

DIABETES MELITO TIPO 1 NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE: ORIENTAÇÕES PARA O PEDIATRA

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE ENDOCRINOLOGIA (GESTÃO 2022-2024)

PRESIDENTE: Crésio de Aragão Dantas Alves

SECRETÁRIA: Kassie Regina Neves Cargnin

CONSELHO CIENTÍFICO: Cristiane Kochi, Ivani Novato, Julienne Carvalho,
Marilza Nascimento, Maristela Barbosa, Renata Andion Arruti,
Renata Villas Boas Andrade Lima

INTRODUÇÃO

O diabetes melito tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune caracterizada por deficiência ou ausência de secreção de insulina e consequente hiperglicemia¹. É uma doença inflamatória crônica, causada pela destruição autoimune seletiva das células beta pancreáticas produtoras de insulina, de herança poligênica com a contribuição de um ou mais fatores ambientais, e que acomete indivíduos geneticamente predispostos.

O DM1 é o tipo de diabetes mais frequente na faixa etária pediátrica, correspondendo a 90% de todos os casos². Ocorre mais frequentemente no outono e inverno, com predomínio na raça branca. Afeta igualmente ambos os sexos. A agregação familiar é rara (85% dos pacientes não possuem história familiar). A concordância é de 30% a 70% entre gêmeos idênticos; 6% a 7% entre irmãos; e 1% a 9% para crianças que têm um dos pais com DM1.

Tanto a incidência como a prevalência do DM1 estão aumentando globalmente, com incre-

mento na incidência de 2% a 3% ao ano, principalmente entre menores de 15 anos, e particularmente naqueles com menos de 5 anos¹. Dados do *International Diabetes Federation (IDF) Atlas, 2021*, mostram que, em 2020, existiam 92.000 crianças e adolescentes com DM1 no Brasil².

A identificação precoce dos sintomas do DM1, com pronto diagnóstico e encaminhamento para realização de exames confirmatórios, pode evitar que essas crianças evoluam para cetoacidose diabética. Além disso, a introdução precoce da insulino-terapia favorece a preservação de células beta, com melhor controle da doença.

Tendo em vista a importância do assunto e a grande prevalência de DM1 em crianças e adolescentes no Brasil, o Departamento Científico de Endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria redigiu esse documento para atualizar os pediatras sobre o diagnóstico, tratamento e condução desta doença.

COMO O DM1 SE DESENVOLVE?

A criança já nasce com predisposição genética para o desenvolvimento do DM1. Durante algum momento de sua vida, um desencadeante ambiental atua como gatilho, ativando a autoimunidade celular, com produção de autoanticorpos contra insulina (IAA), descarboxilase do ácido glutâmico (GAD), tirosina-fosfatase (IA2 e IA2b), antitransportador de zinco (ZnT8A), levando à lesão das células beta. A partir disso, o paciente evolui sequencialmente pelas fases de intolerância à glicose, pré-diabetes e diabetes clinicamente estabelecido. As manifestações clínicas da hiperglicemia ocorrem quando 90% das ilhotas pancreáticas são destruídas.

Alguns dos fatores ambientais associados ao desencadeamento do diabetes são: infecções virais (p. ex., caxumba, citomegalovírus, rubéola, influenza, H1N1, enterovírus, rotavírus, coxsackie B4, e, mais recentemente o SARS-CoV-2), antecipação do desmame com introdução preco-

ce de leite de vaca e cereais, deficiência de vitamina D, exposição a medicamentos ou toxinas (p. ex., aloxano, estreptozotocina, toxinas e metais pesados), estresse físico, psíquico ou emocional, idade materna acima de 35 anos, parto cesáreo e ganho ponderal materno excessivo durante a gestação³. É importante salientar junto aos pacientes que vacinação não é um fator desencadeante⁴.

QUAIS SÃO AS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS DO DM1?

As quatro manifestações clássicas que levam ao diagnóstico de DM1 são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso, conhecidas como "polis". Outras queixas frequentemente relatadas são: taquipneia, visão turva, cansaço, broncoespasmo, hálito cetótico, presença de formigas na urina presente em superfícies e candidíase genital. Deterioração do rendimento escolar e relato de estresse emocional ou infeccioso precedendo o diagnóstico também podem ser relatados.

A poliúria pode se manifestar por enurese noturna secundária, em um paciente que já havia adquirido controle vesical noturno. A perda de peso pode se manifestar por ganho ponderal insuficiente ou por emagrecimento inexplicável em uma criança com polifagia.

O não reconhecimento dessas queixas como manifestação de DM1, faz com que aproximadamente 30% a 50% dos pacientes sejam diagnosticados tardiamente já com cetoacidose diabética⁵.

QUANDO SUSPEITAR DE DM1 EM CRIANÇAS PEQUENAS E LACTENTES?

Em crianças pequenas e lactentes o diagnóstico pode ser desafiador, pois nem sempre

os sintomas de “polis” são evidentes. Nessa faixa etária, as queixas que mais frequentemente sugerem DM1 são: sede intensa, irritabilidade, fraldas pesadas com trocas frequentes e aumento atípico do volume das mamadas⁴.

QUANDO PENSAR EM DM1 NA UNIDADE DE EMERGÊNCIA OU NA UPA?

O diagnóstico diferencial do DM1 nas unidades de pronto-atendimento nem sempre é fácil, pois as queixas e os sintomas podem levar a suspeita diagnóstica de outras doenças comumente vistas nessas unidades de saúde.

Pacientes com cetoacidose diabética, desidratados e com vômitos, podem ter o diagnóstico confundido com gastroenterite. A diferença é que na gastroenterite ocorre desidratação e oligúria, enquanto no DM1, ocorre desidratação com poliúria⁴.

Muitas vezes a presença de taquipneia confunde o pediatra com pneumonia ou broncoespasmo, e não raramente esses pacientes recebem nebulização com beta-2-adrenérgicos e até mesmo são tratados com corticosteroides, piorando assim sua hiperglicemia. No DM1 os pacientes apresentam além da taquipneia, desidratação e hálito cetônico, o que nos leva a pensar em cetoacidose diabética.

Outra possível confusão diagnóstica é com o abdome agudo. Pacientes com cetoacidose diabética podem cursar com dor abdominal e serem confundidos como tendo apendicite ou abdome agudo cirúrgico, ou mesmo relatos de cirurgia, quando na realidade, a dor abdominal é decorrente da isquemia mesentérica. Contribui para o diagnóstico diferencial o fato de que na cetoacidose a dor abdominal poder melhorar apenas com a hidratação.

COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DO DM1?

O diagnóstico do DM1 é estabelecido quando a glicemia de jejum é ≥ 126 mg/dL, quando uma dosagem aleatória de glicose no sangue é ≥ 200 mg/dL e associada com sintomas de hiperglicemia, ou quando a glicemia mensurada 2 horas depois do teste de tolerância à glicose oral é ≥ 200 mg/dL¹. Na ausência de sintomas, a glicemia anormal deve estar presente em duas ocasiões diferentes. O diagnóstico do DM1 também pode ser feito quando a hemoglobina glicada (HbA1c) for $\geq 6,5\%$, embora esse exame seja menos sensível para o diagnóstico do que a glicemia em jejum ou o teste de tolerância à glicose oral.

O Quadro 1 mostra os critérios laboratoriais para normoglicemia, pré-diabetes e diabetes melito, conforme a Sociedade Brasileira de Diabetes⁶.

Quadro 1. Critérios laboratoriais para normoglicemia, pré-diabetes e diabetes melito⁶

| Estado glicêmico | Glicemia em jejum (mg/dl) | Glicemia 2 horas após alimentação | Glicemia aleatória | HbA1c (%) |
|--|---------------------------|-----------------------------------|--|--------------|
| Normoglicemia | <99 | <140 | — | <5,7 |
| Pré-diabetes ou risco aumentado para diabetes* | >100 e <126 | >140 e <200 | — | >5,7 a < 6,5 |
| Diabetes melito estabelecido** | >126 | >200 | >200 com sintomas inequívocos de hiperglicemia | >6,5 |

* Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de pré-diabetes.

** Positividade de qualquer dos parâmetros confirma diagnóstico de diabetes. Método de HbA1c deve ser o padronizado. Na ausência de sintomas de hiperglicemia, é necessário confirmar o diagnóstico pela repetição de testes.

QUAIS SÃO OS EXAMES INICIAIS A SEREM SOLICITADOS NA SUSPEITA DE DM1?

Frente a um paciente com sintomas sugestivos de DM1, imediatamente solicitar a glicemia ao acaso, que sendo ≥ 200 mg/dL, confirma o diagnóstico; ou solicitar glicemia em jejum que se for ≥ 126 mg/dL, também confirma o diagnóstico. Se houver dúvidas quanto a esses resultados, solicita-se o teste de tolerância oral a glicose, dosando-se aglicemia em jejum e 2 horas após a ingestão de 1,75g/Kg de glicose, (máximo 75 g). Definido o diagnóstico, solicita-se: hemoglobina glicada, exame de urina, insulina basal, peptídeo C, anti-GAD, anti-Ia2, anti-insulina, e avaliação clínica com endocrinologista.

Se houver suspeita de cetoacidose, solicitar hemograma, eletrólitos (sódio, potássio, cloro, cálcio, fósforo), ureia, creatinina, gasometria venosa, colesterol total e frações, triglicérides, amilase, lipase, sumário de urina e encaminhar para o pronto-atendimento.

QUAL A CONDUTA FRENTE A UM PRIMO-DIAGNÓSTICO DE DM1?

Após diagnóstico, o paciente precisa iniciar imediatamente o uso de insulina com orientação e acompanhamento com especialista, que indicará os tipos de insulina (basal e prandial) a serem usadas e suas respectivas doses. Nesse Documento, dirigido ao pediatra, não serão abordados detalhes da insulinoterapia por serem da alçada do endocrinologista.

QUAIS SÃO OS ACOMPANHAMENTOS QUE O PACIENTE COM DM1 PRECISA TER?

Além do acompanhamento com o pediatra, os pacientes com DM1 necessitam acompanha-

mento com endocrinologista (a cada 3 meses), oftalmologista (anualmente para aqueles maiores de 10 anos ou com mais de 5 anos de duração de doença) e nutricionista (ao diagnóstico e depois em intervalos regulares para orientação nutricional e sobre contagem de carboidratos) e dentista (anualmente). Além desses, pode ser necessário, acompanhamento com outros profissionais a exemplo de psicólogo e educador físico.

COMO ORIENTAR A VACINAÇÃO NO PACIENTE COM DM1?

A hiperglicemia crônica pode causar maior susceptibilidade para desenvolver infecções devido à alteração na resposta imunológica inata e adaptativa. Portanto, deve-se promover a imunização de crianças e adultos com DM1 como estratégia de proteção à saúde.

A influenza e as doenças pneumocócicas são doenças infecciosas potencialmente evitáveis que estão relacionadas a várias complicações, incluindo hospitalização e morte, em pacientes com DM1³. Pacientes com DM1 em idade produtiva apresentam maior incidência de hospitalizações, atribuídas à influenza, na ordem de 6%, quando comparados àqueles sem a doença. Isso representa um adicional de seis internações para cada 1000 pacientes por ano. Quanto à infecção pneumocócica, estudo mostra que pacientes com diabetes hospitalizados têm risco quase duas vezes maior de desenvolver infecção pneumocócica quando comparados àqueles sem registro da doença⁷.

O Quadro 2 mostra as orientações de vacinação especialmente recomendadas para crianças e adolescentes com DM1⁸. As demais vacinas devem seguir as orientações atualizadas anualmente pela SBP⁸ e SBim⁹.

Quadro 2. Orientações de vacinação especialmente recomendadas para crianças e adolescentes com DM1, além das vacinas de rotina habituais.^{8,9}

| Vacinas | Recomendações |
|---|---|
| Vacinas especialmente recomendadas | |
| Influenza | <ul style="list-style-type: none"> – Desde que disponível, a vacina influenza quadrivalente (4V) é preferível à vacina influenza trivalente (3V), por conferir maior cobertura das cepas circulantes. Na impossibilidade de uso da vacina 4V, utilizar a vacina 3V. – Recomendar a partir dos seis meses de idade, de acordo com calendários SBIm para cada faixa etária. |
| Pneumocócicas conjugadas (VPC10 ou VPC13) | <ul style="list-style-type: none"> – Sempre que possível, utilizar a VPC13. – Vacinar o mais precocemente possível a partir dos dois meses de idade (número de doses dependerá da idade em que iniciar a vacinação). – Crianças não vacinadas anteriormente com a VPC13, mesmo que adequadamente vacinadas com a VPC10, administrar duas doses de VPC13 com intervalo de dois meses, na idade entre 12-71 meses. – Crianças a partir de seis anos, adolescentes, adultos e idosos não vacinados com VPC13: uma dose de VPC13. |
| Pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23) | A partir dos dois anos de idade: duas doses com intervalo de cinco anos. Se a segunda dose de VPP23 foi aplicada antes de 60 anos de idade, uma terceira dose está recomendada após essa idade, com intervalo mínimo de cinco anos da última dose. |
| Hepatite B | Três doses: 0 - 1 - 6 meses. Solicitar sorologia um a dois meses após o término do esquema de vacinação. |

SBIm: Sociedade Brasileira de Imunizações

HÁ RESTRIÇÃO DE USO DE MEDICAÇÕES QUANDO O PACIENTE TEM DM1?

Como as demais crianças, os pacientes com DM1 também podem apresentar infecções virais, bacterianas, reações alérgicas, entre outras complicações inerentes à sua faixa etária. O fato de ter DM1 não os impede de receber outras medicações a exemplo de analgésicos, antitérmicos, antibióticos ou outros.

Porém, é preciso estar atento à possibilidade de elevação das glicemias com algumas medicações. O principal exemplo é com a corticoterapia. Caso seja necessário usar corticosteroide, é preciso antecipar esse descontrole das glicemias e orientar ao paciente que faça contato com seu endocrinologista para ajuste de dose da insulino-terapia.

Sempre que possível, dar preferência às medicações que não contenham açúcar na sua formulação. Entretanto, caso necessário utilizar alguma com essa característica, poderá ser necessário aumento na dose das insulinas.

QUAL A RELAÇÃO ENTRE DM1 E COVID-19?

Atualmente tem-se investigado se a infecção pela COVID-19 é um fator de risco para desencadeamento do primo-diagnóstico do DM1¹⁰. O SARS-CoV-2 se liga aos receptores ACE2 nas células β pancreáticas¹¹. Portanto, é possível que o vírus altere o metabolismo da glicose participando da fisiopatologia de DM1 pré-existente ou pode causar a doença por novos mecanismos.

O primo-diagnóstico de DM1 tem sido relatado em pacientes com COVID-19. Embora a natureza transitória ou persistente dessa hiperglicemia e a verdadeira incidência do primo-diagnóstico ainda não sejam inteiramente conhecidas¹².

Pacientes com DM1 e mau controle glicêmico têm maior risco para desenvolver complicações decorrentes da infecção pelo SARS-CoV-2 devido a resposta inflamatória exagerada, disfunção das imunoglobulinas, distúrbio da coagulação, potencial superinfecção bacteriana e dano direto ao pâncreas.

Durante a pandemia da COVID-19, as apresentações iniciais do DM1 foram mais graves, provavelmente devido ao impacto da pandemia sobre o sistema de saúde e na prestação de serviços médicos¹³. O reconhecimento precoce de sinais e sintomas clínicos de DM1 por profissionais de saúde e familiares pode levar ao início

rápido de estabilização e tratamento ambulatorial eficaz¹⁴.

Durante a infecção por SARS-CoV-2, assim como durante outras infecções, as glicemias podem piorar e a aplicação de orientações para “dias de doença” é importante, para evitar a descompensação do diabetes.

QUAIS AS PRINCIPAIS DESCOMPENSAÇÕES DO DM1?

As principais descompensações possíveis, ou complicações agudas do DM1 são: hiperglicemia, hipoglicemia e cetoacidose diabética.

O Quadro 3 mostra as causas, sintomas e o tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia.

Quadro 3. Causas, sintomas e tratamento da hiperglicemia e hipoglicemia.

| | Hiperglicemia | Hipoglicemia |
|-------------------|--|--|
| Causas | Dose insuficiente de insulina, infecções, uso de medicações como corticosteroides, transgressão alimentar, falta de exercícios | Dose excessiva de insulina, omissão ou diminuição da ingestão alimentar, ingestão de álcool, doença celíaca, hipocortisolismo, hipotireoidismo, insuficiência renal crônica, vômitos, diarreia. |
| Sintomas | Poliúria, polidipsia, polifagia, perda de peso | Tremores, taquicardia, palpitação, sudorese fria, palidez, má concentração, visão borrada, confusão mental, irritabilidade, choro, pesadelo, perda de consciência e convulsão |
| Tratamento | Ajuste de dose das insulinas basais e prandiais, ajuste da dieta conforme contagem de carboidratos, atividade física regular | <ul style="list-style-type: none"> – Paciente consciente: ingerir 15g de carboidratos simples e rapidamente absorvíveis (p. ex. 1 colher de sopa de açúcar, 3 balas de mel, 1 copo de suco ou refrigerante comum). Medir a glicemia capilar após 15 minutos, e repetir esse procedimento até que a glicemia volte ao normal. Em lactentes, oferecer 7,5g de carboidrato. – Paciente inconsciente: no domicílio, se disponível fazer Glucagon IM/SC. Não sendo possível, esfregar um pouco de açúcar na bochecha dentro da boca, ou administrar glucagon. No hospital, administrar, via EV, SG 10% (2-4 mL/Kg) ou SG 25% (1-2 mL/Kg). |

IM/SC: intramuscular/subcutâneo; EV: endovenosa; SG: soro glicosado

A cetoacidose diabética é uma complicação grave do DM1 causada pela deficiência relativa ou absoluta de insulina, associada ou não à maior atividade dos hormônios contrarreguladores (cortisol, catecolaminas, glucagon, hormônio do crescimento)¹. Caracteriza-se clinicamente por desidratação, respiração acidótica e alteração do sensorio. Laboratorialmente é marcada por hiperglicemia (glicemia >200mg/dL), acidose metabólica (pH < 7,3 ou bicarbonato sérico < 15 mEq/L) e cetonemia⁵.

A princípio, o paciente apresenta quadro clínico semelhante ao início do diabetes com poliúria, polidipsia, polifagia, perda ponderal, astenia e desidratação leve. Com a maior elevação e maior duração da hiperglicemia, a polifagia é substituída por anorexia, surgem náuseas e vômitos, a desidratação se acentua, a respiração torna-se rápida e profunda (respiração de Kussmaul), surge o hálito cetônico, o paciente torna-se irritado e pode ocorrer dor abdominal simulando o abdome agudo⁵. O estágio mais grave é caracterizado por depressão do nível de consciência (confusão, torpor, coma), respiração de Kussmaul, sinais de desidratação grave ou choque hipovolêmico, arritmia cardíaca e redução dos movimentos respiratórios quando o pH é < 6,9. Em pacientes com diagnóstico prévio de diabetes, a evolução costuma ser mais rápida, principalmente se causada por omissão de insulina, enquanto no primo-diagnóstico, a evolução é mais lenta.

O tratamento é feito com hidratação venosa, infusão contínua de insulina por via venosa ou, na impossibilidade, por via intramuscular, bem como com reposição de eletrólitos⁵.

DEVE-SE USAR UMA IDENTIFICAÇÃO INFORMANDO QUE TEM DM1?

O cartão (colar, pulseira) de identificação para o diabético é importante em situações inesperadas, principalmente na vigência de hipoglicemias com confusão mental ou perda da consciência. Alguns adolescentes e jovens optam por usar uma tatuagem para informar que têm DM1.

Essa identificação permitirá que o indivíduo com DM1 possa ser prontamente atendido nos casos em que ele esteja incapacitado de relatar seus sintomas. Por isso, o paciente deve portar essa identificação no seu dia a dia, juntamente com outros documentos pessoais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As evidências recentes da literatura comprovam que a incidência do DM1 vem aumentando em crianças. O principal fator de risco é a predisposição genética associada à presença dos autoanticorpos, que evolui para o DM1 clinicamente manifesto quando submetida a um ou mais fatores ambientais.

É importante que o pediatra saiba reconhecer os sintomas mais comuns de DM1, em especial nas crianças pequenas e lactentes, como fazer o diagnóstico, como reconhecer as complicações agudas, quais acompanhamentos que a criança precisa ter, bem como orientar sobre as vacinas.

REFERÊNCIAS

01. DeMeglio LA, Evans-Molina C, Oram RA. Type 1 diabetes. *Lancet*. 2018; 391(10138): 2449-2462.
02. IDF Diabetes Atlas, 10th Edition (2021). Disponível em: https://diabetesatlas.org/idfawp/resourcefiles/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf Acessado em setembro 2022.
03. Lönnrot M, Lynch KF, Elding Larsson H, Lernmark Å, Rewers MJ, Törn C, et al. Respiratory infections are temporally associated with initiation of type 1 diabetes autoimmunity: the TEDDY study. *Diabetol*. 2017; 60:1931-40.
04. Esposito S, Zani EM, Torelli L, Scavone S, Petraroli M, Patianna V, et al. Childhood Vaccinations and Type 1 Diabetes. *Front Immunol*. 2021;12:667889.
05. Alves C. *Endocrinologia Pediátrica – 1ª Ed*, Barueri [SP]: Editora Manole, 2019.
06. Cobas R, Rodacki M, Giacaglia L, Calliari L, Noronha R, Valerio C, et al. Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/?utm_source=google-ads&utm_medium=search&gclid=Cj0KCOjwk5ibBhDqARIsACzmGLSJT9hEQApmbJ-i6XzyDWSC4D0wplE1uSyrXW5az9W2YvBZW-iEMUaAuTPEALw_wcB Acessado em setembro 2022.
07. Seminog OO, Goldacre MJ. Risk of pneumonia and pneumococcal disease in people hospitalized with diabetes mellitus: English record-linkage studies. *Diabet Med*. 2013;30(12):1412-9.
08. Calendário Vacinal 2022. Sociedade Brasileira de Pediatria [site na internet]. Rio de Janeiro Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/calendario-de-vacinacao-da-sbp-atualizacao-2022/> Acessado em setembro 2022.
09. Sociedade Brasileira de Imunizações. Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais, 2021-2022 [Internet]; 2022. Disponível em: <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-pacientes-especiais.pdf> Acessado em setembro 2022.
10. Trevisani V, Bruzzi P, Madeo SF, Cattini U, Lucaccioni L, Predieri B, et al. Diabetes COVID-19 e Tipo 1: Preocupações e desafios. *Acta Biomed*. 2020; 91(3): e2020033.
11. Puig-Domingo M, Marazuela M, Yildiz BO, Giustina A. COVID-19 and endocrine and metabolic diseases. An updated statement from the European Society of Endocrinology. *Endocrine*. 2021;72:301-316.
12. Pititto BA, Thome B. O Diabetes no cenário da pandemia de SARS-CoV-2. Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em: <https://diabetes.org.br/o-diabetes-no-cenario-da-pandemia-de-sars-cov-2/> Acessado em outubro 2022.
13. Garg SK, Rodbard D, Hirsch IB, Forlenza GP. Managing new-onset type 1 diabetes during the COVID-19 pandemic: challenges and opportunities. *Diabetes Technol. Ther*. 2020; 17;22(6):431-9.
14. Ho J, Rosolowsky E, Pacaud D, Huang C, Lemay J, Brockman N, et al. Diabetic ketoacidosis at type 1 diabetes diagnosis in children during the COVID-19 pandemic. *Pediatr Diabetes*. 2021; 22(4): 552-557.



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:
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Rodrigo Aboudib Ferreira (ES)

3º SECRETÁRIO:
Claudio Hoineff (RJ)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Sidnei Ferreira (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Mária Angelica Barcellos Svaiteir (RJ)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Donizetti Dimer Giambardino (PR)

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

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE:
Maryneia 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)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

SUPLENTE:
Analiária Moraes Pimentel (PE)
Dolores Fernandez Fernandez (BA)
Rosana Alves (ES)
Sívio da Rocha Carvalho (RJ)
Sulim Abramovici (SP)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Edson Ferreira Liberal (RJ)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Mária Angelica Barcellos Svaiteir (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Sidnei Ferreira (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:
Hélcio Villaca Simões (RJ)

COORDENAÇÃO ADJUNTA:
Ricardo do Rego Barros (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP) - Licenciado
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sívio 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)
Sérgio 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 PROFISSIONAL

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 Brito Filho (PB)
Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)
Anenisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)
Jocileide Sales Campos (CE)
Carlando de Souza Machado e Silva Filho (RJ)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA CIENTÍFICA

DIRETOR:
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA
Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS:
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

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 - PRORIN
Renato Soibelmann Procianny (RS)
Clea Rodrigues Leone (SP)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPED
Werther Bronow de Carvalho (SP)

TERAPÉUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP
Claudio Leone (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPEP
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 (RJ)
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
Mária Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia 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
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Claudio Hoineff (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Mária Angelica Barcellos Svaiteir (RJ)
Donizetti Dimer Giambardino (PR)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)
Editores do Jornal de Pediatria (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Soibelmann Procianny (RS)

MEMBROS:
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Marco Lahorgue Nunes (RS)
Gisela Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA
Residência Pediátrica

EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémex Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)

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)
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)
Sívio da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Silvia Regina Marques (SP)
Claudio Barsanti (SP)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Liana de Paula Medeiros de A. Cavalcante (PE)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

COORDENADOR:
Leila Cardamone Gouveia (SP)

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)
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)

AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA
Ana Isabel Coelho Montero

AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA
Marcos Reis Gonçalves

AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA
Adriana Távora de Albuquerque Taveira

AP - SOCIEDADE AMAPEENSE 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
Renata Belém Pessoa de Melo Seixas

ES - SOCIEDADE ESPRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA
Roberta Paranhos Fragoço

GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA
Valéria Granieri de Oliveira Araújo

MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO
Maryneia Silva do Vale

MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA
Cássio da Cunha Ibiapina

MS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL
Carmen Lúcia de Almeida Santos

MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA
Paula Helena de Almeida Gattass Bumlaí

PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA
Mária do Socorro Ferreira Martins

PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO
Alexandra Ferreira da Costa Coelho

PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ
Anenisia Coelho de Andrade

PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA
Victor Horácio de Souza Costa Junior

RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Claudio 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
Mareny Damasceno Pereira

RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL
Sérgio Luis Amantéa

SC - SOCIEDADE CATORINENSE DE PEDIATRIA
Nilza Maria Medeiros Perin

SE - SOCIEDADE SERGIPIANA 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

- Adolescência
- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infectologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- 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
- Políticas públicas para neonatologia
- Saúde mental
- Saúde digital