

Picadas de Inseto

Prurigo Estrófulo ou Urticária Papular

Departamento Científico de Dermatologia

Presidente: Vânia Oliveira de Carvalho

Secretária: Ana Maria Mosca de Cerqueira

Conselho Científico: Ana Elisa Kiszewski Bau, Antonio Carlos Madeira de Arruda, Jandrei Rogério Markus, Marice Emanuela El Achkar Mello, Matilde Campos Carrera

Introdução

Os insetos representam uma das classes mais numerosas do reino animal, desta forma seu contato com os seres humanos é inevitável e a exposição às suas picadas pode provocar desde lesões imperceptíveis até reações graves. A reação de hipersensibilidade a antígenos existentes na saliva de insetos é conhecida por prurigo estrófulo ou urticária papular. Na presença de um número suficiente de picadas de insetos em indivíduos suscetíveis ocorrerá a doença que é caracterizada por uma erupção papular crônica e/ou recidivante, pruriginosa, que ocorre entre o segundo e o décimo ano de vida. É queixa frequente nos consultórios de pediatria trazendo angústia para aos pais e desconforto para a criança. (1,2)

Características da doença

Qualquer tipo de inseto que pique poderá provocar a doença em crianças suscetíveis, e

entre os mais comuns estão os dípteros (mosquitos), sifonápteros (pulgas) e ixodídeos (carapatos) além de outros insetos que utilizam sangue para sua alimentação. Alguns insetos apresentam picadas indolores decorrentes de anestésicos existentes na sua saliva e contém ainda anticoagulantes para evitar obstrução das vias de alimentação e enzimas digestivas para o processo de digestão. Assim, durante a picada do inseto, substâncias potencialmente antigênicas são introduzidas nos tecidos humanos e em indivíduos predispostos podem provocar reações locais. (3)

O prurigo estrófulo raramente terá início antes do sexto mês de vida pois, para que ocorra a sensibilização, são necessárias diversas picadas. O tempo para a sensibilização varia de criança para criança e depende também do número de exposições. Após ter sido sensibilizada a criança apresentará a reação. A doença na maioria das vezes tem início entre os 12 e os 24 meses de vida, mas poderá ser mais precoce nos pacientes intensamente expostos aos insetos. Na evolução, o tipo de reação se modifica até que ocorra a tolerância ao redor dos 10 anos de vida. (4)

Apresentação Clínica

A apresentação mais comum é com pápulas eritematosas de distribuição linear e aos pares, demonstrando o hábito do inseto que provocou a reação (Figura 1).

O número de lesões é variável podendo ser disseminadas. As urticas podem desaparecer em algumas horas, permanecendo as lesões características que são as papulovesículas (seropápula de Tomazoli – Figura 2) ou pápulas com tamanho variando entre 3 e 10 mm, recobertas ou não por crostas hemáticas.

Figura 1 – Demonstração do hábito do mosquito (café, almoço e jantar)



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

Figura 2 – Lesões papulovesiculares – Seropápula de Tomazoli



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

Algumas crianças podem apresentar formas vesiculosas e bolhosas (Figura 3) as quais são

menos frequentes e ocorrem, sobretudo, nas extremidades e mantêm o padrão de distribuição aos pares e lineares. (1)

Figura 3 – Prurigo estrófulo na forma bolhosa



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

Geralmente as regiões expostas do corpo são as mais acometidas quando o agente é “voador” (mosquitos e pernilongos), sobretudo região extensora de membros superiores e inferiores.

Os insetos proliferam mais nas regiões quentes e úmidas de clima tropical e a doença é mais frequente nos meses quentes do ano. (1,5)

O tronco é acometido principalmente quando os agentes são “andadores” como pulgas ou percevejos. A presença de pápulas em grupos de 2 ou 3, com disposição linear e próxima aos elásticos de roupas e fraldas sugerem esses agentes desencadeantes (Figura 4).

Além da pulga humana, *Pulex irritans*, as pulgas dos gêneros animais, como as de gatos (*Ctenocephalis felis*) e de cães (*Ctenocephalis canis*), podem, eventualmente, determinar a doença, principalmente quando o animal apresenta infestação grave. Outros agentes como percevejos de móveis e colchões também podem provocar lesões e devem ser procurados na casa. Na última década percebeu-se a reintrodução desse agente na Europa e Estados Unidos, sendo desconhecida a situação no nosso País. (3)

Figura 4 – Acometimento no tronco com disposição linear e próximo do elástico da roupa



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

As lesões são menos observadas na face, raramente ocorrem nas palmas, plantas, região axilar e não são encontradas nas regiões genital e perianal. A presença de escoriações é determinada pelo intenso prurido. As lesões características duram de 4 a 6 semanas e evoluem para discromia pós-inflamatória, deixando máculas hipocrômicas ou hipercrômicas que melhoram após alguns meses. (1)

Prevenção e Tratamento

Algumas orientações devem fazer parte do tratamento sendo recomendado em publicações os **3 P's**: Prevenção da picada, controle do Prurido e Paciência. (2,6)

A identificação do inseto causador das picadas é difícil e pode ser difícil para os pais aceitar o diagnóstico clínico sem a realização de exames. Por isto, os pais tendem a não realizar as medidas preventivas que poderiam beneficiar a criança.

A primeira e mais importante etapa do tratamento é convencer os pais de que as lesões são decorrentes das picadas apresentando o diagnóstico por meio da demonstração do padrão de distribuição das lesões (aos pares ou lineares) decorrente do hábito do inseto ("café, almoço e jantar"). Ressaltar o fato de que os adultos não apresentam lesões em decorrência

da tolerância que ocorre próximo aos 10 anos de idade ou da falta de sensibilização em menores de 1 ano. (1)

Cabe ainda alertar que as lesões surgem alguns dias após as picadas e que a reação pode durar algumas semanas quando não tratadas adequadamente, e, ainda, que apenas um contato na semana pode ser o suficiente para manter várias lesões por vários dias. Lembrar os pais de observarem o surgimento das novas lesões nos próximos dias na tentativa de identificar o local onde ocorreu a picada e qual o inseto causador da reação. (1)

Prevenindo Novos Contatos com Insetos

Evitar a picada é o tratamento mais eficaz. Deste modo, a orientação de medidas ambientais é um passo importante. As roupas podem ser uma barreira física quando são usadas mangas longas e calças compridas em locais de maior exposição aos insetos como nas áreas rurais. As roupas finas e mesmo transparentes têm pouco benefício na prevenção das picadas, pois permitem que o mosquito pique através delas. (1)

Nas janelas e portas das casas podem ser colocadas telas que impeçam a entrada de insetos voadores. A utilização de mosquiteiros nas camas para evitar os insetos voadores é medida eficaz, porém o mosquiteiro deve ser checado para observar se não existem insetos dentro dele antes de colocar a criança. Além disso, pode-se optar pela aplicação de permetrina no mosquiteiro aumentando a sua eficácia, sendo esta medida segura e comprovada. (1,7)

Nos períodos do nascer e do pôr do sol as janelas devem ficar fechadas, pois é neste horário que os insetos voadores do gênero *Anopheles* procuram a refeição. Os mosquitos do gênero *Aedes* têm maior atividade diurna e em áreas abertas devendo a criança ser protegida durante esse período quando está brincando fora de

casa. Ambientes climatizados com ar condicionado são uma forma eficaz de afastar os mosquitos. (1,7)

A dedetização por empresa especializada é recomendada, seguindo-se todas as orientações de tempo de afastamento da casa e limpeza após a dedetização. O uso de repelentes elétricos é benéfico e reduz a entrada de insetos voadores quando colocados próximo de janelas e portas, devendo ser tomado o cuidado com os repelentes líquidos que podem ser retirados da tomada, pela criança, e acidentalmente ingeridos. (1)

Deve-se orientar os pais quanto à limpeza do terreno da casa e, se possível, de lotes ou casas próximas, além da retirada do lixo e entulhos que possam acumular água parada que servem como criadouro de insetos voadores. Os animais de estimação devem ser tratados por um veterinário para eliminar pulgas.

O uso de vitamina B1 (tiamina) por via oral como repelente parece ser benéfico em alguns casos, porém ainda é tema controverso e com poucos estudos disponíveis demonstrando a sua eficácia. Acredita-se que ao ingerir a tiamina ela seja liberada pelo suor e o seu odor não seja tolerado pelos insetos. A dose recomendada é de 75 a 100mg/dia via oral diariamente, iniciando alguns dias antes da exposição ou mantendo a administração nos meses de verão. (8,9)

Os Repelentes

Além dos produtos aplicados na pele podemos também utilizar produtos em roupas e em telas. A permetrina 0,5% em spray pode ser aplicada APENAS nas roupas e telas de janelas e NÃO diretamente sobre a pele, sendo eficaz. Os aparelhos ultrassônicos ou que emitem luzes não possuem eficácia comprovada até o momento.

Os repelentes tópicos podem ser usados durante passeios em locais com maior número de insetos como praias, fazendas e chácaras, não devendo ser utilizado durante o sono

ou por períodos prolongados. Na tabela 1 são apresentados alguns dos repelentes existentes no Brasil e a idade a partir da qual podem ser utilizados. Eles atuam formando uma camada de vapor com odor que afasta os insetos. Sua eficácia pode ser alterada pela concentração da substância ativa, por substâncias exaladas pela própria pele, fragrâncias florais, umidade, sexo (menor eficácia em mulheres), de modo que um repelente não protege de maneira igual todas as pessoas.

Recomendações gerais sobre o uso de repelentes

- a. Abaixo de 6 meses – existem poucos estudos nessa faixa etária sobre segurança dos repelentes e extrapola-se o uso dos recomendados para bebês acima de 6 meses em caso de exposição inevitável e com orientação médica.
- b. Acima dos 6 meses - IR3535 - protege por cerca de 4 horas. É usado na Europa há vários anos e, em concentrações de 20%, é eficaz, mas os estudos diferem quanto ao período de ação contra o *Aedes aegypti* que parece ser muito curto. Recentemente a icaridina em gel, derivada da pimenta, foi liberada para uso a partir de 6 meses no Brasil. A eficácia é mais longa (até 10 horas) e permite aplicações mais espaçadas que o DEET, com eficácia comparável. Aparentemente é mais potente contra o *Aedes Aegypti* do que o DEET e o IR3535.
- c. Acima de 2 anos - os que contém DEET são os mais utilizados. Quanto maior a concentração da substância, mais longa é a duração do seu efeito, com um platô entre 30 e 50%. Uma formulação com 5% de DEET confere proteção por aproximadamente 90 minutos, com 7% de DEET a proteção dura quase 2 horas e com 20% de DEET a proteção é de 5 horas. A concentração máxima para uso em crianças varia de país para país: nos EUA a Academia Americana de Pediatria recomenda concentrações de até 30% para crianças

acima de 2 anos. A Sociedade Canadense de Pediatria preconiza repelentes com até 10% de DEET para crianças de 6 meses a 12 anos e autores franceses, concentrações de até 30% para crianças entre 30 meses e 12 anos. Há consenso quanto a se evitar a aplicação em crianças menores de 6 meses. A maioria dos repelentes disponíveis no Brasil possuem menos de 10% de DEET. A restrição da concentração de DEET a 15% ou menor baseada na toxicidade em animais pode resultar em doses insuficientes para a prevenção de doenças potencialmente graves como a Dengue e a Zika. (1) Assim, o risco da toxicidade deve ser devidamente pesado em relação ao risco da doença. A associação de baixas concentrações de DEET com outros inseticidas está em estudo e parece ser promissora para evitar a resistência aos repelentes atualmente no mercado.

- d. Óleos naturais: são os mais antigos repelentes conhecidos e parecem ter eficácia razoável. Porém, por serem altamente voláteis (evaporam rápido), protegem por pouco tempo. Um estudo mostrou que o óleo de soja a 2% conferiu proteção contra o Aedes por quase 1 hora e meia. O óleo de citronela por evaporar muito rápido, fornece proteção muito curta. Óleo de andiroba puro mostrou ser muito menos efetivo que o DEET. Óleo de capim-limão teve seu princípio ativo isolado (PMD) e em concentração de 30% é comparável ao DEET a 20%, sendo o mais efetivo dos óleos naturais.
- e. Esses produtos podem causar reações alérgicas locais e sistêmicas e devem ser usados com cautela e, preferencialmente, com a orientação do Pediatra.
- f. Atenção ao utilizar pulseiras de citronela, pois além da baixa eficácia já foram relatados casos de alergia no local do contato com a pele.

Orientações que devem ser feitas aos pais sobre à aplicação dos repelentes: (11)

1. **NUNCA** aplicar na mão da criança para que ela mesma espalhe no corpo. Elas podem esfregar os olhos ou mesmo colocar a mão na boca.
2. Aplicar a quantidade e intervalo recomendados pelo fabricante, lembrando que a maioria dos repelentes atuam até 4cm do local da aplicação.
3. **NÃO** aplicar próximo da boca, nariz, olhos ou sobre a pele traumatizada e seguir as orientações do fabricante guardando a bula ou embalagem para posterior consulta, em caso de ingestão ou efeitos adversos.
4. Assim que não for mais necessário o repelente deve ser retirado com um banho com água e sabonete.
5. **NÃO** permitir que a criança durma com o repelente aplicado. Apesar de seguro se usado corretamente o repelente é uma substância química e pode causar reações alérgicas ou intoxicações na criança quando utilizado em excesso.
6. Em locais muito quentes (temperaturas maiores que 30 graus) ou em crianças que suam muito, os fabricantes recomendam re-aplicações mais frequentes.
7. Repelentes com hidratantes ou protetores solares devem ser evitados, pois essas associações não são recomendadas em crianças. Os repelentes reagem com os protetores solares e acabam por reduzir o efeito do protetor quando aplicados juntos. Pode-se aplicar o protetor solar e após 20 a 40 minutos realizar a aplicação do repelente escolhido.
8. A apresentação em loção cremosa e gel é mais segura do que a apresentação em spray e deve ser preferida nas crianças.

Tabela 1 – Repelentes disponíveis comercialmente no Brasil por princípio ativo, apresentações e tempo de ação estimado pelo fabricante*

Princípio ativo	Produto	Fabricante	Apresentação	Idade permitida*	Tempo de ação estimado**
DEET	Autan	Bayer	Aerossol	>2 anos	Até 2 horas
	OFF! Family	Johnson Ceras	Loção e spray	> 2 anos	Até 2 horas
	OFF! Family	Johnson Ceras	Aerossol	>12 anos	Até 6 horas
	OFF! Kids	Johnson Ceras	Loção e spray	> 2 anos	Até 2 horas
	OFF! Refresh	Johnson Ceras	Spray	> 12 anos	Até 5 horas
	Super Repelex Family Care	Reckitt Benckiser	Spray, loção e aerossol	> 2 anos	Até 3 horas
	Super Repelex Active	Reckitt Benckiser	Spray	> 12 anos	Até 4 horas
	Super Repelex Kids	Reckitt Benckiser	Gel	> 2 anos	Até 4 horas
	Super Repelex Citronela	Reckitt Benckiser	Spray	>2 anos	Até 4 horas
Icaridina	Exposis Infantil Gel	Osler	Gel	> 6 meses	Até 10 horas
	Exposis Extreme	Osler	Spray	>2 anos	Até 10 horas
	Exposis Infantil	Osler	Spray	>2 anos	Até 10 horas
	Exposis Gel	Osler	Gel	> 6 meses	Até 10 horas
	Exposis Spray	Osler	Spray	>2 anos	Até 10 horas
IR3535	Loção antimosquito	Johnson & Johnson	Loção	> 6 meses	Até 4 horas

* Informações retiradas de sites e embalagens dos fabricantes

Tratamento do Prurido das Lesões

O uso de corticoides tópicos de média potência melhora a reação local e reduz o prurido. Orientar a aplicação 1 vez ao dia por até 5 dias. Entre os corticoides tópicos de média

a alta potência temos os compostos com mometasona, metilprednisolona e betametasona, demonstrados na tabela 2. (10)

Tabela 2 – Corticoides tópicos por princípio ativo, nome comercial e apresentação.

Princípio ativo	Nome comercial*	Fabricante	Apresentação
Mometasona	Cutisone	Ranbaxi	Creme e pomada 0,1%
	Dermotil	Glenmark	Creme 0,1%
	Elocom	Mantecorp	Creme e pomada 0,1%
	Topison	Libbs	Creme e pomada 0,1%
	Genérico	Vários	Creme e pomada 0,1%
Metilprednisolona	Advantan	Schering	Creme 0,1%
Betametasona	Benevat	Teuto	Creme e pomada 0,1%
	Betaderm	Stieffel	Creme e pomada 0,1%
	Betnovate	Glaxosmithkline	Creme e pomada 0,1%
	Betsona	Neoquímica	Creme e pomada 0,1%
	Dermonil	Vitapan	Creme e pomada 0,1%
	Valbet	Delta	Creme e pomada 0,1%
	Genérico	Vários	Creme e pomada 0,1%

*apresentado por ordem alfabética do nome comercial Fonte: adaptado de Oliveira (2011)

Os anti-histamínicos orais podem reduzir o prurido principalmente quando houver maior número de lesões. Os anti-histamínicos sedativos de primeira geração podem melhorar a irritabilidade e o sono das crianças. Entre os de primeira geração podem ser utilizados a dexclorfeniramina e a hidroxizina.

Os anti-histamínicos de segunda geração são recomendados para crianças em idade escolar e que podem ter o seu desempenho influenciado pelo efeito sedativo dos anti-histamínicos de primeira geração. Entre os de segunda geração pode-se utilizar a desloratadina, a fenoxifenadina, a bilastina, a rupatadina e a levocetirizina.

Além disso, podem ser utilizadas as loções com cânfora, calamina e mesmo mentol que aliviam os sintomas, devendo ser utilizadas com cuidado, pois podem irritar a pele ou provocar ardência durante a aplicação.

Os anti-histamínicos tópicos podem ser utilizados com a aplicação duas vezes ao dia, porém essas medicações podem desencadear dermatite de contato e mesmo fotossensibilização. Como as áreas em que os mosquitos picam normalmente são áreas expostas à luz, quando se utilizar estas medicações deve-se alertar os pais desta possibilidade e realizar proteção da exposição ao sol.

Se as lesões apresentarem infecção secundária indica-se o tratamento com antibióticos. O tratamento tópico deve ser reservado para as infecções secundárias sem repercussões clínicas e quando o número de lesões infectadas for pequeno. Entre os antibióticos tópicos recomenda-se o uso de mupirocina ou ácido fusídico 3 vezes ao dia por 7 dias, ou utilizar a retapamulina 2 vezes ao dia por 5 dias. Os antibióticos tópicos contendo neomicina e bacitracina podem provocar dermatite de contato em 6 a 8% da população, e não são recomendados.

Eventualmente, as associações de corticoides e antibióticos tópicos (desonida e gentamicina, betametasona e ácido fusídico ou betametasona e gentamicina) podem ser uma opção nos casos em que a infecção secundária é frequente; são aplicados uma vez ao dia por 7 dias.

Quando as lesões apresentam complicações como celulite deve-se instituir antibióticos sistêmicos sendo recomendado o uso de cefalexina 50 a 100mg/kg/dia de 6 em 6 horas por 7 dias.

Cortar as unhas da criança para evitar lesões traumáticas em decorrência do prurido intenso e manter as lesões limpas com higiene local para evitar a infecção bacteriana secundária, são medidas necessárias e importantes que devem fazer parte da orientação dos pais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lopez FA, Campos D. *Pediatria SBP. Tratado de Pediatria: Manole*; 2014.
2. Del Pozzo-Magana BR, Lazo-Langner A, Gutierrez-Castrellon P, Ruiz-Maldonado R. Common Dermatoses in Children Referred to a Specialized Pediatric Dermatology Service in Mexico: A Comparative Study between Two Decades. *ISRN Dermatol.* 2012;2012:351603.
3. Hernandez RG, Cohen BA. Insect bite-induced hypersensitivity and the SCRATCH principles: a new approach to papular urticaria. *Pediatrics.* 2006;118(1):e189-96.
4. Cuellar A, Rodriguez A, Rojas F, Halpert E, Gomez A, Garcia E. Differential Th1/Th2 balance in peripheral blood lymphocytes from patients suffering from flea bite-induced papular urticaria. *Allergol Immunopathol.* 2009;37(1):7-10.
5. Banerjee S, Gangopadhyay DN, Jana S, Chanda M. Seasonal variation in pediatric dermatoses. *Indian J Dermatol.* 2010;55(1):44-6.
6. Kar S, Dongre A, Krishnan A, Godse S, Singh N. Epidemiological study of insect bite reactions from central India. *Indian J Dermatol.* 2013;58(5):337-41.
7. Stefani GP, Pastorino AC, Castro APBM, Fomin ABF, Jacob CMA. Repelentes de insetos: recomendações para uso em crianças. *Rev Paul Pediatr.* 2009;27:81-9.
8. Ives AR, Paskewitz SM, Inter L, S, Biology Interest G, Entomology C. Testing vitamin B as a home remedy against mosquitoes. *J Am Mosq Control Assoc.* 2005;21(2):213-7.
9. Ruiz-Maldonado R, Tamayo L. Treatment of 100 children with papular urticaria with thiamine chloride. *Int J Dermatol.* 1973;12(4):258-60.
10. de Oliveira RG. *Blackbook pediatria: medicamentos e rotinas médicas: Black Book*; 2011.
11. Markus JR. Prurigo estrófulo - reação de hipersensibilidade induzida por picada de insetos. *PRONAP.* 2014;17(2):71-82.

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 Hoineff (RJ)

2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:

Virgínia 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 Acatuassu Paes Barreto (PA)

Nordeste:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste:

Luciano Amedé Pêret 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)

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 Reverbél 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 Vllaça 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 Britto 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

Lilian 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)

Virgínia Resende S. Weffort (MG)

CONVERSANDO COM O PEDIATRA

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

Altacílio 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 (SP)

Altacílio 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)

Sílvio 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 (RJ)

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 Guillaume (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 Guillaume (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)

Nélson 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: