



Documento Científico

Departamento Científico
de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos

É possível comunicar notícias difíceis sem latrogenia?

Departamento Científico de Medicina da Dor e Cuidados Paliativos

Presidente: Simone Brasil de Oliveira Iglesias

Secretário: Neulanio Francisco de Oliveira

Conselho Científico: Adolfo Marcondes Amaral Neto, Cristiane Rodrigues de Souza, Ivete Zoboli, Patrícia Miranda do Lago, Sílvia Maria de Macedo Barbosa

Colaboradores: Carlota Vitória Blassioli de Moraes, Jussara de Lima Souza, Paola Rossa Vallada

Introdução

Os médicos recebem durante sua formação uma série de ensinamentos visando desenvolver habilidades para diagnosticar, tratar e curar seus pacientes, porém pouco se fala durante a graduação ou a pós-graduação sobre quando as coisas “não vão bem”. Não se discute como informar ao paciente e sua família que não há cura, que uma incapacidade é permanente ou que a morte é inevitável. Estudos têm demonstrado que comunicar más notícias é uma tarefa difícil e angustiante para os médicos, mesmo para os mais experientes, e essa tarefa torna-se ainda mais difícil quando o paciente é pediátrico. Observou-se também que pacientes e familiares estão insatisfeitos com a forma como os profissionais da saúde transmitem informações, especialmente relacionadas a más notícias. Quem recebe uma má notícia dificilmente esquece quem, quando e como ela foi dita.

Dificuldades na comunicação podem causar desconfiança nas famílias, conflitos éticos, incom-

preensões, receios e, algumas vezes, processos judiciais com queixas referentes à qualidade da informação fornecida pelos profissionais de saúde.

Definições

Comunicar, do latim, *communicare*, “tornar comum”, pressupõe compreensão e entendimento entre as partes envolvidas. Contrapõe-se a informar, instruir, avisar e cientificar.

Más notícias são aquelas que podem alterar drástica e negativamente a perspectiva do paciente ou seus familiares em relação ao seu futuro ou quando ameaçam seu estado mental ou físico, com riscos na qualidade de vida. Outorgada fundamentalmente por quem a sofre.

Principais objetivos da comunicação de más notícias:

- Reunir informações relevantes dos pais e do paciente;

- Fornecer informações, de acordo com as necessidades e desejos dos pais do paciente, reduzindo o impacto emocional e o trauma com a experiência nestas situações;
- Reconhecer os pais como referência no cuidado de seus filhos e tratá-los com abertura, privacidade e honestidade;
- Favorecer que os pais recebam notícias em conjunto e tenham tempo para explorar opções de cuidados e fazer perguntas;
- Respeitar e permitir rituais e práticas religiosas que possam ser úteis para diminuir a angústia da família e dar lhes trazer conforto.

Porque a comunicação é importante?

Ao ouvir e responder, podemos descobrir o que as crianças conhecem e o que não sabem. Uma comunicação adequada nos ajuda a obter informações úteis para que possamos diagnosticar problemas e desenvolver bons planejamentos de cuidados, além de ajudar as crianças a se envolverem em seu próprio tratamento, reduzindo queixas ou insatisfações em relação aos cuidados prestados.

Não falar sobre algo não significa que não estamos nos comunicando: o silêncio em si é uma mensagem. Crianças e pais tendem a proteger-se mutuamente de serem chateados, evitando discussões difíceis, de modo que a criança às vezes pode se isolar emocionalmente.

Fatores envolvidos na comunicação

A comunicação de más notícias é um processo relacional de construção entre o profissional da saúde, seu paciente e a família. A qualidade

desta relação depende dos princípios éticos que a regem, como: respeito à autonomia e à dignidade do paciente e de seus familiares, beneficência / não maleficência, compromisso com a verdade e a justiça e o respeito aos direitos humanos. O sujeito do tratamento deve ser percebido como um ser biopsicossocial e cultural singular, com suas expectativas, competências, recursos, susceptibilidades, angústias e temores, em um momento de grande vulnerabilidade.

Do ponto de vista bioético, o principal dilema é: respeito à autonomia do paciente x não maleficência. Podemos ser tão maleficientes quando comunicamos um diagnóstico e/ou um mal prognóstico ao paciente/família que não deseja saber, quanto quando silenciemos frente ao paciente/família que deseja ser plenamente informado sobre a doença.

Do ponto de vista legal, o atual Código de Ética Médica estabelece, em seu capítulo V, no artigo 34 (Relação com pacientes e familiares), que é vedado ao médico “deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal”.

A comunicação entre seres humanos é complexa e ocorre em três níveis: verbal (as palavras); paraverbal (como falamos – silêncios, sons, ênfases, pausas entre frases e palavras); e não-verbal (expressões faciais, posturas corporais, toque, atitudes, distâncias interpessoais, e gestos).

A incoerência entre as palavras e a comunicação não-verbal traduz uma comunicação ineficiente. Assim, os sinais corporais concomitantes ao discurso verbal podem trazer ambiguidade, e a percepção desta é valiosa para se identificar (e manejar) as situações de angústia, dúvida e demais sentimentos do paciente e sua família.

Modelos não-verbais de comunicação dos profissionais de saúde

COMUNICAÇÃO NÃO-VERBAL	USO EFICAZ*	USO INEFICAZ**
Postura	Relaxada e atenta	Rígida
Móveis	Usados para unir	Usados como barreira
Roupas	Simples	Provocativas, extravagantes
Expressão facial	Sorridente, mostrando seus sentimentos	Rosto voltado para o outro lado ou inexpressivo
Maneirismos	Sem maneirismos	Distração
Volume da voz	Claramente audível	Alto ou baixo
Ritmo da voz	Médio	Impaciente, hesitante, lento
Nível de energia	Em alerta	Apático, sonolento, cíclico, irrequieto
Distância interpessoal	Aproximação	Distanciamento
Toque	Presente	Ausente
Cabeça	Meneio positivo	Meneio negativo
Postura corporal	Voltada para a pessoa	Lateral ou de costas
Comunicação para - verbal	Responde prontamente	Uso de pausas ou respostas com grunhidos.

*Uso eficaz – encorajam a fala do outro porque demonstram aceitação e respeito.

**Uso ineficaz – enfraquecem a conversação

Modificado de 13

Fatores limitantes à comunicação de más notícias

A dificuldade na comunicação do médico com a família passa por pelo menos três aspectos: relacionados ao trabalho (ambiente, recursos disponíveis, equipe de suporte, satisfação com o trabalho, e treinamento); intrínsecos ao profissional de saúde (qualidade de vida, saúde mental, suporte familiar, expectativas e experiências prévias); e referentes ao paciente e sua família (emoções, crenças, fatores culturais e psicossociais).

Vários são os ruídos na comunicação hospitalar, dentre eles:

- Nível de insatisfação pelos cuidados hospitalares;
- Qualidade da assistência prestada;
- Grau de esperança do paciente/família em relação à cura;
- Dificuldades na relação médico-paciente/família e conflitos éticos;
- Uso de linguagem inadequada (por exemplo: termos técnicos e omissões);
- Ausência de habilidade de comunicação e atitudes corporais inadequadas;
- Impedimentos físicos (surdez, mutismo);
- Fatores psicológicos (personalidade, sentimentos, ânimo e emoções);
- Diferenças educacionais (formação profissional ou cultural);
- Barreiras organizacionais.

Profissionais de Saúde: os profissionais de saúde vivenciam alguns temores frente às possíveis repercussões de uma má notícia em seus pacientes, o que dificulta o processo de comunicação:

- **Fracasso terapêutico** - Alguns médicos entendem a limitação terapêutica como uma expressão de seu fracasso profissional e acabam por tornar a relação médico-paciente/família ainda mais difícil. Inconformados com a evolução clínica de seu paciente, investem em tratamentos fúteis ou experimentais sem comprovação suficiente, expondo-o a maior risco.
- **Estresse profissional e *burnout*** - Sinais de estresse como irritabilidade, fadiga, depressão e baixa satisfação com a rotina são comumente vistos em profissionais de saúde.
- **Receio de causar dor** – Este temor entra em conflito com o princípio Hipocrático – *primum non nocere* – e bioético de não-maleficência. Este temor pode induzir o médico a posturas evasivas durante a comunicação de más notícias ou mesmo de minimização da real gravidade da enfermidade para poupar sofrimento ao seu paciente.
- **Temor legal** - consequência do atual modelo de relação médico-paciente/família, em que impera a falta de comunicação e a “judicialização” da Medicina. Supõe-se que qualquer fracasso terapêutico seja fruto do erro ou de negligência humana ou do sistema de saúde e que o autor deva sofrer processo penal.
- **Temor de expressar suas próprias emoções** - Durante a formação médica, é valorizado o equilíbrio emocional em situações de adversidade, o qual contribui para a adequada tomada de decisão de forma racional e precisa. Situações de envolvimento emocional são entendidas como uma postura médica inadequada e não profissional. A não manifestação dos sentimentos pode se tornar uma barreira de comunicação, uma vez que a empatia requer o envolvimento emocional dos agentes inter-relacionados.

Pacientes e familiares: os estágios emocionais que pacientes e famílias vivenciam quando

recebem uma notícia difícil também podem contribuir como fator limitante neste processo. Segundo a psiquiatra Dra. Kübler-Ross, os estágios são: negação e isolamento; raiva; barganha; depressão e aceitação.

- A) **Negação** - verbalizam a impossibilidade de o fato estar acontecendo com eles e isto traduz uma defesa frente à má notícia. Os pais podem negar o diagnóstico que lhe provoca dor e falam da criança como se ela fosse totalmente saudável. O profissional deve ter presença solidária e de escuta, permitindo que o paciente/família siga seu curso de conscientização.
- B) **Raiva e cólera** – podem fazer críticas agressivas e esta cólera pode ser contra Deus ou contra o destino, mas pode ser também contra a equipe hospitalar, parentes, amigos, ou contra o parceiro. Os profissionais de saúde devem aprender a escutar e aceitar os momentos de raiva, percebendo sentimentos de alívio em seguida. É essencial ser tolerante nesta fase.
- C) **Negociação ou barganha** - o paciente ou pais tendem a se aproximar de entidades divinas, prometendo mudança de comportamento ou se tornarem mais benevolentes. Podem desejar ainda procurar a opinião de outros médicos para que um deles lhes diga o que desejam ouvir. O profissional de saúde deve estar atento aos sinais do paciente/pais para ajudá-los a lidar com suas culpas.
- D) **Depressão** – não é mais possível negar a doença. O profissional de saúde deve escutar o problema, encorajando, dando apoio e acolhimento e mostrando que tudo se resolverá da melhor forma possível. Além do conforto psicológico, é importante utilizar a estrutura hospitalar e familiar para ajudar o paciente e sua família a enfrentarem o problema.
- E) **Aceitação** - fase final deste processo de reações emocionais. O fato de permitir ao paciente e seus familiares expressarem seus medos, raiva e ansiedade facilita sua trajetória até a aceitação. O profissional de saúde não deve abandonar o paciente/família, o que pode ser emocionalmente muito enriquecedor para ambos.

Fatores que facilitam a comunicação de más notícias

Quatro fatores podem facilitar a comunicação: saber ouvir, atitudes empáticas e o estado emocional do comunicador e do comunicado.

- **Ouvir** - o bom ouvinte deve ser capaz de perceber as mensagens silenciosas e subjacentes ao discurso, interpretando-as, sem fazer inferências ou tirar conclusões precipitadas sobre o sentimento do outro. Deve estar sensível para sentir o impacto de novos pensamentos e ideias.

O ouvir se concretiza quando percebemos as diferentes dimensões do outro: suas experiências (o que acontece), seus comportamentos (o que faz e o que não consegue fazer), suas emoções (como se relaciona com seus sentimentos) e sua espiritualidade (como interpreta as mudanças em seu contexto filosófico).

- **Empatia** – a empatia é a capacidade de compreender o que o outro está vivenciando, de entrar em seu mundo e perceber suas perspectivas. É necessário despir-se temporariamente de suas convicções para tentar compreender o outro, porém sem perder sua individualidade. A reformulação empática das palavras do paciente/família, valorizando seu ponto de vista e suas emoções facilitam o processo de comunicação.
- **Toque** - silêncio, gestos de afeto e sorrisos facilitam uma escuta adequada. O toque pode representar acolhimento, afetividade, apoio e valorização do outro, trazendo bem estar, alívio da dor física ou emocional e redução da ansiedade. É importante identificar indivíduos que se sentem bem com o toque, o que pode não acontecer com todos.
- **Estado emocional** - tranquilidade e equilíbrio de quem emite a informação é essencial nos momentos de comunicação de más notícias, transmitindo credibilidade e confiança. Quando o comunicador se encontra em desequilíbrio emocional, a mensagem é fre-

quentemente transmitida com distorções e a compreensão do receptor é invariavelmente inadequada.

A habilidade emocional do profissional de saúde é importante para perceber as necessidades e reações do paciente e seus familiares às situações que surgem. Ser honesto, porém sem anular as esperanças do paciente é considerado um dos aspectos mais difíceis referente à comunicação de más notícias. A esperança é uma característica constante em todo este processo e não deve ser desestimulada pelo profissional de saúde. Ela mantém o paciente/família envolvido com o tratamento.

Entrevistando pais de crianças que morreram em ambiente hospitalar, foram identificadas seis prioridades na transmissão de notícias pelo médico: informação completa e honesta, acesso fácil ao médico, rotina da comunicação e cuidado, médicos que expressem emoções e forneçam suporte emocional, manter a relação pais-criança e ter fé.

Outro aspecto importante citado pelos pais é em relação ao controle da dor e outros sintomas no ambiente hospitalar. A angústia e o estresse gerado pela observação da criança com dor podem se tornar uma barreira na comunicação com a equipe, se a mesma não der adequada atenção e essa queixa. A impressão de que a criança está confortável é parte essencial do cuidado.

É possível melhorar a comunicação com o paciente/família evitando alguns erros comuns, como: ser demasiado brusco; discutir más notícias em momento e local inapropriados para uma conversa séria; transmitir a sensação de que não há esperanças; falar apenas sobre os diagnósticos, e não sobre o prognóstico; abordar esta discussão crítica sem preparação prévia; dar informações erradas, especialmente sobre retardo mental, expectativa de vida, ou outros assuntos sérios; falar com apenas um parente do paciente sozinho; parecer estar com pressa, bem humorado, irreverente, ou desrespeitoso; e usar linguagem técnica.

Protocolo para comunicação de más notícias

Existem protocolos desenvolvidos para auxiliar os profissionais na tarefa de dar más notícias, visando diminuir os riscos e prejuízos da comunicação não empática. A abordagem SPIKES, um protocolo de comunicação em seis passos, coordenada por um grupo de oncologistas americanos, sintetiza as principais diretrizes a serem seguidas pelos profissionais de saúde.

A seguir, o conceito inerente a cada um destes seis passos:

1) Primeiro passo: "Setting up the interview" (S)

Diz respeito ao *setting* (contexto). A preparação (preparar a família/paciente dizendo ter um assunto difícil para discutir), o momento (em que a família, o paciente e o médico estejam descansados e tenham tempo para conversar), o local (adequado, reservado, sem que ocorram interrupções) e a diligência (a comunicação deve ser feita o mais precocemente possível, evitando a angústia da espera) fazem parte do setting ideal.

2) Segundo passo: "Assessing the patient's perception" (P)

Acessar as expectativas, percepções e crenças do paciente/família são possíveis quando o profissional da saúde coloca-se disponível para ouvir. Aqui procuramos descobrir o que a família/paciente sabe e o quanto quer saber sobre a doença. Busca-se a compreensão da maneira como o paciente/família percebe o que está acontecendo com ele e seu grau de prontidão para ouvir as más notícias.

3) Terceiro passo: "Obtaining the patient's invitation" (I)

Estar em sintonia com os desejos do paciente permite ao médico informar à medida que seja dada abertura para isso. O objetivo é compartilhar a informação de forma gradual, observando a compreensão da família/paciente, verificando como eles se sentem depois de receber a notí-

cia, atentando para a comunicação verbal e não verbal. Quando existe negação e ambivalências, o médico não deve discutir ou se colocar em embate com o paciente/família. As ambivalências são comuns neste momento, e o médico deve aceitá-las.

No caso de crianças, a comunicação de notícias exige concordância e cumplicidade dos pais. Algumas vezes, estes podem desejar que informações sejam omitidas na intenção de proteger seus filhos. O pediatra deve compreender a situação, ser solidário aos pais, ajudá-los nesta decisão, avaliar o nível de compreensão da criança e facilitar a comunicação entre os pais e a criança.

4) Quarto passo: "Giving knowledge and information to the patient" (K)

É função do médico dizer a verdade ao paciente/família, mas da melhor maneira possível. A linguagem deve ser clara e simples, se necessário recorrendo a materiais audiovisuais para facilitar a compreensão, e a atitude deve ser realista, evitando minimizar o problema, e evitar a utilização de palavras negativas que demonstrem desesperança. Ao informar, procura-se dar apoio ao paciente, utilizando habilidades de comunicação que permitam reduzir o impacto emocional e a experiência de isolamento que a má notícia desencadeia no receptor.

5) Quinto passo: "Addressing patient's emotions with empathic responses" (E)

Avaliando a todo o momento o estado emocional e psicológico da família/paciente, o profissional deve expressar empatia pela sua dor, ser humanitário e ter compaixão, assegurando que haja suporte emocional de outras pessoas, se necessário. A empatia também se expressa em ações, na medida em que estar atento às opiniões e solicitações da família/paciente implica no compromisso do médico em atendê-las sempre que possível.

6) Sexto passo: "Strategy and summary" (S)

Ao desenvolver um plano de tratamento que tenha plena cooperação do paciente/família,

não devemos estabelecer limites nem prazos. As decisões devem ser tomadas com cumplicidade e colaboração. Programar encontros posteriores com a família/paciente faz parte do compromisso de envolvimento no processo, dando-lhes segurança da continuidade do cuidado ativo durante todos os estágios da doença, não importando o que houver.

Em resumo, os principais passos da comunicação difíceis referentes a diagnóstico e prognóstico são:

- Planejar com os familiares e profissionais uma reunião para conversar sobre o paciente;
- Estabelecer previamente o que será comunicado aos pais, tendo pleno conhecimento dos dados médicos do caso;
- Solicitar a presença de ambos os pais ou eventuais responsáveis pelo paciente, assim como pessoa que a família considere significativa;
- Criar um ambiente de comunicação efetiva, em local adequado com privacidade, providenciando uma caixa de lenço e água para eventual necessidade. Estar disponível, sem interrupções. Desligar celulares;
- Apresentar pais, familiares e equipe multiprofissional presente;
- Começar a conversar perguntando o que os pais sabem ou compreenderam sobre a situação da criança;
- Identificar o que e o quanto os pais desejam e suportam saber sobre a doença;
- Ouvir os pais atentamente;
- Demonstrar empatia e solidariedade, podendo iniciar dizendo: "Lamento que as notícias não sejam boas...";
- Fornecer informações de maneira sensível, pausada e honesta, sem minimizar a gravidade da situação, o que pode causar incertezas e confusões. Usar linguagem simples e de fácil entendimento. Evitar jargões técnicos ou eufemismos;
- Perguntar se os familiares estão compreendendo as informações fornecidas. Estimular a participação dos membros da equipe multiprofissional. Observar a linguagem verbal e a não verbal;
- Evitar dar toda a informação de uma única vez, como em um monólogo constante. Fazer pausas frequentes observando as reações dos familiares. Respeitar o tempo de elaboração dos pais e daqueles que elegem para ter o contato com a realidade da criança. Suportar o silêncio, necessário para elaboração da informação;
- Lidar com emoções fortes não é confortável, portanto o médico pode estar acompanhado por outro (s) profissional (ais) de saúde;
- Facilitar a expressão das emoções dos familiares. Validar seus sentimentos. As reações às más notícias são variadas. Ponderar sobre a possibilidade de tocar o familiar de maneira apropriada e tranquilizadora;
- Compartilhar, entender e verbalizar o compreendido sobre as emoções expressas reforçará o vínculo médico/paciente/família e facilitará planejamentos e tomadas de decisões futuros;
- Identificar os objetivos dos pais em relação aos cuidados à criança, bem como os valores que irão influenciar as decisões familiares;
- Planejar os próximos passos e explicar à família o que pretende quanto ao tratamento. Programar futuras conversas;
- Planejar apoio à família através de redes de suporte: familiares, religiosos e amigos;
- Ser sensível e respeitar diferenças individuais, culturais e religiosas. A fé é muito importante aos pais, especialmente se a criança está muito grave ou morre;
- Assegurar-se de que a mãe e/ou o pai estarão a salvo quando deixarem o hospital. Está desesperado, perturbado? Tem alguém que lhe oferecerá apoio?

Considerações finais:

A comunicação adequada é fundamental entre profissionais de saúde e familiares, em especial nas situações limitantes em que as expectativas não estão alinhadas com as reais possibilidades que envolvem crianças e adolescentes com doenças ameaçadoras da vida. O aprendizado de uma forma humanista de comu-

nicar as más notícias é essencial na formação do bom profissional. Se as notícias forem fornecidas com habilidade, honestidade e respeito aos familiares, isto contribuirá para a redução da angústia e da insatisfação frente à limitação médica. Por fim, os profissionais de saúde tornarão sua prática médica ainda mais gratificante por poderem estar ao lado de seus pacientes e familiares em todos os momentos.

REFERÊNCIAS

1. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, et al. SPIKES – A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncol*. 2000;5:302.
2. Barbosa SMM, Lecussan P, Oliveira FFT. Particularidades em Cuidados Paliativos: Pediatria. In: Oliveira, RA (Coord.). *Cuidado Paliativo*. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008, p.128-38.
3. Buckman R. Breaking bad news: why is it still so difficult? *BMJ* 1984;288:1597-99.
4. Buckman R. Communications and emotions. Skills and effort are key. *BMJ* 2002;325:672.
5. Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo. Código de ética médica: código de processo ético profissional, conselhos de medicina, direitos dos pacientes. São Paulo: Cremesp, 2009.
6. Curtis JR, White DB. Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences. *Chest* 2008; 134(4): 835-43.
7. Garros, D. Uma “boa” morte em UTI pediátrica: é isso possível? *J Ped (Rio J)*. 2003;79(2):S245.
8. Kipper DJ, Loch JA, Piva JP, et al. Dilemas éticos, morais e legais em UTIP. In: Piva & Celiny, Eds. *Medicina Intensiva em Pediatria*. Rio de Janeiro: Livraria e Editora REVINTER Ltda, 2005:753-72.
9. Kübler-Ross, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. 8ª ed. São Paulo. Ed Martins Fontes, 1998.
10. Lago P, Garros D, Piva J. Participação da família no processo decisório de final de vida: Paternalismo, beneficência e omissão. *Rev Bras Ter Intensiva* 2007;19:3:364-368.
11. Meert KL, Eggly S, Pollack M, et al. Parents’ perspectives on physician-parent communication near the time of a child’s death in pediatric intensive care unit. *Ped Crit Care Med*. 2008;9:2.
12. Moritz R, Lago P, Pusch R, et al. Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2008; 20:422-428.
13. Silva MJP. *Comunicação tem Remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde*. 6ª. Edição. São Paulo: Edições Loyola, 2008.
14. Troug RD, Campbell ML, Curtis JR, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008;36:953-63.
15. Von Fragstein M, Silverman J, Cushing A, et al. UK consensus statement on the content of communication curricula in undergraduate medical education.(on behalf of the UK Council for Clinical Communication Skills Teaching in Undergraduate Medical Education) *Med Educ*. 2008; 42:1100–7.
16. Wouda JC, van de Wiel HB. The communication competency of medical students, residents and consultants. *Pat Educ Couns*. 2012;86(1):57-62.



Diretoria

Triênio 2016/2018

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Cláudio Hoinhoff (RJ)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia 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)
Analiária Moraes Pimentel (PE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Nordeste:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste:
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Sul:
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste:
Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:
Assessoria para Assuntos Parlamentares:
Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:
Mário Roberto Hirschheimer (SP)
Rubens Feferbaum (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e Adolescentes com Deficiência:
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença Maternidade e Paternidade:
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:
Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:
Drogas e Violência na Adolescência:
Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Atividade Física
Coordenadores:
Ricardo do Rêgo Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

Membros:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)

Profissionais de Educação Física:
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Colaborador:
Dirceu Solé (SP)

Metodologia Científica:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:
Álvaro 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 GPEC (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 Brito 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
Liliane 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)
Virginia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
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 (MG)

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)
Sílvia Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)
Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO
Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia 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)
Sílvia 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 Amantéa (RS)
Gil Simões Batista (RJ)
Susana Maciel Guillaume (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 Guillaume (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)