



## Documento Científico

Departamento Científico  
de Aleitamento Materno

# Uso e abuso de fórmula infantil na maternidade em recém-nascidos saudáveis a termo

### Departamento Científico de Aleitamento Materno

**Presidente:** Elsa Regina Justo Giugliani

**Secretária:** Graciete Oliveira Vieira

**Conselho Científico:** Carmen Lúcia Leal Ferreira Elias, Claudete Teixeira Krause Closs, Roberto Mário da Silveira Issler, Rosa Maria Negri Rodrigues Alves, Rossiclei de Souza Pinheiro, Vilneide Maria Santos Braga Diéguas Serva

Os Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) é um sumário das orientações para as maternidades promoverem, protegerem e apoiarem o aleitamento materno (Quadro 1)<sup>1</sup>. O passo 6 - *Não dar a recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno,*

*a não ser que tenha indicação clínica* - trata especificamente da indicação do uso de alimentação suplementar em situações especiais, quando indicado. Existem evidências de que o uso de fórmula na maternidade, sem uma indicação adequada, resulta em interrupção precoce do aleitamento<sup>2,3</sup>.

### Quadro 1. Os Dez Passos para o sucesso do Aleitamento Materno

1. Ter uma política de aleitamento materno escrita que seja rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde.
2. Capacitar toda a equipe de cuidados de saúde nas práticas necessárias para implementar esta política.
3. Informar todas as gestantes sobre os benefícios e o manejo do aleitamento materno.
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento.
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas dos filhos.
6. Não oferecer a recém-nascidos bebida ou alimento que não seja o leite materno, a não ser que haja indicação *médica*.
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que mães e recém-nascidos permaneçam juntos - 24 horas por dia.
8. Incentivar o aleitamento materno sob livre demanda.
9. Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas.
10. Promover a informação de grupos de apoio à amamentação e encaminhar as mães a esses grupos na alta da maternidade.

Este Quadro foi digitado. É necessário revisar o texto.

Declaração conjunta da OMS/UNICEF (1989).

A Organização Mundial da Saúde publica, com certa periodicidade, um documento de revisão sobre as razões médicas aceitáveis para a indicação de suplemento lácteo para crianças, abrangendo os primeiros meses de vida<sup>4</sup>. Esse documento encontra-se disponível em português ([http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/2/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/2/WHO_FCH_CAH_09.01_por.pdf))<sup>5</sup>. É importante que o pediatra tenha conhecimento desse documento para embasar com critérios sólidos a necessidade (ou não) de indicar suplementação láctea para um lactente.

O presente documento tem como objetivo fornecer informação atualizada sobre as indicações do uso de fórmula infantil na maternidade em crianças saudáveis a termo, visando reduzir o uso desnecessário de suplemento. Foi inspirado e baseado em uma recente revisão da *Academy of Breastfeeding Medicine* (ABM) sobre o tema<sup>6</sup>.

## Introdução

É consenso que o primeiro alimento de um recém-nascido deve ser o leite materno e, na ausência deste, leite humano de banco de leite. Um estudo com mais de 10.000 crianças que sobreviveram às primeiras 24 horas de vida mostrou redução de 22% da mortalidade neonatal associada à prática da amamentação na primeira hora de vida quando comparadas a crianças que iniciaram a amamentação após as primeiras 24 horas<sup>7</sup>. Outro estudo que avaliou os dados de mortalidade neonatal de 67 países também encontrou efeito protetor significativo da amamentação na primeira hora pós-nascimento em relação à mortalidade neonatal<sup>8</sup>. Esse achado também é referido em norma técnica da Organização Pan-americana da Saúde, na qual é enfatizado que esse benefício é mais acentuado em crianças pré-termo ou com baixo peso de nascimento<sup>9</sup>.

A amamentação na primeira hora de nascimento também tem impacto no sucesso da amamentação. Na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, re-

alizada em 2006, observou-se que a amamentação na primeira hora foi registrada em 42,9% das crianças alguma vez amamentadas, sendo um terço maior da encontrada na pesquisa anterior, em 1996 (33%)<sup>10</sup>. A pesquisa também registrou que, apesar de 98% dos nascimentos ocorrerem em hospitais, 20,5% dos recém-nascidos eram alimentados com pré-lácteos, isto é, com líquidos oferecidos antes do leite materno, incluindo água, chá, água com açúcar, glicose, soro e outros leites. O uso de pré-lácteos foi mais comum em mulheres submetidas à cesariana e com o parto realizado em instituições privadas ou conveniadas.

Existem evidências de que o uso de fórmula e alimentos não lácteos – água, chá e outros líquidos a base de água – na maternidade, sem indicação, está associado à interrupção precoce da amamentação<sup>11</sup>. A chance de a criança continuar sendo amamentada foi maior no grupo que foi amamentado exclusivamente na maternidade quando comparado com o que recebeu água ou solução glicosada nos primeiros dias após o nascimento. Os autores não observaram nenhuma vantagem considerando alguns parâmetros – glicemia, temperatura, perda de peso – do uso de água ou solução glicosada em bebês amamentados. O efeito do uso desses alimentos não lácteos também foi observado ao longo dos primeiros meses de vida. As taxas de amamentação exclusiva com 4, 8, 12, 16 e 20 semanas foram maiores no grupo exclusivamente amamentado.

À alta prevalência de uso de pré-lácteos, soma-se o uso frequente de fórmula infantil como suplemento do leite materno durante a permanência do recém-nascido na maternidade. Muitas vezes a suplementação é desnecessária, pois a grande maioria das mulheres que recebe apoio e orientação no período perinatal poderá estabelecer um início adequado do aleitamento materno.

É, pois, de fundamental importância o conhecimento sobre as indicações de suplementação para um recém-nascido a termo em alojamento conjunto com sua mãe, evitando criar situações que possam levar ao desmame precoce muitas vezes iatrogênico.

## Perda e ganho de peso do recém-nascido

É esperado que os bebês percam peso em relação ao seu peso de nascimento nos dias que permanecem em alojamento conjunto na maternidade. Isso se deve à diurese fisiológica dos fluidos extracelulares e também à eliminação de mecônio. Além disso, pode demorar alguns dias até que o volume de colostro aumente para suprir as necessidades nutricionais do recém-nascido<sup>12</sup>.

O volume de colostro de uma mãe nos primeiros dias de vida do bebê é pequeno, podendo variar de 2 a 20 mL por mamada nos 3 primeiros dias<sup>13</sup>. No primeiro dia o volume de colostro pode chegar a 100mL, aumentando gradualmente no primeiro semestre com o aumento da idade e do peso do bebê<sup>14</sup>. É, pois, esperado que o recém-nascido receba um volume pequeno de leite materno nos primeiros dias após o nascimento, quando na maioria das vezes ainda encontra-se em uma maternidade com sua mãe.

Mesmo que esse fato seja do conhecimento da grande maioria das equipes de saúde que atendem a dupla mãe-bebê no alojamento conjunto, ainda é muito comum a oferta de suplementação alimentar com fórmulas infantis para bebês saudáveis, mesmo em hospitais certificados na IHAC, tanto no Brasil como em outros países<sup>15, 16</sup>.

Algumas perguntas permanecem sem respostas definitivas: qual a perda de peso aceitável de um recém-nascido em relação ao seu peso de nascimento? Quando essa perda é máxima? Como avaliar se a perda de peso de um determinado recém-nascido a termo, saudável, está no limite que indique alguma ação por parte do pediatra ou da equipe assistencial?

Um estudo em um hospital amigo da criança nos Estados Unidos mostrou uma perda média de peso de 5% em relação ao peso de nascimento em bebês exclusivamente amamentados. Nesse mesmo estudo, cerca de um quinto dos bebês chegou a perder 7% de seu peso de nascimento<sup>17</sup>. Na Itália, bebês a termo saudáveis (incluindo bebês amamentados ou não) tiveram perda de

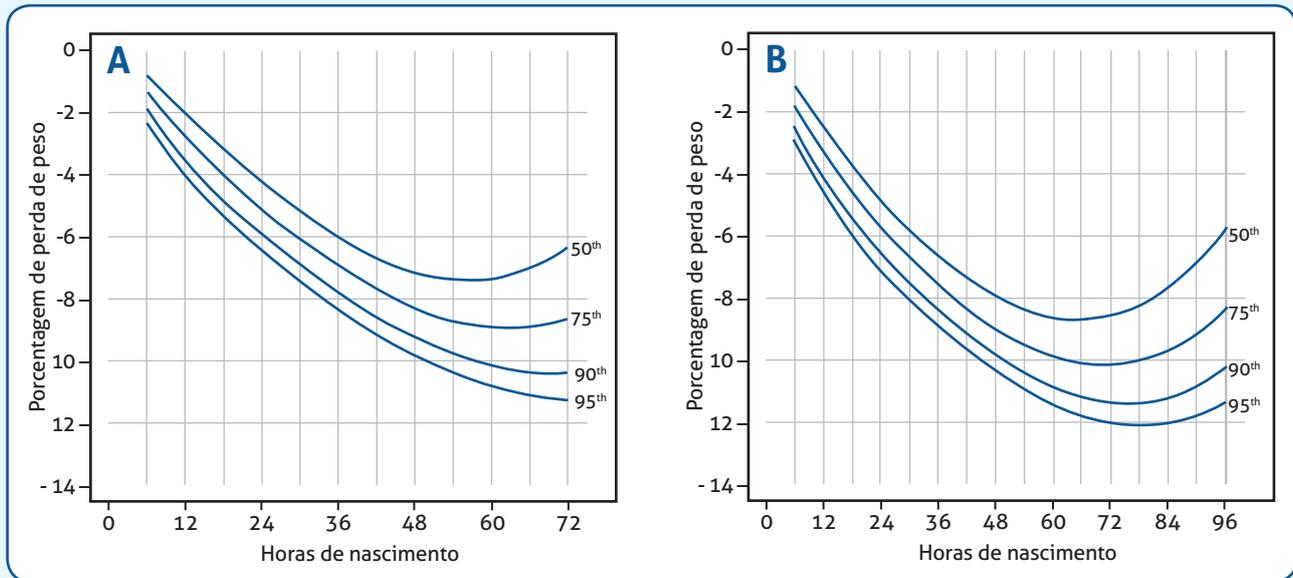
peso média em relação ao peso de nascimento de 6,7%,  $\pm$  2,2%. Perda de peso  $\geq$ 10% e  $>$ 12% foi observada em, respectivamente, 6% e 0,3% dos recém-nascidos avaliados (18). A perda de peso média em bebês amamentados foi menor (6,3%  $\pm$  2,0%) quando comparada com aqueles bebês que receberam fórmula (7,5%  $\pm$  2,4%). Os autores concluíram que a amamentação exclusiva não oferece risco aumentado para perda de peso maior no período neonatal.

Outro estudo comparou a perda de peso em recém-nascidos a termo, com peso de nascimento maior que 2.500 gramas amamentados exclusivamente com aqueles que receberam fórmula<sup>19</sup>. O tempo médio de recuperação do peso de nascimento dos bebês exclusivamente amamentados foi de 8,3 dias, e o dos que receberam fórmula foi de 6,5 dias. O tempo para que 97,5% dos bebês recuperassem o peso de nascimento foi de 21 dias para bebês amamentados e 16,7 dias para os que receberam fórmula.

Um estudo com um número expressivo de bebês estabeleceu nomogramas de perda de peso de acordo com o tipo de nascimento – parto vaginal ou cesárea<sup>20</sup>. Cerca de 5% dos bebês nascidos de parto vaginal e mais de 10% daqueles nascidos por cesárea perderam 10% ou mais do seu peso de nascimento nas primeiras 48 horas após o nascimento. Essas diferenças de perda de peso começaram a se tornar evidentes nas primeiras 6 horas após o nascimento e se mantiveram ao longo do tempo. Os nomogramas de acordo com o tipo de parto (Figura 1) podem ser úteis para identificar aqueles bebês com perdas de peso maiores do que o esperado e, assim orientar intervenções precoces para preservar seu bem-estar.

Esses resultados se assemelham aos de outro estudo que mostrou com mais precisão em que momento os bebês apresentam a maior perda de peso após o nascimento. O estudo, realizado com uma coorte de recém-nascidos a termo, utilizou um modelo matemático para determinar em quantas horas após o nascimento ocorreria a maior perda de peso<sup>21</sup>. O nadir de peso (ponto de inflexão da curva) de bebês exclusivamente amamentados foi de 52,3 horas, ou seja, no terceiro ano de vida.

**Figura 1.** Curvas com percentis estimados da percentagem de perda de peso pelo tempo de vida:  
**A:** Recém-nascidos de parto vaginal; **B:** Recém-nascidos de cesariana.



Traduzido de: Fonseca MJ et al.<sup>21</sup>.

É importante ressaltar que, diante das evidências da literatura, a monitorização do ganho de peso (ou de perda, logo após o nascimento) e o exame clínico são ainda os métodos básicos de cuidados de puericultura realizados pelos pediatras e irão nortear suas tomadas de decisões quanto à necessidade de suplementar ou não uma criança em amamentação exclusiva.

## Hipoglicemia

Em 1993, a Academia Americana de Pediatria (AAP) publicou uma revisão sobre a monitorização de alguns parâmetros no recém-nascido, entre eles a glicemia<sup>22</sup>. Sabe-se que a hipoglicemia sintomática pode causar lesões neurológicas graves<sup>23</sup>. Porém, até hoje não existe consenso sobre o valor da glicemia a ser usado como ponto de corte para tratar ou não um bebê com glicemia baixa. Dessa forma, parece haver concordância que a afirmação presente nessa revisão ainda continua atual: "Não há evidência que um bebê hipoglicêmico assintomático se beneficiará de tratamento. Por outro lado, é imprescindível a identificação, o diagnóstico e o tratamento adequados de bebês com hipoglicemia grave sintomática que pode ocasionar danos neurológicos permanentes".

Recentemente, a ABM publicou uma detalhada revisão sobre monitorização de hipoglicemia em bebês a termo e pré-termo e sua relação com o aleitamento materno, de onde foi extraído o seguinte texto: "Bebês a termo saudáveis são programados para fazer transição da vida intrauterina com um fluxo contínuo de nutrientes para uma ingestão intermitente de nutrientes na vida extrauterina, sem a necessidade de monitorização metabólica ou interferência no processo natural de aleitamento materno. Mecanismos homeostáticos garantem que substrato de energia adequado seja oferecido ao cérebro e outros órgãos, mesmo quando as mamadas são espaçadas. O padrão normal de aleitamento materno precoce, frequente e exclusivo contempla as necessidades do recém-nascido a termo saudável"<sup>24</sup>.

## Uso de suplemento lácteo na maternidade: prevenção e indicações

Durante a permanência da díade mãe-bebê na maternidade, o pediatra, juntamente com outros participantes da equipe de assistência, pode realizar diversas ações para favorecer o início da amamentação. A lista a seguir pode

servir como guia, podendo ser incluídas ainda outras ações.

- Orientar as mães sobre técnicas de amamentação, fisiologia normal da lactação e comportamento do bebê.
- Evitar qualquer tipo de suplementação desnecessária (ver a seguir as indicações), o que pode abalar a confiança da mãe em sua capacidade de amamentar plenamente seu filho.
- Esclarecer sobre informações conflitantes externas que podem influenciar uma mãe menos confiante (como oferecer suplemento ou chás).
- Reconhecer fatores sociais e culturais que podem interferir na decisão da mãe em manter a amamentação.
- Observar o padrão de sono e o comportamento do bebê.

- Incentivar o contato pele a pele, proporcionando mamadas mais frequentes.
- Estar atento aos movimentos do bebê que indiquem seu desejo de mamar.
- Cuidar do sono da mãe. Algum cansaço por noites mal dormidas é esperado no início.
- Avaliar casos de extrema fadiga que possam causar risco tanto à mãe quanto ao bebê.

O Quadro 2 contém uma lista de possíveis indicações de suplemento lácteo. Observa-se que as possíveis indicações de suplemento lácteo para recém-nascidos saudáveis a termo na maternidade incluem diversas situações com descrição de critérios bem definidos. A identificação dessas situações pode orientar o uso apropriado de suplemento, evitando indicações desnecessárias ou mesmo iatrogênicas.

**Quadro 2.** Possíveis indicações de suplementação em bebês saudáveis a termo (37 semanas a 41 semanas e 6 dias de idade gestacional).

### 1. Indicações relacionadas à criança

- a. Hipoglicemia assintomática, documentada por medida de glicemia em laboratório (não por método de triagem à beira do leito) que não responde a mamadas adequadas frequentes. Observe que gel de dextrose a 40% (NÃO DISPONÍVEL NO BRASIL) aplicado na mucosa bucal do bebê é eficaz para aumentar os níveis de glicose no sangue e aumenta a taxa de amamentação exclusiva após a alta sem evidência de efeitos colaterais. Bebês sintomáticos ou com glicemia < 25mg/dL nas primeiras 4 horas ou < 35mg/dL após 4 horas de vida devem ser tratados com solução de glicose endovenosa. A amamentação deve continuar durante o tratamento com glicose EV.
- b. Sinais ou sintomas que podem indicar ingestão insuficiente de leite:
  - i. Evidência clínica ou laboratorial de desidratação significativa (e.g. sódio elevado, sucção débil, letargia, etc.) que não melhora após cuidados adequados e manejo apropriado da amamentação.
  - ii. Perda de peso  $\geq 8-10\%$  (dia 5 [120 horas] ou mais) ou perda de peso acima do percentil 75 para a idade.
    1. Embora uma perda de peso na faixa de 8-10% possa estar dentro dos limites da normalidade se todo o resto está bem e o exame físico está normal, isso é uma indicação de avaliação cuidadosa e possível necessidade de assistência na amamentação. Perda de peso acima desses valores pode ser um indicativo de baixa ingestão ou baixa produção de leite materno, mas uma avaliação criteriosa é necessária antes de indicação automática de suplementação.

*continua...*

... continuação

2. Nomograma de perda de peso para bebês saudáveis por hora de vida pode ser encontrado em: [www.newbornweight.org](http://www.newbornweight.org)
- iii. Atraso na evacuação, menos que quatro (4) evacuações no quarto dia de vida ou fezes com mecônio no dia 5 (120 horas).
  1. Padrões de eliminação de urina e fezes do recém-nascido devem ser acompanhados/registrados até pelo menos o início da ativação de secreção de leite. Embora haja uma grande variação entre bebês, os padrões podem ser úteis para determinar a adequação da amamentação. Recém-nascidos com mais evacuações durante os primeiros cinco (5) dias após o nascimento apresentam menor perda de peso inicial, transição para fezes amareladas mais precoce e retorno mais rápido ao peso de nascimento.
- c. Hiperbilirrubinemia
  - i. Icterícia do recém-nascido por ingestão subótima associada à ingestão de leite materno insuficiente apesar de intervenção adequada. Essa situação caracteristicamente se inicia entre os dias 2-5 e é marcada por perda de peso persistente, evacuações limitadas e urina com cristais de ácido úrico.
  - ii. Icterícia por leite materno quando os níveis de bilirrubina alcançam valores entre 20-25mg/dL em um bebê que vinha ganhando peso bem e quando uma interrupção diagnóstica e/ou terapêutica da amamentação é considerada. A primeira linha do manejo diagnóstico deve incluir a avaliação laboratorial, em vez de interromper a amamentação.
- d. Suplementação com macronutrientes está indicada no caso raro de bebês com erros inatos do metabolismo.

## 2. Indicações relacionadas à mãe

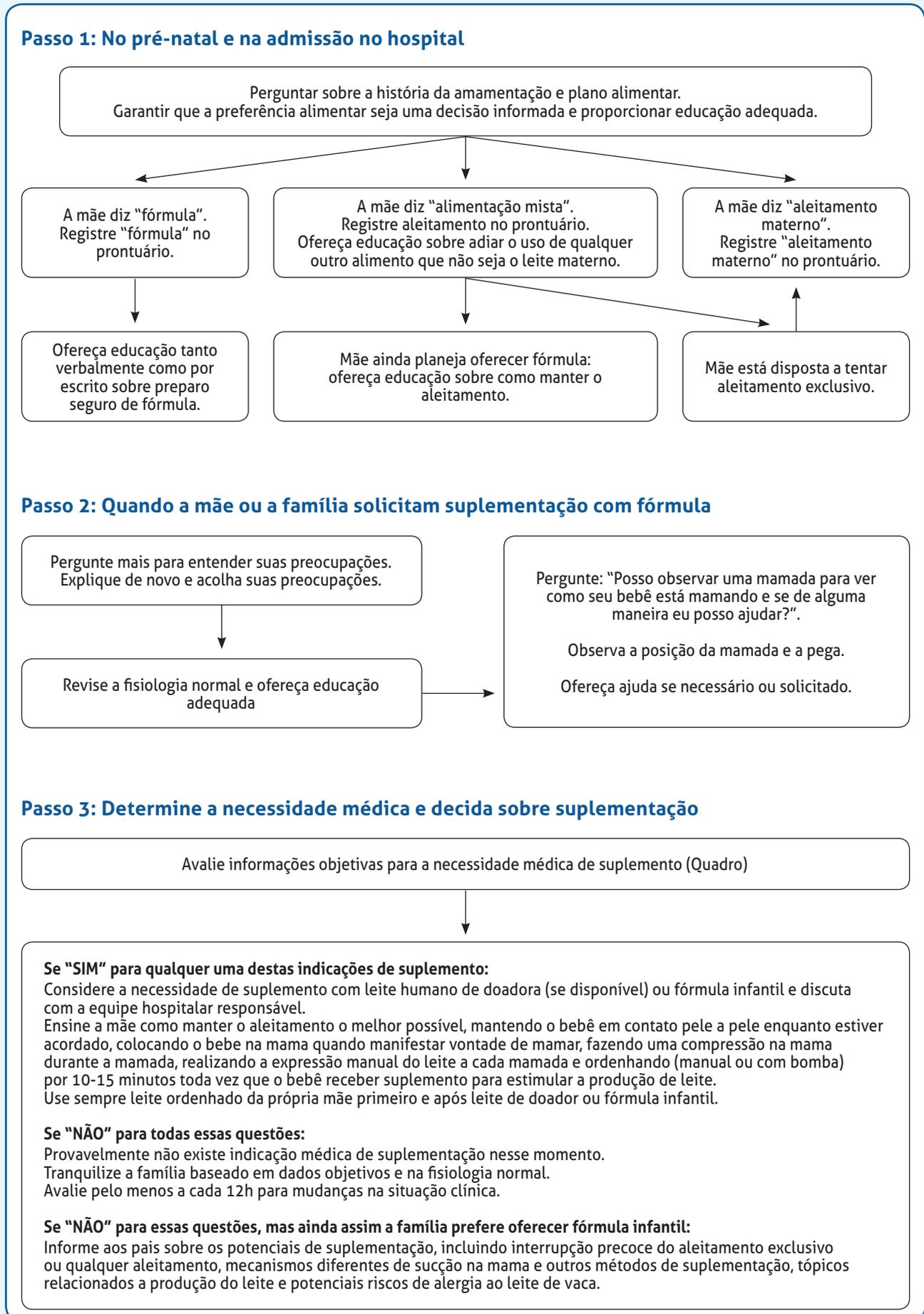
- a. Atraso na ativação de secreção do leite (dia 3-5 ou além [72-120 horas] e ingestão insuficiente pelo bebê).
- b. Insuficiência glandular primária (menos de 5% das mulheres – falha primária na lactação) demonstrada por tamanho anormal da mama, pequeno crescimento da mama durante a gestação, ou mínima indicação de ativação de secreção do leite.
- c. Doença mamária ou cirurgia mamária prévia que resulta em baixa produção de leite.
- d. Interrupção temporária da amamentação devido a certos medicamentos (e.g. quimioterapia) ou separação temporária da mãe e do bebê sem disponibilidade de ordenha.
- e. Dor insuportável durante as mamadas que não alivia após intervenção adequada.

Traduzido e modificado de: Kellams A et al<sup>6</sup>.

O algoritmo (Figura 2) pode ajudar na abordagem passo a passo quanto à escolha da mãe sobre a forma de alimentar seu filho, desde o pré-natal e admissão na maternidade até o final do período de permanência no hospital.

A abordagem sistematizada em cada momento pode colaborar nas decisões informadas da mãe e as possíveis medidas a serem adotadas pelo pediatra junto com a equipe assistencial.

Figura 2. Algoritmo do cuidado com a nutrição do recém-nascido na maternidade\*



\*Traduzido e modificado de: Kellams A et al (6).

## Considerações finais

Todo recém-nascido perde peso nos primeiros dias de vida. A monitorização do seu peso e a avaliação clínica diária durante a sua permanência na maternidade irão indicar a necessidade ou não de intervenção por parte do pediatra e da equipe assistencial para que a amamentação se estabeleça da melhor forma possível, se essa for a opção da mãe.

Tanto as indicações de suplementação descritas no Quadro 2 como o algoritmo sugerido podem servir como base para a avaliação da du-

pla mãe-bebê quanto à indicação ou não do uso de fórmula infantil em recém-nascidos saudáveis a termo durante a sua permanência na maternidade.

É importante lembrar que toda tomada de decisão com relação à suplementação ou não do recém-nascido com fórmula láctea deve ser discutida com a mãe e familiares.

Concluindo, a decisão de suplementar ou não um recém-nascido sadio a termo na maternidade ou após a alta deve ser tomada pesando-se os riscos e os benefícios dessa conduta, devendo, sempre, ser evitada toda e qualquer suplementação desnecessária.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS/UNICEF. Declaração de Innocenti. Florença, Itália; 1990. Organização Mundial da Saúde. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_innocenti.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_innocenti.pdf). Acessado em 8 de julho de 2017.
2. Dabritz HA, Hinton BG, Babb J. Maternal hospital experiences associated with breastfeeding at 6 months in a Northern California county. *J Hum Lact*. 2010;26:274-85.
3. Perrine CG, Scanlon KS, Li R, Odom E, Grummer-Strawn M. Baby-friendly hospital practices and meeting exclusive breastfeeding intention. *Pediatrics*. 2012;130:54-60.
4. World Health Organization. Acceptable medical reasons for use of breast milk substitutes. Geneva: World Health Organization; 2009. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/1/WHO_FCH_CAH_09.01_eng.pdf). Acessado em 27 de junho de 2017.
5. Organização Mundial de Saúde. Razões médicas aceitáveis para o uso de substitutos do leite materno. Atualização. Geneva: World Health Organization; 2009. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/2/WHO\\_FCH\\_CAH\\_09.01\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69938/2/WHO_FCH_CAH_09.01_por.pdf). Acessado em 27 de junho de 2017.
6. Kellams A, Harrel C, Omage S, Gregory C, Rosen-Carole C; and the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #3: supplementary feedings in the healthy breastfed neonate, revised 2017. *Breastfeed Med*. 2017; 12(3):1-11.
7. Edmond KM, Zandoh C, Quigley MA, Amenga-Etego S, Owusu-Agyei S, Kirkwood R. Delayed breastfeeding initiation increases risk of neonatal mortality. *Pediatrics*. 2006;117:380-6.
8. Boccolini CS, Carvalho ML, Oliveira MIC, Pérez-Escamilla RJ. A amamentação na primeira hora de vida e mortalidade neonatal. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:131-6.
9. Lutter C. Early initiation of breastfeeding: the key to survival and beyond. Pan-American Health Organization; Technical brief. 2010. Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=566\\_1%3A2011-resumen-tecnico-inicio-temprano-lactancia-materna-clave-supervivencia-desarrollo2010&catid=3719%3Apublications&Itemid=4074&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=566_1%3A2011-resumen-tecnico-inicio-temprano-lactancia-materna-clave-supervivencia-desarrollo2010&catid=3719%3Apublications&Itemid=4074&lang=en). Acessado em 8 de julho de 2017.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança – PNDS 2006. Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2009.
11. Smith HA, Becker GE. Early additional food and fluids for healthy breastfed full-term infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 8:CD006-462.
12. Tawia S, McGuire L. Early weight loss and weight gain in healthy, full term, exclusively-breastfed infants. *Breastfeed Rev*. 2014;22:31-42.
13. Lawrence RA, Lawrence RM. Biochemistry of Human Milk. In: \_\_\_\_\_. *Breastfeeding – a guide for the medical profession*. Philadelphia: Elsevier, Inc. 8<sup>th</sup> ed., 2016. cap.4, p.95.

14. Moura EC. Nutrição e bioquímica. In: Carvalho MR & Gomes CF. Amamentação: bases científicas. 4ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; Rio de Janeiro; 2017. p. 49-72.
15. Meirelles CAB, Oliveira MIC, Mello RR, Varela MAB, Fonseca VM. Justificativas para uso de suplemento em recém-nascidos de baixo risco de um Hospital Amigo da Criança. Cad Saúde Pública. 2008; 24: 2001-12.
16. Boban M, Zakarija-Grkovic I. In-hospital formula supplementation of healthy newborns: practices, reasons, and their medical justification. Breastfeed Med. 2016;11:448-54.
17. Grossman X, Chaudhuri JH, Feldman-Winter L, Marewood. Neonatal weight loss at a US Baby-Friendly Hospital. J Acad Nutr Diet. 2012;112:410-13.
18. Davanzo R, Cannioto Z, Ronfani L, Monasta L, Demarini S. Breastfeeding and neonatal weight loss in healthy term infants. J Hum Lact. 2013;29:45-53.
19. Macdonald PD, Ross SRM, Grant L, Young D. Neonatal weight loss in breast and formula fed babies. Arch Dis Chil Fetal Neonatal Ed. 2003;88:F472-F476.
20. Flaherman VJ, Schaefer EW, Kuzniewicz MW, Li SX, Walsh EM, Paul IM. Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. Pediatrics 2015;135:e16-23.
21. Fonseca MJ, Severo M, Santos AC. A new approach to estimating weight change and its reference intervals during the first 96 hours of life. Acta Paediatr. 2015;104:1028-34.
22. American Academy of Pediatrics Committee on Fetus and Newborn: Routine evaluation of blood pressure, hematocrit, and glucose in newborns. Pediatrics. 1993; 92:474-476.
23. Rozance PJ. Update on neonatal hypoglycemia. Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes. 2014; 21:45-50.
24. Wight N, Marinelli KA and the Academy of Breastfeeding Medicine. ABM Clinical Protocol #1: guidelines for blood glucose monitoring and treatment of hypoglycemia in term and late-preterm neonates, revised 2014. Breastfeed Med. 2014; 9:173-8.



# Diretoria

## Triênio 2016/2018

**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:**  
Cláudio Hoinhoff (RJ)

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

**3º SECRETÁRIO:**  
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

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

**2ª DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

**3ª DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

**DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:**  
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

**Membros:**  
Hans Walter Ferreira Greve (BA)  
Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)  
Alberto Jorge Félix Costa (MS)  
Analiária Moraes Pimentel (PE)  
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)  
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

**COORDENADORES REGIONAIS:**

**Norte:**  
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

**Nordeste:**  
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

**Sudeste:**  
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

**Sul:**  
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

**Centro-oeste:**  
Regina Maria Santos Marques (GO)

**ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:**  
**Assessoria para Assuntos Parlamentares:**  
Marun David Cury (SP)

**Assessoria de Relações Institucionais:**  
Clóvis Francisco Constantino (SP)

**Assessoria de Políticas Públicas:**  
Mário Roberto Hirschheimer (SP)  
Rubens Feferbaum (SP)  
Maria Albertina Santiago Rego (MG)  
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

**Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e Adolescentes com Deficiência:**  
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)  
Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

**Assessoria de Acompanhamento da Licença Maternidade e Paternidade:**  
João Coriolano Rego Barros (SP)  
Alexandre Lopes Miralha (AM)  
Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

**Assessoria para Campanhas:**  
Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

**GRUPOS DE TRABALHO:**  
**Drogas e Violência na Adolescência:**  
Evelyn Eisenstein (RJ)

**Doenças Raras:**  
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

**Atividade Física**  
**Coordenadores:**  
Ricardo do Rego Barros (RJ)  
Luciana Rodrigues Silva (BA)

**Membros:**  
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)  
Patrícia Guedes de Souza (BA)

**Profissionais de Educação Física:**  
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)  
Alex Pinheiro Gordia (BA)  
Isabel Guimarães (BA)  
Jorge Mota (Portugal)  
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

**Colaborador:**  
Dirceu Solé (SP)

**Metodologia Científica:**  
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)  
Cláudio Leone (SP)

**Pediatria e Humanidade:**  
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Christian Muller (DF)  
João de Melo Régis Filho (PE)

**Transplante em Pediatria:**  
Themis Reverbel da Silveira (RS)  
Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)  
Adriana Seber (SP)  
Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)  
Fabiana Carlese (SP)

**DIRETORIA E COORDENAÇÕES:**  
**DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**  
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

**COORDENAÇÃO DO CEXTEP:**  
Hélcio Villaga Simões (RJ)

**COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO**  
Mauro Batista de Moraes (SP)

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

**DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS**  
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

**REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)**  
Ricardo do Rego Barros (RJ)

**REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)**  
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

**REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA**  
Francisco José Penna (MG)

**DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA**  
Marun David Cury (SP)

**DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL**  
Sidnei Ferreira (RJ)  
Cláudio Barsanti (SP)  
Paulo Tadeu Falanghe (SP)  
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)  
Mário Roberto Hirschheimer (SP)  
João Cândido de Souza Borges (CE)

**COORDENAÇÃO VIGILASUS**  
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)  
Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)  
Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Célia Maria Stolze Silvano ((BA)  
Kátia Galeão Brandt (PE)  
Elizete Aparecida Lomazi (SP)  
Maria Albertina Santiago Rego (MG)  
Isabel Rey Madeira (RJ)  
Jocileide Sales Campos (CE)

**COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR**  
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)  
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)  
Álvaro Machado Neto (AL)  
Joana Angélica Paiva Maciel (CE)  
Cecim El Achkar (SC)  
Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO**  
Normeide Pedreira dos Santos (BA)

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

**DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**  
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

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

**COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS**  
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)  
Paulo César Guimarães (RJ)  
Cléa Rodrigues Leone (SP)

**COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO**  
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

**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 NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)**  
Virginia Resende S. Weffort (MG)

**PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS**  
Victor Horácio de Costa Júnior (PR)

**PORTAL SBP**  
Flávio Diniz Capanema (MG)

**COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA**  
José Maria Lopes (RJ)

**PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA**  
Altacilio Aparecido Nunes (SP)  
João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

**DOCUMENTOS CIENTÍFICOS**  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Dirceu Solé (SP)  
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 Pinheiro (MG)  
Flávio Diniz Capanema (MG)

**EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA**  
Renato Procianny (RS)

**EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA**  
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

**EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA**  
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

**CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO**  
Gil Simões Batista (RJ)  
Sidnei Ferreira (RJ)  
Isabel Rey Madeira (RJ)  
Sandra Mara Amaral (RJ)  
Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)  
Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)  
Silvio Rocha Carvalho (RJ)  
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

**COORDENAÇÃO DO PRONAP**  
Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)  
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (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 PESQUISA-ADJUNTA**  
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

**COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO**  
Rosana Fiorini Puccini (SP)

**COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO**  
Rosana Alves (ES)  
Suzy Santana Cavalcante (BA)  
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)  
Silvia Wanick Sarinho (PE)

**COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO**  
Victor Horácio de Costa Junior (PR)  
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)  
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)  
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)  
Jefferson Pedro Piva (RS)

**COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA**  
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)  
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)  
Victor Horácio de Costa Junior (PR)  
Clóvis Francisco Constantino (SP)  
Silvio 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 Amantéa (RS)  
Gil Simões Batista (RJ)  
Susana Maciel Guillaume (RJ)  
Aurimery Gomes Chermont (PA)

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

**COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES**  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

**COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL**  
Susana Maciel Guillaume (RJ)

**COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL**  
Herberto José Chong Neto (PR)

**DIRETOR DE PATRIMÔNIO**  
Cláudio Barsanti (SP)

**COMISSÃO DE SINDICÂNCIA**  
Gilberto Pascolat (PR)  
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)  
Isabel Rey Madeira (RJ)  
Joaquim João Caetano Menezes (SP)  
Valmin Ramos da Silva (ES)  
Paulo Tadeu Falanghe (SP)  
Tânia Denise Resener (RS)  
João Coriolano Rego Barros (SP)  
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)  
Marisa Lopes Miranda (SP)

**CONSELHO FISCAL**  
**Titulares:**  
Núbia Mendonça (SE)  
Nelson Grisard (SC)  
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

**Suplentes:**  
Adelma Alves de Figueiredo (RR)  
João de Melo Régis Filho (PE)  
Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

**ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA**  
**Presidente:**  
José Martins Filho (SP)

**Vice-presidente:**  
Álvaro de Lima Machado (ES)

**Secretário Geral:**  
Reinaldo de Menezes Martins (RJ)