



Nota Técnica Conjunta



Intervalo entre as doses das vacinas COVID-19 AstraZeneca/Oxford e Pfizer

Relatores

– Renato A. Kfoury e Marco Aurélio P. Sáfiadi

Sociedade Brasileira de Imunizações e Departamentos Científicos de
Imunizações e de Infectologia – Sociedade Brasileira de Pediatria

A estratégia de estender para 12 semanas o intervalo entre as duas doses das vacinas AstraZeneca (AZ) e Pfizer não é uma iniciativa isolada do Ministério da Saúde do Brasil, mas sim uma estratégia adotada por diversos países em situações onde havia necessidade de acelerar o processo de vacinação e uma oferta limitada de vacinas. A decisão baseia-se no racional de que, em um cenário de estoque limitado de doses (como é o caso do Brasil), ao estender o intervalo, é possível acelerar a vacinação e assim, alcançar mais rapidamente uma proporção maior da população com pelo menos uma dose, antecipando desta forma a proteção de um maior número de pessoas.

Importante lembrar que para muitas vacinas, de maneira geral, intervalos maiores entre doses oferecem respostas imunes mais robustas após a segunda dose, o que, em princípio, pode se traduzir, inclusive, em respostas protetoras mais duradouras.

Para avaliar a efetividade após uma única dose de vacina é necessário um cenário onde, de fato, as pessoas possam ser alvo do risco de exposição por um período suficiente para esta análise. Este cenário epidemiológico não é possível em países que optaram por intervalos de três a quatro semanas entre as doses, pois neste curto intervalo de tempo as respostas imunes ainda estão sendo construídas, não permitindo uma análise real da efetividade da vacina com a primeira dose.

Entretanto, em países que adotaram a opção de maior intervalo entre as duas doses da vacina Pfizer (Reino Unido optou por 12 semanas de intervalo entre as doses, Canadá quatro meses, França e Alemanha seis semanas), o cenário foi propício para este tipo de análise.

O argumento mais convincente em defesa desta estratégia vem dos países que optaram por estender o intervalo entre as doses e publicaram dados de efetividade após a primeira dose e antes do recebimento da segunda dose (caso da Escócia e da Inglaterra) com resultados consistentes e sólidos:

- 1) Na Escócia, a efetividade da vacinação após uma dose da vacina AZ/Oxford foi de 88% e após uma dose da vacina Pfizer foi de 91% contra hospitalização em idosos, 34 dias após a primeira dose. Como nestes locais houve tempo para avaliar a efetividade após uma única dose, estes resultados expressam com muito mais robustez a proteção esperada com esta estratégia.

Não foi observada, neste estudo, no período de análise, diminuição da efetividade com o passar das semanas após a primeira dose da vacina (nem com Pfizer e nem com AZ). Duas a três semanas após a aplicação da primeira dose, a efetividade calculada atingiu um *plateau* e se manteve estável até o momento da segunda dose. A efetividade na prevenção de hospitalização após uma única dose entre idosos com mais de 80 anos foi de 85% (IC95%: 66-93%), na avaliação de pelo menos seis semanas após a primeira dose (Tabela 1)

Tabela 1. Efetividade da vacinação COVID-19 na Escócia após uma dose das vacinas AZ/Oxford e Pfizer contra hospitalização em adultos.

Pessoas - anos		Número de eventos	Risco relativo ajustado para idade (95% CI)	Risco relativo completo ajustado (95% CI)	Risco relativo ponderado de propensão completa e inversa ajustada (95% CI)	Efeito da vacina (95% CI)
18–64 anos						
Não vacinados	66 1 060	3442	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	0
Vacina dose 1 (0–6 dias)	6720	18	0.40 (0.25 - 0.64)	0.28 (0.18 - 0.46)	0.38 (0.29 - 0.50)	62% (50 - 71)
Vacina dose 1 (7–13 dias)	6667	55	1.29 (0.99 - 1.69)	0.88 (0.66 - 1.16)	1.10 (0.93 - 1.31)	–10% (–31 - 7)
Vacina dose 1 (14–20 dias)	5458	25	0.77 (0.52 - 1.14)	0.49 (0.33 - 0.74)	0.58 (0.45 - 0.75)	42% (25 - 55)
Vacina dose 1 (21–27 dias)	4769	12	0.43 (0.24 - 0.76)	0.27 (0.15 - 0.49)	0.38 (0.27 - 0.54)	62% (46 - 73)
Vacina dose 1 (28–34 dias)	3859	≤5	0.13 (0.04 - 0.41)	0.09 (0.03 - 0.27)	0.08 (0.03 - 0.18)	92% (82 - 97)
Vacina dose 1 (35–41 dias)	2797	7	0.43 (0.20 - 0.90)	0.26 (0.12 - 0.56)	0.40 (0.25 - 0.62)	60% (38 - 75)
Vacina dose 1 (42+ dias)	5166	11	0.37 (0.20 - 0.66)	0.24 (0.13 - 0.45)	0.35 (0.24 - 0.51)	65% (49 - 76)

continua...

... continuação

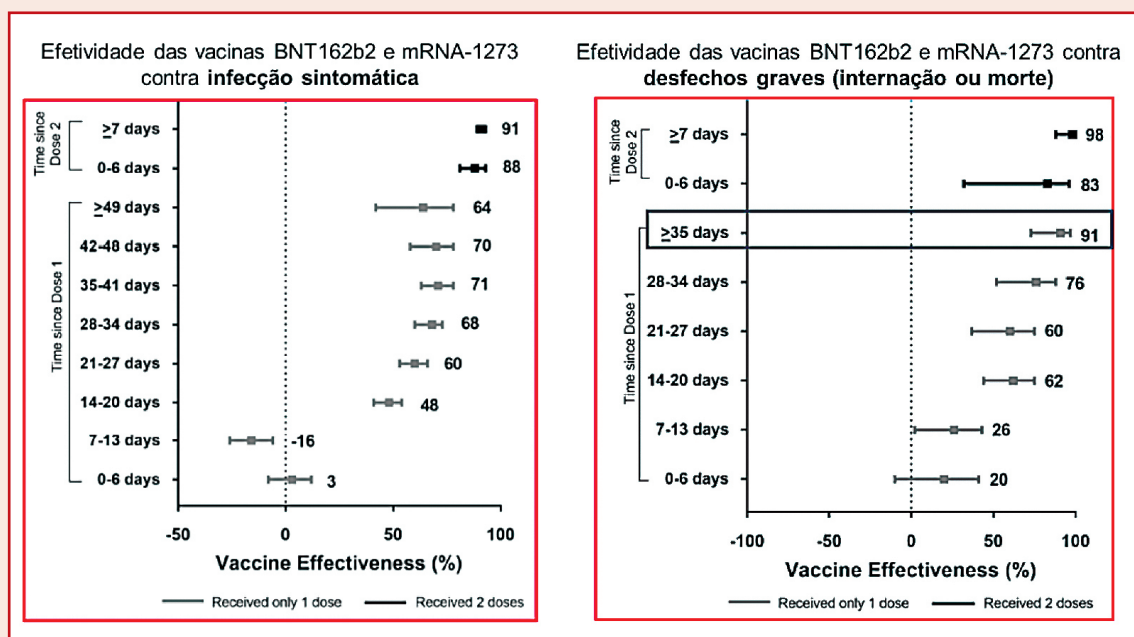
Pessoas - anos		Número de eventos	Risco relativo ajustado para idade (95% CI)	Risco relativo completo ajustado (95% CI)	Risco relativo ponderado de propensão completa e inversa ajustada (95% CI)	Efeito da vacina (95% CI)
65–79 anos						
Não vacinados	132 254	2449	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	0
Vacina dose 1 (0–6 dias)	9598	42	0.23 (0.17 - 0.31)	0.26 (0.19 - 0.35)	0.12 (0.08 - 0.17)	88% (83 - 92)
Vacina dose 1 (7–13 dias)	9148	75	0.44 (0.35 - 0.55)	0.64 (0.50 - 0.82)	0.26 (0.20 - 0.35)	74% (65 - 80)
Vacina dose 1 (14–20 dias)	4219	40	0.46 (0.34 - 0.63)	0.60 (0.43 - 0.83)	0.25 (0.17 - 0.36)	75% (64 - 83)
Vacina dose 1 (21–27 dias)	1179	15	0.56 (0.34 - 0.94)	0.47 (0.28 - 0.79)	0.21 (0.11 - 0.39)	79% (61 - 89)
Vacina dose 1 (28–34 dias)	498	≤5	0.28 (0.09 - 0.86)	0.16 (0.05 - 0.50)	0.07 (0.02 - 0.27)	93% (73 - 98)
Vacina dose 1 (35–41 dias)	242	5	1.03 (0.43 - 2.48)	0.36 (0.14 - 0.91)	0.16 (0.05 - 0.49)	84% (51 - 95)
Vacina dose 1 (42+ dias)	334	11	1.82 (1.00 - 3.28)	0.62 (0.34 - 1.15)	0.28 (0.13 - 0.58)	72% (42 - 87)
≥80 anos						
Não vacinados	38 439	1807	1 (ref)	1 (ref)	1 (ref)	0
Vacina dose 1 (0–6 dias)	3072	96	0.68 (0.55 - 0.83)	0.44 (0.36 - 0.55)	0.26 (0.20 - 0.32)	74% (68 - 80)
Vacina dose 1 (7–13 dias)	3876	128	0.73 (0.61 - 0.88)	0.63 (0.52 - 0.77)	0.34 (0.27 - 0.41)	66% (59 - 73)
Vacina dose 1 (14–20 dias)	3749	89	0.53 (0.43 - 0.65)	0.54 (0.43 - 0.68)	0.31 (0.24 - 0.39)	69% (61 - 76)
Vacina dose 1 (21–27 dias)	3172	45	0.32 (0.23 - 0.42)	0.35 (0.26 - 0.49)	0.21 (0.15 - 0.30)	79% (70 - 85)
Vacina dose 1 (28–34 dias)	1894	24	0.28 (0.18 - 0.41)	0.30 (0.19 - 0.46)	0.17 (0.11 - 0.28)	83% (72 - 89)
Vacina dose 1 (35–41 dias)	782	9	0.24 (0.13 - 0.47)	0.21 (0.11 - 0.41)	0.13 (0.06 - 0.27)	87% (73 - 94)
Vacina dose 1 (42+ dias)	548	10	0.37 (0.20 - 0.69)	0.24 (0.13 - 0.46)	0.15 (0.07 - 0.32)	85% (68 - 93)

Em resumo, os dados do estudo fornecem evidências de que, após a implementação das primeiras doses das vacinas de RNA mensageiro (Pfizer) e de vetor viral (AZ/Oxford), dramáticas reduções nas internações hospitalares devido à COVID-19 em adultos de alto risco na Escócia foram observadas¹.

- 2) Em outra análise na Inglaterra a vacinação com uma única dose da vacina Pfizer ou AZ/Oxford foi associada a redução significativa nos casos de COVID-19 em idosos, com uma proteção ainda maior contra formas graves da doença².
- 3) Ainda na Inglaterra, demonstrou-se que adultos infectados pelo SARS-CoV-2, três semanas depois de receber uma dose da vacina Pfizer ou AZ/Oxford apresentaram 38% a 49% menos chance de transmitir o vírus para seus contatos domiciliares do que pessoas não vacinadas, o que antecipa a possibilidade de impacto na transmissão do vírus na comunidade³.

- 4) Em estudo realizado no Canadá, a efetividade ajustada para hospitalização foi elevada, de 91%, 35 ou mais dias após a primeira dose e antes de receber a segunda dose, sem tendência de queda de proteção até o momento da análise (Tabela 2). Houve identificação das variantes de preocupação (VOC) alfa, beta e gama durante o período do estudo⁴.

Tabela 2. Efetividade das vacinas de RNAm (Pfizer- BNT162b2 e Moderna -mRNA-1273) contra doença sintomática (a) e contra desfechos graves (hospitalização e morte) por COVID-19 (b)



- 5) Publicação recente da Universidade de Birmingham, em colaboração com o Instituto de Saúde Pública Inglês, demonstrou que o intervalo de 12 semanas entre as doses da vacina Pfizer incrementou significativamente a resposta imune celular e humoral em idosos (títulos 3,5 vezes maior quando comparados com vacinados com três semanas de intervalo - (4,030 U/ml vs 1,138 U/ml). Este é o primeiro dado comparativo entre dois esquemas de doses⁵.
- 6) Evidências de efetividade com o intervalo estendido já existem para a variante Delta (B.1.617.2) observadas no Reino Unido (RU)⁶ e no Canadá⁷. No estudo inglês, observou-se proteção elevada contra hospitalização após a primeira dose, de 71% e de 94%, com as vacinas AZ e Pfizer respectivamente. (Tabela 3)

No Canadá, na presença de circulação das quatro variantes de preocupação, a efetividade contra hospitalização ou morte, para a variante Delta, após uma dose das vacinas AZ, Pfizer ou Moderna, foi respectivamente de 88%, 68% e 96%. Para as variantes Beta e Gama (analisadas em conjunto), a efetividade para hospitalização ou morte foi de 83%, 68% e 89%, para as vacinas AZ, Pfizer e Moderna, respectivamente (Tabela 4). Esses resultados corroboram evidências anteriores que demonstraram que, a despeito

to de as variantes impactarem na capacidade de neutralização do vírus em estudos *in vitro*, a proteção da resposta induzida pelas vacinas se mantém elevada para os desfechos graves de doença, como hospitalização e morte.

Tabela 3. Efetividade estimada da vacina contra a hospitalização, Reino Unido.

	Alfa (B.1.117)	Delta (B.1617.2)
Status vacinal	Efetividade da vacina contra hospitalização	Efetividade da vacina contra hospitalização
Qualquer vacina		
Dose 1	78% (95%IC: 65-86)	75% (95%IC: 57-85)
Dose 2	92% (95%IC: 78-97)	94% (95%IC: 85-98)
Pfizer		
Dose 1	83% (95%IC: 62-93)	94% (95%IC: 46-99)
Dose 2	95% (95%IC: 78-99)	96% (95%IC: 86-99)
Astra-Zeneca/Oxford		
Dose 1	76% (95%IC: 61-85)	71% (95%IC: 51-83)
Dose 2	86% (95%IC: 53-96)	92% (95%IC: 75-97)

Tabela 4. Efetividade das vacinas contra as variantes Alfa (B.1.1.7), Beta (B.1.351), Gama (P.1) e Delta (B.1.617.2) para hospitalização ou mortes, de acordo com a vacina e número de doses em Ontário, Canadá.

Desfecho	Efetividade ajustada da vacina (%)			
	Outras variantes (não-VOC)	Alfa	Beta/Gama	Delta
HOSPITALIZAÇÃO OU MORTE				
BNT162b2 (Pfizer)				
≥14 dias após a dose 1 apenas §	68 (54, 78)	68 (54, 78)	68 (54, 78)	68 (54, 78)
≥7 dias após a dose 2	96 (82, 99)	95 (92, 97)	95 (81, 99)	-¶
mRNA-1273 (Moderna)				
≥14 dias após a dose 1 apenas §	57 (28, 75)	79 (74, 83)	89 (73, 95)	96 (72, 99)
≥7 dias após a dose 2	96 (70, 99)	94 (89, 97)	-¶	-¶
ChAdOx1 (AstraZeneca)				
≥14 dias após a dose 1 apenas §	-¶	85 (81, 88)	83 (66, 92)	88 (60, 96)
≥7 dias após a dose 2	-¶	-**	-¶	-¶

§ Exclui indivíduos que receberam a dose 2

¶ Efetividade vacinal (VE) estimada em 100% com base em zero casos em vacinados

** VE não reportada devido a intervalos de confiança extremamente imprecisos de 95%

É evidente que, num cenário em que não houvesse estoque limitado de doses, a estratégia de postergar a segunda dose das vacinas poderia ser reavaliada, no entanto, infelizmente, este não é o caso do Brasil e de muitos outros países neste momento.

É importante destacar que é inequívoco o benefício da segunda dose na proteção contra a COVID-19 e que seria desejável oferecer esta proteção adicional conferida pela segunda dose poucas semanas após a primeira. Do ponto de vista programático e de saúde pública, a decisão da extensão do intervalo entre as doses, em cenários de escassez de vacinas, tem como motivador a antecipação da proteção de maior parcela da população e consequente redução das mortes, hospitalizações e morbidade associada a esta doença. Os modelos de impacto e efetividade dessa estratégia demonstram benefícios associados à extensão do intervalo da vacinação em todos os cenários avaliados⁸.

O eventual prejuízo acarretado pela extensão do prazo em incrementar a proteção com a segunda dose é superado substancialmente com o número de mortes e de hospitalizações que se consegue prevenir antecipando a vacinação para um maior número de pessoas⁹.

Esta e outras recomendações, para o sucesso do programa de imunização, implicam na necessidade de implementação de mecanismos, incluindo agendamento, busca ativa, registros eletrônicos e outros, que garantam a adesão à segunda dose destas duas vacinas (AZ/Oxford e Pfizer).

Não menos importante foi o posicionamento oficial da Organização Mundial da Saúde (OMS) em 15 de junho, deixando claro que a estratégia de extensão de prazo de doses de vacinas deve ser utilizada em países que ainda não atingiram altas taxas de cobertura vacinal nos grupos prioritários e que estão experimentando uma alta incidência de casos de COVID-19 combinados com restrições de fornecimento de vacinas. A OMS recomenda, ainda, que esses países se concentrem em alcançar uma alta cobertura com a primeira dose nos grupos prioritários, estendendo o intervalo entre as doses até 12 semanas¹⁰.

As sociedades brasileiras de Imunizações (SBIIm) e de pediatria (SBP), por seus Departamentos Científicos de Imunizações e Infectologia, consideram, portanto, que para o **atual momento epidemiológico** que vivemos e com a quantidade de doses atualmente disponível no País, a estratégia de manter o intervalo entre doses das vacinas Pfizer e AZ/Oxford em 12 semanas (sem abrir mão da importância de administrarmos a segunda dose), a exemplo do que fizeram Escócia, Inglaterra, Canadá e diversos outros países, parece correta e permite reduzir a carga de morbimortalidade da doença. Entendem ainda, que em breve, assim que conseguirmos contemplar a população de adultos a ser vacinada com pelo menos uma dose, o intervalo poderá ser reduzido, dentro de um cenário epidemiológico de menor transmissão comunitária.

Referências

01. Vasileiou E, et al. Interim findings from first-dose mass COVID-19 vaccination roll-out and COVID-19 hospital admissions in Scotland: a national prospective cohort study. *Lancet* 2021; 397: 1646-57.
02. Bernal JL, et al. MedRxiv: 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1101/2021.03.01.21252652>. Acessado em julho de 2021.
03. Mahase E. Covid-19: One dose of vaccine cuts risk of passing on infection by as much as 50%, research shows *BMJ* 2021;373:n1112. doi:10.1136/bmj.n1112
04. Chung H, et al. Effectiveness of BNT162b2 and mRNA-1273 COVID-19 vaccines against symptomatic SARS-CoV-2 infection and severe COVID-19 outcomes in Ontario, Canada. medRxiv preprint doi: <https://doi.org/10.1101/2021.05.24.21257744>
05. Parry H, et al. Extended interval BNT162b2 vaccination enhances peak antibody generation in older people. MedRxiv. 2021. doi: 10.1101/2021.05.15.21257017.
06. Stowe C, et al. Effectiveness of COVID-19 vaccines against hospital admission with the Delta (B.1.617.2) variant. MedRxiv 2021 https://khub.net/web/phe-national/public-library/-/document_library/v2WsRK3ZIEig/view/479607266.
07. Nasreen B, et al. Effectiveness of COVID-19 vaccines against variants of concern, Canada. MedRxiv preprint 2021. doi: <https://doi.org/10.1101/2021.06.28.21259420>.
08. Nam A, et al. Modelling the impact of extending dose intervals for COVID-19 vaccines in Canada. Disponível em: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.04.07.21255094v1.full.pdf> Acessado julho 2021.
09. Quach C, Deeks S. COVID-19 vaccination: Why extend the interval between doses? *J Assoc Med Microbiol Infect Dis (Canada)*. Advance access article doi:10.3138/jammi-2021-0323.
10. WHO. Interim recommendations for use of the Pfizer–BioNTech COVID-19 vaccine, BNT162b2, under Emergency Use Listing. Available at: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1 acessado julho 2021.



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:
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Hoinhoff (RJ)

3ª 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:
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

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

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)

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)
Darcí 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 (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virgínia Weffort (MG)
Themis Reverbel da Silveira (RS)

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:
Hélcio 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)
Flávia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvia 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 DA PEDIATRIA

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)
Anesias Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Jocileide 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 Savio Cavalcanti Sarinho (PE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa 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 NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

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

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

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

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Procianny (RS)

MEMBROS:
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurélio Palazzi Sáfadi (SP)

Magda Lahogue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antônio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Clemex Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORIA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Mariana Tschoepke Aires (RJ)
Maria de Fatima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Alvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Márcia 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 Dejtiar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luisa Ceraglioli Oliveira (SP)
Tulio 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 (RS)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantea (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DAS LUGAS DOS ESTUDANTES
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélcio Maranhão (RN)

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)

AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA:
Ana Isabel Coelho Montero

AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA:
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA:
Elena Marta Amaral dos Santos

AP - SOCIEDADE AMAPEENSE DE PEDIATRIA:
Rosenilda Rosete de Barros

BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:
Dolores Fernandez Fernandez

CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA:
Anamaria Cavalcante e Silva

DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL:
Dennis Alexander Rabelo Burns

ES - SOCIEDADE ESPIRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA:
Roberta Paranhos Fragoso

GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:
Marise Helena Cardoso Tófoli

MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO:
Maryneia Silva do Vale

MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA:
Cássio da Cunha Ibiapina

MS - SOCIEDADE DE PED. DO MATO GROSSO DO SUL:
Carmen Lucia de Almeida Santos

MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA:
Paula Helena de Almeida Gatass Bumlai

PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA:
Leonardo Cabral Cavalcante

PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO:
Katia Galeão Brandt

PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ:
Anesias Coelho de Andrade

PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA:
Kerstin Taniguchi Abagge

RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:
Katia Telles Nogueira

RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA RIO GRANDE DO NORTE:
Katia Correia Lima

RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA:
Wilmerson Vieira da Silva

RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA:
Mareny Damasceno Pereira

RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL:
Sérgio Luis Amantea

SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA:
Rosamaria Medeiros e Silva

SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA:
Ana Jovina Barreto Bispo

SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO:
Sulim Abramovici

TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA:
Elaine Carneiro Lobo

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
Cláudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sérgio Antônio Bastos Sarrubo (SP)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)

DIRETORA DE COMUNICAÇÃO
Conceição Ap. de Mattos Segre (SP)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

- Adolescência
- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infectologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Segurança
- Sono
- Suporte Nutricional
- Terapia Intensiva
- Toxicologia e Saúde Ambiental

GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Pediatria e humanidade
- Saúde mental