

## Cirurgia nas Doenças Inflamatórias Intestinais Pediátricas

### 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 Scheffer, Vera Lucia Sdepanian

**Relatores:** Idblan Carvalho de Albuquerque<sup>a</sup> e Raissa José de França Carvalho Cortez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Titular da Sociedade Brasileira de Coloproctologia (SBCP); Titular da Federação Brasileira de Gastroenterologia (FBG); Titular da Organização Brasileira de doença de Crohn e Colite (GEDIIB); Membro da comissão de cirurgia do GEDIIB gestão 2025/2026; Membro do Núcleo de DIIs do Hospital Sírio-Libanês; Responsável pelo ambulatório de DIIs do Serviço de Coloproctologia do Hospital Heliópolis.

<sup>b</sup> Médica Coloproctologista; Membro da Sociedade Brasileira de Coloproctologia; Membro da Sociedade Brasileira de Laser em Medicina e Cirurgia; Membro da Organização Brasileira de Doença de Crohn e Colite (GEDIIB); Pesquisadora e Mestranda em Doenças Inflamatórias Intestinais pela USP-SP; Ministra cursos de laser e novas tecnologias em cirurgia

### 1. Panorama da Doença Inflamatória Intestinal (DII) em Pediatria

As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) de início na infância têm apresentado um aumento de incidência e prevalência em diversas regiões do mundo ao longo das últimas décadas,

com crescimento particularmente pronunciado em áreas da Ásia oriental e América Latina. Foram observadas também mudanças no perfil epidemiológico que incluíram maior proporção de doença extensa e com início em idades cada vez mais precoces. Essa situação tem implicações diretas nas políticas públicas de saúde desde o planejamento e a implantação de serviços,

o aumento da demanda por terapias avançadas e a necessidade de intervenções cirúrgicas ao longo da vida<sup>1-3</sup>.

No momento, cerca de 20% a 30% dos diagnósticos de DII são realizados na infância ou adolescência, com um número considerável que evolui com complicações e várias indicações cirúrgicas ao longo do tempo. Na Colite ulcerativa (CU), há uma tendência de redução nas taxas de cirurgias nos pacientes diagnosticados na última década, possivelmente em função do diagnóstico precoce e das estratégias de tratamento mais efetivas. Porém, na doença de Crohn (DC) com fenótipo fibroestenótico ou fistulizante ainda há elevado risco de cirurgia intestinal e reoperações, especialmente entre crianças<sup>4-8</sup>.

---

## 2. Papel da Cirurgia nas DII em pediatria

---

Nas últimas décadas, a associação de terapia medicamentosa avançada, o suporte nutricional e a intervenção cirúrgica seletiva têm reduzido a necessidade de ressecções extensas e melhorado os resultados funcionais dos pacientes portadores de DII. Contudo, apesar da adequada sistematização do tratamento clínico, ainda há necessidade de cirurgias nos casos com lesões estruturais complexas e complicados por situações de emergência como obstrução e/ou perfuração intestinal. Somadas a isso, as decisões sobre indicação e momento operatório na pediatria exigem avaliações multidisciplinares envolvendo o gastroenterologista pediátrico, o cirurgião pediátrico, o radiologista e a equipe de nutrição, além de eventualmente outros especialistas, com atenção especial ao crescimento, maturação puberal e impacto psicossocial nos pacientes<sup>6,9,10,11</sup>.

Na CU pediátrica, a colectomia total com a anastomose da bolsa ileal em J ao ânus (IPAA)

é uma opção com a perspectiva de controle da doença da doença refratária ou complicada e eventualmente cura. Em crianças, embora os resultados funcionais iniciais após o procedimento sejam no geral favoráveis, a prática clínica e a literatura relatam a médio e longo prazo o aparecimento de complicações como a obstrução por aderências, estenose da anastomose da bolsa ao canal anal, a inflamação da bolsa (bolsite precoce ou tardia) com a necessidade de nova cirurgia para tratar essas complicações. A discussão pré-operatória sobre a possibilidade de alterações da fertilidade na fase reprodutiva é fundamental<sup>12,13,14</sup>.

Na DC, as ressecções intestinais são realizadas para tratamento de complicações locais, mas não curam a doença. Crianças com fenótipo fistulizante ou estenosante frequentemente necessitam de procedimentos repetidos ao longo da vida e a presença de doença perianal complexa exige um esquema terapêutico multidisciplinar envolvendo o controle da infecção aguda por drenagem, colocação de seton e terapia biológica. Resultados recentes mostram que, em alguns centros, terapias biológicas reduziram a necessidade de ressecções precoces, mas a taxa acumulada de cirurgias a longo prazo permaneceu relevante em subgrupos específicos como, por exemplo, nas crianças e adolescentes com doença perianal fistulizante<sup>4,8,9,11,15-17</sup>.

A transformação do papel da cirurgia para uma intervenção mais seletiva também se apoia em mudanças técnicas e de suporte perioperatório, como a adoção de abordagens minimamente invasivas quando factível, protocolos atualizados de nutrição perioperatória e a integração do tratamento médico-cirúrgico para preservar o comprimento intestinal e a função do órgão. Em crianças, a prioridade adicional por crescimento, desenvolvimento puberal e qualidade de vida também determinou decisões operatórias mais cautelosas do que em adultos, favorecendo estratégias conservadoras sempre que possível<sup>8,10</sup>.

### 3. Cirurgias Eletivas na doença de Crohn

#### 3.1. Instabilidade clínica

A indicação para cirurgia eletiva ocorre por intratabilidade clínica em crianças e adolescentes cuja DII não é controlada de forma satisfatória por tratamentos medicamentosos disponíveis. A intratabilidade envolve desde a dependência ou resistência à corticoterapia, necessidade frequente de hospitalizações por exacerbações agudas mesmo com uso adequado das medicações e a perda de resposta à terapia avançada com o comprometimento do desenvolvimento escolar, social e da qualidade de vida<sup>8,10,18</sup>.

#### 3.2. Doença de Crohn Luminal

Na apresentação luminal da DC pediátrica, a presença do comportamento estenosante necessita de decisões terapêuticas envolvendo equilíbrio cuidadoso entre o tratamento clínico, intervenção endoscópica e a cirurgia. Na estenose primariamente inflamatória, é sempre recomendado o tratamento com terapia avançada associado à terapia nutricional. A avaliação por exames de imagem, como a ultrassonografia (USG) intestinal ou a enterografia por ressonância magnética (ERM), é fundamental para quantificar o grau de fibrose, bem como para determinar a localização e o potencial impacto da estenose na nutrição e na qualidade de vida da criança. Para estenoses com até 5 cm, e que sejam acessíveis por colonoscopia, a dilatação endoscópica por balão representa uma alternativa minimamente invasiva e válida, capaz de adiar significativamente ou, em alguns casos, evitar a necessidade de uma ressecção cirúrgica. No entanto, quando a estenose demonstra ser predominantemente fibrosotênótica e com recidiva clínica frequente após as dilatações ou está associada a complicações

como perfuração, fístula adjacente ou abscesso, a intervenção cirúrgica é inevitável<sup>10,18</sup>.

Nesses cenários, a ressecção segmentar ou a estrituroplastia (estenoplastia) são as técnicas indicadas. Nesse contexto, prioriza-se sempre a strictureplastia para estenoses múltiplas e curtas, visando preservar o máximo de comprimento intestinal e, conseqüentemente, minimizar o risco de desenvolver a síndrome do intestino curto. De forma contínua, a prática moderna exige que os profissionais integrem estrategicamente a terapêutica biológica (especialmente inibidores do Fator de Necrose Tumoral - TNF), a nutrição enteral exclusiva (como indutora de remissão inflamatória) e as técnicas endoscópicas antes de considerar a cirurgia, para garantir que o ato cirúrgico seja reservado apenas para o dano intestinal irreversível<sup>20,21,29</sup>.

#### 3.3. Atrasos no desenvolvimento e crescimento

Esta é uma das indicações mais específicas e sensíveis da cirurgia eletiva na DII pediátrica. A persistência do atraso ponderal e estatural e o comprometimento do desenvolvimento puberal, apesar da otimização nutricional e do tratamento medicamentoso otimizado, são as maiores preocupações na gastroenterologia pediátrica. A causa reside na inflamação sistêmica crônica, que desvia recursos metabólicos e interfere diretamente no eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal, somada ao efeito supressor da placa de crescimento exercido pela corticoterapia prolongada. Nesses casos, a cirurgia eletiva é justificada como uma medida para interromper a inflamação sistêmica e permitir um ganho de altura antes do fechamento das placas epifisárias dos ossos longos. A remoção do segmento intestinal inflamado é fundamental para a retomada do desenvolvimento e do crescimento no pós-operatório dos pacientes pediátricos com DC e CU<sup>10,18,27,28</sup>.

---

## 4. Cirurgias de urgência na doença de Crohn

---

### 4.1. Obstrução intestinal

O quadro de obstrução intestinal na DC pediátrica é uma indicação cirúrgica frequente, resultante primariamente de estenoses fibroinflamatórias ileocólicas. A progressão para o sintoma obstrutivo, caracterizado por dor abdominal intensa, náuseas, vômitos e distensão, é o que guia a necessidade de intervenção, seja ela clínica, endoscópica ou cirúrgica. A ERM é o exame de escolha no ambiente eletivo, oferecendo detalhes da parede intestinal e identificando o grau de edema e realce, enquanto a Tomografia Computadorizada (TC) é essencial no serviço de emergência para avaliar a gravidade da obstrução e descartar complicações como perfuração. Em crianças, a tática cirúrgica é estritamente conservadora, priorizando abordagens que preservem o máximo de comprimento intestinal para mitigar o risco de síndrome do intestino curto. Assim, a decisão entre a estenoplastia para estenoses curtas e múltiplas, e a ressecção segmentar para estenoses longas, complexas ou associadas a fístulas/abscessos, deve ser individualizada, considerando a extensão, o número de estenoses e a história prévia de cirurgias do paciente<sup>8,20,22</sup>.

### 4.2. Doença fistulizante e abscesso não drenável por radiologia intervencionista

Abscessos intra-abdominais e pélvicos na DC exigem uma abordagem de controle de danos bem definida. Nesse contexto, a drenagem percutânea guiada por imagem (ultrassonografia ou TC) estabelece-se como a primeira escolha terapêutica sempre que a anatomia do abscesso e a técnica radiológica o permitam. Este procedimento minimamente invasivo é fundamental porque evita a necessidade

de uma laparotomia imediata de emergência, permitindo o controle da fonte de infecção e a subsequente estabilização clínica e otimização nutricional do paciente. No entanto, o fracasso desta abordagem terapêutica necessita da cirurgia imediata. Nesse contexto, o objetivo primário é a drenagem cirúrgica eficaz do foco infeccioso, frequentemente acompanhada da ressecção do segmento intestinal doente e, em muitas situações de sepse ou contaminação extensa, a criação de uma derivação fecal (estomia temporária) para desviar o fluxo e proteger a área infectada<sup>8,23-26</sup>, além da antibioticoterapia concomitante. A decisão individualizada e a experiência do cirurgião fazem toda a diferença nestas situações.

