

TROMBOCITOPENIA IMUNE PRIMÁRIA (PTI)

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE HEMATOLOGIA E HEMOTERAPIA (GESTÃO 2022-2024)

PRESIDENTE: Josefina Aparecida Pellegrini Braga

SECRETÁRIA: Isa Menezes Lyra

CONSELHO CIENTÍFICO: Cecília Fernandes Lorea (Relatora), Clarissa Barros Ferreira Dametto, Edvis Santos Soares Serafim, Jorge David Alvazolou Carneiro, Liane Esteves Daudt, Pablo Santiago, Sandra Regina Loggetto, Virgínia Tafas da Nóbrega

RELATORES: Elson Calazans, Thiago de Souza Vilela

INTRODUÇÃO

A presença de sangramento ou de sinais clínicos associados a eventos hemorrágicos ao exame físico é um achado comum na rotina pediátrica. Na infância, as causas que determinam esta manifestação, na maioria das vezes, relacionam-se aos traumas frequentes, comuns nesta faixa etária. No entanto, outras etiologias podem justificar esses fenômenos, tendo origem hematológica.^{1,2}

A trombocitopenia, contagem reduzida dos valores de plaquetas, é um achado de hemograma comum na prática do pediatra, seja em uma coleta ambulatorial no consultório ou em atendimento de pronto socorro. Esta alteração pode ter sua origem por reações a processos inflamatórios e infecciosos como em doenças quantitativas e qualitativas que interferem na função plaquetária e comprometimento no funcionamento do complexo processo de coagulação.³

EPIDEMIOLOGIA

A trombocitopenia imune primária (PTI) é um dos mais comuns distúrbios de coagulação adquiridos, ocorrendo em aproximadamente 5-10:100.000 crianças/ano e 3,3:100.000 adultos/ano.⁴ O pico de idade ao diagnóstico é de um a seis anos, afetando ambos os sexos.⁵ A maioria das crianças (85%) apresenta uma forma benigna da doença e não necessitam de tratamento, com recuperação espontânea dos níveis plaquetários dentro de três meses. Esta forma de apresentação usualmente é precedida de uma infecção viral.⁶

FISIOPATOLOGIA

Quanto à fisiopatologia da doença, sabe-se que o principal mecanismo imune que resulta em sangramento, deve-se à destruição precoce de plaquetas pelo reconhecimento do complexo de glicoproteínas plaquetárias ligadas a autoanticorpos da classe imunoglobulina G (IgG) por receptores FC macrófágicos do sistema reticuloendotelial, em sua maioria do baço e do fígado.^{5,7,8} Como resultado, a duração média das plaquetas na circulação cai de oito a dez dias para algumas horas. Estas IgGs ligam-se a epítomos de plaquetas e megacariócitos resultando, além da destruição plaquetária periférica, em megacariocitopenia ineficaz.⁵ Outros mecanismos, no entanto, podem estar presentes a depender da classificação da doença.

Casos de PTI recém diagnosticadas e com rápida resolução, sem persistir com trombocitopenia prolongada, são comuns em crianças após um episódio de infecção semanas antes do diagnóstico. Este fato pode sugerir que proteínas plaquetárias apresentam similaridade com proteínas do microrganismo ao qual o organismo foi exposto. A história clínica de infecção viral recente ou imunização nas últimas seis semanas, em particular à vacina contra Sarampo-Caxumba-Rubéola, é comum em pacientes pediátricos

com PTI.^{9,10} Nessas condições, hipoteticamente, por reação cruzada às proteínas plaquetárias, um mecanismo imunológico e inflamatório resulta em trombocitopenia.^{5,11}

Outro mecanismo fisiopatológico que contribui para a megacariocitopenia ineficaz nestes pacientes são os baixos níveis de trombopoetina (TPO). A TPO é um regulador primário da produção plaquetária e, em pacientes com PTI, estudos evidenciaram valores abaixo da normalidade.^{7,12}

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO

Em 2009, um consenso internacional definiu nova nomenclatura para a PTI. Nesta ocasião, trocou-se o termo idiopático por imune para enfatizar o mecanismo imunomediado e foi excluída a palavra púrpura, pois os sintomas de sangramento podem ser ausentes ou mínimos.¹³ O mais recente protocolo global de 2019 manteve e reforçou tais mudanças.¹⁴ A trombocitopenia imune primária é um diagnóstico de exclusão em que a contagem plaquetária está abaixo de 100.000/mm³ e não há outra alteração no hemograma (série vermelha ou branca) ou outras causas associadas.

A PTI pode ser dividida em fases (Tabela 1)¹³

Tabela 1. Fases da Trombocitopenia Imune Primária (PTI)

Fase	Tempo
Recém diagnosticada	Plaquetopenia até 3 meses do diagnóstico
Persistente	Plaquetopenia mantida entre 3 e 12 meses do diagnóstico. Inclui pacientes que não atingiram remissão espontânea ou que não mantêm resposta completa a terapia
Crônica	Mais de 12 meses de duração da plaquetopenia

Fonte: Rodeghiero et al, 2009¹³

A avaliação de fatores desencadeantes e diagnósticos diferenciais é baseada na anamnese do paciente que deve incluir informações sobre sangramentos prévios, histórico vacinal, infecções, doenças de base, sangramentos após cirurgias e uso de medicações. Além destes questionamentos e após exame físico adequado, a realização de exame laboratorial com a coleta de hemograma é essencial para o diagnóstico.¹⁴

Considerando o diagnóstico clínico da PTI, orienta-se a coleta de mielograma, biópsia de medula óssea, imunofenotipagem e citogenética quando não há segurança do diagnóstico (alteração em mais de uma série do hemograma, presença de esplenomegalia ou de adenomegalias associadas) e se não houver remissão espontânea em três a seis meses ou falha de resposta ao

tratamento. Na suspeita de leucemia e na ponderação do uso de corticosteroides como tratamento de primeira linha, a coleta de mielograma deve ser fortemente recomendada previamente ao uso.¹⁴

Avaliações adicionais podem incluir pesquisa de lúpus eritematoso sistêmico e outras doenças autoimunes (como por exemplo anticorpo antifosfolípide, anticorpo anticardiolipina, anticoagulante lúpico, anticorpo antinúcleo, imunoglobulinas séricas), infecções crônicas (como hepatites, citomegalovírus, HIV, *Helicobacter pylori*), imunodeficiências complexas, trombocitopenia de herança genética e síndromes de falência medular.¹⁴ A tabela a seguir apresenta o mnemônico PLAQUETA para auxiliar na abordagem diagnóstica em pacientes pediátricos com PTI (Tabela 2).

Tabela 2. Mnemônico para auxiliar na abordagem diagnóstica em pacientes pediátricos com PTI

Abordagem diagnóstica em pacientes pediátricos com PTI	
P L A Q U E T A	Pensar na exclusão de diagnósticos diferenciais a partir da história clínica, exame físico, exames laboratoriais
	Lembrar da pesquisa de infecção por <i>Helicobacter pylori</i> principalmente em determinadas regiões geográficas
	Anamnese bem elaborada, investigar histórico pessoal e familiar, esfregaço periférico, hemograma, exame físico adequado, mielograma quando necessário
	Quantificação de imunoglobulinas para afastar imunodeficiências ou antes da administração de imunoglobulina humana intravenosa em crianças
	Utilizar a classificação de PTI entre primária e secundária e as fases (recém-diagnosticada, persistente, crônica)
	Exame de Medula Óssea quando pertinente (considerar em corticoterapia, recaídas frequentes, PTI crônica)
	Testes reumatológicos quando histórico familiar e pessoal positivos ou se evolução para doença crônica
	Afastar etiologias virais (HIV, Hepatites, citomegalovírus, toxoplasmose, Epstein-Barr Vírus)

Fonte: Provan et al, 2019¹⁴

Quanto aos diagnósticos diferenciais, a tabela a seguir lista as principais condições clínicas hematológicas e infecciosas a serem considera-

das quando um paciente apresentar um episódio de trombocitopenia associado ou não a evento hemorrágico (Tabela 3).^{3,5,8,15}

Tabela 3. Alguns diagnósticos diferenciais de PTI

Doenças		
Plaquetárias	Cursam com trombocitopenia	Infecciosas
Síndrome de Bernard-Soulier	Anemia de Fanconi	Epstein-Barr vírus
Síndrome de Wiskott-Aldrich	Leucemias Agudas	HIV
Trombocitopenia amegacariocítica congênita	Doença de Von Willebrand Tipo IIB	Hepatite C
Anomalia de May-Hegglin (MYH9)	Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES)	Citomegalovírus
Síndrome Kasabach-Merritt	Coagulação intravascular disseminada (CIVD)	<i>Helicobacter pylori</i>
Trombocitopenia aloimune neonatal	Síndrome do Anticorpo Antifosfolípide (SAF)	Dengue
Síndrome da plaqueta cinzenta	Aplasia de Medula Óssea	Malária
Púrpura trombocitopênica trombótica	Trombocitopenia induzida por medicamento	Outras infecções virais
Síndrome de Evans	Hiperesplenismo	
Trombocitopenia Ligada ao X	Imunodeficiências primárias	
Trombastenia de Glanzman	Desordens linfoproliferativas autoimunes	
	Doenças autoimunes	

Fonte: Lee, 2018³; Kühne et al., 2014⁵; Michelson et al., 2019⁸; Faki Osman 2012¹⁵

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO

O quadro clínico mais frequente em pediatria apresenta-se com sangramentos em pele e mucosas.⁵ Os sangramentos de pele são em forma de petéquias, hematomas e equimoses. As petéquias são lesões puntiformes de até 4 mm de diâmetro e podem estar presentes em qualquer região do corpo, resultado do rompimento de capilares sanguíneos. As púrpuras, por sua vez, são lesões maiores de até 10 mm e por fim as equimoses de dimensão superior a 1 cm. Estas duas últimas são resultadas de sangramentos com maior acúmulo de sangue local.¹⁶ O hematoma é um sangramento com maior extravasamento sanguíneo fora do vaso, mais profundo na pele

e pode acometer outros órgãos, como o sistema nervoso central.¹⁷ Os sangramentos mucosos mais frequentes são de nariz e gengiva.⁵

A hemorragia intracraniana é rara e está presente em menos de 0,5% dos casos de PTI recém diagnosticada.^{5,10} No entanto, sangramentos ativos ou de sistema nervoso central (SNC) exigem condutas imediatas para evitar o risco de mortalidade.¹⁴

Quantificar e classificar o sangramento do paciente de forma objetiva pode ser útil para definir o evento hemorrágico, para a decisão quanto à terapêutica e para padronizar estudos. O consenso da *American Society of Hematology* (ASH) de 2019 sugere classificar o sangramento em quatro níveis (Tabela 4).¹⁴

Tabela 4. Escala de sangramento para pacientes pediátricos com PTI

Grau	Sangramento	Tratamento
I (menor)	pouco sangramento, algumas petéquias (≤ 100 no total) e/ou ≤ 5 hematomas pequenos (≤ 3 cm diâmetro), sem sangramento mucoso.	Observação
II (leve)	sangramento leve, várias petéquias (> 100 no total) e/ou > 5 hematomas grandes (> 3 cm de diâmetro), sem sangramento mucoso.	Observação
III (moderado)	Sangramento moderado, evidente sangramento mucoso, interferência nas atividades diárias.	Intervenção para atingir nível 1 ou 2
IV (severo)	Sangramento intenso, sangramento de mucosas com queda de hemoglobina > 2 g/dL ou suspeita de sangramento intracavitário.	Intervenção

Adaptado de Provan et al., 2019.¹⁴

A decisão sobre a admissão hospitalar deve ser pautada principalmente na presença de sintomas e outros fatores sociais. Em casos de sangramento que se classifiquem como grau 1 ou grau 2, a despeito do valor plaquetário, as recomendações atuais são contra a internação. No entanto, na presença de questões sociais que impossibilitem a reavaliação, o paciente deverá ser internado e mantido em observação.^{14,18} Indica-se a reavaliação em 24 a 72 horas, preferencialmente por hematologista.¹⁸

O início do tratamento deve ser guiado por piora do sangramento, mudança de humor para depressão ou irritabilidade e outros sinais que sugiram risco de sangramento de SNC, crianças agitadas que apresentem riscos de sangramentos traumáticos, risco aumentado de sangramento por outras medicações e condições médicas pré-existentes.¹⁴ Sempre que possível, o início do tratamento deve ser realizado em conjunto com o hematologista pediátrico. A presença de hematúria, por exemplo, pode indicar um maior risco de sangramentos intracavitários, com consequente maior risco de sangramento de SNC. Pacientes com sangramentos que se classifiquem nos graus 3 ou 4 requerem intervenção.^{10,14,18}

O objetivo do tratamento da PTI é conter eventos hemorrágicos que podem levar a morbidade e mortalidade, além de melhorar a qualidade de vida e reduzir os efeitos tóxicos do uso

contínuo de medicações. Por ser uma doença que pode apresentar melhora espontânea, sem a necessidade de terapias, a decisão por hospitalização e por iniciar o tratamento cabe ao médico assistente e ao hematologista, devendo esta avaliação ser individualizada considerando riscos e benefícios. Sabe-se que a contagem plaquetária não está diretamente relacionada aos eventos hemorrágicos.¹⁰

As opções terapêuticas de primeira linha para tratamento de PTI recém diagnosticada são a corticoterapia (CE), a imunoglobulina humana intravenosa (IGIV) e a imunoglobulina anti-D (anti-D). O anti-D deve ser usado apenas se paciente for Rh positivo, não esplenectomizado, com teste de Coombs direto/antiglobulina direta (CD/TAD) negativo e em pacientes que apresentam hemoglobina superior a 9,0 g/dL. Por esses motivos, seu uso acaba sendo mais limitado no tratamento da PTI recém diagnosticada.¹⁴ Cabe ressaltar que a imunoglobulina anti-D não tem aprovação da ANVISA para uso na PTI.

Os corticosteroides têm contraindicação relativa em casos de infecções graves ou varicela recente. Além disso, o grande número de possíveis efeitos colaterais torna o seu uso mais limitado. No entanto, o seu emprego para graus 1 e 2 de sangramento em pacientes não internados mostra-se como um bom adjuvante no tratamento, pois é de fácil acesso e baixo custo.

Existem várias opções de tratamento com corticosteroide oral. Prednisona ou prednisolona devem ser usadas na dose de 4mg/Kg/dia dividida em 3 a 4 tomadas por 4 dias (dose máxima de 200mg/dia) ou 1-2mg/Kg/dia por 1 a 2 semanas (dose máxima 80mg/dia).¹⁴ Em tratamentos mais prolongados, deve ser feita a redução gradual da prednisona até sua parada em três semanas, mesmo que as contagens de plaquetas caiam durante a redução de dose.¹⁴ Entre as opções intravenosas (IV) pode-se usar dexametasona na dose de 28 mg/m² ou metilprednisolona 30mg/kg/dia (máximo de 1g/dia).¹⁴ É recomendado que os corticosteroides sejam reduzidos ou suspensos assim que o sangramento cessar, quando um número seguro de plaquetas seja atingido ou quando seja determinada falha no tratamento.¹⁴

A prescrição de corticosteroides exige cuidado uma vez que podem mascarar diversas doenças que cursam com plaquetopenia, inclusive a leucemia. Portanto, orienta-se o uso apenas quando houver indicação e certeza do diagnóstico de PTI e coleta de mielograma previamente ao uso nestas situações.

O uso de imunoglobulina humana intravenosa (IGIV) na PTI recém diagnosticada, possui como limitantes o alto custo, a necessidade de admissão hospitalar e a dificuldade de acesso à medicação em um país de dimensões continentais. No entanto, os poucos eventos adversos e a rápida resposta clínica e laboratorial após uma dose são benefícios que devem ser considerados na escolha terapêutica, principalmente em pacientes com elevado risco de sangramento. IGIV é efetiva em dose única de 0,8-1g/Kg. A dose de IGIV pode ser repetida se sangramento mantido ou resposta parcial.^{14,19}

Em situações de emergência, como sangramentos graves ameaçadores à vida e sangramentos de SNC, é recomendada a terapia combinada que inclui transfusão de plaquetas (dose 2 a 3 vezes maior que a habitual), seguida de alta dose de corticosteroides (por exemplo a metilprednisolona IV 30mg/Kg) e IGIV (0,8-1g/Kg/dia), com ou sem dose única de anti-D. Uma segunda dose de IGIV e corticosteroide pode ser necessária

caso não haja aumento do nível plaquetário em 24 horas.¹⁴ O objetivo é elevar a contagem plaquetária o mais rápido possível para minimizar e eliminar sangramentos severos e manter a contagem plaquetária até resolução do sangramento e resolução do risco de novos sangramentos em mesmo local. Antifibrinolíticos podem ser usados se o sangramento se mantiver independentemente da terapia usada.¹⁴

Considera-se como resposta precoce contagem de plaquetas maior ou igual a 30.000/mm³ e ao menos dobrando o valor basal em uma semana do episódio hemorrágico.^{8,14,18} O acompanhamento com hematologista após o primeiro evento é de extrema importância para definição do tempo de doença, avaliação da qualidade de vida, bem como investigação de causas secundárias e necessidade de outras terapias de segunda linha.¹⁴

PTI CRÔNICA

Quando o paciente evolui para PTI persistente ou crônica, os cuidados devem ser os mesmos da PTI recém diagnosticada durante os sangramentos ativos. Geralmente os pacientes se mantêm com níveis plaquetários acima de 20.000-30.000/mm³ e apresentam sangramentos após lesões traumáticas. Sabe-se que quanto mais persistente e crônica a PTI, menor o significado do valor plaquetário.⁵ Logo, a restrição de atividades físicas não deve ser mandatória para todos os pacientes, mas os cuidadores da criança devem ser devidamente orientados. No caso de meninas em puberdade, a menstruação pode ser controlada com o uso de antifibrinolíticos ou terapia hormonal.¹⁴

A terapia de segunda linha é utilizada principalmente quando o paciente evolui para PTI crônica e deve ser cuidada por hematologista pediátrico. A escolha de agonistas do receptor da trombopoietina (TPO) como tratamento preferencial frente à esplenectomia tem se mos-

trado eficaz.^{14,18,20,21} Como exemplos de agonistas do receptor da TPO, temos aprovados no Brasil o eltrombopague para pacientes maiores de seis anos e o romiplostim para pacientes a partir de um ano de idade. O rituximabe, por sua vez, não tem aprovação pela ANVISA para uso na PTI, embora os estudos indiquem boa resposta.^{5,10,14}

Na ausência de resposta a mais de uma das terapias propostas, a esplenectomia pode ser uma opção terapêutica considerada. É descrito remissão em torno de 54% em crianças submetidas à esplenectomia. Apesar disto, com as opções atuais de tratamento, a esplenectomia deve ser considerada com muito cuidado.⁴ Deve-se evitar a realização em menores de cinco anos (pelo maior risco de infecções oportunistas) e no primeiro ano da doença (quando ainda a chan-

ce de remissão é alta). Antes da esplenectomia faz-se necessário assegurar que a imunização do paciente esteja completa, especialmente para bactérias encapsuladas, e garantir que outras hipóteses diagnósticas tenham sido afastadas, em especial as doenças associadas a imunodeficiências e doença autoimunes.⁴ Após o procedimento, o paciente deverá realizar adequada profilaxia antimicrobiana e a família deve ter pleno conhecimento do risco de sepse pós esplenectomia.^{5,14,18}

Concluindo, a PTI é uma doença de característica notoriamente imunológica com risco eventual de sangramentos. Sendo assim, o conhecimento do diagnóstico e condutas imediatas de tratamento são de extrema importância ao pediatra, o qual terá o primeiro contato com o paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. van Ommen CH, Peters M. The bleeding child. Part I: primary hemostatic disorders. *Eur J Pediatr*. 2012;171(1):1-10.
02. van Herrewegen F, Meijers JC, Peters M, van Ommen CH. Clinical practice: the bleeding child. Part II: disorders of secondary hemostasis and fibrinolysis. *Eur J Pediatr*. 2012;171(2):207-14.
03. Lee AC. Isolated thrombocytopenia in childhood: what if it is not immune thrombocytopenia? *Singapore Med J*. 2018;59(7):390-393.
04. Despotovic JM, Grimes AB. Pediatric ITP: is it different from adult ITP? *Hematology Am Soc Hematol Educ Program*. 2018;2018(1):405-411.
05. Kühne T. Immune thrombocytopenia in childhood. Education program, European Hematology Association, Annual Meeting Milan, Italy, June 12-15, 2014. *Hematology Education: the education program for the annual congress of the European Hematology Association 2014*;8:291-298.
06. Vaillant AAJ, Gupta N. ITP-Immune Thrombocytopenic Purpura. *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; Jan 2023. Jan. 2023 May 6.
07. Stasi R, Newland AC. ITP: a historical perspective. *Br J Haematol*. 2011;153(4):437-50.
08. Michelson A, Cattaneo M, Frelinger A, Newman P. *Platelets*. 4th Edition. London. Academic Press; Elsevier. 2019
09. Braga JAP, Loggetto SR, Hoepers ATC, Bernardo WM, Medeiros L, Verissimo MPA. Guidelines on the diagnosis of primary immune thrombocytopenia in children and adolescents: Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular Guidelines Project. *Rev Bras Hematol Hemoter*. 2013;35(5):358-365.
10. Kühne T. Diagnosis and management of immune thrombocytopenia in childhood. *Hamostaseologie*. 2017;37(1):36-44.
11. D'Orazio JA, Neely J, Farhoudi N. ITP in children: pathophysiology and current treatment approaches. *J Pediatr Hematol Oncol*. 2013;35(1):1-13
12. Siegal D, Crowther M, Cuker A. Thrombopoietin receptor agonists in primary immune thrombocytopenia. *Semin Hematol*. 2013;50 Suppl 1(0 1):S18-21.
13. Rodeghiero F, Stasi R, Gernsheimer T, Michel M, Provan D, Arnold DM, et al. Standardization of terminology, definitions and outcome criteria in immune thrombocytopenic purpura of adults and children: report from an international working group. *Blood*. 2009;113(11):2386-93.
14. Provan D, Arnold DM, Bussel JB, Chong BH, Cooper N, Gernsheimer T, et al. Updated international consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood Adv*. 2019;3(22):3780-3817.
15. Faki Osman ME. Childhood immune thrombocytopenia: Clinical presentation and management. *Sudan J Paediatr*. 2012;12(1):27-39.
16. Antonov D, Kamarashev J, Kazandjieva J, Neykova T, Tsankov N. The rash that becomes purpuric, petechial, hemorrhagic, or ecchymotic. *Clin Dermatol*. 2020;38(1):3-18.
17. Anderson DM, Keith J, Novak PD, Elliot MA. *Dorland's illustrated medical dictionary*. W.B. Saunders Company; Philadelphia, PA: 1994
18. Neunert C, Terrell DR, Arnold DM, Buchanan G, Cines DB, Cooper N, et al. American Society of Hematology 2019 guidelines for immune thrombocytopenia. *Blood Adv*. 2019;3(23):3829-3866.
19. Heitink-Pollé KMJ, Uiterwaal CSPM, Porcelijn L, Tamminga RYJ, Smiers FJ, van Woerden NL, et al. Intravenous immunoglobulin vs observation in childhood immune thrombocytopenia: a randomized controlled trial. *Blood*. 2018;132(9):883-891.
20. Siegal D, Crowther M, Cuker A. Thrombopoietin receptor agonists in primary immune thrombocytopenia. *Semin Hematol*. 2013;50 Suppl 1(0 1):S18-21.
21. Giordano P, Lassandro G, Barone A, Cesaro S, Fotzi I, Giona F, et al. Use of Eltrombopag in Children with Chronic Immune Thrombocytopenia (ITP): A Real Life Retrospective Multicenter Experience of the Italian Association of Pediatric Hematology and Oncology (AIEOP). *Front Med (Lausanne)*. 2020;7:66.



Diretoria Plena

Triênio 2022/2024

PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

1º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

2º VICE-PRESIDENTE:
Anamária Cavalcante e Silva (CE)

SECRETÁRIO GERAL:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)

3º SECRETÁRIO:
Claudio Hoineff (RJ)

DIRETOR FINANCEIRO:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º DIRETOR FINANCEIRO:
Maria Angelica Barcellos Svaiteir (RJ)

2º DIRETOR FINANCEIRO:
Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE: Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE: Marylene Silva do Vale (MA)

SUDESTE: Marisa Lages Ribeiro (MG)

SUL: Cristina Targa Ferreira (RS)

CENTRO-OESTE: Renata Belem Pessoa de Melo Seixas (DF)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Jose Hugo Lins Pessoa (SP)
Marisa Lages Ribeiro (MG)
Marylene Silva do Vale (MA)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

SUPLENTE:
Analiária Moraes Pimentel (PE)
Dolores Fernandez Fernandez (BA)
Rosana Alves (ES)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Sulim Abramovici (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Cláudia Rodrigues Leone (SP)
Licia Maria Moreira (BA)
Carlinho de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

SUPLENTE:
Jocileide Sales Campos (CE)
Ana Márcia Guimarães Alves (GO)
Gilberto Pascolat (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Rossiceli de Souza Pinheiro (AM)
Helenilce de Paula Fiod Costa (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Edson Ferreira Liberal (RJ)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Maria Angelica Barcellos Svaiteir (RJ)
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Sidnei Ferreira (RJ)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Mauro Batista de Moraes (PR)
Kerstin Tanigushi Abagge (PR)

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

COORDENAÇÃO:
Hélio Villaca Simões (RJ)

COORDENAÇÃO ADJUNTA:
Ricardo do Rego Barros (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP) - Licenciado
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvia Rocha Carvalho (RJ)

COMISSÃO EXECUTIVA DO EXAME PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA AVALIAÇÃO SÉRIADA

COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Luciana Cordeiro Souza (PE)

MEMBROS:
João Carlos Batista Santana (RS)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)
Ricardo Mendes Pereira (SP)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
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)

INTERCÂMBIO COM OS PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA
Marcela Damasio Ribeiro de Castro (MG)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

DIRETOR:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

DIRETORIA ADJUNTA:
Sidnei Ferreira (RJ)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Britto Filho (PB)
Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)
Anenisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giambardino Filho (PR)
Carlinho de Souza Machado e Silva Filho (RJ)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

DIRETORIA CIENTÍFICA

DIRETOR:
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA
Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:
Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

MÍDIAS EDUCACIONAIS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Rosana Alves (ES)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (ES)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP
Fernanda Luisa Ceragioti Oliveira (SP)
Tulio Konstanyter (SP)
Claudia Bezerra Almeida (SP)

NEONATOLOGIA - PRORR
Renato Soibermann Procianny (RS)
Clea Rodrigues Leone (SP)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPEP
Werther Brownow de Carvalho (SP)

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP
Claudio Leone (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)
Hamy Simon Júnior (SP)
Gilberto Pascolat (PR)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Savio Cavalcanti Sarinho (PE)
Dirceu Solé (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PUBLICAÇÕES

TRATADO DE PEDIATRIA
Fábio Ancona Lopez (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)

Clóvis Artur Almeida da Silva (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamária Cavalcante e Silva (CE)

OUTROS LIVROS
Fábio Ancona Lopez (SP)
Dirceu Solé (SP)
Clóvis Francisco Constantino (SP)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

DIRETORA:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cláudia Rodrigues Leone (SP)
Paulo Tadeu de Mattos Prereira Poggiali (MG)

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 Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

COORDENAÇÃO GERAL:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO OPERACIONAL:
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (RR)
Márcia de Freitas (SP)
Nelson Grisard (SC)
Normeide Pedreira dos Santos Franca (BA)

PORTAL SBP
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Anamária Cavalcante e Silva (CE)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Claudio Hoineff (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Maria Angelica Barcellos Svaiteir (RJ)
Donizetti Dimer Giambardino (PR)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)
Cassio da Cunha Ibiapina (MG)
Luiz Anderson Lopes (SP)
Sílvia Regina Marques (SP)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Mariana Tschopke Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Soibermann Procianny (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)
Gisela Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémens Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORIA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Key Madeira (RJ)
Mariana Tschopke Aires (RJ)
Maria De Fatima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Alvaro Jorge Madeira 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)
Angélica Maria Bicudo (SP)

EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejtiar Waksman (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Angélica Maria Bicudo (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (MG)
Angélica Maria Bicudo (SP)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Ana Lucia Ferreira (RJ)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Délia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Sílvia Regina Marques (SP)
Claudio Barssanti (SP)
Marylene Silva do Vale (MA)
Liana de Paula Medeiros de A. Cavalcante (PE)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

COORDENADOR:
Lelia Cardamone Gouveia (SP)

MEMBROS:
Cassio da Cunha Ibiapina (MG)
Luiz Anderson Lopes (SP)
Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Marylene Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

MUSEU DA PEDIATRIA (MEMORIAL DA PEDIATRIA BRASILEIRA)

COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
Mario Santoro Junior (SP)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Sidnei Ferreira (RJ)
Jefferson Pedro Piva (RS)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:
Claudio Barsanti (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)

REDE DE PEDIATRIA
AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA
Ana Isabel Coelho Montero

AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA
Marcos Reis Gonçalves

AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA
Adriana Távora de Albuquerque Taveira

AP - SOCIEDADE AMAPEENSE DE PEDIATRIA
Camila dos Santos Salomão

BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA
Ana Luiza Velloso da Paz Matos

CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA
Anamária Cavalcante e Silva

DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL
Luciana de Freitas Velloso Monte

ES - SOCIEDADE ESPIRITOSANTENSE DE PEDIATRIA
Carolina Strauss Estevez Gadelha

GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA
Valéria Granieri de Oliveira Araújo

MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO
Sílvia Helena Cavalcante de S. Godoy

MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA
Márcia Gomes Penido Machado

MS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO MATO GROSSO DO SUL
Carmen Lúcia de Almeida Santos

MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA
Paula Helena de Almeida Gattass Bumali

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

PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA
Márcia do Socorro Ferreira Martins

PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO
Alexandra Ferreira da Costa Coelho

PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ
Ramon Nunes Santos

PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA
Victor Horácio de Souza Costa Junior

RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Cláudio Hoineff

RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO NORTE
Manoel Reginaldo Rocha de Holanda

RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA
Wilmerson Vieira da Silva

RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA
Érica Patrícia Cavalcante Barbalho

RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL
José Paulo Vasconcellos Ferreira

SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA
Nílza Maria Medeiros Perin

SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA
Ana Jovina Barreto Bispo

SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO
Renata Dejtiar Waksman

TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA
Ana Mackartney de Souza Marinho

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética Clínica
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infectologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Medicina do Adolescente
- Medicina Intensiva Pediátrica
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Prevenção e Enfrentamento das Causas Externas na Infância e Adolescência
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Sono
- Suporte Nutricional
- Toxicologia e Saúde Ambiental

GRUPOS DE TRABALHO

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doença inflamatória intestinal
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Educação e Saúde
- Imunobiológicos em pediatria
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Ortopedia pediátrica
- Pediatria e humanidades
- Pediatria Internacional dos Países de Língua Portuguesa/Povos Originários do Brasil
- Políticas públicas para neonatologia
- Radiologia e Diagnóstico por Imagem
- Saúde mental
- Saúde digital
- Saúde oral