



Nota de Alerta

Manejo respiratório em crianças e adolescentes com COVID-19

Grupo de Reanimação Pediátrica - PALS

Coordenadores do

Reanimação Pediátrica (PALS): Alexandre Rodrigues Ferreira (MG) e Kátia Laureano dos Santos (PB)

Coordenadora do

Suporte Básico à Vida (BLS): Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

Membros do Grupo: Alexandre Lopes Miralha (AM), Ana Maria Aldin de Sousa Oliveira (PE), Andersen Othon Rocha Fernandes (DF), Aurimery Gomes Chermont (PA), Frederico Mitre Pessoa (MG), João Lourival de Souza Júnior (AL), Katia Correia Lima (RN), Maria Francielze Holanda Lavor (CE), Mariana Grimaldi de Oliveira (SC), Norma Suely Oliveira (ES), Paula de Almeida Azi (BA), Paulo Roberto Mousquer Kunde (RS), Rejane Karla Santana Albuquerque (MA), Regina Coeli Azeredo Cardoso (RJ), Tania Hildebrand Paes Barreto (MS), Tania Miyuki Shimoda Sakano (SP), Washington Luiz Bittencourt (PR)

Introdução

A COVID-19 é a doença causada pelo novo coronavírus 2019 (SARS-CoV-2). O modo de transmissão é de pessoa a pessoa, por meio de gotículas respiratórias (tosse, espirro ou falar alto) ou contato próximo (contato das mãos contaminadas com a boca, nariz ou conjuntiva ocular).

O período de incubação é geralmente em torno de 5 a 6 dias, podendo variar de 0 a 14 dias. A duração do período de transmissibilidade é desconhecida sendo considerada atualmente em média 7 dias após o início dos sintomas, podendo ser maior em imunossuprimidos.

O espectro das apresentações clínicas da COVID-19 varia desde infecção assintomática, quadro de infecção de vias aéreas superiores (Síndrome Gripal) e Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) evoluindo para insuficiência respiratória grave e Parada Cardiorrespiratória (PCR).

A maioria das crianças apresenta sintomas leves, sem febre ou pneumonia. No entanto, podem manifestar sinais de pneumonia ao exame de imagem do tórax, apesar de apresentarem sintomas mínimos ou inexistentes. O paciente pode apresentar febre, tosse, dificuldade para respirar, dor de garganta, rinorreia, dor no peito, bem como sintomas gastrintestinais, como diarreia, náuseas e vômitos. É provável que parcela significativa das insuficiências respiratórias em pediatria não seja causada por SARS-CoV-2.

As crianças parecem não ser responsáveis por uma grande proporção da COVID-19. Nas maiores séries da China, pacientes pediátricos com menos de 19 anos representaram 2% dos casos confirmados. Na Itália, os casos COVID-19 em coorte pediátrica (0 a 18 anos) representou apenas 1,2%. Na Coreia, crianças menores de 19 anos foram de 4,8%. Em uma série de 1.391 pacientes pediátricos do Hospital Infantil de Wuhan que foram rastreados de 28 de janeiro de 2020 a 26 de fevereiro de 2020, o SARS-CoV-2 foi confirmado em 171 pacientes (12,3%), maior do que uma coorte descrita anteriormente de 366 crianças do Hospital Tongji em Wuhan em que encontraram apenas seis casos positivos (1,6%). Em Guangzhou, China, de 745 crianças que estavam em contato próximo com adultos com COVID-19, 10 apresentaram resultados positivos (1,3%), sugerindo ampla variação.

Os dados publicados e as evidências apoiam de que a maioria das crianças não exibe doença grave. A maioria das crianças que testou positivo na China foi identificada devido à triagem das famílias contatos e grupos familiares, e não por causa de sinais e sintomas da doença. Na maior revisão retrospectiva de casos publicada sobre a COVID-19 em crianças (n = 2.143) até o momento, 94,1% das crianças eram assintomáticas (4,4%) ou apresentavam doença leve (50,9%)/moderada (38,8%). Esta série foi predominantemente de casos suspeitos, não confirmados (65,9%), no inverno com variedade de vírus circulantes, e não está clara qual é a verdadeira taxa positiva desta série. Na série de casos de verdadeiros positivos do Hospital Infantil de Wuhan, 15,8% (n = 27) eram assintomáticos e 19,3% (n = 33) apresentavam apenas infecção do trato respiratório. Os sintomas mais comuns foram tosse (48,5%) e febre (41,5%) - isso é suportado por várias outras séries de casos menores já existentes na literatura.

