

Tuberculose na infância no Brasil: atualização

Departamento Científico Pneumologia (Gestão 2022-2024)

Presidente: Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna

Secretária: Débora Carla Chong e Silva

Conselho Científico: Carlos Antonio Riedi, Clémax Couto Sant'Anna, José Dirceu Ribeiro,
Lais Meirelles Nicoliello Vieira, Leonardo Araujo Pinto,
Regina Terse Trindade Ramos

Departamento Científico Pneumologia (Gestão 2025-2028)

Presidente: Débora Carla Chong e Silva (PR)

Secretária: Luciana de Freitas Velloso Monte (DF)

Conselho Científico: Ana Alice Ibiapina Amaral Parente, Carolina Strauss Estevez Gadelha,
Laura Maria Lacerda Araújo, Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna,
Marina Buarque de Almeida, Regina Terse Trindade Ramos

A tuberculose (TB) em crianças e adolescentes ainda é um desafio do ponto de vista do diagnóstico, prevenção e tratamento no mundo e no Brasil. O *MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA O CONTROLE DA TUBERCULOSE NO BRASIL* (2019) do Ministério da Saúde (MS) foi publicado em sua segunda edição em 2019 com o objetivo de padronizar critérios, normas e orientações que auxiliem os profissionais de saúde no atendimento de pacientes com TB.¹

No entanto, desde 2019 até a atualidade houve várias alterações de critérios e incremento de métodos diagnósticos e de medicamentos para crianças e adolescentes. Estes foram sendo publicados por Notas Informativas e Notas Técnicas do MS ao longo dos últimos anos, à medida que surgiam as atualizações.

O objetivo deste Documento Científico é atualizar os pediatras sobre as principais ques-

tões que podem surgir durante o atendimento destas crianças, facilitando o dia a dia e a tomada de decisões clínicas. Para isso, o presente texto foi elaborado em forma de tópicos que refletem questões frequentemente colocadas pelos pediatras em eventos e congressos, para facilitar a leitura e a praticidade do documento.

O desafio epidemiológico – a eliminação da tuberculose como problema de saúde pública em 2030 e as projeções/estimativas epidemiológicas de *permanência* da doença até 2040

A tuberculose ainda permanece com índices de incidência elevados em algumas áreas do mundo, como: países da África setentrional e da Ásia. A TB drogaresistente (TBDR) em crianças e adolescentes detém o mesmo perfil nessas áreas. No nosso meio a tuberculose ainda representa uma condição de grande importância e deve sempre ser lembrada em muitos diagnósticos diferenciais.

Pobreza, desigualdade de distribuição de renda, pessoas vivendo com HIV/Aids, pessoas privadas de liberdade e população em situação de rua, uso de drogas, são alguns dos determinantes sociais que permanecem impactando a possibilidade de eliminação da TB como problema de saúde pública até 2030. No entanto, também em outras condições sociais, a tuberculose pode acontecer, e deve ser evocada sempre, a fim de que o seu diagnóstico seja precoce, assim como o tratamento.

A eliminação da TB como problema de saúde pública em 2035 – meta proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) - e as projeções /estimativas epidemiológicas de “permanência” da doença até 2040 são desafios epidemiológicos atuais.²

Em 2024 houve no Brasil o registro de 84.308 casos novos de TB. Em crianças e adolescentes até 15 anos houve 4,1% (n=3.468) casos, dos quais 2,4% (n=1.983) em crianças com até 10 anos e 1,4% (n=1.158) em menores de quatro anos, demonstrando sua significativa incidência na população pediátrica.³

A estratégia de investigação de contatos e o tratamento preventivo da TB (TPT) como relevantes para a redução da sua incidência no mundo e no Brasil

Em todo o mundo o TPT ainda é pouco oferecido a pessoas que estão infectadas pelo *Mycobacterium tuberculosis* (mas, não estão doentes). A investigação de contatos e o TPT no Brasil experimentaram aumento nos últimos cinco anos. Entretanto, as taxas de realização dessas estratégias de prevenção da TB ainda são baixas e necessitam envolvimento de pediatras e profissionais de saúde da atenção básica e da própria sociedade, para se alcançar êxito com essa medida.

