



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

ANEXO II – CONSULTA PÚBLICA

**PROTOCOLO ESTADUAL PARA DISPENSAÇÃO DE FÓRMULAS INFANTIS NA
ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA.**

1 INTRODUÇÃO

Alergia alimentar trata-se de uma reação adversa do organismo à alimentos que proporcionam alterações no equilíbrio do sistema imunológico.^[1] Entre os alérgenos alimentares mais frequentes na infância temos o leite de vaca, soja, ovo e trigo^[2].

A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é a alergia alimentar mais comum nas crianças até vinte e quatro meses, possui uma prevalência aproximada de 2-5%^[3]. A APLV é caracterizada pela reação do sistema imunológico às proteínas do leite, principalmente à caseína e às proteínas do soro (alfa-lactoalbumina e beta-lactoglobulina)^[2].

Atenção especial é dada ao tratamento dessas crianças em fase de lactação, uma vez que a alimentação nessa faixa etária é predominantemente láctea e algumas situações podem necessitar da utilização de fórmulas lácteas especiais. Nesse sentido, crianças com o diagnóstico de APLV necessitam de um tratamento nutricional adequado, que garantam seu desenvolvimento com a exclusão da proteína alergênica e minimizando possíveis consequências^[2].

As manifestações da alergia podem ocorrer com intensidade, sinais e sintomas variáveis^[4]. O quadro clínico pode estar representado na pele, aparelho gastrointestinal (AGI) e aparelho respiratório. Estas reações podem ser mediadas por anticorpos IgE com sinais e sintomas que podem surgir em minutos ou até 2 horas ou por IgE não mediadas com manifestação após 2 horas ou dias após ingesta do alimento (proteína alergênica), além disso podem ser classificadas como mistas quando envolvem ambos os mecanismos^[1,3,4]. O quadro 1 abaixo identifica os principais sinais e sintomas.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Quadro 1 – Manifestações de alergia alimentar segundo o mecanismo imunológico envolvido

IgE mediada	IgE não mediada
GASTROINTESTINAL	
Síndrome da alergia oral, Disfagia, Náuseas/vômitos, Dor abdominal e Diarréia	Refluxo gastroesofageano, Diarréia Sangue e/ou muco nas fezes, Dor abdominal, “cólicas lactente” (multifatorial), saciedade precoce/recusa alimentar, constipação intestinal, eritema perianal e/ou fissuras perianais, anemia ferropriva, baixo desenvolvimento pondero estatural.
PELE	
Prurido, eritema, Urticária (sem relação com medicamentos ou infecção) e angioedema (lábios, face, periorbitario)	Prurido, eritema e dermatite atópica
SISTEMA RESPIRATÓRIO	
Vias aéreas superiores: prurido nasal, coriza, estridores, rinorréia, congestão nasal, edema laríngeo.	
Vias aéreas inferiores: tosse crônica, sibilância, dificuldade respiratória (não relacionada a infecção)	
OUTROS	
Anafilaxia e outras reações sistêmicas	FPIES (<i>food protein-induced enterocolitis syndrome</i>) sintomas Shock-like vômitos, diarréia e acidose metabólica
MISTAS	
Esofagite eosinofílica, Gastroenteropatia eosinofílica, Dermatite atópica e Asma	

Adaptado [3][5][6][2] ** Choque anafilático é uma reação grave, súbita, envolvendo vários órgãos do organismo (pele, Aparelho respiratório, cardiovascular e gastrointestinal). Requer medidas terapêuticas imediatas.

Tanto na apresentação IgE mediadas quanto IgE não mediadas as manifestações podem ter apresentação variando de leve a grave, sendo a anafilaxia a apresentação de maior gravidade. Na APLV IgE não mediada os sintomas podem variar desde retorragia (proctocolite) até vômitos e choque hipovolêmico como na Síndrome da enterocolite induzida por proteína de alimento (FPIES – *Food protein induced enterocolitis syndrome*) [3].

2 Diagnóstico da APLV

O diagnóstico da APLV é baseado na história clínica sugestiva, melhora dos sintomas com a exclusão dietética da proteína alergênica e reaparecimento após a provocação oral,



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

quando indicado. Devido a inespecificidade dos exames laboratoriais, não há exames complementares para o diagnóstico definitivo de APLV^[7-9].

Os sinais e sintomas do APLV podem ter características específicas ou inespecíficas e se apresentarem de forma contínua ou não. Atenção deve ser dada às manifestações múltiplas, intensas, persistentes e resistente ao tratamento de outras doenças relacionadas a faixa etária (ex.: cólica do lactente, refluxo fisiológico e distúrbios funcionais do lactente)^[1].

Na suspeita da APLV, o profissional deve identificar o possível alérgeno e proceder com a sua exclusão. Após esta etapa, deve considerar a reintrodução do possível alérgeno através do teste de provocação oral (TPO) diagnóstico para confirmação do diagnóstico^[1].

O diagnóstico é baseado:^[4,5,10]

- História clínica: sinais e sintomas, diário alimentar, relação com alimentação, duração, gravidade e frequência, dieta materna;
- Exame físico: sinais cutâneos, desenvolvimento pondero estatural;
- Dieta de eliminação/observação/desencadeamento com TPO.

Considera-se fundamental, quando houver acometimento do trato digestivo, descartar malformações, distúrbios metabólicos, causas infecciosas, neurológicas ou parasitárias^[7,11].

Poucas são as evidências a respeito de intervenções que possam ser preventivas no aparecimento das doenças alérgicas. A única medida que pode, de fato, diminuir esta chance é a amamentação exclusiva com leite materno até os seis meses e complementar até 2 anos de idade^[2].

