



Tabagismo: O Papel do Pediatra

Departamento Científico de Pneumologia

Presidente: Paulo Augusto Moreira Camargos

Secretário: Carlos Antonio Riedi

Conselho Científico: Bernardo Kierstman, Cássio da Cunha Ibiapina, Débora Carla Chong e Silva, Gilvan da Cruz Barbosa Araujo, Maria de Fátima B. Pombo March, Murilo Carlos Amorim de Britto

Epidemiologia do tabagismo no Brasil

O tabagismo é um grave problema de saúde pública, com comprovado impacto econômico, social e ambiental em todo o mundo. Fatores sócio-demográficos como idade, sexo, escolaridade e condição econômica estão relacionados diretamente à iniciação e à manutenção do tabagismo. Dados epidemiológicos demonstram redução global significativa da prevalência de fumantes em áreas urbanas. O número de fumantes no Brasil diminuiu de forma importante do ano de 1989 para 2003, com aproximadamente 35% de queda.¹

No conjunto da população adulta das 27 capitais brasileiras estudadas pelo VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (BRASIL 2012) a frequência de fumantes foi de 12,1%, com predomínio no sexo masculino. Para homens e mulheres, o vício foi maior antes dos 25 anos de idade ou após os 65 anos e especialmente alto entre homens e mulheres com até oito anos de escolaridade (21,1% e 12,2%, respectivamente), excedendo em quase duas vezes a frequência observada entre entrevistados com 12 ou mais anos de estudo.²

Quando avaliou-se a quantidade de cigarros consumidos diariamente, observou-se o mesmo padrão demográfico para os tabagistas de 20 cigarros ou mais por dia, somando 4% da população estudada com predomínio entre homens e com escolaridade de até oito anos. Em todas as faixas etárias pesquisadas o consumo intenso de cigarros foi abaixo de 10%.²

Tabagismo na gestação

Estima-se no Brasil que uma em cada quatro gestantes seja fumante e cerca de metade delas não consiga abandonar o hábito, mesmo depois de esclarecidos os seus riscos.³

Estudos epidemiológicos internacionais apontam predomínio significativo do tabagismo entre as gestantes adolescentes com menos de 20 anos, bem como, as com menor escolaridade (ensino médio incompleto), mães solteiras e aquelas que não iniciaram os cuidados pré-natais antes do primeiro trimestre, denotando importantes fatores de risco sociais para a manutenção deste vício na gestação.⁴

A importância de se combater o tabagismo na gestação apoia-se em evidências de que fumar neste período relaciona-se com efeitos deletérios aos recém-nascidos, como o aumento do risco de aborto espontâneo, retardo do crescimento intrauterino, parto prematuro e redução do peso ao nascer, sendo o baixo peso ao nascer (peso < 2.500g) um importante preditor de mortalidade infantil.^{3,5,6}

Dentre as substâncias existentes no cigarro, a nicotina é a principal responsável pelos efeitos danosos na gravidez. Provoca vasoconstrição dos vasos uterinos e placentários e conseqüente redução da disponibilidade de oxigênio para o feto. Age diretamente sobre o tecido nervoso e adrenal fetal, levando a neurotoxicidade e diminuição da resposta reflexa da adrenal e redistribuição sanguínea de catecolaminas, respectivamente. Estudos comprovam ainda a ação da nicotina sobre o crescimento do pulmão e das pequenas vias aéreas. Os efeitos descritos resultam em retardo de crescimento intrauterino, risco de morte súbi-

ta, alterações cognitivas e alterações respiratórias ao longo da vida.^{3,5,6}

Efeitos deletérios de outros compostos do cigarro sobre o feto também já foram cientificamente comprovados, como o do monóxido de carbono (CO) que leva à hipoxemia fetal e conseqüente hiperviscosidade sanguínea e outros que levam à redução da imunidade e de vitaminas essenciais levando ao risco aumentado de infecções e ruptura placentária precoce.^{3,5,6}

Medidas que desencorajem o ato de fumar durante a gestação podem reduzir o risco de complicações para o concepto e contribuir para a redução da mortalidade perinatal.

A exposição de mulheres grávidas não fumantes ao tabagismo ambiental (fumantes passivas) está associada a uma série de desfechos perinatais adversos, incluindo menor peso ao nascer, circunferência cefálica menor e morte fetal, bem como menor comprimento de nascimento.⁵

Tabagismo passivo: crianças, as mais vulneráveis

A preocupação com os efeitos do tabagismo passivo é pertinente, uma vez que pessoas expostas ao tabagismo ambiental têm maior chance, em relação às não expostas, de desenvolver doenças, mesmo sem haver o ato de fumar propriamente dito.⁷

Entre os fumantes passivos, as crianças são as mais afetadas, por passarem mais tempo expostos à fumaça, principalmente quando o fumante é a mãe ou cuidador e por serem impotentes na mudança desta situação. O sistema mais afetado parece ser o respiratório e a faixa etária mais atingida a abaixo de 5 anos de idade. A taquipneia fisiológica da infância, o desenvolvimento incompleto do aparelho respiratório e o volume de substâncias danosas inaladas por quilograma de peso parecem ser os fatores envolvidos com

a exacerbação do efeito maléfico do cigarro nesta faixa etária.⁷⁻¹⁰

Os efeitos do tabaco sobre o sistema respiratório, alto e baixo, são edema na mucosa respiratória, hipertrofia e hiperplasia celular, redução do *clearance* mucociliar, hiperplasia das adenoides e dos cornetos nasais e desenvolvimento pulmonar prejudicado.⁷⁻¹⁰

Os principais sintomas decorrentes do cigarro nas crianças são tosse crônica, exacerbações frequentes e gravidade de sibilância e ainda afecções respiratórias como rinite, laringite, otite, tonsilite, bronquiolite, bronquite, traqueíte e pneumonia. Alguns estudos sugerem que o tabagismo passivo em lactentes esteja associado a menor capacidade intelectual, maior risco de morte súbita e grave acometimento respiratório e imunológico.⁷⁻¹⁰

Estudo avaliando 327 crianças em pronto-atendimento, demonstrou prevalência de 21,6% de tabagismo passivo e que as crianças expostas ao tabagismo compunham de modo significativo o grupo com mais de quatro idas ao serviço de emergência / ano e com necessidade de tratamento com antibióticos de mais de 2 vezes / ano, quando comparado às crianças não expostas.¹¹

Evidências mostram que a exposição pré-natal e na primeira infância ao tabagismo ambiental é fator predisponente para o início do hábito de fumar na adolescência, devido à neurotoxicidade decorrente da nicotina. Acre-

ditase que o tabagismo passivo na infância também seja causa frequente de neoplasia de pulmão na vida adulta, principalmente naqueles com exposição igual ou superior a 25 maços de cigarros/ano, em que dobra os riscos para carcinoma pulmonar em relação aos que não estiveram expostos.⁷⁻¹⁰

A relação dose-resposta já foi comprovada, onde quanto maior a quantidade de cigarros fumados pela mãe maior o risco de doenças respiratórias agudas nas crianças. O pediatra precisa estar atento e ser agente importante na identificação, orientação dos riscos e extinção do tabagismo passivo da vida de nossas crianças.

Tabagismo do adolescente

Os adolescentes são os mais susceptíveis ao tabagismo e à sua iniciação. A curiosidade por experimentar novas sensações e a necessidade de afirmação no meio onde vivem são fatores que colaboram para que não comemorem a redução deste vício nesta faixa etária.¹²

Estudo alemão avaliou o perfil de crianças e adolescentes entre 7 e 17 anos que iniciam o tabagismo e constatou que a cada 20 entrevistados um havia experimentado cigarro ao menos uma vez e a probabilidade de tabagismo foi maior em adolescentes com idade mais avançada, meninos, com pouco apoio familiar e aqueles que referiam sentimento de insatisfação e injustiça na escola.¹³

Vários fatores já foram indicados como fortes influenciadores da iniciação do tabagismo no adolescente, com destaque para as relações sociais, o uso concomitante de álcool e propagandas do cigarro.¹²

Estudo avaliando mais de 7000 indivíduos na escola e na comunidade, revelou que a presença de irmão e namorada (o) fumante, foi o dado que melhor explicou o tabagismo nos jovens estudados, aumentando o risco individual à iniciação tabágica, especialmente nas comunidades menos favorecidas.¹⁴ O melhor amigo, seguido do pai, do irmão e do astro de cinema favorito foram

considerados os principais estímulos à iniciação ao tabagismo em estudantes entre 14 e 19 anos de idade, avaliados em Calcutá, Índia.¹⁵ O mesmo foi percebido pelo grupo da Universidade de Maryland, EUA, onde a (o) companheira (o) fumante e a exposição ao tabagismo passivo domiciliar foram os fatores relatados.¹⁶

A associação de bebidas alcoólicas constitui fator preponderante ao consumo de derivados de tabaco. O consumo de álcool mostrou-se o fator de risco de maior impacto em análise multivariada, realizada no estudo realizado com adolescentes escolares moradores de Salvador – Bahia.¹⁷

Documentos secretos da indústria tabagista, tornados públicos em ações judiciais nos EUA, revelaram que crianças, adolescentes e jovens são alvos importantes da propaganda de cigarros. Muito embora no Brasil, desde 2000, por meio da lei 10.167, a propaganda direta tenha sido proibida na TV, em rádios, jornais, revistas e *outdoors*, ela é permitida nos pontos de venda, os quais então, tornaram-se mais numerosos, sofisticados e atraentes em uma linguagem própria do jovem incluindo termos em inglês. No Brasil, também é proibido o patrocínio de eventos esportivos e culturais por marcas de cigarros que compensam o fato promovendo bares e baladas e estando ainda mais próximo deste público tão vulnerável.^{12,18}

Cigarros Eletrônicos

Os cigarros eletrônicos (*e-cigarettes*) foram lançados em 2004 e consistem em um dispositivo à bateria que vaporiza nicotina para inalação. Já foram comprados por milhões de pessoas e as vendas estão aumentando tão rapidamente que alguns analistas preveem que eles vão superar as vendas dos cigarros tradicionais, dentro de uma década. Ao mesmo tempo que o cigarro eletrônico fornece níveis mais baixos de toxinas resultante da combustão de um cigarro convencional, sua segurança não está comprovada. O que se sabe até o momento é que estes produtos variam muito na quantidade de nicotina e de outros produtos químicos que constituem o vapor que libera a nicotina como o formaldeído, uma substância com forte comprovação cancerígena.¹⁹⁻²¹ A vapor aquecido ao máximo e aspirado profundamente leva à lesões das vias aéreas.²¹

Os cigarros eletrônicos estão massivamente divulgados em mídia eletrônica (internet) e apesar de não termos dados nacionais, nos EUA o uso deste dispositivo tem aumentado assustadoramente entre os adolescentes.²⁰ Neste país o

consumo de cigarros eletrônicos entre os estudantes do ensino médio cresceu 900 por cento entre 2011 e 2015, e os dispositivos ultrapassaram os cigarros tradicionais.²² Vários pesquisadores americanos demonstram grande preocupação sobre o que a inalação de nicotina pode gerar. Efeitos da exposição à nicotina podem provocar dependência, redução dos reflexos, déficits de atenção e dificuldades de raciocínio e transtornos de humor.²²

Apesar de resultados contraditórios, os cigarros eletrônicos se popularizaram como método de apoio à cessação do tabagismo, contudo estudo realizado com adolescentes e jovens americanos demonstrou que crianças e adolescentes expostos à nicotina são mais propensos a se tornar viciados em cigarros tradicionais e outras drogas, confirmando que o dispositivo pode induzir e servir de estímulo para o vício. A mesma pesquisa apontou a adição de sabores adocicados ao vapor do cigarro eletrônico como o principal fator deste dispositivo a atrair a atenção das crianças, adolescentes e jovens.^{19,20}

Cigarros com Aditivos – Cigarros Mentolados

Documentos de indústrias do tabaco confirmam que a fabricação de cigarros aromatizados com aditivos que conferem sabor, especialmente o mentol, surgiram da necessidade de atrair jovens para o vício, pois encobririam o gosto desagradável decorrente da inalação da fumaça e sua refrescância aliviaria a sensação de queimação na garganta.²² Estudos mostram que além de serem mais atrativos aos jovens, estes equivocadamente, acreditam que os cigarros mentolados fazem menos mal à saúde. Efeitos associados como sensação de frescor e de limpeza e entorpecimento leve são relatados pelos consumidores, talvez devido a esse fato os estudos mostram que jovens que se tornam dependentes do tabaco utilizando cigarros mentolados raramente migram para marcas não mentoladas.^{23,24}

O mentol interage de forma sinérgica com a nicotina, potencializa seu efeito e estimula o nervo trigêmeo, obtendo efeitos sensoriais e tornando os produtos ainda mais aceitável. Os aditivos em combustão formam novos compostos que se somam aos 4000 produzidos pelo cigarro convencional, sendo já comprovado que da queima do mentol resultam compostos cancerígenos.²⁴

Desde 2012 a ANVISA luta para a proibição dos aditivos de tabaco. Chegou a ser aprovada a lei que proibiria a comercialização destes produtos no Brasil, mas por força de uma liminar, estes produtos estão sendo vendidos livremente hoje. Depois de três anos o Superior Tribunal Federal voltaria a rever o assunto em novembro deste ano, mas a pauta foi adiada.

Narguilé

O Narguilé ou Arguile é um utensílio que lembra um cachimbo, utilizado para fumar. Sua origem é controversa, mas sua maior penetração é na cultura árabe. A principal característica é o fato da fumaça passar pela água antes de chegar ao fumante. O tabaco utilizado neste dispositivo costuma ter odor e sabor adocicados e agradáveis.²⁵ A concentração de nicotina neste produto é extremamente alta. Uma hora inalando o vapor do narguilé corresponde a 100 cigarros comuns; os riscos para a saúde são incalculáveis.²⁵

Quando a fumaça do narguilé é comparada com a de um cigarro convencional, apresenta maiores concentrações de monóxido de carbono, nicotina, alcatrão, metais pesados, hidrocarbonetos aromáticos (cancerígenos) e aldeídos voláteis.

A concentração de carboxihemoglobina (COHb) encontradas em fumantes de narguilé é consideravelmente superior (10,1%) quando comparados aos fumantes de cigarros (6,5%) e de não fumantes (1,6%).²⁵

Em estudo nacional avaliando a prevalência e o perfil dos escolares que utilizam o narguilé constatou-se que, nesta população, está associado com melhor classe econômica (escolas particulares), com o aumento da idade (faixa etária) e com estar trabalhando (melhor poder de compra do equipamento). Neste estudo a prevalência entre os escolares pesquisados, de 10 a 19 anos foi de 19,7%, sendo o local e as companhias os principais estimulantes referidos para o uso.²⁶

O que o pediatra pode fazer?

Quando 350 pediatras, de diversas subespecialidades e com variados tempos de formação foram entrevistados, 96% relataram abordar verbalmente o tema em suas consultas de rotina, mas nenhum deles relatou executar ações mais efetivas, como sugerir tratamento para cessação ou encaminhamento do fumante para serviços especializados.²⁷

Embora as leis antitabagismo em locais públicos já estejam consolidadas, a prevalência do tabagismo ainda é alta.

Algumas informações já estão firmadas: o tabagismo começa na faixa etária de responsabilidade do pediatra, atinge todas as camadas sociais, especialmente, as menos favorecidas,

nossos jovens estão atraídos pelas novidades e dispositivos que fornecem fumaças adocicadas ou refrescantes e que dão a eles a falsa ideia de que são menos deletérios à saúde.

Esses achados sugerem a necessidade de uma prevenção firme e consistente para este grupo com foco no apoio social da escola e dos pais.

Quanto ao tabagismo passivo, precisamos agir rápido. O impacto clínico e social das afecções respiratórias na infância deve nos motivar a enxergar o tabagismo passivo como uma doença pediátrica, identificá-lo sistematicamente na prática diária e buscar erradicá-lo, incansavelmente, da vida de nossas crianças.

BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

- 1- A Interferência da Indústria do Tabaco. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Ministério da Saúde, Rio de Janeiro RJ, 2012. Disponível em http://bvsm.sau.gov.br/bvs/control_cancer Acessado em novembro 2016.
- 2- Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- 3- Possato M, Parada CMGL, Tonete, VLP. Representação de gestantes tabagistas sobre o uso do cigarro: estudo realizado em hospital do interior paulista. *Rev Esc Enferm USP*. 2007;41(3):434-40.
- 4- Murim S, Rokhsara R, Bilello K. Smoking and smoking cessation in pregnancy. *Clin Chest Med*. 2011;32:75–91.
- 5- Ventura SJ, Hamilton BE, Mathews TJ, et al. Trends and variations in smoking during pregnancy and low birth weight: evidence from the birth certificate, 1990 – 2000, *Pediatrics* 2011;111:1176-80.
- 6- Leopércio W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *J Bras Pneumol*. 2004;30(2):176-185.
- 7- Gonçalves-Silva RMV, Valente JG, Lima-Soares MGF, et al. Tabagismo no domicílio e doença respiratória em crianças menores de 5 anos de idade. *Cad Saúde Púb*. 20016; 22(3):579-86.
- 8- Araújo AMF, Silva AHMFT, Vabo RV. Prevalência de sintomas e doenças respiratórias em crianças na idade escolar fumantes ou não-fumantes passivas. *Pulmão RJ*. 2006;15(1):16-19.
- 9- Prietsch SO, Fischer GB, César JA, et al. Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. *Rev Pan Salud Pub*. 20013;13(5):303-9.
- 10- Vork K, Broadwin R, Blaisdell R. Developing asthma in childhood from exposure to secondhand tobacco: insights from a meta-regression. *Ciê Saúde Col*. 2008;13(4):1313-1325.
- 11- Chong-Silva DC, Gnoatto A, Silveira CM, et al. Tabagismo passivo em crianças: análise de prevalências em um serviço de saúde infantil. *J. Paran Ped*. 2014;15(1).
- 12- Chong-Silva DC, Nascimento, M. Quais são as situações de maior vulnerabilidade e de risco para o jovem se tornar fumante? In: Alberto José de Araújo. (Org.). *Manual de Conduta e Práticas em Tabagismo*. 1ed. Rio de Janeiro: AC Farmacêutica - GEN, 2012, p. 405-407.
- 13- Muenster E, Zier U, Letzel S, et al. Low social support and further risk factors for nicotine abuse in childhood and adolescence in Germany. *Soc Work Health Care*. 2011;50(3):230-41.
- 14- Kelly AB, O’Flaherty M, Connor JP, et al. The influence of parents, siblings and peers on pre-and early-teen smoking: a multilevel model. *Drug Alcohol Rev*. 2011;30(4):381-7.
- 15- Voorhees CC, Ye C, Carter-Pokras O, et al. Peers, tobacco advertising, and secondhand smoke exposure influences smoking initiation in diverse adolescents. *Am J Health Promot*. 2011;25(3):e1-11.
- 16- Quentin W, Neubauer S, Leidl R, et al. Literature review of time-series analyses. *Int J Pub Health* 2007;52:295–307.
- 17- Machado Neto AS, Andrade TM, Napoli Abdon LC SL, et al. Determinantes da experimentação do cigarro e início precoce do tabagismo entre adolescentes escolares em Salvador (BA). *J Bras Pneumol*. 2010;36(6):674-82.
- 18- VIGESCOLA Vigilância de tabagismo em escolares. Dados e fatos de 12 capitais brasileiras. Disponível em: http://www.inca.gov.br/vigescola/docs/vigescola_completo.pdf 2012, acessado em novembro 2016.
- 19- Bullen C, Howe C, Laugesen M, et al. Electronic cigarettes for smoking cessation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2013;382:1629-37.
- 20- Dutra LM, Glantz SA. Electronic Cigarettes and Conventional Cigarette Use Among US Adolescents. A Cross-sectional Study. *JAMA Pediatr*. 2014;6:E1-E8.
- 21- Baldassarri S, Chupp G, Warren FLG, et al. Chest Health-care Provider Perceptions of Electronic Cigarettes, Chets Annual Meeting, American College of Chest Physicians, 2016.
- 22- Thompson D. U.S. Surgeon General Calls for Crackdown on E-Cig use in teens. *HealthDay*, disponível em: <https://consumer.healthday.com/cancer-information-5/electronic-cigarettes-970/e-cigarette-report-717634.html>, acessado em 13 dezembro de 2016.
- 23- Klausner K. Menthol cigarettes and smoking initiation: a tobacco industry perspective *Tobacco Control*. 2011;20(Suppl 2):ii12eii19.
- 24- Yerger VB. Menthol’s potential effects on nicotine dependence: a tobacco industry perspective. *Tobacco Control*. 2011;20(Suppl 2):ii29eii36.
- 25- Viegas, CAA. Formas não habituais de uso do tabaco. *J Bras Pneumol*. 2008;34:1069-73.
- 26- Reveles CC, Segri NJ, Botelho C. Factors associated with hookah use initiation among adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2013;89:583-7.
- 27- Chong-Silva DC, Farias F, Milaneis F, et al. Approach of passive smoking by Brazilian pediatricians. *Eur Respir J*. 2015;46(suppl 59), 2015.



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 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)

Educação Física:
Coordenador: Ricardo do Rego Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Maria Teresa Quadros (BA)

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 Reverbel 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 Vilaça 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 Silvanly (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
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 (SP)
Altacilio 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)
Sílvio Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)
Fernanda Luisa Ceragiolli 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)
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)
Sílvio 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 Amantéa (RS)
Gil Simões Batista (RJ)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)

COORDENAÇÃO DE DOCTRINA 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)
Aníbal 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)