---

## 5. Doença de Crohn perianal e a importância do exame proctológico sob anestesia associado à terapia biológica

---

A DC perianal em crianças e adolescentes é uma manifestação frequentemente associada a um pior prognóstico, drenagem crônica e grave impacto na qualidade de vida. Devido à sua complexidade e ao alto risco de dano ao esfíncter anal, o diagnóstico e o tratamento exigem uma abordagem multimodal e minimamente invasiva. A pedra angular da condução diagnóstica e terapêutica inicial em casos complexos é a realização do exame proctológico sob anestesia (EPA). O EPA não é apenas diagnóstico, mas essencialmente terapêutico, permitindo o mapeamento preciso de úlceras, fissuras, plicomas inflamatórios, lesões, fístulas, a identificação e drenagem de abscessos subclínicos e com a locação de *seton* nas fístulas sintomáticas. O *seton* promove a drenagem controlada e evita a formação de novos abscessos enquanto protege a musculatura esfíncteriana. Esta abordagem cirúrgico-intervencionista

local é estritamente coordenada com o início ou a otimização imediata da terapia biológica com agentes anti-TNF e a terapêutica antibiótica. A combinação precoce da abordagem cirúrgica programada com a terapia biológica para a supressão da inflamação sistêmica é crucial para promover a cicatrização profunda e, acima de tudo, preservar a função do esfíncter anal e evitar a incontinência fecal. Além disso, evidências recentes em populações pediátricas reforçam que os melhores desfechos, incluindo o fechamento sustentado da fístula, são obtidos quando a intervenção local e a terapêutica sistêmica são combinadas e iniciadas precocemente<sup>16,18,32</sup>.

---

## 6. Cirurgias eletivas na Colite Ulcerativa

---

### 6.1. Instabilidade clínica

Para a CU refratária, a IPAA é a principal opção cirúrgica, por oferecer bons resultados. A indicação eletiva é crucialmente preferível à cirurgia de urgência, pois permite um planejamento cirúrgico detalhado em etapas, a otimização nutricional e imunológica do paciente e, conseqüentemente, a máxima preservação da função anorretal<sup>13,34</sup>.

### 6.2. Atrasos no desenvolvimento e crescimento

A cirurgia é indicada quando a doença colônica e refratária ao tratamento medicamentoso e compromete o crescimento linear, a recuperação ponderal, a qualidade do sono e o desempenho escolar do paciente. A remoção do cólon doente, que é a fonte da inflamação sistêmica crônica e dos sintomas limitantes, leva à recuperação nutricional e a melhora global do desenvolvimento da criança<sup>13,28</sup>.

---

## 7. Cirurgias de urgência na Colite Ulcerativa

---

### 7.1. Hemorragias

Na CU pediátrica, a hemorragia digestiva volumosa e incoercível é uma complicação rara, mas que configura uma emergência cirúrgica. A indicação cirúrgica ocorre quando há hemorragia que não cede às medidas de hemostasia endoscópica e que se manifesta com instabilidade hemodinâmica persistente, apesar do suporte intensivo. Na CU, a hemorragia intratável exige uma colectomia com ileostomia terminal, uma vez que a doença encontra-se nestes casos difusamente distribuída pelo cólon e a ressecção parcial não controlaria o sangramento. A rapidez na tomada de decisão cirúrgica é o fator prognóstico mais importante nessa situação, sendo crucial para evitar a exaustão fisiológica do paciente e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade e a morbidade associadas<sup>8,17,23</sup>. Esta decisão conjunta em geral é feita com o paciente hospitalizado, em concordância com o gastroenterologista pediátrico, o cirurgião e a família.

### 7.2. Perfuração colorretal

A ocorrência de perfuração colorretal com abscessos profundos e complexos na CU pediátrica, embora menos prevalente do que na DC, é uma situação clínica grave, especialmente no contexto de colite fulminante. A conduta é altamente individualizada, mas frequentemente exige uma abordagem mais rápida do que na DC, podendo ser necessária uma colectomia para remover a fonte da doença ou, em situações muito específicas, uma cirurgia dirigida para drenar o abscesso e controlar a fonte infecciosa, seguida de uma avaliação para colectomia. A prioridade é sempre o controle da sepse com antibioticoterapia e a remoção da fonte de contaminação, dado o potencial curativo da colectomia na CU<sup>26,33</sup>.

### 7.3. Colite aguda grave

O desenvolvimento de colite aguda grave e do megacólon tóxico está associado à refratariedade ao tratamento medicamentoso intensivo e representa as indicações mais críticas para a cirurgia de urgência na CU pediátrica. O megacólon tóxico, caracterizado pela dilatação colônica não obstrutiva e sinais de toxicidade sistêmica, permanece uma indicação clássica e absoluta para a colectomia de urgência em crianças com colite fulminante, dada a iminência de perfuração intestinal e o risco de sepse grave. A decisão de intervir cirurgicamente é guiada pela ausência de melhora clínica e laboratorial após 48 a 72 horas de terapia otimizada com corticosteroides intravenosos e, em alguns casos, terapia biológica de resgate. A cirurgia de escolha nestes casos é a colectomia total com ileostomia terminal<sup>23,26</sup>.

## 8. Cuidados perioperatórios

### 8.1. Suporte nutricional

Pacientes submetidos à cirurgia eletiva devem ser avaliados do ponto de vista nutricional previamente à cirurgia para que comprometimentos nutricionais sejam identificados e corrigidos. Especialmente nos pacientes com Doença de Crohn, onde a má nutrição é mais frequente, a suplementação enteral tem o potencial de reduzir complicações pós-operatórias. A via de administração da suplementação pode ser oral, enteral, ou combinada, de acordo com a avaliação individual. Em casos selecionados, onde as necessidades nutricionais não podem ser atingidas pela via enteral, o uso de nutrição parenteral pode ser utilizado.

A prescrição do suplemento deve levar em consideração características individuais, bem como a faixa etária do paciente. Em pacientes adultos, o uso de suplementos específicos que

contêm imunonutrientes, também chamada de imunonutrição, parece potencializar os efeitos da nutrição pré, peri e pós-operatória. No entanto, os dados pediátricos que validam o uso rotineiro dessas formulações específicas permanecem limitados e em fase de estudo devido às particularidades metabólicas dos pacientes pediátricos.

Diante de um paciente com desnutrição moderada a grave, a recomendação é iniciar o suporte nutricional otimizado por um período de 7 a 14 dias antes da cirurgia eletiva, sempre que a condição clínica permitir o adiamento cirúrgico. O objetivo da terapia nutricional é corrigir os déficits nutricionais de forma rápida e efetiva para que o melhor estado nutricional e funcional promova a redução dos riscos cirúrgicos<sup>10,18,35-37,41,42</sup>.

No período pós-operatório, é recomendado que a nutrição enteral comece o quanto antes possível, já no primeiro ou segundo dia pós-cirúrgicos. Esta medida está associada à redução do tempo de hospitalização, sem agregar risco à cicatrização da anastomose.

## 9. Técnicas Cirúrgicas

### 9.1. Laparotomia

A laparotomia aberta, definida pela realização de uma incisão abdominal do tamanho que proporcione acesso direto e completo à cavidade peritoneal, mantém um papel essencial no tratamento cirúrgico da DII pediátrica. Esta abordagem é a técnica padrão em cenários de emergência com instabilidade hemodinâmica, na presença de peritonite grave ou em quadros de contaminação séptica extensa, onde o controle rápido da fonte séptica e a necessidade de uma visualização e manipulação total dos órgãos abdominais são cruciais. A laparotomia também é indicada em situa-

ções eletivas complexas, como nos casos de extensas aderências intra-abdominais resultantes de cirurgias prévias ou quando o procedimento exige uma exposição superior para realizar ressecções múltiplas ou reconstruções que excedem a capacidade das vias minimamente invasivas<sup>6,58,59,60</sup>.

## 9.2. Técnicas Minimamente Invasivas

As técnicas minimamente invasivas englobam a laparoscopia e a cirurgia robótica e oferecem vantagens reconhecidas em muitas séries pediátricas e adultas, tais como menor dor pós-operatória, tempo de internação reduzido e recuperação funcional mais rápida. No entanto, a aplicabilidade depende de fatores como extensão da doença, história de cirurgias abdominais prévias e necessidade de ressecções complexas; por isso, a decisão é sempre individualizada, ponderando benefício clínico frente a limitação técnica<sup>59-67</sup>.

## 10. Protocolo ERAS (*Enhanced Recovery After Surgery*) na Pediatria

O protocolo ERAS consiste em um conjunto multimodal, multidisciplinar e baseado em evidências de medidas perioperatórias destinadas a minimizar a resposta ao estresse cirúrgico, preservar reservas fisiológicas e acelerar a recuperação funcional. Originalmente desenvolvido para cirurgia em adultos, suas recomendações foram adaptadas e testadas em diversas especialidades pediátricas, incluindo cirurgia abdominal, oncológica e procedimentos relacionados à DII<sup>67-69</sup>.

Os fundamentos do ERAS combinam intervenções pré-operatórias, intraoperatórias e pós-operatórias. São elas, preparação pré-

-admissão e educação familiar, otimização nutricional e metabólica, restrição do jejum com ingestão clara até tempos permitidos, profilaxia antitrombótica quando indicada, técnicas anestésicas multimodais com ênfase em analgesia regional e redução de opioides, controle rigoroso de fluidos intraoperatórios, manutenção da normotermia, início precoce de alimentação enteral e mobilização, além de critérios claros para alta. Em pediatria, essas medidas precisam ser adaptadas por faixa etária e em função de particularidades como dependência parental, comunicação e necessidades de desenvolvimento<sup>67-72</sup>.

## 11. Multidisciplinaridade

O modelo de cuidado ideal para crianças e adolescentes com DII que necessitam de intervenção cirúrgica fundamenta-se obrigatoriamente em uma abordagem multidisciplinar e interprofissional. A equipe deve ser composta por especialistas essenciais, incluindo gastroenterologia pediátrica, cirurgia pediátrica ou colorretal com experiência em DII, nutrição clínica, anestesia, psicologia e enfermagem especializada em estomaterapia e cuidados crônicos. A finalidade dessa articulação é coordenar e integrar todas as dimensões do cuidado (a clínica, a nutricional, a anestésica, a emocional e a de suporte domiciliar) de modo individualizado e centrado no paciente. Essa coordenação permite a otimização rigorosa do preparo prévio à cirurgia (minimizando a inflamação e corrigindo a desnutrição), a personalização das decisões operatórias, a garantia de suporte nutricional apropriado no pós-operatório, o ajuste fino das estratégias analgésicas e imunossupressoras, e a antecipação das necessidades psicossociais do paciente e da família, cujo envolvimento ativo é crucial para o sucesso em longo prazo. A implemen-

tação deste modelo integrado tem demonstrado consistentemente efeitos positivos, como a melhoria da adesão ao tratamento de manutenção, a redução de complicações pós-operatórias e a melhoria substancial da qualidade de vida dos pacientes<sup>73-76</sup>.

## 12. Conclusões

A cirurgia em DII pediátricas permanece como recurso fundamental para o tratamento de complicações agudas e crônicas, incluindo obstruções, hemorragias, abscessos e falha terapêutica, contribuindo significativamente para a melhora da qualidade de vida dos pacientes. A tomada de decisão deve ser persona-

lizada, baseada em critérios clínicos, extensão e fenótipo da doença, além de fundamentada em discussões multidisciplinares envolvendo gastroenterologia, cirurgia, nutrição, anestesia, psicologia e enfermagem, garantindo abordagem integrada e centrada no paciente. A atenção rigorosa ao estado nutricional e à otimização farmacológica no período perioperatório, incluindo manejo de imunossuppressores, corticoides e terapias biológicas, é crucial para reduzir complicações e favorecer a recuperação. Protocolos modernos de cuidados, como ERAS, e técnicas minimamente invasivas, incluindo laparoscopia e cirurgia robótica, demonstram benefícios claros em termos de menor tempo de internação, redução de dor, recuperação funcional acelerada e segurança perioperatória, reforçando a importância de integrar evidências contemporâneas no planejamento cirúrgico pediátrico.

## Referências

01. Long D, Wang C, Huang Y, Mao C, Xu Y, Zhu Y. Changing epidemiology of inflammatory bowel disease in children and adolescents. *Int J Colorectal Dis.* 2024;39(1):73.
02. Hudson AS, Huynh HQ. Pediatric inflammatory bowel disease: What's new and what has changed? *Paediatr Child Health.* 2024;29(3):144-9.
03. Martins AL, Fróes R de SB, Zago-Gomes M da P. Prevalence, phenotype and medication for the pediatric inflammatory bowel disease population of a state in Southeastern Brazil. *World J Clin Pediatr.* 2022;11(4):341-50.
04. Palacio FGM, de Souza LMP, Moreira JP de L, Luiz RR, de Souza HSP, Zaltman C. Hospitalization and surgery rates in patients with inflammatory bowel disease in Brazil: a time-trend analysis. *BMC Gastroenterol.* 2021;21(1):192.
05. Gagnon H, Paré M, Costaguta G, Turcotte M, Jantchou P, Chapuy L, et al. Incidence and characteristics of pediatric patients with Crohn's disease undergoing surgery: A cross-sectional study. *JPGN Rep.* 2025; 6(3):219-26.
06. Kolho KL, Nikkonen A, Merras-Salmio L, Molander P. The need for surgery in pediatric patients with inflammatory bowel disease treated with biologicals. *Int J Colorectal Dis.* 2024;39(1):58.
07. Borowitz SM. The epidemiology of inflammatory bowel disease: Clues to pathogenesis? *Front Pediatr* [Internet]. 2023 Jan 17 [cited 2025 Sept 29];10. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2022.1103713/full>
08. Mamula P, Kelsen JR, Grossman AB, Baldassano RN, Markowitz JE, editors. *Pediatric Inflammatory Bowel Disease* [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [cited 2025 Sept 29]. Available from: <https://link.springer.com/10.1007/978-3-031-14744-9>
09. Triantafillidis JK. Surgical treatment of inflammatory bowel disease: From the gastroenterologist's stand-point. *World J Gastrointest Surg.* 2024;16(5): 1235-54.

10. European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition. 2020 The Medical Management of Paediatric Crohn's Disease: an ECCO-ESPGHAN Guideline Update | ESPGHAN [Internet]. [cited 2025 Sept 29]. Available from: <http://www.espghan.org/knowledge-center/publications/Gastroenterology/2020-The-Medical-Management-of-Paediatric-Crohn-s-Disease--an-ECCO-ESPGHAN-Guideline-Update>
11. Adedara VO, Adedara CA, Ruth ND, Alozie GU, Nettagul N, Adedara VO, et al. Advancements in the Management of Pediatric and Adult Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review of Treatment Strategies and Long-Term Outcomes. *Cureus* [Internet]. 2024 Oct 24 [cited 2025 Sept 29];16. Available from: <https://cureus.com/articles/309642-advancements-in-the-management-of-pediatric-and-adult-inflammatory-bowel-disease-a-systematic-review-of-treatment-strategies-and-long-term-outcomes>
12. Adams U, Agala C, McCauley T, Burkbauer L, Stem J, Gulati A, et al. The Role of Diversion During Ileal Pouch Anal Anastomosis (IPAA) Creation in Pediatric Ulcerative Colitis. *J Pediatr Surg*. 2023;58(12):2337–42.
13. Runde J, Eröndü A, Akiyama S, Traboulsi C, Rai V, Glick LR, et al. Outcomes of Ileoanal Pouch Anastomosis in Pediatric Ulcerative Colitis Are Worse in the Modern Era: A Time Trend Analysis Outcomes Following Ileal Pouch–Anal Anastomosis in Pediatric Ulcerative Colitis. *Inflamm Bowel Dis*. 2022;28(9):1386–94.
14. Palm PH, Matos MC, Velazco CS. Complications following ileal pouch-anal anastomosis in pediatric ulcerative colitis. *Semin Pediatr Surg*. 2024;33(2):151405.
15. Mansour M, Doumet G, Kadan A, Bajour D, Madania M, Alsarraj MA, et al. Early diagnosis and treatment of perianal Crohn's disease in a 1-year-old infant: Case report and review of literature. *Clin Case Rep*. 2024;12(6):e8963.
16. Akkelle B, K. Sengul O, Volkan B, Tutar E, Ergelen R, Yardimci S, et al. Outcomes of Pediatric Fistulising Perianal Crohn's Disease. *Turk J Gastroenterol*. 2021;32(3):240–7.
17. Khan ZM, Ball C, Saeed D, Tai G, Chandran S, Vashista A, et al. Appraisal of current surgical guidelines for inflammatory bowel disease using the AGREE-S instrument: A scoping review. *Colorectal Dis*. 2025;27(1):e17258.
18. Lomazi EA, Oba J, Rodrigues M, Marmo MC da R, Sandy NS, Sdepanian VL, et al. Brazilian Consensus on the management of inflammatory bowel diseases in pediatric patients: a Consensus of the Brazilian Organization for Crohn's disease and colitis (GEDIIB). *Arq Gastroenterol*. 2022;59(suppl 1):85–124.
19. Martins AL, Fróes R de SB, Zago-Gomes M da P. Prevalence, phenotype and medication for the pediatric inflammatory bowel disease population of a state in Southeastern Brazil. *World J Clin Pediatr*. 2022 July 9;11(4):341–50.
20. Coppola G, Principessa C, Di Vincenzo F, Puca P, Del Gaudio A, Capobianco I, et al. Endoscopic Management of Strictures in Crohn's Disease: An Unsolved Case. *J Clin Med*. 2024;13(16):4842.
21. Fousekis FS, Mitselos IV, Tepelenis K, Pappas-Gogos G, Katsanos KH, Lianos GD, et al. Medical, Endoscopic and Surgical Management of Stricturing Crohn's Disease: Current Clinical Practice. *J Clin Med*. 2022;11(9):2366.
22. Lin X, Wang Y, Liu Z, Lin S, Tan J, He J, et al. Intestinal strictures in Crohn's disease: a 2021 update. *Ther Adv Gastroenterol*. 2022;15:17562848221104951.
23. Skomorochow E, Pico J. Toxic Megacolon. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 [cited 2025 Sept 29]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547679/>
24. Ullrich SJ, Frischer JS. Surgical management of complicated Crohn's disease. *Semin Pediatr Surg*. 2024;33(2):151399.
25. Kuhelj D, Langel C. Image-Guided Percutaneous Drainage of Abdominal Abscesses in Pediatric Patients. *Children*. 2024;11(3):290.
26. Assa A, Aloï M, Van Biervliet S, Bronsky J, di Carpi JM, Gasparetto M, et al. Management of paediatric ulcerative colitis, part 2: Acute severe colitis-An updated evidence-based consensus guideline from the European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition and the European Crohn's and Colitis Organization. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2025;81(3):816–51.
27. Altaş U, Ertem D. Evaluation of Growth in Children with Inflammatory Bowel Disease. *Children*. 2024;11(9):1038.
28. Spencer EA, Jarchin L, Rolfes P, Khaitov S, Greenstein A, Dubinsky MC. Outcomes of Primary Ileocolic Resection for Pediatric Crohn's Disease in the Biologic Era. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2021;73(6):710–6.
29. Fawaz L, Slim Y, Freswick PN. Endoscopic Guided Dilations without Intralesional Corticosteroid Injections: Pediatric Crohn's Patients Case Series. *Y Rep*. 2024;7(4):81.
30. Parra-Izquierdo V, Otero-Regino W, Juliao-Baños F, Frías-Ordoñez JS, Ibañez-Pinilla E, Gil-Parada FL, et al. Dysplasia and Colorectal Cancer Surveillance in Ulcerative Colitis Patients in Latin America: Real-World Data. *Crohns Colitis* 360. 2025;7(1):otae081.
31. El-Matary W, Guthery SL, Amir AZ, DiGuglielmo M, Draijer LG, Furuya KN, et al. Colorectal Dysplasia and Cancer in Pediatric-onset Ulcerative Colitis Associated with Primary Sclerosing Cholangitis. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. 2021;19(5):1067-1070.e2.

32. Hukkinen M, Pakarinen MP, Piekkala M, Koivusalo A, Rintala R, Kolho KL. Treatment of complex perianal fistulas with seton and infliximab in adolescents with Crohn's disease. *J Crohns Colitis*. 2014;8(8):756–62.
33. Alwassief A, Abbas QL, Al Busafi S, Al Lawati TT, Al Shmusi K. Transitioning Pediatric Patients with Inflammatory Bowel Disease: Key Considerations for Adult Gastroenterologists. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2025;28(3):141–7.
34. Rentea RM, Renaud E, Ricca R, Derderian C, Englum B, Kawaguchi A, et al. Surgical Management of Ulcerative Colitis in Children and Adolescents: A Systematic Review from the APSA Outcomes and Evidence-Based Practice Committee. *J Pediatr Surg*. 2023;58(10):1861–72.
35. Weimann A, Braga M, Carli F, Higashiguchi T, Hübner M, Klek S, et al. ESPEN practical guideline: Clinical nutrition in surgery. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2021;40(7):4745–61.
36. Castro MG, Ribeiro PC, de Matos LBN, Abreu HB, de Assis T, Barreto PA, et al. Diretriz BRASPEN de terapia nutricional no paciente grave. *Braspen J*. 2023;38(2, Supl 2):0–0.
37. Bischoff SC, Escher J, Hébuterne X, Kłęk S, Krznaric Z, Schneider S, et al. ESPEN practical guideline: Clinical Nutrition in inflammatory bowel disease. *Clin Nutr Edinb Scotl*. 2020;39(3):632–53.
38. Menchaca AD, Breckler F, Vanderpool CP, Perkins AJ, McLuckey M, Marine MB, et al. Preoperative Nutrition Status Predicts Hospital Length of Stay and Unplanned Reoperation Risk in Pediatric Patients With Inflammatory Bowel Disease. *J Pediatr Surg*. 2025;60(3):162147.
39. DeLoughery TG, Jackson CS, Ko CW, Rockey DC. AGA Clinical Practice Update on Management of Iron Deficiency Anemia: Expert Review. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2024;22(8):1575–83.
40. Peyrin-Biroulet L, Bouguen G, Laharie D, Pellet G, Savoye G, Gilletta C, et al. Iron Deficiency in Patients with Inflammatory Bowel Diseases: A Prospective Multicenter Cross-Sectional Study. *Dig Dis Sci*. 2022;67(12):5637–46.
41. Zhang G, Zhao B, Deng T, He X, Chen Y, Zhong C, et al. Impact of perioperative immunonutrition on postoperative outcomes in pancreaticoduodenectomy: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Gastroenterol*. 2024;24:412.
42. McKechnie T, Kazi T, Jessani G, Shi V, Sne N, Doumouras A, et al. The use of preoperative enteral immunonutrition in patients undergoing elective colorectal cancer surgery: A systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis*. 2025;27(4):e70061.
43. Maino C, Mariani I, Drago SG, Franco PN, Giandola TP, Donati F, et al. Computed Tomography and Magnetic Resonance Enterography: From Protocols to Diagnosis. *Diagnostics*. 2024;14(22):2584.
44. Focht G, Cytter-Kuint R, Greer MLC, Pratt LT, Castro DA, Church PC, et al. Development, Validation, and Evaluation of the Pediatric Inflammatory Crohn's Magnetic Resonance Enterography Index From the ImageKids Study. *Gastroenterology*. 2022;163(5):1306–20.
45. Vernia F, Ruscio MD, Stefanelli G, Viscido A, Frieri G, Latella G. Is fecal calprotectin an accurate marker in the management of Crohn's disease? *J Gastroenterol Hepatol*. 2020;35(3):390–400.
46. Slavin M, Goldstein A, Raguan B, Rudnicki Y, Avital S, White I. Postoperative CRP Levels Can Rule out Anastomotic Leaks in Crohn's Disease Patients. *J Pers Med*. 2022;12(1):54.
47. Cohen BL, Fleshner P, Kane SV, Herfarth HH, Palekar N, Farraye FA, et al. Prospective Cohort Study to Investigate the Safety of Preoperative Tumor Necrosis Factor Inhibitor Exposure in Patients With Inflammatory Bowel Disease Undergoing Intra-abdominal Surgery. *Gastroenterology*. 2022;163(1):204–21.
48. Schnitzler F, Tillack-Schreiber C, Szokodi D, Braun I, Tomelden J, Sohn M, et al. Safety of perioperative treatment with biologics in patients with inflammatory bowel disease undergoing bowel surgery: Experience from a large urban center. *PLOS ONE*. 2024;19(1):e0290887.
49. Adamina M, Minozzi S, Warusavitarne J, Buskens CJ, Chaparro M, Verstockt B, et al. ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease: Surgical Treatment. *J Crohns Colitis*. 2024;18(10):1556–82.
50. Lightner AL, Shen B. Perioperative use of immunosuppressive medications in patients with Crohn's disease in the new "biological era." *Gastroenterol Rep*. 2017;5(3):165–77.
51. Sartelli M, Coccolini F, Labricciosa FM, Al Omari AbdelKarimH, Bains L, Baraket O, et al. Surgical Antibiotic Prophylaxis: A Proposal for a Global Evidence-Based Bundle. *Antibiotics*. 2024;13(1):100.
52. Ku GY, Kim BJ, Park JW, Kim MJ, Ryoo SB, Jeong SY, et al. Single-Dose Versus Multiple-Dose Prophylactic Antibiotics in Minimally Invasive Colorectal Surgery: A Propensity Score Matched Analysis. *J Korean Med Sci*. 2024;39(47):e305.
53. Eder P, Łodyga M, Gawron-Kiszka M, Dobrowolska A, Gonciarz M, Hartleb M, et al. Guidelines for the management of ulcerative colitis. Recommendations of the Polish Society of Gastroenterology and the Polish National Consultant in Gastroenterology. *Przegląd Gastroenterol*. 2023;18(1):1–42.

54. Lin C, Lin H, Chen H, Chen N, Shih I, Hung J, et al. Perioperative optimization of Crohn's disease. *Ann Gastroenterol Surg*. 2022;7(1):10–26.
55. Albrecht K, Poddubnyy D, Leipe J, Sewerin P, Iking-Konert C, Scholz R, et al. Perioperative management of patients with inflammatory rheumatic diseases. *Z Für Rheumatol*. 2023;82(1):1–11.
56. Fasulo E, D'Amico F, Osorio L, Allocca M, Fiorino G, Zilli A, et al. The Management of Postoperative Recurrence in Crohn's Disease. *J Clin Med*. 2024;13(1):119.
57. Spertino M, Gabbiadini R, Dal Buono A, Busacca A, Franchellucci G, Migliorisi G, et al. Management of Post-Operative Crohn's Disease: Knowns and Unknowns. *J Clin Med*. 2024;13(8):2300.
58. Vuijk SA, Camman AE, de Ridder L. Considerations in Paediatric and Adolescent Inflammatory Bowel Disease. *J Crohns Colitis*. 2024;18(Supplement\_2):ii31–45.
59. Shrestha B. Minimally invasive surgery for inflammatory bowel disease: Current perspectives. *World J Gastrointest Pharmacol Ther*. 2016;7(2):214–6.
60. Luglio G, Cricri M, Tropeano FP, Palma GDD. Crohn's disease: is minimally invasive surgery the gold standard? A narrative review. *Ann Laparosc Endosc Surg* [Internet]. 2023 July 30 [cited 2025 Sept 29];8(0). Available from: <https://ales.amegroups.org/article/view/9184>
61. Liu W, Zhou W. Minimally invasive surgery in Crohn's disease: state-of-the-art review. *Front Surg* [Internet]. 2023 July 17 [cited 2025 Sept 29];10. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/surgery/articles/10.3389/fsurg.2023.1216014/full>
62. Willobee BA, Nguyen JA, Ferrantella A, Quiroz HJ, Hogan AR, Brady AC, et al. A retrospective comparison of outcomes for open vs. laparoscopic surgical techniques in pediatric ulcerative colitis. *Transl Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2021 July [cited 2025 Sept 29];6(0). Available from: <https://tgh.amegroups.org/article/view/6235>
63. Warps ALK, Zwanenburg ES, Dekker JWT, Tollenaar RAEM, Bemelman WA, Hompes R, et al. Laparoscopic Versus Open Colorectal Surgery in the Emergency Setting. *Ann Surg Open*. 2021;2(3):e097.
64. Saxena AK, Borgogni R, Escolino M, D'Auria D, Esposito C. Narrative review: robotic pediatric surgery—current status and future perspectives. *Transl Pediatr*. 2023;12(10):1875–86.
65. Flaifel M, Eichenberg S, Mohandes B, Taha E, Kollmann L, Flemming S, et al. The outcomes of robotic ileocolic resection in Crohn's disease compared with laparoscopic and open surgery: a meta-analysis and systematic review. *Tech Coloproctology*. 2025;29(1):88.
66. Pini Prato A, Lacher M. Advancing Pediatric Robotic Colorectal Surgery: Trends, Outcomes, and Future Directions-A Comprehensive Review. *Eur J Pediatr Surg Off J Austrian Assoc Pediatr Surg Al Z Kinderchir*. 2025;35(2):79–88.
67. ERAS Society. Guidelines [Internet]. ERAS@ Society. [cited 2025 Sept 29]. Available from: <https://erassociety.org/guidelines/>
68. American Pediatric Surgical Association. Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) | PedSurg Resource [Internet]. [cited 2025 Sept 29]. Available from: [https://www.pedsurglibrary.com/apsa/view/PedSurgResource/1884016/all/Enhanced Recovery After Surgery ERAS ?refer=true](https://www.pedsurglibrary.com/apsa/view/PedSurgResource/1884016/all/Enhanced+Recovery+After+Surgery+ERAS+?refer=true)
69. Zhang J guo, Li H wei, Wu X ming, Yu H bin, Liu Y hui, Qi L, et al. The impact of enhanced recovery after surgery on inflammatory indicators and prognosis related to complex appendicitis in children. *Front Pediatr* [Internet]. 2023 Oct 20 [cited 2025 Sept 29];11. Available from: <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2023.1261191/full>
70. Close S, Blake SC, “Tina” Davis T, Balbale SN, Perry JE, Weingard R, et al. Implementation of Enhanced Recovery Protocols for GI Surgery in Children: Practical Tools from Key Stakeholders. *J Surg Res*. 2023;284:204–12.
71. Su Y, Xu L, Hu J, Musha J, Lin S. Meta-Analysis of Enhanced Recovery After Surgery Protocols for the Perioperative Management of Pediatric Colorectal Surgery. *J Pediatr Surg*. 2023;58(9):1686–93.
72. Dipasquale V, Laganà F, Arrigo S, Trimarchi G, Romeo C, Navarra G, et al. Enhanced Recovery Care versus Traditional Care after Surgery in Pediatric Patients with Inflammatory Bowel Disease: A Retrospective Case-Control Study. *Biomedicines*. 2022;10(9):2209.
73. Barry JN, Moses JD, Kim SC. A Clinician's Guide To Effectively Transitioning and Transferring Care For Pediatric Patients With Inflammatory Bowel Diseases From The Pediatric To Adult Gastroenterologist. *Curr Gastroenterol Rep*. 2024;26(10):255–62.
74. Raffaele A, Ferlini CM, Fusi G, Lenti MV, Cereda E, Caimmi SME, et al. Navigating the transition: a multidisciplinary approach to inflammatory bowel disease in children. *Pediatr Surg Int*. 2024;40(1):245.
75. Wren AA, Maddux MH. Integrated Multidisciplinary Treatment for Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Children*. 2021;8(2):169.
76. Bay M C, Núñez F P, Quera R, Yarur AJ. Current perspectives on pediatric inflammatory bowel disease focusing on transitional care management. What should we consider? *Gastroenterol Hepatol*. 2023;46(2):139–47.



# Diretoria Plena

## Triênio 2025/2028

### PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RI)

### 1º VICE-PRESIDENTE:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

### 2º VICE-PRESIDENTE:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

### SECRETÁRIO GERAL:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RI)

### 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 (RJ)

### 2º DIRETORA FINANCEIRA:

Sidnei Ferreira (RJ)

### 3º DIRETORA 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: Adelmira 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 (RJ)

#### 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 (RI)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Elena Marta Amaral dos Santos (AM)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Paulo César de Almeida Mattos (RJ)

#### DIRETORIAS E COORDENAÇÕES

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

##### COORDENAÇÃO:

Hélcio Villaca Simões (RJ)

##### COORDENAÇÃO ADJUNTA:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

##### MEMBROS:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

##### 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 (RJ)

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 (RI)

Sérgio Cabral (RJ)

##### AMÉRICA LATINA

##### COORDENADORES:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RI)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

##### PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

##### COORDENADORES:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

##### DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

##### DIRETOR:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

##### DIRETORIA ADJUNTA:

Edson Ferreira Liberal (RI)

Sidnei Ferreira (RJ)

##### MEMBROS:

Alberto Cubel Brull Júnior (MS)

Ana Mackartney de Souza Marinho (TO)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Ariane Molinaro Vaz de Souza (RJ)

Carolino de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Cláudio Orestes Brito Filho (PB)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Gilberto Pascolat (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

Kassie Regina Neves Cargnin (RJ)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

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 Silva (RS)

##### TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPEP

Helena Muller (RS)

Werther Bronow de Carvalho (SP)

##### TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP

Claudio Leone (SP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

##### EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPEP

Gilberto Pascolat (PR)

Hany Simon Júnior (SP)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

##### NEUROPEDIATRIA - PRONEUROPEP

Giuseppe Mario Carmine Pastura (RJ)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Márcio Moacyr Vasconcelos (RJ)

##### DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES:

##### TRATADO DE PEDIATRIA

Edson Ferreira Liberal (RJ)

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 (RJ)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

##### DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

##### DIRETOR:

Renato de Ávila Kfourri (SP)

##### DIRETOR ADJUNTO:

Sérgio Luis Amantéa (RS)

##### MEMBROS:

Isabel Rey Madeira (RJ)

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 (RJ)

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

##### COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virginia Resende Silva Wefort (MG)

##### PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

##### COORDENAÇÃO GERAL:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

##### 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 (RJ)

##### EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

##### COORDENAÇÃO:

Renato Soibelmann Procianny (RS)

##### MEMBROS:

Antônio José Ledo Alves da Cunha (RJ)

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

Dirceu Solé (SP)

Isidória 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 (RJ)

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

##### EDITORES ADJUNTOS:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

##### COORDENAÇÃO DO CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Jandrei Rogério Markus (TO)

##### CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Cláudio D'Elia (RJ)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Gustavo Guida Godinho da Fonseca (RJ)

Isidória Alves Pontes da Silva (PE)

Leonardo Rodrigues Campos (RJ)

Márcia Cortez Bellotti de Oliveira (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

##### 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 (RJ)

Angélica Maria Bicudo (SP)

Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)

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 (RJ)

Susana Maciel Guillaume (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

##### COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

##### COORDENADOR:

Lélia Cardamone Gouvêa (SP)

##### MEMBROS:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

André Luis Santos Carmo (PR)

Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)

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 (RJ)

##### MEMBROS:

Claudio Barsanti (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

##### REDE DA PEDIATRIA

##### COORDENAÇÃO:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RI)

Rubem Couto (MT)

##### MEMBROS:

AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA

Ana Isabel Coelho Montero

AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA

Marcos Reis Gonçalves

AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA

Adriana Táv