sociedade brasileira de pediatria

Documento Científico

Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial (Gestão 2025-2028) e
Departamento Científico de Toxicologia e Saúde Ambiental (Gestão 2025-2028)

Nº 41, 30 de Abril de 2026

# Uso de cafeína por crianças e adolescentes: Atualização

**Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial (Gestão 2025-2028)**
**Presidente:** Tadeu Fernando Fernandes (Relator)
**Secretária:** Ana Jovina Barreto Bispo
**Conselho Científico:** Andrea Duarte Nascimento Jacomo, Auxiliadora Damianne P. Vieira da Costa, Elena Marta Amaral dos Santos (Relator), Helita Regina F. Cardoso de Azevedo, Marina Chahini Cardoso, Renata Rodrigues Aniceto, Valeria Granieri de Oliveira Araujo
**Colaboradores:** Denise Alves Brasileiro, Isabel Rey Madeira, Régis Ricardo Assad, Samir Buainain Kassar, Suzana Maria Ramos Costa, Tania Maria Sih

**Departamento Científico de Toxicologia e Saúde Ambiental (Gestão 2025-2028)**
**Presidente:** Rinaldo Fábio Souza Tavares (Relator)
**Secretário:** Carlos Augusto Mello da Silva
**Conselho Científico:** Camila Carbone, Ligia Veras Gimenez Fruchtengarten, Marilyn Nilda Esther Urrutia de Pereira

## Introdução

A cafeína figura entre as substâncias psicoativas de maior consumo global e está amplamente presente na dieta de crianças e adolescentes, principalmente por meio de refrigerantes, chocolates, chás, cafés e bebidas energéticas[1,2]. Embora estudos populacionais indiquem relativa estabilidade no consumo médio ao longo do tempo, observa-se uma mudança no padrão de exposição, caracteri-

zada pela introdução cada vez mais precoce e pela maior disponibilidade de produtos com elevadas concentrações de cafeína[2,3].

A infância e a adolescência correspondem a fases críticas do desenvolvimento neurobiológico, marcadas pela maturação dos sistemas reguladores do sono, da cognição e do comportamento[4,5]. Nesse contexto, a exposição à cafeína pode produzir efeitos mais intensos do que aqueles observados em adultos, sobretudo sobre a arquitetura do sono. Evidências recentes demonstram que mesmo doses consideradas moderadas estão associadas a aumento da latência do sono, sonolência diurna e alterações cognitivas e comportamentais[4,6]. Apesar de algumas diretrizes admitirem consumo limitado em adolescentes, a ausência de consenso quanto a um limiar seguro, aliada à variabilidade individual de resposta, reforça a necessidade de cautela no uso de cafeína nessa população.

## Cafeína: a droga mais consumida no mundo

A cafeína é reconhecida como a substância psicoativa de maior consumo mundial, com ampla aceitação social e presença em diversos produtos alimentares[2,16]. Entre crianças e adolescentes, a ingestão ocorre principalmente por meio de bebidas e alimentos de fácil acesso, tais como refrigerantes, chocolates, chás, cafés e, de forma crescente, bebidas energéticas[1,9]. Embora o consumo médio permaneça relativamente estável, o padrão de ingestão tem se tornado mais concentrado, especialmente com o uso de produtos de alta dosagem, o que aumenta o risco de exposição excessiva[3,9].

Em populações pediátricas, a imaturidade dos sistemas neurofisiológicos e metabólicos, associada ao menor peso corporal, contribui para maior vulnerabilidade aos efeitos adversos da cafeína, mesmo em doses que seriam consideradas seguras para adultos[2,4].

## Principais fontes de cafeína na infância e adolescência

### Café

O café representa uma das principais fontes dietéticas de cafeína em nível mundial[16]. Embora seu consumo direto seja mais comum entre adultos, crianças e adolescentes podem ser expostos indiretamente por meio de hábitos familiares ou preparações adoçadas. A variação da concentração de cafeína, influenciada pelo tipo de grão e método de preparo, dificulta a estimativa da ingestão total e pode favorecer consumo inadvertidamente elevado[3,8].

### Chás

Chás como chá-preto, chá-verde e chá-mate contêm quantidades significativas de cafeína e outras metilxantinas[2,8]. Por serem frequentemente percebidos como produtos naturais e seguros, tendem a ser introduzidos precocemente na dieta infantil, contribuindo de forma relevante para a ingestão cumulativa de cafeína.

### Chimarrão

O chimarrão, preparado a partir da erva-mate (*Ilex paraguariensis*), é amplamente consumido em determinadas regiões do Brasil. A erva-mate contém cafeína e outras metilxantinas com efeito estimulante sobre o sistema nervoso central. Seu consumo compartilhado em ambiente familiar pode determinar

exposição precoce e não intencional de crianças e adolescentes[1,2].

### Cacau e chocolate

O cacau e seus derivados contêm cafeína e teobromina, ambas com propriedades estimulantes[5]. Por serem amplamente consumidos por crianças, os produtos à base de chocolate representam fonte relevante de exposição precoce, especialmente quando associados a outras fontes dietéticas de cafeína[5,8].

### Refrigerantes

Refrigerantes à base de cola figuram entre as principais fontes de cafeína para crianças e adolescentes[1,9]. Além da cafeína, esses produtos apresentam elevado teor de açúcar, o que pode potencializar efeitos negativos sobre sono, comportamento, metabolismo e saúde cardiovascular[9,11].

### Bebidas energéticas

As bebidas energéticas constituem a fonte mais preocupante de cafeína nessa faixa etária[9,11]. Esses produtos concentram altas doses em volumes reduzidos, favorecendo ingestões rápidas e picos plasmáticos elevados. Evidências associam seu consumo a efeitos adversos cardiovasculares, neurológicos e psiquiátricos, incluindo taquicardia, ansiedade, irritabilidade, distúrbios do sono e sintomas de abstinência[9,11] especialmente em consumidores jovens e em ingestões ≥400 mg/dia. A SBP através de seu DC de Nutrologia emitiu alerta importante sobre o seu consumo excessivos entre os jovens[17].

### Cafeína durante a gestação e o continuum de risco

Durante a gestação, a cafeína atravessa livremente a barreira placentária, enquanto o feto apresenta capacidade limitada de metabolização, o que prolonga sua exposição intrauterina[16]. Revisão sistemática conduzida pelo *Dietary Guidelines Advisory Committee* identificou resultados inconsistentes quanto à associação entre consumo materno de café ou chá e peso ao nascer, com parte dos estudos sugerindo maior risco de recém-nascidos pequenos para a idade gestacional e outros não demonstrando associação significativa[15]. Ainda assim, tais achados sustentam uma postura cautelosa, considerando que a restrição de crescimento fetal tem sido associada, posteriormente, a maior vulnerabilidade a alterações do sono e do neurodesenvolvimento[7,15].

De modo geral, a evidência disponível é heterogênea: enquanto estudos observacionais relatam associações entre ingestão materna de cafeína inclusive em níveis moderados e desfechos fetais adversos, investigações prospectivas não identificam aumento consistente de riscos maternos quando o consumo se mantém dentro dos limites recomendados. Essas divergências podem refletir diferenças metodológicas, bem como a frequente ingestão total diária subestimada, uma vez que a cafeína está presente em múltiplas fontes consumidas de forma concomitante, como café, chás, refrigerantes, chocolate e bebidas energéticas[1,3,16].

Nesse contexto, embora diretrizes internacionais indiquem que a ingestão de até 200 mg/dia não esteja consistentemente associada a riscos fetais relevantes, a possibilidade de exposição cumulativa acima desse limiar e a ausência de benefícios comprovados do consumo de cafeína durante a gestação reforçam a necessidade de uma abordagem cautelosa no aconselhamento pré-natal. Assim, parte da literatura recomenda que gestantes e mulheres que planejam engravidar sejam orientadas a reduzir ou evitar o consumo de produtos cafeinados como medida preventiva, considerando o potencial impacto das exposições precoces sobre o desenvolvimento fetal e infantil[15,16].

## Revisão sobre o uso de cafeína na infância e adolescência

Revisão publicada no *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* aponta que, embora o consumo moderado de cafeína possa ser tolerado pela maioria dos adolescentes, ingestões elevadas (>400 mg/dia) estão associadas a efeitos adversos clinicamente relevantes, especialmente em faixas etárias mais jovens e em indivíduos com comorbidades psiquiátricas ou cardiovasculares[2]. Entre os eventos mais frequentemente relatados destacam-se insônia, taquicardia, ansiedade, agitação psicomotora e desconforto gastrointestinal[2,9].

Em crianças menores de 12 anos, revisões sistemáticas sugerem que a exposição à cafeína pode comprometer o sono, o crescimento e o desenvolvimento neuropsicológico, apesar de efeitos estimulantes pontuais observados em situações clínicas específicas[5]. Esses achados são consistentes com dados do *Adolescent Brain Cognitive Development Study*, que demonstraram associação inversa entre ingestão de cafeína e desempenho em domínios cognitivos como memória de trabalho e velocidade de processamento, mesmo após ajustes para fatores sociodemográficos e variáveis relacionadas ao sono[14].

## Mecanismos de ação da cafeína e impacto no neurodesenvolvimento

A cafeína atua como antagonista não seletivo dos receptores de adenosina no sistema nervoso central, promovendo aumento do estado de alerta e redução da pressão homeostática do sono[16]. Em crianças e adolescentes, esses efeitos são potencializados pela imaturidade metabólica e pela maior sensibilidade neural[2].

Estudos observacionais e revisões sistemáticas demonstram associação entre consumo de cafeína e alterações da arquitetura do sono, incluindo redução do sono de ondas lentas, fase fundamental para a consolidação da memória, secreção do hormônio do crescimento e plasticidade sináptica[4,10]. A interferência crônica nesses mecanismos pode resultar em prejuízos cumulativos ao neurodesenvolvimento, especialmente durante períodos críticos de maturação cortical[4,10].

## Recomendações e implicações clínicas

Relatórios da Health Canada e revisões sistemáticas sugerem que doses até 2,5 mg/kg/dia podem ser toleradas por adolescentes, enquanto ingestões superiores a 5 mg/kg/dia estão associadas a maior risco de efeitos adversos[12]. A Academia Americana de Pediatria e a Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência recomendam consumo zero de cafeína para crianças menores de 12 anos e limite máximo de 100 mg/dia para adolescentes[11].

## Toxicidade

Para a maioria dos adultos, o consumo de até 400 mg por dia de cafeína parece ser seguro. Em crianças e adolescentes, o consumo de 2,5 mg/kg por dia não está associado a efeitos adversos. Quando usada para o tratamento da apneia da prematuridade, a faixa terapêutica de concentrações de cafeína é de 8 a 20 mg/L.[17]

A faixa de concentrações tóxicas de cafeína relatada na literatura varia muito. Em geral,

concentrações >20 mg/L são potencialmente tóxicas, e concentrações >50 mg/L são consistentemente tóxicas.

A toxicidade por cafeína pode se manifestar por efeitos gastrointestinais, cardiovasculares, metabólicos, musculares e do sistema nervoso central (SNC). A síndrome característica de intoxicação por cafeína (ou seja, toxíndrome) é a combinação de vômitos, taquicardia, hipocalemia e hiperglicemia. A toxicidade é dependente da dose e, em doses mais altas, podem ocorrer agitação, convulsões, arritmias ventriculares, hipotensão e choque.