No entanto, crianças menores de 1 ano parecem ter risco aumentado de doença grave com 10%. A taxa de doença grave nos outros grupos etários foi menor (7,3% em 1 a 5 anos; 4,2% em 6 a 10 anos; 4,1% em 11-15 anos e 3% > 16 anos), com uma morte em paciente com 14 anos. O grupo de lactentes foi o que teve a maior proporção de pacientes com doença diagnosticada somente com dados clínicos existindo ainda a possibilidade de outros vírus como influenza A / B e o vírus respiratório sincicial que podem ter causado doença grave.

No entanto, temos poucos dados sobre o impacto da infecção pelo SARS-CoV-2 em crianças com doenças crônicas, é provável que muitas crianças, precisem ser monitoradas de perto para doenças graves.

Para definição de caso suspeito ou confirmado, no que diz respeito à criança e adolescentes devem-se acompanhar as diretrizes estabelecidas e publicadas pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde (<https://coronavirus.saude.gov.br/>).

Medidas de proteção e uso correto de equipamentos de proteção individual (EPI)

- Realizar o isolamento adequado do paciente dentro do hospital (conforme protocolo da Comissão de Controle Infecção Hospitalar de cada instituição);
- **Quarto privativo com portas fechadas e bem ventilado**, com restrição de visitas. Não há recomendação de quarto com pressão negativa e filtro HEPA (*High Efficiency Particulate Arrestance*) ou HMEF. Para isolamento por coorte, ou seja, separar em uma mesma enfermaria ou área, os pacientes com suspeita ou confirmação de COVID-19, deverá ser respeitada a distância mínima de 1 metro entre os leitos e restringir ao máximo o número de acesso à área.
- **Uso de máscara cirúrgica por toda a equipe assistencial durante atendimento ao paciente com suspeita ou confirmação de COVID-19:**
 - Usar máscara é uma das medidas de prevenção para limitar a propagação de doenças infecciosas respiratórias, incluindo o novo coronavírus (SARS-CoV-2). No entanto, apenas o uso da máscara é insuficiente para fornecer o nível seguro de proteção e outras medidas igualmente relevantes devem ser adotadas, como a higiene das mãos com água e sabonete líquido OU preparação alcoólica a 70%, antes e após a utilização das máscaras.
 - Usar máscaras quando não indicado pode gerar custos desnecessários e criar uma falsa sensação de segurança o que pode levar a negligenciar outras medidas essenciais como a prática de higiene das mãos.
 - Além disso, a máscara deve estar apropriadamente ajustada à face para garantir sua eficácia e reduzir o risco de transmissão. Todos os profissionais devem ser orientados sobre como usar, remover, descartá-la e na ação de higiene das mãos antes e após o uso.
- **Para procedimentos que geram aerossóis, deve ser utilizada a máscara N95, PFF2 ou equivalente.** São exemplos de procedimentos com risco de geração de aerossóis: intubação, aspiração aberta de vias aéreas, traqueal ou da traqueostomia com circuito aberto (sempre optar pelo sistema de aspiração fechado), ventilação não invasiva, ressuscitação cardiopulmonar, ventilação manual antes da intubação, extubação, coletas de secreções nasotraqueais, micronebulização (sempre que possível optar pelo uso de espaçadores), procedimentos endoscópicos e broncos-

copias, ventilação invasiva e não invasiva com circuito aberto – p.e. cateter de alto fluxo, BIPAP/CPAP - broncoscopia, fisioterapia respiratória com indução de escarro e coletas de amostras nasotraqueais.

- **Uso de capote ou avental com mangas longas, punho de malha ou elástico e abertura posterior.**
 - O capote ou avental (gramatura mínima de 30g/m²) deve ser utilizado para evitar a contaminação da pele e roupa do profissional. O profissional deve avaliar a necessidade do uso de capote ou avental impermeável (estrutura impermeável e gramatura mínima de 50 g/m²) a depender do quadro clínico do paciente (produção de aerossol, vômitos, diarreia, hipersecreção orotraqueal, sangramento, etc.).
- **Luvas de procedimentos não cirúrgicos** devem ser utilizadas quando houver contato das mãos do profissional com os casos suspeitos ou confirmados, principalmente se houver risco de contato com sangue, fluidos corporais, secreções, mucosas, pele não íntegra e artigos ou equipamentos contaminados. Lembramos que o uso de luvas não substitui a higiene de mãos.
 - Não devem ser utilizadas duas luvas para o atendimento dos pacientes, esta ação não garante mais segurança à assistência.
- **Protetor ocular ou protetor facial** deve ser de uso exclusivo para cada profissional responsável pela assistência. Após o uso, deve ser limpo com água e sabão e desinfetado com álcool 70%.
- **Uso de gorro descartável.**
- O hospital deve fornecer capacitação para todos os profissionais de saúde (próprios ou terceirizados) quanto às medidas de precaução e uso correto de EPI (paramentação e desparamentação).
- Remova o EPI com segurança para evitar auto-contaminação. A higiene das mãos tem um papel crucial na diminuição da transmissão. Lave bem as mãos com água e sabão; e utilize o álcool gel nas mãos.
- Instrua os pacientes a realizar higiene das mãos após contato com secreções respiratórias e a realizar etiqueta da tosse.
- Orientar as medidas de isolamento e cuidados domiciliares, caso o paciente tenha condições de alta hospitalar.

Abordagem inicial do quadro respiratório na urgência/emergência

A principal característica dos pacientes com doença grave é o desenvolvimento de SRAG, definida pelo início agudo de insuficiência respiratória tipo hipoxêmica, com infiltrados pulmonares bilaterais. Os casos graves da doença que apresentem descon-

forto respiratório e/ou hipóxia definidos como SRAG devem ser tratados em regime de internação hospitalar.

Os parâmetros de avaliação de desconforto e insuficiência respiratória não mudam em relação às doenças de outras etiologias. O importante é a **identificação precoce, intervenção imediata e instalação de monitoração adequada**. A rotina da avaliação sistemática deverá ser mantida. Inicialmente devemos identificar a gravidade do caso utilizando a impressão inicial que inclui aparência, respiração, circulação da pele (**triângulo de avaliação pediátrica**) e seguir com avaliação **ABCDE**. A anamnese nesses casos deve seguir a mnemônica **SAMPLE** (Tabela 1), pois assim iremos intervir de uma maneira mais assertiva. Uma vez avaliado o grau de angústia ou mesmo insuficiência respiratória e/ou choque (Tabela 2), podemos intervir com abertura de VA, oferta de O₂, acesso vascular ou intraósseo, monitorar, solicitar exames indicados para o momento e assim, evitar o risco iminente de parada cardiorrespiratória (PCR).

Tabela 1. SAMPLE

S	Sinais e sintomas?
A	Alergias?
M	Medicações em uso?
P	Passado médico?
L	Última refeição ou líquido?
E	Evento que desencadeou a emergência?

Tabela 2. Sinais de Insuficiência respiratória e/ou choque

Elevação ou diminuição das frequências respiratória e cardíaca
 Esforço respiratório, gemido expiratório
 Alteração do sensório
 Acrocianose ou cianose central
 Palidez importante
 Saturação de oxihemoglobina < 94% em ar ambiente
 Tempo de enchimento capilar >2 segundos
 Pulsos periféricos diminuídos ou ausentes
 Hipotensão
 Gradiente térmico >2°C
 Mosqueamento de pele
 Lactato >4 mmol/L
 Diminuição do débito urinário

Esses achados descritos, se associados a: vômitos ou dificuldade para ingerir líquidos, sibilância intensa, diminuição do débito urinário, movimentos involuntários da cabeça, febre acima de 38,2°C, diarreia, desidratação e hipotensão irão denotar quadro clínico mais grave com necessidade de intervenção emergencial.

A presença de doenças ou condições prévias (síndromes genéticas ou doenças cromossômicas, pacientes transplantados de órgãos sólidos ou de medula óssea, doenças pulmonares crônicas como asma não controlada e fibrose cística, cardiopatias, *diabetes mellitus*, doença renal ou hepática, neoplasias), crianças menores de 2 anos e pacientes imunossuprimidos por qualquer motivo, são também de maior risco para quadros graves e deterioração clínica rápida.

Tanto as características clínicas, radiológicas ou laboratoriais não são específicas da COVID-19 e os mesmos podem ser similares àquelas causadas por outros agentes, que também podem ocorrer sob a forma de surtos e, que eventualmente, circulam ao mesmo tempo, tais como influenza, parainfluenza, rinovírus, vírus sincicial respiratório, adenovírus, outros coronavírus, entre outros. Realizar diagnóstico diferencial com outras infecções virais respiratórias (principalmente influenza A e B) e pneumonias bacterianas, incluindo por micoplasma é importante diante da disponibilidade de exames.

As indicações de internação em setor de cuidados intensivos são: insuficiência respiratória com necessidade de assistência ventilatória, presença de choque e/ou outra disfunção orgânica ou, após evento de PCR.

Abordagem

Oxigenioterapia e técnicas de ventilação

O paciente em Pronto Atendimento com sinais de gravidade, ou com indicação de internação deve ser monitorado quanto a sinais vitais (frequência cardíaca, saturação de oxigênio no pulso, frequência respiratória, pressão arterial) e receber tratamento de suporte. Deve-se providenciar a realização de exames laboratoriais e radiológicos de acordo com evolução do quadro e protocolo estabelecido pela instituição.

Sistema de oferta de O₂ (dispositivos, fluxos O₂)

Para os pacientes com desconforto respiratório leve, é recomendado o uso de oxigênio suplementar se saturação de O₂ (SatO₂) menor que 94% ou redução 20% em relação ao basal, assim como para pacientes com sinais de insuficiência respiratória, infecções respiratórias graves, dificuldade respiratória, hipoxemia ou choque. Em casos de bronquiolite, considerar suplementar oxigênio se saturação inferior a 90%.

- **Oxigênio suplementar:** Evitar oxigênio umidificado para reduzir o risco de aerossolização.

1. Administrar oxigênio para manter a SatO_2 de acordo com o valor de referência para a condição clínica de base do paciente; para as crianças, em geral, o alvo é **SatO₂ entre 94 a 99%**.
2. Para a COVID-19, tendo em vista a importância de evitar a dispersão de aerossóis, estão indicados sistemas de baixo fluxo (cateter nasal com fluxo máximo de 4L/min) ou, se necessidade de $\text{FIO}_2 > 45\%$, dispositivo de alto fluxo, com reservatório.
3. Sugere-se que pacientes com cateter nasal usem uma máscara de gotículas (cirúrgica).
4. A equipe assistencial deverá estar devidamente paramentada para proteção por gotículas.

Dar preferência para uso (nessa sequência) de:

- Cateter nasal, preferível em crianças menores;
- Máscaras: não reinalante com menor fluxo de O_2 necessário para insuflar o reservatório. Se não houver disponibilidade desta máscara, considerar máscaras de Venturi de acordo com a demanda e usar a máscara de gotículas (cirúrgica);
- Ventilação Não Invasiva (VNI) em ventilador com circuito fechado*;
- Catéter Nasal de Alto Fluxo (CNAF): uso criterioso e com paciente no isolamento com antessala*;
- Ventilação mecânica.

* são técnicas recomendadas na ventilação da bronquiolite e na asma e devem ser indicadas de forma muito criteriosa, se as condições de isolamento não forem totalmente seguras na infecção por COVID.

Inaloterapia

Os pacientes que se apresentem com sibilância e obstrução de vias aéreas inferiores devem ser tratados de forma a reduzir a dispersão de gotículas respiratórias no ambiente. Por isso, deve-se evitar o uso de broncodilatadores por meio de micronebulização, dando-se preferência à administração por *spray* ou inaladores dosimetrados. O broncodilatador de rápida ação (salbutamol) administrado com o auxílio do espaçador valvulado tem a mesma eficácia que se administrado por nebulização, inclusive em crises graves e em crianças pequenas. O brometo de ipratrópio quando associado às nebulizações intermitentes com beta2-agonista, parece reduzir as taxas de internação hospitalar.

- No caso de necessidade de oxigenoterapia, administrar O_2 via cânula nasal, simultaneamente, acoplado à máscara do espaçador. Se não houver melhora, está indicada internação.
- As doses e formas de abordagem devem seguir os protocolos institucionais de acordo com as melhores evidências científicas disponíveis.
- Se houver necessidade de FiO_2 maior que 45%, ou seja, máscara com reservatório, pode ser tentado retirar a máscara e administrar o *spray* rapidamente.

No entanto, algumas situações devem ser individualizadas, como a nebulização de epinefrina em pacientes com crupe que se apresentam com estridor ou de solução salina hipertônica em pacientes com fibrose cística. Nestes casos, os pacientes devem estar em uma sala de isolamento de preferência com pressão negativa, na ausência de pressão negativa ambiente com boa ventilação e portas fechadas. Em todas as situações os profissionais de saúde devem usar EPIs apropriados para ambiente com produção de aerossol.

Ventilação Não Invasiva (VNI) e Cânulas Nasais de Alto Fluxo (CNAF)

A escolha do dispositivo para administração de O₂ tem sido motivo de debate em função do desafio de manter segura a oferta de O₂ em larga escala. Diversas sociedades médicas internacionais recomendam VNI e CNAF em pacientes selecionados com insuficiência respiratória hipoxêmica aguda refratários à terapia com O₂ convencional por COVID-19. Destaca-se a necessidade de equipamento de proteção individual (EPI) apropriados para os profissionais de saúde. Diante da possibilidade de esgotamento de aparelhos de ventilação mecânica durante a epidemia, a VNI e CNAF também podem ser considerados.

A VNI (BIPAP/CPAP) e as CNAF devem ser idealmente limitadas a pacientes em isolamento respiratório com pressão negativa, pois podem gerar aerossóis. No emprego da VNI deve-se utilizar ventilador com circuito duplo, com filtros nos dois ramos (filtro trocador de calor e umidade [HME] no ramo inspiratório e filtro de alta eficiência na separação de partículas [HEPA] no ramo expiratório) e máscara facial total ou orofacial com vedação eficiente. O CNAF não é recomendado em alguns serviços devido a sua indisponibilidade, além da possibilidade de esgotamento dos estoques de oxigênio hospitalar no período da epidemia. Caso não haja melhora clínica com a VNI ou CNAF após 60 minutos (meta atingir saturação O₂ entre 92% e 97% e Fi O₂ < 0,6) estará indicado a intubação orotraqueal.

Até o momento da elaboração deste documento, as infecções pelo COVID-19 na população pediátrica têm apresentado menor gravidade que nos adultos. Assim, maiores estudos são necessários para esclarecer o real papel destes dispositivos.

Ventilação com pressão positiva (VPP) utilizando bolsa válvula máscara (BVM)

Ventilação com BMV pode gerar aerossóis e colocar a equipe de ressuscitação em risco de transmissão viral. A duração de qualquer procedimento gerador de aerossol deve ser minimizada e todos os servidores que realizarem esses procedimentos ou estiverem em proximidade com o paciente enquanto eles são realizados devem usar EPI apropriado para procedimentos geradores de aerossol. Os quais devem incluir, no mínimo, uma

máscara N95 ou semelhante, *face shield* / óculos proteção, capote impermeável, luvas e gorro.

São cuidados importantes quando for necessário a VPP:

- Local: sala isolada montada com monitorização de SatO₂, EGC e pressão não invasiva e com antessala para armazenamento do material e paramentação da equipe.
- Escolher materiais adequados para idade e peso do paciente, assim como medicações eventuais a serem utilizadas.
- Minimizar o número de profissionais envolvidos em qualquer tentativa de ressuscitação – o que dependerá das circunstâncias locais.
- No caso de absoluta necessidade de ventilação com BVM, a técnica de vedação da máscara deve preferencialmente envolver dois profissionais, para que a vedação seja mais completa (com 2 mãos);
- Filtro HEPA ou HMEF entre a bolsa inflável e a via aérea (entre máscara e BVM), para evitar formação de aerossol (verificar disponibilidade) e minimizar o risco de transmissão viral.
- Evitar hiperinsuflação. Pressão mínima para iniciar a elevação do tórax.

Intubação Orotraqueal (IOT)

Critérios para intubação

O momento de intubação, levando-se em consideração as consequências desta na faixa etária pediátrica, ainda é uma decisão que carece de evidências de alta qualidade para orientação em crianças diagnosticadas com COVID-19. Devemos manter as indicações já estabelecidas em pediatria no que diz respeito às doenças respiratórias e o cuidado de não indicar intubação precoce na criança considerando os riscos e minimizar eventos adversos. É recomendado que as instituições avaliem equipes específicas e com experiência para atuarem nos procedimentos de intubação. A decisão de intubação deve ser oportuna, considerando a avaliação pelo médico assistente.

Recomenda-se que a intubação endotraqueal deve ser realizada nas seguintes situações:

1. Pacientes graves, sem alívio dos sintomas (desconforto respiratório persistente e/ou hipoxemia)
2. Quando houver evolução para os sinais clínicos de insuficiência respiratória.
3. Adicionalmente, sugere-se considerar a intubação em pacientes cujos sintomas persistem ou exacerbam a dificuldade respiratória após oxigenação.

A intubação de pacientes críticos com o vírus SARS-CoV-2 foi associada a episódios de transmissão do vírus aos profissionais de saúde. Assim, as equipes de cuidados inten-

sivos e anestesiologia devem estar preparadas para o procedimento e devem apresentar estratégias para diminuir o risco de infecção cruzada para os profissionais da saúde.

Recomendações quanto ao procedimento de IOT visando minimizar produção de aerossol:

01. Todos os profissionais da sala devem estar usando EPI adequado (gorro, capote impermeável, máscara PFF2 ou N95, óculos de proteção ou escudo facial, luvas e gorro).
02. Pré-oxigenação é preconizada para reduzir a repercussão da apneia durante a IOT. No paciente com *drive* respiratório pode ser realizada com uso de máscara não reinalante, com fluxo mínimo o suficiente para encher o reservatório, em torno de 6 a 10L/min, ou ventilação não invasiva, no circuito fechado de ventilador, com uso de máscara facial (CPAP ou BIPAP). Na impossibilidade de uso de um desses métodos, ou na presença de bradipneia ou bradicardia uma unidade ventilatória, bem acoplado na face, deve ser utilizado.
03. Caso o paciente apresente apneia, não vamos deixar de aplicar a ventilação com pressão positiva por BVM.
04. O procedimento deve usar uma técnica de intubação de sequência rápida para otimizar o sucesso da primeira tentativa, devendo cada instituição estabelecer seu protocolo.
05. Todo o equipamento e medicamentos necessários devem estar disponíveis na sala no momento da tentativa de intubação.
06. O número de pessoas na sala no momento da intubação deve ser minimizado apenas para membros essenciais da equipe. Sugere-se, se possível, no máximo 4 pessoas na sala durante o procedimento: 1 da equipe médica, 2 da equipe de enfermagem, 1 fisioterapeuta.
07. Sequência rápida de intubação (SRI) garantindo adequada paralisia muscular (reduzindo a chance de tosse) e deve ser pautada na experiência do profissional e do serviço. Considerar as contraindicações absolutas e relativas pertinentes ao procedimento;
08. A videolaringoscopia deve ser usada, idealmente com uma tela separada da lâmina, para evitar colocar a face do profissional que está realizando o procedimento perto do paciente.
09. Se uma via aérea difícil for prevista, a intubação broncoscópica flexível pode ser realizada usando-se vídeo broncoscópio com a tela afastada do paciente, caso disponível.
10. Máscara laríngea ou outros dispositivos supraglóticos podem ser utilizados para ventilação no caso de falha da primeira tentativa de intubação, mas caso não haja vedação adequada, pode continuar ocorrendo produção de aerossol. O dispositivo

extraglottico deve ser entendido como de resgate e temporário (não é via aérea definitiva), devendo ser substituído assim que possível por tubo endotraqueal ou traqueostomia.

11. Uma vez feita a intubação, todo o gás expirado no ventilador deve ser filtrado.
12. Os médicos devem considerar fortemente o pneumotórax em qualquer paciente ventilado com deterioração respiratória súbita.
13. O uso de pinças retas fortes não é recomendado rotineiramente no momento da IOT, para minimizar o risco de deslocamento do tubo com o peso da pinça, reduzir tempo do procedimento; além de risco de pneumotórax se houver ventilação espontânea.
14. O transporte com paciente suspeita de COVID e em VPM deve ser protocolado, para sempre lembrar a necessidade do transporte rápido ao destino definitivo do caso, além de evitar a contaminação de outros materiais, deixando o setor pronto para receber outros pacientes.
15. A preferência pelo uso de materiais de transporte é para sempre lembrar a necessidade do transporte rápido ao destino definitivo do caso, além de evitar a contaminação de outros materiais, deixando o setor pronto para receber outros pacientes.
16. Para confirmar a intubação orotraqueal, além dos parâmetros clínicos é imprescindível a capnografia, principalmente no contexto de visualização difícil causada pelo uso do EPI, seguida de radiografia de tórax (sem ausculta).
17. Utilizar sistemas fechados de aspiração traqueal.

Materiais

- O preparo prévio é crucial. Preparar o local de intubação, de preferência um ambiente de isolamento com todo o material necessário;
- Posicionamento do carrinho de parada e da maleta de via aérea difícil próximo à entrada dos quartos de isolamento;
- Tubo com balonete (*cuff*) (minimiza produção de aerossol);
- Usar *cuffômetro* para adequar a pressão do *cuff* (< 20 cm água = 15 mmHg);
- Unidade Ventilatória com filtro HEPA/HMEF;
- Altamente recomendado videolaringoscópio durante a IOT;
- Dispositivos supra glóticos: restringir como via aérea de resgate, pois é provável que produzam mais aerossóis (evitar);
- Calibrar capnografia: maior rapidez na confirmação do posicionamento do TT;
- Circuito fechado de aspiração;
- Montar o Ventilador Mecânico e parâmetros a serem utilizados, o circuito sem a base aquecida, com filtro HEPA/HMEF posicionado ao término da via expiratória.

Cuidados Pós-Intubação

- Evitar desconexão do circuito;
- Clampar o tubo traqueal quando a desconexão do circuito for necessária (exemplo: transferência para ventilador de transporte);
- Aspiração em circuito fechado;
- Bloqueador neuromuscular não deve ser rotina;
- Fazer Raio X de tórax;
- Aspiração sempre com sistema de aspiração fechado;
- Evitar ao máximo a desconexão do circuito do ventilador;
- Evitar uso de BVM; se o uso for imprescindível, realizá-lo com interposição do filtro HME;
- Dar preferência ao uso de equipamentos de transporte caso haja necessidade de transporte rápido ao destino definitivo, pois, além de evitar a contaminação de outros materiais, o ambiente original estará quase pronto para receber outros pacientes.

Referências Bibliográficas:

Ong JSM, Tosoni A, Kim Y, et al. Coronavirus Disease 2019 in Critically Ill Children: A Narrative Review of the Literature. *Pediatr Crit Care Med*. 2020; XX:00–00.

Johns Hopkins Coronavirus COVID-19 Resource Center. Disponível em <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>. Acessado em 23 de março de 2020

Wu Z, McGoogan JM: Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak. *JAMA*. 2020 Feb 24. [online ahead of print]

Livingston E, Bucher K: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Italy. *JAMA*. 2020 Mar 17. [online ahead of print]

Korean Society of Infectious Diseases; Korean Society of Pediatric Infectious Diseases; Korean Society of Epidemiology, et al.: Report on the epidemiological features of coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in the Republic of Korea from January 19 to March 2, 2020. *J Korean Med Sci*. 2020; 35:e112.

Lu X, Zhang L, Du H, et al: SARS-CoV-2 infection in children. *N Eng J Med*. 2020 Mar 18. [online ahead of print].

Liu W, Zhang Q, Chen J, et al: Detection of COVID-19 in children in early January 2020 in Wuhan, China. *N Engl J Med*. 2020 Mar 12. [online ahead of print].

Xu Y, Li X, Zhu B, et al: Characteristics of pediatric SARS-CoV-2 infection and potential evidence of persistent fecal viral shedding. *Nat Med*. 2020 March 13. [online ahead of print].

Dong Y, Mo X, Hu Y, et al: Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. *Pediatrics*. 2020 Mar 16. [online ahead of print]

Wang XF, Yuan J, Zheng YJ, et al: Clinical and epidemiological characteristics of 34 children with 2019 novel coronavirus infection in Shenzhen. *Zhonghua Er Ke Zha Zhi*. 2020; 58:E008.

Zimmerman P, Curtis N: Coronavirus infections in children including COVID-19. *Pediatr Infect Dis J*. 2020 Mar 12. [online ahead of print]

ANVISA. NOTA TÉCNICA GVIMS/GGTES/ANVISA N° 04/2020. Atualizada 31/03/2020.

AHA. Pediatric Advanced Life Support (PALS) Provider Manual. 2016.

Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Critical care issues. UpToDate. 08/04/2020.

Protocolo de Tratamento do Novo Coronavírus (2019-nCoV), Ministério da Saúde, Brasil, 2020.

Interim Guidance for Basic and Advanced Life Support in Adults, Children, and Neonates With Suspected or Confirmed COVID-19: From the Emergency Cardiovascular Care Committee and Get With the Guidelines®-Resuscitation Adult and Pediatric Task Forces of the American Heart Association in Collaboration with the American Academy of Pediatrics, American Association for Respiratory Care, American College of Emergency Physicians, The Society of Critical Care Anesthesiologists, and American Society of Anesthesiologists: Supporting Organizations: American Association of Critical Care Nurses and National EMS Physicians. 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.047463. Downloaded from <http://ahajournals.org> by on April 9, 2020.

Cook TM, El-Boghdady K, McGuire B, et al. Consensus Guidelines for Managing the Airway in Patients With COVID-19: Guidelines From the Difficult Airway Society, the Association of Anaesthetists the Intensive Care Society, the Faculty of Intensive Care Medicine and the Royal College of Anaesthetists. *Anaesthesia*. 2020;75(6):785-799.

Lyons C, Callaghan M. The use of high-flow nasal oxygen in COVID-19. *Anaesthesia*. 2020 Apr 4. doi: 10.1111/anae.15073.

World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID -19 disease is suspected. Interim guidance - 13 March 2020.

Faculty of Intensive Care Medicine, Intensive Care Society, Association of Anaesthetists and Royal College of Anaesthetists. Critical care preparation and management in the COVID-19 pandemic - 17 March 2020. Disponível em: www.icmanaesthesiacovid-19.org/critical-care-preparation-and-management-in-the-covid-19-pandemic Acessado em 25 de março de 2020.

ANZICS COVID-19 Working Group. The Australian and New Zealand Intensive Care Society COVID-19 Guidelines (Version 1; 16 March 2020). Disponível em: www.anzics.com.au/wp-content/uploads/2020/03/ANZICS-COVID-19-Guidelines-Version-1.pdf Acessado em 25 de março de 2020.

Kneyber MCJ, Medina A, Alapont VM, et al. Practice recommendations for the management of children with suspected or proven COVID-19 infections from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC) and the section Respiratory Failure from the European Society for Paediatric and Neonatal Intensive Care (ESPNIC). A Consensus Statement. 2020



Diretoria

Triênio 2019/2021

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:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

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

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2º DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Hoineff (RJ)

3º DIRETORIA FINANCEIRA:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

SUDESTE:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Isabel Rey Madeira (RJ)

SUL:
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

CENTRO-OESTE:
Regina Maria Santos Marques (GO)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Amílcar Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Marisa Lopes Miranda (SP)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Coriolano Rego Barros (AM)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virginia Weffort (MG)
Themis Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)
Kerstin Taniguchi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:
Hélio Villça Simões (RJ)

MEMBROS:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Flavia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valetre (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA

COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)
João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

COORDENAÇÃO:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Aneísia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Jonicleide Sales Campos (CE)
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

COORDENAÇÃO:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cláudia Rodrigues Leone (SP)

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 NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Marcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

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)
Altacílio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Prociányo (RS)

MEMBROS:
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)
Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)
Joel Alves Lamounier (MG)

EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejkar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)
Tullio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (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 GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RJ)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOCTRINA PEDIÁTRICA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
Adelma Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

GRUPOS DE TRABALHO

DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

COORDENAÇÃO:
João Paulo Becker Lotufo (SP)

MEMBROS:
Evelyn Eisenstein (RJ)
Alberto Araújo (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Nivaldo Sereno de Noronha Júnior (RN)
Suzana Maria Ramos Costa (PE)
Iolanda Novadski (PR)
Beatriz Bagatin Bermudez (PR)
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)
Carlos Eduardo Reis da Silva (MG)
Paulo César Pinho Ribeiro (MG)
Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)
Ana Maria Guimarães Alves (GO)
Camila dos Santos Salomão (AP)

DOENÇAS RARAS

COORDENAÇÃO:
Salmô Raskin (PR)

MEMBROS:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Ana Maria Martins (SP)
Claudio Cordovil (RJ)
Lavinia Schuler Faccini (RS)

ATIVIDADE FÍSICA

COORDENAÇÃO:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

MEMBROS:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)
Dirceu Solé (SP)

METODOLOGIA CIENTÍFICA

COORDENAÇÃO:
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

MEMBROS:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

PEDIATRIA E HUMANIDADE

COORDENAÇÃO:
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
João de Melo Régis Filho (PE)
Dilza Teresinha Ambros Ribeiro (AC)
Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

CRIANÇA, ADOLESCENTE E NATUREZA

COORDENAÇÃO:
Lais Fleury (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Daniel Becker (RJ)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:

COORDENAÇÃO:
Fábio Eizenbaum (SP)

MEMBROS:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Galton Carvalho Vasconcelos (MG)
Julia Dutra Rossetto (RJ)
Luísa Moreira Hopker (PR)
Rosa Maria Graziano (SP)
Celia Regina Nakanami (SP)

SÁUDE MENTAL

COORDENAÇÃO:
Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida (RJ)

MEMBROS:
Daniele Wanderley (BA)
Vera Lucia Afonso Ferrari (SP)
Rossano Cabral Lima (RJ)
Gabriela Judith Grenzel (RJ)
Cecy Dunshee de Abranches (RJ)
Adriana Rocha Brito (RJ)

MUSEU DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Rubem Couto (MT)

MEMBROS:
Sociedade Acreana de Pediatria:
Ana Isabel Coelho Montero

Sociedade Alagoana de Pediatria:
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

Sociedade Amapaense de Pediatria:
Rosenilda Rosete de Barros

Sociedade Amazônica de Pediatria:
Elena Marta Amaral dos Santos

Sociedade Baiana de Pediatria:
Dolores Fernandez Fernandez

Sociedade Cearense de Pediatria:
Anamaria Cavalcante e Silva

Sociedade de Pediatria do Distrito Federal:
Dennis Alexander Rabelo Burns

Sociedade Espírito-santense de Pediatria:
Roberta Paranhos Fragoso

Sociedade Goiana de Pediatria:
Marise Helena Cardoso Tófoli

Sociedade de Puericultura e Pediatria do Maranhão:
Maryneia Silva do Vale

Sociedade Matogrossense de Pediatria:
Mohamed Kassen Omais

Sociedade de Pediatria do Mato Grosso do Sul:
Carmen Lucia de Almeida Santos

Sociedade Mineira de Pediatria:
Marisa Lages Ribeiro

Sociedade Paranaense de Pediatria:
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

Sociedade Paraíba de Pediatria:
Leonardo Cabral Cavalcante

Sociedade Paranaense de Pediatria:
Kerstin Taniguchi Abagge

Sociedade de Pediatria de Pernambuco:
Katia Galeão Brandt

Sociedade de Pediatria do Piauí:
Aneísia Coelho de Andrade

Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro:
Katia Telles Nogueira

Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Norte:
Katia Correia Lima

Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul:
Sérgio Luis Amantéa

Sociedade de Pediatria de Rondônia:
José Roberto Vasques de Miranda

Sociedade Roraimense de Pediatria:
Adelma Alves de Figueiredo

Sociedade Catarinense de Pediatria:
Rosamaria Medeiros e Silva

Sociedade de Pediatria de São Paulo:
Sulim Abramovich

Sociedade Sergipana de Pediatria:
Ana Jovina Barreto Bispo

Sociedade Tocantinense de Pediatria:
Elaine Carneiro Lobo

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
Cláudio Bersanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sérgio Antônio Bastos Sarubbo (SP)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADÊMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:
Mario Santoro Junior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)