



Guia Prático de Atualização

Departamento Científico
de Adolescência

Acne na adolescência

Departamento Científico de Adolescência

Presidente: Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

Secretária: Evelyn Eisenstein

Conselho Científico: Beatriz Elizabeth Bagatin Veleda Bermudez; Elizabeth Cordeiro Fernandes; Halley Ferraro Oliveira; Lilian Day Hagel; Patrícia Regina Guimarães; Tamara Beres Lederer Goldberg

Colaboradores: Iolanda Maria Novadzki, Darci Vieira da Silva Bonetto, Susana Giraldi, Kerstin Taneguchi Abagge, Vânia Oliveira de Carvalho

A acne é uma dermatose, conhecida por todos os adolescentes que se queixam “dos cravos e das espinhas”, que dependendo da gravidade pode provocar baixa auto-estima, perda de autoconfiança, isolamento social e mesmo depressão. Por estas razões é importante a instituição de um tratamento adequado e precoce, que reduza a frequência e gravidade das exacerbações, bem como o número de cicatrizes, principalmente quando localizada na face.¹⁻⁸

O pediatra é o profissional responsável pelos cuidados na transição da infância para adolescência e vida adulta e deve estar atento às queixas visíveis, bem como perceber outras não mencionadas claramente nas consultas. Assim, suas condutas objetivam minimizar tanto os agravos estéticos como os emocionais da população adolescente, pois as marcas geradas pela acne não ficam restritas à pele.⁴

No intuito de melhorar a qualidade de vida dos adolescentes, a Sociedade Brasileira de Pediatria traz uma atualização sobre Acne Juvenil

com o objetivo de atualizar os pediatras para a intervenção adequada e acompanhamento desta dermatose tão frequente.

O Que é Acne?

A acne é uma dermatose inflamatória dos folículos pilosebáceos que ocorre nos extremos da idade pediátrica nos recém-nascidos (acne neonatal) e nos adolescentes (acne juvenil). Raramente é vista na infância (acne infantil) mas é extremamente comum na adolescência.¹⁻⁸ A ação dos andrógenos maternos nas primeiras seis semanas de vida é responsável pela acne neonatal, a infantil é mais comum em meninos entre o terceiro e sexto mês de vida, pelas secreções precoces de andrógenos gonadais.¹

A acne juvenil inicia-se na puberdade com prevalência máxima até o estágio IV de Tanner, por secreção gonadal de testosterona, tornando-se menos evidente no final da adolescência.¹⁻⁸

A acne afeta 75-95% dos indivíduos com idades compreendidas entre os 12 e 24 anos, e atualmente tem sido observada a partir dos 9 anos de idade.¹ Atinge ambos os sexos, sendo geralmente mais grave nos homens e mais persistente nas mulheres.¹

Devido ao impacto negativo das formas inflamatórias e supurativas, sobretudo quando localizadas na face, as repercussões da acne na adolescência são: baixa autoestima, sofrimento e depressão devido à dificuldade na aceitação da imagem corporal e aparência, num mundo onde há supervalorização do culto à beleza e à estética. Pode ocorrer, também, prejuízo do rendimento escolar com abandono da escola, propensão a ser vítima de *bullying* e isolamento pela autoimagem ameaçada.¹⁻⁸

Etiopatogenia

A acne decorre da ação conjunta de fatores genéticos (autossômico dominante), hormonais e ambientais. Com o amadurecimento do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas, os hormônios sexuais aumentam o tamanho da glândula sebácea, com alteração na produção, qualidade e acúmulo do sebo no folículo pilo-sebáceo.¹⁻⁸

Na fisiopatogenia ocorrem: (1) alteração da queratinização do folículo piloso, (2) produção de sebo, (3) colonização da unidade pilosebácea por bactérias e fungos (*Propionibacterium acnes*, *P. granulosum*, *P. avidum*, *Staphylococcus epidermidis*, *Malassezia furfur*)³ e (4) processo inflamatório. Os dois primeiros são diretamente favorecidos pela mudança dos padrões estruturais da glândula em consequência ao estímulo hormonal, que geralmente ocorre na adolescência, mas também em distúrbios hiperandrogênicos. Assim, as glândulas sebáceas do folículo piloso sofrem hipertrofia, criando condições para a formação do comedão.

A hiperproliferação de queratina do folículo piloso oclui o óstio ductal, formando uma "rolha", o que impede a drenagem do sebo e favorece a

comedogênese.¹⁻⁸ A hiperestimulação androgênica, característica desta fase da vida, aumenta a produção e secreção sebácea, que fica retida e forma o comedão. Essa oclusão pelo sebo retido propicia a colonização bacteriana e a instalação de processo infeccioso e inflamatório.¹⁻⁷

A acne pode ser desencadeada ou piorada por outros fatores como o estresse emocional, a pressão e/ou fricção excessiva da pele conhecida como "espremer espinhas", falta de higiene e limpeza, a exposição a certos químicos industriais, cosméticos comedogênicos, medicamentos (esteroides anabolizantes, androgênicos, corticosteroides tópicos ou sistêmicos, lítio, isoniazida, iodo (contrastes iodados), vitamina B12, hidrazida, bromo e algumas formulações de anti-concepcionais hormonais orais).¹⁻⁸

Anamnese

A investigação deve incluir o tempo de aparecimento, a duração e localização das lesões (região centro-facial, tronco anterior e posterior); o uso de produtos cosméticos (hidratantes, maquiagem e de limpeza de pele), história e gravidade de acne em familiares; medicamentos (tópicos ou sistêmicos) e doenças prévias; tratamentos prévios (tópicos ou sistêmicos) e seus resultados. É importante avaliar o impacto psicossocial e indagar sobre escoriação neurótica, baixa autoestima e depressão.

No sexo feminino deve-se inquirir sobre agravamento das lesões no período pré-menstrual, queda de cabelo, presença de seborreia, uso de contraceptivos orais e possibilidade de gravidez. Na ocorrência de acne refratária a tratamentos, avaliar presença de hirsutismo e obesidade, além de afastar a síndrome do ovário policístico.¹⁻⁸

Características Clínicas

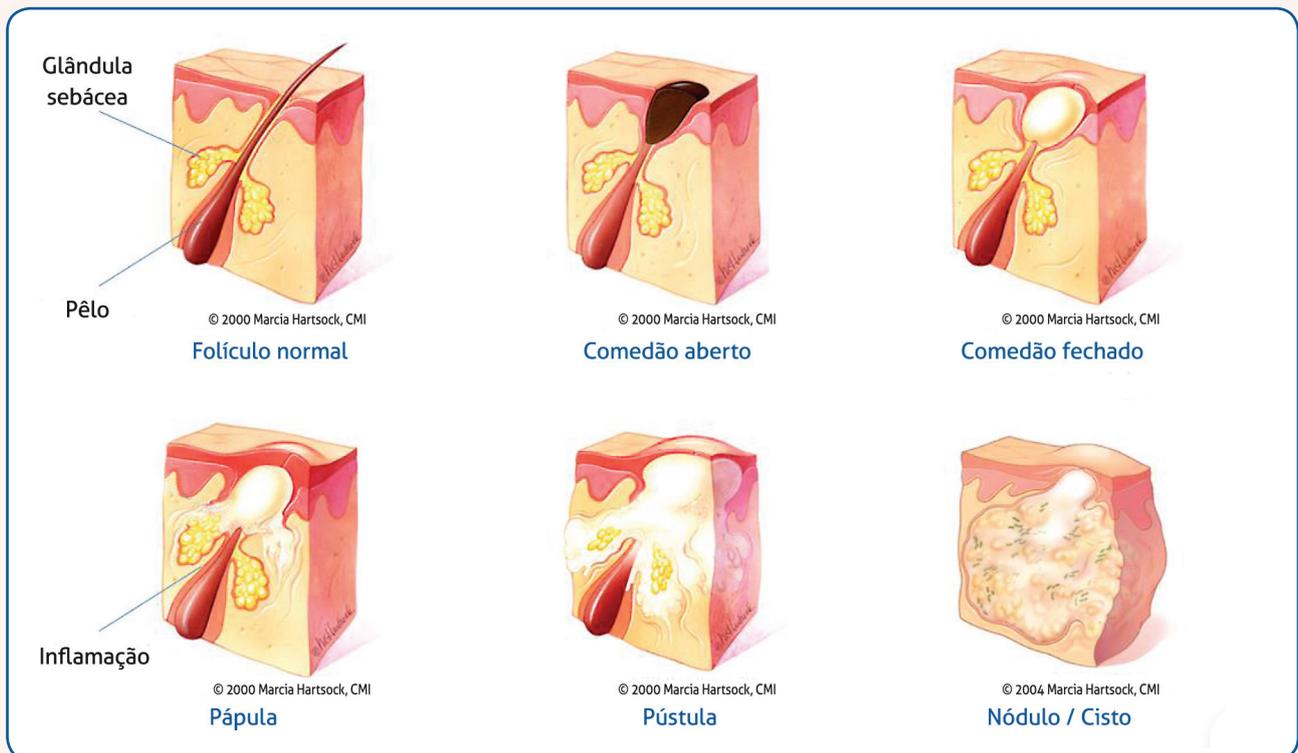
A lesão clínica inicial é o comedão ou "cravo", que pode ser fechado, de cor esbranquiçada, me-

dindo de 1 a 2 mm; ou aberto, de cor enegrecida devido à oxidação da queratina e aumento da deposição de melanina por atividade dos melanócitos.¹⁻⁸

Pápulas eritematosas de até 1 cm de diâmetro podem ocorrer ao redor dos comedões, o que indica atividade inflamatória da doença, podendo evoluir com a formação de pústulas circunscritas de até 1cm de diâmetro. Cistos, nódulos e

abscessos correspondem ao processo inflamatório observado nas fases avançadas da acne, gravidade variada. Esses frequentemente drenam secreção purulenta e deixam cicatrizes, que podem ser consequência das lesões inflamatórias, ou o resultado da manipulação das lesões pela destruição das células germinativas localizadas na região mediana do folículo.¹⁻⁸ A figura 1 ilustra as alterações evolutivas da acne

Figura 1. Imagens representativas do aspecto histológico evolutivo da acne



Fonte: Foto da internet

Classificação

A acne vulgar pode ser dividida em não-inflamatória e inflamatória, graduadas de I a V, conforme as lesões predominantes¹⁻⁷ (Quadro 1).

A acne fulminante é uma forma rara e grave, de instalação abrupta, exclusiva do sexo masculino, mediada por imunocomplexos voltados contra *P. acnes*. Além de atingir a pele, apresenta acometimento sistêmico com febre, mialgia, artralgia e leucocitose. As lesões necrotizantes muitas vezes requerem internação hospitalar.²⁻⁴

Quadro 1. Classificação da acne conforme as lesões predominantes

Grau	Lesões Predominantes
I. Não inflamatória ou comedoniana	Comedões
II. Inflamatória	Alterações pápulo-pustulosas além dos comedões
III. Nódulo-cística	Nódulos e cistos
IV. Conglobata	Forma grave com múltiplos nódulos inflamatórios, abscessos, fístulas e formação de cicatrizes
V. Acne fulminante	Lesões necrotizantes com predomínio no tronco

Fonte: Adaptado a partir das referências²⁻⁴

Figura 2. Imagens correspondentes à classificação da acne



Grau I - Comedônica sem lesões inflamatórias



Grau II - Pápulo-pustulosa - comedões pequenos e inflamados com pústulas



Grau III - Nódulo abscedante comedões pequenos com cistos maiores e dolorosos



Grau IV - Conglobata - lesões císticas comunicantes, muita inflamação

Fonte: Arquivo fotográfico dos autores

Diagnóstico

O diagnóstico da acne é clínico e se estabelece pela presença das lesões localizadas principalmente na face, no dorso e no tórax anterior. O exame físico deve incluir a avaliação do tipo, número e localização dessas alterações, e seu grau de gravidade (Grau 1 - acne comedogênica, Grau 2 - inflamatória, Grau 3 - nódulo-cística/cicatrizes, Grau 4 - conglobata, Grau 5 - acne fulminante. Importante ainda avaliar a sensibilidade da pele e a tendência para formação de cicatrizes.¹⁻⁸

Geralmente, o diagnóstico de acne vulgar não é difícil e o quadro clínico é típico, com lesões e sintomas locais característicos e ausência de manifestações sistêmicas. As lesões não inflamatórias (cravos) podem ser microcomedões,

comedões fechados e comedões abertos. As lesões inflamatórias (espinhas) podem ser pápulas, pústulas, nódulos e cistos. As lesões cicatriciais podem ser atróficas ou queloides.¹⁻⁸

Os principais diagnósticos diferenciais envolvem: foliculites, rosácea, dermatite perioral, erupções acneiformes e tumores benignos (hiperplasia sebácea, siringoma e angiofibromas da esclerose tuberosa).¹⁻³

Orientações para Adolescentes e Familiares

Para o controle da acne, é importante investir na educação do adolescente, que promove envolvimento e adesão ao tratamento. Assim, torna-se

importante que o adolescente considere o médico como um aliado interessado na sua cura.⁴

Na primeira consulta, deve-se explicar ao adolescente e sua família sobre a fisiopatologia da acne, fatores de piora e de melhora, e os fundamentos do tratamento, abaixo elencados:⁴

- Trata-se de doença crônica que cursa com remissões e exacerbações;
- O tratamento inclui limpeza diária da pele e uso das medicações tópicas;
- Manutenção do tratamento, mesmo após a pele estar sem lesões;
- Os medicamentos são utilizados na área afetada de forma preventiva.
- O resultado com melhora é individual, mas é notado a partir das primeiras semanas ao terceiro mês de tratamento;
- O excesso de cremes, óleos, pós, base e hidratantes pode atuar como agentes comedogênicos, agravar ou piorar a acne cosmética, assim como a limpeza obsessiva;
- As áreas afetadas devem ser lavadas com água à temperatura ambiente (evitar água quente) com suavidade, e secas com pequenos toques utilizando uma toalha;
- Não se deve coçar ou espremer as lesões, com unhas e sem higiene, pois isso aumenta a inflamação e a probabilidade de formação de cicatrizes;
- Lesões pressionadas na face podem complicar resultando em abscesso cerebral;
- O uso de protetor solar *oil free*, toque seco ou gel, diminui a formação de manchas hiperpigmentadas residuais da acne na face. A exposição ao sol, apesar de secar as lesões, tem posterior ação comedogênica;
- Não existe dieta com restrições de alimentos para a acne, mas se o paciente notar piora com alguns alimentos, deve evitá-los;
- Por fim, esclarecer que a acne não é causada ou agravada pela atividade sexual (incluindo a masturbação) ou por infecções sexualmente transmissíveis.⁴

Tratamento Tópico

Os produtos tópicos têm ação importante em todos os pacientes com acne e podem ser usados isoladamente nas formas leves a moderadas. Os mais frequentemente prescritos são sabonetes esfoliantes com enxofre ou ácido salicílico, géis com peróxido de benzoíla, ácido retinoico, ácido salicílico, nicotinamida e ácido azelaico, podendo haver associação destes com antibióticos.¹⁻⁷

Protetor solar com fator de proteção solar igual ou superior a 30, *oil free* ou livre de óleo, deve ser aplicado na face e áreas expostas a cada três horas durante o dia, para impedir o aparecimento ou agravamento de manchas residuais.

Peróxido de benzoíla (PB) - tem atividade antibacteriana e ceratolítica e é a primeira linha de tratamento para acne leve a moderada. Sua combinação com antibióticos tópicos (eritromicina ou clindamicina) ou retinoides tópicos é mais efetiva que a monoterapia. O PB possui efeito anti-inflamatório e comedolítico menor que os retinoides tópicos. Redução de 90% dos microorganismos e de 40% dos ácidos graxos livres é observada após poucos dias de seu uso.¹⁻⁷

Deve ser aplicado uma vez ao dia, de preferência à noite, em camada fina por toda a pele da face, e não apenas nas lesões visíveis. As concentrações disponíveis variam de 1% a 10% e pode ser usado diariamente ou duas a quatro vezes por semana, à noite, levando à esfoliação suave da pele. A supressão do *P. acnes* é similar com as concentrações de 2,5%, 5% ou 10%, o que determina a opção pelas baixas concentrações do PB, que são menos irritantes.¹⁻⁷

Os efeitos adversos mais comuns são pele seca, eritema e descamação. Nos primeiros dias poderá surgir eritema suave e descamação, que desaparecerão com a continuação da terapêutica. O PB reduz as lesões inflamatórias em cerca de quatro semanas e o tratamento deverá ser mantido enquanto existirem essas lesões. Os pacientes devem ser advertidos que o PB pode manchar roupas e tecidos.¹⁻⁷

Ácido Azelaico - em forma de gel, é uma boa opção para o tratamento pela ação anti-inflamatória, antibacteriana e hipopigmentante, principalmente nas manchas hipercrômicas residuais em pele morena fototipo 4, 5 e 6.

Retinoides – são os agentes comedolíticos mais efetivos no tratamento da acne. Atuam na comedogênese, normalizando a descamação do epitélio folicular, prevenindo a formação de novos microcomedões e reduzindo os comedões preexistentes em até 60%. Permitem a penetração no folículo de outras substâncias com atividade antibacteriana. Os retinoides tópicos demonstram atividade sobre a acne inflamatória pelos efeitos imunomoduladores diretos e pela reversão do microcomedão.¹⁻⁷

Todos os retinoides podem causar eritema, descamação e fotossensibilidade, sendo necessário o uso de filtro solar. A melhora tem início a partir da nona à 12ª semanas de tratamento. É aconselhável evitar o seu uso nas mulheres grávidas ou que pretendam engravidar.¹⁻⁷

A **tretinoína** (ácido retinoico) tem efeito irritativo na pele, que pode ser minimizado com aplicação por uma hora diária seguida de lavagem da área, dobrando gradativamente esse tempo a cada dia até permanecer durante toda a noite. Deve-se iniciar com baixas concentrações (0,010% a 0,025%) e gradativamente aumentar para maiores (até 0,100%), dependendo da resposta clínica. A tretinoína aumenta a penetração de outros fármacos tópicos, como os antibióticos tópicos e o peróxido de benzoíla. A isotretinoína e o adapaleno (derivado da tretinoína) são mais toleráveis e podem ser associados aos antimicrobianos desde o início, para a acne inflamatória. A isotretinoína é comercializada na concentração de 0,05% na forma de gel, indicado para peles oleosas.¹⁻⁷

O **adapaleno** é um ácido naftoico, um retinóide sintético tópico com atividade retinóide semelhante à tretinoína, com grande estabilidade química, fotoestabilidade, afinidade pelos lipídios da pele e propriedades anti-inflamatória e comedolítica. Atua na queratinização e diferen-

ciação da epiderme, o que resulta na diminuição da formação de comedões. Está indicado no tratamento da acne não-inflamatória e inflamatória. Pode provocar irritação da pele e não deve ser prescrito na gravidez. Seu uso pode estar associado ao peróxido de benzoíla ou em terapia combinada com antibiótico sistêmico e antiandrogênico. É disponível na concentração de 0,1%, sob a forma de gel e creme.³

Orientações para uso de retinoides tópicos:

- Lavar a pele com sabonete anti-acneico líquido. Evitar esponjas ou sabonetes abrasivos.
- Após lavar o rosto, esperar que a pele seque completamente (40-60 minutos), pois pode ocorrer irritação se estiver úmida.
- Nas peles sensíveis, principalmente nos dias de clima seco ou frio, sugere-se iniciar o tratamento com aplicação de duas a três horas, duas vezes por semana ou em dias alternados, aumentando gradualmente até aplicações diárias, durante o período da noite.

Antibióticos tópicos

Tais substâncias atuam com efeito bacteriostático sobre o *P. acnes*. A eritromicina (2% a 4%) e a clindamicina (1%) são os mais utilizados topicamente e estão disponíveis em solução, loção e gel, bem como em associação com peróxido de benzoíla e isotretinoína. O *P. acnes* é geralmente mais resistente à eritromicina do que à clindamicina. As combinações de eritromicina ou clindamicina com peróxido de benzoíla têm demonstrado um efeito aditivo comparado com a administração desses agentes como monoterapia, prevenindo o aparecimento de resistência bacteriana aos antibióticos tópicos. Os antibióticos tópicos devem ser usados na acne inflamatória, principalmente nas formas leves ou moderadas localizadas.¹⁻⁷

Tratamento Sistêmico

O tratamento por via oral está somente indicado para acne graus 2, 3, e 4. Tanto com antibi-

óticos, por sua ação anti-inflamatória, como com hormônios ou com isotretinoína oral.

Antibióticos orais

São habitualmente utilizados no controle da acne: a tetraciclina, doxiciclina, minociclina, eritromicina, clindamicina, ampicilina, azitromicina, cefalosporinas e sufametoxazol / trimetroprim. Esses fármacos estão indicados no tratamento da acne inflamatória (Grau 2) e atuam principalmente por ação anti-inflamatória. Há também ação na diminuição da população de *P. acnes* nas unidades pilo-sebáceas, inibindo enzimas bacterianas e, assim, alterando a composição do sebo e reduzindo a inflamação.¹

Tem-se verificado um aumento na frequência de *P. acnes* resistentes aos antibióticos, o que se associa a falências terapêuticas. Em caso de gravidez e adolescentes menores de 12 anos, está indicado o uso de eritromicina, devendo-se evitar a forma de *estolato* devido à hepatotoxicidade.¹⁻⁷

Pode-se usar pulsoterapia com azitromicina (1 cp 500 mg ao dia por 3 dias, repetindo com 30 e 60 dias), ou tratamento a longo prazo (até 3 meses) com antibióticos sistêmicos como tetraciclina. O tratamento é seguro e não requer monitorização laboratorial. Nos casos de antibioticoterapia com tetraciclina e seus derivados, inicia-se com doses elevadas que serão diminuídas gradualmente, ao longo de dois a quatro meses.¹

