



Documento Científico

Departamento Científico de Neonatologia

Monitoramento do crescimento de RN pré-termos

Departamento Científico de Neonatologia

Presidente: José Maria de Andrade Lopes

Secretário: Maria Albertina Santiago Rego

Conselho Científico: Alexandre Lopes Miralha; Hans Walter Ferreira Greve;
Maria Cândida Ferrarez Bouzada Viana; Paulo Roberto Pachi;
Raimunda Izabel Pira Mendes; Remaclo Fischer Junior; Silvana Salgado Nader

Colaboradores: Cléa R. Leone, Fernando C. Barros, Maria Elisabeth Moreira

Relevância e prevalência do nascimento pré-termo no Brasil

A prematuridade é a principal causa de morte no primeiro ano de vida no Brasil. Estudo de abrangência nacional realizado em 2011-2012¹ estimou uma prevalência de nascimentos pré-termos (IG < 37sem) de 11,5% no Brasil, sendo 1,8% abaixo de 32sem, 1,2% entre 32-33 sem e 8,5% entre 34-36 sem. Considerando que ocorrem no país cerca de 3 milhões de nascimentos ao ano, 345 mil crianças nascem pré-termos, sendo 54 mil com menos de 32 semanas. Além disto, os que nascem prematuramente e sobrevivem, apresentam maior risco de

alterações no neurodesenvolvimento e de eventos crônicos na vida adulta como hipertensão, diabetes, dislipidemias e obesidade. Estes recém-nascidos pré-termos (RNPT), especialmente os abaixo de 32 sem, necessitam atenção especial, tendo em vista os vários problemas de adaptação que ocorrem nas primeiras semanas de vida, e que afetam sua situação nutricional e sua capacidade de alimentação. Portanto, assegurar crescimento pós-natal adequado é crítico para a saúde e qualidade de vida dos pré-termos.

Como devem crescer os recém-nascidos pré-termo e como este crescimento deve ser monitorado

O crescimento é um indicador global de bem-estar desde a vida fetal e por todo o período da infância e adolescência, especialmente em pré-termos. As medidas antropométricas mais utilizadas na avaliação do crescimento são o peso (P), o comprimento (C) e o perímetro cefálico (PC) por serem de fácil obtenção e não invasivas.

Para crianças nascidas a termo com peso apropriado para a sua idade gestacional há um relativo consenso sobre como deve ser a alimentação e cuidados, e as curvas internacionais de crescimento, prescritivas e longitudinais, produzidas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) já foram adotadas em mais de 125 países, incluindo o Brasil.

Entretanto, o mesmo consenso sobre como devem crescer as crianças, e, portanto, como devem ser alimentadas, não é observado quando se trata de nascidos pré-termos. Embora todos estejam de acordo que o ganho de peso destas crianças deve ser aquele que propicie as melhores condições de crescimento físico e desenvolvimento psicomotor, não há concordância sobre o tipo de dieta e o padrão de crescimento a ser observado. Segundo a Academia Americana de Pediatria os RNPT “devem ter o mesmo crescimento e composição corporal dos fetos normais da mesma idade gestacional”².

Para o monitoramento do crescimento pós-natal de pré-termos existem curvas construídas por diferentes metodologias: 1) curvas de crescimento intrauterino baseadas nas estimativas ultrassonográficas de peso fetal ao longo da gestação; 2) curvas de crescimento intrauterino, de peso, comprimento e perímetro cefálico, ao nascer, para cada idade gestacional – CCIU³⁻⁵; 3) curvas de acompanhamento do peso, comprimento e perímetro cefálico, no período pós-natal por metodologias combinadas.

Portanto, a definição de qual curva utilizar, a partir das muitas disponíveis, representa um desafio. A metodologia utilizada na construção das curvas difere em aspectos fundamentais relacionados ao desenho do estudo, à seleção da amostra, ao tratamento estatístico realizado e à validação, ou seja, o quanto a curva representa o crescimento ideal dos recém-nascidos pré-termos. A estimativa de idade gestacional (IG) geralmente não é precisa. O padrão-ouro, considerado o ultrassom antes de completar 14 semanas de idade gestacional, raramente é realizado no Brasil. Embora os pesos de acordo com as balanças eletrônicas sejam precisos, as medições individuais da cabeça e do comprimento são menos confiáveis.

A definição dos parâmetros utilizados também modifica os resultados finais como a da idade gestacional (em dias ou semanas completas), sexo-específicas, raça / etnia-específicas, acompanhamento longitudinal ou leitura transversal do parâmetro estudado. Também, as práticas clínicas e de suporte nutricional vigentes no período da construção das curvas é de fundamental importância como a introdução otimizada de nutrição enteral e parenteral, utilização de leite materno ou fórmulas, e outras

práticas clínicas que possam interferir no crescimento e desenvolvimento do RNPT. A avaliação do crescimento, portanto, depende da curva selecionada. As curvas prescritivas que têm por objetivo indicar como devem crescer as crianças em condições ideais de alimentação e atenção de saúde, são chamadas padrões de crescimento. As curvas não prescritivas também chamadas curvas de referência descrevem como cresce um determinado grupo de crianças.

Para que um RNPT consiga manter o ritmo de crescimento das curvas transversais fetais e atinja 40 semanas de vida pós-concepcional com o mesmo peso de um outro recém-nascido sadio que tenha nascido naquela data, é necessário que seja alimentado de forma intensiva por via enteral e/ou parenteral, uma vez que pré-termos, especialmente os nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas, apresentam uma fase de adaptação muito difícil nas primeiras 2-3 semanas de vida, com perdas de peso importantes, e devem, portanto, passar por um período de recuperação nutricional (*catch-up*) com crescimento acelerado. Este crescimento intensivo tem suas consequências. Por exemplo, um RNPT com 1100g que está ganhando peso no mesmo ritmo de um feto da mesma idade gestacional (cerca de 29 semanas) acumula 32% do seu ganho de peso em gordura quando está sendo alimentado com fórmulas comerciais para pré-termos. Esta proporção de tecido graxo é três vezes maior que a do feto que cresce no útero (11%), e só é comparável à proporção de gordura adquirida por um recém-nascido a termo com 16 semanas de vida extrauterina⁶.

Os custos a longo prazo para estes pré-termos que são submetidos a um crescimento acelerado (*catch-up*) para alcançar o peso de um recém-nascido a termo com 40 semanas estão agora sendo conhecidos, e incluem problemas metabólicos⁷ e cardiovasculares⁸. Por outro lado, o rápido ganho de peso precoce parece estar associado a melhor desenvolvimento cognitivo durante a infância, embora não haja prova de causalidade. Não está claro, portanto, como deve ser o crescimento nas primeiras semanas de um RNPT pequeno, especialmente abaixo de 32 semanas, e uma boa análise sobre os prós e contras do crescimento acelerado precoce pode ser encontrada em artigo especializado⁹.

Como acompanhar os recém-nascidos pré-termos?

1- Realização das medidas de peso, comprimento e perímetro cefálico

Peso: recomenda-se que o peso de pré-termos seja obtido em balanças com sensibilidade de 5 gramas. O peso deve ser obtido diariamente até a recuperação do peso do nascimento e a partir daí duas vezes semanalmente, até a alta hospitalar.

Comprimento: Deve ser obtido por meio de uma régua que possa ser usada de preferência dentro da incubadora, graduada em centímetros, que apresente uma das extremidades fixa e a outro móvel, ajustando-se a extremidade fixa à cabeça do recém-nascido e a parte móvel nos pés com uma leve extensão dos joelhos.

Perímetro cefálico: deve ser obtido usando-se fita métrica não extensível e graduada em centímetros. Os pontos de medida devem ser logo acima das sobrancelhas (sulco supraorbitário), e posteriormente, na proeminência occipital com o ponto zero no lado da cabeça do bebê mais próximo de quem faz a medida.

O peso, comprimento e perímetro cefálico devem ser plotados semanalmente em curva de crescimento até atingir 50 a 64 semanas de IG corrigida (IGc), de acordo com a curva selecionada.

2- Escolha da curva a ser usada

Dois tipos de curvas de crescimento para RNPT devem ser consideradas, as chamadas curvas de referência e as curvas padrão. Ambas podem ser

construídas a partir de crescimento intrauterino e/ou pós-natal.

As curvas de referência apenas descrevem o crescimento de uma amostra de crianças, sem caracterizá-las como sendo um padrão de normalidade a ser seguido, estando entre elas as que descrevem o crescimento pós-natal de RNPT.

As curvas padrão indicam o padrão de crescimento "normal" de uma população e, portanto, um modelo a ser seguido. São exemplos de curvas padrão as CCIU baseadas no peso de nascimento em diferentes IG e as construídas a partir de medidas fetais realizadas pelo ultrassom ao longo da gestação e as customizadas, mais atuais.

De maneira sumária, pode-se classificar as curvas mais utilizadas atualmente em:

- a) Curvas de referência, utilizando cortes transversais de peso, comprimento e perímetro cefálico das populações estudadas ao nascimento, de acordo com a idade gestacional, que refletem o crescimento intrauterino: Lubchenco e cols., Fenton e cols., NICMC-UK, Horbar e cols.;
- b) Curvas de referência, construídas a partir do acompanhamento longitudinal pós-natal, dos parâmetros do crescimento: NICHD US - Ehrenkranz, Cole e cols.;
- c) Curva padrão, longitudinal, predominantemente pós-natal: *Intergrowth 21th*.

A seguir algumas características de cada uma:

Curvas de Fenton e cols.⁴

As curvas de Fenton 2013, construídas a partir de uma revisão sistemática e metanálise incluem valores de peso, perímetro cefálico e comprimento de recém-nascidos de países desenvolvidos e proporcionam valores próximos ao padrão que se iniciam nas 24 semanas de idade gestacional e terminam nas 50 semanas de idade corrigida seguindo com a curva

da OMS de 2006. São específicas para gênero e estratificadas em percentis. Fornecem dados sobre medianas e desvio padrão permitindo o cálculo do escore Z. Além das curvas, em percentis, os autores disponibilizam um programa para cálculo dos escores Z e dos percentis, de acordo com a IGc, no endereço <http://ucalgary.ca/fenton>.

Curvas de Ehrenkranz - *National Institute of Child Health and Development (NICHD)*, Estados Unidos¹⁰

Outra curva de crescimento longitudinal de recém-nascidos de muito baixo peso é a do *National Institute of Child Health and Development (NICHD)*, Estados Unidos, que é baseada em 1660 crianças nascidas nos anos 1990

com peso entre 501 e 1660 g. O inconveniente é que não há informações a respeito de idade gestacional e refletem as práticas nutricionais em 12 unidades americanas no período entre 1994-1995¹⁰.

Curvas de Cole e cols.⁹

Obtidas por estudo longitudinal do crescimento pós-natal de RNPT submetidos às práticas clínicas contemporâneas a partir de uma base de dados computadorizada de unidades neonatais inglesas. Foram acompanhados cerca de 5000 recém-nascidos com menos de 32 semanas de idade gestacional ao nascimento. Curvas de peso para cada semana de idade gestacional foram construídas, o que permite visualizar a perda de

peso que ocorre nas primeiras 2-3 semanas. Os autores salientam que estas curvas não devem ser consideradas como padrões de crescimento, e propõem que o percentil de crescimento esperado que a criança siga não deve ser definido pelo peso ao nascer, mas pelo peso obtido após o término da perda de peso e quando o ganho de peso tenha estabilizado, normalmente 2 a 3 semanas após o nascimento⁹.

Curvas Horbar e cols.¹¹

Recentemente, Horbar e colaboradores, apresentaram curvas de crescimento pós-natal de peso e perímetro cefálico, específicos para sexo e raça/etnia. As curvas foram construídas a partir de uma população de 183243 RNPT com idade gestacional entre 22 e 29 semanas, da Rede Vermont Oxford. Os dados foram coletados entre 2006 e 2014, de gestações únicas e excluídos os que apresentaram

malformações congênitas. Para todos os gráficos, foram aplicados modelos de regressão para prever o peso ao nascer e os percentis de perímetro cefálico a partir da idade gestacional expressa em dias. Em quase todas as idades gestacionais e percentis, os pesos dos recém-nascidos brancos e asiáticos foram maiores que os de cor negra, um resultado original do estudo.

Curvas *Intergrowth-21th*¹²

O projeto multicêntrico internacional *Intergrowth* produziu curvas longitudinais prescritivas de crescimento, a partir de 27 semanas, incluindo RNPT de gestações de baixo risco, alimentados com leite materno e práticas clínicas evidenciadas. A idade gestacional foi medida de forma acurada pela combinação da ultrassonografia precoce, quando disponível, à data da última menstruação. As medidas antropométricas foram realizadas usando técnica padronizada com instrumentos adequados e calibrados; foram excluí-

dos recém-nascidos com restrição de crescimento intrauterino. Os métodos analíticos e estatísticos estão descritos nos artigos disponíveis no site.

A limitação da curva é o número pequeno de pré-termos abaixo de 33 semanas incluídos no estudo - um total de 201 pré-termos, sendo 28 abaixo de 34 semanas. Por outro lado, graças ao delineamento longitudinal, 159 pré-termos incluídos na amostra foram pesados e medidos sete ou mais vezes. As curvas prescritivas do *Intergrowth* são robustas para pré-termos a partir de 33 semanas.

A metodologia de construção das curvas e o fato de incluir população de gestantes de recém-nascidos brasileiros a diferencia das demais nos parecendo a melhor forma atual de acompanhamento do crescimento dos pré-termos.^{13,14}

3- Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria

Os RNPT poderão ser acompanhados com as curvas de crescimento pós-natal do *Intergrowth*, que estão disponíveis em português para peso, comprimento e perímetro cefálico. Estas curvas são prescritivas, multiétnicas, utilizaram a melhor metodologia antropométrica e se ajustam perfeitamente às curvas da OMS. Devem ser utilizadas até 64 semanas pós-concepcionais, quando o acompanhamento das crianças deve ser transferido para as curvas da OMS/Ministério da Saúde.

Para os RNPT com menos de 32 semanas de

idade gestacional, a recomendação atual⁹ é considerar no monitoramento do crescimento, o canal atingido com a estabilização do peso após a perda inicial, desde que dentro dos limites fisiológicos de no máximo, 15% do peso ao nascer nos pré-termos extremos. Portanto, a definição do canal de crescimento a ser seguido é dada pelo peso atingido quando recomeça o ganho de peso, e não pelo peso ao nascer.

As curvas para acompanhamento do crescimento pós-natal podem ser encontradas nos sites a seguir:

<https://intergrowth21.tghn.org/articles/new-intergrowth-21st-international-postnatal-growth-standards-charts-available>

O escore Z e percentil podem ser calculados para cada sexo usando o gerador <http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/en/ManualEntry>

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

1. Leal MD, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, Torres JA, Theme-Filha M, Domingues RM, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health*. 2016;13(Suppl 3):127.
2. Committee on Nutrition American Academy Pediatrics. Nutritional needs of preterm infants. *Pediatric Nutrition Handbook*. 6th Edition ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2009.
3. Lubchenco LO, Hansman C, Boyd E. Intrauterine growth in length and head circumference as estimated from live births at gestational ages from 26 to 42 weeks. *Pediatrics*. 1966;37:403-8.
4. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. *BMC pediatrics*. 2013;13:59.
5. Neonatal and Infant Close Monitoring Chart. Disponível em <http://www.growthcharts.rcpch.ac.uk/> acessado em 10 de novembro de 2016.
6. Klein CJ. Nutrient requirements for preterm infant formulas. *J Nutr*. 2002;132(6 Suppl 1):1395S-577S.
7. Thomas EL, Parkinson JR, Hyde MJ, Yap IK, Holmes E, Dore CJ, et al. Aberrant adiposity and ectopic lipid deposition characterize the adult phenotype of the preterm infant. *Pediatr Res*. 2011;70(5):507-12.
8. Singhal A, Cole TJ, Fewtrell M, Deanfield J, Lucas A. Is slower early growth beneficial for long-term cardiovascular health? *Circulation*. 2004;109(9):1108-13.
9. Cole TJ, Statnikov Y, Santhakumaran S, Pan H, Modi N. Birth weight and longitudinal growth in infants born below 32 weeks' gestation: a UK population study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*. 2014;99(1):F34-40.
10. Ehrenkranz RA, Younes N, Lemons JA, Fanaroff AA, Donovan EF, Wright LL, et al. Longitudinal growth of hospitalized very low birth weight infants. *Pediatrics*. 1999;104(2 Pt 1):280-9.
11. Boghossian NS, Geraci M, Edwards EM, Morrow KA, Horbar JD. Anthropometric Charts for Infants Born Between 22 and 29 Weeks' Gestation. *Pediatrics*. 2016;138(6):e20161641.
12. Villar J, Giuliani F, Bhutta ZA, Bertino E, Ohuma EO, Ismail LC, et al. Postnatal growth standards for preterm infants: the Preterm Postnatal Follow-up Study of the INTERGROWTH-21(st) Project. *Lancet Glob Health*. 2015;3(11):e681-91.
13. Giuliani F, Ismail LC, Bertino E, Bhutta Z, Ohuma E, Rovelli I, Conde-Agudelo A, Villar J, Kennedy SH. Monitoring postnatal growth of preterm infants: present and future. *Am J Clin Nutr* 2016;103 (suppl):635S-647S.
14. Leone CR, Sadeck LSR. Curvas de crescimento intrauterino e extrauterino na avaliação do crescimento de recém-nascidos pré-termo. In: Sociedade Brasileira de Pediatria; Procianoy RS, Leone CR, organizadores. PRORN Programa de Atualização em Neonatologia: Ciclo 11. Porto Alegre: Artmed/Panamericana; 2014. p. 9-37.



Diretoria

Triênio 2016/2018

PRESIDENTE:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Cláudio Hoineff (RJ)

2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)

Alberto Jorge Félix Costa (MS)

Analíria Moraes Pimentel (PE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:**Norte:**

Bruno Acatuassu Paes Barreto (PA)

Nordeste:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste:

Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Sul:

Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste:

Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:**Assessoria para Assuntos Parlamentares:**

Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

Rubens Feferbaum (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e**Adolescentes com Deficiência:**

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença**Maternidade e Paternidade:**

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:

Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:**Drogas e Violência na Adolescência:**

Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Metodologia Científica:

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:

Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Christian Muller (DF)

João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:

Themis Reverbél da Silveira (RS)

Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)

Adriana Seber (SP)

Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)

Fabiana Carlese (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:**DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO****PROFISSIONAL**

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:

Hélcio Vllança Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Morais (SP)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Francisco José Penna (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA

Marun David Cury (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL

Sidnei Ferreira (RJ)

Cláudio Barsanti (SP)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Brito Filho (PB)

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)

Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Célia Maria Stolze Silvano ((BA)

Kátia Galeão Brandt (PE)

Elizete Aparecida Lomazi (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Álvaro Machado Neto (AL)

Joana Angélica Paiva Maciel (CE)

Cecim El Achkar (SC)

Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO**DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS**

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL:

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA**PEDIÁTRICA (CANP)**

Virgínia Resende S. Weffort (MG)

CONVERSANDO COM O PEDIATRA

Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (SP)

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA

Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)

Sílvio Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)

Fernanda Luísa Ceraglioli Oliveira (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO

Rosana Alves (ES)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)

Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Sérgio Luís Amantéa (RS)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Guillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL

Susana Maciel Guillaume (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL

Herberto José Chong Neto (PR)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Cláudio Barsanti (SP)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Gilberto Pascolat (PR)

Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

Valmin Ramos da Silva (ES)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Marisa Lopes Miranda (SP)

CONSELHO FISCAL**Titulares:**

Núbia Mendonça (SE)

Nelson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA**Presidente:**

José Martins Filho (SP)

Vice-presidente:

Álvaro de Lima Machado (ES)

Secretário Geral:

Reinaldo de Menezes Martins (RJ)