



BOLETIM ASBAI

Número 38 | Fevereiro 2020



PALAVRA DO COORDENADOR

SEMANA MUNDIAL DA ALERGIA

Anafilaxia em evidência



Semana Mundial
da Alergia 2020

TEMA:
ANAFILAXIA

28 JUNHO - 4 JULHO

Desde 2011 a World Allergy Organization (WAO) define um tópico como tema da Semana da Alergia. Em 2020 o tema escolhido para a Semana de Alergia (28/junho-4/Julho) foi Anafilaxia. Vários levantamentos indicando aumento da incidência da Anafilaxia em várias locais.¹⁻³

A Semana da Alergia tem vários objetivos relevantes para a especialidade. Saliente-se o debate do tópico anual, expondo o conhecimento atual para a população e também a classe médica. Ao mesmo tempo, a iniciativa visa expor para autoridades em saúde a importância de formação em Alergia/Imunologia nas escolas médicas e a necessidade de implantação de Serviços especializados para o atendimento das pessoas com doenças alérgicas.

A ASABI desde o primeiro momento se engajou na Semana de Alergia e promoveu encontros e atividades de divulgação da especialidade. Além disso, a ASABI estimula as suas Regionais e Serviços de Alergia para que realizem eventos em que o tema principal seja abordado. Isto tem acontecido com amplo sucesso e muita aceitação.

Anafilaxia é condição clínica específica da nossa especialidade. São tópicos importantes que podem ser expostos, a indicação de provas laboratoriais cientificamente válidas e atuais, a atividade do especialista na avaliação de alergia a medicamentos através de testes cutâneos e provas de provocação, indução de tolerância oral na alergia alimentar, Dessensibilização a quimioterápicos e imunobiológicos, imunoterapia específica com veneno de himenóptero is, entre outros.

Diagnóstico de agente causal de anafilaxia exige conhecimento de várias áreas da Alergologia, como mecanismos básicos de ativação celular, caracterização de reações de hipersensibilidade, conhecimento da alergia alimentar, reações a medicamentos, picada de himenópteros, exercício, látex, entre outros agentes. O critério para indicação de provas diagnósticas é fundamentado no conhecimento da imunopatologia da Anafilaxia, análise do quadro clínico, identificação de prováveis desencadeantes e então, a escolha da(s) técnica(s) mais apropriada(s) de determinações séricas e/ou de testes cutâneos. Não se pode esquecer as manifestações incomuns de Anafilaxia, mais importantes e graves na infância, visto a maior dificuldade de percepção por familiares e cuidadores.

A Semana de Alergia é oportunidade para enfatizar a qualificação única e exclusiva dos Médicos na avaliação, diagnóstico, tratamento e presença das doenças alérgicas e da Anafilaxia, em particular. É de amplo conhecimento que existem profissionais não médicos pretendendo atuar na área do diagnóstico em Alergia, principalmente da Alergia Alimentar. A Semana de Alergia é um bom momento para divulgar o conhecimento científico atual e contribuir para evitar que pacientes supostamente com Alergia Alimentar sejam submetidos a dietas abusivas baseadas em exames sem validade científica, porém com valor financeiro.

O avanço das pesquisas permitiu identificar o receptor MRGPRX2 associado ao desencadeamento de anafilaxia por medicamentos na ausência de sensibilização, como as quinolonas, bloqueadores neuromusculares, icatibanto e outros. A introdução de novos fármacos e de imunobiológicos na

prática clínica revolucionou o tratamento de numerosas doenças. Ao mesmo tempo, evidenciou a ocorrência de novos mecanismos de ativação de mastócitos e de anafilaxia. Em 2017, Castells propôs que as reações adversas a quimioterápicos e anticorpos monoclonais, caracterizadas por sintomas como febre, calafrios, náusea, cefaleia febre, fossem integradas aos mecanismos de anafilaxia uma vez que envolviam a ativação de mastócitos.⁴ Para alguns, seriam melhor classificadas como um quadro de reação de hipersensibilidade a medicamentos. Aqueles mais interessados no conhecimento de Anafilaxia é recomendável a leitura do Editorial de Mariana Castells para número recente do *Annals of Allergy Asthma and Immunology*.⁵

Outro aspecto a debater na Semana de Alergia é o uso e disponibilidade da Adrenalina. Está comprovado que o atraso na aplicação de adrenalina favorece curso mais grave da anafilaxia. Pacientes que sofreram anafilaxia devem ser orientados na prevenção, identificação de primeiros sinais e aplicação de plano de ação que deve contemplar aplicação de adrenalina. Assim, pacientes que sofreram anafilaxia principalmente por alimentos e por himenópteros devem PORTAR adrenalina e devem ter à disposição em escolas, locais de trabalhos, clubes e áreas rurais.

No Brasil é observado certo alvoroço ao avaliar a escolha entre adrenalina em ampolas ou o uso de aparelhos autoinjetores de adrenalina. Ambas apresentações não são disponibilizadas no Serviço Público. Os aparelhos autoinjetores apresentam melhor portabilidade e facilidade de manuseio e aplicação em relação à adrenalina em ampolas,

mesmo se esta estiver contida em seringas previamente preenchidas. Na impossibilidade de dispor de aparelho autoinjeter o médico deve disponibilizar Adrenalina em ampolas para o paciente em risco de anafilaxia. O importante é que o paciente disponha de adrenalina. A ASBAI tem atuado em vários níveis para que adrenalina seja disponibilizada aos pacientes nos SUS.

A ASBAI tem contribuído sempre para a atualização científica do associado e a informação da classe médica e da população em geral sobre diagnóstico e tratamento das condições alérgicas. O Departamento Científico de Anafilaxia publicou um Cartão de Identificação de Alérgico que pode ser obtido no *site* e também folhetos educacionais sobre Anafilaxia que podem ser usados na Semana de Alergia. São seis folhetos sobre Anafilaxia em geral, Anafilaxia por Alimentos, Medicamentos, Insetos, Látex e Exercício. Estes impressos podem ser obtidos nos *links* abaixo e na sua versão em PDF, dispõem de espaço em branco para o especialista imprimir os seus dados pessoais. No momento, em conjunto com a Sociedade Brasileira de Anestesiologia a ASBAI está publicando documento de extrema importância e atualidade sobre Anafilaxia Perioperatória. Estas diretrizes estão em fase final de revisão para publicação.

Enfim, Anafilaxia é a maior área de conhecimento e de desenvolvimento específico da especialidade. Compete a nós divulgarmos nosso conhecimento e nosso trabalho em benefício ao bem estar das pessoas alérgicas. A Semana de Alergia é importante estímulo e veículo para esta tarefa.

Clique nos temas abaixo e conheça os materiais produzidos pelo Departamento de ANAFILAXIA da ASBAI:

em **geral**
www.asbai.org.br/anafilaxia-em-geral

por **insetos**
www.asbai.org.br/anafilaxia-por-insetos

por **medicamentos**
www.asbai.org.br/anafilaxia-por-medicamentos

ao **látex**
www.asbai.org.br/anafilaxia-ao-latex

por **alimentos**
www.asbai.org.br/anafilaxia-por-alimentos

por **exercício**
www.asbai.org.br/anafilaxia-por-exercicio

Referências

1. Wood RA, Camargo CA Jr, Lieberman P, Sampson HA, Schwartz LB, Zitt MB, et al. Anaphylaxis in America: The prevalence and characteristics, of anaphylaxis in the United States. *J Allergy Clin Immunol.* 2014;133:461-7.
2. Lieberman P, Camargo CA Jr, Bohlke K, Jick H, Miller RL, Sheikh A, et al. Epidemiology of anaphylaxis: findings of American College of Allergy, Asthma, and Immunology Epidemiology of Anaphylaxis Working Group. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 2006;97:596-602.
3. Tejedor-Alonso MA, Moro MM, Mugica-Garcia MV. Epidemiology of anaphylaxis. *Clin Exp Allergy.* 2015;45:1027-39.
4. Castells M. Diagnosis and management of anaphylaxis in precision medicine. *J Allergy Clin Immunol.* 2017;140(2):321-33.
5. Castells M. Anaphylaxis: watch out, it is everywhere now! *Annals of Allergy Asthma Immunology.* 2020;116e117.



Dr. Luiz Antonio Guerra Bernd

Coordenador do Departamento Científico de Anafilaxia da ASBAI



DESTAQUE EM PESQUISA NO BRASIL

Management of severe asthma: a European Respiratory Society/American Thoracic Society guideline

Holquin F, Cardet JC, Chung KF, Diver S, Ferreira DS, Fitzpatrick A, et al.
Eur Respir J 2020; 55: 1900588 [https://doi.org/10.1183/13993003.00588-2019].

Comentado por: Dr. Diogenes Serafim Ferreira

RESUMO: Este documento apresenta recomendações clínicas para o manejo da asma grave. Síntese das evidências abrangente, incluindo metanálises foram realizadas para resumir toda evidência disponível relevante para as questões da Força-Tarefa da *European Respiratory Society/American Thoracic Society*. As evidências foram avaliadas utilizando o método GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation*) e os resultados foram apresentados em perfis de evidência (*evidence profiles*). As sínteses de evidência foram discutidas e as recomendações formuladas por uma Força-Tarefa multidisciplinar de especialistas em asma, que fizeram recomendações específicas sobre seis questões determinadas. Após considerar o balanço das consequências desejadas e indesejadas, a qualidade da evidência, viabilidade e aceitabilidade de várias intervenções, a Força-Tarefa fez as seguintes recomendações: (1) sugere usar anti-interleucina (IL)-5 e anti-receptor alfa da IL-5 para fenótipos de asma grave eosinofílica não controlada em adultos; (2) sugere utilizar um ponto de corte de eosinófilos no sangue $\geq 150 \mu\text{L}^{-1}$ para guiar o início de anti-IL-5 em pacientes adultos com asma grave; (3) sugere considerar limites específicos de eosinófilos ($\geq 260 \mu\text{L}^{-1}$) e da fração exalada



de óxido nítrico (≥ 19.5 ppb) para identificar adolescentes ou adultos com maior probabilidade de resposta a terapia anti-IgE; (4) sugere usar tiotrópio inalado para adolescentes e adultos com asma grave não-controlada apesar de terapias nível 4-5 da Iniciativa Global Contra a Asma (GINA) ou nível 5 do Programa Nacional de Educação e Prevenção da Asma (NAEPP); (5) sugere um teste de terapia crônica com macrolídeo para reduzir exacerbações de asma em pacientes persistentemente sintomáticos ou pacientes não controlados em terapias GINA nível 5 ou NAEPP nível 5, independentemente do fenótipo da asma; (6) sugere usar anti-IL-4/13 para pacientes adultos com asma grave eosinofílica e para aqueles com asma grave dependente de corticosteroide independentemente dos níveis de eosinófilos no sangue. Estas recomendações devem ser reconsideradas quando nova evidência estiver disponível.

Comentários: Os medicamentos avaliados pela Força-Tarefa foram os anticorpos anti-IL-5 mepolizumabe e reslizumabe, o anticorpo anti-receptor alfa de IL-5 benralizumabe, o anticorpo anti-IgE omalizumabe, o anticorpo anti-subunidade alfa do receptor de IL-4 dupilumabe, o anti-muscarínico tiotrópio e os antibióticos macrolídeos azitromicina e claritromicina. As drogas mepolizumabe, benralizumabe, reslizumabe e dupilumabe são eficazes em reduzir exacerbações de asma, e todas elas, exceto o reslizumabe, também reduzem o uso de corticosteroides sistêmicos. O tratamento com tiotrópio pode melhorar o VEF₁ e reduzir a perda de controle da asma. Os macrolídeos podem reduzir as exacerbações de

asma em pacientes com asma não controlada ou persistentemente sintomática, mas há preocupação com a indução de resistência antimicrobiana com uso prolongado de antibiótico; além disso, a terapia crônica com macrolídeos para asma não foi aprovada pela ANVISA, e nem pela *Food and Drug Administration* (FDA), dos Estados Unidos. Provavelmente a maior barreira ao uso dos anticorpos monoclonais no Brasil é seu preço muito elevado, o que exige uma definição clara de quais pacientes podem ter acesso a estas medicações, e qual entidade financiará seu tratamento pela rede pública ou privada de saúde. Ressalto que as opiniões expressas aqui são pessoais, e não representam a opinião oficial da Força-Tarefa.

ARTIGOS COMENTADOS

1 Eosinopenia, in Chronic Spontaneous Urticaria, Is Associated with High Disease Activity, Autoimmunity, and Poor Response to Treatment

Kolkhir P, Church MK, Altrichter S, Skov PS, Hawro T, Frischbutter S, et al. *J Allergy Clin Immunol Pract.* 2020;8:318-25.

Comentado por:
Prof. Dr. Eli Mansur

Resumo: A urticária crônica espontânea (UCE) é caracterizada pela desgranulação dos mastócitos cutâneos e o influxo

de basófilos e eosinófilos nos sítios cutâneos afetados. A basopenia sanguínea foi relacionada à UCE grave resistente aos anti-histamínicos e à autoimunidade tipo IIb, enquanto que o papel dos eosinófilos na UCE é desconhecido. O objetivo deste estudo foi analisar os dados de 1.613 pacientes com UCE de dois centros a fim de estudar a prevalência, o papel e a relevância da eosinopenia na UCE. Para isso, as contagens



de eosinófilos e basófilos do sangue periférico foram realizadas com o uso de contadores hematológicos automatizados. As fichas dos pacientes foram avaliadas para características clínicas, resultados dos testes laboratoriais, teste cutâneo do soro autólogo, ensaio liberação de histamina basofílica induzida pelo soro, e para a resposta aos anti-histamínicos de segunda geração e omalizumab.

Resultados: Dez por cento dos pacientes com UCE tinham eosinopenia. Esta eosinopenia estava associada ao sexo feminino, alta atividade da doença, positividade no teste cutâneo do soro autólogo e no ensaio liberação de histamina basofílica, baixa IgE total, altos níveis de proteína C-reativa (PCR) e de IgG-antiperoxidase ($p \leq 0,007$). Não respondedores aos anti-histamínicos de segunda geração e omalizumab tinham, significativamente, níveis de eosinófilos mais baixos comparados aos respondedores ($p < 0,05$ e $p < 0,01$, respectivamente). As contagens de eosinófilos no sangue correlacionaram-se com as contagens dos basófilos ($r = 0,396$; $p < 0,001$), e 81% dos pacientes com UCE com eosinófilos indetectáveis tinham basopenia. A combinação de eosinopenia e basopenia é um melhor preditor de não resposta aos anti-histamínicos de segunda geração de que eosinopenia isolada (*odds ratio* de 9,5 vs. 4,8).

Conclusões: Eosinopenia em pacientes com UCE está associada a autoimunidade tipo IIb, alta atividade da doença, e baixa resposta ao tratamento. Os eosinófilos devem ser explorados como biomarcadores e investigados para a sua contribuição na patogênese da UCE.



Comentários: A busca por marcadores, de gravidade ou resposta a determinados tratamentos na UCE é um campo de intensa atividade no momento. Maior atividade inflamatória, com VHS e PCR aumentados, indica maior atividade da UCE. IgE aumentada mostrou, em publicação, correlacionar com melhor resposta ao omalizumab, e, em contraste, baixo IgE se correlaciona com menor taxa de resposta. Na atual publicação, mais um possível marcador de gravidade da UCE foi estudado, eosinopenia. A eosinopenia é rara, mas pode estar associada a algumas doenças, como infecção, neoplasias, uso de corticoides e doenças inflamatórias como UCE. Este estudo mostrou que a eosinopenia está associada à forma autoimune de UCE e, além disso, é um marcador de baixa resposta, tanto aos anti-histamínicos de segunda de geração, como ao omalizumab. A causa da eosinopenia e a sua associação à baixa resposta aos tratamentos na UCE não estão, ainda, adequadamente compreendidas. Os autores elencam algumas limitações deste estudo, e por isso mais pesquisas são necessárias para estabelecer mais este marcador – eosinopenia indicando baixa resposta –, e futuramente a indicação de outros tratamentos para estes pacientes.

2 Telemedicine and emerging technologies for health care in allergy/immunology

Portnoy JM, Pandya A, Waller M, Elliott T, et al.

J Allergy Clin Immunol.
2020;145:445-54.

Comentado por:

Profa. Dra. Marilyn Urrutia-Pereira

Antecedentes: A telemedicina é definida pelos Centros de Serviços *Medicare* e *Medicaid* como “o uso de telecomunicações e tecnologia da informação para fornecer acesso à avaliação da saúde, diagnóstico, intervenção, consulta, supervisão e informação a distância”.

A telemedicina (TM) tornou-se um método popular de acessar serviços médicos entre prestadores e pacientes, e é vista como uma alternativa econômica aos encontros presenciais episódicos mais tradicionais. A TM supera duas barreiras que os pacientes enfrentam ao procurar assistência médica: distância e tempo. É tão eficaz quanto as visitas pessoais para tratamento ambulatorial da asma, e é uma maneira conveniente de fornecer consultas para pacientes quando o alergista realiza atividades fora do hospital. A TM também tem sido usada para gerenciar pacientes com asma nas escolas. Alguns pacientes ficam tão satisfeitos que preferem a TM às visitas pessoais.

Além das visitas virtuais usando a TM, existem várias tecnologias emergentes relevantes para a prática de alergia / imunologia, incluindo diários eletrônicos (por exemplo, sintomas e uso de medicamentos), tecno-

logia para monitorar a atividade e sinais vitais, monitoramento remoto do paciente (por exemplo, exposições ambientais e adesão a medicamentos), bem como aumento de registros médicos eletrônicos com suporte à decisão clínica. O uso da TM, principalmente quando combinado com tecnologias da informação, como registros eletrônicos de saúde, tem o potencial de provocar uma mudança transformacional na maneira como o atendimento é realizado, alterando o processo de interação entre paciente e o provedor. A TM ajuda na escassez de especialistas em alergia em comunidades rurais e urbanas carentes, e facilita o acesso do paciente aos serviços de alergia. À medida que os pacientes assumem mais controle sobre seus cuidados de saúde, o uso da TM provavelmente aumenta, porque grande parte da mudança para adotar a TM é motivada pela preferência do paciente.

Conclusão: Embora continue havendo situações nas quais as visitas a um consultório médico serão necessárias, os avanços tecnológicos substituirão muitas dessas visitas ao longo do tempo. Ao integrar a TM aos registros eletrônicos de saúde, é provável que a tecnologia permita melhorias no atendimento ao paciente, que não seriam possíveis a poucos anos atrás.

Comentário: Tecnologias emergentes, incluindo o uso de diários digitais, dispositivos para monitoramento remoto das informações fisiológicas dos pacientes, uso de registros eletrônicos de saúde como suporte à decisão estão apenas começando a demonstrar seu valor.

À medida que as tecnologias e estratégias para seu uso se aprimorem, e sejam melhor

conhecidas pelos profissionais de saúde, a sua aplicação para o benefício e acompanhamento de pacientes com condições alérgicas serão amplamente utilizados.



3 Genetic, Immunological, and Clinical Features of the First Mexican Cohort of Patients with Chronic Granulomatous Disease

Blancas-Galicia L, Santos-Chávez E, Deswarte C, Mignac Q, Medina-Vera I, León-Lara X, et al.

J Clin Immunol. 2020 Feb 10. doi: 10.1007/s10875-020-00750-5.

Comentado por:

Prof. Dr. Gesmar Rodrigues Silva Segundo

Objetivos: A doença granulomatosa crônica (DGC) é uma imunodeficiência primária caracterizada pela incapacidade dos fagócitos em produzir espécies reativas de oxigênio, prejudicando a morte de várias bactérias e fungos. Resumimos aqui os 93 casos de CGD diagnosticados no México, entre 2011 e 2019.

Métodos: Treze hospitais mexicanos participaram deste estudo. Descrevemos as características genéticas, imunológicas e clínicas dos 93 pacientes com DGC de 78 parentes não relacionados.

Resultados: Oitenta e dois dos pacientes (88%) eram do sexo masculino. Todos os pacientes desenvolveram infecções bacterianas, e 30% sofreram de algum tipo de infecção fúngica. Cinquenta e quatro pacientes vacinados com BCG (58%) apresentaram complicações infecciosas da vacina BCG. Tuberculose ocorreu em 29%. Granulomas foram encontrados em 56% dos pacientes. Doenças autoimunes e inflamatórias estavam presentes em 15% dos pacientes. Um diagnóstico biológico da CGD foi feito em 89/93 pacientes, com base no teste NBT (n = 6), DHR (n = 27) e NBT mais DHR (n = 56). A deficiência foi completa em todos os pacientes. A idade média do diagnóstico biológico foi de 17 meses (variação de 0 a 186 meses). Um diagnóstico genético foi realizado em 83/93 pacientes (quando o material estava disponível), correspondendo às mutações CYBB (n = 64), NCF1 (n = 7), NCF2 (n = 7) e CYBA (n = 5).

Conclusões: As manifestações clínicas nesses pacientes mexicanos com DGC foram semelhantes às dos pacientes em outros lugares. Esta coorte é a maior da América Latina. As infecções por micobactérias são uma importante causa de morbidade no México, como em outros países nos quais a tuberculose é endêmica e os bebês são vacinados com BCG. A CGD ligada ao X representou a maioria dos casos no México, como em outros países da América Latina. No entanto, um número significativo

de mutações CYBA e NCF2 foi identificado, expandindo o espectro de mutações causais conhecidas.

Comentários: A doença granulomatosa crônica é um dos erros inatos da imunidade associados com surgimento de infecções

desde o início da vida, com grande morbimortalidade. O esforço mexicano é exemplar para o conhecer a doença em seu país e delinear estratégias de reconhecimento precoce e medidas de tratamento para os mesmos.



ESPAÇO DO ESPECIALISTA

O Danazol não está mais disponível. E agora?

O angioedema hereditário tem sido tratado profilaticamente com andrógenos atenuados há décadas. Trata-se do único medicamento incluído no PCDT publicado pelo Ministério da Saúde. O danazol tem sido utilizado para profilaxia das crises de Angioedema, porém, é uma droga com inúmeros efeitos adversos. Temos visto pacientes desenvolver hipertensão arterial, dores musculares, baixos níveis de HDL, distúrbios sexuais, sem mencionar os efeitos da administração de hormônios masculinos em mulheres. Temos que comunicar a elas que podem ganhar peso, ter alterações menstruais, aumentar a pilificação, dentre outros tantos efeitos colaterais. Ainda, há que mencionar que o uso de danazol é contraindicado em gestantes ou mulheres que pretendem engravidar e, também, em crianças. Já estávamos sem nenhuma opção para o tratamento nestas situações. Enfim, sempre há o plasma fresco para resgate das crises. Esta não é uma verdade, pois, o plasma só pode ser utilizado em crises, com limitação de sua eficácia e acessível somente em centros maiores. As estatísticas mostram que os pacientes continuam morrendo. Somente no



ano de 2019 ocorreram 3 óbitos no Brasil de pacientes com Angioedema Hereditário que conheciam seu diagnóstico.

Assim, temos que discutir se é o momento para lutarmos pela volta do danazol, ou assumirmos que há muitos recursos mais eficazes de tratamento das crises, ou mesmo, prevenção destas. Por que ignorar as diretrizes e consensos publicados em todo mundo?

Que tal aproveitarmos esta oportunidade para reafirmar a necessidade de rever o PCDT e oferecer opções cientificamente testadas e que melhorarão a qualidade de vida de nossos pacientes?

GEBRAEH

Grupo de Estudo Brasileiro em Angioedema Hereditário



ASBAI

Associação
Brasileira
de Alergia
e Imunologia

www.asbai.org.br

Presidente

Dr. Flávio Sano (SP)

1º Vice-Presidente

Dr. Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)

2º Vice-Presidente

Dr. Fábio Chigres Kuschnir (RJ)

Diretora Secretária

Dra. Fatima Rodrigues Fernandes (SP)

Diretora Secretária Adjunta

Dra. Alexandra Sayuri Watanabe (SP)

Diretor Financeiro

Dr. Gustavo Falbo Wandalsen (SP)

Diretor Financeiro Adjunto

Dr. Marcelo Vivolo Aun (SP)

Diretor Científico

Dr. Dirceu Solé (SP)

Diretora Científica Adjunta

Dra. Ekaterini Simões Goudouris (RJ)

Diretor de Relações Internacionais

Dr. Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Diretor de Ética e Defesa Profissional

Dr. Antonio Carlos Bilo (MS)

Diretor de Educação Médica a Distância

Dr. Luis Felipe Chiaverini Ensina (SP)

Editor da Revista da ASBAI

Dr. Pedro Francisco Giavina Bianchi Jr. (SP)

Coordenador de Mídia

Dr. Herberto Jose Chong Neto (PR)

Membros do Conselho Fiscal

Dra. Isaura Barreiro Rodrigues (SP)

Dr. Clóvis Eduardo Santos Galvão (SP)

Dra. Maria de Fátima Marcelos Fernandes (SP)

Suplentes

Dr. Raul Emrich Melo (SP)

Dr. Cármino Caliano (SP)

Dra. Cynthia Mafra Fonseca de Lima (SP)