



## Documento Científico

Departamento Científico de Pediatria  
do Desenvolvimento e Comportamento /  
Grupo de Trabalho de Saúde Mental (2019-2021)

# Autoestima na infância e na adolescência

### Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento

**Presidente:** Liubiana Arantes de Araújo  
**Secretário:** Lívio Francisco da Silva Chaves

**Conselho Científico:** Adriana Auzier Loureiro, Ana Marcia Guimarães Alves,  
Ana Maria Costa da Silva Lopes, João Coriolano Rego Barros, Ricardo Halpern

### Grupo de Trabalho de Saúde Mental

**Coordenador:** Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida  
**Membros:** Adriana Rocha Brito, Ana Silva Mendonça Alves, Cecy Dunshee de Abranches,  
Daniele Wanderley, Gabriela Judith Crenzel, Rossano Cabral Lima,  
Vera M. Ferrari Rego Barros

## O que é autoestima

Nos últimos anos, a proliferação de livros de autoajuda sobre autoestima tomou de assalto as livrarias, revelando o grande interesse do público sobre o tema. Pais preocupados acreditam que uma boa autoestima é a base do sucesso e da felicidade futuras de seus filhos, e sustentam a ilusão de que talvez um manual trará as informações técnicas necessárias para ajuda-los a desenvolver este aspecto da mente.

A verdade é que mesmo a literatura especializada não estabeleceu uma definição universal

de autoestima.<sup>1-20</sup> Cada autor conceitua o termo de uma maneira diferente, de acordo com sua orientação teórica ou idiosincrasias.

A dificuldade ocorre porque ao contrário de um conceito psicológico como a atenção, que pode ser definido objetivamente, analisado e mesmo quantificado, se prestando à operacionalização, a autoestima é um fenômeno subjetivo, que diz respeito aos sentimentos do indivíduo em relação a si mesmo.

Uma das primeiras reflexões sobre a autoavaliação afetiva ocorreu no século XVIII, no livro *An Enquiry concerning the principles of Morals*, do

filósofo escocês David Hume. A discussão está situada no segundo apêndice da obra, *On Self Love*.<sup>21</sup> Em fins do século seguinte, William James, no seu monumental *Principles of Psychology*, uma das obras fundadoras da disciplina da Psicologia, criou o conceito de *social self*, parte do *me-self*, que antecipa das ideias atuais de autoestima.<sup>22</sup>

Em artigo clássico de 1943, o psicólogo norte-americano Abraham Maslow afirma que a autoestima é uma das necessidades básicas humanas. Sua teoria da hierarquia de necessidades se apresenta como uma pirâmide cuja base é composta pelas necessidades fisiológicas (respiração, comida, água, sexo etc.), sobre a qual estão assentadas as necessidades de segurança, que por sua vez sustentam as necessidades de amor e relacionamentos, que apoiam a dimensão da estima, onde se situa a dimensão da autoestima.<sup>23</sup>

Segundo Maslow "todas as pessoas na nossa sociedade (com algumas exceções patológicas) têm a necessidade ou o desejo de uma (usualmente) alta avaliação de si mesmas, estável e firmemente embasada, de autorrespeito, ou autoestima, e estima dos outros. Por autoestima firmemente embasada, queremos significar aquela que é seguramente embasada na capacidade real, nas realizações e no respeito dos outros".<sup>23</sup>

Outro autor fundamental para se entender a autoestima é Sigmund Freud, o fundador da Psicanálise. Para Freud, pela identificação com os pais e outras pessoas importantes afetivamente, organiza-se na mente da criança uma estrutura inconsciente, o Superego (*Über-Ich*), que guarda os ideais (o que o indivíduo gostaria de ser), os valores morais e as proibições. O Superego julga, avalia e orienta de dentro, regulando a autoestima, e provocando culpa e vergonha se o indivíduo não age de acordo com os ideais sociais internalizados<sup>24</sup>.

A guinada comportamentalista de meados do século 20, negando os aspectos subjetivos da experiência psicológica humana, e substituindo completamente os métodos subjetivos e empáticos do estudo da mente humana por estudos

quantitativos objetivistas, temporariamente reduziu o interesse pelo estudo da autoestima.<sup>25</sup> Somente autores de orientação fenomenológica, humanística, existencialista ou psicanalítica continuaram a dar atenção ao tema.

Hoje, mesmo autores que se dedicam a estudos quantitativos sobre o tema reconhecem que o termo autoestima se refere à avaliação subjetiva que o indivíduo faz de seu valor como pessoa, avaliação que não necessariamente reflete talentos e realizações objetivas, ou reconhecimento por outras pessoas.<sup>2,3,7,9,13-15</sup> A autoestima está relacionada ao sentimento de ser bom o suficiente, não melhor que os outros. Reflete a forma como a pessoa se sente em relação a si mesma, seus ideais e suas realizações.

A abordagem exclusivamente quantitativa da autoestima cria problemas de difícil solução. Classificar a autoestima como alta ou baixa, atribuindo à primeira características positivas e à segunda negativas gera graves incoerências. Por exemplo, não há autoestima mais elevada que no caso de indivíduos acometidos pela fase maníaca do transtorno bipolar.<sup>26</sup> Outro exemplo: pessoas com patologias narcísicas de personalidade, a autoestima é usualmente inflada e frágil: o indivíduo se sente superior a todas as outras pessoas e pode ter ataques de fúria se seu sentimento de superioridade é contrariado ou questionado.<sup>27</sup>

As dificuldades da abordagem exclusivamente quantitativa da autoestima, que tenta correlacionar níveis de autoestima com sucesso profissional, realização pessoal e outros parâmetros semelhantes, ficam ainda mais claras com alguns exemplos específicos. Vincent van Gogh, gênio máximo da pintura, tinha uma baixíssima autoestima, revelada em sua correspondência, que não o impediu de atingir os píncaros da sua Arte. Por outro lado, o cineasta norte-americano Ed Wood, considerado unanimemente o pior diretor de cinema de todos os tempos, se achava absolutamente genial. Sua autoestima era elevadíssima, e absolutamente irreal.

Assim, há estados patológicos de autoestima elevada. É fundamental avaliar o grau de flutua-

ção da autoestima em relação a circunstâncias externas, como sucessos, fracassos ou a avaliação de outras pessoas. No caso de alta sensibilidade a contingências externas, evidencia-se um problema de autoestima, porque o indivíduo não formou um sentimento nuclear estável de valor próprio.

Levando em conta as complexidades expostas acima, pode-se tentar uma definição operacional de autoestima. Autoestima é o sentimento subjetivo que o indivíduo tem sobre si mesmo. Pode ser positiva (o indivíduo se sente satisfeito com quem é, com seus talentos, potenciais e realizações) ou negativa. Quando é negativa, vem acompanhada de sentimentos de culpa ou vergonha. A autoestima pode ser realista, se baseada em talentos, potenciais e realizações, ou irrealista, se reflete uma imagem distorcida de si mesmo. Pode ser inflada - o indivíduo se acha superior em talentos, realizações ou inteligência em relação às outras pessoas, sem que haja uma base real para o sentimento. A autoestima inflada é geralmente frágil, podendo dar margem a sentimentos de fúria ou vergonha avassaladora se é contestada pela realidade. A autoestima pode ser também sensível às contingências da vida ou estável.

Apesar das tentativas de valorizar a ideia de autoestima como um possível preditor do desenvolvimento, a correlação linear entre autoestima e sucesso profissional, realização pessoal, capacidade de desempenho ou mesmo saúde mental é duvidosa, assim como a validade de programas de elevação da autoestima implementados em escolas e comunidades ou em livros de orientação aos pais<sup>2</sup>. Um dos gurus do movimento da autoestima que vicejou nos EUA na década de 80 do século passado, Nathaniel Branden, atribuía praticamente todas as mazelas humanas a problemas de autoestima. Ele e outros autores serviram de inspiração para que o político John Vasconcellos criasse uma Força Tarefa para promover a autoestima no Estado da Califórnia no ano de 1986. O político afirmava que a promoção da autoestima resolveria praticamente todos os problemas do estado, incluindo crime, gravidez na adolescência, abuso de drogas, dificuldades

de aprendizado e até poluição. Os resultados foram um retumbante fracasso. Estudos quantitativos não provaram qualquer correlação entre as medidas implementadas e resultados, e mesmo entre autoestima e adaptação à vida.<sup>2,4-6</sup>.

Diante de tantos problemas, ainda vale discutir o tema da autoestima? Sim, se não e perderem as complexidades inerentes à discussão, e a noção de que não é possível excluir a subjetividade. Na verdade, aspectos subjetivos estão no cerne da questão. Os sentimentos que o indivíduo tem sobre si mesmo são importantes individualmente, contribuindo para a felicidade e a infelicidade pessoais.

O presente documento científico discutirá, as relações entre a autoestima e a saúde física e mental, o desenvolvimento da autoestima na infância e na adolescência, e a promoção da autoestima, guardadas as ressalvas apresentadas acima.

Como na maioria dos aspectos da vida mental, o desenvolvimento da autoestima ocorre pelo encontro de tendências inatas com as experiências de vida, principalmente as experiências interpessoais. A mente se constrói pela relação do programa maturativo do indivíduo, determinado pela genética, com o entorno humano. Em termos objetivos, os circuitos cerebrais são organizados pelo desenvolvimento do programa genético em interação com as experiências.

## Autoestima, saúde mental e saúde física<sup>28-36</sup>

Aspectos constitucionais como o temperamento influenciam a autoestima. Crianças com temperamento tímido/introvertido apresentam geralmente maior sensibilidade a críticas, maior ansiedade em situações sociais e maior autoconsciência crítica. Estão também mais sujeitas a ser vítimas de bullying. Todas essas situações podem abalar a autoestima. Por outro lado, indi-

víduos extrovertidos tendem a uma autoestima mais elevada.<sup>28-36</sup>

Crianças e adolescentes com deficiência intelectual, transtornos de aprendizagem e de linguagem podem ter alguma consciência de suas dificuldades e das diferenças em relação aos seus pares, que comprometem o sentimento de valor pessoal e a autoestima. Pacientes com transtorno do espectro autista, em particular os de alto funcionamento, podem sofrer com as dificuldades de socialização, principalmente no período da adolescência, ou mesmo ser vítimas bullying e rejeição dos colegas, desenvolvendo um sentimento de inferioridade e uma visão negativa de si mesmos.<sup>28-37</sup>

No caso dos transtornos de humor, a autoestima está no cerne dos sintomas. Nos casos de depressão, há sentimentos de culpa, autodesvalorização, e visão negativa de si. A autoestima está profundamente rebaixada pela condição patológica. Quadros depressivos podem se apresentar em crianças e adolescentes. Já os quadros maníacos, presentes no transtorno bipolar de humor, são mais frequentes na adolescência, e se caracterizam por uma autoestima patologicamente elevada. Na maior parte dos casos, na crise maníaca paciente se sente perfeito, fantástico, todo-poderoso, e se lança a atividades frenéticas e de alto risco.<sup>28-36</sup>

Crianças e adolescentes com transtornos de ansiedade apresentam uma enorme preocupação com o futuro, superdimensionando os obstáculos e as possibilidades de maus acontecimentos e minimizando sua capacidade de enfrentamento. As limitações dos próprios sintomas podem também abalar a autoestima – por exemplo, a incapacidade de sair de casa nos casos de agorafobia associada ao transtorno de pânico, as dificuldades de exposição a situações sociais no caso das fobias sociais, a vergonha pelas limitações causadas pelas obsessões e compulsões presentes no transtorno obsessivo-compulsivo.<sup>28-36</sup>

Os transtornos de conduta e desafiador-opositor se caracterizam por condutas antissociais ou negativistas e de oposição a autoridades,

provocando enorme rejeição social, que pode abalar a autoestima dos indivíduos. Nos casos de déficit de atenção-hiperatividade, a consciência pelo paciente dos problemas sociais, acadêmicos e familiares casados pelo transtorno pode comprometer a autoestima.<sup>28-36</sup>

Recusa ou seletividade alimentar excessiva em crianças podem gerar um clima de tensão ou conflitos familiares às refeições, com ofensas e pressões à criança e consequências negativas para a autoestima. Nos casos de obesidade, em crianças e adolescentes, há geralmente sentimentos de inferioridade e pensamentos negativos em relação à própria pessoa, gerados pela insatisfação com o próprio corpo, dificuldade de se engajar em dietas de perda de peso, conflitos familiares e sociais, comparações com os pares, dificuldades de socialização e bullying.<sup>28-36,38,39</sup>

Tanto na anorexia nervosa quanto na bulimia, transtornos alimentares que eclodem na adolescência, há uma obsedante insatisfação com o próprio corpo, e sentimentos de culpa. A autoimagem e a autoestima estão comprometidas.<sup>28-36</sup>

Nos transtornos de eliminação (enurese e encoprese) e nos transtornos de tiques, a rejeição social pode estar relacionada a sentimentos de inferioridade.<sup>28-36</sup>

Para as crianças e adolescentes, o adoecimento pode ser fonte de muito sofrimento psicológico. No caso das doenças crônicas, o comprometimento na saúde mental pode ser ainda maior, dependendo de diversos fatores: nível de desenvolvimento cognitivo e emocional, grau de dor, comprometimento de função, deformidade, procedimentos e tratamento necessários, significado da doença para o paciente e a família, interferência na rotina, reação dos pais, relações familiares prévias e necessidade de hospitalização. A autoestima pode estar abalada por sentimentos de desvalorização e inferioridade em relação aos pares saudáveis.

Crianças e adolescentes que sofrem abuso psicológico, físico, sexual ou outras formas de violência apresentam geralmente sentimentos de culpa e inadequação, desconforto com o pró-

prio corpo e seus impulsos, e baixa autoestima. Sentimentos de sujeira, corrupção corporal, desvalorização pessoal são muito comuns em casos de abuso sexual.<sup>28-36,40</sup>

## Autoestima e desenvolvimento infantil

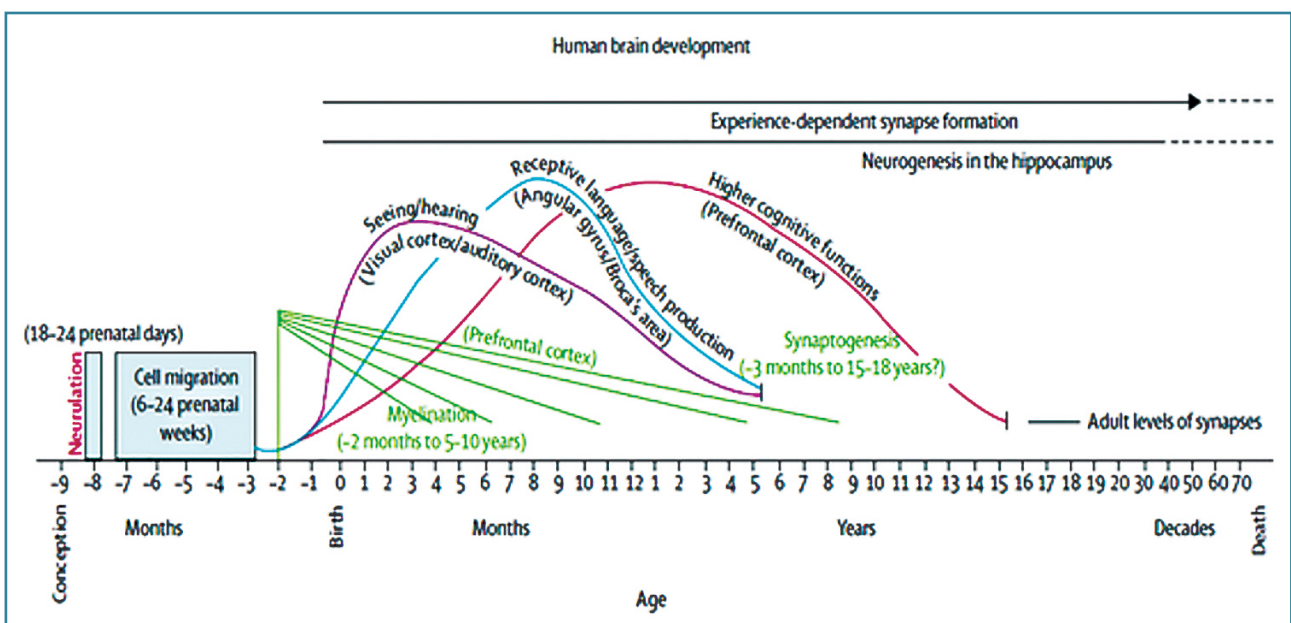
O novo paradigma da pediatria é tratar preventivamente os transtornos do neurodesenvolvimento, reconhecer sinais precoces de desajustes e, assim, agir para garantir a funcionalidade e o máximo do potencial desse indivíduo adulto. Desta forma, diminuir os riscos de morbidades por transtornos psiquiátricos e garantir um futuro melhor para as famílias, a sociedade e o estado. Existem estudos no mundo todo sobre o papel das experiências precoces da vida sobre o desenvolvimento infantil e a compreensão da formação da autoestima não foge à regra. A sua construção tem um importante papel no desenvolvimento infantil e no impacto da funcionalidade desse indivíduo na fase adulta.<sup>41</sup>

Autoestima é a imagem avaliativa que a criança faz de si mesma, atribuindo julgamento de valor às suas próprias capacidades, construindo,

a partir desse autoconceito, suas habilidades cognitivas, socioemocionais, autorregulatórias, acadêmicas e adaptativas. A autoestima é o alicerce sobre o qual a criança se desenvolverá em todas as suas competências, estando apoiada nas experiências precoces com o seu meio familiar e socioeconômico, sendo que, por seu comportamento ao longo da vida, poderão demonstrar sinais precoces sobre possíveis transtornos, advindos de uma condição não bem adaptativa.<sup>42</sup>

Eventos adversos tóxicos, vividos da primeira à terceira infância, podem afetar o desenvolvimento geral e neuropsicológico das crianças.<sup>43</sup> A rapidez do desenvolvimento cerebral nestes primeiros anos de vida, desencadeados por eventos ontogenéticos como a neurogênese, crescimento axonal e dendrítico, sinaptogênese, apoptose, mielinização e gliogênese (figura 1), torna este período vulnerável aos fatores intrínsecos e extrínsecos. O vínculo da criança com seus cuidadores, o afeto dedicado a ela, a qualidade de estímulos ambientais, o nível socioeconômico da família, suas condições básicas de saúde, higiene e nutrição são essenciais nestas fases para um desenvolvimento adequado. Perturbações neste período podem ter efeitos estruturais na formação de circuitos cerebrais, repercutindo negativamente na autoestima e funcionalidade global deste indivíduo.<sup>44</sup>

Figura 1. Desenvolvimento do cérebro.<sup>45</sup>



Existem períodos críticos do desenvolvimento cerebral que começa no ambiente intraútero e se estende aos primeiros anos de vida, durante os quais o indivíduo está mais sensível aos fatores extrínsecos, tanto para favorecer a aprendizagem, em um ambiente que estimula a autoestima, quanto para os efeitos deletérios, como privação de afeto ou negligência emocional. É papel de o pediatra rastrear e identificar se as crianças estão tendo seus direitos garantidos por lei, como "direito à vida e à saúde; à liberdade, ao respeito e à dignidade; à convivência familiar e comunitária; à educação, à cultura, ao esporte e ao lazer"; se vivem em um ambiente seguro e acolhedor e se há transtorno psiquiátrico parental, condição que necessita ser encaminhada para tratamento, a fim de promover um ambiente saudável e estimulador para o desenvolvimento das habilidades cognitivas e emocionais das crianças.<sup>46</sup>

A exposição à violência familiar e comunitária constitui um alto risco, visto que as crianças que a vivenciam têm seu desenvolvimento cerebral prejudicado e refletem um desajuste significativamente maior do que aquelas que não tiveram estas experiências negativas.<sup>47</sup> Da mesma forma, a depressão materna é um fator de risco. Pesquisas mostram que filhos de mães com diagnóstico de depressão podem ter até oito vezes mais chances de desenvolver transtornos depressivos na adolescência<sup>48</sup>, secundário a um padrão de apego prejudicado, desenvolvendo mais transtornos ansiosos com desfechos negativos, aumentando a prevalência de disfuncionalidade, principalmente na faixa etária dos 12 aos 29 anos.<sup>49</sup>

As experiências precoces, até por volta dos oito anos de idade, são fundamentais para a construção da autoestima e, conseqüentemente, da resiliência das crianças e adolescentes. São como "lentes saudáveis", através das quais as pessoas verão suas interações subsequentes, tornando-se um adulto saudável, funcional e produtivo. Uma "lente defeituosa" poderá ser reabilitada com terapias oportunas e precoces, mas é papel da sociedade proporcionar ambien-

te saudável, acolhedor e estimulador, eliminar fatores de risco, garantir fatores de proteção e identificar sinais precoces de transtornos emocionais e comportamentais nas crianças, que podem estar sendo vítimas de abandono emocional, maus tratos emocionais e negligência.<sup>50</sup>

Em geral, os psicopatologistas do desenvolvimento sustentam que há continuidade e coerência no desenvolvimento, de modo que a adaptação positiva nos primeiros anos determina, de forma probabilística, o provável sucesso em estágios posteriores da vida.<sup>50</sup>

## A promoção da autoestima

A promoção da autoestima tem uma relação direta com a percepção que se tem de si, e também na forma como percebe as pessoas. Nesse sentido, é importante que pais, cuidadores e educadores cuidem da própria autoestima para favorecerem a construção da boa autoestima da criança, que deve ser estimulada pelas relações que se estabelece com seus pares. A autoestima é a percepção do valor de si mesmo, é quando é possível apreender e aceitar como você é nas suas falhas e habilidades. É importante diferenciar da autoconfiança, que é a confiança que um indivíduo tem em si mesmo, a crença na capacidade de fazer as coisas e atingir seus objetivos. Um grande desafio é definir as formas pelas quais é possível construir a autoestima.<sup>41</sup>

Ao longo do processo de desenvolvimento de uma criança ela pode conviver com situações variáveis que influenciem em sua autoestima. A adequada autoestima possibilita a coragem para assumir papéis em contextos sociais ou na vida geral. É importante promover situações em que a criança não esteja totalmente aut centrada, mas que entenda que os resultados positivos ou negativos obtidos, nas mais variadas situações, não dependem somente de si, mas da relação com os outros. Deve-se estimular que a criança desenvolva a adequada percepção do valor de

si mesmo, para lidar com situações em que não fique tão dependente da opinião ou aprovação dos pares, seja os pais, seja os colegas.<sup>41</sup>

A criança, embora necessite da percepção que os outros têm dela, não deveria tornar-se totalmente dependente dessa percepção. Ou seja, a forma como o outro, pais, educadores, colegas, a percebe, é importante mas não deveria definir o comportamento da criança. Se a criança necessita muito da aprovação do outro, ela pode ter sentimentos de menos valia com a menor das críticas.

Incentive a criança a reconhecer sua própria importância, através do estímulo ao amor e respeito. Estimule a criança a gostar de sua autoimagem, do resultado que obtém nas atividades acadêmicas e esportivas. É importante que a criança, de acordo com cada faixa etária, desenvolva a habilidade de olhar para si mesma e entender que a cada ação corresponde um resultado. Por exemplo, a criança deve ser estimulada pelos responsáveis a gostar das suas características físicas, entender que há diferenças entre as pessoas, como a cor da pele, altura, o tipo de cabelo, dentre outros.<sup>41</sup>

Deve-se transmitir para as crianças a ideia de que a cada ação corresponde uma reação ou resultado que pode ser diferente para cada pessoa. Transmitir a ideia de ação e responsabilidade. Ou seja, se o desempenho da criança, seja acadêmico, seja no esporte, não foi para ela satisfatório, há a possibilidade de que ela se dedique um pouco mais, solicite ajuda visando um melhor resultado.

Os cuidadores devem valorizar os resultados obtidos pela criança entendendo que há uma particularidade para cada uma. Ou seja, uma criança pode não ter um excelente desempenho no raciocínio matemático, mas ter mais habilidades no campo da linguagem ou das ciências sociais. Os pais devem estar atentos a percepção que a criança tem de si mesma, sobretudo quando o desempenho da criança é bom, mas ela sempre acha que o de outra pessoa é melhor.<sup>51</sup>

Elogiar é fundamental, é ótimo ver outra pessoa gostar de algo bom que você fez. O objetivo não é fazer os filhos se sentirem melhores do que os outros, mas fazê-los ver que estão bem do jeito que são. Quando alguém aprende a se aprovar, se torna melhor em aceitar elogios e agradecer. O ideal é que no processo de desenvolvimento da infância para a vida adulta, alguém possa perceber que o elogio mais importante que pode receber, vem de si mesmo. Ou seja, ser ciente de suas falhas e habilidades, mas com boa autoestima, percebendo que o que alcança é bom, mesmo que ainda possa ser melhor. O ideal é quando, para se buscar aprovação através das outras pessoas, percebe que sua autoestima não depende da percepção que os outros têm de si, mas sim de quem eu sou e do que faço por mim.<sup>51</sup>

Durante a idade escolar, a partir dos 7 ou 8 anos aproximadamente, a criança desenvolve uma avaliação global de seu próprio valor, ou autoestima. O desenvolvimento de suas próprias capacidades torna-se cada vez mais diferenciadas, com percepções diferentes sobre habilidades acadêmicas, esportivas, aparência física, aceitação social do grupo, amizades e relacionamento com os pais. A autoestima é moldada pela discrepância entre os objetivos de uma criança e suas realizações e pelo grau de apoio emocional que ela recebe dos pais e do grupo de colegas.<sup>51</sup>

As experiências com o sucesso e o fracasso e o feedback que obtém de seus pares e de seus pais em relação ao desempenho são fundamentais para o desenvolvimento da autoestima, que se mantém razoavelmente estável durante a infância, mas um pouco menos no início da adolescência, quando a autoestima tende a sofrer uma queda, sobretudo devido ao desempenho acadêmico. No final da adolescência a autoestima tende a se elevar, mas em algumas situações pode se manter baixa, com ou sem períodos de melhora.<sup>51</sup>

Ressalta-se que cada componente da autoestima é valorizado de forma diferente por cada criança. Os padrões de cultura, o social e o desempenho em determinada atividade esportiva influencia a forma como a família, via reforço

positivo, pode contribuir para a construção da autoestima. A auto competência em um domínio específico melhora a avaliação global de si mesma. Contudo, primeiro a criança vivencia algum grau de discrepância entre o que gostaria de ser e o que é. Ou seja, verifica-se uma lacuna entre seu self ideal e o que ela percebe como sendo seu self real.<sup>52</sup>

Os pais devem estar atentos em relação a construção do self real e ideal, pois se há uma discrepância grande entre eles, a criança se vê como fracassada no alcance de seus objetivos. Nessas situações, a percepção de apoio pelos pais e amigos é fundamental. Ensinar a criança a valorizar cada atividade em particular e oferecer uma relação afetuosa e acolhedora é fundamental. O apoio dos pais deve estar presente mesmo nas situações nas quais o bom desempenho é alcançado. É importante que a criança perceba que pode contar com apoio de forma incondicional. Será a ênfase colocada pelos pais no bom desempenho da criança um elemento importante na sua formação, em todas as áreas.<sup>52</sup>

Níveis elevados de motivação, internalização e segurança emocional da estrutura familiar, tal como relações parentais estáveis, frequência de reforço positivo na adolescência, produz o aumento dos níveis de motivação intrínseca para comportamentos acadêmicos.<sup>53</sup> Na adolescência é comum o medo de ser excluído, de não se sentir aceito pelo grupo. Os pais devem trabalhar a percepção dos filhos como indivíduos, fazê-los se sentirem bem como são, elogiá-los, mesmo em situações do cotidiano. Aqui, novamente, enfatiza-se a importância de que os pais tenham uma boa autoestima. Nesse sentido, o exemplo é mais efetivo do que somente a conversa. É preciso valorizar as boas qualidades dos filhos e dos pais e também reconhecer que todos temos falhas e que é possível melhorá-las, ensinando-os a aceitar as próprias vulnerabilidades sem culpas ou julgamentos. A relação baseada na confiança é construída com a habilidade de compartilhar os sucessos e as dificuldades uns dos outros.<sup>51</sup>

Então seguem algumas dicas a serem trabalhadas por pediatras para que os pais, profes-

res e cuidadores estimulem a construção da autoestima das crianças e adolescentes.

Incentivar a criança a reconhecer sua própria importância, através do estímulo ao amor e respeito. Estimular a criança a gostar de sua autoimagem, do resultado que obtém nas atividades acadêmicas e esportivas. É importante que a criança, de acordo com cada faixa etária, desenvolva a habilidade de olhar para si mesma e entender que a cada ação corresponde um resultado. Por exemplo, a criança deve ser estimulada pelos responsáveis a gostar das suas características físicas, entender que há diferenças entre as pessoas, como a cor da pele, altura, o tipo de cabelo, dentre outros.<sup>51</sup>

A criança e adolescente devem ter espaço para se manifestarem dentro do seu contexto familiar e apoio para aprender a identificar seus sentimentos e suas reações de acordo com cada um deles. Cabe aos pediatras discutirem com os pais a possibilidade de momentos diários de conversas com os filhos, com escuta efetiva e acolhedora e com direcionamento para que a própria criança ou adolescente possam refletir na auto-responsabilidade sem culpa e na escolha das ações de acordo com o sentimento identificado. As crianças menores também podem demonstrar através de brincadeiras e jogos as situações vivenciadas. Destacar algo que se fez de bom e ter um espaço para registrar isso ajuda a construção de se valorizar no dia-a-dia.

Deve-se transmitir para as crianças a ideia de que a cada ação corresponde uma reação ou resultado que pode ser diferente para cada pessoa. Transmitir a ideia de ação e responsabilidade. Ou seja, se o desempenho da criança, seja acadêmico, seja no esporte, não foi para ela satisfatório, há a possibilidade de que ela se dedique um pouco mais, solicite ajuda visando um melhor resultado.

Adequar as exigências dos pais para o que a criança é capaz de alcançar de acordo com a sua idade, nível de desenvolvimento, potencialidade e personalidade. Os cuidadores devem valorizar os resultados obtidos pela criança entendendo

que há uma particularidade para cada uma. Ou seja, uma criança pode não ter um excelente desempenho no raciocínio matemático, mas ter mais habilidades no campo da linguagem ou das ciências sociais. Os pais devem estar atentos a percepção que a criança tem de si mesma, sobretudo quando o desempenho da criança é bom, mas ela sempre acha que o de outra pessoa é melhor.<sup>51</sup>

Elogiar é fundamental, é ótimo ver outra pessoa gostar de algo bom que você fez. O objetivo não é fazer os filhos se sentirem melhores do que os outros, mas fazê-los ver que estão bem do jeito que são. Quando alguém aprende a se aprovar, se torna melhor em aceitar elogios e agradecer. O ideal é que no processo de desenvolvimento da infância para a vida adulta, alguém possa perceber que o elogio mais importante que pode receber, vem de si mesmo. Ou seja, ser ciente de suas falhas e habilidades, mas com boa autoestima, percebendo que o que alcança é bom, mesmo que ainda possa ser melhor. O ideal é quando,

para se buscar aprovação através das outras pessoas, percebe que sua autoestima não depende da percepção que os outros têm de si, mas sim de quem eu sou e do que faço por mim.<sup>51</sup>

Ressalta-se, que o papel fundamental é que o ambiente deve promover o fortalecimento da autoestima, ensinar a criança a dar valor ao que faz, que nem sempre suas ações necessitam de obter a aprovação dos outros. Evitar comparar uma criança com a outra. Os pais não devem se colocar na postura de vítima e também não estimularem tal postura nos filhos. Transmitir a ideia de que o fato de cometer um erro não faz de uma pessoa alguém ruim. Afastar as crianças e a família de relacionamentos que não sejam construtivos. Estimular afirmações positivas sobre si mesmo, valorizar as conquistas, cuidar da autoimagem. Ensinar à criança a importância de fazer seu próprio julgamento, importando menos com a opinião de terceiros. Construir a habilidade de responsabilizar-se pelos próprios atos e agir no sentido de obter melhores resultados.<sup>51</sup>

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Assis SG, Avanci JQ. Labirinto de Espelhos: formação da auto-estima na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2004.
02. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI, et al. Does High Self-Esteem Cause Better Performance, Interpersonal Success, Happiness, or Healthier Lifestyles? *Psychol Sci Public Interest*. 2003;4(1):1-44.
03. Bos, AER, Muris P, Mulken S, et al. Changing self-esteem in children and adolescents: a roadmap for future interventions. *Neth J Psychol*. 2006; 62:26-33.
04. Branden N. AUTO-ESTIMA: Como aprender a gostar de si mesmo. São Paulo: Editora Saraiva; 1998.
05. Branden N. The Psychology of Self-Esteem. New York: Jossey-Bass; 2001.
06. Branden N. The six pillars of self-esteem. New York: Bantam Books; 1994.
07. Brummelman E, Thomaes S. How Children Construct Views of Themselves: A Social-Developmental Perspective. *Child Dev*. 2017; 88(6):1763-73.
08. California State Department of Education, California Task Force to Promote Self-esteem and Personal and Social Responsibility. *Toward A State Of Esteem*. California: Office of State Printing; 1990.
09. Cavallo JV, Holmes JG, Fitzsimons GM, et al. Managing motivational conflict: how self-esteem and executive resources influence self-regulatory responses to risk. *J Pers Soc Psychol*. 2012;103(3):430-51.
10. Colaciti AK. A construção do autoconceito na infância: sua importância no processo de desenvolvimento da criança. *Rev Cient Eletr Psicol*. 2006; ano IV, nº 7.
11. Faria L. Desenvolvimento do Auto-conceito físico nas crianças e nos adolescentes. *An Psicol*. 2005; 23(4): 361-71.
12. Favre D, Reynaud C, Caussidier C. Three motivation systems but only one self-esteem? In: De Wals S, Meszaros K (eds). *Handbook on Psychology of Self-Esteem*. New York: Nova Science Publishers, Inc; 2012. p. 61-80.
13. Kernis MH. *Self-Esteem Issues and Answers. A Sourcebook on Current Perspectives*. New York: Psychology Press; 2006.
14. Keshky MS, Samak YAA. The Development of Self Esteem in Children: Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Psychol Behav Anal*. 2017; 3:128.
15. Lachowicz-Tabaczek K, Śniecińska J. Self-concept and self-esteem: How the content of the self-concept reveals sources and functions of self-esteem. *Polish Psychological Bulletin*. 2011; 42(1):24-35.
16. Macêdo CMV, Andrade RGN. Imagem de si e Autoestima: A Construção da Subjetividade no Grupo Operativo. *Psicol Pesq*. 2012; 6(01):74-82.
17. Mann M, Hosman CM, Schaalma HP, et al. Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Educ Res*. 2004; 19(4):357-72.
18. Orth U, Robins RW. The Development of Self-Esteem. *Curr Dir Psychol Sci*. 2014; 23(5):381-7.
19. Schweitzer RD, Seth-Smith M, Callan V. The relationship between self-esteem and psychological adjustment in young adolescents. *J Adolesc*. 1992; 15(1):83-97.
20. Vieira PLRA, Freitas MCMA. A criança e o desenvolvimento da autoestima. *Rev Edu Ciên Inov*. 2017;2(1):108-49.
21. Hume D. On Self Love (appendix). In: *An Enquiry concerning the principles of Morals (1777). Complete Works of David Hume*. s.l.: Delphi Classics, 2016 (edição em ebook).
22. James W. *The Principles of Psychology (1890)*. In: *Complete Works of William James*. s.l.: Delphi Classics, 2018 (edição em ebook).
23. Maslow AH. The Hierarchy of Needs: a theory of human motivation. *Psychol Rev*. 1943;50(4):370-396
24. Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es*. In: *Gesammelte Werke: XIII*, 237-289. London: Imago, 1998 (acessado no site do PEP Archive).
25. Schultz DP, Schultz SE. *História da Psicologia Moderna*. 11ª edição. São Paulo: Cengage, 2019.
26. Sadock BJ, Sadock V, Ruiz P (eds.). *Mood disorders*. In: *Sadock BJ, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017, p. 1599-1719.
27. Sadock BJ, Sadock V, Ruiz P (eds.). *Personality disorders*. In: *Sadock BJ, Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017, p. 2126-2176.
28. Almeida RS, Lima RC, Crenzel G, et al. Saúde mental da criança e do adolescente - Série Pediatria SOPERJ. 2ªed. Barueri: Manole; 2019. p.84-91.
29. Sadock BJ, Sadock V, Ruiz P. *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th Edition. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2017, p. 1599-1719.

30. Black D, Andreasen N. *Introductory Textbook of Psychiatry. Sixth Edition.* Arlington: American Psychiatric Publishing, 2014.
31. Marcelli, D. *Enfance et Psychopathologie. 10e ed. revue et complétée.* Issy-les-Moulineux: Elsevier-Masson, 2016.
32. Marcelli, D., Braconnier, A. *Adolescence et Psychopathologie. 9e édition.* Issy-les-Moulineux: Elsevier-Masson, 2018.
33. Goodman R, Scott S. *Child and adolescent psychiatry. 3rd ed.* Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.
34. Dulcan M. *Dulcan's Textbook of Child and Adolescent Psychiatry. 2nd edition.* Arlington: American Psychiatric Association, 2016.
35. Martin A, Bloch MH, Volkmar F. (ed.). *Lewis's Child and adolescent psychiatry: a comprehensive textbook. Fifth edition.* Philadelphia: Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins, 2018.
36. Thapar A, Pine D (eds.) *Rutter's Child and adolescent psychiatry. 6th edition.* Oxford: Wiley & Sons, 2015.
37. McCauley JB, Harris MA, Zajic MC, et al. Self-Esteem, Internalizing Symptoms, and Theory of Mind in Youth With Autism Spectrum Disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2019; 48(3):400-11.
38. Small L, Aplasca A. Child Obesity and Mental Health: A Complex Interaction. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am.* 2016; 25(2):269-82.
39. Paxton SJ, Damiano SR. The Development of Body Image and Weight Bias in Childhood. *Adv Child Dev Behav.* 2017; 52:269-98.
40. Almeida, RS, Brasil, H. A criança doente. In: Brasil, MA et al: *Psicologia médica: a dimensão psicossocial da prática médica.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
41. Australian Institute of Health and Welfare 1999. *Australia's welfare 1999: services and assistance.* Canberra: AIHW.
42. Verschueren K, Buyck P, Marcoen A. Self-representations and socioemotional competence in young children: A 3-year longitudinal study. *Develop Psychol.* 2001;37:126-134.
43. Evans GW, Fuller-Rowell TE. Child-hood poverty, chronic stress, and young adult working memory: The protective role of self-regulatory capacity. *Develop Sci.* 2013;16(5):688-696.
44. Grantham-McGregor S, Cheung YB, Cueto S, et al.. Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *The Lancet.* 2007;369(9555):60-70.
45. Thompson RA, Nelson CA. Developmental Science and the media: Early brain development. *Am Psychol.* 2001; 56:5-15.
46. ECA Estatuto da Criança e do Adolescente Edição atualizada até outubro de 2017. Edição do Senado Federal. *eca\_1ed.pdf* (senado.leg.br)
47. Margolin G, Gordis EB: The effects of family and community violence on children. *Ann Rev Psychol.* 2000;51:445-479.
48. Wickramaratne PJ, Weissman MM: Onset of psychopathology in offspring by developmental phase and parental depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1998;37:933-942.
49. Kim-Cohen J, Avshalom Caspi, Terrie E Moffitt, et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a et al. (2003). *Diagnósticos Juvenis anteriores em adultos com transtorno mental: acompanhamento do desenvolvimento de uma coorte prospectiva-longitudinal.* *Arquivos de Psiquiatria Geral,* 60, 709-717.
50. Martin A, Bloch MH, Volkmar FR. *Lewis's child and adolescent psychiatry. A Comprehensive Textbook. 5th edition; Copyright © 2018 Wolters Kluwer.*
51. Törnblom M. *Autoestima já!: supere os medos e descubra o seu valor.* Rio de Janeiro: Best Seller, 2010.
52. Bee H, Boyd D. *Autoestima. In: A criança em desenvolvimento. 12ª edição.* Porto Alegre: Artmed, 2011, p.291-29.
53. Diaz-Rodriguez RP. Efectos de la autoestima y la seguridad emocional en el sistema familiar sobre el estilo motivacional para el estudio de la economía. In: *Estudios sobre educación. Vol. 38,* 2020, p. 145-167.



# 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:**  
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

**DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**2ª DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Cláudio Hoinéff (RJ)

**3ª DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Hans Walter Ferreira Greve (BA)

**DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL**  
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

**COORDENADORES REGIONAIS**

**NORTE:**  
Bruno Acatauass Paes Barreto (PA)  
Adelma Alves 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)  
Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)  
Mária Sidneuma de Melo Ventura (CE)  
Isabel Rey Madeira (RJ)

**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:**  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**MEMBROS:**  
Clóvis Francisco Constantino (SP)  
Mária 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)  
Virgínia Weffort (MG)  
Themis Reverbel da Silveira (RS)

**DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**  
Mária 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 Morais (SP)  
Kerstin Taniguchi Abagge (PR)  
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

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

**COORDENAÇÃO:**  
Hélcio Villaza Simões (RJ)

**MEMBROS:**  
Ricardo do Rego Barros (RJ)  
Clóvis Francisco Constantino (SP)  
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)  
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)  
Flávia Nardes dos Santos (RJ)  
Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)  
Sidnei Ferreira (RJ)  
Sílvio 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 DA PEDIATRIA**

**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)  
Jocleide Sales Campos (CE)  
Mária Nazareth Ramos Silva (RJ)  
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)  
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

**DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**

**COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS**  
Dirceu Solé (SP)

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

**DOCUMENTOS CIENTÍFICOS**  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Dirceu Solé (SP)  
Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)  
Joel Alves Lamounier (MG)

**DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES**  
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

**MEMBROS:**  
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)  
Paulo César Guimarães (RJ)  
Cléa Rodrigues Leone (SP)

**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL**  
Mária 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 Silva Weffort (MG)

**PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS**  
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)  
Normeide Pedreira dos Santos (BA)  
Márcia 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)

**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:**  
Crescivo de Aragão Dantas Alves (BA)  
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)  
João Guilherme Bezerra Alves (PE)  
Marco Aurélio Palazzi Safadi (SP)

Magda Lahorgue Nunes (RS)  
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)  
Dirceu Solé (SP)  
Antônio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

**EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA**  
Clemax 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)  
Mariana Tschoepke Aires (RJ)  
Mária de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)  
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)  
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)  
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)  
Álvoro Jorge Madeiro Leite (CE)  
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)  
Márcia 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)  
Túlio 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)  
Alegria Mária Bicudo-Zeferino (SP)  
Sílvia 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)  
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 Luís Amantea (RJ)  
Susana Maciel Wuillaume (RJ)  
Aurimery Gomes Chermont (PA)  
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

**COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA**  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Hélcio Maranhão (RN)

**COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES**  
Adelma Figueiredo (RR)  
André Luis Santos Carmo (PR)  
Marynea Silva do Vale (MA)  
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

**MUSEU DA PEDIATRIA**

**COORDENAÇÃO:**  
Edson Ferreira Liberal (RJ)

**MEMBROS:**  
Mário Santoro Junior (SP)  
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

**REDE DA PEDIATRIA**

**COORDENAÇÃO:**  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Rubem Couto (MT)

**AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA:**  
Ana Isabel Coelho Montero

**AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA:**  
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

**AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA:**  
Elena Marta Amaral dos Santos

**AP - SOCIEDADE AMAPAENSE DE PEDIATRIA:**  
Rosenilda Rosete de Barros

**BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:**  
Dolores Fernandez Fernandez

**CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA:**  
Anamaria Cavalcante e Silva

**DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL:**  
Dennis Alexander Rabelo Burns

**ES - SOCIEDADE ESPÍRITOSSANENSE DE PEDIATRIA:**  
Roberta Paranhos Fragoso

**GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:**  
Marise Helena Cardoso Tófoli

**MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO:**  
Marynea Silva do Vale

**MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA:**  
Cássio da Cunha Ibiapina

**MS - SOCIEDADE DE PED. DO MATO GROSSO DO SUL:**  
Carmen Lucia de Almeida Santos

**MT - SOCIEDADE MATOGROSENSE DE PEDIATRIA:**  
Isabel Cristina Lopes dos Santos

**PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:**  
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

**PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA:**  
Leonardo Cabral Cavalcante

**PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO:**  
Katia Galvão Brandt

**PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ:**  
Anesísia Coelho de Andrade

**PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA:**  
Kerstin Taniguchi Abagge

**RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:**  
Katia Telles Nogueira

**RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA RIO GRANDE DO NORTE:**  
Katia Correia Lima

**RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA:**  
Wilmerson Vieira da Silva

**RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA:**  
Adelma Alves de Figueiredo

**RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL:**  
Sérgio Luis Amantea

**SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA:**  
Rosamaria Medeiros e Silva

**SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA:**  
Ana Jovina Barreto Bispo

**SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO:**  
Sulim Abramovici

**TO - 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 Sarrubo (SP)  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA**

**PRESIDENTE:**  
Mário Santoro Júnior (SP)

**VICE-PRESIDENTE:**  
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

**SECRETÁRIO GERAL:**  
Jefferson Pedro Piva (RS)

**DIRETORA DE COMUNICAÇÃO**  
Conceição Ap. de Mattos Segre (SP)

**DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**

- Adolescência
- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infecologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Segurança
- Sono
- Suporte Nutricional
- Terapia Intensiva
- Toxicologia e Saúde Ambiental

**GRUPOS DE TRABALHO**

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Pediatria e humanidade
- Saúde mental