



Manual de Orientação

Grupo de Trabalho
em Atividade Física

Promoção da Atividade Física na Infância e Adolescência

Grupo de Trabalho em Atividade Física

Coordenadores: Ricardo do Rêgo Barros, Luciana Rodrigues Silva

Membros: Teresa Maria Bianchini de Quadros, Alex Pinheiro Gordia, Jorge Mota, Mauro Virgílio Gomes de Barros, Isabel Guimarães, Helita Azevedo, Patrícia Guedes

Colaborador: Dirceu Solé

Introdução

A obesidade na infância e adolescência é considerada uma pandemia, com elevados custos para os sistemas de cuidado à saúde em todo o mundo. Jovens obesos apresentam maior probabilidade de desenvolver fatores de risco cardiometabólicos, diabetes, hipertensão, hepatopatia, doença articular, asma, problemas de saúde bucal, ansiedade, depressão, alterações ortopédicas e articulares, transtornos de *déficit* de atenção como hiperatividade, problemas de sono e percepção negativa de qualidade de vida. A obesidade durante a infância e adolescência tem consequências adversas sobre a mortalidade precoce e morbidade física na idade adulta a curto e longo prazo.

Evidências indicam que a atividade física durante a infância e a adolescência pode contribuir para o enfrentamento da obesidade ao menos por três caminhos:

I) A prática de atividade física na infância e adolescência auxilia no equilíbrio do balan-

ço energético e, conseqüentemente, na prevenção e tratamento da obesidade e de doenças relacionadas à obesidade nesta fase da vida;

II) Jovens ativos tendem a se tornar adultos ativos, aumentando o gasto energético durante todo o ciclo de vida;

III) Jovens ativos possuem menor probabilidade de desenvolver obesidade e doenças relacionadas à obesidade na fase adulta.

Outros benefícios da atividade física para a promoção da saúde da população pediátrica estão bem estabelecidos na literatura, tais como, aumento do volume de ejeção cardíaca, dos parâmetros ventilatórios funcionais e do consumo de oxigênio, redução da pressão arterial, aumento da sensibilidade à insulina e da tolerância à glicose, melhora do perfil lipídico, aumento da mineralização óssea, melhora da cognição, autoestima, sentimento de bem-estar e socialização.

Ainda que a atividade física represente um importante componente da promoção da saúde

e prevenção de doenças na população pediátrica, a prevalência de jovens que não atendem aos guias correntes de atividade física é alarmante em todo o mundo. Estudo clássico conduzido por Hallal et al. em 2012 analisou dados de atividade física de adolescentes (13-15 anos de idade) de 105 países. Os achados demonstraram que mais de 80% dos adolescentes não atendiam a recomendação de pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa. No Brasil, dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar demonstraram que, em 2015, 65,6% dos estudantes do 9º ano do ensino fundamental não acumularam ao menos 300 minutos de atividades físicas por semana.

Outro estudo realizado no Brasil, com abrangência nacional, é o Estudo de Riscos Cardiovasculares em Adolescentes (ERICA). De acordo com o ERICA, realizado com cerca de 78 mil adolescentes de 12 a 17 anos, a prevalência de inatividade física no lazer foi de 54,3%, com predominância para o sexo feminino (70,7%). O conjunto de evidências sobre o tema indica que a prática insuficiente de atividade física ultrapassa os 50% e é mais prevalente entre jovens do sexo feminino em comparação com o masculino, sugerindo atenção especial à promoção da atividade física nesse segmento populacional. Além disso, com o passar da idade ocorre um declínio no gasto energético médio diário, devido a uma menor atividade física, decorrente de fatores comportamentais e sociais tais como a disponibilidade aumentada para a tecnologia, o aumento da insegurança/violência e a progressiva redução dos espaços livres urbanos para o lazer, favorecendo as atividades sedentárias.

Nesse contexto, alguns profissionais de saúde podem ser fundamentais para promover a prática de atividade física na população pediátrica e o enfrentamento da pandemia da obesidade. O pediatra é o principal profissional de saúde com possibilidade de realizar uma intervenção face a face tanto com a criança/adolescente, quanto com os pais e a família. Os pais acreditam que os pediatras têm papel central no controle de

peso corporal de seus filhos, incluindo a sugestão de planos alimentares mais saudáveis e de prática de atividades físicas. Como a família é a fonte primária de informação e suporte para o paciente pediátrico, fornecer cuidados centrados no paciente e na família é essencial para o sucesso da prática clínica. Há evidências de que jovens com suporte dos pais para a prática de atividades físicas são mais ativos, assim como pais mais ativos têm filhos mais ativos. Assim, a orientação periódica do pediatra sobre a atividade física, tanto ao paciente quanto aos seus pais, pode ser uma estratégia promissora para a adesão a esta prática em idades precoces e mudança dos hábitos em toda a família.

Assim como o pediatra, o professor de educação física pode ter atuação relevante neste contexto, especialmente por meio da educação física escolar. A escola, por sua vez, é um espaço institucional de convivência social que acolhe o escolar durante relevante parte de sua vida, com grande potencial para influenciar na adoção de modos de vida mais saudáveis. Os escolares empoderados podem estimular mudanças em suas famílias, fomentando novos hábitos alimentares e de atividade física. Os programas educacionais desenvolvidos nas escolas têm apresentado resultados satisfatórios para a melhoria das condições de saúde, como aumento no nível de conhecimento sobre alimentação e da prática de atividade física. Além disso, esses programas abrigam amplas possibilidades de participação dos escolares por meio de processos lúdicos e interativos. Nesse sentido, a escola tem se confirmado como um importante local para a realização de intervenções interdisciplinares com foco na promoção da atividade física.

Atualmente, estão disponíveis na literatura diversas diretrizes para a prática de atividade física de crianças e adolescentes. Essas diretrizes representam uma estratégia importante à veiculação das orientações sobre o tema tanto para profissionais de saúde quanto para a população em geral. O quadro 1 sintetiza as evidências das principais diretrizes sobre a prática de atividade física para a população pediátrica.

Quadro 1. Síntese de diretrizes sobre atividade física para crianças e adolescentes**Recomendação geral**

Ser fisicamente ativo todos os dias é importante para a promoção da saúde integral de crianças e adolescentes. É fundamental que as atividades sejam prazerosas e adequadas ao estado individual de crescimento e desenvolvimento da criança/adolescente.

Crianças de 0 a 2 anos de idade

1. Bebês devem ser incentivados a serem ativos, mesmo que por curtos períodos, várias vezes ao dia.
2. Bebês que ainda não começaram a se arrastar/engatinhar devem ser encorajados a serem fisicamente ativos alcançando, segurando, puxando e empurrando, movendo a cabeça, corpo e membros durante as rotinas diárias e durante atividades supervisionadas no chão, incluindo tempo em decúbito frontal.
3. Bebês que conseguem se arrastar/engatinhar devem ser encorajados a serem tão ativos quanto possível em um ambiente seguro, supervisionado e estimulante.
4. Crianças que conseguem andar sozinhas devem ser fisicamente ativas todos os dias durante pelo menos 180 minutos em atividades que podem ser fracionadas durante o dia e ocorrerem em ambientes fechados ou ao ar livre. Os 180 minutos podem incluir atividades leves, como ficar de pé, movendo-se, rolando e brincando, além de atividades mais energéticas como saltar, pular e correr.
5. Crianças dessa faixa etária não devem permanecer em comportamentos sedentários por longos períodos, exceto quando estão dormindo. O comportamento sedentário representa o tempo em que as crianças estão fazendo muito pouco movimento físico, como passear de carro ou ficar no carrinho de bebê. Permanecer em comportamentos sedentários por longos períodos não é benéfico para a saúde e para o desenvolvimento da criança e deve ser evitado.
6. Até os dois anos de vida recomenda-se que o tempo de tela (TV, *tablet*, celular, jogos eletrônicos) seja ZERO.

Crianças de 3 a 5 anos de idade

1. Crianças dessa faixa etária devem acumular pelo menos 180 minutos de atividade física de qualquer intensidade distribuída ao longo do dia, incluindo uma variedade de atividades em diferentes ambientes e que desenvolvam a coordenação motora.
2. Brincadeiras ativas, andar de bicicleta, atividades na água, jogos de perseguir e jogos com bola são as melhores maneiras para essa faixa etária se movimentar.
3. A partir dos três anos de idade atividades físicas estruturadas, como natação, danças, lutas, esportes coletivos, entre outras, também podem ser paulatinamente incluídas.
4. Comportamentos sedentários devem ser fortemente evitados e recomenda-se que o tempo de tela seja limitado em 2 horas por dia, sendo que quanto menos tempo gasto frente às telas será melhor.

Crianças e adolescentes de 6 a 19 anos de idade

1. Crianças e adolescentes dessa faixa etária devem acumular pelo menos 60 minutos diários de atividades físicas de intensidade moderada a vigorosa. Atividades de intensidade moderada a vigorosa são aquelas que fazem a respiração acelerar e o coração bater mais rápido, tais como pedalar, nadar, brincar em um *playground*, correr, saltar e outras atividades que tenham, no mínimo, a intensidade de uma caminhada.
2. A prática de atividade física superior a 60 minutos fornece inúmeros benefícios adicionais para a saúde.
3. Atividades de intensidade vigorosa, incluindo aquelas que são capazes de fortalecer músculos e ossos, devem ser realizadas em, pelo menos, três dias por semana. Para a população pediátrica essas atividades podem ser não estruturadas, como brincadeiras que incluam saltos, atividades de empurrar, puxar e apoiando/suportando o peso corporal.
4. Atividades de flexibilidade envolvendo os principais movimentos articulares devem ser realizadas pelo menos três vezes por semana.
5. Crianças e adolescentes devem ser encorajados a participar de uma variedade de atividades físicas agradáveis e seguras que contribuam para o desenvolvimento natural, tais como, caminhadas, andar de bicicleta, praticar esportes diversos, se envolver em jogos e brincadeiras tradicionais da comunidade em que estão inseridas. Estas atividades melhoram os aspectos físico, emocional e social.
6. Assim como para crianças de 3 a 5 anos de idade, comportamentos sedentários devem ser evitados e recomenda-se que o tempo de tela seja limitado em 2 horas por dia, sendo que quanto menos tempo gasto frente às telas será melhor. Porém, este limite não deve levar em consideração o tempo destinado ao uso de computador para realização de tarefas escolares.

Importante: As diretrizes aqui apresentadas são relevantes para todas as crianças e adolescentes, a menos que condições médicas específicas individuais indiquem o contrário.

A Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente de 1990 preveem o direito dos jovens ao acesso à saúde, informação, cultura, lazer, esportes e diversão. Com base nessas premissas e considerando a importância amplamente documentada da prática de atividade física para a prevenção, manutenção e recuperação da saúde da população pediátrica, a Sociedade Brasileira de Pediatria compôs um grupo de trabalho para desenvolver o presente manual sobre “Promoção da Atividade Física na Infância e Adolescência”. Esse manual tem o intuito de fornecer subsídios para que pediatras, educadores, escolas e pais sejam agentes de estímulo constante de fomento para o aumento da prática de atividade física pela população pediátrica. Orientações e recomendações direcionadas especificamente para crianças e adolescentes também foram desenvolvidas visando contribuir para o empoderamento dos jovens no caminho da adesão a um modo de vida mais ativo. Por fim, sugestões de políticas públicas de promoção da atividade física na infância e adolescências são delineadas.

Com o objetivo de propor estratégias sobre como diferentes atores e setores responsáveis pela promoção da saúde de nossas crianças/adolescentes (incluindo os próprios jovens) podem contribuir para que padrões comportamentais desejados sejam alcançados durante a infância e adolescência, a Sociedade Brasileira de Pediatria, maior sociedade médica brasileira, composta por pediatras que cuidam do futuro do Brasil, por meio do seu grupo de trabalho em Atividade Física **RECOMENDA:**

Orientações para Pediatras

- Considerar a atividade física na infância e adolescência como um componente importante da promoção da saúde da população pediátrica. Sugere-se utilizar o fluxograma apresentado no presente manual (Anexo) como estratégia para o direcionamento das ações sobre atividade física em atendimentos clínicos. O fluxograma contribuirá para que o pediatra diferencie sua conduta de acordo com o perfil da criança e da família. Acredita-se que o uso do fluxograma pode ajudar a otimizar o tempo destinado a esta intervenção durante a consulta. O fluxograma sugere que a abordagem do pediatra deve iniciar pela orientação acerca dos benefícios da atividade física, continuar com uma triagem do nível de atividade física da criança/adolescente e seguir então para as recomendações/orientações.
- Incluir na anamnese de rotina entrevista sobre a prática de atividade física habitual das crianças/adolescentes e de suas famílias. Investigar se o tempo de tela diário ultrapassa o proposto pelos guias vigentes (que deve ser ZERO para crianças até 2 anos e máximo de duas horas por dia para crianças/adolescentes a partir desta idade). A partir disso, pensar junto com pais e filhos estratégias de mudança de comportamento a curto, médio e longo prazo. Planejar, a princípio, metas possíveis de serem atingidas.
- Orientar não apenas as crianças e adolescentes em suas consultas de rotina, mas, em especial os pais, para que seus filhos pratiquem ao menos 60 minutos de atividade física por dia de intensidade moderada a vigorosa, e em pelo menos três vezes por semana atividades de flexibilidade e atividades de intensidade vigorosa, incluindo aquelas que são capazes de fortalecer músculos e ossos.
- Orientar pais e filhos, sobre os benefícios da prática regular de atividade física ao crescimento físico e saúde óssea, cardiovascular e metabólica. Enfatizar as atividades físicas feitas em conjunto com a família, estreitando os laços afetivos entre seus membros.
- Incluir nas avaliações de rotina protocolos de atendimento que permitam tanto a prevenção como o diagnóstico e tratamento dos danos à saúde física, decorrentes da prática insuficiente de atividade física, tais como: obesidade, pressão arterial elevada, hiperinsulinemia, hiperglicemia, dislipidemias e síndrome metabólica.
- Conversar com os pais sobre a pandemia da obesidade. Mostrar-lhes o quanto são funda-

mentais e responsáveis pelos hábitos adotados pelos seus filhos. Orientar a respeito da importância do suporte familiar para que a prática de atividade física se torne um hábito e seja constante.

- Considerar e avaliar com mais atenção crianças e adolescentes que apresentem obesidade. É importante ter em mente que jovens obesos sentem mais dor nos joelhos, apresentam maior comprometimento da mobilidade e maior prevalência de fraturas e desconfortos articulares e musculoesqueléticos, além de sentirem vergonha algumas vezes para se expor. Programas de atividades físicas para jovens obesos devem incluir exercícios que exijam pouco ou nenhum impacto articular, como fazer musculação, andar de bicicleta ergométrica, nadar e fazer exercícios na água. Sugerir, sempre que se julgar necessário, acompanhamento multiprofissional com psicoterapeuta, nutricionista, endocrinologista e professor de educação física.
- Orientar pais e filhos sobre as características de termorregulação de crianças e adolescentes durante a prática de atividade física. A velocidade de troca de calor com o ambiente é maior na criança que nos adultos devido a maior superfície corporal por unidade de massa corpórea. Sendo assim, crianças têm mais perda de calor em ambientes frios e mais ganho de calor em climas quentes, podendo causar hipotermia, hipertermia, desidratação, entre outras complicações. Isto pode ser especialmente preocupante em regiões do Brasil onde as temperaturas são elevadas na maior parte do ano, como o Norte e Nordeste, quando as atividades devem ser pausadas, deve-se procurar lugares frescos e manter as crianças hidratadas. Em regiões muito frias, como no inverno da região Sul, as crianças devem ser aquecidas periodicamente.
- Orientar sobre os cuidados da prática excessiva de atividades físicas, atividades de competição e/ou de alta intensidade e de alto impacto, as quais podem interferir negativamente sobre o crescimento e desenvolvimento e aumentar a predisposição a lesões musculoesqueléticas e ósseas. Além disso, atenção especial deve ser dada para crianças com asma, diabetes, epilepsia, cardiopatias, doença falciforme e outras enfermidades ou condições crônicas clinicamente relevantes. Nestes casos será necessária uma avaliação clínica específica e com solicitação de exames laboratoriais e de imagem e orientação individualizada para as atividades físicas.
- Orientar pacientes e pais que atividades com intensidade moderada a vigorosa podem contribuir para aumentar os níveis circulantes do hormônio de crescimento (GH) e o fator estimulador do hormônio de crescimento (IGF1), por meio do estímulo aferente dos músculos para a adenohipófise, além do estímulo das catecolaminas, lactato, óxido nítrico e mudanças no balanço ácido-básico, importante, portanto ideal para o crescimento linear dos pré-púberes. Por outro lado, atividades excessivamente vigorosas (extenuantes) podem ter efeito oposto, com redução do ganho estatural, devido a inibição do eixo GH/IGF-1. Em atividades físicas vigorosas com *déficit* energético devido ao jejum, principalmente quando prolongado ou crônico, pode ocorrer a estimulação das citocinas pró-inflamatórias culminando com a inibição do eixo GH/IGF1. Nestas situações em que ocorre balanço energético negativo, podem ser observadas alterações como hipoinsulinemia, hipotriiodotironinemia, hipercortisolemia e hipoleptinemia, que são sinais de efeito catabólico.
- Investigar com os pais, crianças e adolescentes quais são as barreiras para a prática de atividade física da família. Evidências indicam que “falta de tempo”, “falta de suporte familiar”, “falta de companhia dos amigos”, “falta de oportunidade”, “preferir fazer outras coisas”, “preguiça”, “não ter alguém para levar”, “falta de espaços” e “falta de segurança” têm sido consideradas barreiras para a realização de atividade física durante a infância e adolescência. O conhecimento dessas barreiras e a tentativa de propor estratégias para que os jovens tenham superá-las pode ser relevante para o aumento da prática de atividade física.

- Recomendar que a prática de atividades físicas seja, sempre que possível, acompanhada por um professor de educação física. A orientação profissional *in loco* sobre o que, como e quando praticar atividades físicas representa um fator importante para adesão e manutenção deste comportamento, bem como, para potencializar benefícios e minimizar riscos.
- Conversar com pais sobre a importância de que seus filhos possam escolher a atividade física que mais lhe agrada. Impor determinada prática e/ou esporte à criança pode fazer com que ela vivencie sentimentos de frustração, depressão, e conseqüentemente tenha aversão à prática de atividades físicas nas fases subsequentes da vida.
- Conversar sobre *bullying*, principalmente em jovens obesos, orientando as crianças e adolescentes a procurarem atividades físicas que possam melhorar a autoestima e diminuir o sentimento de menos valia. Isto pode ser alcançado por diversas atividades como as lutas, as danças e outras atividades nas quais a criança ou adolescente possam despertar o seu senso de competência para a prática.
- Recomendar uso do protetor solar em todas as atividades realizadas ao ar livre, incluindo reposição a cada duas horas.
- Orientar sobre alimentação pré-atividade física (lanches leves, frutas) e hidratação durante o exercício (ingerir água a cada 20 minutos na primeira hora de atividade física e depois alternar água com repositores hidroeletrólitos).
- Exercícios de força como musculação devem ter supervisão do profissional de educação física, evitando-se assim, excessos, lesões e eventualmente prejuízo à estatura final.
- O atestado médico para atividades físicas recreativas deve ser fornecido pelos pediatras assistentes, já que a anamnese é o padrão ouro para atestar aptidão para realização de atividades físicas estruturadas.
- Crianças saudáveis a princípio não necessitam de avaliação com cardiologista pediátrico previamente à prática de atividades físicas estruturadas. O encaminhamento ao cardiologista pediátrico deverá ser realizado na presença de sintomas cardiovasculares, história familiar positiva para morte súbita e doenças cardíacas hereditárias ou alteração no exame físico cardiovascular. Segundo a Associação Americana de Cardiologia na presença de um dos fatores listados no quadro 2, a criança deverá ser encaminhada para avaliação cardiológica antes da prática de atividades físicas estruturadas:

Quadro 2. Fatores que justificam o encaminhamento da criança/ adolescente para avaliação cardiológica antes da prática de atividades físicas estruturadas

a) História pessoal	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dor torácica ao esforço físico; 2) Síncope sem causa conhecida; 3) Dispneia ou fadiga excessiva ao esforço físico; 4) Achado progressivo de sopro cardíaco; 5) Elevação da pressão arterial; 6) Cardiopatia congênita prévia; e, 7) Distúrbios do ritmo cardíaco.
b) História familiar	<ol style="list-style-type: none"> 1) Morte prematura (súbita ou inexplicada) antes dos 50 anos de idade devido a doença cardíaca em parentes de primeiro grau; e, 2) Incapacidade por doença cardíaca em parente de primeiro grau com menos de 50 anos de idade.
c) Conhecimento das seguintes condições em membros da família	Cardiomiopatia hipertrófica ou dilatada, síndrome do QT longo ou outra canalopatia, síndrome de Marfan ou arritmia cardíaca grave.
d) Exame físico	<ol style="list-style-type: none"> 1) Presença de sopro cardíaco; 2) Alteração na amplitude dos pulsos femurais (afastar coarctação da aorta); 3) Características fenotípicas de síndrome de Marfan; e, 4) Alteração na aferição da pressão arterial.

- O pediatra está habilitado a atestar aptidão de crianças saudáveis para atividades físicas estruturadas após consulta, com exame físico normal e que não apresente nenhum dos fatores de risco acima citados. A presença de algum fator de risco não significa que exista necessariamente contraindicação para prática de atividades físicas estruturadas, mas que a criança terá que passar por uma triagem para doença cardiovascular.

Orientações para Educadores e Escolas

- Desenvolver estratégias com o objetivo de aumentar a prática de atividades físicas dos escolares é fundamental. Sugere-se a organização e intensificação de atividades que estimulem e criem condições para a prática de atividades físicas tanto durante as aulas quanto aquelas extracurriculares. Incluir, em especial, nas atividades extracurriculares, passeios temáticos, brincadeiras no parque e caminhadas ecológicas ao ar livre e outras práticas congêneres. Além disso, ouvir os escolares a respeito de atividades que eles gostariam que fossem desenvolvidas pode ajudar na adesão às mesmas. Quando os escolares se envolvem nas ações os resultados são mais eficazes.
- Promover ações pedagógicas criativas que envolvam toda a comunidade escolar na discussão da promoção da atividade física. Podem ser oficinas, palestras, debates, peças teatrais, entre outras atividades. Os pediatras e outros profissionais da Unidade de Saúde da Família mais próxima da unidade escolar podem participar e enriquecer essas ações. A depender da realidade local, as ações podem ser realizadas em conjunto por duas ou mais escolas. É relevante que o professor de Educação Física, por sua apropriação ao tema, se envolva ativamente na ação, e por sua relação muito próxima com os alunos os estimulem a participar das ações. A periodicidade das ações deve pautar-se nas necessidades e possibilidades de cada comunidade escolar.
- Promover encontros com os pais visando dar orientações e trocar experiências para estimular a adoção de hábitos saudáveis, com especial enfoque na prática de atividades físicas em grupo. Tentar identificar as principais barreiras para a adoção da prática regular de atividade física. Incluir a família nas atividades extracurriculares da escola. Procurar sempre a ajuda do pediatra.
- Incluir a discussão do Tema Transversal Saúde no planejamento escolar. A atividade física, como um dos conteúdos que compõe este tema, necessita de uma abordagem interdisciplinar. O desenvolvimento de projetos que agreguem diferentes áreas do saber poderia ser uma estratégia promissora para fomentar discussões e ações de promoção da saúde e da atividade física no ambiente escolar.
- Produzir material didático informativo para a comunidade escolar sobre a promoção de prática de atividade física. As Unidades de Saúde da Família, juntamente com os Pediatras, devem fazer parte deste processo. Agregar outros setores da comunidade local para a confecção do material. Procurar auxílio nas Secretarias de Educação dos Municípios. Dividir tarefas é essencial para a efetivação das ações!
- Desenvolver um plano de avaliação periódica referente às ações de promoção da atividade física do escolar visando refletir sobre a eficácia das mesmas. A comunidade escolar deve participar desta avaliação, assim como os profissionais da Unidade de Saúde da Família. É necessário rever as atividades que não tiveram bom resultado ou não tiveram aderência por parte dos escolares e seus familiares. É preciso pensar formas de reestruturá-las. Intensificar as atividades que deram certo e renovar algumas, sempre que possível, para que continuem sendo atrativas.
- Realizar festivais de jogos esportivos e populares, valorizando a cultura local; implantar o

“recreio ativo”; desenvolver jogos escolares interclasses e/ou interescolas. Esses são alguns exemplos de ações que podem auxiliar para que os escolares se tornem mais ativos fisicamente no ambiente escolar.

- Rever o modelo de aula tradicional, onde os alunos ficam sentados na maior parte tempo. Introduzir, sempre que possível, atividades que proporcionem que o escolar construa conhecimento e se movimente ao mesmo tempo. Nas aulas de Educação Física, proporcionar que os escolares sejam ativos em pelo menos 50% do tempo total da aula.
- Produzir com os próprios alunos materiais educativos e proativos sobre os benefícios da prática de atividade física. O envolvimento dos alunos é fundamental para o sucesso das ações. Fazer exposições com o material na escola e convidar toda a comunidade escolar para participar da ação pode ser estimulante para a continuidade do trabalho.

Orientações para Pais

- **P**articipe ativamente da vida de seus filhos. Converse com o médico pediatra e com o professor de Educação Física da escola de seu filho sobre como ajudá-lo/orientá-lo a aumentar a prática de atividade física e ser fisicamente ativo. Tire suas dúvidas, peça explicações a respeito dos benefícios da prática regular de atividades físicas, se intere sobre o assunto, se achar necessário peça indicação de textos sobre o assunto.
 - Além de orientar que seus filhos pratiquem atividades físicas, faça alguma atividade física com eles, se envolva nas atividades. Reserve um momento nos finais de semana para praticar atividade física com seus filhos, pode ser um simples passeio no parque, na praça, uma brincadeira com bola ou um passeio de bicicleta. Torne seu final de semana e de sua família ativo e saudável. Seu exemplo será fundamental para que seu filho se mantenha ativo por toda a vida.
- Estimule seus filhos a brincarem ao ar livre sozinhos ou com seus amigos todos os dias da semana ou sempre que possível. Brincar faz parte da infância e é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável, incluindo aspectos cognitivos. Enquanto brinca, seu filho aprende a desenvolver habilidades que durarão por toda a vida e o ajudarão a ser um adulto mais feliz e completo. O simples fato de brincar ao livre permitirá que seu filho seja mais ativo e conseqüentemente tenha mais benefícios à saúde em detrimento de brincar em ambientes pequenos e fechados.
 - Estimule e permita que seus filhos participem de jogos e esportes da escola e da comunidade onde vivem. A prática de esportes é importante para o desenvolvimento físico e motor, além do desenvolvimento social das crianças. As regras de cada modalidade esportiva permitirão que as crianças aprendam a se relacionar com os outros, ouvir o outro e ser ouvido, trabalhar em grupo, tomar decisões, gerenciar frustrações e solucionar problemas.
 - Sempre que as condições de segurança permitirem, estimule e permita que seu filho se desloque até a escola a pé ou de bicicleta ao invés de ônibus ou de carro. Essa simples mudança, ao longo do ano letivo poderá por si só fazer com que seu filho se torne mais ativo.
 - Estimule seu filho a participar das atividades domésticas. Podem ser atividades simples, como arrumar seus próprios brinquedos, organizar seus livros, arrumar sua cama, varrer a casa ou levar a roupa suja até a lavanderia. Com a limpeza/organização de espaços e ambientes você permitirá que ele seja ativo fisicamente em mais um domínio da vida. Além disso, aproveite o momento para ensinar noções de responsabilidade, organização e cooperação mútua.
 - Esteja atento ao tempo em que seus filhos passam em atividades sedentárias. Evite que eles passem mais que duas horas por dia sentados, seja assistindo televisão, jogando videogame ou no computador. Converse com seus filhos sobre os malefícios do comportamento se-

dentário e ajude-os a mudar seus hábitos para tornarem-se cada vez mais ativos e saudáveis. Seja um exemplo para seus filhos, o exemplo vale mais que muitas palavras.

- Converse com seus filhos sobre os benefícios da prática regular de atividades físicas. À medida que as crianças e os adolescentes compreenderem a mensagem, a adesão à prática de atividades físicas poderá ser facilitada. Inclua os diálogos no cotidiano e aumente a complexidade do tema conforme a idade e compreensão dos seus filhos. Contudo, não esqueça: seu exemplo é mais importante do que qualquer conversa e será crucial para a adesão de seus filhos a modos de vida mais ativos!
- Esteja atento ao estímulo desigual para a prática de atividades físicas entre gêneros. Em geral, nossa sociedade ainda tende a estimular mais os meninos para praticarem atividades físicas e esportivas. Nesse sentido, é seu dever repensar sua postura para estimular e criar iguais condições para que tanto os meninos quanto as meninas possam ser fisicamente ativos.

Orientações para Crianças e Adolescentes

- **P**ratique atividades físicas todos os dias, pelo menos 60 minutos por dia. Ser fisicamente ativo fará com que você cresça saudável e tenha menos chance de ficar doente agora e quando for adulto. Seja um exemplo para seus familiares e seus colegas!
- Procure fazer a atividade física que você mais gosta, pode ser andar de bicicleta, dançar, brincar de pega-pega, esconde-esconde ou jogos com bola. Isso o ajudará a aderir à prática de atividade física com mais facilidade e se manter nela por mais tempo. Além disso, permitirá que você perceba o quão prazeroso e bom para a saúde é ser fisicamente ativo.
- Pratique atividade física com seus amigos da escola, seus vizinhos ou os amigos do bairro

onde vive. Praticar atividades físicas com amigos vai dar suporte para você permanecer na atividade e tornar-se uma criança/adolescente ativa. Além disso, vai deixá-lo mais feliz e disposto para fazer outras tarefas do dia-a-dia, como estudar!

- Pratique esportes coletivos, como voleibol, futebol, basquetebol, handebol, entre outros! A participação em esportes coletivos poderá te ajudar a fazer amigos, a respeitar os limites de seus colegas e fazer-se respeitar também.
- Participe ativamente das aulas de Educação Física escolar. A aula de Educação Física escolar é o espaço mais oportuno para você se movimentar e aprender a ser ativo. Poderá te ajudar a descobrir as práticas corporais e/ou esportes que você tem mais habilidade e/ou que te proporciona mais prazer. Isso certamente será imprescindível para que você se torne um adulto ativo.
- Convide seus pais para fazer atividade física com você. Além de poder passar um tempo com eles, a memória afetiva construída nessa atividade será tão boa que o fará querer repetir sempre e fazer o mesmo com seus filhos no futuro. Seja, desde já, um estimulador da prática de atividades físicas!
- Converse com seu pediatra, com seu professor de educação física e com seus pais sempre que encontrar alguma barreira para a prática de atividade física. Conte a eles sempre que for desqualificado pelos colegas por falta de habilidade em algum esporte e/ou atividade. Não se deixe intimidar, somos todos diferentes, com habilidades e dificuldades distintas.
- A especialização precoce em único esporte poderá limitar seu desenvolvimento e habilidades que você ainda não sabe que possui. Procure se envolver em atividades diversas, tais como, jogos com bola, natação, capoeira, dança, karatê, judô, entre outras.
- Ajude nas tarefas de casa, elas também são atividades físicas. Converse com seus pais e assumam algumas tarefas do dia-a-dia, como arrumar

seu quarto, seu material escolar, seus brinquedos, entre outras. Além disso, estará colaborando para manter sua casa limpa e organizada!

