

SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE REUMATOLOGIA (GESTÃO 2022-2024)

PRESIDENTE: Clovis Artur Almeida da Silva (revisor)

SECRETÁRIA: Adriana Rodrigues Fonseca (revisora)

CONSELHO CIENTÍFICO: Ana Luiza Garcia Cunha (revisora), Clarissa Carvalho de Miranda Valões (revisora),
Claudia Saad-Magalhães (relatora), Claudio Arnaldo Len (relator),
Glaucia Vanessa Novak Molina (relatora), Maria Odete Esteves Hilário (revisora)

O QUE É A SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS?

Um breve relato histórico sobre a síndrome das pernas inquietas (*Restless legs syndrome*), indica que ela foi citada, como um diagnóstico específico, em um Tratado de Medicina em 1685 pelo médico inglês Dr. Thomas Willis. Nesta descrição foram incluídos aspectos-chave como a associação do desconforto nas pernas durante

o período de sono noturno, ocorrendo sempre durante o repouso, comprometendo o sono e o tratamento com opiáceos trazia algum alívio de sintomas¹. Em 1945 o Dr. Karl Axel Ekbom, neurologista sueco fez a sua caracterização completa, justificando o epônimo síndrome de Willis-Ekbom. Em 1953, Norlander descreveu a relevância do tratamento farmacológico com a suplementação de ferro. Em 1995 foi criado um grupo internacional para estudar e propor os critérios de classificação e diagnóstico da síndrome

me das pernas inquietas, sendo publicado pela Associação Americana de Medicina do Sono em 1999². Concomitantemente surgiram inquéritos sobre tal condição^{3,4} e os critérios diagnósticos pediátricos foram implementados⁵.

A síndrome das pernas inquietas é um distúrbio neurológico sensitivo-motor caracterizado pela queixa de premência de movimentar os membros inferiores durante o período de repouso e sono noturno. Há relevância clínica, pois pode causar comprometimento de atividades sociais, ocupacionais e educacionais. Quando não reconhecida e tratada oportunamente poderá trazer consequências futuras e impacto na qualidade de vida e de sono do paciente e de sua família

O seu diagnóstico é desafiador, sobretudo em crianças pré-verbais e até mesmo em escolares, pois podem ter dificuldades ao interpretar e expressar as queixas e sintomas. Na descrição da síndrome das pernas inquietas pode haver concomitantemente, a síndrome dos movimentos periódicos de membros, que ocorre durante o sono, associados a insônia, sonolência diurna e as parassonias. Caracteriza-se por movimentos periódicos observados pela polissonografia, em diferentes fases do sono e com intensidade variável, mas são considerados distintos da síndrome de pernas inquietas⁶. A maioria dos pacientes com movimentos periódicos durante o sono apresentam pernas inquietas; 80% dos adultos e de 63% a 74% dos casos pediátricos de síndrome das pernas inquietas apresentam movimentos periódicos durante o sono, sendo bem caracterizados no laboratório de polissonografia.

Há extensa literatura sobre a síndrome das pernas inquietas no adulto, em 40% os sintomas iniciam-se antes dos 20 anos de idade. Baseado em inquéritos, a prevalência é de 1,9% em escolares e 2% em adolescentes, sem predomínio

quanto ao sexo. A sua etiologia tem sido explorada, mas ainda pouco conhecida. A incidência familiar aponta para componentes genéticos e disfunções como a de receptores de dopamina e baixos estoques de ferro. Uma proporção de pacientes apresenta comorbidades como transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), parassonias, despertar confusional, terror noturno, sonambulismo, pesadelos. O papel crítico de alguns fatores, tais como a deficiência de ferro, foram bem documentados no adulto, todavia o seu papel na criança ainda não está claro. No adulto, as comorbidades frequentes são o diabetes, hipertensão arterial, doenças renales, hepáticas, neurológicas e reumáticas. Além disso, a síndrome das pernas inquietas determina maior risco cardiovascular nos pacientes acometidos.

COMO SE FAZ O DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS?

O diagnóstico da síndrome de pernas inquietas é essencialmente clínico, sendo crucial ter o relato de sintomas pela própria criança com questões diretas e a observação pelos pais das queixas noturnas^{7,8}. Os critérios diagnósticos, descritos no Quadro 1 devem ser observados na prática⁵. A síndrome das pernas inquietas pode ter atraso de diagnóstico e de tratamento, mesmo naqueles que procuram cuidados médicos especializados. Escolares e adolescentes são capazes de descrever os sintomas, sendo necessário explorá-los¹ (Quadro 2). Recomenda-se que sejam diagnosticados e tratados pelo Pediatra que conduz o atendimento rotineiro destes pacientes. O exame físico geral e o exame neurológico são normais na maioria dos casos, sendo essencial o exame neurológico completo.

Quadro 1. Critérios diagnósticos da síndrome das pernas inquietas^{1,2}

Critérios essenciais do adulto
1. Necessidade premente de mover as pernas causando dor ou desconforto; 2. Sintomas presentes ou com piora, exclusivamente durante o repouso, quando sentado ou deitado; 3. Alívio dos sintomas com os movimentos; 4. A percepção dos sintomas durante o repouso e inatividade ocorrem exclusivamente durante a noite; e 5. Devem ser excluídas outras causas ou doenças
Critérios que suportam o diagnóstico
• História familiar positiva • Curso clínico • Resposta aos agonistas dopaminérgicos • Aumento dos movimentos periódicos durante o sono detectados por meio de polissonografia
Especificar a significância clínica:
Os sintomas causam limitações de atividades sociais, ocupacionais; Causam impacto no sono, energia e vitalidade, atividades diárias, cognição e humor
Especificar curso clínico:
a. Crônico persistente: sintomas em média pelo menos duas vezes por semana no último ano (não tratados) b. Intermitente: sintomas com frequência menor que duas vezes na semana no último ano, pelo menos 5 episódios no total
Especificidades de critérios modificados para a faixa etária pediátrica
• A criança deve descrever os sintomas com suas próprias palavras; • O médico deve estar alerta às palavras tipicamente utilizadas por crianças e adolescentes para descrição dos sintomas; • A linguagem e desenvolvimento cognitivo determinam a aplicabilidade dos critérios, mais que a idade; • Há impacto significativo no sono, humor, funcionalidade; • O comprometimento mais frequente é nos domínios comportamental e educacional; • Há critérios diagnósticos simplificados "provável" e "possível"; • O quadro pode iniciar com movimentos periódicos de membros durante o sono
Critérios modificados para a faixa etária pediátrica^{7,8}
Diagnóstico provável: 1. Os quatro critérios essenciais do adulto do adulto, exceto a piora durante a noite e exclusão de sintomas diurnos 2. Há irmãos ou parente biológico com o quadro definido de Síndrome das pernas inquietas Ou 1. Observação por terceiros sobre o comportamento de desconforto nas extremidades quando sentado ou deitado, acompanhado de movimento dos membros inferiores e o desconforto^{2,3,4} Especificar curso clínico: a. Crônico persistente: sintomas em média pelo menos duas vezes por semana no último ano (não tratados) b. Intermitente

Quadro 2. Queixas relatadas por pacientes com a síndrome das pernas inquietas para descrever o desconforto¹

Inquietação	Queimação, calor
Irritação	Choque
Fisgada, picada	Estrangulamento
Dormência	Contração
Cansaço	Dor, dor no osso, dor no fundo
Coceira, comichão	Angústia, ansiedade, desespero
Formigamento	Aflição, tensão
Sensação de peso	Sensação de pernas nervosas
Repuxamento	"Ruindade"
Vontade de não ficar quieto	"Câimbra"
Vontade de espichar	Pinicar, pinçamento
"Um bicho dentro da perna"	Friagem nos ossos
Queimação, calor	(Regional) "Farnizim", "Gastura"
Queixas observadas e descritas por crianças	
Machucadinho	Aranhas andando nas pernas
Arranhão	Vontade de correr
"Ralado"	Muita energia nas pernas
Batida na perna	
Cócegas	

QUAIS AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS QUE LEVAM AO DIAGNÓSTICO DA SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS?

Os sintomas noturnos e as queixas específicas próprias do adulto e da criança estão descritos no Quadro 2. Há comportamento de insônia, e como consequências dos sintomas noturnos há fadiga diurna, dificuldades no despertar e queda do rendimento escolar, com lentidão na realização de tarefas escolares. Lactentes e pré-escolares com história de má qualidade do sono se comportam com birras, irritabilidade diurna e noturna. A intensidade de sintomas varia amplamente desde sintomas sutis até os intoleráveis, que comprometem a qualidade de vida e saúde do paciente e de sua família. Há escalas de avaliação de intensidade de sintomas adaptados para o português⁹ que podem auxiliar o autorrelato pelos pais e pacientes.

QUAIS OS PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS?

Há diversas causas de dor ou desconforto em membros inferiores que também podem ocorrer no período noturno tais como as câimbras noturnas, dor recorrente em membros, artrite, as osteocondroses, neuropatias, dermatites e outras condições clínicas associadas como a gravidez, a deficiência de ferro, insuficiência renal e diálise (Quadro 3). Também há que se considerar posições desconfortáveis ao dormir e mimetizadas em outras regiões dos membros inferiores como os quadris, pois na síndrome de pernas inquietas o desconfortado é mais frequentemente apontado nas coxas e panturrilhas.

Algumas manifestações clínicas associadas merecem considerações especiais em lactentes e pré-escolares: as cólicas infantis, insônia, apneia do sono, TDAH, epilepsia do sono, epilepsia rolândica, neuropatia e o refluxo gastroesofágico

oculto. Embora o refluxo gastroesofágico oculto seja raro antes dos dois anos de idade, pode ser interpretado erroneamente devido ao desconforto durante o período noturno quando os lactentes choram muito durante a noite, sendo este sintoma comumente interpretado como refluxo ácido causando dor retroesternal. O tratamento preconizado para o refluxo não alivia as queixas noturnas; ao contrário, os medicamentos antieméticos podem piorar os sintomas de pernas inquietas.

Quadro 3. Diagnóstico diferencial da síndrome das pernas inquietas

Com as dores mais comuns

Desconforto postural
Mialgia
Lesões em tendões e ligamentos
Edema postural
Dermatite
Equimoses
Dores de crescimento

Com dores menos comuns

Cãimbras
Artrite
Problemas ortopédicos
Neuropatia periférica
Radiculopatia
Mielopatia
Fibromialgia
Síndrome da dor regional complexa
Acatisia (inquietação) induzida por drogas
Anemia falciforme

divalente de Fe^{++} em linfócitos, a despeito de níveis de hemoglobina (Quadro 4). Outros testes como glicemia de jejum, função tireoidiana, níveis de insulina, vitamina B6, B9 e B12 são recomendados.

Quadro 4. Exames complementares indicados na síndrome das pernas inquietas

Formas primárias:

Hemograma, Ferro Sérico,
Saturação da transferrina, Ferritina

Formas Secundárias:

Hemograma, Ferro Sérico,
Saturação da transferrina, Ferritina
De acordo com a suspeita clínica sobre
doença subjacente: ureia, glicose, TSH,
enzimas hepáticas

A polissonografia não é absolutamente necessária para o diagnóstico da síndrome das pernas inquietas, sendo indicada somente para diagnóstico diferencial de outras causas que afetem a qualidade do sono, como as apneias de sono e os movimentos periódicos durante o sono⁶. Para estes quadros associados, se recomenda a polissonografia monitorada no laboratório de sono por uma noite.

Se houver movimentos abruptos de membros observados durante o sono, há indicação de referência para realizar polissonografia. Esses movimentos aparecem durante o sono e o paciente (ou seus pais) podem não perceber quando eles ocorrem, sendo melhor detectados durante a polissonografia. São movimentos repetitivos e estereotipados que duram aproximadamente 0,5 a 10 segundos, repetindo-se a cada 20 a 40 segundos, ocorrendo em salva durante vários minutos até uma hora. A prevalência de movimentos periódicos durante o sono aumenta com a idade, tendo relação com a síndrome das pernas inquietas. De um modo geral, o tratamento de ambas as condições segue as mesmas diretrizes.

QUAIS OS EXAMES COMPLEMENTARES QUE PODEM SER SOLICITADOS?

Mediante o papel das alterações no metabolismo de ferro que podem ser cruciais na decisão de tratamento, os exames complementares incluem, hemograma completo, ferro sérico, saturação da transferrina e ferritina que podem indicar depleção por disfunção de transportador

QUAL O TRATAMENTO DA SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS?

Para o tratamento não farmacológico^{7,8,10-12} é importante identificar o uso de medicamentos ou fatores que possam agravar o quadro e que devem ser descontinuados como os inibidores seletivos de serotonina, metoclopramida, difenidramina, evitando-se a nicotina, cafeína e álcool que são fatores que agravam os sintomas tanto da síndrome das pernas inquietas quanto os movimentos periódicos durante o sono.

As rotinas de higiene do sono são essenciais nesta orientação terapêutica que devem ser prontamente orientados as crianças e adolescentes, tais como horários regulares para deitar-se e levantar-se, exercitar-se regularmente, mas evitar exercícios físicos intensos ou refeições pesadas próximas do horário de dormir, eliminando atividades estimulantes noturnas como o uso de computadores, jogos, *smartphones* e iluminação excessiva.

Para o tratamento farmacológico, esquematizado no Quadro 5, o *Standard of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine* promove recomendações baseadas em evidências^{7,8}. Os inquéritos mostram que apenas 6,2% das crianças e 6,4% dos adolescentes receberam alguma prescrição de medicamentos. Se houver evidência de baixos estoques de ferro, a suplementação de ferro deve ser considerada o tratamento inicial. Medicações dopaminérgicas são amplamente utilizadas em adultos. Em analogia os agonistas dopaminérgicos pramipexole e ropinirole podem ser indicados em crianças e adolescentes desde que monitorados, pois os eventos adversos e ajustes de dosagem requerem observação cuidadosa e contínua durante o tratamento. Há pouca experiência com o uso de dopaminérgicos na faixa etária pediátrica, sendo esse o principal tratamento em adultos. Há relatos que nos pacientes com TDAH observa-se melhora importante dos sintomas de hiperatividade.

Quadro 5. Tratamento farmacológico na Síndrome de pernas inquietas em crianças e adolescentes

Fármaco	Mecanismo de ação e Indicação	Dosagem	Eventos Adversos
Sulfato Ferroso	Ferritina entre 50-100 mcg/L	3-6 mg/Kg/dia máximo 150 mg/dose	Intolerância gastrointestinal
Gabapentina	Anticonvulsivante	6-12 anos: iniciar com 100 mg e incrementos 100 mg após 1-2 semanas até a supressão de sintomas, máximo 600 mg > 12 anos: iniciar com 200 mg e incrementos de 100 após 1-2 semanas até a supressão de sintomas, máximo 900 mg Tomar 1 hora antes de dormir	Sedação residual Falta de controle de impulsos
Clonazepan	Benzodiazepínico	0,250- 0,500 mg/dia 1-2 horas antes de dormir	Sedação residual (Ressaca)
Clonidina	Anti-hipertensivo	6-12 anos: 0,05 mg/d com incrementos graduais de 0,05 mg/dia; máximo 0,3 mg por dose >12 anos: 0,1 mg/dia incrementos graduais 0,1 mg cada 3-7 dias; máximo 0,4 mg/dia tomar 30 minutos antes de dormir	Sonhos e "pesadelos"

continua...

... continuação

Fármaco	Mecanismo de ação e Indicação	Dosagem	Eventos Adversos
Promiprexole Ropinirole	Agonistas dopamina	0,125 mg 1 vez ao dia sem incrementos de dosagem se não houver melhora dos sintomas deve ser substituído	vômitos, insônia, sonolência diurna, alucinações, comportamento obsessivo-compulsivo
Erva de São João <i>Hypericum perforatum</i>	Fitoterápico	1- 6 anos: 160 mg dose inicial incrementos graduais até máximo 240 mg/dia > 6 anos: inicia-se com 300 mg e sem incrementos	Fotossensibilidade

Outras medicações como benzodiazepínicas, anticonvulsivantes, alfa-adrenérgicos e opiáceos têm sido utilizadas, mas pouco estudadas. O clonazepam pode agravar o TDAH e a gabapentina reduz os sintomas de pernas inquietas, melhora a qualidade do sono, sendo eficaz tanto para a síndrome das pernas inquietas quanto para os movimentos periódicos durante o sono.

As terapias combinadas podem estar indicadas em casos mais graves e refratários à abordagem inicial. Combinações como clonidina, gabapentina e clonazepam podem melhorar a qualidade do sono, sendo eficaz no controle de sintomas. Adolescentes com depressão podem beneficiar-se de doses maiores da erva de São João duas a três vezes ao dia, podendo ser de escolha para sintomas depressivos mais graves comparada com outros antidepressivos que podem agravar o quadro de síndrome de pernas inquietas.

Há necessidade de um seguimento regular com monitorização de sintomas e os devidos ajustes de medicações quanto à dosagem, avaliação de eficácia e eventos adversos de medicações. Naqueles que recebem suplementação

de ferro, os parâmetros laboratoriais devem ser solicitados durante o seguimento e a suplementação ajustada de acordo com estes parâmetros.

O QUE MAIS PODE SER FEITO PARA MELHORAR A SÍNDROME DAS PERNAS INQUIETAS?

A síndrome das pernas inquietas pode ser subdiagnosticada e o seu acompanhamento ainda é desafiador para o Pediatra e outros especialistas. É uma condição de saúde impactante para o paciente e sua família, afetando a qualidade de vida e do sono. Recomenda-se que seja acompanhada e tratada pelo Pediatra que acompanha regularmente desde o início da vida e apenas os casos mais graves encaminhados para os especialistas do sono e musculoesquelético. Pela familiaridade com outras queixas musculoesqueléticas noturnas o Reumatologista Pediátrico tem habilidades e ferramentas de diagnóstico e diagnóstico diferencial bem como a abordagem apropriada para uma ampla faixa etária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Frölich AC, Eckeli AL, Bacelar A, et al. Brazilian consensus on guidelines for diagnosis and treatment for restless legs syndrome. *Arq Neuropsiq.* 2015;73: 260-80.
02. Chesson Jr AL, Anderson WM, Littner M, et al. Practice parameters for treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorders. An American Academy of Sleep Medicine report. Standard of practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine. *Med Sleep.* 1999; 33:961-8.
03. Walter S, Hickey K, Maltzman J, et al. A questionnaire study of 138 patients with restless legs syndrome: the "night walkers" survey. *Neurology.* 1996; 46:92-5.
04. Picchietti D, Allen RP, Walters AS, et al. Restless legs syndrome prevalence and impact in children and adolescents- the Peds REST Study. *Pediatrics.* 2007;120: 253-66.
05. Picchietti DL, Bruni O, de Weerd A, et al. Pediatric restless legs syndrome diagnostic criteria: an update by the International restless legs syndrome study group. *Sleep Med.* 2013;14:1253-9
06. DelRosso LM, Picchietti DL, Sharon D, et al. Periodic limb movement disorder children: a systematic review. *Sleep Med Rev.* 2024;76:101935.
07. Simakajornboon N, Keiradish-Gozal L, Gozal D. Diagnosis and management of restless legs syndrome in children. *Sleep Med.* 2009;13:149-56.
08. Pereira JC, Pradella-Hallinon M, Alves RC. Childhood restless legs syndrome. *Med Express.* 2014;1:116-22.
09. Masuko AH, Carvalho LB, Machado MA, et al. Translation and validation into Brazilian Portuguese of the restless legs syndrome rating scale of the International restless legs syndrome study group. *Arq Neuropsychiatr.* 2008;66:832-6.
10. Lischziner G, Gringras P. Restless legs syndrome. *Br Med J.* 2012;344:e3056.
11. Evidente VGH, Addler CH. How to help patients with restless legs syndrome. *Postgrad Med.* 1999;105:59-74.
12. Silber MH, Buchfuhrer MJ, Earley CJ, et al. The management of restless legs syndrome: an updated algorithm. *Mayo Clin Proc.* 2021;96:1921-31.



Diretoria Plena

Triênio 2022/2024

PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

1º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

2º VICE-PRESIDENTE:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

SECRETÁRIO GERAL:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

3º SECRETÁRIO:

Claudio Hoinoff (RJ)

DIRETOR FINANCEIRO:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º DIRETOR FINANCEIRO:

Maria Angelica Barcellos Svaier (RJ)

2º DIRETOR FINANCEIRO:

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE: Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE: Maryneia Silva do Vale (MA)

SUDESTE: Marisa Lages Ribeiro (MG)

SUL: Cristina Targa Ferreira (RS)

CENTRO-OESTE: Renata Belem Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Maryneia Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

SUPLENTE:

Analiária Moraes Pimentel (PE)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Sulim Abramovici (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

Licia Maria Moreira (BA)

Carilindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

SUPLENTE:

Jocileide Sales Campos (CE)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

Gilberto Pascolat (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Rossiceli de Souza Pinheiro (AM)

Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Edson Ferreira Liberal (RJ)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

Maria Angelica Barcellos Svaier (RJ)

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Sidnei Ferreira (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Mauro Batista de Moraes (PR)

Kerstin Tanigushi Abagge (SP)

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

COORDENAÇÃO:

Hélio Villaca Simões (RJ)

COORDENAÇÃO ADJUNTA:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

MEMBROS:

Clóvis Francisco Constantino (SP) - Licenciado

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (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 SÉRIADA

COORDENAÇÃO:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

MEMBROS:

João Carlos Batista Santana (RS)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Ricardo do Rego Barros (RJ)

INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

DIRETOR:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

DIRETORIA ADJUNTA:

Sidnei Ferreira (RJ)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:

Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Claudio Orestes Britto Filho (PB)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

Carilindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

DIRETORIA CIENTÍFICA

DIRETOR:

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

MÍDIAS EDUCACIONAIS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Rosana Alves (ES)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)

Tulio Konstanyer (SP)

Claudia Bezerra Almeida (SP)

NEONATOLOGIA - PRORON

Renato Soibermann Procianny (RS)

Clea Rodrigues Leone (SP)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPEP

Werther Brownow de Carvalho (SP)

TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP

Claudio Leone (SP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPEP

Hany Simon Júnior (SP)

Gilberto Pascolat (PR)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

PUBLICAÇÕES

TRATADO DE PEDIATRIA

Fábio Ancona Lopes (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Clóvis Artur Almeida da Silva (SP)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

OUTROS LIVROS

Fábio Ancona Lopes (SP)

Dirceu Solé (SP)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

DIRETORA:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

Paulo Tadeu de Mattos Prereira Poggiali (MG)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALs - REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS - SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

COORDENAÇÃO GERAL:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO OPERACIONAL:

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

MEMBROS:

Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

Marcia de Freitas (SP)

Nelson Grisard (SC)

Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)

PORTAL SBP

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

Claudio Hoinoff (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Maria Angelica Barcellos Svaier (RJ)

Donizetti Dimer Giambardino (PR)

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)

Cassio da Cunha Ibiapina (MG)

Luiz Anderson Lopes (SP)

Silvia Regina Marques (SP)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)

Mariana Tschopke Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:

Renato Soibermann 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)

Gisela 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)

Mariene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORIA ADJUNTA:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Mariana Tschopke Aires (RJ)

Maria De Fatima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

Leonardo Rodrigues Campos (RJ)

Alvaro Jorge Madeira Leite (CE)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Maria C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)

Angélica Maria Bicudo (SP)

EDITORES ASSOCIADOS:

Danilo Blank (RS)

Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Angélica Maria Bicudo (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:

Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS: