



Documento Científico

Departamento Científico
de Pediatria Ambulatorial
(2019-2021)

Ectoparasitoses

Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial

Presidente: Tadeu Fernando Fernandes

Secretária: Normeide Pedreira dos Santos França (Relatora)

Conselho Científico: Geila de Amorim Rocha, José Paulo Vasconcellos Ferreira,
Regis Cardoso Assad, Renata Rodrigues Aniceto, Samir Buainain Kassar

Introdução

São afecções cutâneas caracterizadas por ação lesiva de parasitas que, apesar de sobreviverem fora do organismo do seu hospedeiro, necessitam estar em contato com ele para a sua sobrevivência.¹

Estima-se que até dois terços da população de comunidades carentes urbanas e rurais são afetados por pelo menos uma ectoparasitose.¹

Acometem todas as idades, com incidência variável, na dependência das condições higiênicas^{1,2} e podem evoluir para formas graves e complicações com infecções secundárias.

As mais frequentes na infância são a escabiose e a pediculose, devido à proximidade entre as

crianças, com risco de disseminação em ambiente escolar. Eventualmente podem ocorrer a tungíase ("bicho de pé") e a miíase.¹

Pediculose¹⁻³

Introdução

Embora haja outros tipos de piolhos (*Pediculus humanus corporis*, do corpo e *Phthirus púbis*, da região pubiana), será abordada apenas a pediculose da cabeça, a mais comum na infância. Afeta todos os grupos socioeconômicos, predomina em meninas, mas não é influenciada pelo comprimento dos cabelos ou por lavagens e escovações.¹

Etiologia

Pediculus humanus capitis.

Ciclo biológico

O parasita vive em média quatro a seis semanas e a sua fêmea põe até 140 ovos (lêndeas) que aderem firmemente aos fios, a cerca de 4mm do couro cabeludo, o que auxilia na estimativa do tempo de infestação, baseado no crescimento dos cabelos de cerca de 1 cm/mês. Em torno de sete a nove dias os ovos eclodem, tornam-se maduros em uma semana e perfuram o couro cabeludo para sugar o sangue várias vezes ao dia. Fora da cabeça os piolhos sobrevivem por menos de dois dias à temperatura ambiente e os ovos tornam-se inviáveis com uma semana.¹⁻³

Transmissão

É pelo contato direto com cabelos de pessoas infestadas (“cabeça com cabeça”) e, com menor frequência, com roupas, acessórios de cabelo, chapéus e outros objetos de uso pessoal.¹⁻³

Manifestações clínicas

Pode ser assintomática ou cursar com prurido intenso, escoriações e crostas em regiões retro auriculares e na nuca com linfadenopatia reacional na mesma topografia.

Diagnóstico

É feito pela visualização de piolhos adultos no couro cabeludo ou lêndeas nos fios. Lêndeas mortas não indicam infestação ativa.

Diagnóstico diferencial

As lêndeas podem ser confundidas com caspas.

Tratamento

O tratamento tópico de escolha é a permetrina emulsão ou loção 1%, que pode ser utilizada a partir dos dois meses de idade e com seguran-

ça na gestação.³ Lavar os cabelos com *shampoo*, sem condicionador e secar com uma toalha. Aplicar o produto nos cabelos quase secos e em todo o couro cabeludo, inclusive na nuca e atrás das orelhas. Deixar agir por 10 minutos e enxaguar com água morna. Não lavar o cabelo pelas próximas 24 a 48 h após a aplicação do produto. O mesmo tratamento deve ser repetido no nono dia, porque nenhum tratamento é 100% ovicida.¹⁻³ Deve-se fazer a retirada manual das lêndeas, com pente fino, a cada 2 a 3 dias, até a sua completa remoção. Esse processo pode ser realizado no cabelo úmido com auxílio de vinagre diluído em água ou em condicionador.

O tratamento sistêmico com ivermectina (200 µg/Kg em dose única) é reservado para os casos sem resposta ao tratamento tópico.³

Além de tratar a criança parasitada, o tratamento farmacológico deve ser estendido a familiares e comunicantes e complementado com outras ações:

1. Lavar com água quente (acima de 50°C) as roupas e utensílios pessoais de tecido usados nas últimas 48 horas e secar em máquinas nas configurações mais altas de calor;
2. Pentear o cabelo molhado com pente fino.

Prevenção¹⁻³

- Evitar o compartilhamento de roupas, toalhas, acessórios de cabelo, chapéus e outros objetos de uso pessoal
- Evitar contato direto com cabelos de pessoas infestadas (“cabeça com cabeça”)
- Manter pentes e escovas de cabelos contaminados submersos em água quente por 10 minutos para matar os piolhos presentes nesses utensílios.

Escabiose¹⁻⁶

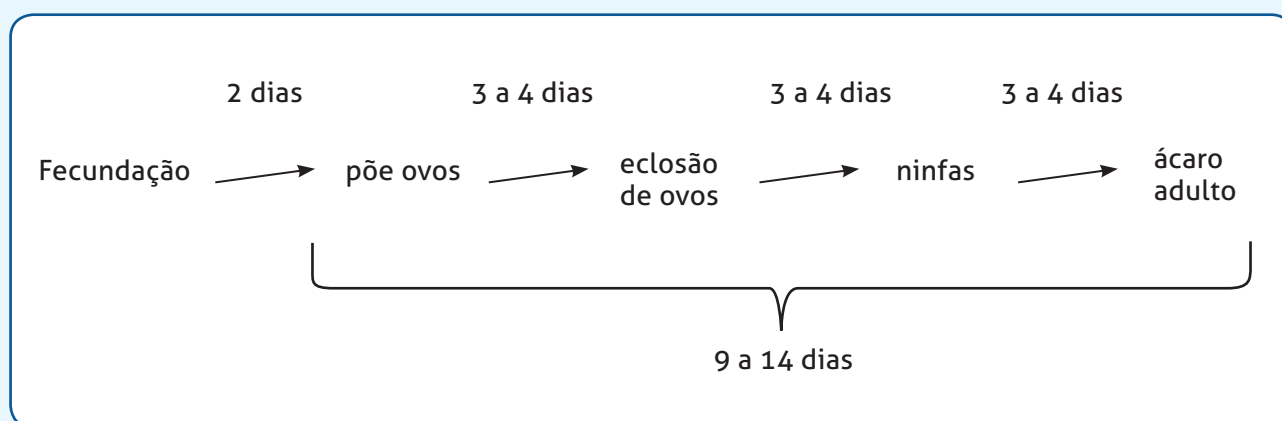
Etiologia

Ácaro *Sarcoptes scabiei* variedade *hominis*.

Ciclo biológico

O macho se aloja nos folículos pilosos e, sem penetrar na epiderme, fecunda a fêmea e morre. A fêmea fecundada penetra na camada córnea, cava um túnel de trajeto linear ou sinuoso, onde, a partir do segundo dia deposita os ovos (em média três por dia) e morre 10 dias após. Cerca de

três a quatro dias após a postura, os ovos eclodem, liberam as larvas, que retornam à superfície da pele para se alojar nos folículos pilosos e completar seu ciclo evolutivo. Em três a quatro dias passam para a fase de ninfa, que, entre 3 e 6 dias será o ácaro adulto. A evolução de ovo a ácaro adulto dura em torno de 9 a 14 dias.



O número de fêmeas durante a infestação é em média 12 no adulto e 20 na criança, resultando nesse número de túneis ou galerias.

Transmissão

O contato interpessoal prolongado ou com roupas e objetos contaminados de uso recente. A escabiose ou “sarna” humana não é transmitida por cães e gatos.

Manifestações clínicas¹⁻³

Prurido: é o principal sintoma, mais intenso à noite e resulta da escavação dos túneis pelas fêmeas dos ácaros nas camadas superficiais da epiderme, além de reação de hipersensibilidade à escabina, substância secretada pelo parasita. Pode iniciar até dois meses após a exposição na infestação primária ou em até 24 horas na reinfestação, devido à sensibilização prévia.

Lesões cutâneas: eritematosas, polimorfas, micropápulas e vésico-pápulas, a maioria com pequenas crostas no alto; linhas sinuosas e acinzentadas ou esbranquiçadas e escoriações pela

coçadura. Podem ocorrer eczematização e infecção secundária. As vesículas e as lesões lineares (galerias ou túneis) são associadas à presença do ácaro, enquanto as escoriações são secundárias ao prurido intenso. Podem ocorrer nódulos castanho-avermelhados com 2 a 5mm, que representam uma reação granulomatosa aos antígenos dos ácaros mortos e das fezes e persistem por semanas, mesmo depois de tratamento eficaz. Imunodeprimidos e pacientes com síndrome de Down podem apresentar lesões mais exuberantes, com crostas disseminadas e hiperqueratose devido ao grande número de ácaros (sarna norueguesa).

Localização das lesões: preferencialmente em espaços interdigitais nas mãos, áreas flexoras de punhos e extensoras de cotovelos, dobras axilares, cintura, coxas, genitália, mamas, abdômen (periumbilical), sulco interglúteos e nádegas. O dorso e a cabeça são poupados. Lactentes apresentam quadro atípico, com vesículas em face, pescoço, palmas e plantas. As lesões nodulares ocorrem em áreas cobertas do corpo, como axilas, regiões inguinais, pênis e bolsa escrotal.

Diagnóstico

Geralmente clínico, pela visualização das lesões.

Diagnóstico diferencial

Incluem: dermatite atópica, prurigo estrófulo, líquen plano, dermatite herpetiforme.³

Tratamento

O tratamento farmacológico pode ser tóxico ou sistêmico. O creme de permetrina 5%, indicado a partir dos dois meses de idade deve ser aplicado em todas as lesões e removido por banho oito a 14 horas após. A ivermectina, em dose única (200 µg/Kg) está indicada para quadros mais intensos e para a sarna norueguesa. O tratamento, tóxico ou sistêmico, deverá ser repetido após sete dias. Anti-histamínicos por via oral e corticoides tópicos melhoram a reação granulomatosa e o prurido que persistem depois do tratamento. Caso haja infecção secundária, indicar antibioticoterapia tóxica ou sistêmica.^{1-3,5}

Prevenção

Evitar contato com pessoas e roupas contaminadas. Uma vez diagnosticada a escabiose, todos os contactantes devem ser tratados, para interromper a cadeia de transmissão. O ácaro só sobrevive fora da pele por três dias, assim, roupas de cama e de uso pessoal usadas até três dias do tratamento devem ser lavadas com água quente e preferencialmente secas em máquina com um ciclo quente.^{1-3,5}

Transmissão

Contato do pé descalço em solo contaminado. A fêmea grávida penetra inteira e libera seus ovos, podendo haver infestação múltipla.

Manifestações clínicas

Lesão papulosa amarelada com 3 a 10 mm no local da penetração, circundada por um halo fino e claro e com um ponto escuro no meio. Geralmente a lesão é única, mas podem ser numerosas, na dependência da infestação do solo. Podem ser dolorosas ou pruriginosas e complicar com infecção secundária.

Diagnóstico

Clínico, associado à história de contato com o solo.

Diagnóstico diferencial

É com verrugas virais.

Tratamento

Remoção mecânica dos parasitas intactos com agulha ou lâmina fina. Não há droga disponível com eficácia clínica satisfatória, embora haja relato de tungíase disseminada tratada com ivermectina por via oral (200 µg/Kg em dose única). A prescrição de antibióticos está indicada se houver infecção secundária.

Prevenção

O uso de calçados e medidas sanitárias para descontaminar o solo.

Tungíase ("bicho de pé")^{1,2,4,6,7}

Etiologia

Tunga penetrans, uma espécie de pulga que habita o solo, principalmente onde há porcos.

Miíase^{1,8,9}

Presença de larvas de moscas que se nutrem e evoluem como parasitas em órgãos e tecidos. Pode ocorrer em crianças ou adultos, especial-

mente em áreas expostas da pele. Pessoas com lesões necróticas cavitárias são mais acometidas, mas as larvas podem afetar indivíduos saudáveis e atravessar tecidos íntegros, principalmente em áreas rurais, onde a miíase furunculoide ou berne é comum.^{1,8,9}

Etiologia^{8,9}

- a) **mosca *Dermatobia hominnis***: formação do “berne” ou miíase furunculoide secundário à penetração de larva única.
- b) **moscas biontófagas**: larvas que se alimentam de tecidos vivos, como a *Cochliomyia homivorax* (mosca varejeira) que deposita de 20 a 400 ovos nas bordas de arranhões e feridas.
- c) **moscas necrobiontófagas**: larvas que se desenvolvem em matéria orgânica em decomposição, mas podem afetar tecidos necrosados em hospedeiro vivo. As mais comuns em nosso meio são a *Cochliomyia macellaria* e a *Phaenicia cuprina* (Lucilia).
- d) **Pseudomiíase (acidental)**: ingestão de larvas com alimentos; não é comum no ser humano.

Ciclo biológico

A *Dermatobia hominnis*, mosca que produz o berne tem um ciclo muito peculiar: a mosca adulta fecundada coloca seus ovos em pleno voo, sob o abdome de outra mosca, normalmente hematófaga. Quando esta mosca pica uma pessoa, uma larva se desprende e penetra pelo tecido são ou em pequenas lesões na pele do hospedeiro. Na maioria das vezes, a região da pele onde a larva penetra e pode se desenvolver por um período de 30 a 60 dias, assume um aspecto avermelhado e inflamatório semelhante a um “furúnculo”, até se soltar e cair ao chão, continuando seu ciclo biológico.^{8,9}

Classificação⁹

1. **Quanto ao local de ocorrência**: cutâneas, subcutâneas ou cavitárias (nariz, seios da face, ouvido, boca, ânus, vagina)

2. Quanto às características biológicas da mosca:

- a) **Obrigatórias** (primárias ou biontófagas)
- b) **Facultativas** (secundárias ou necrobiontófagas)
- c) **Pseudomiíase** (acidental)

Transmissão

Pode ser consequência da deposição de larvas em ferimentos na pele, cavidades naturais ou secundária à picada da mosca e ainda podem ser ingeridas com bebidas ou alimentos contaminados.^{1,9}

Manifestações clínicas

Na miíase furunculoide, a região da pele onde a larva penetra assume um aspecto de nódulo avermelhado com um pequeno orifício central por onde drena intermitentemente uma secreção serosa. O paciente pode referir sensação de movimentos na lesão, como “fisgada” ou “ferroada”. Nas outras formas podem ser observadas as larvas nas lesões ou cavidades.^{1,8,9}

Diagnóstico

É feito considerando-se quadro clínico e anamnese criteriosa.

Diagnóstico diferencial

Diferenciar de furúnculos, hordéolos, piodermites.

Tratamento

- Para o tipo furunculoide: fazer oclusão do orifício com vaselina e esparadrapo (popularmente usam toucinho) por um tempo e pinçar a larva quando vier à superfície respirar.^{1,8,9}
- Para o tipo secundário: fazer assepsia e imobilização das larvas por éter seguidas pela remoção mecânica. Em lesões muito extensas pode ser necessária anestesia local para a remoção.^{1,8,9}

A ivermectina na dose de 300 µg/kg também pode ser utilizada no tratamento da miíase cavitária, quando a localização dificultar a remoção mecânica das larvas.⁸

Prevenção

Proteger áreas descobertas da pele, principalmente feridas abertas, para evitar a penetração das larvas, em especial nos locais onde existem muitas moscas.^{1,8,9}

REFERÊNCIAS

01. Pardauil CRB. In: Dermatites virais e parasitárias. Farhat CK et al. Infectologia pediátrica. São Paulo: Atheneu; 1993. p. 605-11.
02. Wilcke T, Heukelbach J, Sabóia-Moura RC, Feldmeier H. Scabies, pediculosis, tungiasis and cutaneous larva migrans in a poorcommunity in northeastBrazil. Acta Trop. 2002;83:(Sup.1):S100.
03. American Academy of Pediatrics. Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31th ed., Elk Grove Village, IL: Kimberlin D (Ed), American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL 2018.
04. Heukelbach J, Oliveira FAS, Feldmeier H. Ectoparasitoses e saúde pública no Brasil: desafios para controle. Cad. Saúde Pública. 2003;19(5):1535-1540.
05. Strong M, Johnstone P. Interventions for treating scabies. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3.
06. Gatti FR, Oliveira CM, Servilha TR, Sanchez APV. Tungíase disseminada tratada com ivermectina. An Bras Dermatol. 2008;83(4):339-42
07. CDC. Centers for Disease Control and Prevention. Tungiasis. Disponível em: <https://www.cdc.gov/dpdx/tungiasis/> acesso em 23/03/2020.
08. Ribeiro FAQ, Pereira CSB, Alves A, Marcon MA. Tratamento da miíase humana cavitária com ivermectina oral. Rev Bras Otorrinolaringol. 2001;67(6):755-61.
09. Neves DP. Parasitologia Humana. 9. Ed. São Paulo: Atheneu, 524pp. 1997.



Diretoria

Triênio 2019/2021

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2º DIRETORIA FINANCEIRA:
Cláudio Hoineff (RJ)

3º DIRETORIA FINANCEIRA:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

COORDENADORES REGIONAIS

NORTE:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

NORDESTE:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

SUDESTE:
Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
Isabel Rey Madeira (RJ)

SUL:
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

CENTRO-OESTE:
Regina Maria Santos Marques (GO)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

TITULARES:
Gilberto Pascolat (PR)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Valmir Ramos da Silva (ES)

SUPLENTE:
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Luciana Lopes Miranda (SP)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)

CONSELHO FISCAL

TITULARES:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

SUPLENTE:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darcí Vieira da Silva Bonetto (PR)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:

COORDENAÇÃO:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

MEMBROS:
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Virginia Weffort (MG)
Themis Reverbel da Silveira (RS)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)
Edson Ferreira Liberal (RJ)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)
Kerstin Taniguchi Abagge (PR)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

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

COORDENAÇÃO:
Hélio Villça Simões (RJ)

MEMBROS:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)
Flavia Nardes dos Santos (RJ)
Cristina Ortiz Sobrinho Valetre (RJ)
Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Sílvio Rocha Carvalho (RJ)

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

COORDENAÇÃO:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Victor Horácio de Souza Costa Junior (PR)

MEMBROS:
Henrique Mochida Takase (SP)
João Carlos Batista Santana (RS)
Luciana Cordeiro Souza (PE)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)
Mara Morelo Rocha Felix (RJ)
Marilucia Rocha de Almeida Picanço (DF)
Vera Hermina Kalika Koch (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Ricardo do Rego Barros (RJ)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL

COORDENAÇÃO:
Fábio Augusto de Castro Guerra (MG)

MEMBROS:
Gilberto Pascolat (PR)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
João Cândido de Souza Borges (CE)
Aneisia Coelho de Andrade (PI)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

COORDENAÇÃO:
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

MEMBROS:
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cláudia Rodrigues Leone (SP)

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
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NEUROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Nilza Maria Medeiros Perin (SC)
Normeide Pedreira dos Santos (BA)
Marcia de Freitas (SP)

PORTAL SBP
Luciana Rodrigues Silva (BA)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Natasha Silhessarenko Fraife Barreto (MT)
Ana Alice Ibiapina Amaral Parente (RJ)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Ribeiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITORES DO JORNAL DE PEDIATRIA (JPED)

COORDENAÇÃO:
Renato Prociányo (RS)

MEMBROS:
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)
João Guilherme Bezerra Alves (PE)
Marco Aurelio Palazzi Safadi (SP)
Magda Lahorgue Nunes (RS)
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Dirceu Solé (SP)
Antonio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

EDITORES CIENTÍFICOS:
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

EDITORA ADJUNTA:
Márcia Garcia Alves Galvão (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO:
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Moreira Amaral (RJ)
Maria de Fátima Bazhuni Pombo March (RJ)
Sílvio da Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Marcia C. Bellotti de Oliveira (RJ)

CONSULTORIA EDITORIAL:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Fábio Ancona Lopez (SP)

Dirceu Solé (SP)
Joel Alves Lamounier (MG)

EDITORES ASSOCIADOS:
Danilo Blank (RS)
Paulo Roberto Antonacci Carvalho (RJ)
Renata Dejkar Waksman (SP)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Fernanda Luísa Ceraglio Oliveira (SP)
Tullio Konstantyner (SP)
Cláudia Bezerra de Almeida (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

COORDENAÇÃO:
Rosana Fiorini Puccini (SP)

MEMBROS:
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

MEMBROS:
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Sílvia da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RJ)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luís Amantéa (RS)
Susana Maciel Guillaume (RJ)
Airimery Gomes Chermont (PA)
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

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

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
Adelma Figueiredo (RR)
André Luis Santos Carmo (PR)
Maryneia Silva do Vale (MA)
Fernanda Wagner Freddo dos Santos (PR)

GRUPOS DE TRABALHO

DROGAS E VIOLÊNCIA NA ADOLESCÊNCIA

COORDENAÇÃO:
João Paulo Becker Lotufo (SP)

MEMBROS:
Evelyn Eisenstein (RJ)
Alberto Araújo (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
Nivaldo Sereno de Noronha Junior (RN)
Suzana Maria Ramos Costa (PE)
Iolanda Nowadski (PR)
Beatriz Bagatin Bermudez (PR)
Darcí Vieira Silva Bonetto (PR)
Carlos Eduardo Reis da Silva (MG)
Paulo César Pinho Ribeiro (MG)
Milane Cristina De Araújo Miranda (MA)
Ana Maria Guimarães Alves (GO)
Camila dos Santos Salomão (AP)

DOENÇAS RARAS

COORDENAÇÃO:
Salmó Raskin (PR)

MEMBROS:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Ana Maria Martins (SP)
Claudio Cordovil (RJ)
Lavinia Schuler Faccini (RS)

ATIVIDADE FÍSICA

COORDENAÇÃO:
Ricardo do Rego Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

MEMBROS:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)
Dirceu Solé (SP)

METODOLOGIA CIENTÍFICA

COORDENAÇÃO:
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

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

PEDIATRIA E HUMANIDADE

COORDENAÇÃO:
Álvaro Jorge Madeira Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
João de Melo Régis Filho (PE)
Dilza Teresinha Ambros Ribeiro (AC)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)

CRIANÇA, ADOLESCENTE E NATUREZA

COORDENAÇÃO:
Lais Fleury (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Evelyn Eisenstein (RJ)
Daniel Becker (RJ)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

OFTALMOLOGIA PEDIÁTRICA:

COORDENAÇÃO:
Fábio Eizenbaum (SP)

MEMBROS:
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Galton Carvalho Vasconcelos (MG)
Julia Dutra Rossetto (RJ)
Luisa Moreira Hopker (PR)
Rosa Maria Graziano (SP)
Celia Regina Nakanami (SP)

SÁUDE MENTAL

COORDENAÇÃO:
Roberto Santoro P. de Carvalho Almeida (RJ)

MEMBROS:
Daniele Wanderley (BA)
Vera Lucia Afonso Ferrari (SP)
Rossano Cabral Lima (RJ)
Gabriela Judith Grenzel (RJ)
Cacy Dunshee de Abbranches (RJ)
Adriana Rocha Brito (RJ)

MUSEU DA PEDIATRIA

COORDENAÇÃO:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

MEMBROS:
José Santoro Junior (SP)
Mário Hugo de Lins Pessoa (SP)

REDE DA PEDIATRIA

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

MEMBROS:
Sociedade Acreana de Pediatria:
Ana Isabel Coelho Montero

Sociedade Alagoana de Pediatria:
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

Sociedade Amazônica de Pediatria:
Elena Marta Amaral dos Santos

Sociedade Amapaense de Pediatria:
Rosenilda Rosete de Barros

Sociedade Baiana de Pediatria:
Dolores Fernandez Fernandez

Sociedade Cearense de Pediatria:
Anamaria Cavalcante e Silva

Sociedade de Pediatria do Distrito Federal:
Dennis Alexander Rabelo Burns

Sociedade Espiritossantense de Pediatria:
Roberta Paranhos Fragoso

Sociedade Goiana de Pediatria:
Marise Helena Cardoso Tófoli

Sociedade de Puericultura e Pediatria do Maranhão:
Maryneia Silva do Vale

Sociedade Mineira de Pediatria:
Marisa Lages Ribeiro

Sociedade de Pediatria do Mato Grosso do Sul:
Carmen Lucia de Almeida Santos

Sociedade Matogrossense de Pediatria:
Mohamed Kassen Omais

Sociedade Paraense de Pediatria:
Vilma Francisca Hubim Gondim de Souza

Sociedade Paraitambense de Pediatria:
Leonardo Cabral Cavalcante

Sociedade de Pediatria de Pernambuco:
Katia Galeão Brandt

Sociedade de Pediatria do Piauí:
Aneisia Coelho de Andrade

Sociedade Paranaense de Pediatria:
Kerstin Taniguchi Abagge

Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro:
Katia Telles Nogueira

Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Norte:
Katia Correia Lima

Sociedade de Pediatria de Rondônia:
José Roberto Vasques de Miranda

Sociedade Roraimense de Pediatria:
Adelma Alves de Figueiredo

Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul:
Sérgio Luis Amantéa

Sociedade Catarinense de Pediatria:
Rosamaria Medeiros e Silva

Sociedade Sergipana de Pediatria:
Ana Jovina Barreto Bispo

Sociedade de Pediatria de São Paulo:
Sulim Abramovici

Sociedade Tocantinense de Pediatria:
Elaine Carneiro Lotb

DIRETORIA DE PATRIMÔNIO

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

ACADÊMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

PRESIDENTE:
Mario Santoro Júnior (SP)

VICE-PRESIDENTE:
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Jefferson Pedro Piva (RS)