



DOCUMENTO CIENTÍFICO

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DE
DERMATOLOGIA E DE MEDICINA DO ADOLESCENTE (GESTÃO 2022-2024)

Nº 224, 21 de Agosto de 2025

ACNE NA ADOLESCÊNCIA

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE DERMATOLOGIA (GESTÃO 2022-2024)

PRESIDENTE: Jandrei Rogério Markus

SECRETÁRIA: Vânia Oliveira Carvalho

CONSELHO CIENTÍFICO: Ana Elisa Kiszewski Bau, Ana Maria Mosca de Cerqueira,
Gleide Maria Gatto Bragança, Marjorie Uber Iurk, Selma Maria Furman Helene

COLABORADORAS: Renata Robl Imoto, Gleide Gatto, Iwyna França Souza Gomes Vial,
Danielle Arake Zanatta, Janine Horsth, Larissa Habib Mendonça Gois,
Mariana Aparecida Pasa Morgan, Gina Bressan Schiavon,
Izabella Rodrigues Reis Gomes

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE MEDICINA DO ADOLESCENTE (GESTÃO 2022-2024)

PRESIDENTE: Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

SECRETÁRIA: Tamara Beres Lederer Goldberg

CONSELHO CIENTÍFICO: Lillian Day Hagel, Darci Vieira da Silva Bonetto, Benito Lourenço,
Ligia de Fátima Nóbrega Reato, Maria Inês Ribeiro Costa Jonas,
Marluce Barbosa Abreu Pinto

A acne vulgar é uma das doenças inflamatórias crônicas mais frequentes, sendo a adolescência a faixa etária mais acometida. É conhecida por todos os adolescentes pelos temidos “cravos e espinhas”. Seu aparecimento impacta significativamente no bem-estar físico e mental dos pacientes, potencialmente determinan-

do sentimentos de ansiedade, depressão, baixa autoestima, perda da autoconfiança, isolamento social e até tendências suicidas. 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.^{1,2}

O pediatra e, principalmente, o hebiatra são os profissionais responsáveis pelos cuidados na transição da infância para adolescência e vida adulta, e devem estar atentos às lesões visíveis, bem como identificar problemas não mencionados claramente nas consultas. Assim, suas condutas objetivam minimizar os agravos estéticos e emocionais dos adolescentes.³ Este documento se propõe a revisar o tema acne com foco no adolescente, com aspectos clínicos e terapêuticos de forma prática para o pediatra.

O QUE É ACNE?

A acne vulgar é uma dermatose inflamatória dos folículos pilossebáceos que ocorre nos extremos da idade pediátrica: nos recém-nascidos (acne neonatal) e nos adolescentes (acne juvenil). Raramente ocorre na infância (acne infantil) mas é extremamente comum na adolescência.³⁻⁶

O termo “acne do adolescente” é utilizado para designar a acne vulgar que ocorre na faixa etária entre 10 e 19 anos. Em um estudo epidemiológico transversal, a presença de acne na adolescência foi relatada em 27,9% dos meninos e 20,8% das meninas. Sabe-se que a acne tende a ser mais grave no sexo masculino, enquanto sua frequência aumenta nas mulheres após os 20 anos.²

ETIOPATOGENIA

A fisiopatologia da acne é complexa e envolve predisposição genética, fatores ambientais, desequilíbrios hormonais, inflamação, queratinização anormal da unidade sebácea folicular, proliferação de microrganismos foliculares como *Cutibacterium acnes*, *Cutibacterium granulosum*, *Cutibacterium avidum*, *Staphylococcus epidermi-*

dis, *Malassezia furfur*, aumento da produção de sebo e ainda influências dietéticas.^{1,7}

A alteração da queratinização do folículo piloso e aumento da produção de sebo são 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. Essa oclusão pelo sebo retido propicia a colonização bacteriana e a instalação de processo infeccioso e inflamatório (Quadro 1).^{2,4,5}

Quadro 1. Fisiopatologia da acne.

Fatores Principais
• Predisposição genética • Desequilíbrios hormonais/ Aumento da produção de sebo • Inflamação • Queratinização anormal da unidade sebácea folicular • Influências dietéticas • Proliferação de microrganismos foliculares – <i>Cutibacterium acnes</i> / <i>Cutibacterium granulosum</i> / <i>Cutibacterium avidum</i> – <i>Staphylococcus epidermidis</i> / <i>Malassezia furfur</i>
Fatores Secundários
• Fatores ambientais • Estresse • Cosméticos comedogênicos

A acne pode ser desencadeada ou exacerbada por outros fatores como o estresse emocional, má higiene ou limpeza inadequada da pele, e a pressão e/ou fricção excessiva – comum no hábito de “espremer espinhas”. Outros fatores incluem a exposição a certos agentes químicos

industriais, cosméticos comedogênicos e determinados medicamentos, como esteroides anabolizantes, androgênios, corticosteroides (tópicos ou sistêmicos), lítio, isoniazida, iodo (contrastes iodados), vitamina B12, hidrazida, bromo e algumas formulações de anticoncepcionais hormonais orais.^{2,4-6}

Evidências científicas atuais mostraram associação entre a ocorrência e a gravidade da acne e certos alimentos. O consumo excessivo de produtos lácteos, gordurosos, açucarados e ricos em carboidratos podem aumentar a gravidade da acne em pacientes menores de 25 anos. No entanto, alimentos ricos em ácidos graxos e ômega-3 suprimem a produção de citocinas inflamatórias, com efeito terapêutico. Além disso, o ácido docosapentaenoico e o ácido γ -linolênico demonstraram melhora nas lesões de acne.^{2,8,9}

ANAMNESE

A investigação de um paciente com acne deve incluir dados como tempo de aparecimento, duração e localização das lesões (região centro-facial, tronco anterior e posterior). Além da inclusão dos possíveis fatores desencadeantes como o uso de produtos cosméticos (hidrantes, maquiagem e produtos usados para limpeza de pele), história e gravidade da acne em familiares; dieta; hiperidrose; medicamentos em uso (tópicos ou sistêmicos), doenças prévias; tratamentos prévios (tópicos ou sistêmicos) e seus resultados.^{2,3}

É importante avaliar o impacto psicossocial e indagar sobre o transtorno de escoriação, baixa autoestima e depressão. Muitas vezes, a percepção do paciente sobre o distúrbio pode diferir da avaliação médica, e a intensidade do distúrbio nem sempre está diretamente relacionada ao grau de impacto psicológico.¹⁰

No sexo feminino deve-se inquirir sobre agravamento das lesões no período pré-mens-

trual, 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.²⁻⁶

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E CLASSIFICAÇÃO DA ACNE

A acne vulgar inicia-se com a formação do comedão, lesão não inflamatória resultante da obstrução do infundíbulo folicular. Os comedões são classificados como fechados, caracterizados por pápulas esbranquiçadas com 1–2 mm de diâmetro, ou abertos, que apresentam coloração enegrecida devido à oxidação da queratina e à deposição aumentada de melanina, secundária à ativação melanocitária.¹¹

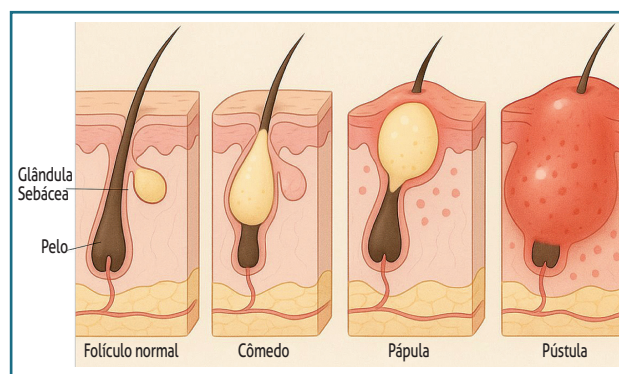
A progressão da doença inclui o surgimento de lesões inflamatórias, como pápulas eritematosas e pústulas circunscritas, geralmente com até um cm de diâmetro, indicando uma resposta inflamatória ao conteúdo folicular alterado. Em formas graves, observam-se nódulos, cistos e abscessos, os quais refletem um processo inflamatório profundo com potencial de comprometimento tecidual significativo, com maior possibilidade de resultar em cicatrizes.¹²

Essas manifestações inflamatórias, particularmente quando associadas à manipulação mecânica das lesões, podem culminar na destruição das células germinativas da unidade pilosebácea e resultar em cicatrizes atróficas permanentes.¹³ A Figura 1 ilustra a sequência morfológica das alterações cutâneas no esquema histológico da acne vulgar.

A classificação da acne vulgar em formas não inflamatórias e inflamatórias, graduadas de I a IV baseia-se na predominância e na gravidade das lesões cutâneas, auxiliando na avaliação da gravidade da doença e na escolha do trata-

mento adequado. A acne é classificada em quatro graus: Grau I (leve): presença predominante de comedões abertos e fechados, sem lesões inflamatórias; Grau II (moderada): presença de comedões acompanhados por pápulas inflamatórias; Grau III (moderadamente grave): presença de comedões, pápulas e pústulas; e Grau IV (grave): presença de comedões, pápulas, pústulas, nódulos e cistos, frequentemente associada a risco de cicatrizes permanentes.^{5,12} O aspecto clínico dos diferentes graus de gravidade da acne está ilustrado na figura 2.

Figura 1. Imagens representativas do aspecto histológico evolutivo da acne.



Fonte: Figura gerada por algoritmo de inteligência artificial.

Figura 2. Imagens clínicas correspondentes à classificação da acne



Fonte: Arquivo fotográfico do Serviço de Dermatologia Pediátrica do HC-UFPR.

DIAGNÓSTICO E DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

O diagnóstico da acne vulgar é eminentemente clínico, baseado na identificação das lesões características. A avaliação física deve abranger a análise qualitativa e quantitativa das lesões (comedões, pápulas, pústulas, nódulos e cistos), bem como sua distribuição anatômica e grau de gravidade.^{1,4,5}

Na maioria dos casos, a acne é facilmente diagnosticada clinicamente, uma vez que o aspecto clínico apresenta padrão morfológico típico, com manifestações exclusivamente cutâneas e ausência de sinais sistêmicos.

Entre os principais diagnósticos diferenciais destacam-se as foliculites, rosácea, dermatite perioral, erupções acneiformes induzidas por

fármacos ou cosméticos, além de algumas condições benignas que podem simular lesões acneiformes, como hiperplasia sebácea,iringomas e angiofibromas associados à esclerose tuberosa.⁴

ORIENTAÇÕES PARA ADOLESCENTES E FAMILIARES

Para o tratamento e controle da acne é fundamental estabelecer uma rotina adequada de cuidados com a pele. O uso de produtos corretos para a pele acneica e a adesão à higiene correta da pele com limpeza, hidratação, com ou sem produtos antiacne, e protetor solar, permitem melhorar a eficácia do tratamento medicamentoso além de reduzir seus eventos adversos.¹⁰ Algumas orientações estão colocadas no quadro 2.

Quadro 2. Orientações para familiares e adolescentes com acne

Orientações
Trata-se de doença crônica que cursa com remissões e exacerbações.
É importante realizar limpeza diária, hidratação e fotoproteção.
Usar sabonetes do tipo <i>syndet</i> , com ativos antiacne, indicados para pele oleosa.
Hidratar com produtos não comedogênicos, sem ativos antiacne, durante o uso de medicamentos tópicos ou orais, para evitar irritações e melhorar a tolerância medicamentosa.
Após melhora, manter o tratamento com hidratantes que contenham ativos antiacne.
Os medicamentos devem ser usados nas áreas afetadas para prevenção.
A melhora é individual e ocorre entre a primeira semana e o terceiro mês de tratamento.
O uso excessivo de cosméticos (cremes, óleos, bases) ou limpeza exagerada pode piorar a acne.
Lavar o rosto com água em temperatura ambiente e secar suavemente com toalha macia.
Não espremer ou coçar as lesões – isso aumenta a inflamação e o risco de cicatrizes.
Espremer lesões faciais pode causar infecções graves (celulite, meningite e abscesso cerebral).

continua...

