosa grave, desidratação e distúrbio eletrolítico.
- **Lactente: APLV** (enteropatia, FPIES crônica, proctocolite), pós-enterite, fórmula diluída, giardíase, **fibrose cística, imunodeficiências e VEO-IBD**.
- **1 a 5 anos: diarreia funcional** (a mais comum), giardíase, **doença celíaca**, pós-enterite, fibrose cística.
- **Escolar e adolescente:** intestino irritável, celíaca, **lactose (primária)**, giardíase, **DII**, hipertireoidismo.

Quadros que o pediatra precisa reconhecer:

- **Diarreia funcional da criança pequena (*toddler's diarrhea*)** — Roma IV: **4 ou mais evacuações diárias, indolores, volumosas e não formadas, por pelo menos 4**

semanas, com início entre 6 meses e 5 anos, sem déficit de crescimento se a ingestão calórica for adequada. Favorecida por **excesso de sucos** (maçã, pera, ameixa — frutose e sorbitol), dieta pobre em gordura e muito líquido.

- **Intolerância à lactose: secundária** (pós-enterite, giardíase, celíaca, desnutrição) e transitória; **primária**, rara antes dos 3 anos; **congenita**, raríssima. Fezes ácidas, distensão, assadura. **Não é APLV** (ver **Intolerância à lactose, má absorção de frutose e dietas de exclusão na criança**).
- **Giardíase**: fezes volumosas, gordurosas e fétidas, distensão, perda de peso.
- **Má absorção**: esteatorreia (fezes claras, volumosas, que boiam), perda de massa muscular, edema, anemia — **doença celíaca, fibrose cística** e outras insuficiências pancreáticas, colestase, intestino curto.
- **Diarreia inflamatória**: sangue, dor, aftas, doença perianal, artrite — **DII** (antes dos 6 anos, **VEO-IBD**).
- **Imunodeficiência**: infecções de repetição, candidíase, déficit de crescimento — **HIV** (PCDT 2024), imunodeficiências primárias.

2. Classificação de gravidade

GRAVIDADE	CRITÉRIOS CLÍNICOS	CONDUTA
● Leve	Bom estado, sem desidratação , peso e estatura preservados, sem sangue nem sinais de má absorção; quadro de diarreia funcional, pós-enterite, intolerância à lactose ou giardíase	Seguimento pelo pediatra: ajuste alimentar, zinco (< 5 anos), tratamento da giardíase, exames de primeira etapa se necessário, peso a cada retorno
● Moderada	Perda de peso ou desaceleração do crescimento ; esteatorreia; sangue nas fezes sem instabilidade; anemia, hipoalbuminemia, PCR elevada; sorologia celíaca positiva; elastase baixa; suor alterado; calprotectina elevada; doença perianal; suspeita de imunodeficiência ou HIV; lactente < 6 meses com diarreia persistente em bom estado e hidratado ; falha da conduta inicial	Encaminhar ao gastroenterologista pediátrico (com prioridade se perda de peso, hipoalbuminemia ou sangue; < 6 meses: com urgência , ao especialista ou à unidade hospitalar — SBP 2023), com os exames de primeira etapa; centro de fibrose cística se suor alterado; infectologista se HIV
● Grave	Desidratação; desnutrição grave (peso/estatura < -3 escores z, edema bilateral ou perímetro braquial < 11,5 cm de 6 a 59 meses — OMS); lactente < 6 meses com desidratação, perda de peso ou mau estado; distúrbio eletrolítico, hipoglicemia; diarreia grave desde o período neonatal; colite com sangramento importante ou toxemia; anasarca; sepse; imunodeprimido com febre	Pronto-socorro/internação: reidratar primeiro (no desnutrido grave, esquema próprio) e encaminhar à unidade hospitalar (SBP 2023; MS)

Fatores que elevam a gravidade: idade < 6 meses; desnutrição; imunodeficiência, HIV, imunossupressores; doença crônica; falta de saneamento; dificuldade de retorno.

