



## Documento Científico

Departamento Científico  
de Reumatologia (2019-2021)

# Vasculite por IgA (púrpura de Henoch-Schönlein) deve ser acompanhada em longo prazo?

### Departamento Científico de Reumatologia

**Presidente:** Clovis Artur Almeida da Silva

**Secretária:** Maria Odete Esteves Hilário

**Conselho Científico:** Adriana Rodrigues Fonseca, Claudia Saad Magalhães,  
Flávio Roberto Sztajnbok, Margarida de Fátima Carvalho,  
Paulo Roberto Stocco Romanelli

**Colaboradora:** Izabel Mantovani Buscatti

### O que é vasculite por IgA?

A vasculite por imunoglobulina A (IgA), anteriormente conhecida como púrpura de Henoch-Schönlein, teve sua nomenclatura modificada após a Conferência do Consenso Internacional de Chapel Hill de 2012, considerando o depósito predominante de IgA1 deficiente em galactose na parede dos vasos acometidos, como achado mais característico da fisiopatologia da doença.<sup>1</sup>

Esta doença envolve vasos predominantemente de pequeno calibre, com acometimento preferencial cutâneo, articular, gastrointestinal e renal.<sup>2-6</sup>

As infecções de vias aéreas superiores precedem o quadro entre 30% e 50% das crianças e adolescentes com vasculite por IgA, sugerindo um agente infeccioso como desencadeante. Outros

possíveis fatores desencadeantes incluem medicamentos (aspirina, penicilinas, cefalosporinas) e alimentos (chocolate, leite, ovos, feijão, peixe).<sup>2</sup>

### Qual é a incidência, faixa etária e predomínio de sexo nos pacientes com vasculite por IgA?

A vasculite por IgA é a vasculite primária mais frequente na faixa etária pediátrica, com incidência de 3 a 30 casos por 100.000 crianças e adolescentes/ano.<sup>1-3</sup>

Pode acometer qualquer faixa etária, inclusive adultos, com média de idade de início da doença de 6 anos, sendo que 90% dos casos ocorrem em menores que 10 anos, com predomínio do sexo masculino em relação ao sexo feminino (relação 1,5:1).<sup>1-3</sup>

## Como é realizado o diagnóstico de vasculite por IgA?

O diagnóstico de vasculite por IgA é realizado empregando-se o critério de classificação do EULAR (Liga Europeia contra o Reumatismo), PRINTO (Organização Internacional de Ensaio Clínicos em Reumatologia Pediátrica) e PRES (Sociedade Europeia de Reumatologia Pediátrica).<sup>4</sup>

O critério de classificação do EULAR/PRINTO/PRES foi validado internacionalmente para a população pediátrica, incluindo pacientes do Brasil. O critério mandatório é a púrpura (geralmente palpável) ou petúquia com predomínio em membros inferiores (não relacionada à plaquetopenia) e associada a pelo menos outro critério clínico, laboratorial ou histológico: envolvimento gastrointestinal, articular, nefrite e/ou achados histopatológicos (Quadro 1).<sup>4</sup>

**Quadro 1.** Critérios de classificação do EULAR/PRINTO/PRES para vasculite por IgA.

<b>Critério mandatório:</b> púrpura (geralmente palpável) ou petúquia com predomínio em membros inferiores (não relacionada a trombocitopenia) associada a um dos critérios abaixo:	
<b>Dor abdominal</b>	Aguda, em cólica e difusa. Inclui intussuscepção e sangramento gastrointestinal
<b>Histopatologia</b>	Vasculite leucocitoclástica ou glomerulonefrite proliferativa com depósito de IgA
<b>Artrite/artralgia</b>	Aguda, edema ou dor e/ou limitação articular
<b>Nefrite</b>	Proteinúria acima de 0,3g/24h ou relação albumina/creatinina >30mmol/mg urina isolada manhã Hematúria > 5 hemácias/campo ou Cilindros hemáticos

EULAR (European League Against Rheumatism), PRINTO (Paediatric Rheumatology International Trials Organization), PRES (Paediatric Paediatric Rheumatology European Society)

## Quais são os principais diagnósticos diferenciais da vasculite por IgA?

Os diagnósticos diferenciais incluem várias doenças pediátricas que se apresentem com petúquias e púrpuras não relacionadas à plaquetopenia; dor abdominal aguda e recorrente, artrite, nefrite e orquite.