... continuação

Orientações
Usar protetor solar <i>oil free</i> , com toque seco ou em gel, para prevenir manchas. A exposição solar piora a acne (acne tropical).
Alimentos como leite, chocolate, açúcar e carboidratos pioram a acne. Já peixes e sementes, ricos em ômega-3, ajudam a melhorar.
A acne não está relacionada à atividade sexual (incluindo a masturbação) ou a infecções sexualmente transmissíveis.
É importante a aderência aos medicamentos tópicos e/ou orais prescritos.

Adaptado de Kutlu et al. e Bragança et al.^{2,3}

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 com enxofre ou ácido salicílico, ácido glicólico, lipo e alfa-hidroxiácidos, e podem conter também esfoliantes. Como tratamento medicamentoso, são indicados géis com peróxido de benzoíla, ácido retinoico, ácido salicílico, nicotinamida e ácido azelaico, podendo haver associação destes com antibióticos.^{2-6,10}

Protetor solar com fator de proteção solar igual ou superior a 30, não comedogênico, *oil free* ou livre de óleo, deve ser aplicado na face e áreas expostas durante o dia, para impedir o aparecimento ou agravamento de manchas hipercrômicas residuais.^{2-6,10}

Retinoides tópicos

Constituem a base do tratamento da acne leve a moderada, são a primeira linha terapêutica devido à sua potente ação anticomedogênica e queratolítica.^{2,14} Esses fármacos normalizam a queratinização folicular, prevenindo a formação de microcomedões e reduzindo lesões existen-

tes em até 60%. Além disso, favorecem a penetração de agentes antibacterianos e apresentam efeitos anti-inflamatórios e imunomoduladores, atuando também na reversão precoce da lesão inflamatória.^{5,6,10}

Retinoides demonstram benefícios adicionais, como a redução da hiperpigmentação pós-inflamatória e da formação de cicatrizes.² No entanto, podem causar efeitos adversos como eritema, descamação e fotossensibilidade, sendo imprescindível o uso concomitante de fotoproteção. A resposta clínica geralmente inicia entre a nona e a décima segunda semanas de uso. Esses agentes são contraindicados durante a gestação e devem ser evitados em mulheres que planejam engravidar.^{5,6}

Entre os principais representantes, a tretinoína deve ser introduzida em concentrações baixas (0,01% a 0,025%) com aumento gradual, para melhorar a tolerância cutânea. Já a isotretinoína tópica (0,05% gel) e o adapaleno (0,1% ou 0,3%) apresentam melhor tolerabilidade e podem ser utilizados em associação com antibacterianos desde o início, especialmente na acne inflamatória.^{2,10}

O adapaleno, um retinoide sintético de alta estabilidade e ação anti-inflamatória e comedolítica, é indicado tanto para acne não inflamatória quanto inflamatória. Pode ser usado

isoladamente ou em combinação com peróxido de benzoíla, antibióticos sistêmicos ou agentes antiandrogênicos. Seu uso, como de todos os outros retinoides, é contraindicado na gestação.⁶

O uso de retinoides tópicos requer aplicação sobre a pele limpa e completamente seca, para minimizar irritações. Em peles sensíveis, recomenda-se início gradual, com uso em noites alternadas e tempo limitado de contato, avançando conforme a tolerância ao produto.⁶

Peróxido de benzoíla (PB)

Também considerado uma opção de primeira linha de tratamento para acne leve a moderada, devido à sua atividade bactericida e ceratolítica, sendo eficaz contra bactérias anaeróbicas por mecanismos oxidativos.^{2,14} As formulações tópicas variam de 1% a 10%, com efeito dose-dependente e maior irritação em concentrações mais altas. Sua combinação com antibióticos tópicos ou retinoides aumenta a eficácia.^{5,6}

A aplicação deve ser diária, preferencialmente à noite, em camada fina sobre todo o rosto. Pode ser usado diariamente ou duas a quatro vezes por semana, à noite, levando à esfoliação suave da pele. Os efeitos adversos incluem ressecamento, eritema e descamação, que tendem a diminuir com o uso contínuo.^{5,6,10}

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.^{2,5,6,10}

Ácido azelaico

É também uma das opções de primeira linha para tratamento tópico. Tem forma de gel e é eficaz para o tratamento pela ação anti-inflamatória, antibacteriana e hipopigmentante, esta principalmente pela atividade antitirosinase, nas manchas hipercrômicas residuais pós-inflamatórias. Além disso pode ser usado em gestantes.²

Antibióticos tópicos

Tais substâncias atuam na redução da população de *Cutibacterium acnes*.¹⁴ 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 retinóides. *Cutibacterium 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 e, por isso, seu uso como monoterapia está contraindicado.¹⁰ Os antibióticos tópicos devem ser usados na acne inflamatória, principalmente nas formas leves ou moderadas localizadas.^{2,5,6,10}

TRATAMENTO SISTÊMICO E TRATAMENTO HORMONAL

As principais terapias sistêmicas para acne vulgar incluem antibióticos orais (como as tetraciclinas), terapias hormonais (anticoncepcionais orais ou espironolactona) e isotretinoína oral. Com exceção da isotretinoína oral, a terapia sistêmica é combinada com terapia tópica. Procedimentos como *peelings* químicos em consultório, microdermoabrasão, extração de comedões, corticosteroides intralesionais, terapia de calor e luz, *lasers*, são utilizadas principalmente como terapias adjuvantes.¹⁵

ANTIBIÓTICOS ORAIS

Os antibióticos orais estão indicados nos casos de acne inflamatória de moderada a grave. As tetraciclinas e seus derivados, ciclinas de segunda geração como minociclina, doxiciclina

e limeciclina são os mais usados. A eritromicina, outros macrolídeos, principalmente a azitromicina e sulfametoxazol-trimetropim constituem opções alternativas.^{16,17} O quadro 3 contém o nome dos antibióticos e as respectivas posologias no tratamento da acne.

A associação dos antibióticos orais com tratamento tópico, exceto com antibióticos, é necessária, ou seja, antibióticos orais não devem ser usados em monoterapia pelo aumento do risco de resistência bacteriana.¹⁶ Tem-se verificado um aumento na frequência de *C. acnes* resistentes aos antibióticos, o que se associa a falências terapêuticas.¹⁵

Antibióticos atuam principalmente por ação anti-inflamatória na quimiotaxia de neutrófilos, na produção de citocinas e na atividade dos macrófagos. Há também ação na diminuição da população de *C. acnes* e *S. epidermidis* nas unidades pilossebáceas, inibindo enzimas bacterianas e, assim, alterando a composição do sebo e reduzindo a inflamação.¹⁸

O tratamento com antibióticos orais 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.¹⁵

Quadro 3. Posologia e eventos adversos dos antibióticos orais usados no tratamento da acne

Medicamento	Posologia e informações	Efeitos Adversos
Tetraciclina	500 mg duas vezes ao dia durante três a seis semanas, até diminuir significativamente o número de lesões inflamadas, então reduzir para 250 mg, com retirada lenta para evitar rebote da acne. É mais absorvida se ingerida longe das refeições.	Fotossensibilidade, desconforto gastrointestinal. Contraindicado na gravidez, lactação e nos menores de oito anos.
Doxiciclina	50 - 100 mg duas vezes dia ou 100 mg uma vez ao dia. É um derivado da tetraciclina, com menos efeitos colaterais, sem necessidade de ser tomada em jejum. Maior risco de fotossensibilidade.	Fotossensibilidade, desconforto gastrointestinal. Contraindicado na gravidez e nos menores de oito anos.
Minociclina	50 - 100 mg uma a duas vezes ao dia. Uso durante três a seis semanas.	Pigmentação de cicatrizes e de áreas fotoexpostas e mais raramente: fotossensibilidade, hepatite, lúpus induzido por medicamentos. Contraindicado na gravidez e em crianças menores de oito anos.
Limeciclina	150 – 300 mg uma vez ao dia por até 12 semanas.	Melhor perfil de segurança comparada à minociclina. Relatos de Síndrome de Stevens-Johnson.
Eritromicina	500 mg duas vezes ao dia. Primeira linha nas grávidas e adolescentes menores de 12 anos. Tão eficaz quanto a tetraciclina, menos efeitos colaterais, sem necessidade de jejum.	Desconforto gastrointestinal.

continua...

... continuação

Medicamento	Posologia e informações	Efeitos Adversos
Trimetoprima-sulfametoxazol	160 mg/800 mg duas vezes ao dia.	Síndrome de Stevens-Johnson, necrólise epidérmica tóxica.
Azitromicina	Dose intermitente, devido à longa meia-vida do medicamento. Pulsoterapia com azitromicina 500 mg ao dia por três dias, repetindo com 30 e 60 dias).	Desconforto gastrointestinal.

Adaptado de Li, Y. et al.¹

TERAPIAS HORMONAIS ORAIS

Em adolescentes do sexo feminino, a resistência à terapia convencional da acne pode estar relacionada ao hiperandrogenismo ou à hipersensibilidade periférica aos androgênios. Nesses casos, é comum a associação com sinais clínicos como hirsutismo, seborreia e alopecia, sendo a abordagem hormonal uma opção eficaz. O uso de antiandrogênicos, bloqueadores dos receptores androgênicos ou inibidores da produção de androgênios ovarianos/adrenais pode resultar em boa resposta clínica.⁵

O uso de contraceptivos orais deve ser precedido de discussão individualizada sobre riscos e benefícios. Embora eficazes, estão associados ao risco de tromboembolismo venoso, especialmente em pacientes com trombofilias ou histórico prévio.¹⁹ Além disso, recomenda-se cautela ao iniciar contraceptivos orais antes de um ano após a menarca, devido a potenciais impactos no crescimento e densidade mineral óssea.²⁰

Contraceptivos orais

O uso de contraceptivos hormonais orais (CHO) pode ser indicado como tratamento adjuvante em adolescentes pós-menarca com formas moderadas a graves, com ou sem evidência laboratorial de hiperandrogenismo.²¹

A terapia hormonal combina estrogênios (etinilestradiol ou mestranol) com progestagênios, sendo preferidos os de terceira (desogestrel, gestodeno, norgestimato) e de quarta geração (drospirenona), devido ao menor potencial androgênico. A drospirenona possui ação antiandrogênica e antimineralocorticoide, enquanto o acetato de ciproterona atua como potente inibidor dos receptores androgênicos.¹⁵

Ciproterona

É usada na dosagem de 2 mg, associada a 35µg de etinilestradiol. A associação com estrogênio aumenta sua eficácia com ação anovulatória e anticoncepcional. Age por redução da oleosidade em cerca de 25% a 35%, diminuição dos comedões e das lesões.²² O uso de ciproterona por adolescentes deve ser feito com extrema cautela e apenas sob orientação médica especializada.

