

Prematuridade Tardia: Motivo de Alerta

Departamento Científico de Neonatologia (Gestão 2025-2028)

Presidente: Licia Maria Oliveira Moreira

Secretária: Rita de Cassia Silveira

Conselho Científico: Ana Mackartney de Souza Marinho, Aurimery Gomes Chermont, Claudia Rodrigues Souza Maia, Gislayne Castro e Souza de Nieto, Gustavo Luis Benvenuti, Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck, Marcia Gomes Penido Machado, Marta David Rocha de Moura, Nicole Oliveira Mota Gianini, Paulo de Jesus Hartmann Nader, Priscila Pinheiro Ribeiro Lyra, Sérgio Tadeu Martins Marba

Relatores: Carlos Alberto Moreno Zaconeta, Leila Denise Cesário Pereira

Introdução

Prematuros tardios (PTT) são aqueles que nascem com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e seis dias. Representam o maior percentual de prematuros (cerca de 70%), e esta condição é atualmente considerada um importante problema de saúde pública.¹ É o subgru-

po de prematuros que vem aumentando com maior velocidade nas últimas décadas.^{2,3}

Durante um longo período os PTT foram considerados como sendo semelhantes aos recém-nascidos a termo (RNT), e foram então chamados de “próximos do termo”. A substituição dessa terminologia por Prematuro Tardio surgiu a partir de evidências crescentes de que se trata de uma população vulnerável, com riscos

específicos que demandam precauções e cuidados diferenciados.^{2,4} Embora estejam próximos do termo, essas semanas de desenvolvimento perdidas são vitais e a incompletude anatômica, fisiológica e metabólica é a principal causa de aumento das complicações.³ Portanto, o PTT não deve ser tratado como um RNT.

O aumento da prevalência de PTT em todo o mundo, as evidências de maior risco de morbimortalidade neonatal e infantil e a maior chance de readmissão hospitalar quando comparados aos RNT, direcionou o foco dos pesquisadores para o estudo de resultados em longo prazo. Considerando que a população de PTT é grande, mesmo sintomas/sinais adversos leves podem causar grande impacto para o sistema de saúde.⁵

O Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) elaborou este documento científico com o objetivo de alertar pediatras, neonatologistas e equipe multidisciplinar para as peculiaridades e riscos associados ao nascimento prematuro tardio e chamar a atenção para a necessidade e a importância de cuidados especiais desde a sala de parto, durante a internação na maternidade e após a alta.

Vitalidade ao Nascer

O obstetra, a família e o pediatra não devem subestimar os riscos de um parto prematuro, mesmo que tardio. Os PTT possuem maior probabilidade de necessitar de intervenções ao nascimento e de apresentar valores de Apgar menores quando comparados aos RNT.² O risco de apneia ao nascimento é de 13%, sendo próximo de 0% nos RNT.⁶ Estudo de coorte prospectivo realizado em 35 hospitais públicos de 20 capitais brasileiras comparou 1.054 PTT com 9.720 RNT sem malformações congênitas e

verificou que a necessidade de ventilação com pressão positiva com máscara e de intubação traqueal foi duas e três vezes mais frequente entre os PTT, respectivamente.⁷ Desta forma, é primordial contar com equipe treinada em reanimação neonatal conforme as diretrizes atualizadas da SBP. Vale lembrar que sempre que o PTT nascer vigoroso e apresentar estabilidade cardiorrespiratória deve-se garantir a hora de ouro, que inclui o clameamento tardio do cordão umbilical, o contato pele a pele e o início da amamentação na primeira hora de vida.⁸ Dentre os principais fatores associados à necessidade de reanimação ao nascer estão a imaturidade neurológica e a indicação materna ou fetal de nascimento prematuro.⁹

Morbidade Neonatal

Distúrbios Respiratórios

O risco de algum grau de insuficiência respiratória ao nascer é de 18,8% nos prematuros tardios, contra 2,2% nos RNT.⁶ A prevalência de distúrbios respiratórios no PTT varia diretamente com a idade gestacional ao nascer, sendo de 21% com 33-34 semanas e de 7% com 35-36 semanas.¹⁰ Quando comparados aos RNT, os PTT necessitam com mais frequência de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), ventilação invasiva e administração de surfactante.¹¹ Os principais fatores associados à morbidade respiratória nos primeiros dias de vida são o atraso na adaptação cardiorrespiratória ao nascer, a deficiência de surfactante e o retardo na absorção de líquido pulmonar.⁹ Os PTT apresentam maior risco de problemas respiratórios como síndrome do desconforto respiratório (SDR), taquipneia transitória do recém-nascido (RN), pneumonia, hipertensão pulmonar, apneia e bradicardia. A incidência e a gravidade do comprometimento respiratório diminuem com o aumento da idade gestacio-

nal.¹² Ou seja, os PTT podem necessitar de cuidados em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), mesmo que por curtos períodos de tempo.⁶

Instabilidade Térmica

Dez por cento dos PTT apresentam hipotermia com necessidade de intervenção durante a internação na maternidade. A instabilidade térmica é uma das principais causas de internação hospitalar prolongada, e responsável por 5,2% das readmissões dos PTT.¹²

Os PTT apresentam maior instabilidade térmica, particularmente estresse pelo frio, devido à sua imaturidade fisiológica e metabólica. Os principais fatores que contribuem para a hipotermia são: menor produção de calor (menor quantidade de gordura marrom e imaturidade na termogênese com prejuízo na liberação de hormônios termogênicos) e maior perda de calor (menor quantidade de gordura subcutânea, grande área de superfície corporal e pele fina e não completamente queratinizada).^{2,12}

O estresse pelo frio está associado à liberação de norepinefrina, que causa efeitos sistêmicos como aumento da taxa metabólica, do consumo de oxigênio e da utilização de glicose, que pode resultar em hipoxemia e hipoglicemia. Em uma população que já apresenta maior risco de desconforto respiratório e de hipoglicemia, a hipotermia pode exacerbar essas condições e aumentar o risco de morbidade e mortalidade.³

Hipoglicemia

O feto recebe glicose passivamente pelo cordão umbilical. O clameamento do cordão determina queda da glicemia do recém-nascido. No RNT essa hipoglicemia fisiológica estimula a liberação de catecolaminas e hormônios que estimularão o fígado a realizar glicogenólise e gliconeogênese, aumentando

assim a glicose plasmática, além da formação de corpos cetônicos que agem como combustível alternativo dos neurônios. A sucção de leite materno também ajuda o RNT a manter níveis estáveis de glicemia. No PTT, o fígado imaturo é ineficiente na ativação desses mecanismos adaptativos estabilizadores da glicemia, e, além disso, a sucção ineficiente contribui para o risco de hipoglicemia.^{2,3} Estudo de revisão sistemática revelou que esse risco é 7,4 vezes maior quando comparado ao RNT e que a frequência da hipoglicemia é maior quanto menor a idade gestacional: 34 semanas (11,5%), 35 semanas (5,3%), 36 semanas (4,4%).¹³ O PTT possui risco seis vezes superior ao RNT de necessitar tratamento endovenoso.¹⁴ O PTT deve ser, portanto, submetido a controle glicêmico a partir do nascimento, conforme protocolo de triagem e tratamento da hipoglicemia de cada instituição.

Hiperbilirrubinemia

A imaturidade hepática e intestinal causa aumento dos níveis de bilirrubina indireta.¹⁵ Fatores como maior taxa de produção, menor captação hepática, prejuízo na conjugação e maior circulação êntero-hepática da bilirrubina contribuem para o desenvolvimento de icterícia. Isso é particularmente exacerbado pela dificuldade alimentar.¹²

A prevalência de icterícia é de 16% nos PTT e de 5,3% em RNT.¹² O risco do PTT desenvolver níveis de bilirrubina total > 20 mg/dl é oito vezes maior quando comparado com RN de 41 semanas.¹⁵ O risco de necessitar fototerapia é cinco vezes maior que o do RNT.^{2,12}

A hiperbilirrubinemia indireta no PTT ocasiona a icterícia mais intensa na primeira semana de vida e o pico é mais tardio do que no RNT.^{16,17}

Este aumento de bilirrubina, associado à hipoalbuminemia da prematuridade e à imaturidade da barreira hematoencefálica

aumentam o risco de impregnação dos gânglios da base pela bilirrubina indireta. Nos últimos anos houve um expressivo aumento nos casos de kernicterus, não por incompatibilidade Rh, mas devido a PTT que receberam alta precoce e ficaram sem acompanhamento adequado.¹⁸ Alguns casos evoluem para formas clássicas de kernicterus, mas existem também formas mais sutis que se manifestarão somente mais tardiamente na infância como deficiência neurológica e ou auditiva (transtorno de espectro kernicterus).¹⁹

Dificuldades Alimentares

A imaturidade funcional determina dificuldade de ingestão oral e ao atraso na nutrição eficiente. É comum o PTT apresentar hipotonia oral, hipotonia cervical e incoordenação entre sucção, deglutição e respiração. A associação destes fatores, juntamente com a sonolência e a fadiga, faz com que o PTT esvazie menos o seio materno, prejudicando simultaneamente a nutrição e o estímulo para o estabelecimento da apojadura. A motilidade e o esvaziamento gástrico são lentos e existe imaturidade da função motora intestinal, o que causa a intolerância alimentar e a dificuldade na progressão da dieta, determinando muitas vezes internação prolongada.²⁰ As dificuldades na amamentação aumentam, por sua vez, o risco de icterícia, hipoglicemia, perda de peso, desidratação, hipernatremia e reinternação.²¹

As dificuldades alimentares interferem de forma negativa na amamentação. A taxa de aleitamento materno exclusivo na alta da maternidade chega a ser quatro vezes menor nos PTT quando comparados aos RNT. Todas as publicações são unânimes quanto aos benefícios, a importância da promoção e apoio ao aleitamento materno para vencer as dificuldades, com a participação e monitorização ativa da equipe multiprofissional. A primeira opção sempre deve ser investir no aleitamento materno exclusivo.²²

Hemorragia Peri-intraventricular (HPIV) e Leucomalácia Periventricular (LPV)

A verdadeira incidência de HPIV e de LPV é subestimada nos PTT, pois não existem diretrizes para o rastreamento de rotina por neuroimagem.²³

Revisão sistemática que incluiu 22 estudos concluiu que o risco de HPIV de qualquer grau e de graus 3 e 4 é 4,9 e 2,5 vezes maior nos PTT, respectivamente, quando comparado com o risco dos RNT.¹³ A prevalência por idade gestacional de HPIV graus 1 e 2 é de 0,5% (34 semanas), 0,2% (35 semanas), 0,06% (36 semanas) e 0,01% (39 semanas).¹²

Embora formas graves de LPV cística sejam raras em PTT, formas sutis podem ser observadas devido a condições associadas, como corioamnionite materna, instabilidade cardiovascular e lesões hipóxico-isquêmicas.¹²

Infecção

Os fatores associados ao aumento da taxa de sepse entre os recém-nascidos PTT incluem imaturidade imunológica, infecção materna, incluindo corioamnionite, e utilização de procedimentos invasivos em UTIN. Como a triagem para estreptococo do grupo B não é realizada antes de 35 semanas de gestação, os PTT têm maior probabilidade de serem submetidos a triagem laboratorial para sepse e a tratamento com antibióticos, mesmo que internados por outros motivos, como dificuldade respiratória, hipoglicemia ou hipotermia. Possuem risco cinco vezes maior de infecções com cultura positiva em comparação com seus equivalentes a termo. Germes Gram-positivos são responsáveis pela maioria dos casos de sepse de início precoce e tardio. As chances de desenvolver meningite e pneumonia são, em geral, baixas, mas maiores do que nos RNT.^{12,13}

É importante também lembrar que a transferência transplacentária de imunoglobulina

G (IgG) é interrompida com o parto prematuro. Por isso, o PTT pode ter aproximadamente

a metade de IgG sérica comparado ao RNT,²⁴ o que faz dele um imunodeficiente (Quadro 1).

Quadro 1. Níveis de imunoglobulina G sérica em relação à idade gestacional.

Idade Gestacional (semanas+dias)	IgG sérica (mg/100 ml)
40	1100
38+3	879
37	757
35+3	656
34	522

Fonte: Adaptado de²⁴.

Risco e Causas de Reinternação

A probabilidade de reinternação deve ser prevista ainda no Alojamento Conjunto, pois o PTT possui três vezes mais risco de reinternar quando comparado ao RNT. As causas mais frequentes de reinternação são icterícia, dificuldade alimentar, perda ponderal excessiva e infecção.^{2,25} Oitenta por cento das reinternações de PTT acontecem nos primeiros cinco dias após a alta, e o risco aumenta quando a alta acontece antes dos quatro dias de vida (OR=2,94).²⁶ Mesmo sendo uma população de alto risco, não é infrequente que os PTT recebam alta com dois ou três dias de vida.²⁵ O pediatra precisa ser criterioso para garantir uma alta segura e reforçar a importância da reavaliação precoce pós-alta para evitar a reinternação.

Estudo realizado na Espanha constatou que as readmissões foram mais frequentes no grupo de PTT tanto aos 30 dias (9,0% *versus* 4,4%) quanto com um ano de vida.²⁷ Um grande estudo de coorte populacional realizado no

Canadá, concluiu que os PTT tiveram readmissões mais frequentes do que os RNT durante os primeiros cinco anos de idade. Os diagnósticos de admissão mais comuns após o período neonatal foram doenças do trato respiratório inferior, problemas gastrointestinais e infecção.²⁸

O planejamento cuidadoso da alta do PTT pode ajudar a prevenir readmissões hospitalares e levar a resultados positivos em longo prazo.³

Resultados de Médio e Longo Prazo

Morbidade Respiratória

Prematuros moderados e tardios apresentam risco aumentado para morbidade respiratória na infância e na adolescência quando comparados aos RNT. Infecções do trato respiratório inferior, incluindo bronquiolite e pneu-

monia são mais prevalentes até sete anos de idade (OR de 1,51 para bronquiolite e de 1,25 para pneumonia.²⁹ A prematuridade tardia é fator de risco independente para infecção grave pelo vírus sincicial respiratório. Nos PTT, a bronquiolite está associada a maior taxa de hospitalização (15% x 10%), maior necessidade de suporte respiratório, maior taxa de admissão em unidade de terapia intensiva e maior tempo de internação, quando comparados aos RNT.³⁰ Também apresentam maior prevalência de doença pulmonar obstrutiva até a vida adulta em comparação com seus pares nascidos a termo.³¹

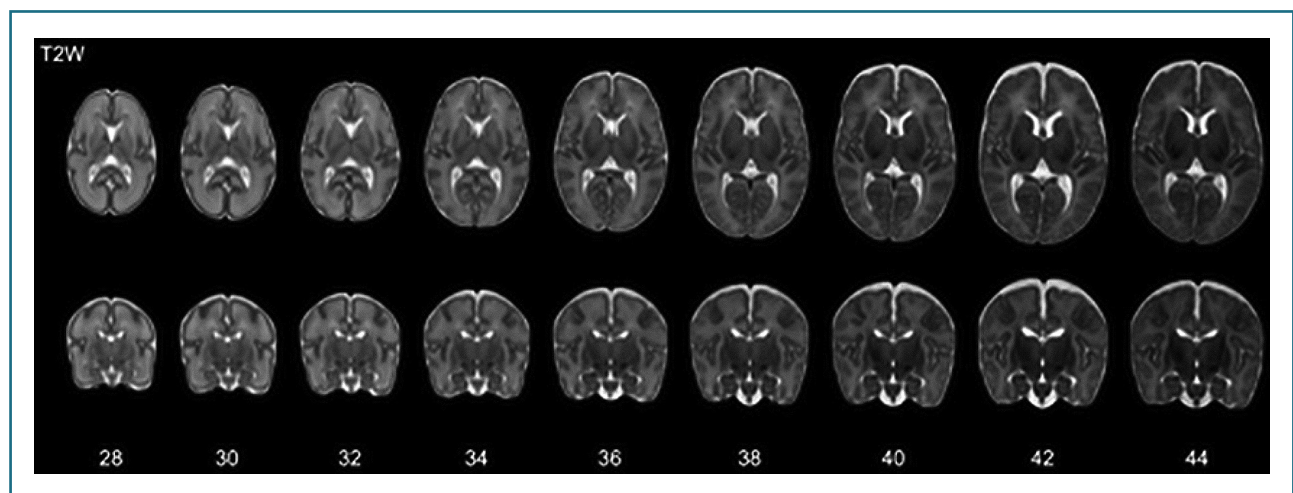
Anormalidades do Neurodesenvolvimento

O cérebro passa por um rápido crescimento entre 34 e 40 semanas de vida intrauterina. O volume cerebral dos RN de 36 semanas é 40% menor quando comparado ao dos RNT.³² Os PTT apresentam giros mais imaturos e com menor quantidade de substância cinzenta.

O volume de substância branca mielinizada aumenta cinco vezes entre 35 e 41 semanas.³³ Cerca de 25% do crescimento do cerebelo, a proliferação neuronal, a sinaptogênese e o desenvolvimento dos vasos sanguíneos, ocorrem após a 34ª semana de gestação.³⁴ A Figura 1 mostra o desenvolvimento cerebral nas diferentes idades gestacionais, por imagens de ressonância magnética.

São considerados disruptores do neurodesenvolvimento aqueles fatores que interferem negativamente no desenvolvimento do cérebro em um período crítico de crescimento e organização. A prematuridade é considerada um disruptor porque interrompe um processo crítico que deveria acontecer no ambiente intrauterino. Kugelman propôs a “teoria do segundo impacto”, que sugere que, além da prematuridade, um segundo impacto pode agir como desestabilizador adicional (exemplo: hiperbilirrubinemia) e ser mais prejudicial para os PTT do que para os RNT, que por possuírem o cérebro já maduro, podem ser mais resilientes.³³

Figura 1. Atlas em quatro dimensões do desenvolvimento cerebral em imagens de sinal T2 de ressonância magnética, conforme idade gestacional.³⁴



a) Transtornos de aprendizagem

As evidências disponíveis sugerem que os PTT apresentam pior desempenho nos domínios cognitivo e de aprendizagem comparados aos RNT, em especial em matemática e lei-

tura. Possuem maior chance de necessitar de plano de educação individualizado e de educação especial.³³ No entanto, ainda não está claro até que idade essas anormalidades permanecem e se persistem até a vida adulta.³⁵

b) Distúrbios neurocomportamentais

Sabe-se que o parto prematuro causa comprometimento do desenvolvimento cerebelar, e isso está associado ao desenvolvimento de distúrbios neurocomportamentais. O cerebelo forma conexões com regiões importantes na regulação do comportamento, como o sistema límbico e o córtex frontal, e está frequentemente envolvido em transtornos de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) e ansiedade. A prevalência de TDAH é de 5,7% em PTT e de 4,5% em RNT, e a razão de chance de uso de medicamentos para TDAH é significativamente maior em PTT aos 6 a 19 anos de idade, em comparação com os nascidos a termo.³⁶

Em uma coorte de mais de 4 milhões de indivíduos, o nascimento PTT esteve associado a risco significativamente aumentado de Transtorno do Espectro Autista (TEA) (1,9% PTT x 1,4% RNT 39-41 semanas), tanto no sexo feminino quanto no masculino, independente de covariáveis e de fatores genéticos ou ambientais, sendo consistente com potencial de causalidade. Cada semana adicional de gestação foi associada a uma redução de 5% na prevalência de TEA.³⁷

c) Distúrbios psiquiátricos

Dados sobre desfechos psiquiátricos em PTT são escassos. Segundo a Academia Americana de Pediatria, os PTT apresentam risco 3,7 vezes maior de transtornos psiquiátricos e 1,3 vezes maior de esquizofrenia quando comparados aos controles a termo.³⁸ Estudo realizado na Suécia mostrou que os nascidos entre 32 e 36 semanas possuem probabilidade 1,6 vezes maior de apresentar psicose não afetiva, 1,3 vezes maior de transtorno depressivo e 2,7 maior de transtorno bipolar.³³

d) Desfechos motores

Segundo a Academia Americana de Pediatria, os PTT apresentam risco 2,7 vezes maior

de evoluírem com paralisia cerebral do que os controles a termo,³⁸ e esse risco é inversamente proporcional à idade gestacional.³⁵ A maior frequência é de paralisia cerebral espástica (85%), seguida por atáxica (6%) e discinética (2%). Dentre os PTT submetidos a ressonância magnética, os achados predominantes foram de lesão da substância branca (53%), seguidos por lesão da substância cinzenta (21%).³⁹

Distúrbios Cardiometabólicos

Estudo de revisão sistemática demonstrou que a prematuridade tardia está associada a maior risco de desfechos cardiometabólicos, especificamente diabetes (RR=1,24) e hipertensão (RR=1,21) em crianças e adultos, e menores escores z de índice de massa corporal em crianças.⁴⁰ Outros estudos constataram que adultos nascidos PTT em comparação com os nascidos a termo apresentam maior prevalência de fatores de risco cardiometabólico, incluindo maior percentual de gordura corporal, maior pressão arterial, baixos níveis de colesterol HDL e glicose plasmática em jejum na infância e na adolescência, e que prevalência desses fatores de risco diminui a cada a semana de aumento na idade gestacional ao nascer. Esses resultados sugerem que a triagem e intervenções preventivas desde a primeira infância podem prevenir desfechos cardiometabólicos nos PTT.⁴¹

Mortalidade

Comparado com o RNT, o PTT possui maior risco de mortalidade desde o período neonatal até a idade adulta.¹² A mortalidade neonatal por mil nascidos vivos é 5 a 6 vezes maior, sendo inversamente proporcional à idade gestacional: 7,1 com 34 semanas, 4,8 com 35 semanas e 2,8 com 36 semanas.⁴² A mortalida-

de infantil e em adultos jovens são 3 a 4¹³ e 1,31 vezes maiores, respectivamente.⁴³

O aumento do risco de morte em PTT desde o nascimento até a idade adulta enfatiza a importância do seguimento cuidadoso dessa população de alto risco¹².

Recomendações

A téttrade do cuidado do PTT possui os seguintes pilares: 1) Alta segura; 2) Primeira consulta pediátrica precoce; 3) Acompanhamento de curto prazo; e 4) *Follow Up* diferenciado.

Cuidados Gerais Durante a Internação na Maternidade^{3,44-46}

A permanência na maternidade, logo após o nascimento, permite que aspectos fundamentais sejam assegurados, tais como a implementação de práticas de cuidado efetivas, a identificação de fatores de risco, a abordagem de problemas neonatais e a educação dos pais. É fundamental que os seguintes cuidados sejam garantidos:

- Identificar a presença de fatores de risco antenatais (restrição de crescimento intrauterino; diabetes gestacional materno; fatores de risco para sepse neonatal precoce; exames sorológicos maternos confirmatórios para infecções crônicas com risco potencial ao RN: STORCH) e fundamental providenciar monitoramento, investigação diagnóstica e tratamento, se indicado;
- Avaliar a transição cardiorrespiratória ao nascimento para decidir sobre a necessidade de internação na unidade neonatal;
- Facilitar o contato pele a pele e a amamentação precoce, na primeira hora após o nascimento sempre que a condição clínica do PTT permitir;
- Incentivar, orientar e monitorar o aleitamento materno, garantindo 8 a 12 mamadas em 24 horas, com atenção especial às primíparas e adolescentes;
- Considerar suplementação alimentar com base no desempenho da amamentação, na glicemia e na perda de peso;
- Considerar o uso de sonda gástrica para fornecer nutrição adequada até que o PTT demonstre habilidade para a alimentação oral;
- Aferir o peso diariamente;
- Verificar e registrar sinais vitais (temperatura, frequência respiratória e cardíaca) de 6 em 6 horas, nos intervalos das mamadas, com o RN calmo;
- Monitorar e registrar diurese e eliminação de mecônio;
- Monitorizar e corrigir a glicemia;
- Realizar, diariamente, o exame físico do RN;
- Orientar os cuidados de higiene: cordão umbilical, pele e períneo;
- Demonstrar o primeiro banho do RN;
- Identificar a presença de fatores de risco neonatais: 1) Dificuldade na amamentação; 2) Perda de peso: não deve exceder 3% ao dia ou mais de 7% do peso ao nascer até 48 horas de vida; 3) Presença de icterícia nas primeiras 24 a 36 horas de vida; 4) Bilirrubina total na zona de alto risco (>percentil 95) ou intermediária superior (percentis 75 a 95) para a idade em horas, segundo o nomograma de Buthani; 5) Coombs direto positivo; 6) Anormalidades no exame físico do RN;
- Garantir a realização da triagem neonatal: Teste do Reflexo Vermelho, Teste da Oximetria, Triagem Auditiva e Triagem Biológica (esta última, dependendo do tempo de permanência na maternidade);
- Se disponível, providenciar a vacinação contra hepatite B e tuberculose (BCG);

- Identificar fatores de risco psíquicos, sociais e ambientais: uso de drogas ilícitas, alcoolismo, tabagismo, antecedentes de negligência com irmãos, violência doméstica, doença mental, doenças transmissíveis e situações de vulnerabilidade social.

Critérios para a Alta da Maternidade^{3,44-47}

O melhor momento para a alta da mãe e do RN deve ser uma decisão construída ao longo do período de permanência hospitalar, de forma conjunta pelo pediatra, obstetra e equipe multiprofissional, e compartilhada com os pais e a família.

Os critérios indispensáveis para a alta são:

- Idade pós-natal mínima de 48 horas;
- Competência para a alimentação exclusiva por via oral, com boa coordenação da sucção/deglutição/respiração;
- Estímulo para aleitamento materno. Sucção no seio materno com pega e posicionamento adequados, salvo em situações em que há restrições ao aleitamento materno;
- Pais treinados para o uso de fórmula láctea quando há indicação de suplementação do aleitamento materno ou em situações nas quais a amamentação é contraindicada;
- Perda de peso de no máximo 7% do peso ao nascer até 48 horas de vida;
- Presença de diurese e eliminação de mecônio;
- Glicemia normal;
- Sinais vitais normais e estáveis durante as 12 horas que antecedem a alta (temperatura axilar de 36,5-37,5°C em berço comum; frequência cardíaca de 100-160 batimentos por minuto; frequência respiratória inferior a 60 respirações por minuto);
- Exame físico demonstrando estabilidade fisiológica das funções vitais, evidência de estabilidade respiratória, sem sinais de esfor-

ço respiratório ou taquipneia e ausência de sinais de sepse;

- Caso tenha ocorrido apneia durante a internação, garantir um período de segurança sem apneia, com base no protocolo da instituição;
- Se houver indicação de tratamentos medicamentosos, avaliar a necessidade de adiamento da alta para a sua conclusão, ou, se é passível de continuidade após a alta;
- Aptidão dos pais e cuidadores para os cuidados com o RN e para reconhecer situações de risco.
- Primeira consulta pediátrica precoce agendada, sempre que possível.

Plano de Alta da Maternidade^{3,40,44-47}

- Recomendar o aleitamento materno exclusivo por livre demanda, salvo situações específicas;
- Fornecer orientações verbais e escritas sobre o uso de fórmula láctea (suplementação ou exclusiva), se indicado;
- Orientar sobre a prevenção da morte súbita: posição para dormir em decúbito dorsal proibir decúbito ventral e manter a criança no quarto dos pais, em seu próprio berço, nos primeiros 6 meses de vida; não compartilhar a cama com os pais;
- Caso as vacinas contra hepatite B e tuberculose não tenham sido administradas, orientar para que isso seja providenciado o quanto antes após a alta;
- Alertar sobre a importância da continuidade da vacinação, conforme a idade cronológica, e da imunoprofilaxia contra a infecção pelo vírus sincicial respiratório;
- Orientar para evitar ambientes fechados e a exposição do RN a pessoas com infecções ativas do trato respiratório superior ou outras infecções virais;

- Especificar e orientar os pais sobre condições clínicas a serem monitoradas após a alta;
- Indicar a realização do teste do pezinho do 3º ao 5º dia de vida;
- Assegurar os encaminhamentos nos casos de testes de triagem neonatais alterados;
- Orientar agendamento da primeira consulta neonatal até 48 horas após a alta; nesta consulta será avaliada a efetividade da amamentação, a evolução do peso, a progressão da icterícia, o momento da próxima reavaliação clínica e o risco de reinternação;
- Alertar os pais para a importância das seguintes recomendações: 1) Acompanhamento do neurodesenvolvimento na infância, dado o risco de resultados adversos em longo prazo; 2) Monitoramento, controle e investigação de fatores de risco cardiometabólicos desde a infância até a vida adulta;
- Explicar sobre sinais de alerta: choro ou irritabilidade excessivos; sonolência intensa; icterícia intensa ou persistente; febre (temperatura superior a 37,5°C); vômitos repetidos; odor fétido, secreção ou sinais flogísticos na região periumbilical; tosse ou coriza; rouquidão, gemido, respiração difícil ou apneia; cianose ou palidez; tremores, convulsões ou hipotonia;
- Orientar sobre o uso de assento apropriado para o carro, que atenda ao padrão federal de segurança de veículo motorizado e que deverá estar disponível para a saída da maternidade;
- Entregar encaminhamentos para consulta com especialistas, se indicado;
- Fornecer receituário com medicamentos indicados para cada caso, incluindo Vitamina D (400 UI por dia);
- Fornecer orientações verbais e escritas;
- Garantir oportunidade para o esclarecimento de todas as dúvidas;
- Preencher todos os dados na Caderneta de Saúde da Criança;

- Disponibilizar resumo de internação para RN que permaneceram internados na unidade neonatal.

Primeira Consulta Pediátrica Precoce e Acompanhamento de Curto Prazo

A primeira consulta pediátrica deve acontecer em até 48 horas após alta, para garantir monitoramento, abordagem oportuna de situações clínicas e redução do risco de re-internação. Mesmo que o desempenho da amamentação seja considerado adequado por ocasião da alta, há necessidade de acompanhamento nos dias que se seguem, pois, a demanda aumenta e as mamadas podem não ser capazes de atendê-la com o passar dos dias. Sabe-se que a baixa ingesta aumenta o risco de desidratação hipernatrêmica e icterícia, que podem colocar o RN em risco em curto e longo prazo.⁴⁶ É importante identificar fatores de risco perinatais com base na história clínica e no resumo de internação.⁴⁸

A partir da primeira consulta, os PTT devem continuar sendo monitorados, principalmente em relação a icterícia e evolução ponderal, utilizando curvas próprias para prematuros. A avaliação deve acontecer até que estejam claramente fora de risco.⁴⁸

Follow up Diferenciado

No Brasil, o sistema de saúde ainda não contempla o seguimento sistemático dos PTT. Desta forma, torna-se fundamental a avaliação do desenvolvimento dessas crianças na atenção primária, bem como a utilização de ferramentas de triagem para alterações do neurodesenvolvimento.⁴⁹

O pediatra deve ter um olhar diferenciado para o PTT, avaliando, em cada consulta, o neurodesenvolvimento nas quatro esferas (socioemocional, comunicação e linguagem, motora e cognitiva). Qualquer atraso ou desvio requer

encaminhamento precoce para cuidado integral e multiprofissional, coordenado pelo pediatra ou neonatologista e centrado na família e na escola³³.

Garantir o seguimento do PTT é uma forma de prevenção de danos ao desenvolvimento, uma vez que possibilita diagnóstico e intervenção precoces. Sabe-se que a baixa adesão ao seguimento está associada a piores desfechos.⁴⁹

As anormalidades do neurodesenvolvimento podem ser detectadas em idade precoce. A triagem de TEA, utilizando a escala M-CHAT

RF, é recomendada com 18 e 24 meses de idade cronológica³³.

No período escolar, lembrar que as demandas sociais e escolares podem expor disfunções que não foram percebidas até então. Casos mais leves de TEA ou TDAH, assim como dislexia, disgrafia ou discalculia podem se manifestar.³³

Igualmente importante é o pediatra estar atento para os desvios de nutrição e crescimento, bem como para a identificação e intervenção preventiva voltadas para os fatores de risco cardiometabólicos, como sobrepeso, diabetes e hipertensão arterial.⁵⁰

Referências

01. Stewart DL, Barfield WD; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. Updates on an At-Risk Population: Late-Preterm and Early-Term Infants. *Pediatrics*. 2019;144(5):e20192760.
02. Sharma D, Padmavathi IV, Tabatabaie SA, Farahbakhsh N. Late preterm: a new high-risk group in neonatology. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021;34(16):2717-30.
03. Williams JE, Pugh Y. The Late Preterm: A Population at Risk. *Crit Care Nurs Clin North Am*. 2018;30(4):431-43.
04. Raju TN, Higgins RD, Stark AR, Leveno KJ. Optimizing care and outcome for late-preterm (near-term) infants: a summary of the workshop sponsored by the National Institute of Child Health and Human Development. *Pediatrics*. 2006;118(3):1207-14.
05. Boswinkel V, Nijboer-Oosterveld J, Nijholt IM, Edens MA, Mulder-de Tollenaar SM, Boomsma MF, et al. A systematic review on brain injury and altered brain development in moderate-late preterm infants. *Early Hum Dev*. 2020;148:105094.
06. Bastek JA, Sammel MD, Paré E, Srinivas SK, Posencheg MA, Elovitz MA. Adverse neonatal outcomes: examining the risks between preterm, late preterm, and term infants. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199(4):367.e1-8.
07. Almeida MFB, Guinsburg R, Costa JO, Anchieta LM, Freire LMS, Campos Jr D. Resuscitative procedures at birth in late preterm infants. *J Perinatol*. 2007;27(12):761-5.
08. Almeida MFB, Guinsburg R; Coordenadores Estaduais e Grupo Executivo PRN-SBP; Conselho Científico Departamento Neonatologia SBP. Reanimação do recém-nascido ≥ 34 semanas em sala de parto: diretrizes 2022 da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2022. <https://doi.org/10.25060/PRN-SBP-2022-2>.
09. Sharma D, Padmavathi IV, Tabatabaie SA, Farahbakhsh N. Late preterm: a new high risk group in neonatology. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021;34(16):2717-30.
10. Rubaltelli FF, Dani C, Reali MF, Bertini G, Wiechmann L, Tangucci M, et al. Acute neonatal respiratory distress in Italy: a one-year prospective study. Italian Group of Neonatal Pneumology. *Acta Paediatr*. 1998;87(12):1261-8.
11. Consortium on Safe Labor; Hibbard JU, Wilkins I, Sun L, Gregory K, Haberman S, Hoffman M, et al. Respiratory morbidity in late preterm births. *JAMA*. 2010;304(4):419-25.
12. Karnati S, Kollikonda S, Abu-Shaweesh J. Late preterm infants e Changing trends and continuing challenges. *Int J Pediatr Adol Med*. 2020;36-44.
13. Teune MJ, Bakhuizen S, Bannerman CG, Opmeer BC, van Kaam AH, van Wassenae AG, et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;205(4):374.e1-9.
14. Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics*. 2004;114(2):372-6.

15. Watchko JF. Hyperbilirubinemia and bilirubin toxicity in the late preterm infant. *Clin Perinatol*. 2006;33(4):839-52.
16. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia (2019-2021). Hiperbilirrubinemia indireta no período neonatal. Nº 10, 29 de Setembro de 2021. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23176c-MO_Hiperbilirrubinemia_indireta_periodo_neo.pdf
17. Newman TB, Escobar GJ, Gonzales VM, Armstrong MA, Gardner MN, Folck BF. Frequency of neonatal bilirubin testing and hyperbilirubinemia in a large health maintenance organization. *Pediatrics*. 1999;104(5Pt2):1198-203.
18. Olusanya BO, Kaplan M, Hansen TWR. Neonatal hyperbilirubinaemia: a global perspective. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018;2(8):610-20.
19. Riordan SM, Shapiro SM. Review of bilirubin neurotoxicity I: molecular biology and neuropathology of disease. *Pediatr Res*. 2020; 87(2):327-31.
20. Neu J. Gastrointestinal maturation and feeding. *Semin Perinatol*. 2006;30:77-80.
21. Adamkin DH. Feeding problems in the late preterm infant. *Clin Perinatol*. 2006;33:831-7.
22. Zanardo V, Gambina I, Begley C, Litta P, Cosmi E, Giustardi A, et al. Psychological distress and early lactation performance in mothers of late preterm infants. *Early Hum Dev*. 2011;87:321-3.
23. Laptook AR. Neurologic and metabolic issues in moderately preterm, late preterm, and early term infants. *Clin Perinatol*. 2013;40(4):723-38.
24. Yeung CY, Hobbs JR. Serum-gamma-G-globulin levels in normal premature, post-mature, and "small-for-dates" newborn babies. *Lancet*. 1968; 1(7553):1167-70.
25. Bhutani VK. Late preterm births major cause of prematurity and adverse outcomes of neonatal hyperbilirubinemia. *Indian Pediatr*. 2012;49(9):704-5.
26. Escobar GJ, Joffe S, Gardner MN, Armstrong MA, Folck BF, Carpenter DM. Rehospitalization in the first two weeks after discharge from the neonatal intensive care unit. *Pediatrics*. 1999;104(1):e2.
27. Sanchez Luna M, Fernandez-Perez C, Bernal JL, Elola FJ. Spanish population study shows that healthy late preterm infants had worse outcomes one year after discharge than term-born infants. *Acta Paediatr Int J Paediatr*. 2018;107:1529e34.
28. Isayama T, Lewis-Mikhael AM, O'Reilly D, Beyene J, McDonald SD. Health services use by late preterm and term infants from infancy to adulthood: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2017;140.
29. Haataja P, Korhonen P, Ojala R, Hirvonen M, Korppi M, Gissler M, et al. Hospital admissions for lower respiratory tract infections in children born moderately/late preterm. *Pediatr Pulmonol*. 2018;53:209e17.
30. Figueras-Aloy J, Manzoni P, Paes B, Simões EA, Bont L, Checchia PA, et al. Defining the Risk and Associated Morbidity and Mortality of Severe Respiratory Syncytial Virus Infection Among Preterm Infants Without Chronic Lung Disease or Congenital Heart Disease. *Infect Dis Ther*. 2016;5:417-52.
31. Berry CD, Nesci C, Cheong JLY, FitzGerald T, Mainzer R, Ranganathan S, et al. Long-term expiratory airflow of infants born moderate-late preterm: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine*. 2022; 29:52:101597.
32. Kinney HC. The near-term (late preterm) human brain and risk for periventricular leukomalacia: a review. *Semin Perinatol*. 2006;30(2):81-8.
33. Goode RH, German KR, Kuo DZ. Neurodevelopmental Outcomes of Moderate to Late Preterm Infants: A Population at Risk. *Neoreviews*. 2025;26(11): e743-e754.
34. Serag A, Aljabar P, Ball G, Counsell SJ, Boardman JP, Rutherford MA, et al. - Construction of a consistent high-definition spatio-temporal atlas of the developing brain using adaptive kernel regression. *Neuroimage*. 2012;59(3):2255-65.
35. Woythaler M. Neurodevelopmental outcomes of the late preterm infant. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2019;24(1):54-9.
36. Pavy CL, Shaw JC, Moloney RA, Palliser HK, Hirst JJ. Potential for a cerebellar role in moderate-late preterm associated behavioural disorders. *Front Pediatr*. 2024;12:1336137.
37. Crump C, Sundquist J, Sundquist K. Preterm or Early Term Birth and Risk of Autism. *Pediatrics*. 2021;148(3):e2020032300.
38. American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Updates on an At-Risk Population: Late-Preterm and Early-Term Infants. *Pediatrics*. 2019;144(5):e20192760.
39. Smyrni N, Koutsaki M, Petra M, Nikaina E, Gontika M, Strataki H et al. Moderately and Late Preterm Infants: Short- and Long-Term Outcomes From a Registry-Based Cohort. *Front Neurol*. 2021; 12:628066.
40. Yoshida-Montezuma Y, Stone E, Saman Iftikhar S, De Rubeis V, Andreacchi AT, Keown-Stoneman C et al. The association between late preterm birth and cardiometabolic conditions across the life course: A systematic review and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2022; 36:264-75.

41. Yoshida-Montezuma Y, Sivapathasundaram B, Brown HK, Keown-Stoneman C, Souza RJ, To T, et al. Association of Late Preterm Birth and Size for Gestational Age With Cardiometabolic Risk in Childhood. *JAMA Network Open*. 2022;5(5):e2214379.
42. Kramer MS. Late preterm birth: appreciable risks, rising incidence. *J Pediatr*. 2009;154(2):159-60.
43. Crump C, Sundquist K, Sundquist J, Winkleby MA. Gestational age at birth and mortality in young adulthood. *JAMA*. 2011;306(11):1233-40.
44. Quinn JM, Sparks M, Gephart SM. Discharge criteria for the late preterm infant: a review of the literature. *Adv Neonatal Care*. 2017;17:362e71.
45. Whyte RK. Neonatal management and safe discharge of late and moderate preterm infants. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2012;17:153-8.
46. Meier PP, Furman LM, Degenhardt M. Increased lactation risk for late preterm infants and mothers: evidence and management strategies to protect breastfeeding. *J Midwifery Womens Health*. 2007;52(6):579-87.
47. Lapillonne A, O'Connor DL, Wang D, Rigo J. Nutritional recommendations for the late-preterm infant and the preterm infant after hospital discharge. *J Pediatr*. 2013;162:S90-100.
48. García Reymundo M, Hurtado Suazo JA, Calvo Aguilar MJ, Soriano Faura FJ, Ginovart Galiana G, Martín Peinador Y, et al. Follow-up recommendations for the late preterm infant. *An Pediatr (Barc)*. 2019;90(5):318.e1-.e8.
49. Pereira LDC, Batista GS. Evolução neuropsicomotora do prematuro tardio em médio e longo prazos. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; Procianny RS, Leone CR, organizadores. *PRORN Programa de Atualização em Neonatologia: Ciclo 19*. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2021. p. 93-126.
50. Martínez-Nadal S, Galiana GG, Luengo FM, Revuelta MJR, Reymundo MG, Oliván SA, et al. Recommendations for the perinatal management and follow-up of moderate and late preterm infants. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2025;102(2):503714.



Diretoria Plena

Triênio 2025/2028

PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

1º VICE-PRESIDENTE:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

SECRETÁRIO GERAL:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Rodrigo Aboudib Ferreira - (ES)

2º SECRETÁRIO:

Valma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

3º SECRETÁRIO:

Márcia Gomes Penido Machado (MG)

DIRETORA FINANCEIRA:

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Sidnei Ferreira (RJ)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

DIRETOR DE MEIO AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

DIRETORA ADJUNTA:

Valma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Marynea Silva do Vale (MA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE: Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE: Ana Jovina Barreto Bispo (SE)

SUDESTE: Marisa Lages Ribeiro (MG)

SUL: Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

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

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Sulim Abramovici (SP)

Valma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

SUPLENTE:

Analiária Moraes Pimentel (PE)

Bruno Leandro de Souza (PB)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

CONSELHO FISCAL

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

Lígia Maria Oliveira Moreira (BA)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

ASSESSORIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (RJ)

Elena Marta Amaral dos Santos (AM)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Paulo César de Almeida Mattos (RJ)

DIRETORIAS E COORDENAÇÕES

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

COORDENAÇÃO:

Hélcio Villaca Simões (RJ)

COORDENAÇÃO ADJUNTA:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

MEMBROS:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

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 SERIADA

COORDENAÇÃO:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

MEMBROS:

João Carlos Batista Santana (RS)

Mara Morello Rocha Felix (RJ)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Vera Hermínia Kalika Koch (SP)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

DIRETORES:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Sérgio Cabral (RJ)

AMÉRICA LATINA

COORDENADORES:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

COORDENADORES:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

DIRETOR:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

DIRETORIA ADJUNTA:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

MEMBROS:

Alberto Cubel Brull Júnior (MS)

Ana Mackartney de Souza Marinho (TO)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Ariane Molinaro Vaz de Souza (RJ)

Carllindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Gilberto Pascolat (RJ)

Isabel Rey Madeira (PR)

Jocileide Sales Campos (CE)

Kassie Regina Neves Cargnin (RJ)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

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)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

COORDENADORA:

Fernanda Luisa Ceragioti Oliveira (SP)

COORDENADORES ADJUNTOS

Claudia Bezerra Almeida (SP)

Tulio Konstanytner (SP)

NEONATOLOGIA - PRORN

Cléa Rodrigues Leone (SP)

Renato Soibermann Procianny (RS)

Rita de Cássia Silveira (RS)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPEP

Helena Muller (RS)

Werther Bronow de Carvalho (SP)

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP

Claudio Leone (SP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPEP

Gilberto Pascolat (PR)

Hany Simon Júnior (SP)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

NEUROPEDIATRIA - PRONEUROPEP

Giuseppe Mario Carmine Pastura (RJ)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Márcio Moacyr Vasconcellos (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES:

TRATADO DE PEDIATRIA

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Fábio Ancona Lopes (SP)

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

DIRETOR:

Renato de Ávila Kfourri (SP)

DIRETOR ADJUNTO:

Sérgio Luis Amantéa (RS)

MEMBROS:

Isabel Rey Madeira (RJ)

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Marise Helena Cardoso Tófoli (GO)

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

Ricardo Queiroz Gurgel

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

Cássia Freire Vaz (RJ)

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:

Camila Salomão Mourão (AP)

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Marco Aurélio Palazzi Sáfiadi (SP)

Mariana Tschopke Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:

Renato Soibermann Procianny (RS)

MEMBROS:

Antônio José Ledo Alves da Cunha (RJ)

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

Dirceu Solé (SP)

Isidória Alves Pontes da Silva (PE)

João Guilherme Bezerra Alves (PE)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Marco Aurélio Palazzi Sáfiadi (SP)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

Marlene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORES ADJUNTOS:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

COORDENAÇÃO DO CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Jandrei Rogério Markus (TO)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Cláudio D'Elia (RJ)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Gustavo Guida Godinho da Fonseca (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Leonardo Rodrigues Campos (RJ)

Márcia Cortez Bellotti de Oliveira (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA:

Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:

Rosana Alves (ES)

MEMBROS:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (MG)

Ana Lúcia Ferreira (RJ)

Angélica Maria Bicudo (SP)

Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)

Rosana Fiorini Puccini (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:

Aurimery Gomes Chermon (PA)

Claudio Barsanti (SP)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Gilberto Pascolat (PR)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Liana de Paula Medeiros de A. Cavalcante (PE)

Marynea Silva do Vale (MA)

Mauro Batista de Moraes (SP)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Rita de Cássia Viegas Gomes Lins Bittencourt (PB)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

Sheyla Ribeiro Rocha (SP)

Silvia Regina Marques (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Susana Maciel Guillaume (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

COORDENADOR:

Lélia Cardamone Gouvêa (SP)

MEMBROS:

Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

André Luis Santos Carmo (PR)

Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)

Cássio da Cunha Ibiapina (MG)

Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

Luiz Anderson Lopes (SP)

Marynea Silva do Vale (MA)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:

Ana Maria de Oliveira Ponte (RJ)

MEMBROS:

Claudio Barsanti (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)