3. Diagnóstico no consultório

História e curva de crescimento orientam quase tudo: início após gastroenterite, desde o nascimento, após fórmula ou glúten; água não tratada; antibiótico; fezes aquosas com restos (funcional), gordurosas (má absorção), com sangue (inflamatória) ou noturnas (orgânica); **dieta** (volume de sucos, leite, fórmula diluída, gordura, sorbitol); infecções respiratórias de repetição, aftas, artralgia; história familiar de celíaca ou DII. Exame: **peso, estatura e perímetro cefálico (escore z)**, edema, palidez, distensão, baqueteamento, **região perianal**, candidíase.

Sinais de alarme: perda de peso ou desaceleração do crescimento, diarreia noturna, sangue, esteatorreia, vômitos persistentes, febre, doença perianal, anemia, hipoalbuminemia, história familiar de DII ou celíaca, início antes de 6 meses.

Diarreia funcional é diagnóstico clínico: de 6 meses a 5 anos, crescimento normal, sem sinais de alarme, critérios de Roma IV — **sem exames** (AEP 2023).

Exames em etapas

1. Primeira etapa — consultório (sinais de alarme ou falha da conduta inicial):

- **Parasitológico em 3 amostras** de dias diferentes; **antígeno de *Giardia*** (sensibilidade e especificidade de 90–100%) quando disponível (SBP, Guia Prático nº 45/2023). Coprocultura se sangue, febre ou imunodepressão.
- **pH fecal e substâncias redutoras** em fezes líquidas recém-emitidas: **pH ≤ 5** ou **redutoras $\geq 0,5\%$** sugerem má absorção de açúcares; falso positivo no aleitamento exclusivo (SBP 2023).
- Hemograma, ferritina, PCR, albumina, eletrólitos, função renal, glicemia, cálcio, fósforo, transaminases; TSH no maior; urocultura no lactente.
- **Sorologia celíaca com a criança comendo glúten: antitransglutaminase IgA + IgA total; até 2 anos, também antigliadina deaminada IgG** (PCDT da Doença Celíaca 2025; SBP 2023).
- **HIV** (< 18 meses, carga viral) se houver déficit de crescimento, candidíase ou infecções de repetição; imunoglobulinas IgA, IgG, IgM.

2. Segunda etapa — dirigida pela suspeita:

- **Elastase fecal:** < 200 $\mu\text{g/g}$ sugere insuficiência pancreática; < 100 $\mu\text{g/g}$, grave; fezes aquosas dão falso baixo — repetir fora da diarreia (SBP 2023).
- **Teste do suor** (o teste do pezinho normal não exclui fibrose cística): cloro > 60 mmol/L em duas amostras confirma; < 40 mmol/L afasta (< 30 até 6 meses) (SBP 2023).
- **Calprotectina fecal:** apoia a suspeita de DII; sem corte pediátrico estabelecido e alta no lactente — cautela abaixo de 4 anos; não adiar a endoscopia se a suspeita for forte (SBP 2023).

3. Terceira etapa — especialista: teste do hidrogênio, endoscopia e colonoscopia com biópsias, genética, estudo imunológico ampliado.

Doença celíaca — confirmação: é do gastroenterologista pediátrico — **biópsia duodenal** ou, como exceção decidida por ele com a família, diagnóstico sem biópsia (**tTG-IgA ≥ 10 vezes o limite superior + EMA positivo em segunda amostra**; SBP 2024, ESPGHAN 2020); o PCDT (2025) mantém a biópsia como regra. Sorologia positiva: encaminhar **sem retirar o glúten** (SBP 2023). Detalhes em **Doença celíaca na criança e no adolescente**.

Não pode passar: desidratação e desnutrição grave; **enterocolite de Hirschsprung** (distensão, febre, diarreia explosiva); **pseudodiarreia por fecaloma**; VEO-IBD e imunodeficiência no lactente; laxativos.

4. Tratamento e seguimento

Princípios nutricionais (SBP 2017 e 2023; MS):

- **Manter o aleitamento materno. Alimentação plena para a idade, sem jejum e sem diluir a fórmula:** dietas restritivas e diluídas pioram a diarreia e a desnutrição (AEP 2023).
- **Lactose:** na **diarreia aguda tratada em casa, não trocar por fórmula sem lactose** (SBP 2017; Diarreia aguda). Na **persistente**, a SBP (2017) aponta **vantagem da fórmula sem lactose** no lactente que não mama no peito; na criança maior, reduzir lácteos com lactose e preferir iogurte e queijos. Na **secundária**, restrição **temporária** (a AEP cita 6 a 8 semanas após diarreia infecciosa) e reintrodução gradual; na **primária**, reduzir até o limiar de tolerância, **garantindo o cálcio** (AAP 2006).
- **Sem resposta à dieta sem lactose:** pensar em **APLV** e usar **fórmula extensamente hidrolisada** ou **de aminoácidos** conforme a gravidade (SBP 2017) — ver os documentos de APLV. Leite de cabra e bebidas vegetais não servem.
- **Diarreia funcional: suspender os sucos** (no site, sem suco antes de 2 anos; fruta inteira e água) e limitá-los nos maiores (AAP 2017: até 120 mL/dia de 1 a 3 anos); **liberar a gordura** (30–50% das calorias, AEP 2023); evitar sorbitol e excesso de líquidos; tranquilizar.
- **Diarreia persistente hospitalizada ou desnutrição:** cerca de **110 kcal/kg/dia** e micronutrientes (OMS, citada pela SBP 2017).
- **Causas específicas:** dieta sem glúten por toda a vida só após confirmar a doença celíaca; enzimas pancreáticas e vitaminas lipossolúveis na fibrose cística (centro de referência); DII com o gastroenterologista.

MEDICAMENTO	DOSE	INTERVALO	DURAÇÃO	OBSERVAÇÃO E REFERÊNCIA
Zinco	< 6 meses 10 mg/dia; 6 meses a 5 anos 20 mg/dia	1 vez ao dia	10–14 dias	Como no documento Diarreia aguda (SBP 2023; MS)
Soro de reidratação oral	Planos A, B e C do documento Diarreia aguda	Após cada evacuação (A)	Enquanto durar a diarreia	SBP 2023; MS
Metronidazol (giardíase)	15 mg/kg/dia (máx. 250 mg/dose)	8/8 h	5–7 dias	SBP 2020 (Parasitoses); SBP 2023 e MS 2023: 5 dias; Parasitoses intestinais do site
Tinidazol (giardíase)	50 mg/kg (máx. 2 g)	Dose única	—	A partir de 3 anos; Parasitoses intestinais do site
Secnidazol (giardíase)	30 mg/kg (máx. 2 g)	Dose única	—	SBP; bula; Parasitoses intestinais do site
Vitamina A (desnutrido)	< 6 meses 50.000 UI; 6–12 meses 100.000 UI; > 12 meses 200.000 UI	Dose única	—	Desnutrição ou alto risco de deficiência (SBP 2023)

Não usar: antidiarreicos (loperamida, adsorventes), antibiótico ou antiparasitário empírico sem indicação, jejum, fórmula diluída, **retirada do glúten antes da sorologia**, retirada rotineira do leite na diarreia aguda, exclusões alimentares múltiplas sem diagnóstico. Probióticos: evidência insuficiente para uso generalizado na diarreia crônica (AEP 2023).

Divisão de tarefas: o pediatra conduz diarreia funcional, pós-enterite, lactose e giardíase e acompanha o peso; o gastroenterologista pediátrico confirma e trata celíaca, DII, insuficiência pancreática e diarreias congênitas. Cálcio e vitamina D se restringir lácteos.

5. Quando encaminhar ao pronto-socorro ou internar

- **Desidratação** na diarreia persistente: reidratar e encaminhar à unidade hospitalar (MS; SBP 2023).
- Lactente **< 6 meses** com desidratação, perda de peso ou mau estado.
- **Desnutrição grave**, com ou sem desidratação.
- Vômitos incoercíveis, letargia, choque, distúrbio eletrolítico, hipoglicemia.
- Diarreia grave e aquosa **desde o período neonatal**.

- Colite grave (sangramento importante, distensão, toxemia) ou suspeita de enterocolite de Hirschsprung.
- Anasarca; imunodeprimido com febre ou desidratação.

Como encaminhar

1. Classificar a hidratação e iniciar o plano do documento Diarreia aguda (Plano B: SRO; **Plano C:** acesso venoso e SF 0,9% ou Ringer lactato), sem atrasar a remoção.
2. **Desnutrido grave (SBP 2023):** venosa com **SF 0,9% 10 mL/kg, reavaliando a cada hora**, sem superestimar a desidratação (sobrecarga); SRO com menos sódio e mais potássio — como no documento Diarreia aguda (a OMS reserva a via venosa ao choque).
3. Glicemia capilar; corrigir hipoglicemia (SG 10% 5–10 mL/kg, padrão do site); manter a criança aquecida.
4. Oxigênio se desconforto ou choque, para manter **SpO2 94–98%**; SAMU (192) se choque ou alteração de consciência; contato prévio com o serviço.
5. Relatório: duração da diarreia, pesos, dieta e exames.

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

- "Diarreia que passa de duas semanas precisa ser avaliada; o mais importante é ver se seu filho ganha peso."
- "Não deixe em jejum, não dilua o leite, continue amamentando e não tire alimentos (nem o glúten) por conta própria."
- "Muito suco causa diarreia: prefira fruta inteira e água."
- **Procurar o pronto-socorro se houver:** muita sede ou recusa de beber, boca seca, olhos fundos, pouca urina, sonolência, vômitos que não param, muito sangue nas fezes, barriga muito inchada, inchaço no corpo, perda de peso rápida.

7. Comparação com as referências

ITEM	SBP	MINISTÉ- RIO DA SAÚDE	AAP	NICE	AEP	JOHNS HOPKINS	HARVARD	OXFORD / CAM- BRIDGE
Definição	Persistente ≥ 14 dias; crônica > 30 dias	Aguda até 14 dias	Sem posição específica localizada	Gastroenterite cessa em até 2 semanas	Crônica > 2 semanas	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Exames	Etapas; pH fecal, elastase, suor, calprotectina	tTG-IgA + IgA total; DGP-IgG até 2 anos	Lactose: excluir ou hidrogênio	tTG-IgA + IgA total com glúten; suor	Primeiro e segundo nível	Sem posição específica localizada	Diarreia congênita: biópsia, imunologia, genética	Segue o NICE
Celiaca — confirmação	Positiva → gastro: biópsia ou, por exceção, sem biópsia	Biópsia como regra (PCDT 2025)	Sem posição específica localizada	Biópsia pelo especialista	Segue a ESPGHAN	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Lactose, sucros e dieta	Não retirar na aguda; sem lactose na persistente	Alimentação habitual	Reduzir lactose; sem suco < 1 ano	Leite após reidratar; evitar sucros	Secundária 6–8 semanas; gordura 30–50%	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Zinco	< 5 anos, 10–14 dias	10 mg < 6 meses; 20 mg depois	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Só em deficiência ou desnutrição	Sem posição específica localizada	Sem posição específica localizada	Segue o NICE
Encaminhamento	< 6 meses ou desidratado → hospital ou especialista	< 6 meses ou desidratado → hospital	Sem posição específica localizada	Suor alterado → centro de FQ	Segundo nível hospitalar	Sem posição específica localizada	< 6 meses com suporte IV → causa genética	Segue o NICE

Leitura: há consenso em **avaliar o crescimento**, evitar **dietas restritivas e diluídas** e **escalonar** a investigação. Divergem na **definição de crônica** (> 30 dias na SBP, > 2 semanas na AEP, 4 semanas no Roma IV), na **confirmação da doença celíaca** (PCDT 2025: biópsia como regra; SBP, ESPGHAN e AEP: sem biópsia em casos selecionados) e no **zinco** (universal abaixo de 5 anos no Brasil; restrito na Europa). O NICE não tem diretriz de diarreia crônica na criança. **O site adota a SBP**, inclusive na doença celíaca (a via diagnóstica é decisão do gastroenterologista pediátrico).

PONTOS PRÁTICOS

1. Diarreia de 14 dias ou mais: primeiro a hidratação e a curva de crescimento.
2. Diarreia funcional (6 meses a 5 anos): sem exames; tirar os sucos, liberar a gordura, tranquilizar.
3. Não retirar a lactose na diarreia aguda; na persistente, fórmula sem lactose temporária; sem resposta, pensar em APLV.
4. Sorologia celíaca comendo glúten: tTG-IgA + IgA total (DGP-IgG até 2 anos); positiva, encaminhar sem tirar o glúten.
5. Perda de peso, esteatorreia, sangue ou doença perianal: segunda etapa de exames e gastroenterologista pediátrico.
6. Desidratação, desnutrição grave, lactente < 6 meses em mau estado ou diarreia neonatal grave: pronto-socorro, reidratando antes.

Veja também, nesta Biblioteca: **Diarreia aguda e desidratação**, **Alergia à proteína do leite de vaca**, **Parasitoses intestinais** e **Dor abdominal crônica e distúrbios funcionais** (Patologias do consultório); **Alergia Alimentar e APLV** (Alergia); **Doença celíaca na criança e no adolescente** e **Doença inflamatória intestinal na criança e no adolescente — doença de Crohn e retocolite ulcerativa** (nesta área); **Doença inflamatória intestinal de início muito precoce (VEO-IBD)** (Temas atualizados pela SBP); **Abordagem da Criança com Déficit de Crescimento** (Crescimento e nutrição); **HIV na criança — exposição vertical e criança vivendo com HIV** (Infectologia).

8. Fontes

- SBP, Departamento de Gastroenterologia. Diarreia Aguda Infecciosa (Guia Prático de Atualização nº 74), 2023. [PDF](#)
- SBP, Departamento de Gastroenterologia. Diarreia aguda — diagnóstico e tratamento (Guia Prático de Atualização nº 1), 2017. [PDF](#)
- SBP, Departamentos de Gastroenterologia e de Hepatologia. Exames complementares mais comuns na prática clínica da Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas (Guia Prático nº 45), 2023. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia (cartaz), 2023. [PDF](#)
- Ministério da Saúde. PCDT da Doença Celíaca (Portaria Conjunta SAES/SECTICS nº 8), 2025. gov.br
- AAP. Heyman MB, Abrams SA. Fruit Juice in Infants, Children, and Adolescents — Current Recommendations, 2017 (resumo das recomendações). [PDF](#)

- AAP, Committee on Nutrition. Heyman MB. Lactose intolerance in infants, children, and adolescents. Pediatrics, 2006 (resumo). [PubMed](#)
- NICE. Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in under 5s (CG84), 2009. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- NICE. Coeliac disease (NG20), 2015. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- NICE. Cystic fibrosis — diagnosis and management (NG78), 2017. [nice.org.uk](https://www.nice.org.uk)
- AEP/SEGHNP. Barrio Torres J et al. Orientación diagnóstica de la diarrea crónica. Protocolos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2023. [PDF](#)
- Boston Children's Hospital. Congenital Enteropathy Program. [childrenshospital.org](https://www.childrenshospital.org)

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.