Nº 18, Junho de 2020

Guia Prático de Atualização
Departamento Científico de Adolescência
(2019-2021)

Dismenorreia Primária em Adolescentes: estado da arte

Departamento Científico de Adolescência
Presidente: Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo
Secretária: Tamara Beres Lederer Goldberg
Conselho Científico: Darci Vieira da Silva Bonetto, Elizabeth Cordeiro Fernandes, Gianny Cesconetto, Halley Ferraro Oliveira, Lígia de Fátima Nóbrega Reato, Maria Inês Ribeiro Costa Jonas
Colaboradora: Lilian Rodrigues Orsolini

Introdução

A dismenorreia é condição muito frequente e perturbadora que afeta mulheres em idade fértil, portanto, incide também durante a adolescência. O termo dismenorreia vem do grego, significando "menstruação difícil"[1]. Trata-se de um extremo desconforto durante os fluxos menstruais, que muitas vezes impede o desempenho das atividades diárias, pelas mulheres acometidas.

O tema será abordado sob a forma de indagações e respostas, com o intuito de torná-lo mais didático e de fácil assimilação, com um panorama amplo e atualizado.

O que é dismenorreia e quais são os tipos?

Da mesma forma que em mulheres maduras, a dismenorreia primária (DP) se refere às cólicas recorrentes que dominam a região do hipogástrio, na ausência de doença pélvica associada. Assim, toda abordagem, tratamento, acompanhamento, prescrição e cuidados se apoiam na exclusão de uma doença pélvica.

As dismenorreias secundárias são observadas mais frequentemente em mulheres na quarta ou quinta décadas de vida. Entretanto, também podem se apresentar em adolescentes.

São considerados diagnósticos diferenciais para dismenorreia: adenomiose, endometriose, malformações do sistema genitourinário, doença inflamatória pélvica, cistos ovarianos, entre outros. Dentre as doenças não ginecológicas estão: síndrome do intestino irritável e doença inflamatória intestinal.

Ressalte-se que alguns casos considerados como DP, quando a dor é refratária a tratamentos com anti-inflamatórios não hormonais ou contraceptivos, exames de imagem não invasivos detectam, com maior frequência, alterações que determinam quadros mais intensos e resultam em diagnósticos mais precoces de endometriose e, menos habitualmente, de adenomiose, esta última anteriormente imputada apenas a mulheres com idades mais elevadas[2].

Apesar das DP se apresentarem com alta frequência entre adolescentes e adultas jovens, permanecem abertas muitas lacunas sobre a compreensão dessa desordem que necessitam ser esclarecidas, desenvolvendo-se mais pesquisas sobre o assunto.

Quais as características epidemiológicas da DP?

A literatura destaca que a dismenorreia se apresenta com prevalência de 45% a 90% entre mulheres que menstruam e destas, 15% a 25% com formas graves. Por se tratar de um sintoma subjetivo de dor, sua prevalência não está bem estabelecida. Estudo brasileiro descreve que cerca de 73% das adolescentes sofrem com dismenorreia[3].

Os sintomas presentes nas adolescentes com DP são evidenciados não no momento da menarca, mas quando houver ciclos ovulatórios, o que em média ocorre seis a 18 meses após a menarca. No primeiro ano pós-menarca, até 45% das adolescentes já apresentam ciclos ovulatórios, dependendo da maturidade do eixo hipotálamo–hipófise–gonadal[4].

Apesar desses sintomas importantes, apenas 15% delas buscam atendimento com médico assistente ou em serviços de Pronto Atendimento. Essa frequência reduzida pode indicar que certo percentual apresenta sintomas menos graves, ou consideram como processo/sintoma normal do ciclo menstrual. Ou ainda que se automedicam, fato preocupante.

Entre os fatores de risco mais frequentemente relacionados à dismenorreia apresentam-se: idade da menarca mais precoce, fluxo menstrual intenso e prolongado, tabagismo, história familiar prévia e índice de massa corporal elevado (IMC)[5].

As repercussões resultam em ausência nas atividades escolares, na prática de esportes, em atividades laborais e em outras atividades sociais e recreativas.

Assim, sugere-se que questionamentos que abordem esses eventos sejam formulados aos adolescentes por seus pediatras, médicos de adolescentes, ginecologistas, etc, durante as consultas de acompanhamento de saúde, que devem ocorrer durante a segunda década de vida, dos dez aos 20 anos incompletos.

Como se compreende a fisiopatologia da DP?

As evidências apontam para a produção excessiva de prostaglandinas (PGs) do tipo F2alfa (PGF2alfa) pelo endométrio, ou da relação elevada entre PGF2alfa e prostaglandina E2 (PGE2) na gênese da dismenorreia.

A liberação de PGs supostamente tem origem na desintegração de células do endométrio, uma vez que elas se distribuem intracelularmente, sendo derivadas de ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, a exemplo do ácido araquidônico, um componente comum da membrana fosfolipídica celular[6]. Esses níveis de PGs se elevam durante a fase lútea em relação às da fase folicular em mulheres que apresentam ciclos

ovulatórios. Além de que, os níveis de PGs também se elevam muito nas primeiras 48 horas do período de descamação do endométrio[6].

Níveis elevados de PGs não são detectados no plasma de mulheres com dismenorreia primária e sim, no tecido endometrial, o que já foi avaliado realizando-se biópsia de endométrio, lavados endometriais ou análise do fluxo menstrual[7].

Esses compostos podem causar hipercontratilidade uterina, contrações uterinas disrítmicas e aumento do tônus muscular uterino, conduzindo à isquemia e hipóxia, fatores que diretamente causam dor[6].

Além desse processo, descreve-se a hiperalgesia em tecidos profundos resultante de variações hormonais que ocorrem durante o ciclo menstrual e que se evidenciam por hipersensibilidade dolorosa em nível central, cuja manifestação poderia ser dor excessiva em vários pontos e inclusive no assoalho pélvico, acarretando tensão e hiperatividade dos músculos locais. É citado inclusive que mulheres com DP apresentam baixo limiar de percepção à dor e a vários outros estímulos (calor, frio, estímulos elétricos, tácteis), parecendo ser a resposta desproporcional à intensidade da dor relatada, demonstrando que essas mulheres são mais hipersensíveis à dor e a estímulos desencadeantes[8].

Para avaliar tal hipótese Guarda Lima et al.[9] avaliaram 20 mulheres com idades entre 18 e 35 anos, e que apresentavam DP, e que responderam questionário adaptado e baseado em estudo de Lefebvre et al.[10], com questões relativas a características pessoais, histórico ginecológico e interrogatório sobre DP, além de utilizarem um dinamômetro manual no assoalho pélvico direito e esquerdo, que indicaria o limiar pressórico na pelve, quando a pressão aplicada se transformaria em dor. Entretanto, esses autores não detectaram diferenças nos limiares da dor, supondo que não havia ocorrido hipersensibilidade dolorosa central, talvez mascarada pelo uso de contraceptivos pelas mulheres incluídas nesse estudo. Esses resultados diferiram daqueles encontrados por Vincent et al.[11] que realizaram o mesmo experimento em mulheres não usuárias de anticoncepcionais e detectaram diferenças no limiar de dor entre as com e sem DP.

Outra linha de pesquisa, voltada a tentar esclarecer fatores envolvidos nas manifestações clínicas da DP, tem se dirigido à compreensão de genes envolvidos na expressão de citocinas pró-inflamatórias (IL-1β, TNF, IL-6 e IL-8), demonstrando que elas estariam elevadas nessas pacientes, frente a genes que codificam a família do Fator de Transformação de Crescimento β (TGF-β), que estariam suprimidos. Essa desregulação, expressa por respostas inflamatórias intensas e pouca resposta anti-inflamatória, se manifestaria pelas dores de elevada magnitude observadas durante o período menstrual[12].

Quais são as manifestações clínicas da dismenorreia?

Para algumas adolescentes, o sintoma doloroso pode ser acompanhado de náuseas, vômitos e diarreia, resultantes de estímulos gastrintestinais, dor no hipogástrio, na região lombo-sacral ou que se inicia no hipogástrio e se irradia à região dorsal ou para os membros inferiores. A explicação mais provável quanto à evidência desses sintomas é a inervação do útero ser derivada de segmentos da transição toracolombar (T10-L1) e segmentos sacrais (S2-S4)[6].

Ressalta-se que a dor em cólica acompanhada dos outros sintomas pode surgir algumas horas antes do evento menstrual e durar de um a três dias após o início da menstruação.

Em algumas situações, pode haver concomitantemente cefaleia, tonturas, alterações de humor, agressividade, depressão, ansiedade, quadros vertiginosos, cansaço, alterações do controle postural, e distúrbios do sono, etc. Tais eventos resultam em comprometimento da socialização e, a montante, pode-se alterar seu desenvolvimento psicossocial.

No final da década de 1970, alguns estudos indicaram haver concomitância entre DP e transtornos psicológicos, assinalando que esses poderiam se correlacionar às dores crônicas. Estudo realizado na Georgia[3] incluiu 424 adolescentes de 14 a 20 anos, 276 com DP e as demais, suas controles, sem qualquer alteração menstrual. A avaliação foi por escalas que identificavam depressão e ansiedade. Verificou-se que as meninas com DP apresentavam uma chance 1,6 vezes maior de conviver com famílias com conflitos e, de apresentar maior frequência de ansiedade e depressão. Ainda esse estudo questionava qual a sequência dos eventos, a depressão e a ansiedade tornariam essas meninas mais vulneráveis a DP ou seria a DP que resultaria em depressão e ansiedade[13]?

Como se deve avaliar a dismenorreia?

Como em toda consulta médica a anamnese deve ser ampla e obter-se dados sobre o calendário menstrual, idade da menarca, data da última menstruação, duração do período menstrual, intensidade do fluxo, o intervalo entre os ciclos (período entre o primeiro dia da menstruação de um ciclo e o primeiro dia do ciclo seguinte). Além disso deve investigar-se sobre sinais e sintomas que acompanham o ciclo, a gravidade da dor, localização e irradiação, fatores desencadeantes e associados, sintomas gastrintestinais ou urinários, a interferência nas atividades, para que seja possível descartar a dismenorreia secundária.

Deve-se questionar também sobre medicamentos utilizados, tipo, doses, respostas dos sintomas aos mesmos, intervalo de tempo entre a administração e o alívio dos sintomas, se a adolescente consegue retomar suas atividades diárias, qual o tempo decorrido para isso ou se permaneceu impossibilitada de desempenhar suas atividades, ou se houve necessidade de atendimento médico hospitalar.

Além dessa avaliação detalhada, é importante abordar se a adolescente tem vida sexual ativa e o tipo de método contraceptivo utilizado: dupla proteção (contraceptivos hormonais associados a preservativos) ou não, se queixa de dispareunia ou corrimento vaginal, se está com seu calendário vacinal atualizado de acordo com sua faixa etária.

Quais os achados do exame físico na dismenorreia?

O exame físico deve ser completo, lembrando que se a paciente não estiver menstruada, nenhum sinal será observado. Pode haver dor ou desconforto à palpação abdominal localizada no hipogástrio ou com irradiação para as regiões já mencionadas. Ressalta-se que um exame físico normal também não exclui a presença de doenças secundárias. Na sequência, caso a paciente seja sexualmente ativa, o exame ginecológico completo deve ser sempre realizado.

Na situação de ausência de atividade sexual da paciente, o exame ginecológico consistirá na inspeção da genitália externa para descartar malformações. O exame dos órgãos genitais internos por exame especular e toque bimanual pode ser evitado caso a adolescente não tenha atividade sexual, ou a dor seja típica de DP.

Há necessidade de exames complementares na avaliação da dismenorreia?

Nos casos de dor moderada a intensa, ou refratária, é essencial a realização de um ultrassom pélvico para exclusão de dismenorreia secundária.

No caso de adolescentes sem atividade sexual, quando indicado, o ultrassom pélvico deve ser realizado pela via abdominal, mesmo que menos preciso.

A Ressonância nuclear magnética (RNM) está indicada diante de casos refratários a tratamen-

to clínico adequado, para exclusão de causas de dismenorreia secundária como: endometriose, adenomiose, leiomioma e malformações genitourinárias.

A laparoscopia deve ser utilizada como uma ferramenta tanto para diagnóstico preciso, como diferencial para tratamento de causas secundárias como endometriose e doença inflamatória pélvica.

A endometriose foi o diagnóstico confirmado em 25% a 49% das adolescentes com dor pélvica crônica. Além disso, o diagnóstico de endometriose foi realizado em 70% das adolescentes submetidas à laparoscopia por dor pélvica crônica refratária a tratamento clínico[14]. Nesses casos, observou-se um atraso entre o início dos sintomas e a realização do diagnóstico de 2 a 12 anos, o que é inconcebível. Portanto, não se deve postergar sua indicação quando necessária.

Qual o tratamento preconizado para DP?

Várias abordagens podem ser utilizadas frente aos casos de dismenorreia primária, tanto no evento da crise quanto nos períodos entre crises. No período entre crises, sugere-se mudanças alimentares, com redução de cloreto de sódio que pode minimizar a retenção de líquidos, assim como a redução da oferta de carbohidratos e gorduras na dieta.

Ensaios clínicos com base em suplementos alimentares, como forma de tratamentos alternativos evidenciaram que, o uso de gengibre, ômega 3, ou vitamina B1 mostraram-se superiores ao placebo[14,15].

Estudo nacional evidenciou que a presença de dismenorreia foi superior no grupo de adolescentes, jovens e adultas jovens sedentárias. Os exercícios físicos são recomendados pois se relacionam à vasodilatação, que pode minimizar o quadro álgico.[16]

Alguns estudos demonstram que banhos mornos, compressas ou bolsas de água quente e massagens relaxantes também podem auxiliar no alívio dos sintomas, quando associados ao tratamento farmacológico.

Intervenções comportamentais, relaxamento, meditação, *biofeedback* afetam positivamente os quadros álgicos. Entretanto, em revisão sistemática da Cochrane, os autores apontam, no tocante às intervenções comportamentais, que os cinco estudos incluídos tinham amostra pequena, método inadequado e as conclusões deveriam ser assumidas com cuidado. Diante desse posicionamento, sugerem que mais ensaios clínicos randomizados duplo cegos sejam realizados[13].

Durante as crises recomenda-se repouso, antiespasmódicos, analgésicos, calor local e, em algumas situações, medicamentos ansiolíticos. Estudos bem desenhados revelam que adolescentes que apresentam DP revelam escores mais elevados para depressão e ansiedade quando comparadas às suas controles (sem DP), necessitando suporte psicológico durante o tratamento ou acompanhamento[3,17].

No tocante a medicamentos, os anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) são considerados tratamento de primeira escolha, pois atuam na inibição da enzima cicloxigenase (COX) e reduzem a produção das PGs. Devem preferencialmente ser administrados um a dois dias antes da menstruação e mantidos por período de até cinco dias de uso total.

Os AINEs podem atuar tanto na COX-1 como na COX-2 interferindo na produção das PGs, entretanto, sabe-se que também atuam na síntese do tromboxane e das prostaciclinas.

Revisão Cochrane[18] que incluiu 80 estudos clínicos, reforça a eficácia do emprego de AINEs como tratamento de primeira escolha em comparação ao uso de acetominofen, apesar do efeito colateral gastrintestinal mais frequente no primeiro grupo. É importante lembrar a utilização dos AINEs junto às refeições, para minimizar efeitos colaterais.

Outro estudo amplo, realizado sobre a utilização de AINEs, não destacou a superioridade de um anti-inflamatório frente a outros, no alívio dos sintomas da dismenorreia. Dentre os mais indicados, são citados ibuprofeno, naproxeno, ácido mefenâmico e diclofenaco. As doses recomendadas são: ibuprofeno 400mg e manutenção de 200 a 400mg a cada 4 a 6 horas; naproxeno 500mg e manter com 500mg de 12/12h por 3 a 5 dias; diclofenaco potássico 100mg dose de ataque e depois, 50mg de 8/8h e ácido mefenâmico 500mg no início da crise e manter de 8/8h até 5 dias[19].

Os anticoncepcionais hormonais são considerados tratamentos efetivos da DP. Seu mecanismo de ação consiste na inibição da ovulação, provocam atrofia endometrial, redução do fluxo menstrual e a secreção de PGs, com consequente diminuição das queixas álgicas. São indicados principalmente na falha do uso de AINEs e em adolescentes sexualmente ativas, associando o efeito contraceptivo ao benefício de alívio da dismenorreia.

Podem ser empregados em regime cíclico ou modificado para uso estendido ou contínuo com supressão da menstruação, quando elas não apresentarem resposta importante ao tratamento. Estão disponíveis contraceptivos compostos de combinações de estrogênio com progesteronas sintéticas ou de progestagênio isolado, ambas opções podem ser empregadas no manejo da dismenorreia. Entretanto, o prescritor deve ter amplo conhecimento no manejo de tais medicamentos e seus possíveis efeitos colaterais[21].

Não há consenso quanto ao tipo de combinação hormonal mais eficaz no tratamento da dismenorreia. O medicamento injetável contendo medroxiprogesterona apresenta-se como método contraceptivo eficaz com elevada taxa de amenorreia no primeiro ano, chegando a 60%, e consequente melhora da dismenorreia, porém, possui um alerta quanto ao impacto negativo sobre o incremento da densidade mineral óssea na faixa etária em discussão[20-22].

Outras vias de contraceptivos hormonais não orais também podem ser utilizadas com esse intuito, porém, de acesso mais restrito devido ao custo e manejo não habituais como os anéis vaginais e adesivos transdérmicos.

Sugere-se leitura do tema "Anticoncepção na Adolescência" apresentado pelo Departamento Científico de Adolescência e membros da FEBRASGO, em fevereiro de 2018 disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20290c-GPA_-_Anticoncepcao_na_Adolescencia.pdf[23].

Outra possibilidade seria a utilização de métodos de longa duração (LARCs). O estudo de coorte prospectivo CHOICE destacou os LARCs, como os dispositivos intrauterinos e implantes como sendo de primeira escolha para adolescentes, com apoio do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia[24]. Destaque para o dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel que atua liberando progesterona na cavidade uterina provocando atrofia endometrial e redução do fluxo e das cólicas menstruais, apesar de não suprimir a ovulação. Acrescenta-se ao método, alta eficácia contraceptiva e elevada taxa de continuidade no primeiro ano de uso. A taxa de sucesso no alívio dos sintomas de dor em adolescentes usuárias chega a 92%[25,26].

Falha nos tratamentos medicamentosos acima indicados pode ocorrer em até 25% dos casos, além dos efeitos colaterais provocados que conduzem ao abandono do tratamento. A persistência dos sintomas é indicador de doença orgânica e a avaliação pelo ginecologista especialista em laparoscopia deve ser considerada para descartar dismenorreia secundária[27].

Qual o impacto da DP na qualidade de vida das adolescentes?

A dismenorreia pode afetar a saúde mental e a vida social de muitas mulheres, assim como, impactar em aspectos sociais e psicológicos que resultam em comprometimento da qualidade de

vida das adolescentes acometidas pelos sintomas. Dor e depressão estão intimamente ligadas, consequentemente, problemas comportamentais e emocionais, como uso e abuso de tabaco, de outras drogas lícitas e ilícitas, depressão e ansiedade são comumente observados em adolescentes que sofrem com dismenorreia.

Assim, como consequência, as comorbidades que afetam a saúde mental podem justificar a falha de resposta aos diversos tratamentos disponíveis para a dismenorreia, sendo importante identificá-las para uma adequada abordagem.

Estudo recente[17] mostrou resultados concordantes aos evidenciados, previamente por Gagua e colaboradores[3] relacionando dismenorreia aos transtornos psicológicos. Foram aplicados três questionários na avaliação de sinais e sintomas de depressão, ansiedade e qualidade de vida, utilizando-se escalas (Inventário de Qualidade de Vida Pediátrico - PedsQL, Inventário de Ansiedade Traço-Estado - STAI e Invetário de Depressão Infantil – CDI), que analisam o componente físico e mental. Apesar da amostra ser pequena (101 adolescentes, de 12 a 18 anos, sendo 60 com dismenorreia e 41 suas controles) o escore de qualidade de vida foi menor para o grupo de adolescentes com dismenorreia, sendo o resultado proporcional à gravidade dos sintomas. Ansiedade e depressão, neste estudo, também foram associadas aos casos mais graves de dismenorreia, principalmente entre adolescentes que procuravam atendimento hospitalar de emergência comparativamente àquelas que apresentavam alívio dos sintomas com uso de analgésicos ou bolsas de água quente.

Além de todas as técnicas e medicamentos apresentados, devemos dar destaque ao acompanhamento minucioso e adequado das pacientes, lançando mão das várias recomendações que foram abordadas neste documento, ressaltando que a adolescência é uma das fases mais importantes do desenvolvimento humano e que, hábitos e comportamentos desenvolvidos nessa fase da vida serão certamente incorporados e contribuirão à manutenção da saúde e qualidade de vida futuras da população.

Recomendações

- Acolha sua adolescente em consulta. Abordagem ativa sobre dismenorreia. Lembre que muitas delas não comentarão sobre essa queixa.
- Anamnese minuciosa com caracterização do ciclo menstrual e de todos os aspectos que comprometam sua qualidade de vida.
- Exames complementares são importantes nas apresentações clínicas de moderada e forte intensidade de dor e nos casos refratários aos tratamentos propostos para exclusão de dismenorreia secundária.
- Os tratamentos farmacológicos disponíveis são anti-inflamatórios, anticoncepcionais hormonais em suas várias apresentações e vias de administração.
- Estimular a prática de exercícios físicos e adoção de mudanças de hábitos alimentares, com redução de cloreto de sódio e de oferta de carbohidratos e gorduras na dieta. Alimentos ricos em ômega 3 e vitamina B1 ou gengibre podem ser alternativas.
- Acompanhamento psicológico adjuvante deve ser recomendado diante do impacto dos sintomas na vida diária da adolecente e sua associação com depressão e ansiedade.

REFERÊNCIAS

01. Motta EV, Salomão AJ RL. Dismenorreia. Rev Bras Med. 2000;57:369-86.

02. Dietrich JE. An update on adenomyosis in the adolescent. Curr Opin Obstet Gynecol [Internet]. 2010 Oct;22(5):388–92. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20613517 Acesso em abril de 2020.

03. Gagua T, Tkeshelashvili B, Gagua D, Mchedlishvili N. Assessment of Anxiety and Depression in Adolescents with Primary Dysmenorrhea: A Case-Control Study. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2013 Dec;26(6):350–4. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1083318813002258 Acesso em Abril de 2020.

04. Gunn HM, Tsai M-C, McRae A, Steinbeck KS. Menstrual Patterns in the First Gynecological Year: A Systematic Review. J Pediatr Adolesc Gynecol. [Internet]. 2018 Dec;31(6):557-565.e6. Disponível em: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1083318818302626 Acesso Abril 2020.

05. Sundell G, Milsom I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhoea in young women. Br J Obstet Gynaecol [Internet]. 1990 Jul;97(7):588–94. Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2390501 Acesso em Abril 2020.

06. Hayaishi O, Matsumura H. Prostaglandins and sleep. Adv Neuroimmunol [Internet]. 1995;5(2):211–6. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7496614 Acesso Abril de 2020.

07. Dawood MY. Primary dysmenorrhea: advances in pathogenesis and management. Obstet Gynecol [Internet]. 2006;108(2):428–41. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16880317 Acesso Abril de 2020.

08. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. Hum Reprod Update [Internet]. 2015;21(6):762–78. Disponível em: https://academic.oup.com/humupd/article-lookup/doi/10.1093/humupd/dmv039 Acesso Abril de 2020.

09. Lima V dos SG, Arruda GT de, Strelow CS, Froelich MA, Saccol MF, Braz MM. Comparison of the pain pressure threshold on the pelvic floor in women with and without primary dysmenorrhea. Brazilian J Pain [Internet]. 2019;2(2):101–4. Disponível em: http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/2595-0118.20190019 Acesso Abril de 2020.

10. Lefebvre G, Pinsonneault O, Antao V, Black A, Burnett M, Feldman K, et al. Primary dysmenorrhea consensus guideline. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2005;27(12):1117–46. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16524531 Acesso Abril de 2020.

11. Vincent K, Warnaby C, Stagg CJ, Moore J, Kennedy S, Tracey I. Dysmenorrhoea is associated with central changes in otherwise healthy women. Pain [Internet]. 2011;152(9):1966–75. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21524851 Acesso Abril de 2020.

12. Ma H, Hong M, Duan J, Liu P, Fan X, Shang E, et al. Altered cytokine gene expression in peripheral blood monocytes across the menstrual cycle in primary dysmenorrhea: a case-control study. PLoS One [Internet]. 2013;8(2):e55200. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23390521 Acesso Abril de 2020.

13. Proctor ML, Murphy PA, Pattison HM, Suckling J, Farquhar CM. Behavioural interventions for primary and secondary dysmenorrhoea. Cochrane database Syst Rev [Internet]. 2007;(3):CD002248. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17636702 Acesso Abril de 2020.

14. Burnett M, Lemyre M. No. 345-Primary Dysmenorrhea Consensus Guideline. J Obstet Gynaecol Canada [Internet]. 2017;39(7):585–95. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28625286 Acesso Abril de 2020.

15. Pattanittum P, Kunyanone N, Brown J, Sangkomkamhang US, Barnes J, Seyfoddin V, et al. Dietary supplements for dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2016;(3):CD002124. Disponível em: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002124.pub2 Acesso Abril de 2020.

16. Prazeres LMA dos, Brito RG de, Ramos ES. Regular physical exercise, sedentarism and characteristics of dismenorrhea and premenstrual syndrome. Fisioter em Mov [Internet]. 2018 Jun 7;31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-51502018000100214&lng=en&tlng=en Acesso Abril de 2020.

17. Sahin N, Kasap B, Kirli U, Yeniceri N, Topal Y. Assessment of anxiety-depression levels and perceptions of quality of life in adolescents with dysmenorrhea. Reprod Health [Internet]. 2018;15(1):13. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29373981 Acesso Abril de 2020.

18. Marjoribanks J, Ayeleke RO, Farquhar C, Proctor M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(7):CD001751.

19. Ryan SA. The Treatment of Dysmenorrhea. Pediatr Clin North Am [Internet]. 2017;64(2):331–42. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1016/j.pcl.2016.11.004

20. Harel Z. Dysmenorrhea in adolescents and young adults: an update on pharmacological treatments and management strategies. Expert Opin Pharmacother [Internet]. 2012;13(15):2157–70. Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1517/14656566.2012.725045 Acesso Abril de 2020.

21. Dmitrovic R, Kunselman AR, Legro RS. Continuous Compared With Cyclic Oral Contraceptives for the Treatment of Primary Dysmenorrhea. Obstet Gynecol [Internet]. 2012;119(6):1143–50. Disponível em: http://insights.ovid.com/crossref?an=00006250-201206000-00011 Acesso Abril de 2020.

22. Uysal G, Akkaya H, Cagli F, Tutus S, Tayyar AT. A comparison of two different oral contraceptives in patients with severe primary dysmenorrhoea. J Obstet Gynaecol (Lahore) [Internet]. 2018;38(6):828–32. Disponível em: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/01443615.2017.1410533 Acesso Abril de 2020.

23. Sociedade Brasileira de Pediatria. Anticoncepção na Adolescência [Internet]. 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20290c-GPA_-_Anticoncepcao_na_Adolescencia.pdf %0D Acesso Abril de 2020.

24. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol [Internet]. 2010;203(2):115.e1-7. Disponível em: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20541171 Acesso Abril de 2020.

25. Aslam N, Blunt S, Latthe P. Effectiveness and tolerability of levonorgestrel intrauterine system in adolescents. J Obstet Gynaecol (Lahore) [Internet]. 2010;30(5):489–91. Disponível em: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/01443615.2010.484107 Acesso Abril de 2020.

26. Adeyemi-Fowode OA, Bercaw-Pratt JL. Intrauterine Devices: Effective Contraception with Noncontraceptive Benefits for Adolescents. J Pediatr Adolesc Gynecol [Internet]. 2019;32(5):S2–6. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jpag.2019.07.001 Acesso Abril de 2020.

27. De Sanctis V, Soliman A, Bernasconi S, Bianchin L, Bona G, Bozzola M, et al. Primary dysmenorrhea in adolescents: Prevalence, impact and recent knowledge. Pediatr Endocrinol Rev. 2015;13(2):512–20.

Diretoria

Triênio 2019/2021

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:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
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:
Cláudio Hoineff (RJ)
3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)
DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
COORDENADORES REGIONAIS
NORTE:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
NORDESTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
SUDESTE:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Isabel Rey Madeira (RJ)
SUL:
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)
CENTRO-OESTE:
Regina Maria Santos Marques (GO)
Natasha Slhessarenko Fraife Barreto (MT)
COMISSÃO DE SINDICÂNCIA
TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Valmin Ramos da Silva (ES)
SUPLENTES:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Marisa Lopes Miranda (SP)
Joaquim João Caetano Menezes (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)
ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:
COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virgínia Weffort (MG)
Themis Reverbel da Silveira (RS)
DIRETORIA E COORDENAÇÕES
DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Morais (SP)
Kerstin Tanigushi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)
COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)
COORDENAÇÃO:
Hélcio Villaça Simões (RJ)
MEMBROS:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Clovis Francisco Constantino (SP)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Flavia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valete (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Silvio Rocha Carvalho (RJ)
COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SERIADA
COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)
MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)
João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)
DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sergio Augusto Cabral (RJ)
REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)
DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL
COORDENAÇÃO:
Fabio Augusto de Castro Guerra (MG)
MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Britto Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Anenisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Jocileide Sales Campos (CE)
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)
DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)
DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES
COORDENAÇÃO:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)
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 Weffort (MG)
PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Marcia de Freitas (SP)
PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)
PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Slhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)
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)
Altacílio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)
EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)
COORDENAÇÃO:
Renato Procianoy (RS)
MEMBROS:
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)
EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)
EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)
CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurílio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)
CONSULTORIA EDITORIAL:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)
Dirceu Solé (SP)
Joel Alves Lamounier (MG)
EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejtiar Waksman (SP)
COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)
Tulio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (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 GRADUAÇÃO
COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)
MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Silvia Wanick Sarinho (PE)
COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA
COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
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)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélcio Maranhão (RN)
COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
Adelma Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Marynea Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)
GRUPOS DE TRABALHO
DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA
COORDENAÇÃO:
João Paulo Becker Lotufo (SP)
MEMBROS:
Evelyn Eisenstein (RJ)
Alberto Araujo (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Nivaldo Sereno de Noronha Júnior (RN)
Suzana Maria Ramos Costa (PE)
Iolanda Novadski (PR)
Beatriz Bagatin Bermudez (PR)
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)
Carlos Eduardo Reis da Silva (MG)
Paulo César Pinho Ribeiro (MG)
Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)
Ana Marcia Guimarães Alves (GO)
Camila dos Santos Salomão (AP)
DOENÇAS RARAS
COORDENAÇÃO:
Salmo Raskin (PR)
MEMBROS:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Ana Maria Martins (SP)
Claudio Cordovil (RJ)
Lavinia Schuler Faccini (RS)
ATIVIDADE FÍSICA
COORDENAÇÃO:
Ricardo do Rêgo Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
MEMBROS:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)
Dirceu Solé (SP)
METODOLOGIA CIENTÍFICA
COORDENAÇÃO:
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)
MEMBROS:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)
PEDIATRIA E HUMANIDADE
COORDENAÇÃO:
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
João de Melo Régis Filho (PE)
Dilza Teresinha Ambros Ribeiro (AC)
Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
CRIANÇA, ADOLESCENTE E NATUREZA
COORDENAÇÃO:
Laís Fleury (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Daniel Becker (RJ)
Ricardo do Rêgo Barros (RJ)
OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:
COORDENAÇÃO:
Fábio Ejzenbaum (SP)
MEMBROS:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Galton Carvalho Vasconcelos (MG)
Julia Dutra Rossetto (RJ)
Luisa Moreira Hopker (PR)
Rosa Maria Graziano (SP)
Celia Regina Nakanami (SP)
SAÚDE MENTAL
COORDENAÇÃO:
Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida (RJ)
MEMBROS:
Daniele Wanderley (BA)
Vera Lucia Afonso Ferrari (SP)
Rossano Cabral Lima (RJ)
Gabriela Judith Crenzel (RJ)
Cecy Dunshee de Abranches (RJ)
Adriana Rocha Brito (RJ)
MUSEU DA PEDIATRIA
COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)
MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
REDE DA PEDIATRIA
COORDENAÇÃO:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Rubem Couto (MT)
MEMBROS:
SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRA:
Ana Isabel Coelho Montero
SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA:
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires
SOCIEDADE AMAPAENSE DE PEDIATRIA:
Rosenilda Rosete de Barros
SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA:
Elena Marta Amaral dos Santos
SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:
Dolores Fernandez Fernandez
SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA:
Anamaria Cavalcante e Silva
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL:
Dennis Alexander Rabelo Burns
SOCIEDADE ESPIRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA:
Roberta Paranhos Fragoso
SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:
Marise Helena Cardoso Tófoli
SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO: Marynea Silva do Vale
SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA:
Mohamed Kassen Omais
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL: Carmen Lucia de Almeida Santos
SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA:
Marisa Lages Ribeiro
SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza
SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA:
Leonardo Cabral Cavalcante
SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA:
Kerstin Taniguchi Abagge
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO:
Katia Galeão Brandt
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ:
Anenisia Coelho de Andrade
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: Katia Telles Nogueira
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE: Katia Correia Lima
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL: Sérgio Luis Amantéa
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA:
José Roberto Vasques de Miranda
SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA:
Adelma Alves de Figueiredo
SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA:
Rosamaria Medeiros e Silva
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO:
Sulim Abramovici
SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA:
Ana Jovina Barreto Bispo
SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA:
Elaine Carneiro Lobo
DIRETORIA DE PATRIMÔNIO
COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
Cláudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sergio Antônio Bastos Sarrubo (SP)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA
PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)
VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)
SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)