



# Guia Prático de Atualização

Departamento Científico de Dermatologia  
(gestão 2019-2021)

## Dermatite de fraldas: diagnósticos diferenciais

### Departamento Científico de Dermatologia (gestão 2019-2021)

**Presidente:** Vânia Oliveira de Carvalho

**Secretária:** Ana Maria Mosca de Cerqueira

**Conselho Científico:** Ana Elisa Kiszewski Bau, Gleide Maria Gatto Bragança, Jandrei Rogério Markus, Marice Emanuela El Achkar Mello (relatora), Matilde Campos Carrera

**Colaboradores:** Bruna Luíza Guerrer, Gina Bressan Schiavon (relatora), Izabella Rodrigues Reis Gomes (relatora), Iwyna França SG Vial, Janine Horsth Silva, José Pereira de Oliveira, Nara Frota André, Marjorie Uber lurk (relatora)

### Introdução

A dermatite de fraldas é uma das doenças cutâneas mais frequentes na primeira infância. O termo é usado para descrever uma reação inflamatória localizada na pele coberta pela fralda. Sua incidência é estimada entre 7% e 35%, com pico entre 9 e 12 meses de idade.<sup>1</sup> O termo “assadura” ou dermatite de fraldas é comumente usado como um diagnóstico, generalizando as diversas dermatopatias que afetam a região. A dermatite de fraldas decorre do contato prolongado com urina e fezes, que gera maceração cutânea e, em muitos casos, evolui com infecção secundária por bactérias ou fungos.

Estudo realizado com crianças que freqüentam creche, de idades entre 2 e 4 anos, demonstrou que o treinamento esfíncteriano antes dos 2 anos de idade e a ausência de uso de antibióticos orais foram fatores que preveniram a dermatite de fraldas.<sup>2</sup> Apesar de ser incomum em crianças com mais de 2 anos devido ao fato de muitas delas já terem controle esfíncteriano parcial, a dermatite de fraldas ainda pode ocorrer.

A manifestação inicial é de eritema leve nas áreas convexas, podendo progredir para infecção secundária e ulceração, ou ainda, representar doenças locais ou sistêmicas. Os três tipos mais comuns de dermatite da área das fraldas

são a dermatite por atrito, dermatite de contato por irritante primário e a candidíase perineal. O diagnóstico diferencial da dermatite de fraldas inclui várias dermatopatias (Quadro 1) e deve ser considerado em pacientes nos quais a resposta ao tratamento é lenta ou ausente.

**Quadro 1.** Dermatopatias localizadas na região perineal exclusivamente ou também presentes em outras regiões corporais<sup>1</sup>

Abuso infantil, queimaduras

Candidíase

Deficiências nutricionais (acrodermatite enteropática, deficiência de biotina, fibrose cística)

Dermatite de contato alérgica

Dermatite de contato por irritante primário

Dermatite seborreica

Dermatoses bolhosas crônicas da infância, epidermólise bolhosa

Escabiose

Foliculite

Histiocitose de células de Langerhans

Impetigo

Intertrigo

Miliária

Psoríase

Sífilis congênita

## Fisiopatologia da dermatite na área de fraldas

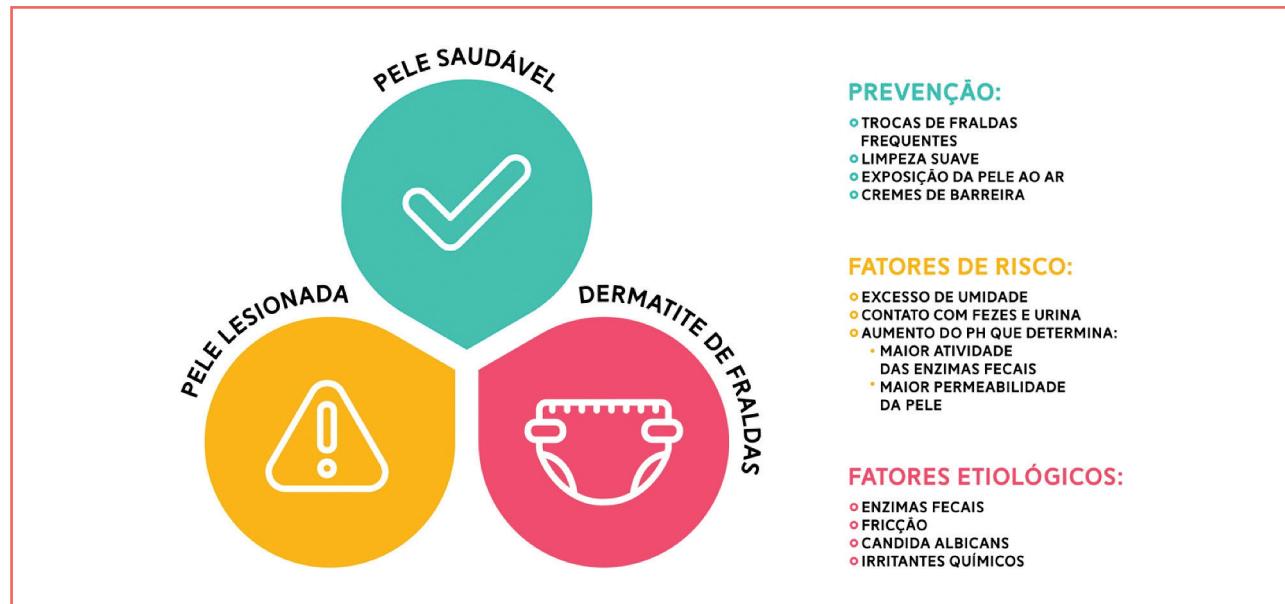
No lactente, a função de barreira cutânea está em desenvolvimento. Adaptação da atividade sebácea, temperatura corporal, umidade (maior intra-útero) e redução do pH da pele são alguns fatores determinantes da rápida mudança e evolução do microbioma infantil e que

desempenham um papel importante no desenvolvimento de doenças cutâneas.<sup>3</sup>

A área da fralda representa um ambiente único, pois no lactente permanece coberta a maior parte do dia, muitas vezes em contato com produtos cosméticos (pomadas de prevenção de assaduras e lenços umedecidos) e submetida a vários procedimentos de limpeza ao longo do dia e durante o banho. Essas condições de oclusão da fralda e o microclima único (temperatura e umidade relativas diferentes em relação ao meio externo) determinam que a microbiota nesta área seja diferente em comparação à de outras partes do corpo. Consequentemente afetam as propriedades da pele (por exemplo, o pH) e favorecem o desenvolvimento da dermatite de fraldas. Além disso, a região está constantemente exposta a irritantes, como a urina e as fezes, que contribuem para aumentar o pH da região.<sup>2,3</sup>

As enzimas fecais (proteases e lipases) são ativas em pH neutro ou ligeiramente alcalino, mas têm atividade reduzida em pH ácido. Foi demonstrado que o pH da pele mais baixo e a redução da atividade enzimática residual contribuem para a diminuição significativa do eritema cutâneo.<sup>4</sup> Isso ressalta a necessidade de manter-se pH ácido na área da fralda para controlar a atividade das enzimas e reduzir as agressões à pele, especialmente na região perianal onde permanecem as fezes misturadas à urina.<sup>5</sup>

A dermatite de fraldas é causada por fatores como: hiperhidratação da pele (oclusão com ausência de ventilação local), fricção e exposição a irritantes como urina, fezes e agentes de limpeza. Outro fator a ser considerado é a alimentação. No momento da introdução dos alimentos sólidos, observa-se alteração do pH das fezes e do movimento intestinal, o que talvez explicaria o pico de incidência entre 9 e 12 meses de vida.<sup>3</sup> Todos esses fatores favorecem a irritação local e a inflamação. A pele danificada é mais suscetível à penetração de substâncias irritantes e agentes infecciosos gerando assim um ciclo vicioso (Figura 1).

**Figura 1.** Fisiopatologia da dermatite de fraldas - Adaptado de<sup>6</sup>

## Formas clínicas

### Dermatite por atrito ou friccional

É a forma clínica mais prevalente e afeta a maioria dos bebês em algum momento do uso das fraldas. Acomete as áreas de maior fricção: superfície interna das coxas, genitália, nádegas e abdômen. As lesões são eritemato-descamativas e aumentam e diminuem rapidamente (Figura 2). Trocas mais frequentes das fraldas e medidas de higiene adequadas permitem a melhora da dermatite.<sup>1</sup>

**Figura 2.** Dermatite por atrito, ou friccional.

### Dermatite de contato por irritante primário

Dermatite que envolve as áreas convexas das nádegas, vulva, períneo, região inferior do ab-

dômen e região proximal das coxas, pouparo as áreas intertriginosas (pregas), resultando em uma configuração clínica que lembra a letra W. O contato com enzimas proteolíticas das fezes, irritantes químicos dos sabonetes e lenços ume-decidos, detergentes e outras substâncias tópi-cas, associados à umidade e ao calor excessivo do local, são fatores desencadeantes.

A manifestação clínica pode ser leve (Figura 3) com eritema localizado, moderada (Figura 4), com eritema mais intenso e pápulas, e grave (Figura 5), com intenso eritema, maceração, pápulas, pústulas e exulcerações (Dermatite de Jacquet).<sup>1</sup>

**Figura 3.** Dermatite leve.

**Figura 4.** Dermatite moderada.



**Figura 5.** Dermatite grave – Úlceras de Jacquet.



#### Dermatite de contato alérgica

Apesar de não ser considerada uma causa comum de dermatite de fraldas, sua incidência vem aumentando.<sup>1</sup> É desencadeada pelo contato com produtos das fraldas descartáveis (aditivos de borracha, resina adesiva) e substâncias químicas (especialmente fragrâncias e conservantes) presentes em emolientes, pomadas e lençóis umedecidos. O período para sensibilização a um produto é de uma a três semanas. Uma vez que a substância é identificada e removida do uso, as lesões podem persistir por 2 a 4 semanas após a sua descontinuação. Emolientes e

corticosteroides tópicos de baixa potência por 3 a 5 dias podem ser usados no tratamento.<sup>1,7</sup> (Figura 6)

**Figura 6.** Dermatite de contato alérgica pela fralda: eritema, descamação e pápulas difusos na região em contato com a fralda.



#### Candidíase

Trata-se de infecção fúngica que acomete a área de fralda, principalmente nos menores de 12 meses da vida. Apresenta eritema intenso, bem delimitado, com pápulas ou vesículas satélites (Figuras 7 e 8). Localiza-se nas regiões perineal anterior, perianal e dobras, as lesões satélites são a chave para realizar esse diagnóstico.<sup>8</sup> Pode ser candidíase primária ou secundária quando complicar uma dermatite de fraldas por irritante (candidíase secundária) ou uma dermatite seborreica. O uso prévio de antibióticos sistêmicos é fator desencadeante, por modificar a microbiota residente. A cavidade oral deve ser examinada quando existem lesões no períneo e a presença de lesões esbranquiçadas na mucosa oral confirmam o diagnós-

tico de candidíase. O tratamento consiste no uso de nistatina ou miconazol creme, limpeza suave e frequente. Se existirem lesões na cavidade oral deve-se associar a nistatina solução oral.<sup>9</sup>

**Figuras 7 e 8.** Candidíase na área de fralda – presença de eritema vermelho intenso e pápulas satélites descamativas.



### Dermatite seborreica

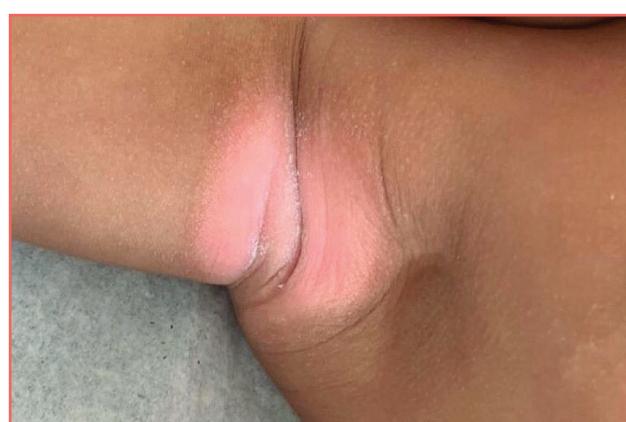
É uma dermatopatia inflamatória benigna que inicia no período neonatal, em torno dos primeiros 20 dias de vida, com pico aos 3 meses e remissão até um ano de idade. Na sua fisiopatologia são descritas alterações hormonais, infecção por espécies de *Malassezia*, fatores ambientais, endógenos, e produção de citocinas inflamatórias.<sup>10,11</sup> O diagnóstico é baseado no aspecto e localização da lesão, que é de cor salmão nas pregas inguinais, cervicais e axi-

lares; além de escamas amareladas e aderentes na face e couro cabeludo (crosta láctea).<sup>8</sup> (Figuras 9 e 10)

**Figura 9.** Dermatite seborreica em região perineal: eritema e hipocromia nas dobras inguinais.



**Figura 10.** Dermatite seborreica: eritema e hipocromia na dobra axilar – auxilia o diagnóstico de dermatite seborreica quando associada a lesão perineal.



### Psoríase

A possibilidade de psoríase na área da fralda deve ser considerada em lactentes com lesões persistentes e com falha aos tratamentos adequados às dermatites comuns da região da fralda. As lesões são bem demarcadas e eritematosas (Figura 11). Podem apresentar ou não descamação espessa (como as evidenciadas nas lesões nos cotovelos e joelhos típicas de psoríase) por ser uma área úmida. Lesões de psoríase em outros locais como couro cabeludo, umbigo, pré-auricular e perianal, podem auxiliar no diagnóstico.<sup>7,8</sup>

**Figura 11.** Psoríase – placa eritematosa com descamação espessa.



### Histiocitose de células de Langerhans

Doença rara que ocorre principalmente nos primeiros três anos de vida devido à proliferação clonal anormal das células de Langerhans em diferentes órgãos. A causa é desconhecida e a pele é frequentemente acometida. A presença de lesões semelhantes à dermatite seborreica (Figura 12), porém resistentes ao tratamento habitual, ausência de remissão ao redor dos 8 meses de vida, petéquias e presença de hepatoesplenomegalia devem levantar a suspeita da doença. A biópsia cutânea confirma o diagnóstico. O tratamento depende dos órgãos acometidos, e baseia-se no uso de quimioterapia sistêmica.<sup>8,12</sup>

**Figura 12.** Histiocitose de Células de Langerhans: eritema nas dobras inguinais e petéquias no abdome inferior. Autorizado por Marinoni et al, Atlas de Dermatologia Pediátrica de A a Z, 2018.



## Fraldas descartáveis e fraldas reutilizáveis

As **fraldas descartáveis** são compostas por:

- Camada de polipropileno e polietileno que fica em contato com a pele e permite a passagem de líquido para camadas absorventes inferiores, mantendo-se seca;
- Camada interna de polímero absorvente e celulose que, ao absorver a urina forma um gel, impedindo que o líquido retorne ao contato com a pele;
- Outros materiais sintéticos e elásticos para o fechamento da fralda.

As **fraldas reutilizáveis** de pano ("fraldas ecológicas") atuais são formadas por:

- Camada superior (em contato com a pele), de tecido permeável à urina (ex.: microfleece, microsoft, suede, *dry fit*), mas que não retém a umidade, de modo a manter a pele seca;
- Internamente há um absorvente, composto por camadas de tecido com bom poder de absorção de líquidos (ex.: melton, moletom, microfibra). Os tecidos absorventes permitem que a fralda seja utilizada por algumas horas, a depender do número de camadas;
- A parte inferior (tecido externo) é uma capa impermeável, respirável e flexível, geralmente de PUL (Poliuretano Laminado), mas pode ser de lycra, tactel ou outros tecidos. A capa é fechada com botões ou velcro, ajustáveis, que vestem bebês de 3 a 16 kg aproximadamente, para que sejam usadas desde recém-nascidos até o desfralde.

As fraldas reutilizáveis podem ser lavadas à máquina, não devem ser deixadas de molho. A secagem ao sol costuma eliminar possíveis manchas. Caso a armazenagem e/ou lavagem sejam feitas de forma incorreta, pode ocorrer acúmulo de amônia ou mesmo de sabão, que podem causar irritações na pele.

A literatura sobre os benefícios e malefícios das fraldas reutilizáveis atuais é escassa. Em-

bora haja relatos de caso de lactentes apresentando lesões ulceradas e pápulo-nodulares com o uso de fraldas de pano<sup>13</sup>, não há estudos que comparem o uso de fraldas descartáveis com as fraldas de pano reutilizáveis atuais em relação à frequência e gravidade de dermatite de área de fraldas.

Seja qual for a fralda escolhida para uso pela família, é importante orientar que quanto mais frequente for a troca das fraldas, menor será a incidência de dermatite da área de fraldas.<sup>14</sup>

## Tratamento

As recomendações para prevenir a dermatite de fraldas incluem o uso de fraldas superabsorventes, com trocas frequentes, higiene suave da pele usando produtos formulados adequadamente para pele infantil e uso profilático de cremes de barreira para proteger a pele de substâncias irritantes, bactérias, vírus, fungos, e possíveis alérgenos (Tabela 2).

**Tabela 2.** Orientações para os cuidados da área das fraldas

Lavar as mãos antes e depois das trocas
Trocar a fralda o mais breve possível quando a criança urinar ou evacuar: – A cada 1 a 2 horas de dia (RN) e, pelo menos, uma vez durante a noite – A cada 3 a 4 horas de dia no lactente
Limpeza: – Não esfregar para evitar atrito – Limpar o períneo da frente para trás com suavidade – Não remover toda a camada de creme de barreira se não houver resíduos
Expor a região perineal ao ar
Aplicar o creme de barreira: camada que cubra toda a região exposta

A limpeza da área da fralda deve ser suave com algodão e água. A água utilizada não precisa ser fervida, a menos que haja uma preocupação específica com a qualidade da mesma. Lenços umedecidos podem ser usados desde o nascimento e a cada troca de fralda, desde que contenham tampões de pH para manter a leve acidez da pele e estejam livres de potenciais irritantes, como álcool, fragrância, alguns conservantes, óleos essenciais e detergentes agressivos (por exemplo, Lauril Sulfato de Sódio).<sup>14</sup>

Gustin e colaboradores, demonstraram que fraldas e lenços umedecidos, quando contém produtos inadequados, podem impactar na saúde da pele aumentando a incidência das dermatites e enfatizam a importância da escolha de produtos adequados, ou seja, fraldas superabsorventes e lenços com pH fisiológico, para a manutenção da integridade da barreira cutânea.<sup>5</sup>

A utilização de creme de barreira nas trocas de fralda é uma medida eficaz de prevenção da dermatite de fraldas e tem efeito terapêutico.<sup>14</sup> Deve ser hipoalergênico e dermatologicamente testado. Estes produtos exercem atividade protetora e preventiva ao mesmo tempo, por meio da formação de um filme na superfície cutânea. Devem ainda ser de fácil aplicação e inócuos para a pele da criança.<sup>5</sup>

A maioria dos cremes de barreira contém os ingredientes ativos óxido de zinco e/ou petrolato e dexpantenol. Deve-se aplicar uma camada que cubra as áreas passíveis de lesão e nas trocas subsequentes não é necessária a remoção completa. As áreas que não contiverem resíduos de fezes podem ser mantidas, re-aplicando mais uma camada no local. O uso de produtos com medicamentos na sua composição, com atenção especial aos corticosteroides, deve ser feito apenas sob orientação médica e por curto período. **Corticosteroides e nistatina não devem ser utilizados como prevenção.** Por ser um local de oclusão (fraldas), a absorção é potencializada podendo ocorrer absorção com efeitos colaterais locais (atrofia, telangiectasias, pilificação) e sistêmicos, incluindo a Síndrome de Cushing exógena.<sup>16,17</sup>

Quando, mesmo com adesão ao tratamento, a lesão ocorre, os cuidados devem ser redobrados, com troca das fraldas com maior frequência, inclusive no período noturno; incentivar curtos

períodos durante o dia sem fraldas para arejar a região e verificar os produtos utilizados na pele, evitando produtos com álcool e fragrância, que promovem irritação ou alergia (Tabela 3).

**Tabela 3.** Cuidados gerais na presença de lesão na região das fraldas

Quando a lesão se estabelece é necessário:
Limpar suavemente a região, Evitar esfregar (atraito), Maior atenção aos produtos utilizados (evitar produtos com fragrâncias)
Expor a pele ao ar mais vezes durante o dia
Aplicar cremes de barreira (camada grossa para diminuir o contato com a urina e fezes)
Trocar fraldas com maior frequência: trocar o mais breve possível após cada evacuação ou micção, Verificar a fralda que está sendo utilizada: dar preferência para as de maior absorção e livre de fragrâncias

Sinais de alerta que indicam investigar e/ou procurar atendimento especializado com dermatologista pediátrico (a):

- A dermatite não está melhorando mesmo após os cuidados descritos;
- Presença de vesículas, bolhas, descamação ou exulceração;

- Hematomas ou evidências de sangramento na área;
- Sintomas sistêmicos: febre, perda de peso, prostração e dor;
- A erupção acomete outras regiões do corpo

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Paller A, Mancini AJ, Hurwitz S. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology: A Textbook of Skin Disorders of Childhood and Adolescence. 6<sup>a</sup> ed. Elsevier, 2021.
02. Suebsarakam P, Chaiyarat J, Techasatian L. Diaper dermatitis: prevalence and associated factors in 2 University daycare centers. *J Prim Care Community Health*. 2020;11:1-5.
03. Teufel A, Howard B, Hu P, et al. Characterization of the microbiome in the infant diapered area: Insights from healthy and damaged skin. *Exp Dermatol*. 2021;30(10):1409-1417
04. Gustin J, Bohman L, Ogle J, et al. Use of an emollient-containing diaper and pH-buffered wipe regimen restores skin pH and reduces residual enzymatic activity. *Pediatr Dermatol*. 2020;37(4):626-631.
05. Gustin J, Bohman L, Ogle J, et al. Improving newborn skin health: Effects of diaper care regimens on skin pH and erythema. *Pediatr Dermatol*. 2021;38(4):768-774.
06. Adam R. Skin Care of the Diaper Area. *Pediatr Dermatol*. 2008;25: 427-433.
07. Cohen B. Differential Diagnosis of Diaper Dermatitis. *Clin Pediatr*. 2017; 56(5S): 16-22.
08. Fölster-Holst R. Differential diagnoses of diaper dermatites. *Pediatr Dermatol*. 2018; 35:s10-18.
09. Mancini AJ, Krowchuk DP. Pediatric Dermatology: a quick reference guide. 4a. ed, American Academy of Pediatrics, 2021.
10. Alexopoulos A, Kakourou T, Orfanou I, et al. Retrospective analysis of the relationship between infantile seborrheic dermatitis and atopic dermatitis. *Ped Dermatol*. 2014;31(2): 125-30.
11. Trznadel-Grodzka E, Blaszkowski M, Rotsztejn H. Investigations of seborrheic dermatitis. Part II. Influence of itraconazole on the clinical condition and the level of selected cytokines in seborrheic dermatitis. *Postepy Hig Med Dosw*. 2012;66: 848-54.
12. Porto DA, Jahnke MN, Fustino NJ. An Infant with a Rash Resembling Seborrheic Dermatitis and Petechiae. *J Pediatr*. 2014;165(3):633
13. Maruani A, Lorette G, Barbarot S, et al. Re-emergence of papulonodular napkin dermatitis with use of reusable diapers: Report of 5 cases. *Eur J Dermatol*. 2013;23(2):246-9.
14. Blume-Peytavi U, Lavender T, Jenerowicz D, et al. Recommendations from a European Roundtable Meeting on Best Practice Healthy Infant Skin Care. *Pediatr Dermatol*. 2016; 33: 311-321.
15. Carr AN, DeWitt T, Cork MJ, et al. Diaper dermatitis prevalence and severity: Global perspective on the impact of caregiver behavior. *Pediatr Dermatol*. 2020;37:130-136.
16. Gillani S, Danish BA, Muhammad S, et al. Iatrogenic Cushing Syndrome and hypertension in an infant girl due to use of nappy rash cream containing a potent topical steroid. *J Ayub Med Coll Abbottabad*. 2020;32(1):152.
17. Khalid M, Khalid H, Bhimani S, et al. Nappy rash ointments and Cushing Syndrome: a cause for concern. *Minerva Endocrinol*. 2020;45(3):265-266.



# 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 Abdubíl Ferreira (ES)

### 3º SECRETÁRIO:

Claudio Hoineff (RJ)

### DIRETORIA FINANCEIRA:

Sidnei Ferreira (RJ)

### 2º DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

### 3º 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:

Marynea Silva do Vale (MA)

#### SUDESTE:

Marisa Lages Ribeiro (MG)

#### SUL:

Cristina Targa Ferreira (RS)

#### CENTRO-OESTE:

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

### COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

#### TITULARES:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Marynea Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

#### SUPLENTES:

Analíria Moraes Pimentel (PE)

Dolores Fernanadez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Sulim Abramovici (SP)

### ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

#### COORDENAÇÃO:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

### DIRETORIA E COORDENAÇÕES

#### DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Edson Ferreira Liberal (RJ)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

### COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Sidnei Ferreira (RJ)

### COORDENAÇÃO DO CEXEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

#### COORDENAÇÃO:

Hélio Vilça 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 SERIADA

#### COORDENAÇÃO:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

#### MEMBROS:

João Carlos Batista Santana (RS)

Victor Horácio de Souza Costa Júnior (PR)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Mara Morelo Rocha Félix (RJ)

Vera Hermínia 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 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 Oreste Britto Filho (PB)

Ricardo Mariano Nobre Othon Sidou (CE)

Anenisa Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madiera (RJ)

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

Jociele Sales Campos (CE)

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

### DIRETORIA CIENTÍFICA

#### DIRETOR:

Dirceu Solé (SP)

#### DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

#### DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS:

Dirceu Solé (SP)

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 Ceragioli Oliveira (SP)

Tulio Konstantyner (SP)

Claudia Bezerra Almeida (SP)

#### NEONATOLOGIA - PRORN

Renato Soibelman Procianoy (RS)

Cleia Rodrigues Leone (SP)

#### TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPED

Werther Bronow de Carvalho (SP)

#### TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA - PROPED

Claudio Leone (SP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

#### EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPED

Hany Simon Júnior (SP)

Gilberto Pascolat (PR)

#### DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

#### PUBLICAÇÕES

#### TRATADO DE PEDIATRIIA

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)

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

#### OUTROS LIVROS

Fábio Ancona Lopes (SP)

Dirceu Solé (SP)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

### DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

#### DIRETOR:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

#### MEMBROS:

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Claí Rodrigues Leone (SP)

Paulo Tadeu de Mattos Prereira Poggiali (MG)

### COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinburg (SP)

### COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO

#### EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virginia Resende Silva Welfort (MG)

#### PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

#### COORDENAÇÃO GERAL:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

#### COORDENAÇÃO OPERACIONAL:

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Renata Dejtar Waksman (SP)

#### MEMBROS:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

Marcia de Freitas (SP)

Nelson Grisard (SC)

Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)

#### DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

#### COORDENAÇÃO:

Claudio Bartsanti (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

#### MEMBROS:

Adelma 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)

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Rodrigo Abdubíl Ferreira Pinto (ES)

Sidnei Ferreira (RJ)

Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)

Donizetti Dimer Giambardino (PR)

### PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

### DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

Editores do Jornal de Pediatria (JPED)

### COORDENAÇÃO:

Renato Soibelman Procianoy (RS)

#### MEMBROS:

Creíso de Aragão Dantas Alves (BA)

Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)

João Guilherme Bezerra Alves (PE)

Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Gisela Alves Pontes da Silva (PE)

Dirceu Solé (SP)

Antonio Jose Ledu Alves da Cunha (RJ)

EDITORAS REVISTA

Residência Pediátrica

### DIRETORES CIENTÍFICOS:

Clémáx Couto Sant'Anna (RJ)

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

### COORDENAÇÃO ADJUNTA:

Sidnei Ferreira (RJ)

### CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Sidnei Ferreira (RJ)

### DIRETORES ASSOCIADOS:

Danilo Blank (RS)

Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)

Renata Dejtar Waksman (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)

Suzzy Santana Cavalcante (BA)

Ana Lucia Ferreira (RJ)

Silvia Wanick Sarnho (PE)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

### COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

#### COORDENAÇÃO:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

#### MEMBROS:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Victor Horácio de Souza Costa Júnior (PR)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Reiner (RS)

Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Sérgio Luís Amantéa (RS)

Susana Maciel Willemaire (RJ)

Aurimney Gomes Chermont (PA)

Silvia Regina Marques (SP)