Os lactentes que apresentarem sinais e sintomas sugestivos de APLV na vigência de aleitamento materno exclusivo, devem ser assim mantidos, e a mãe submetida a dieta de exclusão do alérgeno envolvido, seguindo as orientações abaixo de acordo com a manifestação clínicas ^[2,4]:

- IgE Mediadas (reação imediata ou até 2 horas após ingestão do alimento): a mãe deverá realizar dieta de exclusão do alérgeno por 3 a 6 dias.
- IgE Não Mediadas e Mistas (manifestações tardias, como por exemplo a proctocolite alérgica): a dieta de exclusão materna deve ser continuada por no mínimo até 14 dias.

Na ausência de melhora é provável que o diagnóstico de APLV seja excluído e a criança deverá ser reavaliada para outros diagnósticos^{[2][12]}. Se os sintomas melhorarem,



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

então a proteína do leite de vaca deverá ser reapresentado a criança através da dieta materna. Caso haja manifestação clínica após o consumo materno do alérgeno, o teste será considerado positivo e a mãe deverá continuar amamentando e mantendo uma dieta livre de proteína do leite de vaca^[4].

Os lactentes em aleitamento materno que não manifestaram reações com alérgicos veiculados pelo leite materno, não há indicação de se restringir a dieta da nutriz, ainda que os sintomas possam ser observados após a ingestão do alimento diretamente pela criança. Nos casos que ao iniciar a introdução de fórmula láctea houver sintomas de APLV deverá ser orientado retorno ao leite materno exclusivo, sempre que possível^[2].

2.1 Teste de provocação oral

Apesar dos sinais e sintomas serem o caminho ao diagnóstico, é importante considerar a diversidade e a falta de especificidade destes dados, assim como sobreposição com condições comuns da faixa etária como cólica do lactente, refluxo gastroesofágico e dermatite atópica que necessariamente podem não estar relacionados a APLV^[3].

Para o diagnóstico de APLV IgE não mediada o método considerado "Padrão Ouro" é o teste de provocação oral (TPO). Este consiste na oferta progressiva do alimento suspeito, após um período de exclusão, em doses frequentes e intervalos regulares, com concomitante monitoramento de possíveis reações clínicas. É indicado para confirmar se uma reação alérgica existe, ou não, ou se desenvolveu a aquisição da tolerância ao longo do tempo^[13,14].

O TPO pode ser realizado na maioria das crianças, sendo contraindicado somente em casos graves de APLV₇ como após episódios de anafilaxia e FPIES^[6].

Existem diversos esquemas possíveis de ser utilizados para a realização do TPO^[13,15-20]. A definição do protocolo a ser adotado ficará a critério do médico assistente.

3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE DOENÇAS (CID-10)

O CID-10 contemplado neste protocolo se refere ao diagnóstico de APLV.

Código	Descrição
R 68.3	Outros sintomas e sinais relativos à ingestão de alimentos e de líquidos (Alergia a Proteína do Leite de Vaca)*

*Nesse protocolo esse CID será referenciado exclusivamente para diagnóstico de Alergia à proteína do leite de vaca (APLV).



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

4 FÓRMULAS NUTRICIONAIS

Neste protocolo serão disponibilizadas as fórmulas infantis para lactentes, de seguimento para lactentes e crianças de primeira infância destinadas a necessidades dietoterápicas específicas, conforme descrição abaixo.

- F2 – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada do soro do leite com restrição de lactose.
- F3 – Fórmula infantil para lactentes e de seguimento para lactentes e/ou crianças de primeira infância destinada a necessidades dietoterápicas específicas à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.
- P7 – Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de aminoácidos livres com restrição de lactose.
- P8 – Fórmula pediátrica para nutrição enteral à base de peptídeos do soro do leite com restrição de lactose.

5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de elegibilidade para o fornecimento de fórmulas nutricionais neste protocolo são pacientes domiciliados no Estado do Espírito Santo com diagnóstico de APLV – conforme item 1.2 e que preenchem os critérios de inclusão conforme a fórmula nutricional solicitada nos itens subsequentes.

OBS₁: crianças candidatas a utilizarem as fórmulas poderão ser avaliadas em local disponibilizado pela SESA para perícia presencial a fim de garantir as reais necessidades dos pacientes e também do uso dos recursos públicos, quando julgar necessário.

5.1 Fórmulas para necessidades dietoterápicas específicas

5.1.1 Fórmula Semi-Elementar Infantil

São candidatas à inclusão para o uso de fórmula semi-elementar infantil as crianças que preencherem um dos critérios descritos abaixo correspondente à via de administração:

➤ Via de administração oral:

- a) Crianças de 0 a 6 meses: serão incluídos os pacientes que apresentarem o critério "i" associados ao critério "ii" ou "iii" abaixo:



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- i. Diagnóstico de APLV IgE mediada e IgE não mediada;
- ii. Contraindicação/Impossibilidade de receber leite materno;
- iii. Crianças em aleitamento materno que comprovem a necessidade de complementação e todas as possibilidades de manutenção do aleitamento materno exclusivo tiverem sido esgotadas (ver tópico 5, item v.). Neste protocolo, adota-se como necessidade de complementação em crianças de 0 a 6 meses:
 - a. Paciente desnutrido ou em alerta nutricional (conforme critérios definidos no item "Classificação do estado nutricional"); ou
 - b. Paciente com dificuldades no manejo da amamentação exclusiva e/ extração de leite materno insuficiente para o atual momento materno e da criança; ou
 - c. Tentativa de relactação de forma orientada, sem sucesso.
- b) Crianças de 6 a 24 meses: serão incluídos os pacientes que apresentarem o critério "i" associados ao critério "ii" ou "iii" ou "iv" abaixo:
 - i. Diagnóstico de APLV IgE não mediada e alergia a proteína de soja;
 - ii. Contraindicação/Impossibilidade de receber leite materno;
 - iii. Crianças em aleitamento materno que comprovem a necessidade de complementação por estarem desnutrido ou em alerta nutricional (conforme critérios definidos no item "Classificação do estado nutricional") e todas as possibilidades de manutenção do aleitamento materno sem o complemento da fórmula infantil tiverem sido esgotadas.
 - iv. Crianças sem aleitamento materno com diagnóstico de APLV de forma tardia (sinais e sintomas iniciados após 6 meses de idade) associada a informação em laudo médico da idade da criança no momento do desmame e causa justificável
- Via de administração enteral: serão incluídos os pacientes que apresentarem o critério "i" ou critério "ii" abaixo
 - i. Crianças menores de 6 meses com APLV IgE mediada e não mediada;
 - ii. Crianças de 6 a 36 meses com APLV IgE não mediada e alergia a proteína de soja.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

5.1.2 Fórmula Elementar Infantil

São candidatos à inclusão para o uso de fórmula elementar infantil as crianças que preencherem um dos critérios descritos abaixo:

➤ Via de administração oral:

a) **Crianças de 0 a 6 meses:** serão incluídos os pacientes que apresentarem os critérios "i" ou "ii" associados aos critérios "iii" ou "iv" abaixo:^[21,22]

- i. Diagnóstico de APLV IgE mediada ou IgE não mediada, refratária ao uso fórmula semi-elementar infantil;
- ii. Crianças com APLV em situações graves emergenciais (Histórico de anafilaxia ou FPIES com déficit nutricional ou esofagite eosinofílica);
- iii. Contraindicação/Impossibilidade de receber leite materno;
- iv. Crianças em aleitamento materno que comprovem a necessidade de complementação e todas as possibilidades de manutenção do aleitamento materno exclusivo tiverem sido esgotadas (ver tópico 5, item v.). Neste protocolo, adota-se como necessidade de complementação em crianças de 0 a 6 meses:
 - a) Paciente desnutrido ou em alerta nutricional (conforme critérios definidos no item "Classificação do estado nutricional"); ou
 - b) Paciente com dificuldades no manejo da amamentação exclusiva e/ extração de leite materno insuficiente para o atual momento materno e da criança; ou
 - c) Tentativa de relactação de forma orientada, sem sucesso.

b) **Crianças de 6 a 24 meses:** serão incluídos os pacientes que apresentarem os critérios "i" ou "ii" associados aos critérios "iii" ou "iv" ou "v" abaixo.

- i. Diagnóstico de APLV IgE não mediada e alergia a proteína de soja, refratária ao uso fórmula semi-elementar infantil;
- ii. Crianças com APLV em situações graves emergenciais (Histórico de anafilaxia ou FPIES com déficit nutricional ou esofagite eosinofílica);
- iii. Contraindicação/Impossibilidade de receber leite materno;
- iv. Crianças em aleitamento materno que comprovem a necessidade de complementação por estarem desnutrido ou em alerta nutricional (conforme critérios definidos no item "Classificação do estado nutricional")



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

e todas as possibilidades de manutenção do aleitamento materno sem o complemento da fórmula infantil tiverem sido esgotadas.

- v. Crianças sem aleitamento materno com diagnóstico de APLV de forma tardia (sinais e sintomas iniciados após 6 meses de idade) associada a informação em laudo médico da idade da criança no momento do desmame e causa justificável
- Via de administração enteral: serão incluídos os pacientes que apresentarem qualquer um dos critérios abaixo.
 - i. Crianças menores de 6 meses com diagnóstico de APLV IgE e IgE não mediada, refratária ao uso de fórmula semi-elementar; **ou**
 - ii. Crianças de 6 a 36 meses com APLV IgE não mediada e alergia a proteína de soja; **ou**
 - iii. Crianças de 0 a 36 meses com APLV e alergia a proteína de soja, ambas em situações graves emergenciais (Histórico de anafilaxia ou FPIES com déficit nutricional ou esofagite eosinofílica).

OBS₂: Neste Protocolo adota-se como refratariedade o uso por 2 semanas com piora ou manutenção da intensidade dos sintomas clínicos iniciais^[2].

OBS₃: Neste Protocolo adota-se como situações que contraindicam ou impossibilitam a amamentação:

- i. Crianças impossibilitadas de convívio materno, tais como adotadas ou sob custódia do estado ou devido ao óbito materno;
- ii. Mães com doenças infectocontagiosas e/ou em uso de drogas medicamentosas ou não, que contraindiquem a amamentação de forma definitivas e/ou temporária.

5.2 PARA FÓRMULAS PEDIÁTRICAS PARA NUTRIÇÃO ENTERAL

São candidatos ao uso de fórmulas nutricionais pediátricas destinadas as necessidades dietoterápicas específicas, crianças com idade menor de 10 anos e em uso de nutrição enteral, através de sonda de longa permanência, por via nasogástrica, nasoentérica, gastrostomia ou jejunostomia, que preencharem os critérios descritos abaixo para respectivas fórmulas:

5.2.1 Fórmulas Pediátricas Para Nutrição Enteral Semi-elementar

- i. Crianças menores de 10 anos, em uso de alimentação por via enteral com diagnóstico de APLV e alergia a soja.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

5.2.2 Fórmulas Pediátricas Para Nutrição Enteral Elementar

ii. Crianças menores de 10 anos, em uso de alimentação por via enteral com diagnóstico de APLV e alergia a soja, refratária ao uso de fórmula semi-elementar.

- ❖ **OBS₁**: De acordo com a OMS são considerados adolescentes os pacientes na faixa etária de 10 a 19 anos, por isso a dispensação de dietas enterais para os mesmos seguirá o Protocolo de Dispensação de Dietas Enterais para Adolescentes e Adulto (Anexo II).

6 DOCUMENTO NECESSÁRIO PARA ABERTURA DE PROCESSO

Serão necessários a apresentação dos seguintes documentos:

- i. Laudo para solicitação de fórmulas nutricionais – LFN complemento preenchido e assinado por médico ou nutricionista (anexo A);
- ii. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade para uso de Fórmulas Nutricionais (anexo B)
- iii. Formulário de abertura de processos de fórmulas infantis e pediátricas preenchido pelo médico assistente (anexo C);
- iv. Curvas de crescimento (peso x idade e estatura x idade), com no mínimo 2 registros em cada curva;
- v. Para crianças maiores de 6 meses de idade e alimentação oral: Plano alimentar detalhado informando sobre alimentos e total calórico ofertados para a criança;
- vi. Para crianças menores de 6 meses: laudo sobre a capacidade de amamentação materna emitido por banco de leite humano (BLH), atestando a possibilidade ou não da manutenção do aleitamento materno e da relactação. Nos locais sem acesso ao BLH, esse laudo poderá ser emitido por médico ou enfermeiro habilitado (referenciado pelo programa) detalhando a capacidade de amamentação materna e estratégias utilizadas para manutenção do aleitamento materno exclusivo.

Obs.1: Pacientes internados em programação de alta hospitalar com necessidade de fórmulas estabelecidas nesse protocolo deverão abrir processo com antecedência a fim de que o paciente e/ou familiares sejam orientados quanto aos trâmites para a aquisição das e manejo da fórmula a nível domiciliar.

Obs.2: Para pacientes internados, mesmo que em locais com acesso a BLH, o início do tratamento poderá ser realizado mediante entrega do laudo sobre a capacidade de



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

amamentação emitido por profissional neonatologista ou enfermeiro da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Após 30 dias da primeira dispensação, para continuidade de tratamento, o paciente deverá apresentar laudo conforme item v acima descrito.

Obs.3: A dispensação da fórmula está condicionada a apresentação de documento comprobatório da alta hospitalar.

7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

São considerados critérios de exclusão do fornecimento de fórmulas:

- i. Inveracidade das informações prestadas;
- ii. Não comprovarem rigorosamente os critérios de inclusão descritos no item 0.
- iii. Ausência de qualquer um dos documentos necessários descritos no item 6.
- iv. Paciente hospitalizados;
- v. Documentos ilegíveis e/ou ausência de assinatura e/ou ausência de data;
- vi. Solicitação realizado por especialidade não contemplada neste protocolo descrito no item 14.
- vii. Crianças de seis a vinte e quatro meses, eutróficas em aleitamento materno e alimentação complementar que não inclua alimentos contendo proteína do leite de vaca.

8 CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A OMS preconiza para classificação do Estado nutricional que para crianças menores de cinco anos, utiliza-se a referência lançada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2006, que já consta na Caderneta de Saúde da Criança. Enquanto que, para as crianças com cinco anos, recomenda-se o uso da referência internacional lançada pela OMS em 2007. Os pontos de corte estão descrito nas Tabela 1 e Tabela 2^[23-25].

Nestas referências, a desnutrição em crianças é classificado por valores críticos Percentil < 3 ou Escore-z <- 2. No caso de lactentes, além da avaliação pelas curvas da OMS, deve-se avaliar conjuntamente o ganho ponderal diário e mensal da criança^[26,27].
[26][27].

Sabe-se que nos primeiros dias o recém-nascido poderá perder até 10% do seu peso de nascimento. Dessa forma para o cálculo do ganho de peso diário no primeiro mês de vida, essa perda deverá ser considerada. O ganho de peso diário nessa fase, se



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

calculado de forma equivocada, pode ser utilizado como indicador de introdução precoce de fórmula infantil, prática essa diretamente relacionada com o desmame precoce, com consequências deletérias para o recém-nascido e sua mãe. Além disso, outros fatores como a dificuldade e falta de orientação no manejo correto da amamentação, pode favorecer que o recém-nascido apresente menor ganho ponderal durante essa fase. Dessa forma, alguns autores admitem que o peso até o décimo dia de vida esteja, ainda, 10% menor que o de nascimento, sem que isso seja sugestivo da necessidade de introdução de complemento ao leite materno. Ressalta-se que antes da indicação de qualquer complemento alimentar é primordial a correta orientação quanto às técnicas de amamentação, exame clínico das condições das mamas e exclusão de quaisquer hipóteses de outras condições orgânicas adversas – principalmente infecção urinária^[26].

Os recém-nascidos prematuros deverão ser avaliados com base na idade gestacional corrigida (obtida pela data da concepção) durante os 12 primeiros meses de vida. Dessa forma, os dados de referência deverão também ser ajustados à idade corrigida para a realização dos cálculos descritos^[26].

No contexto de saúde pública, neste protocolo serão considerados as seguintes definições para desnutrição e alerta nutricional, após registro mínimo de 2 pesagens ^[23,28]:

- Desnutrição: As crianças menores de 10 anos que as suas respectivas curvas de crescimento da OMS estiverem com seus valores críticos menor que Percentil 3 ou menor que -2 no Escore-z;
- Alerta nutricional: no lactente, no primeiro ano de vida:
 - 1º semestre: ganho de peso < 20 g/dia e < 600g/mês e curva não ascendente peso/idade para a faixa etária avaliados por período de mínimo de 30 dias;
 - 2º semestre: ganho de peso < 15 g/dia e < 400g/mês e curva não ascendente peso/idade para a faixa etária avaliados por período de mínimo de 30 dias;

8.1 Em crianças com comprometimento neurológico

A avaliação e classificação do estado nutricional do paciente com comprometimento neurológico deverá ser realizado de forma diferenciada uma vez que as e suas necessidades energéticas são diferentes, especialmente devido à composição corporal e ao nível de atividade física peculiar^[26].



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Para esse protocolo a avaliação antropométrica do paciente com comprometimento neurológico será realizado por meio dos gráficos elaborado por Brooks et al., em 2011 que utiliza para sua análise, além de dados de peso, estatura, a função motora e via de alimentação^[29].

Os pontos de corte para classificação do estado nutricional desses pacientes serão os seguintes: Percentil < 10 Déficit nutricional/ alerta nutricional; eutróficos com percentil entre 10 e 50; com risco de sobrepeso entre percentil 50 e 90; e sobrepeso aqueles acima do percentil 90, conforme descrito na Tabela 3 ^[30].

9 PRESCRIÇÃO NUTRICIONAL DAS FÓRMULAS

O quantitativo fornecido das fórmulas dependerá das necessidades nutricionais dos pacientes. Dessa forma, o profissional prescritor deve realizar o cálculo das necessidades nutricionais de acordo com as recomendações oficiais da Organização Mundial da Saúde de calorias e nutrientes conforme faixa etária da criança (

Tabela 4 e Tabela 5). No caso de recém-nascido pré-termo a recomendação energética estabelecida será de 110 a 135 Kcal/Kg/dia e proteica de 3,5 a 4,5 g/Kg/dia^[31,32].

Neste protocolo serão ofertadas fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas. Esclarecemos que as aquisições destas fórmulas são realizadas conforme recomendações da legislação vigente para aquisição de produtos no setor público, sem que haja direcionamento ou favorecimento de qualquer marca ou laboratório. Diante disso, os produtos dispensados poderão ser modificados conforme o produto vencedor de cada processo licitatório e, portanto, as colheres medidas necessárias para diluições dos produtos serão atualizadas no site da farmácia Cidadã Estadual da Secretaria Estado da Saúde (link: <https://farmaciacidade.es.gov.br/>).

As crianças de 0 a 6 meses que estiverem em aleitamento materno exclusivo, deverão assim permanecer e as mães deverão receber orientações específicas. Caso o paciente esteja em aleitamento materno associado ao uso de fórmulas, o quantitativo energético fornecido por esse deverá ser considerado e subtraído do quantitativo necessário da fórmula oferecida para sua complementação. Caso o paciente não esteja em aleitamento materno, devidamente justificado, a necessidade energética total será fornecida exclusivamente pela fórmula infantil.

A partir dos seis meses de idade a OMS recomenda que sejam oferecidos os alimentos complementares, tanto em crianças em aleitamento materno exclusivo, com uso de fórmulas ou sem aleitamento materno. Casos especiais poderão requerer a introdução



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

de alimentos complementares antes do sexto mês devendo cada caso ser analisado avaliado individualmente pelo profissional de saúde assistente^[33].

Portanto o quantitativo calórico ofertado por esses alimentos complementares deverá ser considerado para o cálculo das necessidades energéticas totais da criança. A energia requerida pela alimentação complementar para as crianças em aleitamento materno é de aproximadamente 200 kcal/dia de seis a oito meses de idade, 300kcal/dia de nove a 11 meses de idade e 550kcal/dia de 12 a 23 meses ^[34].

Para pacientes em uso de nutrição enteral, o volume das fórmulas poderá ser pleno de acordo com a avaliação clínica individualizada e com critérios de inclusão definidos nesse protocolo. O volume diário recomendado na dieta plena para prematuro é de 135ml/kg/dia e para termos em 100ml/kg/dia^[32,35].

Portanto, o quantitativo total de fórmula infantil solicitada deverá ser rigorosamente comprovado de acordo com as necessidades nutricionais da faixa etária da criança e da patologia apresentada.

10 USO DAS FÓRMULAS NUTRICIONAIS NO TRATAMENTO DA APLV

Na impossibilidade de aleitamento materno exclusivo, ou em casos que a criança não possa receber nenhuma quantidade de aleitamento materno, as fórmulas infantis sem proteína intacta do LV deverão ser utilizadas. A escolha da fórmula dependerá da idade e do quadro clínico do paciente. (FLUXOGRAMA)

Para crianças com manifestação de APLV **IgE não mediada** as fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas à base de proteína extensamente hidrolisada (FEH) são indicadas como primeira opção de tratamento, por serem toleradas em 90% a 95% dos casos^[2,36,37].

Se após o uso de fórmula extensamente hidrolisada por no mínimo 2 semanas não ocorrer melhora, está indicado o uso de fórmulas a base de aminoácidos. No entanto, o atraso na remissão dos sintomas pode estar associado a peculiaridades individuais ou outros fatores, sendo indicado o TPO de retorno à fórmula extensamente hidrolisada^[2,4,12].

Para crianças maiores de 6 meses, o uso de fórmula a base de proteína da soja poderá ser considerada como primeira alternativa de tratamento, sobretudo nas formas **IgE mediada**. Nas formas IgE não mediadas, pode haver risco de sensibilização simultânea à soja, sendo recomendado apenas nas formas clínicas leves ou nas fases mais tardias de tratamento, ou seja, após 6 a 8 semanas de uso de fórmula a base de proteína extensamente hidrolisada ou a base de aminoácidos ^[2,4,38].



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Nas crianças com clínica de gravidade (escore z de peso/estatura inferior a 2 desvios-padrão, associado FPIES com déficit nutricional, esofagite eosinofílica ou histórico de anafilaxia, pode-se indicar fórmula a base de aminoácidos como primeira alternativa terapêutica. Após estabilização do quadro e recuperação da função intestinal, deverá ser avaliado a substituição por fórmulas extensamente hidrolisadas ou, conforme o tipo clínico, fórmula infantil a base de proteína isolada de soja [2,5,7,39].

10.1 TEMPO DE TRATAMENTO

A alergia a proteína do leite vaca costuma ser transitória e a maioria das crianças desenvolvem tolerância até os 2 a 3 anos de idade. Após diagnóstico definido, a dieta de exclusão terapêutica com a mesma fórmula deverá ser mantida com reavaliações periódicas, quando permitidas, a cada 6 a 12 meses^[5,20,40].

As mudanças de tipos de fórmulas e avaliação de tolerância necessárias no monitoramento periódico também devem ser realizadas via teste de provocação oral (TPO) (conforme item 1.2.1.1) , seguindo a seguinte conduta no tratamento ^[2,8,31]:

- Crianças com diagnóstico confirmado, deverão seguir com a exclusão do LV e utilização da fórmula especial por um período de 6 meses após início do tratamento ou até 9 a 12 meses de idade.
- Crianças com reações graves imediatas, mediadas por IGE manterão a dieta de exclusão por 12 a 18 meses. Necessitando reavaliar a IGE específica antes de reapresentação/TPO.
- No caso de mudanças de tipos de fórmulas, o alimento a ser testado não deverá ser o leite de vaca, mas sim, a fórmula a ser testada (soja, extensamente hidrolisada ou aminoácidos) - vide fluxograma anexo D.
- As fórmulas devem ser mantidas, preferencialmente, até os dois anos de idade, sendo o mínimo recomendado até 12 meses.
- Após 2 anos de idade (24 meses) as crianças que persistirem com APLV podem se beneficiar equilibrada e variada através de alimentos sólidos e líquidos sem a proteína do leite de vaca, uma vez que o leite não é mais a base de sua alimentação. Por isso, o tratamento pode ser feito com a retirada do leite/fórmula infantil da alimentação e associado, quando necessário, à suplementação de cálcio de vitamina D e acompanhamento com nutricionista.

Crianças com dermatite atópica vigente ou com história de reação imediata deverão ser encaminhadas para realização do teste de provocação oral em local onde haja



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

infraestrutura e equipe multidisciplinar com profissionais adequados para realização do TPO e atendimento à situação de emergência. Os demais pacientes, considerados de baixo risco, com ausência de dermatite atópica e sem história de reação imediata, o teste de provocação poderá ser realizado sob orientação médica em ambiente não hospitalar [2,3].

11 BENEFÍCIOS ESPERADOS

Os principais benefícios são a melhora e remissão dos sintomas de pacientes com APLV, proporcionar à criança crescimento e desenvolvimento adequado, recuperação e/ou manutenção do seu estado nutricional, com conseqüente melhoria na qualidade de vida da criança e da família.

12 MONITORIZAÇÃO

12.1 ACOMPANHAMENTO CLÍNICO E NUTRICIONAL

As crianças que fazem uso de fórmulas infantis para necessidades dietoterápicas específicas deverão ser acompanhadas periodicamente por profissionais pediatra e/ou nutricionista para avaliação de parâmetros como: ganho pondero-estatural, desenvolvimento motor e cognitivo, ingestão de alimentos, consumo e aceitação da fórmula, função gastrointestinal e evolução clínica do paciente.

As crianças com APLV deverão ser acompanhadas pelos profissionais pediatra e/ou nutricionista com intervalo clínico máximo de três meses. Após o TPO para diagnóstico, as crianças deverão realizar o TPO de tolerância a cada 6 meses, caso não seja possível, o médico assistente deverá fornecer justificativa da impossibilidade.

As crianças candidatas a receberem as fórmulas pediátricas para nutrição enteral deverão ser monitoradas pelos profissionais de saúde assistente no intervalo máximo de 6 meses, a depender da clínica, para os seguintes parâmetros: necessidades nutricionais; evolução nutricional e antropométrica (peso, estatura); volume e balanço eletrolítico; função gastrointestinal (náuseas, vômitos, diarreia, constipação ou distensão abdominal), tolerabilidade da sonda; condição da sonda de longa permanência, sinais de infecção e condições clínicas gerais do paciente.

Pacientes que apresentem dermatite atópica devem avaliar a evolução dos sinais clínicos através de instrumentos validados, como *Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD)*, o qual utiliza três domínios (extensão, intensidade das lesões e sintomas subjetivos de prurido e perturbação do sono) para avaliação da gravidade da doença, de acordo com a



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

seguinte variação: leve (pontuação menor do que 25); moderada (pontuação entre 25 e 50) ou c) e grave (pontuação maior 50)^[41].

Quantitativo total das fórmulas dispensadas para o mês subsequente será equivalente à quantidade dos recipientes vazios entregues no ato da dispensação.

13 CRITÉRIO DE SUSPENSÃO

A continuidade do tratamento poderá ser interrompido em qualquer uma das condições descritas abaixo:

- i. Não seguir as recomendações médicas e nutricionais, principalmente em relação à aderência às medidas dietéticas.
- ii. Ausência de sintomas de APLV em resposta ao TPO.
- iii. Ausência de resposta sempre que solicitado pela GEAF/SESA.
- iv. Crianças com APLV que completarem 02 anos de idade.
- v. Pacientes que não comprovarem rigorosamente os critérios de inclusão/monitorização descritos, por avaliações clínicas periódicas.
- vi. Não entrega dos recipientes vazios, conforme previsto no item 12.1.

14 REGULAÇÃO/CONTROLE/AVALIAÇÃO PELO GESTOR

Devem ser observados os critérios de inclusão, exclusão e suspensão estabelecidos neste Protocolo, a duração e a monitorização do tratamento, bem como para a verificação periódica das quantidades prescritas, dispensadas e a adequação de uso das FNE.

Os pacientes devem ser diagnosticados por pediatra, gastroenterologista infantil, alergista infantil, nutrólogo pediatra ou neonatologista.

15 REFERÊNCIAS

1. Oliveira ARV, Patrocínio ME do, Pierdoná N, Pires TO. Manual : Alergia Alimentar. Man Alerg Aliment 2017;1(1):1-65.
2. Solé D, Silva LR, Cocco RR, Ferreira CT, Sarni RO, Oliveira LC, et al. Consenso Brasileiro sobre Alergia Alimentar: 2018 - Parte 2 - Diagnóstico, tratamento e prevenção. Documento conjunto elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia. Arq Asma, Alerg e Imunol 2018;2(1).
3. Venter C, Brown T, Meyer R, Walsh J, Shah N, Nowak-Węgrzyn A, et al. Better recognition, diagnosis and management of non-IgE-mediated cow's milk allergy in infancy: IMAP - An international interpretation of the MAP (Milk Allergy in Primary Care) guideline. Clin Transl



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

- Allergy 2017;7(1):1-9.
4. Koletzko S, Niggemann B, Arato A, Dias JA, Heuschkel R, Husby S, et al. Diagnostic approach and management of cow's-milk protein allergy in infants and children: Espghan gi committee practical guidelines. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2012;55(2):221-9.
 5. Solé D, Amancio OMS, Jacob CM a., Cocco RR, Sarni ROS, Suano F, et al. Guia Prático Guia prático de diagnóstico e tratamento da Alergia às Proteínas do Leite de Vaca mediada pela imunoglobulina E. *Rev bras alerg imunopatol* 2012;35(6):203-33.
 6. Vandenplas Y. Prevention and management of cow's milk allergy in non-exclusively breastfed infants. *Nutrients* 2017;9(7):1-15.
 7. Secretaria de Estado da Saúde de Sergipe. Protocolo clínico estadual de alergia alimentar à proteína do leite de vaca (aplv). 2018;Available from: <https://saude.se.gov.br/wp-content/uploads/2018/09/PROTOCOLO-CLÍNICO-ESTADUAL-DE-ALERGIA-ALIMENTAR-À-PROTEÍNA-DO-LEITE-DE-VACA.pdf>
 8. Secretaria de Ciência T e IE. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV). Ministério da Saúde [Internet] 2017;1-47. Available from: http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2017/Relatorio_PCDT_APLV_CP68_2017.pdf
 9. D. CS. Intolerância Alimentar. In: *Nutrição Clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. page p.212-222.
 10. Belo, J., E. Finelli, P. Martins, S. Prates PL-P. Alergia às Proteínas do Leite de Vaca. *Notas Pediatr* 2014;1:72-9.
 11. Allen KJ, Davidson GP, Day AS, Hill DJ, Kemp AS, Peake JE, et al. Management of cow's milk protein allergy in infants and young children: An expert panel perspective. *J Paediatr Child Health* 2009;45(9):481-6.
 12. Fox A, Brown T, Walsh J, Venter C, Meyer R, Nowak-Wegrzyn A, et al. An update to the Milk Allergy in Primary Care guideline. *Clin Transl Allergy [Internet]* 2019;9(1):1-7. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13601-019-0281-8>
 13. Bindslev-Jensen C, Ballmer-Welser BK, Bengtsson U, Blanco C, Ebner C, Hourihane J, et al. Standardization of food challenges in patients with immediate reactions to foods - Position paper from the European Academy of Allergology and Clinical Immunology. *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol* 2004;59(7):690-7.
 14. Ahrens B, Sampson HA, Beyer K. Adverse Reactions to Food. *Allergy, Immun Toler Early Child First Steps Atopic March* 2016;756:45-63.
 15. Nowak-we A. Work Group report : Oral food challenge testing. 1976;
 16. Kneepkens CMF, Meijer Y. Clinical practice . Diagnosis and treatment of cow ' s milk allergy. 2009;891-6.
 17. Gushken AKF, Castro APM, Yonamine GH, Corradi GA, Pastorino AC, Jacob CMA. Double-blind , placebo-controlled food challenges in Brazilian children : Adaptation to clinical practice. *Allergol Immunopathol (Madr) [Internet]* 2013;41(2):94-101. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aller.2011.12.002>
 18. Cianferoni A, Garrett JP, Naimi DR, Bs KK, Spergel JM. Predictive Values for Food Challenge-Induced Severe Reactions : Development of a Simple Food Challenge Score. 2012;14(August 2004).
 19. Bock SA, Sampson HA, Atkins FM, Zeiger S, Lehrer S, Sachs M, et al. -blind, placebo-co ge KHWFCF) as an A manual. 1988;
 20. Mendonça RB, Cocco RR, Sarn ROS, Solé D. Teste de provocação oral aberto na confrmação de alergia ao leite de vaca mediada por igE: Qual seu valor na prática clínica? *Rev Paul Pediatr* 2011;29(3):415-22.
 21. Meyer R, Groetch M, Venter C. When Should Infants with Cow's Milk Protein Allergy Use an Amino Acid Formula? A Practical Guide. *J Allergy Clin Immunol Pract [Internet]* 2018;6(2):383-99. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2017.09.003>



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

22. Costa YHM, Gutheil-Gonçalves L, Tiemi-Miyakawa D, Rosário CS, Chong-Silva DC, Riedi CA, et al. Síndrome de Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar (FPIES): um novo diagnóstico diferencial para alergia alimentar. *Brazilian J Allergy Immunol* 2019;3(3):259-68.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2011.
24. World Health Organization. Growth reference 5-19 years. 2007;
25. World Health Organization. Child growth standards. 2006;
26. Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 2nd ed. São Paulo: Manole; 2010.
27. Sociedade Brasileira de Pediatria., Departamento Científico de Nutrologia. Manual de Alimentação: orientações para alimentação do lactente ao adolescente, na escola, na gestante, na prevenção de doenças e segurança alimentar. 4th ed. São Paulo: 2019.
28. Márcia Regina Vitolo. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio; 2008.
29. Brooks J, Day S, Shavelle R, Strauss D. Low weight, morbidity, and mortality in children with cerebral palsy: New clinical growth charts. *Pediatrics* 2011;128(2).
30. Araújo LA, Silva LR. Anthropometric assessment of patients with cerebral palsy: Which curves are more appropriate? *J Pediatr (Rio J)* 2013;89(3):307-14.
31. FAO/WHO Expert Consultation. Human Vitamin and Mineral Requirements. Geneva World Health Organization [Internet] 2005;(2nd ed):341 p. Available from: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/42716>
32. Agostoni C, Buonocore G, Carnielli VP, De Curtis M, Darmaun D, Decsi T, et al. Enteral nutrient supply for preterm infants: Commentary from the European society of paediatric gastroenterology, hepatology and nutrition committee on nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2010;50(1):85-91.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Secr Atenção Primária à Saúde, Dep Promoção da Saúde 2019;256.
34. Anand R. Infant and Young Child Feeding. *IAP Textb Pediatr* 2013;127-127.
35. Vieira MC, Morais MB, Spolidoro JVN, Toporovski MS, Cardoso AL, Araujo GTB, et al. A survey on clinical presentation and nutritional status of infants with suspected cow' milk allergy. *BMC Pediatr* 2010;10.
36. Feferbaum R. Fisiopatologia da nutrição do recém-nascido grave. In: *Nutrição do Recém Nascido*. São Paulo: Atheneu; 2005. page 343-59.
37. Uenishi K, Nakamura K. Intake of dairy products and bone ultrasound measurement in late adolescents: A nationwide cross-sectional study in Japan. *Asia Pac J Clin Nutr* 2010;19(3):432-9.
38. Sicherer SH, Sampson HA. Food allergy: Epidemiology, pathogenesis, diagnosis, and treatment. *J Allergy Clin Immunol* [Internet] 2014;133(2):291-307.e5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaci.2013.11.020>
39. Kemp A. Hypoallergenic formula prescribing practices in Australia. *J Paediatr Child Health* 2006;42(4):191-5.
40. Wal J. Bovine milk allergenicity. *Ann Allergy, Asthma Immunol* [Internet] 2004;93(5):S2-11. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206\(10\)61726-7](http://dx.doi.org/10.1016/S1081-1206(10)61726-7)
41. Chopra R, Vakharia PP, Sacotte R, Patel N, Immaneni S, White T, et al. Severity strata for Eczema Area and Severity Index (EASI), modified EASI, Scoring Atopic Dermatitis (SCORAD), objective SCORAD, Atopic Dermatitis Severity Index and body surface area in adolescents and adults with atopic dermatitis. *Br J Dermatol* 2017;177(5):1316-21.
42. Medicine I, Board F, Macronutrients A, Intakes S, Intakes S. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrate, Fiber, Fat, Fatty Acids, Cholesterol, Protein, and Amino Acids (Macronutrients). 2005.



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Tabela 1 – Classificação do Estado Nutricional de crianças menores de 5 anos

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA MENORES DE 5 ANOS		
		Peso/idade	Peso/Estatura	Estatura/idade
< Percentil 0,1	< Escore- z -3	Muito baixo peso a idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para a idade
≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore- z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para idade	Magreza	Baixa estatura para idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore- z -2 e < Escore-z - 1	Peso adequado para idade	Eutrofia	Estatura adequada para criança
≥ Percentil 15 e ≤ Percentil 85	≥ Escore-z 1 e ≤ Escore-z + 1		Risco de Sobrepeso	
> Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z + 1 e ≤ Escore-z +2			
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z + 3	Peso elevado para a idade	Sobrepeso	
> Percentil 99,9	> Escore-z + 3		Obesidade	

Fonte: Adaptado de OMS, 2006 ^[25]

Tabela 2 - Classificação do Estado Nutricional de crianças de 5 a 10 Anos

VALORES CRÍTICOS		ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS PARA CRIANÇAS DE 5 A 10 ANOS		
		Peso/idade	IMC/idade	Estatura/idade
< Percentil 0,1	< Escore-z -3	Muito baixo peso para idade	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para idade



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

≥ Percentil 0,1 e < Percentil 3	≥ Escore-z -3 e < Escore-z -2	Baixo peso para a idade	Magreza	Baixa estatura para a idade
≥ Percentil 3 e < Percentil 15	≥ Escore-z -2 e < Escore-z -1	Peso adequado para idade	Eutrofia	Estatura adequada para a idade
> Percentil 15 e < Percentil 85	≥ Escore-z -1 e ≤ Escore-z + 1		Sobrepeso	
≥ Percentil 85 e ≤ Percentil 97	> Escore-z +1 e ≤ Escore-z +2	Peso elevado para a idade	Obesidade	
> Percentil 97 e ≤ Percentil 99,9	> Escore-z +2 e ≤ Escore-z +3		Obesidade grave	
> Percentil 99,9	> Escore-z +3			

Fonte: Adaptado de: (OMS, 2007) [24]

Tabela 3 – Classificação do estado nutricional de paciente com comprometimento neurológico

VALORES CRÍTICOS	ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS		
	Peso/idade	IMC/idade	Estatura/idade
< Percentil 10	Déficit Nutricional /Alerta nutricional	Déficit Nutricional /Alerta nutricional	Déficit Nutricional /Alerta nutricional
≥ Percentil 10 e < Percentil 50	Eutrófico	Eutrófico	Estatura adequada para a idade
≥ Percentil 50 e < Percentil 90	Risco de Sobrepeso	Risco de Sobrepeso	
≥ Percentil 90	Sobrepeso	Sobrepeso	

Tabela 4 – Ingestão de energia diária recomendada por faixa etária (Kcal/Kg/dia)

IDADE	ENERGIA (Kcal/Kg)		KCAL/ TOTAL/DIA	
	Meninos	Meninas	Meninos	Meninas
0-1 meses	113	107	518	464
1-2 meses	104	101	570	517
2-3 meses	95	94	596	550
3-4 meses	82	84	569	537
4-5 meses	81	83	608	571
5-6 meses	81	82	639	599
6-7 meses	79	78	653	604
7-8 meses	79	78	680	629
8-9 meses	79	78	702	652
9-10 meses	80	79	731	676
10-11 meses	80	79	752	964



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

11-12 meses	81	79	775	712
1-2 idade	83	80	948	865
2-3 idade	84	81	1 129	1 047
3-4 idade	80	77	1 252	1 156
4-5 idade	77	74	1 360	1 241
5-6 idade	75	72	1 467	1 330
6-7 idade	73	70	1 573	1 428
7-8 idade	71	67	1 692	1 554
8-9 idade	68	64	1 830	1 698
9-10 idade	67	61	1 978	1 854

Fonte: FAO/WHO/UNU 2004^[31]

Tabela 5 - Ingestão de proteína diária recomendada por faixa etária

Idade	Proteína (g/kg/dia)
0 - 6m	1,52 (AI)
7- 12m	1,2
1 -3a	1,05
4 - 8a	0,95
9 - 10a	0,85

Fonte: IOM, 2005^[42]



GOVERNO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
GERÊNCIA ESTADUAL DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

CONSULTA PÚBLICA