Espironolactona

Diurético antagonista da aldosterona com atividade antiandrogênica, atua por meio da inibição da síntese de androgênios e do bloqueio competitivo dos receptores androgênicos na unidade pilosebácea, incluindo receptores de sulfato de desidroepiandrosterona (DHEAS) nas glândulas sebáceas.^{18,22} Indicado em mu-

lheres jovens com acne inflamatória de padrão hormonal, especialmente na presença de erupções pré-menstruais, distribuição das lesões na região inferior da face, oleosidade cutânea ou hirsutismo. Também é opção em casos de resposta inadequada ou intolerância a outras terapias e na presença de sintomas como irregularidade menstrual, ganho de peso pré-menstrual ou síndrome pré-menstrual.^{1,22}

Utiliza-se isoladamente ou em associação com antibióticos e/ou contraceptivos orais, geralmente em doses de 50 a 100 mg/dia. Seu uso não é recomendado em pacientes pré-adolescentes, devido à falta de dados de segurança e eficácia nessa faixa etária. A resposta clínica ocorre entre três e seis meses de tratamento.^{1,2,22}

RETINOIDES SISTÊMICOS

A isotretinoína oral (ácido 13-cis-retinoico), derivada da vitamina A, é indicada para o tratamento da acne grave (grau IV), nódulo-cística ou inflamatória. Seu principal mecanismo de ação, dependente da dose, é a redução da atividade das glândulas sebáceas, levando à diminuição da produção de sebo, além de exercer efeitos anti-inflamatórios e normalizar a queratinização folicular. A dose recomendada varia entre 0,1 e 2,0 mg/kg/dia, sendo mais indicada a administração de 0,5 mg/kg/dia por 15 a 20 semanas, com dose total acumulada de 120 a 150 mg/kg.¹⁸

Os eventos adversos mais frequentes incluem ressecamento das mucosas e da pele, além de cefaleia, epistaxe, artralgias e alterações laboratoriais, como elevação dos triglicerídeos e das enzimas hepáticas em até 15% dos casos. Tais alterações são geralmente reversíveis com a suspensão do fármaco.⁶ A isotretinoína é teratogênica, especialmente no primeiro trimestre gestacional, sendo mandatória a realização de dosagem de gonadotrofina coriônica humana (β -HCG) mensalmente em mulheres em idade

fértil, associada ao uso de anticoncepção eficaz. Sua prescrição requer receituário específico e termo de consentimento assinado pelo paciente (e responsável legal, se menor de 21 anos).²²

O uso da isotretinoína deve basear-se na avaliação clínica, e não apenas na dose cumulativa, podendo ser indicada em casos moderados com cicatrizes ou repercussão psicossocial significativa.⁶ Em pré-adolescentes com acne grave refratária, sua utilização pode ser considerada com monitoramento adequado. A adesão terapêutica é um desafio, especialmente em pacientes jovens, devendo ser reforçada em cada consulta, com ajustes individualizados e orientações claras quanto às expectativas de resposta clínica.²²

TRATAMENTO DE CICATRIZES E HIPERCROMIAS PÓS-INFLAMATÓRIAS

O tratamento precoce da acne visa prevenir a formação de cicatrizes permanentes.⁵ Fatores como histórico familiar de cicatrizes, gravidade das lesões, atraso no início do tratamento, recorrência da doença e manipulação mecânica das lesões inflamadas aumentam o risco dessa complicação e devem ser considerados na abordagem terapêutica individualizada.¹⁰

O tratamento das cicatrizes inclui corticosteroides intralesionais, silicone tópico, luz intensa pulsada, microdermoabrasão, *peelings* químicos, crioterapia e procedimentos microcirúrgicos.^{5,10} A correção de cicatrizes e a abordagem das formas mais graves de acne devem ser conduzidos por especialistas. Quando há hiperpigmentação residual, o tratamento pode incluir clareadores tópicos como ácido kójico, ácido azelaico, hidroquinona e *peelings* químicos superficiais, conforme a intensidade da pigmentação e as características da pele do paciente.²³

No quadro 4 está apresentado o tratamento da acne conforme a gravidade e no quadro 5 exemplos das medicações disponíveis.

Quadro 4. Esquema terapêutico e recomendações de acordo com a classificação da acne

Classificação	Tratamento
Grau I – Comedônica	Retinoides tópicos ou peróxido de benzoíla ou ácido azelaico (como monoterapia). Sabonete com pH ácido ou syndet. Hidratação e fotoproteção para pele acneica.
Grau II – Papulopustulosa	Tratamento do Grau I e medicação tópica em associação de clindamicina e peróxido de benzoíla; ou combinação de adapaleno e peróxido de benzoíla; ou clindamicina e tretinoína.
Grau III – Nódulo Abscedante	Tratamento do Grau I e antibiótico sistêmico, isotretinoína oral se houver predomínio de nódulos.
Grau IV – Refratário/Conglobata	Tratamento do Grau I + isotretinoína via oral.
Cicatrizes de Acne	Correções microcirúrgicas, dermoabrasão, peelings, laser, preenchimentos e técnicas de elevação. Encaminhar ao especialista.

Fonte: os autores.

Nota: Em casos de acne papulopustular moderada mais extensa em mulheres, pode ser considerada a adição de contraceptivos orais combinados às medicações tópicas.

Quadro 5. Medicamentos utilizados no tratamento da acne

Produtos		Nome Comercial
Tópicos		
Peróxido de Benzoíla		Acnase gel (Biolab), Clyndoxyl control (Stiefel), Benzac AC (Galderma), Dermotivin (Galderma), Benzac solugel (Galderma), Panoxi (Stiefel); Acnezil Gel (CIMED).
Retinoides	Adapaleno	Differin gel/creme (Galderma), Adacne gel (Glenmark), Adapel (Medley), Belpelle (Farmoquímica S/A), Deriva Micro (Galderma), Dalap (Biosintética); Genéricos de adapaleno 0,1% (diversos laboratórios).
	Isotretinoína	Isotrex (Stiefel), Isotrexol (Stiefel).
	Tretinoína	Vitacid (Theraskin), Vitanol A (Stiefel), Retacnyl (Galderma), Retin A (Johnson & Johnson).
Outros	Ácido Azelaico	Azelan (LEO Pharma); Zella (Mantecorp).
	Nicotinamida	Acniben Gel Secativo (ISDIN), Papuless (Igefarma); Sérum Facial Renovador Antiacne Mix-01 (Principia).
	Ácido Salicílico	SASTid (Stiefel), Salisoap (Galderma), Acneol SR (AQIA Química Inovativa), Acnase lapiseira secativa (Biolab); Dermage Secatriz Acne Free Spray Corporal (Dermage); Dermage Secatriz Acne Spot – Gel Secativo Pontual (Dermage); Acniben Body Spray (ISDIN); Acne Pen (Aille Clinic).
	Enxofre	Acneol SR (AQIA Química Inovativa).

continua...

... continuação

Produtos		Nome Comercial
Combinação		Adacne Clin (Glenmark) – combinação de adapaleno com clindamicina.
		Vitacid Acne (TheraSkin) – tretinoína + clindamicina; Vitacid Plus (TheraSkin) e Hormoskin (Germed) – tretinoína + hidroquinona + fluocinolona.
		Clindoxyl (Stiefel e Anovis) – peróxido de benzoíla + clindamicina.
		Isotrexin (Glaxosmithkline) – isotretinoína + eritromicina.
		Epiduo (Galderma) – adapaleno + peróxido de benzoíla.
		Acnase creme (Biolab) – enxofre + peróxido de benzoíla.
Sistêmicos		
Antibiótico	Tetraciclina	Tetraciclina (genérico); Tetrex (Pfizer).
	Oxitetraclina	Terramicina (Pfizer).
	Minociclina	Minoderm (Aché); Minomax (Eurofarma).
	Limeciclina	Tetralysal (Galderma).
	Azitromicina	Astro (EMS); Azi (EMS); Selimax (Eurofarma); Zitromax (Pfizer); Genérico (diversos laboratórios).
	Doxiciclina	Doxitrat (EMS); Doxiclin (Medley); Doxifin (Eurofarma); Doxitabs (Aché); Doxiten (Teuto); Genérico (diversos laboratórios).
	Clindamicina	Dalacin C (Pfizer); Genérico (diversos laboratórios).
	Eritromicina	Eritrex (Aché); Ilosone (Valeant); Estolato de Eritromicina Genérico (Prati-Donaduzzi); Eritromicina (Cibran).
Anti Androgênicos	Espironolactona	Aldactone (Pfizer); Genérico (diversos laboratórios).
	Ciproterona	Androcur (Bayer).
Contraceptivos Hormonais	Etinilestradiol + Ciproterona	Diane 35 (Bayer); Selene (Eurofarma); Ferane 35 (Cifarma); Artemidis 35 (Sigma Pharma); Diclin (Merck); Tess (União Química); Repopil 35 (Legrand).
	Etinilestradiol + Drospirenona	Ammy (Panvel); Yasmin (Bayer); Yas (Bayer); Dalyne (EMS); Elani (Libbs); lumi (Bayer); Vincy (Eurofarma); Diva (Eurofarma); Liara (Eurofarma); Lyllas (Eurofarma); Fucsia (Eurofarma); Aranka (Eurofarma); Ylana (Eurofarma); Ingrid (Eurofarma).
	Etinilestradiol + Desogestrel	Femina (Libbs); Mercilon (MSD); Gracial (MSD); Minian (Libbs); Microdiol (Libbs); Primera (Libbs).
	Etinilestradiol + Gestodeno	Gynera (Bayer); Harmonet (Libbs); Femiane (Bayer); Minulet (Wyeth); Minesse (Wyeth); Mirelle (Wyeth); Adolesse (Libbs); Siblisma (Libbs); Tamisa (Libbs); Minima (Libbs); Diminut (Libbs).
Retinoide	Isotretinoína	Isoface (Mylan), Roacutan (Roche), Cecnoin (Germed), Acnova (Eurofarma), Amalfi (Nova Química), Genéricos (diversos laboratórios).

Fonte: Adaptado de Acne na adolescência - Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia Prático de Atualização, 2018.²⁴

Nota: Esta tabela contempla as principais medicações atualmente disponíveis no mercado brasileiro para o tratamento da acne. É possível que algumas marcas ou apresentações não tenham sido incluídas.

A seleção foi baseada na disponibilidade comercial e uso clínico mais frequente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A acne é mais comum durante a adolescência e, por isso, o pediatra é, muitas vezes, o primeiro profissional a prestar atendimento e prescrever o tratamento e, assim, deve estar capacitado para diagnosticar e tratar precocemente.

Além do impacto físico, a acne pode exercer efeitos significativos e negativos na qualidade de vida do adolescente.^{2-6,10} A compreensão dos aspectos psicossociais relacionados à doença é fundamental para um cuidado integral e centrado no paciente. Fatores emocionais, como estresse e ansiedade, podem agravar a acne e comprometer a adesão ao tratamento.

Tal realidade torna-se ainda mais relevante no contexto contemporâneo em que adolescentes estão cada vez mais expostos às mídias sociais onde padrões estéticos idealizados são amplamente difundidos. Muitos adolescentes sentem-se pressionados a exibir uma pele “perfeita”, o que pode agravar a insatisfação com a própria aparência e afetar sua autoestima. Além disso, a disseminação de informações não verificadas nessas plataformas confunde os

usuários e dificulta o acesso a condutas terapêuticas baseadas em evidências, comprometendo o manejo clínico adequado.¹⁰

Considerando o impacto psicossocial da acne na adolescência, é imprescindível que o profissional de saúde adote uma abordagem atenta e empática, reconhecendo as repercussões emocionais associadas à condição dermatológica. O pediatra, em particular, deve incluir a avaliação da acne nas consultas com adolescentes, ainda que essa não seja a queixa principal, uma vez que a percepção do paciente sobre a gravidade das lesões nem sempre corresponde aos critérios clínicos utilizados pelo médico. Frequentemente, observa-se um sofrimento psicológico desproporcional à intensidade do quadro dermatológico, o que reforça a importância de uma escuta qualificada e de intervenções que valorizem a autoestima e promovam o vínculo terapêutico.

