



Documento Científico

Departamento Científico de Reumatologia
(2019-2021)

Dermatomiosite Juvenil (DMJ)

Departamento Científico de Reumatologia

Presidente: Clovis Artur Almeida da Silva

Secretária: Maria Odete Esteves Hilário

Conselho Científico: Adriana Rodrigues Fonseca, Claudia Saad Magalhães,
Flavio Roberto Sztajn bok, Margarida de Fátima Carvalho,
Paulo Roberto Stocco Romanelli

O que é a Dermatomiosite juvenil?

A DMJ é uma doença crônica, multissistêmica e autoimune, caracterizada por inflamação crônica da pele e dos músculos estriados¹. Quando há apenas comprometimento muscular, sem as alterações cutâneas denominamos de polimiosite juvenil (10 a 20 vezes menos frequente que a DMJ), ou, de acordo com a nova classificação de 2017, se denomina outra miosite juvenil que não seja a DMJ².

Qual a incidência, a faixa etária e o predomínio do sexo na DMJ?

A DMJ é uma doença rara. Sua incidência varia de 1,9 a 4 casos por 1 milhão de crianças ao ano, em diferentes países. Sua prevalência é de aproximadamente 2,5 por milhão por ano¹. De modo geral de 16 a 20% de todos os casos de dermatomiosite iniciam na infância.

A DMJ é universal, ou seja, ocorre em qualquer continente. Parece haver maior frequência de acometimento e gravidade da doença na raça negra.

É mais frequente em meninas, embora esse predomínio não seja tão importante quanto no lúpus eritematoso sistêmico¹.

Quanto à idade de início, varia entre 5,7 e 6,9 anos, enquanto a idade ao diagnóstico entre 7,4 e 7,7 anos³. Em torno de um quarto dos pacientes têm menos de 4 anos de idade no início da doença.

Quais as principais manifestações clínicas da DMJ

O início da DMJ é, geralmente, insidioso podendo levar de semanas a meses para se estabelecer. Ela pode apresentar-se com febre, indisposição, anorexia, perda de peso e fadiga

associadas a alterações cutâneas. A maioria dos pacientes apresenta *rash* típico caracterizado por edema violáceo ou eritematoso em pálpebras (heliotropo), podendo ou não estar associado ao *rash* em faces que, geralmente, não poupa o sulco nasolabial, como acontece no lúpus eritematoso sistêmico⁴. Também observam-se lesões eritematopapulares em superfícies extensoras dos dedos das mãos, cotovelos e joelhos (pápulas de Gottron)⁴. Em alguns pacientes este quadro pode ser confundido com atopia, especialmente naqueles em que a fraqueza muscular é leve, o que retarda o diagnóstico definitivo e o início do tratamento.

A fraqueza muscular é simétrica e predominantemente proximal, das cinturas pélvica e escapular, e dependendo da idade, a criança deixa de fazer atividades do dia-a-dia como pentear o cabelo, subir e descer escadas, levantar sozinha da cama ou do chão, etc. Os músculos flexores do pescoço também podem ser acometidos acarretando dificuldade ou impossibilidade de levantar a cabeça do leito. Disfonia e dificuldade de deglutição também podem ocorrer e o risco de aspiração deve ser considerado. O tecido celular subcutâneo abaixo dos músculos acometidos pode estar edemaciado, endurecido (perde a definição) e o paciente, geralmente, apresenta dor muscular principalmente a uma palpação mais vigorosa. Em alguns pacientes este edema pode ser tão intenso e generalizado que simula um quadro de anasarca.

Artrite e artralgia podem ocorrer, porém são manifestações transitórias, que tendem a desaparecer com o início do tratamento. Contraturas articulares em flexão, particularmente dos cotovelos, tornozelos e joelhos, decorrentes da inflamação miofascial, são frequentemente observadas em pacientes com atraso no diagnóstico e no início do tratamento.

O comprometimento cardíaco é pouco frequente e caracteriza-se principalmente por taquicardia e pericardite. O comprometimento cardíaco grave, com miocardite e alterações de condução, causando arritmia, é raro¹.

O fenômeno de Raynaud não é uma manifestação frequente na DMJ e tem sido observado em 2% a 15% dos pacientes¹.

A doença pulmonar restritiva poderá ocorrer nas crianças com formas mais graves de DMJ, pela fraqueza dos músculos acessórios da respiração. Pneumonite intersticial é rara e pode ser um dos fatores de mau prognóstico.

Em alguns pacientes com DMJ podemos observar a lipodistrofia, caracterizada pela perda progressiva do tecido celular subcutâneo, principalmente em face, tronco e membros superiores, e da gordura visceral, que geralmente se acompanha de hipertrigliceridemia, resistência à insulina, acantose nigricans e hipertensão arterial.

Quais os principais exames laboratoriais e complementares?

A determinação das enzimas musculares é importante tanto para o diagnóstico como para o acompanhamento da atividade da doença. Há uma variação individual no padrão de elevação destas enzimas, por isso recomenda-se que no início do quadro sejam solicitadas a creatinofosfoquinase (CPK), a transaminase glutâmico-oxalacética (TGO), a desidrogenase láctica (DHL) e a aldolase, para ter-se uma avaliação basal. O grau de elevação varia de uma enzima para outra e, dependendo do paciente, nem todas estas enzimas se elevam no início ou durante o curso da doença. Por outro lado, quando há um importante atraso no diagnóstico, ou seja, um longo tempo de evolução sem tratamento, podemos não encontrar alterações significativas destas enzimas em razão do esgotamento das mesmas.

De modo geral, aumento nos níveis da CPK ocorre logo no início e tende a voltar ao normal após algumas semanas de tratamento. A aldolase e a DHL persistem elevadas por maior tempo durante o tratamento¹.

O hemograma é, geralmente, normal nestes pacientes, mas podem ser observadas anemia e

leucocitose discretas no início do quadro. Elevação das provas de atividade inflamatória como a velocidade de hemossedimentação (VHS) e a proteína C reativa (PCR) pode ser observada na ocasião do diagnóstico e de possíveis recorrências.

A presença de anticorpos antinucleares (ANA ou FAN) tem sido relatada em 41% a 75% dos pacientes. Anticorpos específicos para miosites são pouco frequentes na DMJ e não realizados na rotina da maioria dos serviços⁵.

Na presença de quadro clínico altamente sugestivo de DMJ, com comprometimento cutâneo, muscular e alteração de enzimas musculares, não há necessidade de exames mais invasivos como a eletromiografia e a biópsia muscular. Entretanto, em todo paciente com comprometimento muscular, sem acometimento cutâneo, ou toda vez em que haja dúvida diagnóstica, estes exames podem ser de grande ajuda.

Na eletromiografia observam-se descargas repetitivas de alta frequência, potenciais de denervação e ondas polifásicas de menor amplitude e curta duração⁶.

A biópsia muscular é indicada quando há dúvidas em relação ao diagnóstico ou quando não há resposta ao tratamento, para diagnóstico diferencial com outras miopatias, como a induzida por droga, distrofias, miopatias metabólicas ou mitocondriais e miopatia por corpos de inclusão⁷. O deltoide e o quadríceps são os músculos mais indicados para a biópsia, devendo ser realizada no músculo contralateral ao da eletromiografia.

A ressonância nuclear magnética utiliza-se das sequências de exposição e imagem em STIR (*Short TI Inversion Recovery*) ou T2 com supressão de gordura, para evidenciar o edema e as alterações inflamatórias da musculatura por meio de maior intensidade de sinal, bem como os sinais de inflamação na pele, no subcutâneo e na fáscia⁸. As imagens em sequência T1 podem demonstrar a fibrose, a atrofia e a substituição gordurosa. Esta ferramenta pode auxiliar-nos no diagnóstico e avaliação da resposta ao tratamento, bem como na identificação do melhor

local para fazer a biópsia muscular, quando necessária.

Como é feito o diagnóstico da DMJ?

A DMJ faz parte da classificação das miopatias inflamatórias idiopáticas como uma entidade separada da doença dos adultos e de outras formas de miosite (Quadro 1).

A vasculopatia ou endotelopatia, a calcinose e a rara associação com neoplasias são algumas das características que diferenciam a DMJ da doença nos adultos.

O diagnóstico da DMJ é baseado em cinco critérios criados por Bohan e Peter (1975) (Quadro 2)^{9,10}. Na prática, o diagnóstico “provável” da DMJ requer a presença do *rash* patognomônico e de dois dos outros critérios, enquanto que para o diagnóstico definitivo é necessária a presença do *rash* característico e de mais três dos outros critérios. De modo geral os dois primeiros critérios (o *rash* e a fraqueza muscular proximal) estão quase sempre presentes. Os demais critérios dão a sustentação laboratorial para o diagnóstico. Destes, o único critério que não pode faltar é o *rash* cutâneo característico.

Quadro 1. Classificação das miopatias inflamatórias idiopáticas

Dermatomiosite
Polimiosite
Dermatomiosite juvenil
Polimiosite juvenil
Miosite associada à neoplasia
Miosite na Síndrome de *overlap*
Miosite por corpos de inclusão
Miopatia necrotizante imune-mediada
Síndrome antissintetase
Dermatomiosite amiopática clinicamente
Dermatomiosite sem dermatite
Miosite inespecífica

Quadro 2. Critérios de Bohan e Peter para o diagnóstico da dermatomiosite

- I. Fraqueza muscular proximal simétrica
- II. Alterações cutâneas características: heliotropo (descoloração ou eritema + edema periorbital) e pápulas de Gottron (eritema + edema na superfície dorsal das metacarpofalangeanas e interfalangeanas proximais)
- III. Elevação dos níveis séricos de uma ou mais enzimas musculares (creatinoquinase [CPK], transaminase oxalacética [TGO], desidrogenase láctica [DHL] e aldolase).
- IV. Alterações na eletromiografia características de miopatia e denervação, incluindo a tríade de potenciais curtos da unidade motora polifásica; fibrilação, ondas agudas positivas, irritabilidade insercional aumentada, e descargas repetitivas de alta frequência.
- V. Biópsia muscular mostrando evidência histológica de necrose e inflamação.

Quais os principais diagnósticos diferenciais?

O diagnóstico diferencial da DMJ inclui outras formas de miosites, como a polimiosite juvenil, as miopatias infecciosas (como as virais), as miopatias não inflamatórias e outras doenças sistêmicas que possam acarretar fraqueza muscular e mimetizar o *rash* cutâneo, como a psoríase ou o lúpus eritematoso sistêmico. Na ausência do *rash* cutâneo característico a biópsia muscular é de grande importância para o diagnóstico diferencial com as miopatias congênitas e as distrofias musculares.

Qual o tratamento da DMJ

Por tratar-se de doença crônica é importante que se estabeleça uma relação de confiança

entre o médico e a família, que se esclareça que não há cura, mas que o paciente poderá entrar em remissão se as orientações forem adequadamente seguidas.

Medidas gerais como proteção solar, dieta e hidratação adequadas, são de grande importância durante todo o período de acompanhamento do paciente. Outra ferramenta fundamental é a fisioterapia, que deverá ser iniciada assim que for instituído o tratamento medicamentoso, com o objetivo principal de auxiliar na recuperação da força muscular.

A introdução da corticoterapia mudou completamente o tratamento e o prognóstico dos pacientes com DMJ. É consenso que todos os pacientes com diagnóstico de DMJ devem receber glicocorticoides, entretanto, a forma de administrá-lo, se por via oral ou em administração endovenosa (pulsoterapia), especialmente no início do tratamento e durante as recorrências, pode variar de acordo com a gravidade do caso e a experiência do profissional¹¹. Nos últimos anos tem-se procurado otimizar o uso dos glicocorticoides para evitar doses diárias muito elevadas e por tempo prolongado, com o objetivo de minimizar os seus efeitos adversos. O uso de corticoide tópico, especialmente na face, deve ser uma terapêutica de exceção, em virtude dos seus efeitos atróficos.

A hidroxicloroquina na dose de até 5 mg/kg/dia é recomendada para todos os pacientes com DMJ em virtude dos benefícios para o comprometimento cutâneo, para o perfil lipídico e por ser considerada uma medicação poupadora de corticoide¹.

O metotrexate oral ou subcutâneo semanal, sempre associado ao ácido fólico, é hoje o imunossupressor mais utilizado para o controle do comprometimento muscular e cutâneo da DMJ. A sua introdução deve ser precoce e sempre associada ao glicocorticoide. O controle periódico das enzimas hepáticas é necessário^{11,12}.

A ciclosporina diária é considerada, por alguns autores, a primeira opção dentre os imu-

nossupressores para o tratamento da DMJ^{1,11}. A ciclofosfamida tem como principal indicação o tratamento das úlceras cutâneas que podem ocorrer, geralmente, em proeminências ósseas. Nos casos refratários ao tratamento convencional acima descrito há, nos últimos anos, a possibilidade de se utilizar agentes biológicos, como o Rituximabe, os anti-TNF α e a anti-IL1¹³. Em relação ao transplante de medula óssea para os pacientes refratários a todas as possibilidades de tratamento, a experiência é ainda limitada.

Evolução e prognóstico

O curso da DMJ pode ser dividido em três categorias: **monocíclico** (se o paciente entrar em remissão nos primeiros dois anos do diagnóstico); **policíclico** (se o paciente apresentar recorrência após a remissão) e **crônico contínuo**

(se a atividade da doença persistir por mais de dois anos)¹.

A DMJ é, em geral, uma doença de bom prognóstico, especialmente, quando o diagnóstico é precoce e o tratamento iniciado imediatamente, com boa aderência pelo paciente¹⁴.

As complicações relacionadas com a doença, como a perda definitiva de massa muscular ou a calcinose são mais frequentes nos pacientes com atraso importante no diagnóstico, com doença crônica contínua e naqueles refratários ao tratamento. Durante o tratamento há que se pesquisar a calcinose profunda por meio de radiografias simples com visualização de partes moles. A presença de edema, de ulcerações cutâneas decorrentes da vasculopatia e de calcinose é preditiva de pior desfecho e refratariedade ao tratamento. Devemos ficar atentos também às possíveis complicações decorrentes da corticoterapia e da terapêutica imunossupressora.

REFERÊNCIAS

01. Petty R, Laxer RM, Lindsey CB, Wedderburn LR. Textbook of Pediatric Rheumatology. Seventh Edition. Elsevier, p. 351-383, 2016.
02. Lundberg I E, Tjarnlund A, Bottai M, Werth VP, Pilkington C, Visser M, et al. 2017 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology Classification Criteria for Adult and Juvenile Idiopathic Inflammatory Myopathies and Their Major Subgroups. *Arthritis & Rheum* 2017;69(12):2271-2282.
03. Shah M, Mamyrova G, Targoff IN, Huber AM, Malley JD, Rice MM, et al. The clinical phenotypes of the juvenile idiopathic inflammatory myopathies. *Medicine (Baltimore)*. 2013;92:25-41.
04. Robinson AB, Hoeltzel MF, Wahezi DM, Becker ML, Kessler EA, Schemeling H, et al. Clinical characteristics of children with juvenile dermatomyositis: the Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance Registry. *Care Res (Hoboken)*. 2014;66:404-10.
05. Deakin CT, Tasin SA, Simou S, Arnold KA, Tansley SL, Betteridge ZE, et al. Muscle biopsy findings in combination with myositis-specific autoantibodies aid prediction of outcomes in juvenile dermatomyositis. *Arthritis & Rheum*. 2016;88(11):2806-2016.
06. Whittaker RG. The fundamentals of electromyography. *Pract. Neurol*. 2012;12: 187-194.
07. Campellone JV, Lacornis D, Giuliani MJ, Oddis CV. Percutaneous needle muscle biopsy in the evaluation of patients with suspect inflammatory myopathy. *Arthritis Rheum*. 1997;40:1886-1891.
08. Castro TC, Lederman, H, Terreri, Mt, Caldana, WI, Zatoneli, E, Hilario, MO. Whole-body magnetic resonance imaging in the assessment of muscular involvement in juvenile dermatomyositis/polymyositis patients. *Scand J Rheumatol*. 2014;43:329-333.
09. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (first of two parts). *N Engl J Med*. 1975;292:344-347.
10. Bohan A, Peter JB. Polymyositis and dermatomyositis (second of two parts). *N Engl J Med*. 1975;292:403-407.
11. Wu JQ, Lu MP, Reed A M. Juvenile dermatomyositis: advances in clinical presentation, myositis-specific antibodies and treatment. *World J Pediatr*. 2019;58(9):1607-1616.
12. Vencovsky J, Alexanderson H, Lundberg IE. Idiopathic Inflammatory Myopathies. *Rheum Dis Clin North Am*. 2019;45(4):569-81.
13. Patwardhan A, Spencer CH. Biologics in refractory myositis: experience in juvenile vs. adult myositis; part II: emerging biologic and other therapies on the horizon. *Pediatr Rheumatol*. 2019;17:56 <https://doi.org/10.1186/s12969-019-0361-2>.
14. Tsatskan V, Aldous A, Serafi S, Yakovleva A, Sami H, Mamyrova G, et al. Long-term outcomes in juvenile myositis patients. *Sem Arthritis Rheum*. 2019. <https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2019.06.014>.



Diretoria

Triênio 2019/2021

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:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

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

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2º DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Hoeffner (RJ)

3º DIRETORIA FINANCEIRA:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Adelma de Jesus de Figueiredo (RR)

NORDESTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

SUDESTE:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

Isabel Rey Madeira (RJ)

SUL:
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)

Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

CENTRO-OESTE:
Regina Maria Santos Marques (GO)

Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)

Amiral Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Marisa Lopes Miranda (SP)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Núbia Mendonça (SE)

Nelson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darcí Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Virginia Weffort (MG)

Thémis Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)

Kerstin Taniguchi Abagge (PR)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

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

COORDENAÇÃO:
Hélio Villça Simões (RJ)

MEMBROS:
Ricardo do Rego Barros (RJ)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Flavia Nardes dos Santos (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valetre (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)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)

João Carlos Batista Santana (RS)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

COORDENAÇÃO:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Brito Filho (PB)

João Cândido de Souza Borges (CE)

Anesísia Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Joicleide Sales Campos (CE)

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

COORDENAÇÃO:
Liliane dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL
Márcia Maria 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 Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

Marcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

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)

Altacilio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Procianny (RS)

MEMBROS:
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)

João Guilherme Bezerra Alves (PE)

Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Dirceu Solé (SP)

Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

Leonardo Rodrigues Campos (RJ)

Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)

Joel Alves Lamounier (MG)

EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)

Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)

Tullio Konstantyner (SP)

Cláudia Bezerra de Almeida (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 GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

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 Amantéa (RS)

Susana Maciel Guillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA
Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LUGAS DOS ESTUDANTES
Adelma Figueiredo (RR)

André Luis Santos Carmo (PR)

Maryneia Silva do Vale (MA)

Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

GRUPOS DE TRABALHO

DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

COORDENAÇÃO:
João Paulo Becker Lotufo (SP)

MEMBROS:
Evelyn Eisenstein (RJ)

Alberto Araújo (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

Nivaldo Sereno de Noronha Junior (RN)

Suzana Maria Ramos Costa (PE)

Iolanda Novadski (PR)

Beatriz Bagatin Bermudez (PR)

Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)

Carlos Eduardo Reis da Silva (MG)

Paulo César Pinho Ribeiro (MG)

Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)

Ana Marcia Guimarães Alves (GO)

Camila dos Santos Salomão (AP)

DOENÇAS RARAS

COORDENAÇÃO:
Salmô Raskin (PR)

MEMBROS:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Ana Maria Martins (SP)

Claudio Cordovil (RJ)

Lavinia Schuler Faccini (RS)

ATIVIDADE FÍSICA

COORDENAÇÃO:
Ricardo do Rego Barros (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

MEMBROS:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Patrícia Guedes de Souza (BA)

Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)

Alex Pinheiro Gordia (BA)

Isabel Guimarães (BA)

Jorge Mota (Portugal)

Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Dirceu Solé (SP)

METODOLOGIA CIENTÍFICA

COORDENAÇÃO:
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

MEMBROS:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

PEDIATRIA E HUMANIDADE

COORDENAÇÃO:
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

João de Melo Régis Filho (PE)

Dilza Teresinha Ambros Ribeiro (AC)

Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

CRIANÇA, ADOLESCENTE E NATUREZA

COORDENAÇÃO:
Lais Fleury (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Daniel Becker (RJ)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:

COORDENAÇÃO:
Fábio Eizenbaum (SP)

MEMBROS:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Galton Carvalho Vasconcelos (MG)

Julia Dutra Rossetto (RJ)

Luísa Moreira Hopker (PR)

Rosa Maria Graziani (SP)

Celia Regina Nakanami (SP)

SAÚDE MENTAL

COORDENAÇÃO:
Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida (RJ)

MEMBROS:
Daniele Wanderley (BA)

Vera Lucia Afonso Ferrari (SP)

Rossano Cabral Lima (RJ)

Gabriela Judith Grenzel (RJ)

Cecy Dunshee de Abranches (RJ)

Adriana Rocha Brito (RJ)

MUSEU DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

Rubem Couto (MT)

MEMBROS:
SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA:

Ana Isabel Coelho Montero

SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA:
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

SOCIEDADE AMAPEENSE DE PEDIATRIA:
Rosenilda Rosete de Barros

SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA:
Elena Marta Amaral dos Santos

SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:
Dolores Fernandez Fernandez

SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA:
Anamaria Cavalcante e Silva

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL:
Dennis Alexander Rabelo Burns

SOCIEDADE ESPÍRITO-SANTENSE DE PEDIATRIA:
Roberta Paranhos Fragoso

SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:
Marise Helena Cardoso Tófoli

SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO:
Maryneia Silva do Vale

SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA:
Mohamed Kassen Omais

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL:
Carmen Lucia de Almeida Santos

SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA:
Marisa Lages Ribeiro

SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA:
Leonardo Cabral Cavalcante

SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA:
Kerstin Taniguchi Abagge

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO:
Katia Galeão Brandt

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ:
Anesísia Coelho de Andrade

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:
Katia Telles Nogueira

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE:
Katia Correia Lima

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL:
Sérgio Luis Amantéa

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA:
José Roberto Vasques de Miranda

SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA:
Adelma Alves de Figueiredo

SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA:
Rosamaria Medeiros e Silva

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO:
Sulim Abramovici

SOCIEDADE SERGIPIANA DE PEDIATRIA:
Ana Jovina Barreto Bispo

SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA:
Elaine Carneiro Lobo

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Cláudio Barsanti (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Sérgio Antônio Bastos Sarubbo (SP)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)