



Documento Científico

Departamento Científico de
Hematologia e Hemoterapia

Interpretação do Hemograma e do Mielograma pelo Pediatra

Departamento Científico de Hematologia e Hemoterapia

Presidente: Isa Menezes Lyra

Secretária: Josefina Aparecida Pellegrini Braga

Conselho Científico: Célia Martins Campanaro, Cláudio Galvão de Castro Júnior, Maria Lucia de Martino Lee, Paulo Ivo Cortez de Araújo, Paulo José Medeiros de Souza Costa, Rosana Cipolotti

Interpretação do hemograma

O hemograma, certamente, é um dos exames mais solicitados na rotina do pediatra. Paradoxalmente, talvez seja um dos menos criticamente discutidos em sua interpretação, o que muitas vezes pode comprometer o curso da avaliação do paciente.

Variações extremas, sejam leucocitoses com blastos ou pancitopenias intensas, certamente

levarão o pediatra a encaminhar o paciente ao especialista (Figura 1).

O grande desafio na interpretação do hemograma está no reconhecimento e interpretação de alterações, que embora sutis, possam corresponder a uma doença sistêmica grave. Talvez, entender que o hemograma é o produto final resultante do que ocorre na medula óssea e/ou o que acontece no ambiente extramedular, seja no sangue periférico, seja no baço e no fígado, auxilie na interpretação.

Quadro 1 - Hemograma como produto da produção medular e consumo

MEDULA ÓSSEA + SANGUE PERIFÉRICO + BAÇO/FÍGADO = HEMOGRAMA

(centro produtor)

(local que recebe as células que foram produzida OU que as destrói)

(produto final)

Por outro lado, considerando que a **produção medular** é o cerne do processo, a análise do número de reticulócitos irá refletir de forma in-

direta esse aspecto; logo, a avaliação do **número de reticulócitos** deve fazer parte da análise conjunta do hemograma.

Utilizando portanto, essa equação fictícia (Quadro 1), podemos nos deparar com as seguintes situações:

1 - Falha na produção das células hematopoiéticas normais por falência medular, decorrente de lesão em célula progenitora ou precursora:

No sangue periférico as células sanguíneas vão diminuindo progressiva e continuamente, os órgãos de hematopoiese extramedular não são solicitados nessa situação, e o produto final (hemograma) demonstrará graus variáveis de citopenias, podendo chegar à pancitopenia. Os reticulócitos estarão diminuídos, demonstrando a falência de produção.

O mesmo é possível observar, quando ocorre inibição na produção do precursor eritrocítico de forma isolada. O sangue periférico apresenta graus acentuados de queda de eritrócitos, e no hemograma isso se manifesta por anemia intensa. Os reticulócitos estarão acentuadamente diminuídos, uma vez que estão diretamente associados à produção eritrocítica. A aplasia congênita pura do setor eritrocítico, é conhecida com Síndrome de Backfan-Diamond e a adquirida (transitória), mais comumente observada, é o resultado da infecção por Parvovírus.

2 - Infiltração da medula óssea por células hematopoiéticas anômalas, clonais, com vantagens proliferativas sobre os elementos normais. Essas células em geral, são blastos, e caracterizam as leucemias agudas.

No sangue periférico, diferentes situações podem ocorrer: as células podem ser liberadas em grande número, causando leucocitoses, e o hemograma nestas situações apresentará leucocitose com presença de blastos. Os blastos também poderão sair em menor número e nesses casos, teremos hemograma com leucócitos em número ainda normal com presença de blastos. Nessas duas situações o número de hemácias, plaquetas, poderá variar. Se ainda estiverem dentro de seu tempo médio de vida, o hemograma não apresentará obrigatoriamente, níveis baixos de hemoglobina e/ou plaquetas.

Por outro lado, os blastos podem apresentar proliferação mais lenta em medula óssea, e o sangue periférico mostrará queda gradual no número de plaquetas e nos níveis de hemoglobina, os leucócitos lentamente decairão e não haverá blastos circulantes. O hemograma, nestas situações, apresentará plaquetas em número levemente inferiores ao normal (p.ex: – 130 a 140 mil); a hemoglobina sofrerá queda gradual, e poderá ocorrer leucopenias não intensas ($< 4.000/mm^3$), por vezes, sem neutropenia acentuada.

3 - Infiltração da medula por células de linhagens não hematopoiéticas:

Nessa situação ocorrerão focos de células anômalas (metástases), mas as células hematopoiéticas continuarão sendo produzidas. Apenas quando a infiltração se tornar significativa, ocorrerá falha na produção e será observado impacto no sangue periférico, com diminuição progressiva das hemácias, plaquetas e leucócitos. Logo, o hemograma mostrará anemia, por vezes acentuada, plaquetopenia moderada, e leucopenia sem neutropenia, na maioria das vezes.

Em qualquer uma das situações acima, a produção medular está comprometida, logo, os reticulócitos também estarão diminuídos.

4 - Solicitação exacerbada da produção medular:

Aqui há várias e distintas situações que costumam ser o resultado de solicitações procedentes do sangue periférico. Na ocorrência do desenvolvimento de anticorpos, seja por doença reumatológica grave, seja por anemia ou plaquetopenia autoimune, ocorrerá destruição periférica dos elementos sanguíneos, o que resulta em uma resposta de feedback positivo por parte da medula óssea. No hemograma, observa-se citopenias em diferentes séries e em diferentes graus. Como a resposta medular é positiva, isso poderá ser facilmente avaliado de forma indireta, pelo aumento no número de reticulócitos.

As hemoglobinopatias, as doenças de membrana de eritrócitos, as enzimopatias, também são exemplos de solicitação aumentada na me-

dula. A síntese comprometida dos eritrócitos, os levarão à destruição aumentada e precoce em sangue periférico, com ou sem solicitação dos órgãos de hematopoese extramedular; o produto final será um hemograma com anemia, muitas vezes com eritroblastos em sangue periférico, leucocitose com neutrofilia e plaquetas normais ou até aumentadas. Caracterizando claramente esse aumento da produção medular bem como dos reticulócitos.

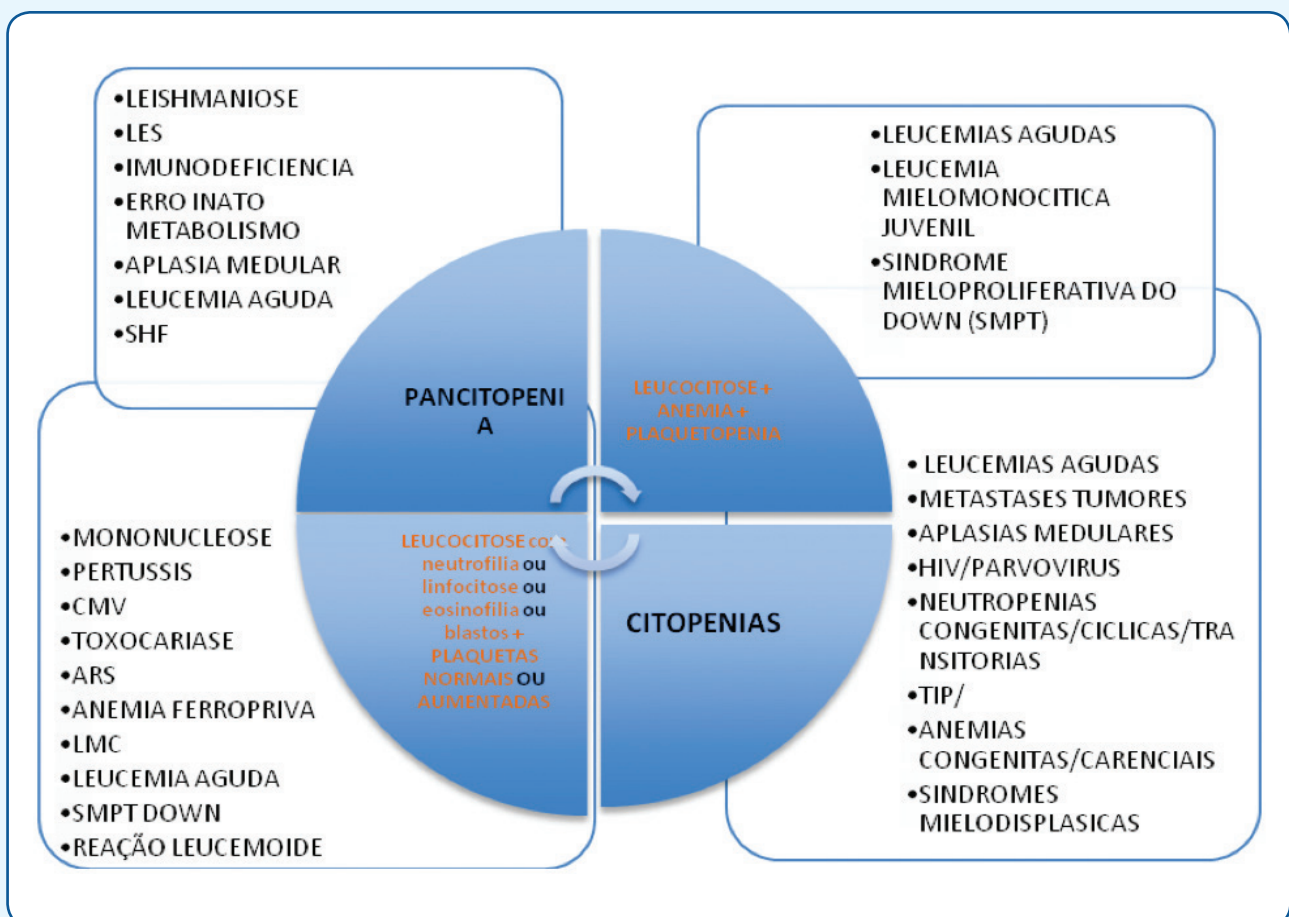
5 - A produção medular pode estar alterada por déficits nutricionais, como o que ocorre em pacientes com déficit de Vitamina B12 e folatos. Nesses pacientes, há uma falha na síntese do DNA, sendo as células resultantes anômalas, com meia vida comprometida, tanto intramedular como em sangue periférico. O que se observará no hemograma será citopenia ou pancitopenia. Mas, de forma distinta da falência da

célula progenitora, a medula tenta a produção, e portanto os reticulócitos estarão normais, por vezes discretamente aumentados.

6 - Produção medular aumentada também poderá ocorrer decorrente de grau acentuado de espleno/hepatomegalia. Esses casos são os de hiperesplenismo, onde a pancitopenia ou citopenia é o resultado da “captura” das células sanguíneas produzidas por esses órgãos. Os reticulócitos, novamente, estarão normais ou discretamente elevados.

Certamente, essas considerações são uma simplificação em relação a tudo que o hemograma pode auxiliar no raciocínio diagnóstico; e não discutem as diferentes alterações que as infecções, sejam elas virais, parasitárias ou bacterianas podem causar. Mas, talvez auxiliem para que esse exame tão amplamente utilizado na prática clínica seja de maior valia.

Figura 1 - Alterações possíveis em hemogramas e suas causas mais frequentes. Em A e B são descritas leucocitoses com ou sem outras alterações associadas e suas causas mais frequentes.



Interpretação do Mielograma

O mielograma é o resultado da punção aspirativa da medula óssea, sendo indicado apenas quando o conjunto de alterações clínicas e hematológicas sugerem doença associada a um distúrbio de origem medular.

Em muitas ocasiões, entretanto, é utilizado como parte da investigação de quadros de febre de origem indeterminada, hepato/esplenomegalias de causas não esclarecidas ou alterações hematológicas não necessariamente decorrentes de comprometimento ou causa medular.

Por ser um exame invasivo, apesar de ser realizado na grande maioria das vezes com sedação apropriada, é causa de grande angústia por parte dos pais, sendo fundamental a avaliação por parte do médico em qual aspecto ele irá contribuir para o diagnóstico. Idealmente, sua indicação deve ser feita por médico especialista, seja oncologista ou hematologista pediátrico.

A interpretação adequada do mielograma nunca é feita de forma isolada, pois depende da correlação entre o quadro clínico, idade e o hemograma do paciente (Quadro 2). Um exemplo clássico dessa situação é a leucemia mielomonocítica juvenil. Nessa doença, característica de lactentes e pré-escolares, o mielograma nunca será conclusivo para o diagnóstico. Apenas a associação dos achados clínicos (principalmente a hepato/esplenomegalia volumosa, a leucocitose com monocitose, e o desvio escalonado) juntamente com a medula hiper celular com menos de 20% de blastos permitirá a hipótese e a complementação diagnóstica. roavelmente, para o pediatra, mais importante do que interpretar o mielograma, seja saber quando indicá-lo.

Em realidade, a avaliação adequada do hemograma e dos reticulócitos associados aos achados clínicos que auxiliarão na indicação adequada do exame.

Desse modo, citopenias mantidas por mais de 4-6 semanas, sem hepatomegalia e/ou es-

plenomegalia sem causas extramedulares identificadas, como infecções virais, uso de medicamentos, hipotireoidismo, déficits vitamínicos, imunodeficiências, alguns erros inatos do metabolismo, necessitarão da realização do mielograma. Seu objetivo nessas situações será diferenciar os quadros de falência medular constitucionais ou não), de leucemias agudas, infiltrações por neoplasias não hematopoiéticas ou síndromes mielodisplásicas. Em todas essas condições os reticulócitos estarão diminuídos, evidenciado a falha de produção medular.

Casos pontuais de citopenia, especialmente neutropenias em vigência de quadros infecciosos, não indicam a necessidade de mielograma no momento inicial. Da mesma forma, casos evidentes de plaquetopenia e/ou anemia decorrentes da presença de anticorpos periféricos não necessitam de investigação medular, com exceção nos casos onde a corticoterapia será instituída. A introdução do corticosteroide obrigatoriamente deve ser precedida por um mielograma.

Por outro lado, as citopenias, mesmo que discretas, mas que estejam associadas a quadros de dor músculo-esquelética, especialmente, artralgias/artrites de caráter migratório necessitam de investigação medular. Cerca de 30% das leucemias agudas irão se manifestar dessa forma, e com frequência não apresentam blastos circulantes, nem hepatomegalia e/ou esplenomegalia relevantes, constituindo uma das causas de atraso diagnóstico e uso indevido de corticosteroide.

Citopenias em graus variáveis, associadas a quadros febris com hepato-esplenomegalia que também podem ser variáveis, costumam ser indicações usuais de mielograma. Dentro desse cenário, poderemos nos deparar com doenças infecciosas, dentre elas, a leishmaniose visceral ou a quadros de síndrome de ativação macrofágica ou hemofagocítica. Obviamente, as leucemias agudas também devem ser diagnósticos diferenciais, em quadros com essa apresentação. Eventualmente, quadros de Síndrome de Pearson (mitocondriopatia) ou mesmo de

imunodeficiências congênitas, mais comumente, a síndrome de Chediak Higashi, podem ser diagnosticadas de forma indireta pela presença de citopenia, hepato-esplenomegalia, episódios febris, infecções e diarreia.

As leucocitoses com blastos não constituem problema de indicação da punção medular, mas talvez as adenomegalias representem um desafio.

Considerando que a grande maioria das adenomegalias na infância são infecciosas e de resolução em até quatro semanas, como decidir aquela em que o mielograma deva ser feito de forma imediata, para afastar leucemia ou uma metástase tumoral, não é tarefa fácil. Ou mesmo em qual caso a biópsia ficaria relegada a uma segunda opção diagnóstica é sempre uma questão de debate. Cada caso deve ser discutido de modo individual.

Academicamente poderia se identificar algumas situações onde a decisão seria mais simples. Pacientes que apresentam adenomegalias periféricas, mesmo que únicas, e na investigação de cadeias profundas, se identifica alargamento de mediastino com ou sem derrame pleural, há indicação de mielograma para afastar o diagnóstico de leucemia linfóide aguda de linhagem T. Pacientes com adenomegalias periféricas, com hepato-esplenomegalia, sintomas sistêmicos, mesmo que com hemograma nor-

mal, têm indicação de mielograma, pois pode se tratar de leucemia aguda.

Adenomegalia(s) associada a quadro de citopenia(s), teria indicação de mielograma para descartar quadros de infiltração medular.

O que se pode concluir é que talvez o espectro de informações que o mielograma possa fornecer e que contribua para o diagnóstico em pediatria, dependerá diretamente da suspeita clínica. Na grande maioria das vezes, isoladamente, com exceção das leucemias agudas e talvez da leishmaniose visceral, não permitirá a conclusão diagnóstica.

Quadro 2 - Fatores envolvidos na interpretação correta do mielograma

INTERPRETAÇÃO DO MIELOGRAMA:

Idade do paciente
+
História clínica
+
Exame físico
+
Análise do hemograma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orkin SH, Nathan DG, Ginsburg D, Look AT, Fisher DE, Lux SE. Nathan and Oski's hematology of infancy and childhood. 8ªed, Elsevier Saunders, Philadelphia, 2015, p: 2535.
2. Loggetto SR, Braga JAP, Tone LG. Hematologia e hemoterapia pediátrica -Série Atualizações Pediátricas. Atheneu, São Paulo,2013, p: 540.
3. Carneiro JDA. Hematologia Pediátrica - Série Pediatria, Instituto da Criança, Hospital das Clínicas. 2ªEd, Manole, Barueri, 2012, p: 398.



Diretoria

Triênio 2016/2018

PRESIDENTE:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Cláudio Hoineff (RJ)

2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)

Alberto Jorge Félix Costa (MS)

Anaflávia Moraes Pimentel (PE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte:

Bruno Acatuassu Paes Barreto (PA)

Nordeste:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste:

Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Sul:

Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste:

Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:

Assessoria para Assuntos Parlamentares:

Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

Rubens Feferbaum (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e

Adolescentes com Deficiência:

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença

Maternidade e Paternidade:

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:

Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:

Drogas e Violência na Adolescência:

Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Educação Física:

Coordenador: Ricardo do Rego Barros (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Patrícia Guedes de Souza (BA)

Alex Pinheiro Gordia (BA)

Maria Teresa Quadros (BA)

Metodologia Científica:

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:

Alvaro Jorge Madeiro Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Christian Muller (DF)

João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:

Themis Reverbel da Silveira (RS)

Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)

Adriana Seber (SP)

Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)

Fabiana Carlese (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO

PROFISSIONAL

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:

Hélcio Villaga Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Moraes (SP)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

REPRESENTANTE NO GPCC (Global Pediatric Education Consortium)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Francisco José Penna (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA

Marun David Cury (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL

Sidnei Ferreira (RJ)

Cláudio Barsanti (SP)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)

Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Célia Maria Stolze Silvano ((BA)

Kátia Galeão Brandt (PE)

Elizete Aparecida Lomazi (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Álvaro Machado Neto (AL)

Joana Angélica Paiva Maciel (CE)

Cecim El Achkar (SC)

Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO

DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL:

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA

PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende S. Weffort (MG)

CONVERSANDO COM O PEDIATRA

Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (SP)

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA

Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)

Fernanda Luísa Ceraglioli Oliveira (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO

Rosana Alves (ES)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Sérgio Luis Amantêa (RS)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL

Herberto José Chong Neto (PR)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Cláudio Barsanti (SP)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Gilberto Pascolat (PR)

Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

Valmin Ramos da Silva (ES)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Marisa Lopes Miranda (SP)

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Núbia Mendonça (SE)

Nelson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente:

José Martins Filho (SP)

Vice-presidente:

Álvaro de Lima Machado (ES)

Secretário Geral:

Reinaldo de Menezes Martins (RJ)