TETRACICLINA: 500mg, 1 a 2x/dia, por 3 a 6 semanas, até diminuir significativamente o número de lesões inflamadas, então reduzir para 250mg, com retirada lenta para evitar rebote da acne. Na acne inflamatória grave ou que não respondeu à dose inicial pode-se aumentar para 1,5 a 3 g por dia.¹⁻⁷

DOXICICLINA: A sua dose inicial habitual é de 50 a 100 mg, duas vezes por dia. É um derivado da tetraciclina, com menos efeitos colaterais, sem necessidade de ser tomada em jejum, mas apresenta maior risco de fotossensibilidade.¹⁻⁷

MINOCICLINA: A dose inicial habitual é de 50 a 100 mg, duas vezes por dia, que deverá ser reduzida quando a acne estiver controlada, geralmente indicada por três a seis semanas.¹⁻⁷

CLINDAMICINA: A dose com que se inicia habitualmente o tratamento é de 75 a 300 mg, duas vezes por dia. É um antibiótico muito eficaz no tratamento da acne, cuja utilização está limitada pela possibilidade de ocasionar colite pseudo-membranosa grave.¹⁻⁷

ERITROMICINA: 500 mg, 2x/dia, que deve ser reduzida quando as lesões se tornam controladas. É o antibiótico de primeira linha nas grávidas e adolescentes menores de 12 anos. Tão eficaz quanto a tetraciclina, apresenta ainda como vantagens menos efeitos colaterais como candidíase vaginal e fotossensibilidade, não necessitando jejum para sua absorção adequada.¹⁻⁷

Tratamento Hormonal

Algumas adolescentes podem ter menor resposta à terapia convencional devido ao excesso de hormônios androgênicos ou hipersensibilidade periférica a eles. Nesses casos, ocorre a associação da acne com hirsutismo, principalmente facial, seborreia e alopecia. Uma boa resposta clínica pode ser obtida com bloqueadores de receptores de androgênios, antiandrogênicos e inibidores da produção de androgênios adrenais ou ovarianos.¹⁻⁷

Contraceptivos orais

O tratamento coadjuvante com anticoncepcionais orais para acne é realizado com a associação de estrogênios e progestagênios e raramente se utiliza o estrogênio isolado. Os estrogênios presentes nos contraceptivos orais (etinilestradiol e mestranol) atuam reduzindo a secreção de androgênios. A maioria dos progestagênios apresenta algum grau de androgenicidade; assim, opta-se pelos de terceira geração (desogestrel, gestodeno e norgestimato) e quarta geração como a dospirenona, que é um progestagênio com ativi-

dade antiandrogênica e também com atividade antiminerlocorticoide, derivada da 17-alfaespironolactona com menor ligação aos receptores androgênicos. Pode-se ainda optar pelo acetato de ciproterona, um progestagênio com atividade antiandrogênica elevada que inibe os receptores androgênicos.¹⁻⁷

Espironolactona

É um diurético antagonista da aldosterona que possui várias ações antiandrogênicas. Compete pelo receptor androgênico na unidade pilosebácea e bloqueia a síntese dos androgênios. Indicada na mulher adulta jovem com acne inflamatória, quando existe influência hormonal (erupções pré-menstruais, aparecimento após os 25 anos de idade, distribuição na porção inferior da face e mento, pele oleosa e hirsutismo), ainda quando há uma resposta inadequada ou intolerância aos outros tratamentos. Está indicada também na coexistência de sintomas como irregularidade menstrual, aumento de peso pré-menstrual ou síndrome pré-menstrual. Tem ação periférica ao bloquear competitivamente os receptores para a DHEAS nas glândulas sebáceas. Pode ser utilizada isoladamente ou em associação com antibióticos ou contraceptivos orais na dose de 50 a 100 mg/dia.^{1,2}

Ciproterona

É usada comumente na dosagem de 2 mg, associada a 35µg de etinilestradiol. A associação com estrogênio aumenta sua eficácia com ação anovulatória e anticoncepcional. O resultado é redução da oleosidade em cerca de 25-35% com a diminuição de comedões e redução das lesões inflamatórias.²

dos seus principais mecanismos de ação, dose-dependente, é a atrofia das glândulas sebáceas com consequente redução da produção de sebo. Também atua na normalização da descamação epitelial folicular, tem ação anti-inflamatória e reduz a população de *P. acnes* devido à redução do sebo. A dose varia de 0,1 a 2,0 mg/Kg/dia e a dose mais utilizada é 0,5mg/Kg/dia por 15 a 20 semanas, até atingir a dose total de 120 a 150 mg/Kg. Vários esquemas de tratamento podem ser utilizados com doses de 0,5 mg/kg/dia nos casos moderadamente graves, com respostas rápidas e baixas taxas de recorrência.¹⁻⁷

Os efeitos colaterais mais comuns são ressecamento de mucosas (labiais, conjuntivas, nasais, vaginal). Mais raramente, além da pele seca, podem ocorrer: cefaleia, epistaxe, alopecia, unhas quebradiças, eritema facial, artralgias, sintomas gastrointestinais, dificuldade na cicatrização e leucopenia. Durante o tratamento é preciso acompanhar hemograma, perfil lipídico, função hepática e renal, bem como, o β-HCG deve ser solicitado mensalmente nas mulheres em idade fértil, mesmo quando referem o uso de alguma anticoncepção.¹⁻⁷ É TERATOGENICA no primeiro trimestre gestacional, causando a síndrome do ácido retinoico, onde o conceito apresenta várias mal-formações. A isotretinoína NÃO provoca deficiência de crescimento, infertilidade nem prejuízos para a espermatogênese ou oogênese.¹

A anormalidade laboratorial mais significativa em pacientes com uso de retinoides é a elevação dos níveis de triglicerídeos plasmáticos. Pode ocorrer também um aumento moderado do colesterol total. Certa toxicidade hepática pode ocorrer em aproximadamente 15% dos pacientes com elevação da atividade das enzimas hepáticas. Todos estes efeitos são reversíveis com a interrupção da medicação.³

Para prescrever a isotretinoína é necessário receituário especial de retinoides, termo de consentimento informado, alertando para o efeito teratogênico da droga, assinado pelo paciente e seu responsável legal, quando menor de 21 anos.²

Retinoides Sistêmicos

A isotretinoína (ácido 13-cis retinoico) é um metabólito da vitamina A indicado para acne grau IV, grave, nodular-cística e inflamatória, ou quando outros tratamentos falham. Um

Esquema Terapêutico^{2,4,10}

GRAU I – COMEDÔNICA

- Sabonete esfoliante de enxofre ou ácido salicílico e/ou Peróxido de benzoíla, ácido azelaico, isotretinoína tópica

GRAU II – PAPULOPUSTULOSA

- Tratamento similar do Grau I + Isotretinoína tópica / Antibiótico tópico (Eritromicina 2% a 4% ou Clindamicina 1%), antibiótico sistêmico quando houver muitas lesões

GRAU III – NÓDULO ABSCEDANTE

- Tratamento similar do Grau I + Antibiótico sistêmico, isotretinoína oral se predomínio de nódulos

GRAU III – REFRATÁRIO OU GRAU IV (CONGLOBATA)

- Tratamento similar do Grau I + Isotretinoína V.O.

Tratamento de cicatrizes

Casos mais complicados ou para a correção das cicatrizes da acne deve ser encaminhados e acompanhados por dermatologistas, existindo muitas técnicas com indicações específicas, como correções microcirúrgicas, dermoabrasão, *peelings*, laser, preenchimentos e técnicas de elevações.²

Quadro 2. Medicamentos usados no tratamento da acne

PRODUTOS		NOME COMERCIAL
TÓPICOS		
Peróxido de benzoíla (PB)		Clyndoxyl control, Benzac AC, Dermotivin, Benzac solugel, Panoxil, Solugel
Reinoides	Adapaleno	Diferin gel/creme, Adacne, Adapel, Belpele, Deriva Micro, Dalap
	Isotretinoína	Isotrex gel
	Tretinoína	Retacnyl, Retin A, Vitanol A, Vitacid
Combinados		Clindoxyl (PB com clindamicina), Isotrexin (Isotretinoína com eritromicina), Epiduo (PB com adapaleno)
Outros	Ácido azelaico	Azelan crème
	Nicotinamida	Papules gel
	Ácido salicílico	Dermax, SAS tid, Soapex, Salsoap
	Enxofre	Actine, Acnase
SISTÊMICOS		
Antibióticos	Tetraciclina	Tetraciclina, Tetrex
	Oxitetraciclina	Terramicina
	Midociclina	Minoderm, Minomax
	Limeciclina	Tetralysal
	Azitromicina	Astro, Azi, Selimax, Zitromax
Antiandrógenos	Espinolactona	Espinolactona, Aldactone
	Ciproterona	Androcur
Contraceptivos hormonais	Etinilestradiol + Ciproterona	Ferane, Diane 35, Selene, Artemidis, Elamax, Reposil, Diclin, Moliere, Antin, Mileva
	Etinilestradiol + drospirona	Yasmin, Yas, Ingrid, Aranka, lumi, Vincy, Diva, Ylana, Lyllas, Dalyne, Elani, Fucsia, Liara
	Etinilestradiol + desogestrel	Femina, Mecilon, Microdiol, Minian, Primera, Gracial, Mercilon
	Etinilestradiol + gestodeno	Adoless, Sibliama, Tamisa, Minima, Diminut, Femiane, Gynera, Harmonet, Minulet, Minesse, Mirelle
Retinóide	Isotretinoína	Isotretinoína, Isoface, Lurantal, Roacutan

Fonte: Adaptado a partir da referência^{6,12}

Resumo das Diretrizes Internacionais:

Em 2016, a **Academia Americana de Dermatologia (AAD)** publicou novas diretrizes baseadas em evidências para o tratamento de adolescentes e adultos. Os tratamentos recomendados incluem terapia tópica, antibióticos, isotretinoína e contraceptivos orais.^{10,11} As principais recomendações incluem:

- peróxido de benzoíla ou combinações com eritromicina ou clindamicina como monoterapia para acne leve; peróxido de benzoíla com terapia antibiótica retinoide ou sistêmico ou tópico para acne moderada a grave
- Antibióticos tópicos (por exemplo, eritromicina, clindamicina) não são recomendados como monoterapia devido ao risco de resistência bacteriana
- Retinoides tópicos como monoterapia em acne primariamente comedônica, ou em combinação com antimicrobianos tópicos ou orais para acne mista e primariamente inflamatória
- Adapaleno tópico, tretinoína e peróxido de benzoíla podem ser usados com segurança para tratar a acne em crianças pré-adolescentes
- Gel de dapsona 5% tópico para acne inflamatória, particularmente em mulheres adultas
- Antibióticos sistêmicos são recomendados para acne moderada e grave e formas de acne inflamatória resistentes a tratamentos tópicos; doxiciclina e minociclina são mais eficazes que a tetraciclina
- A terapia tópica com peróxido de benzoíla ou retinoide deve ser usada com antibióticos sistêmicos e para manutenção após o término da antibioticoterapia sistêmica
- Monoterapia com antibióticos sistêmicos não é recomendada
- O uso sistêmico de antibióticos deve ser limitado ao menor tempo possível; para minimizar o desenvolvimento de resistência bacteriana, reavaliação em 3-4 meses
- O uso de eritromicina oral e azitromicina deve ser limitado para aqueles que não podem usar

as tetraciclina (ou seja, mulheres grávidas ou crianças maiores de 8 anos); O uso de eritromicina deve ser evitado devido ao aumento do risco de resistência bacteriana

- A isotretinoína é recomendada para acne grave ou acne moderada que não responde a outras terapias; uma dose baixa de isotretinoína pode ser utilizada para tratar a acne e reduz eficazmente a frequência e gravidade dos efeitos adversos relacionados com a medicação, mas não é recomendada a dosagem intermitente; todos os pacientes tratados com isotretinoína devem aderir ao programa de gerenciamento de risco do iPLEDGE; os pacientes devem receber monitoramento de rotina dos testes de função hepática e triglicérides no início e novamente até que a resposta ao tratamento seja estabelecida, mas o monitoramento de rotina do hemograma completo não é recomendado; Os pacientes devem ser informados sobre os riscos potenciais e monitorados para qualquer indicação de doença inflamatória intestinal e sintomas depressivos
- Contraceptivos orais combinados (COC) contendo estrogênio são eficazes para o tratamento de acne inflamatória no sexo feminino, seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para elegibilidade de uso do COC, contidas no Guia Prático de Atualização sobre Anticoncepção na Adolescência da SBP.¹²
- Apesar da falta de dados publicados, baseando-se em evidências disponíveis, experiência e opinião de especialistas, as diretrizes apóiam o uso de espironolactona em mulheres selecionadas.

Em 2015, por meio do Choosing Wisely® da *American Board of Internal Medicine Foundation (ABIM)*, a Academia Americana de Dermatologia lançou recomendações em relação aos cuidados e adverte contra a rotina que uso de testes microbiológicos na avaliação e gestão de acne.¹³ A AAD concluiu que a determinação do tipo de bactérias presentes nas lesões da acne era desnecessária, pois não alterava o manejo das apresentações típicas da acne.

Diretrizes canadenses para tratamento de acne foram atualizadas e o resumo de suas recomendações são:

- Acne comedônica - retinoides tópicos ou peróxido de benzoíla; combinações com doses fixas de peróxido de benzoíla + adapaleno ou peróxido de benzoíla + clindamicina; ou a combinação de clindamicina a 1% e tretinoína a 0,025% (apresentação em gel); e, para as mulheres, considerar contraceptivos orais combinados
- Acne pápulo-pustular leve a moderada localizada - peróxido de benzoíla em monoterapia; retinoides tópicos como monoterapia; a combinação de dose fixa de clindamicina a 1% e peróxido de benzoíla a 5% e a combinação de dose fixa de adapaleno a 0,1% e peróxido de benzoíla a 2,5% (apresentação em gel); ou a combinação de clindamicina a 1% e tretinoína a 0,025% em gel
- Acne pápulo-pustular moderada - Adição de antibióticos sistêmicos aos medicamentos tópicos recomendados para acne papulopustular leve a moderada localizada
- Acne papulopustular moderada mais extensa em mulheres - Adição de contraceptivos orais combinados às medicações tópicas recomendadas para acne papulopustular leve a moderada
- Acne grave - Isotretinoína oral ou antibióticos sistêmicos em combinação com peróxido de benzoíla, com ou sem retinoides tópicos
- Isotretinoína oral - deve ser prescrita apenas por médicos com experiência na prescrição e monitoramento do medicamento; precauções estritas da gravidez devem ser seguidas.
- peróxido de benzoíla é geralmente seguro e eficaz como monoterapia ou utilizado em combinação com outros produtos tópicos para a acne leve (nível A)
- retinoides tópicos podem ser usados como monoterapia ou em combinação com outros produtos e em regimes terapêuticos para todos os tipos e graus de gravidade da acne em crianças e adolescentes de todas as idades (nível A)
- antibióticos orais podem ser usados para acne moderada a grave inflamatória em qualquer idade (exceto a tetraciclina em crianças maiores de 8 anos) (nível B)
- a terapia hormonal com contraceptivos orais podem ser utilizados como terapia de combinação de segunda linha para as adolescentes com acne moderada a grave (nível A)
- isotretinoína é recomendado para acne grave, cicatricial e/ou refratária em adolescentes (nível A).

A **Academia Americana de Pediatria** endossou as recomendações da *American Acne and Rosacea Society* para o diagnóstico e tratamento da acne pediátrica. A diretriz baseada em evidências considera a idade e estado pubertário para delinear a classificação, diagnóstico, avaliação e manejo, bem como as preocupações especiais: tais como os efeitos psicossociais da acne, a adesão ao tratamento. As seguintes recomendações são utilizadas para os adolescentes:

Recomendações

A acne ocorre com maior frequência na adolescência e os pediatras que prestam atendimento para a maioria dos pacientes desta faixa etária precisam estar aptos a realizar a primeira avaliação médica do paciente com acne e indicar a terapia efetiva para cada caso. A escolha do tratamento é guiada pela experiência e muitas diretrizes clínicas de tratamento estão disponíveis, como as indicadas neste documento.

O motivo mais comum para a falha do tratamento é a não adesão à terapia pelo tempo necessário para melhora. Tratamentos bem-sucedidos requerem uso da medicação tópica durante meses e, em muitos casos, terapias sistêmicas adicionais, durante a fase do desenvolvimento puberal.

O pediatra deve abordar acne na consulta de adolescentes, mesmo que esta não seja a queixa, pois muitas pessoas acreditam que é uma carac-

terística da adolescência e não necessita de tratamento. No entanto, os adolescentes irão apresentar maior adesão à medicação e orientações médicas ao constatarem que estão sendo atendidos por um profissional atento, que se importa com a saúde integral de seu paciente.

O tratamento da acne possibilitará resolução dos conflitos sobre a autoestima e autoconceito aos adolescentes, o que facilitará a participação social mais integrada com a aceitação dos adolescentes e assim a concretização de projetos de melhor qualidade de vida ainda mais abrangentes.

REFERÊNCIAS

1. Machado MCR, Averbah BL. Acne *in* Dermatologia Pediátrica, coordenadora Zilda Najjar de Oliveira, Baueri, SP: Manole, 2009: 334-348.
2. Freitas TP. Acne *in* Medicina do Adolescente, Coordenadores Verônica Coates, Geni Worcman Beznos, Lucimar Aparecida Françoso; 2. ed. – Sarvier, São Paulo, 2003: p473-8.
3. Costa MCO, Martins M. Atendimento clínico do adolescente: queixas e patologias mais frequentes *in* Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. Campos Jr D, Burns DAR, Lopes FA. 3ª ed., Manole, Baueri, 2014: 883-7.
4. Bragança GMG. Acne *in* Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4ª ed., Manole, Baueri, SP: Manole, 2017: 599-603.
5. Vaz AL. Acne. *Rev Port Clin Geral* 2003;19:561-70.
6. Brenner FM, Rosas FMB, Gadens GA, Sulzbach ML, Carvalho VC, Tamashiro V. Acne: um tratamento para cada paciente. *Rev Ciênc Méd. Campinas. Acne.* 2006;15:257-266.
7. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz clinical pediatric dermatology. 3rd ed., Elsevier Saunders, Philadelphia; 2006.
8. Abage KT. Mitos e verdades sobre acne *in* Manual de Adolescência. Sociedade Brasileira de Pediatria. 2011.
9. Dermatologia on line. Disponível em: "<http://www.dermatologia.net>" www.dermatologia.net., acessado em 01/10/2017
10. Eichenfield LF, Krakowski AC, Piggott C, Del Rosso J, Baldwin H, Friedlander SF, et al. Evidence-based recommendations for the diagnosis and treatment of pediatric acne. *Pediatrics.* 2013;131(3):S163-86.
11. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, Alikhan A, Baldwin HE, Berson DS, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol* 2016;74 (5):945-73.e33.
12. Azevedo AEB, Bermudez BEBV, Oliveira HF, Eisenstein E, Goldberg TBL, Fernandes EC, et al. Guia Prático de Atualização: Anticoncepção na Adolescência, SBP, 2018.
13. Archer CB, Cohen SN, Baron SE. Guidance on the diagnosis and clinical management of acne. *Clin Exp Dermatol.* 2012;37(1):1-6.



Diretoria

Triênio 2016/2018

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:

Cláudio Hoinoff (RJ)

2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)

Alberto Jorge Félix Costa (MS)

Análiria Moraes Pimentel (PE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte: Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Nordeste: Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste: Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Sul: Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste: Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:

Assessoria para Assuntos Parlamentares:

Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

Rubens Feferbaum (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e

Adolescentes com Deficiência:

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença

Maternidade e Paternidade:

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:

Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:

Drogas e Violência na Adolescência:

Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Atividade Física

Coordenadores:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Membros:

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Patrícia Guedes de Souza (BA)

Profissionais de Educação Física:

Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)

Alex Pinheiro Gordia (BA)

Isabel Guimarães (BA)

Jorge Mota (Portugal)

Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Colaborador:

Dirceu Solé (SP)

Metodologia Científica:

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:

Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:

Themis Reverbel da Silveira (RS)

Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)

Adriana Seber (SP)

Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)

Fabianne Altruda de M. Costa Carlesse (SP)

Oftalmologia Pediátrica

Coordenador:

Fábio Eizenbaum (SP)

Membros:

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Galton Carvalho Vasconcelos (MG)

Julia Dutra Rossetto (RJ)

Luisa Moreira Hopker (PR)

Rosa Maria Graziano (SP)

Celia Regina Nakanami (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:

Hélcio Villaga Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Moraes (SP)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Francisco José Penna (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA

Marun David Cury (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL

Sidnei Ferreira (RJ)

Cláudio Barsanti (SP)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Britto Filho (PB)

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)

Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Célia Maria Stolze Silvano (BA)

Kátia Galeão Brandt (PE)

Elizete Aparecida Lomazi (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Álvaro Machado Neto (AL)

Joana Angélica Paiva Maciel (CE)

Cecim El Achkar (SC)

Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO

DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Liliane dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA

Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)

Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA

PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Coordenadores:

Nilza Perin (SC)

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

Fábio Pessoa (GO)

PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Dirceu Solé (SP)

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES

Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)

Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (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 PESQUISA-ADJUNTA

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO

Rosana Alves (ES)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

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)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL

Herberto José Chong Neto (PR)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Cláudio Barsanti (SP)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Gilberto Pascolat (PR)

Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Joaquim João Caetano Menezes (SP)

Valmin Ramos da Silva (ES)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Marisa Lopes Miranda (SP)

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Núbia Mendonça (SE)

Nélson Grísard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente:

Mário Santoro Júnior (SP)

Vice-presidente:

Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

Secretário Geral:

Jefferson Pedro Piva (RS)