



Documento Científico

Departamento Científico de Neonatologia
(2019-2021)

Recomendações para alta hospitalar do Recém-Nascido Termo Potencialmente Saudável

Departamento Científico de Neonatologia

Presidente: Maria Albertina Santiago Rego

Secretária: Lilian dos Santos Sadeck

Conselho Científico: Alexandre Lopes Miralha, Danielle Cintra Bezerra Bradão, João Henrique Carvalho Leme de Almeida, Leila Cesário Pereira, Lícia Maria Oliveira Moreira, Marynea Silva do Vale, Salma Saraty Malveira, Silvana Salgado Nader

Colaboradores: Helenilce de Paula Fiod Costa, Remaclo Fischer Júnior

A definição do tempo de permanência hospitalar do recém-nascido (RN) termo potencialmente saudável permanece controversa e muito variável entre os diferentes sistemas de saúde. Apesar das divergências em relação ao conceito de alta precoce há evidências da importância do cuidado hospitalar por período suficiente para que a transição da atenção hospitalar à ambulatorial assegure um processo fisiológico evolutivo para a mãe e para o RN.

Aspectos fisiológicos fundamentais precisam ser assegurados como monitoramento da amamentação para a prevenção de perda excessiva de peso acompanhada de desidratação, hiperbilirrubinemia e desmame precoce; abordagem

de fatores de risco maternos para a sepse neonatal precoce em RN assintomáticos; triagem de distúrbios metabólicos na presença de fatores de risco maternos e ou neonatais; revisão da história gestacional e das sorologias para infecções congênitas; realização de testes universais de triagem neonatal e revisão do exame físico e clínico evolutivo do RN¹⁻³.

A *American Academy of Pediatrics* (AAP), em decisão conjunta com *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), definiu como alta precoce aquela que ocorre nas primeiras 48 horas após o nascimento⁴, categorizando ainda, como muito precoce, a que ocorre nas primeiras 24 horas de vida. Esse conceito tem como

fundamento um período de tempo curto ou insuficiente para que a mãe receba os cuidados pós-natais adequados e para que os problemas neonatais decorrentes do período de transição da vida intrauterina à extrauterina possam ser efetivamente abordados. Na Noruega considera-se alta precoce aquela que ocorre entre 6 e 24 horas pós-nascimento e adequada, a que ocorre a partir de 48 horas, com período médio de permanência do binômio após parto vaginal de fetos únicos, de 2,3 dias^{2,5}.

Na França, nas mesmas condições, a alta precoce é considerada quando ela ocorre antes de 72 horas de vida, com período médio de permanência hospitalar de 4,2 dias^{2,6}. Na Espanha preconiza-se a permanência hospitalar do binômio, por pelo menos 48 horas pós parto vaginal e, 72 a 96 horas pós parto cesáreo^{2,7}. O *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE-England) recomenda que a definição da alta do cuidado hospitalar seja compartilhada entre os pais e a equipe assistencial hospitalar integrado ao cuidado ambulatorial, considerando além das condições clínicas da mãe e da criança, as condições sócio-ambientais da família, escolaridade materna e o acesso à continuidade do cuidado⁸. A Organização Mundial de Saúde - OMS preconiza que, após o parto vaginal, mãe e RN potencialmente saudáveis, devam ter assegurada a permanência na maternidade por um período mínimo de 24 horas e sejam avaliados na atenção primária à saúde (APS), em regime de pré-agendamento, no terceiro dia, entre o sétimo e o décimo quarto dia, e com seis semanas de vida. Esta recomendação, contudo, está baseada em estudos com baixo nível de evidência científica⁹. Nos Estados Unidos da América (EUA), legislada no nível federal a partir do *Newborn and Mothers Health Protection Act of 1996*, a alta hospitalar está assegurada até 48 horas para o nascimento via parto vaginal sem complicações e 96 horas para o de parto cesárea^{1,4}.

Os diferentes modelos de atenção em saúde dificultam a comparação dos resultados perinatais^{2,3,5,10}. Entretanto, em dois estudos, realizados na Região de Ontário-Canadá e na Califórnia-

-EUA, onde os modelos de atenção à saúde perinatal estão regionalizados, foram encontradas taxas de reinternação inversamente proporcionais ao tempo de permanência hospitalar, com associação maior em RN termo precoce (idade gestacional de 37 ou 38 semanas), para condições "silenciosas" nos primeiros 1 a 3 dias de vida. As causas de readmissão permitiram identificar fatores de risco em RN que podem se beneficiar de internação hospitalar mais prolongada ou de acompanhamento ambulatorial mais precoce, em um ou dois dias após a alta hospitalar^{11,12}.

Os estudos que concluíram que a alta precoce era segura foram aplicados em circunstâncias restritas ou eram muito pequenos para detectar efeitos clinicamente significativos como mortalidade ou readmissões neonatais e maternas. Havia grande variação na definição de alta precoce, no preparo pré-natal e no suporte pós-alta voltados aos grupos intervenção e controle. As exclusões pós-randomização foram altas e o não cumprimento do tratamento alocado foi frequente. Tais limitações resultaram em evidências insuficientes para recomendar ou contraindicar a alta precoce. Os entusiastas desta estratégia defendem que ela é segura em relação ao cuidado, facilita a integração e o vínculo familiar, aumenta a satisfação dos pais, permite que a mãe se recupere no ambiente doméstico com o apoio da família, reduz o risco de infecção hospitalar e está associada a menor custo. No entanto, há preocupação que o tempo para a educação dos pais seja insuficiente e que os problemas pós-natais possam não ser identificados em tempo hábil^{13,14}. De uma forma geral, existe consenso quanto ao aumento dos riscos maternos e neonatais, em potencial:

- Tempo insuficiente para abordagem de condições fisiológicas maternas relacionadas à gestação, parto e puerpério, que podem dificultar a interação entre mãe e filho, na implementação de práticas nutricionais e na capacidade materna do cuidado neonatal^{3,4,15};
- Tempo insuficiente para apoiar a prática do aleitamento materno, com foco na fisiologia e

fases da lactação, e a promoção de saúde do RN principalmente em primíparas e adolescentes^{4,15};

- Tempo insuficiente para identificação de problemas neonatais que podem se manifestar após 24 horas de vida, como hiperbilirrubinemia, lesões cardíacas ducto-dependentes, obstruções gastrintestinais, megacólon congênito e erros inatos do metabolismo que descompensam precocemente^{3,4,16-19};
- Idade do RN não alcançada, à alta, para realizar triagem auditiva com emissões otoacústicas, recomendada a partir de 48 a 72 horas de vida, na unidade perinatal^{4,19,20};
- Aumento do número de reinternações por icterícia, desidratação, febre, hipotermia, apneia, síndromes respiratórias, e sepse neonatal precoce^{4,17-19}.

No Brasil, a Portaria Ministerial GM Nº 2068, de 21 de outubro de 2016, em seu artigo 9º, parágrafo único, normatiza a permanência mínima da mãe e do RN em AC, pelo período de 24 horas. A partir daí, a alta pode ser considerada, desde que preenchidos 10 critérios mínimos, relacionados à garantia da assistência à saúde da mãe e da criança e da vinculação do cuidado hospitalar ao nível ambulatorial¹⁶. Aqueles critérios, fundamentais para assegurar o cuidado neonatal, excepcionalmente serão preenchidos antes de 24 horas para a quase totalidade das situações clínicas em virtude das grandes variações regionais de acesso qualificado ao pré-natal e modelo assistencial após a alta.

Fundamentado em evidências científicas disponíveis e no modelo de atenção perinatal implementado no Brasil, o Departamento Científico de Neonatologia da SBP, recomenda assegurar práticas clínicas pré-alta e a continuidade do cuidado hospitalar à atenção ambulatorial, como critérios de **ALTA HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDOS TERMO, POTENCIALMENTE SAUDÁVEIS**:

01. Garantir práticas de cuidado perinatal hospitalar efetivas, fundamentadas em protocolos clínicos consensuadas e adequados regio-

nalmente, e implementados de maneira singular, de acordo com a história clínica e evolução perinatal da mãe e do RN, resultados de testes de triagem universal e, avaliação de fatores de risco para condições assintomáticas^{17,19,21};