- Cuidado e muita atenção com o tempo em que passa em frente às telas. Mais que duas horas por dia jogando videogame, no computador ou assistindo televisão poderá ser prejudicial para a sua saúde. Poderá atrapalhar no seu rendimento escolar e fazê-lo se distanciar da família e amigos. Dê preferência por atividades ao ar livre!
- Sempre que puder se desloque a pé ou de bicicleta ao invés de veículos automotivos. Seja para ir à escola, ao parque, a casa dos amigos ou ao supermercado. Se deslocar a pé ou de bicicleta pode ser muito divertido, ainda mais se você estiver acompanhado de um amigo ou familiar!
- Faça campanhas sobre as vantagens da atividade física para a saúde de todos agora e no futuro! A atividade física tem benefícios a curto e longo prazo para a o bem estar físico, mental e social!

Sugestões de Políticas Públicas

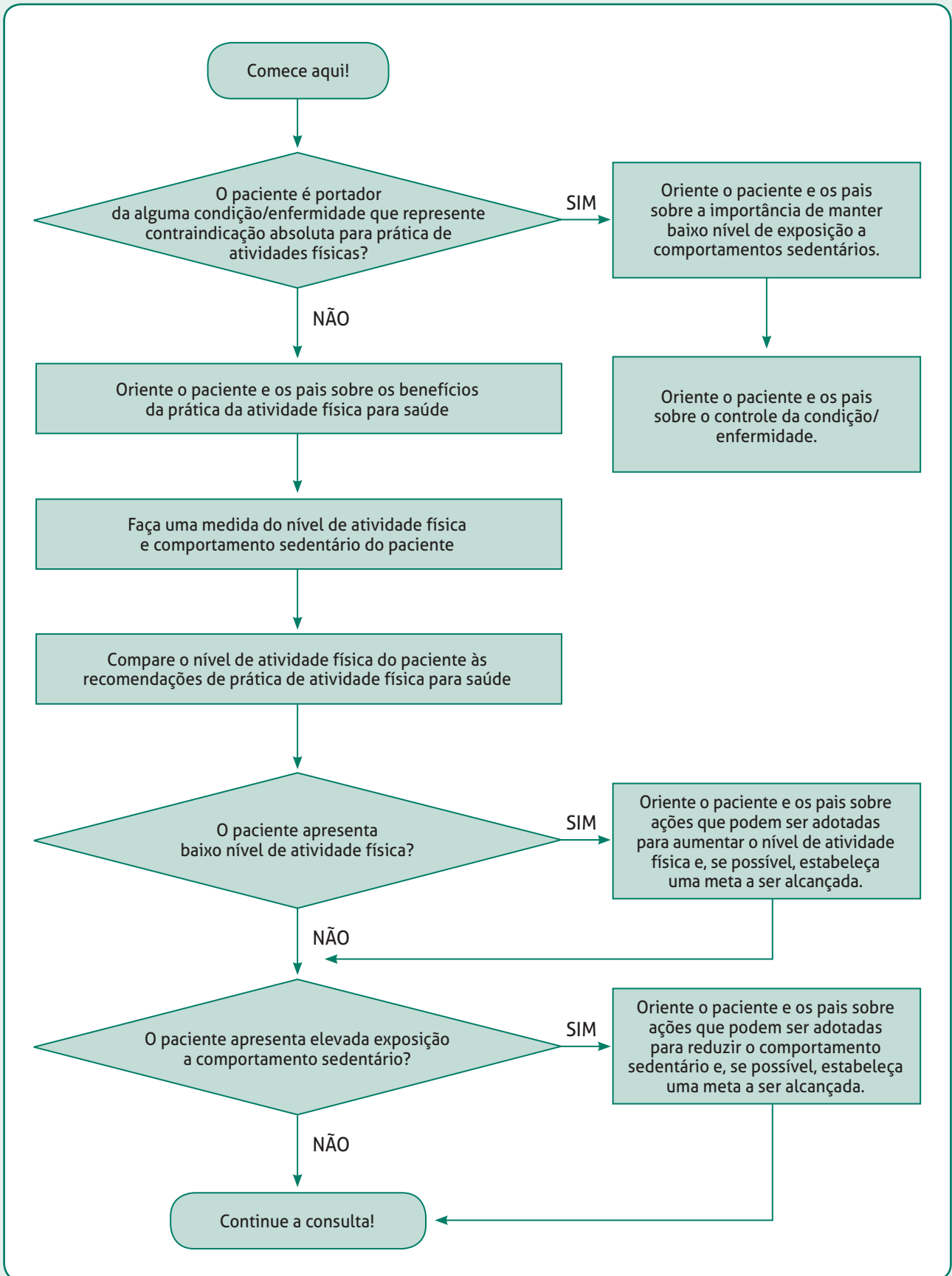
- Incluir os pediatras nas Unidades de Saúde da Família para que possam trabalhar ações de prevenção de morbidades relacionadas à obesidade e inatividade física de forma interdisciplinar com outros profissionais de saúde.
- Incluir professores de Educação Física em todas as escolas, inclusive desde as séries iniciais do ensino fundamental I, para possibilitar a intensificação de atividades que estimulem

a prática de atividades físicas dentro e fora do ambiente escolar a partir de idades precoces.

- Criar grupos de trabalho com representantes de Universidades, Secretarias de Educação e de Saúde, bem como, representantes de outros setores da sociedade, para discutir a implantação do programa "Escolas Promotoras da Saúde", proposto pela *World Health Organization*.
- Incluir a escola em políticas públicas de promoção da saúde, bem como estimular/possibilitar a intersectorialidade entre escolas e Unidades de Saúde da Família.
- Proporcionar espaço físico adequado para a realização de atividades físicas nas escolas, comunidades e municípios. Espaços amplos e seguros são necessários e essenciais para o aumento do nível das atividades físicas de crianças e adolescentes.
- Construir ciclovias e instalar bicicletários no entorno de escolas, parques, praças e praias.
- Aumentar a malha viária de calçadas e faixas de pedestres para estimular o deslocamento a pé.
- Instalar equipamentos que favoreçam a prática de física em praças, parques e praias. Tais como quadras esportivas, academias ao ar livre e *playgrounds*.
- Estimular o fechamento de ruas ao redor de parques, praças ou praias nos finais de semana para que as pessoas possam praticar atividade física com segurança.
- Promover campanhas sistemáticas envolvendo as diferentes faixas etárias em prol da vida ativa!

Anexo

Fluxograma da abordagem em consulta pediátrica sobre atividade física de crianças e adolescentes



BIBLIOGRAFIA SUGERIDA

1. Akkari M, Resende VR, Santili C. A Criança e o Esporte. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri 3.ed. ed. Manole, 2014. p.3095-3100
2. Alves C, Lima RVB. Impacto da atividade física e esportes sobre o crescimento e puberdade de crianças e adolescentes. Rev Paul Pediatr. 2008;26(4):383-391.
3. Barros MV, Nahas MV, Hallal PC, et al. Effectiveness of a school-based intervention on physical activity for high school students in Brazil: the Saude na Boa project. J Phys Act Health. 2009;6(2):163-9.
4. Barros R. Atividade Física para crianças e adolescentes. In: Pinto AB, Cunha JB (eds). Saúde Escolar, Série Pediatria. 1.ed. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan, 2012. p.113-23.
5. Barros R. Exercício físico realmente promove a saúde dos adolescentes: solução ou problema? In: Residência Pediátrica. Sociedade Brasileira de Pediatria 5(3) S1 set/dez 2015. p. 32-34.
6. Borjaille LMP, Barros Filho AA. Atividade Física para Crianças e Adolescentes. In: Lopez FA, Campos Junior D. Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. Barueri 3.ed. Ed. Manole, 2014. p. 2457-2462
7. Brasil. Congresso Nacional. Constituição da República Federativa. Brasília: Senado Federal; 1988. Disponível em <http://www.senado.gov.br/atividade/const/constituicao-federal.asp> Acesso em 20 de fevereiro 2017.
8. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial; 2002. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm Acesso em 20 de fevereiro de 2017.
9. Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais. Brasília: MEC/SEF; 1997. Disponível em <http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/sef2001.pdf> Acesso em 20 de março de 2017.
10. Brito AKA, Silva FIC, França NM. Programas de intervenção nas escolas brasileiras: uma contribuição da escola para a educação em saúde. Saúde Debate 2012;36:624-32.
11. Casemiro JP, Fonseca ABC, Secco FVM. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. Cien Saúde Coletiva 2014;19:829-40.
12. Centers for Disease Control and Prevention. 2008 Physical Activity Guidelines for Americans. Disponível em <https://health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf> acessado em 24 de março de 2017.
13. Cheng LA, Mendonça G, Farias Júnior JC. Physical activity in adolescents: analysis of the social influence of parents and friends. J Pediatr (Rio J) 2014;90:35-41.
14. Committee On Hospital Care; Institute for Patient; Family Centered Care. Patient-and family-centered care and the pediatrician's role. Pediatrics 2012;129:394-404.
15. Craigie AM, Lake AA, Kelly SA, et al. Tracking of obesity-related behaviours from childhood to adulthood: A systematic review. Maturitas 2011;70:266-84.
16. Cureau FV, da Silva TL, Bloch KV, et al. ERICA: inatividade física no lazer em adolescentes brasileiros. Rev. Saúde Pùb. 2016;50(suppl.1):4s.
17. Greydanus DE, Patel DR. Sport Participation by Physically and Cognitively Challenged Young Athletes. In: Adolescents and Sports. Ped Clin N Amer. 2010; 57(3):795-817.
18. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. Lancet 2012;380:247-57.
19. Ho M, Garnett SP, Baur LA, et al. Impact of dietary and exercise interventions on weight change and metabolic outcomes in obese children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. JAMA Pediatr 2013;167:759-68.
20. Hoehner CM, Soares J, Parra DC, et al. Physical Activity Interventions in Latin América. Am J Prev Med. 2013;44(3):e31-e40.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2009. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf> acesso em 03 de março de 2017.
22. Kelley GA, Kelley KS. Effects of exercise in the treatment of overweight and obese children and adolescents: a systematic review of meta-analyses. J Obes. 2013;2013:783103.
23. Lazzoli JK, Nóbrega ACL, Carvalho T, et al. Posicionamento Oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: Atividade física e saúde na infância e adolescência. Rev Bras Med Esporte 1998;4:107-9.

24. Lupi JL, Haddad MB, Gazmararian JA, et al. Parental perceptions of family and pediatrician roles in childhood weight management. *J Pediatr* 2014;165:99-103.
25. Maron BJ, Zipes DP, Kovacs RJ, et al. Eligibility and Disqualification Recommendations for Competitive Athletes With Cardiovascular Abnormalities: Preamble, Principles, and General Considerations: A Scientific Statement From the American Heart Association and American College of Cardiology. *Circulation*. 2015;132(22):e256-61.
26. Nahas MV, Barros MV, de Assis MA, et al. Methods and participant characteristics of a randomized intervention to promote physical activity and healthy eating among brazilian high school students: the Saúde na Boa project. *J Phys Act Health*. 2009;6(2):153-62.
27. National Health Service of United Kingdom. Physical activity guidelines for children (under five years). Disponível em <http://www.nhs.uk/Livewell/fitness/Pages/physical-activity-guidelines-for-children.aspx>. Acessado em 24 de março de 2017.
28. National Health Service of United Kingdom. Physical activity guidelines for children and young people. Disponível em: <http://www.nhs.uk/Livewell/fitness/Pages/physical-activity-guidelines-for-young-people.aspx> Acessado em 24 de março de 2017.
29. Oliveira MAB, Leitão MB. Morte súbita no exercício e esporte. Diretriz da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte. In: *Rev Bras Med Esporte*. 2005; 11(supl 1):S1-S8
30. Pescatello LS, Arena R, Riebe D, et al. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 9th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins Health; 2014.
31. Pulgarón ER. Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clin Ther*. 2013;35:A18-32.
32. Reilly JJ, Kelly J. Long-term impact of overweight and obesity in childhood and adolescence on morbidity and premature mortality in adulthood: systematic review. *Int J Obes (Lond)* 2011;35:891-8.
33. Sanaeinasab H, Saffari M, Pakpour AH, et al. Intervenção educacional com base em modelo para aumentar a atividade física entre adolescentes iranianos. *J Pediatr* 2012;88:430-8.
34. Silva DF, Souza LL, Delfino RO, et al. Efeitos de um programa multiprofissional de tratamento da obesidade e de sua cessação sobre a aptidão física relacionada à saúde de adolescentes. *Rev Educ Fis*. 2012;23:399-410.
35. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Adolescência. Manual de Orientação. Saúde de Crianças e Adolescentes na Era Digital. Rio de Janeiro: SBP, n 1; 2016. Disponível em <https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/saude-de-criancas-e-adolescentes-na-era-digital/sbp> acesso em 20 de março de 2017.
36. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Atividade física na infância e na adolescência: guia prático para o pediatra. Rio de Janeiro: SBP; 2008.15. Disponível em <http://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/nutrologia-e-suporte-nutricional/attachment/9667d-doc-cient-ativ-fisica/> acessado em 20 de março de 2017.
37. Sociedade Brasileira de Pediatria. Grupo de Trabalho em Pediatria e Medicina Desportiva. Esporte Como Instrumento de Promoção da Saúde. SBP; 2001. Disponível em <https://www.sbp.com.br/departamentos-cientificos/> acesso em 20 de março de 2017.
38. Souza EA, Barbosa Filho VC, Nogueira JA, et al. Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: revisão de programas de intervenção. *Cad Saúde Pública*. 2011;27:1459-71.
39. Strong WB, Malina RM, Blimkie CJ, et al. Evidence based physical activity for school-age youth. *J Pediatr*. 2005;146:732-7.
40. Trasande L, Elbel B. The economic burden placed on healthcare systems by childhood obesity. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2012;12:39-45.
41. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf acesso em 18 de março de 2017
42. World Health Organization. Improving Health Through Schools: National and International Strategies. Geneva: World Health Organization; 1999. Disponível em http://www.who.int/school_youth_health/resources/information_series/en/ acesso em 20 de março de 2017.



Diretoria

Triênio 2016/2018

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:

Cláudio Hoinhoff (RJ)

2º SECRETÁRIO:

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:

Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:

Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:

Hans Walter Ferreira Greve (BA)

Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)

Alberto Jorge Félix Costa (MS)

Anaíria Moraes Pimentel (PE)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte:

Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Nordeste:

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste:

Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Sul:

Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste:

Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:

Assessoria para Assuntos Parlamentares:

Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

Rubens Feferbaum (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e

Adolescentes com Deficiência:

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença

Maternidade e Paternidade:

João Coriolano Rego Barros (SP)

Alexandre Lopes Miralha (AM)

Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:

Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:

Drogas e Violência na Adolescência:

Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Atividade Física

Coordenadores:

Ricardo do Rêgo Barros (RJ)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Membros:

Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)

Patrícia Guedes de Souza (BA)

Profissionais de Educação Física:

Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)

Alex Pinheiro Gordia (BA)

Isabel Guimarães (BA)

Jorge Mota (Portugal)

Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Colaborador:

Dirceu Solé (SP)

Metodologia Científica:

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:

Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Christian Muller (DF)

João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:

Themis Reverbel da Silveira (RS)

Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)

Adriana Seber (SP)

Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)

Fabiana Carlese (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:

DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:

Hélcio Villaga Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO

Mauro Batista de Moraes (SP)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS

Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education

Consortium)

Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA

Francisco José Penna (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA

Marun David Cury (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL

Sidnei Ferreira (RJ)

Cláudio Barsanti (SP)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Cláudio Orestes Brito Filho (PB)

Mário Roberto Hirschheimer (SP)

João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)

Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Célia Maria Stolze Silvano ((BA)

Kátia Galeão Brandt (PE)

Elizete Aparecida Lomazi (SP)

Maria Albertina Santiago Rego (MG)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)

Corina Maria Nina Viana Batista (AM)

Álvaro Machado Neto (AL)

Joana Angélica Paiva Maciel (CE)

Cecim El Achkar (SC)

Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO

Normeide Pedreira dos Santos (BA)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO

DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS

Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES

Liliane dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

Paulo César Guimarães (RJ)

Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO

Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

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 NUTROLOGIA

PEDIÁTRICA (CANP)

Virgínia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS

Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

PORTAL SBP

Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA

José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

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)

Altacílio Aparecido Nunes (SP)

Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)

Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA

Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA

Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO

Gil Simões Batista (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Isabel Rey Madeira (RJ)

Sandra Mara Amaral (RJ)

Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)

Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)

Silvio Rocha Carvalho (RJ)

Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP

Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)

Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (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 PESQUISA-ADJUNTA

Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO

Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO

Rosana Alves (ES)

Suzy Santana Cavalcante (BA)

Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)

Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)

Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

Victor Horácio da Costa Junior (PR)

Clóvis Francisco Constantino (SP)

Silvio 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 Amantéa (RS)

Gil Simões Batista (RJ)

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

Aurimery Gomes Chermont (PA)

COORDENAÇÃO DE DOCTRINA PEDIÁTRICA

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES

Edson Ferreira Liberal (RJ)

Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL

Susana Maciel Wuillaume (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL

Herberto José Chong Neto (PR)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO

Cláudio Barsanti (SP)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA

Gilberto Pascolat (PR)

Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)

Isabel Rey Madeira (RJ)

João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

Valmim Ramos da Silva (ES)

Paulo Tadeu Falanghe (SP)

Tânia Denise Resener (RS)

João Coriolano Rego Barros (SP)

Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)

Marisa Lopes Miranda (SP)

CONSELHO FISCAL

Titulares:

Núbia Mendonça (SE)

Nelson Grisard (SC)

Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:

Adelma Alves de Figueiredo (RR)

João de Melo Régis Filho (PE)

Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Presidente:

José Martins Filho (SP)

Vice-presidente:

Álvaro