



Guia Prático de Atualização

Departamentos Científicos de
Adolescência e Infectologia

Infecções Sexualmente Transmissíveis na Adolescência

Departamento Científico de Adolescência

Presidente: Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

Secretária: Evelyn Eisenstein

Conselho Científico: Beatriz Elizabeth Bagatin Veleza Bermudez, Elizabeth Cordeiro Fernandes, Halley Ferraro Oliveira, Lilian Day Hagel, Patrícia Regina Guimarães, Tamara Beres Lederer Goldberg

Departamento Científico de Infectologia

Presidente: Marco Aurelio Palazzi Sáfadi

Secretária: Analiria Moraes Pimentel

Conselho Científico: Aroldo Prohmann de Carvalho, Jaqueline Dario Capobiango, Leda Lucia Moraes Ferreira, Maria Angela Wanderley Rocha, Robério Dias Leite, Silvia Regina Marques

Colaboradores: Andréa Lucchesi de Carvalho, Cristiane de Freitas Cunha, Tatiane Miranda

Introdução

A adolescência, período compreendido entre 10 e 19 anos de idade (OMS), é caracterizada por profundas transformações físicas e psicossociais, pelo despertar da sexualidade e separação simbólica dos pais, com grande influência das particularidades de vida em cada indivíduo.

Sentimentos de invulnerabilidade, pensamento mágico e atitudes contestadoras são algumas das características que dificultam a utilização efetiva de métodos anticonceptivos, especialmente dos preservativos, fato que se contrapõe às recomendações sobre as práticas sexuais protegidas. Acrescente-se o efeito do

álcool e de outras drogas, frequentemente utilizadas, causando prejuízos de forma direta à saúde, aumentando os comportamentos de risco e a vulnerabilidade desse grupo¹.

A literatura especializada aponta uma lacuna entre o conhecimento sobre os riscos das práticas sexuais desprotegidas e o comportamento dos jovens que, mesmo sabendo das possíveis consequências, continuam a se expor².

A terceira edição da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - PeNSE, realizada em 2015 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, IBGE, em parceria com o Ministério da Saúde e apoio do Ministério da Educação, revela os seguintes dados expressivos em relação à Saúde sexual e reprodutiva³:

- 1) *Iniciação sexual*: 27,5% dos escolares brasileiros do 9º ano do ensino fundamental já tiveram relação sexual alguma vez. Dentre esses, 36,0% eram do gênero masculino, enquanto no gênero feminino esse percentual foi de 19,5%.
- 2) *Uso de preservativo*: dentre os 27,5% de escolares que tiveram relação sexual alguma vez na vida, 61,2% afirmaram ter usado preservativo no primeiro intercuro. Nos escolares do sexo masculino, esse percentual foi de 56,8% e entre os do sexo feminino, 68,7%. Quanto à última relação sexual, 66,2% dos escolares sexualmente ativos responderam ter feito uso de preservativo.
- 3) *Acesso a informações sobre sexualidade na escola*: 87,3% dos escolares do 9º ano do ensino fundamental receberam conhecimentos sobre infecções sexualmente transmissíveis (IST) e AIDS, sendo pouco mais frequente entre as meninas (88,4%) que entre meninos (86,2%).

Esses aspectos devem instigar o pediatra a ter mais atenção na abordagem das IST de forma contextualizada à vida dos adolescentes, ou eles não se apropriam do conteúdo transmitido, e conseqüentemente não ocorrem mudanças de atitude².

Epidemiologia

As IST são causadas por vírus, bactérias ou outros microrganismos, transmitidos principalmente por contato sexual (vaginal, anal e/ou oral) sem o uso de preservativo masculino ou feminino, com uma pessoa que esteja infectada. A transmissão pode ainda acontecer de mãe para filho durante a gestação, o parto ou a amamentação (transmissão vertical), e pela utilização de seringas, agulhas ou outro material perfuro cortante compartilhado⁴.

A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em

substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), para destacar a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas.

As IST são consideradas como um dos problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo. Os infectados são mais vulneráveis à associação de mais de uma IST e existe relação com o aumento da mortalidade materna e infantil⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em mais de 1 milhão de casos novos de IST por dia no mundo. Ao ano, ocorrem cerca de 357 milhões de novas infecções, entre clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase. A presença de uma IST, como sífilis ou gonorreia, aumenta consideravelmente o risco de se adquirir ou transmitir a infecção por Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Em especial, a sífilis na gestação leva a mais de 300 mil mortes fetais e neonatais por ano no mundo, e coloca um adicional de 215 mil crianças com maior risco de morte prematura⁵.

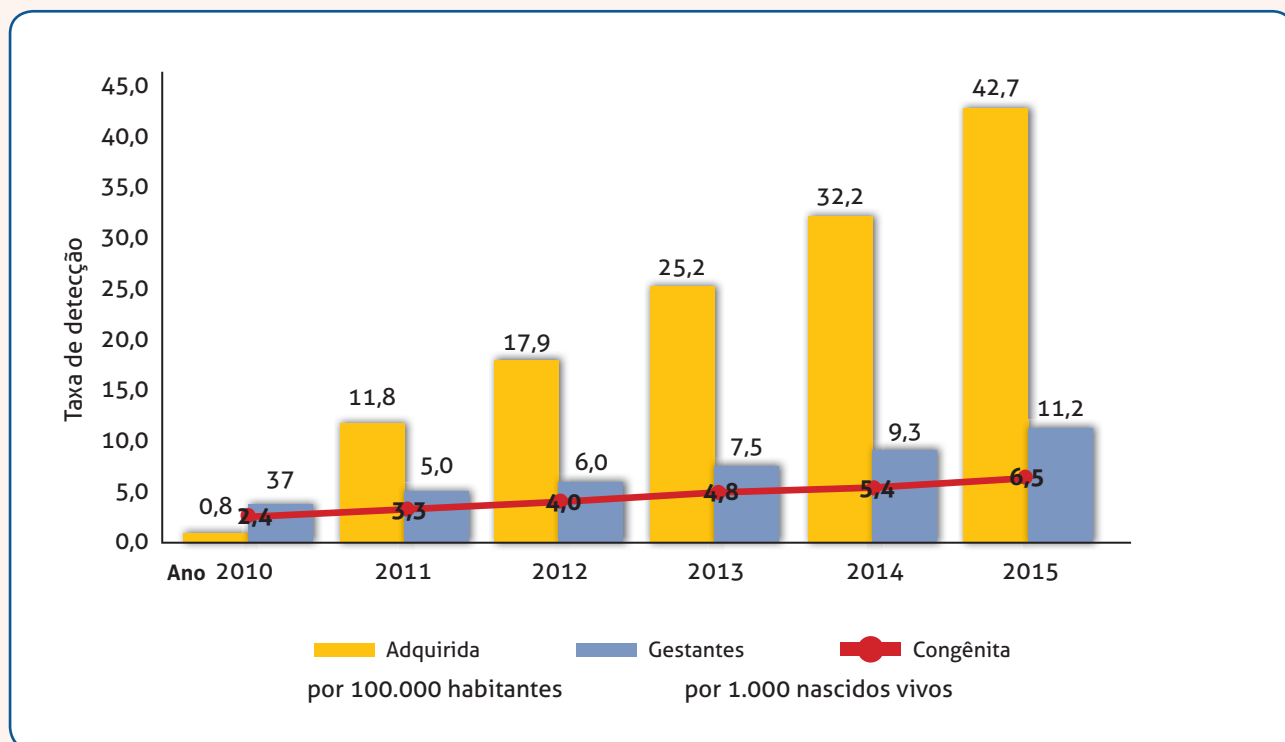
Na Figura 1 observa-se a comparação entre as taxas de detecção dos agravos notificados de sífilis e a elevação da taxa de incidência de sífilis congênita e das taxas de detecção de sífilis em gestante e adquirida no período de 2010 a 2015.

Abordagem sindrômica das IST

As IST podem ser reconhecidas por meio de sinais e sintomas em comum, que constituem os diagnósticos sindrômicos. Isso permite a instituição de tratamento para as principais doenças por grupo, com terapia combinada, reduzindo o número de pacientes e parceiros não tratados.

Dessa forma, as principais IST são agrupadas em úlcera genital, corrimento vaginal e uretral, desconforto ou dor pélvica e lesões verrucosas^{4,6}, como especificados nos Quadros 1 a 3.

Figura 1. Taxas de detecção de sífilis adquirida, sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita, segundo o ano de diagnóstico. Brasil, 2010-2015.



Fonte: Sinan (atualizado em 30/06/2016)

Quadro 1. Principais IST do grupo síndrome das Úlceras Genitais conforme patologia, agente etiológico e alterações clínicas

ÚLCERAS GENITAIS	
Patologia Agente etiológico	Alterações clínicas
Sífilis <i>Treponema pallidum</i>	Sífilis primária ("cancro duro") - 10 a 90 dias após contato sexual surge úlcera única, indolor, base endurecida, fundo limpo (em pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus ou boca). A lesão desaparece em duas a seis semanas. Linfadenopatia indolor; Sífilis latente precoce (< 1 ano) e tardia (> 1 ano): não há sinais e sintomas, diagnóstico por testes sorológicos; Sífilis secundária (seis semanas a seis meses após a infecção) - exantema macular (roséola) ou maculopapular em tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares; placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas; alopecia em clareira, perda de cílios e pelos de sobrancelhas (madarose), hepatite, meningite e uveíte. Os sinais e sintomas desaparecem em semanas; Sífilis terciária (após 3 a 12 anos) - lesões cutâneo-mucosas (gomas), tabes dorsalis, demência, aneurisma aórtico, periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites, nódulos justa-articulares e/ou artropatia de Charcot

continua...

... continuação

ÚLCERAS GENITAIS	
Patologia Agente etiológico	Alterações clínicas
Herpes simples Vírus HSV-1 e HSV-2	Na primoinfecção há febre, mal-estar, mialgia, disúria e linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral (50% dos casos). Lesões: eritemato-papulosas de um a três milímetros de diâmetro, que evoluem para vesículas sobre base eritematosa, muito dolorosas, com conteúdo citrino (raramente turvo), que se rompem formando pequenas úlceras
Cancroide (cancro mole) <i>Haemophilus ducreyi</i>	Múltiplas lesões dolorosas, bordas irregulares, contornos eritemato-edematosos e fundo recoberto por exsudato necrótico, amarelado, odor fétido; quando removido surge tecido granuloso de fácil sangramento; Linfadenomegalias dolorosas ínguido-crurais (bubão) em 30 a 50% dos casos (unilateral em 2/3 dos casos). Em 50% dos casos evolui para liquefação e fistulização (orifício único)
Linfogranuloma Venéreo <i>Chlamydia trachomatis</i>	Evolução em três fases: 1) inoculação: presença de pápula, pústula ou exulceração indolor; 2) disseminação linfática regional com linfadenopatia inguinal, unilateral em 70% dos casos; 3) sequelas: por supuração e fistulização com múltiplos orifícios dos gânglios. Pode ocorrer obstrução linfática crônica com elefantíase genital; fístulas retais, vaginais, vesicais e proctite com estenose retal
Donovanose ou granuloma inguinal <i>Klebsiella granulomatis</i>	Úlceras de bordas planas ou hipertróficas, com fundo granuloso, vermelho vivo, de sangramento fácil, com evolução lenta, podem se tornar vegetantes ou úlcero-vegetantes. As lesões podem ser múltiplas, bilaterais, em "espelho", em bordas cutâneas e/ou mucosas. Não ocorre adenite, embora possam se formar pseudobubões (granulações subcutâneas) na região inguinal

Fonte: Os autores, compilado a partir das referências Brasil (2015)⁴, CDC (2015)⁶, WHO, Brasil (2014)⁷.

Quadro 2. Principais IST do grupo síndrome *Corrimento Vaginal ou Uretral* conforme patologia, agente etiológico e alterações clínicas

CORRIMENTO VAGINAL OU URETRAL	
Patologia Agente/s etiológico/s	Alterações clínicas
Vaginite e vaginose <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Chlamydia trachomatis</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Candida spp.</i> (<i>C. albicans</i> , <i>C. glabrata</i>) Vaginose bacteriana (<i>Prevotella spp.</i> , <i>Gardnerella vaginalis</i> , <i>Ureaplasma spp.</i> , <i>Mycoplasma spp.</i>)	Corrimento vaginal de volume variável, mudança de cor e odor, prurido, dispareunia e disúria. Há hiperemia da mucosa, placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal) com aspecto de framboesa na Tricomoníase. Vaginose bacteriana: desequilíbrio da microbiota vaginal pelo crescimento excessivo de bactérias anaeróbias. Cervicites: assintomáticas em 70 a 80% dos casos
Uretrites <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>C. trachomatis</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , <i>Ureaplasma urealyticum</i> , Enterobactérias (relações anais insertivas), <i>Mycoplasma genitalium</i>	Corrimento uretral mucoide ou purulento, com mudança de odor, dor uretral, disúria, estrangúria, prurido uretral, eritema em meato uretral É frequente a associação de <i>C. trachomatis</i> e <i>N. gonorrhoeae</i>

Fonte: Os autores, compilado a partir das referências Brasil (2015)⁴, CDC (2015)⁶, WHO, Brasil (2014)⁷.

Quadro 3. Principais IST dos grupos sindrômicos *Desconforto e Dor Abdominal, Verrugas Anogenitais* conforme patologia, agente etiológico e alterações clínicas

DESCONFORTO E DOR ABDOMINAL	
Patologia Agente/s etiológico/s	Alterações clínicas
Desconforto ou dor pélvica <i>Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, anaeróbios (Ureaplasma spp., Mycoplasma spp), Streptococcus B hemoliticus</i>	Decorrem da migração dos organismos do trato genital inferior para endométrio, trompas e peritônio. O desconforto ou dor abdominal baixa pode apresentar-se com febre e dor à mobilização do colo uterino, além de drenagem mucopurulenta endocervical
VERRUGAS ANOGENITAIS	
Verrugas anogenitais <i>Papilloma vírus humano (HPV)</i>	Lesões exofíticas denominadas condilomas acuminados, ou popularmente cristas de galo. A maioria das infecções são assintomáticas e vários subtipos estão associados ao carcinoma do colo uterino.

Fonte: Os autores, compilado a partir das referências Brasil (2015)⁴, CDC (2015)⁶, WHO, Brasil (2014)⁷.

Os testes para identificação dessas IST estão especificados a seguir:

Sífilis:

- Pesquisa direta do *T. pallidum*: microscopia de campo escuro do material de lesão.
- Testes sorológicos não treponêmicos: VDRL, RPR. O teste não-treponêmico torna-se reagente cerca de 1 a 3 semanas após o aparecimento do cancro duro.
- Testes sorológicos treponêmicos: imunofluorescência indireta (FTA-Abs), Testes de Hemaglutinação e aglutinação passiva (TPHA) e Testes imunocromatográficos (Testes rápidos)

Herpes simples:

- No material da lesão: pesquisa de antígeno viral por imunofluorescência direta (IF), coloração com imunoperoxidase (IP) ou ensaio imunossorvente ligado à enzima (ELISA); Teste de Amplificação de ácidos Nucleicos (NAAT) para HSV; isolamento de vírus em cultura de células.
- Teste sorológico: indicado nas recorrências e lesões atípicas

Linfogranuloma venéreo (LGV):

- Cultura e Teste de Amplificação de ácidos Nucleicos (NAAT) de amostras coletadas (lesão, uretral, endocervical e/ou retal).

Donovanose ou granuloma inguinal:

- Microscopia direta com coloração de Giemsa para visualização dos corpos de Donovan. Os esfregaços são obtidos da base da úlcera.

Vaginites e vaginoses:

- Coloração de GRAM;
- Cultura para gonococo (meio de Thayer-Martin modificado)
- Teste de Amplificação de ácidos Nucleicos (NAAT) para gonococo e *Clamídia*.
- *Trichomonas*: pesquisa direta com visualização dos protozoários móveis em material de endocérvice; secreção com teste de hidróxido de potássio a 10% (KOH) positivo e pH > 4,5.

Uretrites:

- Coloração de GRAM; Cultura para gonococo (Thayer-Martin modificado), Teste de Amplifi-

cação de ácidos Nucleicos (NAAT) gonococo e *Clamidia*.

- Para *C. trachomatis* – imunofluorescência direta e sorologia

Desconforto ou dor pélvica:

- Leucocitose, elevação de provas inflamatórias.

Verrugas anogenitais:

- Exame anátomo patológico por biópsia da lesão para pesquisa do HPV.

Destaque-se que os casos de sífilis adquirida, gestacional ou congênita são de notificação obrigatória, com definições específicas do SINAN (Quadros 4 e 5). O tratamento dessa IST deve ser realizado conforme o estágio da doença (Quadro 6).

