



Guia Prático de Atualização

Departamento Científico de Alergia
(2019-2021)

Anafilaxia: atualização 2021

Departamento Científico de Alergia

Presidente: Herberto José Chong Neto

Secretário: Gustavo Falbo Wandalsen

Conselho Científico: Adriana Azoubel Antunes, Antônio Carlos Pastorino, Arnaldo Carlos Porto Neto, Fábio Chigres Kuschnir, Marisa Lages Ribeiro, Ronney Mendes

Colaboradores: Dirceu Solé, Emanuel Sávio Sarinho

O que é Anafilaxia?

A anafilaxia é definida como uma reação multissistêmica grave de início agudo e potencialmente fatal, em que alguns ou todos os seguintes sinais e sintomas podem estar presentes: urticária, angioedema, comprometimento respiratório e gastrointestinal e/ou hipotensão arterial. A ocorrência de dois ou mais destes sintomas imediatamente após a exposição ao alérgeno suspeito alerta para o diagnóstico e tratamento imediato. A ausência de critérios mais abrangentes leva à sua subnotificação, subdiagnóstico e possíveis erros ou retardo na instituição da terapêutica adequada. O termo ANAFILAXIA deve ser utilizado na descrição tanto de casos mais graves acompanhados de choque (colapso cardiovascular), quanto dos casos mais leves.

A verdadeira incidência de anafilaxia é desconhecida. Espera-se que com a inserção da seção “Condições alérgicas e de hipersensibilidade” na nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11), a entrar em vigor a partir de janeiro de 2022, ocorra maior precisão na qualidade dos dados estatísticos oficiais. Apesar disso, publicações recentes relatam o aumento da incidência de anafilaxia em diferentes países como a Austrália, Reino Unido e Estados Unidos da América, principalmente nas faixas etárias mais jovens sendo os medicamentos e alimentos os principais desencadeantes apontados. Algumas considerações merecem destaque:

- Em relação aos alimentos, os diferentes fatores culturais e socioeconômicos de cada país (ex: tipo de dieta), ou mesmo entre regiões de um mesmo país, podem influenciar a exposição ao alimento envolvido na reação;

- Entre os medicamentos, aqueles de uso mais frequente, como os antibióticos, especialmente os beta-lactâmicos, e os anti-inflamatórios não hormonais (AINH) são as classes mais envolvidas;
- A frequência de anafilaxia ao látex vem aumentando e deve-se ter atenção especial para grupos de risco como os profissionais de saúde e pacientes com espinha bífida, e para possíveis reações cruzadas com frutas como banana, abacate, kiwi, mamão e outros alimentos como o aipim e o inhame;
- O látex é a segunda maior causa de anafilaxia perioperatória sendo superado apenas pelos relaxantes musculares neste contexto clínico. Além destes agentes causais, antibióticos, AINH e outras drogas e/ou substâncias como coloides e opiáceos podem estar envolvidos na anafilaxia perioperatória;
- Cerca de 2% dos indivíduos que recebem radiocontrastes iônicos de alta osmolaridade podem experimentar algum tipo de reação adversa. Embora a maioria destas reações seja leve, podem ocorrer reações fatais. Estas reações são muito menos frequentes com a utilização de contrastes não-iônicos de baixa osmolaridade;
- O exercício físico, isoladamente ou associado a alimentos (camarão, maçã, aipo e trigo) tem sido relatado como causa de anafilaxia;
- No Brasil, inquérito direcionado a alergologistas apontou como principais agentes causais de anafilaxia os medicamentos (AINH, antibióticos) seguido dos alimentos (leite de vaca e clara de ovo entre lactentes e pré-escolares, crustáceos entre crianças maiores, adolescentes e adultos) e picadas de insetos (formigas de fogo, abelhas e vespas). Em cerca de 10% dos casos não houve identificação do agente etiológico (anafilaxia idiopática).

Como fazer o diagnóstico?

Recentemente a *World Allergy Organization* (WAO) definiu novos critérios clínicos relacionados à alta probabilidade diagnóstica de anafilaxia em pacientes adultos e pediátricos conforme descrito no **Quadro 1**.

Quadro 1. Novos critérios para o diagnóstico de anafilaxia – *World Allergy Organization*

A anafilaxia é **altamente provável** quando qualquer um dos dois critérios a seguir são atendidos:

1. Início agudo de uma doença (minutos a algumas horas) com envolvimento simultâneo da pele, do tecido mucoso ou de ambos (por exemplo, urticária generalizada, prurido ou rubor, inchaço dos lábios-língua-úvula)

E pelo menos um dos seguintes:

- a. Comprometimento respiratório (por exemplo, dispneia, broncoespasmo, estridor, PFE reduzido, hipoxemia),
- b. PA reduzida ou sintomas associados de disfunção de órgão-alvo (por exemplo, hipotonia [colapso], síncope, incontinência)
- c. Sintomas gastrintestinais graves (por exemplo, cólicas abdominais intensas, vômitos repetitivos), especialmente após a exposição a alérgenos não alimentares

2. Início agudo de hipotensão ou broncoespasmo ou envolvimento laríngeo após exposição a um alérgeno conhecido ou altamente provável para aquele paciente (minutos a algumas horas), mesmo na ausência de envolvimento cutâneo típico.

PFE, pico de fluxo expiratório; PA, pressão arterial. a. Hipotensão definida como uma diminuição na PA sistólica superior a 30% da linha de base daquela pessoa, OU i. Bebês e crianças menores de 10 anos: PA sistólica menor que $(70 \text{ mmHg} + [2 \times \text{idade em anos}])$ ii. Adultos e crianças com mais de 10 anos: PA sistólica menor que $<90 \text{ mmHg}$. b. Excluindo sintomas respiratórios inferiores desencadeados por alérgenos inalantes comuns ou alérgenos alimentares percebidos como causadores de reações "inalatórias" na ausência de ingestão. c. Os sintomas laríngeos incluem: estridor, alterações vocais, odinofagia. d. Um alérgeno é uma substância (geralmente uma proteína) capaz de desencadear uma resposta imunológica que pode resultar em uma reação alérgica. A maioria dos alérgenos age por meio de uma via mediada por IgE, mas alguns gatilhos não alérgenos podem agir independentemente da IgE (por exemplo, por meio da ativação direta de mastócitos). Adaptado de Cardona V, et al⁸.

O espectro das manifestações clínicas compreende desde reações leves até graves e fatais. O início geralmente é súbito, podendo atingir vários órgãos. Os sintomas iniciais ocorrem em segundos/minutos até horas após a exposição

ao agente causal. É importante ressaltar que reações bifásicas podem ocorrer de 8 a 12 horas em até 10% dos casos. Os principais sintomas e sua ordem de frequência são descritos no quadro a seguir (**Quadro 2**)

Quadro 2. Principais sinais e sintomas de anafilaxia (N=1784)⁴

Sinais/sintomas	Frequência (%)
Cutâneos	90
Urticária e angioedema (mais comumente em lábios e olhos)	85-90
Erupção cutânea (rash, eritema)	45-55
Prurido sem rash	2-5
Respiratórios	40-60
Dispneia, sibilos, tosse*	45-50
Edema de laringe (edema de glote)	50-60
Espirros, coriza, obstrução, prurido nasal e/ou ocular acompanhados ou não de hiperemia conjuntival e lacrimejamento.)	15-20
<i>*Tosse e rouquidão podem preceder a obstrução das vias aéreas</i>	
Cardiovascular	30-35
Taquicardia, tontura, síncope, dor precordial, hipotensão arterial, choque	
Digestórios	25-30
Náuseas, vômitos, diarreia, cólicas	
Miscelânea	
Cefaleia	5-8
Convulsão	1-2
Outros: incontinência urinária, cólicas uterinas, gosto metálico, sensação de morte iminente, desorientação.	

O diagnóstico de anafilaxia é eminentemente clínico. A anamnese deve ser detalhada e os seguintes aspectos devem constar da mesma: agente suspeito, via de administração, dose, sequência de sintomas, tempo para início dos mesmos, tratamento anteriormente aplicado na mesma situação clínica, outros fatores associados como exercício e/ou uso de medicamentos. Embora ainda seja pouco utilizada na prática clínica, a dosagem de triptase plasmática, pode auxiliar na confirmação do diagnóstico de anafi-

laxia. Para confirmação da etiologia são necessários exames complementares, porém nesta situação emergencial, a dosagem de imunoglobulina E (IgE) sérica específica no momento da reação pode ser negativa, por esta razão deve ser realizada posteriormente e é útil para a educação do paciente e a instituição de medidas terapêuticas.

O diagnóstico diferencial de anafilaxia deve ser feito com a reação vasovagal que é a causa mais frequente de confusão e caracteriza-se por

sudorese, náusea, hipotensão, bradicardia (na anafilaxia temos taquicardia, ocorrendo bradicardia apenas em situações pré falência cardio-respiratória) e ausência de sintomas cutâneos como urticária/angioedema. Outras doenças menos frequentes que merecem atenção quanto ao diagnóstico diferencial são: mastocitose sistêmica, angioedema hereditário; feocromocitoma, síndrome carcinoide, disfunção de cordas vocais e escromboidismo.

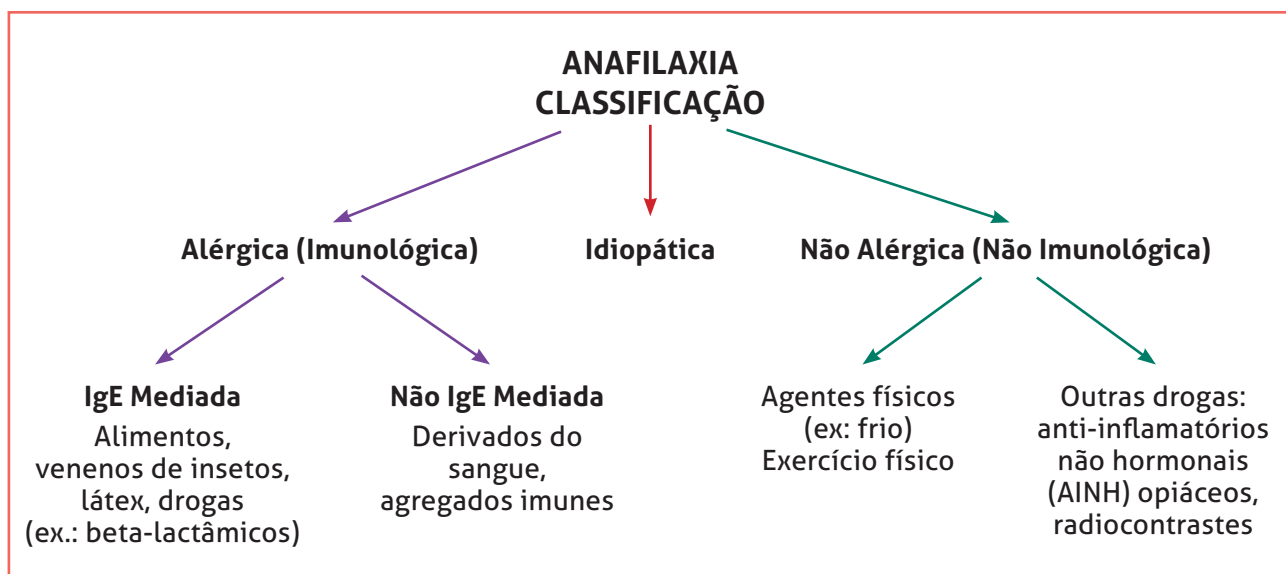
tre outros e com liberação imediata de histamina e outros mediadores de mastócitos e basófilos.

Entretanto, outros mecanismos imunológicos podem ocorrer, como no caso de reações por imunocomplexos circulantes a produtos biológicos. Raramente pode ser ocasionada por mecanismos não imunológicos, sendo o mais comum a ativação direta de mastócitos. Podem estar envolvidos também os componentes do sistema complemento, mediadores do ácido araquidônico como leucotrienos e prostaglandinas, cininas, fatores da coagulação e da fibrinólise. Em muitas ocasiões o fator etiológico é desconhecido, sendo estes casos designados como "Anafilaxia idiopática". A terminologia utilizada atualmente para a classificação de anafilaxia leva em conta os mecanismos fisiopatológicos subjacentes (Figura 1). **Independente do fator etiológico, o quadro clínico e mediadores químicos envolvidos são similares.**

Por que ocorre a anafilaxia?

Na maioria das vezes, a anafilaxia é desencadeada por mecanismo imunologicamente mediado por IgE contra diferentes antígenos como: alimentos, medicamentos, veneno de insetos himenópteros (abelhas, vespas, formigas), látex, en-

Figura 1. Classificação da anafilaxia de acordo com seus mecanismos fisiopatológicos¹



Como é o tratamento adequado da anafilaxia?

Por ser uma emergência médica, a anafilaxia requer o pronto reconhecimento do quadro clínico a fim de se preservar a permeabilidade das vias respiratórias, manter a pressão sanguínea e

a oxigenação. **Quatro aspectos são fundamentais no tratamento:**

1. Administração rápida de adrenalina
2. Decúbito dorsal com membros inferiores elevados
3. Suplementação de O₂ se SatO₂ ≤95%
4. Manutenção adequada da volemia

O efeito α -adrenérgico da adrenalina reverte a vasodilatação periférica, diminui o edema da mucosa, a obstrução das vias aéreas superiores, bem como a hipotensão, além de reduzir os sintomas de urticária / angioedema. Suas propriedades β -adrenérgicas aumentam a contratilidade do miocárdio, o débito cardíaco e o fluxo coronariano. Além disso, causa broncodilatação e suprime a liberação de mediadores de

mastócitos e basófilos. Em função de sua ampla atuação sobre os mecanismos fisiopatológicos da anafilaxia, a adrenalina é considerada a droga de primeira linha para seu tratamento, e sua prescrição precoce é essencial para reversão do quadro e salvar a vida do paciente.

No **Quadro 3** são descritos os principais agentes utilizados no tratamento agudo da anafilaxia.

Quadro 3. Principais agentes terapêuticos no tratamento da anafilaxia⁴

Manter sinais vitais	<p>Checar: A (vias aéreas), B (respiração), C (circulação) e M (mente - sensório)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Manter posição adequada (decúbito dorsal com MMII elevados). • Levantar-se ou sentar-se subitamente estão associados a desfechos fatais ("síndrome do ventrículo vazio").
Adrenalina 1:1000 (1mg/ml)	<p>Adultos/Adolescentes: 0,2-0,5mg (dose máxima) IM na face ântero-lateral da coxa. Crianças: 0,01mg/kg até o máximo de 0,3mg IM na face ântero-lateral da coxa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar imediatamente e repetir se necessário a cada 5-15 minutos. Monitorar toxicidade (frequência cardíaca) • Adrenalina em diluições de 1:10.000 ou 1:100.000 somente devem ser administradas via IV nos casos de parada cardiorrespiratória ou hipotensão profunda que não respondeu à expansão de volume ou múltiplas injeções de epinefrina IM.
Expansão de volume Solução salina Ringer Lactacto	<p>Adultos/Adolescentes: 1-2 litros rapidamente IV Crianças: 5-10ml/kg IV nos primeiros 5 minutos e 30ml/kg na primeira hora</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de infusão é regulada pelo pulso e pressão arterial. • Estabelecer acesso IV com o maior calibre possível. Monitorar sobrecarga de volume
Oxigênio (O₂)	Sob Cânula nasal ou máscara	<ul style="list-style-type: none"> • Manter saturação de O₂. Se Sat O₂ < 95%, há necessidade de mais de uma dose de adrenalina
β2-Agonistas Sulfato de salbutamol	<p>Via inalatória: <i>Aerosol dosimetrado com espaçador (100 mcg/jato)</i> Adultos/Adolescentes 4-8 jatos, a cada 20 minutos, dose máxima 20 jatos Crianças: 50 mcg/Kg/dose=1jato/2kg; Dose máxima: 10 jatos</p> <p><i>Nebulizador: Solução para nebulização: gotas (5 mg/mL) ou flaconetes (1,25 mg/ml)</i> Adultos/Adolescentes 2,5-5,0mg, a cada 20 minutos, por 3 doses Crianças: 0,07-0,15 mg/kg a cada 20 minutos até 3 doses Dose máxima: 5 mg</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Para reversão do broncoespasmo • Existem diferentes concentrações e doses • Outros broncodilatadores β2-agonistas (ex: Fenoterol)

continua...

... continuação

Antihistamínicos Prometazina Difenidramina Ranitidina	Adultos/Adolescentes: 25-50 mg IV Crianças: 1 mg/kg IV até máximo 50 mg Adultos/Adolescentes: 12,5-50 mg IV até 10 minutos Crianças: 1 mg/kg	<ul style="list-style-type: none"> • Anti-H1 associados a antiH2 podem ser mais eficazes do que os anti-H1 isolados • Dose oral pode ser suficiente para episódios mais brandos • Papel na anafilaxia aguda ainda não bem determinado.
Glicocorticoides Metilprednisona, Prednisona	Dose: 1-2 mg/kg/dia IV Dose: 0,5-1mg mg/kg/dia VO	<ul style="list-style-type: none"> • Padronização de doses não estabelecida • Prevenção de reações bifásicas?

IV: Intravenoso, IM: Intramuscular; VO: Via oral; anti-H1: antihistamínico H1; anti-H2: antihistamínico H2

Considerações importantes em relação ao acompanhamento da anafilaxia

- Observação clínica: casos leves - mínimo de 6 a 8hs; casos graves, 24 a 48 hs.
- Reações bifásicas podem ocorrer entre 8 e 12 horas após o episódio agudo, em 10% dos casos.
- Os corticosteroides, quer por via oral ou parenteral são tradicionalmente administrados, porém têm pouca ou nenhuma ação no tratamento agudo da anafilaxia.
- Do mesmo modo, os antihistamínicos devem ser considerados agentes de segunda linha
 - Indivíduos com asma mal controlada têm maior risco de reações fatais.
 - Quanto mais a hipotensão se agrava na evolução da reação, menor será a resposta ao tratamento com adrenalina.
 - Mesmo com a administração rápida de adrenalina, até 10% das reações podem não ser revertidas.
 - Paciente em uso de beta-bloqueador pode necessitar de doses maiores de adrenalina para o mesmo efeito. Nestes casos, o ideal é utilizar glucagon: 5-15 µg/minuto IV (infusão contínua).
 - Em geral os agentes causais, tanto alimentos, como medicamentos ou outras substâncias,

são aqueles aos quais o paciente já teve exposições anteriores (sejam elas evidentes ou ocultas (ex: presença de derivados do leite em alimentos industrializados sem rotulagem adequada).

Orientações após a alta hospitalar

Em função de sua natureza aguda, as reações anafiláticas em geral são atendidas pelo pediatra nos setores de emergência hospitalar. Na ocasião da alta, os familiares e o paciente devem receber orientação e prescrição dos medicamentos necessários para a continuidade imediata do tratamento.

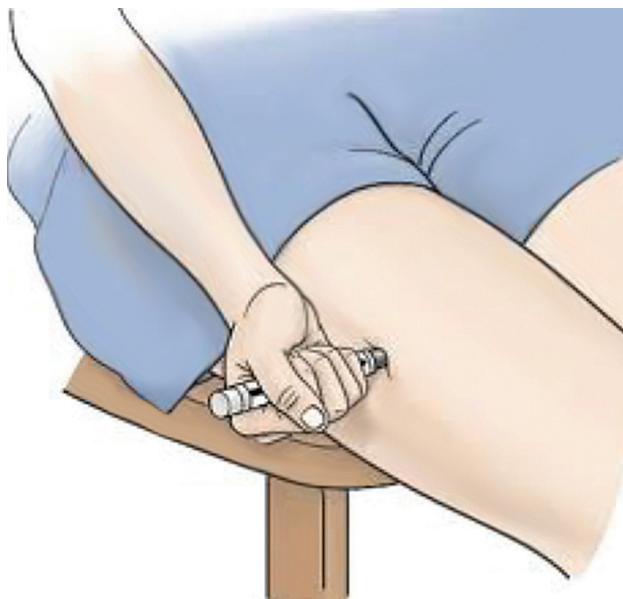
É fundamental a orientação sobre a possibilidade de recorrência de sintomas até 12 horas após o episódio, em especial nos casos idiopáticos; na possibilidade de absorção contínua do alérgeno e na presença de asma mal controlada ou história anterior de reação bifásica. Por esta razão, corticosteroides por via oral (prednisona ou prednisolona 1-2 mg/Kg/dia em dose única) devem ser prescritos pelo período de 5-7 dias. Além disso, antihistamínicos H1 de 2ª geração (fexofenadina, cetirizina, desloratadina) nas doses habituais devem ser utilizados para todas as faixas etárias por pelo menos 7 dias.

Como prevenir?

Todos os pacientes com reações anafiláticas devem ser encaminhados ao especialista em alergia, para investigação etiológica, avaliação de riscos, prevenção de novos episódios e tratamento de comorbidades. As principais medidas preventivas / educativas compreendem:

- Pacientes e familiares devem ser orientados para o reconhecimento dos sinais precoces de novo episódio de anafilaxia,
- Fornecer plano de ação para exacerbações, contendo informações escritas em linguagem clara, orientações de conduta, nome e dose dos medicamentos,
- O paciente deverá portar identificação com as seguintes informações: diagnóstico, telefone de contato e plano de ação,
- A escola deve ser notificada sobre o risco de anafilaxia e dos possíveis fatores a serem evitados e sobre medidas a tomar em caso de emergência,
- Além das medidas preventivas gerais já citadas, familiares, cuidadores e pacientes devem ser orientados quanto a medidas mais específicas:
 - Orientação para aquisição de dispositivo de auto-injetor de adrenalina, bem como da segurança do seu uso face ao risco da reação anafilática (**Figura 2**),
 - Estes dispositivos são disponibilizados em doses fixas (0,1 mg para lactentes, 0,15 mg crianças até 30 Kg; 0,3 mg para crianças maiores/adultos) estão indicados especialmente nos casos de risco contínuo de morte e de exposição antigênica. Atenção especial deve ser dada aos prazos de validade destes dispositivos. Esperamos que em breve, no Brasil, seja possível adquirir a adrenalina auto-injetável. A Sociedade Brasileira de Pediatria e a Associação Brasileira de Alergia e Imunologia Clínica têm lutado para que esse produto seja disponível em nosso meio.

Figura 2. Aplicação de auto-injetor de adrenalina



Aplicar na face ântero-lateral da coxa. Caso não haja melhora dos sintomas, uma segunda dose pode ser realizada cerca de 5 a 10 minutos após a primeira. A aplicação deve ser feita por cima da roupa para evitar perda de tempo na retirada da mesma.

- Suspensão do uso de medicamentos de risco ou que possam interferir na eficácia do tratamento da anafilaxia, como: betabloqueadores, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, inibidores da monoamino oxidase (MAO) entre outros,
- Alergia a látex: evitar contato e inalação. Estima-se que mais de 40.000 produtos médicos e de uso geral contenham látex, entre os quais: chupetas, bolas de aniversário, máscaras odontológicas, luvas cirúrgicas, drenos e equips de soro,
- Procedimentos odontológicos e cirúrgicos em pacientes sensíveis ao látex devem ser realizados em ambiente sem materiais que contenham a substância (látex-free). Materiais substitutos: vinil, nitrila, polietileno ou silicone,
- Imunoterapia específica: é eficaz na anafilaxia a venenos de himenópteros. Sempre deve ser conduzida sob a supervisão do alergista,

- Dessensibilização e/ou indução de tolerância pode ser realizada para alguns tipos de alimentos e medicamentos quando indicados e em casos selecionados,
- Pré-tratamento para prevenção de reações: pode ser indicado nos casos de reações prévias em exames com radiocontrastes.

LEITURAS UTILIZADAS E RECOMENDADAS

1. Dreskin SC Stitt JM. Anaphylaxis. in: Wesley Burks AW, Stephen T Holgate ST, Robyn E O'Hehir RE, et al (Eds.) Middleton's allergy: principles and practice. 9th ed. Elsevier Inc., Edinburgh; 2020:1228-43.
2. Bernd LAG, Fleig F, Alves MB, Bertozzo R, Coelho M, Joaquina Correia JC, et al. Anafilaxia no Brasil – Levantamento da ASBAI. Rev Bras Alerg Immunopatol 2010; 33(5):190-198.
3. Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: summary. J Allergy Clin Immunol. 2011; 127(3):587-93.e1-22.
4. Lockey RF, Kemp SF, Lieberman PL, Sheikh A. Anaphylaxis. in: Pawankar R, Canonica GW, Holgate S, Lockey R, Blais M (Eds). World Allergy Organization (WAO) White Book on Allergy. Update 2013. WAOJ, 2013: 48-53.
5. Dhimi S, Panesar SS, Roberts G, Muraro A, Worm M, Bilò MB, et al. Management of anaphylaxis: a systematic review. Allergy. 2014 ; 69: 168-75.
6. Câmara Técnica de Alergia e Imunologia do CREMERJ. "Anafilaxia". Folder. Outubro 2014.
7. Solé D, Ivancevich JC, Borges MS, Coelho MA, Rosário NA, Arduzzo L, et al. Anaphylaxis in latin american children and adolescents: the online latin American survey on anaphylaxis (OLASA). Allergol Immunopathol (Madr). 2012; 40: 331-5.
8. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, El-Gamal Y, Rivas MF, Fineman S, et al. World Allergy organization anaphylaxis guidance 2020. WAO Journal. 2020; 13:100472.



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:
Márcia 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 Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Márcia Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)

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:
Márcia Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Márcia 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 DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Márcia 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 Tanigushi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP (COMISSÃO EXECUTIVA DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA)

COORDENAÇÃO:
Hélcio 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)
Flávia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvio 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 DA PEDIATRIA

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)
Anesnia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Jocileide Sales Campos (CE)
Márcia 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 Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES
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
Márcia Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Márcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natalia Silhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

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 Procianny (RS)

MEMBROS:
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurélio Palazzi Sáfadi (SP)

Magda Lahogue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antônio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Clemax 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)
Mariana Tschoepke Aires (RJ)
Márcia de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)
Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Alvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Márcia 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 Dejjari Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luisa Ceragoli Oliveira (SP)
Túlio 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)
Sílvia 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)
Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Délia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Liliane Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantea (RS)
Susana Maciel Guillaume (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)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

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)

AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA:
Ana Isabel Coelho Montero

AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA:
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA:
Elena Marta Amaral dos Santos

AP - SOCIEDADE AMPAENSE DE PEDIATRIA:
Rosenilda Rosete de Barros

BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:
Dolores Fernandez Fernandez

CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA:
Anamaria Cavalcante e Silva

DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL:
Dennis Alexander Rabelo Burns

ES - SOCIEDADE ESPÍRITO-SANTENSE DE PEDIATRIA:
Roberta Paranhos Fragosso

GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:
Marise Helena Cardoso Tófoli

MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO:
Maryneia Silva do Vale

MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA:
Cássio da Cunha Ibiapina

MS - SOCIEDADE DE PED. DO MATO GROSSO DO SUL:
Carmen Lucia de Almeida Santos

MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA:
Paula Helena de Almeida Gattass Bumblai

PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA:
Leonardo Cabral Cavalcante

PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO:
Katia Galeão Brandt

PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ:
Anesnia Coelho de Andrade

PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA:
Kerstin Tanigushi Abagge

RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:
Katia Telles Nogueira

RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA RIO GRANDE DO NORTE:
Katia Correia Lima

RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA:
Wilmerson Vieira da Silva

RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA:
Mareny Damasceno Pereira

RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL:
Sérgio Luis Amantea

SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA:
Rosamaria Medeiros e Silva

SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA:
Ana Jovina Barreto Bispo

SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO:
Sulim Abramovici

TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA:
Elaine Carneiro Lobo

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)
Cláudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Sérgio Antônio Bastos Sarrubbo (SP)
Márcia 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)

DIRETORIA DE COMUNICAÇÃO
Conceição Ap. de Mattos Segre (SP)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

- Adolescência
- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infecção
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Segurança
- Sono
- Suporte Nutricional
- Terapia Intensiva
- Toxicologia e Saúde Ambiental

GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:
 - Metodologia científica
 - Oftalmologia pediátrica
 - Pediatria e humanidade
 - Saúde mental