



Imunizações em Crianças e Adolescentes vivendo com HIV/Aids

Departamento de Imunizações

Presidente: Renato de Ávila Kfourir

Secretário: José Geraldo Leite Ribeiro

Conselho Científico: Adriana Ávila Moura, Eduardo Jorge da Fonseca Lima, Helena Keico Sato, Heloisa Ihle Giamberardino, Solange Dourado de Andrade, Tânia Cristina de M. Barros Petraglia

Colaboradora: Regina Célia de Menezes Succi

Introdução

A despeito da redução da taxa de detecção de Aids em crianças, no Brasil, nos dez últimos anos, cerca de 3 mil novos casos em menores de 5 anos ainda foram notificados no SINAN, entre 2010 e 2016. A vacinação neste grupo de pacientes representa um desafio para os pediatras. Com este Documento Científico, a SBP apresenta uma abordagem sobre o assunto, visando guiar o pediatra para futuras decisões na imunização de pacientes infectados pelo HIV.

Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids experimentam alterações importantes na resposta imune específica. Sabe-se que o principal prejuízo da infecção pelo HIV se dá pela diminuição de linfócitos T-helper (LT-CD4+), havendo ainda certo comprometimento da imunidade humoral. O uso da Terapia Antirretroviral combinada (TARVc) objetiva controlar a carga viral circulante e levar à reconstituição imunológica. Atingido o objetivo, através de

uma boa adesão ao tratamento, ocorre redução da atividade da doença, com melhora na magnitude e na longevidade da resposta imune às infecções naturais e à vacinação. É necessário avaliar o melhor momento para indicar imunização nesta população e aproveitar a melhor efetividade possível no uso de cada imunizante. É primordial levar em consideração a situação clínica imunológica da criança e do adolescente ao se orientar a vacinação.

Alguns comentários precisam ser pontuados, no que concerne à abordagem vacinal de crianças que vivenciam esta condição.

De modo geral, **vacinas vivas atenuadas** devem ser utilizadas com cuidado em pacientes imunossuprimidos. No entanto, estes pacientes estão sujeitos a quadros mais graves quando acometidos de certas doenças como sarampo e varicela, entre outras. As vacinas contra varicela têm se mostrado seguras e seu benefício se sobrepõe ao risco. A indicação deve respeitar os valores de LT-CD4+ e somente ser utilizada em crianças sem

imunodepressão grave, ou seja, que estejam com LT-CD4+ acima de 15% e/ou com ≥ 200 células/mm³ para os maiores de cinco anos. O mesmo raciocínio é válido para vacinas contra sarampo, caxumba e rubéola, assegurando este nível de CD4 por seis meses anteriores à imunização. A vacina BCG pode ser aplicada em crianças com exposição perinatal ao HIV, desde que não sintomáticas. A vacina oral contra rotavírus, da mesma forma, pode ser aplicada. A vacina oral viva contra poliomielite deve ser substituída pela vacina inativada, intramuscular. Para febre amarela, daremos destaque abaixo, separadamente.

Vacinas inativadas, ou "não vivas", não representam problema para serem utilizadas, porém preocupa o fato de se iniciar tais esquemas em condições pré-tratamento, quando a criança pode apresentar resposta muito reduzida aos antígenos a que é exposta durante a vacinação. Os níveis de carga viral influenciam a resposta imune para algumas vacinas, daí a importância de se acompanhar os valores de LT-CD4+ e realizar avaliação do controle da replicação virológica frequentemente. Respostas sub-ótimas podem ocorrer mesmo após início de TARVC e, em alguns casos, doses iniciais de vacinas são recomendadas.

A avaliação da imunidade de longo prazo neste grupo é bastante complexa. A proteção individual varia conforme o grau de imunossupressão a que o paciente é submetido. Mesmo após imunização adequada, a susceptibilidade às doenças para as quais recebeu vacinação pode estar mantida. Em casos onde se conhece os correlatos de proteção (ex. hepatite com dosagem de anti-HBs), estes podem ser verificados para determinar resposta vacinal e guiar futuras imunizações.

Ainda não há estudos suficientes sobre a utilidade de fazer doses de reforço das vacinas após recuperação imune com a introdução de TARVc. Os serviços que tiverem disponibilidade podem fazer avaliação de soroproteção após as vacinas e repetir doses de reforço quando os níveis de anticorpos estiverem abaixo daqueles considerados protetores.

Calendários Vacinais

Diferentes calendários são propostos pelas organizações governamentais ou de especialidades para este grupo específico de pacientes.

O calendário de vacinação indicado pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) é pactuado com o Departamento de DST-Aids-Hepatites Virais para as crianças e adolescentes infectados pelo HIV. Os imunobiológicos recomendados estão disponíveis nas salas de vacinação na rotina dos serviços de saúde e nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIEs), conforme indicação. Este calendário poderá ser modificado em situações de incorporação ou substituição de imunobiológicos pelo PNI e deve ser adaptado às circunstâncias epidemiológicas, quando necessário. Apesar de direcionado às crianças comprovadamente infectadas pelo HIV, o calendário está disponibilizado, neste formato, nos CRIEs, também para as crianças com exposição perinatal ao vírus, até ser excluída a infecção, quando deverão seguir o calendário básico recomendado pelo PNI, para faixa etária.

A proteção ampliada para crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids é feita também através da imunização dos contatos domiciliares. Vacinas influenza e varicela estão disponibilizadas nos CRIEs, para estes casos. Para os contactantes que necessitam de vacinação para a poliomielite, a vacina inativada (VIP) está também recomendada e disponível.

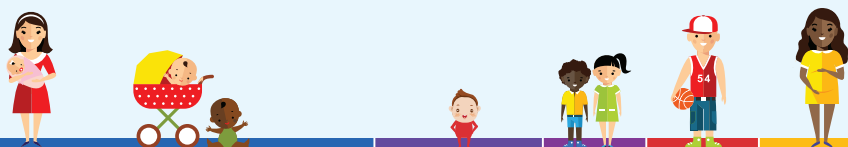
A Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) apresentou, em 2016, um documento voltado à imunização da população de crianças e adolescentes que vivem com HIV/Aids. Esta proposta sugere um número maior de vacinas, que estão disponibilizadas somente na rede privada.

A SBP, com o intuito de orientar os pediatras que assistem essas crianças, apresenta proposta de Calendário Vacinal, com recomendações sobre os imunobiológicos indicados e esquemas a serem utilizados.

Vacinas para crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids

Vacinas

para crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids



	AO NASCER	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	9 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	24 MESES	4 ANOS	6 ANOS	9 a 26 ANOS	ADOLESCENTE GESTANTE (ALÉM DAS VACINAS MENCIONADAS)
BCG	✓															
Hepatite B	✓															
Penta / DTP		✓		✓		✓				✓			✓			
Hib*																
VIP		✓		✓		✓				✓			✓			
Pneumo (conj) §§		✓		✓		✓			✓							
Rotavírus		✓		✓												
Meningo C (conj) §§			✓		✓				✓					✓		
Meningo B (conj) §§			✓		✓		✓		✓							
Influenza						✓	✓									
Febre Amarela §								✓								
Hepatite A									✓		✓					
Triplíce viral §									✓	✓						
Varicela §									✓	✓						
Pneumo 23V**												✓				
HPV															✓	
Dupla Adulto																✓
dTpa																✓

* Hib - 2 doses até menores de 19 anos caso nunca vacinados anteriormente

** PNM 23 - aplicar uma segunda dose 5 anos após a primeira

§ Se com LT-CD4 + > 15% em ≤ 5 anos de idade e com LT-CD4 + > 200 cels/mm³, por pelo menos 6 meses, nos > 5 anos

§§ Vide comentários nas notas sobre demais vacinas de meningo e pneumo

A administração de diferentes vacinas nas diversas faixas etárias, principalmente acima de um ano de idade, não deve ser feita necessariamente na mesma visita, pelo elevado número de doses a serem aplicadas.

Crianças ou adolescentes que tenham perdido doses anteriores devem ter sua situação vacinal atualizada conforme recomendações abaixo.

1. Vacina BCG

Vacina com bactéria viva atenuada.

- Deve-se administrar ao nascimento ou o mais precocemente possível para crianças assintomáticas.
- Não está indicada a revacinação.

Nota: Crianças com idades maiores que 18 meses e menores que 5 anos, não vacinadas, somente devem receber a vacina BCG caso não infectadas pelo HIV.

2. Vacina hepatite B (recombinante) – Hepatite B

Vacina recombinante (material genético do vírus, produzida por engenharia genética).

- Deve ser administrada a primeira dose ao nascer, preferencialmente nas primeiras 12 horas.

Vacinas

A seguir, comentários sobre cada um dos imunobiológicos recomendados para crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids.

- Conforme as normas vigentes do PNI, o esquema deve seguir com vacina combinada penta (difteria, tétano, coqueluche, *Haemophilus influenzae* tipo B e hepatite B - DTP/Hib/HepB), aplicada aos 2, 4 e 6 meses de idade.
- Se a mãe for HbsAg positiva: Aplicar simultaneamente, em local diferente da vacina, a imunoglobulina anti-hepatite B (HBIG) o mais rápido possível, no máximo até o 7º dia de vida.

Reforços:

- Aplicar uma dose de reforço aos 15 meses com vacina penta (DTP/Hib/HepB) e um segundo reforço com vacina DTP aos 4 anos de idade.

Pós-vacinação:

- Dosar anti-Hbs, caso disponível, nas crianças comprovadamente infectadas pelo HIV, 30 a 60 dias após a última dose do esquema (pós-reforço). Caso anti-HBs <10 mUI/mL, repetir esquema com 0, 2 e 6 meses, usando dose dobrada da vacina hepatite B monovalente. Recomenda-se que a criança em risco de infecção pelo vírus da hepatite B tenha anti-Hbs testado anualmente, e sempre que <10mUI/mL, receba uma dose dobrada de vacina monovalente contra hepatite B.

Nota: Crianças e adolescentes não vacinados anteriormente, aplicar 4 doses (dobradas) da vacina, no esquema de 0, 2, 6 e 12 meses.

3. Vacina adsorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e *Haemophilus influenzae* B (conjugada) - Penta

Vacina de toxoides purificados de difteria e tétano, organismos inativados de pertussis, partículas purificadas de antígeno de Hepatite B e subunidades bacterianas de polissacarídeos capsulares de *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib).

- Vacina penta: utilizar de acordo com o esquema básico de rotina do PNI. Doses aos 2, 4 e 6 meses.

Reforços:

- Aplicar uma dose de reforço aos 15 meses com vacina penta (DTP/Hib/HepB) e um 2º

(segundo) reforço com vacina DTP aos 4 anos de idade.

Nota: Em menores de 7 anos com esquema incompleto, completar três doses da vacina DTP com intervalo de dois meses entre elas. Em maiores de 7 anos utilizar vacina dT.

4. Vacina *Haemophilus influenzae* tipo B - Hib

Vacina com polissacarídeo capsular da bactéria conjugado a uma proteína carreadora.

- Pode ser aplicada combinada com a DTP/HepB/Hib (Penta) ou nas indicações de substituição de penta por DTP/DTPa + hepatite B + Hib ou ainda isoladamente. Doses aos 2, 4 e 6 meses.

Reforços:

- Aplicar um reforço aos 15 meses com a formulação penta.

Nota: Crianças maiores de 12 meses e menores de 19 anos, nunca vacinados com vacina Hib, devem receber duas doses da vacina com intervalo de dois meses.

5. Vacina poliomielite trivalente (1, 2 e 3) inativada - VIP

Vacina com vírus inativado.

- Deve-se utilizar somente a vacina inativada (VIP), três doses, com intervalo de dois meses, iniciando aos dois meses de idade.

Reforços:

- São necessários dois reforços: um aos 15 meses e outro entre 4 e 6 anos de idade.

Nota: Crianças com esquema incompleto devem completar três doses da vacina, com intervalo de dois meses entre elas.

A vacina oral bivalente contra poliomielite não está indicada em pacientes com HIV e não deve ser utilizada para essa população, nem em situações de campanha.

6. Vacina rotavírus humano G1P1[8]

Vacina com vírus vivo atenuado.

- A 1ª dose deve ser aplicada entre 6 e 14 semanas de idade; 2ª dose entre 14 e 24 semanas, com tolerância até 8 meses e 0 dia. Após esta idade não deve ser mais aplicada.
- Caso se utilize a vacina rotavírus pentavalente o esquema é de 3 doses com intervalo de 2 meses entre elas.

7. Vacinas pneumocócicas conjugadas 10-valente (VPC10) e 13-valente (VPC13) e vacina pneumocócica polissacarídica 23-valente (VPP23)

Vacina pneumocócica 10-valente – Pneumo 10 (VPC10):

Vacina com polissacarídeos capsulares da bactéria conjugados à proteína carreadora.

- Indicada para todas as crianças de dois meses até menores de cinco anos de idade. No primeiro ano de vida devem receber três doses, com intervalo de dois meses entre elas; aos 2, 4 e 6 meses de idade.

Reforços:

- Aos 12 meses de idade.

Nota: Para crianças entre 12 e 59 meses, não vacinadas anteriormente, estão indicadas duas doses com intervalo de dois meses entre elas.

Vacina pneumocócica 13-valente – Pneumo 13 (VPC13)

Vacina com polissacarídeos capsulares da bactéria conjugados à proteína carreadora.

- Na rede privada está disponível a VPC13 para crianças e adolescentes, com o esquema de doses aos 2, 4 e 6 meses com reforço aos 12 meses de idade.

Nota: Crianças com esquema de vacinação completo com VPC10 recomenda-se, sempre que possível, uma dose adicional de VPC13, 2 meses após a última dose de VPC10, para ampliar a proteção.

Vacina pneumocócica 23-valente polissacarídica – Pneumo 23 (VPP23):

Vacina com polissacarídeo capsular da bactéria.

- Indicada para crianças de dois ou mais anos de idade, comprovadamente infectadas pelo HIV.

Nota: As crianças maiores de dois anos devem receber duas doses da vacina polissacarídica, independente de terem recebido a vacina conjugada. Para a primeira dose deve-se respeitar o intervalo de 2 meses após a última dose de VPC10 ou VPC13. Aplicar uma segunda dose de VPP23 cinco anos após a primeira dose.

- Não se deve aplicar mais de duas doses da VPP23.

Para crianças já vacinadas com VPP23 e sem doses prévias de vacinas pneumocócicas conjugadas, deve-se aplicar uma dose da vacina conjugada, respeitando intervalo mínimo de um ano após a VPP23.

8. Vacinas meningocócicas

Vacina meningocócica C

Vacina contendo polissacarídeo capsular da bactéria conjugado a uma proteína carreadora.

- Aplicada aos 3 e 5 meses

Reforços:

- São recomendados reforços: um aos 12 meses de idade e após 5 anos da última dose recebida. Recomenda-se aplicar uma dose de reforço na adolescência.

Nota: A partir de 12 meses de idade, para os não vacinados anteriormente ou com esquema incompleto, estão indicadas duas doses com intervalo de dois meses.

Vacina meningocócica ACWY – TT

Vacina contendo polissacarídeos capsulares da bactéria conjugados ao toxoide tetânico (proteína carreadora).

- Disponível apenas na rede privada. A vacina menACWY-TT está licenciada a partir de 1 ano de idade e deve ser aplicada em pacientes que vivem com HIV/Aids em duas doses com intervalo de 8 semanas entre elas.

Reforços:

Recomenda-se aplicar doses de reforço aos 5 anos e na adolescência.

Vacina meningocócica ACWY – CRM

Vacina contendo polissacarídeos capsulares da bactéria conjugados ao mutante diftérico (proteína carreadora).

- Disponível apenas na rede privada a partir de 2 meses de idade no esquema de três doses, aos 3, 5 e 7 meses.

Reforços:

- Recomenda-se aplicar doses de reforço entre 12 e 15 meses, aos 5 anos e outra na adolescência.

Nota: Para crianças que iniciam esquema entre 7 e 23 meses de idade: duas doses, sendo que a segunda deve ser obrigatoriamente aplicada após a idade de 1 ano (mínimo dois meses de intervalo entre elas). Para os que iniciam após os 24 meses de idade, aplicar duas doses com intervalo de dois meses entre elas.

Observação: Para crianças previamente imunizadas com meningocócica C, recomenda-se, sempre que possível, aplicar duas doses da vacina ACWY, iniciando 2 meses após a última dose de meningocócica C, para ampliar proteção.

Vacina Meningocócica B

Vacina proteica contendo três componentes sub-capsulares e vesícula de membrana externa.

- Disponível apenas na rede privada. São recomendadas três doses a partir de 2 meses de idade aos 3, 5 e 7 meses.

Reforços:

- Está recomendada somente uma dose de reforço entre 12 e 15 meses.

Nota: Crianças entre 12 meses e 10 anos de idade não vacinadas: duas doses com intervalo de dois meses entre elas. Em adolescentes aplicar duas doses com intervalo de um mês entre elas.

9. Vacina influenza (inativada)

Vacina fragmentada de vírus inativado.

- Aplicar a partir dos 6 meses de idade. Crianças com menos de 9 anos de idade, ao receberem a vacina pela primeira vez, requerem duas doses, com intervalo de 4 a 6 semanas entre elas.

Reforços:

- Vacinar anualmente em dose única, devido às mudanças das características dos vírus influenza decorrentes da diversidade antigênica a cada ano.

Nota: sempre que possível preferir as vacinas quadrivalentes pelo maior espectro de proteção.

10. Vacina sarampo, caxumba, rubéola – Tríplica viral - SCR (atenuada)

Vacina produzida com vírus vivos atenuados

- Recomendada a partir de 12 meses de idade para as crianças expostas ao HIV ou infectadas assintomáticas: com LT-CD4+ >15% em ≤ 5 anos de idade e com LT-CD4+ >200 cels/mm³, por pelo menos 6 meses, nos > 5 anos. Indica-se uma dose adicional aos 15 meses respeitando o intervalo mínimo de 4 semanas entre as doses.
- Não deve ser administrada em crianças com imunodepressão grave (que apresentem LT-CD4+ <15% em ≤ 5 anos e nos > 5 anos com LT-CD4+ <200 cels/mm³ ou < 15%, por pelo menos 6 meses) ou sintomatologia grave (Categoria C).

Nota: Crianças acima de 12 meses não vacinadas: duas doses com intervalo de um mês entre elas.

11. Vacina varicela (atenuada)

Vacina produzida com vírus vivo atenuado

- Recomendada a partir de 12 meses de idade para crianças e adolescentes suscetíveis e infectados pelo HIV, nas categorias clínicas N, A e B com LT-CD4+ acima de 15% e com mais de 200 cels/mm³ nos maiores de 5 anos. Recomenda-se uma segunda dose com intervalo de três meses entre elas, até os 13 anos de idade.
- A vacina tetraviral – sarampo, caxumba, rubéola e varicela (SCRV) não foi avaliada em crianças e adolescentes que vivem com HIV/Aids, por isso deve-se dar preferência para o uso da vacina monovalente contra varicela.

Nota: Para adolescentes maiores de 13 anos, não vacinados e suscetíveis, sem imunossupressão conforme critérios acima, são indicadas duas doses com intervalo de um mês entre elas.

12. Vacina hepatite A

Vacina produzida com vírus inativado

- Indicada para crianças e adolescentes a partir de 12 meses de idade em duas doses, com intervalo de 6 a 12 meses entre elas.

Nota: Crianças acima de 12 meses e adolescentes não vacinados: duas doses com intervalo de 6 meses.

13. Vacina febre amarela (atenuada)

Vacina contendo vírus vivos atenuados

- Deve ser aplicada aos 9 meses, levando-se em consideração as restrições mencionadas abaixo.
- Não deve ser administrada no mesmo dia em que se aplica a vacina tríplice viral nos primovacinados menores de dois anos.
- Atenção: A eficácia e segurança da vacina contra febre amarela em portadores do HIV não

são estabelecidas. Portanto, para ser recomendada, é necessário levar em consideração a condição imunológica do paciente e a situação epidemiológica local, conforme orientação do Ministério da Saúde. (Ver Quadros 1, 2 e 3).

Quadro 1: Recomendações para vacinação contra febre amarela em crianças com menos de 13 anos de idade infectadas pelo HIV, de acordo com o número de linfócitos T CD4+ em ACRV.

Alteração Imunológica (ver quadro abaixo)	Áreas com recomendação de vacinação (ACRV)
Ausente (1)	Indicar vacinação
Moderada (2)	Oferecer vacinação
Grave (3)	Não vacinar

Fonte: Adaptado do Manual dos CRIE/MS, 2014

Quadro 2: Categoria imunológica da classificação da infecção pelo HIV na criança (menores de 13 anos)

Alteração imunológica	Contagem de LT CD4+ em células/mm ³		
	Idade		
	< 12 meses	1 a 5 anos	6 a 12 anos
Ausente (1)	≥ 1.500 (≥25%)	≥ 1.000 (≥25%)	≥ 500 (≥25%)
Moderada (2)	750-1.499 (15-24%)	500-999 (15-24%)	200-499 (15-24%)
Grave (3)	< 750 (< 15%)	< 500 (15%)	< 200 (<15%)

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes - SVS/MS, 2014.

Quadro 3: Recomendações para vacinação contra a febre amarela em adolescentes e adultos infectados pelo HIV de acordo com o número de linfócitos T CD4+ em ACRV.

Contagem de Células CD4/mm ³	Recomendação
> 350 (≥ 20%)	Indicar vacinação
200 – 350 (15% a 19%)	Oferecer vacinação avaliando parâmetros clínicos e risco epidemiológico
<200 (< 15%)	Não indicar vacinação

Fonte: Adaptado do Manual dos CRIE/MS, 2014.

- Levar em consideração, para a contagem de LT-CD4+, os dois últimos exames, de preferência os realizados no último ano. Para < 13 anos valorizar preferencialmente o percentual de LT-CD4+ por representar melhor a situação imunológica da criança.
- Os riscos e benefícios da imunização contra a febre amarela devem ser discutidos com os pacientes ou seus responsáveis, levando-se em consideração a possibilidade de eventos adversos e de resposta inadequada à vacinação.

14. Vacina papilomavírus humano (HPV)

Vacina quadrivalente recombinante (HPV4)

- A vacinação de pessoas vivendo pelo HIV/Aids está disponível no PNI para indivíduos de ambos os sexos entre 9 e 26 anos de idade, independente da contagem de LT-CD4+, no esquema de três doses: zero, dois e seis meses.
- O esquema convencional de vacinação para o HPV em indivíduos imunocomprometidos, com três doses, proporciona uma maior imunogenicidade nessa população.

- Adolescentes com idade entre 11 e 13 anos que já tenham recebido as duas primeiras doses (zero e seis meses), deverão receber a terceira dose com intervalo mínimo de três meses após a última dose.
- A vacina que está disponível no SUS é a quadrivalente HPV4, que confere proteção contra os subtipos 6, 11, 16 e 18. Em clínicas privadas é possível encontrar a vacina bivalente, HPV2, que contempla os subtipos 16 e 18.

15. Vacina Dengue (atenuada)

Vacina de vírus vivo atenuado, quimérica que utiliza a estrutura do vírus vacinal da febre amarela.

Ainda não existem estudos sobre segurança e eficácia em pacientes que vivem com HIV/Aids, sendo contraindicada nesta população.

16. Outras vacinas

- Adolescentes gestantes devem receber a vacina tríplice acelular do tipo adulto (dTpa) a partir de 20 semanas de idade gestacional. No caso de não vacinação na gestação, aplicar no puerpério o mais breve possível.

REFERÊNCIAS

1. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP). Committee on Infectious Diseases. Redbook 2015.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Proposta para a Introdução da vacina pneumocócica 10-valente (conjugada) no calendário básico de vacinação da criança. Incorporação Março de 2010. Brasília, fevereiro de 2010.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. INFORME TÉCNICO DA INTRODUÇÃO DA VACINA PENTAVALENTE. Brasília, 2012.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais. 4a edição 2014. Brasília DF.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Nota Informativa 384 de 2016 /CGPNI/DEVIT/SVS/MS
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Nota Informativa 94 de 2017 /CGPNI/DEVIT/SVS/MS
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Nota Informativa 01 de 2017/SVS/MS
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília, 2014.
9. BRASIL. Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano V - nº 1 – 2016. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1_pdf_16375.pdf acessado em 03 de julho de 2017.
10. BRITISH HIV ASSOCIATION, BHIVA Writing Group. British HIV Association BHIVA guidelines on the use of vaccines in HIV-positive adults 2015. Disponível em <http://www.bhiva.org/vaccination-guidelines.aspx>
11. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among HIV-Exposed and HIV-Infected Children. Nov 6, 2013. Disponível em <https://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/5/pediatric-oi-prevention-and-treatment-guidelines/396/preventing-vaccine-preventable-diseases-in-hiv-infected-children-and-adolescents>
12. Guidelines for Prevention and Treatment of Opportunistic Infections among adults. Disponível em https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/adult_oi.pdf
13. Sociedade Brasileira de Imunizações. Disponível em <http://sbim.org.br/images/calendarios/calend-pacientes-especiais-sbim-170215.pdf>
14. Sociedade Brasileira de Imunizações. Disponível em: <http://sbim.org.br/images/files/guia-hiv-sbim-sbi-2016-2017-160915b-bx.pdf>
15. CDC Advisory Committee on Immunization Practices Recommended Immunization Schedule for Children and Adolescents Aged 18 Years or Younger — United States, 2017 *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2017; **66(5)**:134–135
16. Nomenclatura RDC N° 64/2012 – Anvisa



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 Hoinoff (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)

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)
Maurio 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
Maurio 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 de 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 Luísa 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)
Silvia 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 Luís 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)