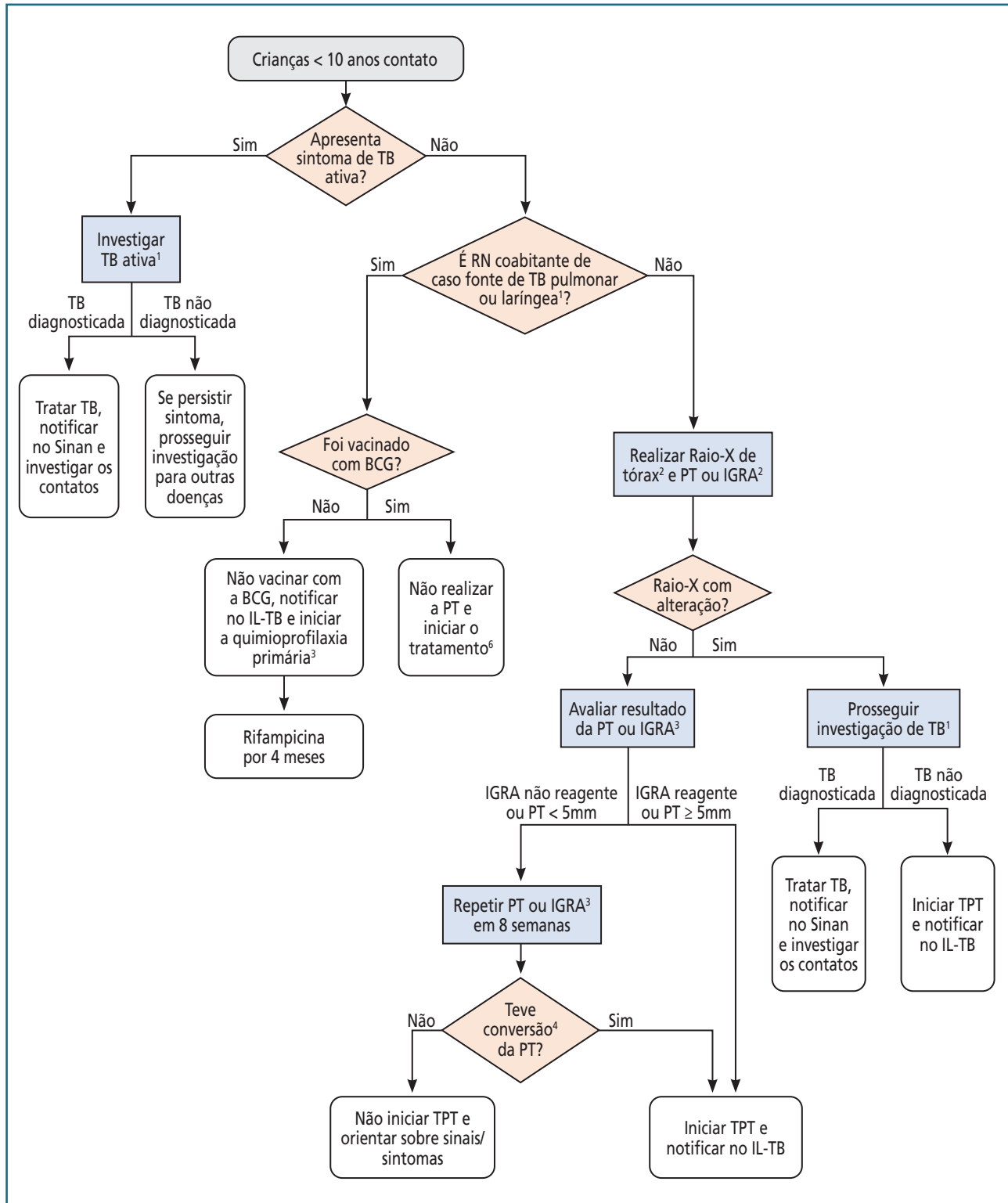
O princípio básico da investigação de contatos é identificar casos de infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILTB) ou **TB latente** (pessoas infectadas, mas não doentes) e casos de **TB ativa** (doentes). A identificação de ILTB permite que seja iniciado o TPT em casos selecionados. Do mesmo modo, a identificação de TB ativa indica a necessidade de início de tratamento da doença.

O algoritmo recomendado pelo MS para crianças menores de 10 anos envolve avaliação clínica, prova tuberculínica ou IGRA (do inglês *Interferon-Gamma Release Assay*) e radiografia de tórax⁴ (Figura1). Ambos os exames são disponíveis no SUS.

Na Figura 1 adotam-se as seguintes interpretações da prova tuberculínica e do IGRA e ambos indicam infecção por TB (ILTb):

- a) Prova tuberculínica positiva: ≥ 5 mm;
- b) IGRA reagente ou *indeterminado* – compatível com infecção por TB em crianças de 2 a 10 anos.

Figura 1. Algoritmo de investigação de contatos em crianças menores de 10 anos e início de tratamento preventivo de tuberculose (TPT).

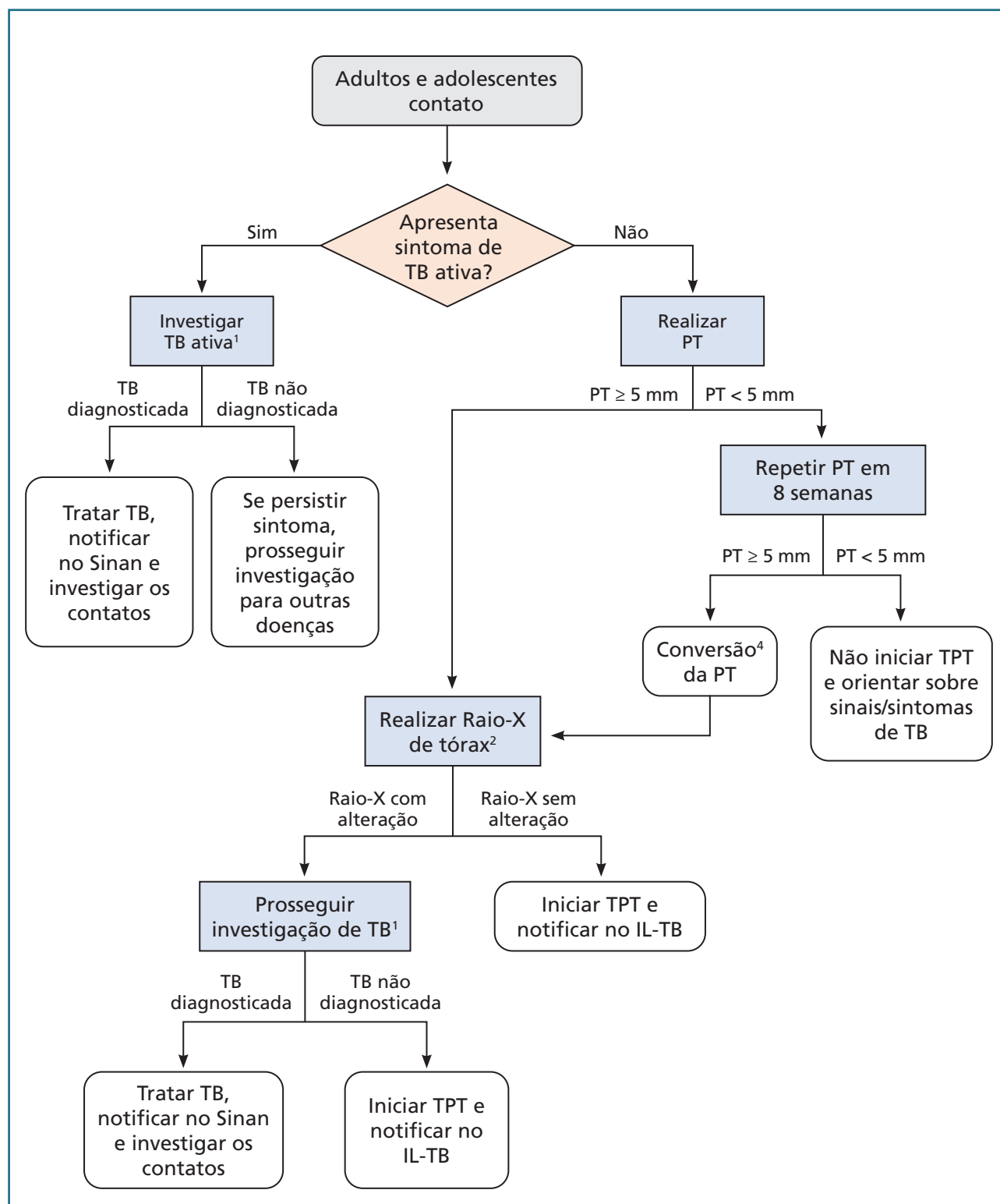


Fonte: MS - Nota Informativa 15/2024⁴.

De acordo com a Nota Informativa nº 15/2024, o algoritmo de investigação de contatos em adolescentes (10 anos ou mais) e adultos é semelhante ao utilizado em crian-

ças, porém não contempla a realização do IGRA, baseando-se na prova tuberculínica e na radiografia de tórax (Figura 2)

Figura 2. Algoritmo de investigação de contatos em adolescentes (maiores de 10 anos) e início de tratamento preventivo de tuberculose (TPT).



Fonte: MS - Nota Informativa 15/2024⁴.

Quatro esquemas de tratamento preventivo para TB (TPT) estão disponíveis no Brasil

- a) **Isoniazida** diário por 6 ou 9 meses; esquema tradicional para qualquer idade;
- b) **Rifampicina** diário por 4 meses para recém-nascidos (RN; empregado na quimioprevenção primária);
- c) **3 HP**: isoniazida e rifapentina por 3 meses - como vantagem, é recomendado em dose única, uma vez por semana por 3 meses. Porém, há alguma dificuldade em crianças pequenas pela ingestão de muitos comprimidos não dispersíveis;
- d) **3RH** - rifampicina e isoniazida diário por 3 meses – boa aceitabilidade em crianças por administrar comprimidos dispersíveis em dose fixa combinada

O **Esquema 3HP** foi introduzido no Brasil em 2021. Associa **isoniazida e rifapentina** em uma dose semanal por 3 meses. Visa aumentar a adesão ao TPT, dispensando a tomada diária de medicação dos esquemas anteriormente preconizados (Tabela 1).

Tabela 1. Esquema 3HP (isoniazida + rifapentina) para crianças e adolescentes de 2 a 14 anos. Doses semanais por 12 semanas.

Peso (kg)	Fármaco	Dose semanal (mg) - 1 dose por semana / 12 semanas
10 – 15	Isoniazida	300
	Rifapentina	300
16-23	Isoniazida	500
	Rifapentina	450
24- 30	Isoniazida	600
	Rifapentina	600
> 30	Isoniazida	700
	Rifapentina	750

Fonte: MS. Nota Informativa 15/2024⁴

Mais recentemente, o **Esquema 3 RH** oferece a vantagem de empregar comprimidos dispersíveis, cuja administração é mais aceitável por crianças (isto é, até 10 anos). O volume da solução pode variar de 10 a 50 mL. As doses por quilo de peso (4 a 25 kg) estão descritas no Quadro 1

Quadro 1. Esquema 3RH (3 meses de rifampicina e isoniazida) para tratamento preventivo da tuberculose com comprimidos dispersíveis.

Medicamento	Peso	Posologia
Rifampicina 75mg + isoniazida 50 mg (comprimidos dispersíveis)	4 a 7 Kg	1 comprimido
	8 a 11 Kg	2 comprimidos
	12 a 15 Kg	3 comprimidos
	16 a 25 Kg	4 comprimidos

Fonte: MS - Nota Informativa 15/2024⁴

Segundo a Nota Informativa nº 15/2024, o TPT em pessoas em uso de terapia antirretroviral (TARV), deve-se atentar para a interação entre os fármacos. Não é recomendado manter lopinavir/ritonavir, darunavir ou nevirapina em crianças utilizando rifampicina. O raltegravir e o dolutegravir devem ter sua dose ajustada. Tais ajustes constam da Nota informativa e dos Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs) da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes⁵. Pessoa vivendo com HIV/aids (PVHIV) deve se submeter a investigação anual de ILTB, com prova tuberculínica ou IGRA. Caso se confirme ILTB indica-se TPT. Em PVHIV que tem contato com pessoas com TB indica-se TPT independentemente do resultado da prova tuberculínica ou IGRA¹.

Pacientes que serão submetidos a imunossupressão ou ao uso de imunobiológicos devem ser investigados e receber TPT sempre que se identificar ILTB. Durante o curso destes me-

dicamentos deve-se atentar para a possibilidade de desenvolver TB ativa e proceder ao tratamento. Os pacientes devem ser investigados do ponto de vista clínico e microbiológico, sempre que possível, e tratados para TB ativa¹.

Cabe lembrar que o uso isolado de isoniazida ou de rifampicina pode ser uma opção para TPT de contatos de pessoas com TB drogarristente, como segue abaixo:

Contatos de **monorresistência à isoniazida**: utilizar a rifampicina suspensão durante 4 meses (esquema 4R);

Contatos de **monorresistência à rifampicina**: utilizar a isoniazida por 6 ou 9 meses;

É recomendada a utilização de 90 doses diárias, que deverão ser tomadas entre 3 a 5 meses.

A **quimioprevenção primária** da TB é destinada exclusivamente a RN cuja mãe esteja com TB pulmonar bacilífera ou que vá conviver com pessoas com TB ativa (especialmente quando a mãe tem tuberculose pulmonar ou laringea em atividade). Orienta-se a não vacinar estes recém-nascidos com BCG ao nascer e iniciar rifampicina (10 mg/kg/dia) por 4 meses. Após este período então, vacina-se com BCG. Caso o RN tenha sido vacinado inadvertidamente com BCG ao nascer, do mesmo modo se recomenda iniciar rifampicina e mantê-la por 4 meses. Neste caso, a revacinação com BCG é opcional.

A Nota Informativa Nº 6/2024 do Ministério da Saúde apresenta os esquemas disponíveis no Brasil atualmente⁶ (Quadro 2).

Quadro 2. Esquemas para tratamento preventivo da tuberculose (TPT)

- **3RH** - 3 meses de rifampicina com isoniazida (90 doses diárias) em comprimidos dispersíveis para crianças menores de 10 anos, com peso de 4 a 25 kg, que não consigam deglutir comprimidos;
- **3HP** – 3 meses de rifapentina com isoniazida (12 doses semanais) para crianças não infectadas pelo HIV (maiores de 2 anos) que já consigam deglutir comprimidos;
- **4R** - 4 meses de rifampicina suspensão (120 doses diárias). Esse esquema de tratamento está indicado **exclusivamente** para crianças menores de 4kg e será realizado com a rifampicina 20mg/mL suspensão. A dose diária vai depender do peso da criança 15 (10 - 20) mg/kg/dia de peso;
- **6H ou 9H** – 6 meses (180 doses) a 9 meses (270 doses) de isoniazida (doses diárias). Esse esquema poderá ser empregado quando não for possível utilizar os demais esquemas

Fonte: MS - Nota Informativa 6/2024⁶

Como perspectiva, está previsto pela OMS o uso de levofloxacino para TPT em crianças contato de pessoas com TB multirresistente. Até o presente, no Brasil, a recomendação é acompanhar tais contatos com avaliações clínicas periódicas por 2 anos, sem emprego de medicamentos.

O diagnóstico da TB pelo sistema de pontuação ainda é uma realidade para crianças

Resumidamente, o quadro clínico de crianças com TB é o de infecção de curso lento, com

febre prolongada - mais caracteristicamente vespertina - perda de peso ou não ganho de peso, e muitas vezes com tosse persistente (mais de 2 semanas). Na prática pediátrica, as crianças com pneumonias supostamente bacterianas de evolução lenta (mantendo febre com ou sem piora radiológica) devem ser investigadas, pois se impõe o diagnóstico diferencial com TB.

Crianças (menores de 10 anos) com TB pulmonar presumida, podem ser investigadas pelo sistema de pontuação preconizado pelo MS que foi validado e permite o somatório de dados clínico-radiológicos, exposição à pessoa com TB, prova tuberculínica ou IGRA e estado nutricional. Não inclui dados microbiológicos.

Este escore diagnóstico valoriza dados clínicos de infecção respiratória de curso subagudo ou crônica, aspectos radiológicos mais sugestivos de TB pulmonar (adenomegalias torácicas, pneumonia de evolução lenta, padrão miliar), contato recente com pessoa (em geral adultos) com tuberculose e que podem ser fontes de contágio, interpretação da prova tuberculínica ou IGRA e estado nutricional (desnutrição grave). Assim, o escore que valoriza achados não microbiológicos é útil para crianças que na maioria das vezes desenvolvem formas de TB pulmonar não bacilíferas. O sistema de pontuação que atribui pontuação positiva e negativa aos achados descritos, pode ser empregado particularmente em unidades básicas de saúde (Quadro 3).

Quadro 3. Diagnóstico da TB pulmonar em crianças e adolescentes com exames microbiológicos iniciais negativos (baciloscopia e teste rápido molecular para TB ou TRM-TB).

Quadro clínico-radiológico		Contato de adulto com tuberculose	Prova tuberculínica (PT) ou IGRA	Estado nutricional
Febre ou sintomas como tosse, adinamia, expectoração, emagrecimento e sudorese, por 2 semanas ou mais 15 pontos	Adenomegalia hilar ou padrão miliar e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) inalterado por 2 semanas ou mais e/ou Condensação ou infiltrado (com ou sem escavação) por 2 semanas ou mais, evoluindo com piora ou sem melhora com antibióticos para germes comuns 15 pontos	Próximo, nos últimos 2 anos 10 pontos	PT entre 5-9 mm 5 pontos	Desnutrição grave (peso < percentil 10) 5 pontos
Assintomático ou com sintomas há menos de 2 semanas 0 ponto	Condensação ou infiltrado de qualquer tipo por menos de 2 semanas 5 pontos		PT ≥ 10 mm ou IGRA reagente/ indeterminado 10 pontos	
Infecção respiratória com melhora após uso de antibióticos para germes comuns ou sem antibióticos 10 pontos	Radiografia normal 5 pontos	Ocasional ou negativo 0 ponto	PT < 5mm ou IGRA não reagente 0 ponto	Peso ≥ percentil 10 0 ponto

PT: Prova Tuberculínica; IGRA: Interferon-Gamma Release Assay

Interpretação:

- ≥ 40 pontos (diagnóstico muito provável): recomenda-se iniciar o tratamento da tuberculose.
- 30 a 35 pontos (diagnóstico possível): indicativo de tuberculose; orienta-se iniciar o tratamento à critério médico.
- ≤ 25 pontos (diagnóstico pouco provável): deve-se prosseguir com a investigação na criança. Deverá ser feito diagnóstico diferencial com outras doenças pulmonares e podem ser empregados métodos complementares de diagnóstico, como baciloscopias e cultura de escarro induzido ou de lavado gástrico, broncoscopia, histopatológico de punções e outros exames de métodos rápidos.

Fontes: Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil, 2. ed., 2019.

Atualizado: NOTA INFORMATIVA Nº 7/2022-CGDR/DCCI/SVS/MS⁷ e Guia prático para manejo de tuberculose em crianças no estado do Rio de Janeiro⁸

O sistema de pontuação do MS a partir de 2019 inclui a opção IGRA como alternativa à prova tuberculínica (PT). Pode ser usado em caso de falta da PT em crianças de 2 a 10 anos. Em crianças e em imunossuprimidos, o comportamento da prova tuberculínica pode ser semelhante: ambos os grupos são sujeitos a resultados falso-negativos. A vantagem do IGRA é a não necessidade de retorno para aferição do resultado como na prova tuberculínica. As desvantagens são: coleta de sangue e alto custo do exame. Em crianças com doenças imunossupressoras o IGRA não oferece vantagem sobre a prova tuberculínica^{7,8}.

O quadro clínico de TB pulmonar em adolescentes se assemelha ao de adultos. São comuns as queixas respiratórias (tosse há mais

de 2 semanas, expectoração muco purulenta, às vezes escarros sanguíneos e dor torácica). Além disso, emagrecimento, astenia, febre persistente, sudorese noturna são achados comuns. Nesta faixa de idade o diagnóstico microbiológico é mais exequível, pois adolescentes, em geral são capazes de expectorar e cursam com formas de TB bacilíferas.

As manifestações de TB extrapulmonar são variadas, pois a doença pode acometer diversos órgãos e sistemas. Adenomegalias periféricas, TB do sistema nervoso central, renal, de pele, do sistema digestório e outros fazem parte do diagnóstico diferencial de várias doenças, que em geral são investigadas no nível secundário e terciário de atenção (Quadro 4)¹

Quadro 4. Formas mais comuns de TB extrapulmonar na infância: diagnóstico

	TB pleural	TB meningoencefálica	TB ganglionar	TB osteoarticular
Avaliação clínica	Dor pleural, decúbito antálgico	Vômito, febre, fontanela abaulada, convulsão, letargia, rigidez de nuca. Pode se associar à disseminação miliar	Adenomegalia unilateral; escrófula	Artralgia, impotência funcional e giba
Exame radiológico	Derrame pleural (unilateral)			Osteoporose regional, edema de partes moles, abscessos frios
Achados diagnósticos	Líquido pleural linfocitário e com proteína aumentada (> 3mg/%); Biópsia pleural	Raquicentese, liquor com pleocitose, proteína aumentada (> 3mg/%),	Aspirado ou biópsia (exame bacteriológico e hisopatológico)	Dados clínico-radiológicos. Biópsia em casos selecionados.

Fonte: M.S¹

A TB meníngea (TBM) e a TB óssea ou osteoarticular em crianças tendem a ter início insidioso, sintomas iniciais pouco específicos e podem evoluir com sequelas quando há retardo diagnóstico.

Tuberculose meníngea (TBM)

Em geral inicia de forma subaguda ou gradual, com pródromos inespecíficos (mal-estar, febre baixa, quadro “gripal” e por vezes sinto-

mas respiratórios). Evolui com cefaleia, vômitos e irritabilidade. Podem surgir sinais de meningismo e de hipertensão intracraniana (ex.: fontanela abaulada, papiledema), além de alteração do nível de consciência, déficits neurológicos focais e paresias de nervos cranianos (frequentes), podendo ocorrer distúrbios do movimento e crises convulsivas.

O diagnóstico por imagem, frequentemente mostra hidrocefalia, realce meníngeo basal e infartos; na prática, esses achados ajudam muito a sustentar o diagnóstico sindrômico, especialmente quando a bacteriologia do líquido é paucibacilar.

Tuberculose óssea/osteoarticular

Quadro típico crônico/arrastado, com dor local, claudicação e limitação progressiva de movimento quando há acometimento articular (ex.: quadril e joelho), muitas vezes com sintomas sistêmicos discretos ou ausentes. Pode haver tumefação “fria”, abscesso frio e, em doença mais avançada, fístulas de drenagem; em crianças pequenas, o acometimento de ossos curtos da mão pode se apresentar com aumento fusiforme (*spina ventosa*).

A TB de coluna (mal de Pott) cursa com sinais de alerta: dor/rigidez persistente, deformidade cifótica (gibosidade) e déficits neurológicos por compressão.

O desafio do diagnóstico por imagem da TB pulmonar: radiografias de tórax, discordância entre observadores e a perspectiva da contribuição da inteligência artificial (diagnóstico auxiliado por computador - CAD)

O CAD surge como uma oportunidade de complementar a avaliação clínica de crianças

ou adolescentes com TB presumida. As imagens da TB na infância são muito variáveis, não características e geram elevada discordância entre observadores. Na prática, médicos com diversas formações, como pediatras, radiologistas, clínicos, emergencistas, entre outros têm dificuldade de avaliar radiografias de TB pulmonar presumida em crianças. Assim, há boa perspectiva de emprego do CAD. Ainda estão sendo desenvolvidos padrões de CAD para TB em crianças.

Ultra - Teste de amplificação de ácido nucleico (Xpert MTB/RIF Ultra) existente no Brasil é conhecido como teste rápido molecular-TB (TRM-TB): até o presente com relevante contribuição, principalmente em adolescentes

Adolescentes, diferentemente das crianças, desenvolvem formas de TB com maior número de bacilos (formas bacilíferas). Assim o TRM-TB com a sensível tecnologia **Ultra** permite a confirmação de TB na maioria das vezes. Vários espécimes clínicos podem ser testados pelo Ultra, como: escarro, lavado gástrico, macerado de gânglios e tecidos e líquido cefalorraquidiano e fezes. Assim, pode ser útil em alguns casos de TB extrapulmonar. Não está indicado para testar sangue.

O TRM-TB (com a plataforma Ultra está disponível em áreas prioritárias de TB no Brasil na Atenção Primária.

É importante ressaltar que na investigação de uma criança ou adolescente, caso haja forte evidência de TB pulmonar, se o Ultra for negativo, isso não deve retardar o início de tratamento. O diagnóstico clínico-radiológico ainda é o elemento mais útil na prática.⁹

Esquemas terapêuticos para TB pulmonar grave e não grave estão disponíveis. O esquema encurtado de 4 meses visa melhorar a adesão ao tratamento

A partir de 2024, as normas nacionais de TB oferecem a possibilidade de se empregar o esquema encurtado de 4 meses para tratamento da TB não grave em pacientes de 2 a 16 anos. O esquema envolve, no início rifampicina + isoniazida + pirazinamida (e etambutol a partir dos 10 anos) por 2 meses e a seguir, rifampicina + isoniazida por 2 meses. Poderiam ser tratados com este esquema encurtado pacientes com sinais clínico-radiológicos de TB pulmonar sem gravidade e negativos microbiologicamente.¹⁰

Para a prescrição deste esquema encurtado, **considera-se como TB pulmonar não grave, as seguintes definições:**

- TB pulmonar com acometimento em linfonodos periféricos, TB intratorácica sem sinais de obstrução de vias aéreas ou doença paucibacilar não cavitária confinada a um lobo pulmonar sem padrão miliar ou TB pleural não complicada;

- Na presença de coinfeção HIV e TB não grave, dependendo do grau de imunossupressão, da terapia antirretroviral e da presença de outras infecções oportunistas. Nesses casos, há a necessidade de monitoramento constante, especialmente ao final do tratamento encurtado (quarto mês) para que seja definido se o tratamento será prolongado até 6 meses.

Cabe lembrar que em situações em que a avaliação radiológica seja difícil e que a pesquisa microbiológica seja inacessível, os critérios clínicos podem ser decisivos para se prescrever o esquema encurtado. Assim, apresentar sintomas leves que não precisem de internação; ou TB ganglionar (periférica) isolada extratorácica, sem envolvimento confirmado ou suspeita de TB em outros locais extrapulmonares ou se a criança apresentar sintomas leves que não precisem de internação, devem ser relevantes para o início do tratamento.

As formas graves de TB devem receber o tratamento convencional, isto é, o esquema básico de 6 meses (ou de 12 meses no caso da TB meníngea e TB ósteo-articular).

O quadro 5 descreve os principais fármacos empregados no **esquema básico** para tratamento de TB, seus mecanismos de ação e possíveis efeitos adversos.

Quadro 5. Medicamentos, mecanismo de ação e efeitos colaterais mais frequentes em crianças

Medicamento	Mecanismo de Ação	Efeitos Colaterais Mais Frequentes em Crianças
Isoniazida (H)	Pré-droga ativada pela catalase/peroxidase (KatG) do <i>M. tuberculosis</i> , inibindo síntese de ácidos micólicos na parede celular.	Neuropatia periférica (rara com piridoxina), elevação assintomática de enzimas hepáticas, náuseas.
Rifampicina (R)	Inibe RNA polimerase DNA-dependente bacteriana, impedindo síntese de RNAm e proteínas.	Coloração avermelhada de fluidos (urina, suor), reações gastrointestinais (náuseas), prurido cutâneo.
Pirazinamida (Z)	Pré-droga convertida em ácido pirazinoico, acidificando citoplasma bacteriano e inibindo enzimas como ácido graxo sintase I.	Hiperuricemia/artralgia, náuseas, hepatotoxicidade (dose-dependente).
Etambutol (E)	Inibe arabinosil transferase (gene <i>embB</i>), interferindo na biossíntese de arabinogalactano na parede celular.	Neurite óptica (rara em doses pediátricas), efeitos gastrointestinais.

A adoção do regime encurtado ou do esquema básico convencional está descrita no Quadro 6.

Quadro 6. Regime do tratamento da tuberculose pulmonar segundo a faixa etária e gravidade da doença.

Idade e Gravidade da TB	Duração e composição do regime do tratamento	
	Fase intensiva (2 meses)	Fase de manutenção (2 ou 4 meses)
Bebê com idade ≤3 meses ou peso <4kg		
TB pulmonar de qualquer gravidade	2 RHZ	4 RH
Crianças e adolescentes > de 3 meses a <10 anos		
TB pulmonar não grave	2RHZ	2 RH
TB pulmonar grave	2RHZ	4 RH
Crianças ≥ 10 anos e adolescentes < 16 anos		
TB pulmonar não grave	2 RHZE	2 RH
TB pulmonar grave	2 RHZE	4RH

Fonte: MS - NOTA INFORMATIVA Nº 5/2024-CGTM/.DATHI/SVSA/MS¹⁰

Legenda: R = rifampicina, H = isoniazida; Z = pirazinamida; E = etambutol

2 = 2 meses; 4 = 4 meses

No esquema encurtado, entretanto, o tempo total de tratamento da TB é de 4 meses. Se na vigência do uso do esquema encurtado não houver evolução clínica satisfatória, poderá ser prolongada a fase de manutenção até atingir 6 meses.

O esquema básico de tratamento da TB em crianças e adolescentes já está bem estabelecido no Brasil há cerca de 15 anos com rifampicina, isoniazida e pirazinamida para crianças e acrescentando etambutol para adolescentes. Recomenda-se o detalhamento seguinte:

a) Em crianças com idade 3 ou menos meses ou com peso inferior a 4kg está indicado: rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) em doses individualizadas; sem possibilidade de esquema de curta duração. Crianças menores de 10 anos, com peso entre 4kg e 25kg utilizar os comprimidos dispersíveis em dose fixa combinada de rifampicina (R), iso-

niazida (H), pirazinamida (Z) e na segunda fase (fase de manutenção) rifampicina (R) e isoniazida (H) (Quadro 5).

b) Crianças (menores de 10 anos) com 25kg ou mais de peso, utilizar rifampicina (R), isoniazida (H), pirazinamida (Z) e na segunda fase rifampicina (R) e isoniazida (H) em doses individualizadas.

A partir dos 10 anos de idade, deve-se utilizar os comprimidos rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol (RHZE) em dose fixa combinada na fase de ataque, seguidos de RH também em dose fixa combinada na fase de manutenção.

A meningite (meningoencefalite) por TB e a TB osteoarticular devem ser tratadas por 12 meses. Nesses casos a fase intensiva é de 2 meses e a de manutenção com rifampicina e isoniazida deve ser de 10 meses.⁸

Quadro 7. Esquema básico para crianças menores de 10 anos ou com menos de 25kg de peso corporal para tratamento de TB pulmonar e extrapulmonar (exceto meningoencefalite e TB óssea).

Esquema	Faixa de peso	Dose por dia	Duração de tratamento
RHZ 75/50/150 mg	4 a 7 kg	1 comprimido	2 meses (fase intensiva)
	8 a 11 kg	2 comprimidos	
	12 a 15kg	3 comprimidos	
	16 a 24 kg	4 comprimidos	
RH 75/50 mg	4 a 7 kg	1 comprimido	4 meses (fase de manutenção)
	8 a 11 kg	2 comprimidos	
	12 a 15 kg	3 comprimidos	
	16 a 24 kg	4 comprimidos	

Fonte: Guia prático para manejo de tuberculose em crianças no estado do Rio de Janeiro⁸

Perspectivas de adequação dos serviços de saúde e de capacitação de pessoal de saúde, bem como enfrentamento de determinantes sociais para vencer a TB em crianças e adolescentes em curto prazo e pesquisas em TB na infância

No Brasil, apesar dos avanços no diagnóstico e no tratamento da TB, a doença permanece como importante problema de saúde pública, inclusive em crianças e adolescentes, refletindo desigualdades sociais, dificuldades de acesso aos serviços de saúde e desafios na implementação das estratégias de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Os métodos diagnósticos disponíveis atualmente para adultos, na maioria das vezes são passíveis de uso em adolescentes. Embora crianças possam se beneficiar de teste moleculares recentes como o Xpert Ultra disponível no Brasil (TRM-TB), sua contribuição para o diagnóstico da TB ainda é moderada¹¹.

Do mesmo modo, o tratamento de TBDR pode ser o mesmo disponível para adultos. No entanto, muitos medicamentos não são formulados para esta clientela. Adequações de horário, medidas efetivas de acolhimento, integração com serviços de saúde mental, capacitação de pessoal de saúde para atendimento a adolescentes são cada vez mais necessários. Enfrentamento a violência, ao tabagismo e ao uso de drogas em determinados locais são um desafio a ser enfrentado em nosso país.

O desenvolvimento de novos fármacos e métodos diagnósticos ainda encontram barreiras éticas no desenvolvimento de pesquisas (à semelhança do que ocorre em crianças) mas, cada vez mais se tornam necessários para facilitar a adesão aos tratamentos, em geral longos, e com medicamentos não amigáveis para pacientes pediátricos. Pesquisas qualitativas são essenciais para conhecimento das barreiras e facilitadores de abordagem da TB nessa fase da vida, crenças, determinantes sociais e estigmas por parte dos adolescentes, suas famílias e a sociedade em geral.¹²

Referências

01. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf. Acessado em janeiro 2026.
02. Liang Y, Wang J, Yang J, Liu J, He X, Global burden and trend of tuberculosis in children and adolescents (under 15 years old) from 1990 to 2021, with projections to 2040. *Front. Public Health*. 2025;13:1578658.
03. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Tuberculose. Boletim Epidemiológico 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2025/boletim-epidemiologico-tuberculose-2025/view> Acessado em dezembro 2025.
04. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias não Tuberculosas. NOTA INFORMATIVA Nº 15/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Recomendações técnicas aos farmacêuticos para acolher, orientar e prescrever o tratamento da Infecção Latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* (ILT) ou Tratamento Preventivo da Tuberculose (TPT). Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2024/nota-informativa-15-iltb-farmacuticos.pdf/view> Acessado em dezembro de 2025.
05. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDTs). Disponível em <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts> Acessado em janeiro de 2026.
06. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias não Tuberculosas. NOTA INFORMATIVA Nº 6/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS. Disponibilização dos comprimidos dispersíveis rifampicina 75mg + isoniazida 50 mg para o tratamento da Infecção latente pelo *Mycobacterium tuberculosis* ou tratamento preventivo da tuberculose em crianças menores de 10 anos, com peso corporal entre 4 e inferior a 25Kg. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2024/nota-informativa-6-2024-dispersiveis-rifampicina-e-isoniazida.pdf/view> Acessada em novembro de 2025.
07. BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias não Tuberculosas. NOTA INFORMATIVA Nº 7/2022-CGDR/DCCI/SVS/MS. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.saude.mg.gov.br/wp-content/uploads/2025/01/sei_ms_-_0028087336_-_nota_informativa.pdf Acessado em novembro de 2025.
08. Rio de Janeiro (Governo do Estado). Secretaria de Estado de Saúde. Subsecretaria de Vigilância e Atenção Primária à Saúde. Gerência de Tuberculose. Guia de tuberculose na infância: guia prático para manejo de tuberculose em crianças no estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2025. 27 p. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/13q6HRNFqQfNPFGceZ--cz_bT4qcqv_nT/view Acessado em novembro de 2025.
09. Chiang SS, Graham SM, Schaaf HS, Marais BJ, Sant'Anna CC, Sharma A et al. Clinical standards for drug-susceptible TB in children and adolescents. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2023;27(8):584-598.
10. BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente Departamento de HIV/AIDS, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis Coordenação-Geral de Vigilância da Tuberculose, Micose Endêmica e Micobactérias não Tuberculosas. NOTA INFORMATIVA Nº 5/2024-CGTM/DATHI/SVSA/MS Implementação do tratamento encurtado da tuberculose sensível não grave em crianças e adolescentes (2RHZ (E)/ 2RH). Disponível em: <chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/notas-informativas/2024/nota-informativa-no-5-2024-cgtm.pdf>. Acessado em dezembro 2025.
11. Battaglia CSP, Parente AAI, Luiz RR, Aurilio RB, Pinheiro MAS, Sant'Anna MFBP et al. Diagnostic contribution of GeneXpert Ultra in pediatric pulmonary tuberculosis. *J Bras Pneumol*. 2025;51(1):e20240241. Doi:10.36416/1806-3756/e20240241
12. du Preez K, Gabardo BMA, Kabra SK, Triasih R, Lestari T, Kal M et al. Priority Activities in Child and Adolescent Tuberculosis to Close the Policy-Practice Gap in Low-and Middle-Income Countries. *Pathogens*. 2022 Feb 1;11(2):196. doi: 10.3390/pathogens11020196. PMID: 35215139; PMCID: PMC8878304.



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

Cléa Rodrigues Leone (SP)

Lícia 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 (PR)

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 Hermina 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)

Anenisia Coelho de Andrade (PI)

Ariane Molinaro Vaz de Souza (RJ)

Carlindo de Souza Machado e Silva Filho (RJ)

Cláudio Orestes Britto 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 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)

Isélie 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:

Clémax 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 Cassia 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:

Leila 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:

Anamária Cavalcante e Silva (CE)