sociedade brasileira de pediatria

Documento Científico

Departamentos Científicos de Gastroenterologia e Oncologia (gestão 2022-2024)

Nº 127, 12 de Janeiro de 2024

Náuseas e vômitos em pediatria: como abordar – Atualização

Departamento Científico de Gastroenterologia (Gestão 2022-2024)

Presidente: Cristina Helena Targa Ferreira

Secretária: Elisa de Carvalho

Conselho Científico: Amália Maria Porto Lustosa, Caroline Sales de Souza, Maria do Carmo Barros de Melo, Marise Helena Cardoso Tófoli, Mauro Batista de Morais (Relator), Roberta Paranhos Fragoso, Rose Terezinha Marcelino

Colaboradores: Ana Daniela Izotoni de Sadovsky, Katia Galeão Brandt, Marco Antônio Duarte, Mauro Sérgio Toporovski, Matias Epifânio (Relator), Silvio da Rocha Carvalho

Departamento Científico de Oncologia (Gestão 2022-2024)

Presidente: Denise Bousfield da Silva (Relatora)

Secretário: José Henrique Silva Barreto

Conselho Científico: Ana Paula Kuczynski Pedro Bom, Ethel Fernandes Gorender, Flávio Augusto Vercilio Luisi, Luciana Nunes Silva, Mara Albonei Dudeque Pianovski (Relatora)

Introdução

O vômito é angustiante para a criança e para os familiares. É um sintoma comum a múltiplas afecções pediátricas, tanto de natureza funcional como orgânica. Pode ser de evolução aguda e crônica. O Pediatra tem um papel fundamental na identificação de uma criança ou adolescente que precisa de maior investigação e é responsável pelas medidas terapêuticas a serem adotadas na avaliação inicial do paciente com vômitos.

Os conhecimentos sobre náuseas e vômitos são importantes em Pediatria, por que são queixas muito frequentes nas consultas pediátricas. As náuseas e vômitos podem ser:

- Um sintoma de um processo autolimitado;
- Primeira manifestação de um processo grave; e
- Causa de desidratação, desequilíbrio eletrolítico, complicações metabólicas e necessidade de internação.

O diagnóstico diferencial inclui grande número de doenças que podem acometer não somente o aparelho digestório como também outros órgãos e sistemas.

Definições

Náusea: é uma sensação desagradável subjetiva, associada ao desejo de vomitar. Fisiologicamente, é o resultado de perda do tônus gástrico, contração duodenal e refluxo do conteúdo duodenal para o estômago.

Vômito (êmese): é a expulsão do conteúdo gástrico, acompanhado por contração dos músculos abdominais, rebaixamento do diafragma e abertura da cárdia. Pode ser precedido e/ou acompanhado por náuseas, palidez, sudorese e sialorreia.[1]

Regurgitação: é definida como expulsão involuntária e sem esforço do conteúdo gástrico através da boca. Não é acompanhada por náuseas, esforço abdominal ou reflexo emético.

Refluxo gastroesofágico: é caracterizado pelo retorno de conteúdo gástrico para o esôfago, atingindo, algumas vezes, a faringe, a boca e as vias aéreas superiores. Pode ser ou não eliminado pela boca. O refluxo gastroesofágico é, em geral, um processo fisiológico normal que ocorre várias vezes por dia em todas as pessoas saudáveis, independentemente da idade, principalmente após as refeições. Por sua vez, a doença do refluxo gastroesofágico pode ser definida como sintomas, lesões teciduais e manifestações extra tubo digestório consequentes à ocorrência de refluxo gastroesofágico. Pode ser causa de regurgitações e vômitos. No lactente a principal causa de regurgitações é a imaturidade funcional gastrintestinal denominada "refluxo gastroesofágico fisiológico transitório" ou "regurgitação do lactente".[2,3]

Ruminação: regurgitações repetidas seguidas de nova mastigação/deglutição ou expulsão do alimento que têm início logo após as refeições e não ocorre durante o sono.[3] Não é precedida por náuseas. Para preencher o critério de Roma IV as manifestações clínicas devem se estender por mais de dois meses. Ocorre em qualquer idade, no entanto, parece ser mais frequente em adolescentes do sexo feminino. Ocorre por aumento da pressão intragástrica associada ao relaxamento do esfíncter esofágico inferior. A ruminação pode ser desencadeada por evento traumático psicossocial e pode se associar a manifestações psiquiátricas.[3] Deve ser considerada no diagnóstico diferencial dos vômitos porque os pais podem acreditar que a ruminação represente uma modalidade de náuseas e vômitos.

Fisiopatologia dos vômitos

O controle dos vômitos (êmese) ocorre em uma área denominada **centro do vômito** localizada no tronco cerebral,[1] que recebe estímulos de diversas partes do organismo. Podem ser destacadas quatro vias principais (Figura 1).

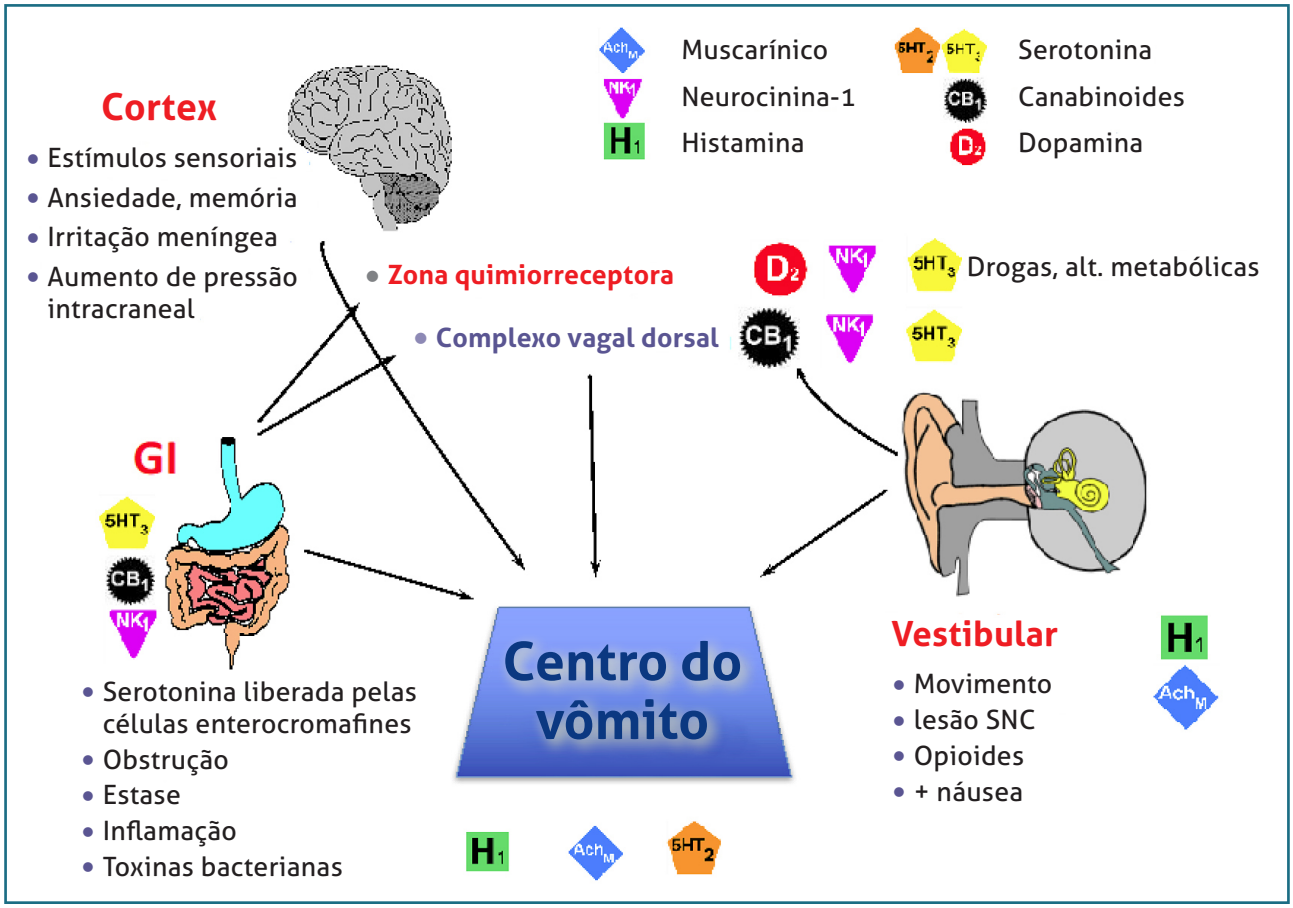
1. A zona do gatilho quimiorreceptora localizada no bulbo, 4º ventrículo, (zona postrema). A zona do gatilho receptora é rica em receptores dopaminérgicos (D2) e receptores de serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT_3).
2. O sistema vestibular é importante na cinetose. Comunica-se através do nervo vestíbulo coclear (VIII nervo craniano). É rico em receptores muscarínicos (Ach_M) e histamínicos (H_1).

3. O sistema nervoso central também desempenha papel importante na geração de vômitos, entretanto, os mecanismos são pouco conhecidos. Distúrbios psiquiátricos, estresse, odores e fatores psicológicos, entre outros, podem desencadear náuseas e vômitos.
4. Os nervos aferentes vagais e espinhais do trato gastrointestinal, que em Pediatria é a via mais frequentemente envolvida com os vômitos. Os principais receptores envolvidos no mecanismo do vômito no trato gastrointestinal são a neurocinina, a dopamina, a colestistocinina e a serotonina (5-hidroxitriptamina), localizados nas terminações vagais aferentes.[1,5]

As células enterocromafins da mucosa gástrica e de todo tubo digestório produzem principalmente serotonina, em consequência de diversos estímulos, que sensibiliza os aferentes vagais. A ativação desses receptores estimula o centro do vômito e a zona do gatilho quimiorreceptora, que são ricos em receptores da serotonina.

O conhecimento destas vias e de seus respectivos receptores é importante para a compreensão dos mecanismos de ação dos medicamentos que podem ter ação seletiva no bloqueio de receptores específicos.

Figura1. Centro do vômito com suas relações e receptores.[4,21]



Avaliação clínica

Na avaliação clínica da criança e do adolescente é fundamental que sejam obtidas informações suficientes para que se estabeleça a hipótese diagnóstica e se avalie o risco de desidratação. A anamnese e o exame físico devem ser completos, considerando o grande número de doenças que podem causar vômitos. No Quadro 1 são apresentadas algumas causas de vômitos. Constata-se que podem ser decorrentes de doenças originadas em vários órgãos e sistemas.

Quadro 1. Principais causas de vômitos segundo a faixa etária.[6,7]

Recém-nascido

- Erro alimentar
- Doença do refluxo gastroesofágico com ou sem hérnia de hiato
- Anomalias obstrutivas: atresia intestinal, estenose, membrana gástrica, má rotação, volvo, estenose hipertrófica do piloro, doença de Hirschsprung, íleo meconial, anomalias anorretais
- Neurológicas: hematoma subdural, edema cerebral, kernicterus
- Metabólicas e endocrinológicas: erros inatos do metabolismo, hiperplasia congênita da suprarrenal, insuficiência renal
- Infecciosas: infecção urinária, meningite, sepse

Lactente

- Alergia alimentar
- Regurgitação do lactente e doença do refluxo gastroesofágico
- Síndromes obstrutivas: estenose hipertrófica do piloro, invaginação intestinal, hérnia encarcerada, doença de Hirschsprung
- Metabólicas e endocrinológicas: erros inatos do metabolismo, hiperplasia congênita da suprarrenal, acidose tubular renal
- Infecciosas: diarreia aguda, infecção urinária, meningite, sepse, infecções respiratórias, otite média, hepatite
- Neurológicas: tumores e hipertensão intracraniana
- Drogas: aspirina, digoxina, teofilina

Pré-escolar e escolar

- Síndromes obstrutivas: estenose esofágica adquirida, invaginação intestinal, hérnia encarcerada, aderências pós-cirurgia
- Doenças gastrintestinais: úlcera péptica, síndrome da artéria mesentérica superior, apendicite, pancreatite, doença de Crohn
- Infecciosas: diarreia aguda, meningite, infecções respiratórias, hepatite
- Síndrome dos vômitos cíclicos
- Oncológicas: tumores abdominais e do sistema nervoso central

Todas as idades

- Respiratórias: tosse, infecções respiratórias
- Infecciosas: diarreia aguda, hepatite
- Neurologia: meningite, encefalite, tumor
- Neoplasias malignas
- Quimioterapia antineoplásica
- Radioterapia: irradiação corporal total e de abdome superior
- Pós-operatório

Ao avaliar-se um paciente com vômitos deve ser considerada uma ampla variedade de causas desde uma doença com duração limitada e baixo risco de complicações até doenças graves que não podem ser negligenciadas.

A seguir, são apresentadas determinadas características que devem ser consideradas na anamnese. Estas informações podem contribuir para a determinação da origem e circunstâncias do quadro. As perguntas aos cuidadores devem ser específicas e de fácil entendimento. Os seguintes aspectos devem ser considerados:

- Idade;
- Fatores de risco;
- História médica (dados recentes), incluindo trauma;
- Duração (horas ou dias) deste o início da doença. Evolução aguda ou crônica;
- Número de episódios de diarreia ou vômitos e o volume aproximado de fluidos perdidos;
- Capacidade para ingestão de líquidos;
- Eliminação de urina e estado de hidratação;
- Condição neurológica;
- Horário de ocorrência dos vômitos e se há relação com as refeições;
- Caracterização dos vômitos quanto ao volume e conteúdo (por exemplo, se tem ou não alimentos);
- Presença de sangue ou bile nos vômitos;
- Sintomas persistentes ou transitórios? Avaliar tempo entre sintomas;
- Sinais e sintomas associados (febre, perturbações do trato gastrintestinal, dor abdominal, cefaleia, alterações neurológicas);
- Consumo de alimentos nas últimas 24 ou 48 horas e mudanças no hábito alimentar;
- Uso de medicamentos e alergias conhecidas; e
- História de doença ou cirurgia prévia.

Embora a gastroenterite viral (diarreia aguda) seja a causa mais frequente de episódio agudo de vômitos, deve-se considerar outros diagnósticos diferenciais, especialmente quando houver um dos seguintes sinais de alerta: hematêmese, vômitos biliosos ou hemorrágicos ou em jato, meningismo, letargia, hepatoesplenomegalia, fontanela hipertensa, macro ou microcefalia, dor e/ou distensão abdominal, crise convulsiva, cefaleia, alterações da marcha, atraso no desenvolvimento psicomotor, aumento do perímetro encefálico, irritabilidade, sonolência, perda das habilidades físicas e intelectuais adquiridas e/ou febre persistente.[8,9]

Na criança e no adolescente com câncer, as causas de náuseas/vômitos além da quimioterapia e radioterapia, incluem doença metastática, anormalidade da pressão intracraniana, reflexo vestibular, distensão da cápsula de um órgão, inflamação ou obstrução do trato gastrintestinal, radioterapia, uso de opioides e íleo.[10]

A avaliação do estado nutricional e de hidratação é de vital importância. Em caso de vômitos de evolução crônica, os pacientes devem ser encaminhados para avaliação especializada.

Dentre as causas de saciedade precoce, recusa alimentar e vômitos está a gastroparesia que é uma condição clínica frequente em pediatria. É o esvaziamento gástrico diminuído na ausência de obstrução mecânica.[11] O vômito pode ocorrer até muitas horas após a ingestão de alimentos e deve ser diferenciado do refluxo gastroesofágico. Várias condições podem determinar gastroparesia, entre as quais: cirurgia com lesão do nervo vago (por exemplo, fundoplicatura); drogas como opiáceos ou anticolinérgicos; distúrbios metabólicos como hipocalemia ou acidose; hipotireoidismo; gastroenteropatia eosinofílica, doenças neuromusculares, como paralisia cerebral, *diabetes mellitus*, pseudo-obstrução intestinal, tumores do sistema nervoso central e distrofia muscular. Entretanto, as causas mais frequentes são as infecções virais, principalmente em menores de três anos. Estes processos, em geral, são autolimitados e podem se estender por períodos variáveis.[11]

Sempre deve ser lembrado que os distúrbios gastrintestinais funcionais apresentam elevada prevalência em crianças e adolescentes,[1,3] dentre estes, os quadros de vômitos cíclicos e enxaqueca abdominal podem ser causas de vômitos crônicos, evoluindo em crises. Cerca de metade dos pacientes atendidos nas consultas de Gastroenterologia Pediátrica e aproximadamen-

te 10% das consultas por Pediatras têm como queixa principal os distúrbios gastrintestinais funcionais. A interação entre o cérebro e o intestino ocorre com frequência nos distúrbios gastrintestinais funcionais. Os critérios de Roma,[3] atualmente na versão Roma IV, apresentam parâmetros diagnósticos bem definidos e delimitados. Estima-se que a prevalência populacional da síndrome dos vômitos cíclicos é de 0,2% a 1,0% da população pediátrica e é mais comum entre os 2 e 7 anos de idade. De acordo com o critério de Roma IV caracteriza-se pela ocorrência de pelo menos dois episódios de náuseas e vômitos intensos, que duram horas a dias, no intervalo de seis meses. Os episódios são estereotipados para cada paciente e intercalados por períodos nos quais o paciente se mantém em seu estado de saúde basal. O tratamento visa a realização de medidas profiláticas gerais, relacionadas ao estilo de vida, e uso de medicações (anti-histamínicos ou antidepressivos tricíclicos, dependendo da faixa de idade) quando é elevada a frequência e a gravidade dos episódios de vômitos.[12] Nas crises de vômitos cuidados gerais, hidratação e antieméticos (por exemplo, ondansetrona) são recomendados.[12] É aconselhável a avaliação com o especialista.

Dentre as causas oncológicas de náuseas e vômitos é importante lembrar que os tumores do sistema nervoso central (SNC) são considerados os tumores sólidos mais comuns na infância e representam um grupo heterogêneo de doenças. As manifestações clínicas iniciais podem atrasar o diagnóstico, pois confundem com sinais e sintomas de doenças próprias da faixa etária. A atenção deve ser redobrada para observar sinais mais específicos, como marcha atáxica, estrabismo, perda de habilidades físicas e intelectuais, entre outros. Na grande maioria dos casos, os sintomas são secundários ao aumento da pressão intracraniana (PIC) provocada pela presença do tumor. Os lactentes, com fontanelas abertas apresentam a capacidade de expandir o conteúdo craniano, demonstrando clínica diferente das crianças mais velhas. As fontanelas nos lactentes ficam abauladas, podendo ocorrer disjunção das suturas, irritabilidade, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor ou perda de habilidades físicas ou intelectuais, olhar do "sol poente" e opistótono.[9]

Tratamento

Evidentemente que o diagnóstico específico das doenças causadoras das náuseas e vômitos é o princípio fundamental para o controle destas manifestações gastrintestinais e recuperação clínica do paciente.

Genericamente, é possível considerar algumas medidas para minimizar os desconfortos e complicações das causas das náuseas e vômitos.

Dentro das possíveis medidas não farmacológicas para a abordagem dos vômitos podem ser citados:

- Evitar odores;
- Transmitir segurança/tranquilidade;
- Tratamento da desidratação e alterações eletrolíticas;
- Esvaziamento de fecaloma em pacientes com constipação intestinal grave;
- Higiene oral;
- Reduzir porções nas refeições e utilizar alimentos frios; e
- Reduzir ou eliminar as sondas e tubos quando possível.

Adicionalmente deve ser considerada a necessidade de medidas farmacológicas. Caso seja apropriado utilizar um antiemético, é importante escolher um medicamento com ação na via ou no mecanismo correspondente à suspeita clínica, e se necessário, adicionar agentes de resgate de diferentes categorias para aqueles pacientes que já estão recebendo a medicação.

Os antieméticos podem ser agrupados de acordo com seu local de ação e tipo(s) de receptor(es) conforme ilustrado na Figura 1. No

Quadro 2 são apresentados os agentes antieméticos segundo o mecanismo de ação. Os principais e mais conhecidos são: os antagonistas da dopamina, os bloqueadores de receptores de serotonina 5-HT3 e os anti-histamínicos (Figura 1).

As náuseas e vômitos por cinetose (movimento) podem ocorrer em ambiente marítimo, aéreo, ou mesmo em locais de entretenimento como cinemas e parques de diversão. Outra situação dos dias atuais é a cinetose dos videogames em grandes telas e simuladores de realidade virtual que podem desencadear sintomas semelhantes à clássica cinetose.

Neste caso, além do tratamento não medicamentoso, que envolve a redução do conflito sensorial para minimizar a discrepância entre os estímulos, ou mesmo sincronizar o sistema visual com o movimento, como fechar os olhos e minimizar o movimento cefálico; considera-se o uso de antagonistas H-1 (meclizina ou dimenidrato), cujo efeito anticolinérgico inibe a ação da acetilcolina como neurotransmissor do nervo vestibular.[14]

Quadro 2. Antieméticos.[6,7]

Antihistamínicos	Dimenidrinato Meclizina
Fenotiazínicos	Clorpromazina Metopimazina
Anticolinérgicos	Escopolamina
Antagonistas dopaminérgicos	Metoclopramida Domperidona Alizaprida
Antagonistas serotoninérgicos	Ondansetrona Granisetrona Dolasetrona Palonosetrona
Corticosteroide	Dexametasona
Ansiolíticos (casos selecionados, como adjuvante)	Lorazepam

O vômito é uma manifestação comum na diarreia aguda (gastroenterite aguda) em Pediatria. É a principal causa de falha na terapia de reidratação oral. A terapia de reidratação oral é o tratamento mais indicado para crianças com desidratação leve a moderada devido à diarreia aguda. Entretanto, se os vômitos persistirem e não houver tolerância à terapia de reidratação oral, pode ser necessária a reidratação parenteral para repor as perdas hidroeletrolíticas. Considerar que no tratamento da gastroenterite aguda é importante, se possível, utilizar soluções de reidratação oral com baixa osmolaridade, que têm maior eficácia. Este tipo de solução proporciona redução das perdas fecais, diminuição dos episódios de vômitos e da necessidade de terapia de reidratação endovenosa. Portanto, a reidratação oral deve ser usada como terapia de primeira linha para o tratamento de crianças com diarreia aguda, além de ser oferecida com frequência e paulatinamente os vômitos vão diminuindo.[14]

É frequente o emprego rotineiro de antieméticos em pacientes com gastroenterite aguda.[15,16] O uso de antiemético anti-histamínico do tipo 1 (D1) (dimenidrinato) e dos antagonistas do receptor de dopamina do tipo 2 (D2) (metoclopramida e domperidona) é frequente na prática clínica. No entanto, não existem evidências para o uso destes medicamentos em crianças com vômitos secundários à diarreia aguda.[16,17] Estes agentes dopaminérgicos (metoclopramida, domperidona, bromoprida, elevosulpirida, entre outros) agem bloqueando os receptores D2 do trato gastrintestinal e do sistema nervoso central. Os medicamentos antidopaminérgicos são os mais frequentemente relacionados ao desenvolvimento de efeitos adversos graves. Destaca-se a reação extrapiramidal, que é um dos efeitos adversos com maior frequência e gravidade.[17] Existe muito pouca evidência científica que embase o uso da metoclopramida e dimenidrato na diarreia aguda (gastroenterite aguda).[18]

Por outro lado, há evidências da eficácia do uso do antagonista serotoninérgico (anti-5-hidroxitriptamina) ondansetrona no tratamen-

to e prevenção de vômitos por quimioterapia e no pós-operatório. O efeito da ondansetrona é central.

Em relação ao paciente com câncer, náuseas e vômitos estão entre os eventos adversos mais frequentes da quimioterapia antineoplásica, estando presentes em cerca de 70% a 80% dos pacientes.

A experiência com a ondansetrona nos serviços de emergências pediátricas vem aumentando nos últimos anos.[19] Neste contexto, as últimas diretrizes da Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição em Pediatria (ESPGHAN),[20] o Guia Íbero-latinoamericano[21] e o Guia Prático de diagnóstico e tratamento da diarreia aguda da Sociedade Brasileira de Pediatria[22] incluem a ondansetrona como um antiemético efetivo a ser utilizado, quando necessário, na diarreia aguda (gastroenterite aguda).

Assim, nos serviços de emergência pediátrica, a ondansetrona vem sendo administrada para tratamento de vômitos nos pacientes com diarreia aguda (gastroenterite aguda) com eficácia e segurança.[20,23] Neste contexto, ensaios clínicos comparativos comprovam a melhor eficácia da ondansetrona em relação a outros medicamentos antieméticos.[19,24] Em 2016, foi publicada revisão sistemática com metanálise sobre o uso da ondansetrona na gastroenterite aguda. Concluiu-se que, em comparação com o placebo, a administração de ondansetrona para o paciente com vômitos por gastroenterite aguda poderia melhorar a eficácia da terapia de reidratação oral.[25] Deve ser destacado, também, que a Sociedade de Pediatria do Canadá recomenda, desde 2011, a administração de dose única, via oral, para pacientes com idade entre seis meses e doze anos com gastroenterite aguda (diarreia aguda) que apresentam vômitos associados com desidratação leve/moderada ou que não apresentaram resposta favorável com a terapia de reidratação oral.[26] Vale lembrar que no Brasil a ondansetrona é liberada pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) para uso em crianças após os dois anos de idade.

Para finalizar, deve ser destacado que a ondansetrona é um potente antagonista, altamente seletivo dos receptores de serotonina (5-HT3), com ampla margem terapêutica. Funciona bloqueando seletivamente a ação da serotonina, um neurohormônio envolvido na fisiopatologia das náuseas e vômitos. Desta forma, não apresenta efeito sedativo e outros efeitos colaterais comuns a outros antieméticos como sonolência, sedação e reação extrapiramidal. A formulação oral deste fármaco tem eficácia semelhante à administração intravenosa.[16]

Normativa do Ministério da Saúde (MS) do Brasil, recentemente publicada inclui uma dose de ondansetrona no plano B (destinado ao tratamento da desidratação por via oral no estabelecimento de saúde) do tratamento da criança com diarreia aguda (gastroenterite aguda) que apresenta vômitos persistentes. Não se menciona o uso de antieméticos nos planos A (tratamento domiciliar) e C (terapia parenteral da desidratação) da diarreia aguda. É importante mencionar que a recomendação do MS não respeita o limite de idade para administração da ondansetrona estabelecida pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).[27]

A ondansetrona é disponível nas seguintes apresentações e dosagens: solução injetável (2 mg/ml); solução oral (4 mg/5 ml); comprimidos orodispersíveis (4 mg e 8 mg); comprimidos revestidos (4 mg e 8 mg) e filme oral (4 mg/filme e 8 mg/filme). Segundo a literatura, o filme oral de ondansetrona tem como vantagens a rapidez na melhora dos sintomas da criança por ter melhor biodisponibilidade e rápido início de ação, não deixar gosto residual na cavidade oral e haver opção comercial saborizada, que favorecem a aceitação e aderência ao tratamento. Além disso, por aderir melhor à mucosa oral dispensa a necessidade de administração de líquidos, evitando possíveis episódios de vômitos.[28-30]

Deve ser lembrado que todos os antieméticos podem apresentar efeitos adversos e o risco de efeito colateral aumenta quando são administrados em pacientes com desidratação e distúrbios eletrolíticos.[18]

Conclusões

É sumamente importante a avaliação cuidadosa do paciente com vômitos. O diagnóstico diferencial constitui um grande desafio na pratica diária. Na maioria das vezes, os vômitos são ocasionados por um quadro autolimitado. Entretanto, pode ser a manifestação inicial de várias doenças que podem requerer investigação e tratamento clínico ou cirúrgico de emergência.

Sempre é fundamental obter-se anamnese cuidadosa e exame físico minucioso para que se estabeleça um diagnóstico etiológico preciso. Lembrar que as etiologias estão diretamente relacionadas com a idade e também é importante diferenciar situações clínicas agudas das crônicas. Os sinais de alerta indicativos de gravidade ou complicações devem ser sempre pesquisados no momento da anamnese e do exame físico.

Avaliações regulares nas fases iniciais de um quadro com vômitos irão garantir que doenças graves não sejam negligenciadas e se evite o aparecimento de complicações como a desidratação.

O tratamento dos vômitos é guiado pela doença de base, podendo-se lançar mão de medidas paliativas para o desconforto ou medicamentos para controle sintomático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Vasconcellos MC, Duarte MA, Gomes M, Machado P. Vômitos: abordagem diagnóstica e terapêutica. Rev Med Minas Gerais. 2014;24(Supl 10):S5–S11.

02. Morais MB, Cruz AS, Sadovsky AD, Brandt KG, Epifanio M, Toporovski T, et al. - Documento Científico do Departamento de Gastroenterologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Regurgitação do lactante e Doença do Refluxo Gastroesofágico em Pediatria. SBP, São Paulo, 2017; pag. 1–6.

03. Benninga MA, Nurko S, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate/toddler. Gastroenterology. 2016;150:1443–55.

04. Harlos M. Management of Nausea and Vomiting in Palliative Care – 2010. Disponível em: palliative.info/teaching_material/Nausea Vomiting-Harlos 2010.ppt. Acessado em 02 de fevereiro de 2018.

05. Associação Brasileira de Cuidados Paliativos. Consenso Brasileiro de náuseas e Vômitos. Rev Bras Cuid Paliat. 2011;3:1–15.

06. Oba J, D'Amico MFM. Antieméticos. Gastroenterologia e Hepatologia em Pediatria. Série Atualizações Pediátricas – SPSP. Morais MB (Coordenador) Atheneu, São Paulo. 2012. p.197–203.

07. Ullrich CK, Billett AL, Berde CB. Symptom management in children with cancer. In: Orkin SH, Fischer DE, Ginsburg D, Look T, Lux SE, Nathan DG (org.) Nathan and Oski's, Hematology and Oncology of Infancy and Childhood. 8th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2015. p. 2349-96.

08. Allen K. The vomiting child - what to do and when to consult. Aust Fam Physician. 2007;36(9): 684-7.

09. Lins AGN, Silva DB, Pianovski MAD. Tumores do Sistema nervosa central. In: Silva LR, Solé D, Silva CAA, Constantino CF, Liberal EF, Lopez FA(org). Tratado de Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria. 5ª ed. Barueri, SP: Manole, 2022. p. 468-76.

10. Krane EJ, Casillas J, Zeltzer L. Pain and symptom management. In: Pizzo PA, Poplack DG (eds.). Principles and practice of pediatric oncology. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2016. p.1067-93.

11. Youssef AS, Parkman HP, Nagar S. Drug-drug interactions in pharmacologic management of gastroparesis. Neurogastroenterol Mot. 2015;27:1528–41.

12. Li BUK, Lefevre F, Chelimsky GG, Boles RG, Nelson SP, Lewis DW, et al. North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition consensus statement on the diagnosis and management of cyclic vomiting syndrome. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2008;47:379–93.

13. Brandt KG, Antunes MM de C, da Silva GAP. Acute diarrhea: evidence-based management. J Pediatr (Rio J). 2015;91(6 Sup 1):S36–S43.

14. Albertino S. Cinetose. Temas Otoneurológicos -Update em otoneurologia. Departamento de otoneurologia da ABORLCCF. DOI: 10.5935/aborl-ccf.202200003. Acessado em 10/01/2024.

15. Fedorowicz Z, Jagannath VA, Carter B. Antiemetics for reducing vomiting related to acute gastroenteritis in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev. 2011;9:CD005506, 2011.

16. Canziani BC, Uestuener P, Fossali EF, Lava SAG, Bianchetti MG, Agostoni C, et al. Clinical Practice: Nausea and vomiting in acute gastroenteritis: physiopathology and management. Eur J Pediatr. 2018;177:1–5.

17. van der Padt A, van Schaik RHN, Sonneveld P. Acute dystonic reaction to metoclopramide in patients carrying homozygous cytochrome P450 2D6 genetic polymorphisms. Neth J Med. 2006;64:160–2.

18. Carter B, Fedorowicz Z. Antiemetic treatment for acute gastroenteritis in children: an updated Cochrane systematic review with meta-analysis and mixed treatment comparison in a Bayesian framework. BMJ Open. 2012; 2(4):e000622–e000622.

19. Epifanio M, Portela J de L, Piva JP, Ferreira CHT, Sarria EE, Mattiello R. Bromopride, metoclopramide, or ondansetron for the treatment of vomiting in the pediatric emergency department: A randomized controlled trial. J Ped (Rio J). 2018;94:62-68.

20. Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel D, Lo Vecchio A, Shamir R, Szajewska H, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2014;59:132–52.

21. Salazar-Lindo E, Allué IP, Gutiérrez-Castrellón P. Guía de práctica clínica ibero-latinoamericana sobre el manejo de la gastroenteritis aguda en menores de 5 años: tratamiento farmacológico. An Pediatr. 2014;80(Suppl. 1):15–22.

22. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização – Diareia Aguda Infecciosa. 2023. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24048g-GPA-Diarreia_Aguda_Infecciosa.pdf Acesso em mao de 2023

23. Sturm JJ, Pierzchala A, Simon HK, Hirsh DA. Ondansetron use in the pediatric emergency room for diagnoses other than acute gastroenteritis. Pediatr Emerg Care. 2012;28:247–50.

24. Marchetti F, Maestro A, Rovere F, Zanon D, Arrighini A, Bertolani P, et al. Oral ondansetron versus domperidone for symptomatic treatment of vomiting during acute gastroenteritis in children: multicentre randomized controlled trial. BMC Pediatr. 2011;11:15.

25. Tomasik E, Ziółkowska E, Kołodziej M, Szajewska H. Systematic review with meta-analysis: ondansetron for vomiting in children with acute gastroenteritis. Aliment Pharmacol Ther. 2016;44:438–46.

26. Cheng A. Emergency department use of oral ondansetron for acute gastroenteritis-related vomiting in infants and children. Paediatr Child Health. 2011;16:177-182.

27. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de Doenças Transmissíveis. Manejo do paciente com diarreia. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: https://www.gov.br/ saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dda/ publicacoes/manejo-do-paciente-com-diarreia-cartaz/view Acessado em abril 2023. Acesso em maio de 2023.

28. Gijare C, Deshpande A. Orodispersible films: a systematic patent review. Recent Pat Drug Deliv Formul. 2018;12(2):110-120.

29. Data on file - Mantecorp Farmasa.2022.

30. Dadey E. Bioequivalence of ondansetron oral soluble film 8 mg (Zuplenz) and ondansetron orally disintegrating tablets 8 mg (Zofran) in healthy adults. Am J Ther. 2015;22(2):90-97.

Diretoria Plena

Triênio 2022/2024

PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
1º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)
2º VICE-PRESIDENTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
SECRETÁRIO GERAL:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
2º SECRETÁRIO:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
3º SECRETÁRIO:
Claudio Hoineff (RJ)
DIRETOR FINANCEIRO:
Sidnei Ferreira (RJ)
1º DIRETOR FINANCEIRO:
Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)
2º DIRETOR FINANCEIRO:
Donizetti Dimer Giambernardino Filho (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE: Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE: Marynea Silva do Vale (MA)

SUDESTE: Marisa Lages Ribeiro (MG)

SUL: Cristina Targa Ferreira (RS)

CENTRO-OESTE: Renata Belem Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA
TITULARES:
Jose Hugo Lins Pessoa (SP)
Marisa Lages Ribeiro (MG)
Marynea Silva do Vale (MA)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)
SUPLENTES:
Analiria Moraes Pimentel (PE)
Dolores Fernanadez Fernandez (BA)
Rosana Alves (ES)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Sulim Abramovici (SP)

CONSELHO FISCAL
TITULARES:
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Licia Maria Moreira (BA)
Carlindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)
SUPLENTES:
Jocileide Sales Campos (CE)
Ana Márcia Guimarães Alves (GO)
Gilberto Pascolat (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:
COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
MEMBROS:
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)
Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES
DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Edson Ferreira Liberal (RJ)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Sidnei Ferreira (RJ)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Mauro Batista de Morais (SP)
Kerstin Tanigushi Abagge (PR)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)
COORDENAÇÃO:
Hélcio Villaça Simões (RJ)
COORDENAÇÃO ADJUNTA:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
MEMBROS:
Clovis Francisco Constantino (SP) - Licenciado
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valete (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Silvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA
COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
MEMBROS:
João Carlos Batista Santana (RS)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)
Ricardo Mendes Pereira (SP)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

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

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA
Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA
DIRETOR:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)
DIRETORIA ADJUNTA:
Sidnei Ferreira (RJ)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Britto Filho (PB)
Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)
Anenisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Carlindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

DIRETORIA CIENTÍFICA
DIRETOR:
Dirceu Solé (SP)
DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
MÍDIAS EDUCACIONAIS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Rosana Alves (ES)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO
PEDIATRIA - PRONAP
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)
Tulio Konstantyner (SP)
Claudia Bezerra Almeida (SP)
NEONATOLOGIA - PRORN
Renato Soibelmann Procianoy (RS)
Clea Rodrigues Leone (SP)
TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPED
Werther Bronow de Carvalho (SP)
TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPED
Claudio Leone (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)
EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPED
Hany Simon Júnior (SP)
Gilberto Pascolat (PR)
DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PUBLICAÇÕES
TRATADO DE PEDIATRIA
Fábio Ancona Lopes (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Clovis Artur Almeida da Silva (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
OUTROS LIVROS
Fábio Ancona Lopes (SP)
Dirceu Solé (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES
DIRETORA:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Paulo Tadeu de Mattos Prereira Poggiali (MG)

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 Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
COORDENAÇÃO GERAL:
Edson Ferreira Liberal (RJ)
COORDENAÇÃO OPERACIONAL:
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Renata Dejtiar Waksman (SP)
MEMBROS:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Marcia de Freitas (SP)
Nelson Grisard (SC)
Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)

PORTAL SBP
Clovis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Claudio Hoineff (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Maria Angelica Barcellos Svaiter (RJ)
Donizetti Dimer Giambernardino (PR)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Slhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)
Cassio da Cunha Ibiapina (MG)
Luiz Anderson Lopes (SP)
Silvia Regina Marques (SP)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Mariana Tschoepke Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)
COORDENAÇÃO:
Renato Soibelmann Procianoy (RS)
MEMBROS:
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Giselia 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)
Mariana Tschoepke Aires (RJ)
Maria De Fatima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurílio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeiro 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)
Angélica Maria Bicudo (SP)
EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Angelica Maria Bicudo (SP)
COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)
COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)
MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (MG)
Angélica Maria Bicudo (SP)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Ana Lucia Ferreira (RJ)
Silvia Wanick Sarinho (PE)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA
COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
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)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Silvia Regina Marques (SP)
Claudio Barssanti (SP)
Marynea Silva do Vale (MA)
Liana de Paula Medeiros de A. Cavalcante (PE)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
COORDENADOR:
Lelia Cardamone Gouveia (SP)
MEMBROS:
Cassio da Cunha Ibiapina (MG)
Luiz Anderson Lopes (SP)
Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Marynea Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

MUSEU DA PEDIATRIA (MEMORIAL DA PEDIATRIA BRASILEIRA)
COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)
MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Sidnei Ferreira (RJ)
Jeferson Pedro Piva (RS)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO
COORDENAÇÃO:
Claudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)

REDE DE PEDIATRIA
AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRA
Ana Isabel Coelho Montero
AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA
Marcos Reis Gonçalves
AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA
Adriana Távora de Albuquerque Taveira
AP - SOCIEDADE AMAPAENSE DE PEDIATRIA
Camila dos Santos Salomão
BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA
Ana Luiza Velloso da Paz Matos
CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA
Anamaria Cavalcante e Silva
DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL
Luciana de Freitas Velloso Monte
ES - SOCIEDADE ESPIRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA
Carolina Strauss Estevez Gadelha
GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA
Valéria Granieri de Oliveira Araújo
MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO
Silvia Helena Cavalcante de S. Godoy
MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA
Márcia Gomes Penido Machado
MS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL
Carmen Lúcia de Almeida Santos
MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA
Paula Helena de Almeida Gattass Bumlai
PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza
PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA
Maria do Socorro Ferreira Martins
PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO
Alexsandra Ferreira da Costa Coelho
PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ
Ramon Nunes Santos
PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA
Victor Horácio de Souza Costa Junior
RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Cláudio Hoineff
RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
Manoel Reginaldo Rocha de Holanda
RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA
Wilmerson Vieira da Silva
RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA
Erica Patricia Cavalcante Barbalho
RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL
Jose Paulo Vasconcellos Ferreira
SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA
Nilza Maria Medeiros Perin
SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA
Ana Jovina Barreto Bispo
SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO
Renata Dejtiar Waksman
TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA
Ana Mackartney de Souza Marinho

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética Clínica
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infectologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Medicina do Adolescente
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Sono
- Suporte Nutricional
- Toxicologia e Saúde Ambiental

GRUPOS DE TRABALHO
- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doença inflamatória intestinal
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Educação é Saúde
- Imunobiológicos em pediatria
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Ortopedia pediátrica
- Pediatria e humanidades
- Pediatria Internacional dos Países de Língua Portuguesa/ Povos Originários do Brasil
- Políticas públicas para neonatologia
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Saúde mental
- Saúde digital
- Saúde Oral