

# pediatria atualize-se



Aumento da frequência de miopia • Página 4

Terçol • Página 6

Ambliopia • Página 9



**Distúrbios  
oftalmológicos mais  
frequentemente na criança:  
detecção precoce e conduta**

# SPSP educa

PORTAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA  
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Faça sua inscrição para  
os cursos da SPSP

Acesse as aulas gravadas dos  
eventos da SPSP



[www.spspeduca.org.br](http://www.spspeduca.org.br)

## Expediente

Diretoria da Sociedade  
de Pediatria de São Paulo  
Triênio 2022-2025

### Diretoria Executiva

Presidente  
Renata Dejtjar Waksman  
1º Vice-presidente  
Sulim Abramovici  
2º Vice-presidente  
Claudio Barsanti  
Secretária-geral  
Maria Fernanda B. de Almeida  
1º Secretário  
Ana Cristina Ribeiro Zollner  
2º Secretário  
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck  
1º Tesoureiro  
Aderbal Tadeu Mariotti  
2º Tesoureiro  
Paulo Tadeu Falanghe

### Diretoria de Publicações

Diretora  
Cléa R. Leone  
Coordenadores do *Pediatra Atualize-se*  
Antonio Carlos Pastorino  
Mário Cícero Falcão

Departamento colaborador:  
Oftalmologia

### Informações Técnicas

Produção editorial  
Sociedade de Pediatria  
de São Paulo  
Jornalista responsável  
Paloma Ferraz (MTB 46219)  
Revisão  
Lucia Fontes  
Projeto gráfico e diagramação  
Lucia Fontes

Foto de capa  
@ameliafox  
depositphotos.com

Periodicidade: bimestral  
Versão eletrônica: [www.spsp.org.br](http://www.spsp.org.br)

Contato comercial  
Karina Aparecida Ribeiro Dias:  
[karina.dias@apm.org.br](mailto:karina.dias@apm.org.br)  
Malu Ferreira:  
[malu.ferreira@apm.org.br](mailto:malu.ferreira@apm.org.br)

Contato produção  
Paloma Ferraz:  
[paloma@spsp.org.br](mailto:paloma@spsp.org.br)

ISSN 2448-4466

## • *editorial*

# A Oftalmopediatria na SPSP

Estima-se que uma em cada 20 crianças esteja em risco de perda da visão. A causa mais prevalente dessa perda é a ambliopia; outras causas incluem alterações corticais, atraso na maturação visual, nistagmo, retinopatia da prematuridade, catarata, glaucoma, hipoplasia do nervo óptico e alterações retinianas.

Essas doenças podem ser diagnosticadas com um conhecimento adequado sobre a avaliação visual da criança. Para isso, o pediatra deve sempre estar atento ao comportamento visual do seu paciente.

Em teoria, essa abordagem pediátrica é a triagem mais eficaz para um grande número de crianças. No entanto, devemos sempre pedir a avaliação de uma pessoa mais qualificada, ou seja, o oftalmopediatra, pois o período crítico de desenvolvimento da visão ocorre nas primeiras semanas de vida.

Assim, é imperativo que alterações graves sejam detectadas precocemente. Embora não seja possível quantificar a visão de um recém-nascido ou lactente jovem, avaliar adequadamente a saúde ocular já nessa faixa etária pode significar a diferença entre visão e cegueira e, no caso do retinoblastoma, vida ou morte.

Esta edição do *Pediatra Atualize-se* aborda novos temas de Oftalmopediatria (aumento da frequência de miopia, terçol e ambliopia). Vale ressaltar a variedade de assuntos que o Departamento Científico de Oftalmologia da Sociedade de Pediatria de São Paulo já produziu para esta publicação, alguns dos quais cito a seguir: retinopatia da prematuridade (maio de 2019); a criança que pisca muito (fevereiro de 2021); alteração da visão de cores: do diagnóstico ao tratamento (fevereiro de 2021) e torcicolo de origem ocular: como diferenciar (abril de 2022). [Clique aqui](#) e acesse estas e outras edições anteriores do *Pediatra Atualize-se*.

Boa leitura!



Arquivo pessoal

**Mário Cícero Falcão**

Editor da Diretoria de Publicações

## • *sumário*

### **Aumento da frequência de miopia**

por Marcia Keiko Uyeno Tabuse

4

### **Terçol**

por Marcelo Cavalcante Costa

6

### **Ambliopia**

por Lara Debert

9

# Aumento da frequência de miopia

## Marcia Keiko Uyeno Tabuse

Mestre e doutora em Oftalmologia pela Unifesp e *Fellow* pela USC California e Universidade de Tokyo. Presidente do Departamento Científico de Oftalmologia da SPSP.

O aumento do número de crianças míopes e com início cada vez mais precoce – antes dos 10 anos de idade – é alarmante, visto que, quanto antes a criança desenvolve miopia, maior será o seu grau na idade adulta. Miopia acima de cinco graus está associada a maior incidência de catarata, glaucoma e descolamento de retina, com potencial para ser a principal causa de cegueira no mundo, se a estimativa se concretizar em 2050.<sup>1</sup>

Estudos indicam que, em 2010, 28,3% da população global era míope e 4% era míope alta (acima de cinco graus) e que, em 2050, aumentará para 49,8% (4,8 bilhões de pessoas) e 9,8% (938 milhões de pessoas) terá miopia alta. De uma forma mais simples, em 2050, uma em cada duas

pessoas terá miopia e uma em cada 10 pessoas terá alta miopia. Diferenças regionais são encontradas em países de alta renda da Ásia-Pacífico, registrando a maior prevalência (48,8%) em 2010 e estima-se que continuem a ter a maior prevalência (66,4%) em 2050.

Quando ambos os pais são portadores de miopia, a criança tem 40% de chance de desenvolver a condição, quando um dos pais é míope a probabilidade é de 20%, ou seja, fatores genéticos são preditores de miopia e essas crianças devem ser acompanhadas com maior frequência.

Embora a condição seja produto de fatores genéticos, uma série de fatores sociais – como uma paisagem cada vez mais urbana dominada pela alta densidade de arranha-



-céus e um estilo de vida sedentário, um sistema educacional moderno focado em atividades intelectuais e uma pressão acadêmica para se destacar, alimentando uma quantidade excessiva de tempo gasto no trabalho durante o dia, bem como as atividades estimuladoras da tecnologia digital – está convergindo e resultando no rápido aumento da prevalência de miopia.<sup>2</sup>

### Atividades ao ar livre

Em revisão sistemática, houve evidências de que o estilo de vida relacionado à pandemia da covid-19 afetou adversamente o grau em uma direção mais míope. Os pesquisadores concluíram que as possíveis consequências negativas do estilo de vida relacionado à pandemia com relação à miopia precisam ser cuidadosamente consideradas no projeto de futuras medidas de restrição, com interrupção mínima das atividades ao ar livre das crianças.<sup>3</sup>

Portanto, defender que as crianças passem mais tempo em ambientes naturais ao ar livre parece ser uma maneira eficaz e econômica de manter a crescente prevalência da miopia sob controle. Atividades externas, o uso da visão para longe e a iluminação natural do sol, que é 100 vezes maior que a luz artificial, propiciam a miose, reduzem o esforço acomodativo do cristalino e liberam dopamina intraocular, que é um inibidor do crescimento do globo ocular.<sup>4</sup> A Sociedade Mundial de Oftalmopediatria preconiza pelo menos uma hora e meia por dia de atividades externas, principalmente no caso de crianças menores que ainda não desenvolveram miopia.

O uso excessivo da visão de perto (<20cm) e por tempo prolongado (>45 min) está associado a uma maior progressão da miopia em crianças. Sabemos que as exigências escolares e os hábitos das crianças com relação aos *smartphones* e *tablets* têm aumentado cada vez mais e os pais têm grandes dificuldades de controlar esse uso. O que

se preconiza é um equilíbrio entre as atividades ao ar livre com atividades visuais próximas e fazer intervalos durante esse uso. A Sociedade de Oftalmopediatria preconiza: para menores de dois anos, nenhum contato com telas; entre dois a cinco anos, até uma hora por dia; dos seis aos 10 anos, até duas horas por dia; dos 11 aos 18 anos, entre duas a três horas por dia, sendo que 30 minutos no máximo de uso ininterrupto.

Além de orientar atividades ao ar livre e redução do tempo de uso da visão próxima, algumas alternativas de tratamento têm sido implementadas para reduzir ou parar a progressão da miopia em crianças. O uso de colírio de atropina – na diluição de 0,01% ou 0,025%, todos os dias – em crianças que apresentam aumento de 0,50 grau de miopia em menos de seis meses vem apresentando bom controle sem efeitos colaterais. A teoria química de elevar a dopamina intraocular, com consequente parada de crescimento do globo ocular, é a mais aceita para explicar o efeito da atropina.<sup>5</sup>

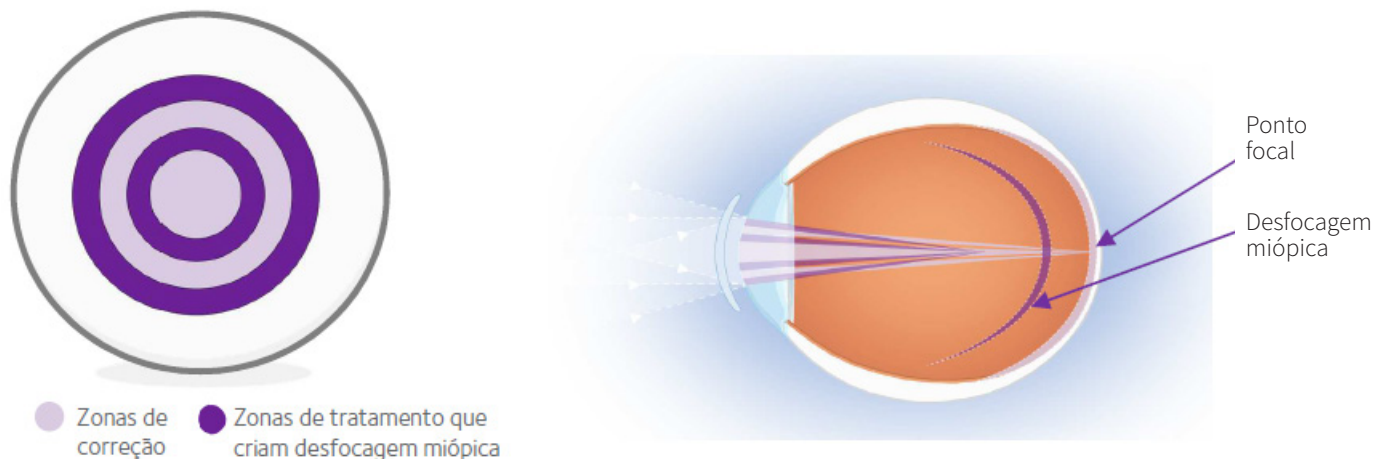
Outros tratamentos, como o uso de ortoceratologia (uso de lentes de contato rígidas durante a noite para aplanamento da córnea), lentes de contato e óculos com defocus periférico (Figura 1) que, ao contrário das lentes comuns, não deixam que as imagens periféricas sejam indutoras de crescimento do globo ocular, são tratamentos disponíveis hoje para crianças com aumento do grau da miopia.<sup>6</sup>

### Referências:

1. Holden BA, Fricke TR, Wilson DA, Jong M, Naidoo KS, Sankaridurg P, et al. Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*. 2016;123:1036-42.
2. Ma Y, Qu X, Zhu X, Xu X, Zhu J, Sankaridurg P, et al. Age-specific prevalence of visual impairment and refractive error in children aged 3-10 years in Shanghai, China. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2016;57:6188-96.
3. Li M, Xu L, Tan CS, Lanca C, Foo LL, Sabanayagam C, et al. Systematic review and meta-analysis on the impact of COVID-19 pandemic-related lifestyle on myopia. *Asia Pac J Ophthalmol*. 2022;11:470-80.
4. Dhakal R, Shah R, Huntjens B, Verkicharla PK, Lawrenson JG. Time spent outdoors as an intervention for myopia prevention and control in children: an overview of systematic reviews. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2022;42:545-58.
5. Chua WH, Balakrishnan V, Chan YH, Tong L, Ling Y, Quah BL, et al. Atropine for the treatment of childhood myopia. *Ophthalmology*. 2006;113:2285-91.
6. Saw SM, Matsumura S, Hoang QV. Prevention and management of myopia and myopic pathology. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2019;60:488-99.

### Figura 1

Lente de contato com defocus periférico, na qual o foco periférico é feito na altura da retina e não atrás da retina, o que foi constatado ser uma causa de estímulo para progressão da miopia.



Fonte: Site da Coopervision MiSight.

# Terçol

Terçol (ou hordéolo) é uma glândula sebácea inflamada da pálpebra que produz secreção gordurosa para a lágrima e que se situa na base da raiz dos cílios.<sup>1</sup> Aparece como um nódulo vermelho com aparência semelhante a uma espinha. Suas manifestações são agudas e dolorosas. Um terçol pode estar localizado na superfície externa ou interna da pálpebra e pode causar inchaço em toda a pálpebra. Um terçol crônico ou de longa duração, pode gerar um granuloma no local, chamado calázio, geralmente indolor.<sup>2</sup>

## Etiologia

O terçol é causado por uma obstrução da glândula meibomiana e/ou inflamação causada por bactérias ou ácaros (demodex) na pálpebra e tem a aparência de uma espinha comum. Pode ser múltiplo, devido a grande quantidade de glândulas sebáceas nas pálpebras. Eles geralmente se desenvolvem em alguns dias e podem drenar e cicatrizar sem tratamento. As bactérias estafilocócicas são a causa mais

comum de terçol, mas outros organismos normalmente encontrados na pele também podem ser desencadeadores. O terçol é mais comumente visto em pacientes com olho seco e blefarite crônica (inflamação da pálpebra frequentemente associada a ácaros demodex).<sup>2</sup>

A celulite palpebral pode ocorrer se o terçol interno não for tratado, embora isso seja raro. A maior parte das complicações é secundária à drenagem inadequada do tecido inflamado.<sup>2</sup>

## Prevenção primária

A limpeza diária das pálpebras com sabão neutro e água morna é necessária para reduzir a ocorrência de terçol. A maquiagem deve ser completamente removida das pálpebras e do rosto antes de dormir. É importante lavar bem as mãos antes de tocar na pele ao redor dos olhos. Pacientes propensos a terçol devem limpar cuidadosamente o excesso de gordura da margem da pálpebra. Esfoliantes pal-

### Marcelo Cavalcante Costa

Oftalmologista pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo. Chefe do Setor de Retina Infantil e Retinopatia da Prematuridade da Santa Casa de São Paulo. Vice-presidente do Departamento Científico de Oftalmologia da SPSP.



pebras disponíveis comercialmente podem ser recomendados por um oftalmologista como medida de prevenção primária para terçol – eles são especialmente úteis no caso de diagnóstico de uma infecção por demodex.<sup>2</sup>

### Diagnóstico

Os pacientes geralmente relatam inchaço doloroso localizado em uma ou mais pálpebras. Em alguns casos, os sintomas podem começar com inchaço generalizado e eritema das pálpebras e depois se tornarem localizados.

Uma história prévia de apresentações semelhantes é comum. Alterações generalizadas nos sinais vitais e sintomas sistêmicos são extremamente raras na apresentação de um terçol, embora os pacientes possam notar seu desenvolvimento durante períodos de estresse, má alimentação, privação de sono ou doença. Em casos extremos, a condição pode se espalhar por toda a pálpebra.<sup>2</sup>

Um aumento na formação de terçol foi documentado durante a pandemia da covid-19. Acredita-se que isso se deva, em parte, ao uso da máscara e ao redirecionamento da respiração para cima, embaçamento dos óculos, causando olhos secos, e possivelmente até alterações na microbiota palpebral. Embora o uso de máscara seja essencial durante uma pandemia, higiene das pálpebras, enxague bucal, uso de máscara com clipe nasal, lavagem frequente da máscara e evitar tocar o rosto são recomendados para mitigar os fatores que contribuem para a formação de terçol.<sup>4</sup>

### Exame físico

Um exame completo da área periocular, nos olhos e superfícies conjuntivais deve ser realizado. O exame cuidadoso na pálpebra é necessário para diferenciar um terçol externo de um terçol interno. Observa-se, no exame, uma área localizada, dolorosa, eritematosa, com erupção cutânea elevada na parte interna ou externa da pálpebra.<sup>2</sup> Em alguns casos, a infecção das pálpebras pode levar a liberação de toxinas estafilocócicas, causando úlceras periféricas na córnea.

### Tratamento

A aplicação de compressas mornas na pálpebra, várias vezes ao dia (por cinco a 10 minutos, duas ou três vezes ao

dia), pode ser usada para acelerar a drenagem e a resolução de calázios e hordéolos externos. O acompanhamento regular com um oftalmologista é necessário para documentar a regressão e monitorar os efeitos colaterais dos medicamentos.<sup>2</sup>

Pomadas ou colírios de antibióticos que contenham esteroides podem ajudar o terçol a desaparecer mais rapidamente. A pomada oftálmica de eritromicina é frequentemente usada e tem o benefício adicional da lubrificação.<sup>5</sup> Lesões persistentes ou maiores podem necessitar de antibioticoterapia por via oral, como, por exemplo, o uso de doxiciclina, eritromicina e azitromicina. Esse tratamento pode ajudar a encurtar a duração e a gravidade, além do fato de que esses antibióticos têm atividade anti-inflamatória e atuam na disfunção das glândulas sebáceas.<sup>6</sup>

Se um terçol ou calázio não se resolver com as terapias acima, incisão cirúrgica e drenagem podem ser recomendadas. Em alguns casos, a triancinolona injetável pode ajudar nas lesões crônicas. Além disso, a recorrência do terçol é comum, especialmente se a higiene preventiva diária das pálpebras não for mantida. As complicações da drenagem inadequada incluem crescimento interrompido dos cílios, malformação da incisura palpebral ou fístula palpebral.<sup>2,7</sup>

Embora o hordéolo seja uma apresentação comum, o médico deve garantir que outras manifestações de uma pálpebra vermelha dolorosa sejam consideradas e descartadas durante a avaliação e o tratamento. Outros diagnósticos que devem ser considerados são: celulite periorbitária e orbitária, calázio, carcinoma de glândulas sebáceas e carcinoma de células escamosas.<sup>8</sup>

### Referências

1. American Academy of Ophthalmology. Orbit, eyelids, and lacrimal system. Section 10 – BCSC. American Academy of Ophthalmology; 2022-2023.
2. Medscape [homepage on the Internet]. Available from: <http://emedicine.medscape.com/article/798940-overview>
3. Durand ML. Periocular infections. Mandell D, Bennett S, editors. In: Principles and practice of infectious diseases. W.B. Saunders; 2015. p. 1432-8.
4. Silkiss RZ, Paap MK, Ugradar S. Increased incidence of chalazion associated with face mask wear during the COVID-19 pandemic. Am J Ophthalmol Case Rep. 2021;22:101032.
5. Bragg KJ, Le PH, Le JK [homepage on the Internet]. Hordeolum [cited 2022 Aug 14]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441985/>
6. Amescua G, Akpek EK, Farid M, Garcia-Ferrer FJ, Lin A, Rhee MK, et al. Blepharitis preferred practice pattern®. Ophthalmology. 2019;126:P56-93.
7. Jeffrey A, Nerad MD. Techniques in ophthalmic plastic surgery with DVD: a personal tutorial. Saunders; 2010.
8. Carlisle RT, Digiovanni J. Differential diagnosis of the swollen red eyelid. Am Fam Physician. 2015;92:106-12.

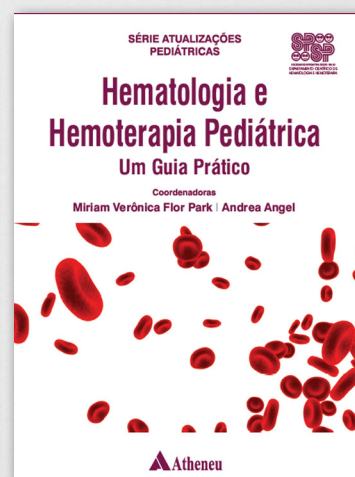
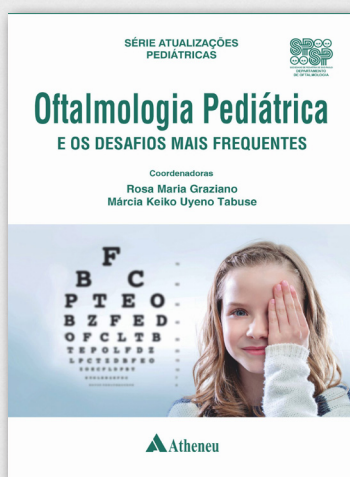
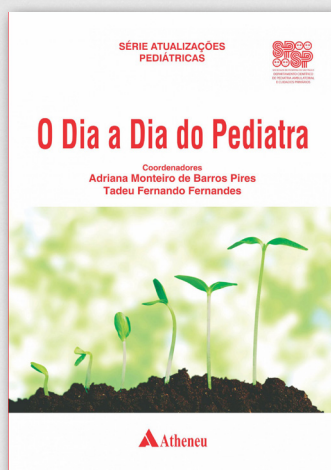


Confira os últimos artigos publicados na  
**Revista Paulista de  
Pediatria**

[rpped.com.br](http://rpped.com.br)

# Atualizações pediátricas

Confira os livros da série em  
parceria com a Editora Atheneu



WWW.SPSP.ORG.BR



# Ambliopia

A ambliopia é considerada a causa mais comum de perda visual tanto em crianças, como em adultos jovens. Por isso, é muito importante conhecermos essa afecção para detectá-la e tratá-la o quanto antes.

Ambliopia é a diminuição da acuidade visual em um ou ambos os olhos, causada por falta de estimulação visual adequada durante a infância. Em geral, não há nenhuma alteração estrutural evidente no olho comprometido, mas sim diminuição da acuidade visual por um distúrbio nas vias visuais que conectam os olhos ao cérebro.<sup>1</sup> A ambliopia pode ser causada por qualquer obstáculo ao desenvolvimento visual durante o período crítico do desenvolvimento visual.

As causas mais comuns são:

- Estrabismo
- Anisometropia (diferença de grau entre os olhos)
- Alta ametropia (graus altos nos dois olhos)
- Doenças oculares que impeçam o desenvolvimento normal da visão, como catarata congênita, blefaroptose, opacidade corneana, hemorragia vítrea.

## Iara Debert

Doutora em Oftalmologia - Departamento de Oftalmologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Secretária do Departamento Científico de Oftalmologia da SPSP.

## Comportamento visual

A suspeita de ambliopia não é sempre fácil. Algumas crianças podem manifestar sinais que despertam a atenção dos pais, como o desalinhamento dos olhos, que pode ser constante ou de forma intermitente, do tipo convergente, divergente, ou até vertical. Outras crianças chamam a atenção por colocar os objetos muito próximos aos olhos na tentativa de ver melhor os detalhes.

Por outro lado, algumas crianças que apresentam ambliopia não chamam a atenção dos pais, do pediatra ou dos professores da escola, pois têm os olhos alinhados e aparentam enxergar bem. Isso acontece principalmente nos casos em que só um dos olhos precisa de grau, e a criança manifesta comportamento visual satisfatório às custas do olho bom.

A avaliação oftalmológica de rotina da criança (Figura 1) é fundamental para que casos de ambliopia não passem despercebidos durante as fases iniciais do desenvolvimento visual infantil. O pediatra é o principal parceiro do oftalmologista na triagem e identificação de fatores de risco para o desenvolvimento da ambliopia.



A criança que tem ambliopia usa o olho de melhor visão como olho dominante e há um mecanismo de supressão do olho contralateral, no qual o cérebro “ignora” a imagem que não apresenta nitidez. O olho que não é estimulado durante a infância não desenvolve as conexões neurais fundamentais para a via visual e pode ter uma perda visual permanente e irreversível. Por isso, o principal tratamento para a ambliopia é o uso da oclusão.<sup>2</sup>

### Tratamento

O tampão – um adesivo do tipo *band-aid* – é colocado no olho de melhor visão para estimular o desenvolvimento visual do olho ambliópe (Figura 2). Nas crianças que usam óculos, deve ser colado na pele, com os óculos por cima, e não colados diretamente nos óculos. O número de horas que a criança deve usar a oclusão depende da idade, do tipo de ambliopia, da acuidade visual e da resposta que o paciente demonstra ao longo das visitas de acompanhamento.

Figura 2



O tratamento pode ser feito durante as atividades de perto ou mesmo de longe, em casa ou na escola, considerando que o fator mais importante a ser levado em conta é o ambiente e o horário que aquela criança tem mais disposição para usar a oclusão. O tratamento traz resultados de sucesso na maioria das crianças se for iniciado precocemente.

A oclusão do olho que apresenta a melhor acuidade visual pode ser desafiadora tanto para a criança, quanto para sua família. O pediatra tem papel fundamental em encorajar a família a fazer e persistir com o tratamento. Os professores da escola também podem ser grandes aliados na batalha contra a ambliopia.

Algumas crianças atingem resultados de sucesso em poucos meses e outras podem levar anos tratando a ambliopia. Quando se atinge a acuidade visual máxima no olho tratado, é importante diminuir lentamente as horas de tratamento com tampão para que não haja recorrência da ambliopia, fato frequente quando o desmame não é feito lentamente.

Em alguns casos, como alternativa ao tampão, é usado um colírio que borra a visão do olho bom para estimular a visão do olho preguiçoso. Principalmente nas crianças com hipermetropia, quando as lentes de correção são retiradas do olho dominante, o mesmo que recebe o colírio, há penalização da acuidade visual e os resultados são satisfatórios.

O tratamento com colírio pode ser usado também quando a criança já atingiu acuidade visual semelhante nos dois olhos e está na etapa de desmame da oclusão.

Quando o exame detecta que a criança apresenta erro refrativo, a sua correção com o uso dos óculos tem papel importante no tratamento. Nesses casos, a ambliopia pode ser unilateral, ou até bilateral quando existe erro refrativo de alta magnitude em ambos os olhos. Na maioria das vezes, entretanto, terapêutica complementar, além dos óculos, pode ser necessária.

### Procedimentos cirúrgicos

Os tratamentos cirúrgicos não corrigem a ambliopia, mas têm como objetivo o alinhamento dos olhos nas crianças que tem estrabismo, que pode ser do tipo horizontal, vertical ou torsional.

Procedimentos cirúrgicos são frequentemente indicados para tratar doenças associadas à ambliopia, como catarata congênita, blefaroptose, opacidade corneana e hemorragia vítrea. Baseado no exame da criança, o oftalmologista e o oftalmopediatra avaliarão quais são as melhores modalidades terapêuticas.<sup>1-2</sup>

Quanto mais cedo o tratamento é iniciado, melhores são as taxas de sucesso. Alguns pacientes podem apresentar resultados satisfatórios até a adolescência, mas é recomendado que todos os esforços sejam feitos para que a criança seja tratada antes dos sete anos de idade.

### Referências

1. Wright KW, Spiegel PH. Pediatric ophthalmology and strabismus. Springer Science & Business Media; 2013.
2. Lambert SR, Lyons CJ. Taylor and hoyt's pediatric ophthalmology and strabismus. Elsevier Health Sciences; 2016.



Primeiros  
**mil dias**  
*pele futuro das crianças!*  
**FEVEREIRO SAFIRA**  
Sociedade de Pediatria de São Paulo

**Os primeiros mil dias são fundamentais para que a criança possa atingir o seu potencial máximo de crescimento e desenvolvimento na vida adulta**

Fevereiro Safira – Primeiros mil dias pelo futuro das crianças.  
Uma campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo





bork | depositphotos.com

Atenção ao cuidado do bebê



prematururo

Sociedade de Pediatria de São Paulo

MARÇO LILÁS

## MARÇO LILÁS ATENÇÃO AO CUIDADO DO BEBÊ PREMATURO

Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo para destacar a importância do seguimento diferenciado para os bebês prematuros

