



Documento Científico

Departamento Científico
Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento
(2016-2018)

Depressão na infância e adolescência

Departamento Científico Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento

Presidente: Liubiana Arantes de Araújo

Secretário: Lívio Francisco da Silva Chaves

Conselho Científico: Adriana Auzier Loureiro; Ana Márcia Guimarães Alves; Márcio Leyser; Ana Maria Costa da Silva Lopes; João Coriolano Rego Barros; Ricardo Halpern

A depressão na infância e adolescência tem sido foco de estudos internacionais devido ao aumento de sua prevalência nos últimos anos. Além disso, pesquisas recentes relacionam a depressão na vida adulta com fatores de risco na gestação e na primeira infância.

Cabe então ao pediatra ampliar o seu conhecimento sobre a doença a fim de detectar e cuidar dos fatores de risco para a prevenção ou até mesmo realizar diagnóstico e tratamento precoces.

A prevalência da depressão nos EUA demonstrou aumento significativo entre 2005 e 2014, principalmente entre 12 e 20 anos de idade. Pesquisas demonstraram que uma em cada 37 crianças foram diagnosticadas com depressão entre 2011-2012 e que cerca de 13% a 20% apresentam indícios de distúrbios comportamentais em alguma fase da infância e adolescência. O suicídio, que geralmente resulta da interação de doença mental com outros fatores

genéticos e ambientais, foi a segunda causa de morte entre crianças de 12-17 anos em 2010, segundo dados da WHO.

No Brasil, a prevalência real é desconhecida, mas estima-se que está se tornando um problema de saúde pública, pois dados de tentativas e de casos de suicídio têm aumentado na adolescência e em idade cada vez mais precoce na infância, assim como aumento do comportamento de automutilação, principalmente em meninas. Estudo realizado na cidade de Recife demonstrou que as prevalências de sintomas depressivos expressivos e de ansiedade se igualaram a 59,9% e 19,9%, respectivamente, em adolescentes de 14-16 anos.

A etiologia dos transtornos depressivos é multifatorial, dentre eles os fatores genéticos e fisiológicos, ambientais e temperamentais. Os familiares de primeiro grau de indivíduos com transtorno depressivo maior têm risco 2 a 4 vezes mais elevado de desenvolver a doença

que a população em geral. A herdabilidade é de aproximadamente 40%. Em relação aos fatores ambientais, as experiências adversas na infância constituem um conjunto de fatores de risco potenciais. Em relação ao temperamento, a afetividade negativa é um fator de risco bem estabelecido e aumenta a probabilidade de desenvolver episódios depressivos em resposta a eventos estressantes na vida.

O diagnóstico em geral segue os critérios descritos no DSM – V, mas destaca-se que estes foram delineados para a depressão na população adulta e que os sinais e sintomas podem ser diferentes na infância e adolescência.

Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM-V)

- A.** Cinco ou mais dos sintomas seguintes, presentes por pelo menos duas semanas e que representam mudanças no funcionamento prévio do indivíduo; pelo menos um dos sintomas é: 1) humor deprimido ou 2) perda de interesse ou prazer (Nota: não incluir sintoma nitidamente devido a outra condição clínica):
1. Humor deprimido na maioria dos dias, quase todos os dias (p. ex.: sente-se triste, vazio ou sem esperança) por observação subjetiva ou realizada por terceiros (Nota: em crianças e adolescentes pode ser humor irritável);
 2. Acentuada diminuição do prazer ou interesse em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por terceiros);
 3. Perda ou ganho de peso acentuado sem estar em dieta (p.ex. alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês) ou aumento ou diminuição de apetite quase todos os dias (Nota: em crianças, considerar incapacidade de apresentar os ganhos de peso esperado);
 4. Insônia ou hipersônia quase todos os dias;
 5. Agitação ou retardo psicomotor quase todos os dias (observável por outros, não apenas sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento);
 6. Fadiga e perda de energia quase todos os dias;
 7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente);
 8. Capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros);
 9. Pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, ou tentativa de suicídio ou plano específico de cometer suicídio;
- B.** Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo;
- C.** Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (p. ex.: droga) ou outra condição médica (Notas: 1. Os critérios de A-C representam um episódio depressivo maior; 2. Respostas a uma perda significativa (luto, perda financeira, perda por um desastre natural, uma grave doença médica ou invalidez) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, reflexão excessiva sobre a perda, insônia, falta de apetite e perda de peso observado no critério A que pode assemelhar-se a um episódio depressivo. Embora estes sintomas possam ser compreensíveis ou considerados apropriados para a perda, a presença de um episódio depressivo maior em adição a uma resposta normal a uma perda significativa, deve também ser considerado cuidadosamente. Esta decisão, inevitavelmente, requer o exercício de julgamento clínico baseado na história do indivíduo e as normas culturais para a expressão de angústia no contexto de perda);

D. A ocorrência de episódio depressivo maior não é melhor explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante ou outro transtorno especificado ou não do espectro esquizofrênico e outros transtornos psicóticos;

E. Não houve nenhum episódio de mania ou hipomania anterior (Nota: esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco ou hipomaníaco forem induzidos por substância ou atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica).

Dentre os fatores de risco para a depressão em pediatria pode-se citar:

- Problemas emocionais graves durante a gestação.
- História familiar de depressão ou transtornos psiquiátricos.
- Tentativa de suicídio em parente próximo.
- Depressão materna.
- Estresse tóxico na infância, incluindo agressões físicas, morais e verbais, excesso de cobrança, abuso sexual, falta de afeto e de presença qualitativa dos pais, exposição precoce ao trabalho infantil, perda recente da figura de referência (devido à morte ou separação), agenda mini executivo.
- *Cyberbullying*.
- Exposição excessiva às telas, como tv, *tablets* e celulares.
- Exposição a conteúdos inadequados ou violentos (por *games*, vídeos, filmes, desenhos e mensagens de texto).
- Quadro de ansiedade excessiva.
- Privação crônica de sono devido a horários inadequados de dormir e despertar e quantidade insuficiente de horas de sono pela faixa etária.
- Terceirização da infância com redução do tempo de presença dos pais.
- Oportunidades de brincadeiras restritas.
- Pouca convivência com os pares.
- Tempo ao ar livre e brincadeiras na natureza limitadas.

A clínica da depressão na infância difere da do adulto e este é o motivo da doença ser subdiagnosticada nessa faixa de idade. A criança não é capaz de compreender e expressar bem seus sentimentos e os adultos muitas vezes interpretam os sinais clínicos como crises da idade.

No geral, podemos citar como sinais e sintomas principais:

- Sentimento de culpa ou baixa autoestima; dificuldade de tomar decisões.
- Distúrbios do sono, como sonolência excessiva, insônia, despertar precoce.
- Humor deprimido, apatia.
- Desinteresse pelas atividades habituais e por brincadeiras.
- Redução da energia ou irritabilidade/ agitação.
- Dificuldade de concentração.
- Alterações do apetite, desde hiperfagia à anorexia e alterações do peso.
- Agitação psicomotora ou lentidão.
- Pensamentos suicidas, comportamento de autoinjúria.

Estes sintomas devem estar presentes por mais de duas semanas e acarretar prejuízo funcional ou social.

Em crianças menores de 12 anos, sintomas inespecíficos podem ocorrer, como:

- Queixas somáticas – dor abdominal, cefaleia, náuseas, dores em membros inferiores.
- Choro fácil.
- Comportamento de roer unhas ou morder lápis, mutismo seletivo abrupto, maneirismos e tiques.
- Distúrbios do sono, como insônia, medo de dormir sozinho, pesadelos frequentes, terror noturno, sonolência excessiva.
- Enurese noturna.
- Recusa em ir à escola.
- Dificuldades escolares e queda do rendimento escolar.
- Agitação, irritabilidade, agressividade.
- Comportamento opositor.

Diante da suspeita torna-se essencial investigar o comportamento da criança em outros ambientes, como na escola, nas atividades extras e em casas de familiares e amigos.

A depressão pode apresentar comorbidades, como quadros de transtorno de ansiedade, abuso de substâncias (álcool e drogas ilícitas), transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, transtorno opositor desafiador, transtorno de conduta, dentre outros.

A depressão na infância dura em média nove meses, sendo que uma criança que já teve depressão possui risco aumentado de apresentar novo episódio ou de ter o mesmo quadro na vida adulta.

O pediatra deve investigar em toda consulta questões relacionadas com o quadro comportamental e emocional da criança e adolescente. Conversar com a criança e adolescente sobre seu estado de humor e sobre os seus sentimentos deve fazer parte da consulta, assim como a investigação de uma rotina inadequada ou de indicativos de estresse tóxico e fatores de risco para depressão e transtornos psiquiátricos.

Diante de uma criança em risco, deve ser instituído:

- organização da rotina de sono, com horário e tempo satisfatórios por idade,
- tempo e conteúdo de tela, de acordo com as recomendações por idade,
- brincadeiras,

- tempo qualitativo com os pais,
- orientações a escola,
- atividades físicas durante cerca de 60 minutos ao dia,
- atividades de lazer,
- técnicas de relaxamento ou “*mindfulness*”

Para as crianças com diagnóstico de depressão, a criança e a família devem ser encaminhadas para psicoterapia. O treinamento de pais e parentes para proporcionar um ambiente afetivo, harmonioso, estimulante, com manejo comportamental equilibrado, brincadeiras e reforço positivo é fundamental para a recuperação clínica e prevenção de recidivas na infância. O tratamento com brincadeiras e atividades prazerosas torna o processo de cura mais rápido e efetivo. Pesquisas têm demonstrado resultados positivos com técnicas de meditação e atenção plena. As medicações ansiolíticas e antidepressivas devem ser usadas nos casos de depressão moderada a grave, prescritas por profissional que tenha experiência no manejo das classes de drogas que atuem no Sistema Nervoso Central.

As estratégias de prevenção incluem a prevenção do *bullying*, a prevenção do estresse tóxico na infância, cuidados de familiares com depressão (principalmente a depressão materna), a rotina saudável e treinamento de pais para auxiliar a criança e adolescente a desenvolver o seu quociente emocional e as funções executivas, todos devendo ser abordados nas consultas com o pediatra.

REFERÊNCIAS RECOMENDADAS

01. Augner C, Hacker GW. Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in Young adults. *Int J Public Health*. 2012; 57(2):437-41.
02. Dawson RS. Depression in Children and Adolescents: The Pediatrician at the Front Lines. *Pediatr Ann* 2018;47(7):e261-e265.
03. DeGraff GS, Ferro AF, Levison D. Kids at risk: children's employment in hazardous occupations in Brazil. *Estud. Econ*. 2014;44(4):685-721.
04. Fox KR, Franklin JC, Ribeiro JD, Kleiman EM, Bentley KH, Nock MK. Meta-analysis of risk for non-suicidal self-injury. *Clin Psychol Rev*. 2015;42:156-67.
05. Fedoce ADG, Ferreira F, Bota RG, Bonet-Costa V, Sun PY, Davies KJA. The role of oxidative stress in anxiety disorder: cause or consequence? *Free Radic Res*. 2018;52(7):737-750.
06. Lenhart, A. Teen, social media and technology overview, 2015. Washington, DC, Pew Research Center Disponível em <http://www.pewinternet.org/2015/04/09/teens-social-media-technology-2015/>, acesso em setembro de 2018.
07. Jatobá JACVN, Bastos O. Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas. *J Bras Psiquiatr*. 2007;56(3):171-179.
08. Marecková K, Klasnja A, Bencurova P, Andrysková L, Brázdil M, Paus T, et al. Prenatal stress, mood, and gray matter volume in young adulthood. *Cereb Cortex*. 2018 Feb 7. [Epub ahead of print]
09. Persson P, Rossin-Slater M. Family ruptures, stress, and the mental health of the next generation. Disponível em http://web.stanford.edu/~perssonp/Persson_RossinSlater.pdf acesso em setembro de 2018.
10. World Health Organization. Mental health: a state of well-being. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011. Disponível em http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/index.html. Acesso em setembro de 2018.



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 Hoineff (RJ)

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:

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 Amedéu 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)

Luísa 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 Villalça 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 Silvano (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

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cléa 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)

Virgínia 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

Altacílio 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)

Altacílio 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

Clémax 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)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Biculo-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 Luís Amantéa (RS)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Luciano Amedéu Péret 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 Sídeuma 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 Melo Régis Filho (PE)

Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente:

Mário Santoro Júnior (SP)

Vice-presidente:

Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

Secretário Geral:

Jefferson Pedro Piva (RS)