



Documento Científico

Departamento Científico de Dermatologia e
Departamento Científico de Infectologia
(2019-2021)

Síndrome Mão-Pé-Boca

Departamento Científico de Dermatologia

Presidente: Vânia Oliveira de Carvalho

Secretária: Ana Maria Mosca de Cerqueira

Conselho Científico: Ana Elisa Kiszewski Bau, Gleide Maria Gatto Bragança, Jandreí Rogério Markus, Marice Emanuela El Achkar Mello, Matilde Campos Carrera

Colaboradora: Beatriz Zanella Lodi

Departamento Científico de Infectologia

Presidente: Marco Aurélio Palazzi Sáfyadi

Secretária: Cristina de Oliveira Rodrigues

Conselho Científico: Analíria Moraes Pimentel, Aroldo Prohmann de Carvalho, Eitan Naaman Berezin, Euzanete Maria Coser, Maria Ângela Wanderley Rocha, Sílvia Regina Marques

Introdução

A doença ou síndrome mão-pé-boca (MPB) é uma enfermidade de alta contagiosidade, de transmissão fecal-oral e respiratória, causada pelo vírus *Coxsackie*. Os *coxsackievirus* são vírus não envelopados, de fita simples de ácido ribonucleico (RNA), pertencentes à família *Picornaviridae*, e ao gênero Enterovírus (EV), que ainda inclui os poliovírus e os echovírus. Originalmente, os EV foram classificados em cinco subgrupos, de acordo com sua patogenicidade: poliovírus (3 sorotipos); *coxsackievirus A*; *coxsackievirus B*; *echovirus*; e “novos” enterovírus. Recentemente,

eles foram reclassificados, baseando-se na organização genômica, na similaridade da sequência dos nucleotídeos e nas propriedades bioquímicas. Essa classificação identifica mais de 100 sorotipos de EV. Atualmente, segundo o Comitê Internacional de Taxonomia de Vírus (*International Committee on Taxonomy of Viruses – ICTV*), os EV são classificados em cinco espécies: Poliovírus e EV A, B, C e D¹.

Embora possa acometer também adultos, a doença MPB é mais frequente em crianças, especialmente entre as menores de cinco anos de idade. A doença é, na grande maioria dos acometidos, benigna e autolimitada, com duração

de aproximadamente uma semana. Entretanto, recentemente foram relatados surtos com erupções extensas e graves com evolução desfavorável, incluindo óbitos.^{1,2}

A síndrome MPB foi descrita pela primeira vez na Nova Zelândia e no Canadá no ano de 1957, com episódios ocorrendo em todo o mundo de forma esporádica. Porém, desde 1997 epidemias vêm sendo registradas, particularmente no sudoeste da Ásia, sendo o principal vírus envolvido o EV71, com prevalência alarmante, incluindo casos graves. O número de pacientes com a doença atingiu proporções gigantescas, sendo que na China em 2009 foram notificados 1.115.525 casos, com 1,2% pacientes com formas graves e 353 óbitos.^{1,2} A maioria das infecções por EV apresenta um padrão de sazonalidade em países de clima temperado, com predomínio nos meses do verão e outono. Em países de clima tropical e subtropical, como o Brasil, este padrão é menos característico.

A transmissão das infecções pelos EV ocorre de pessoa a pessoa, direta ou indiretamente. Indivíduos infectados podem transmitir o vírus nas fezes ou por secreções respiratórias, desde alguns dias antes do início dos sintomas, continuando a sua excreção nas fezes por semanas depois da infecção primária. A duração da excreção respiratória geralmente é menor, limitada a 1 a 3 semanas. Considera-se a primeira semana após o início dos sintomas como o período de maior transmissibilidade da infecção. O período de incubação para infecções por EV costuma ser de 3 a 6 dias na maioria dos casos.¹

A síndrome/doença MPB não é considerada de notificação compulsória, entretanto, a ocorrência de dois ou mais casos relacionados devem ser notificados como surto.

mente por outros *coxsackievirus* A e B. A complicação mais frequente é a desidratação, devido principalmente à dificuldade de ingestão de líquidos pelas lesões aftosas na cavidade oral que algumas vezes resultam em dificuldade de engolir a própria saliva. Nos últimos anos, observou-se em epidemias na Ásia, que a doença pode ser fatal, principalmente relacionada ao EV71, pois pode acometer o sistema nervoso central e mesmo o autonômico, provocando alterações circulatórias, cardíacas e edema pulmonar.^{1,2}

As manifestações clínicas são caracterizadas pela presença de febre, dor de garganta e recusa alimentar, associadas à presença de lesões vesiculares que aparecem na mucosa bucal e na língua, e erupção pápulo-vesicular localizada nas mãos e pés (incluindo as palmas e plantas) (Figura 1) e menos frequentemente nos cotovelos, tornozelos, glúteos e região genital. As vesículas são ovaladas com formato de “grão de arroz” e as lesões ulceradas na cavidade oral podem não estar presentes em todos os casos.

Figura 1. lesões papulares eritematosas na planta do pé, com formação de vesícula e bolha no primeiro pododáctilo.



A apresentação clínica grave é mais frequente em pacientes menores de 5 anos, e a maioria dos casos registrados da doença estão nesta fai-

Manifestações Clínicas e Diagnóstico

A doença é causada principalmente pelo *coxsackievirus* A16 e EV71 e menos frequente-

xa etária também. Inicialmente ocorre a doença habitual e na evolução os pacientes podem apresentar mioclonia, tremores, ataxia e paralisia de nervos cranianos. Pode haver falência cardiorrespiratória, que frequentemente apresenta evolução fatal, e ainda incidência aumentada de alterações neurológicas, necessitando de suporte em unidades de terapia intensiva^{1,3}.

No hemograma as alterações são inespecíficas, sendo relatado aumento da contagem de leucócitos e neutrofilia. Algumas vezes são relatados valores aumentados de creatinofosfoquinase (CPK) e CP-MB em pacientes com miosite. A radiografia de tórax pode não demonstrar o comprometimento da vasculatura pulmonar, que culmina com edema pulmonar e alterações cardíacas.^{1,4}

As autópsias dos pacientes demonstram que o edema pulmonar e a disfunção cardíaca estão relacionadas a lesões nos neurônios do sistema nervoso autônomo que controla a vasculatura e em menor grau a necrose e degeneração cardíaca, encontradas em poucos casos.⁵

Desde modo, observa-se que as complicações graves da doença MPB são precedidas por alterações do sistema nervoso central e após desregulação do sistema nervoso autônomo, que evolui, então rapidamente, para a falência cardiopulmonar. Deve-se lembrar que nem toda criança que apresenta comprometimento do SNC irá apresentar sintomas cardíacos ou pulmonares graves, porém manifestações do SNC representam um sinal de alerta.^{1,5}

Os principais sinais de alteração do sistema nervoso autônomo são: sudorese fria, pele moteada, taquicardia, taquipneia, hipertensão arterial e hiperglicemia. Crianças com esta sintomatologia apresentam risco aumentado de complicações graves e por isto devem ser internadas e monitorizadas continuamente.^{1,6}

As formas extensas cursam com aparecimento de lesões véscico-bolhosas, localizadas nos cotovelos, joelhos (Figura 2), nádegas, na região dorsal de pés e mãos e, inclusive bolhas disseminadas (Figura 3).

Figura 2. Vesículas com halo eritematoso em joelho.



Figura 3. Lesões disseminadas vesiculares, bolhosas e exulcerações com predomínio nas extremidades e região perioral.



Alguns pacientes apresentam grande número de lesões, e aqueles com outra doença cutânea,

como a dermatite atópica, podem apresentar numerosas lesões localizadas nas áreas de eczema. Na face as lesões ocorrem na região perioral. Durante a erupção ocorre também piora do eczema e pode haver febre.^{7,8}

A doença MPB acomete principalmente crianças menores de 5 anos, sendo que na China 93% das notificações estão neste grupo. A gravidade das lesões de pele e da doença está relacionada também com a quantidade de vírus à qual a criança é exposta. Adultos raramente apresentam a doença, porém isso pode ocorrer frente à exposição intensa ao vírus.^{8,9}

Três a oito semanas após a infecção aguda pode ocorrer onicomadese, que é o descolamento da unha a partir da sua base, nas mãos e/ou pés (Figura 4). Não se sabe o mecanismo exato, mas parece ocorrer pela agressão da matriz ungueal durante a fase de viremia (ação citopática) e melhora gradualmente com recuperação total das unhas em aproximadamente 2 meses, sem necessidade de qualquer tratamento. Em alguns casos também pode ocorrer descamação das mãos e pés (Figura 5).

Figura 4. Onicomadese – descolamento da unha, a partir da base, um mês após o episódio da doença MPB.



Figura 5. Descamação importante após duas semanas do início da doença.



O diagnóstico laboratorial da infecção por enterovírus é confirmado pelo isolamento e identificação do vírus em cultura celular, por detecção do RNA viral por reação de cadeia de polimerase (PCR) ou por métodos sorológicos.^{1,2}

Previamente, o isolamento em cultura celular era considerado o diagnóstico padrão, sendo substituído, nos últimos anos, pelo PCR. A sensibilidade da cultura varia de 0 a 80%, dependendo do sorotipo. Em pacientes com meningite, a taxa de isolamento é de aproximadamente 30%. O tempo de crescimento é de 3 a 8 dias e o sorotipo pode ser identificado por anticorpos neutralizantes ou sequenciamento genômico.^{1,2}

Os métodos de PCR estão disponíveis em vários laboratórios para uso em LCR e outras amostras (fezes, *swab* retal, orofaringe, urina e sangue). Este método apresenta a vantagem de ser rápido e ter alta sensibilidade e especificidade. Além disto, pode detectar todos os enterovírus, incluindo aqueles com crescimento difícil em cultura. As técnicas de PCR apresentam elevadas sensibilidade (66% a 100%) e especificidade (92% a 100%) para a detecção de enterovírus em amostras de LCR.^{1,2}

A sorologia é utilizada principalmente para determinação de imunidade prévia em estudos

epidemiológicos. Os métodos são sorotipo-específicos, limitando a sua utilização na prática clínica para diagnóstico de doença aguda. Apresentam, ainda, baixa sensibilidade e especificidade, além de alto custo.^{1,2}

A imunidade da doença não é duradora e reinfeções foram documentadas na China, até pela mesma cepa viral. Desta forma, a infecção natural não determina proteção contra a doença.¹⁰

Diagnóstico diferencial

A doença MPB deve ser diferenciada da disidrose, cujas vesículas são pruriginosas e localizam-se na face lateral dos dedos das mãos e pés, acometendo mais a faixa etária dos escolares e adolescentes. Também faz diagnóstico diferencial com aftose e gengivostomatite herpética, que acometem a cavidade oral isoladamente.

As formas atípicas podem ser confundidas com varicela, cujas lesões apresentam-se em vários estágios evolutivos (mácula, pápula e vesícula) numa mesma região anatômica e com farmacodermias, como a síndrome de Steven Johnson, na qual existe relação temporal com o uso do fármaco e apresentam lesões sob a forma de placas e bolhas.

Tratamento

A maioria das infecções por enterovírus é auto-limitada, sendo o tratamento feito à base de sintomáticos. As opções terapêuticas para os casos graves, como encefalites, miopericardites, infecções neonatais, infecções em pacientes com deficiência de células B são limitadas, não havendo até o momento tratamento específico com eficácia comprovada para infecção por enterovírus. A imunoglobulina endovenosa (IVIG) tem sido utilizada em situações específicas, com resultados controversos.^{1,2,11}

O antiviral Pleconaril apresenta atividade, *in vitro*, contra muitos enterovírus. Apesar de

ensaios clínicos randomizados com uso deste para meningite asséptica terem demonstrado redução da duração e gravidade da cefaleia e diminuição da excreção viral, os benefícios foram limitados e a droga não foi licenciada até o momento.¹²

Indicação de internação

Em casos com lesões que acometam áreas extensas e muitas lesões na cavidade oral pode ser necessária a internação para alimentação via sonda nasogástrica pela dificuldade para deglutir e nos pacientes com infecção secundária são indicados antibióticos. As crianças com meningite asséptica têm bom prognóstico. Porém, pacientes com encefalite ou meningoencefalites com alterações do sistema nervoso central, como letargia, ataxia, tremores, fraqueza muscular e febre com temperatura acima de 39°C por mais de 48 horas, devem ser mantidos em observação e avaliadas com cuidado.^{1,2}

As crianças com sudorese fria, pele moteada (Figura 6), taquicardia, taquipneia, hipertensão e hiperglicemia requerem internação e, muitas vezes, a condução como quadro grave pelo risco de óbito.^{2,6}

Nos casos graves, com falência cardiopulmonar, o uso de drogas vasoativas demonstrou benefícios, sendo que o Milrinone reduziu a mortalidade por diminuir a atividade simpática e a produção de citocinas.¹²

O uso de **imunoglobulina intravenosa** é realizado na Ásia para os casos graves de MPB e naqueles com **acometimento do sistema nervoso central e autonômico**. Com vários protocolos de uso de imunoglobulina, optou-se por recomendar o uso da imunoglobulina intravenosa nos casos em que o paciente apresente **encefalite e paralisia flácida**. Os pacientes com **disautonomias** também apresentam recomendação de uso e em pacientes com quadros falência cardiopulmonar, deve ser considerada caso não tenha sido realizada até aquele momento.^{1,2,6}

Figura 6. Criança que após melhora inicial do quadro de MPB apresentou disautonomias, pele moteada e taquicardia.



O CDC recomenda para doença MPB duas doses de imunoglobulina intravenosa de 1g/kg/dia com intervalo de 24 horas. Na primei-

ra dose recomenda-se que a infusão dure de 8 a 12 horas. Algumas equipes médicas utilizam doses totais mais altas de até 4g/kg, obtendo efetividade no tratamento. Os critérios de utilização da imunoglobulina são diferentes entre os países da Ásia, e ainda não existe um consenso sobre o melhor momento e nem quais as indicações de uso.¹¹

Deve-se adotar precauções padrão e de contato para crianças hospitalizadas, durante toda duração da doença.

Prevenção

Medidas de higiene, especialmente após a troca das fraldas, são recomendadas para diminuir o risco de transmissão. Além disso, devem ser tomadas precauções com desinfecção de superfícies e de objetos, e de utensílios utilizados pelos indivíduos doentes¹.

A China, desde 2015, aprovou uma vacina inativada de células inteiras do EV71, para prevenção das formas graves da doença, não havendo até o momento experiências reportadas fora da China com esta vacina.^{13,14}

REFERÊNCIAS RECOMENDADAS

01. American Academy of Pediatrics. Enterovirus (nonpoliovirus) infections (Group A and B coxsackieviruses, echoviruses, and numbered enteroviruses). In: American Academy of Pediatrics. Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31th ed., Elk Grove Village, IL: Kimberlin D (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2018. p. 331-34.
02. Pacific WROftW, Pacific WHOROfTW, Centre REDl. A Guide to Clinical Management and Public Health Response for Hand, Foot, and Mouth Disease (HFMD): World Health Organization; 2011.
03. Zhang J. [Trend of epidemics and variation of pathogens of hand, foot and mouth disease in China: a dynamic series analysis, 2008-2017]. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2019;40(2):147-54.
04. Vaisbich MH, Tozze R, Baldacci ER. Miosite e rabdomiólise na doença mão-pé-boca na infância. *Rev Paul Ped*. 2010;28:109-14.
05. Jiang M, Wei D, Ou WL, Li KX, Luo DZ, Li YQ, et al. Autopsy findings in children with hand, foot, and mouth disease. *N Engl J Med*. 2012;367(1):91-2.
06. Qiu J, Lu X, Liu X, Zang P, Zhao W, Liu P, et al. Derivation and Validation of a Mortality Risk Score for Severe Hand, Foot and Mouth Disease in China. *Sci Rep*. 2017;7(1):3371.
07. Mathes EF, Oza V, Frieden IJ, Cordoro KM, Yagi S, Howard R, et al. "Eczema coxsackium" and unusual cutaneous findings in an enterovirus outbreak. *Pediatrics*. 2013;132(1):e149-57.
08. Mao L, Fu X, Wu J, Shen L, Gu J, Yuan Z, et al. The dynamics of the hand, foot and mouth disease epidemic from 2008 to 2016 in Zhenjiang city, China. *Future Microbiol*. 2018;13:1029-40.
09. Lipe DN, Affleck S. Atypical Presentation of Hand, Foot, and Mouth Disease in an Adult. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2018;2(2):179-80.
10. Huang J, Liao Q, Ooi MH, Cowling BJ, Chang Z, Wu P, et al. Epidemiology of Recurrent Hand, Foot and Mouth Disease, China, 2008-2015. *Emerg Infect Dis*. 2018;24(3).
11. Chea S, Cheng YB, Chokephaibulkit K, Chotpitayasunondh T, Rogier van Doorn H, Hafy Z, et al. Workshop on use of intravenous immunoglobulin in hand, foot and mouth disease in Southeast Asia. *Emerg Infect Dis*. 2015;21(1).
12. Ooi MH, Wong SC, Lewthwaite P, Cardoso MJ, Solomon T. Clinical features, diagnosis, and management of enterovirus 71. *Lancet Neurol*. 2010;9(11):1097-105.
13. Wang W, Song J, Wang J, Li Y, Deng H, Li M, et al. Cost-effectiveness of a national enterovirus 71 vaccination program in China. *PLoS Negl Trop Dis*. 2017;11(9):e0005899.
14. Wu JT, Jit M, Zheng Y, Leung K, Xing W, Yang J, et al. Routine Pediatric Enterovirus 71 Vaccination in China: a Cost-Effectiveness Analysis. *PLoS Med*. 2016;13(3):e1001975.



Diretoria

Triênio 2019/2021

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

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:
Darcí 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)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Marisa Lopes Miranda (SP)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darcí Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virginia Weffort (MG)
Themis Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)
Kerstin Taniguchi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

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

COORDENAÇÃO:
Hélio Villça Simões (RJ)

MEMBROS:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Flavia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valetre (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvio Rocha Carvalho (RJ)

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

COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)
João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

COORDENAÇÃO:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Aneísia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Jocileide Sales Campos (CE)
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

COORDENAÇÃO:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cláudia Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

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

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

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Weffort (MG)

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

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

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

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

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Prociányo (RS)

MEMBROS:
Crésio de Araújo Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

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

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)
Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro 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)
Joel Alves Lamounier (MG)

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

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luísa Ceragioli Oliveira (SP)
Tullio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
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)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RJ)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

COORDENAÇÃO DE DOCTRINA PEDIÁTRICA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
Adelma Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Freddo dos Santos (PR)

GRUPOS DE TRABALHO

DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

COORDENAÇÃO:
João Paulo Becker Lotufo (SP)

MEMBROS:
Evelyn Eisenstein (RJ)
Alberto Araújo (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Nivaldo Sereno de Noronha Junior (RN)
Suzana Maria Ramos Costa (PE)
Iolanda Novadski (PR)
Beatriz Bagatin Bermudez (PR)
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Carli Eduardo Reis da Silva (MG)
Paulo César Pinho Ribeiro (MG)
Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)
Ana Maria Guimarães Alves (GO)
Camila dos Santos Salomão (AP)

DOENÇAS RARAS

COORDENAÇÃO:
Salmo Raskin (PR)

MEMBROS:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Ana Maria Martins (SP)
Claudio Cordovil (RJ)
Lavinia Schuler Faccini (RS)

ATIVIDADE FÍSICA

COORDENAÇÃO:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

MEMBROS:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)
Dirceu Solé (SP)

METODOLOGIA CIENTÍFICA

COORDENAÇÃO:
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

MEMBROS:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

PEDIATRIA E HUMANIDADE

COORDENAÇÃO:
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
João de Melo Régis Filho (PE)
Dilza Teresinha Ambros Ribeiro (AC)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Crésio de Araújo Dantas Alves (BA)

CRIANÇA, ADOLESCENTE E NATUREZA

COORDENAÇÃO:
Lais Fleury (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Daniel Becker (RJ)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:

COORDENAÇÃO:
Fábio Ejenbaum (SP)

MEMBROS:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Galton Carvalho Vasconcelos (MG)
Julia Dutra Rossetto (RJ)
Luiza Moreira Hopker (PR)
Rosa Maria Graziano (SP)
Celia Regina Nakanami (SP)

SAÚDE MENTAL

COORDENAÇÃO:
Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida (RJ)

MEMBROS:
Daniele Wanderley (BA)
Vera Lucia Afonso Ferrari (SP)
Rossano Cabral Lima (RJ)
Gabriela Judith Grenzel (RJ)
Cacy Dunshee de Abbranches (RJ)
Adriana Rocha Brito (RJ)

MUSEU DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
José Santoro Junior (SP)
Mario Hugo de Lins Pessoa (SP)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Rubem Couto (MT)

MEMBROS:
Sociedade Acreana de Pediatria:
Teresa Cristina Maia dos Santos
Sociedade Alagoana de Pediatria:
João Lourival de Souza Junior
Sociedade Amapaense de Pediatria:
Rosenilda Rosete de Barros
Sociedade Amazônica de Pediatria:
Elena Marta Amaral dos Santos
Sociedade Baiana de Pediatria:
Dolores Fernandez Fernandez
Sociedade Cearense de Pediatria:
Anamaria Cavalcante e Silva
Sociedade de Pediatria do Distrito Federal:
Dennis Alexander Rabelo Burns
Sociedade Espiritossantense de Pediatria:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto
Sociedade Goiana de Pediatria:
Marise Helena Cardoso Tófoli
Sociedade de Puericultura e Pediatria do Maranhão:
Maryneia Silva do Vale
Sociedade Matogrossense de Pediatria:
Mohamed Kassen Omais
Sociedade de Pediatria do Mato Grosso do Sul:
Carmen Lucia de Almeida Santos
Sociedade Mineira de Pediatria:
Marisa Lages Ribeiro
Sociedade Paranaense de Pediatria:
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza
Sociedade Paraíba de Pediatria:
Leonardo Cabral Cavalcante
Sociedade Paranaense de Pediatria:
Kerstin Taniguchi Abagge
Sociedade de Pediatria de Pernambuco:
Katia Galeão Brandt
Sociedade de Pediatria do Piauí:
Alberto de Almeida Burlamaqui do Rego Monteiro
Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro:
Katia Telles Nogueira
Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Norte:
Katia Correia Lima
Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul:
Cristina Helena Targa Ferreira
Sociedade de Pediatria de Rondônia:
José Roberto Vasques de Miranda
Sociedade Roraimense de Pediatria:
Adelma Alves de Figueiredo
Sociedade Catarinense de Pediatria:
Rosamaria Medeiros e Silva
Sociedade de Pediatria de São Paulo:
Sulim Abramovich
Sociedade Sergipana de Pediatria:
Glória Tereza Lima Barreto Lopes
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 Sarrubo (SP)
Márcia Tereza Fonseca da Costa (RJ)

ACADÊMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)