



Guia Prático de Atualização

Departamento Científico de Adolescência

Prevenção da Gravidez na Adolescência

Departamento Científico de Adolescência

Presidente: Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

Secretária: Evelyn Eisenstein

Conselho Científico: Beatriz Elizabeth Bagatin Veleza Bermudez, Elizabeth Cordeiro Fernandes, Halley Ferraro Oliveira, Lilian Day Hagel, Patrícia Regina Guimarães, Tamara Beres Lederer Goldberg

Colaboradoras: Karine Ferreira dos Santos, Isabel Bouzas

Objetivo

Disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência e incentivar a discussão sobre o novo artigo do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA):

“Art. 8º-A. Fica instituída a Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, a ser realizada anualmente na semana que incluir o dia 1º de fevereiro, com o objetivo de disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência da gravidez na adolescência.

Parágrafo único. As ações destinadas a efetivar o disposto no caput deste artigo ficarão a cargo do poder público, em conjunto com organizações da sociedade civil, e serão dirigidas prioritariamente ao público adolescente.....”

Janeiro de 2019

Introdução

Os adolescentes – indivíduos entre 10 e 20 anos incompletos – representam entre 20% e 30% da população mundial, estimando-se que no Brasil essa proporção alcance 23%. Dentre os problemas de saúde nessa faixa etária, a gravidez sobressai em quase todos os países e em especial, nos países em desenvolvimento.¹

Ficar grávida é o desejo de muitas mulheres, inclusive adolescentes. No entanto, a gravidez na adolescência pode transformar esse momento vital em muitas crises e riscos para a adolescente, para o recém-nato (RN), para a família e para a sociedade, aumentando os custos associados ao evento para o sistema de saúde e, elevando as taxas de mortalidade, além de impactar no futuro de várias gerações.²

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a gestação nesta faixa etária é uma con-

dição que eleva a prevalência de complicações maternas, fetais e neonatais, além de agravar problemas socioeconômicos existentes. Como em outras condições de saúde, o prognóstico da gravidez na adolescência depende da interação de fatores biológicos, sociais, psicológicos, culturais e econômicos.¹

Dados nacionais

A taxa de gestação na adolescência no Brasil é alta para a América Latina, com 400 mil casos/ano.¹ Quanto à faixa etária, dados do Ministério da Saúde revelam que em 2014 nasceram 28.244 filhos de meninas entre 10 e 14 anos e 534.364 crianças de mães com idades entre 15 e 19 anos. Esses dados são significativos e requerem medidas urgentes de planejamento e ações.³

Em 2015, 18% dos brasileiros nascidos vivos eram filhos de mães adolescentes. Quanto à distribuição demográfica, a região com maior número de mães adolescentes é a região Nordeste, concentrando 180 mil nascidos ou 32% do total. Segue-se a região Sudeste, com 179,2 mil (32%), a região Norte com 81,4 mil (14%), a região Sul (62.475 – 11%) e a Centro Oeste (43.342 – 8%).^{4,5}

Principais fatores

Diversos fatores concorrem para a gestação na adolescência. No entanto, a desinformação sobre sexualidade, sobre direitos sexuais e reprodutivos é o principal motivo. Questões emocionais, psicossociais e contextuais também contribuem, inclusive para a falta de acesso à proteção social e ao sistema de saúde, incluindo o uso inadequado de contraceptivos, como métodos de barreira e preservativos.⁶

Existem outras causas inerentes ao desenvolvimento psíquico ou fatores culturais, tais como pensamentos mágicos e inconscientes de ser amado/a ou de ser conquistado/a como reflexo dos papéis estereotipados e veiculados pelas mí-

dias e sociedade em geral, muitas vezes envolvendo romance e violência.⁶

A falta de um projeto de vida e expectativas de futuro, educação, pobreza, famílias disfuncionais e vulneráveis, abuso de álcool e outras drogas, além de situações de abandono, abuso/violência e a falta de proteção efetiva às crianças e aos adolescentes, também fazem parte desse quadro. Ocorre também a adoção do RN pelos avós ou familiares, como substitutos da maternagem do RN e retirando esse direito dessas adolescentes. Ou ainda o RN é deixado em abrigo para adoção.² Muitas vezes, a gravidez é desejada pela jovem, inclusive como uma resposta ao meio que a circunda ou como forma de exercer a sexualidade, de ser incluída e aceita socialmente. Ou ainda por gerar benefícios financeiros futuros para a família. Todos esses fatores também contribuem para a reincidência da gravidez ainda na adolescência.⁷

Maternidade e paternidade são momentos do ciclo de vida familiar que exigem responsabilidades legais e socioeconômicas perante o filho gerado, além da obrigação de responder pela ação própria.⁸ Muitas vezes, isso não acontece ou é dificultado na adolescência, seja por sua imaturidade ou pela falta de independência, causando mais riscos que resultam no abandono do RN não desejado e não programado ou pelo número elevado de abortamentos realizados e assim pela perpetuação da exclusão social.^{9,10}

As complicações e gravidade da gestação correlacionam-se à idade da adolescente (maiores riscos para meninas com menos de 16 anos, especialmente menores de 14 anos, ou com menos de dois anos da menarca/primeira menstruação), paridade, início e aderência ao pré-natal, ganho de peso e aspectos nutricionais.^{1,6}

Não se pode esquecer a influência de fatores psicossociais como a presença ou ausência do apoio familiar, apoio ou não de companheiro/pai do RN, e fatores ambientais como acesso aos cuidados básicos em saúde, forças que exercem variações nos resultados da gestação, como no peso, na prematuridade e outros achados neonatais, além das complicações maternas obstétricas do parto e pós-parto.¹¹

As situações de mais riscos que estão associadas e que ocorrem na gestação de adolescentes estão descritas, de forma resumida, nos Quadros 1 a 3.^{1,6}

Quadro 1. Fatores que aumentam os riscos da gestação na adolescência

1. Idade menor que 16 anos ou ocorrência da primeira menstruação há menos de 2 anos (fenômeno do duplo anabolismo: competição biológica entre mãe e feto pelos mesmos nutrientes, estando a adolescente ainda em fase de crescimento e maturação puberal final)
2. Altura da adolescente é inferior a 150 cm ou peso menor que 45kg
3. Adolescente é usuária de álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas/cocaína/crack/medicamentos sem prescrição médica
4. A gestação é decorrente de abuso/estupro ou outro ato violento/ameaça de violência sexual
5. Existência de atitudes negativas quanto à gestação ou rejeição ao feto
6. Tentativa de interromper a gestação por quaisquer meios ou medicamentos
7. Existência de dificuldades de acesso e acompanhamento aos serviços de pré-natal
8. Não realização do pré-natal ou menos do que seis visitas de rotina
9. Presença de doenças crônicas: diabetes, doenças cardíacas ou renais; IST: Sífilis, HIV, hepatite B ou hepatite C; hipertensão arterial
10. Presença de doenças agudas e emergentes: dengue, zika, toxoplasmose, outras doenças virais
11. Ocorrência de pré-eclâmpsia ou desproporção pélvica-fetal, gravidez gemelar, complicações obstétricas durante o parto, inclusive cirurgia cesariana de urgência
12. Falta de conexão ou apoio familiar à adolescente, principalmente de sua própria mãe ou do parceiro

Fonte revisada e atualizada⁶

IST - Infecção sexualmente transmitida

Quadro 2. Fatores que aumentam os riscos do recém-nato ou do lactente até o primeiro ano de vida, quando nascido de mãe adolescente

1. Nasce prematuro, pequenos para idade gestacional (PIG) ou com baixo peso (retardo intrauterino)
2. Mede menos do que 48 cm ou pesa menos do que 2.500g
3. Obtém nota inferior a 5 na Classificação do Apgar, na sala de parto ou se o parto ocorreu em situações desfavoráveis
4. Apresenta anomalias, dismorfias ou síndromes congênitas (Síndrome de Down, defeitos do tubo neural ou outras)
5. Se há circunferências craniana, torácica ou abdominal incompatíveis
6. Tem infecções de transmissão vertical ou placentária: sífilis, herpes, toxoplasmose, hepatites B ou C, zika, HIV/AIDS e outras
7. Necessita de cuidados intensivos nas unidades neonatais
8. Apresenta dificuldades na sucção e amamentação
9. Há problemas de higiene e cuidados no domicílio ou contexto familiar como negligência ou abandono, presença de animais ao redor
10. Falta de acompanhamento médico pediátrico em visitas regulares e falhas no esquema de vacinação

Fonte revisada e atualizada⁶

Quadro 3. Aumento dos riscos para o binômio mãe adolescente - filho recém-nascido (RN)

1. RN apresenta anomalias graves, problemas congênitos ou traumatismos durante o parto (asfixia, paralisia cerebral, outros)
2. Se o RN é abandonado em instituições ou abrigos
3. Quando não acontece a amamentação por quaisquer motivos
4. Se a mãe adolescente sofre de transtornos mentais ou psiquiátricos antes, durante ou após a gestação e parto
5. O pai biológico ou parceiro abandona, se omite ou recusa a responsabilidade da paternidade
6. Quando o RN é resultado de abuso sexual incestuoso ou por desconhecido; ou relacionamento extraconjugal
7. Se a família da adolescente rejeita ou expulsa a adolescente e o RN do convívio familiar
8. Quando a família apresenta doenças psiquiátricas, uso de drogas, álcool ou existem episódios de violência intrafamiliar
9. Falta de suporte familiar, pobreza ou situações contextuais de risco (migração, situação de rua, refugiados)
10. Quando a mãe adolescente abandonou ou foi excluída da escola, interrompendo a sua educação e a não inserção no mercado de trabalho

Fonte revisada e atualizada⁶

Outras condições de grande força no destino do binômio mãe adolescente-filho dizem respeito ao pai biológico e à escolaridade da mãe, abordados em seguida.

Reação do parceiro frente à gravidez

A paternidade gera um período de transformações, uma vez que o pai assume papel significativo advindo de mudanças e adaptações para estabelecer novos papéis de responsabilidade. Implica não apenas a questão de transformações, mas também uma questão social, que deve ser analisada e compreendida, pois determina novos projetos no cotidiano de vida.¹¹

Estudos apontam que a paternidade nem sempre é uma função identificada, pois culturalmente focaliza-se quase sempre o papel da mãe. Quando citado, o papel do pai se reporta, na maioria das vezes, aos que já moram com os filhos, deixando vago o campo de pesquisas e conhecimentos sobre pais mais jovens e pais adolescentes.¹

Quanto à reação sobre o momento da descoberta da gravidez, estudo revelou que a maioria dos parceiros adolescentes/jovens tem boa aceitação, porém dizem enfrentar certa dificuldade no começo, por se tratar de um fato que levou a várias mudanças na sua vida.¹¹

Convém estimular o pai adolescente a comparecer aos serviços de saúde, tanto no pré-natal como no planejamento familiar, de modo a melhorar a atenção à saúde reprodutiva e à paternidade responsável, pois com certeza reduzirá a reincidência da gestação nesta faixa etária.^{11,12}

Interrupção da vida escolar

Pesquisas sobre mudanças na vida social revelam que as gestantes adolescentes indicam a interrupção dos estudos como a mais frequente e preocupante. O abandono escolar compromete não apenas a continuidade da educação formal, como resulta em menor qualificação e obstáculo nos seus projetos de vida.⁷ A porcentagem de adolescentes que não frequenta mais a escola

após ter engravidado é de 68,3%, elevando-se para 85,7% no terceiro trimestre de gravidez.⁷

No entanto, a gravidez na adolescência não é um fenômeno homogêneo e depende do contexto social no qual a garota está inserida. Nas camadas sociais média e alta, a ocorrência de gestação na jovem tende a não prejudicar tanto o percurso de escolarização e profissionalização. Por outro lado, em classe social baixa, a adolescente tem maior dificuldade em continuar e finalizar os estudos, encontrando mais obstáculos na sua profissionalização, até porque, na maioria das vezes, não pode contar com o apoio familiar e social.^{7,8}

Adolescente grávida

Os desafios múltiplos enfrentados pelas mães adolescentes, suas famílias e companheiros justificam maior compreensão do acolhimento, de acompanhamento do pré-natal e das medidas de promoção e prevenção de saúde destas mães. Mudanças na política de atenção à saúde, para favorecer o apoio a elas e abordar as causas da gravidez na adolescência, das desvantagens sociais, risco à saúde das adolescentes e aos bebês podem ajudar a melhorar a vidas dessas meninas e familiares.¹²

A gravidez na adolescência é considerada problema de saúde pública que deve ser abordado de maneira abrangente. O diagnóstico, o manejo clínico precoce desta gravidez, a condução da gestação, o acompanhamento no puerpério e o estímulo à amamentação, além do controle nutricional devem ser realizados por equipe multidisciplinar e são relevantes com a finalidade de garantir o bem físico, psicológico e social dessas mães adolescentes, dos parceiros, filhos e familiares.¹²⁻¹⁴

sentido, é importante considerar a educação abordando sexualidade e saúde reprodutiva, tanto no meio familiar quanto na escola, com abordagem científica, e nos programas de promoção à saúde. Não apenas quanto aos eventos biológicos, mas em relação ao convívio de respeito entre meninos e meninas, atividades sexuais com responsabilidade e proteção – métodos contraceptivos - principalmente durante a adolescência.¹⁵

A educação sexual integrada e compreensiva faz parte da promoção do bem-estar dos adolescentes e jovens, realçando o comportamento sexual responsável, o respeito pelo/a outro/a, a igualdade e equidade de gênero, assim como a proteção da gravidez inoportuna, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis/HIV, defesa contra violência sexual incestuosa e outras violências e abusos.¹⁵

Organizações internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) especificam guias metodológicos e operacionais cujas características estão abaixo elencadas, de forma resumida.¹⁵

- Fundamentação nos princípios e valores dos direitos humanos e sexuais, sem distinção étnica e de gênero, nem religiosa, econômica ou social, em mensagens de comunicação;
- Informações exatas e cuidadosas cientificamente comprovadas sobre saúde sexual e infecções que podem ser sexualmente transmitidas, contracepção, questões de gênero e enfrentamento da violência;
- Ambiente de aprendizagem seguro e saudável nas escolas;
- Metodologias participativas com ênfase na comunicação e desenvolvimento do pensamento crítico, construtivo e saudável nas tomadas de decisão, inclusive sobre comportamentos e sexualidade;
- Promoção da educação sexual como parte dos programas sobre direitos à saúde e a proteção social às crianças e adolescentes/jovens, inclusive na questão da gravidez precoce.

Fatores de prevenção

Um dos mais importantes fatores de prevenção é a educação, fato indubitável para a saúde plena, tanto individual quanto coletiva. Nesse

Importante alertar que, ao se comunicar com adolescentes, não se deve utilizar somente a perspectiva de problemas ou consequências negativas da sexualidade, no sentido de doenças, infecções ou gravidez inesperada, muitas vezes envolvendo estereótipos das mídias, inclusive das redes sociais e digitais.

É de suma relevância oferecer oportunidades para o protagonismo juvenil por meio de encontros, grupos focais, participação em atividades culturais ou artísticas, técnicas de aprendizagem em grupo, psicodrama ou teatro simulando situações e debates, onde os adolescentes podem verbalizar suas dúvidas e percepções. Recomenda-se inclusive abordar os relacionamentos familiares, de amizades e reflexões sobre a própria sexualidade. O aprendizado em ambiente facilitador nas escolas em palestras ou atividades com trocas educativas, participativas e reflexivas é o que mais alcança a prevenção de problemas futuros, inclusive da gestação.¹⁶ Importante ressaltar ainda os eixos de treinamento profissional para os agentes comunitários de saúde e outros profissionais das redes, parcerias com escolas e prefeituras, para a realização de capacitação nos eixos de ensino, pesquisa, planejamento, execução de cursos e oficinas de habilitação para os profissionais de saúde, educação, famílias e os próprios adolescentes, escolares ou universitários.¹⁷

O texto sobre métodos contraceptivos na adolescência para a prevenção da gravidez, realizado pela SBP, está disponível no documento anteriormente mencionado.⁴

Para orientar as discussões em grupos de adolescentes e direcionadas a campanhas educativas e preventivas sobre gravidez na adolescência, existe inúmeros materiais acessíveis - vídeos educativos e metodologias participativas e já publicadas online.^{18,19}

para instituir a Semana de Prevenção de Gravidez na Adolescência é mais uma das ações preventivas de gravidez inesperada, visando a proteção da vida da jovem adolescente. Essas iniciativas ocorrerão nos primeiros dias de fevereiro e serão de responsabilidade do poder público em conjunto com a sociedade civil.²⁰

- Garantir o desenvolvimento integral na adolescência e juventude é uma responsabilidade coletiva, que precisa articular família, escola e sociedade, e articulando com políticas públicas de atenção integral à saúde em todos os níveis de complexidade.
- Trabalhar pela saúde de adolescentes exige empatia e visão holística do ser humano, no seu ciclo de vida, com abordagem sistêmica de suas necessidades, não se restringindo à prevenção de doenças e agravos ou ao atendimento clínico, mas incluindo também a prevenção da gravidez.
- Cabe principalmente ao pediatra, como profissional de saúde comprometido e especializado no crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, o papel de prevenção, atendimento, acompanhamento e assistência da gravidez que ocorre durante a adolescência, desde antes dessa gestação, como durante os períodos de pré-natal, parto e neonatal, assim como o acompanhamento dessa mãe adolescente e de seu filho, no sistema de saúde, a seguir.
- A saúde de adolescentes está diretamente relacionada à promoção do protagonismo juvenil e do exercício da cidadania, ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, à educação em saúde e prevenção de agravos; está ainda correlacionada aos projetos de vida e espiritualidade, no seu mais amplo sentido.
- Implica também a articulação entre órgãos e instituições, públicas e privadas, embasando-se em situações epidemiológicas, indicadores e demandas sociais, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde, SUS.
- Investir nos adolescentes/jovens exige recursos que influenciem tanto no presente quanto no futuro, uma vez que os comportamentos nessa idade serão cruciais para toda a vida. Afi-

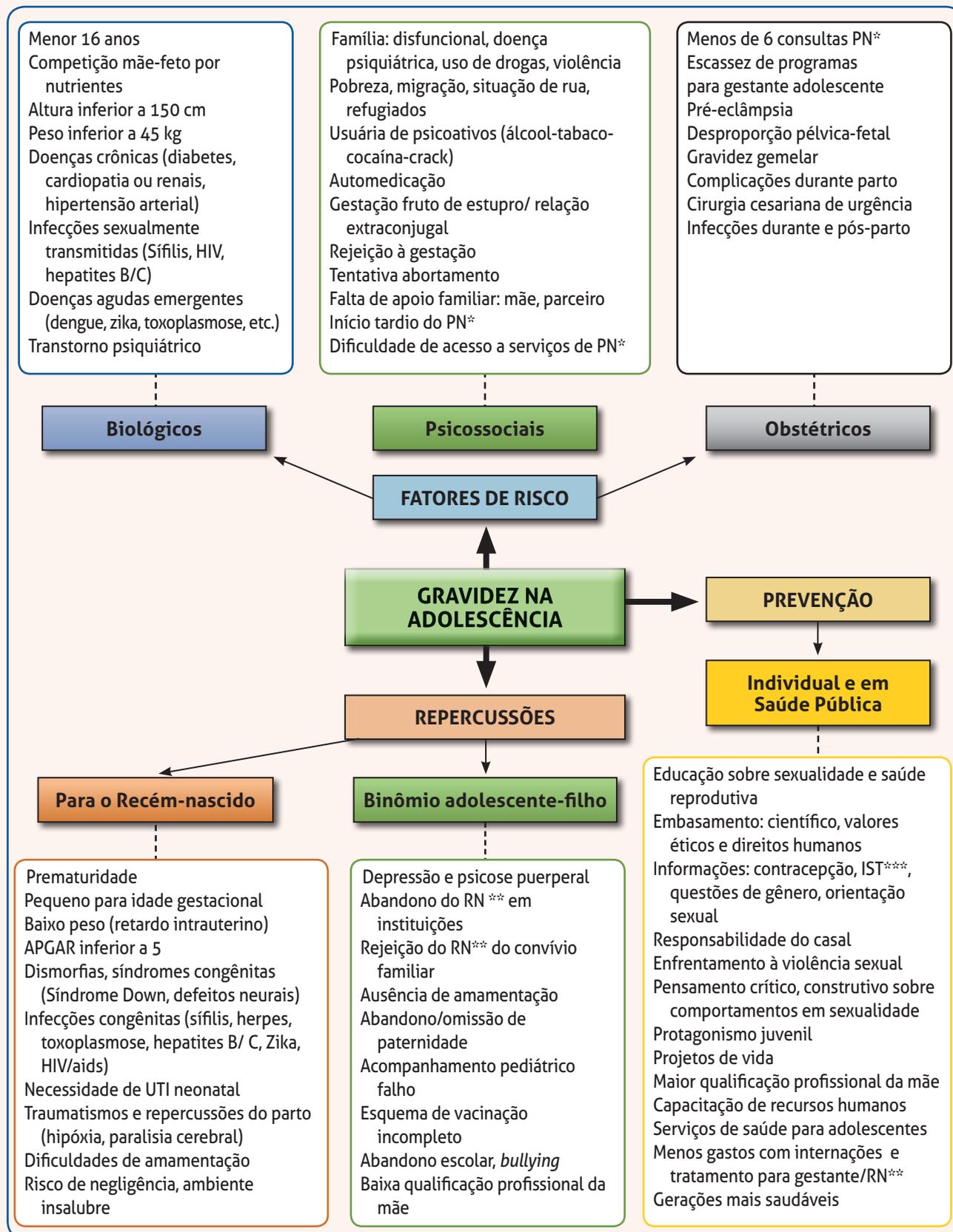
Considerações finais

- A Lei 7398/2019, que acrescenta o artigo 8ºA ao ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente),

nal, cuidar de adolescentes e jovens é investir no futuro com mais saúde, produtividade, felicidade e qualidade de vida das gerações.

Para facilitar a assimilação, segue o mapa conceitual com os itens abordados neste texto (Fig. 1).

Figura 1. Mapa conceitual da gravidez na adolescência.



Fonte: Elaborado pelos autores a partir das referências consultadas.
 * Pré-natal ** Recém-nascido *** Infecções sexualmente transmissíveis

REFERÊNCIAS:

1. Bouzas ICS, Cader AS, Leão L. Gravidez na adolescência: uma revisão sistemática do impacto da idade materna nas complicações clínicas, obstétricas e neonatais na primeira fase da adolescência. *Adolesc Saude*. 2014;11(3):7-21.
2. Renepontes P, Eisenstein E. Gravidez na Adolescência, a história se repete. *Adolesc Saude*. 2005;2(3):11-15.
3. Almeida T. Maternidade: quase metade das gravidezes não são planejadas. 2016. Disponível em <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/ultimas/1302-maternidade-quasemetade-das-gravidezes-nao-sao-planejadas?tmpl=component&print=1&layout=default&Page> Acesso em 08/01/2019
4. Azevedo AEBI, Eisenstein E, Bermudez BEBV, Oliveira HF, Goldberg TBL, Fernandes EC, et al. Guia Prático de Atualização: Anticoncepção na Adolescência. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018 (Diretrizes).
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil, 2017. Disponível em <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil> Acesso em 05/12/2018:
6. Eisenstein E, Rossi CRV, Marcondelli J, Williams L, Binômio mãe-filho, prevenção e educação em saúde. *In*, Monteiro, DLM; Trajano, AJB; Bastos, AC: Gravidez e Adolescência. 2009, Revinter Ed, Rio de Janeiro, p 39-49.
7. Coates V, Sant'Anna MJC. Impacto da atenção integral à mãe adolescente como fator de proteção à reincidência. *In*, Monteiro, DLM; Trajano, AJB; Bastos, AC: Gravidez e Adolescência. 2009, Revinter Ed, Rio de Janeiro, p 59-63.
8. Santos CC, Cremonese L, Wilhen LA, Castiglioni CM. Perfil social de adolescentes gestantes e abandono escolar. *Adolesc Saude*. 2014;11(3):71-76.
9. Poli MEH. Maternidade e Paternidade Responsáveis na Adolescência. *In*, Monteiro, DLM; Monteiro, DLM; Trajano, AJB; Bastos, AC: Gravidez e Adolescência. 2009, Revinter Ed, Rio de Janeiro, p35-38.
10. Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: da vida à experiência do colo vazio - um estudo qualitativo. *Cien Saúde Col*. 2010;15; 3149-3156.
11. Vieira LM, Goldberg TBL, Saes SO, Dória AAB. Abortamento na adolescência: um estudo epidemiológico. *Cien Saúde Col*. 2007;12;1201-1208
12. Nascimento MG, Xavier PF, Sá RDP. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. *Adolesc Saude*. 2011;8(4):41-47
13. Maia JMD, Oliveira CC, Giusto RO, Williams LCA: Mãe e Pai e Casal na Adolescência. E agora? Apostila de orientações para profissionais de saúde. (2011) Laprev/UFSCAR, disponível em http://www.laprev.ufscar.br/documentos/arquivos/apostilas-e-manuais/maepai_casal_na_adolescencia.pdf acesso em 05/12/2018
14. Instituto da Infância/IFAN; Rede Nacional da Primeira infância/RNPI: Primeira Infância e Gravidez na Adolescência (2013), Fortaleza, IFAN.
15. Nações Unidas: Operational Guidance for Comprehensive Sexuality Education. New York: United Nations Population Fund (2014).
16. Eisenstein E, Ceccon C: Saúde, Vida, Alegria: Manual para Educação em Saúde de Adolescentes, guia metodológico e vídeos participativos. Rio de Janeiro/Porto Alegre, CECIP/Ed. ARTMED, 2000.
17. Castro DMF, Katz R. Espaço Livre de Orientação em Saúde e Sexualidade, ELOSS e programa de orientação em sexualidade e prevenção de DST/AIDS. *Adolesc Saude* 2015,12(supl 1):23-31.
18. Vale FBC, Mendes GDV. Peculiaridades da Gestação e Pré Natal na Adolescência. *In* Ginecologia e Obstetrícia na Infância e Adolescência. Manual SOGIMIG-1 ed. 2018, Medbook, Rio de Janeiro.
19. Rede ADOLEC da Biblioteca Virtual da Saúde – BVS. Disponível em <<http://www.adolec.br>> acesso em 05/12/2018
20. Brasil. Senado Federal. Senado Notícias. Disponível em <https://www12.senado.leg.br/noticias/audios/2019/01/prevencao-a-gravidez-precoce-tera-semana-de-discussao> Acesso em 09/01/2019.



Diretoria

Triênio 2016/2018

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Cláudio Hoineff (RJ)

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

3º SECRETÁRIO:
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)
Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)
Alberto Jorge Félix Costa (MS)
Analíria Moraes Pimentel (PE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:
Norte: Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)
Nordeste: Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Sudeste: Luciano Amedéu 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 Silvano (BA)
Kátia Galeão Brandt (PE)
Elizete Aparecida Lomazi (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Jocileide Sales Campos (CE)
COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Álvaro Machado Neto (AL)
Joana Angélica Paiva Maciel (CE)
Cecim El Achkar (SC)
Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

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)
Virgínia 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
Clémax 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)
Sílvia 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)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luís Amantéa (RS)
Gil Simões Batista (RJ)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedéu 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 Grísard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)
Suplentes:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA
Presidente:
Mario Santoro Júnior (SP)
Vice-presidente:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)
Secretário Geral:
Jefferson Pedro Piva (RS)