Considerando-se que os pacientes podem apresentar mais de uma IST, em todos os casos deve-se investigar associações com HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis. O tratamento dos(as) parceiros(as) sexuais é obrigatório e os adolescentes devem ser orientados a realizar abstinência sexual durante uma semana após o término do tratamento^{4,8}.

Quadro 4. Definição de caso de sífilis adquirida.

Definição de caso

Caso confirmado de sífilis adquirida: Todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, OU indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.

Fonte: Brasil, 2015⁴.

Quadro 5. Definição de caso de sífilis em gestantes.

Definição de caso

Caso suspeito: gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis, ou teste não treponêmico reagente com qualquer titulação.

Caso confirmado:

1. gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal.
2. gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.

Fonte: Brasil, 2015⁴.

Após o tratamento de sífilis, deve-se realizar o VDRL de controle a cada 3 meses (mensal em gestantes) para avaliar a titulação. Espera-se uma queda de quatro vezes após 3 meses e de oito vezes após 6 meses do tratamento, com negatificação em cerca de um ano para sífilis primária corretamente tratada e em dois anos para a secundária.

Alguns pacientes podem persistir com baixos títulos de VDRL ($\leq 1:4$) durante anos. Por outro lado, a elevação de títulos do VDRL em quatro ou mais vezes em relação ao último exame, por exemplo de 1:2 para 1:8, justifica-se um novo tratamento. Deve-se também verificar se o/a parceiro/a foi corretamente medicado/a⁴.

Quadro 6. Tratamento de sífilis adquirida conforme estágio da infecção.

Estágio	1ª opção	Alternativa terapêutica
Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente	Penicilina G benzatina: 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo) Peso < 45 kg: 50 mil UI/Kg, IM, dose única	Doxiciclina 100mg, 2x/dia, por 15 dias (exceto para gestantes)*
Sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina: 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI Peso < 45 kg: 50 mil UI/Kg/dose, IM, semanal, por três semanas.	Doxiciclina 100mg, 2x/dia, por 30 dias (exceto para gestantes)*
Neurosífilis	Penicilina G Cristalina aquosa, 18-24 milhões UI por dia, via endovenosa, em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas, por 14 dias Peso < 45 kg: 200 a 300 UI/kg/dia EV a cada 4 – 6 horas por 10 a 14 dias	Ceftriaxona 2 g, IV, 1xdia, 10 a 14 dias (em pacientes seguramente alérgicos à penicilina e não gestantes)*. Peso < 45 kg: 100 mg/kg/dia EV, 1xdia, 10 a 14 dias

*Para as gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina, recomenda-se a dessensibilização.

Fonte: Os autores, compilado a partir das referências Brasil (2015)⁴, CDC (2015)⁶, AAP (2015)⁸.

As lesões verrucosas podem ser tratadas com aplicação de Imiquimod (creme a 3,75% ou 5%) ou de Ácido tricloroacético (80-90%). Os tratamentos para as diferentes síndromes de IST encontram-se nos Quadros 7 a 10.

Quadro 7. Tratamento das IST com presença de corrimento vaginal.

Doença	1ª opção	2ª opção
Candidíase vulvovaginal	Miconazol - creme a 2%, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 7 dias OU Nistatina 100.000 UI, uma aplicação, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 14 dias. Outros: clotrimazol creme vaginal 1% ou óvulos 100mg, tioconazol creme vaginal 6,5% ou óvulos 300mg.	Fluconazol 150 mg VO dose única OU Itraconazol 100mg, 2 comprimidos, VO, 12/12 h, por 1 dia Peso < 45 kg = Fluconazol 6 mg/kg/dia VO ou Itraconazol 5 mg/kg/dose, 12/12 h VO.
Vaginose bacteriana	Metronidazol - 250mg, 2 comprimidos VO, 12/12 h, por 7 dias OU Tinidazol - 2 g VO dose única OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias. Peso < 45 kg = Metronidazol - 15 mg/kg/dia VO 12/12 h, 7 dias.	Clindamicina 300mg, VO, 12/12 h, por 7 dias OU Clindamicina vaginal.
Tricomoniase	Metronidazol - 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de 2g), VO OU Metronidazol - 250mg, 2 comprimidos, VO, 12/12 h, por 7 dias. Peso < 45 kg = Metronidazol - 15 mg/kg/dia VO 8/8 h, 7 dias.	

Fonte: Os autores, compilado a partir das referências Brasil (2015)⁴; CDC (2015)⁶; AAP (2015)⁸.

Quadro 8. Tratamento para IST com presença de corrimento vaginal e uretral

Infecção	1ª opção	2ª opção
Vaginite, uretrite e proctite gonocócica e por <i>Chlamydia trachomatis</i> não complicada	Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 1g (2 comprimidos de 500mg, VO, dose única. Peso < 45 kg = Ceftriaxona 125 mg IM, dose única MAIS Azitromicina – 20 mg/kg VO, dose única	Cefotaxima 500 mg, IM, dose única MAIS Azitromicina 1 g (2 comprimidos de 500mg), VO, dose única.
Vaginite e uretrite por <i>Chlamydia trachomatis</i>	Azitromicina 1 g (2 comprimidos de 500mg), VO, dose única. Peso < 45 kg = Azitromicina 20 mg/kg VO, dose única.	Doxiciclina 100mg, VO, 12/12 h, por 7 dias. Peso < 45 kg = Eritromicina 50 mg/kg/dia VO, 6/6 h por 7 dias.

Fonte: Os autores, a partir das referências Brasil (2015)⁴, CDC (2015)⁶, AAP (2015)⁸.

Quadro 9. Tratamento das IST herpes simples, cancroide, linfogranuloma venéreo e donovanose

Infecção	1ª opção	2ª opção
Herpes simples	Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 8/8 h, por 7 dias OU Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h) por 7 dias. Peso < 45 kg = Aciclovir 80 mg/kg/dia de 6/6 h, por 7 dias.	Famciclovir 250 mg, 1 comprimido VO 8/8 h, por 7 dias OU Valaciclovir 500 mg 1 comprimido VO 12/12 h, por 7 dias.
Cancroide	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OU Ceftriaxona 250mg, IM, dose única. Peso < 45 kg = Azitromicina - 20 mg/kg VO, dose única OU Ceftriaxona – 50 mg/kg IM dose única.	Ciprofloxacino 500mg, 1 comprimido, VO, dose única OU Ciprofloxacino 500mg, 1 comprimido, VO, 12/12 por 3 dias.
Linfogranuloma venéreo	Doxiciclina 100 mg, VO, 1 comprimido, 2x dia, por 21 dias. Peso < 45 kg = Eritromicina 50 mg/ kg/dia VO 6/6 horas, por 21 dias.	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por 3 semanas (preferencial nas gestantes). Peso < 45 kg = Azitromicina 20mg/kg/dose VO, 1x semana, por 3 semanas.
Donovanose	Doxiciclina 100 mg, 1 comprimido, VO, 12/12 h, por pelo menos 21 dias ou até o desaparecimento completo das lesões. Peso < 45 kg = Eritromicina 50 mg/ kg/dia VO 6/6 horas (máx. 500 mg/dose), por 21 dias, até cicatrização das lesões.	Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por pelo menos três semanas ou até cicatrização das lesões OU Ciprofloxacina 500mg, 1 e ½ comprimido, VO, 2x dia, por pelo menos 21 dias ou até cicatrização das lesões (dose total 750mg); OU Sulfametoxazol-Trimetoprim (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x dia, por no mínimo 3 semanas ou até a cicatrização das lesões. Peso < 45 kg = Sulfametoxazol-trimetoprima 40m/kg/dia de sulfametoxazol, 12/12 h por 21 dias OU Azitromicina 20mg/kg/dose VO, 1x semana; repetir conforme a evolução.

Fonte: Os autores, segundo as referências Brasil (2015)⁴, CDC (2015)⁶, AAP (2015)⁸.

Quadro 10. Tratamento para Doença Inflamatória Pélvica (DIP).

Tratamento	1ª opção	2ª opção
Ambulatorial	Ceftriaxona 250mg, IM, dose única E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 12/12 h, por 14 dias E Metronidazol 250mg, 2 comprimidos, VO, 12/12 h, por 14 dias.	Cefotaxima 500 mg IM dose única E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 12/12 h, por 14 dias E Clindamicina 300mg, 2 comprimidos, VO, 8/8 h, por 14 dias.
Hospitalar	Ampicilina/Sulbactam 3g, IV, 6/6 h, por 14 dias E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 12/12 h, por 14 dias OU Clindamicina 900 mg EV de 8/8 h + Gentamicina 5 mg/kg/dia, EV, 24/24 h. Após sequenciar para doxiciclina VO por 14 dias.	Cefoxitina 2g, IV, 4x dia, por 14 dias E Doxiciclina 100mg, 1 comprimido, VO, 12/12 h, por 14 dias.

Fonte: Os autores, segundo referências Brasil (2015)⁴, CDC (2015)⁶, AAP (2015)⁸.

Profilaxia de IST após violência sexual

Em situações de agressão sexual, coletar imediatamente sorologia para HIV, VDRL, Teste Treponêmico, Hepatite B (HBsAg, Anti-Hbc e Anti-Hbs) e Hepatite C (Anti-HCV) para posterior seguimento sorológico (Quadro 11). Realizar sorologia para HIV, Hepatite B, Hepatite C e Sífilis após 30 e 90 dias da exposição, além de repetir Hepatite B e Hepatite C 180 dias após a exposição. Paciente com Anti-Hbs reagente (> 10 UI/ml) dispensa posteriores coletas de Hepatite B⁹⁻¹⁴.

Se for possível, coletar o teste rápido para HIV e Hepatite B, Anti-Hbc, VDRL, Teste Treponê-

mico e Anti-HCV do agressor (fonte). Se a fonte for Anti-HCV reagente realizar também PCR para Hepatite C (PCR – RNA HCV) do paciente (vítima) após 90 dias da exposição^{10,11,14}.

Em função da toxicidade dos antirretrovirais (ARV), coletar hemograma, AST, ALT, bilirrubinas, ureia, creatinina e glicemia no primeiro atendimento e repetir os exames após 15 dias e 30 dias do início dos ARV¹⁰⁻¹⁴.

Imediatamente após o atendimento, deve-se iniciar a quimioprofilaxia e imunoprofilaxia para as IST (Quadros 11 a 13) e notificar o evento com a ficha de notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências interpessoais do SINAN.

Quadro 11. Quimioprofilaxia das IST não virais conforme agente etiológico.

Agente etiológico	Medicação	Apresentação	Posologia	
			Peso < 45 Kg.	Peso ≥45 Kg.
Profilaxia da sífilis	Penicilina G Benzatina	Frasco ampola com 600.000 UI, 1.200.000UI	50 mil UI/Kg IM (máximo: 2,4 milhões UI por dose).	2,4 milhões UI, IM, dose única. Aplicar 1,2 milhões UI em cada glúteo.
Profilaxia da gonorreia	Ceftriaxona	250 mg (diluyente 2 ml)	125 mg (1 ml) dose única IM.	250 mg (2 ml) dose única.
Profilaxia da <i>Clamidia</i> spp. e do cancro mole	Azitromicina	600 mg/15 ml; 900 mg/22,5 ml; 500 mg (cp)	20mg/Kg VO (máximo 1g) dose única.	2 comprimidos- 500 mg (1g), dose única.
Profilaxia da tricomoníase	Metronidazol	250 mg (cp); 40mg/ml (frascos 80 ml, 100ml, 120 ml, 200 ml)	15mg/Kg/dia VO de 8/8 horas, por 7 dias (máximo 2g).	2g, VO, dose única (8 comp. 250 mg).

Fonte: Os autores, segundo Brasil (2015)⁴; AAP (2015)⁸, Brasil (2010)¹⁰.

No momento do atendimento:

Penicilina Benzatina (IM) + Azitromicina (VO) + Ceftriaxona (IM) + Metronidazol (VO)

Quadro 12. Imunoprofilaxia contra hepatite B após violência sexual conforme situação vacinal da vítima e sorologia do autor(a) da violência

Situação vacinal da vítima de agressão sexual	Autor(a)		
	Hepatite B não reagente	Hepatite B reagente	Hepatite B desconhecido ou não testado
Não vacinado para Hepatite B	Iniciar esquema de vacinação	IGHAHB* + Iniciar esquema de vacinação	
Vacinado com menos de 3 doses da vacina	Completar esquema de vacinação	IGHAHB + Completar esquema de vacinação**	
Vacinado com 3 doses	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica ***	

Fonte: Os autores, segundo as referências CDC (2015)⁶, Brasil (2014a)⁹, Brasil (2010)¹⁰.

*GHAHB: Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B: A dose é 0,06 ml/kg, IM, em extremidade diferente da vacina e se a dose ultrapassar 5ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes.

**Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser administradas preferencialmente nas primeiras 24 horas após o ocorrido, não excedendo o período de 14 dias após exposição sexual (7 dias para acidente com material biológico).

***Se o paciente tem vacinação completa, porém com anti-HBs não reagente, considerar uma dose booster de vacina de hepatite B e após verificar a resposta vacinal (anti-HBs > 10 mIU/mL).

Quadro 13. Quimioprofilaxia para HIV após agressão sexual

1) Paciente exposta(o) a agressor(es) com sorologia desconhecida ou HIV reagente e virgem de tratamento antirretroviral (ARV):

Crianças: AZT+Lamivudina (3TC)+Lopinavir/Ritonavir (LPV/r)

Adolescentes: Tenofovir (TDF) + 3TC + Atazanavir/ritonavir (ATV/r)

Contra-indicações:

AZT: Hb < 8,0g% e/ou neutrófilos < 500/mm³ e/ou plaquetas < 50.000/mm³

TDF: insuficiência renal

D4T (Estavudina): pancreatite e/ou neuropatia periférica

Esquemas alternativos:

TDF contraindicado: AZT/3TC + ATV/r

ATV/r contraindicado: TDF/3TC + LPV/r

2) Pacientes expostas(os) a agressores HIV+ em tratamento antirretroviral:

Iniciar a profilaxia conforme protocolo e encaminhar ou discutir com infectologista o melhor esquema profilático, conforme ARV e carga viral do agressor.

Prazo para início da quimioprofilaxia: < 72 horas (preferencialmente nas primeiras 2 horas).

Duração da profilaxia: 28 dias.

Fonte: Os autores, segundo as referências Brasil (2010)¹⁰, Brasil (2015b)¹¹, Brasil (2014b)¹².

Quadro 14. Principais medicamentos antirretrovirais para situações de violência sexual conforme nome genérico, sigla, apresentação, posologia e interação com alimentos

Nome genérico	Sigla	Apresentação	Posologia	Interação com alimento
ZIDOVUDINA + LAMIVUDINA	AZT (ou ZDV) + 3TC	Comprimido AZT+3TC - 300+150mg	Adolescentes: 300 mg + 150mg 2x/dia	Administrar com ou sem alimentos.
LAMIVUDINA	3TC	Comprimido 150mg Solução Oral c/ 10 mg/ml (fr. 240 ml)	Adolescentes: 150mg 2x/dia Crianças: 4 mg/kg/dose- 12/12 h	Administrar com ou sem alimentos.
ZIDOVUDINA	AZT ou ZDV	Cápsula 100mg Solução Oral c/ 10 mg/ml (fr. 200 ml)	Adolescentes: 300mg 2x/dia Crianças: 4 kg - <9 kg: 12 mg/kg 12/12h 9 kg - <30 kg: 9 mg/kg 12/12h ≥30 kg: 300mg 12/12h	Administrar com ou sem alimentos
LOPINAVID/ RITONAVIR	LPV/r	Comprimido 200 mg Pó p/ Suspensão Oral 80 mg/20 mg /ml (fr. 160 ml)	Adolescentes: 400 mg 2x/dia Crianças: <1 ano: 300mg/75mg/m ² 12/12h. ≥1 ano: 230mg/57,5mg/m ² 12/12h >35kg: 400mg/100mg 12/12h (2 cps. 12/12h)	Administrar com alimentos Refrigerar (2°C a 8°C).
RITONAVIR	RTV	Cápsula 100mg Solução Oral c/ 80 mg/ml (fr. 240 ml)	Adolescentes: RTV 100 mg VO1x/dia associado com ATV Crianças: Conforme dose de ATV	Administrar preferencialmente com alimento: melhora a tolerância.
ESTAVUDINA	D4T	Comprimido 30 mg Solução Oral c/ 1 mg/ml (fr. 240 ml)	Adolescentes: 30 mg 12/12 hs Crianças: 1 mg/kg/dose 12/12 hs	Administrar com alimento. Não associar com AZT
TENOFOVIR	TDV	Comprimido 300 mg Solução oral: 80/20mg	Adolescentes: 300 mg, 1 vez/dia Crianças: 8mg/kg/dose, 1 vez ao dia	Administrar com alimento. Monitorar função renal em nefropatas.
TENOFOVIR / LAMIVUDINA	TDF/ 3TC	Comprimido de 300mg/300mg	Adolescentes: 1 comprimido VO 1 x ao dia	Administrar com alimento.
ATAZANAVIR	ATV	Comprimidos de 200 mg e 300mg	Adolescentes: ATV 1 comprimido 300 mg VO 1 x/dia+ RTV 100mg VO 1x/dia. Crianças (6 a 18 anos, com pelo menos 15kg): 15 a <20kg: ATV 150mg + RTV 100mg, 20 a <32kg: ATV 200mg + RTV 100mg, 32 a <40kg: ATV 250mg + RTV 100mg, ≥40 kg: ATV 300mg + RTV 100mg.	Administrar com alimento.

Fonte: Os autores, segundo as referências Brasil (2014b)¹², Brasil (2015c)¹³.

Cálculo da superfície corporal

P = Peso em Kg

$$SC (m^2) = \frac{(P \times 4) + 7}{P + 90}$$

Na ocorrência de ter havido também traumatismos físicos, deve-se considerar a necessidade de profilaxia do tétano (Quadro 15).

Quadro 15. Imunoprofilaxia contra o tétano após violência sexual conforme estado vacinal da vítima

História de vacinação contra o tétano	Ferimento limpo e/ou superficial e/ou sem corpo estranho e/ou sem tecido desvitalizado		Ferimentos com alto risco de tétano – queimadura, ferida puntiforme, por arma branca ou de fogo, fratura exposta, politraumatismo, mordedura	
	Vacina	SAT ou IGHAT*	Vacina	SAT ou IGHAT*
Incerta ou menos de 3 doses	sim (esquema)	não	sim (esquema)	sim
3 doses ou mais; última dose há menos de 5 anos	não	não	não	não
3 doses ou mais; última dose entre 5 a 10 anos	não	não	sim (1 dose)	não
3 doses ou mais; última dose há mais de 10 anos	sim (1 dose)	não	sim (1 dose)	não

Fonte: Os autores, segundo Brasil (2014a)⁹.

*5.000 UI de SAT (soro anti-tetânico), IM, após realização do teste de sensibilidade.

Para alérgicos ao SAT: IGHAT (imunoglobulina anti-tetânica), 250 UI, dose única.

Vacinação: < 12 meses = pentavalente nacional; 1 a 7 anos = DPT ou DT; > 7 anos = dT ou dTpa.

Os adolescentes vitimados sexualmente devem ser acompanhados ao longo do tempo por meio de exames complementares (Quadro 16).

Quadro 16. Exames complementares de seguimento após violência sexual.

Exames	1º atendimento	15 dias	30 dias	90 dias	180 dias
Hemograma, plaquetas, AST, ALT, bilirrubinas, glicemia, ureia, creatinina*	X	X	X		
HIV	X		X	X	X
AHbsAg	X		X	X	X
Anti-Hbs	X				
Anti-HCV	X		X	X	X
Teste Treponêmico**	X		X	X	
VDRL	X		X	X	

Fonte: Os autores, segundo as referências Brasil (2010)¹⁰, Brasil (2015b)¹¹, Brasil (2014b)¹², Brasil (2011)¹⁴.

* Repetir em qualquer momento em pacientes com sintomas: febre, vômitos persistentes, icterícia, edema, redução do débito urinário.

**Teste treponêmico (FTA-Abs ou ELISA ou Quimioluminescência ou Teste Rápido).

Anticoncepção de urgência

Para as adolescentes que já apresentaram menarca, preferencialmente nas primeiras 72 horas após a violência e no máximo até 120 horas do ocorrido, prescrever a anticoncepção de urgência. A data da última menstruação deve

ser anotada e realizar o beta-HCG no primeiro atendimento. A anticoncepção de urgência será desnecessária, se a adolescente estiver usando um método anticoncepcional de alta eficácia, como anticoncepcional oral, injetável ou DIU (dispositivo intra uterino). As recomendações, por ordem de preferência, encontram-se no Quadro 17¹⁰.

Quadro 17. Anticoncepção de emergência em adolescentes vitimadas sexualmente

Medicamento	Posologia	Alternativa posológica
Levonorgestrel	0,75mg (1 cp), em duas doses, com intervalo de 12 horas ou 2 cp VO em dose única.	1,5 mg (1cp) VO dose única
Anticoncepcionais orais com 0,05mg (50µg) de etinil-estradiol + 0,25mg (250µg) de levonorgestrel	02 comprimidos de 12 em 12 horas, 1 dia.	4 comp VO em dose única
Anticoncepcionais orais de média dosagem com 0,03mg (30µg) de etinil-estradiol + 0,15mg (150µg) de levonorgestrel	4 comprimidos de 12 em 12 horas, 1 dia.	8 cp VO em dose única

Fonte: Brasil, 2010¹⁰

Lembrar que em caso de vômitos até uma hora depois da ingestão dos comprimidos, deve-se repetir a dose, preferencialmente após uma refeição e com o uso prévio de antiemético.

O papel do pediatra na intervenção para IST

O pediatra deve estabelecer uma relação de confiança e respeito que permita construir espaço de diálogo sobre assuntos íntimos, como a vivência da sexualidade do jovem. Este vínculo médico-paciente permite a reflexão e construção de um saber próprio do adolescente, que pode levar a modificações positivas no comportamento, embora não haja garantia de mudanças¹⁵.

É importante orientar sobre os riscos de IST e gravidez não planejada, apontando as atividades sexuais como fonte de prazer e inseridas no processo do desenvolvimento humano. Tal abordagem deve ser livre de julgamentos morais, de preconceitos e estereótipos, possibilitando ao adolescente perceber seu médico como um interlocutor aberto para as dúvidas no campo da sexualidade.

Ainda por meio do diálogo, o pediatra pode avaliar comportamentos de risco e o conhecimento do adolescente sobre sexualidade e saúde reprodutiva. Nesse sentido, é importante abordar o ciclo menstrual, cuidados com a higiene íntima, corrimento vaginal, fisiológico ou não,

corrimento uretral, afetividade, relação sexual e suas implicações.

O pediatra deve empoderar o adolescente como sujeito de direitos, e também deveres, avaliar os fatores psicossociais e familiares que podem ser rearranjados de maneira a promover a saúde como um todo, incluindo a vida afetiva-sexual, estimulando sempre o auto-cuidado.

As ações que favorecem a promoção da saúde sexual e reprodutiva são as seguintes^{3, 4}:

- Estabelecer relação respeitosa e de confiança com o adolescente;
- Manter a ética da privacidade e confidencialidade na consulta;
- Construir espaço de interlocução sobre sexualidade de forma ampla, não se restringindo à prevenção das IST e da gravidez não planejada;
- Verificar o cartão de vacinas (vacina Hepatite B e HPV);
- Estar atento aos comportamentos de risco para detecção precoce de IST, a fim de tratá-la conforme os protocolos, inclusive as formas assintomáticas;
- Participar de ações coletivas em espaços frequentados por adolescentes, como escolas, clubes, academias, promovendo educação em saúde com temas referentes à sexualidade;
- Salientar a importância do uso do preservativo masculino ou feminino em qualquer relação ou atividade sexual.

Considerações finais

O vínculo de confiança construído com o jovem desde sua infância, e também com a família, permite que o pediatra ofereça espaço de

acolhimento durante a eclosão da puberdade, das experiências amorosas e sexuais inerentes à fase. Trata-se de oportunidade ímpar para intervenções medicamentosas e especialmente para medidas preventivas, não devendo ser esquecida ou negligenciada.

REFERÊNCIAS

1. Saito MI, Silva LEV, Leal MM. Adolescência: prevenção e risco. 3. ed. Editora Atheneu: São Paulo, 2014.
2. Moura, LR, Lamounier JR, Guimarães PR, Duarte JM, Beling MT, Pinto JA, et al. The gap between knowledge on HIV/AIDS and sexual behavior: a study of teenagers in Vespasiano, Minas Gerais State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2013; 29(5):1008-1018.
3. Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Adolescência, Anticoncepção e Ética: Diretrizes. *J Pediatr* 2004;80(1).
4. Brasil. CONITEC. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília, 2015a. 121p.
5. Brasil. Boletim Epidemiológico. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde – Brasil, Volume 47 – 2016.
6. CDC. MMWR. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. v 64, n 3, 2015. 140 p.
7. WHO; Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Diagnóstico laboratorial de doenças sexualmente transmissíveis incluindo o Vírus da Imunodeficiência Humana. 2014.
8. AAP. Comitê de Doenças Infecciosas da Academia Americana de Pediatria. Doenças Infecciosas em Pediatria - Red Book. 30 ed. Elk Grove Village: EUA, 2015.
9. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Vigilância Sanitária. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: DF. 2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: Norma técnica. 3ed. Brasília, DF. 2010.
11. Brasil. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Antirretroviral Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV. Brasília, DF. 2015.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes. Brasília, DF. 2014.
13. Brasil. Ministério Da Saúde. Secretaria De Políticas Da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: DF. 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Exposição a Materiais Biológicos. Saúde do Trabalhador. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF. 2011.
15. Cunha, C.F. A janela da escuta: relato de uma experiência clínica. Scriptum: Belo Horizonte, 2014. 182p.



Diretoria

Triênio 2016/2018

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Cláudio Hoinhoff (RJ)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)
Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)
Alberto Jorge Félix Costa (MS)
Analiária Moraes Pimentel (PE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Nordeste:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste:
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Sul:
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste:
Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:
Assessoria para Assuntos Parlamentares:
Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:
Mário Roberto Hirschheimer (SP)
Rubens Feferbaum (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e Adolescentes com Deficiência:
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença Maternidade e Paternidade:
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:
Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:
Drogas e Violência na Adolescência:
Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Atividade Física
Coordenadores:
Ricardo do Régio Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

Membros:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)

Profissionais de Educação Física:
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Colaborador:
Dirceu Solé (SP)

Metodologia Científica:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Christian Muller (DF)
João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:
Themis Reverbel da Silveira (RS)
Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)
Adriana Seber (SP)
Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)
Fabiana Carlese (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:
DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:
Hélcio Villaga Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Francisco José Penna (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA
Marun David Cury (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL
Sidnei Ferreira (RJ)
Cláudio Barsanti (SP)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
Mário Roberto Hirschheimer (SP)
João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)
Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Célia Maria Stolze Silvano ((BA)
Kátia Galeão Brandt (PE)
Elizete Aparecida Lomazi (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Álvaro Machado Neto (AL)
Joana Angélica Paiva Maciel (CE)
Cecim El Achkar (SC)
Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO
Normeide Pedreira dos Santos (BA)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES
Liliane dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL:
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

PORTAL SBP
Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA
José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)

Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA
Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO
Gil Simões Batista (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Amaral (RJ)
Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)
Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)
Silvio Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO
Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Gil Simões Batista (RJ)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL
Susana Maciel Wuillaume (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL
Herberto José Chong Neto (PR)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO
Cláudio Barsanti (SP)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA
Gilberto Pascolat (PR)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)
Valmin Ramos da Silva (ES)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Marisa Lopes Miranda (SP)

CONSELHO FISCAL
Titulares:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA
Presidente:
José Martins Filho (SP)

Vice-presidente:
Álvaro de Lima Machado (ES)

Secretário Geral:
Reinaldo de Menezes Martins (RJ)