



Documento Científico

Departamento Científico de Neonatologia

Prevenção da prematuridade – uma intervenção da gestão e da assistência

Departamento Científico de Neonatologia

Presidente: José Maria de Andrade Lopes

Secretária: 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

A prematuridade é uma síndrome complexa, com múltiplos fatores etiológicos, e está associada a um amplo espectro de condições clínicas que define a sobrevivência e o padrão de crescimento e desenvolvimento, nos diferentes subgrupos de risco. O nascimento pretermo não é uma entidade única, mas o desfecho final de múltiplos determinantes. O processo que resulta no nascimento de um prematuro inicia-se na gestação, em um curso contínuo, a partir de condições de risco pré-concepcionais e da gestação, com possíveis repercussões durante toda a vida da criança. O efeito sobre os resultados neonatais de cada condição predominante, materna, fetal, placentária, ou sobreposição desses e outros fatores não bem determinados, parece ser parcialmente mediado pela influência deles na idade gestacional e no peso ao nascer^{1,2}. Os subgrupos de risco podem ser categorizados, de acordo com a idade gestacional do recém-nascido ao nascimento³:

- Pretermo, menor que 37 semanas e 0 dias
- Pretermo tardio, entre 34 semanas e 0 dias e 36 semanas e 6 dias
- Pretermo moderado (ou moderadamente pretermo), 32 semanas e 0 dias e 33 semanas e 6 dias
- Muito pretermo: 28 semanas e 0 dias a 31 semanas e 6 dias
- Pretermo extremo, menor que 28 semanas e 0 dias.

Pretermo, definido a partir da duração da gestação, quase sempre se superpõe à denominação de prematuro, relativa às manifestações clínicas da imaturidade dos múltiplos órgãos.

Os recém-nascidos classificados como termo precoce, com idade gestacional ao nascimento entre 37 e 38 semanas, no limite da maturidade, têm maior risco de resultados adversos e mortalidade no período neonatal, comparados com os de 39-41 semanas^{4,5}.

Desafios no enfrentamento da prematuridade

A abordagem da prevenção da prematuridade e quando não possível, da condição de saúde do prematuro, desde o modelo assistencial na maternidade até o monitoramento ambulatorial do crescimento e desenvolvimento no nível ambulatorial, pode modificar positivamente o seu prognóstico.

A idade gestacional, o indicador isolado mais importante da sobrevida e de eventos crônicos futuros na vida da criança é imprecisa em grande parcela dos recém-nascidos. Somente 45% das mulheres, assistidas pelo sistema único de saúde - SUS, têm acesso à ultrassonografia obstétrica no primeiro trimestre da gestação, considerado o padrão ouro para estimativa da idade gestacional frente à imprecisão da data do último período menstrual por grande parte das gestantes⁶.

O modelo de atenção perinatal em rede evidencia a necessidade de revisão dos critérios e dos estratos de risco gestacional. Os dois níveis até então utilizados, baixo e alto risco, já não respondem às demandas de assistência materno-fetal e neonatal em muitas situações clínicas com a disponibilidade de abordagem ampliada, tanto na atenção primária à saúde, com tecnologias leves, quanto nos centros ambulatoriais secundários e unidades perinatais hospitalares, com procedimentos de maior complexidade⁷.

A sistematização dos fluxos assistenciais na vinculação da gestante à maternidade a partir do pré-natal, precisa ser construída levando-se em conta além das demandas maternas, as demandas do prematuro e do polimalformado, primeira e segunda causas de mortes no Brasil em 2015⁸.

É urgente a concretização do conceito de rede na assistência perinatal, não só na definição dos processos com base regional, mas nos processos clínicos com os centros de referência monitorando os demais pontos de atenção da rede⁵.

O tamanho do problema: a importância da prevenção da prematuridade

Em 2015, a prematuridade representou a principal causa de mortes em crianças menores de 5 anos, em todo o mundo⁸. No Brasil, de acordo com o estudo Global Burden of Disease (GBD) - Brasil 2015, uma parceria do MS-Brasil e do *Institute of Health Metrics and Evaluation* (IHME) da Universidade de Washington, Estados Unidos, as complicações associadas à prematuridade vêm ocupando o primeiro lugar nas causas de óbitos nos primeiros cinco anos de vida, desde os anos 90. Apesar da queda notável nos últimos 25 anos, permanece um número significativo de óbitos potencialmente evitáveis relacionados à prematuridade e sensíveis à atenção efetiva no pré-natal, parto e período neonatal⁷.

A taxa de prematuridade no Brasil está estimada em 11,5% do total de nascimentos, cerca de 345.000 crianças do total de cerca de 3.000.000 de nascimentos. Os pretermos tardios representam a grande maioria dos prematuros, em torno de 74% do total, seguido pelos menores de 32 semanas (16%) e de 32-33 semanas (10%), de acordo com o Projeto Nascer no Brasil⁶.

A perinatologia na prevenção da prematuridade

A perinatologia é um conceito integrador da obstetrícia e pediatria neonatal com enfoque na abordagem dos principais problemas de saúde da mulher durante a gravidez, o parto e puerpério, e da criança, na vida fetal e neonatal, como períodos evolutivos e indissociáveis. Sua aplicação no cenário clínico tem como principal objetivo fornecer subsídios clínicos interdisciplinares para promoção, prevenção e identificação sistêmica dos problemas para tomada de decisões na assistência à saúde materno-fetal e neonatal. A redução de mortes potencialmente evitáveis

e de complicações da prematuridade demanda aplicação do conhecimento cientificamente evidenciado, além da organização dos fluxos assistenciais ao longo da gestação e período neonatal, com base regional³.

A regionalização da assistência na gestação e período neonatal é de responsabilidade do Ministério da Saúde em trabalho coordenado e conjunto com as Secretarias de Saúde, Estaduais e Municipais e com apoio técnico científico de instituições parceiras como associações e conselhos das especialidades médicas e de disciplinas afins, além da participação de instituições acadêmicas.

Pelo menos 4 grandes grupos precisam ser categorizados a partir do risco materno-fetal: gestantes potencialmente saudáveis sem fatores de risco perinatal, exceto os inerentes à gestação; presença de fatores de risco sem doenças instaladas; doença instalada, porém controlada; e doenças instaladas de difícil controle. O transporte após o nascimento pode não responder às demandas clínicas nas condições extremas para recém-nascidos muito doentes, o que ressalta a necessidade de fluxos bem estabelecidos de vinculação da gestante à maternidade, de acordo com o risco, antes do parto e nascimento⁷.

As Unidades Perinatais precisam ter seu perfil assistencial desenhado, com definição clara da capacidade para atender ao risco gestacional e neonatal, de acordo com sua estrutura, equipes assistenciais e processos clínicos para possibilitar a vinculação da gestante no pré-natal à maternidade de referência de acordo com o risco gestacional em curso, com garantia do acesso qualificado para o parto na interseção com a regionalização, regulação e o transporte.

Componentes da regionalização da atenção perinatal

A regionalização da atenção perinatal para a abordagem da prematuridade tem três componentes fundamentais:

- 1 - Investimentos na estrutura hospitalar, com número, distribuição e nível de complexidade assistencial de leitos obstétricos e neonatais suficientes para a região considerada e, complementada por leitos de maior complexidade em regiões vizinhas, quando estiver em área de baixa densidade tecnológica. A tipologia da unidade perinatal e a perfilização da unidade neonatal definem a capacidade de resposta às demandas assistenciais;
- 2 - Qualificação da rede, com organização dos processos assistenciais, por meio de equipes capacitadas e implementação de protocolos clínicos, para facilitar a sistematização do cuidado, ambulatorial e hospitalar;
- 3 - Comunicação e mobilização social, com a regulação gerenciando o fluxo da atenção primária aos centros de atenção secundária, a adequação dos leitos hospitalares, transporte seguro, e a atenção primária e os centros de excelência integrando e coordenando os processos clínicos.

Componentes clínicos da regionalização

- Identificação do risco gestacional para estabelecer prioridades e definir intervenções clínicas para eventos potencialmente evitáveis, como abordagem das síndromes hipertensivas e infecções agudas e crônicas
- Garantia da integração do cuidado pré-natal à maternidade de referência: vinculação da gestante
- Educação continuada para as equipes perinatais das maternidades, dos centros ambulatoriais de referência para atenção secundária e atenção primária no Programa de Saúde da Família e Comunidade;
- Qualificação das informações dos sistemas oficiais de nascimento e óbito materno, neonatal e infantil;
- Monitoramento da assistência perinatal, integrando o conceito de rede, a exemplo da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais¹⁰

- Coordenação clínica do transporte seguro, para gestantes e neonatos
- Revisão dos processos e fluxos dos comitês regionais de mortalidade infantil e materno.

- do assistência ventilatória, prevenção de infecções e nutrição¹¹
- Leite materno como primeira escolha na nutrição do pretermo¹³
- Método canguru¹⁴

Os microprocessos na atenção ao prematuro³

1 - Práticas clínicas integradas no parto e nascimento:

- Equipes definidas e capacitadas
- Acolhimento e classificação de risco
- Presença do acompanhante (Lei Nº 11.108, 2005)
- Corticoide no trabalho de parto prematuro
- Sulfato de magnésio para neuroproteção fetal quando da antecipação do parto prematuro em menores de 32 semanas de IG
- Antibioticoterapia na rotura prematura e prolongada das membranas
- Organização das salas de parto
- Vigilância do parto – partograma
- Práticas de prevenção de infecção
- Reanimação, estabilização e transporte¹²
- Prevenção e abordagem da hipotermia

2 - Práticas clínicas no período neonatal

- Programação da assistência: construir o plano de cuidados individualizado incluin-

O prematuro na família e na sociedade

A hospitalização prolongada e as condições médicas presentes à alta hospitalar alteram as relações familiares, aumentando o risco de abuso, violência e negligencia. A família é determinante no prognóstico de vida da criança e precisa ser apoiada e orientada. O plano de cuidados para definir o programa de acompanhamento ambulatorial multidisciplinar deve ser individualizado de acordo com o grau de prematuridade e a presença de condições específicas, valorizando recursos disponíveis pelas famílias e na comunidade. O atendimento multiprofissional e a comunicação interdisciplinar são componentes fundamentais para continuidade e integração do cuidado^{15,16}.

Os custos diretos com a assistência hospitalar e posteriormente, os decorrentes do acompanhamento multidisciplinar do prematuro ao longo dos anos são muito altos. Não menos importantes são os custos não mensuráveis ocultos nas dificuldades encontradas na interação familiar e social do prematuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldenberg RL, Gravett MG, Iams J, et al. The preterm birth syndrome: issues to consider in creating a classification system. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 206(2):113-118.
2. Barros FC; Papageorghiou, Aris; Victora, C G. et al: for the International Fetal and Newborn Growth Consortium for the 21st Century (INTERGROWTH-21st) The Distribution of Clinical Phenotypes of Preterm Birth Syndrome Implications for Prevention. *JAMA Pediatrics* Published online January 5, 2015.
3. American Academy of Pediatrics/AAP & The American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for Perinatal Care Eighth edition. 2017 Elk Grove Village, IL.
4. Lindström K, Winbladh B, Haglund B, et al. Preterm Infants as Young Adults: A Swedish National Cohort Study *Pediatrics* 2007;120;70-77.
5. MacKay DF, Gordon SCS, Dobbie R, et al. Gestational Age at Delivery and Special Educational Need: Retrospective Cohort Study of 407,503 Schoolchildren. *PLoS Med.* 2010 Jun 8;7(6):e1000289.
6. Leal M C, Esteves-Pereira AP, Nakamura-Pereira M, et al. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. *Reprod Health.* 2016;13(S3):127.
7. SES-MG & SOGIMIG. Atenção à saúde da gestante; novos critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante, MAIO, 2013.
8. França EB; Lansky S; Rego MAS et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol*, maio, 20 suppl 1:46-60.
9. Li Liu, Shefali Oza, Dan Hogan, et al. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. www.thelancet.com Vol 388 December 17/24/31, 2016.
10. <http://www.redeneonatal.fiocruz.br/>
11. Rego, MAS. Programa de Qualificação da Assistência Perinatal no Estado de Minas Gerais: atenção interdisciplinar ao recém-nascido de risco na atenção secundária. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais; BH: FCM-MG, 2014- ISBN 97885-68204-00-9.
12. http://www.sbp.com.br/reanimacao/?page_id=1040
13. <https://intergrowth21.tghn.org/interpractice-21st/>
14. Brasil. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso: Método Canguru: manual técnico. 2. ed. – Brasília: Editora MS, 2013. 204 p.: il.
15. SBP. Seguimento Ambulatorial do recém-nascido de risco. Departamento Científico de Neonatologia, 2012.
16. SBP. Monitoramento do Crescimento de RN pré-termos. Departamento Científico de Neonatologia, 2017.

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 Hoinoff (RJ)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia 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)
Analiária Moraes Pimentel (PE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte:
Bruno Acatauassu 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)

Atividade Física
Coordenadores:
Ricardo do Régio Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

Membros:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)

Profissionais de Educação Física:
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Colaborador:
Dirceu Solé (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 Reverbel 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 Villaga Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (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
Liliane 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)
Virginia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Victor Horácio de 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
Altacilio 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 (MG)

Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA
Renato Procionoy (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)
Silvio Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)
Fernanda Luísa Ceragioli 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)
Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Victor Horácio de 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 de Costa Junior (PR)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Silvio 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 Luis Amantéa (RS)
Gil Simões Batista (RJ)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)

COORDENAÇÃO DE DOCTRINA 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)