



AS NOVAS CURVAS DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PROPOSTAS PARA CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

No final da década de 50 e início da de 60, diversos autores passam a enfatizar a importância de monitorar o crescimento das crianças até os 5 anos de idade. Uma das razões disso é a maior vulnerabilidade a agravos infecciosos e nutricionais nessa faixa etária, particularmente nos países mais pobres. Destacam-se entre esses autores W.F. Cuthbertson e David Morley, que já em 1962 publicam um artigo intitulado "A health and weight chart for children from birth to five", no qual relatam a experiência de três anos com a utilização de curvas de crescimento na África Ocidental¹. Anos mais tarde, o próprio Morley propõe outra forma de monitoramento, o Cartão Caminho para a Saúde (The Road-to-healthCard)².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização das Nações Unidas para Agricultura e Alimentação (FAO) realizam em 1961 uma reunião do Comitê Misto FAO/OMS de Peritos em Nutrição da qual resulta um documento publicado pela OMS em 1963 sob o número 245 da Série de Informes Técnicos, que em um dos seus capítulos textualmente recomenda: "2. *El empleo de formularios simples y normalizados para registrar en forma gráfica el peso de cada uno de los lactantes y niños en edad preescolar. Siempre que sea posible, se anotará también la talla ... Importa conocer también la estatura y el peso de los niños bien alimentados pertenecientes a las mismas poblaciones, con objetivo de disponer normas válidas para el estudio comparativo.*" Alguns aspectos dessa afirmativa chamam a atenção. O primeiro deles é o acompanhamento individual do crescimento como preocupação relacionada principalmente aos agravos nutricionais, muito frequentes na época, enfocando-se basicamente o acompanhamento do peso, indicador desses agravos e mais sensível a curto prazo. O segundo ponto é a atenção à estatura (comprimento supino para os lactentes), que, embora não prioritariamente, já aparece como recomendação, pela relação com os agravos crônicos. Finalmente, observa-se a preocupação em ter um parâmetro de crescimento adequado, com o qual seja possível comparar os dados da criança que está em avaliação.

Nestes quase 50 anos que se passaram, muito se trilhou desse caminho para a saúde. A própria OMS promoveu seminários e encontros procurando aprimorar esses posicionamentos iniciais, criou discussões sobre a realização e a confecção de referenciais de crescimento válidos e estimulou iniciativas nesse sentido em diversos países, promovendo a evolução metodológica, além de discutir e divulgar critérios úteis para a utilização desses referenciais e a interpretação dos resultados.^{4,5,6 e 7}

Logo após a Declaração de Alma-Ata, que traz as recomendações da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada em 1978, o acompanhamento do crescimento passa a integrar o conjunto das denominadas ações básicas de saúde propostas pela OMS para atenção às crianças menores de 5 anos. Essas ações seriam depois revistas e transformadas na Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (cuja sigla é AIDPI em português e IMCI em inglês), sempre com o mesmo intuito: contribuir para a redução da mortalidade infantil.⁸

Assim, o acompanhamento do crescimento foi ganhando interesse como indicador positivo de saúde e de bem-estar da criança e do jovem – isto é, quanto melhor a saúde e o bem-estar, melhor o crescimento do indivíduo. Isso fez com que a ação de monitorar o crescimento não mais se restringisse a crianças e jovens de classes menos favorecidas, incorporando-se à rotina assistencial de toda criança e todo adolescente. Pela mesma razão, também ganha dimensão importante a vigilância do crescimento, agora como instrumento de avaliação das condições de saúde e de bem-estar de grupos populacionais, graças à denominada tendência secular de crescimento.⁹

Nas últimas décadas vem se acentuando em quase todo o mundo um processo de transição epidemiológica, com redução principalmente das doenças transmissíveis e da mortalidade infantil e aumento das doenças crônicas. Essa transição é acompanhada da nutricional, que passa a afetar rapidamente também países em desenvolvimento (por exemplo o Brasil). Com isso, observa-se uma redução acentuada das formas graves de desnutrição na infância e rápida elevação da prevalência de sobrepeso e obesidade, que se instalam inclusive nas camadas de menor poder aquisitivo e comprometem crianças cada vez mais jovens.^{10 e 11}

Essa nova realidade reforça a importância do crescimento, assim como de seu acompanhamento, como indicador positivo de saúde e bem-estar, gerando a necessidade de revisão dos dados e do uso das curvas de crescimento à luz desse novo momento histórico-social.

Nesse processo, a OMS recomenda que os países tenham uma curva referencial de crescimento própria de sua população. Ao mesmo tempo, reconhecendo as dificuldades e os custos inerentes à confecção de um padrão próprio, salienta que os países que dele não dispõem podem adotar um referencial internacional com abordagem metodológica o mais adequada possível à sua realidade, particularmente para as crianças menores de 5 anos. O referencial do National Center for Health Statistics (NCHS), dos Estados Unidos, produzido em 1977, é recomendado pela organização como apropriado nesses casos.^{7 e 12}

Em 2000, os Centers for Disease Control and Prevention (CDC), dos Estados Unidos, cientes dos problemas metodológicos existentes com o referencial do NCHS, propõem outro, que utiliza parte dos dados do anterior, incorpora uma nova casuística de menores de 3 anos de idade, aperfeiçoa o modelo matemático de ajuste das curvas e amplia a faixa etária para até 20 anos.¹³

O novo referencial (CDC/NCHS) ampliou as tabelas e os gráficos disponíveis, incluindo além de peso e estatura o perímetro cefálico e o índice de massa corpórea (IMC), este último apenas para a faixa etária de 2 a 20 anos. Isso foi estabelecido em maio de 2000. Desde então, o CDC/NCHS passou a ser recomendado para uso internacional, pois alguns dos problemas metodológicos do referencial anterior haviam sido superados.

No início dos anos 90 a OMS organizou um grupo de trabalho de crescimento infantil, que se encarregaria de estabelecer normas e recomendações para utilização e interpretação do referencial do NCHS, de 1977. Considerando as importantes críticas que já vinham se acumulando acerca desse referencial, o grupo reuniu um conjunto de dados sobre crescimento de lactentes amamentados ao peito que viviam em ambientes favoráveis (dados até então não publicados) e comparou a evolução dessas crianças com a mostrada pelo NCHS.

Eram 225 lactentes, cujos dados evidenciaram um padrão médio de crescimento, durante os primeiros 12 meses de vida, inferior ao do referencial. O que mais preocupou foi que a diferença observada era suficiente para que se justificasse uma intervenção na alimentação dessas crianças. Pela análise de seus antecedentes, de suas condições de vida e de alimentação, não tinham por que crescer inadequadamente. Análises de outros grupos de crianças que apresentavam as mesmas condições de vida e alimentares revelaram uma tendência muito semelhante.

A conclusão do grupo de trabalho foi que o referencial do NCHS era inadequado, pelo menos para lactentes. Diante disso, o grupo propôs à OMS a elaboração de uma nova curva de crescimento, que obviasse os problemas metodológicos do antigo

referencial e que, em vez de se constituir em simples referência, realmente evidenciasse o padrão biologicamente esperado de crescimento ótimo de crianças com até 5 anos.

Com isso, em 1995 a OMS formou um novo grupo de trabalho. O objetivo era desenvolver novas curvas de crescimento, que representassem de fato o melhor referencial possível, tivessem aplicação praticamente universal e pudessem ser prescritos – isto é, um **padrão de como as crianças deveriam crescer**.^{14, 15, 16 e 17}

Então, foi desenvolvido um estudo que adotou uma metodologia considerada a melhor para atingir tal objetivo:

1. Desenho do estudo: semilongitudinal, com um componente longitudinal de seguimento de uma mesma amostra de crianças de 0 a 24 meses de idade e um componente transversal com diversas amostras de crianças com 18 a 71 meses, agrupadas de forma a haver uma diferença de três meses de idade entre os grupos. (O prolongamento da coleta até 71 meses foi necessário para garantir que fosse possível construir uma boa curva, com um modelo matemático bem ajustado, até os 60 meses.)
2. A amostra tinha de ser multicêntrica, representando diferentes grupos étnicos. Foram escolhidas seis cidades, de continentes diferentes. Era necessário que possuíssem grupos aptos (ou quase aptos) a ser incluídos no estudo e que eles concordassem em participar. As cidades deviam ainda contar com recursos públicos e/ou de agências financiadoras de pesquisa. Desse modo, foram selecionadas: Pelotas (Brasil), Davis (Estados Unidos), Muscat (Omã), Oslo (Noruega), Acra (Gana) e Nova Deli
3. Os critérios de elegibilidade das crianças para a amostra foram: ter nascido de parto único a termo, mesmo que com baixo peso; condições de vida e de saúde que garantissem a possibilidade de crescimento em conformidade com o potencial genético; mães com intenção de amamentar de acordo com o padrão proposto como adequado pela OMS (na época, aleitamento materno por quatro meses, exclusivo ou predominante, e sua manutenção parcial por pelo menos um ano); e mães não-fumantes. Para a amostra transversal as exigências foram iguais, com exceção da alimentação: o aleitamento deveria ser de no mínimo três meses, exclusivo ou não.
4. Tamanho da amostra: para garantir a precisão tanto dos valores centrais da mediana (percentil 50) quanto dos extremos (percentis menores e maiores), estimou-se que seriam necessárias 200 crianças de cada sexo em cada grupo de idade (nascimento inclusive), o que significava que cada centro teria de contribuir com cerca de 70 crianças para cada idade avaliada. Para os recém-nascidos a amostra foi de 300 em cada centro, já que se esperava a ocorrência de uma grande perda de casos ao longo do seguimento longitudinal, pois muitas mães acabariam não cumprindo todos os requisitos ou desistiriam de participar do estudo.
5. O estudo longitudinal arrolou inicialmente 1.737 crianças, das quais 882 concluíram o seguimento de dois anos (428 meninos e 454 meninas). A maior adesão foi em Gana, onde 69% dos participantes completaram o *follow up*, observando-se os menores percentuais em Oslo e Pelotas, de respectivamente 34,1% e 21,4%. A amostra transversal final foi de 6.669 crianças de ambos os sexos, com o maior recrutamento em Nova Deli, de 1.487 participantes, e os menores em Pelotas, de 480, e em Davis, de 476. Tudo isso resultou em 13.553 avaliações em meninos e 13.781 em meninas.
6. Cuidados metodológicos: todos os profissionais envolvidos nas mensurações foram treinados especificamente para tal. Seu trabalho era supervisionado em curtos intervalos de tempo e os dados obtidos eram aferidos periodicamente. Utilizaram as técnicas mais adequadas para realizar seu trabalho, empregando um instrumental padronizado e o mais atual possível, de maneira a garantir precisão e confiabilidade nas medições. Aos dados de caracterização da família e das condições de vida e de morbidade, adicionaram-se as seguintes medidas corpóreas em cada avaliação: peso, perímetro craniano, comprimento supino (no seguimento longitudinal), estatura, perímetro braquial e dobras cutâneas tricúspita e subescapular. Também foram coletados dados de *desenvolvimento*, de maneira a poder criar marcos da evolução das crianças que pudessem ser avaliados sistematicamente em conjunto com o crescimento.
7. Processamento dos resultados: foram utilizadas as técnicas estatísticas mais atuais e mais adequadas, de maneira que o modelo matemático resultante do alisamento das curvas apresentasse o mais alto nível possível de ajuste com os valores reais coletados.
8. Após o desenvolvimento do modelo foram efetuados controles, acrescentando-se ou retirando-se parte da casuística, por local de coleta, sem que se notassem diferenças significativas nos dados resultantes. Dessa forma, evidenciou-se uma grande semelhança de comportamento nas seis populações estudadas.

A parte de coleta de dados do estudo foi concluída em 2003; no primeiro semestre de 2006 o conjunto inaugural de dados de crescimento foi apresentado publicamente e colocado à disposição no site da OMS. Esse conjunto englobava tabelas e gráficos de percentis e de escores z por sexo e idade (de 0 a 60 meses), relativos a peso, comprimento supino, estatura e índice de massa corpórea (IMC). Cabe salientar que o IMC abarca também os dois primeiros anos de vida, o que não acontece com o referencial CDC/NCHS 2000; também já traz o referencial de desenvolvimento.

Atualmente no mesmo site estão disponíveis também tabelas e gráficos de perímetro cefálico, perímetro braquial e dobras cutâneas tricúspita e subescapular. Pode-se obter cópia de qualquer desses arquivos, livremente, para uso na prática diária.

No mesmo site está disponível um software de antropometria (WHO Anthro 2005), que pode ser utilizado para avaliações individuais ou de grupos populacionais. O software não está ativado ainda para todos os parâmetros antropométricos, mas permite calcular percentis e escores z de peso, estatura e IMC. Pode ser copiado, é de uso livre e vem acompanhado de um manual de instruções de uso (www.who.int/childgrowth).

AS NOVAS CURVAS

É óbvio que a recomendação da OMS, no Brasil agora endossada também pelo Ministério da Saúde, é de utilização do novo referencial, considerado realmente prescritivo, ou seja, o padrão de crescimento ideal a ser seguido para crianças até 5 anos de idade.

Para entender melhor o que significa essa mudança de referencial (ou esse padrão), torna-se necessário efetuar algumas comparações com o anterior, o CDC/NCHS, e também com o do Euro-Growth Study¹⁸ realizado por diversos países europeus na segunda metade da década de 90. Embora multicêntrico, este estudo não se revestiu dos mesmos cuidados metodológicos utilizados pela OMS.

A seguir são apresentados alguns gráficos que comparam dados dos três referenciais.

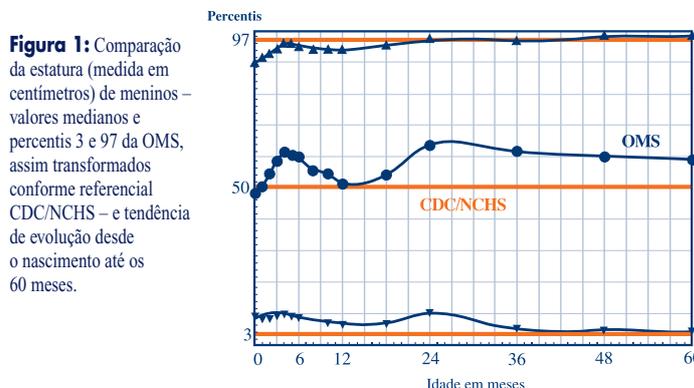


Figura 1: Comparação da estatura (medida em centímetros) de meninos – valores medianos e percentis 3 e 97 da OMS, assim transformados conforme referencial CDC/NCHS – e tendência de evolução desde o nascimento até os 60 meses.

Como se pode observar, ao nascimento os valores são semelhantes, mas no primeiro semestre crescem muito mais rápido entre as crianças da OMS, desacelerando a seguir, até que, ao redor de 1 ano de idade, atingem níveis próximos dos do CDC/NCHS. Entre 1 e 2 anos há nova aceleração dos valores da OMS, que no segundo ano chegam a ficar mais de 10 percentis acima da mediana do CDC/NCHS; desse ponto até os 60 meses a mediana da OMS se mantém cerca de 10 unidades de percentil acima da mediana do CDC/NCHS.

Nos percentis 3 e 97 também se observam diferenças importantes de valores, principalmente nos primeiros 24 meses de vida

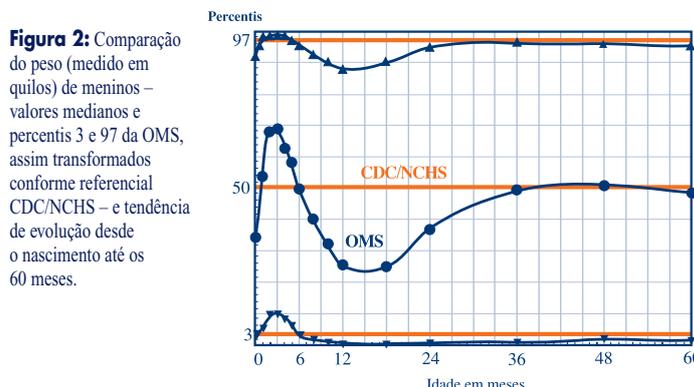
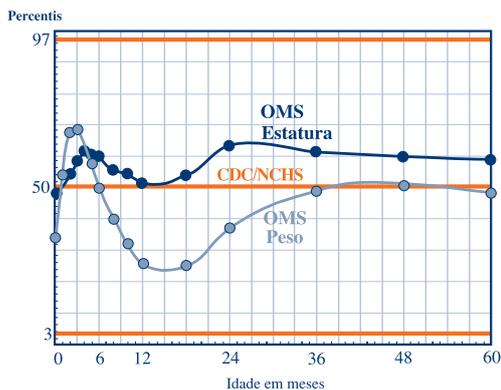


Figura 2: Comparação do peso (medido em quilos) de meninos – valores medianos e percentis 3 e 97 da OMS, assim transformados conforme referencial CDC/NCHS – e tendência de evolução desde o nascimento até os 60 meses.

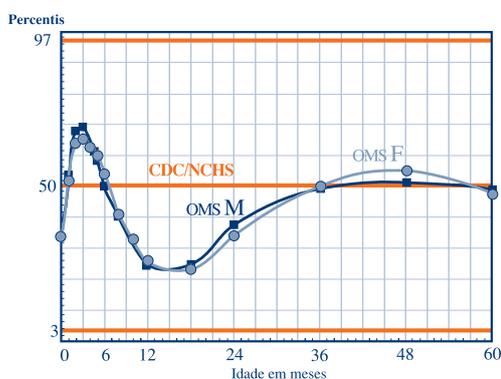
Nota-se aqui comportamento similar ao observado na estatura, só que muito mais acentuado. Apesar de os meninos nascerem com peso mediano e p97 bastante baixos, ocorre um incremento de peso muito grande no primeiro trimestre, a mediana da OMS chega quase ao p75 do CDC/NCHS e a seguir decai intensa e progressivamente, até próximo dos 18 meses, quando chega a corresponder ao p25. Recupera-se a partir daí, atingindo valores muito próximos dos do CDC/NCHS aos 3 anos, e assim se mantém até os 5. No geral, após também mostrar um crescimento mais rápido até os 3 meses, os percentis 3 e 97 também caem para níveis mais baixos que os do CDC/NCHS até os 18 meses; a partir daí o p97 se recupera, mas o p3 permanece em valores menores.

Figura 3: Comparação da evolução do crescimento de meninos, representado pelos valores médios da OMS relativos a estatura (em centímetros) e peso (em quilos), transformados em percentis conforme referencial CDC/NCHS, desde o nascimento até os 60 meses.



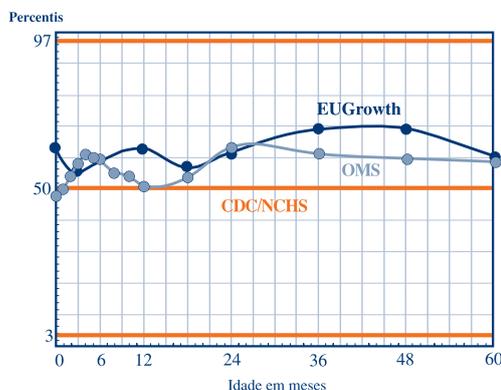
Esta figura mostra que a evolução do peso e a da estatura têm comportamentos semelhantes, como tendência, embora o peso apresente desvios mais acentuados. A preocupação que a evolução do peso entre os 3 e os 18 meses pode provocar parece ser atenuada se considerarmos que o crescimento estatural se reduz muito menos intensamente, nunca chegando a ficar abaixo dos níveis recomendados pelo CDC/NCHS, e se recupera mais rapidamente do que o peso, atingindo, aos 5 anos, valores superiores aos daquele referencial.

Figura 4: Comparação da evolução do peso (medido em quilos) de meninos (M) e meninas (F), representado pelos valores médios da OMS transformados em percentis conforme referencial CDC/NCHS, desde o nascimento até os 60 meses.



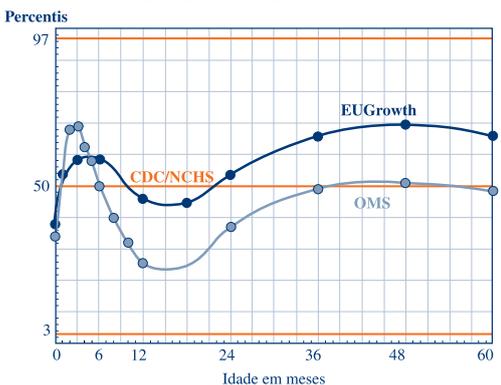
A figura evidencia que a evolução do peso é praticamente idêntica para ambos os sexos, o que pode sugerir que de fato esse seria o padrão esperado de evolução biológica do peso.

Figura 5: Comparação da evolução dos valores médios de estatura (medida em centímetros) de meninos, de acordo com a OMS e o Euro-Growth, valores esses transformados em percentis conforme referencial do CDC/NCHS, desde o nascimento até os 60 meses.



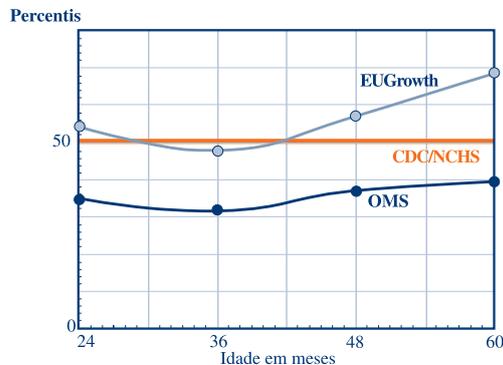
Nota-se que, no que se refere à estatura, à semelhança do que ocorre com os valores da OMS, os do Euro-Growth também permanecem constantemente em níveis superiores aos do referencial CDC/NCHS, apesar de apresentarem variações de ritmo de crescimento diferentes das observadas na curva da OMS.

Figura 6: Comparação da evolução dos valores médios de peso (medido em quilos) de meninos, de acordo com a OMS e o Euro-Growth, valores esses transformados em percentis conforme referencial CDC/NCHS, desde o nascimento até os 60 meses.



Quanto ao peso nota-se muita semelhança entre a curva da OMS e a do Euro-Growth quanto à tendência evolutiva, apesar de em termos de valores a segunda, com exceção do primeiro semestre, estar sempre acima em relação à da OMS e quase sempre acima em relação à do CDC/NCHS. Chama a atenção a deflexão observada entre 6 e 24 meses, quando os valores do Euro-Growth também ficam abaixo dos do CDC/NCHS: esse descenso em relação ao CDC/NCHS pode ser considerado como fisiológico? Novos estudos e novas comparações com outras casuísticas poderão confirmar ou não essa hipótese, bastante plausível até o momento.

Figura 7: Comparação da evolução dos valores médios de IMC de meninos (em kg/m²), de acordo com a OMS e o Euro-Growth, valores esses transformados em percentis conforme referencial CDC/NCHS, dos 24 aos 60 meses.



O IMC, que de certa forma (reflete um pouco da relação de proporcionalidade peso-estatura) evidencia semelhança de comportamentos entre Euro-Growth e OMS. No entanto, os valores da OMS estão em um patamar muito mais interessante e mostram tendência evolutiva muito menos preocupante, já que dos 2 aos 5 anos seus percentis permanecem inferiores aos do CDC/NCHS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Departamento Científico de Nutrologia da SBP recomenda a utilização das curvas da OMS para o acompanhamento do crescimento das crianças, com base nas premissas técnicas com que essas curvas foram realizadas. A indicação é que sejam utilizadas até os 5 anos de idade, em substituição às curvas anteriormente propostas pelo CDC/NCHS.

No entanto, considerando que as novas curvas descrevem ritmos diferentes de crescimento em relação às anteriormente preconizadas, principalmente no que se refere ao peso, sua utilização requer particular cuidado na faixa etária de 6 a 18 meses. Além da evolução do peso, nesse período deve-se analisar simultânea e cuidadosamente também a evolução do comprimento, do perímetro cefálico e da circunferência braquial, de modo a ter razoável segurança de que a evolução do peso é realmente adequada.

O Departamento enfatiza ainda que a antropometria é um dos componentes da avaliação clínica, não devendo ser usada de maneira isolada para diagnóstico e/ou para acompanhamento de puericultura.

REFERÊNCIAS

- Cuthbertson, WFJ and Morley, D. A health and weight chart for children from birth to five. *W Afr Med J*, 1962, 6:217-40.
- Morley, D. *Paediatric Priorities in the Developing World*. Postgraduate Paediatrics Series, General Editor John Apley, BUTTERWORTHS, London, 1973.
- Comite Mixto FAO/OMS de Expertos em Nutrición. Sexto Informe. Série de Informes Técnicos nº 245. Organización Mundial de La Salud, Ginebra, 1963.
- Organización del cambio del estado nutricional: directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación suplementaria destinados a grupos vulnerables. OMS, Ginebra, 1983.
- World Health Organization. 1986. Working group: use and interpretation of anthropometric indicators of nutritional status. *Bull. World Health Org.* 1986, 64(6): 929-41.
- WHO Working Group on Infant Growth. An evaluation of infant growth: the use and interpretation of anthropometry in infants. *Bull. World Health Org.* 1995, 73(2):165-174.
- World Health Organization. Geneva: Report of a WHO expert Committee. Physical status: the use and interpretation of anthropometry. WHO Technical Report Series nº 854, 1995.
- WHO Division of Child Health and Development. Integrated Management of Childhood Illness: conclusions. *Bull World Health Organ* 1997; 75 (suppl 1):119-128.
- Jordan, JR. Crecimiento del niño como indicador de salud. In: *Salud Materno-infantil y Atención Primaria em las Américas*. Publicación Científica nº 461, Organización Panamericana de La Salud, Washington, 1984.
- Omran, AR. The epidemiologic transition in the Americas. Panamerican Health Organization, World Health Organization, Maryland, 1996.
- Popkin, BM. The nutrition in low-income countries: an emerging crisis. *Nutrition Reviews*, 1994, 52(9):285-98.
- National Center for Health Statistics. *Growth Curves for Children, birth to 18 years*. Dept of Health, Education and Welfare Publication nº 78-1650. Washington, DC; National Center for Health Statistics, 1977.
- Roberts, SB and Dallal, GE. The new childhood growth charts. *Nutr Rev* 2001; 9(2):31-5.
- Garza C and De Onis M. A new international growth reference for young children. *Am J Clin Nutr*, 1999, 77(suppl):169S-172S.
- Garza, C and De Onis, M. Rationale for developing a new international growth reference. *Food Nutr Bull*, 2004, 25:s5-s14.
- Garza, C. New Growth Standards for the 21st Century: a prescriptive approach. *Nutr Rev*, 2006, 64(5):s55-s59.
- WHO Multicentre Growth Reference Study Group – WHO Child Growth standards based on length/height, weight and age. In: De Onis, M; Garza, C; Onyango, AW and Martorell, R, Guest Editors – WHO Child Growth Standards, *Acta Paediatrica*, 2006, 95 (suppl 450):76-85, 2006.
- Van't Hof, MA and Haschke, F. Euro-Growth references for Body Mass Index and Weight and Length. *JPGN*, 2000, 31(suppl):s48-s59.



DOCUMENTO CIENTÍFICO NUTROLOGIA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Diretoria - (Triênio 2007-2009)

Presidente
Dioclécio Campos Júnior

1º Vice-Presidente
Fábio Ancona Lopez

2º Vice-Presidente
Eduardo da Silva Vaz

Secretário Geral
Edson Ferreira Liberal

1ª Secretária
Sheila Souza Muniz Tavares

2ª Secretária
Dennis Alexander Rabelo Burns

3ª Secretária
Márcio Moseyr de Vasconcelos

Diretoria Financeira
Marilene Augusta R. Crispino Santos

2º Diretor Financeiro
Márcia Garcia Alves Galvão

3º Diretor Financeiro
Mônica Tessinari Rangel Tura

ASSESSORIAS DA PRESIDÊNCIA

Integração Regional
Valéria Maria Bezerra Silva Luna

Planejamento e Reforma Administrativa
Rubens Trombini Garcia

Saúde Pública
Anamaria Cavalcante e Silva

Saúde Ambiental
Eliane Mara Cesário Pereira

Políticas Públicas
Carlos Eduardo Nery Paes

PPP (Procedim. Pediátricos Padronizados)
Mário Lavorato da Rocha

Legislação Escolar
Maria de Lourdes Fonseca Vieira

Apoio às filiadas
Mariângela de Medeiros Barbosa

Grupos de Trabalho e Núcleos Permanentes
Luiz Cláudio Gonçalves de Castro

Assuntos da Amazônia Continental
Denise Corrêa de Paula Nunes

Assuntos Legislativos
Célia Maria Stolze Silvano

Assuntos Estratégicos
Ney Marques Fonseca

Elaboração de Projetos
Maria Arlete Meil Schimith Escrivão

DIRETORIAS E COORDENAÇÕES

Diretor de Qualificação e Certificação Profissionais
José Hugo Lins Pessoa

Coordenador do CEXTEP
Hélcio Villaga Simões

Coordenadora de Áreas de Atuação
Virginia Resende Silva Weffort

Coordenador de Certificação Profissional
Mitsuru Miyaki

Diretor de Relações Internacionais
Fernando José de Nóbrega

Representante na IPA
Sérgio Cabral

Representante no MERCOSUL
Vera Regina Fernandes

Diretor dos Departamentos Científicos e Coordenador de Documentos Científicos
José Sabino de Oliveira

Diretor-Adjunto dos Departamentos Científicos
Joel Alves Lamoumier

Diretor de Cursos, Eventos e Promoções
Ércio Amaro de Oliveira Filho

Coordenação dos Cursos de Reanimação
Paulo Roberto Antonacci Carvalho

Coordenador de Congressos
Luiz Anderson Lopes

Coordenador de Simpósios
Helio Santos de Queiroz Filho

Coordenador(a) da Reanimação Neonatal
Maria Fernanda Branco de Almeida

Coordenador(a) da Reanimação Neonatal
Ruth Günsburg

Coordenador da Reanimação Pediátrica
Luiz Fernando Loch

Coordenador(a) do Suporte Básico de Vida
Valéria Maria Bezerra Silva Luna

Coordenação CIRAPS
Rocksane de Carvalho Norton

Diretoria de Ensino e Pesquisa
Gisélia Alves Pontes da Silva

Coordenação de Graduação
Angélica Maria Bicudo Zeferino

Coord. Adjunta de Graduação
Silvia Wanick Sarinho

Coordenadora de Residência e de Estágios em Pediatria
Vera Lucia Vilar de Araújo Bezerra

Coordenadora de Pesquisa
Cristina Miuki Abe Jacob

Coordenadora de Pós Graduação
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira

Coordenadora de Doutrina Pediátrica
Luciana Rodrigues Silva

Diretor de Publicações
Danilo Blank

Editor do JPED
Renato Procianny

Coordenadora do PRONAP
Lucia Ferro Bricks

Coordenador do Centro de Informação Científica
José Paulo Vasconcelos Ferreira

Diretora de Benefícios e Previdência
Ana Maria Ramos

Coordenadora de Campanhas
Rachel Niskier Sanchez

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA
Antonio da Silva Macedo

Analíria Moraes Pimentel
Edmar de Azambuja Salles

Rosa de Fátima da Silva Vieira Marques
Aroldo Prohmann de Carvalho

CONSELHO FISCAL

Presidente
José Rubens do Amaral Zaitune

Vice Presidente
Sylviano Figueira de Cerqueira

Secretário
João Serafim Filho

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente
Edward Tonelli

Secretário
José Dias Rego

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NUTROLOGIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

(Triênio 2004-2006 e 2007-2009)

Claudio Leone
(Relator)

Ângela Peixoto de Mattos

Anne Lise Dias Brasil

Carlos Alberto Nogueira
de Almeida

Cláudia Hallal Alves Gazal

Cláudio Leone

Elza Daniel de Mello

Fábio Ancona Lopez

Fernanda Luisa Ceragioli
de Oliveira

Hélcio de Sousa Maranhão

Hugo da Costa Ribeiro Júnior

Luiz Anderson Lopes

Maria Arlete Meil S. Escrivão
(Vice-presidente)

Maria Marlene de Souza Pires

Maria Paula Albuquerque

Marileise dos Santos Obelar

Mauro Fisberg

Naylor Alves Lopes de Oliveira

Paulo Pimenta de Figueiredo Filho

Rocksane de Carvalho Norton

Rose Vega Patin

Roseli Oselka Saccardo Sarni
(Presidente)

Severino Dantas Filho

Silvana Gomes Benzecry

Virginia Resende Silva Weffort
(Secretária)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Rua Santa Clara, 292 - Telefone: (021) 2548.1999

CEP 22041-010 - Rio de Janeiro - RJ