



Documento Científico

Departamento Científico de
Endocrinologia (Gestão 2022-2024)

Nº 232, 12 de Fevereiro de 2026

Abordagem da criança que nasce com genitália atípica: Orientações para o pediatra

Departamento Científico de Endocrinologia (Gestão 2022-2024)

Presidente: Crésio de Aragão Dantas Alves

Secretária: Kassie Regina Neves Cargnin

Conselho Científico: Cristiane Kochi, Ivani Novato Silva, Julienne Angela Ramires de Carvalho, Marilza Leal Nascimento, Maristela Estevão Barbosa, Renata Andion Arruti, Renata Villas Boas Andrade Lima

Colaboradores: Guilherme Guaragna Filho, Andrea Trevas Maciel-Guerra, Gil Guerra-Júnior

Introdução

A genitália atípica (ambígua) é a manifestação clínica mais evidente dos Distúrbios/Diferenças da Diferenciação do Sexo (DDS), ocorrendo em 1:4500 nascidos vivos. Os DDS foram definidos, pelo *International Consensus Confe-*

rence on Intersex (2006), como condições congênitas em que o sexo cromossômico, gonadal e/ou anatômico é atípico.¹ Essas condições são consideradas como uma urgência médica, em razão da situação estressante que acarretam do ponto de vista psicossocial e porque algumas de suas etiologias, se não prontamente reconhecidas e tratadas, podem colocar em risco

a vida da criança como, por exemplo, na hiperplasia adrenal congênita.

Quase sempre o neonatologista ou o pediatra são os primeiros profissionais a atenderem uma criança com genitália atípica. Nesse momento, ao se identificar a atipia genital, os médicos deverão ser cuidadosos em não fornecer informações imprecisas que venham dificultar a aceitação e entendimento do problema como, por exemplo: “parece ser um menino, mas vou solicitar consulta com endocrinologista”, “é uma menina, só que o clitóris é grande”, entre outras. É fundamental que os pais sejam informados, em linguagem simples, empática e acolhedora sobre as dificuldades de definição do sexo naquele momento devido à atipia genital, mas que isso que não significa que a criança nasceu “sem sexo”, ou com “dois sexos” e que ela será avaliada por uma equipe médica especializada. Orientar a fazer o registro civil com sexo ignorado. Não dar alta para casa com recomendação de agendar consulta com endocrinologista pelo sofrimento dos pais em irem para casa sem entenderem o que está acontecendo, e pelo risco de uma crise de perda de sal causando óbito.

Tendo em vista a importância desse tema, o Departamento Científico de Endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), elaborou essa revisão para orientar os pediatras sobre como abordar a criança com genitália atípica.

Como ocorre o processo de determinação e diferenciação sexual?

O processo de determinação e diferenciação sexual durante a vida intrauterina é complexo. Nas primeiras seis a sete semanas de gestação, o sexo cromossômico é a única característica que difere os embriões de ambos os sexos.² Na

quinta semana, a crista urogenital se divide nas cristas urinária e adrenogenital, sendo que, no final dessa semana gestacional, o primórdio adrenal é separado do primórdio gonadal, com este sendo colonizado pelas células germinativas primordiais (que têm origem extra gonadal).^{3,4} Por conseguinte, forma-se a gônada primordial, estrutura que é bipotencial, sendo a precursora tanto dos testículos como dos ovários.^{3,4}

A genitália interna é formada a partir de um dos dois pares de dutos unipotenciais: dutos de Wolff ou mesonéfricos, no sexo masculino; e os dutos de Müller ou paramesonéfricos, no sexo feminino. Esses dois pares de dutos são formados em todos os indivíduos, independente do sexo genético.^{5,6} No que se refere à genitália externa, as estruturas embrionárias são compostas pelo tubérculo genital, as pregas genitais, as saliências labioescrotais e o seio urogenital.⁴

Para a diferenciação gonadal, tanto de testículos como de ovários, é necessário um delicado equilíbrio no tempo e nível de expressão dos diversos genes envolvidos no processo.⁷ Por volta da sétima semana, os embriões XY começam a expressar o gene *SRY* que dá início a uma rede de interações gênicas que levam à diferenciação gonadal em testículos.^{7,8} Na via de diferenciação testicular, o *SOX9* é o primeiro gene, entre vários, regulado pela expressão do *SRY*. O *SOX9* é responsável pela formação das células de Sertoli e consequente expressão do *AMH*, gene do hormônio anti-Mülleriano (HAM).⁸ Dessa forma, entre a oitava e a nona semana de gestação, ocorre a regressão dos dutos de Müller, que se manifesta somente nessa janela específica de tempo. Cada testículo é responsável pela regressão dos dutos de Müller do seu lado.⁶ A partir da nona semana de gestação começa a diferenciação das células de Leydig.⁸ A diferenciação dos dutos de Wolff ocorre entre a nona e a décima terceira semana de gestação, estimulada pelo β HCG placentário (gonadotrofina coriônica humana)

na primeira metade da gestação e depois pelo LH (hormônio luteinizante) da hipófise fetal, com produção de testosterona. Novamente, cada testículo é responsável pela ação hormonal sobre o ducto ipsilateral.^{5,8} Dessa maneira, formam-se o epidídimo, os ductos deferentes e as vesículas seminais.⁵ Na genitália externa, a testosterona é convertida, pela enzima 5-alfa-redutase tipo 2, em di-hidrotestosterona (DHT), que tem mais afinidade pelo receptor de andrógenos.⁸ Esse hormônio é o principal responsável pela virilização da genitália externa, formando o pênis (a partir do tubérculo genital), uretra peniana (a partir do seio urogenital e da fusão das pregas genitais) e fundindo as saliências labioescrotais em uma bolsa escrotal, entre a décima e a décima quarta semana de gestação.^{4,8,9} Além disso, a DHT é responsável pelo desenvolvimento da próstata e da uretra prostática.⁹

No que se refere à diferenciação sexual feminina, não há expressão do HAM durante o desenvolvimento fetal permitindo a diferenciação dos ductos de Müller.⁶ O gene *FOXL2* inibe, entre outras vias envolvidas na diferenciação testicular, a expressão do *SOX9*.⁷ Com isso, na falta de testosterona, ocorre a dege-

neração passiva dos ductos de Wolff e os ductos de Müller se diferenciam na genitália interna feminina, que consiste nas tubas uterinas, útero e porção superior da vagina.⁶ Para a manutenção ovariana é necessária a presença de dois cromossomos X íntegros.^{7,10} A genitália externa feminina se forma, na ausência da ação androgênica, com o tubérculo genital dando origem ao clitóris, as pregas urogenitais aos pequenos lábios, as saliências labioescrotais aos grandes lábios, e o seio urogenital à uretra feminina e à porção inferior da vagina.¹⁰

Quais são as principais causas de Distúrbios/Diferenças da Diferenciação do Sexo (DDS)?

O *International Consensus Conference on Intersex* (2006) classificou as etiologias dos DDS em três grandes grupos conforme o cariótipo do paciente. O Quadro 1 mostra as principais causas de DDS elaboradas pelo consenso, acrescidas da apresentação genital mais comum, e da presença de útero ou não.

Quadro 1. Classificação etiológica dos Distúrbios/Diferenças da Diferenciação do Sexo (DDS) baseado no cariótipo.

DDS	Etiologia	Genitalia externa	Útero
Anomalia de Cromossomos Sexuais			
* 45,X	Síndrome de Turner	(F)	(+)
* 47,XXY	Síndrome Klinefelter	(M)	(-)
* 45,X/46,XY	Disgenesia gonadal mista	(A)	(+)*
* 46,XX/46,XY	DDS ovotesticular	(A)	(+)*

continua...

... continuação

DDS	Etiologia	Genitalia externa	Útero
46,XY			
Distúrbios do desenvolvimento gonadal	Disgenesia gonadal complete	(F)	(+)
	Disgenesia gonadal parcial	(A)	(+)*
	Regressão testicular	(M)*	(-)
	DDS ovotesticular	(A)	(+)*
Distúrbios da síntese de andrógenos	HAC por alteração no gene <i>StAR</i>	(F)	(-)
	HAC por alteração no gene <i>CYP11A1</i>	(F)	(-)
	HAC por alteração no gene <i>CYP17A1</i>	(F)*	(-)
	HAC por alteração no gene <i>HSD3B2</i>	(A)	(-)
	Defeito de síntese de testosterona por alteração no gene <i>HSD17B3</i>	(A)*	(-)
	Deficiência da 5 α -redutase tipo 2	(A)*	(-)
Defeito da ação dos andrógenos	Síndrome da Insensibilidade Completa aos Andrógenos (SICA)	(F)	(-)
	Síndrome da Insensibilidade Parcial aos Andrógenos (SIPA)	(A)	(-)
Defeito do receptor de LH	Agenesia ou hipoplasia de células de Leydig	(A)*	(-)
Distúrbios da síntese ou ação do hormônio anti-Mulleriano	Persistência dos dutos de Müller	(M)	(+)
Outros	DDS 46,XY sindrômico	(A)	(-)

continua...

... continuação

DDS	Etiologia	Genitalia externa	Útero
46,XX			
Distúrbios do desenvolvimento gonadal	Disgenesia gonadal completa	(F)	(+)
	DDS 46,XX testicular	(M)	(-)
	DDS ovotesticular	(A)*	(+)*
Excesso de Andrógenos	Origem fetal (HAC devido a alteração no gene da <i>HSD3B2</i> ou da <i>CYP21A2</i> ou da <i>CYP11B1</i>)	(A)	(+)
	Origem materna	(A)	(+)
	Origem feto-placentária (alteração no gene da <i>CYP19A1</i> ou da <i>POR</i>)	(A)	(+)
Outros	DDS 46,XX sindrômico	(A)	(+)

(A) = ambíguas; (F) = feminina; (M) = masculina; HAC = Hiperplasia Adrenal Congênita; (+) = presente; (-) = ausente; * = não obrigatório. Adaptado de Lee et al.¹

Como identificar uma genitália atípica?

A genitália atípica é aquela em que haja dificuldade em se definir o sexo da criança. Por isso, usam-se alguns critérios para defini-la:^{1,11}

- Atipia genital evidente;
- Genitália aparentemente feminina com aumento do clitóris, e/ou fusão labial posterior e/ou massa em região inguinal/labial;
- Genitália aparentemente masculina com gônadas não palpáveis bilateralmente (mesmo com meato uretral típico), e/ou hipospádia proximal isolada e/ou hipospádia distal com gônada não palpável (mesmo que seja unilateral); ou
- Discordância entre genótipo pré-natal com fenótipo genital neonatal (ou pré-natal na ultrassonografia).

Como fazer a investigação diagnóstica inicial?

A investigação diagnóstica inicial da genitália atípica, enquanto se aguarda a avaliação pela equipe médica especializada, consiste em anamnese dirigida a prováveis causas, exame físico descrevendo em detalhe a genitália externa e se existe distorções ou outras mal-formações associadas e solicitação de exames complementares.

Anamnese

Por se tratar de condição complexa, uma anamnese completa incluindo detalhes do período gestacional é fundamental. Nesse sentido, é importante investigar uso de medicações na gestação (por exemplo: progesterona) assim como, sinais de virilização da mãe na gestação.

Além disso, a história familiar é fundamental, questionando sobre casos de DDS, óbito neonatal sem etiologia, relatos de infertilidade, e história de consanguinidade entre os pais.

Exame físico

O exame físico genital deve ser realizado já na sala de parto e depois repetido para mostrar as alterações aos pais. Deve-se atentar especialmente para a localização do meato uretral, para ausência de gônadas palpáveis em um bebê com genitália externa aparentemente do sexo masculino ou à presença de massas inguinais em um recém-nascido supostamente do sexo feminino.

Durante a investigação da genitália atípica deve-se usar termos, que não denotem sexo, para descrição dos achados, por exemplo: “Falo de X cm, meato uretral de localização perineal, saliências labioescrotais parcialmente

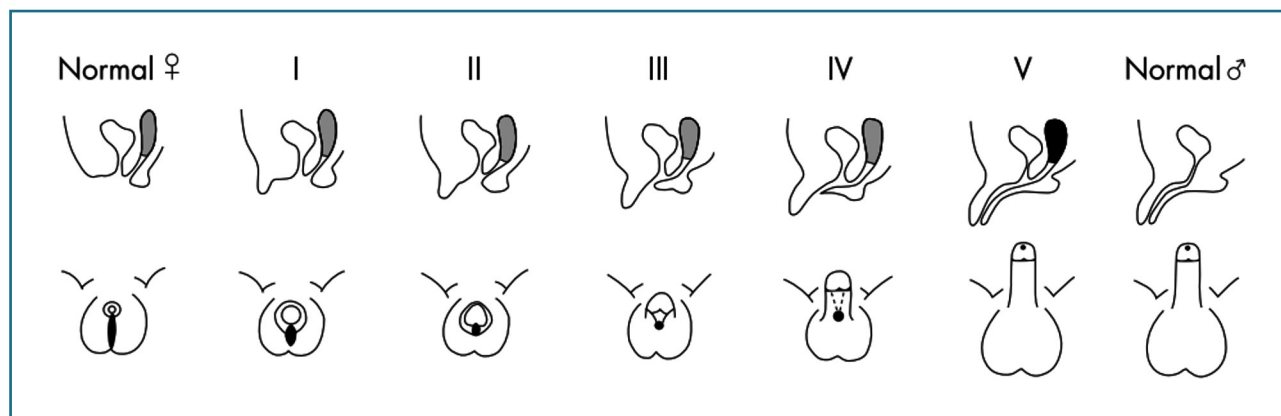
fundidas, enrugadas e pigmentadas. Gônada direita palpável em região inguinal, gônada esquerda não palpável.”

Além disso, algumas escalas/escores foram criadas ao longo do tempo para facilitar a descrição e a comunicação entre a equipe assistente. O primeiro, foi a Escala de Prader (Figura 1),¹² criada originalmente, em 1954, para descrever a genitália de meninas com hiperplasia adrenal congênita (HAC) e que ainda hoje é muito usada para descrever qualquer quadro de alteração genital independente do sexo cromossômico. Várias outras escalas surgiram ao longo do tempo, mas recentemente foi formulado o Escore de Genitália Externa (Quadro 2), que é a ferramenta mais usada atualmente na literatura médica.¹³ O ideal é usar tanto a descrição detalhada junto com as escalas, mas na dúvida de como usar os termos, o pediatra que está fazendo o primeiro atendimento pode descrever a genitália apenas usando a escala.

Quadro 2. Escore de Genitália Externa - EGS¹³.

EGS	Fusão das saliências labioescrotais	Tamanho do tubérculo genital (mm)	Meato uretral	Gônada Direita	Gônada Esquerda
3	Totalmente Fundida	>31	Topo do tubérculo genital		
2,5		26-30	Coronal/Glandular		
2			Ao longo do tubérculo genital		
1,5	Fusão posterior	21-25	Na base do tubérculo genital	Labioescrotal	Labioescrotal
1		10-20	Labioescrotal	Inguino-labioescrotal	Inguino-labioescrotal
0,5				Inguinal	Inguinal
0	Não Fundida	<10	Perineal	Impalpável	Impalpável

Legenda: Os valores de referência para um EGS mediano (10º a 90º percentil) são: recém-nascidos do sexo masculino < 28 semanas de gestação é 10 (8,6–11,5); de 28–32 semanas 11,5 (9,2–12); de 33–36 semanas 11,5 (10,5–12) e em nascidos a termo 12 (10,5–12). Em todos os bebês do sexo feminino, EGS é 0 (0-0).

Figura 1. Escala de Prader¹²

Exames complementares

É de extrema relevância que o pediatra saiba como abordar a família e iniciar a investigação de uma criança com genitália atípica ao nascimento. O primeiro passo, é constatar se a criança tem genitália atípica e se as gônadas são palpáveis ou não. Se o recém-nascido com DDS não tem gônadas palpáveis, a principal suspeita é HAC por deficiência da 21-hidroxilase. Nesse caso, deve-se solicitar a dosagem sérica de 17-OH-progesterona a partir do terceiro dia de vida monitorando a evolução clínica e as concentrações séricas de sódio e potássio.¹⁴ Naqueles com gônada palpável, as principais suspeitas diagnósticas são os distúrbios de ação ou produção de testosterona e as anomalias cromossômicas. Dessa forma, o ideal é coletar gonadotrofinas hormônio folículo-estimulante [FSH] e esteroides sexuais (testosterona, androstenediona, DHT) entre o trigésimo e centésimo dia de vida, aproveitando o período da minipuberdade fisiológica.^{15,16} A avaliação cromossômica, habitualmente realizada pelo cariótipo, deve ser solicitada em todos os casos. A avaliação da anatomia da genitália interna traz informações relevantes para o diagnóstico e para a designação sexual. Para isso, a ultrassonografia abdominal e pélvica são exames práticos, isentos de radiação e não-invasivos. No entanto, necessita que seja executado por um radiologista experiente. Abordagens

cirúrgicas diagnósticas, como biópsia gonadal e laparoscopia exploratória, são recursos relevantes especialmente nos casos em que há suspeita etiológica de alterações nas gônadas (por exemplo: disgenesias gonadais, DDS ovotesticular). Nas últimas décadas, vários outros recursos como a avaliação molecular têm se tornado mais acessíveis como painéis de sequenciamento gênico e, mais recentemente, pesquisa do exoma. Porém, tanto os exames mais invasivos como os de maior custo devem ser decididos em conjunto por uma equipe de especialistas.

Se a criança for avaliada após a realização do teste de triagem neonatal, o médico deve obter, com rapidez, o resultado do exame para avaliar se há elevação da 17-OH-progesterona, a qual ocorre na hiperplasia adrenal congênita e que pode se associar a crise perdedora de sal.

Quais são os aspectos éticos e legais do DDS?

Em 2003, o Conselho Federal de Medicina publicou a Resolução nº 1.664/2003, definindo que um paciente com DDS deve ter seu atendimento conduzido por uma equipe multidisciplinar, composta idealmente por endocrinologista pediátrico, cirurgião pediátrico, urologista,

geneticista, psicólogo, pediatra, ginecologista, enfermeiro, assistente social e profissional de bioética.

Até há poucos anos, a conduta em relação ao registro civil era que este não fosse realizado até o fim da investigação etiológica e designação sexual. No entanto, isso sempre implicava em várias dificuldades do ponto de vista social e jurídico. Em 2019, foi lançado pioneiramente pela Corregedoria Geral de Justiça do Estado do Rio Grande do Sul, o provimento nº 016/2019 (de 3 de junho de 2019). Este documento permite o registro do recém-nascido com genitália atípica como “RN de... (nome dos pais)” e orienta colocar na seção de sexo, a opção “ignorado”, deixando em aberto a possibilidade de ser feito o ajuste gratuitamente, depois de dois meses e em qualquer cartório, pelo nome e sexo definitivo. Baseando-se no provimento gaúcho, a Comissão Nacional de Justiça publicou o provimento nº 122 (de 13 de agosto de 2021), que manteve o texto básico, recomendando que seja usado provisoriamente um nome “neutro” para ambos os sexos. Entretanto, alguns autores não concordam com a adoção de um nome “neutro” para ambos os sexos. Desse modo, a escolha do nome deve se basear na decisão da família após ser plenamente informada, pela equipe médica, sobre a condição da criança. Na eventualidade de morte precoce no período neonatal, recomenda-se

realização de autópsia mediante autorização da família.¹⁷

Considerações finais

Na maioria das vezes, o pediatra é o primeiro médico a ter contato com um recém-nascido com genitália atípica e tudo aquilo que for falado por este profissional será tomado como verdade para família. Nesse sentido, é importante um acolhimento adequado e empático, evitando termos que denotem sexo até que a investigação esteja completa. Isso deve ser seguido tanto pelo pediatra como por toda a equipe multidisciplinar responsável pelo cuidado dessa criança. Além disso, em muitos centros, o pediatra será o elo responsável pela comunicação entre as várias especialidades responsáveis pela investigação e a família. Para ajudar nessa tarefa, o grupo de pesquisa de Diferenças do Desenvolvimento Sexual do Laboratório de Hormônios e Genética Molecular da Disciplina de Endocrinologia da USP desenvolveu um material informativo, muito completo e didático, aos familiares que é de grande valia especialmente nesse momento inicial da abordagem de uma genitália ambígua.¹⁸

Referências bibliográficas

01. Lee PA, Houk CP, Ahmed SF, Hughes IA, in collaboration with the participants in the International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Paediatric Endocrinology. Consensus Statement on Management of Intersex Disorders. *Pediatrics*. 2006;118(2):e488–500.
02. Bason-Laubert A. Control of sex development. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2010;24(2): 163–86.
03. Ahmed SF, Bashamboo A, Lucas-Herald A, McElreavey K. Understanding the genetic aetiology in patients with XY DSD. *Br Med Bull*. 2013;106:67–89.
04. Grinspon RP, Rey RA. When Hormone Defects Cannot Explain It: Malformative Disorders of Sex Development. *Birth Defects Res C Embryo Today*. 2014;102(4):359–73.
05. Hannema SA, Hughes IA. Regulation of Wolffian Duct Development. *Horm Res*. 2007;67:142–51.

06. Mullen RD, Behringer RR. Molecular genetics of Müllerian duct formation, regression and differentiation. *Sex Dev.* 2014;8(5):281–96.
07. Grinspon RP, Rey RA. Disorders of Sex Development with Testicular Differentiation in SRY-Negative 46,XX Individuals: Clinical and Genetic Aspects. *Sex Dev.* 2016;10(1):1–11.
08. Grinspon RP, Castro S, Rey RA. Up-to-Date Clinical and Biochemical Workup of the Child and the Adolescent with a Suspected Disorder of Sex Development. *Horm Res Paediatr.* 2023;96(2):116–27.
09. Quigley CA, De Bellis A, Marschke KB, el-Awady MK, Wilson EM, French FS. Androgen receptor defects: historical, clinical, and molecular perspectives. *Endocr Rev.* 1995;16(3):271–321.
10. Maciel-Guerra AT, Guerra-Junior G. Menino ou Menina? Os Distúrbios da Diferenciação do Sexo. 3º ed. Curitiba: Appris; 2019.
11. Lee PA, Nordenström A, Houk CP, Ahmed SF, Auchus R, Baratz A, et al. Global Disorders of Sex Development Update since 2006: Perceptions, Approach and Care. *Horm Res Paediatr.* 2016;85(3):158–80.
12. Ogilvy-Stuart AL. Early assessment of ambiguous genitalia. *Arch Dis Child.* 2004;89(5):401–7.
13. Van Der Straaten S, Springer A, Zecic A, Hebenstreit D, Tonnhofer U, Gawlik A, et al. The External Genitalia Score (EGS): A European Multicenter Validation Study. *J Clin Endocrinol Metab.* 2020;105(3):e222–30.
14. Speiser PW, Arlt W, Auchus RJ, Baskin LS, Conway GS, Merke DP, et al. Congenital Adrenal Hyperplasia Due to Steroid 21-Hydroxylase Deficiency: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2018;103(11):4043–88.
15. Rey RA. Mini-puberty and true puberty: Differences in testicular function. *Ann Endocrinol.* maio de 2014;75(2):58–63.
16. Rey RA, Grinspon RP, Gottlieb S, Pasqualini T, Knoblovits P, Aszpis S, et al. Male hypogonadism: an extended classification based on a developmental, endocrine physiology-based approach. *Andrology.* 2013;1(1):3–16.
17. Conselho Nacional de Justiça. Provimento nº 122, de 13 de agosto de 2021. Disponível em: <https://atos.cnj.jus.br/files/original1928372021082061200265ce7e7.pdf> Acessado em 26/05/2025
18. Fukui A, Louzada LM, Inácio M, Mendonça BM. In: Meu filho tem atipia genital: O que é isso? Informações para familiares e pacientes. Disponível em: <https://www.endocrinologiausp.com.br/wp-content/uploads/2023/11/Informa%C3%A7%C3%B5es-para-familiares-e-pacientes-sobre-atipia-genital.pdf> Acessado em: 26/05/2025.



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. Viança 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 Konstanyner (SP)

NEONATOLOGIA - PRORN

Cléa 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 Freire 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 D'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 Guillaume (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: