



Documento Científico

Departamento Científico de Reumatologia
(2019-2021)

Síndrome da Fibromialgia Juvenil

Departamento Científico de Reumatologia

Presidente: Clovis Artur Almeida da Silva

Secretária: Maria Odete Esteves Hilário

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

O que é a Síndrome da Fibromialgia Juvenil?

A síndrome da fibromialgia juvenil (SFJ) é uma entidade clínica caracterizada pela presença de dor musculoesquelética difusa crônica, fadiga e sono não restaurador, podendo se associar a outros sintomas que variam de paciente para paciente, como por exemplo, presença de pontos dolorosos, cefaleia, alteração do humor, desânimo, alterações do hábito intestinal, desatenção, depressão e outros tantos. Foi inicialmente descrita em adultos, faixa etária em que os trabalhos científicos são inúmeros, mas também em crianças e adolescentes, a partir de 1985, por Yunus e Masi¹, onde a predominância neste último grupo concentra o grande número de casos na faixa pediátrica.

Qual a incidência, faixa etária, predomínio de sexo nos indivíduos com SFJ?

A SFJ é excepcionalmente evidenciada em crianças menores de 4 anos de idade, sendo predominante em adolescentes, principalmente entre os 11 e 15 anos, quando sua prevalência é estimada entre 1% e 2%. É seis vezes mais comum no sexo feminino que no masculino e, estima-se que cerca de 7% de todos os casos referenciados aos centros de reumatologia pediátrica são devidos a esta condição^{2,3}. Semelhante distribuição de sexo é vista na fibromialgia (FM) em adultos, cuja predominância etária encontra-se entre 25 e 65 anos^{4,5}. Parentes de primeiro grau de pacientes com FM são 8,5 vezes mais suscetíveis de apresentarem FM do que parentes de

pacientes com artrite reumatoide,⁶ o que pode denotar uma base genética para esta condição, embora não comprovada. Não há predileção de raça, etnia ou classe sócio-econômica-cultural.

Quais as principais causas originárias da SFJ?

Desde sua descrição, inúmeras tentativas foram postuladas para explicar esta síndrome. Hoje, o que se apresenta de maior entendimento é que vários fatores possam contribuir para o seu aparecimento e perpetuação, cuja ênfase é dada a um distúrbio da regulação da dor em nível central, onde o sistema nervoso central (SNC) encontra-se alterado na sensibilização (sensibilização central) e processamento da dor por vários mecanismos, como por exemplo, pela diminuição da inibição endógena da dor nos sistemas analgésicos, pelas alterações em receptores opioides, pela liberação dos neuropeptídeos relacionados aos estados de dores crônicas, pelas alterações da morfologia do córtex pré-frontal e cíngulo anterior, pela redução da atividade dopaminérgica e alterações das funções dos neurotransmissores GABAérgicos e glutamatérgicos, pelas mudanças do estado de restauração da conectividade funcional cerebral, pelas alterações da fase alfa do sono, pela disfunção do sistema nervoso autonômico associado ao estresse e tantos outros objetos de pesquisas, até mesmo pelo antigo e conhecido mecanismo periférico da dor⁷.

Todas as investigações sobre as causas da FM e da SFJ, em sua imensa maioria, apresentam uma abordagem quase que constante do ponto de vista orgânico. As abordagens na esfera psíquica desta síndrome encontram-se praticamente restritas a um dos tratamentos propostos, referido como terapia cognitiva comportamental (vide mais adiante neste texto). Alguns autores propõem um tipo de abordagem psicanalítica, tanto para tentar explicar as possíveis causas, quanto para um dos possíveis tratamentos da FM e SFJ. Estes, ao investigarem a organização psíquica destes pacientes, observaram a pouca

expressividade afetiva, a pobreza do fantasiar e uma concretude do pensamento, fazendo com que as pulsões psíquicas apenas se representem no campo corporal, numa angústia somática.

Os pacientes, que cronicamente somatizam, podem sofrer de feridas narcísicas precoces como a decorrente da carência do vínculo mãe-bebê no início da vida, vivência que provoca experiência de vazio existencial e gera muita dor.^{8,9} Duas características muito comuns são encontradas nestes pacientes: primeiramente as dores sucedem um evento traumático importante nas vidas destas pessoas (um luto, uma ruptura afetiva, um fracasso sentimental ou profissional) e, a partir deste, haveria o desencadeamento de queixas somáticas; uma segunda característica estaria relacionada ao perfeccionismo e hiperatividade na vida profissional e/ou no cotidiano, sempre necessitando “fazer cada vez mais” para serem valorizadas, pelos outros e por si mesmas, sendo muito exigentes consigo mesmas (conotando um ego ideal feroz e insatisfeito), em busca de valorização e reassentimento narcísicos, o que leva ao esgotamento.¹⁰

Quais as principais manifestações clínicas da SFJ?

A SFJ manifesta-se por dor crônica e difusa com a presença de pontos dolorosos, associados a outros sintomas como fadiga, sono não reparador, cefaleia, humor depressivo e/ou ansiedade.

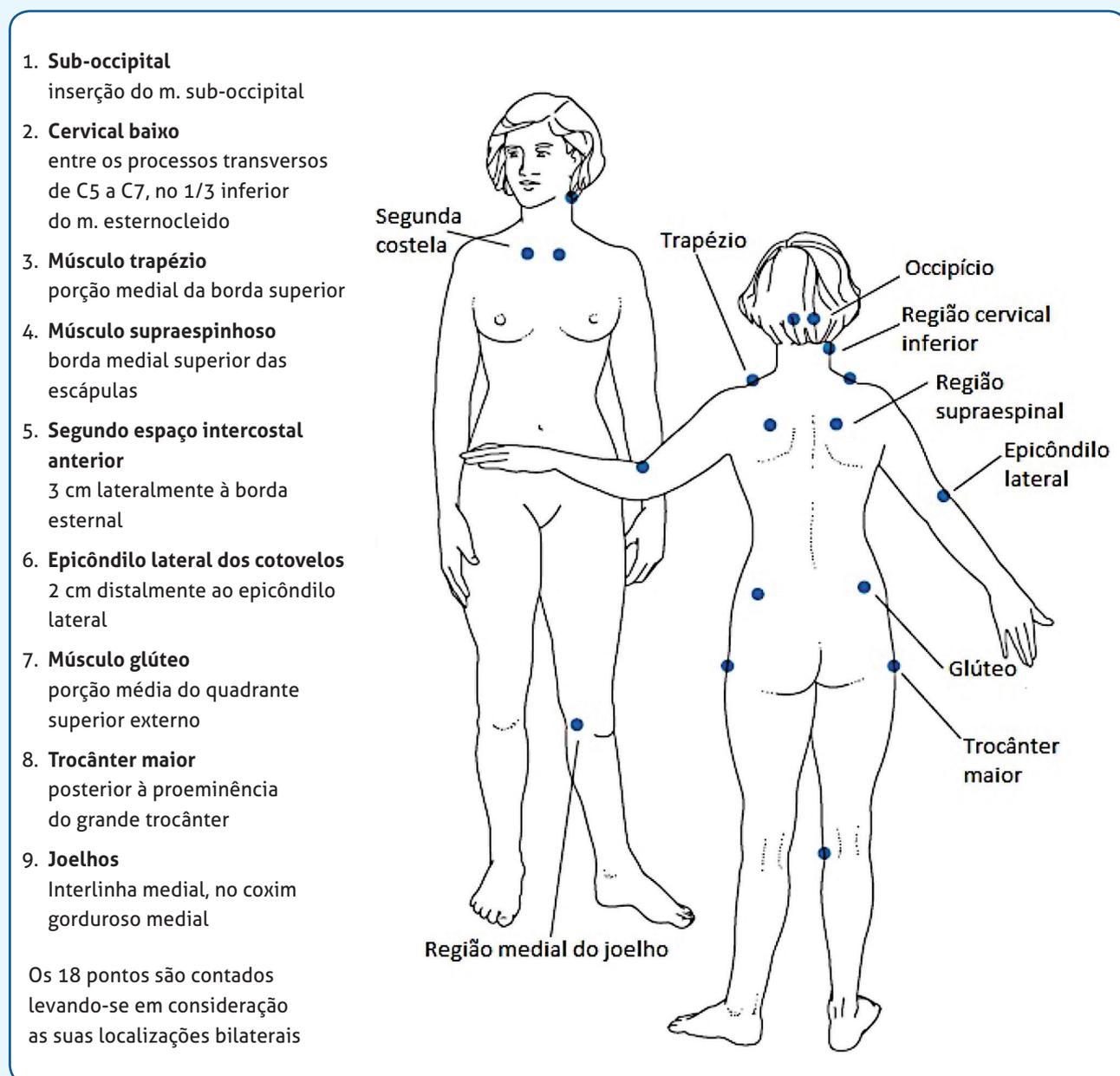
A dor, presente entre 90% e 97% dos pacientes², é caracterizada como sendo constante e difusa, de intensidade variável, por todo o corpo, acima e abaixo da cintura pélvica e em ambos dimídios (braços, pernas, costas, pescoço, abdomen), definida diferentemente como “em queimação”, “penetrante”, “afiada”, “angustiante”, “pesada”, “que dói tudo”, “que não melhora com nada”, que pode acordar o paciente, não responsiva aos analgésicos e anti-inflamatórios comuns. Os pacientes podem referir sensação de edema local, rigidez e dor articulares que acompanham as queixas musculares, mas que não encontram correspondência

ao exame físico das articulações, onde não se evidenciam sinais de inflamação, edema ou sinovite crônica. Alguns pacientes referem que o estresse, a atividade física e a temperatura fria podem exacerbar as dores. Frequentemente estas dores não são valorizadas pelos médicos, por não possuírem correspondência orgânica compreensível sendo, por vezes, subestimadas.

Quanto aos pontos dolorosos ou “tender points” (figura 1), costumam ser múltiplos e sensíveis à pressão local que, quando estimulados, causam uma resposta do paciente de retirada ou afastamento do local palpado pelo médico. A re-

comendação da utilização de dolorímetro, com aplicação de 4,0 kg/cm² para a pesquisa dos pontos dolorosos, pode ser dispensada quando um examinador experiente aplica a digitopressão na pesquisa dos mesmos. Originalmente considerados como 18 pontos a serem pesquisados (nove em cada dimídio direito e esquerdo), atualmente não possuem a relevância clínica-diagnóstica que no passado possuíam. Crianças com SFJ tendem a apresentar um menor número de pontos dolorosos em relação aos adultos, não sendo a quantificação destes um fator de importância para o diagnóstico da SFJ.

Figura 1. Localização dos pontos dolorosos (“tender points”)



O distúrbio do sono, condição presente entre 70% e 90% destes pacientes,² consiste numa dificuldade para dormir, levando às vezes mais de uma hora para entrar no sono, mesmo assim acordando algumas vezes na madrugada, consistindo, ao final do período, em um sono não reparador, ou seja, permanecendo uma sensação de cansaço e exaustão mesmo no final do período de sono. Observa-se no estudo polissonográfico a presença de ondas alfa no período de sono profundo, fato que também ocorre em outros quadros de dor não relacionados à FM¹¹.

Fadiga, descrita pelos pacientes como sensação de exaustão e dificuldade para realizar tarefas escolares ou domésticas, se apresenta nos jovens com SFJ entre 20% e 60% dos casos². Pode não se associar aos distúrbios do sono, da mesma forma como se apresentam nos adultos. As cefaleias frequentes, concomitante ou não ao quadro doloroso, podem estar presentes em até 70% dos casos.

A fadiga, quando associada ao sono não reparador e às dores crônicas, muitas vezes faz com que o adolescente permaneça sonolento no período escolar ou nas atividades diárias, causando impacto psicossocial importante em sua vida que, aliadas às situações de deterioração dos hábitos alimentares e falta de prática de exercícios físicos, contribuem, muitas vezes, para o aparecimento da obesidade e formação de um círculo vicioso em torno do problema.

Condições psiquiátricas como comorbidades à SFJ e à FM são muito frequentes, como depressão, transtornos de ansiedade, alterações do comportamento. Muitas vezes os transtornos do humor (transtornos depressivos maiores e transtornos bipolares) são condições primárias as quais se confundem com a SFJ, algumas vezes mimetizando-a e, para que isto não aconteça, o médico deve estar atento e conhecer os sinais clínicos destas outras patologias, encaminhando estes pacientes para um profissional da área específica.

Como se faz o diagnóstico e quais os diagnósticos diferenciais da SFJ?

O diagnóstico da SFJ é clínico. Os principais achados clínicos acima descritos fazem com que a sua hipótese diagnóstica seja considerada em primeiro lugar. Nestas circunstâncias a SFJ é denominada primária.

Do ponto de vista de exames laboratoriais e de imagens, não existem alterações específicas da SFJ, sendo que, usualmente, estes exames encontram-se normais, a não ser que exista outra doença subjacente à SFJ, como doenças autoimunes, estas devendo sempre ser pensadas como diagnósticos diferenciais e excluídas as suas possibilidades. Nestas circunstâncias a SFJ é denominada secundária. Mesmo assim, numa primeira abordagem, alguns poucos exames devem ser solicitados, como hemograma, prova de fase aguda inflamatória, análise da urina e avaliação tireoidiana. Exames mais específicos somente deverão ser solicitados nos casos em que outras hipóteses diagnósticas sejam aventadas.

Existem critérios diagnósticos para a FM do adulto e para SFJ, sendo que para as crianças e adolescentes estes são considerados controversos. Em 1985, Yunus e Masi¹ os elaboraram pela primeira vez para a SFJ (quadro 1). Por outro lado, o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) os elaborou em 1990 e os revisou em 2010 para a FM do adulto (tabela 1), demonstrando que, quando aliados ao quadro clínico e exame físico, podem ser utilizados como ferramenta sensível e específica para o diagnóstico e acompanhamento da SFJ, principalmente para uso em estudos epidemiológicos e em pesquisas, embora ainda haja controvérsia se seu uso no cotidiano clínico seja realmente necessário.

Diagnósticos diferenciais que se impõem na SFJ são as outras doenças reumatológicas pediátricas (AIJ, LES, polimiosite, febre reumática), cujas histórias, achados de exame físico e laboratoriais são muito diversos, em contraposição aos da SFJ. O hipotireoidismo também deve

ser considerado como diagnóstico diferencial, assim como outras síndromes dolorosas, como a síndrome dolorosa regional complexa tipo-1 (também conhecida como distrofia simpático-reflexa, distrofia simpática pós-traumática ou atrofia de Sudeck), síndrome da hipermobilidade articular benigna e outras síndromes de amplificação dolorosa. A síndrome da fadiga crônica, as cefaleias tensionais e as diversas formas de enxaquecas devem também fazer parte dos diagnósticos diferenciais.

Estudo de coorte¹² avaliou que o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a procura por um reumatologista pediátrico foi, em média, de 18 meses, sendo que neste intervalo, os pacientes receberam diferentes diagnósticos e tratamentos inadequados, causando retardo no diagnóstico, levando estes pacientes a riscos desnecessários, protelando uma adequada abordagem do problema, o que salienta a dificuldade em diagnosticar corretamente a SFJ.

Quadro 1. Critérios para Fibromialgia Juvenil Primária de Yunus e Masi¹

O diagnóstico de fibromialgia juvenil primária é baseado na presença de todos os critérios maiores, associados a 3 dos 10 critérios menores.

Critérios maiores:

1. Dor musculoesquelética generalizada ≥ 3 sítios, por pelo menos 3 meses
2. Ausência de outras patologias subjacentes (ex: artrite ou trauma)
3. Resultados normais de exames laboratoriais e radiológicos
4. Presença de ≥ 5 pontos dolorosos ("tender points")

Critérios menores:

1. Ansiedade ou tensão crônica
2. Fadiga
3. Sono ruim (não restaurador)
4. Cefaleia crônica
5. Síndrome do cólon irritável
6. Edema subjetivo de partes moles
7. Dormência localizada
8. Modulação da dor com a atividade física
9. Modulação da dor por fatores climáticos
10. Modulação da dor por ansiedade e/ou estresse

Tabela 1. Critérios Diagnósticos para a fibromialgia (ACR – 2010)¹³

O paciente satisfaz os critérios para fibromialgia, quando as seguintes 3 condições são preenchidas:

1. Índice de dor generalizada (IDG) ≥ 7 e escala de pontuação sintomas de severidade (SS) ≥ 5 , ou IDG entre 3-6 e escala de SS ≥ 9
2. Os sintomas têm de estar presentes, num nível semelhante, por pelo menos 3 meses
3. O paciente não pode apresentar outra condição que justifique a dor

continua...

... continuação

Averiguação

1. IDG: veja o número de áreas nas quais o paciente tem apresentado dor na última semana Em quais áreas o paciente apresentou dor? A contagem deve ser entre 0-19

- cintura escapular E. – cintura escapular D.
- braço E. – braço D.
- antebraço E. – antebraço D.
- quadril (trocânter, nádega) E. – quadril (trocânter, nádega) D.
- coxa E. – coxa D.
- panturrilha/"canela" E. – panturrilha/"canela" D.
- mandíbula E. – mandíbula D.
- tórax - abdômen
- metade superior das costas - metade inferior das costas
- pescoço

2. Escala de pontuação SS

- fadiga
- sono não restaurador
- sintomas cognitivos

para cada um dos 3 sintomas acima, indique o grau de severidade na última semana, utilizando a seguinte escala:

- 0 = sem problemas
- 1 = problemas leves, geralmente intermitentes
- 2 = problemas moderados e consideráveis; frequentemente presentes e/ou em nível moderado
- 3 = graves; problemas generalizados, contínuos e perturbadores da vida

Considere os sintomas somáticos* em geral e indique quando o paciente os tiver:

- 0 = sem sintomas
- 1 = poucos sintomas
- 2 = moderado número de sintomas
- 3 = grande quantidade de sintomas

A escala de pontuação SS é a soma da gravidade dos 3 sintomas , mais a extensão (gravidade) dos sintomas somáticos em geral. A pontuação final encontra-se entre 0-12

* Sintomas somáticos que devem ser considerados: dor muscular, síndrome do cólon irritável, fadiga/cansaço, pensar ou lembrar problemas, fraqueza muscular, cefaleia, dores/cólicas abdominais, dormência/formigamento, tontura, insônia, depressão, constipação, dor no abdome superior, náusea, nervosismo, dor no peito, visão turva, febre, diarreia, boca seca, prurido, chiado no peito, fenômeno de Raynaud, urticária/vergões, zumbido nos ouvidos, vômitos, azia, úlceras orais, perda/alteração do paladar, convulsões, olhos secos, falta de ar, perda de apetite, erupção cutânea, sensibilidade ao sol, dificuldades auditivas, hematomas fáceis, perda de cabelo, micção frequente, micção dolorosa e espasmos da bexiga.

Quais os tratamentos disponíveis para a SFJ?

Os tratamentos disponíveis para a SFJ podem ser divididos em farmacológicos e não farmacológicos, sendo os primeiros muito mais utilizados na FM do adulto quando comparada à faixa etária infanto-juvenil.

Muito importante salientar que, as terapêuticas não farmacológicas devem ser sempre a primeira opção de tratamento para a SFJ. Há muita controvérsia sobre quais seriam as melhores práticas para tratar a SFJ, sendo que as evidências clínicas incluem terapias com diversos tipos de exercícios físicos, que vão desde exercícios aeróbicos progressivos, exercícios resistidos, hidroterapia (natação, hidroginástica)

e práticas esportivas diversas. Aquilo que propomos é uma escolha individualizada, onde o paciente escolhe um exercício ou atividade que lhe der maior prazer e benefícios pessoais. Da mesma forma práticas como yoga, meditação, tai-chi-chuan, do-in, massagens terapêuticas e outras, que visem o relaxamento físico e o bem-estar mental, são muito úteis e frequentemente recomendadas.

No estudo acima citado¹², as intervenções mais frequentemente recomendadas pelos reumatologistas pediátricos, baseadas em evidências, incluíram a educação sobre a dor crônica, exercícios aeróbicos gradativos, educação sobre o sono, outras terapias físicas, e aconselhamentos pelos médicos, sendo que este último não possui estudos que o aprovelem. As terapias cognitivo-comportamentais possuem uma base de evidências científicas bem estabelecidas que as corroboram como úteis nestes pacientes, sendo indicadas principalmente para o manejo da dor e fadigas crônicas, embora a motivação dos pacientes para a participação possa ser baixa e os resultados possam ser pobres, exatamente pela pouca aderência em sua continuidade, mas que, mesmo assim, devem ser tentadas e estimuladas pelos médicos. Outra dificuldade encontrada neste tipo de terapia é a escassez de profissionais habilitados para conduzi-la adequadamente, principalmente em serviços públicos, mas também nos privados. Outras formas de tratamentos psicoterapêuticos também podem ser utilizadas, como sessões de psicanálise, desde que conduzidas por profissionais especializados

e habilitados para tal, também igualmente escassos nos serviços públicos.

Já o tratamento farmacológico, em estudo recente¹² encontrou-se que, para 51% dos pacientes com FMJ foram prescritos algum fármaco, como tentativa de tratamento numa consulta médica inicial, de forma isolada ou em associação com outro tipo de terapêutica. Dentre estes, os anti-inflamatórios não hormonais foram os mais frequentemente prescritos, seguidos dos anti-depressivos tricíclicos e inibidores seletivos da recaptção da serotonina, dos análogos do ácido gama-aminobutírico, dos inibidores seletivos da recaptção da noradrenalina, sendo os opioides os fármacos menos prescritos. Entretanto, é importante salientar que boa parte destes medicamentos psicoativos prescritos para uso crônico na FM do adulto, além de não estarem indicados em faixas etárias pediátricas, parecem não possuir eficácia comprovada na SFJ. Quando da presença de condições psíquicas mais graves, como transtornos depressivos maiores ou transtornos bipolares, o encaminhamento à psiquiatria da infância e juventude é recomendado para correta avaliação e tratamento adequados.

Importante salientar que, devido a tendência desta síndrome transcorrer persistindo na fase adulta, estes pacientes devem ser acompanhados durante esta transição para a vida adulta por um médico reumatologista clínico, sendo desejável uma transferência harmônica do reumatologista pediátrico para o de adultos, visando a boa continuidade no acompanhamento destes pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Yunus MB, Masi AT. Juvenile primary fibromyalgia syndrome. A clinical study of thirty-three patients and matched normal controls. *Arthritis Rheum.* 1985; 28:138
02. Siegel DM, Janeway D, Baum J. Fibromyalgia syndrome in children and adolescents: clinical features at presentation and status at follow-up. *Pediatrics.* 1988;101:377
03. Ting TV, Barnett K, Lynch-Jordan A, et al. 2010 American College of Rheumatology Adult Fibromyalgia Criteria for Use in an Adolescent Female Population with Juvenile Fibromyalgia. *J Pediatr.* 2016; 169:181.
04. Jones GT, Atzeni F, Beasley M, et al. The prevalence of fibromyalgia in the general population: a comparison of the American College of Rheumatology 1990, 2010, and modified 2010 classification criteria. *Arthritis Rheumatol.* 2015; 67:568.
05. Walitt B, Nahin RL, Katz RS, et al. The Prevalence and Characteristics of Fibromyalgia in the 2012 National Health Interview Survey. *PLoS One.* 2015; 10:e0138024.
06. Arnold LM, Huson JI, Hess EV, et al. Family study of fibromyalgia. *Arthritis Rheum.* 2004; 50:944
07. Goldenberg DL. Pathogenesis of fibromyalgia. 2019 UpToDate, Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-fibromyalgia?source=bookmarks_widget Acessado em abril de 2020.
08. Marty P. El orden Psicomatico (La Vida Operatoria). Valencia: Promolibro; 1995
09. Furtado GMF. A dor de Viver, a Dor da Vida... In: Béjar VR (Org.) *Dor Psíquica, Dor Corporal.* São Paulo: Blucher; 2017.p.161-74
10. Aisenstein M. Os Deuses não Conhecem o cansaço: os heróis, às vezes, mas as heroínas nunca... In: Béjar VR (Org.) *Dor Psíquica, Dor Corporal.* (161-174). São Paulo: Blucher; 2017. p.47-57
11. Roizenblatt S, Neto NS, Tufik S. Sleep disorders and fibromyalgia. *Curr Pain Headache Rep.* 2011; 15:347
12. Weiss JE, Schikler KN, Boneparth AD, et al. Demographic, clinical, and treatment characteristics of juvenile primary fibromyalgia syndrome cohort enrolled in the Childhood Arthritis and Rheumatology Research Alliance Legacy Registry. *Pediatr Rheumatol.* 2019; 17:51
13. Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles M-A, et al. The American College of Rheumatology Preliminary Diagnostic Criteria for Fibromyalgia and Measurement of Symptom Severity *Arthritis Care and Res.* 2010; 62(5):600



Diretoria

Triênio 2019/2021

PRESIDENTE:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:

Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2º DIRETORIA FINANCEIRA:

Cláudio Hoineff (RJ)

3º DIRETORIA FINANCEIRA:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

COORDENADORES REGIONAIS**NORTE:**

Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

SUDESTE:

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

Isabel Rey Madeira (RJ)

SUL:

Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)

Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

CENTRO-OESTE:

Regina Maria Santos Marques (GO)

Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA**TITULARES:**

Gilberto Pascolat (PR)

Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Lopes Miranda (SP)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL**TITULARES:**

Núbia Mendonça (SE)

Nelson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darcí Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS**PÚBLICAS:**

COORDENAÇÃO:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Virginia Weffort (MG)

Themis Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES**DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO****PROFISSIONAL**

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Moraes (SP)

Kerstin Taniguchi Abagge (PR)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP

(COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE

ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:

Hélio Villaza Simões (RJ)

MEMBROS:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Flavia Nardes dos Santos (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valetre (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Sílvio Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA**OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM****PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA****COORDENAÇÃO:**

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:

Henrique Mochida Takase (SP)

João Carlos Batista Santana (RS)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)

Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Sergio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

COORDENAÇÃO:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:

Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Brito Filho (PB)

João Cândido de Souza Borges (CE)

Anesnia Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E**COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS**

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS**CIENTÍFICOS**

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

COORDENAÇÃO:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO**NEONATAL**

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO**EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)**

Virginia Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

Marcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP

Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA**À DISTÂNCIA**

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Altacilio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:

Renato Prociány (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)

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Dirceu Solé (SP)

Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)

Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

Leonardo Rodrigues Campos (RJ)

Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)

Joel Alves Lamounier (MG)

EDITORES ASSOCIADOS:

Danilo Blank (RS)

Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)

Renata Dejkar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)

Tullio Konstantyner (SP)

Cláudia Bezerra de Almeida (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA

Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA

Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:

Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:

Rosana Alves (ES)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)

Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS**EM PEDIATRIA**

COORDENAÇÃO:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (BA)

Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Sérgio Luís Amantéa (RS)

Susana Maciel Guillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Adelma Figueiredo (RR)

André Luis Santos Carmo (PR)

Maryneia Silva do Vale (MA)

Fernanda Wagner Freddo dos Santos (PR)

GRUPOS DE TRABALHO**DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA**

COORDENAÇÃO:

João Paulo Becker Lotufo (SP)

MEMBROS:

Evelyn Eisenstein (RJ)

Alberto Araújo (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

Nivaldo Sereno de Noronha Junior (RN)

Suzana Maria Ramos Costa (PE)

Iolanda Nowadski (PR)

Beatriz Bagatin Bermudez (PR)

Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)

Carlo Eduardo Reis da Silva (MG)

Paulo César Pinho Ribeiro (MG)

Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)

Ana Maria Guimarães Alves (GO)

Camila dos Santos Salomão (AP)

DOENÇAS RARAS

COORDENAÇÃO:

Salmó Raskin (PR)

MEMBROS:

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Ana Maria Martins (SP)

Claudio Cordovil (RJ)

Lavinia Schuler Faccini (RS)

ATIVIDADE FÍSICA

COORDENAÇÃO:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

MEMBROS:

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Patrícia Guedes de Souza (BA)

Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)

Alex Pinheiro Gordia (BA)

Isabel Guimarães (BA)

Jorge Mota (Portugal)

Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Dirceu Solé (SP)

METODOLOGIA CIENTÍFICA

COORDENAÇÃO: