



GUIA PRÁTICO DE ATUALIZAÇÃO

CURSO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA
(GESTÃO 2022-2024)

Nº 222, 01 de Agosto de 2025

OBSTRUÇÃO DE VIAS AÉREAS POR CORPO ESTRANHO E ENGASGO POR LÍQUIDOS: O QUE FAZER?

CURSO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA (GESTÃO 2022-2024)

COORDENADORA: Valéria Maria Bezerra Silva

CONSELHO CIENTÍFICO: Aurimary Gomes Chermont, João Lourival de Souza Júnior,
Kátia Laureano, Silvia Yonamine, Tania Miyuki Shimoda-Sakano,
Washington Luiz Bittencourt

INTRODUÇÃO

A obstrução da via aérea por corpo estranho (OVACE) constitui um problema relevante de saúde pública, sendo causa frequente de morbidade e mortalidade, especialmente em menores de três anos. Mais de 10.000 visitas aos serviços de emergência nos Estados Unidos da América

(EUA) por menores de 14 anos são atribuídas a este tipo de ocorrência, podendo ser fatal ou deixar sequelas importantes como consequência da hipóxia.¹ No Reino Unido, é responsável por 250 óbitos e nos EUA, por 5200 óbitos ao ano. No Japão, a OVACE é a principal causa de morte acidental.² Os eventos fatais parecem ser subnotificados.³

Estudo realizado na Itália para avaliação das causas de OVACE identificou 64 óbitos entre adultos e crianças em um período de 18 meses, sendo 31% em crianças. Os meninos em idade pré-escolar parecem mais suscetíveis à obstrução das vias aéreas. Entre os casos fatais em pré-escolares, 67% evoluíram para óbito após a admissão hospitalar. A maioria dos casos fatais foi presenciado, porém metade dos casos foi a óbito antes de receber as manobras de desobstrução, o que sugere um treinamento escasso da população.⁴

Noventa por cento dos casos de OVACE ocorrem em menores de cinco anos, sendo 65% em menores de um ano. Esta faixa etária parece apresentar maior vulnerabilidade, pois exploram o ambiente e facilmente colocam objetos na boca. Pequenos objetos (balões, moedas, baterias, brinquedos) e alimentos (uvas, carne, salsichas, castanhas, cenoura crua, maçã, pipoca, balas duras) podem obstruir a via aérea em crianças. No Brasil, pequenos objetos plásticos e de metal são causas mais frequentes do que em outros continentes.⁵

Entre todos os objetos, os balões merecem destaque, pois lideram como causa letal de engasgo em menores de seis anos. No período de 1990 a 2004, 68 crianças falceram por engasgo com balões nos EUA. Algumas características como tamanho, forma e consistência podem aumentar o potencial risco para aspiração em crianças. São considerados objetos ou alimentos de alto risco aqueles cilíndricos, ovais, compressíveis e de tamanho semelhante ao da via aérea, tendo, por isso, potencial de ocluir de modo completo a passagem de ar.¹

A ocorrência de aspiração de corpo estranho (CE) pode ser afetada por comorbidades. Bebês prematuros, por exemplo, costumam enfrentar desafios na alimentação e na deglutição, aumentando, assim, o risco de aspiração. Pacientes com condições neurológicas ou atraso no desenvolvimento que comprometam a deglutição, como a laringomalácia, têm maior probabilidade de aspirar.⁶ Além disso, a existência de doenças cardíacas congênitas (relacionadas a anomalias anatômicas ou fisiológicas que impactam na deglutição) e de síndromes genéticas também têm sido associadas a um risco superior de aspiração silenciosa.⁷

Os reflexos que protegem as vias aéreas, como o reflexo quimiorreceptor laríngeo, exercem uma função significativa na defesa contra a aspiração de líquidos. Tais reflexos, que englobam a apneia e a constrição da laringe, são mais intensos em recém-nascidos e podem evoluir à medida que a criança cresce. A maturação desses reflexos é essencial para salvaguardar as vias aéreas, enquanto sua falha pode resultar em episódios de aspiração.⁸ Além disso, crianças pequenas possuem vias aéreas mais estreitas e pouco desenvolvidas, o que pode aumentar a propensão à aspiração e obstrução.⁹

A epidemiologia do engasgo por líquidos, como leite materno, fórmula infantil ou suco, constitui uma preocupação, porém os dados são escassos comparados aos de engasgo por objetos sólidos, já que não apresentam o mesmo impacto na morbimortalidade.

No estudo de Vilke, de um total de 110.367 chamadas de ambulância no período de um ano, 4.894 (4,4%) foram solicitadas para pacientes menores de 5 anos. Destes, 182 crianças (3,7%) apresentavam a queixa de obstrução de vias aéreas sendo que 99 deles tinham menos de um ano de idade (55%). A obstrução por líquidos (fórmulas infantis, leite materno, medicamentos líquidos, muco, saliva, secreções, vômitos e água) foi mais comum nas crianças menores de um ano, totalizando 23% das ocorrências do grupo. 59% das obstruções foram resolvidas antes da chegada da ambulância e destas, 69% ocorreram por líquidos. Os pacientes que precisaram de suporte avançado foram as crianças maiores. Este foi um dos poucos estudos encontrados na literatura que descreveu a ocorrência do engasgo por líquidos, mostrando a necessidade de definir quais as melhores práticas em primeiros socorros, para pais e profissionais de saúde, já que os líquidos não se comportam como os sólidos quando na via aérea superior, pois impactam transitoriamente a passagem do ar. No entanto, em grande quantidade, chegarão aos pulmões podendo causar pneumonia aspirativa.¹⁰

Observa-se atualmente, na mídia e nas redes sociais, grande quantidade de orientações a respeito de como oferecer os primeiros so-

corros nestes eventos de engasgo, as quais recomendam as manobras de desobstrução de vias aéreas por CE para o tratamento de engasgo por líquidos, o que está em desacordo com o conhecimento científico e a experiência clínica. Esta publicação tem o objetivo de esclarecer a diferente natureza da obstrução de via aérea na criança por sólidos e semissólidos daquela provocada por líquidos e estabelecer qual é a conduta adequada nas diferentes situações.

CONDUTA NO ENGASGO POR LÍQUIDOS

Ao se recomendar as manobras de desobstrução de vias aéreas por CE no engasgo por líquidos, pode-se cometer um erro e propiciar o aparecimento de desfechos indesejáveis.^{11,12}

Na maioria das vezes, o bebê que tosse ao ingerir líquidos está apresentando apenas um engasgo. O engasgo é um reflexo que está presente desde o nascimento e permanece por toda a vida, também conhecido como reflexo faríngeo. Seu objetivo é proteger as vias aéreas e impedir que objetos estranhos e alimentos sejam aspirados. Em bebês, o reflexo de engasgo está mais para a frente na boca do que em adultos. Por volta dos quatro aos seis meses de vida, a criança começará ter mais controle desse reflexo, o que coincide com o fato de estar pronto para a introdução de novos alimentos por volta dos seis meses.

O reflexo de engasgo se move mais para trás na boca com a idade e, por volta dos nove meses, deve estar em torno do terço posterior da língua. Quando a introdução de novos alimentos começa, eles não têm controle motor oral completo, estando mais propensos a engasgar. É importante reconhecer que isso faz parte da experiência normal de desenvolvimento da alimentação para todos os bebês.¹³ Também é importante perceber que a criança que apresenta um engasgo por líquidos não necessariamente apresenta uma obstrução de vias aéreas, mas provavelmente apresenta sinais de um reflexo de proteção.¹⁴

Desta forma, a maneira mais correta de lidar com o engasgo por líquidos é:

- 1º. Posicionar a criança sentada ou semissentada;
- 2º. Retirar o excesso de líquidos da boca, com a ajuda de um lenço ou algo semelhante;
- 3º. Observar a resposta:
 - A. A criança tosse e/ou vomita, e logo volta a respirar normalmente: ajude-a e observe;
 - B. Ela permanece sintomática após o engasgo (dispneia, desconforto, choro, chiado), por provável aspiração líquida: leve-a a um Serviço de Emergência;
 - C. Ela para de respirar (apneia) – estimule delicadamente as costas dela, esfregando-a. A maioria das crianças se recupera, retornando à respiração;
 - D. Caso não volte a respirar e perca a consciência: chame por ajuda e inicie as manobras de parada cardiorrespiratória.^{15,16}

CONDUTA NA OVACE

A maioria dos casos de aspiração de CE (sólidos ou semissólidos) em crianças se apresenta em localização brônquica, sendo 52% destes no brônquio principal direito e 18% no esquerdo. Obstruções laríngeas e traqueais são menos comuns, porém podem alojar corpos estranhos grandes e volumosos (por exemplo, alimentos) ou aqueles com bordas afiadas e irregulares, podendo causar obstrução completa ou parcial significativa das vias aéreas, necessitando de tratamento imediato, implicando em uma maior morbimortalidade.¹⁷⁻¹⁹

Clinicamente, é difícil reconhecer o nível da impactação, sendo conhecido que o mais importante no momento do engasgo é identificar se a criança apresenta uma obstrução completa das vias aéreas, ou seja, se apresenta dificuldade para falar ou tossir, respiração ruidosa, palidez ou cianose, agitação e/ou leva as mãos em volta

do pescoço. Caso a resposta seja positiva, deve-se tentar o desalojamento usando manobras de desengasgo com pancadas nas costas e compressões torácicas em crianças até um ano de idade e a manobra de Heimlich em crianças maiores de um ano de idade.¹⁶

Nas obstruções parciais (crianças que conseguem falar ou tossir), as manobras de desobstrução não estão indicadas pelo risco de deslocarem o CE e causarem a obstrução completa. Pelo mesmo motivo, a varredura às cegas da boca e orofaringe deve ser desestimulada. Nas crianças com obstrução incompleta ou parcial, deve-se estimular a tosse e, caso a tosse se torne inefetiva, pancadas leves no dorso da vítima estão indicadas antes de iniciar as manobras de desobstrução.¹⁶

MANOBRAS DE DESENGASGO OU DE ALÍVIO DE OVACE

Em crianças menores de um ano, preconiza-se o posicionamento da vítima no antebraço de quem prestará a assistência, com a mão segurando a face do bebê, para permitir a abertura da via aérea com a cabeça mais baixa que o corpo. O socorrista deve realizar cinco pancadas no dorso, usando a região tenar e hipotenar ("calcanhar da mão") entre as escápulas. Logo após, deve levar o bebê para o outro antebraço (posição supina) e fazer cinco compressões torácicas, utilizando dois dedos (indicador e médio) logo abaixo da linha mamilar. Após cada ciclo (cinco pancadas e cinco compressões), deve-se verificar se houve desobstrução das vias aéreas (ele respira? houve a exteriorização do CE? Caso afirmativo, leve-o até o pronto socorro). Se houver perda da consciência, acionar imediatamente o serviço de emergência e iniciar as manobras de reanimação cardiopulmonar.¹⁶ (Figura)

Em crianças maiores de um ano, a manobra de Heimlich deve ser realizada com o socorrista

posicionado de pé, atrás da vítima, com os braços por trás dos braços da vítima, circundando sua cintura, de modo a manter uma das mãos fechadas e a outra espalmada sobre ela, centralmente no abdomen, entre o umbigo e o apêndice xifoide. Aplicar compressões firmes para dentro e para cima até que a vítima respire ou ejete o corpo estranho. Caso haja perda de consciência, seguem as mesmas orientações dos menores de um ano: acionar imediatamente o serviço de emergência e iniciar as manobras de reanimação cardiopulmonar.¹⁶ (Figura)

Figura. Manobra de Heimlich em lactente e criança maior



Fonte: <https://images.app.goo.gl/FboiXFYkWS9q8nbT9>

Toda criança que foi submetida às manobras de desengasgo deve ser encaminhada para exame médico e de imagem para observar possíveis lesões traumáticas. Isto também se aplica aos pacientes com suspeita de aspiração de CE que sejam sintomáticos, mas estáveis, os quais devem ser encaminhados a um serviço hospitalar para ser realizada uma radiografia simples do tórax, idealmente inspiratória e expiratória, a fim de identificar possível localização e material constituinte do CE. Estudos radiográficos normais não excluem a presença de um CE aspirado, podendo ser necessária complementação diagnóstica com Tomografia Computadorizada, inclusive para confirmar localizações esofágicas, que podem comprimir extrínsecamente as vias aéreas, causando também obstrução parcial.^{20,21}

Atualmente, a broncoscopia rígida é considerada o procedimento de escolha, seja para identificar e remover o CE, seja para permitir o controle das vias aéreas, a boa visualização, a manipulação do objeto com uma ampla variedade de fórceps e o imediato tratamento da hemorragia da mucosa, tendo um índice de sucesso na remoção do CE em cerca de 95% dos casos, com uma taxa de complicação menor que 1%.^{22,23}

A broncoscopia flexível também se torna uma excelente opção para extração de CE, pois permite o alcance de brônquios subsegmentares sem a necessidade de anestesia geral, tendo um índice de sucesso de 91% dos casos, apesar de oferecer um risco adicional de deslocamento do CE e comprometer ainda mais a obstrução das vias aéreas.^{24,25}

Ocasionalmente, um CE retido por várias semanas poderá causar inflamação e infecção das vias aéreas, exigindo-se tratamento clínico com antibióticos e corticosteroides sistêmicos para reduzir a inflamação antes que se proceda à remoção endoscópica dele. Quando não se obtiver sucesso com a retirada do CE por via endoscópica, está indicada a toracotomia.²⁶

PREVENÇÃO DA OVACE

Um esforço abrangente na prevenção da asfixia dependerá da educação de pais, professores, cuidadores de crianças para supervisionar e criar ambientes mais seguros para as crianças; da promulgação e aplicação de leis de segurança que levem à vigilância e à redução da disponibilidade de produtos perigosos no mercado; e de mudanças no *design* de produtos que reduzam o risco inerente de asfixia em pro-

duto de consumo, especialmente alimentos e brinquedos.¹

CONCLUSÃO

Milhares de vidas foram salvas pela manobra de Heimlich. Descrita pela primeira vez em 1974 por Henry Heimlich, é uma abordagem simples para aliviar a obstrução das vias aéreas. Desde então, a capacidade da manobra de salvar vidas tem sido bem documentada. Menos enfatizadas são as complicações raras da manobra de Heimlich, que podem ter sequelas sérias se não forem reconhecidas e tratadas adequadamente.²⁷

O Dr. Heimlich descreveu inicialmente o potencial para a complicação mais comum, fratura de costela. Posteriormente, ele e outros autores relataram uma ampla variedade de lesões traumáticas raras, como perfuração do jejuno, estômago ou esôfago; ruptura da cúspide da válvula aórtica; trombose aguda de um aneurisma da aorta abdominal; pneumomediastino; laceração mesentérica e hérnia diafragmática.²⁷

Da mesma forma, as manobras de alívio para OVACE em bebês, (pancadas nas costas, seguidas de compressões torácicas) não são isentas de complicações (danos no fígado, coração, baço, pulmões e parede torácica), sendo motivo de preocupação dos pesquisadores.^{1,11,12}

Este documento se propõe a alertar profissionais de saúde, socorristas em geral e pais, sobre a importância de se usar as manobras de alívio de vias aéreas somente quando estivermos diante de uma OVACE (sólidos e semissólidos), sejam alimentos ou objetos que estiverem causando uma obstrução total das vias aéreas das crianças. Estas situações podem levar à morte por asfixia, e justificam o uso de tais recursos, o que não se aplica a situações de engasgo por líquidos.

REFERÊNCIAS

01. Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention; Prevention of Choking Among Children. *Pediatrics*. 2010;125(3):601–607.
02. Couper K, Abu Hassan A, Ohri V, Patterson E, Tang HT, Bingham R, et al. International Liaison Committee on Resuscitation Basic and Paediatric Life Support Task Force Collaborators. Removal of foreign body airway obstruction: A systematic review of interventions. *Resuscitation*. 2020;156:174–181.
03. Lorenzoni G, Azzolina D, Soriani N, Galadini M, Carle F, Gregori D. Temporal and regional trends of choking injuries in children in Italy, 2001–2013. *Inj Epidemiol*. 2018;5:30.
04. Landoni G, Morselli F, Silveti S, Frontera A, Zangrillo A. Pizza in adults and grape in children are the most frequent causes of foreign body airway obstruction in Italy. A national media-based survey. *Resuscitation*. 2020;149:141–142.
05. Parvar SY, Sarasyabi MS, Moslehi MA, Priftis KN, Cutrera R, Chen M, et al. The characteristics of foreign bodies aspirated by children across different continents: A comparative review. *Pediatr Pulmonol*. 2023;58(2):408–424.
06. Irace AL, Dombrowski ND, Kawai K, Watters K, Choi S, Perez J, et al. Evaluation of Aspiration in Infants With Laryngomalacia and Recurrent Respiratory and Feeding Difficulties. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2019;145(2):146–151.
07. Foltran F, Ballali S, Passali FM, Kern E, Morra B, Passali GC, et al. Foreign bodies in the airways: a meta-analysis of published papers. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012;76(1):S12–19.
08. Thach BT. Maturation and transformation of reflexes that protect the laryngeal airway from liquid aspiration from fetal to adult life. *Am J Med*. 2001;111 Suppl 8A:69S–77S.
09. Arens R, Marcus CL. Pathophysiology of upper airway obstruction: a developmental perspective. *Sleep*. 2004;27(5):997–1019.
10. Vilke GM, Smith AM, Ray LU, Steen PJ, Murrin PA, Chan TC. Airway obstruction in children aged less than 5 years: the prehospital experience. *Prehosp Emerg Care*. 2004;8(2):196–9.
11. Greensher J, Montgomery WH. Treatment for choking infants: some controversy lingers. *Public Health Rep*. 1986;101(5):454–5.
12. Fearing, Nicole M. MD; Harrison, Paul B. MD. Complications of the Heimlich Maneuver: Case Report and Literature Review. *J Trauma Infect Crit Care*. 2022;53(5):978–979.
13. Park MJ, Byun JS, Jung JK, Choi JK. The correlation of gagging threshold with intra-oral tactile and psychometric profiles in healthy subjects: A pilot study. *J Oral Rehabil*. 2020;47(5):591–598.
14. Stevenson RD, Allaire JH. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatr Clin North Am*. 1991;38(6):1439–53.
15. Zamataro T. SPSP. 2024. Super safe: engasto líquido. Disponível em: <https://www.spsp.org.br/super-safe-engasgo-liquido-no-recem-nascido/> Acessado em março de 2025.
16. Berg KM, Bray JE, NG K. 2023 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations: Summary From the Basic Life Support; Advanced Life Support; Pediatric Life Support; Neonatal Life Support; Education, Implementation, and Teams; and First Aid Task Forces. *Circulation*. 2023;148:e187–e280.
17. Tan HK, Brown K, McGill T. Airway foreign bodies (FB): a 10-year review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2000; 56:91.
18. Eren S, Balci AE, Dikici B. Foreign body aspiration in children: experience of 1160 cases. *Ann Trop Paediatr*. 2003; 23:31.
19. Lima JA. Laryngeal foreign bodies in children: a persistent, life-threatening problem. *Laryngoscope*. 1989; 99:415.
20. Laya BF, Restrepo R, Lee EY. Practical Imaging Evaluation of Foreign Bodies in Children: An Update. *Radiol Clin North Am*. 2017;55(4):845–867.
21. Tokar B, Ozkan R, Ilhan H. Tracheobronchial foreign bodies in children: importance of accurate history and plain chest radiography in delayed presentation. *Clin Radiol*. 2004;59(7):609–615.
22. Jiaqiang S, Jingwu S, Yanming H. Rigid bronchoscopy for inhaled pen caps in children. *J Pediatr Surg*. 2009; 44:1708.
23. Paşaoğlu I, Doğan R, Demircin M. Bronchoscopic removal of foreign bodies in children: retrospective analysis of 822 cases. *Thorac Cardiovasc Surg*. 1991; 39:95.
24. Tang LF, Xu YC, Wang YS. Airway foreign body removal by flexible bronchoscopy: experience with 1027 children during 2000–2008. *World J Pediatr*. 2009; 5:191.
25. Faro A, Wood RE, Schechter MS. Official American Thoracic Society technical standards: flexible airway endoscopy in children. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;191:1066.
26. Steen KH, Zimmermann T. Tracheobronchial aspiration of foreign bodies in children: a study of 94 cases. *Laryngoscope*. 1990;100:525.
27. Heimlich HJ. Choking Victims: Black blows and chest thrusts are hazardous. Even Lethal Public Health Rep. 1987;102(5):561–562.



Diretoria Plena

Triênio 2022/2024

PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

1º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

2º VICE-PRESIDENTE:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

SECRETÁRIO GERAL:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:

Rodrigo Aboubid Ferreira Pinto (ES)

3º SECRETÁRIO:

Claudio Hoineff (RJ)

DIRETOR FINANCEIRO:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º DIRETOR FINANCEIRO:

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

2º DIRETOR FINANCEIRO:

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE: Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE: Maryneia Silva do Vale (MA)

SUDESTE: Marisa Lages Ribeiro (MG)

SUL: Cristina Targa Ferreira (RS)

CENTRO-OESTE: Renata Belem Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Maryneia Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

SUPLENTES:

Analiária Moraes Pimentel (PE)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Sumim Abramovici (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

Licia Maria Moreira (BA)

Carilindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

SUPLENTES:

Jocileide Sales Campos (CE)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

Gilberto Pascolat (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Rossiceli de Souza Pinheiro (AM)

Helenilce de Paula Froid Costa (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Edson Ferreira Liberal (RJ)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Sidnei Ferreira (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Mauro Batista de Moraes (PR)

Kerstin Tanigushi Abagge (SP)

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

COORDENAÇÃO:

Hélcio Villaca Simões (RJ)

COORDENAÇÃO ADJUNTA:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

MEMBROS:

Clóvis Francisco Constantino (SP) - Licenciado

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

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

COORDENAÇÃO:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

MEMBROS:

João Carlos Batista Santana (RS)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Ricardo do Rego Barros (RJ)

INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

DIRETOR:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

DIRETORIA ADJUNTA:

Sidnei Ferreira (RJ)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:

Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

Anesísia Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Carilindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

DIRETORIA CIENTÍFICA

DIRETOR:

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

MÍDIAS EDUCACIONAIS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Rosana Alves (ES)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

Fernanda Luisa Ceragjoli Oliveira (SP)

Tulio Konstanyer (SP)

Claudia Bezerra Almeida (SP)

NEONATOLOGIA - PRORON

Renato Soibermann Procianny (RS)

Clea Rodrigues Leone (SP)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPEP

Werther Bronow de Carvalho (SP)

TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP

Claudio Leone (SP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPEP

Hamy Simon Júnior (SP)

Gilberto Pascolat (PR)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

PUBLICAÇÕES

TRATADO DE PEDIATRIA

Fábio Ancona Lopes (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Clóvis Artur Almeida da Silva (SP)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

OUTROS LIVROS

Fábio Ancona Lopes (SP)

Dirceu Solé (SP)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

DIRETORA:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

Paulo Tadeu de Mattos Prereira Poggiali (MG)

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 Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

COORDENAÇÃO GERAL:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO OPERACIONAL:

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

MEMBROS:

Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

Marcia de Freitas (SP)

Nelson Grisard (SC)

Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)

PORTAL SBP

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Rodrigo Aboubid Ferreira Pinto (ES)

Claudio Hoineff (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

Donizetti Dimer Giamberardino (PR)

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)

Cassio da Cunha Ibiapina (MG)

Luiz Anderson Lopes (SP)

Silvia Regina Marques (SP)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopes (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)

Mariana Tschoepe Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:

Renato Soibermann Procianny (RS)

MEMBROS:

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)

João Guilherme Bezerra Alves (PE)

Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)

Magda Lohorgue Nunes (RS)

Gisela Alves Pontes da Silva (PE)

Dirceu Solé (SP)

Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

Marielene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Mariana Tschoepe Aires (RJ)

Maria De Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

Leonardo Rodrigues Campos (RJ)

Alvaro Jorge Madeira Leite (CE)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Fábio Ancona Lopes (SP)

Dirceu Solé (SP)

Angélica Maria Bicudo (SP)

EDITORES ASSOCIADOS:

Daniilo Blank (RS)

Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Angélica Maria Bicudo (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:

Rosana Fiorini Puccini (SP)