



Documento Científico

Grupo de Trabalho
Doenças Inflamatórias Intestinais (Gestão 2025-2028)

Nº 24, 03 de Fevereiro de 2026

Ultrassom Intestinal nas Doenças Inflamatórias Intestinais na Pediatria

Grupo de Trabalho Doenças Inflamatórias Intestinais (Gestão 2025-2028)

Coordenadoras: Luciana Rodrigues Silva e Maraci Rodrigues

Membros: Elizete Aparecida Lomazi, Hildênia Baltasar Ribeiro, Michela Marmo, Roberta Fragoso, Silvio da Rocha Carvalho, Vanessa Scheeffer, Vera Lucia Sdepanian

Relatora: Júlia Campos Simões Cabral

Introdução

As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII), representadas pela Doença de Crohn (DC) e a Retocolite Ulcerativa (RCU), são condições inflamatórias crônicas que acometem o trato gastrointestinal e têm história natural de recaídas e remissões, e que as exacerbações agudas podem resultar em lesão intestinal e complica-

ções.¹ Em cerca de 20% dos casos, o diagnóstico das DII acontece durante a infância e adolescência, tornando-se um desafio clínico na pediatria, visto que são condições mais agressivas em seu curso e sua prevalência e incidência vêm crescendo em nível global.

As DII nessa faixa etária podem comprometer o crescimento e o desenvolvimento, além de ter um impacto psicossocial significativo, particularmente em cenários de diagnóstico tardio.^{1,2}

A endoscopia digestiva alta e a ileocolonoscopia com biópsias são exames fundamentais para o diagnóstico e classificação das DII em crianças. O estudo do intestino delgado, seja com a enterografia por ressonância magnética (MRE), Tomografia computadorizada (TC) ou por vezes com a cápsula endoscópica (CE), também se fazem necessárias, complementando a avaliação da localização da doença, sua extensão e a presença de complicações.²

Os alvos terapêuticos atuais vão além de controlar os sintomas e restabelecer o crescimento normal, objetivando a cicatrização da mucosa no primeiro ano para garantir uma melhor qualidade de vida em longo prazo.³ No entanto, em crianças, os sintomas clínicos têm pouca correlação com a atividade endoscópica e, durante o monitoramento, a avaliação da cicatrização mucosa requer a realização de ileocolonoscopias, MRE ou CE repetidas. Essa estratégia, além de ter um custo elevado, é frequentemente evitada por pais e pacientes, gerando estresse e ansiedade. A ileocolonoscopia é um procedimento invasivo, que exige sedação por um anestesio- logista e a ingestão de soluções para o preparo intestinal, que não são bem toleradas.^{1,2}

Biomarcadores não invasivos, como a Proteína C-Reativa (PCR) e a calprotectina fecal, embora muito utilizados na prática, apresentam sensibilidade e especificidades limitadas e não fornecem dados para caracterização da extensão e gravidade da inflamação transmural, informações que são importantes tanto no diagnóstico quanto no seguimento dos pacientes.²

Neste contexto, o Ultrassom Intestinal (IUS) surge como uma ferramenta promissora e de grande valor para o acompanhamento das DII em crianças. Constitui uma modalidade de imagem transversal precisa, não invasiva, isenta de radiação ionizante e com custo acessível, passível de ser empregada no momento do atendimento, sem exigência de preparo, jejum prévio ou sedação. O IUS permite que o gastroenterologista pediátrico visualize o cólon e

o intestino delgado, avalie a presença de atividade inflamatória nesses segmentos e detecte potenciais complicações, otimizando a tomada de decisão clínica tanto no diagnóstico quanto na fase de monitoramento.⁴

Neste documento serão abordados aspectos práticos do IUS, achados ultrassonográficos relevantes na DII e o seu papel no monitoramento das Doenças Inflamatórias Intestinais na população pediátrica.

Aspectos práticos e técnicos do exame de IUS em crianças

A preparação para o exame de IUS é mínima, fator que contribui para sua elevada aceitação, principalmente em crianças. Para otimizar o conforto do paciente e a qualidade da imagem, recomenda-se que o exame seja conduzido em um ambiente tranquilo e com iluminação reduzida, com a criança posicionada em decúbito dorsal e o abdome adequadamente exposto. O envolvimento dos pais e a utilização de técnicas de distração, podem facilitar a colaboração da criança.^{1,5}

Em crianças, devido ao seu menor biotipo abdominal, geralmente utiliza-se o transdutor linear de alta frequência (7–17 MHz) para uma visualização detalhada das camadas da parede intestinal e medições precisas. É essencial que o equipamento possua capacidade de Doppler colorido para a avaliação da vascularização da parede intestinal.^{1,5}

A execução do IUS deve seguir uma abordagem sistemática assegurando a avaliação completa de todos os segmentos intestinais, minimizando a possibilidade de lesões não identificadas. Embora exista variabilidade na sequência de avaliação entre os examinadores, a chave reside na adoção de um método padronizado. A progressão do exame geralmente envolve a avaliação do

cólon sigmoide e descendente, cólon transverso, cólon ascendente e ceco e íleo terminal.

A distinção entre as alças de intestino delgado e grosso também é importante. O intestino delgado exibe peristalse ativa, especialmente após a alimentação, enquanto o intestino grosso tende a ser mais estático. Esta observação é particularmente útil em áreas onde as alças intestinais se sobrepõem e a visualização é desafiadora. As pregas circulares de Kerckring podem ser observadas no intestino delgado proximal ao íleo, enquanto as haustrações são características do cólon, auxiliando na diferenciação.⁵

Em crianças com DII de Início Muito Precoce (VEO-IBD), ou menores de seis anos de idade, o exame pode apresentar desafios. A cooperação pode ser limitada e o abdome menor pode resultar em alças de intestino delgado proximais presentes no quadrante inferior esquerdo. Nesses casos, o operador pode necessitar de técnicas para otimizar a visualização do cólon esquerdo.¹

Outra limitação específica do IUS reside na dificuldade de visualização completa e detalhada do reto. Dada a sua localização anatômica profunda na pelve, a avaliação do reto distal frequentemente exige o uso de transdutores de baixa frequência para maior penetração. No entanto, mesmo com a escolha adequada do transdutor, a qualidade da visualização pode ser comprometida pelo estado de enchimento da bexiga – tanto a hiperdistensão, que pode atenuar as ondas sonoras, quanto a hipodistensão, que resulta em uma janela acústica inadequada, podem dificultar a análise precisa.⁵

Achados Ultrassonográficos de Atividade da DII

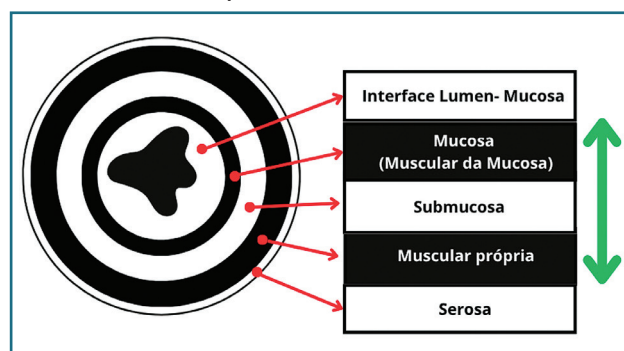
A identificação e a caracterização dos sinais de inflamação na parede intestinal são fundamentais para a avaliação da atividade da DII

pelo IUS. Alguns parâmetros são utilizados para este fim, vistos a seguir, sendo o espessamento da parede intestinal o mais bem estabelecido.

Espessamento da Parede Intestinal (BWT):

O BWT é o parâmetro mais consolidado para a avaliação de atividade inflamatória, exibindo alta acurácia na detecção de atividade endoscópica da DII. Em condições normais e com inflamação não severa, a parede intestinal pode ser distinguida em cinco camadas distintas, desde o lúmen hiperecoico até a camada serosa hiperecoica mais externa. Na presença de inflamação ativa ou crônica, a estratificação das camadas pode ser comprometida, tornando a medição do BWT mais desafiadora. A *mensuração* do BWT é realizada da interface lúmen-mucosa até a interface muscularis própria-serosa, com o transdutor posicionado perpendicularmente à parede intestinal (Figura 1).^{1,5}

Figura 1. Representação ultrassonográfica das camadas da parede intestinal



Corte transversal esquemático demonstrando as cinco camadas da parede intestinal ao ultrassom: interface lúmen-mucosa (hiperecoica), mucosa (hipoecoica), submucosa (hiperecoica), muscular própria (hipoecoica) e serosa (hiperecoica). A seta verde indica a medida da espessura da parede intestinal (BWT)

- **Valores de Referência:** Embora os valores normais de BWT tenham sido estabelecidos primariamente em adultos (BWT \leq 3 mm como normal), em crianças, estudos em andamento avaliam se um corte de \geq 2,5 mm pode ser

mais acurado para identificar inflamação ativa em DII.^{1,6}

Estratificação da Parede Intestinal (BWS)

– A estratificação ecogênica refere-se à capacidade de diferenciar as distintas camadas da parede intestinal. Em casos de inflamação aguda e crônica, as interfaces entre as camadas frequentemente ficam borradas ou obscurecidas, refletindo edema e dano mural. (Figura 2).^{1,5}

Hiperemia (Sinal Doppler Colorido) – A hiperemia, ou o aumento do fluxo sanguíneo na parede intestinal, é um indicador sensível de inflamação ativa, avaliado pelo Doppler colorido no IUS. Um sinal vascular aumentado na parede intestinal é considerado um marcador significativo de inflamação, correlacionando-se com maior gravidade da doença em populações pediátricas e adultas. (Figura 2).^{1,5}

Figura 2. Ultrassom com Doppler colorido demonstrando sinais de inflamação intestinal

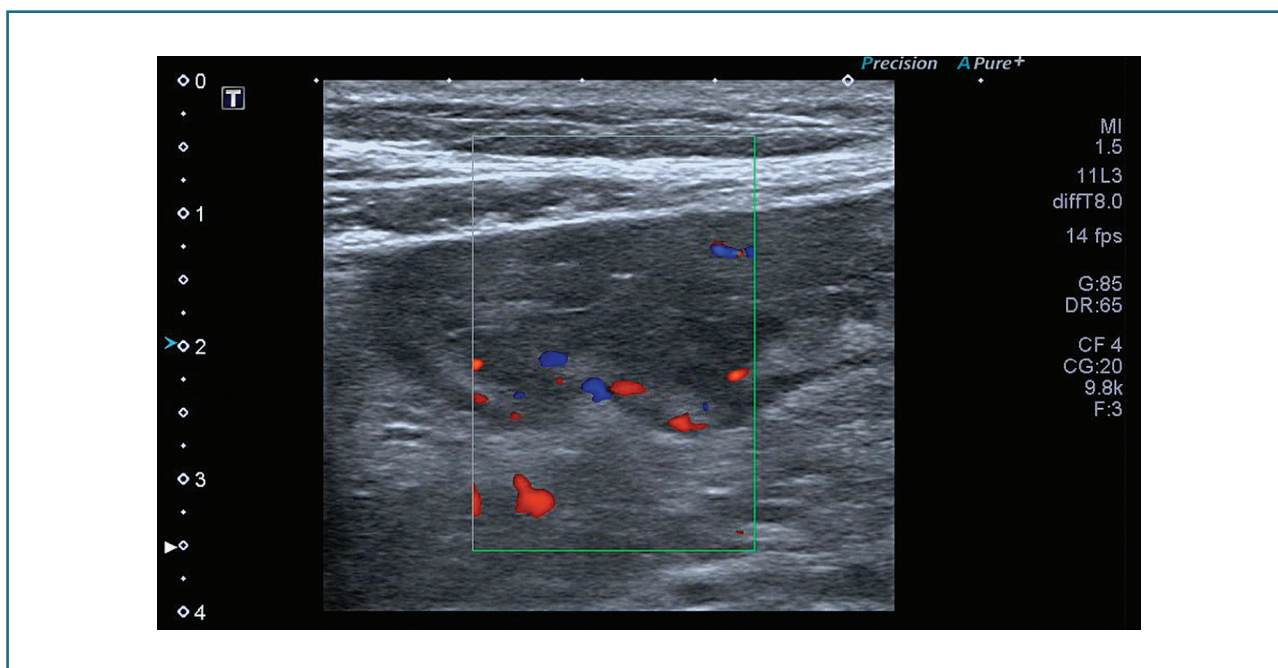


Imagem ultrassonográfica do íleo terminal evidenciando perda da estratificação das camadas da parede (BWS) (ausência do padrão alternado de ecogenicidade normal) e aumento do fluxo Doppler intramural (hiperemia), indicativos de processo inflamatório ativo na parede intestinal. (Imagem do acervo do autor)

Gordura Mesentérica e Linfadenopatia - A presença de sinais de inflamação na gordura mesentérica, caracterizada por áreas hiperecóticas que se estendem da serosa para o mesentério circundante, é um achado sugestivo de inflamação ativa, frequentemente associada à Doença de Crohn. Embora não haja uma medida padronizada para quantificar a gordura mesentérica, sua presença e extensão são documentadas.^{1,5}

A linfadenopatia mesentérica, definida como linfonodos mesentéricos > 10 mm no eixo curto, também tem sido associada à in-

flamação ativa na Doença de Crohn. Contudo, em crianças, a linfadenopatia pode ser benigna e relacionada a outras etiologias, exigindo cautela na interpretação e documentação detalhada do número, tamanho e localização dos linfonodos para futuras comparações.^{1,5}

Complicações:

O IUS possui a capacidade de identificar e caracterizar complicações da DII, como estenoses, fístulas e abscessos.

- **Estenoses:** Definidas pela presença de estreitamento luminal e dilatação das alças proximais. O IUS pode auxiliar na avaliação da hiperperistalse proximal à estenose e hipoperistalse na área de estreitamento;
- **Fístulas:** Podem aparecer como trajetos hipocóicos originando-se da parede intestinal.
- **Abscessos:** Tipicamente se apresentam como centros anecóicos arredondados dentro da gordura mesentérica inflamatória.

Aplicabilidade clínica do IUS na DII pediátrica

O IUS não apenas auxilia no diagnóstico inicial, mas é uma ferramenta poderosa no monitoramento da progressão da doença e da eficácia terapêutica.

Estudos tem demonstrado a acurácia do IUS em comparação com a ileocolonosopia (padrão-ouro) e a enterografia por ressonância magnética (MRE) para a detecção de DII ou suspeita de DII em crianças. Em comparação com a MRE, o IUS apresenta acurácia comparável na avaliação da inflamação transmural, com a vantagem de ser bem tolerado e de menor custo, ideal para exames repetidos. Três escores de ultrassonografia intestinal pediátricos foram desenvolvidos na última década com base em achados endoscópicos — um especificamente para crianças com retocolite ulcerativa (Civitelli UC), outro para crianças com doença de Crohn (PCD-US) e um terceiro para crianças com retocolite ulcerativa, doença de Crohn e DII não classificada (SPAUSS). No entanto, esses escores ainda carecem de validação suficiente.¹

A utilização mais valiosa do IUS em DII pediátrica consiste na sua capacidade de funcionar como um biomarcador em tempo real, com o benefício de resultados imediatos que sub-

sidiam a tomada de decisões à beira do leito. Alterações no BWT, no sinal Doppler colorido e no comprimento do segmento intestinal afetado podem ser visualizadas já nas primeiras duas semanas de tratamento com infliximabe em crianças com Doença de Crohn ileal, persistindo ao longo de seis meses.⁷ Estudos prospectivos demonstram que uma redução de 18% no BWT pela semana 8 é preditiva de cicatrização da mucosa do íleo, com alta sensibilidade (100%) e especificidade (93%).¹

Para otimizar a resposta terapêutica e atingir a cicatrização transmural, recomenda-se que o IUS deva ser realizado no início do tratamento (idealmente concomitante ou próximo ao momento da ileocolonosopia diagnóstica) para estabelecer um ponto de referência e repetido imediatamente após (4 a 12 semanas) o início da terapia para avaliar a melhora dos parâmetros. Avaliações subsequentes podem ser planejadas a cada 3 a 6 meses até a realização da colonoscopia “treat-to-target” dentro do primeiro ano. Caso não haja melhora ou se observe piora da inflamação no IUS deve-se considerar a otimização ou escalonamento da terapia. Após a confirmação da cicatrização da mucosa por ileocolonosopia, o IUS pode ser empregado para o monitoramento seriado e contínuo da remissão.⁵

Um fluxograma incorporando o IUS na abordagem das DII permite detectar inflamação subclínica persistente, possibilitando ajustes terapêuticos precoces e alterando o curso natural da doença em crianças, evitando complicações futuras e hospitalizações

Conclusões

O Ultrassom Intestinal emerge como uma ferramenta valiosa no diagnóstico e monitoramento das Doenças Inflamatórias Intestinais

na população pediátrica. Sua natureza não invasiva, sem uso de radiação ionizante e com a capacidade de fornecer avaliações em tempo real o posicionam como uma modalidade ideal para o acompanhamento de pacientes jovens com DII. Sua relevância estende-se do diagnóstico ao monitoramento da resposta terapêutica, com alterações que podem ser observadas precocemente após o início do tratamento, predizendo a cicatrização da mucosa e auxiliando na otimização da estratégia “treat-to-target”.

Embora ainda haja a necessidade de validação adicional de escores específicos e estabele-

cimento de valores para a população pediátrica, o IUS oferece uma oportunidade única para engajar crianças e suas famílias no processo de cuidado, com avaliações seguras e transparentes à beira do leito. A disseminação do conhecimento e do treinamento em IUS para gastroenterologistas pediátricos são fundamentais para que o potencial desta modalidade consiga ser inserido na prática clínica e, conseqüentemente, transforme o manejo das DII nessa faixa etária.

O treinamento e a experiência dos profissionais são fundamentais para a obtenção dos melhores resultados.

Referências

01. Dolinger MT, Kellar A. Point-of-Care Intestinal Ultrasound in Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Cur Gastroenterol Rep.* 2023;25(9):355-361.
02. van Wassenae EA, Benninga MA, van Limbergen JL, D’Haens GR, Griffiths AM, Koot BGP. Intestinal Ultrasound in Pediatric Inflammatory Bowel Disease: Promising, but Work in Progress. *Inflamm Bowel Dis.* 2022;28(5):783-787.
03. Turner D, Ricciuto A, Lewis A, D’Amico F, Dhaliwal J, Griffiths AM, et al. STRIDE-II: An Update on the Selecting Therapeutic Targets in Inflammatory Bowel Disease (STRIDE) Initiative of the International Organization for the Study of IBD (IOIBD): Determining Therapeutic Goals for Treat-to-Target strategies in IBD. *Gastroenterology.* 2021;160:1570–83.
04. Dolinger MT. The Role of Noninvasive Surrogates of Inflammation in Monitoring Pediatric Inflammatory Bowel Diseases: The Old and the New. *Gastroenterol Clin North Am.* 2023;52(3):497-515.
05. Kellar A, Dolinger M, Novak KL, Chavannes M, Dubinsky M, Huynh H. Intestinal Ultrasound for the Pediatric Gastroenterologist: A Guide for Inflammatory Bowel Disease Monitoring in Children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2023;76(2): 142-148.
06. van Wassenae EA, de Voogd FAE, van Rijn RR, van der Lee JH, Tabbers MM, Etten-Jamaludin FS, et al. Bowel ultrasound measurements in healthy children — systematic review and meta-analysis. *Pediatr Radiol.* 2020;50:501-8.
07. Dillman JR, Dehkordy SF, Smith EA, DiPietro MA, Sanchez R, DeMatos-Maillard V, et al. Defining the ultrasound longitudinal natural history of newly diagnosed pediatric small bowel Crohn disease treated with infliximab and infliximab–azathioprine combination therapy. *Pediatr Radiol.* 2017;47:924–34.



Diretoria Plena

Triênio 2025/2028

PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (R)

1º VICE-PRESIDENTE:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

SECRETÁRIO GERAL:

Maria Tereza Fonseca da Costa (R)

1º SECRETÁRIO:

Rodrigo Aboudib Ferreira - (ES)

2º SECRETÁRIO:

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

3º SECRETÁRIO:

Márcia Gomes Penido Machado (MG)

DIRETORA FINANCEIRA:

Maria Angélica Barcellos Svaiter (R)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Sidnei Ferreira (R)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

DIRETOR DE MEIO AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

DIRETORA ADJUNTA:

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Maryneia Silva do Vale (MA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE: Adelmia Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE: Ana Jovina Barreto Bispo (SE)

SUDESTE: Marisa Lages Ribeiro (MG)

SUL: Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

CENTRO-OESTE: Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Sulim Abramovici (SP)

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

SUPLENTES:

Analiária Moraes Pimentel (PE)

Bruno Leandro de Souza (PB)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (R)

CONSELHO FISCAL

Cléa Rodrigues Leone (SP)

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

ASSESSORIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS:

Maria Tereza Fonseca da Costa (R)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Elena Marta Amaral dos Santos (AM)

Evelyn Eisenstein (R)

Paulo César de Almeida Mattos (R)

DIRETORIAS E COORDENAÇÕES

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:

Hélcio Villaca Simões (R)

COORDENAÇÃO ADJUNTA:

Ricardo do Rego Barros (R)

MEMBROS:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Viana Braga (R)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (R)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (R)

Sidnei Ferreira (R)

Silvio Rocha Carvalho (R)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA

COORDENAÇÃO:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

MEMBROS:

João Carlos Batista Santana (RS)

Mara Morelo Rocha Felix (R)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

DIRETORES:

Maria Tereza Fonseca da Costa (R)

Sérgio Cabral (R)

AMÉRICA LATINA

COORDENADORES:

Maria Tereza Fonseca da Costa (R)

Ricardo do Rego Barros (R)

PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

COORDENADORES:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (R)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

DIRETOR:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

DIRETORIA ADJUNTA:

Edson Ferreira Liberal (R)

Sidnei Ferreira (R)

MEMBROS:

Alberto Cubel Brull Júnior (MS)

Ana Mackartney de Souza Marinho (TO)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Ariane Molinaro Vaz de Souza (R)

Carolino de Souza Machado e Silva Filho (R)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Dorizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Gilberto Pascolat (PR)

Isabel Rey Madeira (R)

Jocileide Sales Campos (CE)

Kassie Regina Neves Cargnin (R)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (R)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

DIRETORIA CIENTÍFICA

DIRETOR:

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

COORDENADORA:

Fernanda Luisa Ceragjoli Oliveira (SP)

COORDENADORES ADJUNTOS

Claudia Bezerra Almeida (SP)

Tulio Konstanyer (SP)

NEONATOLOGIA - PRORN

Cléa Rodrigues Leone (SP)

Renato Soibelmann Procianny (RS)

Rita de Cássia Silveira (RS)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPEP

Helena Muller (RS)

Werther Bronow de Carvalho (SP)

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP

Claudio Leone (SP)

Sérgio Augusto Cabral (R)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPEP

Gilberto Pascolat (PR)

Hany Simon Júnior (SP)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

NEUROPEDIATRIA - PRONEUROPEP

Giuseppe Mario Carmine Pastura (R)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Márcio Moacyr Vasconcelos (R)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES:

TRATADO DE PEDIATRIA

Edson Ferreira Liberal (R)

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Fábio Ancona Lopes (SP)

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (R)

Maria Tereza Fonseca da Costa (R)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

DIRETOR:

Renato de Ávila Kfourri (SP)

DIRETOR ADJUNTO:

Sérgio Luis Amantéa (RS)

MEMBROS:

Isabel Rey Madeira (R)

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Marise Helena Cardoso Tófoli (GO)

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

Ricardo Queiroz Gurgel

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

Cássia Freire Vaz (R)

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APROFUNDAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virginia Resende Silva Wefort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

COORDENAÇÃO GERAL:

Edson Ferreira Liberal (R)

COORDENAÇÃO OPERACIONAL:

Camila Salomão Mourão (AP)

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Marco Aurélio Palazzi Sáfiadi (SP)

Mariana Tschopke Aires (R)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:

Renato Soibelmann Procianny (RS)

MEMBROS:

Antônio José Ledo Alves da Cunha (R)

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

Dirceu Solé (SP)

Isidélia Alves Pontes da Silva (PE)

João Guilherme Bezerra Alves (PE)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Marco Aurélio Palazzi Sáfiadi (SP)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:

Clémax Couto Sant'Anna (R)

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (R)

EDITORES ADJUNTOS:

Márcia Garcia Alves Galvão (R)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (R)

COORDENAÇÃO DO CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Jandrei Rogério Markus (TO)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Cláudio D'Elia (R)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Gustavo Guida Godinho da Fonseca (R)

Isabel Rey Madeira (R)

Leonardo Rodrigues Campos (R)

Márcia Cortez Bellotti de Oliveira (R)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (R)

Rafaela Baroni Aurilio (R)

Sidnei Ferreira (R)

COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA:

Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:

Rosana Alves (ES)

MEMBROS:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (MG)

Ana Lúcia Ferreira (R)

Angélica Maria Bicudo (SP)

Anna Tereza Miranda Soares de Moura (R)

Rosana Fiorini Puccini (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Claudio Barsanti (SP)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Gilberto Pascolat (PR)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Liana de Paula Medeiros de A. Cavalcante (PE)

Maryneia Silva do Vale (MA)

Mauro Batista de Moraes (SP)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Rita de Cássia Viegas Gomes Lins Bittencourt (PB)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

Sheyla Ribeiro Rocha (SP)

Silvia Regina Marques (SP)

Silvio da Rocha Carvalho (R)

Susana Maciel Guillaume (R)

Tânia Denise Resener (RS)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

COORDENADOR:

Lélia Cardamone Gouvêa (SP)

MEMBROS:

Adelmia Alves de Figueiredo (RR)

André Luis Santos Carmo (PR)

Anna Tereza Miranda Soares de Moura (R)

Cássio da Cunha Ibiapina (MG)

Fernanda Wagner Freddo dos Santos (PR)

Luz Anderson Lopes (SP)

Maryneia Silva do Vale (MA)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:

Ana Maria de Oliveira Ponte (R)

MEMBROS:

Claudio Barsanti (SP)

Edson Ferreira Liberal (R)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Maria Tereza Fonseca da Costa (R)

Rubem Couto (MT)

MEMBROS:

AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA

Ana Isabel Coelho Montero

AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA

Marcos Reis Gonçalves