



Documento Científico

Programa de
Reanimação Pediátrica (2016-2018)

Suporte Básico de Vida e a Cadeia de Sobrevivência da Criança Vítima de Parada Cardíaca

Programa de Reanimação Pediátrica

Autores: Valéria Maria Bezerra Silva, Alexandre Lopes Miralha, Alexandre Ferreira

Introdução

Em adultos, a parada cardiorrespiratória (PCR) com frequência é súbita e tem causa cardíaca. Mas em crianças, a PCR geralmente é secundária à insuficiência respiratória e choque. É essencial identificar rapidamente as crianças com tais condições, para diminuir a possibilidade de PCR pediátrica e maximizar a sobrevivência e recuperação neurológica. Por isto, o primeiro elo, o da prevenção, é adicionado à cadeia de sobrevivência proposta para o adulto.

Conceito da Cadeia de Sobrevivência Pediátrica

A Cadeia de Sobrevivência representa o conjunto de procedimentos sequenciados que permite aumentar a sobrevida do paciente vítima de PCR. Trata-se de um encadeamento de elos, que configuram uma sequência de acontecimentos, onde os elos são indissociáveis.

De forma genérica, os cinco elos da cadeia de sobrevivência pediátrica representam os seguintes passos:

CADEIA DE SOBREVIVÊNCIA PEDIÁTRICA

- 1º Elo - Prevenção da PCR
- 2º Elo - Ressuscitação cardiopulmonar (RCP) precoce de alta qualidade por pessoas presentes no local
- 3º Elo - Rápido acionamento do Serviço Médico de Emergência (SME)
- 4º Elo - O Suporte Avançado de Vida: rápida estabilização e transporte
- 5º Elo - Cuidados integrados após a PCR

O objetivo das diretrizes de Suporte Básico de Vida em Pediatria (SBV) é conseguir maior taxa de sobrevida após PCR, com melhor qualidade de vida dos sobreviventes. Um elo fraco na cadeia de sobrevivência é suficiente para reduzir drasticamente as chances de sobrevivência em casos de paradas cardíacas, especialmente quando

ocorrem no ambiente extra-hospitalar, não sendo menos importante as que ocorrem em ambientes intra-hospitalares.

1º Elo - Prevenção da PCR

A sobrevivência à PCR intra-hospitalar (PCRIH) melhorou sensivelmente na última década, entre 2001 e 2009, quando as taxas de alta hospitalar após PCR aumentaram de 24% para 39%. Embora estas taxas estejam melhorando, em muitos (mas não todos), os lugares do mundo, especialmente no cenário hospitalar, o reconhecimento e o tratamento precoce de bebês e crianças com riscos de deterioração clínica, permanecem uma prioridade para se evitar a PCR.

Portanto, as principais causas de PCR na infância e adolescência devem ser conhecidas na comunidade e uma política de saúde adequada com medidas preventivas deve ser instituída.

Nas vítimas de PCR extra-hospitalar (PCREH), os elementos para o atendimento estarão na comunidade: circunstantes leigos devem reconhecer a PCR, chamar ajuda e iniciar a RCP até que uma equipe treinada do Sistema Médico de Emergência (SME) chegue ao local, assuma a responsabilidade pela RCP e faça o transporte para um setor de emergência ou uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) para cuidados avançados e de pós-ressuscitação.

No caso de vítimas de PCRIH, além de sistema de vigilância e de prevenção de PCR organizado (Time de Resposta Rápida ou Equipe Médica de Emergência), quando a PCR ocorre, o paciente é prontamente atendido por equipe multidisciplinar de profissionais capacitados a prover uma RCP de alta qualidade, desfibrilação se for o caso e suporte avançado de vida.

2º Elo - RCP precoce de alta qualidade por pessoas presentes no local

As diretrizes da RCP de 2015 recomendam a manutenção dos cinco componentes para uma RCP de alta qualidade:

- Assegurar compressões torácicas na frequência adequada (100 a 120/min)
- Assegurar compressões torácicas na profundidade adequada (4 a 6 cm),
- Permitir o retorno do tórax à posição de repouso entre as compressões,
- Minimizar interrupções entre as compressões, e
- Evitar ventilação excessiva.

Em 2017 a *American Heart Association* (AHA) atualizou algumas recomendações no SBV de crianças e adultos e a recomendação de RCP com compressões e ventilações **em crianças e bebês** continuam a ser enfatizadas, a não ser quando as pessoas no local (no caso de PCREH) não consigam ou não queiram oferecer as ventilações de resgate.

Algoritmo de parada cardiorrespiratória em Pediatria para profissionais de saúde

Figura 1. Algoritmo de PCR em pediatria para profissionais de saúde com um socorrista. Atualização de 2015. Adaptado de Atkins e al.

Algoritmo de parada cardiorrespiratória em Pediatria para profissionais de saúde com um socorrista – Atualização de 2015

1. Verifique a segurança do local
2. Vítima não responde: grite por ajuda/ acione o SME por celular
3. Verifique a respiração ao mesmo tempo que verifica o pulso.
 - sem respiração normal, mas com pulso: administre ventilações de resgate (uma ventilação a cada 3 a 5 segundos), inicie compressões se o pulso for menor que 60 bpm, com sinais de perfusão inadequada, ative o SME, caso ainda não tenha feito, após 2 minutos. Continue as ventilações de resgate e verifique o pulso a cada dois minutos.
 - com respiração normal e com pulso: ative o SME, caso ainda não tenha feito, e monitore a vítima até a chegada do SME.

continua...

... continuação

- sem respiração normal e sem pulso: se for um colapso súbito e presenciado, ative o SME e pegue um DEA; Caso não tenha presenciado o colapso inicie a RCP imediatamente por 2 minutos antes de ir buscar ajuda.
- 4. RCP com um socorrista: faça 30 compressões e 2 ventilações. Use o DEA assim que estiver disponível.**
- 5. DEA analisa o ritmo.**
 - **Ritmo chocável:** aplique um choque e reinicie as compressões.
 - **Ritmo não chocável:** reinicie a RCP.
- 6. O DEA reavaliará o ritmo a cada dois minutos.** Continue até o pessoal do SME chegar ou a vítima se movimentar.

Figura 2. Algoritmo de PCR em pediatria para profissionais de saúde com dois ou mais socorristas. Atualização de 2015. Adaptado de Atkins e al.

Algoritmo de parada cardiorrespiratória em Pediatria para profissionais de saúde com dois ou mais socorristas – Atualização de 2015

- 1. Verifique a segurança do local**
- 2. Vítima não responde: grite por ajuda. O primeiro socorrista permanece com a vítima. O segundo ativa o SME e providencia o DEA**
- 3. Verifique a respiração ao mesmo tempo que verifica o pulso.**
 - sem respiração normal, mas com pulso: administre ventilações de resgate (uma ventilação a cada 3 a 5 segundos), inicie compressões se o pulso for menor que 60 bpm, com sinais de perfusão inadequada, ative o SME, caso ainda não tenha feito, após 2 minutos. Continue as ventilações de resgate e verifique o pulso a cada dois minutos.
 - com respiração normal e com pulso: ative o SME, caso ainda não tenha feito, e monitore a vítima até a chegada do SME.
 - sem respiração normal e sem pulso: o primeiro socorrista inicia a RCP com 30 compressões e duas ventilações. Quando o segundo socorrista chegar, mudam a RCP para 15 compressões e 2 ventilações. Usar o DEA assim que estiver disponível.
- 4. RCP com dois socorristas: 15 compressões e duas ventilações. Use o DEA assim que estiver disponível.**
- 5. DEA analisa o ritmo.**
 - **Ritmo chocável:** o 2º socorrista aplica um choque e reinicia as compressões. O primeiro socorrista ventila. Os socorristas trocam de função a cada dois minutos.
 - **Ritmo não chocável:** reinicie a RCP.
- 6. O DEA reavaliará o ritmo a cada dois minutos.** Continue até o pessoal do SME chegar ou a vítima se movimentar.

3º Elo - Rápido acionamento do serviço médico de emergência

As diretrizes de RCP de 2015 recomendam atenção especial para dois sistemas distintos na RCP: o intra hospitalar (IH) e o Extra hospitalar (EH) para atendimentos de vítimas de PCR, sugerindo, inclusive, duas cadeias de sobrevivência para um e para outro atendimento, uma vez que

tanto as estruturas quanto os processos serão distintos nestes ambientes.

Na PCR intra hospitalar:

Times de resposta rápida (TRR) ou equipes médicas de emergência (EME) foram pensados para oferecer intervenção precoce em pacientes cujas condições estivessem deteriorando com

o objetivo de evitar a parada cardíaca intra hospitalar. Estas equipes podem ser compostas por profissionais variados, médicos, enfermeiras e fisioterapeutas. Estes times são geralmente convocados para a cabeceira do paciente quando um sinal de deterioração aguda é reconhecido por outro profissional assistente. As revisões sistemáticas do ILCOR de 2015 recomendaram o uso de sistemas de atendimento precoce (TTR e EME) em crianças e adultos hospitalizados, além de sistemas de classificação de risco, que permitem a identificação de crianças com risco potencial para a PCR.

Na PCR extra hospitalar:

As comunidades devem preparar sistemas de atenção para eventual PCR extra hospitalar. Programas comunitários organizados que preparam as pessoas para socorrer as vítimas de PCREH oferecem a melhor oportunidade para uma ressuscitação bem-sucedida nos primeiros minutos após a PCR, e representam o elo entre a comunidade e a cadeia de sobrevivência extra hospitalar. Esta preparação começa com um sistema de vigilância para medir a incidência e consequências da PCREH.

4º Elo - O Suporte Avançado de Vida; rápida estabilização e transporte

O Suporte avançado de vida compreende uma série de avaliações sistemáticas, seguidas por intervenções imediatas, juntamente com recursos

apropriados, por que serão utilizados pela equipe de saúde para lidar com as situações clínicas potencialmente fatais em crianças e adolescentes, tais como, emergências respiratórias, cardiovasculares e PCR. O suporte avançado deve seguir diretrizes internacionais, baseadas em evidências científicas cuidadosamente examinadas a fim de recomendar a melhor prática, as quais devem ser estudadas e treinadas pelos profissionais de saúde, atualizadas e revisadas constantemente segundo a recomendação da AHA.

5º Elo - Cuidados integrados após-PCR

Assim que ocorrer o retorno da circulação espontânea, após a PCR, ou uma ressuscitação decorrente do choque grave, ou insuficiência respiratória, será essencial adotar uma abordagem sistemática para avaliação e suporte dos sistemas respiratório, cardiovascular e neurológico, junto com o controle direcionado da temperatura.

O objetivo do tratamento ideal pós PCR é evitar causas comuns, tanto precoces quanto tardias, de morbidade e mortalidade. A mortalidade precoce pode ser causada por instabilidade hemodinâmica e respiratória. A morbidade e mortalidade tardias podem decorrer de falência de múltiplos órgãos ou lesão cerebral ou ambas.

A extensão dos cuidados após PCR vai depender da experiência dos profissionais que oferecem estes cuidados e da disponibilidade de recursos.

BIBLIOGRAFIA

01. Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132:S519–S525.
02. Cruz Filho FES VL. Epidemiologia da morte cardíaca súbita. In: Timerman S, Ramires JAF. (editores). *Ressuscitação e emergências cardiovasculares do básico ao avançado*. Barueri: Manole; 2007. p. 42-54
03. Ong ME, Ng FS, Anushia P, Tham LP, Leong BS, Ong VY, et al. Comparison of chest compression only and standard cardiopulmonary resuscitation for out of-hospital cardiac arrest in Singapore. *Resuscitation*. 2008;78(2):119-26.
04. Cardiopulmonary resuscitation by bystanders with chest compression only (SOS-KANTO):an observational study. *Lancet*. 2007;369(9565):920-6.
05. Bardai A, Berdowski J, Van Der Werf C, Blom MT, Ceelen M, Van Langen IM, et al. Incidence, causes, and outcomes of out-of-hospital cardiac arrest in children. A comprehensive, prospective, population-based study in the Netherlands. *J Am Coll Cardiol*. 2011; 57:1822–1828.
06. Girotra S, Spertus JA, Li Y, Berg RA, Nadkarni VM, Chan PS; American Heart Association GetWith The Guidelines–Resuscitation Investigators. Survival trends in pediatrician-hospital cardiac arrests: an analysis from GetWith The Guidelines-Resuscitation. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*. 2013;6:42–49.
07. Matos RI, Watson RS, Nadkarni VM, Huang HH, Berg RA, Meaney PA, et al. American Heart Association's GetWith The Guidelines–Resuscitation (Formerly the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation) Investigators. Duration of cardiopulmonary resuscitation and illness category impact survival and neurologic outcomes for in-hospital pediatric cardiac arrests. *Circulation*. 2013;127:442–451.
08. Straney LD, Schlapbach LJ, Yong G, Bray JE, Millar J, Slater A, et al. Trends in PICU admission and survival rates in children in Australia and New Zealand following cardiac arrest. *Pediatr Crit Care Med*. 2015;16(7):613-20.
09. Carvalho P, Ferreira A, Silva V, Loch L. Diretrizes da Ressuscitação Cardiopulmonar Pediátrica - *Res Pediatr* 2016; 6(3):155-163.
10. American Heart Association – Guidelines for CPR & Emergency Cardiovascular care – Disponível em eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2017/12/2017-Focused-Updates/Highlights/PTBR.pdf Acesso em julho de 2019.
11. American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 4: Systems of Care and Continuous Quality Improvement. 2015
12. Kronick SL, Kurz MC, Lin S, Edelson DP, Berg RA, Billi JE, et al. Part 4: Systems of Care and Continuous Quality Improvement: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132:S397–S413
13. Suporte Avançado de vida em pediatria. 2017. American Heart Association. Manual do profissional.
14. Michelson KA, Hudgins JD, Monuteaux MC, Bachur RG, Finkelstein JA. Cardiac Arrest Survival in Pediatric and General Emergency Departments. *Pediatrics* 2008;141(2): pii: e20172741.
15. Atkins DL, Berger S, Duff JP, Gonzales JC, Hunt EA, Joyner BL, et al. Part 11: Pediatric Basic Life Support and Cardiopulmonary Resuscitation Quality: 2015 American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2015;132(18 Suppl 2):S519-25.



Diretoria

Triênio 2016/2018

PRESIDENTE:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Cláudio 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)

Análiria 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 Rêgo 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 Madeira Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

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)

Fabianne Altruda de M. Costa Carlesse (SP)

Oftalmologia Pediátrica

Coordenador:

Fábio Eizenbaum (SP)

Membros:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Galton Carvalho Vasconcelos (MG)

Julia Dutra Rossetto (RJ)

Luisa Moreira Hopker (PR)

Rosa Maria Graziano (SP)

Celia Regina Nakanami (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 Britto 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 Silvan (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)

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

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Coordenadores:

Nilza Perin (SC)

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

Fábio Pessoa (GO)

PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémex Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)

Silvio da 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)

Suzi Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo Zeferino (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

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 Amantêa (RS)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Luciano Amedée Peret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL

Susana Maciel Wuillaume (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)

Nélson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)