

RECOMENDAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA NA SALA DE PARTO AO RECÉM-NASCIDO DE PARTURIENTE COM INFECÇÃO SUSPEITA OU COMPROVADA PELO VÍRUS *MONKEYPOX*

PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Sociedade Brasileira de Pediatria

26 de agosto de 2022

Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (2022-2024)

Coordenação Geral: Maria Fernanda B. de Almeida e Ruth Guinsburg (SP)

Membros:

Daniela T. Costa Nobre (SP), Danielle C. B. Brandão (PE), Gabriel F. T. Variante (SP), Gislayne C. S. de Nieto (PR), Jamil P. S. Caldas (SP), João Cesar Lyra (SP), José Henrique S. Moura (PE), José Roberto M. Ramos (RJ), Leila D. C. Pereira (SC), Lêni M. Anchieta (MG), Lígia M. S. S. Rugolo (SP), Lilian S. R. Sadeck (SP), Mandira D. Kawakami (SP), Marcela D. R. de Castro (MG), Marcia G. P. Machado (MG), Marynéa S. Vale (MA), Paulo J. H. Nader (RS), Rossiclei S. Pinheiro (AM), Sérgio T. M. Marba (SP) e Tatiana R. Maciel (BA)

Introdução

Em 21 de maio de 2022, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a existência de um surto global emergente de infecção pelo vírus *Monkeypox* (MPXV), com transmissão comunitária documentada entre pessoas que tiveram contato com casos sintomáticos, em países não endêmicos.¹

O MPXV é um *Orthopoxvirus* que causa doença com sintomas semelhantes, mas menos graves, do que a varíola. Embora a varíola tenha sido erradicada em 1980, a *Monkeypox* continuou a ocorrer em países da África Central e Ocidental. Trata-se de uma zoonose e os casos eram frequentemente encontrados perto de florestas tropicais. O MPXV possui dois clados: um da África Ocidental e outro da Bacia do Congo. Revisão sistemática, publicada em 2019, relatou letalidade de 1-11% em indivíduos não vacinados para varíola, sendo maior para a infecção pelo clado da Bacia do Congo. Até 2022, a transmissão de humano para humano era limitada.^{2,3}

Desde 1º de janeiro de 2022, milhares de casos de *Monkeypox* foram relatados à OMS. Em 25 de agosto de 2022, a OMS contava com 45.355 casos confirmados laboratorialmente em 99 países, incluindo 15 mortes. Grande proporção desses casos tem sido relatada em países sem transmissão de *Monkeypox* previamente documentada, sendo a primeira vez que cadeias de transmissão sustentada têm sido identificadas em países sem vínculos epidemiológicos diretos ou imediatos com áreas da África Ocidental ou Central. Os 10 países com maior número de pacientes relatados à OMS são: Estados Unidos da América, Espanha, Brasil, Alemanha, Reino Unido, França, Peru, Canadá, Holanda e Portugal. Juntos, esses países respondem por 89% dos casos notificados globalmente. O Brasil, em 25 de agosto de 2022, já havia identificado 3.984 casos.³

O diagnóstico clínico da infecção pelo MPXV pode ser feito pela anamnese e achados clínicos, levando-se em consideração a busca de vínculo epidemiológico. O tempo de incubação varia de 5 a 21 dias, seguido de período prodrômico, quando aparece febre, sudorese, cefaleia, mialgia e fadiga. Cerca de 1 a 3 dias após a febre, surge a erupção cutânea, que habitualmente afeta o rosto e as extremidades, podendo acometer palmas das mãos e plantas dos pés. As lesões cutâneas evoluem de máculas para pápulas, vesículas, pústulas e, posteriormente, para crostas, acompanhadas de linfadenopatia.^{5,6} As complicações incluem pneumonia, encefalite e infecções oculares, que ocorrem principalmente em crianças menores de 8 anos, gestantes ou indivíduos imunocomprometidos.⁷

A transmissão da doença ocorre por contato direto com indivíduos que apresentam lesões em pele e mucosas (oral, faringe, ocular e genital). A transmissão se dá na fase ativa das lesões, até sua resolução completa, com queda das crostas e formação de uma nova camada de pele/mucosa. Descreve-se também a possibilidade de transmissão por gotículas e aerossóis, embora, provavelmente, necessite de maior exposição para o contágio. Partículas virais podem persistir em superfícies diversas por 1-56 dias, dependendo das condições de temperatura e de umidade do ambiente, possibilitando a transmissão por superfícies e fômites.^{5,6}

Para o diagnóstico laboratorial, considerando-se os recursos disponíveis até o momento, o Ministério da Saúde do Brasil indica apenas testes de biologia molecular, sendo possível utilizar a reação em cadeia da polimerase em tempo real (qPCR) e/ou o sequenciamento. O melhor desempenho da qPCR é observado por *swab* das lesões

agudas, preferencialmente das lesões abertas. Gestantes e crianças menores de 8 anos estão entre as prioridades para o diagnóstico laboratorial de infecção.⁸

Dados sobre a infecção por MPXV na gravidez são escassos.^{5,6} Não se sabe se as grávidas são mais suscetíveis ao MPXV ou se a infecção é mais grave na gestação.⁹ Há relato da década de 1980 de um caso provável, sem comprovação laboratorial, em gestante infectada por volta da 24ª semana que, seis semanas depois, teve um parto prematuro e o recém-nascido (RN) apresentou erupção cutânea consistente com *Monkeypox* e morreu após seis semanas.¹⁰ Na República Democrática do Congo, em um estudo observacional de 222 pacientes sintomáticos portadores do MPXV, foram identificadas 4 gestantes: uma gravidez resultou em um RN saudável a termo e, em três, houve óbito fetal. Dessas três, em duas ocorreu abortamento sem exame do produto conceptual e, na terceira, a perda ocorreu com 18 semanas e o feto apresentava doença compatível com *Monkeypox*, sugerindo transmissão vertical. Neste caso, observou-se que o aumento da carga viral materna de MPXV coincidiu com a interrupção dos movimentos fetais, no 21º ao 23º dia após o início da febre. O feto era hidrópico, com hepatomegalia, ascite, insuficiência hepática grave e lesões mucocutâneas.^{10,11} Observa-se, portanto, que, embora as informações sejam muito escassas, a infecção pelo MPXV na gestação pode determinar desfechos desfavoráveis como a perda fetal (abortamento ou óbito fetal) e o parto prematuro. A frequência de infecção e os fatores de risco para resultados adversos na gestação não são conhecidos.⁹ A OMS reconhece a possibilidade de transmissão materno-fetal do MPXV a partir da passagem transplacentária, originando a doença congênita, e/ou através do contágio no contato entre a parturiente e o RN durante e após o parto.¹²

É nesse contexto que o Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP), com base nas informações disponíveis até 26 de agosto de 2022, sugere as medidas abaixo delineadas no atendimento ao RN de parturiente com infecção suspeita ou comprovada pelo MPXV.

As medidas propostas consideram as seguintes premissas:

1) Quanto aos procedimentos de assistência ao RN em sala de parto

- Cerca de dois em cada 10 RN não choram ou não respiram ao nascer; um em cada 10 RN precisa de ventilação com pressão positiva (VPP), 1-2 RN em cada 100 precisa de intubação traqueal e 1-3 RN em cada 1000 precisa de VPP acompanhada de massagem cardíaca e/ou medicações, não sendo possível prever com certeza qual RN precisará de procedimentos de reanimação ao nascer;
- Cerca de 70 em cada 100 RN <1500g necessitam de assistência ventilatória ao nascer e seis em cada 100 recebem VPP acompanhada de massagem cardíaca e/ou medicações;
- AVPP é o procedimento mais importante e efetivo na reanimação e deve ser iniciada nos primeiros 60 segundos após o nascimento (Minuto de Ouro).

- 2) Quanto à chance de transmissão do MPXV para o concepto:
 - Pré-natal: A transmissão vertical para o concepto já foi relatada, mas não é conhecida a sua frequência e seus fatores de risco;
 - Intraparto: É possível a exposição perinatal do RN ao vírus no momento do parto, se houver contato com lesões de pele e/ou mucosas. Embora menos importante, há a possibilidade de transmissão por gotículas e aerossol;
 - Após o nascimento: O RN apresenta risco de infecção por contato com portador de lesões de pele e/ou mucosas. Embora menos importante, há também a possibilidade de transmissão por gotículas e aerossol. Não é conhecido se o MPXV é transmitido pelo leite materno.
- 3) Quanto aos profissionais de saúde que prestam assistência ao RN em sala de parto:
 - A preocupação concentra-se no contato com lesões de pele e/ou mucosas da parturiente e, eventualmente, do RN. Há também preocupação, em menor escala, com a manipulação de vias aéreas;
 - Há necessidade do uso de equipamentos de proteção individual pela equipe, com especial atenção para desparamentação, que deve ser realizada na ordem correta, de maneira a reduzir o risco de autocontaminação e contaminação cruzada.

Com base nessas premissas, o PRN-SBP recomenda as ações a seguir para o atendimento em **sala de parto** ao RN de parturiente com infecção suspeita ou confirmada pelo MPXV.

Preparação para a assistência ao RN na sala de parto – *Briefing*

A equipe de profissionais responsável pela assistência neonatal deve ser avisada o mais rápido possível quanto à admissão hospitalar de parturiente com infecção suspeita ou confirmada pelo MPXV.

A primeira ação da equipe é fazer o *briefing*, que inclui anamnese materna, preparo do ambiente e do material para uso imediato na sala de parto e divisão das funções de cada membro da equipe, deixando claro a quem caberá o papel de liderança dos procedimentos de reanimação.

Quanto à anamnese, a equipe deve identificar os fatores de risco perinatais associados à possibilidade de o RN precisar de ajuda para fazer a transição respiratória e cardiocirculatória ao nascer e de procedimentos de estabilização/reanimação neonatal. É importante, nesse contato com a família, que o pediatra esclareça e oriente quanto às rotinas relacionadas à infecção pelo MPXV a serem cumpridas visando à proteção do RN, da família e dos profissionais de saúde.

Normas internacionais recomendam a realização do parto em salas com pressão negativa.¹³ Entretanto, em nosso meio, sua disponibilidade é reduzida. Assim, diante de parturiente com infecção suspeita ou confirmada pelo MPXV, sempre que possível deve-se usar salas pré-determinadas para o parto e para o atendimento ao RN, com fluxo de entrada de pessoal, entrada de equipamentos, limpeza e descontaminação previamente estabelecidos. Quando não estiver disponível uma sala exclusiva para o atendimento do RN, manter distância mínima de 1,80 metros entre a parturiente e a mesa de reanimação neonatal.⁵ Recomenda-se, ainda, o uso de máscara cirúrgica pela parturiente durante o parto.⁹ Vale ressaltar que a presença do acompanhante saudável deve ser garantida, enfatizando-se a importância também para este do uso de equipamentos de proteção individual.⁵

Todo o material necessário para a estabilização/reanimação do RN, segundo as diretrizes do PRN-SBP deve estar preparado, testado e disponível em local de fácil acesso, antes do nascimento.^{14,15}

Uma equipe adequada deve estar preparada para a assistência ao RN na sala de parto/sala de reanimação.¹⁶ Recomenda-se a presença de dois profissionais de saúde exclusivamente para atender ao RN, sendo um deles o médico habilitado de forma plena a realizar procedimentos de reanimação avançada. O excesso de profissionais de saúde na assistência ao RN aumenta o uso de equipamentos de proteção individual e a chance de exposição desses profissionais à infecção.

A equipe deve higienizar adequadamente as mãos e estar paramentada com equipamentos de proteção individual para precauções de contato, para gotículas e aerossóis, incluindo: avental descartável e impermeável de mangas longas, luvas de procedimento, óculos de proteção ou protetor facial, gorro e máscara N95 ou PFF-2.⁵

O médico mais experiente, pediatra ou neonatologista, devidamente paramentado, deve estar presente ao nascimento e preparado para realizar os procedimentos de reanimação neonatal.

Clampeamento do cordão umbilical

RN com idade gestacional ≥ 34 semanas, com respiração adequada e tônus muscular em flexão ao nascimento apresenta boa vitalidade ao nascer. Neste neonato, deve-se clampar o cordão umbilical no mínimo 60 segundos depois da sua extração completa da cavidade uterina.^{14,17}

RN com idade gestacional < 34 semanas, que começou a respirar ou chorar e está com movimentação ativa, apresenta boa vitalidade ao nascer. Neste neonato, indica-se aguardar no mínimo 30 segundos antes de clampar o cordão umbilical.^{15,17}

Enquanto se aguarda o tempo para clampar o cordão umbilical do RN de qualquer idade gestacional com boa vitalidade, o neonato **não deve** ser posicionado no abdome ou tórax da parturiente com infecção suspeita ou confirmada por MPXV.⁵

Se a circulação placentária não estiver intacta (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia, rotura de cordão, prolapso ou nó verdadeiro de cordão) ou se o RN não inicia a respiração ou não mostra tônus muscular em flexão, recomenda-se o clampamento imediato do cordão umbilical, após estímulo tátil delicado no dorso do RN.^{14,15,17} Apesar de não haver qualquer evidência científica, é prudente não realizar estímulo tátil se o conceito apresentar lesões cutâneas ao nascer.

Assistência ao RN com boa vitalidade ao nascer

Se, ao nascimento, o RN ≥ 34 semanas está respirando ou chorando e com tônus muscular em flexão, ele apresenta boa vitalidade. Nesse RN, **não se deve** fazer contato pele a pele entre RN e parturiente. Assim, após o clampamento do cordão, o RN deve ser levado à mesa de reanimação em campos aquecidos para os procedimentos de rotina do serviço.

Tendo em vista o risco de transmissão do MPXV pelo contato próximo e a possibilidade de doença grave no período neonatal, o contato direto entre a parturiente com infecção suspeita ou confirmada pelo MPXV e seu RN **não** é recomendado, a não ser que tenha havido resolução completa das lesões cutâneas, com queda das crostas e formação de uma nova camada de pele, antes do parto. De modo similar, com as informações disponíveis até o momento, **não** se recomenda o aleitamento materno em sala de parto, uma vez que há contato pele-a-pele durante o aleitamento e não se sabe se há passagem do MPXV pelo leite materno.^{5,6,9,13}

Se, ao nascimento, o RN < 34 semanas está respirando ou chorando e apresenta movimentação ativa, deve-se levá-lo à mesa de reanimação em campos aquecidos, posicionar sob fonte de calor radiante, envolvendo-o em saco plástico transparente, e colocar a touca dupla. Se o neonato não precisar de medidas de suporte para a sua transição e estiver respirando de maneira rítmica e regular e com frequência cardíaca ≥ 100 batimentos/minuto, fazer a rotina do serviço.

O banho do RN saudável de parturiente com infecção suspeita ou confirmada pelo MPXV, após os cuidados iniciais, é recomendado.¹³ Tal sugestão baseia-se na possibilidade de infecção do RN por contato com pele e/ou mucosas contaminadas durante o parto. Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention*, o banho pode ser realizado com lenços umedecidos ou água e sabão e deve ocorrer antes do RN receber qualquer procedimento que leve à perfuração da pele.¹⁸

Assistência ao RN sem boa vitalidade ao nascer

Se, ao nascimento, o RN de qualquer idade gestacional apresenta apneia, movimentos respiratórios irregulares e/ou hipotonia, precisa ser levado imediatamente à mesa de reanimação para a execução dos passos iniciais nos primeiros 30 segundos. **As indicações para monitorização da frequência cardíaca e oximetria de pulso, aplicação de VPP, intubação traqueal, uso do CPAP, massagem cardíaca e administração de medicações seguem as Diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da SBP de 2022**, de acordo com a idade gestacional ≥ 34 semanas¹⁴ ou < 34 semanas.¹⁵ Não há modificações do fluxograma da reanimação neonatal para o RN de parturiente com infecção suspeita ou confirmada pelo MPXV, independentemente da sua idade gestacional.

Considerações finais

Uma vez estabilizado o RN, é importante a inspeção detalhada da pele e mucosas durante o exame físico feito em sala de parto/reanimação, em busca de possíveis lesões causadas pelo MPXV.

A transferência para o local de destino do RN de parturiente com infecção suspeita ou confirmada pelo MPXV, que precisou ou não de procedimentos de reanimação, deve ser feita em incubadora de transporte.

É fundamental a limpeza adequada da incubadora de transporte após cada uso, segundo as normas da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar implementadas em cada hospital. Vale ressaltar a enorme importância do descarte adequado e da limpeza segundo os protocolos estabelecidos institucionalmente de todo o material não descartável e do ambiente utilizado para o cuidado ao nascimento.

As recomendações aqui colocadas poderão ser atualizadas à medida da publicação de novas evidências científicas.

Referências

01. WHO. Multi-country monkeypox outbreak in non-endemic countries. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385> Acessado em 26 agosto 2022.
02. Beer EM, Rao VB. A systematic review of the epidemiology of human monkeypox outbreaks and implications for outbreak strategy. PLoS NeglTropDis. 2019;13(10):e0007791.
03. WHO. Monkeypox. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/monkeypox#tab=tab_1 Acessado em 26 agosto 2022.

04. WHO. 2022 Monkeypox outbreak: global trends. Disponível em: https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/ Acessado em 26 agosto 2022.
05. Brasil. Ministério da Saúde. Nota técnica de recomendações sobre monkeypox no ciclo gravídico-puerperal. Nota técnica N° 46/2022-CGPAM/DSMI/SAPS/MS, de 01/08/2022.
06. Brasil. Ministério da Saúde. Sumário de resumos sobre cuidados e orientações para gestantes, puérperas, lactantes e crianças de até dois anos de idade no contexto de infecção por Monkeypox, de 29/07/2022.
07. Guarner J, Del Rio C, Malani PN. Monkeypox in 2022-What clinicians need to know. JAMA. 2022;328(2):139-140.
08. Brasil. Ministério da Saúde. Nota informativa sobre monkeypox. Nota informativa N° 6/2022-CGGAP/DESF/SAPS/MS, de 06/07/2022.
09. CDC. Clinical considerations for monkeypox in people who are pregnant or breastfeeding. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/pregnancy.html> Acessado em 26 agosto 2022.
10. Khalil A, Samara A, O'Brien P, Morris E, Draycott T, Lees C, et al. Monkeypox vaccines in pregnancy: lessons must be learned from COVID-19. Lancet Glob Health. 2022;10(9):e1230-e1231.
11. Mbala PK, Huggins JW, Riu-Rovira T, Ahuka SM, Mulembakani P, Rimoin AW, et al. Maternal and fetal outcomes among pregnant women with human monkeypox infection in the Democratic Republic of Congo. J Infect Dis. 2017;216(7):824-828.
12. WHO. What are the risks of monkeypox during pregnancy? Disponível em: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/monkeypox> Acessado em 26 agosto 2022.
13. Dashraath P, Nielsen-Saines K, Mattar C, Musso D, Tambyah P, Baud D. Guidelines for pregnant individuals with monkeypox virus exposure. Lancet. 2022;400(10345):21-22.
14. 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. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao Acessado em 26 agosto 2022.
15. Guinsburg R, Almeida MFB; 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. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao Acessado em 26 agosto 2022.
16. Tsagkaris C, Eleftheriades A, Laubscher L, Vladyckuk V, Papadakis M. Viruses monkeying around with surgical safety: Monkeypox preparedness in surgical settings. J Med Virol. 2022 Jun 3. Epub ahead of print.
17. Rugolo LMSS, Anchieta LM, Oliveira RCS. Recomendações sobre o clampeamento do cordão umbilical: PRN-SBP e Febrasgo 2022. Disponível em: www.sbp.com.br/reanimacao Acessado em 26 agosto 2022.
18. CDC. Clinical considerations for monkeypox in children and adolescents. Disponível em: <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/pediatric.html> Acessado em 26 agosto 2022.



Diretoria Plena "em processo de formação"

Triênio 2022/2024

PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

1º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

2º VICE-PRESIDENTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

SECRETÁRIO GERAL:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Rodrigo Aboudib Ferreira (ES)

3º SECRETÁRIO:
Claudio Hoineff (RJ)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Sidnei Ferreira (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Donizetti Dimer Giambardino (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Adelma 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)

SUPLENTE:
Analiária Moraes Pimentel (PE)
Dolores Fernandez Fernandez (BA)
Rosana Alves (ES)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Sulim Abramovici (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Clea Rodrigues Leone (SP)
Licia Maria Oliveira Moreira (BA)
Carlindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

SUPLENTE:
Jocileide Sales Campos (CE)
Ana Marcia Guimaraes Alves (GO)
Gilberto Pascolat (PR)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

DIRETOR:
Fabio 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)
Anesias Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)
Jocileide Sales Campos (CE)

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA CIENTÍFICA

DIRETOR:
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA ADJUNTA:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

DIRETORIA:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa 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 DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Renata Dejtiar Waksman (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)
Marcia de Freitas (SP)
Nelson Grisard (SC)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

PORTAL SBP
Clovis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Sidnei Ferreira (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Soibelmann 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 Lahogue Nunes (RS)
Giselina 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)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)
Tulio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Dirceu Solé (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Angelica Maria Bicudo (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Ana Lucia Ferreira (RJ)
Silvia Wanick Sarinho (PE)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:
Claudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)

MUSEU DA PEDIATRIA (MEMORIAL DA PEDIATRIA BRASILEIRA)

COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Jeferson Pedro Piva (RS)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENADOR GERAL:
Rubem Couto (MT)

COORDENADORES:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA
Ana Isabel Coelho Montero

AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA
Marcos Reis Gonçalves

AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA
Adriana Távora de Albuquerque Taveira

AP - SOCIEDADE AMAPEENSE DE PEDIATRIA
Camila dos Santos Salomão

BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA
Ana Luíza Velloso da Paz Matos

CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA
Anamaria Cavalcante e Silva

DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL
Renata Belém Pessoa de Melo Seixas

ES - SOCIEDADE ESPIRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA
Roberta Paranhos Fragoso

GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA
Marise Helena Cardoso Tófoli

MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO
Maryneia Silva do Vale

MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA
Cássio da Cunha Ibiapina

MS - SOCIEDADE DE PED. DO MATO GROSSO DO SUL
Carmen Lúcia de Almeida Santos

MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA
Paula Helena de Almeida Gattass Bumlai

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

PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA
Maria do Socorro Ferreira Martins

PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO
Alexsandra Ferreira da Costa Coelho

PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ
Anesias Coelho de Andrade

PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA
Victor Horácio de Souza Costa Junior

RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Cláudio Hoineff

RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
Manoel Reginaldo Rocha de Holanda

RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA
Wilmerson Vieira da Silva

RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA
Mareny Damasceno Pereira

RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL
Sérgio Luis Amantéa

SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA
Nilza Maria Medeiros Perin

SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA
Ana Jovina Barreto Bispo

SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO
Renata Dejtiar Waksman

TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA
Ana Mackartney de Souza Marinho

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

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

GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doença inflamatória intestinal
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Educação é Saúde
- Imunobiológicos em pediatria
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Ortopedia para o pediatra
- Pediatria e humanidades
- Políticas públicas para neonatologia
- Saúde mental
- Saúde digital