As bebidas energéticas, suplementos para perda de peso ou pré-treino de livre comércio, são fontes de altas doses de cafeína sobretudo para adolescentes. Alguns estudos com pacientes hospitalizados por toxicidade da cafeína revelaram que os sinais e sintomas mais frequentemente relatados incluíram: a) Hipocalemia: 85%; b) Náuseas: 81%; c) Vômitos: 74%; d) Taquicardia: 59%; e) Taquipneia: 57%; f) Hiperglicemia: 47%; g) Depressão de consciência: 37%; h) Hiperlactatemia: 34%, i) Agitação ou excitação: 27%; j) Cefaleia: 14%; k) Irritabilidade: 10%; l) Tremores: 8%; m) Hipotensão: 7%; e n) Parada cardíaca: 7%.

O toxíndrome da intoxicação por cafeína é essencialmente equivalente ao toxíndrome causada por agonistas beta-adrenérgicos, que ocorre com toxicidade por teofilina, salbutamol, entre outros. A estimulação beta-adrenérgica preferencial devido à inibição da fosfodiesterase pela cafeína explica a semelhança clínica com os agonistas beta-adrenérgicos.

Sintomas gastrointestinais como náusea, vômitos, dor abdominal e diarreia são frequentemente relatados após *overdose* aguda de cafeína. Em grandes *overdoses*, os vômitos podem ser graves, recorrentes e difíceis de controlar.

Os achados cardiovasculares incluem hipertensão (toxicidade precoce ou leve), hipotensão (toxicidade grave ou tardia), taquicardia, extrassístoles ventriculares, isquemia e infarto cardíaco, e parada cardíaca.

Podem ocorrer taquipneia e alcalose respiratória. Superdose grave pode causar hiperventilação, alcalose respiratória, insuficiência respiratória, parada respiratória e síndrome do desconforto respiratório agudo.

Hipocalemia e hiperglicemia ocorrem na maioria dos pacientes com toxicidade por cafeína. Outros achados metabólicos após superdose aguda de cafeína podem incluir leucocitose, hiponatremia, hipocalcemia, lactato elevado, acidose metabólica e hipertermia.

O aumento da liberação de catecolaminas e o agonismo beta-2-adrenérgico são responsáveis pela hipocalemia, hiperglicemia e leucocitose. O potássio é deslocado para o interior das células, enquanto os estoques totais de potássio no corpo permanecem inalterados. Vários estudos verificaram que a extensão da hipocalemia se correlaciona com a gravidade da toxicidade por cafeína.

## Conclusão

Embora amplamente aceita socialmente, a cafeína não é isenta de riscos durante a infância e a adolescência. Evidências consistentes associam o consumo precoce e regular a alterações do sono, do comportamento e do neurodesenvolvimento, sobretudo quando a ingestão ocorre de forma cumulativa a partir de múltiplas fontes.

A avaliação sistemática do consumo de cafeína deve integrar a prática pediátrica, acompanhada de estratégias educativas dirigidas a famílias, escolas e adolescentes, visando à promoção de hábitos mais seguros ao longo do desenvolvimento. Deve-se alertar aos adolescen-

tes e seus familiares sobre o risco de ingestão excessiva de bebidas energéticas, suplementos alimentares e fórmulas para emagrecimento que contêm altas doses de cafeína, e em especial seu uso combinado com álcool.

Diante da ausência de consenso internacional sobre limites seguros de ingestão nessa faixa etária, torna-se essencial que profissionais de saúde orientem pais, cuidadores e educadores sobre os possíveis riscos associados ao consumo precoce de cafeína. Nesse contexto, estratégias educativas e a promoção de hábitos alimentares mais saudáveis podem contribuir para reduzir a exposição a bebidas e produtos cafeinados, favorecendo um desenvolvimento mais seguro durante a infância e a adolescência.

## Referências


01. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Pediatria Ambulatorial. Cafeína: cuidado com as crianças. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23771c-NA_Cafeina_cuidado_com_as_Crc.pdf Acessado em fevereiro 2026.

02. Temple JL. Trends, safety, and recommendations for caffeine use in children and adolescents. J Am Acad Child Adol Psychiatry. 2019;58(1):36–45.

03. European Food Safety Authority (EFSA). Scientific opinion on the safety of caffeine. EFSA J. 2015;13(5):4102.

04. Watson EJ, Banks S, Coates AM, Kohler MJ. The relationship between caffeine, sleep, and behavior in children. J Clin Sleep Med. 2017;13(4):533–543.

05. Torres-Ugalde YC, Romero-Pérez A, Dávila-Ramírez G. Caffeine consumption in children: innocuous or deleterious? A systematic review. *Int* J Environ Res Public Health. 2020;17(7):2489.

06. Torres-Ugalde YC, Romero-Pérez A, Dávila-Ramírez G. Effects of caffeine and caffeinated beverages in children, adolescents, and young adults: a short review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(6):3226.

07. Owens JA, Weiss MR. Insufficient sleep in adolescents: causes and consequences. Minerva Pediatr. 2017;69(4):326–336.

08. Clark I, Landolt HP. Coffee, caffeine, and sleep: a systematic review. Sleep Med Rev. 2017;31:70–78.

09. Seifert SM, Schaechter JL, Hershorin ER, Lipshultz SE. Health effects of energy drinks on children, adolescents, and young adults. Pediatrics. 2011;127(3):511–528.

10. Tononi G, Cirelli C. Sleep and the price of plasticity. Neuron. 2014;81(1):12–34.

11. American Academy of Pediatrics. Sports drinks and energy drinks for children and adolescents: are they appropriate? Pediatrics. 2011;127(6):1182–1189.

12. Health Canada. Caffeine in food: information for health professionals. Ottawa: Health Canada; 2014. Disponível em: https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/food-safety/food-additives/caffeine-foods.html Acessado em fevereiro 2026.

13. Torres-Ugalde YC, Romero-Palencia A, Román-Gutiérrez AD, Ojeda-Ramírez D, Guzmán-Saldaña RME. Caffeine Consumption in Children: Innocuous or Deleterious? A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(7):2489.

14. Zhang H, Lee ZX, Qiu A. Caffeine intake and cognitive functions in children. Psychopharmacology (Berl). 2020;237(10):3109–3116.

15. Mayer-Davis E, Leidy H, Mattes R, Naimi T, Novotny R, Schneeman B, et al. Beverage consumption during pregnancy and birth weight: a systematic review. Alexandria (VA): USDA Nutrition Evidence Systematic Review; 2020 Jul. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK578891/ Acessado em fevereiro 2026.

16. van Dam RM, Hu FB, Willett WC. Coffee, caffeine, and health. N Engl J Med. 2020;383(4):369–78.

17. Sociedade Brasileira de Pediatria. Consumo de bebidas energéticas por crianças e adolescentes. Documento Científico do Departamento de Nutrologia. 2022. Disponível em https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/23377c-DC-Consumo_BebEnergeticas_crc_e_adl.pdf. Acesso em 08 de agosto de 2024.

sociedade brasileira de pediatria

# Diretoria Plena

## Triênio 2025/2028

**PRESIDENTE:**
Edson Ferreira Liberal (RJ)
**1º VICE-PRESIDENTE:**
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
**2º VICE-PRESIDENTE:**
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
**SECRETÁRIO GERAL:**
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
**1º SECRETÁRIO:**
Rodrigo Aboudib Ferreira - (ES)
**2º SECRETÁRIO:**
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)
**3º SECRETÁRIO:**
Márcia Gomes Penido Machado (MG)
**DIRETORA FINANCEIRA:**
Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)
**2ª DIRETORIA FINANCEIRA:**
Sidnei Ferreira (RJ)
**3ª DIRETORIA FINANCEIRA:**
Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

**DIRETOR DE MEIO AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE**
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
**DIRETORA ADJUNTA:**
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

**DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL**
Marynea Silva do Vale (MA)

**COORDENADORES REGIONAIS**
**NORTE:** Adelma Alves de Figueiredo (RR)
**NORDESTE:** Ana Jovina Barreto Bispo (SE)
**SUDESTE:** Marisa Lages Ribeiro (MG)
**SUL:** Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
**CENTRO-OESTE:** Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

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

**CONSELHO FISCAL**
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)
Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

**ASSESSORIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS:**
**COORDENAÇÃO:**
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Elena Marta Amaral dos Santos(AM)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo César de Almeida Mattos (RJ)

**DIRETORIAS E COORDENAÇÕES**

**COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)**
**COORDENAÇÃO:**
Hélcio Villaça Simões (RJ)
**COORDENAÇÃO ADJUNTA:**
Ricardo do Rego Barros (RJ)
**MEMBROS:**
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
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)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Ricardo Mendes Pereira (SP)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

**DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS**
**DIRETORES:**
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Sérgio Cabral (RJ)
**AMÉRICA LATINA**
**COORDENADORES:**
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Ricardo do Rego Barros (RJ)
**PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA**
**COORDENADORES:**
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)
Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

**DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA**
**DIRETOR:**
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)
**DIRETORIA ADJUNTA:**
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
**MEMBROS:**
Alberto Cubel Brull Júnior (MS)
Ana Mackartney de Souza Marinho (TO)
Anenisia Coelho de Andrade (PI)
Ariane Molinaro Vaz de Souza (RJ)
Carlindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)
Cláudio Orestes Britto Filho (PB)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Gilberto Pascolat (PR)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Jocileide Sales Campos (CE)
Kassie Regina Neves Cargnin (RJ)
Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

**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)

**PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO**

**PEDIATRIA - PRONAP**
**COORDENADORA:**
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)
**COORDENADORES ADJUNTOS**
Claudia Bezerra Almeida (SP)
Tulio Konstantyner (SP)
**NEONATOLOGIA - PRORN**
Cléa Rodrigues Leone (SP)
Renato Soibelmann Procianoy (RS)
Rita de Cássia Silveira (RS)
**TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPED**
Helena Muller (RS)
Werther Bronow de Carvalho (SP)
**TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPED**
Claudio Leone (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)
**EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPED**
Gilberto Pascolat (PR)
Hany Simon Júnior (SP)
Sérgio Luís Amantéa (RS)
**NEUROPEDIATRIA - PRONEUROPED**
Giuseppe Mario Carmine Pastura (RJ)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Márcio Moacyr Vasconcellos (RJ)

**DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES:**
**TRATADO DE PEDIATRIA**
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Fábio Ancona Lopes (SP)
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES**
**DIRETOR:**
Renato de Ávila Kfouri (SP)
**DIRETOR ADJUNTO:**
Sérgio Luís Amantéa (RS)
**MEMBROS:**
Isabel Rey Madeira (RJ)
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
Marise Helena Cardoso Tófoli (GO)
Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)
Ricardo Queiroz Gurgel

**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**
Cássia Freire Vaz (RJ)
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:**
Camila Salomão Mourão (AP)
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

**EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA**
Joel Alves Lamounier (MG)
Marco Aurélio Palazzi Sáfadi (SP)
Mariana Tschoepke Aires (RJ)

**EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)**
**COORDENAÇÃO:**
Renato Soibelmann Procianoy (RS)
**MEMBROS:**
Antônio José Ledo Alves da Cunha (RJ)
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Dirceu Solé (SP)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Marco Aurélio Palazzi Sáfadi (SP)

**EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA**
**EDITORES CIENTÍFICOS:**
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)
**EDITORES ADJUNTOS:**
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)
Rosana Alves (ES)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

**COORDENAÇÃO DO CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:**
Jandrei Rogério Markus (TO)
**CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:**
Cláudio D'Elia (RJ)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Gustavo Guida Godinho da Fonseca (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Márcia Cortez Bellotti de Oliveira (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)
Rafaela Baroni Aurílio (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)

**COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA:**
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
**COORDENAÇÃO DE PESQUISA:**
Claudio Leone (SP)

**COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO**
**COORDENAÇÃO:**
Rosana Alves (ES)
**MEMBROS:**
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (MG)
Ana Lúcia Ferreira (RJ)
Angélica Maria Bicudo (SP)
Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)
Rosana Fiorini Puccini (SP)
Silvia Wanick Sarinho (PE)

**COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA**
**COORDENAÇÃO:**
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
**MEMBROS:**
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Claudio Barsanti (SP)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Gilberto Pascolat (PR)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Liana de Paula Medeiros de A. Cavalcante (PE)
Marynea Silva do Vale (MA)
Mauro Batista de Morais (SP)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Rita de Cassia Viegas Gomes Lins Bittencourt (PB)
Sérgio Luís Amantéa (RS)
Sheyla Ribeiro Rocha (SP)
Silvia Regina Marques (SP)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)

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

**DIRETORIA DE PATRIMÔNIO**
**COORDENAÇÃO:**
Ana Maria de Oliveira Ponte (RJ)
**MEMBROS:**
Claudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

**REDE DA PEDIATRIA**
**COORDENAÇÃO:**
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Rubem Couto (MT)
**MEMBROS:**
AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRA
Ana Isabel Coelho Montero
AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA
Bruna de Sá Duarte Auto
AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA
Adriana Távora de Albuquerque Taveira
AP - SOCIEDADE AMAPAENSE DE PEDIATRIA
Camila Salomão Mourão
BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA
Ana Luiza Velloso da Paz Matos
CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA
João Cândido de Souza Borges
DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL
Yanna Aires Gadelha de Mattos
ES - SOCIEDADE ESPIRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA
Ana Paula Neves Burian
GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA
Valéria Granieri de Oliveira Araújo
MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO
Marynéa Silva do Vale
MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA
Raquel Gomes de Carvalho Pinto
MS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL
Ivan Akucevikius
MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA
Paula Helena de Almeida Gattass Bumlai
PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA
Patrícia Barbosa de Carvalho
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
Anna Tereza Miranda Soares de Moura
RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
Manoel Reginaldo Rocha de Holanda
RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA
Cristiane Figueiredo Reis Maiorquin
RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA
Mareny Damasceno Pereira
RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL
Marcelo Pavese Porto
SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA
Rose Terezinha Marcelino
SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA
Michelle Loyola Ferreira
SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO
Sulim Abramovici
TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA
José Maria Sinimbu de Lima Filho

**DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**
- Aleitamento Materno
- Alergia
- Atenção Primária em Pediatria
- Bioética
- Cardiologia
- Combate às Violências
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética Clínica
- Hematologia e Hemoterapia
- 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
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Segurança
- Sono
- Suporte Nutricional
- Toxicologia e Saúde Ambiental

**GRUPOS DE TRABALHO**
- Atividade Física
- Cirurgia Pediátrica
- Criança, Adolescente e Natureza
- Doença Inflamatória Intestinal
- Drogas na Infância e na Adolescência
- Educação é Saúde
- Insuficiência Intestinal
- Jovens Pediatras
- Metodologia Científica
- Oftalmologia Pediátrica
- Ortopedia Pediátrica
- Pediatria Internacional dos Países de Língua Portuguesa
- Políticas Públicas para Neonatologia
- Povos Originários do Brasil
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Saúde Digital
- Saúde e Espiritualidade em Pediatria
- Saúde Mental
- Saúde Oral
- Saúde Planetária - Saúde Única
- Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal