



Documento Científico

Departamento Científico
de Reumatologia (2019-2021)

Artrite Aguda em Crianças e Adolescentes

Departamento Científico de Reumatologia

Presidente: Clovis Artur Almeida da Silva

Secretária: Maria Odete Esteves Hilário

Conselho Científico: Adriana Rodrigues Fonseca, Claudia Saad Magalhães,
Flavio Roberto Sztajn bok, Margarida de Fátima Carvalho,
Paulo Roberto Stocco Romanelli

O que é artrite aguda?

A artrite aguda pode acometer uma ou mais articulações, com duração de até seis semanas, ainda que com duração limitada em múltiplas articulações e com recorrência, acometendo a mesma ou articulação aditiva envolvendo outras articulações. O curso pode ser contínuo ou intermitente e duração menor que seis semanas, em

média. Entre as infecções e agentes causadores de artrite aguda estão diversos agentes infecciosos (Quadro 1) e os mecanismos de perpetuação da inflamação mediante alguns agentes infecciosos¹ são de certa forma semelhantes às doenças reumáticas com mecanismo autoimune, sendo o curso autolimitado, com duração variável.

Quadro 1. Patógenos associados com a artrite aguda

Tipo	Microrganismo	Microorganismo associado com o diagnóstico		
		Artrite séptica	Osteomielite	Artrite reativa
Bactéria	<i>Staphylococcus aureus</i>	+	+	
	<i>Streptococcus sp</i>	+	+	+
	Grupo A	+	+	
	Grupo B (neonatos)	+	+	
	<i>Streptococcus pneumoniae</i>	+	+	+
	<i>Salmonella</i>			+
	<i>Shigella</i>			+
	<i>Campylobacter</i>			+
	<i>Neisseria meningitidis</i> , <i>N. gonorrhoea</i>	+	+	+
	<i>Brucella melitensis</i> , <i>canis</i>	+	+	
	<i>Chlamydia</i>			+
	<i>Mycoplasma pneumoniae</i> (<i>Ureaplasma</i>)	+		+
Mycobacteria	<i>Mycobacterium tuberculosis</i>	+	+	
Mycobacteria atípica	<i>M. avium</i> , <i>M. Malmoense</i>	+		
Espiroquetas	<i>Borrelia burgdorferi</i> (D. de Lyme)	+		+
Virus	Eritrovirus B19			+
	Rubéola			+
Protozoários	Toxoplasma			+
	Giardíase			+
Helmintos	Toxocara	+		+
	Dracunculus			+
	Schistosoma	+		+
Fungos	Histoplasma	+		+
	Criptococcus	+		

Qual é a incidência, a faixa etária e predomínio do sexo na artrite aguda?

A artrite aguda acomete todas as faixas etárias pediátricas, do neonato ao adolescente, podendo a etiologia variar de acordo com a idade, mas não há um predomínio claro do sexo na artrite aguda. A artrite de causa infecciosa habitualmente é mais frequente em meninos.

Como é realizado o diagnóstico de artrite aguda?

O pediatra é o médico que identifica, em primeira abordagem, a artrite aguda e deve ter habilidade na sua condução, no diagnóstico diferencial e na indicação da referência especializada. Na apresentação inicial pode não haver associação clara com doenças específicas, representando um dilema diagnóstico e dificuldades na abordagem ou indicação de exames complementares. Muitas vezes o diagnóstico de certeza só pode ser estabelecido no acompanhamento, caracterizando-se como manifestação autolimitada.

Quais são os principais diagnósticos em artrite aguda?

Sintomas musculoesqueléticos, incluindo queixas articulares associam-se a infecções, variando desde artralgia, mialgia, artrite aguda ou artrite prolongada (crônica). Entre os principais diagnósticos, destacam-se as artrites infecciosas (incluindo as virais, artrite séptica e osteomielite), as artrites reativas, as artrites associadas com neoplasias e a febre reumática.

Quais as manifestações clínicas da artrite aguda?

Artrites virais ocorrem após infecções respiratórias. Algumas infecções podem ter o cur-

so prolongado, sendo a artrite crônica associada à hepatite C e aos Alfavirus endêmicos Chikungunya, Ross River, Barmah Forest, Sindbis, O'nyong-nyong e Mayaro. Artrite autolimitada ocorre após a infecção pelo Eritrovirus B19 (previamente conhecido como Parvovirus B19), rubéola e hepatite B. Em contraste, na recente epidemia observou-se que o novo coronavírus (SARS-CoV-2) causa artralgia e mialgia mais frequentemente, à semelhança da Influenza, embora sejam raros os casos de artrite, há um relato de caso, sendo o paciente um portador se afecção reumática prévia² (Quadro 2).

Quadro 2. Variação dos sintomas articulares associados com infecções virais.

Infecções	Artralgia ou mialgia	Artrite auto-limitada	Artrite prolongada
Coronavirus ^a	+		
Influenza	+		
Eritrovirus B19		+	
Rubéola		+	
Hepatite B		+	
Hepatite C			+
Alphavirus ^b			+

Os sintomas músculo-esqueléticos podem se desenvolver durante as infecções virais incluindo a infecção pelo novo coronavírus variando desde artralgia, mialgia até artrite prolongada ou crônica.

^a Coronavirus zoonótico causador da síndrome respiratória grave (SARS-CoV), SARS-CoV-2 e a Síndrome respiratória do Oriente Médio CoV (MERS-CoV).

^b Alphavirus: Virus Chikungunya, Ross River, Barmah Forest, Sindbis, O'nyong-nyong and Mayaro.

Infecções bacterianas ósseas ou articulares se tornam suspeitas, em qualquer idade, quando houver febre, claudicação, edema articular com dor ou limitação dos movimentos de início súbito. Artrite séptica e osteomielite podem ocorrer juntas ou separadamente, afetando uma ou mais articulações. Lactentes podem não ter febre, mas apresentar maior comprometimento do estado geral e o exame musculoesquelético cuidadoso pelo especialista pode evitar atraso no diagnóstico.

A artrite séptica é a infecção da membrana sinovial, sendo considerada uma emergência médica. A frequência é maior em lactentes, 50% antes dos dois anos de idade, com predomínio em meninos (razão 1:2). As articulações dos membros inferiores, como quadris, joelhos e tornozelos são acometidas em 75% dos casos e aquelas das extremidades superiores em 25%. A infecção bacteriana articular tem origem por disseminação hematogênica, penetração direta através da pele ou disseminação contígua de tecidos adjacentes. Neonatos e lactentes têm maior risco de desenvolver osteomielite associada e disseminação pela metáfise óssea por meio de vascularização transepifisária. Os patógenos mais comuns (Quadro 1) causadores de artrite séptica e osteomielite são: em menores de 12 meses de idade o *Estafilococo* áureo, *Streptococo* do grupo B e bacilos Gram negativos; entre um e cinco anos de idade *Estafilococo* áureo, *Streptococo* do Grupo A, *Haemophilus influenzae*, enterobactérias (osteomielite); dos cinco aos 12 anos *Estafilococcus aureus* e *Streptococo* do Grupo A; dos 12 aos 18 anos *Estafilococo* áureo e *Neisseria gonorrhoea*.

Em certas regiões na Europa e Oriente Médio tem sido frequente a identificação, por PCR (reação em cadeia da polimerase), do agente *Kingella kingae* que causa infecções mais leves e afeta epífises cartilaginosas. Kocher et al.³ propuseram um escore clínico preditivo baseado em quatro fatores independentes para distinguir a artrite séptica da sinovite transitória (Quadro 3). A sinovite transitória também chamada de sinovite tóxica acomete predominantemente os quadris de crianças pré-escolares ocorrendo após infecções virais respiratórias inespecíficas.

A artrite gonocócica pode estar presente como artrite séptica associada a febre, calafrios, lesões cutâneas do tipo máculas, pústulas ou bolhas, tenossinovite e poliartrite. Esta ocorre predominantemente no adolescente sexualmente ativo ou mesmo nas crianças e adolescentes submetidas à violência sexual. O joelho é a articulação mais frequentemente acometida, havendo suspeita quando houver exposição sexual ao gonococo.

Quadro 3. Parâmetros clínicos preditivos de artrite séptica

1. Febre >38,5°C
2. Dor com limitação de movimentos passivos, limitações de apoio e deambulação
3. Velocidade de hemossedimentação (VHS) > 40 mm/1ª hora
4. Leucócitos > 12 000/mm³

Número de parâmetros presentes	Probabilidade de artrite séptica
0	<0,2%
1	3,0%
2	40,0%
3	93,1%
4	99,6%

Artrite reativa por definição é a inflamação aguda e asséptica das articulações, ocorrendo durante infecções, mas sem proliferação de microrganismos nas articulações. A suspeita ocorre quando houver mais de uma articulação acometida e sinais clínicos ou evidência de infecção extra articular. Os agentes mais comumente associados com artrites reativas são listados no Quadro 1.

A artrite reativa pode ocorrer em qualquer idade, geralmente, entre sete e 10 dias após infecção gastrointestinal ou genitourinária, acometendo as articulações de membros inferiores (joelhos, tornozelos e quadris) e associação com o HLA-B27 positivo. Em adolescentes, é importante diferenciar a artrite reativa seguindo episódio de infecção sexualmente transmissível com uretrite por gonococo ou *Chlamydia trachomatis*. A artrite reativa, historicamente denominada Síndrome de Reiter, é tríade sindrômica formada por uretrite, conjuntivite e artrite. Nos lactentes e pré-escolares a diarreia, causada por *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia* ou *Campylobacter*, é mais frequente que a uretrite. Quando a artrite reativa é causada por transmissão sexual em adolescentes e jovens, pode haver nestes casos a concomitância de infecção por gonococo, *Chlamydia* e HIV.

A febre reumática resulta de uma interação complexa entre hospedeiro geneticamente susceptível, virulência do estreptococo beta-hemolítico do grupo A e fatores ambientais pre-disponentes. Manifesta-se principalmente por poliartrite migratória de grandes articulações acometendo, de forma transitória e intermitente, dentro de seis a oito semanas⁴⁻⁷. Contudo, as formas atípicas, com acometimento de pequenas articulações, monoartrite, poliartrite aditiva ou duração mais prolongada têm sido observadas, dificultando o seu diagnóstico e levando ao diagnóstico diferencial mais amplo. O seu prognóstico está relacionado com a ocorrência de cardite, que pode causar cardiopatia crônica e sequelas valvulares. Os critérios de Jones modificados e previamente estabelecidos foram recentemente revisados pela *American Heart Association* em 2015 (Quadro 4)⁵; levando-se em conta a população em risco e relacionada com áreas geográficas onde é mais frequente e considerando-se também as anormalidades descritas por meio do ecocardiograma em cardite sub-clínica, onde não se observam sopros, apenas com alterações funcionais no ecocardiograma, já previamente descrito em pacientes brasileiros com esta condição crônica⁶. Os principais achados da valvulite reumática no ecocardiograma com Doppler são sumarizados no Quadro 5. A busca ativa de sinais de cardite é importante, pois a poliartrite raramente ocorre isoladamente.

Artralgia ou artrite aguda podem ser os sintomas iniciais de leucemias linfóide e mieloide agudas. A dor é preferencialmente noturna, de forte intensidade e intermitente. As articulações mais acometidas são: joelhos, tornozelos e cotovelos. Algumas queixas e alterações ao exame físico podem sugerir artrite relacionada com neoplasias, como presença de dor intensa e desproporcional ao edema articular e presença de adenomegalias, hepatoesplenomegalia, anemia ou febre. Os tumores ósseos benignos ou malignos também podem manifestar-se com dor óssea e articular, mas raramente cursam com artrite. Nos pacientes com manifestações musculoesqueléticas, adenomegalias e hepatoesplenomegalia, os linfomas devem ser também excluídos^{8,9}.

Quadro 4. Sumário dos critérios de Jones para a febre reumática, modificados e revisados em 2015⁵

Os critérios de Jones modificados são divididos em critérios maiores e menores.

Critérios maiores:

- Cardite: clínica ou subclínica
- Artrite (poliartrite para as populações de baixo risco, monoartrite deve ser considerada para as populações de maior risco)
- Coreia
- *Eritema marginatum*
- Nódulos subcutâneos

Critérios menores:

- Poliartralgia para populações de baixo risco e monoartralgia ou poliartralgia para populações de alto risco
- Febre com temperaturas acima de 38,5°C para populações de baixo risco ou acima de 38°C para populações de maior risco
- VHS ≥ 60 mm/1ª hora e/ou PCR ≥ 3 mg/dL (populações de baixo risco); e VHS ≥ 30 mm/1ª hora e/ou PCR ≥ 3 mg/dL (populações de maior risco)
- Eletrocardiograma com intervalo PR aumentado, a menos que a cardite tenha pontuado como sinal maior

Dois sinais maiores ou um maior e dois menores tornam o diagnóstico mais provável quando se suspeita de febre reumática no primeiro surto.

Quadro 5. Achados no ecocardiograma indicativos de valvulite reumática.

Refluxo mitral patológico
(todos os quatro critérios):

- Observado em pelo menos dois registros
- Jato ≥ 2 cm em pelo menos um registro
- Pico de velocidade > 3 m/s
- Refluxo pansistólico em pelo menos um envelope

Refluxo aórtico patológico
(todos os 4 critérios):

- Observado em pelo menos dois registros
- Jato ≥ 1 cm em pelo menos um registro
- Pico de velocidade > 3 m/s
- Refluxo pansistólico em pelo menos um envelope

Quais são os principais exames complementares indicados na artrite aguda?

Se houver sinais indicativos de infecções virais ou risco de contaminação em situações epidêmicas, há que se indicar a realização de sorologias específicas.

Para a artrite séptica indica-se a artrocentese e a cultura do líquido sinovial aspirado, inoculando-se diretamente o aspirado no frasco com caldo de cultura. O teste com PCR no líquido sinovial é útil em caso de cultura negativa, assim como: hemoculturas, hemograma, proteína C reativa e VHS, sendo a proteína C reativa o melhor biomarcador durante o seguimento. Exames de imagem, radiografia e ultrassom podem ser exames iniciais úteis para identificar derrame e guiar a punção. A ressonância magnética é útil mediante a suspeita de osteomielite e a cintilografia óssea quando a ressonância magnética for indisponível.

Os exames indicados no caso de artrites reativas são hemoculturas, coprocultura com pesquisa de *Shigella*, *Salmonella*, *Yersinia*, *Campylobacter*, culturas de secreção uretral (gonococo, ou Gram negativos, *Chlamydia*), cultura e esfregaço pelo Gram no líquido sinovial e cultura de orofaringe (*Streptococco*), sorologias para *Salmonella*, *Yersinia* e *Campylobacter* e o HLA-B27, se for disponível.

No caso de suspeita de febre reumática aguda, há que se comprovar a evidência de infecção estreptocócica prévia pelos títulos de anticorpos anti-estreptocócicos, o teste da anti-estreptolisina O (ASO). Títulos isolados de ASO maiores que 640 U/ml ou curva ascendente destes níveis são preditivos de febre reumática aguda, persistindo elevados por seis a oito semanas⁷.

Na hipótese de artrite associada a neoplasias podem ocorrer citopenias (anemia, leucopenia, neutropenia e/ou plaquetopenia), aumento da velocidade de hemossedimentação ou proteína C reativa. Níveis aumentados de desidrogenase láctica (DHL) e ácido úrico podem ser também

úteis no diagnóstico de neoplasias. O mielograma deve ser sempre realizado na dúvida diagnóstica com as leucemias, e em especial, quando o uso de corticosteroides for indicado⁸.

Quais são os principais exames de imagem musculoesqueléticos indicados atualmente na artrite aguda?

Os exames de imagem são frequentemente indicados no diagnóstico e seguimento das doenças reumáticas pediátricas para avaliar-se a atividade, monitorar o progresso e resposta ao tratamento. As radiografias simples têm utilização limitada nas artrites agudas. Contudo, mediante as artrites agudas podem revelar alterações infiltrativas neoplásicas, com desmineralização das epífises ósseas, e devem ser realizadas sempre que houver a suspeita de neoplasias.

Entre as vantagens da radiografia simples musculoesquelética estão o custo-benefício e o acesso ao exame, com a desvantagem de ser relativamente insensível nos estágios iniciais da artrite e a exposição às radiações ionizantes. Recomenda-se a comparação e incidências bilaterais para articulações pares, quer seja o acometimento simétrico ou assimétrico.

A ultrassonografia musculoesquelética vem se tornando uma ferramenta mais acessível e segura, constituindo o principal exame de imagem nas artrites agudas do neonato ao adolescente, sobretudo quando houver acometimento dos quadris. O ultrassom musculoesquelético é atualmente realizado pelo próprio reumatologista pediátrico na prática clínica em vários serviços, sendo bem tolerado, pouco invasivo e útil na avaliação de sinovite, tenossinovite e derrames articulares, podendo auxiliar a aspiração articular guiada e prover o exame dinâmico ao movimento. Contudo, depende do operador, sendo limitado para avaliação de edema ósseo e outras estruturas mais profundas necessitando ser complementado pela ressonância magnética quando suspeitar-se de comprometimento ósseo, como na artrite séptica e osteomielite.

A tomografia computadorizada musculoesquelética pode auxiliar no diagnóstico de osteomielite e lesões infiltrativas neoplásicas. Entretanto, este exame na faixa etária pediátrica deve ser realizado apenas quando devidamente justificado, particularmente quando seus benefícios superam os potenciais riscos, pois a tomografia computadorizada pode determinar exposições a alto grau de radiação ionizante.

A ressonância magnética é a ferramenta mais abrangente e segura na prática clínica da Reumatologia Pediátrica para avaliar inflamação em todas as estruturas anatômicas (pele, músculos, fáscia, enteses, ligamentos, osso, sinóvia, cartilagem articular, tendões e bursas) identificando com precisão, por exemplo edema ósseo e pequenos derrames, sendo padronizada e independente do operador. Suas desvantagens são o custo elevado e disponibilidade em alguns centros, tempo de exame muito longo, é considerada invasiva porque requer anestesia ou acesso venoso e sedação, dependendo da faixa etária.

Eventualmente, alguns exames de imagem poderão ser solicitados pelo reumatologista ou oncologista pediátrico, tais como: tomografia por emissão de pósitrons e ressonância magnética (PET/RM), PET associada à tomografia computadorizada (PET/TC) ou ressonância magnética de corpo inteiro, como método de rastreamento de neoplasias.

Mediante tais considerações, há que se ponderar a indicação pelas manifestações clínicas, duração da artrite, exames laboratoriais e avaliação interdisciplinar para indicação do exame de imagem apropriado.

Quais são os principais diagnósticos diferenciais da artrite aguda?

A artrite aguda é uma manifestação inespecífica que também pode ocorrer como manifestação inicial de neoplasias^{8,9}, leucemias e linfomas, na apresentação inicial de algumas doenças autoimunes, como lúpus eritematoso sistêmico

juvenil e doenças do tecido conectivo ou vasculites. Além destes, a inflamação muscular que ocorre após Influenza conhecida como miosite aguda viral, e cursa com fraqueza muscular localizada nas panturrilhas e artralgia¹⁰ seriam os principais diagnósticos diferenciais adicionais.

Ainda que rara no Brasil, em viagens para áreas endêmicas, deve-se considerar também a artrite de Lyme, causada por uma infecção por espiroqueta (*Borrelia burgdorferi*) transmitida por carrapato (*Ixodes*) em áreas de florestas setentrionais (Estados Unidos e Europa) podendo afetar a pele, articulações, o coração e o sistema nervoso central, como na febre reumática. Para o reumatologista pediátrico, a tarefa é distinguir a artrite, em geral monoartrite, de outras doenças como a artrite séptica ou artrite idiopática juvenil, a tuberculose, pois o seu curso é de sub-agudo ou crônico. O diagnóstico é feito por sorologia e o tratamento com antimicrobianos vai resultar em completo restabelecimento, tendo habitualmente um bom prognóstico.

Qual é o tratamento sintomático da artrite aguda?

A abordagem das artrites virais e reativas envolve principalmente o diagnóstico e diagnóstico diferencial e o controle da dor e disfunção com analgésicos ou cursos limitados de anti-inflamatórios não hormonais como o naproxeno, ibuprofeno, piroxicam, meloxicam, e fisioterapia supervisionada¹¹. A infiltração articular com glicocorticoides ou uso oral pode ter indicação nos casos de artrite prolongada e preferencialmente prescritos pelo reumatologista pediátrico, ressaltando-se que as artrites séptica e neoplásica devem ser rigorosamente excluídas.

A condução adequada da artrite séptica exige o pronto diagnóstico, atendimento emergencial e multidisciplinar, pediatra e ortopedista, para aspiração e drenagem da articulação, instituição do tratamento antimicrobiano por via parenteral, guiado pelos resultados da cultura e antibiograma do aspirado sinovial. Como tratamento anti-

microbiano empírico, recomenda-se cobertura para *Stafilococcus aureus*, avaliando-se a possibilidade de uso de antimicrobianos específicos para *Stafilococcus aureus* multirresistentes. O ortopedista pode considerar a irrigação, drenagem ou debridamento, ou a realização de biópsia óssea na suspeita de osteomielite concomitante. A antibioticoterapia parenteral é indicada por pelo menos três semanas e a via oral durante mais três semanas, pois não há evidências comparando diferentes regimes de antimicrobianos. Há necessidade de repouso da articulação acometida, analgésicos e anti-inflamatórios até a melhora clínica, com alívio da dor e do desconforto.

No caso da febre reumática há necessidade de erradicação do estreptococo e profilaxia secundária com penicilina benzatina a cada 21 dias por tempo prolongado pelo risco de recorrência. Há ensaios controlados que mostram a pronta resposta da poliartrite aos anti-inflamatórios não hormonais dentro de horas até três dias. A cardite e a insuficiência cardíaca são tratadas com diuréticos, restrição de fluidos, inibidores de enzima conversora da angiotensina. Há poucos ensaios, de 1950 a 1960, comparando as drogas anti-inflamatórias (aspirina ou glicocorticoides). Ambos, aspirina e glicocorticoides em regime de doses altas são indicados por recomendação da

Organização Mundial de Saúde para o tratamento da cardite. O repouso está indicado na insuficiência cardíaca e o tratamento com vasodiladores, digital e outras drogas vasoativas, requer o acompanhamento multidisciplinar com o cardiologista.

O seguimento de longo prazo de todos os pacientes com artrite aguda é sempre recomendado?

Mediante ao conhecimento em franca expansão sobre as artrites infecciosas, associação com neoplasias e a possibilidade de persistência de artrite prolongada recomenda-se o acompanhamento até a completa resolução da artrite, sem sequelas ou recorrências.

No caso da febre reumática, mediante as possibilidades de recorrência com valvulite (particularmente insuficiência mitral), o regime de profilaxia secundária requer seguimento no mínimo até os 21 anos (na dependência da ocorrência de cardite e sua evolução) e eventualmente transferência para a clínica de adultos, naqueles que necessitam profilaxia prolongada, por sequelas cardiovasculares.

REFERÊNCIAS

1. Schett G, Manger B, Simon D, Caporali R: COVID-19 revisiting inflammatory pathways of arthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2020; 16:465-470.
2. Talarico R, Stagnaro C, Ferro F, Carli L, Mosca M: Symmetric peripheral polyarthritis developed during SARS-CoV-2 infection. *Lancet Rheumatol*. 2020; 2:e518-e519.
3. Kocher MS, Zurakowski D, Kasser JR: Differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children: an evidence-based clinical prediction algorithm. *J Bone Joint Surg Am*. 1999; 81:1662-1670.
4. de Carvalho SM, Dalben I, Corrente JE, Magalhaes CS: Rheumatic fever presentation and outcome: a case-series report. *Rev Bras Rheumatol*. 2012; 52:236-246.
5. Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY, Sable CA, Shulman ST, Carapetis J, et al. Revision of the Jones Criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation*. 2015; 131:1806-1818.
6. Caldas AM, Terreri MT, Moises VA, Silva CM, Len CA, Carvalho AC, et al. What is the true frequency of carditis in acute rheumatic fever? A prospective clinical and Doppler blind study of 56 children with up to 60 months of follow-up evaluation. *Pediatr Cardiol*. 2008; 29:1048-1053.
7. Machado CS, Ortiz K, Martins AL, Martins RS, Machado NC. Antistreptolysin O titer profile in acute rheumatic fever diagnosis. *J Pediatr (Rio J)*. 2001; 77:105-111.
8. Gonçalves M, Terreri MT, Barbosa CM, Len CA, Lee L, Hilário MO. Diagnosis of malignancies in children with musculoskeletal complaints. *Sao Paulo Med J*. 2005; 123:21-23.
9. Campos LM, Goldstein S, Santiago RA, Jesus AA, Cristofani LM, Odone Filho V, et al. Musculoskeletal involvement as a first manifestation of neoplasm disease. *Rev Assoc Med Bras*. 2008; 54(1):132-138.
10. Cardin SP, Martin JG, Saad-Magalhaes C. Clinical and laboratory description of a series of cases of acute viral myositis. *J Pediatr (Rio J)*. 2015.
11. Foster H, Brogan P (Ed) *Paediatric Rheumatology - Oxford Specialist Handbook in Pediatrics* 2nd Ed. Oxford University Press 2018 (553p) ISBN 978-0-19-873875-6



Diretoria

Triênio 2019/2021

PRESIDENTE:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:

Clovis 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)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Cláudio Hoeffner (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 Maria 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:

Clovis 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)

Clovis Francisco Constantino (SP)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Flavia Nardes dos Santos (RJ)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (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

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)

Anesnia 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

Nílza 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 Savio 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)

André Luis Santos Carmo (PR)

Maryneia Silva do Vale (MA)

Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)