



Nota de Alerta

Recomendações para Ressuscitação Cardiopulmonar Pediátrica em Pacientes com Suspeita ou Confirmação de COVID-19

Grupo de Reanimação Pediátrica - PALS

Coordenadores do Alexandre Rodrigues Ferreira (MG) e

Reanimação Pediátrica (PALS): Kátia Laureano dos Santos (PB)

Coordenadora do Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

Suporte Básico à Vida (BLS):

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), Kátia 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).

A ressuscitação cardiopulmonar (RCP) é um procedimento de emergência e que pode ocorrer em pacientes com COVID-19. A RCP nesses pacientes demanda atenção especial devido ao maior risco de produção de aerossóis durante as manobras de compressão torácica e ventilação, oferecendo risco importante de contaminação à equipe assistencial, especialmente quando o paciente ainda não está com a via aérea isolada.

Desta forma devemos redobrar a atenção na presença de pacientes suspeitos ou confirmados com a COVID-19, que estejam sob risco maior de deterioração aguda ou PCR. Nesses casos, a sinalização dos Times de Resposta Rápida ou equipes que irão proceder ao atendimento deve ser clara e objetiva. O treinamento da equipe e a disponibilidade de material adequado e suficiente para atender os pacientes e para proteger os médicos

e todos os profissionais de saúde são fundamentais, além da separação de áreas físicas exclusivas para estes atendimentos.

O reconhecimento e a condução da PCR mantêm as condutas preconizadas pelo PALS/AHA (**Vide Algoritmos preconizados nesse documento**). O reconhecimento da PCR se faz com avaliação de pulso central e ausência de respiração efetiva. Os processos relacionados à tomada de decisões para RCP devem continuar sendo individualizados e com atenção especial à proteção da equipe que deve estar usando os EPIs adequados a menos que a situação indique o contrário.

O uso de escores de gravidade e sistemas de rastreamento e desencadeamento de códigos amarelos permite a detecção precoce de pacientes graves e pode prevenir eventuais PCR.

Esse documento tem como objetivo apresentar as recomendações publicadas até o momento no que diz respeito ao atendimento à PCR em crianças e adolescentes com a COVID-19, onde o desafio é conciliar a meta de maximizar a sobrevida do paciente sem comprometer a segurança dos profissionais de saúde.

Proteção da equipe e utilização de equipamentos de proteção individual (EPI)

A PCR pré-hospitalar dependendo da prevalência local da doença, pode ser razoável considerar toda PCR pré-hospitalar como caso suspeito. Deste modo, reduzimos o risco de exposição acidental da equipe.

É essencial que os profissionais protejam a si e a seus colegas de exposições desnecessárias. Profissionais expostos que contraem COVID-19 reduzem a já escassa mão de obra capacitada disponível para atendimento.

Estratégias a serem utilizadas:

1. A utilização de um espaço reservado e isolado deve ser priorizada.
2. Todas as medidas apropriadas para impedir os atendimentos à RCP de forma desprotegida devem ser provisionadas antes que a PCR ocorra. A pronta disponibilidade de EPIs promoverá menor retardo para o início das compressões torácicas. Conjuntos de EPI devem estar disponíveis no carrinho de ressuscitação ou parada, para pronto uso. Ainda que possa ocorrer atraso no início das compressões torácicas, a segurança da equipe é fundamental e o uso de EPIs adequados para esta condição é indispensável para quem que atende a RCP. Não devem ser realizadas compressões torácicas ou procedimentos de vias aéreas sem instalação prévia do EPI completo. Assim, os profissionais devem estar paramentados com capotes impermeáveis, máscara N95 ou semelhante, óculos de proteção e/ou protetor facial (*face shield* ou *front shield*), luvas e gorro. Lembramos que o uso de luvas não substitui a higienização rigorosa

e frequente das mãos. O EPI para procedimentos com geração de aerossol deve ser usado por todos os membros da equipe de ressuscitação / emergência devendo ser adequadamente colocados antes de entrar no local de atendimento.

3. Restrinja o número de funcionários no local do atendimento (se for um quarto individual comum).
4. Comunicar claramente o *status* do paciente com relação ao COVID-19 a qualquer profissional antes que ele entre em cena ou receba um paciente para transferi-lo para outro local.

Reconhecimento e abordagem

1. O reconhecimento da PCR mantém a conduta preconizada pelo ILCOR/AHA com avaliação de inconsciência, ausência de pulso central e de respiração efetiva.
2. RCP deve ser iniciada por compressão e monitorização do ritmo da PCR do paciente o mais rápido possível após a completa paramentação com EPIs apropriados, visando o estabelecimento do algoritmo adequado. **(Vide algoritmos em anexo)**
3. Desfibrilação em ritmos chocáveis não deve ser adiada para acesso à via aérea ou outros procedimentos.
4. Considerando a hipóxia uma das principais causas de PCR nesses pacientes, o acesso invasivo à via aérea devem ser priorizados.
5. Não se deve realizar ventilação boca a boca e não utilizar máscara de bolso (“pocket mask”). Deve-se restringir o número de funcionários no local do atendimento.

Medidas sobre Manejo Avançado de Vias Aéreas Durante Parada Cardíaca em caso de COVID-19

A ventilação com bolsa-máscara, dispositivos supraglótico, traqueal ou intubação oro-traqueal, além das compressões torácicas podem 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 profissionais que realizarem esses procedimentos ou estiverem em proximidade com o paciente enquanto eles são realizados devem usar EPI apropriado. Tais EPIs devem incluir máscara N95, face shield, capote impermeável, luvas e gorro.

A garantia de uma via aérea avançada para isolamento e menor probabilidade de produção de aerossol e contaminação da equipe de atendimento, bem como melhor padrão de ventilação, deve ser efetuada para os pacientes ainda sem um dispositivo invasivo durante a PCR. No caso de absoluta necessidade de ventilação com BVM, a técnica de selamento da máscara deve envolver dois profissionais. Não esquecer a instalação de filtros (HEPA) entre a máscara e a bolsa.

Lembrar que o procedimento de intubação confere alto risco de aerossolização com disseminação viral no ambiente. Com isso, a intubação com tubo endotraqueal com balonete conectado a ventilador com filtro HEPA/HMEF no ramo expiratório, além de um cateter de sucção *in-line*, resulta em circuito fechado com menor risco de aerossolização do que em qualquer outra estratégia de ventilação com pressão positiva.

Deve-se minimizar o número de profissionais envolvidos durante as tentativas de ressuscitação e se possível, estabelecer equipes de resposta rápida ou equipes para intubação são estratégias importantes para resposta adequada à RCP e minimizar os riscos de exposição da equipe.

Estratégias para intubação orotraqueal

1. Posicione seguramente o filtro HEPA/HMEF, se disponível, a qualquer aparelho de ventilação mecânico ou manual no caminho do gás exalado antes de ventilar.
2. Depois de avaliar o ritmo cardíaco e desfibrilar eventuais arritmias ventriculares, os pacientes em PCR devem ser intubados com tubo com balonete (*cuff*) na primeira oportunidade possível. Conecte o tubo endotraqueal a um tubo com ventilador com filtro HEPA/HMEF, quando disponível.
3. Para minimizar a possibilidade de tentativas falhas de intubação.
 - a) Designar profissional experiente e a estratégia com melhores chances de sucesso à primeira tentativa de passagem do tubo. Avalie estabelecer protocolos com equipe exclusiva para intubação.
 - b) Interromper compressões torácicas para intubar.
4. A intubação por videolaringoscopia, se disponível, deve ser a primeira escolha para o acesso rápido e seguro à via aérea, em acordo aos procedimentos de intubação orotraqueal (IOT). A videolaringoscopia pode reduzir a exposição do profissional a partículas de aerossol.
5. Antes de intubar, utilizar o dispositivo bolsa-máscara (ou *T-piece* em neonatos) com filtro HEPA/HMEF, selando-o firmemente. Para adolescentes, considerar oxigenação passiva com máscara sem recirculação de ar, coberta com máscara cirúrgica.
6. Se a intubação for postergada, considere ventilação manual com via supraglótica ou equipamento de bolsa-máscara filtro HEPA/HMEF.
7. A falência ou impossibilidade da IOT demanda a necessidade de dispositivos supraglóticos (tubo laríngeo e máscara laríngea), que permitem a ventilação mecânica em circuito fechado, até que haja a possibilidade adequada de acesso definitivo à via aérea (IOT).
8. A prevenção da geração de aerossóis em via aérea supraglótica e em ventilação bolsa-máscara é menos confiável do que com o tubo traqueal. Considere as seguintes recomendações para reduzir o risco de transmissão viral:

- a) Via aérea supraglótica pode selar melhor a via aérea do que ventilação bolsa-máscara.
 - b) Para ventilação com bolsa-máscara ou via supraglótica, interrompa as compressões torácicas utilizando uma proporção de compressões para ventilações recomendadas de acordo com a idade e o número de socorristas.
 - c) Minimize a duração da ventilação bolsa-máscara e use duas mãos para segurar a máscara e garantir boa vedação para ventilação bolsa-máscara. Para tanto é necessário auxílio de um segundo profissional que pode ser a pessoa responsável pelas compressões.
9. Interromper compressões torácicas durante intervenções de via aérea para minimizar o risco de aerossóis.
 10. Ventilar após intubação traqueal somente após insuflação do balonete para minimizar o risco de gerar aerossol. Assegure uma pressão adequada no balonete para prevenir vazamentos.
 11. Uma vez estabelecido circuito fechado, deve-se minimizar as desconexões para reduzir geração de aerossóis.
 12. Em pacientes sob ventilação mecânica, deve-se manter o paciente conectado ao ventilador em circuito de ventilação fechado, com fração inspirada de oxigênio a 100%, modo assíncrono, frequência de 1 (uma ventilação) a cada seis segundos (em torno de 10-12 por minuto). Alguns ventiladores apresentam a função “RCP/PCR” que pode ser ativada automaticamente que ajusta automaticamente os limites de alarme e aciona os parâmetros alinhados acima.
 13. Identificar e tratar as causas potenciais mais comuns de PCR, antes considerar interromper a RCP, com especial consideração para hipoxemia e acidemia, causas citadas como frequentes nas publicações atuais sobre COVID-19. Na ausência desses, não esquecer que os demais Hs e Ts também podem estar presentes na dependência do contexto clínico;
 14. Antecipar a solicitação de necessidade de leito em unidade terapia intensiva e isolamento respiratório para o pós PCR, caso ocorra o retorno da circulação espontânea (RCE).
 15. Remover 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.

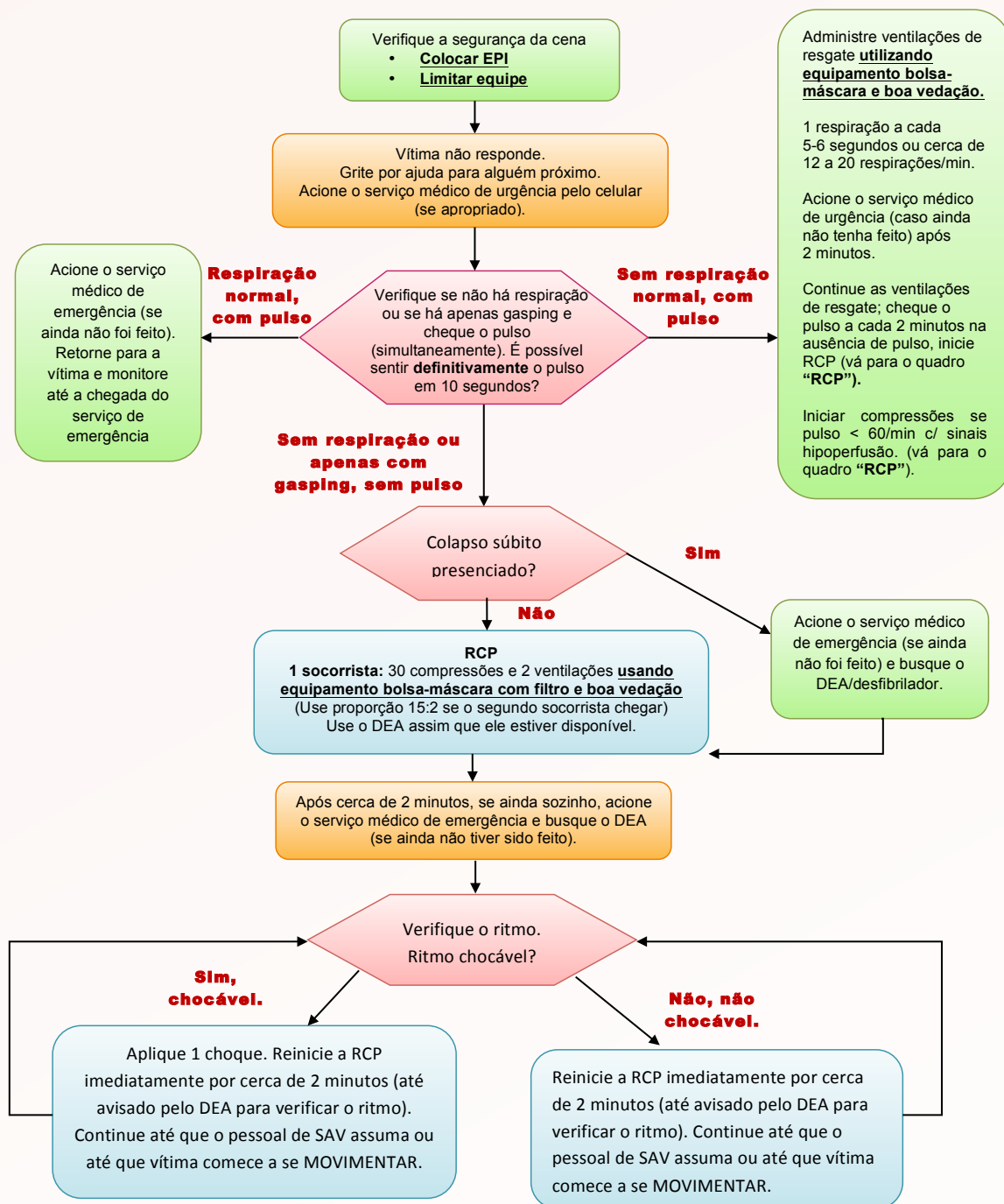
Referências bibliográficas

1. 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. Disponível em: <http://ahajournals.org> Acessado em 9 de abril de 2020.
2. Cook TM, El-Boghdadly K, McGuire B, McNarry AF, Patel A, Higgs A Consensus guidelines for managing the airway in children 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 Mar 27. doi: 10.1111/anae.15054. [Epub ahead of print]
 3. Ong JSM, Tosoni A, Kim Y, Kissoon N, Murthy S Coronavirus Disease 2019 in Critically Ill Children: A Narrative Review of the Literature. *Pediatr Crit Care Med*. 2020 Apr 7. doi: 10.1097/PCC.0000000000002376. [Epub ahead of print]
 4. Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB). Recomendações para Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP) de Pacientes com COVID-19, 2020. Disponível em: https://www.amib.org.br/fileadmin/user_upload/amib/2020/marco/22/RCP_ABRAMEDE_SBC_AMIB-4_210320_21h.pdf Acessado em 12 de abril de 2020.
 5. Callaway CW, Soar J, Aibiki M, Böttiger BW, Brooks SC, Deakin CD, et al. Part 4: Advanced Life Support: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science With Treatment Recommendations. *Circulation*. 2015;132:S84–S145.
 6. Resuscitation Council UK. Guidance for resuscitation of COVID-19 patients in-hospital. Disponível em: [https://www.resus.org.uk/media/1000/COVID-19%20healthcare%20guidance%20and%20flowchart%20v4%20%20\(3\).pdf](https://www.resus.org.uk/media/1000/COVID-19%20healthcare%20guidance%20and%20flowchart%20v4%20%20(3).pdf) Acessado em 12 de abril de 2020.

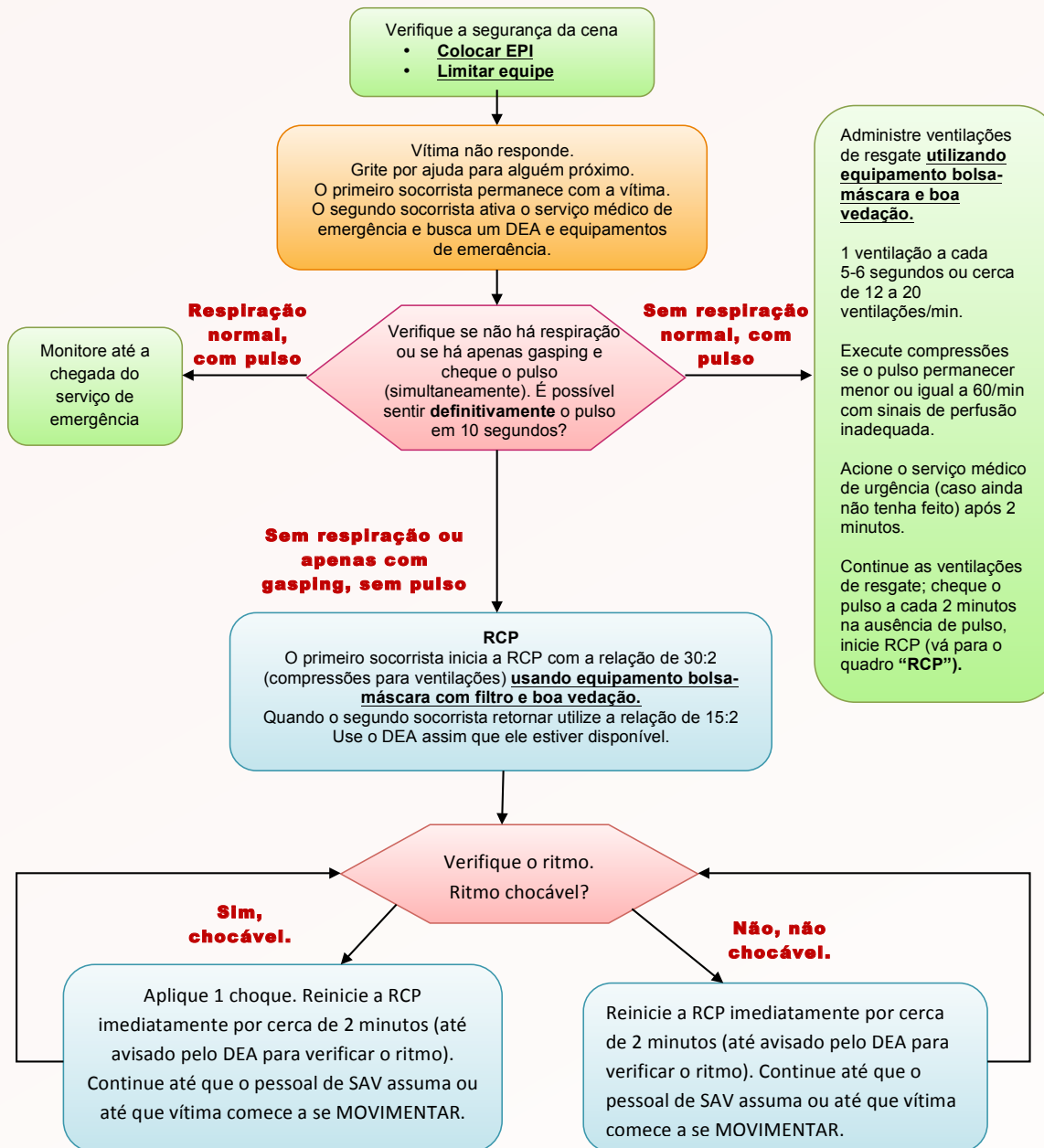
BLS para Profissionais de Saúde Algoritmo de Parada Cardíaca Pediátrica em Casos Suspeitos ou Confirmados de COVID-19 com Um Socorrista

(Publicado em Abril de 2020 - American Heart Association)



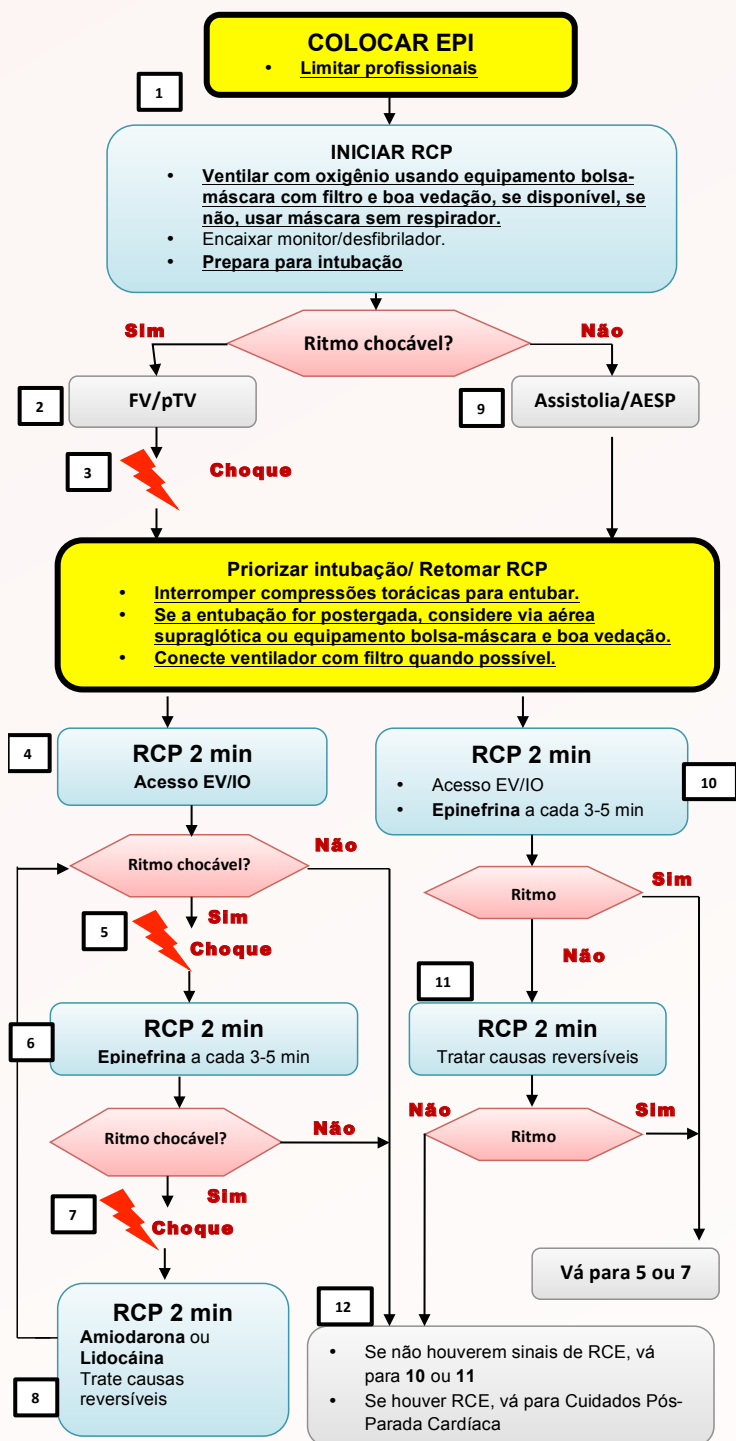
BLS para Profissionais de Saúde Algoritmo de Parada Cardíaca Pediátrica em Casos Suspeitos ou Confirmados de COVID-19 com Dois ou Mais Socorristas

(Publicado em Abril de 2020 - American Heart Association)



Algoritmo da Parada Cardíaca Pediátrica na Suspeita ou Confirmação de COVID-19

(Publicado em Abril de 2020 - American Heart Association)



Qualidade da RCP

- Comprimir com força (profundidade maior ou igual a um terço do diâmetro torácico anteroposterior) e permitir retorno completo do tórax.
- Minimizar interrupções das compressões.
- Evitar ventilação excessiva.
- Alternar o socorrista a cargo das compressões a cada 2 minutos, ou antes se houver fadiga.
- Se não houver via aérea avançada, iniciar compressões na proporção 15:2.

Energia para desfibrilação

Primeiro choque com 2J/kg, segundo choque com 4J/kg, choque subsequentes maiores ou iguais a 4J/kg, máximo de 10J/kg ou carga para adultos. (Bifásico 200J / monofásico 360J)

Via aérea avançada

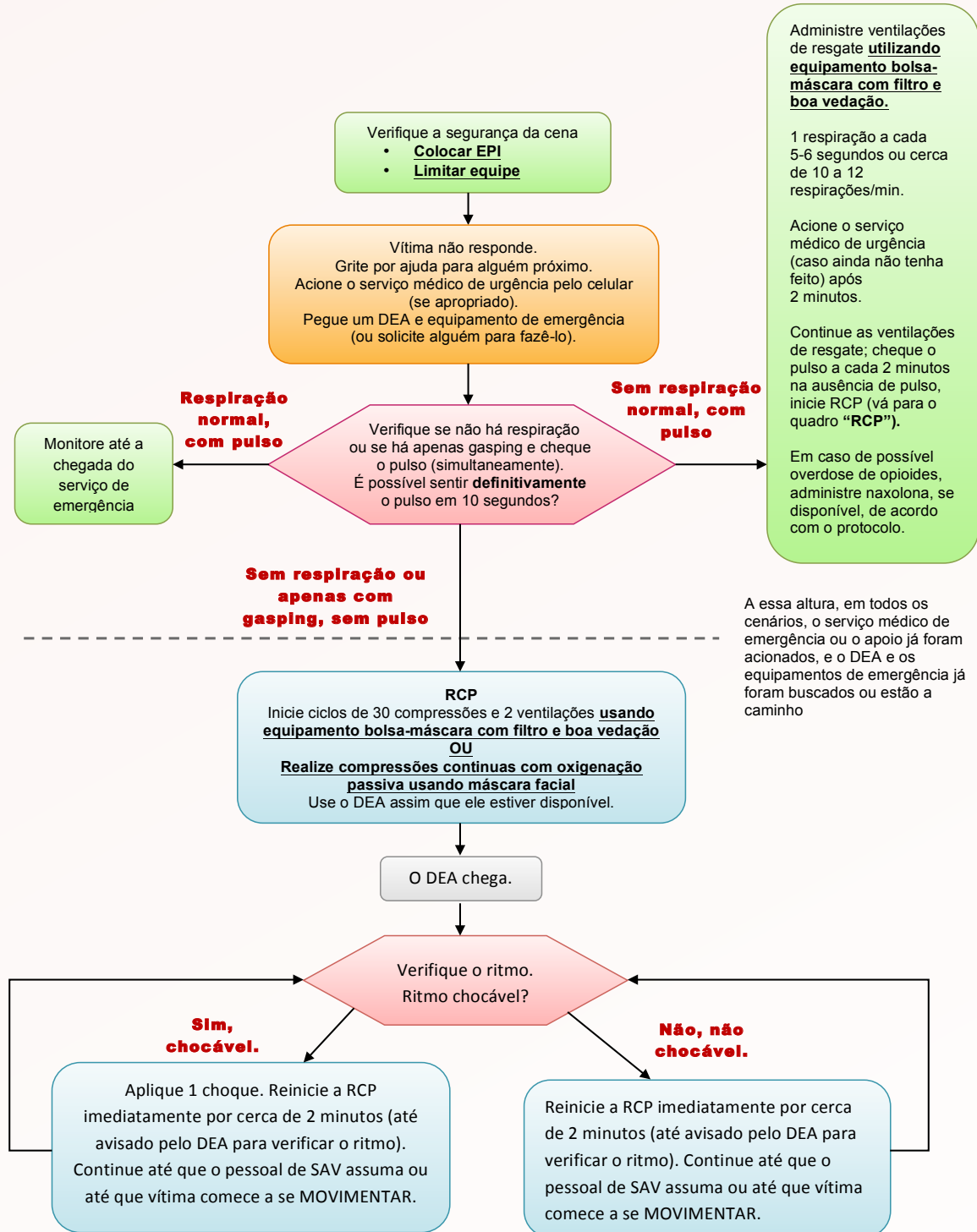
- **Minimize a desconexão do circuito fechado.**
- **Use profissional com maior probabilidade de sucesso na primeira tentativa.**
- **Considere videolaringoscopia.**
- **Opte pelo tubo com balonete (cuff) se disponível.**
- Intubação endotraqueal ou via aérea supraglótica.
- Capnografia de pulso ou capnometria para confirmar e monitorar posicionamento do tubo ET.
- Uma vez que a via aérea avançada for posicionada, administre 1 ventilação a cada 6 segundos (10 ventilações/min) com compressões torácicas contínuas.
- **Terapia medicamentosa**
- **Epinefrina IO/EV:** 0.01 mg/kg (0.1 mL/kg na concentração 0.1 mg/mL). Repetir a cada 3-5 minutos.
- **Amiodarone IO/EV:** 5 mg/kg bolus durante parada cardíaca. Pode-se repetir até 2 vezes para FV refratária ou TV sem pulso.
- **Lidocaína IO/EV:** Inicial: 1mg/kg em dose escalonada. Manutenção: 20-50 mcg/kg por minuto de infusão (repetir dose de bolus se a infusão for iniciada após mais de 15 minutos após bolus inicial).

Retorna da Circulação Espontânea (RCE)

- Pulso e pressão arterial.
- Ondas espontâneas de pressão arterial na monitorização intra-arterial.
- **Causas Reversíveis**
- Hipovolemia
- Hipóxia
- Hidrogenio (acidose)
- Hipoglicemia
- Hipo-/hipercalcemia
- Hipotermia
- Tensão de pneumotórax
- Tamponamento cardíaco
- Toxinas
- Trombose pulmonar
- Trombose coronária

BLS para Profissionais de Saúde Algoritmo de Parada Cardíaca em Adultos Suspeitos ou Confirmados de COVID-19

(Publicado em Abril de 2020 - American Heart Association)





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 Honeiff (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)
Mariana 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)
Anesinha 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)
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Prociány (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-Zerferino (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 DOUTRINA 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 Freddo 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)
Anibal 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)
Lucia Moreira Hopker (PR)
Rosa Maria Graziano (SP)
Celia Regina Nakanami (SP)

SAÚDE 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 Abbranchés (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 Amazonense 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 Espiritossantense 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:
Anesinha 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 Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sérgio Antonio Bastos Sarubbo (SP)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADÊMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)