Dentre esses diagnósticos diferenciais destacam-se: doenças autoimunes sistêmicas que apresentam vasculites (como lúpus eritematoso sistêmico juvenil, doença inflamatória intestinal, poliarterite nodosa e síndrome de Behçet), doenças auto-inflamatórias (febre familiar do mediterrâneo), infecções (dengue, mononucleose e citomegalovirose), doenças renais (glomerulonefrites) e doença relacionada a IgG4.<sup>1,2,7-11</sup>

O edema hemorrágico agudo é uma variante da vasculite por IgA que ocorre predominantemente em lactentes. As crianças apresentam lesões purpúricas, equimoses e hematomas predominante na região malar da face e membros, associadas a edema indolor das mãos e pés.<sup>11</sup>

Alguns pacientes podem apresentar artrite ou artralgia dolorosa como manifestação inicial da doença (antes do aparecimento das lesões cutâneas características), mimetizando febre reumática ou neoplasias (leucemias e linfomas).<sup>1,2,7-11</sup>

Além disto, a púrpura ou petúquia pode não ser a primeira manifestação clínica, determinando atraso no diagnóstico. Nestes casos pode gerar dúvidas diagnósticas, tais como: orquite/orquiepididimite *versus* torção testicular e abdome agudo *versus* dor abdominal pela vasculite.<sup>2,12</sup>

## Quais são as principais manifestações clínicas na vasculite por IgA?

A manifestação clínica característica em 100% dos pacientes com vasculite por IgA é a petéquia e/ou a púrpura (geralmente palpável com lesão elevada, cor vermelha-arroxeadada e que não desaparece à dígito-pressão), de localização predominantemente em membros inferiores e nádegas. Outras localizações incluem membros superiores, face, couro cabeludo e,

raramente, tronco. Estas lesões são geralmente indolores e não causam prurido. As lesões cutâneas aparecem em surtos, com intervalos de uma semana, sendo que a duração do quadro ativo é de um a dois meses, com desaparecimento completo e sem deixar cicatrizes. Cerca de 30% dos pacientes tem edema subcutâneo, habitualmente doloroso, predominantemente em mãos, pés e couro cabeludo.<sup>2,4,5,6</sup>

A Tabela 1 inclui as frequências das principais características clínicas evidenciadas nos pacientes com vasculite por IgA.

**Tabela 1.** Principais características clínicas e exames complementares dos pacientes com vasculite por IgA.<sup>2,5,7</sup>

Características	%
<b>Púrpura (geralmente palpável) ou petéquias</b>	100
<b>Artrite ou artralgia</b>	69-79
<b>Dor abdominal</b>	50-62
<b>Dor abdominal intensa</b>	17-32
<b>Sangramento gastrointestinal</b>	10-17
<b>Intussuscepção intestinal</b>	1-3
<b>Nefrite</b>	20-80
Hematúria isolada	19-31
Proteinúria isolada > 0,1g m <sup>2</sup> /dia	7-47
Hematúria associada a proteinúria > 0,1g m <sup>2</sup> /dia	11-26
Síndrome nefrótica ou nefrítica	1-3
Doença renal aguda ou crônica	1-4
<b>Orquite/orquiepididimite</b>	9-20

Lesões vesiculares e/ou bolhosas, habitualmente hemorrágicas, podem ocorrer em até 2% dos pacientes com vasculite por IgA. Essas manifestações podem representar um curso mais grave e prolongado da doença, com cicatrizes residuais, e podem preceder as lesões cutâneas típicas.<sup>12</sup>

O envolvimento articular da vasculite por IgA ocorre entre 69% e 79% dos pacientes. Acomete habitualmente grandes articulações, com artralgia ou artrite aguda dolorosa e migratória (geralmente acometendo joelhos e tornozelos).

Raramente tem envolvimento poliarticular, acometendo cinco ou mais articulações.<sup>2,5,6</sup>

Dor abdominal ocorre entre 50% e 62% dos pacientes. A manifestação gastrointestinal pode ser a apresentação inicial da vasculite por IgA, ocorrendo em cerca de 20% dos pacientes, antes do aparecimento das lesões cutâneas características. Os sinais e sintomas mais frequentemente observados são dor abdominal periumbilical em cólica, náuseas, vômitos e diarreia sanguinolenta. A dor abdominal pode ser relevante e mimetizar apendicite aguda em até 22% dos pacientes.

Habitualmente, a dor abdominal apresenta-se com intensidade variável e é relacionada à gravidade do sangramento da parede intestinal. A complicação aguda mais grave da vasculite por IgA é a invaginação intestinal, que ocorre em até 3,5% dos pacientes. A ultrassonografia abdominal é o exame mais adequado para o seu reconhecimento precoce e acompanhamento.<sup>2,5,6</sup>

A nefrite é o principal determinante prognóstico da vasculite por IgA, tendo sido descrita em 20% a 80% dos pacientes, geralmente nos primeiros três meses da doença. As alterações renais mais frequentes são hematúria e/ou proteinúria transitórias, com duração habitual de um a três meses. Síndrome nefrótica, síndrome nefrítica, doença renal aguda e crônica podem ocorrer entre 1% e 5% dos pacientes, em períodos variados de até 20 anos. A biópsia renal é indicada nos pacientes com alterações renais graves e/ou persistentes (para excluir principalmente as formas com crescentes) e que apresentem: síndrome nefrótica; síndrome nefrítica; doença renal aguda ou crônica; hematúria e/ou proteinúria > 0,1 g/m<sup>2</sup>/dia persistente por mais de três meses.<sup>1,2,5</sup>

O envolvimento escrotal, com orquite/orquiepididimite, é caracterizado pelo edema escrotal agudo e doloroso, ocorrendo em até 20% dos pacientes. A confirmação do diagnóstico é realizada pela ultrassonografia testicular com Doppler, sendo necessária a exclusão da torção do cordão espermático. Pacientes com apenas petéquias ou púrpuras na bolsa escrotal não são considerados com orquite/orquiepididimite. Envolverimento escrotal recorrente pode ocorrer em até 1% dos pacientes com vasculite por IgA.<sup>6</sup>

### Quais são os principais exames complementares indicados na vasculite por IgA?

Um aspecto relevante nos pacientes com vasculite por IgA é que as plaquetas nunca estarão diminuídas, sempre normais ou aumentadas. A presença de plaquetopenia sugere outro diagnóstico.<sup>1,2</sup>

Alterações dos exames complementares nos pacientes com vasculite por IgA são inespecíficas e indicativas da presença de atividade da vasculite, sangramento gastrointestinal e/ou nefrite. As principais alterações laboratoriais são: anemia aguda, leucocitose moderada (até 20.000/mm<sup>3</sup>), alterações do sedimento urinário (hematúria, leucocitúria, proteinúria, cilindúria e dismorfismo eritrocitário), assim como elevações da proteinúria de 24 horas (ou relação proteinúria/creatinúria em amostra isolada de urina), ureia e creatinina. As provas de atividade inflamatória (velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa) podem estar normais ou elevadas.<sup>2,5</sup>

### Qual é o tratamento da vasculite por IgA?

Os pacientes com vasculite por IgA que apresentem preferencialmente lesões cutâneas não necessitam de tratamento específico, apenas manutenção das condições de hidratação e controle da dor abdominal e/ou artralgia com analgésicos, como paracetamol. Repouso relativo no primeiro mês é indicado, pois atividade física pode recidivar as lesões purpúricas.<sup>1</sup>

O tratamento da vasculite por IgA deve ser inicialmente direcionado para identificação e remoção dos possíveis agentes etiológicos envolvidos, tais como: infecções, alimentos, drogas, etc. As lesões cutâneas, habitualmente, não respondem aos anti-inflamatórios não-hormonais e aos anti-histamínicos. Colchicina ou dapsona podem ser utilizados nos casos de púrpuras recidivantes ou crônicas.<sup>1,2,5</sup>

Os anti-inflamatórios não-hormonais, como naproxeno (10 mg/kg/dia de 12 em 12 horas), podem ser usados entre uma e duas semanas nos pacientes com artrite e sem envolvimento renal (hematúria, proteinúria ou doença renal aguda ou crônica).<sup>5</sup>

A ranitidina (5,0 mg/kg/dia de 12 em 12 horas) é indicada em todos os pacientes com vasculite por IgA com sintomas gastrintestinais, mes-

mo naqueles com intensidade leve, com redução significativa da dor abdominal e sangramentos digestivos, parecendo também atenuar o quadro cutâneo.<sup>1,2,5</sup>

Corticosteroide não previne o desenvolvimento da nefrite. Entretanto, estes estão sempre indicados para os casos mais graves, especialmente quando existe comprometimento gastrointestinal (dor abdominal moderada a intensa, sangramento gastrointestinal e/ou invaginação intestinal), nefrite grave, orquiepididimite, hemorragia pulmonar e comprometimento neuropsiquiátrico. Os corticosteroides mais utilizados são: prednisona ou prednisolona (1,0 a 2,0 mg/kg/dia por 3 a 7 dias, com posterior redução em duas a seis semanas) e pulsoterapia com metilprednisolona (30 mg/kg/dia, dose máxima de 1,0 grama, por 3 dias consecutivos). Estes últimos são indicados nos pacientes com maior gravidade da doença, como nefrites graves, sangramento gastrointestinal e invaginação intestinal.<sup>2,5,6</sup>

O tratamento de nefrite é indicado nas formas graves, particularmente nas glomerulonefrites rapidamente progressivas (com crescentes na histologia renal), reduzindo a presença de crescentes fibrosos e a evolução para doença renal aguda e crônica. O seguimento conjunto com reumatologista e nefrologista pediátricos é sempre indicado. Nos pacientes refratários ou dependentes de corticosteroides, os imunossuppressores (azatioprina, micofenolato mofetil ou ciclofosfamida endovenosa) estão recomendados. Nos pacientes com proteinúria persistente, inibidores da enzima de conversão da angiotensina devem ser considerados na nefrite da vasculite por IgA para prevenir lesão glomerular secundária. Outras terapias para os casos refra-

tários aos imunossuppressores incluem gamaglobulina endovenosa e rituximabe.<sup>1-3,5,6,13</sup>

### É mesmo recomendado o seguimento em longo prazo de todos os pacientes com vasculite por IgA?

Recomenda-se o seguimento em longo prazo com reumatologista pediátrico para todas as crianças e adolescentes que têm o diagnóstico de vasculite por IgA, com avaliações periódicas da função renal por toda a vida, mesmo naqueles que não apresentarem de início alterações renais.

Estudo brasileiro recente avaliou 296 crianças e adolescentes com vasculite por IgA. Dos 118 pacientes que não apresentaram nefrite nos primeiros três meses da doença, 33/118 (28%) apresentaram apenas envolvimento renal durante o seguimento em médio e longo prazo (proteinúria não-nefrótica persistente e/ou hematúria), alguns até 15 anos após a doença, reforçando a necessidade de seguimento à longo prazo.<sup>5</sup>

Além disso, os pacientes que apresentarem alterações laboratoriais renais, transitórias ou persistentes, devem ser também rigorosamente acompanhados por toda a vida, pelo maior risco de desenvolverem doença renal crônica, desencadeada por fatores como por exemplo gravidez ou cirurgias, mesmo na ausência de doença renal ativa.

Atualmente, todas as mulheres grávidas que apresentarem vasculite por IgA na infância ou na adolescência deverão ser rigorosamente monitoradas no pré-natal, mesmo naquelas que não apresentarem nefrite inicial ou evolutiva.<sup>5</sup>

## REFERÊNCIAS

01. Ozen S, Marks SD, Brogan P, Groot N, Graeff N, Avcin T, et al. European consensus-based recommendations for diagnosis and treatment of immunoglobulin A vasculitis—the SHARE initiative. *Rheumatology (Oxford)*. 2019;58(9):1607-1616.
02. de Almeida JL, Campos LM, Paim LB, Leone C, Koch VH, Silva CA. Renal involvement in Henoch-Schönlein purpura: a multivariate analysis of initial prognostic factors. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(3):259-266.
03. González-Gay MA, López-Mejías R, Pina T, Blanco R, Castañeda S. IgA Vasculitis: Genetics and Clinical and Therapeutic Management. *Curr Rheumatol Rep*. 2018;20(5):24.
04. Ozen S, Pistorio A, Iusan SM, Bakaloglu A, Herlin T, Brik R, et al. Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO). EULAR/PRINTO/PRES criteria for Henoch-Schönlein purpura, childhood polyarteritis nodosa, childhood Wegener granulomatosis and childhood Takayasu arteritis: Ankara 2008. Part II: Final classification criteria. *Ann Rheum Dis* 2010;69(5):798-806.
05. Buscatti IM, Casella BB, Aikawa NE, Watanabe A, Farhat SCL, Campos LMA, et al. Henoch-Schönlein purpura nephritis: initial risk factors and outcomes in a Latin American tertiary center. *Clin Rheumatol*. 2018;37(5):1319-1324.
06. Buscatti IM, Abrão HM, Kozu K, Marques VLS, Gomes RC, Sallum AME, et al. Characterization of scrotal involvement in children and adolescents with IgA vasculitis. *Adv Rheumatol*. 2018;58(1):38.
07. Silva CA. Childhood-onset systemic lupus erythematosus: early disease manifestations that the paediatrician must know. *Expert Rev Clin Immunol*. 2016;12(9):907-910.
08. de Oliveira GT, Martins SS, Deboni M, Picciarelli P, Campos LM, Jesus AA, et al. Cutaneous vasculitis in ulcerative colitis mimicking Henoch-Schönlein purpura. *J Crohns Colitis*. 2013;7(2):e69-73.
09. Guissa VR, Aragão PA, Marques HH, Jacob CM, Silva CA. Chronic active Epstein-Barr virus infection mimicking Henoch-Schönlein purpura. *Acta Reumatol Port*. 2010;35(5):513-517.
10. Nasti MMF, Novak GV, Sallum AEM, Campos LMA, Teixeira RAP, Silva CA. Immunoglobulin G4-related disease with recurrent uveitis and kidney tumor mimicking childhood polyarteritis nodosa: a rare case report. *Acta Reumatol Port*. 2018;43(3):226-229.
11. Suehiro RM, Soares BS, Eisencraft AP, Campos LM, Silva CA. Acute hemorrhagic edema of childhood. *Turk J Pediatr*. 2007;49(2):189-192.
12. Júnior CR, Yamaguti R, Ribeiro AM, Melo BA, Campos LA, Silva CA. Hemorrhagic vesicle-bullous lesions in Henoch-Schönlein purpura and review of literature. *Acta Reumatol Port*. 2008;33(4):452-456.
13. Schinzel V, Fernandez JD, Clemente G, Fraga MM, Andrade MC, Len CA, et al. The profile and clinical outcomes of patients with renal involvement due to IgA vasculitis: is azathioprine a good option for treatment? *Adv Rheumatol*. 2019;59(1):21.



# 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:**  
Mária 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)  
Mária 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)  
Márcia 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:**  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**MEMBROS:**  
Clóvis Francisco Constantino (SP)  
Mária 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)  
Thiemi Reverbel da Silveira (RS)

**DIRETORIA E COORDENAÇÕES**

**DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**  
Mária 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)  
Mária 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)  
Cléa Rodrigues Leone (SP)

**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL**  
Mária 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)  
Natasha 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)  
Altacílio 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)  
Mária 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 Luís Amantéa (RS)  
Susana Maciel Guillaume (RJ)  
Aurimery Gomes Chermont (PA)  
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

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

**COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES**  
Adelma Figueiredo (RR)  
André Luis Santos Carmo (PR)  
Márynea 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)  
Carlos 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:**  
Salmó 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 Eizenbaum (SP)

**MEMBROS:**  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Dirceu Solé (SP)  
Galton Carvalho Vasconcelos (MG)  
Julia Dutra Rossetto (RJ)  
Luísa 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)  
Mário Hugo de Lins Pessoa (SP)

**REDE DA PEDIATRIA**

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

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

**DIRETORIA DE PATRIMÔNIO**

**COORDENAÇÃO:**  
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)  
Cláudio Barsanti (SP)  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Sérgio Antônio Bastos Sarubbo (SP)  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**ACADÊMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA**

**PRESIDENTE:**  
Mário Santoro Júnior (SP)

**VICE-PRESIDENTE:**  
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

**SECRETÁRIO GERAL:**  
Jefferson Pedro Piva (RS)