02. Monitorar e registrar, de acordo com protocolos clínicos e legislação, as condições da mãe e do RN no parto e nascimento, e evolução e definições clínicas no período pós-parto^{3,4,9,22};
03. Garantir a administração da Vitamina K e prevenção da oftalmia neonatal ao nascimento¹⁷, e vacina anti-hepatite B e aplicação do BCG ID²³;
04. Avaliar e documentar a presença de diurese e eliminação de mecônio, paralelamente ao monitoramento clínico durante a permanência hospitalar e antes da alta^{3,4,17};
05. Assegurar as triagens neonatais universais durante a permanência hospitalar: teste da oximetria de pulso, teste do reflexo vermelho, triagem auditiva e triagem biológica, todas regulamentadas em Portarias Ministeriais¹⁷;
06. Verificar a prática do aleitamento materno, por meio da observação das mamadas e aplicação do protocolo de Bristol para avaliar o frênulo lingual²⁴;
07. Definir o monitoramento clínico e/ou laboratorial do RN com risco ao nascer para desenvolvimento de sepse neonatal precoce, de acordo com as diretrizes para a prevenção da doença perinatal pelo Estreptococo do Grupo B. RN termo assintomáticos, com fatores de risco maternos para sepse precoce precisam ser observados ou serem submetidos a exames laboratoriais, de triagem ou diagnósticos, antes da alta hospitalar, na vigência das seguintes situações: RN de mãe colonizada pelo estreptococo B hemolítico do grupo B no pré-natal ou com resultado desconhecido; quadro clínico materno de corioamnionite, Infecção do Trato Urinário na gestação, bolsa rota maior

- que 18 horas antes do parto e ou sinais e sintomas isolados como febre materna. Quaisquer dessas situações demandam cuidados além dos recomendados para RN termo saudáveis²⁵;
08. Verificar o cartão de vacinas da mãe e os resultados de exames sorológicos para infecções crônicas perinatais, do grupo TORCH, lembrando que a maior parte dos RN doentes se apresenta assintomáticos ao nascimento. A sífilis, pela sua prevalência, precisa ser excluída antes da alta hospitalar, a partir dos exames sorológicos da gestante. A inclusão da IgM para toxoplasmose no teste do pezinho não dispensa a sorologia durante a gestação, abordagem necessária para reduzir as formas mais graves da infecção congênita²⁶;
 09. Observar a coordenação da sucção, deglutição e respiração enquanto o RN é amamentado, pelo menos por duas vezes, com sucesso. É importante verificar a "saciedade" do RN, pela presença de estado de alerta calmo e/ou sono após a mamada, sem sinais de exaustão ou esforço. O relato materno de dor ou fissura na mama aponta para técnica incorreta e demanda correção envolvendo principalmente posição da mãe e do RN. A presença de fissura mamilar acarreta postergar alta para prevenir desmame precoce. A Nota Técnica N° 25/2018, MS/SAS-DAPES/Coordenação da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, preconiza a adoção do Protocolo de Bristol e utilização do formulário de recomendação da UNICEF (anexo à NT), para avaliar a adequação e prática do aleitamento materno. A orientação e o apoio à amamentação, iniciando nas consultas de pré-natal, e posteriormente, implementando o contato pele a pele mãe-RN imediatamente ao nascimento e a amamentação na primeira hora de vida são ações fundamentais, de responsabilidade do pediatra e equipe assistencial, para prevenir desmame precoce, hiperbilirrubinemia, desnutrição e infecções, resultando em um número excessivo de mortes de crianças nos primeiros 5 anos de vida ou desencadeando agravos crônicos futuros na vida adulta^{15, 27};
 10. Documentar os sinais vitais da criança nos intervalos das mamadas, com variações dentro da normalidade e estáveis durante as 12 horas que antecedem a alta. Esses incluem temperatura axilar de 36,5°C a 37,4°C, medida corretamente e com roupas apropriadas; frequência respiratória abaixo de 60 incursões respiratórias por minuto e ausência de sinal de esforço respiratório; e frequência cardíaca de 100 a 160 batimentos por minuto (bpm) com o RN acordado. Frequências cardíacas mais baixas são aceitáveis se o neonato estiver dormindo, sem sinais de comprometimento circulatório e respondendo ativamente a estímulos, com pulsos centrais palpáveis e simétricos e perfusão vascular periférica adequada. Frequências cardíacas sustentadas próximas ao limite superior ou inferior exigem avaliação acurada e precisa^{3,9,19};
 11. Avaliar a adequação nutricional ao nascimento e durante a evolução nos primeiros dias de vida: peso ao nascer, comprimento e perímetro craniano precisam ser acurados para possibilitar o monitoramento do crescimento. O RN perde peso nos primeiros dias de vida, como parte do processo fisiológico pós-nascimento, e sua avaliação precisa ser abrangente, para prevenção do desmame precoce. Pode-se utilizar nomogramas disponíveis (<https://www.newbornweight.org>)^{28,29};
 12. Identificar os riscos e monitorar condições clínicas que demandam abordagem hospitalar da hiperbilirrubinemia, de acordo com a história perinatal (história clínica e familiar), exames laboratoriais (tipagem sanguínea, teste de Coombs, dosagem de bilirrubinas), gráficos de indicação de fototerapia e excepcionalmente exsanguineotransfusão, e o nomograma de Buthani para predição da evolução da icterícia na pré-alta. No plano de alta, é preciso especificar os sinais de alerta a serem monitorados na assistência ambulatorial. Hiperbilirrubinemia precisa ser acompanhada pelo pediatra até seu de-

saparecimento. Níveis altos e prolongados de bilirrubina levam ao quadro grave de encefalopatia bilirrubínica ou kernicterus, podendo evoluir para morte ou sequelas neurológicas graves. Na icterícia prolongada, após a primeira semana de vida, é obrigatória a exclusão de hiperbilirrubinemia direta, assegurando o diagnóstico precoce em casos de atresia biliar. O atraso no diagnóstico da atresia biliar podem resultar em óbito¹⁶. Antes da alta, orientar os pais para a verificação da cor das fezes, nas primeiras semanas de vida, de acordo com a Caderneta da Criança. Nos casos suspeitos, os pais devem levar a criança **imediatamente ao pediatra**;

13. Garantir a coleta de sangue capilar em papel filtro para a realização do teste de triagem neonatal biológica (teste do pezinho) entre 48 horas a cinco dias de vida - após, no mínimo, duas alimentações plenas, em nível hospitalar ou ambulatorial¹⁷;

Nota: Durante o período da pandemia por COVID-19, a recomendação é que a coleta seja realizada ainda na maternidade antes da alta hospitalar e a partir de 48 horas de vida, de acordo com a Nota Informativa N° 4/2020-CGSH/DAET/SAES/MS;

14. Construir o plano de cuidados à alta a partir da avaliação abrangente das condições de vulnerabilidade biopsicossocial da criança, mãe e família¹⁹;
15. Garantir o princípio da continuidade e abrangência do cuidado neonatal centrado na família com apoio da comunidade, no modelo em rede, coordenado pela APS, regulamentado na Portaria Ministerial N° 4.279, 30/dezembro/2010²¹;
16. Registrar a informação perinatal, nos módulos correspondentes, na Caderneta da Criança-MS-Brasil;
17. Avaliar a família, o ambiente e os fatores de risco social, como abuso de drogas ilícitas, alcoolismo, fumo, antecedentes de negligência com irmãos, violência doméstica e doença mental, doenças transmissíveis, suporte social e econômico insuficiente, ausência de residência fixa. Como para outros riscos,

retardar a alta quando esses fatores estiverem presentes, com apoio do serviço social e psicologia, até definir estratégias de integração com APS e serviços de apoio comunitário comunidade¹⁹;

18. Orientar a prevenção de onfalite nos cuidados com o cordão umbilical, de outras infecções no cuidado com a pele e região genital na troca das fraldas⁹;
19. Orientar a mãe, pais e família sobre a importância da continuidade da imunização na prevenção de infecções como uma das estratégias da puericultura²³;
20. Orientar o posicionamento supino para dormir "barriga para cima", mantendo o RN em um ambiente livre de fumo, na prevenção de síndrome de morte súbita. O RN deve dormir próximo dos pais, mas não compartilhando a mesma cama^{17,19};
21. Orientar aspectos de segurança infantil, como o uso de assento apropriado para o carro, que atenda ao padrão federal de segurança de veículo motorizado e que deverá estar disponível na saída do hospital¹⁷;
22. Devem ser feitos todos os esforços para que a mãe e o filho tenham alta simultaneamente^{3,4,15,19};
23. Agendar consulta ambulatorial com pediatra em 48 a 72 horas, após a alta, para reavaliação das condições clínicas e de saúde do RN e da mãe, e dar continuidade ao plano de cuidados na consulta do 5° dia. A equipe assistencial da maternidade deve participar da transição do cuidado, durante o período neonatal, no modelo de atenção em rede²¹.

O Departamento de Neonatologia da SBP chama a atenção ainda para o grupo de RN pré-termos tardios, com idade gestacional de 34 a 36 semanas, que podem apresentar peso ao nascer maior que 2500 gramas, recebem cuidados em alojamento conjunto com suas mães, no modelo de RN termo, mas se apresentam imaturos em vários aspectos fisiológicos, metabólicos e nutricionais, e portanto, não podem ser conduzidos como RN termo. Essas crianças apresentam risco

*maior para desenvolverem, hipotermia, imaturidade do drive respiratório, incoordenação sucção-deglutição-respiração, com consequentes episódios de apneia, aspiração e infecções.*³⁰

Durante a PANDEMIA COVID-19

Não existem evidências que justifiquem alterar os protocolos clínicos de alta hospitalar do RN termo potencialmente saudável durante a pandemia por SARS-CoV-2. Protocolos clínicos para abordagem de RN de mães saudáveis e das que apresentam a doença, enquanto hospitalizados, foram desenvolvidos pelos Departamentos Científicos de Neonatologia, Aleitamento Materno e Programa de Reanimação Neonatal, disponíveis no site da SBP. Os cuidados neonatais foram mantidos com readequação de fluxos assistenciais com foco nas medidas de proteção para mãe e RN saudáveis, e medidas de isolamento para mãe doente.

Conclusões

O tempo de permanência após o parto e nascimento é muito variável entre os países. Uma grande proporção de mulheres e RN permanece no hospital por período de tempo muito curto, insuficiente para os cuidados pós-natais adequa-

dos. É preciso assegurar que os hospitais-maternidades desenvolvam práticas clínicas efetivas e que as mães e RN permaneçam o tempo suficiente para se beneficiar delas. E que o componente da atenção perinatal hospitalar e ambulatorial, esteja integrados no modelo de atenção à saúde perinatal, em rede.

O melhor momento da alta hospitalar da mãe e do RN deve ser uma decisão construída ao longo do período de permanência hospitalar, pelo médico pediatra, obstetra e equipe multiprofissional e interdisciplinar, compartilhado com a mãe, o pai e a família, já iniciada anteriormente no pré-natal, quando o pediatra tem oportunidade de avaliar riscos. Os critérios para a alta incluem estabilidade fisiológica do RN e de sua mãe, prontidão e aptidão familiar para continuar os cuidados ao RN, agora em família, disponibilidade de redes de apoio social e acesso aos sistemas e recursos de saúde, após a alta.

As decisões sobre o planejamento da alta hospitalar neonatal devem ser tomadas levando-se em conta os fatores enumerados ao longo do texto.

O Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria alerta para os riscos da permanência hospitalar mãe-filho inferior a 48 horas após o nascimento, assegurando o cumprimento dos critérios mínimos aqui elencados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. CDC, Longer Hospital Stays For Childbirth. Page last reviewed: November 6, 2015. Disponível em <https://www.cdc.gov/nchs/data/hestat/hospbirth/hospbirth.htm> Acessado em 12 de junho de 2020
02. Campbell OMR, Cegolon L, Macleod D, Benova L (2016) Length of Stay After Childbirth in 92 Countries and Associated Factors in 30 Low- and Middle-Income Countries: Compilation of Reported Data and a Cross-sectional Analysis from Nationally Representative Surveys. *PLoS Med* 13(3): e1001972.
03. American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. In: Guidelines for Perinatal Care. 8th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2017.
04. American Academy of Pediatrics, Committee on Fetus and Newborn. Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants. *Pediatrics*. 2015;135(5): 948-953.
05. Dahlberg U, Haugan G, Aune I. Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery* 2016; 39:57-62.
06. Sénat MV, Sentilhes L, Battut A, et al. Post-partum: recommandations pour la pratique clinique — Texte court. Post-partum: Guidelines for clinical practice — Short text. *J G ynéc ol Obstét Biol Reprod*. 2015;44:1157-1166.
07. Rite Gracia S em representación del Comité de Estándares, de la Sociedad Española de Neonatología. Criterios de alta hospitalaria del recién nacido a término sano tras el parto. *An Pediatr (Barc)*. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.08.011>.
08. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Recommendations of maternal-health - Postnatal care up to 8 weeks after birth), 2015. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/chapter/Patient-centred-care> Acessado em 12 de junho de 2020.
09. WHO. Recommendations on Postnatal care of the mother and newborn; 2013. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf?ua=1. Acessado em 12 de junho de 2020.
10. Provincial Council for Maternal and Child Health, 2019. The Ontario Levels of Maternal and Newborn Care by Hospital. Disponível em: <https://www.pcmch.on.ca/wp-content/uploads/2019/11/LOC-Website-List-2019.pdf> Acessado em 12 de junho de 2020
11. Datar A, Sood N. Impact of postpartum hospital-stay legislation on newborn length of stay: Readmission, and mortality in California. *Pediatrics*. 2006; 118: 63-72.
12. Lee KS, Perlman M, Ballantyne M, et al. Association between duration of neonatal hospital stay and readmission rate. *J Pediatr*. 1995;127:758-66.
13. Lemyre B, Jefferies AL, O'Flaherty P. Facilitating discharge from hospital of the healthy term infant. *Paediatr Child Health* 2018;23(8):515-22.
14. Brown S, Small R, Argus B, et al. Early postnatal discharge from hospital for healthy mothers and term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2002 (3): CD 002958; DOI: 10.1002/14651858.
15. WHO. National Implementation of the Baby-friendly Hospital Initiative, 2017. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
16. SBP - Departamento Científico de Neonatologia: Ictericia no recém-nascido com idade gestacional maior ou igual a 35 semanas, 2012 Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/2015/02/Ictericia_sem-DeptoNeoSBP-11nov12.pdf Acessado em 12 de junho de 2020.
17. Ministério da Saúde (BR). Portaria Nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. *Diário Oficial da União*. 24 out 2016;Seção 1:120.
18. Lain SJ, Roberts CL, Bowen JR, et al. Early discharge of infants and risk of readmission for jaundice. *Pediatrics* 2015;135(2):314-321.
19. Hagan JF; ShaW JS; Duncan PM (eds). *Newborn Visit In: Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*. 4th ed. Elk Grove Village, IL: AAP, 2017
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção da triagem auditiva neonatal. Brasília DF 2012
21. SBP. Departamento Científico de Neonatologia. Documento Científico: Nascimento Seguro, Nº 3, abril 2018. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Neonatologia_-_20880b-DC_-_Nascimento_seguro__003_.pdf Acessado em 12 de junho de 2020.
22. FIGO COMMITTEE REPORT Best practice in maternal-fetal medicine FIGO Working Group on Best Practice in Maternal-Fetal Medicine. *Int J Gynecol Obst*. 2015;128:80-82
23. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Calendário de vacinação SBP 2020. Recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22268g-DocCient-Calendario_Vacinacao_2020.pdf Acessado em 12 de junho de 2020.

24. Nota Técnica N° 25/2018, MS/SAS-DAPES/Coordenação da Saúde da Criança e Aleitamento Materno, preconiza a adoção do Protocolo de Bristol e utilização do formulário de recomendação da UNICEF (anexo à NT)
25. Puopolo K, Madoff LC, Eichenwald EC. Early-Onset Group B Streptococcal Disease in the Era of Maternal Screening. *Pediatrics*. 2005;115(5):1240-46.
26. SBP. Departamento Científico de Neonatologia: Toxoplasmose Congênita, 2020. Documento atualizado *in press*.
27. França EB, Lansky S, Rego MAS, et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev bras epidemiol [online]*. 2017;20(1):46-60.
28. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, et al. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics*. 2015;135(1):e16-e23.
29. Bertini G, Breschi R, Dani C. Physiological weight loss chart helps to identify high-risk infants who need breastfeeding support. *Acta Pædiatrica* 2015;104:1024-1027
30. Tomashek KM, Shapiro-Mendoza CK, Weiss J, et al. Early discharge among late preterm and term newborns and risk of neonatal morbidity. *Sem Perinatol*. 2006;30:61-8.



Diretoria

Triênio 2019/2021

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2º DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Hoineff (RJ)

3º DIRETORIA FINANCEIRA:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

SUDESTE:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Isabel Rey Madeira (RJ)

SUL:
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

CENTRO-OESTE:
Regina Maria Santos Marques (GO)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Lopes Miranda (SP)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darcí Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virginia Weffort (MG)
Themis Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)
Kerstin Taniguchi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:
Hélio Villça Simões (RJ)

MEMBROS:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Flavia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valetre (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sívio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA

COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)
João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

COORDENAÇÃO:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Aneisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

COORDENAÇÃO:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cláudia Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Marcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)

MEMBROS:
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Prociányo (RS)

MEMBROS:
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)

Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)
Sívio da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)
Joel Alves Lamounier (MG)

EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejkar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luísa Ceraglio Oliveira (SP)
Tullio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sívio da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RJ)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luís Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Airimerly Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
Adelma Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Freddo dos Santos (PR)

GRUPOS DE TRABALHO

DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

COORDENAÇÃO:
João Paulo Becker Lotufo (SP)

MEMBROS:
Evelyn Eisenstein (RJ)
Alberto Araújo (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Nivaldo Sereno de Noronha Junior (RN)
Suzana Maria Ramos Costa (PE)
Iolanda Nowadski (PR)
Beatriz Bagatin Bermudez (PR)
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Carlos Eduardo Reis da Silva (MG)
Paulo César Pinho Ribeiro (MG)
Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)
Ana Maria Guimarães Alves (GO)
Camila dos Santos Salomão (AP)

DOENÇAS RARAS

COORDENAÇÃO:
Salmô Raskin (PR)

MEMBROS:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Ana Maria Martins (SP)
Claudio Cordovil (RJ)
Lavinia Schuler Faccini (RS)

ATIVIDADE FÍSICA

COORDENAÇÃO:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

MEMBROS:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)
Dirceu Solé (SP)

METODOLOGIA CIENTÍFICA

COORDENAÇÃO:
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

MEMBROS:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

PEDIATRIA E HUMANIDADE

COORDENAÇÃO:
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
João de Melo Régis Filho (PE)
Dilza Teresinha Ambros Ribeiro (AC)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

CRIANÇA, ADOLESCENTE E NATUREZA

COORDENAÇÃO:
Lais Fleury (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Daniel Becker (RJ)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:

COORDENAÇÃO:
Fábio Eizenbaum (SP)

MEMBROS:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Galton Carvalho Vasconcelos (MG)
Julia Dutra Rossetto (RJ)
Luísa Moreira Hopker (PR)
Rosa Maria Graziano (SP)
Celia Regina Nakanami (SP)

SAÚDE MENTAL

COORDENAÇÃO:
Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida (RJ)

MEMBROS:
Daniele Wanderley (BA)
Vera Lucia Afonso Ferrari (SP)
Rossano Cabral Lima (RJ)
Gabriela Judith Grenzel (RJ)
Cacy Dunshee de Abbranches (RJ)
Adriana Rocha Brito (RJ)

MUSEU DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Rubem Couto (MT)

MEMBROS:
SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA:
Ana Isabel Coelho Montero

SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA:
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA:
Elena Marta Amaral dos Santos

SOCIEDADE AMAPEENSE DE PEDIATRIA:
Rosenilda Rosete de Barros

SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:
Dolores Fernandez Fernandez

SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA:
Anamaria Cavalcante e Silva

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL:
Dennis Alexander Rabelo Burns

SOCIEDADE ESPRITOSANTENSE DE PEDIATRIA:
Roberta Paranhos Fragoso

SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:
Marise Helena Cardoso Tófoli

SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO:
Maryneia Silva do Vale

SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA:
Marisa Lages Ribeiro

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL:
Carmen Lucia de Almeida Santos

SOCIEDADE MATOGROSENSE DE PEDIATRIA:
Mohamed Kassen Omais

SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:
Vilma Francisca Hubim Gondim de Souza

SOCIEDADE PARAHIBANA DE PEDIATRIA:
Leonardo Cabral Cavalcante

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO:
Katia Galeão Brandt

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ:
Aneisia Coelho de Andrade

SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:
Kerstin Taniguchi Abagge

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:
Katia Telles Nogueira

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE:
Katia Correia Lima

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA:
José Roberto Vasques de Miranda

SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA:
Adelma Alves de Figueiredo

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL:
Sérgio Luis Amantéa

SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA:
Rosamaria Medeiros e Silva

SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA:
Ana Jovina Barreto Bispo

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO:
Sulim Abramovici

SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA:
Elaine Carneiro Lot

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
Cláudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sérgio Antônio Bastos Sarubbo (SP)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADÊMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)