

Guia Prático de Atualização

Departamento Científico
de Terapia Intensiva

Trauma Cranioencefálico

Departamento Científico de Terapia Intensiva

Presidente: Werther Brunow de Carvalho

Secretário: Ricardo Maria Nobre Othon Sidou

Conselho Científico: Helena Müller, Lara de Araújo Torreão, Marcelo Barciela Brandão, Michelle Luiza Cortez Gonin, Norma Suely de Oliveira

O traumatismo cranioencefálico (TCE) é considerado um problema de saúde pública, principalmente entre crianças (0-4 anos) e adolescentes (15-19 anos).

As principais causas estão relacionadas com acidentes domésticos, quedas da própria altura (principalmente nas crianças que estão começando a andar), acidentes automobilísticos, com esporte (principalmente em adolescentes) e violência contra a criança (síndrome da criança sacudida/*shaken baby syndrome*).

Nos adolescentes é um quadro que ocorre com frequência simultaneamente ao uso de substâncias recreativas lícitas ou ilícitas como álcool, maconha, cocaína, "lança perfume" e outras.

Classificação de Gravidade

O TCE é classificado em leve, moderado e grave. O instrumento universalmente utilizado para classificação da gravidade é a Escala de Coma de Glasgow (Quadro 1).

Quadro 1 – Escala de Coma de Glasgow para crianças e lactentes

Convencional		Modificada (lactentes <2 anos)	
Abertura Ocular			
Espontânea	4	Espontânea	4
Ao comando verbal	3	Ao comando verbal	3
À dor	2	À dor	2
Nenhuma	1	Nenhuma	1
Resposta Verbal			
Orientado	5	Balucio	5
Conversaão confusa	4	Choro irritado	4
Palavras inapropriadas	3	Choro a dor	3
Sons incompreensíveis	2	Gemidos à dor	2
Nenhum	1	Nenhum	1
Resposta Motora			
Obedece a comandos	6	Movimento espontâneo normal	6
Localiza à dor	5	Retirada ao toque	5
Flexão normal	4	Retirada à dor	4
Decorticação	3	Flexão anormal	3
Decerebração	2	Extensão anormal	2
Nenhuma	1	Nenhuma	1

Interpretação - Leve = ≥ 14 ; Moderado = entre 8 e 14; Grave = ≤ 8

Além da Escala de Coma de Glasgow dados da história e exame físico irão influenciar na gravidade do TCE:

- Perda de consciência,
- Vômitos, quando houver mais de dois episódios,
- Crise convulsiva,
- Amnésia lacunar,
- Sinais de fratura ou afundamento de crânio,
- Sinais de fratura de base de crânio (sinal do guaxinim, sinal de batalha, otorragia, sangramento nasal)

Exame de Imagem

O exame de imagem indicado é a tomografia computadorizada (TC) de crânio, nas seguintes situações:

- Nos casos moderados e graves,
- Nos casos leves em que apresente:
 - Alteração do estado mental como: agitação, sonolência, questionamento repetitivo ou resposta lenta à comunicação verbal,
 - Suspeita de fratura craniana à palpação,
 - Hematoma subgaleal importante em região occipital, temporal ou parietal,
 - Perda de consciência,
 - Mecanismo de trauma grave: acidente com veículo com ejeção do paciente, morte de outro passageiro ou capotamento, pedestre ou ciclista sem capacete atingido por um veículo motorizado, quedas superiores a 0,9 m em menores de dois anos ou superior a 1,5 m para maiores de dois anos, ou cabeça atingida por um objeto de alto impacto,
 - O paciente não está agindo normalmente na percepção dos pais,
 - A critério médico baseado na sua experiência, de acordo com a avaliação individualizada.

Naqueles pacientes com suspeita de lesão cervical, deve-se realizar Raio-X de coluna cervical, e se o paciente tiver indicação de TC de crânio, deve-se realizar janela cervical.

Pacientes com distúrbios na coagulação sanguínea (p.ex., hemofilia), regra geral, devem realizar TC de crânio independentemente da gravidade do TCE.

A TC de crânio deverá ser repetida no caso de qualquer piora neurológica que o paciente apresente durante a evolução do quadro.

TCE Leve

- 95 a 98% apresentam escala de coma de Glasgow igual a 15
- Recomenda-se um período de observação mínima de 4 horas e no máximo de 6 a 8 horas.
- Pacientes com TC de crânio inicial normal, geralmente não têm necessidade de repetir a TC de crânio na evolução.
- Pacientes com TC de crânio normal, geralmente não necessitam de hospitalização para observação neurológica.

TCE Moderado e Grave

- O TCE moderado, principalmente aquele com escala de coma de Glasgow menor do que 11, e grave têm indicação formal de internação em unidade de terapia intensiva.
- A lesão neuronal resultante do trauma craniano moderado ou grave segue o seguinte padrão bifásico:
 - Lesão primária
 - ✧ Agudo
 - Lesão secundária
 - ✧ Pode ocorrer horas a dias após o trauma

- ✱ Contribuem para lesão
 - > Hipoxemia
 - > Hipotensão
 - > Edema cerebral
 - > Hipoglicemia
- Se possível o paciente deve ser encaminhado para um serviço de referência pediátrico, pois muitas vezes as crianças não estão incluídas nos protocolos de conduta dos serviços de adultos.
- O neurocirurgião deverá estar ciente e acompanhar o caso desde o seu início.

Condução Inicial

- Deve seguir a sequência do ABCDE
- Manter via aérea pérvia e oferecer oxigenioterapia
 - Indicações de intubação
 - ✱ Escala de coma de Glasgow ≤ 8
 - ✱ Sinais de hipertensão intracraniana (HIC) e iminência de herniação
 - Cuidados na intubação traqueal
 - ✱ Evitar hiperestender a coluna cervical
 - ✱ Manter a coluna cervical em posição neutra, se colar cervical presente retirá-lo.
 - ✱ Utilizar manobra de elevação da mandíbula
 - ✱ Usar sequência rápida de intubação ou medicações para intubação a que esteja familiarizado.
 - ✱ Medicações usadas na intubação traqueal úteis para controlar HIC grave: o etomidato (cuidado, pois pode causar supressão adrenal, principalmente no paciente em choque) e o tiopental (alerta: pode ocasionar depressão cardiovascular)
 - ✱ Evitar o uso de cetamina, pois ainda não há consenso no seu uso na intubação traqueal do TCE por ser descrita ação sobre o aumento da pressão intracraniana.
- ✱ Caso necessite de sondagem gástrica, esta deverá ser orogástrica pelo risco de fratura de base de crânio, independentemente da presença ou ausência de sinais diretos ou indiretos.
- ✱ Manter a cabeça em posição neutra com cabeceira elevada entre 30° e 45° após avaliação da via aérea.
- Reconhecimento e tratamento rápido do choque e de hipotensão arterial
 - Hipotensão é um marcador sensível de mortalidade.
 - Ressuscitação fluídica sempre que necessário, seguindo as recomendações da reposição fluídica para o choque, isto é, reposição de alíquotas de 20 mL/kg/kg, o mais rápido possível com solução salina.
 - Manter a pressão arterial sistólica acima de 70 mmHg nas crianças entre 1 e 12 meses, acima de 70 + (2 x idade) mmHg entre 1 ano e 10 anos e acima de 90 mmHg nos maiores de 10 anos.
- Controle e reconhecimento de alterações eletrolíticas principalmente em relação a hiponatremia.
- Tratamento da hipoglicemia
 - Avaliar a glicemia
 - TCE aumenta as demandas energéticas e a hiperglicólise

Reconhecimento e condução da hipertensão intracraniana e iminência de herniação cerebral

- Reconhecimento
 - Tríade de Cushing
 - ✱ Hipertensão, bradicardia e alteração respiratória
 - Exame alterado da pupila
 - ✱ Assimétrica, fixa ou pupilas dilatadas
 - Deterioração neurológica
 - ✱ Queda de dois pontos ou mais na escala de coma de Glasgow

- Postura
 - * Postura em extensão
- Condução
 - Terapêutica hiperosmolar
 - * Manitol (0,25–1,0 g/kg). Podendo ser repetido. Manter a osmolalidade plasmática ≤ 310 mmol/L
 - * Solução salina hipertônica a 3% (0,1–1,0 mL/kg/h). A solução hipertônica tem atualmente a licença para ser utilizada como estratégia de primeira linha para tratar o aumento da pressão intracraniana (PIC), pois ocasiona uma resolução mais rápida do aumento da PIC em crianças.
 - Hiperventilação
 - * Ter como alvo uma hiperventilação leve (PaCO_2 30-35mmHg) nas crianças que apresentam hipertensão intracraniana refratária. Caso seja disponível, monitorar com capnografia a pressão parcial de CO_2 no final da expiração.
 - * Deve ser evitada a hiperventilação profilática, assim como a hiperventilação mais vigorosa.

tar a hipertensão intracraniana refratária tem nível de evidência II, sendo efetiva em diminuir a PIC, entretanto, não melhora a evolução funcional ou apresenta benefício em relação à mortalidade seis meses após o trauma.

- Suporte nutricional
 - Tem papel muito importante nas crianças com TCE, objetivando-se a reposição nutricional completa até o sétimo dia após a lesão, devido à perda de nitrogênio e de peso acompanhados pelo estresse traumático.
- Convulsão
 - Tratar assim que reconhecida
 - Naqueles que apresentaram convulsão, considerar iniciar tratamento com fenitoína
 - O uso de fenitoína profilática para prevenir a epilepsia pós-traumática pode ser considerado. É interessante que quando indicada, haja monitoração eletroencefalográfica contínua (casos graves em ambiente de terapia intensiva) para se observar convulsão sem manifestação clínica pelo uso profilático da medicação.
- Corticosteroides
 - Devem ser evitados. Devido à ausência de evidência em relação aos benefícios e o potencial relacionado às complicações infecciosas. O tratamento com corticosteroide não está associado a melhora da evolução funcional, diminuição da mortalidade e diminuição da PIC.

Outras terapêuticas

- Controle da dor
 - São necessários sedativos e analgésicos, obtendo seu nível adequado para a realização de procedimentos invasivos, como o manejo da via aérea, controle da PIC, sincronização dos esforços respiratórios com o aparelho de ventilação pulmonar mecânica e alívio da ansiedade durante procedimentos como diagnóstico por imagem. O esquema terapêutico mais utilizado é a associação de opioide com benzodiazepínico.
- Controle de temperatura
 - Deve-se evitar a hipertermia, pois pode causar lesão cerebral secundária. A utilização de hipotermia terapêutica para tra-

Conclusão

O cuidado da criança com TCE deve incluir necessariamente uma atuação multidisciplinar em todos os estágios da evolução clínica da criança. Realizar avaliação inicial, orientação diagnóstica, monitoração (cerebral, respiratória, cardiocirculatória) e tratamento da hipertensão intracraniana devendo-se sempre minimizar as lesões secundárias associadas ao TCE.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA

1. Araki T, Yokota H, Morita A. Pediatric Traumatic Brain Injury: Characteristic Features, Diagnosis, and Management. *Neurol Med Chir (Tokyo)*. 2017 Jan 20.
2. Atabaki SM. Updates in the General Approach to Pediatric Head Trauma and Concussion. *Pediatr Clin N Am* 2013;60:1107–22.
3. Bharadwaja S, Rocker J. Minor head injury: limiting patient exposure to ionizing radiation, risk stratification, and concussion management. *Curr Opin Pediatr*. 2016;28(1):121–31.
4. Harty E, Bellis F. CHALICE head injury rule: an implementation study. *Emerg Med J* 2010;27:750e2.
5. Hutchison JS, Ward RE, Lacroix J, et al. Hypothermia therapy after traumatic brain injury in children. *N Engl J Med*. 2008;358(23):2447–56.
6. Kochanek PM, Carney N, Adelson PD, et al. Guidelines for the acute medical management of severe traumatic brain injury in infants, children and adolescents-second edition. *Pediatr Crit Care Med* 2012;13:51–82.
7. Kuppermann N, Holmes JF, Dayan PS, et al. Identification of children at very low risk of clinically important brain injuries after head trauma: a prospective cohort study. *Lancet* 2009;374:1160–70.
8. Levin HS, Diaz-Arrastia RR. Diagnosis, prognosis, and clinical management of mild traumatic brain injury. *Lancet Neurol*. 2015;14:506–17.
9. Osmond MH, Klassen TP, Wells GA, et al. CATCH: a clinical decision rule for the use of computed tomography in children with minor head injury. *CMAJ* 2010;182(4):341–8.
10. Shein SL, Ferguson NM, Kochanek PM, et al. Effectiveness of Pharmacological Therapies for Intracranial Hypertension in Children With Severe Traumatic Brain Injury--Results From an Automated Data Collection System Time-Synched to Drug Administration. *Pediatr Crit Care Med*. 2016;17(3):236–45.
11. Simma B, Lütschg J, Callahan JM. Mild head injury in pediatrics: algorithms for management in the ED and in young athletes. *Am J Emerg Med*. 2013;31(7):1133–8.

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 Hoinhoff (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 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)

Educação Física:

Coordenador: Ricardo do Rego Barros (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Patrícia Guedes de Souza (BA)

Alex Pinheiro Gordia (BA)

Maria Teresa Quadros (BA)

Metodologia Científica:

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:

Alvaro Jorge Madeiro Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Christian Muller (DF)

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)

Fabiana Carlese (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 GPCC (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)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

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

Lilian 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)

CONVERSANDO COM O PEDIATRA

Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacilio 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 (SP)

Altacilio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA

Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)

Fernanda Luisa 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)

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)

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)

Nelson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes: