



## Documento Científico

Departamentos Científicos de  
Dermatologia e Neonatologia (2019-2021)

# Atualização sobre os Cuidados com a Pele do Recém-Nascido

### Departamento Científico de Dermatologia

**Presidente:** Vânia Oliveira de Carvalho

**Secretária:** Ana Maria Mosca de Cerqueira

**Conselho Científico:** Ana Elisa Kiszewski Bau, Gleide Maria Gatto Bragança, Jandrei Rogério Markus, Marice Emanuela El Achkar Mello, Matilde Campos Carrera

**Colaboradores:** Izabella Rodrigues Reis Gomes, Iwyna França S. G. Vial, Janine Horsth Silva, Mayke Fabricia Steinbach

### Departamento Científico de Neonatologia

**Presidente:** Maria Albertina Santiago Rego

**Secretária:** Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

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

## Introdução

A pele é o maior órgão do corpo, responsável por várias funções, cuja principal é atuar como barreira, evitando a desidratação, a absorção de substâncias nocivas e a invasão de microrganismos. A pele do recém-nascido (RN) exerce função importante na transição do ambiente líquido em que se encontrava para condições aeróbicas extrauterinas, e amadurece gradualmente ao longo da infância<sup>1</sup>.

A pele é composta basicamente por três camadas: estrato córneo, epiderme e derme. A camada superior, o estrato córneo, é a principal responsável pela função de barreira e, na criança até 24 meses, ela é aproximadamente 30% mais fina do que no adulto<sup>2</sup>, tornando a pele infantil mais susceptível à penetração de irritantes, alérgenos e infecções.

Durante os primeiros meses de vida, os cuidados com a pele são fundamentais, a fim de manter a integridade da barreira cutânea e garantir seu desenvolvimento saudável.

Este documento, elaborado pelos departamentos científicos de dermatologia e neonatologia da SBP, aborda as mais recentes recomendações, baseadas em evidências científicas, sobre os cuidados com a pele durante o período neonatal.

## Vérnix caseoso

Durante o último trimestre da gestação, o feto é recoberto por um biofilme protetor conhecido como vérnix caseoso. É uma substância esbranquiçada, formada pela combinação de secreções provenientes das glândulas sebáceas, células da pele descamadas e fios de lanugo<sup>1</sup>. É mais abundante no RN a termo, escasso no pós-termo e quase ausente nos prematuros, desaparecendo em poucos dias após o nascimento<sup>3</sup>.

O vérnix forma uma película impermeável com o objetivo de permitir a maturação adequada da pele<sup>3</sup>, protegendo-a contra o líquido amniótico e suas enzimas, além de fornecer benefícios antibacterianos e antioxidantes<sup>1</sup>. Atua também como lubrificante no canal do parto<sup>3</sup>, facilita a redução do pH cutâneo e diminui a perda transepidermica de água (*transepidermal water loss - TEWL*)<sup>4</sup>.

A retenção do vérnix após o nascimento determina maior hidratação da pele, maior proteção contra microrganismos patogênicos, já que proporciona um menor pH (mais fisiológico), e reduz o eritema<sup>5</sup>. Dessa forma, devido às suas propriedades protetoras, o vérnix não deve ser removido nas primeiras horas de vida, exceto quando houver risco de transmissão de doenças maternas<sup>1,3-5</sup>.

## Primeiro banho

Idealmente, o primeiro banho do RN deve ser adiado até que a estabilidade térmica seja alcançada<sup>1,4,6</sup>. A Organização Mundial de Saúde (OMS)

recomenda que o primeiro banho seja realizado após 24 horas do nascimento ou, se isso não for possível por razões culturais, que seja adiado por pelo menos 6 horas<sup>7</sup>.

O banho precoce deve ser desencorajado, pois interrompe desnecessariamente a amamentação e o contato pele a pele da mãe com o RN, além de aumentar o risco de hipotermia e desconforto respiratório<sup>6</sup>. No entanto, para crianças nascidas de mães soropositivas para o HIV, o primeiro banho deve ser realizado o mais precocemente possível, na tentativa de reduzir o risco de transmissão da doença<sup>8</sup>.

O banho de imersão é o mais indicado, pois promove menor perda de calor e maior conforto ao bebê<sup>1,3,9</sup>. Deve durar de 5 a 10 minutos, com a temperatura da água entre 37°C e 37,5°C<sup>6</sup>, sendo sempre cuidadosamente medida<sup>9</sup>. Pode ser diário, mas também pode ser realizado 2 a 3 vezes por semana<sup>6</sup>, desde que se higienize as pregas, cordão umbilical e área de fraldas<sup>3</sup>, respeitando os hábitos culturais de cada família.

Manter o RN enrolado em uma fralda de pano durante a imersão na água, desenrolando-o lentamente para realizar a higiene, é uma opção agradável, que mantém a estabilidade térmica e reduz o possível estresse do momento.

Devem ser usados produtos de limpeza suaves, destinados à pele do bebê, que não alterem significativamente o pH fisiológico ácido da pele, a *TEWL* ou a hidratação do estrato córneo, deixando o vérnix o mais intacto possível<sup>4</sup>. Logo após o banho, a pele deve ser gentilmente seca com uma toalha macia e limpa<sup>3,9</sup>.

## Sabonetes

Sabe-se que o potencial hidrogeniônico (pH) ligeiramente ácido da pele é um importante fator de proteção contra microrganismos, sendo essencial para a maturação da barreira epidérmica e para os processos de reparação<sup>10</sup>. O uso de sabonetes adequados permite manter as ca-

racterísticas da barreira cutânea. São sabonetes que não alteram o pH normal da pele (entre 4,2 a 5,6)<sup>3</sup>, removem a sujeira e os detritos de maneira mais eficiente que a água sozinha e preservam o microbioma residente da pele<sup>1,3</sup>.

Um bom produto de limpeza para os RN deve ter pH aproximado de 5,5 e algum tampão com capacidade de mantê-lo próximo a isso. Os sabonetes tradicionais para adultos, em barra, têm pH alcalino, que altera a camada lipídica da pele, eleva o pH, causando ressecamento e irritação cutânea<sup>1,10</sup>. Os sindets (detergentes sintéticos) são produtos de limpeza, formulados a partir de tensoativos sintéticos que têm bom efeito detergente, pH neutro ou ligeiramente ácido, com menor poder irritativo<sup>3,10</sup>.

Estudo realizado no Brasil<sup>10</sup> avaliou o pH dos sabonetes infantis, antibacterianos e sindets, disponíveis para o banho infantil no mercado nacional, e concluiu que o pH variou, consideravelmente, entre as formas líquida e em barra. Os menores pHs foram encontrados nos sabonetes líquidos (de 4,4 a 7,9) ( $p < 0,05$ ). Os sindets tiveram pHs próximos ao ideal (levemente ácidos) e os antibacterianos apresentaram os maiores pHs (até 11,34) ( $p < 0,05$ ). Apenas dois entre os sabonetes analisados apresentavam no rótulo a indicação do pH. Portanto, os sabonetes líquidos infantis, e especialmente os sindets, são os mais recomendados para uso na pele sensível do RN e lactentes, de forma a garantir a eficácia da barreira cutânea<sup>10</sup>.

## Hidratantes

Os hidratantes são substâncias ricas em lipídios que, além de melhorar o aspecto da pele, influenciam na homeostase do estrato córneo, prevenindo a *TEWL*. São formados por vários componentes, como os umectantes (ex.: ureia, glicerina, ácido hialurônico, propilenoglicol, lactato de amônio), agentes oclusivos (vaselina), óleos, emulsificantes, princípios ativos, água, conservantes, perfumes e corantes<sup>3</sup>.

Estão associados à melhora do ressecamento da pele, prurido e função de barreira cutânea<sup>9</sup>. São classificados como loções e cremes, a depender principalmente da consistência e finalidade a que se destinam.

O produto ideal conserva a água na camada córnea, por meio de ingredientes higroscópicos (umectantes) e oclusivos, promove a restauração da barreira cutânea com ativos reparadores e, possui efeito emoliente para preencher os espaços entre os corneócitos<sup>3,11</sup>. Sua escolha deve ser criteriosa para minimizar o risco de irritação. Idealmente, os hidratantes para pele de lactentes devem conter aditivos limitados (por exemplo, sem perfume e com bons conservantes)<sup>1</sup>. Produtos contendo lauril sulfato de sódio (LSS), um emulsificante comumente usado, devem ser evitados, pois podem afetar adversamente a função de barreira cutânea<sup>1,6</sup>.

Quando necessário, os hidratantes podem ser utilizados, mesmo no período neonatal, de preferência após o banho, diariamente ou pelo menos três vezes na semana<sup>6</sup>.

A aplicação deve ser cuidadosa, evitando o acúmulo do produto nas dobras, o que poderia dificultar a transpiração e levar à colonização bacteriana. Se houver acne neonatal, a aplicação de emolientes na área afetada é contraindicada, para que se evite a oclusão folicular e, consequentemente, o agravamento desta condição<sup>6</sup>.

## Óleos naturais

Os óleos são emolientes que fazem uma camada na superfície cutânea, retendo água nela contida<sup>9</sup>, com pouco poder de hidratação quando utilizados de forma isolada. São indicados como coadjuvantes durante o banho e para facilitar as massagens. Pesquisas sugerem que a massagem infantil, particularmente quando um lubrificante é usado, tem efeitos benéficos, incluindo melhora da icterícia neonatal e ganho de peso<sup>6</sup>.

É sabido que alguns óleos naturais possuem potencial calmante, atividade antimicrobiana, anti-inflamatória, hidratam, suavizam e diminuem irritações cutâneas<sup>9</sup>, entretanto, é necessário cautela em seu uso. Os óleos são quimicamente heterogêneos e ainda pouco estudados<sup>4</sup>.

As diferentes proporções de ácidos graxos essenciais são os principais determinantes dos benefícios dos óleos naturais na reparação da barreira cutânea. Os óleos com maior proporção de ácido linoleico, como o óleo de girassol, têm melhor potencial de reparo, enquanto os óleos com quantidades maiores de ácido oleico, como o óleo de oliva, são irritantes e podem ser prejudiciais à pele<sup>9,12,13</sup>. Além do óleo/azeite de oliva ser irritante para a pele, ele é um substrato que favorece o crescimento da levedura *Malassezia spp.*, o que pode gerar ou exacerbar condições de pele associadas à colonização pela levedura, como dermatite seborreica e pustulose cefálica neonatal<sup>4</sup>.

Há poucos dados disponíveis sobre o impacto do óleo de coco na estrutura e função da pele neonatal. No entanto, estudo randomizado, demonstrou melhora da função de barreira, com redução significativa da TEWL em prematuros tratados com óleo de coco, duas vezes ao dia durante a primeira semana de vida<sup>14</sup>.

## Coto umbilical

As infecções pós-parto continuam sendo a principal causa de morbimortalidade neonatal em todo o mundo. O cordão umbilical pode ser uma porta de entrada para bactérias patogênicas invasivas, visto que, após o nascimento, o coto desvitalizado é substrato ideal para o crescimento bacteriano, além de fornecer acesso direto à corrente sanguínea do neonato<sup>15</sup>.

A colonização bacteriana do cordão pode levar à onfalite, tromboflebite, celulite, fasciíte necrosante e tétano. A incidência destas complicações varia a depender das práticas pré-natais e

perinatais, das diferenças culturais nos cuidados com o cordão umbilical e do local de parto, se no domicílio ou no hospital. Em países com recursos limitados, o risco de onfalite é seis vezes maior nos bebês nascidos no domicílio do que nos que nascem em ambiente hospitalar<sup>15</sup>.

Estes diferentes contextos resultaram em distintas recomendações da OMS, que dependem da qualidade do atendimento no parto e no período pós-natal<sup>7,15</sup>. Para bebês nascidos em ambiente hospitalar ou em locais de baixa mortalidade neonatal, a recomendação é que o coto umbilical seja mantido apenas limpo e seco<sup>7</sup>. O uso tópico de antissépticos, como clorexidina ou álcool 70% não é necessário, pois não reduzem, significativamente, o risco de onfalite, que já é baixo nestes ambientes, e estão associados a complicações raras, como atraso na queda do coto e necrose de pele<sup>16-19</sup>. Para RN em ambientes de alta mortalidade neonatal (taxa de mortalidade neonatal > 30 por 1000 nascidos vivos) ou de partos domiciliares, em que não são utilizados materiais estéreis no clameamento e corte do cordão, a aplicação de solução ou gel de clorexidina (4%), uma vez ao dia, na primeira semana de vida é recomendada<sup>7,15</sup>.

Diante das evidências científicas atuais e da diversidade do território brasileiro, cabe ao pediatra assistente avaliar cada contexto, individualizando a orientação de usar ou não o antisséptico no cuidado com o coto umbilical.

Além disso, a higiene adequada das mãos do cuidador antes de manipular o RN, a troca frequente das fraldas, mantendo-a dobrada abaixo do coto para expô-lo ao ar, são medidas adicionais na prevenção de infecções e são orientações mandatórias para as mães nas maternidades.

## Área de fralda

O ambiente oclusivo da área de fralda favorece à interação complexa de fatores potencialmente prejudiciais à pele. Hidratação excessiva,

atrito, exposição frequente e prolongada à urina e fezes (que contêm proteases e lipases sensíveis ao pH), aumento do pH e alterações no microbioma são condições que violam a integridade cutânea, favorecendo o surgimento de lesões nesta região<sup>20-22</sup>.

A dermatite da área das fraldas é uma condição inflamatória aguda, caracterizada por eritema, pápulas e pústulas na área coberta pelas fraldas, que causa desconforto para os bebês e ansiedade para os cuidadores. É uma forma não alérgica de dermatite de contato denominada de dermatite por irritante primário. Não é comum no período neonatal imediato, porém sua incidência aumenta a partir do primeiro mês<sup>9</sup> e estima-se que, até os dois anos de idade, a maioria das crianças apresentarão esta dermatose<sup>23</sup>.

Dessa forma, a chave para a eficiência no controle da dermatite da área de fralda está na sua prevenção. A troca frequente das fraldas, a limpeza suave, a exposição da pele ao ar e a aplicação de cremes de barreira são medidas que devem ser adotadas, na tentativa de reduzir o dano à barreira cutânea<sup>16,20,21,24</sup>.

A constante inovação no desenvolvimento das fraldas descartáveis aumentou a capacidade e a velocidade de absorção que estas exercem sobre a urina e as fezes, para minimizar danos à pele infantil. As fraldas descartáveis, portanto, mantêm a pele mais seca e determinam um pH cutâneo mais próximo ao ideal quando utilizadas da forma correta<sup>25</sup>.

A limpeza suave da região das fraldas com água e algodão geralmente é suficiente<sup>4</sup>. Na presença de fezes, um sabonete líquido infantil facilita a higiene adequada. Lenços umedecidos podem ser uma alternativa, desde que contenham tampões de pH para manter uma leve acidez da pele e estejam livres de substâncias potencialmente irritantes, como álcool, fragrâncias, óleos essenciais, sabão e detergentes agressivos (por exemplo, lauril sulfato de sódio). Além disso, devem conter conservantes bem tolerados<sup>6</sup>.

O produto de barreira ideal deve formar um filme semipermeável sobre a pele sã ou danificada, possibilitando sua autorregeneração, funcionar como um escudo físico entre a pele e os irritantes, não ser removido pelas fezes, permanecendo onde foi aplicado, e ser de fácil limpeza, com mínima fricção<sup>26</sup>. Os cremes de barreira, à base de óxido de zinco ou petrolato, são exemplos desses produtos. Recomenda-se que seja aplicado após cada troca<sup>1</sup>, em uma camada que cubra as áreas passíveis de lesão, não sendo necessária sua remoção completa nas trocas subsequentes, se não houver resíduos de fezes<sup>21</sup>.

Estudo recente comparou a prevalência e a gravidade da dermatite de fralda em 1971 bebês e crianças de três países, China, Estados Unidos e Alemanha, analisando as práticas de cuidados com a pele entre os cuidadores<sup>20</sup>. Em geral, a prevalência da dermatite foi significativamente menor em bebês na China, intermediária nos EUA e mais alta na Alemanha. A menor taxa de dermatite de fralda observada na China foi associada a menores valores pH e de *TEWL*, além de menor umidade relativa na fralda. Os cuidadores chineses utilizaram mais produtos tópicos profiláticos (creme de barreira), realizavam uma limpeza mais efetiva após cada evacuação e os bebês chineses eram trocados com mais frequência no período noturno. Esses dados sugerem que as medidas implementadas para higiene, incluindo o uso profilático de cremes de barreira, a limpeza completa após as evacuações e o intervalo menor entre as trocas de fralda no período noturno, estão associados à menor incidência de dermatite de fraldas.

## Banho de sol

Os lactentes e RN possuem camada epidérmica mais fina e menor produção de melanina e, por isso, são mais suscetíveis aos danos da radiação ultravioleta à pele. A exposição excessiva ao sol na primeira infância está associada ao aumento do risco de câncer de pele no futuro<sup>4</sup>.

Reconhecidamente, a exposição solar é a principal fonte de vitamina D, porém, a exposição intencional e desprotegida, com o objetivo de suplementar a vitamina, não é recomendada<sup>27,28</sup>. A suplementação de vitamina D é recomendada no Brasil para todo RN a termo, desde a primeira semana de vida até os dois anos de idade<sup>29</sup>.

Em relação à icterícia neonatal, o banho de sol é contraindicado como medida terapêutica. A fototerapia, usando luz de comprimentos de onda e doses específicas, é considerada uma intervenção segura e eficaz para reduzir a hiperbilirrubinemia<sup>30</sup>. A faixa azul é o comprimento de onda ideal para a fotoisomerização da molécula de bilirrubina<sup>25</sup>. Embora a luz solar inclua a faixa efetiva de comprimento de onda da luz azul, ela também contém a faixa prejudicial de luz ultravioleta, que aumenta o risco de queimaduras solares e de malignidades na pele<sup>27,30</sup>.

É importante reforçar que, tanto a Academia Americana de Pediatria quanto a Sociedade Brasileira de Pediatria, orientam evitar a exposição direta ao sol em crianças abaixo de seis meses, devendo utilizar protetores mecânicos como sombrinhas, guarda-sóis, bonés e roupas de proteção<sup>27,31</sup>.

Entre seis meses e dois anos de vida, o uso de filtros solares físicos/minerais deve ser incentivado<sup>27</sup>. A designação de filtro solar "mineral" vem descrita na embalagem do produto.

É aceitável o uso, nesta faixa etária, de produtos que contenham uma combinação de filtros físicos e químicos, normalmente designados como "baby". Os filtros "infantis" podem ser utilizados a partir dos 2 anos de vida.

## Unhas

As unhas dos RN devem ser mantidas limpas e curtas, a fim de evitar possíveis escoriações<sup>9,32</sup>.

O corte em linha reta, com pouca profundidade, como demonstrado na figura 1, é o mais adequado. O corte convexo da placa ungueal é impróprio, sendo a causa mais comum da onicocriptose (unha encravada)<sup>33</sup>.

Como a unha do lactente tende a ser mais fina, além de poder sobrar arestas e irregularidades em sua porção distal, passíveis de prender nos tecidos, o uso de polidor de unhas (lixas suaves), delicadamente, pode ser indicado para minimizar este problema.

O cuidador deve ser orientado que nos lactentes, o hiponíquio (região abaixo da unha), pode ser mais aderido à unha em sua porção distal, para evitar acidentes durante o corte das unhas.

Figura 1. Corte adequado das unhas



## Cabelos

O cuidado com couro cabeludo e com os cabelos dos recém-nascidos segue os mesmos princípios de cuidado com a pele, podendo ser utilizado o mesmo produto<sup>9</sup>.

Os xampus infantis são distintos por terem índice de irritação ocular baixo, além de pH e concentração salina semelhantes aos da lágrima<sup>9</sup>. Seu uso nos lactentes é uma questão de preferência pessoal ou cultural. Deve-se optar por produtos que sejam suaves tanto para pele quanto para os olhos e que não sejam irritantes<sup>34</sup>.

## Cuidados com o uso de produtos tópicos no recém-nascido

Nesta faixa etária, devido à maior fragilidade cutânea, devemos estar atentos à possibilidade de absorção percutânea dos produtos de uso tópico e sua relação com riscos de toxicidade (tabela 1)<sup>9</sup>.

Somente devem ser utilizados produtos licenciados, com preservativos adequados.

Para manusear os produtos de uso tópico, o cuidador deve ser orientado a:

- higienizar bem as mãos antes;
- evitar o contato direto com a abertura do frasco;
- em embalagens maiores, usar uma colher limpa ou espátula para retirar o produto, não colocando a mão dentro do frasco<sup>9</sup>.

**Tabela 1.** Alguns exemplos de produtos de uso tópico e os riscos relacionados à toxicidade por absorção percutânea.

Composto	Produto	Toxicidade
Álcool	Antisséptico tópico	Necrose cutânea, elevação do nível sérico de álcool
Benzocaína	Anestésico de mucosas	Metahemoglobinemia
Ácido bórico	Talco, cremes de barreira	Vômitos, diarreia, convulsões, eritrodermia, morte
Corticosteroides	Anti-inflamatório tópico	Atrofia cutânea, estrias, supressão adrenal
<i>N</i> -dimethyl- <i>m</i> -toluamide (DEET)	Repelente de insetos	Neurotoxicidade
Neomicina	Antibiótico tópico	Surdez neurológica
Compostos fenólicos	Desinfetantes de limpeza, Antisséptico tópico	Neurotoxicidade, taquicardia, acidose metabólica, metemoglobinemia, morte
Iodopovidona	Antisséptico tópico	Hipotireoidismo
Ácido salicílico	Emoliente queratolítico	Acidose metabólica, salicilismo
Sulfadiazina de prata	Antibiótico tópico	<i>Kernicterus</i> , agralunocitose, argiria
Tacrolimo	Imunomodulador tópico	Elevação níveis séricos deste imunossupressor
Ureia	Emoliente queratolítico	Uremia

Adaptado de Eichenfield LF, et al.<sup>9</sup>

O quadro 1 apresenta um resumo das recomendações para os cuidados com a pele do RN contidas neste documento.

## Particularidades no cuidado da pele do prematuro

Os cuidados com a pele neonatal, descritos acima, enfatizam as questões relativas a bebês saudáveis, nascidos a termo. Aqueles que nascem prematuramente, em especial os muito prematuros e prematuros extremos, demandam abordagens específicas para a manutenção da barreira cutânea.

A pele de bebês prematuros é imatura e ineficaz como barreira epidérmica. O estrado córneo, responsável por esta função, não se torna maduro até 32 a 34 semanas de gestação<sup>35</sup>. Dessa forma, existe uma relação exponencial inversa entre a *TEWL* e a idade gestacional<sup>36</sup>. A *TEWL* é 15 vezes maior em bebês nascidos com 25 semanas de gestação do que em recém-nascidos termos<sup>37</sup>. A maioria dos bebês prematuros pode, então, perder até 13% de seu peso corporal como *TEWL*, mesmo em um ambiente com umidade de 50%<sup>38</sup>.

Inúmeras intervenções estão disponíveis para melhorar a barreira da pele mais vulnerável

dos RN pré-termo. Os envoltórios plásticos reduzem a incidência de hipotermia, enquanto curativos adesivos semipermeáveis e transparentes melhoram a qualidade da pele e diminuem a incidência de alterações hidroeletrólíticas<sup>39</sup>.

Outras estratégias terapêuticas para facilitar o desenvolvimento normal da barreira cutânea, incluem a aplicação tópica de lipídios não fisiológicos ou curativos tópicos<sup>14,39</sup>. Os emolientes diminuem a perda de calor<sup>38</sup>, melhorando a condição da pele e o equilíbrio hídrico<sup>14</sup>. O óleo de coco pode ser uma estratégia eficaz no cuidado da pele de prematuros nos países em desenvolvimento<sup>14</sup>.

Também nestes países, o óleo de girassol parece reduzir a incidência de infecções cutâneas nesta população. Nos países desenvolvidos, estudos indicam que a pomada tópica de petrolato aumenta o risco de candidemia e infecção por *Staphylococcus* coagulase-negativa nos prematuros, talvez por criar um meio semelhante aos curativos oclusivos<sup>39</sup>.

Em relação ao banho, observa-se que o de banheira causa menos variabilidade da temperatura corporal do que o banho de esponja, e deve ser realizado uma vez a cada quatro dias, pois essa periodicidade não aumenta a colonização bacteriana da pele. Para bebês prematuros com cateteres, clorexidina é eficaz na prevenção da colonização dos mesmos<sup>39</sup>.

**Quadro 1.** Resumo das recomendações de cuidados com a pele do recém-nascido

- O vérnix não deve ser removido nas primeiras horas de vida;
- O primeiro banho deve ser realizado após 24 horas do nascimento ou, ser adiado pelo tempo mínimo de 6 horas, quando não houver indicação formal de banho precoce;
- Os sabonetes líquidos infantis, e especialmente os sindets, são os mais recomendados para recém-nascidos e lactentes;
- Quando necessário os hidratantes podem ser utilizados, mesmo no período neonatal, de preferência após o banho, diariamente ou pelo menos três vezes na semana;
- Óleos naturais possuem potencial calmante, atividade antimicrobiana, anti-inflamatória, hidratam, suavizam e diminuem irritações cutâneas, entretanto, é necessário cautela com sua escolha;
- Em partos hospitalares ou em locais de baixa mortalidade neonatal, a recomendação é que o coto umbilical seja mantido apenas limpo e seco. O uso tópico de antissépticos não é necessário;
- A chave para o controle da dermatite da área de fralda está na sua prevenção: a troca frequente das fraldas, a limpeza suave, a exposição da pele ao ar e a aplicação de cremes de barreira são medidas que devem ser adotadas;
- Evitar a exposição direta ao sol em crianças abaixo de 6 meses. Após os 6 meses de idade, o uso de filtros solares minerais deve ser incentivado;
- As unhas devem ser mantidas limpas e curtas, e o corte feito em linha reta;
- O xampu não é essencial para o couro cabeludo, é uma questão de preferência pessoal ou cultural.
- Atenção à possibilidade de absorção percutânea dos produtos de uso tópico, com riscos de toxicidade.
- A função de barreira da pele do recém-nascido pré-termo está significativamente comprometida, o que demanda cuidados específicos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Albahrani Y, Hunt R. Newborn Skin Care. *Pediatr Ann.* 2019;48(1):e11-e15.
02. Stamatias GN, Nikolovski J, Luedtke MA, Kollias N, Wiegand BC. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatr Dermatol.* 2010;27(2):125-131.
03. Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso de cuidado com a pele do recém-nascido. Departamento de Dermatologia. Rio de Janeiro: SBP; 2015.
04. Johnson E, Hunt R. Infant skin care: updates and recommendations. *Curr Opin Pediatr.* 2019;31(4):476-481.
05. Visscher MO, Narendran V, Pickens WL, et al. Vernix caseosa in neonatal adaptation. *J Perinatol.* 2005;25(7):440-446.
06. Blume-Peytavi U, Lavender T, Jenerowicz D, et al. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. *Pediatr Dermatol.* 2016;33(3):311-321.
07. Organização Mundial de Saúde. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. Geneva: OMS; 2017.
08. Committee on Infectious Disease, American Academy of Pediatrics. Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases. 31<sup>st</sup> ed.
09. Danby S. G, et al. Neonatal Skin Care and Toxicology. In: Eichenfield LF, et al. Neonatal and Infant Dermatology. 3<sup>rd</sup> ed. Elsevier; 2016;46-56.
10. Mendes BR, Shimabukuro DM, Uber M, et al. Critical assessment of the pH of children's soap. *J Pediatr (Rio J).* 2016; 92:290-5.
11. Lee C, Bajor J, Moaddel T, et al. Principles of Moisturizer Product Design. *J Drugs Dermatol.* 2019;18(1s):s89-s95.
12. Vaughn AR, Clark AK, Sivamani RK, et al. Natural Oils for Skin-Barrier Repair: Ancient Compounds Now Backed by Modern Science. *Am J Clin Dermatol.* 2018;19(1):103-117.
13. Karagounis, TK, Gittler, JK, Rotemberg, V, et al. Use of "natural" oils for moisturization: Review of olive, coconut, and sunflower seed oil. *Pediatr Dermatol.* 2019;36:9-15.
14. Nangia S, Paul VK, Deorari AK, et al. Topical oil application and transepidermal water loss in preterm very low birth weight infants-a randomized trial. *J Trop Pediatr.* 2015;61: 414-420.
15. Stewart D, Benitz W; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Umbilical Cord Care in the Newborn Infant. *Pediatrics.* 2016;138(3):e20162149.
16. Gras-Le Guen C, Caille A, Launay E, et al. Dry Care Versus Antiseptics for Umbilical Cord Care: A Cluster Randomized Trial. *Pediatrics.* 2017;139(1):e20161857.
17. Imdad A, Bautista RM, Senen KA, et al. Umbilical cord antiseptics for preventing sepsis and death among newborns. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(5):CD008635.
18. Quattrin R, Iacobucci K, De Tina AL, et al. 70% Alcohol Versus Dry Cord Care in the Umbilical Cord Care: A Case-Control Study in Italy. *Medicine (Baltimore).* 2016;95(14):e3207.
19. Covas M del C, Alda E, Medina MS, et al. Alcohol versus bath and natural drying for term newborns' umbilical cord care: a prospective randomized clinical trial. *Arch Argent Pediatr.* 2011;109(4):305-313.
20. Carr, AN, DeWitt, T, Cork, MJ, et al. Diaper dermatitis prevalence and severity: Global perspective on the impact of caregiver behavior. *Pediatr Dermatol.* 2020;37:130-136.
21. Sociedade Brasileira de Pediatria. Dermatite da área das fraldas – Diagnóstico diferencial. Departamento de Dermatologia. Rio de Janeiro: SBP; 2016.
22. Šikić Pogačar M, Maver U, Marčun Varda N, et al. Diagnosis and management of diaper dermatitis in infants with emphasis on skin microbiota in the diaper area. *Int J Dermatol.* 2018;57(3):265-275.
23. Burdall, O, Willgress, L, Goad, N. Neonatal skin care: Developments in care to maintain neonatal barrier function and prevention of diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 2019; 36: 31– 35.
24. Blume-Peytavi U, Kanti, V. Prevention and treatment of diaper dermatitis. *Pediatr Dermatol.* 2018;35:s19-s23.
25. Adam, R. Skin care of the diaper area. *Pediatr Dermatol.* 2008; 25:427-433.
26. Schunck M, Neumann C, Proksch E. Artificial barrier repair in wounds by semioclusive foils reduced wound contraction and enhanced cell migration and reepithelization in mouse skin. *J Invest Dermatol.* 2005; 125:1063-1071.
27. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia de Fotoproteção na criança e adolescente. Rio de Janeiro: SBP; 2017.
28. Misra M. Vitamin D insufficiency and deficiency in children and adolescents. UpToDate Inc. Disponível em: <https://www.uptodate.com> Acesso em 03 de agosto de 2020.
29. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de alimentação da infância à adolescência. Departamento de Nutrologia. 4<sup>a</sup> ed. São Paulo: SBP; 2018.

30. Wong RJ, Bhutani BK. Unconjugated hyperbilirubinemia in the newborn: Interventions. UpToDate Inc. Disponível em: <https://www.uptodate.com> Acesso em 03 de agosto de 2020.
31. Balk SJ; Council on Environmental Health; Section on Dermatology. Ultraviolet radiation: a hazard to children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;127(3):e791-e817.
32. Afsar FS. Skin care for preterm and term neonates. *Clin Exp Dermatol*. 2009;34:855-8.
33. Eekhof JA, Van Wijk B, Knuistingh Neven A, et al. Interventions for ingrowing toenails. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(4):CD001541.
34. Blume-Peytavi U, Cork MJ, Faergemann J, et al. Bathing and cleansing in newborns from day 1 to first year of life: recommendations from a European round table meeting. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2009;23(7):751-759.
35. Evans NJ, Rutter N. Development of the epidermis in the newborn. *Biol Neonate*. 1986; 49:74-80.
36. Darmstadt GL, Mao-Qiang M, Chi E, et al. Impact of topical oils on the skin barrier: possible implications for neonatal health in developing countries. *Acta Paediatr*. 2002;91:546-54.
37. Agren J, Sjors G, Sedin G. Transepidermal water loss in infants born at 24 and 25 weeks of gestation. *Acta Paediatr*. 1998; 87:1185-90.
38. Rutter N. The immature skin. *Br Med Bull*. 1988; 44:957-70.
39. Kusari A, Han AM, Virgen CA, et al. Evidence-based skin care in preterm infants. *Pediatr Dermatol*. 2019;36(1):16-23.



# 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:**  
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

**DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**2ª DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Cláudio Hoinéff (RJ)

**3ª 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)  
Mária Sidneuma de Melo Ventura (CE)  
Isabel Rey Madeira (RJ)

**SUPLENTE:**  
Paulo Tadeu Falanghe (SP)  
Tânia Denise Resener (RS)  
João Coriolano Rego Barros (SP)  
Marisa 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:**  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**MEMBROS:**  
Clóvis Francisco Constantino (SP)  
Mária 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)  
Virgínia Weffort (MG)  
Themis Reverbel da Silveira (RS)

**DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**  
Mária 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:**  
Hélcio 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)  
Flávia Nardes dos Santos (RJ)  
Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)  
Sidnei Ferreira (RJ)  
Sílvia 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 DA PEDIATRIA**

**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)  
Anesias Coelho de Andrade (PI)  
Isabel Rey Madeira (RJ)  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)  
Jocleide Sales Campos (CE)  
Mária Nazareth Ramos Silva (RJ)  
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)  
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

**DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**

**COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS**  
Dirceu Solé (SP)

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

**DOCUMENTOS CIENTÍFICOS**  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Dirceu Solé (SP)  
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)  
Joel Alves Lamounier (MG)

**DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES**  
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

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

**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL**  
Mária 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 NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)**  
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

**PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS**  
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)  
Normeide Pedreira dos Santos (BA)  
Márcia 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)

**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 Procianny (RS)

**MEMBROS:**  
Cresólio de Aragão Dantas Alves (BA)  
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)  
João Guilherme Bezerra Alves (PE)  
Marco Aurélio Palazzi Safadi (SP)

Magda Lahorgue Nunes (RS)  
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)  
Dirceu Solé (SP)  
Antônio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

**EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA**  
Clemax 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)  
Mariana Tschoepke Aires (RJ)  
Mária de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)  
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)  
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)  
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)  
Álvoro Jorge Madoiro Leite (CE)  
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)  
Márcia 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 Dejtiar Waksman (SP)

**COORDENAÇÃO DO PRONAP**  
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)  
Túlio 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)  
Alegria Mária 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)  
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)  
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)  
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)  
Jefferson Pedro Piva (RS)  
Sérgio Luis Amantea (RJ)  
Aurimery Gomes Chermont (PA)  
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

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

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

**MUSEU DA PEDIATRIA**

**COORDENAÇÃO:**  
Edson Ferreira Liberal (RJ)

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

**REDE DA PEDIATRIA**

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

**AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA:**  
Ana Isabel Coelho Montero

**AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA:**  
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

**AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA:**  
Elena Marta Amaral dos Santos

**AP - SOCIEDADE AMAPAENSE DE PEDIATRIA:**  
Rosenilda Rosete de Barros

**BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:**  
Dolores Fernandez Fernandez

**CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA:**  
Anamaria Cavalcante e Silva

**DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL:**  
Dennis Alexander Rabelo Burns

**ES - SOCIEDADE ESPIRITOSSANSENSE DE PEDIATRIA:**  
Roberta Paranhos Fragoso

**GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:**  
Manise Helena Cardoso Tófoli

**MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO:**  
Marynea Silva do Vale

**MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA:**  
Cássio da Cunha Ibiapina

**MS - SOCIEDADE DE PED. DO MATO GROSSO DO SUL:**  
Carmen Lucia de Almeida Santos

**MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA:**  
Paula Helena de Almeida Gatass Bumlai

**PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:**  
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

**PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA:**  
Leonardo Cabral Cavalcante

**PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO:**  
Katia Galvão Brandt

**PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ:**  
Anesias Coelho de Andrade

**PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA:**  
Kerstin Taniguchi Abagge

**RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:**  
Katia Telles Nogueira

**RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA RIO GRANDE DO NORTE:**  
Katia Correia Lima

**RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA:**  
Wilmerson Vieira da Silva

**RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA:**  
Mareny Damasceno Pereira

**RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL:**  
Sérgio Luis Amantea

**SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA:**  
Rosamaria Medeiros e Silva

**SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA:**  
Ana Jovina Barreto Bispo

**SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO:**  
Sulim Abramovici

**TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA:**  
Elaine Carneiro Lobo

**DIRETORIA DE PATRIMÔNIO COORDENAÇÃO:**  
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)  
Cláudio Barsanti (SP)  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Sérgio Antônio Bastos Sarubbo (SP)  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA**

**PRESIDENTE:**  
Mário Santoro Júnior (SP)

**VICE-PRESIDENTE:**  
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

**SECRETÁRIO GERAL:**  
Jefferson Pedro Piva (RS)

**DIRETORIA DE COMUNICAÇÃO**  
Conceição Ap. de Mattos Segre (SP)

**DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**

- Adolescência
- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infecologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Segurança
- Sono
- Suporte Nutricional
- Terapia Intensiva
- Toxicologia e Saúde Ambiental

**GRUPOS DE TRABALHO**

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Pediatria e humanidade
- Saúde mental