



## Documento Científico

Departamento Científico de  
Dermatologia (2019-2021)

# Picadas de Inseto: Prurigo Estrófulo ou Urticária Papular – Atualização –

### Departamento Científico de Dermatologia

**Presidente:** Vânia Oliveira de Carvalho (relatora)

**Secretária:** Ana Maria Mosca de Cerqueira

**Conselho Científico:** Ana Elisa Kiszewski Bau, Gleide Maria Gatto Bragança,  
Jandrei Rogério Markus (relator), Marice Emanuela El Achkar Mello,  
Matilde Campos Carrera

## Introdução

Os insetos pertencem a uma das classes mais numerosas do reino animal, e seu contato com os seres humanos é inevitável e a exposição às suas picadas pode provocar desde lesões imperceptíveis até reações agudas graves.

A reação de hipersensibilidade a antígenos existentes na saliva de insetos é conhecida por prurigo estrófulo ou urticária papular. Em indivíduos suscetíveis, depois de número suficiente de picadas de insetos, ocorrerá a sensibilização e as manifestações clínicas, com erupção papular crônica e/ou recidivante, pruriginosa, que ocorre

entre o segundo e o décimo ano de vida. Trata-se de queixa frequente nos consultórios de pediatria e gera angústia para os pais e desconforto para a criança.<sup>1,2</sup>

## Manifestações clínicas da doença

Qualquer inseto que pique poderá provocar a doença em crianças suscetíveis, e entre os mais comuns estão os dípteros (mosquitos), sifonápteros (pulgas) e ixodídeos (carrapatos) além de outros insetos que utilizam sangue para sua alimentação como os percevejos. Alguns insetos

apresentam picadas indolores decorrentes da presença de anestésicos na sua saliva, muitas vezes associados a anticoagulantes para evitar obstrução das vias de alimentação e enzimas digestivas para o processo de digestão do inseto. Assim, no momento da picada do inseto, substâncias potencialmente antigênicas são introduzidas nos tecidos humanos e os indivíduos predispostos apresentam reações locais.<sup>3</sup>

O tempo para a sensibilização varia de criança para criança e depende também do número de exposições aos insetos. O prurigo estrófulo raramente terá início antes do sexto mês de vida, pois para que ocorra a sensibilização são necessárias diversas picadas. Após ter sido sensibilizada, a criança apresentará a reação. A doença em geral tem início entre os 12 e os 24 meses de vida, mas poderá ser mais precoce nos pacientes intensamente expostos aos insetos. Na evolução, o tipo de reação imunológica se modifica até que ocorra a tolerância ao redor dos 10 anos de vida.<sup>4</sup>

## Características das lesões

As lesões são pápulas eritematosas com distribuição linear e aos pares, semelhante a uma “fila indiana” demonstrando o hábito do inseto que provocou a reação (Figura 1).

**Figura 1.** Demonstração do hábito do mosquito (café, almoço e jantar)



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

O número de lesões varia de poucas a inúmeras. As urticas podem desaparecer em algumas horas, permanecendo as lesões características que são as pápulas com vesícula central (seropápula de Tomazoli – Figura 2) ou pápulas com tamanho variando entre 3 e 10 mm, que na evolução em 1 a 3 dias são recobertas por crostas hemáticas.

**Figura 2.** Lesões papulovesiculares – Seropápula de Tomazoli



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

Algumas crianças podem apresentar formas bolhosas (Figura 3) que são menos frequentes e ocorrem, principalmente, nas extremidades e mantém o padrão de distribuição aos pares e lineares.<sup>1</sup>

**Figura 3.** Prurigo estrófulo na forma bolhosa



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

Mosquitos e pernilongos (agentes “voadores”) provocam mais lesões nas regiões expostas do corpo, como na região extensora de membros superiores e inferiores. Esses insetos são característicos de regiões quentes e úmidas de clima tropical e a doença é mais frequente nos meses quentes do ano.<sup>1,5</sup>

Pulgas ou percevejos (agentes “andadores”) costumam provocar lesões no tronco. A presença de pápulas em grupos de 2 ou 3, com disposição linear e próxima aos elásticos de roupas e fraldas sugerem estes agentes, a região da nádega é poupada, pois o inseto não consegue ultrapassar esta barreira (Figura 4).

