



Documento Científico

Departamento Científico de
Otorrinolaringologia
(2016-2018)

Gagueira Infantil

Departamento Científico de Otorrinolaringologia

Presidente: Tania Maria Sih

Secretário: Ricardo Neves Godinho

Conselho Científico: José Faibes Lubianca Neto, Maria Beatriz Rotta Pereira,
Melissa Ameloti Gomes Avelino, Silvio Antonio Monteiro Marone

Reladoras: Ignês Maia Ribeiro, Mirela Pollini Caputo

Fluência

A fluência é uma habilidade linguística e seu desenvolvimento está relacionado a características pessoais e ambientais. Os parâmetros que caracterizam a fluência são continuidade, velocidade, ritmo do fluxo de fala e facilidade (motora e/ou mental) para que a fala seja realizada.

Disfluências comuns e Disfluências típicas da gagueira

Considera-se disfluências as rupturas involuntárias do fluxo da fala que interferem na velocidade e continuidade da fala.

As disfluências podem aparecer na fala de qualquer falante. Entretanto, há que se diferenciar disfluências comuns das disfluências típicas da gagueira (Oliveira e Bohnen, 2017), além de se considerar a frequência em que aparecem no

discurso. No discurso de um indivíduo considerado fluente, espera-se que ocorra até 10% de disfluências, sendo que desse total apenas 3% sejam disfluências típicas da gagueira (Sawyer e Yairi, 2006).

Segundo Yairi e Ambrose (1992) e Oliveira *et al* (2017), as disfluências comuns (ou outras disfluências) são:

- Repetição de palavra monossilábica
- Repetição de parte de palavra (sílabas)
- Repetição de som
- Prolongamento
- Bloqueio (postura articulatória ou laríngea fixa, que impede a fonação)
- Pausa (silêncio superior a 2 segundos)
- Intrusão (sons não relacionados ao conteúdo do discurso)

As disfluências típicas da gagueira são:

- Repetição de palavras não monossilábicas
- Repetição de segmento

- Repetição de frase
- Revisão
- Hesitação
- Interjeição
- Palavra incompleta

Além destas tipologias, são considerados atípicos aspectos qualitativos da fala, tais como: tensões corporais - principalmente do trato vocal e rosto; perda do contato visual; mudança do pitch durante as rupturas; desistência da fala, palavra ou da ideia.

Gagueira

A gagueira é um distúrbio neurodesenvolvimental, iniciada na infância, que altera padrões normais da fala e da fluência (DSM V - APA, 2013) e que pode causar grande impacto na vida do portador e de seus familiares desde o surgimento dos primeiros sintomas.

Segundo o Código Internacional de Doenças - CID, 10ª versão (OMS, 2015), a gagueira é descrita como repetições ou prolongamentos de sons, de sílabas ou de palavras e/ou por hesitações ou pausas frequentes que perturbam a fluência verbal.

A ciência ainda não nos apresentou todas as causas da gagueira, mas com muita precisão podemos afirmar que não é psicológico, não é emocional, não faz parte do desenvolvimento normal da fala e da linguagem da criança.

Nas últimas décadas tivemos uma revolução na maneira de entender a gagueira. Os estudos do cérebro como as neuroimagens funcionais, têm contribuído de maneira fundamental para a compreensão do distúrbio e exigido procedimentos e encaminhamentos diferenciados diante da criança que gagueja. O termo “*gagueira fisiológica*”, isto é, relativo a funções orgânicas ou a processos vitais de seres vivos, é totalmente inadequado, porque não se pode considerar que uma patologia seja “fisiológica”. No CID 10 a gagueira recebe o código F98.5.

A gagueira é comprovadamente um distúrbio de base neurobiológica iniciado na infância, que gera rupturas involuntárias e intermitentes

na produção do fluxo da fala e não faz parte do desenvolvimento normal da fala e/ou linguagem da criança. A base genética da gagueira tem sido demonstrada por diversos autores (Shugart *et al*, 2003; Suresh *et al* 2006; Lan *et al*, 2009; Kang *et al*, 2010; Raza *et al*, 2015), sendo que grande parte dos estudos têm como mentores Dr. Drayna, da *Illinois International Stuttering Research Program* na N. Cox, Universidade de Chicago; assim como N. Ambrose e E. Yairi, da Universidade de Illinois.

Maguire *et al* (2012) referem haver excesso de dopamina nos núcleos da base em pessoas com gagueira, o que altera a regulação dos movimentos da fala. Lan *et al* (2009) encontraram evidências de correlação entre genes dopaminérgicos e gagueira em uma população chinesa.

Estudos de neuroimagens em crianças e adultos demonstram diferenças anatômicas e funcionais no cérebro de crianças que gaguejam quando comparadas a crianças fluentes. Sommer *et al* (2002) observaram alterações temporais na ativação de áreas cerebrais relevantes para fala, com hipoativação do hemisfério esquerdo e hiperativação compensatória do hemisfério direito. Descreveram também déficit de mielinização no hemisfério esquerdo. Chang *et al* (2015) observaram significativa redução em feixes de matéria branca que interligam estruturas auditivas e motoras, corpo caloso, áreas corticais e subcorticais em crianças que gaguejam, alterações relacionadas ao processo de mielinização.

A gagueira é considerada atualmente como uma condição hereditária para cerca de 80% dos casos e de causa lesional para uma minoria, nestes casos aparecendo como fatores desencadeadores traumatismos cranianos, contato da mãe, assim como da criança, com neurotóxicos ou mesmo problemas no parto, como hipóxia.

Características

A gagueira é referida pelas mais diversas comunidades de todo o mundo desde os mais remotos tempos. Surge predominantemente por volta dos 2 anos, mas pode se manifestar até os 12 anos de idade, tendo maior pico de surgi-

mento por volta dos 3 anos. A sua taxa de incidência é por volta de 5% da população infantil mundial independentemente da região, credo, situação socioeconômica, ou sexo. A taxa de remissão espontânea é bastante alta - entre 50% a 80% - este fato contribui para que muitos ainda acreditem que a gagueira sempre “desaparece voluntariamente” antes dos 6 anos de idade. O que, em nenhuma hipótese corresponde à realidade. As meninas apresentam maior índice de remissão espontânea, mantendo-se a taxa de prevalência ao redor de 4 (quatro) meninos para 1(uma) menina (Yairi e Ambrose, 2013).

A gagueira pode ter início abrupto, intermitente ou gradual. Quando o surgimento é abrupto, a criança apresenta boa fluência, mas em determinado momento, passa a gaguejar, mesmo sem causa aparente que a justifique. Há quadros em que a gagueira se apresenta de maneira intermitente - períodos de fluência intercalados com períodos de gagueira. A gagueira de início gradual surge com poucos períodos de gagueira e há agravamento ao longo do tempo.

Há características que podem ser observadas bem precocemente, e que se providências assertivas forem tomadas logo após as primeiras alterações, poderão evitar que a gagueira se instale em cerca de 90% dos casos (Bohnen, 2009), ou que não alcance maior grau de intensidade, ou ainda, que diminua de maneira importante o impacto da fala gaguejada na vida adulta. Dessa forma, temos que a intervenção especializada - quanto mais próximo do momento do surgimento das rupturas - maiores as chances da criança de atingir a remissão da gagueira e de obter melhor prognóstico como um todo. Importante ressaltar que, nem todos os fonoaudiólogos têm especialização em fluência e seus distúrbios.

Fatores de risco para cronificação

Por muito tempo acreditou-se que a gagueira se tornava crônica, a partir do momento que a criança tomasse “consciência” de sua fala gaguejada. Essa ideia contribuiu para que outro comportamento ainda mais prejudicial se iniciasse: a conspiração do silêncio, onde os inter-

locutores deveriam se portar como se nada de diferente estivesse acontecendo com a fala da criança. Entretanto, quando submetidas à irre-al indiferença do ouvinte, as crianças tendem a se sentirem incompreendidas e de certa forma desamparadas por não conseguirem entender o que lhes acontece e não ter com dividir tais questões.

Diversos são os fatores que são considerados de alto risco para a cronificação da gagueira. Quanto maior o risco, mais rápido deve ser realizada a avaliação por fonoaudiólogo especialista em fluência. Assim, poderão ser tomadas as providências que se fizerem necessárias, sejam orientações à família e à escola ou intervenção direta por intermédio de sessões de fonoterapia especializada em fluência. Nem todas as crianças que são submetidas a avaliação fonoaudiológica especializada terão que se submeterem à intervenção.

A fonoterapia geralmente é realizada com duração de 40 minutos. Para crianças pré-escolares os pais participam ativamente das sessões. A frequência das sessões pode variar de 1 vez por semana, até trabalhos intensivos com atendimento diário. Considera-se ideal que haja um trabalho em conjunto com a família, escola e outros profissionais que estejam envolvidos no tratamento da criança.

Segundo Ainsworth e Fraser (2012), e Bohnen e Ribeiro (2016) é considerado “alto risco para a cronificação da gagueira” os seguintes fatores:

- Histórico familiar positivo para gagueira ou fala rápida → ter um parente próximo ou distante que gagueja ou gaguejou em alguma fase da vida. Quanto mais próximo o grau de parentesco, maior o risco de cronificação;
- Sexo → os meninos apresentam menores condições neuro centrais para a recuperação espontânea;
- Apresentar no discurso porcentagem igual ou maior de 3% de disfluências típicas da gagueira: bloqueios; repetições de sons, sílabas e/ou palavras monossilábicas; prolongamentos, intrusões de sons. Ou que também apresentem sinais visíveis de esforço durante a fala, desistência de palavras, ideias ou de situações comunicativas, entre outros.

- Alteração de fala como distúrbios fonéticos-fonológicos;
- Linguagem oral abaixo ou acima do esperado para a idade;
- Tipo de surgimento. Sendo considerado risco consecutivamente crescente para surgimento abrupto, intermitente e gradual;
- Tempo desde o surgimento das primeiras manifestações. A gagueira transitória tende a estar presente na fala da criança por cerca de 2 a 3 meses. Após um ano desde as primeiras rupturas aumenta significativamente o risco de cronificação;
- Idade da criança na época do surgimento. Quanto mais cedo surgir, menor o risco de cronificação;
- Fatores ambientais - tais como ambiente comunicativo extremamente competitivo, falas rápidas e sobrepostas, pouco tempo de escuta.

Bohnen (2005) aponta estar a maior chance de remissão espontânea em até 12 semanas após o surgimento da gagueira. Partindo do conhecimento de que fatores ambientais contribuem para a cronificação ou remissão da gagueira, sugere-se que a família seja orientada por fonoaudiólogo especialista em fluência tão logo surjam as primeiras manifestações tais como as disfluências típicas da gagueira, esforço perceptível para a produção da fala, desistências de falas ou de situações comunicativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ainsworth S, Fraser J. If Your Child Stutters: A Guide for Parents. Stuttering Foundation of America. 8th edition. 2012.
2. American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM V; 2013 - Disponível em: <http://dsmpsychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9870890425596> [citado 24 nov 2014].
3. Bohnen AJ. Avaliando crianças com gagueira. In: Ribeiro IM, Marchesan IQ, Zorzi JL, organizadores. Conhecimentos essenciais para atender bem a pessoa com gagueira [E-book]. 2. ed. São José dos Campos: Pulso; 2005. p. 41-54.
4. Bohnen AJ. Estudo das palavras gaguejadas por crianças e adultos: caracterizando a gagueira como um distúrbio de linguagem. [tese]. Instituto de Letras, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009.
5. Bohnen AJ, Ribeiro IM – Atualidades sobre a Gagueira - in Cesar, AM & Maksud SS – Fundamentos e Práticas em Fonoaudiologia. Volume 2 – Cap. 5 – Rio de Janeiro. Editora Revinter, 2016
6. Chang SE, Zhu DC, Choo AL, Angststadt M. White matter neuroanatomical differences in young children who stutter. *Brain*. 2015;138:694–711.
7. Kang C, Riazuddin S, Mundorff J, Krasnewich D, Friedman P, Mullikin JC, *et al.* Mutations in the Lysosomal Enzyme-Targeting Pathway and persistent stuttering. *N Engl J Med*. 2010; 362(8):677-685.
8. Lan J, Song M, Pan C, Zhuang G, Wang Y, Ma W, *et al.* Association between dopaminergic genes (SLC6A3 and DRD2) and stuttering among Han Chinese. *J Hum Genet*. 2009; 54:457–460.
9. Maguire GA, Yeh CY, Ito BS. Overview of the Diagnosis and Treatment of Stuttering. *J Exp Clin Med*. 2012; 4(2):92-97.
10. Oliveira CMC, Bohnen AJ. Diagnóstico diferencial dos distúrbios da fluência. In: Lamônica DAC, Britto DBO. Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas. Ribeirão Preto: Book Toy, 2017.175-182.
11. Oliveira CMC, Correia DV, Di Ninno CQMS. Avaliação da fluência. In: Lamônica DAC, Britto DBO. Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas. Ribeirão Preto: Book Toy, 2017.107-114.
12. Organização Mundial da Saúde (OMS). CID-10. Version: 2015. [Acessado em 02 dez 2016]. Disponível em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/F98.5>
13. Sawyer J, Yairi E. The effect of sample size on the assessment of stuttering severity. *Am J Speech Lang Path*. 2006;15(1):36-44.
14. Shugart YY, Mundorff J, Kilshaw J, Doheny K, Doan B, Wanyee J, *et al.* Results of a Genome-Wide Linkage Scan for Stuttering. *Am J Med Genet*. 2004;124A:133–135.
15. Sommer M, Koch MA, Paulus W, Weiller C, Buchel C. Disconnection of speech-relevant brain areas in persistent developmental stuttering. *Lancet*. 2002;360:380-3.
16. Suresh R, Ambrose N, Roe C, Pluzhnikov A, Wittke-Thompson JK, Ng MC, *et al.* New Complexities in the Genetics of Stuttering: Significant Sex-Specific Linkage Signals. *Am J Hum Genet*. 2006; 78:554-563.
17. Yairi E, Ambrose NG. A Longitudinal Study of Stuttering in Children: A Preliminary Report. *J Speech Lang Hear Res*. 1992;35(4):755-760.
18. Raza MH, Domingues CE, Webster R, Sainz E, Paris E, Rahn R, *et al.* Mucopolidosis types II and III and non-syndromic stuttering are associated with different variants in the same genes. *Eur J Hum Genet*. 2015;1–6.
19. Yairi E, Ambrose NG. Epidemiology of stuttering: 21st century advances. *J Fluency Disord*. 2013;38:66-87.



Diretoria

Triênio 2016/2018

PRESIDENTE:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Cláudio Hoinoff (RJ)

2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)

Alberto Jorge Félix Costa (MS)

Análiria Moraes Pimentel (PE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte: Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Nordeste: Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste: Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Sul: Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste: Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:

Assessoria para Assuntos Parlamentares:

Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

Rubens Feferbaum (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e

Adolescentes com Deficiência:

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença

Maternidade e Paternidade:

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:

Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:

Drogas e Violência na Adolescência:

Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Atividade Física

Coordenadores:

Ricardo do Rêgo Barros (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Membros:

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Patrícia Guedes de Souza (BA)

Profissionais de Educação Física:

Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)

Alex Pinheiro Gordia (BA)

Isabel Guimarães (BA)

Jorge Mota (Portugal)

Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Colaborador:

Dirceu Solé (SP)

Metodologia Científica:

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:

Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:

Themis Reverbel da Silveira (RS)

Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)

Adriana Seber (SP)

Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)

Fabianne Altruda de M. Costa Carlesse (SP)

Oftalmologia Pediátrica

Coordenador:

Fábio Eizenbaum (SP)

Membros:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Galton Carvalho Vasconcelos (MG)

Julia Dutra Rossetto (RJ)

Luisa Moreira Hopker (PR)

Rosa Maria Graziano (SP)

Celia Regina Nakanami (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:

Hélcio Villaga Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Moraes (SP)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Francisco José Penna (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA

Marun David Cury (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL

Sidnei Ferreira (RJ)

Cláudio Barsanti (SP)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)

Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Célia Maria Stolze Silvan (BA)

Kátia Galeão Brandt (PE)

Elizete Aparecida Lomazi (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Álvaro Machado Neto (AL)

Joana Angélica Paiva Maciel (CE)

Cecim El Achkar (SC)

Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO

DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Liliane dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cléia Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA

PEDIÁTRICA (CANP)

Virginia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Coordenadores:

Nilza Perin (SC)

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

Fábio Pessoa (GO)

PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacilio Aparecido Nunes (SP)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Altacilio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémex Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)

Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO

Rosana Alves (ES)

Suzi Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo Zeferino (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Sérgio Luis Amantêa (RS)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Luciano Amedée Peret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL

Herberto José Chong Neto (PR)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Cláudio Barsanti (SP)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Gilberto Pascolat (PR)

Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

Valmin Ramos da Silva (ES)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Marisa Lopes Miranda (SP)

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Núbia Mendonça (SE)

Nélson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de