Por fim, o tratamento adequado e precoce da acne contribui para a melhora da autoestima e do autoconceito em adolescentes, promovendo maior integração social e favorecendo a construção de projetos de vida mais amplos e com melhor qualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Li Y, Hu X, Dong G, Wang X, Liu T. Acne treatment: research progress and new perspectives. *Front Med*. 2024;11:1425675.
02. Kutlu Ö, Karadağ AS, Wollina U. Adult acne versus adolescent acne: a narrative review with a focus on epidemiology to treatment. *An Bras Dermatol*. 2023;98(1):75-83.
03. Bragança GMG. Acne. In: Sociedade Brasileira de Pediatria. *Tratado de Pediatria*. 6ª ed. Barueri, SP: Manole; 2024.
04. Paller AS, Mancini AJ. Hurwitz Clinical Pediatric Dermatology. 6th ed. Philadelphia: Elsevier; 2021.
05. Reynolds RV, Crouch HK, Kirby JS, et al. Guidelines of care for the management of acne vulgaris. *J Am Acad Dermatol*. 2024;90(5):1006.e1-1006.e30.
06. 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.
07. Scholz CF, Kilian M. The natural history of cutaneous propionibacteria, and reclassification of selected species within the genus *Propionibacterium* to the proposed novel genera *Acidipropionibacterium* gen. nov., *Cutibacterium* gen. nov. and *Pseudopropionibacterium* gen. nov. *Int J Syst Evol Microbiol*. 2016;66(11):4422-4432.
08. Meixiong J, Ricco C, Vasavda C, Ho BK. Diet and acne: a systematic review. *JAAD Int*. 2022 Mar 29;7:95-112.
09. Conforti C, Agozzino M, Emendato G, et al. Acne and diet: a review. *Int J Dermatol*. 2022;61(8):930-934.
10. Rocha M, Bagatin E, Costa T, et al. Desafios do tratamento da acne—Recomendações de consenso de especialistas latino-americanos. *An Bras Dermatol*. 2024;99(3):414-424.
11. DermNet. Comedonal acne [Internet]. 2024 [citado 2025 Abr 15]. Disponível em: <https://dermnetnz.org/topics/comedonal-acne>
12. Patel AB, Schwartz RA. Acne Vulgaris. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [citado 2025 Abr 15]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459219/>
13. Tan J, Beissert S, Cook-Bolden F, et al. Impact of facial and truncal acne on quality of life: a multi-country population-based survey. *JAAD Int*. 2021;3:102-110.
14. Montagner S, Costa A. Current guidelines in the treatment of acne vulgaris: from the approach in the acute phase to maintaining the clinical benefits. *Surg Cosmet Dermatol*. 2010;2(3):205-213.
15. Haedersdal M, Togsverd-Bo K, Wulf HC. Revisão baseada em evidências sobre lasers, fontes de luz e terapia fotodinâmica no tratamento da acne vulgar. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2008;22:267.
16. Dréno B, Bettoli V, Ochsendorf F, et al. European recommendations on the use of oral antibiotics for acne. *Eur Dermatol*. 2004;14:391-399.
17. Amin K, Riddle CC, Aires DJ, Schweiger ES. Common and alternate oral antibiotic therapies for acne vulgaris: a review. *J Drugs Dermatol*. 2007;6(9): 873-880.
18. Machado MCR, Averbah BL. Acne. In: Oliveira ZN, organizadora. *Dermatologia Pediátrica*. Barueri, SP: Manole; 2009.
19. Sehovic N, Smith KP. Risco de tromboembolia venosa com drospirenona em contraceptivos orais combinados. *Ann Pharmacother*. 2010;44:898.
20. Eichenfield LF, Krakowski AC, Piggott C, et al. Recomendações baseadas em evidências para o diagnóstico e tratamento da acne pediátrica. *Pediatrics*. 2013;131 Suppl 3:S163.
21. Zaenglein AL, Pathy AL, Schlosser BJ, et al. Diretrizes de tratamento para o tratamento da acne vulgar. *J Am Acad Dermatol*. 2016;74:945.
22. Freitas TP. Acne. In: Coates V, Beznos GW, Françoise LA, coordenadores. *Medicina do Adolescente*. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 2003.
23. Kaminsky A, Flórez-White M. Acné. Un enfoque global. 2. ed. Buenos Aires: Alfaomega; Colegio Ibero Latino-Americano de Dermatologia; 2012.
24. Azevedo AEBI, Eisenstein E, Fernandez B, Goldeberg T, et al. Sociedade Brasileira de Pediatria. Acne na adolescência - Guia Prático de Atualização, 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21370c-GPA - Acne na adolescencia.pdf Acessado em junho de 2025.



Diretoria Plena

Triênio 2025/2028

PRESIDENTE:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

1º VICE-PRESIDENTE:

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

SECRETÁRIO GERAL:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

1º SECRETÁRIO:

Rodrigo Aboudib Ferreira - (ES)

2º SECRETÁRIO:

Valma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

3º SECRETÁRIO:

Márcia Gomes Penido Machado (MG)

DIRETORA FINANCEIRA:

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Sidnei Ferreira (RJ)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

DIRETOR DE MEIO AMBIENTE E SUSTENTABILIDADE

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

DIRETORA ADJUNTA:

Valma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

Marynea Silva do Vale (MA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE: Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE: Ana Jovina Barreto Bispo (SE)

SUDESTE: Marisa Lages Ribeiro (MG)

SUL: Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

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

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:

Jose Hugo Lins Pessoa (SP)

Marisa Lages Ribeiro (MG)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Sulim Abramovici (SP)

Valma Francisca Hutim Gondim de Souza (PA)

SUPLENTE:

Analiária Moraes Pimentel (PE)

Bruno Leandro de Souza (PB)

Dolores Fernandez Fernandez (BA)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

CONSELHO FISCAL

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

Lígia Maria Oliveira Moreira (BA)

Ana Márcia Guimarães Alves (GO)

ASSESSORIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (RJ)

Elena Marta Amaral dos Santos (AM)

Evelyn Eisenstein (RJ)

Paulo César de Almeida Mattos (RJ)

DIRETORIAS E COORDENAÇÕES

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

COORDENAÇÃO:

Hélcio Villaca Simões (RJ)

COORDENAÇÃO ADJUNTA:

Ricardo do Rego Barros (RJ)

MEMBROS:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

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

COORDENAÇÃO:

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Luciana Cordeiro Souza (PE)

MEMBROS:

João Carlos Batista Santana (RS)

Mara Morelo Rocha Felix (RJ)

Ricardo Mendes Pereira (SP)

Vera Hermínia Kalika Koch (SP)

Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

DIRETORES:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Sérgio Cabral (RJ)

AMÉRICA LATINA

COORDENADORES:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

PAÍSES DA LÍNGUA PORTUGUESA

COORDENADORES:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA DA PEDIATRIA

DIRETOR:

Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

DIRETORIA ADJUNTA:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

MEMBROS:

Alberto Cubel Brull Júnior (MS)

Ana Mackartney de Souza Marinho (TO)

Anesísia Coelho de Andrade (PI)

Ariane Molinaro Vaz de Souza (RJ)

Carllindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Cláudio Orestes Brito Filho (PB)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

Gilberto Pascolat (RJ)

Isabel Rey Madeira (PR)

Jocileide Sales Campos (CE)

Kassie Regina Neves Cargnin (RJ)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Ricardo Maria Nobre Othon Sidou (CE)

DIRETORIA CIENTÍFICA

DIRETOR:

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA CIENTÍFICA - ADJUNTA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E GRUPOS DE TRABALHO:

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMAS NACIONAIS DE ATUALIZAÇÃO

PEDIATRIA - PRONAP

COORDENADORA: Fernanda Luisa Ceragioti Oliveira (SP)

COORDENADORES ADJUNTOS

Claudia Bezerra Almeida (SP)

Tulio Konstanyer (SP)

NEONATOLOGIA - PRORN

Cláudia Rodrigues Leone (SP)

Renato Soibermann Procianny (RS)

Rita de Cássia Silveira (RS)

TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA - PROTIPEP

Helena Muller (RS)

Werther Bronow de Carvalho (SP)

TERAPÊUTICA PEDIÁTRICA - PROPEP

Claudio Leone (SP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA - PROEMPEP

Gilberto Pascolat (PR)

Hany Simon Júnior (SP)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

NEUROPEDIATRIA - PRONEUROPEP

Giuseppe Mario Carmine Pastura (RJ)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Márcio Moacyr Vasconcellos (RJ)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES:

TRATADO DE PEDIATRIA

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Dirceu Solé (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Fábio Ancona Lopes (SP)

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

DIRETOR:

Renato de Ávila Kfourri (SP)

DIRETOR ADJUNTO:

Sérgio Luis Amantéa (RS)

MEMBROS:

Isabel Rey Madeira (RJ)

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Marise Helena Cardoso Tófoli (GO)

Renata Belém Pessoa de Melo Seixas (DF)

Ricardo Queiroz Gurgel

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

Cássia Freire Vaz (RJ)

Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

COORDENAÇÃO GERAL:

Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO OPERACIONAL:

Camila Salomão Mourão (AP)

Nilza Maria Medeiros Perin (SC)

Renata Dejtiar Waksman (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA

Joel Alves Lamounier (MG)

Marco Aurélio Palazzi Sáfiadi (SP)

Mariana Tschopke Aires (RJ)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:

Renato Soibermann Procianny (RS)

MEMBROS:

Antônio José Ledo Alves da Cunha (RJ)

Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

Dirceu Solé (SP)

Isisélia Alves Pontes da Silva (PE)

João Guilherme Bezerra Alves (PE)

Magda Lahorgue Nunes (RS)

Marco Aurélio Palazzi Sáfiadi (SP)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:

Clímax Couto Sant'Anna (RJ)

Marlene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORES ADJUNTOS:

Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

Rosana Alves (ES)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

COORDENAÇÃO DO CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Jandrei Rogério Markus (TO)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:

Cláudio Elia (RJ)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Gustavo Guida Godinho da Fonseca (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Leonardo Rodrigues Campos (RJ)

Márcia Cortez Bellotti de Oliveira (RJ)

Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

COORDENAÇÃO DE ENSINO E PESQUISA:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA:

Claudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:

Rosana Alves (ES)

MEMBROS:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Alessandra Carla de Almeida Ribeiro (MG)

Ana Lúcia Ferreira (RJ)

Angélica Maria Bicudo (SP)

Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)

Rosana Fiorini Puccini (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:

Aurimery Gomes Chermon (PA)

Claudio Barsanti (SP)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Gilberto Pascolat (PR)

Jefferson Pedro Piva (RS)

Liana de Paula Medeiros de A. Cavalcante (PE)

Marynea Silva do Vale (MA)

Mauro Batista de Moraes (SP)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Rita de Cássia Viegas Gomes Lins Bittencourt (PB)

Sérgio Luis Amantéa (RS)

Sheyla Ribeiro Rocha (SP)

Silvia Regina Marques (RJ)

Silvio da Rocha Carvalho (RJ)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

COORDENADOR:

Lélia Cardamone Gouvêa (SP)

MEMBROS:

Adelmá Alves de Figueiredo (RR)

André Luis Santos Carmo (PR)

Anna Tereza Miranda Soares de Moura (RJ)

Cássio da Cunha Ibiapina (MG)

Fernanda Wagner Fredo dos Santos (PR)

Luiz Anderson Lopes (SP)

Marynea Silva do Vale (MA)

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

COORDENAÇÃO:

Ana Maria de Oliveira Ponte (RJ)

MEMBROS:

Claudio Barsanti (SP)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

REDE DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO: