



Documento Científico

Departamento Científico
de Pediatria Ambulatorial
(2019-2021)

Parasitoses intestinais

Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial

Presidente: Tadeu Fernando Fernandes

Secretária: Normeide Pedreira dos Santos França (Relatora)

Conselho Científico: Geila de Amorim Rocha, José Paulo Vasconcellos Ferreira,
Regis Cardoso Assad, Renata Rodrigues Aniceto, Samir Buainain Kassar

Introdução

As parasitoses intestinais determinam várias consequências; sua maior importância relaciona-se ao efeito nocivo sobre a nutrição das crianças, seu crescimento e o desenvolvimento cognitivo, o que reduz a escolarização e exerce impacto negativo sobre a produtividade no trabalho, com geração de barreira econômica e piora nos níveis de pobreza. Desta forma, mais do que um problema para a saúde, as enteroparasitoses representam um entrave ao desenvolvimento humano e econômico das nações.^{1,2}

Outros aspectos são os custos gerados por cuidados médicos e as alterações nos ciclos biológicos dos parasitas em imunocomprometidos.

Epidemiologia

As parasitoses intestinais representam as doenças mais comuns, com alta prevalência em países em desenvolvimento, associadas a múltiplos fatores socioeconômicos e ambientais, como o acesso limitado ao saneamento básico. Em países desenvolvidos ocorrem sob a forma de surtos, geralmente relacionados à contaminação da água.¹

Estas parasitoses afetam um bilhão de pessoas no mundo e 49 milhões de crianças abaixo dos 15 anos em trinta países da América Latina e no Caribe estão em risco para aquisição de parasitoses intestinais.²

Globalmente há aproximadamente um bilhão de pessoas com *Ascaris lumbricoides* e um

pouco menos com *Trichuris trichiura* e ancilostomídeos. A *Giardia lamblia* afeta 200 milhões de indivíduos, sendo 2% de adultos e 6% a 8% de crianças em países desenvolvidos enquanto em países em desenvolvimento atinge 20% a 60% das crianças. Quanto à *Entamoeba histolytica*, acomete 500 milhões de indivíduos, sendo 50 milhões com a forma invasiva, e causa 100 mil óbitos/ano.^{1,3}

No Brasil a prevalência de parasitoses em geral varia de 15% a 80%, de acordo com a população estudada. Entre escolares varia de 23,3% a 66,3% e é de 15% para lactentes. O poliparasitismo ocorre em 15% a 37% dos casos.³

Classificação dos parasitas^{4,5}

Helmintos

São seres pluricelulares visíveis ao olho nu, que possuem sistemas nervoso e muscular rudimentares e se reproduzem por oviposição (depositam ovos no meio externo, que se transformam em larvas, maturadas até a forma adulta), ou de forma sexuada, por heterofecundação (machos e fêmeas) e auto-fecundação (hermafroditas).⁴

Os helmintos estão divididos em:

1. Platelmintos, vermes achatados, subdivididos em:
 - Trematódeos (vermes chatos, não segmentados): *Schistosoma mansoni*
 - Cestódeos (vermes chatos, segmentados em forma de fita): *Taenias solium* e *saginata* e *Hymenolepis nana*
2. Nematelmintos (vermes cilíndricos, não segmentados):
 - *Ascaris lumbricoides*
 - *Ancylostoma duodenale*/ *Necator americanus*
 - *Enterobius vermicularis*
 - *Strongyloides stercoralis*
 - *Trichuris trichiura*

Protozoários

Organismos unicelulares que têm cistos, oocistos e esporos como fontes de infecção e diagnóstico. A *Giardia lamblia* e o complexo *Entamoeba histolytica/dispar* são os de maior interesse na assistência a crianças imunocompetentes.⁵

Transmissão⁵

- **Alimentar:** água, frutas e hortaliças cruas, contaminadas por cistos de protozoários, e contaminação alimentar por manipuladores parasitados
- **Ambiental:** contato com solo contaminado, banhos em água parada, hábitos sanitários inadequados e vetores (poeira, baratas, besouros e moscas veiculam ovos infectantes)

Manifestações clínicas

A intensidade das manifestações clínicas depende de vários fatores, individuais, parasitários e ambientais. São fatores associados a quadros clínicos mais graves:^{1,4,5}

- **Relacionados ao hospedeiro:** desnutrição, comprometimento imunológico;
- **Parasitários:** carga parasitária e virulência do parasita infectante;
- **Ambientais:** habitação sem saneamento básico, hábitos higiênicos inadequados.

Em geral, estão presentes sintomas comuns às parasitoses:^{1,4,5}

- **Sintomas gastrointestinais crônicos:** diarreia, má absorção (giardíase, strongiloidíase), náuseas, vômitos, dor abdominal e prurido anal
- **Alterações hematológicas:** eosinofilia periférica (helmintos) e anemia ferropriva, principalmente em crianças
- **Sintomas respiratórios (Síndrome de Löeffler):** relacionados aos parasitas que têm passagem pulmonar em seu ciclo biológico (*Strongyloides*)

des stercoralis, *A. duodenale*/*Necator americanus* e *A. lumbricoides*)

- **Outros:** perda ponderal, hepatoesplenomegalia, febre e dermatite perianal.

Embora a maioria das parasitoses intestinais apresente quadro clínico indistinguível, há algumas particularidades em sua morbidade que as diferenciam, conforme descrição na tabela 1.

Tabela 1. Particularidades na morbidade das enteroparasitoses^{1,3-5}

Parasita	Aspectos peculiares da parasitose
<i>Ascaris lumbricoides</i>	Semi-oclusão ou oclusão intestinal
<i>Ancylostoma duodenale</i> / <i>Necator americanus</i>	Principal causa de anemia ferropriva na infância, por hematofagismo: <i>A. duodenale</i> : 0,05-0,3ml/verme/dia <i>N. americanus</i> : 0,01-0,04ml/verme por dia
<i>Enterobius vermicularis</i>	Migração dos parasitas para a genitália feminina e consequente vaginite, cervicite e/ou salpingite
<i>Trichuris trichiura</i>	Anemia ferropriva secundária à perda de sangue oculto nas fezes; diarreia crônica com tenesmo; prolapso retal
<i>Strongyloides stercoralis</i>	Hiperinfestação em imunodeficientes e pessoas HIV+; risco de infecções secundárias por enterobactérias e fungos
<i>Schistosoma mansoni</i>	Comprometimento hepatointestinal, hepatoesplênico e varizes esofágicas
<i>Taenia solium</i> (neurocisticercose)	Crises epiléticas, hipertensão intracraniana, meningite, distúrbios psíquicos
<i>Giardia lamblia</i>	Esteatorreia, perda ponderal, prejuízo na absorção de nutrientes, déficit de vitaminas lipossolúveis (A, D, E e K), vitamina B ₁₂ , ferro e lactase
<i>Entamoeba histolytica</i>	Disenteria amebiana, tenesmo, fezes muco-sanguinolentas, dor abdominal intensa, invasão da mucosa intestinal por trofozoítos atingindo sítios extra intestinais por via hematogênica

HIV+ = infectado pelo vírus da imunodeficiência humana

Diagnóstico^{4,5}

Suspeição

É feita pelo quadro clínico, entretanto, a semelhança dos sintomas dificulta o diagnóstico clínico de poliparasitismo.

Confirmação

É feita pela visualização de helmintos eliminados ou positividade de algum método diagnóstico. O parasitológico de fezes é o método mais econômico e de mais fácil execução, porém

a baixa frequência de exames positivos dificulta o diagnóstico.

A positividade de uma amostra fecal é em torno de 50% e sobe para 60% a 90% se forem coletadas três amostras. Os cistos são excretados em fezes sólidas e os trofozoítos são mais encontrados em fezes diarreicas.

Fatores que dificultam a obtenção de um parasitológico de fezes positivo⁵

- **Qualidade da amostra fecal:** pode ser comprometida pelo uso de antiácidos, laxativos, óleo mineral, antimicrobianos, medicamentos com

bário, bismuto, ferro e soluções hipertônicas de enema. Quando em uso, deverão ser suspensos por uma semana antes da coleta da amostra.

- **Tempo decorrido entre a coleta e o processamento da amostra:** após 20 minutos os trofozoítos sofrem degeneração. Desta forma, o ideal é coletar com algum fixador.
- **Variedade de métodos diagnósticos:** nem sempre o método usado é adequado ao caso.

Tratamento

A eficácia terapêutica de um fármaco na pediatria relaciona-se a vários fatores, dentre os quais a adesão ao tratamento. Esta pode ser comprometida por má palatabilidade do fármaco, posologia e duração do tratamento inconvenientes para os pais e cuidadores das crianças, além de efeitos adversos desagradáveis.

Considerações prévias à escolha do antiparasitário:

1. Há poliparasitismo?

- Prescrever um antiparasitário de amplo espectro ou começar pela espécie mais patogênica, caso necessite usar mais de um fármaco

2. Qual a idade do paciente?

- A maioria dos fármacos tem contraindicação abaixo dos dois anos de idade

3. Qual o efeito desejado?

- Ovicida, larvicida e/ou vermicida

4. A posologia e possíveis reações adversas podem comprometer a adesão ao tratamento?

- Preferir fármacos com menor reatogenicidade, posologia mais cômoda e menor duração de tratamento

5. Como prevenir reinfeção?

- Considerar tratar toda a família nas helmintíases, principalmente na enterobíase e orientar a família sobre medidas profiláticas

6. Como fazer o controle de cura?

- Exames de controle nos 7º, 14º e 21º dias. Se não for possível, deverá repetir o tratamento

7. O paciente tem terapia imunossupressiva programada?

- Investigar *S. stercoralis* ou usar esquema profilático

A tabela 2 descreve o espectro, os mecanismos de ação e a posologia dos antiparasitários mais frequentemente recomendados.

Tabela 2. Antiparasitários, seus espectros, mecanismos de ação e posologia¹⁻⁷

Fármaco antiparasitário	Espectro de ação	Mecanismo de ação	Posologia	Observações
Metronidazol (comprimidos 500 mg e suspensão 20 mg/mL)	<i>G. lamblia</i> <i>E. histolytica</i>	Interage com o DNA e impede a sua replicação. Ação mista contra amebíase intestinal e extra-intestinal	15-25 mg/kg/dia por 5 a 7 dias para <i>Giardia lamblia</i> e por 7 a 10 dias para <i>E. histolytica</i>	Ingerir depois de refeição; 10 a 20% de resistência na giardíase ⁷
Secnidazol (suspensão 450mg/15mL e 900mg/30mL)	<i>G. lamblia</i> <i>E. histolytica</i>	Penetra na célula do protozoário, destrói a cadeia de DNA ou inibe a sua síntese	30mg/kg, à noite, 2 dias (<i>Giardia</i>); 30mg/kg, dose única (amebíase formas leves e moderadas) OU 30mg/kg dose única diária por 5 dias (formas graves)	Usar após refeição; palatabilidade ruim, dificulta aceitação pelas crianças

continua...

... continuação

Fármaco antiparasitário	Espectro de ação	Mecanismo de ação	Posologia	Observações
Tinidazol (comprimidos 500 mg)	<i>G. lamblia</i> <i>E. histolytica</i>	Penetra na célula do protozoário, destrói a cadeia de DNA ou inibe a sua síntese	Para giardíase : 50mg/kg em dose única à noite Para amebíase : 50mg/kg/dia, 1 a 2 vezes ao dia, 3 dias (forma leve) ou 60mg/kg/dia, 1 a 2 vezes ao dia, 5 dias (forma grave)	Disponível apenas em comprimidos
Mebendazol (comprimidos 500 mg e suspensão 20 mg/mL)	<i>E. vermiculares</i> <i>A. lumbricoides</i> <i>S. stercoralis</i> <i>A. duodenale</i> <i>T. trichiura</i> , <i>T. solium</i> <i>T. saginata</i> <i>H. nana</i>	Impede captação de glicose pelo parasita e depleta o estoque de glicogênio e ATP, essenciais para sua reprodução e sobrevivência	100 mg (5 mL) de 12/12 horas, durante 3 dias (por não ser larvicida, deverá ser repetido 10 a 14 dias depois)	Ovicida, vermícida Ingerir fora da refeição Eliminação dos parasitas em alguns dias
Albendazol (comprimidos 500 mg e suspensão 40 mg/mL)	<i>E. vermiculares</i> <i>A. lumbricoides</i> <i>S. stercoralis</i> <i>A. duodenale</i> <i>T. trichiura</i> , <i>T. solium</i> <i>T. saginata</i> <i>G. lamblia</i>	Impede captação de glicose pelo parasita e depleta o estoque de glicogênio e ATP	400 mg, em dose única para giardíase, repetir por 5 dias seguidos	Para neurocisticercose, usar 15 mg/dia, dividido em 3 tomadas diárias, durante 30 dias
Tiabendazol (comprimidos 500 mg e suspensão 20 mg/mL)	<i>S. stercoralis</i> <i>E. vermicularis</i> Larva migrans cutânea e visceral	Impede captação de glicose pelo parasita e depleta o estoque de glicogênio e ATP	25 mg/Kg de 12/12 horas	Ingerir após refeição ou à noite
Cambendazol	<i>S. stercoralis</i>	Impede captação de glicose pelo parasita e depleta o estoque de glicogênio e ATP	5 mg/Kg/dia	Mais potente que o tiabendazol e com menos efeitos colaterais
Pamoato de pirvínio (drágeas 100 mg e suspensão 50 mg/5,0 mL)	<i>E. vermicularis</i>	Interfere na captação de glicose pelos helmintos e depleta sua fonte energética	10 mg/Kg dose única	Colore as fezes e vômitos em vermelho
Praziquantel (comprimidos 500 mg e suspensão 20 mg/mL)	<i>S. mansoni</i> <i>Taenia solium</i> <i>T. saginata</i> <i>H. nana</i>	Aumenta a permeabilidade da membrana, causando contrações e paralisia da sua musculatura	60 mg/Kg, dose única; para as tênias: 100 mg/Kg dose única; repousar por 3 horas para evitar náuseas e tonturas	Se usado por nutriz: suspender LM por 72 horas (oferecer LM de ordenha prévia)

continua...

... continuação

Fármaco antiparasitário	Espectro de ação	Mecanismo de ação	Posologia	Observações
Ivermectina (comprimidos 6mg)	<i>S. stercoralis</i> , larva migrans cutânea e visceral, ectoparasitoses	Age em receptores de membrana celular causando paralisia tônica da musculatura dos vermes	200 microgramas/Kg dose única	Os metabólitos têm meia-vida de 3 dias
Nitazoxanida (comprimidos 500 mg e suspensão 20 mg/mL)	<i>E. vermicularis</i> <i>A. lumbricoides</i> <i>S. stercoralis</i> <i>A. duodenale</i> <i>T. trichiura</i> , <i>T. solium</i> <i>T. saginata</i> <i>H. nana</i> <i>G. lamblia</i> <i>E. histolytica</i>	Para helmintos: inibe a polimerização da tubulina do parasita Para protozoários: interfere na enzima piruvato-ferredoxina-oxidoreductase (PFOR); bloqueia transferência de elétrons	7,5 mg/kg/dose, 12/12 horas, por 03 dias	Usar durante ou após refeição A urina assume coloração esverdeada

O uso de piperazina foi descontinuado pelo FDA e pela Anvisa desde 2012. Em caso de semi-oclusão ou oclusão intestinal por áscaris, a recomendação atual é fazer hidratação parenteral e administrar óleo mineral por sonda nasogástrica até eliminação retal do óleo, aguardar a eliminação dos parasitas, para depois tratar a parasitose. A migração errática de vermes para a árvore biliar indica retirada por via endoscópica.⁸

- Indivíduos com diarreia por *G. lamblia* devem manter-se afastados de águas recreativas (piscinas, lagos e rios) por pelo menos duas semanas após a resolução dos sintomas;
- Pacientes hospitalizados com giardíase devem receber cuidados com precauções básicas e de contato;
- Para controle das parasitoses intestinais em áreas endêmicas, o uso empírico de um antiparasitário de amplo espectro duas a três vezes por ano é uma alternativa para reduzir os efeitos maléficos das parasitoses sobre a saúde da população.²

Prevenção^{2,4,5}

É baseada nas formas de transmissão:

- Evitar o consumo de água potencialmente contaminada (não filtrada) ou alimentos crus, principalmente frutas e hortaliças;
- Adotar medidas de saneamento e higiene para a população em geral, principalmente em creches, após o manejo de fraldas sujas;

Algumas características dos parasitas dificultam a sua erradicação (tabela 3) e contribuem para a manutenção das parasitoses em áreas endêmicas.

Tabela 3. Características que dificultam a erradicação das parasitoses^{2,4,5}

Parasitas	Forma infectante	Fatores que dificultam a erradicação
<i>Ascaris lumbricoides</i>	ovos	grande eliminação de ovos/dia
<i>Trichuris trichiura</i>	ovos	aerossolização de ovos
<i>Enterobius vermicularis</i>	ovos	os ovos são altamente resistentes em meio favorável durante anos
<i>Giardia lamblia</i>	cistos	grande eliminação de cistos por dia (300 milhões a 14 bilhões), os quais permanecem viáveis por meses em água (4-10°C); baixa dose infectante (10 cistos podem provocar doença); resistência dos cistos à cloração da água
<i>E. histolytica</i>	cistos	os cistos resistem ao cloro e em queijos, pães, verduras e frutas por pelo menos 48 horas; em temperaturas adequadas permanecem viáveis por semanas a meses

REFERÊNCIAS

01. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Parasites. Disponível em: <https://www.cdc.gov/parasites/> acesso em 20/03/2020.
02. Pan American Health Organization. Operational Guidelines for the Implementation of Deworming Activities: A Contribution to the Control of Soil-Transmitted Helminth Infections in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: PAHO, 2015.
03. Brasil.Ministério da Saúde. Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses, 2005. Brasília -DF
04. Neves DP. Parasitologia Humana. 13. ed. São Paulo: Atheneu, 2016.
05. Gasparini E. Manual de Parasitoses intestinais. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2004
06. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. Guia de Vigilância em Saúde – 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <http://portal.arquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/outubro/06/Volume-Unico-2017.pdf>. Acesso em: 28/03/2020.
07. Meltzer E, Lachish T, Schwartz E. Treatment of Giardiasis after Nonresponse to Nitroimidazole. Emerg Infect Dis. 2014;20(10):1742-4.
08. American Academy of Pediatrics. Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31th ed., Elk Grove Village, IL: Kimberlin D (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2018.



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:

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2º DIRETORIA FINANCEIRA:

Cláudio Hoeffner (RJ)

3º 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 de Jesus 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 Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:

Gilberto Pascolat (PR)

Amibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:

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)

SUPLENTE:

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)

Virginia Weffort (MG)

Thémis 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 PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Moraes (SP)

Kerstin Taniguchi Abagge (PR)

Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP

(COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE

ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:

Hélio Villça Simões (RJ)

MEMBROS:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Flavia Nardes dos Santos (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valetre (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)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

COORDENAÇÃO:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:

Gilberto Pascolat (PR)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Brito Filho (PB)

João Cândido de Souza Borges (CE)

Aneniasa Coelho de Andrade (PI)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Joicleide 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)

Cláudia 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)

Virginia 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

A DISTÂNCIA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Natasha Silhessarenko 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)

Altacilio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:

Renato Prociányo (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 Aurilio (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:

Daniilo Blank (RS)

Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)

Tullio 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 Luis Amantéa (RS)

Susana Maciel Guillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Adelma Figueiredo (RR)