



Documento Científico

Departamento Científico
de Reumatologia (2019-2021)

Doença de Kawasaki

Departamento Científico de Reumatologia

Presidente: Clovis Artur Almeida da Silva

Secretária: Maria Odete Esteves Hilário

Conselho Científico: Adriana Rodrigues Fonseca, Claudia Saad-Magalhães, Flavio Roberto Sztajnbok, Margarida de Fátima Carvalho, Paulo Roberto Stocco Romanelli

O que é a doença de Kawasaki?

A doença de Kawasaki é uma vasculite sistêmica, aguda e autolimitada, com predomínio de vasos de médio calibre, caracterizada por febre alta prolongada ao início e pelo risco de anormalidades coronarianas em cerca de 25% dos pacientes não tratados e em 4% daqueles tratados.^{1,2}

A patogênese ainda não foi totalmente elucidada, porém há evidência de desregulação imunológica, em resposta a um agente desencadeante infeccioso, em indivíduos geneticamente susceptíveis. Os numerosos estudos buscando o isolamento de um agente etiológico infeccioso específico não são conclusivos.³

Qual é a incidência, faixa etária e predomínio do sexo nos pacientes com doença de Kawasaki?

A doença de Kawasaki é uma das vasculites primárias mais comuns da infância. Representa

a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças nos países desenvolvidos e cerca de 5% das síndromes coronarianas em adultos.^{1,2}

Aproximadamente 85% dos casos ocorrem em crianças menores de 5 anos, com pico entre 9 e 12 meses de idade, discreto predomínio no sexo masculino, sendo rara em escolares e adolescentes. É cerca de 5 a 10 vezes mais frequente em asiáticos e seus descendentes.^{1,2}

Quais são as principais manifestações clínicas na doença de Kawasaki?

A doença de Kawasaki se apresenta sob três fases clínicas: 1) aguda, 2) subaguda e 3) convalescença.¹⁻³

- 1) A fase aguda se caracteriza, obrigatoriamente, por febre alta persistente e com duração superior a 5 dias, elevação das provas de atividade inflamatória (velocidade de hemossedimentação eritrocitária - VHS - e proteína C reativa - PCR), leucocitose com neutrofilia e por várias manifestações clínicas:

- a) Alterações de cavidade oral - presentes em 90% dos pacientes, caracterizadas por ressecamento, fissuras e hiperemia labial e/ou da orofaringe, proeminência das papilas linguais (língua em morango). Não ocorrem aftas, úlceras ou exsudato;¹⁻³
- b) Hiperemia conjuntival bilateral - descrita em 85% dos pacientes, caracteristicamente bulbar (poupando o limbo - área ao redor da íris), não purulenta e indolor. Ocorre no início do quadro, mas pode se prolongar por até um mês, devido à uveíte anterior.¹⁻³
- c) Linfonodomegalia cervical, unilateral, de pelo menos 1,5 cm de diâmetro;¹⁻³
- d) Alterações nas extremidades - presentes em 70% dos pacientes, caracterizadas por intensa hiperemia palmar e/ou plantar, além de edema de dorso de mãos e pés;¹⁻³
- e) Exantema polimórfico - sem vesículas. Relatado em 80% a 90% dos pacientes. Surge nos primeiros 5 dias de febre, predominando em tronco e períneo.¹⁻³

Pode ocorrer artrite nas três fases da doença, sendo geralmente poliartrite de pequenas articulações na fase aguda e oligoartrite de grandes articulações na fase subaguda. Em casos mais raros, o acometimento do trato gastrointestinal pode levar à insuficiência hepática, colestase, pancreatite e hidropsia de vesícula biliar. No aparelho urinário podem ocorrer uretrite, proteinúria e piúria estéril.¹⁻³

O acometimento do sistema nervoso pode cursar com meningite asséptica, levando a graus variados de irritabilidade, convulsão, ataxia, acometimento de pares cranianos (paralisia facial periférica), hiopacusia neurosensorial e secreção inapropriada de hormônio antidiurético.¹⁻³

Várias alterações cardiovasculares podem ocorrer na fase aguda, tais como: miocardite, derrame pericárdico, arritmias, acometimento valvar mitral e/ou aórtico e insuficiência cardíaca.^{1,2,5}

- 2) Na fase subaguda, após cerca de 7 a 10 dias de febre, se inicia a descamação perineal e

periungueal, ectasias ou aneurismas coronarianos e a trombocitose. Pode haver também ectasia e aneurismas de outros vasos de médio calibre (celíaca, mesentérica, renal, femoral, ilíaca, braquial e axilar), bem como trombose e infarto agudo do miocárdio.¹⁻³

- 3) Na fase de convalescença, ocorre a normalização da VHS, da PCR, da contagem de plaquetas e a regressão da maioria dos aneurismas.^{1,2}

A presença de manifestações sugestivas de infecção de vias aéreas superiores (como tosse) ou gastrointestinal (como dor abdominal e diarreia), não afasta a possibilidade de doença de Kawasaki.^{1,2}

Como é realizado o diagnóstico de doença de Kawasaki?

O diagnóstico é essencialmente clínico e baseado nos critérios estabelecidos pela *American Heart Association* (AHA) e pela *European League Against Rheumatism/Pediatric Rheumatology European Society* (EULAR/PReS), listados no Quadro 1.

Quadro 1. Critérios diagnósticos para doença de Kawasaki - AHA e EULAR/PReS

Critério mandatório: Febre persistente por pelo menos 5 dias, associada a 4 dos seguintes critérios:
Alteração de lábios e cavidade oral - Eritema e fissuras labiais e/ou hiperemia difusa de mucosa orofaríngea e/ou "língua em framboesa ou morango"
Hiperemia conjuntival - Bilateral, bulbar, sem exsudato
Alteração de extremidades - Edema de dorso de mãos e pés e/ou eritema palmar ou plantar na fase aguda e/ou descamação periungueal ou da área perineal na fase subaguda
Exantema polimorfo
Linfadenopatia cervical $\geq 1,5$cm, geralmente unilateral

AHA - *American Heart Association*, EULAR/PReS - *European League Against Rheumatism / Pediatric Rheumatology European Society*.^{1,3}

Estes critérios são essencialmente clínicos, sendo importante frisar que podem ter apresentação sequencial, podem nem todos estar presentes e, portanto, a observação dos sinais e sintomas mais característicos requer que sejam minuciosamente pesquisados pela anamnese, exame físico e fotografias documentadas pelos responsáveis.¹⁻³

No entanto, 20% a 30% dos pacientes não preenchem os critérios diagnósticos, sendo denominados de “formas incompletas ou atípicas” de doença de Kawasaki. Há exames que também auxiliam no diagnóstico destes casos, tais como: VHS >40mm/ 1ª hora, PCR > 3mg/dL; plaquetas > 450.000/mm³ (após 7 dias de doença); anemia; leucocitose > 15.000/mm³; TGP > 50U/L; albumina < 3g/dL; piúria estéril; hiponatremia; e dimensões coronarianas por meio do Z-escore > 2,5 ao ecocardiograma.¹⁻³

Devemos suspeitar de doença de Kawasaki, na presença de febre prolongada associada a:

- presença de quatro critérios de classificação
- elevação de VHS ou PCR
- lactentes com irritabilidade inexplicada ou meningite asséptica
- exantema e provas de atividade inflamatória elevadas
- ecocardiograma com sinais de coronariopatia
- adenite cervical não responsiva a antibioticoterapia
- choque inexplicado ou com culturas negativas
- mesmo na presença de infecção documentada, se houver critérios clínicos típicos.¹

Quais são os principais diagnósticos diferenciais da doença de Kawasaki?

O diagnóstico diferencial deve ser feito com todas as doenças febris agudas que cursam com exantema, linfadenite e alterações de mucosas como as infecções bacterianas (escarlatina, me-

ningite, endocardite, adenite bacteriana, síndrome do choque tóxico estreptocócico ou estafilocócico), virais (mononucleose, adenovirose, enterovirose, arboviroses, sarampo), farmacodermia e outras vasculites de vasos de médio calibre (como a poliarterite nodosa).¹⁻³

Quais são os principais exames complementares indicados na doença de Kawasaki?

Os exames complementares podem fornecer dados subsidiários para o diagnóstico e auxiliam no diagnóstico diferencial.^{1,2}

As alterações descritas são: leucocitose com neutrofilia (>15.000/mm³), trombocitose (> 450.000/mm³) após a primeira semana, anemia, elevação de provas de atividade inflamatória (VHS e PCR), elevação de transaminases (TGP > 50U/L), albumina < 3 g/dL, piúria estéril > 10 leucócitos/campo e hiponatremia. Em casos de meningite asséptica, a análise líquórica revela pleocitose moderada estéril.^{1,2}

A radiografia de tórax pode revelar infiltrado pulmonar, congestão pulmonar, aumento de área cardíaca e serosite.¹

O ecocardiograma com Doppler deve ser realizado no momento da suspeita diagnóstica (basal para posterior comparação e para detecção de anormalidades de fase aguda como miocardite, pericardite) e repetido em 1 a 2 semanas e 6 a 8 semanas de evolução (para afastar ectasias, aneurismas, tortuosidades e estreitamentos das artérias coronárias). Se houver aneurismas coronarianos, deve ser realizado duas vezes por semana até estabilização do lúmen da(s) artéria(s) coronariana(s) acometidas.^{1,3} É importante a realização deste exame com profissionais experientes e com utilização do escore Z, para classificação adequada das anormalidades das artérias coronárias, e não apenas as suas medidas absolutas.^{1,2,5}

Novos métodos de imagem para visualização das artérias coronárias, mais sensíveis e alguns

que permitem até avaliação da arquitetura e função endotelial vêm sendo estudados, como a angiotomografia, a angiorrressonância, o ultrassom endovascular e a tomografia de coerência óptica.⁵

Qual é o tratamento da doença de Kawasaki?

O tratamento é feito com imunoglobulina humana intravenosa (IVIG) em dose única de 2g/Kg, até o 10º dia de febre, reduzindo a incidência de lesão coronariana de 25% para inferior a 4%. No entanto, a IVIG também deve ser administrada mesmo passados os 10 dias, enquanto houver febre e elevação de VHS ou PCR. É importante manter o paciente internado com monitorização cardíaca pelo risco de miocardite e arritmias na fase aguda.¹⁻³

Recomenda-se a associação de AAS em doses moderadas (30 a 50mg/Kg/dia) ou altas (50 a 80mg/kg/dia) a despeito da ausência de evidências consistentes de seu benefício na redução do risco de aneurismas.⁶⁻⁸

A *American Heart Association* sugere considerar o tratamento adjuvante, em associação à IVIG, com metilprednisolona 2mg/Kg/dia intravenosa até a resolução da febre, seguido pela prednisolona por via oral com desmame em 2-3 semanas, nos casos de alto risco de aneurismas coronarianos: pacientes menores 6 meses, maiores de 8 anos, hipoalbuminemia, trombocitopenia, leucocitose, elevação de transaminases, hiponatremia, síndrome do choque do Kawasaki e sexo masculino.^{1,9}

Quando a criança estiver afebril por dois dias, o AAS deve ser reduzido para uma dose menor (3 a 5 mg/kg/dia), que tem ação de inibir a agregação plaquetária, por 6 a 8 semanas, mas devendo ser mantido indefinidamente em caso de anormalidades coronarianas.⁶⁻⁸

Há casos resistentes ao tratamento, que são caracterizados por febre persistente ou recorrente 36 horas após o término da infusão da IVIG. Mediante esta situação, recomenda-se repetir a IGIV na mesma dose. Se ainda assim a febre persistir, pode-se adotar pulsoterapia endovenosa com metilprednisolona na dose de 30mg/kg/dose (máximo 1g/dose) uma vez ao dia por 3 dias consecutivos. Outras opções podem ser adotadas nos casos refratários: medicação biológica com agentes anti-TNF alfa (infiximabe 5mg/Kg/dose), ou imunossupressores (ciclosporina ou ciclofosfamida) e ainda procedimento de plasmaférese.⁸⁻¹¹

Como é a evolução e prognóstico da doença de Kawasaki?

O prognóstico depende principalmente das alterações coronarianas e seu calibre, sendo que maior a chance de normalização do diâmetro luminal quanto menor o calibre do aneurisma. São fatores de mau prognóstico: sexo masculino, idade inferior a 6 meses ou superior a 8 anos, febre persistente, hipoalbuminemia, anemia, leucocitose > 15.000/mm³, neutrófilos > 80%, trombocitopenia, provas de atividade inflamatória elevadas por período superior a um mês, PCR ≥ 10mg/dL, TGO > 80 a 100U/L e hiponatremia.¹

Os seguimentos com reumatologista pediátrico e cardiologista pediátrico devem ser sempre considerados. A disfunção endotelial e espessamento da íntima ainda persistem mesmo nas lesões regredidas, reforçando a necessidade de prevenção e intervenção nos fatores de risco cardiovasculares.⁵

O paciente deve ser orientado quanto ao risco da infecção pelo vírus da varicela, da dengue ou *Influenza* pela possibilidade de Síndrome de Reye, enquanto em tratamento com AAS.^{1,3}

REFERÊNCIAS

01. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, Burns JC, Bolger AF, Gewitz M, et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association. *Circulation*. 2017;135(17):e927-e999.
02. Son NBF, Newburger JW. Kawasaki disease. *Pediatr Rev*. 2018;39(2):78-90.
03. Marrani E, Burns JC, Cimaz R. How Should We Classify Kawasaki Disease? *Front Immunol*. 2018; 9:2974.
04. de Graeff N, Groot N, Ozen S, Eleftheriou D, Avcin T, Bader-Meunier B, et al. European consensus-based recommendations for the diagnosis and treatment of Kawasaki disease - the SHARE initiative. *Rheumatology (Oxford)*. 2019;58(4):672-682.
05. McCrindle BW, Harris KC. Coronary Artery Aneurysms After Kawasaki Disease: Understanding the Pathology. *Canadian J Cardiol*. 2018;34:1094-1097.
06. Dhanrajani A, Yeung RSM. Revisiting the role of steroids and aspirin in the management of acute Kawasaki disease. *Curr Opin Rheumatol*. 2017;29(5):547-552.
07. Amarilyo G, Koren Y, Brik Simon D, Bar-Meir M, Bahat H, Helou MH, et al. High-dose aspirin for Kawasaki disease: outdated myth or effective aid? *Clin Exp Rheumatol*. 2017;103(1):209-212.
08. Dionne A, Burgner D, De Ferranti S, Singh-Grewal D, Newburger J, Dahdah N. Variation in the management of Kawasaki disease. *Arch Dis Child*. 2019. pii: archdischild-2019-317191.
09. Wardle AJ, Connolly GM, Seager MJ, Tulloh RM. Corticosteroids for the treatment of Kawasaki disease in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 1:CD011188.
10. Yamaji N, da Silva Lopes K, Shoda T, Ishitsuka K, Kobayashi T, Ota E, et al. TNF- α blockers for the treatment of Kawasaki disease in children. *Cochrane Database Syst Ver*. 2019;8:CD012448.
11. Hamada H, Suzuki H, Onouchi Y, Ebata R, Terai M, Fuse S, et al. Efficacy of primary treatment with immunoglobulin plus ciclosporin for prevention of coronary artery abnormalities in patients with Kawasaki disease predicted to be at increased risk of nonresponse to intravenous Immunoglobulin (KAICA): randomised controlled, open-label, blinded-endpoints, phase 3 trial. *Lancet*. 2019;393(10176):1128-1137.



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:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2º DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Hoineff (RJ)

3º 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:
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

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

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Marisa Lopes Miranda (SP)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darcí Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
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)
Virginia Weffort (MG)
Thiemi Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

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 Villça 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 Valetre (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SÉRIADA

COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)
João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

COORDENAÇÃO:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Aneisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Jocleide 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 Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

COORDENAÇÃO:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cláudia 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 NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Marcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

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 Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Prociányo (RS)

MEMBROS:
Crésio de Araújo Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisélia 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)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)
Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia 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 Dejkar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)
Tullio 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)
Angélica Maria Bicudo-Zerferino (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)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

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

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

GRUPOS DE TRABALHO

DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

COORDENAÇÃO:
João Paulo Becker Lotufo (SP)

MEMBROS:
Evelyn Eisenstein (RJ)
Alberto Araújo (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Nivaldo Sereno de Noronha Junior (RN)
Suzana Maria Ramos Costa (PE)
Iolanda Novadski (PR)
Beatriz Bagatin Bermudez (PR)
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Carci Eduardo Reis da Silva (MG)
Paulo César Pinho Ribeiro (MG)
Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)
Ana Maria Guimarães Alves (GO)
Camila dos Santos Salomão (AP)

DOENÇAS RARAS

COORDENAÇÃO:
Salmó Raskin (PR)

MEMBROS:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Ana Maria Martins (SP)
Claudio Cordovil (RJ)
Lavinia Schuler Faccini (RS)

ATIVIDADE FÍSICA

COORDENAÇÃO:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

MEMBROS:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)
Dirceu Solé (SP)

METODOLOGIA CIENTÍFICA

COORDENAÇÃO:
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

MEMBROS:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

PEDIATRIA E HUMANIDADE

COORDENAÇÃO:
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
João de Melo Régis Filho (PE)
Dilza Teresinha Ambros Ribeiro (AC)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Crésio de Araújo Dantas Alves (BA)

CRIANÇA, ADOLESCENTE E NATUREZA

COORDENAÇÃO:
Lais Fleury (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Daniel Becker (RJ)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:

COORDENAÇÃO:
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)

SAÚDE MENTAL

COORDENAÇÃO:
Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida (RJ)

MEMBROS:
Daniele Wanderley (BA)
Vera Lucia Afonso Ferrari (SP)
Rossano Cabral Lima (RJ)
Gabriela Judith Grenzel (RJ)
Cacy Dunshee de Abbranches (RJ)
Adriana Rocha Brito (RJ)

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)

MEMBROS:
Sociedade Acreana de Pediatria:
Teresa Cristina Maia dos Santos

Sociedade Alagoana de Pediatria:
João Lourival de Souza Junior

Sociedade Amapaense de Pediatria:
Rosenilda Rosete de Barros

Sociedade Amarense de Pediatria:
Elena Marta Amaral dos Santos

Sociedade Baiana de Pediatria:
Dolores Fernandez Fernandez

Sociedade Cearense de Pediatria:
Anamaria Cavalcante e Silva

Sociedade de Pediatria do Distrito Federal:
Dennis Alexander Rabelo Burns

Sociedade Espiritossantense de Pediatria:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto

Sociedade Goiana de Pediatria:
Marise Helena Cardoso Tófoli

Sociedade de Puericultura e Pediatria do Maranhão:
Maryneia Silva do Vale

Sociedade Matogrossense de Pediatria:
Mohamed Kassen Omais

Sociedade de Pediatria do Mato Grosso do Sul:
Carmen Lucia de Almeida Santos

Sociedade Mineira de Pediatria:
Marisa Lages Ribeiro

Sociedade Paranaense de Pediatria:
Vilma Francisca Humm Gondim de Souza

Sociedade Pernambucana de Pediatria:
Leonardo Cabral Cavalcante

Sociedade Paranaense de Pediatria:
Kerstin Taniguchi Abagge

Sociedade de Pediatria de Pernambuco:
Katia Galeão Brandt

Sociedade de Pediatria do Piauí:
Alberto de Almeida Burlamaqui do Rego Monteiro

Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro:
Katia Telles Nogueira

Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Norte:
Katia Correia Lima

Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul:
Cristina Helena Targa Ferreira

Sociedade de Pediatria de Rondônia:
José Roberto Vasques de Miranda

Sociedade Roraimense de Pediatria:
Adelma Alves de Figueiredo

Sociedade Catarinense de Pediatria:
Rosamaria Medeiros e Silva

Sociedade de Pediatria de São Paulo:
Sulim Abramovich

Sociedade Sergipana de Pediatria:
Glória Tereza Lima Barreto Lopes

Sociedade Tocantinense de Pediatria:
Elaine Carneiro Lobo

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
Cláudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sérgio Antônio Bastos Sarrubo (SP)
Márcia Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADÊMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)