



Documento Científico

Departamento Científico de Oncologia

Atuação do pediatra: epidemiologia e diagnóstico precoce do câncer pediátrico

Departamento Científico de Oncologia

Presidente: Denise Bousfield da Silva

Secretário: José Henrique Silva Barreto

Conselho Científico: José Carlos Martin Cordoba, Luiz Gonzaga Tone, Mara Alboney Dudeque Pianovski, Mariana Bohns Michalowski, Sidnei Epelman, Sima Esther Ferman

Introdução

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que, a cada ano, mais de 150 mil crianças são diagnosticadas com câncer em todas as regiões do mundo. Estima-se, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), que cerca de 12.600 casos novos de câncer pediátrico sejam diagnosticados no Brasil para o ano 2017, com pico de incidência na faixa de quatro a cinco anos, e um segundo pico entre 16 e 18 anos.

O câncer pediátrico, comparativamente com o do adulto, tende a apresentar menores períodos de latência, crescer quase sempre rapidamente, ser geralmente invasivo e responder melhor à quimioterapia.

Os tipos de câncer mais comuns na criança e no adolescente são as leucemias, os tumores do sistema nervoso central e os linfomas.

Atualmente se reconhece que o aparecimento do câncer está diretamente vinculado a uma multiplicidade de causas e que em alguns tipos de câncer a susceptibilidade genética tem papel importante. É reconhecido na literatura científica que há um vasto número de doenças raras ligadas

à instabilidade cromossômica, ao defeito de replicação e/ou no reparo do DNA que apresentam risco elevado de desenvolvimento de neoplasias ao longo da vida. As mutações e rearranjos que se acumulam, secundários a dano no DNA que não foram corretamente reparados, podem ser resultantes da ativação de um proto-oncogene ou da inativação dos dois alelos de um gene supressor de tumor.

No Brasil, assim como nos países desenvolvidos, com o controle das doenças infectocontagiosas e consequente diminuição da mortalidade por causas evitáveis na faixa etária pediátrica, o câncer representa a primeira causa de óbito por doença, entre as crianças e adolescentes de 1 a 19 anos de idade.

É importante que a detecção do câncer seja realizada em estádios mais localizados, reduzindo assim, consideravelmente, as complicações agudas e tardias do tratamento, além de contribuir para maior percentagem de cura. Portanto, a taxa de sobrevivência, a qualidade de vida, bem como a relação efetividade/custo da doença é maior quanto mais precoce for o diagnóstico do câncer.

Infelizmente no Brasil, fundamentado nos dados dos registros de câncer atualmente consolidados, sabemos que muitos pacientes ainda são encaminhados aos centros de tratamento com a doença em estadiamento avançado.

A raridade da ocorrência do câncer pediátrico, bem como a inexistência de sinais específicos dos diversos tipos histológicos, motivaram a realização de estudos associando sintomas inespecíficos com a frequência de retornos ao serviço de saúde, permitindo assim, auxiliar o médico generalista e da área básica a observar os sinais de alerta. Deste modo, é fundamental, que alto nível de suspeição da doença esteja presente no raciocínio do pediatra, permitindo atenção especial à persistência de determinados sinais e sintomas,

promovendo assim, um reconhecimento mais rápido da doença.

A história clínica – baseada principalmente na queixa principal – e o exame físico são os primeiros passos no processo de diagnóstico do câncer. A história familiar, a presença de doenças genéticas ou de doenças constitucionais, podem também auxiliar nas orientações para o diagnóstico.

Neste contexto, o Dia Nacional de Combate ao Câncer Infanto-juvenil, é lembrado oficialmente no dia 23 de novembro, visando estimular as ações educativas associadas à doença, promover debates e outros eventos sobre as políticas públicas de atenção integral às crianças e adolescentes com câncer, e divulgar os avanços técnico-científicos na área.

Dados clínicos e epidemiológicos das principais doenças oncológicas pediátricas

A revisão de alguns dados epidemiológicos e clínicos das principais doenças oncológicas pediátricas, está abaixo listada, objetivando orientar o pediatra em relação ao diagnóstico precoce da doença.

- **Leucemias:** A leucemia aguda é o mais comum câncer na infância. Representa cerca de 30% do total de casos de câncer em pediatria. O quadro clínico depende do grau de infiltração medular e da extensão da doença extramedular, e geralmente resulta na presença de anemia, plaquetopenia e neutropenia. A dor óssea é frequente, principalmente em membros inferiores, podendo tornar-se intensa e impedir a deambulação. Artralgias e eventualmente artrites, resultantes de infiltrações articulares, podem ser confundidas com doenças reumatológicas. A presença de dor em membros associada a mais de um parâmetro alterado no hemograma, sugere a presença de uma neoplasia maligna e não de doença reumatoide, mesmo na ausência de blastos no sangue periférico. O pediatra deve estar atento e evitar o uso de corticosteroide, já que esses medicamentos mascaram o quadro clínico, selecionam células leucêmicas resistentes e pioram o prognóstico desses pacientes. No exame clínico,

além da palidez, fenômenos hemorrágicos e febre, frequentemente observa-se hepatomegalia, esplenomegalia e linfonomegalias generalizadas. A leucemia linfóide aguda (LLA) corresponde a 80% dos casos e seu pico de incidência ocorre entre 2-4 anos de idade. A leucemia mieloide aguda (LMA) corresponde a 15-20% dos casos de leucemias e a mieloide crônica a 5%. LMA é mais frequente em crianças com menos de 1 ano de idade e em adolescentes. O pico de incidência da leucemia mieloide crônica (LMC) ocorre na quarta e quinta décadas de vida. Nos casos pediátricos de LMC mais de 80% são diagnosticados após os 4 anos de idade e 60% após os 6 anos.

- **Tumores do Sistema Nervoso Central (encéfalo e medula espinhal):** representam a segunda neoplasia maligna mais frequente em pediatria. São os tumores malignos sólidos mais comuns em crianças. Corresponde a cerca de 20% das neoplasias abaixo de 15 anos de idade. O pico de incidência ocorre na primeira década de vida. Cerca de 70-80% dos tumores se originam das células gliais. Aproximadamente 50% desses tumores são infratentoriais (de fossa posterior), sendo em 70% dos casos localizados no cerebelo e IV ventrículo. Os tumores supratentoriais predominam

nos dois primeiros anos de vida e os infratentoriais são mais frequentes após este período. As manifestações clínicas são diversas, na dependência da localização do tumor e da faixa etária da criança, variando desde sintomas vagos, até aqueles secundários à hipertensão intracraniana e a doença avançada, como cefaleia, convulsão, vômitos, distúrbios da marcha e do comportamento e alterações visuais.

- **Linfomas:** Representam a terceira causa de câncer em pediatria (Linfoma de Hodgkin e linfomas não-Hodgkin), correspondendo a cerca de 15% das neoplasias em pediatria. **Linfoma de Hodgkin:** pode atingir crianças e adultos, mas é mais comum nos jovens adultos (dos 15 aos 40 anos, geralmente dos 25 aos 30 anos) e pessoas acima dos 55 anos de idade. É raro antes dos 5 anos de idade, mas entre 10% e 15% dos casos ocorrem em adolescentes e crianças com menos de 16 anos de idade. O crescimento de linfonodos por mais de 2 semanas, associado ou não a quadros inflamatórios ou infecciosos, deve levantar alta suspeita para esta neoplasia. O acometimento das cadeias linfonodais cervicais, supraclaviculares e mediastinais ocorre em até 70% dos casos. O acometimento extranodal é pouco frequente. Sintomas sistêmicos, como febre, sudorese e perda de peso não são frequentes, porém significam maior agressividade da neoplasia. **Linfomas não-Hodgkin (LNH):** representam um grupo diverso de neoplasias linfoides com patologia, célula de origem, história natural e resposta ao tratamento variada. Em pediatria, na maioria dos casos, os LNH estão incluídos no grupo de alto grau de malignidade e são agressivos. A idade de maior frequência da doença é variável com o tipo histológico do LNH. O linfoma de Burkitt acomete mais frequentemente a criança com menos de 10 anos de idade. No LNH Burkitt esporádico pode estar presente massa abdominal, dor abdominal, sinais de intussuscepção, alteração do hábito intestinal, náuseas e vômitos. No LNH Burkitt endêmico é comum o comprometimento das mandíbulas ou maxilas, mas pode também manifestar-se com massa abdominal. O linfoma linfoblástico compromete mais frequentemente as crianças acima de 10 anos de idade, sendo o mediastino aco-

metido em 50-70% dos casos, geralmente com derrame pleural. Tosse, dispneia e desconforto respiratório grave por compressão direta das vias aéreas podem estar presentes, além de sinais de compressão da veia cava superior.

- **Tumor de Wilms:** Representa aproximadamente 7% das neoplasias que ocorrem nas crianças. O tumor de Willms, também chamado de nefroblastoma, é o tumor renal maligno mais frequente na infância. Cerca de 78% dos casos ocorrem entre 1 e 5 anos de idade, sendo mais comum nas crianças de 2 a 3 anos. Na maioria dos casos, esses tumores são oligossintomáticos ou assintomáticos, sendo descobertos pelos familiares ao acariciar, brincar ou banhar as crianças. As manifestações clínicas em ordem de frequência são massa palpável, hipertensão arterial, hematúria, dor abdominal e obstipação intestinal.

- **Neuroblastoma:** Origina-se nas células primordiais da crista neural que formam a medula adrenal e gânglios simpáticos paraespinhais da região cervical, do tórax, abdome e pelve. Representa cerca de 7% de todas as neoplasias malignas em menores de 15 anos de idade. É o tumor sólido extracraniano mais comum nas crianças, sendo geralmente diagnosticado durante os dois primeiros anos de vida. Cerca de 75% dos casos são diagnosticados antes dos 4 anos de idade. As manifestações clínicas diferem com a localização do tumor. O achado mais comum é de uma massa palpável. A presença de metástases ao diagnóstico ocorre em 75% dos casos. A presença de febre é um relato frequente associado a este tumor (37%).

- **Retinoblastoma:** é a neoplasia intraocular mais comum em crianças, acometendo cerca de 1 em cada 20.000 nascidos vivos. Existem duas formas da doença, a hereditária e a esporádica. Costuma aparecer em crianças entre 2 e 3 anos de idade. Em pacientes com tumores bilaterais, ou germinais, o diagnóstico é mais precoce, em geral antes do primeiro ano de vida. A apresentação após os 5 anos de idade é rara. A apresentação mais comum é a do reflexo ocular branco, ou sinal do "olho do gato". Outros sinais e sintomas da doença incluem o estrabismo, o eritema

conjuntival e a diminuição da acuidade visual. É importante lembrar que o “teste do olhinho” é um componente do rastreamento de doenças oculares, mas não substitui a oftalmoscopia indireta em recém-nascidos, visando o diagnóstico precoce do retinoblastoma, pois esse teste pode não diagnosticar lesões pequenas e localizadas na periferia da retina. Portanto, o resultado normal do “teste do olhinho” não exclui a possibilidade do diagnóstico de retinoblastoma. Assim, é fundamental para o diagnóstico precoce da doença, a realização de oftalmoscopia binocular indireta, executada por oftalmologista com experiência nesta área, semestralmente até a idade de 2 anos e meio, especialmente nos casos em que há história familiar positiva.

- **Tumores Ósseos Primários:** são o sexto em incidência em crianças, sendo mais frequentes na adolescência. Representam aproximadamente 8% de todas as neoplasias em crianças e adolescentes. Os tumores ósseos mais comuns são o osteossarcoma e o sarcoma de Ewing. O **osteossarcoma** é mais comum em adolescentes, na fase rápida de crescimento, com pico de incidência entre 10 e 19 anos de idade. O paciente habitualmente apresenta dor óssea localizada (90%), lancinante e que não melhora com repouso. Localiza-se geralmente na metáfise de ossos longos, principalmente no fêmur distal, tíbia proximal, úmero proximal e fíbula. O **sarcoma de Ewing** é o segundo tumor ósseo mais frequente, correspondendo a 10-15% de todos os tumores ósseos malignos primários do osso. Acomete a mesma faixa etária do osteossarcoma, mas não tem relação com o estirão do crescimento. Geralmente envolve a diáfise dos ossos longos (fêmur, fíbula, tíbia e úmero), mas pode acometer também ossos chatos. Os sinais e sintomas iniciais da doença podem estar presentes por longo período antes do diagnóstico. O paciente apresenta dor, aumento de volume, calor e rubor local. A febre pode estar presente (30%), fazendo diagnóstico diferencial com quadros infecciosos (osteomielite).

- **Tumores de partes moles:** Representa um grupo heterogêneo de doenças, frequentemente malignas e de origem mesenquimal ou de seus

derivados. Corresponde a cerca de 7% das malignidades primárias nas crianças e adolescentes com idade inferior a 20 anos. O **rabdomiossarcoma**, origina-se da musculatura estriada e é o sarcoma mais frequente entre crianças e adolescentes até os 14 anos de idade. Cerca de 2/3 dos casos de rabdomiossarcoma ocorrem em crianças até 6 anos de idade. Outros tipos de sarcomas são mais raros e apresentam maior incidência em adolescentes. A presença de tumoração local é a manifestação mais encontrada da doença. Outros sinais e sintomas clínicos variam de acordo com a localização do tumor primário e com a presença ou ausência de metástases.

- **Tumores do córtex supra-adrenal:** São tumores raros e sua incidência é semelhante na maioria dos países, variando de 0,2-0,38 para cada milhão de crianças até 15 anos de idade. A distribuição em relação a idade é bimodal, com um pico na primeira década de vida e outro na quinta década. Clinicamente podem se apresentar como síndrome de Cushing, síndrome virilizante, forma mista e não funcionante. No sul e sudeste do Brasil, se observa frequência aumentada desses tumores, com incidência inferida na região metropolitana de Curitiba, de 3,5 casos/milhão de crianças com idade inferior a 15 anos. Um achado importante nos casos desses tumores nos estados de Santa Catarina e Paraná foi a observação da mutação no gene de supressão tumoral, encontrada na linhagem germinativa (TP53 R337H) da maioria das crianças avaliadas. Nesses estados a maioria dos casos possuem a forma clínica funcionante e foram diagnosticados com menos de 4 anos de idade.

- **Tumores hepáticos:** na faixa etária pediátrica, aproximadamente 2/3 das massas hepáticas são malignas. Entre os tumores hepáticos primários malignos, os mais comuns são o hepatoblastoma e o hepatocarcinoma. Representam a terceira neoplasia intra-abdominal mais comum na infância, correspondendo a cerca de 1% dos cânceres pediátricos. Tanto o hepatoblastoma como o hepatocarcinoma, geralmente se apresentam como massa abdominal assintomática. Perda de peso, anorexia, vômitos e dor abdominal indicam doen-

ça avançada. Icterícia raramente é observada no hepatoblastoma, sendo mais comum em paciente com hepatocarcinoma, especialmente naqueles com doença hepática pré-existente. O **hepatoblastoma** ocorre principalmente entre lactentes e pré-escolares, entre 6 meses e 3 anos de idade. O **hepatocarcinoma** aparece principalmente após os 10 anos de idade e é o tipo mais comum de câncer hepático em adolescentes e adultos.

- **Tumores ovarianos:** São raros na infância, representando 1% das malignidades nesta faixa etária. Podem ocorrer em qualquer faixa etária, mas sua incidência é aumentada entre 8-9 anos de idade, com pico aos 19 anos. Na maioria dos casos, em pediatria, são originários das células

germinativas. Os tipos de tumores ovarianos mais frequentes em pediatria são os disgerminomas, os tumores do seio endodérmico, os teratomas imaturos, os tumores mistos de células germinativas e os carcinomas embrionários. A dor abdominal é a principal manifestação da doença (80%). Outros sinais e sintomas incluem massa palpável, febre, constipação, amenorreia, sangramento vaginal e mais raramente polaciúria e disúria.

- **Neoplasias malignas nos neonatos:** São neoplasias raras, representando 1,5-2% dos tumores pediátricos. O neuroblastoma é o tumor maligno mais frequente nesta faixa etária, seguido das leucemias agudas, tumores renais, sarcomas e tumores do sistema nervoso central.

Tratamento e prevenção

O tratamento do câncer se inicia com o diagnóstico e o estadiamento (extensão clínica da doença) corretos. Considerando a complexidade do tratamento da doença, é fundamental que seja efetuado em centro oncológico pediátrico, por equipe multiprofissional, compreendendo diversas modalidades terapêuticas aplicadas de forma racional, e individualizada para cada tipo histológico específico e de acordo com a extensão clínica da doença.

No Brasil, nos últimos anos, houve marcante incremento na taxa de sobrevivência e cura das crianças e adolescentes com câncer, graças à realização do tratamento em centros oncológicos pediátricos, a utilização de protocolos cooperativos e a melhoria nos cuidados de suporte. Os resultados obtidos com a utilização desses protocolos para a maioria dos tipos histológicos são similares aos de países desenvolvidos (70-80%).

É importante ainda enfatizar, que a cura da doença não se deve firmar somente na recuperação biológica, mas também no bem-estar e na qualidade de vida do paciente e da família. Neste

contexto, é relevante ressaltar o papel do pediatra no seguimento clínico de seu paciente junto à equipe de oncologia pediátrica, cientificando-se do diagnóstico, do tratamento realizado e das principais complicações agudas e tardias durante e após o término do tratamento.

Considerando que na infância e na adolescência ocorrem mudanças, não apenas biológicas, mas também psicológicas, que podem ser modificadas de forma favorável ou desfavorável ao desenvolvimento de doenças, a aquisição de hábitos de vida saudáveis nesta fase é vista, hoje, como a estratégia preventiva que pode ajudar os indivíduos a se manterem por mais tempo saudáveis, evitando doenças crônicas na idade adulta. Assim, é imprescindível nas primeiras décadas de vida difundir o conhecimento sobre os efeitos dos fatores de risco na expectativa média de vida da população, além de desenvolver estratégias preventivas que envolvam diversos setores da sociedade, visando a mudança do modo de vida baseada em evidências.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

1. Ries LAG, Eisner MP, Kosary CL, Hankey BF, Miller BA, Clegg L, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2000. Bethesda, MD: National Cancer Institute; 2003.
2. Ahrensberg JM, Hansen RP, Olesen F, Schrøder H, Vedsted P. Presenting symptoms of children with cancer: a primary-care population-based study. Br J Gen Pract. Jul 2012:e458-e465.
3. Dommet RM, Redaniel T, Stevens MCG, Martin RM, Hamilton W. Risk of childhood cancer with symptoms in primary care: a population based case-control study. Br J Gen Pract. Jan 2013:e22-e29.
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria. 3ª ed. São Paulo: Manole; 2014.
5. Pizzo PA, Poplack DG, editors. Principles and practice of pediatrics oncology. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2015.
6. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Epidemiologia dos tumores da criança e do adolescente. Disponível em <http://www.inca.org.br> Acessado: 30/11/16.
7. Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica. SOBOPE. Disponível em <http://www.sobo.org.br> Acessado: 30/11/16.



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)
Analíria Moraes Pimentel (PE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte:
Bruno Acatuassu 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)

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

Pediatria e Humanidade:
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Christian Muller (DF)
João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:
Themis Reverbél da Silveira (RS)
Irene Kazue Miura (SP)
Carmen Lúcia Bonnet (PR)
Adriana Seber (SP)
Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)
Fabiana Carlese (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:
Hélcio Vllança 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 Brito 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)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO
Normeide Pedreira dos Santos (BA)

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)

CONVERSANDO COM O PEDIATRA
Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

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 (SP)
Altacílio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA
Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO
Gil Simões Batista (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Amaral (RJ)
Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)
Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)
Sílvia Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)
Fernanda Luísa Ceraglioli 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 Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia 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)
Sílvia 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 Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)

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 Guillaume (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)
Nelson 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:
José Martins Filho (SP)

Vice-presidente:
Álvaro de Lima Machado (ES)

Secretário Geral:
Reinaldo de Menezes Martins (RJ)