



Guia Prático de Atualização

Departamento de Alergia

Anafilaxia

Departamento de Alergia

Presidente: Emanuel C. S. Sarinho

Secretário: Herberto José Chong Neto

Conselho: Adriana Azoubel Antunes, Antônio Carlos Pastorino, Arnaldo Carlos Porto Neto, Fabio Chigres Kuschnir, Maria das Graças Nascimento Silva, Marisa Lages Ribeiro

Colaborador: Dirceu Solé

O que é Anafilaxia?

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

A verdadeira incidência de anafilaxia é desconhecida. Apesar disso, publicações recentes relatam o aumento da incidência de anafilaxia em diferentes países como a Austrália, Reino Unido e Estados Unidos da América, principalmente nas faixas etárias mais jovens sendo os medicamentos e alimentos os principais desencadeantes apontados. Algumas considerações merecem destaque:

- Em relação aos alimentos, os diferentes fatores culturais e sócio-econômicos de cada país (ex: tipo de dieta), ou mesmo entre regiões de um mesmo país, podem influenciar a exposição ao alimento envolvido na reação.
- Entre os medicamentos, aqueles de uso mais frequente, como os antibióticos, especialmente os beta-lactâmicos, e os anti-inflamatórios não hormonais (AINH) são as classes mais envolvidas.
- A frequência de anafilaxia ao látex vem aumentando e deve-se ter atenção especial para grupos de risco como os profissionais de saúde e pacientes com espinha bífida, e para possíveis reações cruzadas com frutas como banana, abacate, kiwi, mamão e outros alimentos como o aipim e o inhame.
- O látex é a segunda maior causa de anafilaxia perioperatória sendo superado apenas pelos relaxantes musculares neste contexto clínico. Além destes agentes causais, antibióticos, AINH e outras drogas e/ou substâncias como coloides e opiáceos podem estar envolvidos na anafilaxia perioperatória.

- Cerca de 2% dos indivíduos que recebem radiocontrastes iônicos de alta osmolaridade podem experimentar algum tipo de reação adversa. Embora a maioria destas reações seja leve, podem ocorrer reações fatais. Estas reações são muito menos freqüentes com a utilização de contrastes não-iônicos de baixa osmolaridade.
 - O exercício físico isoladamente ou associado a alimentos (camarão, maçã, aipo e trigo) tem sido relatado como causa de anafilaxia.
 - No Brasil, inquérito direcionado a alergologistas apontou como principais agentes causais de anafilaxia os medicamentos (AINH, antibióticos) seguido dos alimentos (leite de vaca e clara de ovo entre lactentes e pré-escolares, crustáceos entre crianças maiores, adolescentes e adultos) e picadas de insetos (formigas de fogo, abelhas e vespas). Em cerca de 10% dos casos não houve identificação do agente etiológico (anafilaxia idiopática).
- 1 – Reação aguda, de evolução rápida (minutos a horas), com envolvimento de pele/mucosas acompanhada de ao menos um dos seguintes sintomas: dificuldade respiratória (por edema laríngeo ou broncoespasmo) e hipotensão arterial (lipotímia, síncope ou choque)
Outros dois critérios adicionais devem ser considerados quando ocorre exposição a um alérgeno previamente suspeito para o paciente:
 - 2 – Reação aguda com envolvimento de dois ou mais dos seguintes: pele/mucosas: prurido/flush/urticária e/ou angioedema / dificuldade respiratória / hipotensão arterial / sintomas gastrintestinais persistentes
 - 3 – Redução da pressão arterial (PA): em crianças PA baixa para a idade, ou queda de 30% na PA sistólica. Em adolescentes e adultos: PA < 90 mmHg ou queda > 30% na PA sistólica.

O espectro das manifestações clínicas compreende desde reações leves até graves e fatais. O início geralmente é súbito, podendo atingir vários órgãos. Os sintomas iniciais ocorrem em segundos/minutos até horas após a exposição ao agente causal. É importante ressaltar que reações bifásicas podem ocorrer de 8 a 12 h em até 10% dos casos. Os principais sintomas e sua ordem de freqüência são descritos no quadro a seguir (**QUADRO 1**)

Como fazer o diagnóstico?

Recentemente a *World Allergy Organization* definiu critérios clínicos relacionados à alta probabilidade diagnóstica de anafilaxia em pacientes adultos e pediátricos:

Quadro 1 – Principais sinais e sintomas de anafilaxia

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

¹ Baseado em compilação de 1784 casos (Adaptado da referência 4)

O diagnóstico de anafilaxia é eminentemente clínico. A anamnese deve ser detalhada e os seguintes aspectos devem constar da mesma: agente suspeito, via de administração, dose, seqüência de sintomas, tempo para início dos mesmos, tratamento anteriormente aplicado na mesma situação clínica, outros fatores associados como exercício e/ou uso de medicamentos. Embora ainda seja pouco utilizada na prática clínica, a dosagem de triptase plasmática, pode auxiliar na confirmação do diagnóstico de anafilaxia. Para confirmação da etiologia são necessários exames complementares, porém nesta situação emergencial, a dosagem de imunoglobulina E (IgE) sérica específica no momento da reação pode ser negativa, por isso deve ser realizada posteriormente e é útil para a educação do paciente e a instituição de medidas terapêuticas.

O diagnóstico diferencial de anafilaxia deve ser feito com a reação vasovagal que é a causa mais frequente de confusão e caracteriza-se por sudorese, náusea, hipotensão, e bradicardia (na anafilaxia temos taquicardia, ocorrendo bradicardia apenas em situações pré falência cardiorrespiratória) e ausência de sintomas cutâneos como urticária/angioedema. Outras doenças menos frequentes que merecem atenção quanto ao diagnóstico diferencial são: mastocitose sistêmica, angioedema hereditário; feocromocitoma,

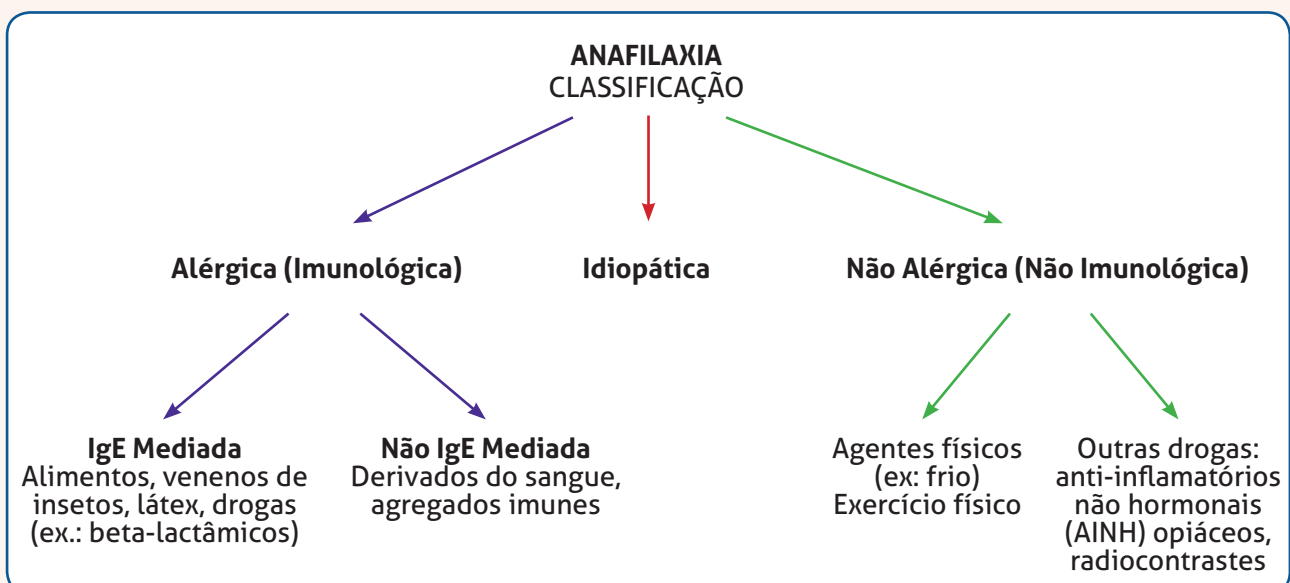
síndrome carcinoide, disfunção de cordas vocais e escromboidismo.

Por que ocorre a anafilaxia?

Na maioria das vezes, a anafilaxia é desencadeada por mecanismo imunologicamente mediado por IgE contra diferentes antígenos como: alimentos, medicamentos, veneno de insetos himenópteros (abelhas, vespas, formigas), látex, entre outros e com liberação imediata de histamina e outros mediadores de mastócitos e basófilos.

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

Figura 1 – Classificação da anafilaxia de acordo com seus mecanismos fisiopatológicos



Adaptado de referência 1

Como é o tratamento adequado da anafilaxia?

Por ser uma emergência médica a anafilaxia requer o pronto reconhecimento do quadro clínico a fim de se preservar a permeabilidade das vias respiratórias, manter a pressão sanguínea e a oxigenação. **Três aspectos são fundamentais no tratamento:**

- 1 - ADMINISTRAÇÃO RÁPIDA DE ADRENALINA
- 2 - DECÚBITO DORSAL COM MMII ELEVADOS
- 3 - MANUTENÇÃO ADEQUADA DA VOLEMIA

O efeito β -adrenérgico da adrenalina reverte a vasodilatação periférica, diminui o edema da mucosa, a obstrução das vias aéreas superiores, bem como a hipotensão, além de reduzir os sintomas de urticária / angioedema. Suas propriedades β -adrenérgicas aumentam a contratilidade do miocárdio, o débito cardíaco e o fluxo coronariano. Além disso, causa broncodilatação e suprime a liberação de mediadores de mastócitos e basófilos. Em função de sua ampla atuação sobre os mecanismos fisiopatológicos da anafilaxia, a adrenalina é considerada a droga de primeira linha para seu tratamento, e sua prescrição precoce é essencial para reversão do quadro e salvar a vida do paciente.

No **Quadro 2** são descritos os principais agentes utilizados no tratamento agudo da anafilaxia.

Quadro 2 – Principais agentes terapêuticos no tratamento da anafilaxia

Agente	Dose e via de administração	Comentários
Manter sinais vitais	Checar A (vias aéreas), B (respiração), C (circulação) e M (mente - sensório)	<ul style="list-style-type: none"> • Manter posição adequada (decúbito dorsal com MMII elevados). • Levantar-se ou sentar-se subitamente estão associados a desfechos fatais ("síndrome do ventrículo vazio").
Adrenalina 1:1000 (1mg/ml)	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos/Adolescentes: 0,2-0,5mg (dose máxima) IM na face antero-lateral da coxa. • Crianças: 0,01mg/kg up até o máximo de 0,3mg IM na face antero-lateral da coxa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar imediatamente e repetir se necessário a cada 5-15 minutos. Monitorar toxicidade (frequência cardíaca) • Adrenalina em diluições de 1:10.000 ou 1:100.000 somente devem ser administradas via EV nos casos de parada cardiorrespiratória ou profunda hipotensão que não respondeu à expansão de volume ou múltiplas injeções de epinefrina IM.
Expansão de volume Solução salina Ringer Lactacto	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos/Adolescentes: 1-2 litros rapidamente EV • Crianças: 5-10ml/kg EV nos primeiros 5 minutos e 30ml/kg na primeira hora 	<ul style="list-style-type: none"> • Taxa de infusão é regulada pelo pulso e pressão arterial. • Estabelecer acesso EV com o maior calibre possível. Monitorar sobrecarga de volume
Oxigênio (O₂)	Sob cânula nasal ou máscara	<ul style="list-style-type: none"> • Manter saturação de O₂. Se Sat O₂ < 95%, há necessidade de mais de uma dose de adrenalina

Continua...

... continuação

Agente	Dose e via de administração	Comentários
β2-Agonistas Sulfato de Salbutamol	Via inalatória: • Aerosol dosimetrado com espaçador (100 mcg/jato) • Adultos/Adolescentes 4-8 jatos, a cada 20 min, • Crianças: 50 mcg/Kg/ dose=1jato/2kg; Dose máxima: 10 jatos • Nebulizador: Solução para nebulização: gotas (5 mg/mL) ou flaconetes (1,25 mg/ml) • Adultos/Adolescentes 2,5-5,0 mg, a cada 20 min, por 3 doses • Crianças: 0,07-0,15 mg/kg a cada 20 minutos até 3 doses Dose máxima: 5 mg	<ul style="list-style-type: none"> • Para reversão do broncoespasmo • Existem diferentes concentrações e doses • Outros broncodilatadores β2-agonistas (ex: Fenoterol)
Antihistamínicos Prometazina Difenidramina Ranitidina	<ul style="list-style-type: none"> • Adultos/Adolescentes 25-50 mg EV • Crianças: 1 mg/kg EV até máximo 50 mg • Adultos/Adolescentes 12,5 – 50 mg EV até 10 min • Crianças: 1 mg/kg 	<ul style="list-style-type: none"> • Agentes anti-H1 associados a anti-H2 podem ser mais eficazes do que os anti-H1 isolados • Dose oral pode ser suficiente para episódios mais brandos • Papel na anafilaxia aguda ainda não bem determinado.
Glicocorticosteroides Metilprednisona, Prednisona	<ul style="list-style-type: none"> • 1-2 mg/kg/dia EV • 0,5-1mg mg/kg/dia VO 	<ul style="list-style-type: none"> • Padronização de doses não estabelecida • Prevenção de reações bifásicas?

EV = Endovenoso; IM = Intramuscular; VO = Via oral; anti-H1 – antihistamínico H1; anti-H2 – antihistamínico H2
Adaptado de referência 4

Considerações importantes no acompanhamento da anafilaxia

- **O**bservação clínica: casos leves - mínimo de 6-8 hs; casos graves, 24-48 hs.
- Reações bifásicas podem ocorrer entre 8 e 12 horas após o episódio agudo, em 10% dos casos.
- Os corticosteroides, quer por via oral ou parenteral são tradicionalmente administrados, porém têm pouca ou nenhuma ação no tratamento agudo da anafilaxia.
- Do mesmo modo, os antihistamínicos devem ser considerados agentes de segunda linha
- Indivíduos com asma mal controlada têm maior risco de reações fatais.
- Quanto mais a hipotensão se agrava na evolução da reação, menor será a resposta ao tratamento com adrenalina.
- Mesmo com o administração rápida de adrenalina, até 10% das reações podem não ser revertidas.
- Paciente em uso de beta-bloqueador pode necessitar de doses maiores de adrenalina para o

mesmo efeito. Nestes casos, o ideal é utilizar glucagon: 5-15 µg/minuto EV (infusão contínua).

- Em geral os agentes causais, tanto alimentos, como medicamentos ou outras substâncias, são aqueles aos quais o paciente já teve exposições anteriores (sejam elas evidentes ou ocultas (ex: presença de derivados do leite em alimentos industrializados sem rotulagem adequada).

Orientações após a alta hospitalar

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

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

Como prevenir?

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

- Pacientes e familiares devem ser orientados para o reconhecimento dos sinais precoces de novo episódio de anafilaxia.

- Fornecer plano de ação para exacerbações, contendo informações escritas em linguagem clara, orientações de conduta, nome e dose dos medicamentos.

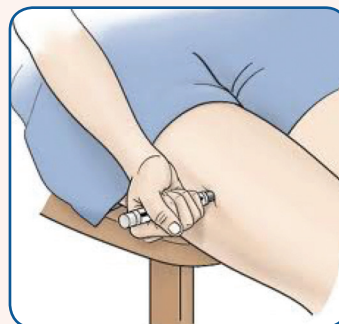
- Paciente: deverá portar identificação com as seguintes informações: diagnóstico, telefone de contato e plano de ação.

- A escola deve ser notificada sobre o risco de anafilaxia e dos possíveis fatores a serem evitados e sobre medidas a tomar em caso de emergência.

Além das medidas preventivas gerais já citadas, familiares, cuidadores e pacientes devem ser orientados quanto a medidas mais específicas:

- Orientação para aquisição de dispositivo autoinjeter de adrenalina, bem como da segurança do seu uso face ao risco da reação anafilática (**FIGURA 2**).
- Estes dispositivos são disponibilizados em doses fixas (0,15 mg crianças até 30 Kg; 0,3 mg para crianças maiores/adultos) estão indicados especialmente nos casos de risco contínuo de morte e de exposição antigênica. Atenção especial deve ser dada aos prazos de validade destes dispositivos. Esperamos que em breve, no Brasil, seja possível adquirir a adrenalina auto-injetável. A Sociedade Brasileira de Pediatria e a Associação Brasileira de Alergia e Imunologia Clínica têm lutado para que esse produto seja disponível em nosso meio.

Figura 2 – Aplicação de adrenalina por autoinjeter



Aplicar na face antero-lateral da coxa. Caso não haja melhora dos sintomas, uma segunda

dose pode ser realizada cerca de 5 a 10 minutos após a primeira. A aplicação deve ser feita por cima da roupa para evitar perda de tempo na retirada da mesma.

- Suspensão do uso de medicamentos de risco ou que possam interferir na eficácia do tratamento da anafilaxia, como: betabloqueadores, inibidores da enzima de conversão da angiotensina, inibidores da monoamino oxidase (MAO) entre outros.
- Alergia a látex: evitar contato e inalação. Estima-se que mais de 40.000 produtos médicos e de uso geral contenham látex, entre os quais: chupetas, bolas de aniversário, máscaras odontológicas, luvas cirúrgicas, drenos e equipos de soro
- Procedimentos odontológicos e cirúrgicos em pacientes sensíveis ao látex devem ser realizados em ambiente sem materiais que contenham a substância (látex-free). Materiais substitutos: vinil, nitrila, polietileno ou silicone.
- Imunoterapia específica: é eficaz na anafilaxia a venenos de himenópteros. Sempre deve ser conduzida sob a supervisão do alergista.
- Dessensibilização e/ou indução de tolerância pode ser realizada para alguns tipos de alimentos e medicamentos quando indicados e em casos selecionados
- Pré-tratamento para prevenção de reações: pode ser indicado nos casos de reações prévias em exames com radiocontrastes.

LEITURAS UTILIZADAS E RECOMENDADAS

1. Simon GA, Brown SGA, Kemp SF, Lieberman PL. Anaphylaxis. in: Adkinson Jr. NF, Bochner BS, Busse WW, Holgate ST, Lemanske Jr RF, Simons FER (eds.) Middleton's allergy: principles and practice. 8th ed. Mosby, Inc, St Louis; 2014:1027-1049.
2. Bernd LAG, Fleig F, Alves MB, Bertozzo R, Coelho M, Joaquina Correia J C et al. Anafilaxia no Brasil – Levantamento da ASBAI. Rev Bras Alerg Immunopatol 2010; 33(5):190-198
3. Simons FE, Arduzzo LR, Bilò MB, El-Gamal YM, Ledford DK, Ring J, et al. World Allergy Organization anaphylaxis guidelines: summary. J Allergy Clin Immunol. 2011; 127(3):587-93.e1-22.
4. Lockey RF, Kemp SF, Lieberman PL, Sheikh A. Anaphylaxis. in: Pawankar R, Canonica GW, Holgate S, Lockey R, Blaiss M (eds). World Allergy Organization (WAO) White Book on Allergy. Update 2013. WAO, 2013: 48-53.
5. Dhimi S, Panesar SS, Roberts G, Muraro A, Worm M, Bilò MB and EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group. Management of anaphylaxis: a systematic review. Allergy 2014;69(2):168-75.
6. Câmara Técnica de Alergia e Imunologia do CREMERJ. "Anafilaxia". Folder Outubro 2014.
7. Solé D, Ivancevich JC, Borges MS, Coelho MA, Rosário NA, Arduzzo L, Bernd LA; Latin American Anaphylaxis Working Group. Allergol Immunopathol (Madr). 2012;40(6):331-5.

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 Hoineff (RJ)

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:
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)
Analiria 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)

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

Pediatria e Humanidade:
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Christian Muller (DF)
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)
Fabiana Carlese (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:
Hélcio Vilhaça 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 Brito 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)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO
Normeide Pedreira dos Santos (BA)

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
Lilian 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:
Ruth Guinsburg (SP)
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

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

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

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Rezende S. Weffort (MG)

CONVERSANDO COM O PEDIATRA
Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

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 (SP)
Altacílio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA
Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO
Gil Simões Batista (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Amaral (RJ)
Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)
Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)
Sílvia 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)
Sílvia 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)
Sílvia 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 Luís Amantêa (RS)
Gil Simões Batista (RJ)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)

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 Guillaume (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)
Nelson Grisard (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:
José Martins Filho (SP)

Vice-presidente:
Álvaro de Lima Machado (ES)

Secretário Geral:
Reinaldo de Menezes Martins (RJ)