



Documento Científico

Departamento Científico
de Hematologia e Hemoterapia (2019-2021)

Anemia hemolítica autoimune: abordagem da criança e do adolescente pelo pediatra

Departamento Científico de Hematologia e Hemoterapia

Presidente: Josefina Aparecida Pellegrini Braga

Secretária: Isa Menezes Lyra

Conselho Científico: Cecília Fernandes Lorea, Liane Esteves Daudt,
Lisandro Lima Ribeiro, Pablo Santiago, Paulo Ivo Cortez de Araújo,
Paulo José Medeiros de Souza Costa (Relator),
Rosana Cipolotti, Sandra Regina Loggetto

A anemia hemolítica autoimune (AHAI) ocorre pelo surgimento de autoanticorpos direcionados contra antígenos presentes na superfície da membrana dos eritrócitos, diminuindo a sua sobrevivência. Esses autoanticorpos são produzidos por falha no mecanismo de supressão do sistema imunológico, que deixa de reconhecer antígenos do próprio corpo e inicia uma reação com o propósito de destruí-los. São muitos os antígenos eritrocitários, e eles possuem funções biológicas específicas podendo ser classificados em: proteínas estruturais, de transporte, receptores/moléculas de adesão, enzimática, complemento, proteínas regulatórias e outras.

A AHAI pode vir acompanhada de plaquetopenia, e neste caso, denomina-se Síndrome de

Evans (SE). Atualmente, essa síndrome pode ser definida como a redução de pelo menos duas linhagens de células do sangue, na ausência de outros diagnósticos¹. Contudo, com a descrição de novas síndromes desregulatórias imunológicas, a SE pode ser considerada como uma manifestação de diferentes doenças imunomediadas.

A AHAI está estimada em 0-4 casos por 100.000hab/ano. Não há dados muito precisos da sua incidência na população infantil, porém, estima-se que seja inferior a 1 caso por 100.000hab/ano. No entanto, devido à gravidade e relevância clínica é importante que todo pediatra saiba identificar e abordar de modo adequado, até que se tenha o apoio do hematologista pediatria.

Segundo estudo de coorte realizado na França, com a maior casuística publicada de AHAI em criança até o momento (265 casos), dentre os pacientes que desenvolvem a doença, aproximadamente 37% têm também plaquetopenia, o que caracterizaria a SE².

Quanto à patogênese, a destruição dos eritrócitos é imunomediada pela presença de autoanticorpos, estes em 60% a 70% dos casos são do tipo imunoglobulina (Ig) G, que se ligam aos antígenos de superfície dos glóbulos vermelhos², e causa sua destruição, principalmente no extravascular a 37°C, e por esta razão são classificados como anticorpos quentes. Em minoria de crianças (25-30%), a IgM é que destrói as células, ativando a cascata do complemento, principalmente no compartimento intravascular, quando exposto a temperaturas frias (anticorpos frios)³. Às vezes coexistem ambos os mecanismos, ou eventualmente, se associada a neutropenia imune⁴.

De acordo com a etiologia, a AHAI pode ser classificada em primária e secundária. A primária quando não se encontra uma causa ou explicação para a presença dos anticorpos, também chamada de idiopática. Contudo, novas descobertas de diferentes defeitos genéticos envolvendo vias de regulação imunológica levaram à identificação de transtornos específicos, que explicam alguns casos anteriormente relatados como idiopáticos⁵.

Segundo Miano⁶, a AHAI pode ser secundária a várias situações clínicas, tais como:

- a) **Infecções:** vírus Epstein-Barr, Citomegalovírus, vírus da imunodeficiência humana, *Helicobacter pylori*, vírus da hepatite C, *Mycoplasma pneumoniae*⁷, eritrovírus B19 (anteriormente denominado Parvovírus B19);
- b) **Imunodeficiências e distúrbios linfoproliferativos:** Imunodeficiência comum variável (CVID), Síndrome da imunodeficiência combinada grave (SCID), síndrome de DiGeorge, deficiência seletiva de IgA, síndrome linfoproliferativa auto-imune (ALPS), deficiência de âncora responsiva a lipopolissacarídeo e do tipo bege (LRBA), deficiência de antígeno 4 de linfócito T citotóxico (CTLA4), deficiência

de fosfoinositídeo 3-quinase delta (PI3KD), doença de Castleman;

- c) **Distúrbios autoimunes e reumatológicos:** lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatóide juvenil, síndrome anti-fosfolipídeo, hepatite de células gigantes;
- d) **Malignas:** linfoma, leucemia, síndrome mielodisplásica; e
- e) **Outras:** drogas (cefalexina, penicilinas, piperacilina), vacinação, transplante de células-tronco, hemoglobinúria paroxística noturna.

Os mecanismos etiopatogênicos da maioria destas AHAI secundárias, ainda não foram elucidados. Muitas vezes essas doenças abrem um quadro de AHAI antes de surgirem os sinais e sintomas da própria doença. É fundamental que o pediatra esteja atento e investigue um fator ou doença associada diante de um quadro de AHAI.

Os pacientes que desenvolvem AHAI podem apresentar icterícia, palidez, fadiga, dispneia, palpitações e frequentemente febre. Hepatoesplenomegalia, cianose e dor nas extremidades das mãos, dos pés, do nariz e da orelha; ou ainda apresentar hematúria ou hemoglobinúria, dependendo dos autoanticorpos envolvidos (quentes ou frios). A classificação e identificação dos anticorpos são fundamentais para a compreensão da patogênese e do tratamento. Na criança, é mais frequente a AHAI por autoanticorpos quentes (IgG). Quando associada à trombocitopenia, pode apresentar petéquias, hematomas e sangramento mucocutâneo.

Como qualquer doença, quanto mais precoce for o diagnóstico, maior a possibilidade de tratamento e/ou controle. Os exames laboratoriais que devem ser solicitados inicialmente para triagem são: hemograma, reticulócitos, bilirrubina indireta, desidrogenase láctica e teste de Coombs Direto (TCD).

O diagnóstico é baseado na positividade para TCD, reticulocitose, aumento da bilirrubina indireta e aumento da desidrogenase láctica (DHL). Pode haver redução da haptoglobina sérica. Às vezes, TCD positivo pode ser o único sinal de envolvimento dos glóbulos vermelhos. O hemograma pode mostrar esferócitos que sugerem hemólise extravascular e/ou apresentar agre-

gações de hemácias em cadeias longas ('Rouleaux'). A confirmação diagnóstica para a doença é também realizada pelo teste de antiglobulina indireto (TAI ou teste de Coombs indireto) e pesquisa de aloanticorpos aderidos a autoanticorpos (PAAC ou pesquisa de autoanticorpo).

O tratamento para AHAI tem como principal objetivo inibir o processo de hemólise causado pela presença do autoanticorpo. Idealmente, discutir com o hematologista pediátrico a melhor opção de tratamento. Desta forma, a primeira opção de tratamento para AHAI causada por anticorpos quentes são os corticosteroides (prednisolona 2mg/kg/dia ou prednisona 1-2mg/kg) com efetividade ao redor de 70% a 80%, por cerca de três semanas de tratamento. A retirada da droga deve ser acompanhada pelo hematologista pediátrico e avaliando a melhora clínica do paciente⁸.

Em situações de emergência, pode-se fazer transfusão de concentrado de hemácias lavadas, utilizando-se a bolsa com menor incompatibilidade e fracionar o volume total em alíquotas. Para tanto, é essencial a ajuda do hemoterapeuta.

Outras condutas terapêuticas podem ser utilizadas, dependendo da situação da emergência e da resposta de cada paciente, como o uso da Imunoglobulina intravenosa, IgIV, ou a metilprednisolona em altas doses. A esplenectomia estaria reservada para emergências, somente quando não houver resposta a outras drogas, sempre avaliando os riscos desta indicação e considerando a idade da criança e as vacinas para prevenção de infecção por germes capsulados, devido ao risco de sepse.

A AHAI causada por aglutininas frias tem em geral a participação de anticorpos da classe IgM e quase sempre envolve o sistema complemento no mecanismo de destruição dos glóbulos vermelhos. Ainda que a modulação do complemento não seja uma terapia baseada em evidência para a AHAI, há vários estudos em andamento com a perspectiva de desenvolver novos inibidores do complemento. Em alguns casos de AHAI por anticorpos frios utiliza-se a plasmaférese.

Não há associação entre o padrão e a quantidade de anticorpos na superfície das hemácias, o valor da hemoglobina e a contagem de reticulócitos com a resposta ao tratamento com corticosteroide, nem com a remissão da doença. Contudo, a presença de autoanticorpos e aloanticorpos aderidos à membrana das hemácias interfere nos resultados dos exames imunohematológicos e pré-transfusionais, causando problemas em pacientes que necessitam de transfusão sanguínea e a dificuldade de se identificar concentrados de hemácias compatíveis, necessitando de procedimentos hemoterápicos específicos nas unidades a serem transfundidas para melhorar a eficácia.

No entanto, entre 20% e 45% dos pacientes apresentam recaída da doença após remissão completa, sendo um grande desafio para os profissionais que lidam com a doença⁹.

Os critérios de resposta ao tratamento da AHAI foram bem estabelecidos no consenso da Associação Italiana de Hematologia e Oncologia Pediátrica – IAEOP⁸, podendo ser: resposta completa, parcial, sem resposta ou com recaídas, conforme o quadro 1.

Quadro 1. Critérios de resposta ao tratamento da Anemia hemolítica Autoimune

Resposta completa	Hemoglobina (Hb) $\geq$ limite mínimo normal para a idade; Sem sinais de hemólise (reticulócitos, bilirrubinas, haptoglobina e desidrogenase láctica (DHL) normais)
Resposta parcial	Aumento da Hb $\geq$ 2g/dL, mas não alcançando o valor normal para a idade
Sem resposta	Aumento de Hb $<$ 2g/dL e/ou dependência de transfusão
Recaída	Anemia com hemólise (Reticulócitos $>$ 120.000/mm ³ , Haptoglobina de 1mg/dL, DHL duas vezes o normal após ter alcançado a remissão completa)

Adaptado de ref⁸.

Ladogana e cols. elaboraram um protocolo para pacientes que não responderam ou obtiveram resposta parcial com a terapia de primeira linha para a AHA (corticosteroides)¹⁰. Segundo esse protocolo, as opções de tratamento, por ordem de prioridade de resposta são: rituximabe (anticorpo monoclonal anti-CD20), ciclofosfamida, esplenectomia, alentuzumabe (anticorpo

monoclonal anti-CD52) e transplante de células tronco. Para as crianças que obtiverem resposta parcial a esses tratamentos ou ficarem corticodependentes, deve-se empregar a associação com imunossupressores (mycophenolato, azatioprina, ciclosporina), com o objetivo de reduzir as doses de corticosteroides, minimizando os efeitos colaterais pelo uso da droga em longo prazo¹⁰.

REFERÊNCIAS

01. Mantadakis E, Farmaki E. Natural history, pathogenesis, and treatment of Evans syndrome in children. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2017; 39(6):413-9.
02. Aladjidi N, Leverger G, Leblanc T, Picat MQ, Michel G, Bertrand Y, et al, for the Centre de Référence National des Cytopenies Auto-immunes de l'Enfant (CEREVANCE). New insights into childhood autoimmune hemolytic anemia: a French national observational study of 265 children. *Haematologica*. 2011;96(5):655-663.
03. Petz LD. A physician's guide to transfusion in autoimmune haemolytic anaemia. *Br J Haematol*. 2004;124(6):712-6.
04. Farruggia P, Dufour C. Diagnosis and management of primary autoimmune neutropenia in children: insights for clinicians. *Ther Adv Hematol*. 2015;6(1):15-24.
05. Seidel MG. Autoimmune and other cytopenias in primary immunodeficiencies: pathomechanisms, novel differential diagnoses, and treatment. *Blood*. 2014;124(15):2337-44.
06. Miano M. How I manage Evans Syndrome and AIHA cases in children. *Br J Haematol*. 2016;172(4):524-34.
07. Cristián TA, Luis CR. Mycoplasma pneumoniae infection: cerebral microangeitis, Bickerstaff syndrome and autoimmune hemolytic anemia. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*. 2011;49(1):56-61.
08. Ladogana S, Maruzzi M, Samperi P, Perrotta S, Del Vecchio GC, Notarangelo LD, et al.; AIHA Committee of the Italian Association of Paediatric Onco-haematology (AIEOP). Diagnosis and management of newly diagnosed childhood autoimmune haemolytic anaemia. Recommendations from the Red Cell Study Group of the Paediatric Haemato-Oncology Italian Association. *Blood Transfus*. 2017;15(3):259-267.
09. Sankaran J, Rodriguez V, Jacob EK, Kreuter JD, Go RS. Autoimmune Hemolytic Anemia in Children: Mayo Clinic Experience. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2016;38(3):e120-4.
10. Ladogana S, Maruzzi M, Samperi P, Condorelli A, Casale M, Giordano P, et al. AIHA Committee of the Associazione Italiana di Ematologia ed Oncologia Pediatrica. Second-line therapy in paediatric warm autoimmune haemolytic anaemia. Guidelines from the Associazione Italiana Onco-Ematologia Pediatrica (AIEOP). *Blood Transfus*. 2018;16(4):352-357.



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:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Hoiner (RJ)

3ª 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 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:
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

CENTRO-OESTE:
Regina Maria Santos Marques (GO)
Natasha Shlessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA
TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria 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)
Darci 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)
Virgínia Weffort (MG)
Themis Reverbel da Silveira (RS)

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 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)
Flavia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvia 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 Morello 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:
Fabio 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)
Jocileide 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 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
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virgínia Resende 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 Shlessarenko 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:
Crísio 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)

EDITORIA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Mariana Tschoepke Aires (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro 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 Luiza 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)
Ângela Maria Bícudo-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 (RJ)
Délia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luís Amantea (RS)
Susana Maciel Wuillaume (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)

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)

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 AMAPEENSE 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:
Renata Belem Pessoa de Melo Seixas

ES - SOCIEDADE ESPRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA:
Roberta Paranhos Frago

GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:
Marise Helena Cardoso Tófoli

MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO:
Maryneia 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 MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA:
Paula Helena de Almeida Gatass Bumla

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 Galeão 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:
Mareny Damasceno Pereira

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 Sarrubbo (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)

DIRETORIA 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
- Infecção
- 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