



## Documento Científico

Departamento Científico  
de Suporte Nutricional

# Terapia Nutricional Pediátrica Domiciliar

### Departamento Científico de Suporte Nutricional

**Presidente:** Rubens Feferbaum

**Secretária:** Izaura Merola Farias

**Conselho Científico:** Ary Lopes Cardoso, Christiane Araujo Leite Chaves,  
José Vicente Noronha Spolidoro, Mônica Chang Wayhs,  
Tânia Mara Perini Dilleme Rosa, Vanessa Y. Salomão W. Liberasso

**Colaboradores:** Ana Daniela Izoton de Sadovsky, Marisa Buriche Coutinho  
Liberato de Macedo Monteiro, Roberta Paranhos Fragoso

## Introdução

Com o progresso na área da saúde foi possível conceber novos limites à vida. Pacientes com doenças graves e maior sobrevida passaram a se apresentar aos sistemas de saúde<sup>(1)</sup>.

Acompanhando tal quadro, cresce a Assistência Domiciliar. Esta modalidade de prestação de serviço tem seus primeiros registros no século XIII a.C. No século XX, principalmente a partir do final da década de 1970, a assistência domiciliar passou a ser bastante difundida e incorporada na cultura de vários países do mundo, como um modelo complementar ou alternativo de atenção à saúde<sup>(1)</sup>.

O *Home Care* atualmente tem direcionado sua atenção às crianças com doenças crônicas,

dependentes de tecnologia, assim como àquelas em estado terminal<sup>(2)</sup>.

A terapia nutricional domiciliar permite que o paciente volte para a sua casa e receba tratamento num ambiente familiar, confortável e seguro, além de reduzir o custo e o tempo de internação<sup>(3)</sup>.

A maioria dos pacientes pediátricos encaminhados à assistência domiciliar são portadores de necessidades nutricionais especiais, quer seja com complementação ou suplementação oral (suplementação de vitaminas e minerais nos casos de depleção pelo uso de anticonvulsivantes, por exemplo), com instituição de sondas ou ostomias (no caso de não ser possível atingir as necessidades nutricionais exclusivamente por via oral).

Otimizar a saúde e o bem-estar de crianças com necessidades nutricionais específicas no

domicílio implica no cuidado focado na família, por um trabalho que envolva membros de uma Equipe Multidisciplinar de Terapia Nutricional. A avaliação da dinâmica familiar pode ajudar a guiar intervenções e planejamento terapêutico.

## Indicações

As indicações de Terapia Nutricional Enteral Domiciliar (TNED) e Terapia Nutricional Parenteral Domiciliar (TNPD) são similares às das hospitalares, pois no domicílio ocorrerá a continuidade do atendimento já iniciado no hospital:

- A TNED está indicada para aqueles pacientes que apresentam redução na ingestão oral abaixo das necessidades para manter seu estado nutricional e de hidratação.
- A TNPD está indicada para aqueles pacientes em que a nutrição oral e enteral estão temporariamente ou definitivamente impossibilitadas<sup>(4)</sup>.

O objetivo da terapia nutricional domiciliar para crianças é melhorar o estado nutricional e promover crescimento adequado. Para tanto se faz necessária a avaliação multidisciplinar nutricional completa com: exame clínico, ingestão dietética, antropometria, composição corporal (quando possível) e exames laboratoriais subsidiários.

A partir dessas avaliações tem-se um diagnóstico da condição clínica e nutricional do paciente, possibilitando a escolha de qual será a via de administração, a oferta hídrica e calórica e a dieta a ser utilizada.

De forma geral, os pacientes com função digestivo-absortiva preservadas e na ausência de alergias alimentares, utiliza-se preferencialmente fórmulas ou dietas enterais poliméricas. Em crianças sem comprometimento nutricional importante é possível utilizar dietas combinando industrializadas e artesanais.

As orientações são transmitidas aos familiares, de forma a torná-los aptos, cooperativos e

seguros na assistência alimentar ao paciente<sup>(5)</sup>. A família faz parte integrante da equipe multiprofissional e deve alcançar autonomia ao final da assistência domiciliar nos casos em que as crianças não necessitam assistência de enfermagem por 24 horas.

É necessário observar o rigoroso cuidado com a higiene dos alimentos e a manipulação da fórmula enteral, seja ela industrializada ou artesanal, com o armazenamento, a administração e a troca adequada de frascos e equipamentos, conforme protocolos de cada serviço de *Home Care* e de acordo com a portaria 337 de 14/04/99<sup>(6)</sup>.

Embora as necessidades nutricionais de crianças e adolescentes em *Home Care* sejam as mesmas das hospitalizadas, grande parte da população pediátrica da assistência domiciliar é composta de crianças com Encefalopatia Crônica Não Progressiva (ECNP), Doenças Neuromusculares, Miopatias, etc., e suas necessidades energéticas são diferentes, especialmente devido à composição corporal e ao nível de atividade física peculiar.

Devido a isso, ainda há dúvidas sobre qual o melhor método para calcular as necessidades energéticas para essas crianças. Nesse sentido, a NASPGHAN (*North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition*) recomenda que o cálculo das necessidades energéticas para as crianças com comprometimento neurológico seja estimado pelo *Dietary Reference Intakes* (DRI) para gasto energético basal, calorimetria indireta ou pela altura<sup>(7)</sup>. Esses métodos estão descritos no Quadro I. Mesmo adotando-se uma referência de cálculo, cada paciente necessita ser avaliado de forma individualizada.

Gráficos de crescimento para as crianças com Paralisia Cerebral (PC) estão disponíveis, no entanto, eles só descrevem como algumas amostras de crianças com PC têm crescido, e não são padrões de como todas as crianças com PC devem crescer<sup>(8)</sup>.

**Quadro 1** - Métodos de cálculos das necessidades energéticas

<b>Ingestão diária pelo Gasto Energético Basal<sup>(9)</sup></b>
Consumo de energia = Gasto energético* basal X 1,1
<b>Calorimetria indireta<sup>(10)</sup></b>
Consumo energético = [gasto energético basal (BRM) X tônus muscular X fator atividade] + crescimento
• Onde:
BRM = Área da superfície corporal (m) x taxa metabólica padrão (Kcal/m <sup>2</sup> /h x 24 h) x taxa
• Tônus muscular = 0,9 se estiver diminuído; 1,0 se estiver normal e 1,1 se estiver aumentado
• Fator atividade = 1,1 se estiver acamado; 1,2 se depender de cadeiras de rodas ou rastejar e 1,3 se deambularem.
• Crescimento = 5kcal/g de ganho de peso desejado
<b>Altura<sup>(7)</sup></b>
15 Kcal/cm quando não apresentar disfunção motora
14 Kcal/cm quando apresentar disfunção motora, mas deambular.
11 Kcal/cm quando não deambular

\*Adaptado de 7

A aferição da altura pode ser dificultada pelo fato de muitas crianças não conseguirem ficar na posição ereta, possuem articulações contraídas, espasmos musculares involuntários, escolioses e pouca cooperação devido à deficiência cognitiva<sup>(12)</sup>.

Nesses casos a tabela 1 pode ser utilizada para determinar a estatura estimada.

**Tabela 1** - Medidas de segmento para estimativa de estatura

Medida do segmento	Cálculo estatura estimada	DP
Comprimento de braço (CB)	$(4,35 \times CB) + 21,8$	1,7
Comprimento de tíbia (CT)	$(3,26 \times CT) + 30,8$	1,4
Altura do joelho (AJ)	$(2,69 \times AJ) + 24,2$	1,1

DP – desvio padrão

É muito importante estar atento às ofertas de micronutrientes devido ao uso concomitante de um ou mais medicamentos como, por exem-

plo, anticonvulsivantes ou diuréticos que depletam vitaminas e minerais.

Nos pacientes com sondas ou ostomias, há que se ter o cuidado com as interações entre medicamentos e a dieta, pois alguns podem causar precipitações e obstruções no interior das sondas.

O esquema de alimentação e o regime de medicação devem ser ajustados à rotina da família. Permitir ao paciente e sua família o estabelecimento de seu próprio horário pode facilitar a aceitação da terapia enteral domiciliar<sup>(3)</sup>.

## Complicações da nutrição enteral domiciliar

### 1 - Mecânicas:

- Retirada acidental da sonda nasogástrica ou de ostomias;
- Deslocamento da sonda para o esôfago provocando tosse, asfixia e engasgos, ou migração para o intestino provocando diarreia;

- Obstrução da sonda;
- Irritação ou infecção da ostomia

## 2 - Gastrointestinal

- Diarreia
  - Deslocamento da sonda
  - Antibioticoterapia ou medicamentos indutores de diarreia
  - Fórmula muito fria
  - Contaminação bacteriana
  - Velocidade de infusão muito rápida
  - Alta osmolalidade da fórmula
  - Dieta com poucos resíduos
- Constipação
  - Ingestão inadequada de líquidos
  - Dieta pobre em resíduos
  - Inatividade
  - Medicamentos
- Náuseas e vômitos
  - Velocidade de infusão muito rápida
  - Obstrução de esvaziamento gástrico – migração da sonda
  - Volume muito grande
  - Gastroparesia
- Distensão, gás, borboríngos, cólicas
  - Velocidade de infusão rápida
  - Adaptação temporária à alimentação
  - Ar dentro das sondas
  - Imobilismo
  - Gastroparesia

## Nutrição parenteral domiciliar (NPT)

A nutrição parenteral é modalidade de terapia nutricional domiciliar de forma temporária ou definitiva que permite manter adequadamente o estado nutricional de doentes impossibilitados da utilização do trato digestivo.

O maior grupo de pacientes em NPT é constituído por pacientes adultos, entre 40 e 60 anos, e na Europa apenas 10 a 20% são crianças, não temos disponibilidade desses dados estatísticos no Brasil<sup>(12)</sup>.

No Brasil, a nutrição parenteral domiciliar foi utilizada pela primeira vez em 1979<sup>(15)</sup> em criança submetida, com 24 horas de vida, à ressecção total de intestino delgado e ceco devido à necrose irreversível causada por volvo do intestino médio. A possibilidade de realizar a nutrição parenteral domiciliar permite maior conforto não somente à criança, mas traz também comodidade aos pais e familiares. Além deste fato, deve-se levar em conta as indiscutíveis vantagens econômicas, pois são abolidos os custos da internação hospitalar. Assim, a nutrição parenteral domiciliar, realizada pelos pais, com auxílio de profissionais de enfermagem, ou mesmo por serviços de *Home Care*, têm sido de grande interesse dos planos de assistência médica e seguros de saúde<sup>(13)</sup>.

A síndrome do intestino curto foi a primeira indicação para nutrição parenteral prolongada em seres humanos e, no Brasil, o primeiro motivo para que o método fosse realizado no domicílio do paciente. Atualmente continua sendo a principal indicação na criança, seguida da síndrome da pseudo-obstrução intestinal e outras afecções, citadas na literatura, porém pouco frequentes em nosso meio como: doença de Crohn, diarreia crônica de causas indeterminadas e enteropatias por deficiência imunológica.

## Operacionalização da nutrição parenteral domiciliar

### Admissão

É necessária a presença de uma equipe especializada para a condução desses casos no domicílio. Devem existir protocolos de enfermagem rígidos com o intuito de minimizar as complicações decorrentes dessa prática<sup>(14)</sup>.

O ambiente também deve ser favorável à administração da NPT, com condições de higiene adequadas, iluminação satisfatória e higiene pessoal da criança compatível com o procedimento.

O paciente chega ao domicílio em uso de nutrição parenteral por um cateter venoso central implantado ainda no hospital. Pode ser usado cateter totalmente implantado (*port-a-cath*) ou os semi-implantados (Broviac-Hickman)<sup>(20)</sup>. No caso do primeiro é necessária a punção com agulha apropriada, que no domicílio pode ser trocada semanalmente<sup>(15)</sup>. Já o semi-implantável é intensamente manipulado, diariamente, na maioria das vezes pela enfermagem, desta forma é necessário que os membros da equipe estejam capacitados a manuseá-lo, a fim de prestar cuidados que minimizem os riscos inerentes à utilização deste cateter<sup>(16)</sup>.

O cateter venoso central é o principal responsável pelas complicações da nutrição parenteral domiciliar: obstruções da luz e infecção (localizada no túnel subcutâneo ou infecção sistêmica). Diante dessas situações deve-se priorizar a manutenção do cateter, uma vez que a falta de via de acesso vascular constituirá o fator limitante para a nutrição parenteral<sup>(13)</sup>.

### Redução da infusão

Na maioria das vezes a infusão da NPT é inicialmente contínua, e no domicílio inicia-se a redução progressiva do tempo de infusão, até chegarmos num período de 8 a 12 horas, podendo ser durante o dia ou à noite, conforme for a rotina do paciente ou da família. É o que chamamos de NPT cíclica. Uma maneira de fazer isso é reduzir o tempo de infusão em 2 horas a cada 2 dias, devendo ser monitorada a glicemia por punção capilar. Caso haja alterações, alguns pacientes podem requerer, inicialmente, escalonamento na velocidade de início e término da infusão da NPT para evitar hiper ou hipoglicemia. Nesse sentido a orientação de introdução e retirada gradual pode ser realizada com a velocidade de infusão em 25% a cada 15 min no início e no final.

### Monitorização da infusão

De acordo com Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Pa-

renterais (SP) (ANVISA-RDC nº45/2003)<sup>(19)</sup> a sua administração é de responsabilidade dos serviços de saúde que devem prever e prover os recursos humanos e materiais necessários à operacionalização da utilização das SP. O enfermeiro é o responsável pela administração das SP e prescrição dos cuidados de enfermagem em âmbito hospitalar, ambulatorial e domiciliar.

As intercorrências que podem ocorrer durante a infusão da NPT são as mesmas do ambiente hospitalar e devem ser tratadas da mesma forma.

### Término da infusão

Deve-se enfatizar a importância da heparinização do cateter ao final do procedimento para evitar, a qualquer custo, a obstrução do mesmo. O curativo que protege a agulha do *port-a-cath* ou a entrada do lúmen do Broviac deve ser feito com técnica asséptica, assim como todas as condutas de enfermagem até aqui.

A NPT cíclica tem como vantagem a redução da insulinemia permanente e a esteatose hepática, aumenta a tolerância enteral e a aceitação oral durante o dia, garantindo mobilidade ao paciente e permite o tratamento domiciliar<sup>(18)</sup>.

## Complicações da nutrição parenteral domiciliar

### Relacionadas ao cateter venoso profundo

- Mecânicas - Trombose induzida pelo cateter, secundária à irritação do endotélio vascular.
- Infecções – Infecção da linha central frequentemente ocorre por contaminação durante manipulação e geralmente envolve estafilococos coagulase negativos.
- Metabólicas – Complicações metabólicas são comuns nos pacientes que recebem NPT domiciliar. Esses problemas estão frequentemente associados a alterações de volume ou aos efeitos das doenças associadas. Geralmente, eles causam alterações na glicemia e nos eletrólitos<sup>(3)</sup>.

## Monitoramento

O monitoramento realizado pela equipe multidisciplinar coordenada pelo médico é muito importante para a qualidade do processo. Antropometria deve ser realizada em todas as visitas, que inicialmente são semanais, e conforme a evolução permita, passa progressivamente a aumentar o intervalo até permanecerem tri-

mestrais. Uma sugestão para o monitoramento laboratorial segue no quadro 2. Avaliação de oligoelementos, vitaminas e Densitometria Óssea apenas ocasionalmente, intervalos anuais são recomendados. A realização de Trânsito intestinal anual também favorece a percepção de evolução do crescimento do intestino remanescente e pode auxiliar no prognóstico.

**Quadro 2** - Diretrizes para monitoramento de pacientes em NPT Domiciliar

Exames laboratoriais	Iniciais	Iniciais opcionais	Semanal por 1 a 2 semanas	Mensal por 3 meses	6 meses
Perfil químico: eletrólitos, glicose, pCO <sub>2</sub> , ureia, creatinina, proteínas totais e frações, albumina, triglicérides, cálcio, fósforo e magnésio	X		X	X	X
Teste de função hepática: bilirrubinas totais, fosfatase alcalina, desidrogenase láctica, AST, ALT, TAP	X		X	X	X
Hemograma completo	X		X	X	X
Perfil férrico	X		X	X	X
Dependendo da doença de base: zinco, B12, cobre, perfil do ferro		X			

Legenda: AST (Aspartato transaminase), ALT (Alanina transaminase), TAP (Tempo de Atividade de Protrombina)

Adaptado de 19

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendes W. Home Care, uma modalidade de assistência à saúde. Rio de Janeiro: UERJ; UnATI; 2001. 112p.
2. Mendes RAGCS. Programa de Assistência Domiciliar do Instituto Fernandes Figueira – Limites e possibilidades na construção de uma prática integral no cuidado à criança dependente de tecnologia. Rio de Janeiro; 2005.
3. Waitzberg DL. Nutrição oral, enteral e parenteral na prática clínica. 3ª ed. São Paulo: Ed. Atheneu; 2004.
4. DiBaise JK, Scolapio JS. Home parenteral and enteral nutrition. *Gastroenterol Clin North Am.* 2007;36:123-44.
5. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.213-9.
6. Portaria nº 337/MS, de 14 de abril de 1999 - Regulamento Técnico para a Terapia de Nutrição Enteral. Diário Oficial da União 15 de abril de 1999.
7. Mota MA, Silveira CRM, Mello ED. Children with cerebral palsy: how can we assess and manage their nutritional. 2013. *Int J Nutrology.* 2013;6(2):60-68.
8. Liptak GS, Murphy NA; Council on Children with Disabilities. Providing a primary care medical home for children and youth with cerebral palsy. *Pediatrics.* 2011;128:e1321-9.
9. Krick J, Murphy PE, Markham JF, et al. A proposed formula for calculating energy needs of children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1992;34(6):481-7.
10. Culley WJ, Middleton TO. Caloric requirements of mentally retarded children with and without motor dysfunction. *J Pediatr* 1969;75(3):380-4.
11. Ramos-Silva V, et al. Diretrizes Clínicas: Terapia Nutricional na Criança Hospitalizada. 1ª Ed. Editora Emescam. Vitória-ES. 2014. 298p.
12. Villares JMM. La practica de la nutricion artificial domiciliaria en Europa. *Nutr Hosp.* 2004;19:59-67.
13. Tannuri U. Síndrome do intestino curto na criança: tratamento com nutrição parenteral domiciliar. *Rev Assoc Med Bras.* 2004;50:330-7.
14. Wesley JR. Efficacy and safety of total parenteral nutrition in pediatric patients. *Mayo Clin Proc.* 1992;67:671-5.
15. Bowden VR, Greemberg CS Procedimentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 765 p.
16. Castagnola E, Molinari AC, Fratino G, et al. Conditions associated with infections of indwelling central venous catheters in cancer patients. *J Haematol.* 2003;121(2):233-239.
17. Resolução RDC/ANVISA n.º 45, de 12 de março de 2003. Regulamento Técnico de Boas Práticas de Utilização das Soluções Parenterais (SP) em Serviços de Saúde. Disponível em [www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.../160-solucao-parenteral?...rdc-n-45-2003](http://www.vigilanciasanitaria.sc.gov.br/index.../160-solucao-parenteral?...rdc-n-45-2003) acessado em 5 de abril de 2017.
18. Goulet O, Olieman J, Ksiazek J, et al. Neonatal short bowel syndrome as a model of intestinal failure: physiological background for enteral feeding. *Clin Nutr.* 2013;32:162-171.
19. Ireton-Jones CS, Hennessy K, Howard D, et al. Multidisciplinary clinical care of the Home Parenteral Nutrition. *Nutr Clin Pract.* 1992;7:152-65.
20. Pittiruti M, Hamilton H, Biffi R, et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: central venous catheters (access, care, diagnosis and therapy of complications). *Clin Nutr.* 2009;28:365-77

**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 Hoinoff (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 Rêgo 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 Silvanly ((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**  
Lilian 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)  
Sílvia 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 Wuillaume (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 Wuillaume (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)