**Figura 4.** Acometimento no tronco com disposição linear e próxima do elástico da roupa.



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

Além da pulga humana, *Pulex irritans*, as pulgas dos animais, como as de gatos (*Ctenocephalis felis*) e de cães (*Ctenocephalis canis*), podem, eventualmente, determinar a doença, principalmente quando o animal está infestado.

As lesões são menos observadas na face, raramente ocorrem nas palmas, plantas, região axilar e não são encontradas nas regiões genital e perianal. A presença de escoriações é determinada pelo intenso prurido que as lesões apresentam. As lesões características duram de 4 a 6 semanas e evoluem para discromia pós-inflamatória, deixando máculas hipocrômicas ou hiperocrômicas (Figura 5) que melhoram após alguns meses.<sup>1</sup>

**Figura 5.** Hiperchromia pós-inflamatória com disposição linear no membro inferior.



Fonte: Serviço de Dermatologia Pediátrica – HC – UFPR

## Lesões provocadas por percevejos

Os percevejos conhecidos na literatura americana como *Bedbugs*, são insetos da família *Cimicidae*, sendo *Cimex lectularius* a espécie mais frequente. Estes agentes têm emergido na última década em diversos países. O inseto prolifera rapidamente nos locais em que é introduzido e por isto os casos de picadas por percevejos estão se tornando frequentes, principalmente em viajantes provindo de regiões com maior proliferação do agente.

No Brasil predomina na região sul, mas há relatos em outras regiões como Minas Gerais e Rio de Janeiro. O agente é encontrado nas dobras de colchões e nas fendas da cama, infestam locais públicos, principalmente hotéis e hospitais e abrigam-se nas camas, poltronas e nos assentos de veículos de transporte público.<sup>6,7</sup>

Lesões provocadas por percevejos localizam-se no tronco e eventualmente na face, variando de pápulas únicas até lesões múltiplas, indolores e distribuídas linearmente. Um achado importante da picada de percevejo é a presença de lesão na pálpebra, produzida pelo hábito alimentar noturno do agente, durante o sono da criança, momento em que a pálpebra se encontra fechada.<sup>6</sup>

As picadas dos percevejos causam lesões na pele pela saliva injetada durante a picada. A le-

são inicia com uma mácula eritematosa que aumenta progressivamente de tamanho e evolui para pápula ou placa eritematosa que pode coalescer formando placas semelhantes à urticária. Reações graves com mal-estar e febre são raras e a resolução ocorre em semanas. O tratamento indicado é a associação de anti-histamínicos orais com corticosteroides tópicos nas lesões.<sup>8</sup>

Os percevejos são resistentes aos inseticidas disponíveis sendo o seu controle um desafio, e está indicado além do controle químico, lavar a roupa de cama com água quente, aspirar e limpar a vapor colchões e sofás, ou seja, melhorar as condições de higiene doméstica.<sup>6</sup>

## Síndrome *Skeeter*

A síndrome *Skeeter* é caracterizada por reação inflamatória cutânea intensa induzida por picada de insetos. Horas depois da picada inicia-se edema local, calor, eritema, dor ou prurido, e algumas vezes os sinais cutâneos são acompanhados por febre e vômitos. O diagnóstico é clínico e baseado na história clínica e exame físico, podendo ser complementado por IgE específica e teste cutâneo.<sup>9</sup>

Estas reações locais intensas a picadas de insetos são subdiagnosticadas e, às vezes, presume-se que a etiologia seja infecciosa, quando na verdade são causadas por reação a polipeptídeos alergênicos presentes na saliva do inseto.

Lactentes e pré-escolares, pessoas com imunodeficiência e imigrantes ou visitantes de uma área com insetos aos quais não foram expostos anteriormente, correm maior risco de reações inflamatórias graves às picadas de mosquitos.

A extensão da lesão lembra uma celulite e é frequente que seja erroneamente diagnosticada e tratada como infecção bacteriana. No entanto, na história, as lesões iniciam poucas horas após a picada do mosquito, período curto, no qual seria improvável o desenvolvimento de infecção.

Deve-se prevenir novas picadas, e o tratamento inclui anti-histamínicos orais e corticosteroides tópicos.<sup>9</sup>

## Prevenção e Tratamento

Algumas orientações devem fazer parte do tratamento sendo recomendado em publicações os **3 P's**: **P**revenção da picada, controle do **P**ruído e **P**aciência.<sup>2,10</sup>

A identificação do inseto causador das picadas nem sempre é possível e pode ser difícil os pais aceitarem o diagnóstico clínico. Desta forma, os pais tendem a não realizar as medidas preventivas que poderiam beneficiar a criança.

A primeira e mais importante etapa do tratamento é convencer os pais de que as lesões são provocadas por picadas de inseto, apresentando o diagnóstico por meio da demonstração do padrão de distribuição das lesões (aos pares ou lineares) decorrente do hábito do inseto ("café, almoço e jantar"). Ressaltar o fato de que os adultos não apresentam lesões em decorrência da tolerância que ocorre próximo aos 10 anos de idade ou da falta de sensibilização em menores de 1 ano.<sup>1</sup>

Cabe ainda alertar que as lesões surgem alguns dias após as picadas e que a reação pode durar algumas semanas, importante ressaltar que apenas um contato na semana é suficiente para manter as lesões por vários dias. Lembrar aos pais de observarem o surgimento das novas lesões nos próximos dias na tentativa de identificar o local onde ocorreu a picada e qual o inseto que está causando a reação.<sup>1</sup>

## Prevenindo novos contatos com insetos

Evitar a picada e orientar as medidas ambientais é o tratamento mais eficaz. As roupas for-

mam uma barreira física, com blusas de mangas longas e calças compridas em locais de maior exposição aos insetos. Nas janelas e portas das casas podem ser colocadas telas que impeçam a entrada dos insetos na casa. Mosquiteiros nas camas evitam os insetos voadores. Além disso, pode-se optar pela aplicação de permetrina no mosquiteiro e nas roupas aumentando a sua eficácia. Os tecidos tratados com permetrina devem ser retratados a cada 5 a 70 lavagens dependendo da concentração aplicada.<sup>11</sup> Existem malhas e mosquiteiros tratados que mantém níveis inseticidas por até três anos. Telas impregnadas com permetrina são recomendadas para crianças maiores de 6 meses de idade.<sup>11</sup>

Nos períodos do nascer e pôr do sol manter as janelas fechadas, pois é neste horário que os insetos voadores do gênero *Anopheles* procuram a refeição. Os mosquitos do gênero *Aedes* têm maior atividade diurna e em áreas abertas, devendo a criança proteger-se durante esse período quando está brincando fora de casa. Ambientes climatizados com ar condicionado afastam os mosquitos do recinto.<sup>10</sup>

A dedetização por empresa especializada é recomendada, seguindo-se todas as orientações de tempo de afastamento da casa após a dedetização. O uso de repelentes elétricos é benéfico

e reduz a entrada de insetos voadores quando colocados próximo de janelas e portas.

Deve-se orientar quanto à limpeza do terreno da casa e, se possível, de lotes ou casas próximas, além da retirada do lixo e entulhos que possam acumular água parada e servirem como local de criação de novos insetos voadores.<sup>11</sup> Os animais de estimação devem ser tratados por um veterinário para eliminar pulgas.

O uso de vitamina B1 (tiamina) por via oral como repelente parece ser benéfico em alguns casos, porém existem poucos estudos demonstrando sua eficácia. Acredita-se que a tiamina após a sua ingestão é liberada pelo suor e o seu odor não seja tolerado pelos insetos. A dose recomendada é de 75 a 100 mg/dia via oral uma vez ao dia, iniciando alguns dias antes da exposição ou mantendo a administração nos meses de verão.<sup>12</sup>

Os repelentes tópicos infantis podem ser usados nas áreas expostas do corpo para passeios em locais com maior número de insetos, e não devem ser utilizados durante a noite ou por períodos prolongados. Os repelentes que contém DEET são utilizados há mais tempo, porém os repelentes mais novos, compostos de icaridina ou IR3535 também são eficazes e seguros. Na tabela 1, estão disponíveis alguns dos repelentes existentes no Brasil e suas concentrações.<sup>12</sup>

**Tabela 1.** Exemplos de alguns repelentes disponíveis comercialmente no Brasil e suas características.<sup>12</sup>

Princípio ativo	Produto	Apresentação	Concentração (%)	Idade permitida	Tempo de ação estimado*
DEET	Affast	Loção	15%	>2 anos	Até 4 horas
	Moskitoff kids	Loção e Aerossol	10%	>2 anos	Até 4 horas
	OFF	Loção e Aerossol	6-9	> 2 anos	Até 2 horas
	OFF kids	Loção	7,1	> 2 anos	Até 2 horas
	OFF Johnson	Aerossol	7,1	>2 anos	Até 2 horas
	OFF Family	Loção	7,1	>2 anos	Até 2 horas
	Super repelex gel kids	Gel	7,34	>2 anos	Até 3 horas
	Super repelex	Aerossol, loção	14,5	>12 anos	Até 6 horas
	Super repelex	Aerossol	11,05	>12 anos	Até 6 horas
	Super repelex kids	Gel	7,34	>2 anos	Até 4 horas

continua...

... continuação

Princípio ativo	Produto	Apresentação	Concentração (%)	Idade permitida	Tempo de ação estimado*
<b>Icaridina</b>	Affast	Aerossol	#	>2 anos	Até 12 horas
	Effex baby	Aerossol	20	>6 meses	Até 10 horas
	Effex family	Aerossol	20	>2 anos	Até 10 horas
	Effex ultra	Aerossol	30	> 12 anos	Até 13 horas
	Exposis adulto	Gel e Aerossol	50	> 12 anos	Até 5 horas
	Exposis extreme	Aerossol	25	>10 anos	Até 10 horas
	Exposis infantil	Gel	20	>6 meses	Até 10 horas
	Exposis infantil	Aerossol	25	>2 anos	Até 10 horas
	Exposis bebê	Gel	10	> 3 meses	Até 6 horas
	Granado bebe	Aerossol	25	>6 meses	Até 8 horas
	Needs repelente de insetos com icaridina infantil	Gel	20	>2 anos	Até 10 horas
	OFF! baby	Aerossol	10	>3 meses	Até 6 horas
	Repelente de Insetos	Aerossol	20	>6 meses	Até 7 horas
	SBP advanced repelente spray kids	Aerossol	9,98	>6 meses	Até 5 horas
	SBP repelente pro spray kids	Aerossol	25	>12 meses	Até 12 horas
	Sunlau gel repelente	Gel	#	>2 anos	Até 10 horas
	Sunlau kids	Aerossol	#	>2 anos	Até 10 horas
	Tribloc Family	Aerossol	25	>2 anos	#
	Tribloc Kids	Aerossol	25	>2 anos	#
xô inseto! icaridina repelente de insetos	Aerossol	25	>2 anos	Até 12 horas	
<b>IR 3535</b>	Clivê Repelente	Aerossol	#	#	Até 9 horas
	Henlau baby	Aerossol	#	> 6 meses	Até 4 horas
	Loção antimosquito	Loção	#	> 6 meses	Até 4 horas
	Moskitoff baby	Loção	#	> 6 meses	Até 4 horas
	Mustela repelente	Aerossol, Loção	18%	> 6 meses	Até 8 horas
<b>Óleo de citronela</b>	Citromim	Aerossol	1,2	>2 anos	Até 2 horas

\*informações fornecidas no rótulo pelo fabricante. # informações não constam no rótulo.

O uso de repelentes tópicos em maiores de 6 meses de vida está restrito a uma aplicação ao dia. Nas crianças maiores de 2 meses é aceitável o uso apenas em situações de exposição intensa e inevitável aos insetos, pesando o risco e o benefício, pois apesar de ser liberado pelas agên-

cias de regulação, há escassez de artigos científicos que avaliem segurança de repelentes nesta faixa etária. Entre 1 e 12 anos podem ser utilizadas 2 aplicações ao dia e a partir de 12 anos de idade, podem ser realizadas 2 a 3 aplicações ao dia.<sup>13</sup>

**Medidas de proteção devem ser associadas ao uso de repelentes, implementando medidas de barreira física contra os insetos como:**<sup>3,13</sup>

- Utilizar roupas com mangas longas e meias.
- Utilizar roupas impregnadas com permetrina, ou aplicar permetrina nas roupas.
- Bebês menores de 2 meses devem utilizar apenas barreiras físicas como roupas e carrinhos com mosquiteiros com elásticos.

**Recomendações para o uso de repelentes:**<sup>13</sup>

- Aplicar o repelente na pele exposta, obedecer às recomendações do rótulo dos produtos quanto ao tempo de reaplicação.
- As recomendações de idade do uso variam entre os produtos – **ler sempre a bula.**

- Aplicar nas mãos do adulto e depois na pele da criança.
- Lavar as mãos após aplicação.
- Remover no banho depois da exposição.

**Tratamento**

O uso de corticosteroides tópicos de média potência melhora a reação local e reduz o prurido devendo ser orientada a aplicação 1 vez ao dia por até 5 dias. Entre os corticosteroides tópicos de média a alta potência, utilizar os compostos com mometasona, metilprednisolona e betametasona, demonstrados na tabela 2.<sup>14</sup>

**Tabela 2.** Escala classificação dos corticosteroides tópicos baseado em sua potência.

Classe/ potência	Droga	Veículo	Dose (%)
I. Muito alta	Propionato de clobetasol	Creme e pomada	0,05
	Dipropionato de betametasona	Creme, pomada e solução	0,05
II. Alta	Desoximetasona	Creme e pomada	0,25
	Desoximetasona	Gel	0,05
	Furoato de mometasona	Pomada	0,1
	Acetonida de triancinolona	creme pomada	0,5
III. -IV. Média	Furoato de mometasona	Creme	0,1
	Valerato de betametasona	Creme, pomada	0,1
	Desoximetasona	Creme	0,05
	Acetonido de fluocinolona	Creme e pomada	0,025
	Acetonido de Triancinolona	Creme e pomada	0,1
V- Média baixa	Butirato de hidrocortisona	Creme, pomada	0,1
	Probutato de hidrocortisona	Creme	0,1
	Valerato de hidrocortisona	Creme e pomada	0,2
	Prednicarbato	Creme	0,1
	Aceponato de metilprednisolona	Creme	0,1
	Propionato de fluticasona	Creme	0,05
VI -Baixa	Desonida	Creme/gel/espuma e pomada	0,05
	Acetonido de fluocinolona	Creme e solução	0,01
VII- Muito baixa	Dexametasona	Creme	0,1
	Hidrocortisona	Creme, pomada, loção e solução	0,5-2,5
	Acetato de hidrocortisona	Creme e pomada	0,5-1
	Metilprednisolona	Creme e pomada	1

Fonte: adaptada de<sup>14</sup>

Os anti-histamínicos orais reduzem o prurido, sendo indicados os de segunda geração, que permitem melhora do prurido, minimizam o risco de infecção secundária e diminuem o tempo de evolução da hiperemia pós-inflamatória. Pode-se utilizar a desloratadina, a fenoxifenadina, a bilastina, a rupatadina e a levocetirizina.

Além disso, podem ser utilizadas as loções com cânfora, calamina e mesmo mentol que aliviam os sintomas, devendo ser utilizadas com cuidado, pois podem irritar a pele ou provocar ardência durante a aplicação.

Se as lesões apresentarem infecção secundária indica-se o tratamento com antibióticos. O tratamento tópico deve ser reservado para as infecções secundárias sem repercussões clínicas e quando o número de lesões infectadas for pequeno. Entre os antibióticos tópicos recomenda-se o uso de mupirocina ou ácido fusídico 3 vezes ao dia por 7 dias, ou utilizar retapamulina 2 vezes ao dia por 5 dias. Os antibióticos tópicos contendo neomicina e bacitracina podem pro-

vocar dermatite de contato em 6 a 8% da população.

Quando as lesões apresentam complicações como celulite, deve-se instituir antibióticos sistêmicos sendo recomendado o uso de cefalexina 50 a 100mg/kg/dia de 6 em 6 horas por 7 dias.

Cortar as unhas da criança para evitar lesões traumáticas em decorrência do prurido intenso e manter as lesões limpas com higiene local para evitar a infecção bacteriana secundária, são medidas necessárias e importantes que devem fazer parte da orientação dos pais.

## Conclusão

O prurigo estrófulo é doença frequente na infância e com maior incidência nos períodos de calor. Seu conhecimento permite o diagnóstico e controle, o que é importante porque a doença interfere na qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. Burns DAR, Campos D, Lopez FA. Tratado De Pediatria: Manole, Barueri, 4ª ed. 2017.
02. Del Pozzo-Magana BR, Lazo-Langner A, Gutierrez-Castrellon P, Ruiz-Maldonado R. Common Dermatoses in Children Referred to a Specialized Pediatric Dermatology Service in Mexico: A Comparative Study between Two Decades. *ISRN Dermatol.* 2012;2012:351603.
03. Hernandez RG, Cohen BA. Insect bite-induced hypersensitivity and the SCRATCH principles: a new approach to papular urticaria. *Pediatrics.* 2006;118(1):e189-96.
04. Cuéllar A, Rodríguez A, Rojas F, Halpert E, Gómez A, García E. Differential Th1/Th2 balance in peripheral blood lymphocytes from patients suffering from flea bite-induced papular urticaria. *Allergol Immunopathol.* 2009;37(1):7-10.
05. Banerjee S, Gangopadhyay DN, Jana S, Chanda M. Seasonal variation in pediatric dermatoses. *Ind J Dermatol.* 2010;55(1):44-6.
06. Bernardes Filho F, Quaresma MV, Avelleira JC, Azulay DR, Azulay-Abulafia L, Bastos AQ, et al. Bed bug dermatitis, description of two cases in Rio de Janeiro, Brazil. *An Bras Dermatol.* 2015;90(2):240-3.
07. Peres G, Yugar LBT, Haddad Junior V. Breakfast, lunch, and dinner sign: a hallmark of flea and bed-bug bites. *An Bras Dermatol.* 2018;93(5):759-60.
08. Akhouni M, Sereno D, Durand R, Mirzaei A, Bruel C, Delaunay P, et al. Bed Bugs (Hemiptera, Cimicidae): Overview of Classification, Evolution and Dispersion. *Int J Environ Res Publ Health.* 2020;17(12).
09. Pérez-Vanzzini R, González-Díaz SN, Arias-Cruz A, Palma-Gómez S, Yong-Rodríguez A, Gutiérrez-Mujica JJ, et al. [Hypersensitivity to mosquito bite manifested as Skeeter syndrome. *Rev Alergia Mex.* 2015;62(1):83-7.
10. Kar S, Dongre A, Krishnan A, Godse S, Singh N. Epidemiological study of insect bite reactions from central India. *Ind J Dermatol.* 2013;58(5):337-41.
11. Bowman NM, Akialis K, Cave G, Barrera R, Apperson CS, Meshnick SR. Pyrethroid insecticides maintain repellent effect on knock-down resistant populations of *Aedes aegypti* mosquitoes. *PLoS One.* 2018;13(5):e0196410.
12. *Pediatria SBP. Repelentes e outras medidas protetoras contra insetos na infância.* Rio de Janeiro: SBP; 2020.
13. Kimberlin DW, Brady MT, Long SS, Jackson MA. *Red Book 2018-2021: Report of the Committee on Infectious Diseases: Am Acad Pediatrics.* 2018.
14. de Oliveira RG. *Blackbook pediatria: medicamentos e rotinas médicas: Black Book; 5ª ed, 2018.*



# 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:**  
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

**DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**2ª DIRETORIA FINANCEIRA:**  
Cláudio Hoinneff (RJ)

**3ª 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:**  
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)  
Helena Maria Correa de Souza Vieira (SC)

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

**COMISSÃO DE SINDICÂNCIA**

**TITULARES:**  
Gilberto Pascolat (PR)  
Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)  
Mária Sidneuma de Melo Ventura (CE)  
Isabel Rey Madeira (RJ)

**SUPLENTE:**  
Paulo Tadeu Falanghe (SP)  
Tânia Denise Resener (RS)  
João Coriolano Rego Barros (SP)  
Marisa 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)  
Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

**ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA PARA POLÍTICAS PÚBLICAS:**

**COORDENAÇÃO:**  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**MEMBROS:**  
Clóvis Francisco Constantino (SP)  
Mária 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)  
Virgínia Weffort (MG)  
Themis Reverbel da Silveira (RS)

**DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL**  
Mária 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:**  
Hélcio Villaza Simões (RJ)

**MEMBROS:**  
Ricardo do Rego Barros (RJ)  
Clóvis Francisco Constantino (SP)  
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)  
Carla Príncipe Pires C. Vianna Braga (RJ)  
Flávia Nardes dos Santos (RJ)  
Cristina Ortiz Sobrinho Valette (RJ)

Grant Wall Barbosa de Carvalho Filho (RJ)  
Sidnei Ferreira (RJ)  
Sívio 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 DA PEDIATRIA**

**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)  
Anesísia Coelho de Andrade (PI)  
Isabel Rey Madeira (RJ)  
Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)  
Jocleide Sales Campos (CE)  
Mária Nazareth Ramos Silva (RJ)  
Gloria Tereza Lima Barreto Lopes (SE)  
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

**DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**

**COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS**  
Dirceu Solé (SP)

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

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

**DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES**  
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

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

**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL**  
Mária 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 NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)**  
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

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

**PORTAL SBP**  
Luciana Rodrigues Silva (BA)

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

**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 Procianny (RS)

**MEMBROS:**  
Crésio de Aragão Dantas Alves (BA)  
Paulo Augusto Moreira Camargos (MG)  
João Guilherme Bezerra Alves (PE)  
Marco Aurélio Palazzi Sáfadi (SP)

Magda Lahorgue Nunes (RS)  
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)  
Dirceu Solé (SP)  
Antônio Jose Ledo Alves da Cunha (RJ)

**EDITORES REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA**  
Clemax 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)  
Mariana Tschoepke Aires (RJ)  
Mária de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna (RJ)  
Sívio da Rocha Carvalho (RJ)  
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)  
Leonardo Rodrigues Campos (RJ)  
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)  
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)  
Márcia 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 Dejtiar Waksman (SP)

**COORDENAÇÃO DO PRONAP**  
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)  
Túlio 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)  
Sívio da Rocha Carvalho (RJ)

Tânia Denise Resener (RS)  
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)  
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)  
Jefferson Pedro Piva (RS)  
Sérgio Luis Amantea (RS)  
Susana Maciel Wuillaume (RJ)  
Aurimery Gomes Chermont (PA)  
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

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

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

**MUSEU DA PEDIATRIA**

**COORDENAÇÃO:**  
Edson Ferreira Liberal (RJ)

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

**REDE DA PEDIATRIA**

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

**AC - SOCIEDADE ACREANA DE PEDIATRIA:**  
Ana Isabel Coelho Montero

**AL - SOCIEDADE ALAGOANA DE PEDIATRIA:**  
Ana Carolina de Carvalho Ruela Pires

**AM - SOCIEDADE AMAZONENSE DE PEDIATRIA:**  
Elena Marta Amaral dos Santos

**AP - SOCIEDADE AMPAENSE DE PEDIATRIA:**  
Rosenilda Rosete de Barros

**BA - SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA:**  
Dolores Fernandez Fernandez

**CE - SOCIEDADE CEARENSE DE PEDIATRIA:**  
Anamaria Cavalcante e Silva

**DF - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO DISTRITO FEDERAL:**  
Renata Belem Pessoa de Melo Seixas

**ES - SOCIEDADE ESPIRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA:**  
Roberta Paranhos Fragosso

**GO - SOCIEDADE GOIANA DE PEDIATRIA:**  
Marise Helena Cardoso Tófoli

**MA - SOCIEDADE DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DO MARANHÃO:**  
Marynea Silva do Vale

**MG - SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA:**  
Cássio da Cunha Ibiapina

**MS - SOCIEDADE DE PED. DO MATO GROSSO DO SUL:**  
Carmen Lucia de Almeida Santos

**MT - SOCIEDADE MATOGROSSENSE DE PEDIATRIA:**  
Paula Helena de Almeida Gatass Bumilai

**PA - SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA:**  
Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza

**PB - SOCIEDADE PARAIBANA DE PEDIATRIA:**  
Mária do Socorro Ferreira Martins

**PE - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE PERNAMBUCO:**  
Katia Galeão Brandt

**PI - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO PIAUÍ:**  
Anesísia Coelho de Andrade

**PR - SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA:**  
Kerstin Taniguchi Abagge

**RJ - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:**  
Katia Telles Nogueira

**RN - SOCIEDADE DE PEDIATRIA RIO GRANDE DO NORTE:**  
Katia Correia Lima

**RO - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE RONDÔNIA:**  
Wilmerson Vieira da Silva

**RR - SOCIEDADE RORAIMENSE DE PEDIATRIA:**  
Mareny Damasceno Pereira

**RS - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO RIO GRANDE DO SUL:**  
Sérgio Luis Amantea

**SC - SOCIEDADE CATARINENSE DE PEDIATRIA:**  
Rosamaria Medeiros e Silva

**SE - SOCIEDADE SERGIPANA DE PEDIATRIA:**  
Ana Jovina Barreto Bispo

**SP - SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO:**  
Sulim Abramovici

**TO - SOCIEDADE TOCANTINENSE DE PEDIATRIA:**  
Elaine Carneiro Lobo

**DIRETORIA DE PATRIMÔNIO COORDENAÇÃO:**  
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)  
Cláudio Barsanti (SP)  
Edson Ferreira Liberal (RJ)  
Sérgio Antônio Bastos Sarrubo (SP)  
Mária Tereza Fonseca da Costa (RJ)

**ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA**

**PRESIDENTE:**  
Mario Santoro Júnior (SP)

**VICE-PRESIDENTE:**  
Luiz Eduardo Vaz Miranda (RJ)

**SECRETÁRIO GERAL:**  
Jefferson Pedro Piva (RS)

**DIRETORA DE COMUNICAÇÃO**  
Conceição Ap. de Mattos Segre (SP)

**DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS**

- Adolescência
- Aleitamento Materno
- Alergia
- Bioética
- Cardiologia
- Dermatologia
- Emergência
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Genética
- Hematologia
- Hepatologia
- Imunizações
- Imunologia Clínica
- Infecçologia
- Medicina da Dor e Cuidados Paliativos
- Nefrologia
- Neonatologia
- Neurologia
- Nutrologia
- Oncologia
- Otorrinolaringologia
- Pediatria Ambulatorial
- Ped. Desenvolvimento e Comportamento
- Pneumologia
- Reumatologia
- Saúde Escolar
- Segurança
- Sono
- Suporte Nutricional
- Terapia Intensiva
- Toxicologia e Saúde Ambiental

**GRUPOS DE TRABALHO**

- Atividade física
- Cirurgia pediátrica
- Criança, adolescente e natureza
- Doenças raras
- Drogas e violência na adolescência
- Metodologia científica
- Oftalmologia pediátrica
- Pediatria e humanidade
- Saúde mental