



Guia Prático de Atualização

Departamento Científico
de Aleitamento Materno

Uso de chupeta em crianças amamentadas: prós e contras

Departamento Científico de Aleitamento Materno

Presidente: Elsa Regina Justo Giugliani

Secretária: Graciete Oliveira Vieira

Conselho Científico: Carmen Lúcia Leal Ferreira Elias, Claudete Teixeira Krause Closs, Roberto Mário da Silveira Issler, Rosa Maria Negri Rodrigues Alves, Rossiclei de Souza Pinheiro, Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

Colaboradoras: Gabriela dos Santos Buccini, Sonia Isoyama Venancio

Introdução

A publicação do *Lancet Breastfeeding Series* em 2016 reuniu fortes evidências do impacto positivo da amamentação no curto e longo prazos na saúde das crianças e das mulheres que amamentam e, também, para a sociedade em países de alta, média e baixa renda^{1,2}. Tais evidências ratificam a proteção e o apoio à amamentação como um direito humano³. Apesar da tendência crescente do aleitamento materno (AM) no Brasil verificada nos inquéritos nacionais realizados até o ano de 2008, a prevalência de 52,1% de amamentação em crianças menores de 24 meses e de 36,6% de amamentação exclusiva constatada na última Pesquisa Nacional de Saúde (2013)⁴ aponta para a estagnação nos indicadores de AM no País, os quais são considerados insatisfatórios pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Mediante esse cenário, identificar fatores de ris-

co modificáveis é uma questão-chave para reduzir a interrupção precoce do AM.

O uso de chupeta tem sido identificado como um fator associado à menor duração do AM e do aleitamento materno exclusivo (AME) em estudos observacionais⁵⁻⁷, com evidências consistentes de que o desmame precoce entre um e 24 meses é mais frequente em crianças usuárias de chupeta, quando comparadas com crianças que não possuem esse hábito^{8,9}.

Dados do Brasil confirmam a chupeta como o fator mais fortemente associado à interrupção da amamentação exclusiva, entre 1999 e 2008¹⁰, e que a redução no seu uso contribuiu significativamente para o aumento das taxas de AME em nível populacional neste período de 9 anos¹¹. Entretanto, devido a fatores de confusão e vieses, não está claro se essa associação é de fato causal^{12,13}. Embora alguns pesquisadores tenham sugerido que o uso de chupeta pode interferir

no AM¹⁴⁻¹⁶, outros acreditam que esse hábito é um marcador de problemas na amamentação^{7,17}. Consequentemente, as recomendações para uso de chupeta variam em todo o mundo¹⁸⁻²¹. A OMS desencoraja fortemente o uso de chupetas em crianças amamentadas²¹, sendo essa recomendação parte de um dos Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno, em que se baseia a Iniciativa Hospital Amigo da Criança²²⁻²⁵. Por outro lado, para a prevenção da síndrome da morte súbita do lactente (SMSL), a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda, para as mulheres que desejam amamentar, que a chupeta seja introduzida após o AM estar bem estabelecido, quando a criança estiver em torno de 3 a 4 semanas de vida^{18,26}.

Revisões sistemáticas^{27,28} e meta-análises²⁹⁻³¹ examinando a relação entre uso de chupeta e amamentação têm encontrado resultados conflitantes. Embora revisões baseadas em estudos observacionais tenham concluído que o uso de chupeta é fator de risco para a redução da duração do AME e AM^{28,30}, aquelas que se concentraram apenas em ensaios clínicos randomizados não relataram diferenças na duração do AME e AM como resultado do uso de chupeta^{27,29}. Porém, é importante mencionar que, além de serem poucos os ensaios clínicos, eles apresentam vários problemas metodológicos. Por outro lado, a revisão sistemática mais recente sobre a temática, que levou em consideração, além de ensaios clínicos randomizados, estudos observacionais (longitudinais e transversais), concluiu que a chupeta está associada a menor duração da amamentação, apesar de ainda existirem lacunas na compreensão dos mecanismos envolvidos nessa associação³¹.

A falta de consenso internacional sobre as recomendações quanto ao uso de chupeta em crianças amamentadas tem sido um desafio para os profissionais de saúde e para os pais por não terem uma compreensão clara do que recomendar ou fazer em diferentes contextos, propiciando muitas vezes que tenham uma atitude indiferente frente ao uso indiscriminado desse artefato. Neste sentido, o objetivo deste docu-

mento é apresentar evidências atuais sobre os prós e contras o uso de chupeta.

Como a chupeta afeta a amamentação?

Pelo menos três hipóteses (não excludentes entre si) poderiam explicar a relação entre uso de chupeta e menor duração da amamentação¹¹:

(1) *A introdução da chupeta pode causar interrupção do AM.*

A hipótese de que o uso de chupeta seria responsável por uma menor duração do AM, baseia-se nos relatos de que a introdução e o padrão de uso de chupeta (frequência e intensidade) poderiam levar o recém-nascido a recusar o peito ou aumentar o espaçamento entre as mamadas. Uma das proposições que apoiam o componente de causalidade é a preferência do bebê pelo bico artificial, influenciando sua habilidade oral para realizar a ordenha no peito. Esse fenômeno é conhecido como “confusão de bicos” ou “confusão de sucção”^{14,15,32} (descrito como a dificuldade do bebê em encontrar a correta configuração oral para realizar a pega e a ordenha da mama após a exposição a um bico artificial). Além disso, há estudos relatando que as crianças que usam chupeta mamam com menos frequência, determinando menor produção de leite e, consequentemente, necessidade de suplementação com fórmula láctea e, por fim, ao desmame^{8,9}.

(2) *A introdução da chupeta ocorre devido a problemas na amamentação.*

A hipótese de que o uso de chupeta seria uma consequência e não a causa de uma menor duração do AM baseia-se na interpretação de que o uso de chupeta seria um marcador de dificuldades na amamentação^{6,7,33}. Mães que experimentam dificuldade na amamentação estariam desconfortáveis, inseguras, ansiosas ou, ainda, pouco motivadas a amamentar, ficando mais propensas a oferecerem chupeta a seus filhos e a desmamarem mais precocemente.

(3) *Temperamento do bebê, interação mãe-bebê e perfil da mãe (e de suas famílias).*

Nessa hipótese, a amamentação e a oferta de chupeta às crianças são influenciadas pelo temperamento/comportamento do bebê durante a amamentação e pela forma como se estabelece a interação mãe-bebê-família^{34,35}. Além disso, é possível que o perfil das mulheres que não oferecem chupeta aos seus filhos, apesar da pressão cultural para fazê-lo, favoreça também o cumprimento de outras recomendações relacionadas à saúde, como por exemplo a duração da amamentação por mais tempo.

Para cada uma dessas hipóteses é possível intervir no sentido de dar suporte às mães e suas famílias, em prol da manutenção da amamentação, informando sempre de maneira adequada.

Faz diferença o tempo de introdução da chupeta?

O uso de chupeta, independente do momento em que ocorre sua introdução, deve ser compreendido dentro de um contexto mais global: que situações levam à introdução desse artefato? Qual o papel da chupeta na dinâmica familiar? Como acontece o seu uso: frequência e intensidade? E, ainda, é importante ressaltar que existem questões relacionadas às habilidades orais individuais de cada criança.

Considerando essas questões e as hipóteses de causalidade, na perspectiva de causa, ou seja, que a introdução da chupeta pode causar interrupção do AM, no início da vida os bebês ainda estão amadurecendo seus reflexos orais e realizando o aprendizado da ordenha do peito; portanto, nessa fase, em tese, estariam mais sujeitos a inabilidades ou desenvolver movimentos orais atípicos (disfunções orais)³⁶, como por exemplo a “confusão de bicos”. Embora a maioria das disfunções orais, incluindo a “confusão de bicos”, seja passível de reversão se houver intervenção multidisciplinar precoce, rapidamente elas se tornam padrões de sucção bem estabelecidos,

difíceis de modificar. Por esse motivo, ações preventivas quanto à exposição a bicos artificiais e intervenções precoces para a correção dessas alterações são muito importantes logo nos primeiros dias da amamentação³⁶.

Independente da idade de introdução da chupeta, dois aspectos são importantes de serem ressaltados: (1) bebês que tiveram dificuldades iniciais para pegar o peito são mais suscetíveis a manifestar a confusão de bicos e (2) mesmo bebês com reflexos orais maduros e ordenha já aprendida podem apresentar confusão de bicos.

Prevalência do uso de chupeta

Estima-se que cerca de 2/3 das mães de todo o mundo oferecerão chupeta a seus filhos em algum momento no primeiro ano de vida⁶. Chupeas são introduzidas precocemente: a maior parte das crianças recebe chupeta entre o 1º dia e a 1ª semana de vida^{37,38}.

Estudo multicêntrico realizado em 17 países revelou que, apesar de o uso de chupeta ser um hábito muito comum, há grande diversificação nas frequências desse hábito entre os países, variando de 12,5% a 71%³⁹. As menores prevalências de uso da chupeta aos 3 meses ocorreram em países como Japão (12,5%) e Nova Zelândia (14%)³⁹.

No Brasil, nas duas edições da Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno realizadas nas capitais brasileiras e Distrito Federal nos anos de 1999 e 2008, foi observada alta prevalência de uso da chupeta em menores de 1 ano, embora com tendência temporal de declínio. Houve redução expressiva na frequência de uso de chupeta, de 15,1 pontos percentuais, passando de 57,7% para 42,6%^{10,40}.

Apesar da redução constatada, o uso de chupeta ainda é um hábito muito frequente entre as crianças brasileiras e, além de serem oferecidas muito precocemente, elas tendem a permanecer na vida das crianças ao longo de toda a primeira infância, acarretando outros problemas de saúde e desenvolvimento.

Os prós e contras o uso de chupeta

Não existe uma recomendação única sobre o uso de chupeta em crianças amamentadas. Os efeitos do seu uso, em especial durante a amamentação, são de particular interesse de pesquisas nos Estados Unidos, onde a AAP recomenda o uso desse artefato após o estabelecimento da amamentação (cerca de 3 a 4 semanas de vida da criança) como forma de prevenção da SMSL^{18,26}. Nesse sentido, a maioria dos estudos internacionais que buscaram compreender essa relação tinha como objetivo secundário encontrar evidências que pudessem respaldar tal recomendação, ou seja, uma garantia de que o uso de chupeta não interfere negativamente na amamentação. Por outro lado, outros pesquisadores buscaram evidências que suportem a recomendação da OMS de não oferecer chupetas e mamadeiras a crianças amamentadas²¹. Dessa forma, tem sido um desafio para os profissionais de saúde e pais terem uma compreensão clara do que recomendar ou fazer em diferentes contextos.

Revisão narrativa da literatura sobre a visão multidisciplinar (psicologia, fonoaudiologia, odontologia, pediatria, infectologia) do uso de chupeta concluiu que esse hábito apresenta mais efeitos deletérios do que benéficos, justificando a recomendação dos autores aos profissionais de saúde de oferecerem aos pais informações sobre os prós e contras o uso de chupeta⁴¹. Por essa razão, é fundamental reunir informações científicas sobre os efeitos negativos e positivos do uso de chupeta sobre os diferentes desfechos na saúde da criança e incorporá-las na elaboração de processos educativos que visem empoderar os pais para uma tomada de decisão informada e consciente.

Argumentos contra o uso de chupeta

As implicações do uso de chupeta para a saúde infantil são amplamente descritas na literatura. Busca bibliográfica na base de dados Pubmed utilizando os *Mesh Terms* "Infant Health", "Development Child", "Pacifier" and "Bottle Feeding",

com o objetivo de verificar os prós e contras o uso de chupeta e mamadeira na saúde da criança, localizou 542 manuscritos, dentre os quais foram selecionados 64 que contemplavam o objetivo⁴². As principais evidências encontradas sobre o efeito negativo do uso de chupeta foram sistematizadas e agrupadas segundo as consequências em cada aspecto da saúde da criança¹¹, apresentadas em detalhe a seguir: funções orais e amamentação; dentição; otite média aguda; segurança química, física e imunológica; níveis de inteligência; e vícios orais na vida adulta. Vale a pena destacar o efeito protetor da amamentação, em especial da amamentação exclusiva, para cada aspecto da saúde da criança afetado negativamente pelo uso de chupeta¹.

Funções orais e amamentação*: o sistema estomatognático é responsável pela execução das funções orais de sucção, respiração, mastigação, deglutição e fonoarticulação (fala e linguagem oral). Essas funções estão intimamente relacionadas ao processo de nutrição, crescimento, comunicação e formação dentária do indivíduo. O uso de chupeta pode prejudicar a correta maturação funcional do sistema estomatognático, alterando a postura e a tonicidade dos músculos, e podem causar deformações esqueléticas na boca e na face.⁴⁴

- **Sucção:** na sucção da chupeta, ocorre a chamada sucção não-nutritiva, ou seja, o lactente permanece por longos períodos sugando sem receber nenhum alimento. Essa prática pode levar à "saciedade neural" de sucção, cansaço muscular e não saciedade, além de modificar a configuração oral para realização desse tipo de atividade muscular – diferente da ordenha da mama, ocasionando, conforme já citado, a "confusão de bicos", o que pode influenciar negativamente a técnica da amamentação¹⁵, a fisiologia da lactação e, por fim, a duração da amamentação total e exclusiva.⁵⁻¹⁰

* Sistema estomatognático: trata-se do conjunto de estruturas composto pelos lábios, língua, mandíbula, maxila, bochechas, palato mole, palato duro, soalho da boca, musculatura oral e arcadas dentárias⁴³.

- **Mastigação e deglutição:** o desenvolvimento adequado do sistema e da função mastigatória† depende de estímulos que ocorrem desde a vida fetal (deglutição do líquido amniótico) até o exercício realizado durante a amamentação, uma vez que os mesmos músculos ativado nesse processo serão os responsáveis por morder e triturar os alimentos. A mastigação é uma função complexa e aprendida durante a vida, que pode facilmente ser alterada por vários fatores, inclusive pelo uso de chupetas e pelo desmame precoce. A qualidade mastigatória tem relação direta com o padrão de aleitamento e com o histórico de uso de chupeta e/ou mamadeira.⁴⁵ Nesses casos, em geral, haverá modificação da característica normal da mastigação (bilateral), com tendência a ser vertical ou unilateral. Esse padrão alterado de mastigação afeta as articulações têmporo-mandibulares e os impulsos para o crescimento das estruturas envolvidas, o que pode resultar em deglutição atípica, com interposição de língua e participação da musculatura perioral.^{46,47}
- **Respiração:** a respiração bucal é uma característica muito frequente na infância. Crianças respiradoras bucais apresentam adaptações patológicas das características posturais e morfológicas do sistema estomatognático, deixando o sistema respiratório mais vulnerável a doenças.⁴⁸⁻⁵⁰ A literatura mostra que o padrão respiratório sofre influência direta do histórico de AM e do uso de algum bico artificial.⁵¹ O padrão respiratório em crianças que utilizam bicos artificiais frequentemente se altera de nasal (desejado) para bucal ou misto. Já a amamentação favorece a respiração nasal, promovendo um adequado desenvolvimento craniofacial.⁵²
- **Fala e linguagem oral:** o uso de chupeta pode causar alterações no desenvolvimento da linguagem oral (articulação dos sons e da fala), pois esse artefato pode permanecer por muito

tempo na boca da criança, modificando a configuração natural de sua cavidade oral, além de limitar o balbucio, a imitação dos sons e a emissão das palavras, levando, por vezes, a uma vocalização distorcida.⁵²⁻⁵⁴ Estudo longitudinal observou que o uso prolongado da chupeta tem impacto negativo sobre a aquisição e produção dos sons da fala.⁵³

Dentição: os dentes sofrem pressões de forças provenientes da musculatura da face e da língua durante as funções realizadas pelo sistema estomatognático. Essas forças musculares, quando adequadas, promovem ação modeladora; entretanto, em condições inadequadas, podem conduzir a alterações anatômico-funcionais indesejáveis.^{55,56}

Todas as classificações sobre a etiologia das maloclusões consideram o uso de chupeta um fator de risco^{51,55,57-60}. A persistência do hábito após os 3 anos da criança aumenta significativamente a probabilidade de o indivíduo apresentar características oclusais indesejáveis.^{48,49,55,56,60-64} As alterações oclusais mais frequentemente encontradas entre crianças usuárias de chupetas são mordida aberta anterior e mordida cruzada posterior.^{48,54,56,57}

Otite Média Aguda: a otite média é caracterizada pela presença de líquido no ouvido médio. Na sucção da chupeta, não é exigido o mesmo nível de organização e pressão negativa que na sucção da mama, não existindo o constante estímulo do músculo tensor do palato membranoso, o principal responsável pela abertura da tuba auditiva e que tem um importante papel na prevenção das otites médias.⁶⁵⁻⁶⁹ Estudos apontam uma ocorrência 33% maior de otite média nas crianças menores de 18 meses que utilizam chupeta.⁶⁴ Além da associação entre uso chupeta e maior incidência de otite média aguda, a literatura aponta as consequências, em maior ou menor grau, da otite média recorrente sobre o desenvolvimento infantil.^{68,70}

Segurança imunológica, química e física: as chupetas são consideradas potenciais reser-

† A função mastigatória é desempenhada pelo sistema mastigatório, considerado uma unidade funcional, constituindo-se de estruturas estáticas (ossos da maxila/mandíbula, dentes e estruturas periodontais), além de estruturas dinâmicas (língua, lábios, bochechas e articulação têmporo-mandibular-ATM e musculatura mastigatória).⁴⁶

vatórios de infecção, podendo afetar o sistema imunológico da criança.⁷¹ Seu uso está associado com maior incidência da doença diarreica e mortalidade infantil^{72,74} e com o aumento da probabilidade de hospitalização e de eventos de respiração ruidosa, asma, dor de ouvido, vômitos, febre, diarreia, cólicas, aftas e candidíase oral⁷⁵. Existe, ainda, a possibilidade de asfixia e estrangulamento causados por partes e acessórios que se desprendem das chupetas, e possibilidade de laceração da mucosa oral ou da base do nariz quando a criança cai com a chupeta na boca.⁴¹ Durante o processamento da borracha natural e a criação da borracha sintética, várias substâncias são adicionadas ao látex com o intuito de conferir maior elasticidade. A N-nitrosamina e seus precursores químicos, que podem persistir na borracha, quando em contato com a saliva se volatizam e podem trazer riscos à saúde da criança.⁷⁶⁻⁷⁸

Níveis de inteligência: o único estudo até o momento que avaliou a influência do hábito de utilizar chupeta no desempenho em testes de inteligência na vida adulta⁷⁹ constatou que os indivíduos que usavam chupeta na infância apresentaram desempenho 16% menor do que os que não tinham esse hábito. A possível explicação para essa associação está ligada ao ambiente social em que a criança se desenvolve: a criança que utiliza chupeta provavelmente solicita menos atenção dos pais/cuidadores e, como consequência, é menos estimulada⁷⁹.

Vícios orais na vida adulta: hábitos orais não-nutritivos podem ser substituídos ao longo da vida por comportamentos deletérios, tais como fumar, comer excessivamente ou outros transtornos compulsivos.^{80,81} Estudo recente constatou que o uso prolongado (mais de 24 meses) de chupeta na infância pode favorecer o início do uso do cigarro na adolescência.⁸¹ Essa relação pode ser explicada em função dos mecanismos de introdução do hábito de usar chupeta e de fumar serem bastante semelhantes: ambos são mecanismos externos utilizados, em geral, com o intuito de acalmar. Mães justificam a introdução do uso da chupeta para ajudar a acalmar o bebê

quando ele está nervoso ou ansioso; razão semelhante é atribuída pelos fumantes ao hábito de fumar.⁸¹

O Quadro a seguir resume as principais evidências que embasam a recomendação de não oferecer chupeta às crianças, sobretudo as amamentadas.

Argumentos em favor do uso de chupeta

Os efeitos positivos (e controversos) atribuídos à chupeta estão relacionados à estimulação da sucção não-nutritiva, redução da SMSL, manejo da dor no recém-nascido e modulação do comportamento agitado do bebê. Da mesma forma que para os efeitos negativos do uso de chupeta, para cada possível efeito positivo há um contraponto a favor da amamentação.

Estimulação da sucção não-nutritiva

O uso de chupeta para estimulação da sucção não-nutritiva em recém-nascidos pré-termo alimentados por meio de sonda nasogástrica tem sido apontado como alternativa que visa propiciar transição mais rápida para a alimentação via oral, além de trazer benefícios, tais como maior ganho de peso e menor tempo de hospitalização⁸³⁻⁸⁵. A estimulação não nutritiva, seja por meio da chupeta ou por meio da técnica do dedo enluvado, parece oferecer benefícios para a maturação da sucção do bebê⁸⁶⁻⁸⁸. Apesar dos aparentes benefícios, estudos que utilizaram tal técnica de estimulação (chupeta, bico da mamadeira ou dedo enluvado) não consideraram se houve posteriormente interferência na dinâmica da sucção ao seio (ordenha) e nas taxas de amamentação⁸⁴.

Para aumentar a incidência e a duração da amamentação em crianças pré-termo, deve-se analisar as experiências de amamentação longitudinalmente, sendo os dois principais fatores determinantes para o sucesso do AM entre essas crianças a dificuldade de manutenção da produção láctea e a maneira como é realizada a transição da alimentação⁸⁹. Nesse sentido, no Brasil, o Ministério da Saúde, por meio do Mé-

Quadro - Síntese das principais evidências científicas dos aspectos negativos quanto ao uso de chupeta na saúde da criança^{6†}. Reproduzido de Buccini (2017)¹¹.

Categoria relacionada à saúde da criança		Principais evidências e achados
Amamentação		<ul style="list-style-type: none"> • Menor duração do AM exclusivo e total. • “Confusão de bicos”
Funções orais	Sucção e deglutição	<ul style="list-style-type: none"> • Musculatura orofacial trabalhada durante a sucção da chupeta altera a tonicidade, força e funcionalidade do sistema estomatognático (SE). • Sucção não-nutritiva (chupeta) pode levar o bebê à saciedade neural de sucção, cansaço muscular e não saciedade, além de modificar a configuração oral para realização dessa atividade. • “Confusão de bicos”: dificuldade/inabilidade em realizar a ordenha no peito após a exposição a diferentes formatos de bicos artificiais. Relação com a menor duração do AME e total, apesar de não estabelecida uma relação causal. • O bico da chupeta (sempre igual) não se modifica e não atende às singularidades anatômicas da boca de cada bebê, além de não atender às mudanças geradas de acordo com o crescimento orofacial. • Não existem evidências de vantagens no uso de bicos com formatos anatômicos, fisiológicos ou ortodônticos tanto para o sistema estomatognático quanto para o aprendizado ou manutenção da amamentação.
	Mastigação	<ul style="list-style-type: none"> • Qualidade da função mastigatória pode ser alterada quando ocorre utilização de chupeta por mais de 6 meses.
	Respiração	<ul style="list-style-type: none"> • Respiradores bucais apresentam adaptações patológicas das características posturais e morfológicas do SE, sendo que o uso associado da mamadeira e chupeta pode agravar esses efeitos. • O padrão respiratório (nasal ou bucal) sofre influência direta da exposição ao AM e de bicos artificiais.
	Fala e linguagem oral	<ul style="list-style-type: none"> • O uso de chupeta altera a cavidade oral, limitando o balbúcio, a imitação dos sons e a emissão das palavras, levando à vocalização distorcida. • O tempo e a intensidade de uso de chupeta podem influenciar negativamente a aquisição, a produção dos sons e o desenvolvimento da linguagem oral.
Dentição		<ul style="list-style-type: none"> • Uso de chupeta pode produzir e/ou acentuar as maloclusões; ao propiciar o uso de forças musculares inadequadas pode promover alterações anatômico-funcionais indesejáveis. • Persistência do hábito oral (mais de 3 anos) aumenta significativamente a probabilidade de o indivíduo apresentar características oclusais indesejáveis. • Principais maloclusões em usuários de chupeta: mordida aberta e mordida cruzada.
Otite média aguda		<ul style="list-style-type: none"> • Na sucção da chupeta não existe o constante estímulo do músculo tensor do palato membranoso, o principal responsável pela abertura da tuba auditiva e que tem um importante papel na prevenção das otites médias. • Relação entre o uso de chupeta e aumento da incidência de otite média aguda é consistente.
Segurança imunológica, física e química		<ul style="list-style-type: none"> • Chupetas são potenciais reservatórios de infecção e estão associados ao aumento na probabilidade de hospitalização por sintomas respiratórios, otite, vômitos, aftas, febre, diarreia, cólica e mortalidade infantil. • Cândida é mais comum em usuários de chupetas do que em não usuários. • Presença de <i>N-nitrosamina</i> na borracha, que se volatiliza quando em contato com a saliva; e • Risco de asfixia e estrangulamento causados por partes e acessórios da chupeta.
Níveis de inteligência		<ul style="list-style-type: none"> • O uso de chupeta foi uma das variáveis preditoras que mais influenciou de forma independente o menor desempenho em testes de inteligência na vida adulta. Os usuários de chupeta apresentaram desempenho 16% menor do que os que não usaram a chupeta na infância. Hipótese: criança que utiliza a chupeta é menos solicitante por atenção e como consequência passa a ser menos estimulada por seus pais ou pessoas com quem ela convive.
Vícios orais na vida adulta		<ul style="list-style-type: none"> • O uso prolongado da chupeta na infância pode ser substituído ao longo da vida por fumar, comer excessivamente ou outros transtornos compulsivos.

† A presença e agravamento dos problemas bucais e alteração no desenvolvimento orofacial dependem da duração (período de utilização), da frequência (número de vezes ao dia) e da intensidade (duração de cada sucção e atividade muscular envolvida) do uso dos bicos artificiais e idade em que esse hábito é abandonado. O padrão genético e de crescimento de cada criança bem como intercorrências nas vias aéreas além da tonicidade da musculatura orofacial são fatores que poderão contribuir para a instalação e gravidade dos efeitos deletérios⁸²

todo Canguru – política pública adotada há 15 anos no país – preconiza que a transição de sonda para a via oral nos bebês prematuros/baixo peso aconteça preferencialmente por meio de uma das seguintes técnicas: translactação[‡] (indicada para recém-nascidos pré-termo abaixo de 1.500 g); sonda - peito (técnica da mama vazia); copinho, indicada nos casos de ausência temporária da mãe ou incapacidade de mamar⁹⁰. Ensaio clínico randomizado observou maior duração do AME e menor risco de desmame na 1ª quinzena após a alta hospitalar entre os bebês que foram amamentados com a técnica de translactação com avaliação da prontidão oral.⁹¹ Nota-se que as técnicas alternativas à utilização da chupeta ou bicos artificiais para a transição alimentar em recém-nascidos pré-termo e de baixo peso de nascimento endossadas pelo Ministério da Saúde, por meio do Método Canguru, beneficiam os desfechos de amamentação, sobretudo a exclusiva⁹⁰⁻⁹².

Redução da SMSL

Estudos sugerem o potencial efeito protetor da chupeta contra a SMSL[§]. Meta-análise conduzida em 2005 para verificar a associação entre uso de chupeta (efeito protetor) e SMSL concluiu que o uso de chupeta diminui significativamente o risco desse evento, especialmente quando oferecida na hora de dormir⁹³. Os autores recomendam que a chupeta seja oferecida para a criança

durante o sono e, em consideração aos efeitos negativos do seu uso, limitam sua recomendação para as crianças com até 1 ano de idade e reforçam que a chupeta deve ser introduzida após o estabelecimento do AM⁹³. O mesmo grupo de pesquisadores conduziu, em 2011, uma meta-análise, desta vez explorando o efeito protetor da amamentação na SMSL⁹⁴. A conclusão foi de que a amamentação, em especial a exclusiva, protege o lactente contra a ocorrência da SMSL, independente dos demais fatores de risco⁹⁴.

Publicação recente de um relatório técnico americano sobre a SMSL e outras mortes infantis relacionadas ao sono atualizou as diretrizes e recomendações para a segurança do sono e do ambiente de dormir²⁶. O uso de chupeta continua sendo uma das recomendações para a prevenção desse desfecho. Apesar de os autores fazerem importantes considerações em relação aos efeitos adversos do uso de chupeta na saúde infantil, eles enfatizam, com base na revisão da *Cochrane*²⁹, que o uso de chupeta não afeta a amamentação; dessa forma, apesar de recomendar enfaticamente a amamentação exclusiva como elemento protetor da SMSL, recomendam também a oferta da chupeta a lactentes com risco para a SMSL, uma vez que sua eficácia de proteção foi de 50 a 90%. Vale ressaltar que a hipótese de que a chupeta protege contra a SMSL é baseada no fato desse artefato manter a língua do lactente em uma posição que mantém a via aérea livre. Entretanto, essa hipótese só é válida enquanto a chupeta permanecer na boca da criança. Como as crianças que utilizam chupeta frequentemente a soltam quando adormecem, não há como saber, na maioria das vezes, se a criança estava utilizando ou não a chupeta no momento do óbito. Esse fato gera um viés de difícil controle nos estudos sobre a associação entre uso de chupeta e SMSL; por isso, a relação de causalidade permanece incerta⁹⁵. É importante mencionar que a magnitude do efeito protetor da amamentação sobre a SMSL é maior que o conferido pelo uso de chupeta. Embora no Brasil não existam estatísticas oficiais sobre a ocorrência da SMSL, o que se sabe é que muito se avançou em termos de mortalidade infantil devido à melhoria no acesso ao acom-

‡ É uma técnica que consiste no estímulo precoce à sucção com a suplementação da alimentação do pré-termo por meio de uma seringa preenchida com leite, acoplado a um tubo plástico inserido na boca do bebê. Coloca-se o bebê no peito abocando a aréola e a sonda, e à medida que ele suga o peito, o leite da seringa fluirá pela gravidade através da sonda para dentro de sua boca.

§ Atribui-se à SMSL as mortes infantis que não podem ser explicadas após investigação completa do caso, incluindo investigação da cena, necrópsia e revisão da história clínica. Há pelo menos três componentes envolvidos: (1) *criança vulnerável* (cardiorrespiratória disfuncional e/ou excitação disfuncional e/ou imaturo); (2) *idade crítica para o desenvolvimento da síndrome* (costuma ocorrer antes dos 6 meses e parecem existir disparidades relacionadas a raças e etnia); (3) *fator estressante exógeno* (posição de dormir de bruços, superaquecimento, obstrução das vias aéreas). Assim, a morte pode ocorrer como resultado da interação entre um lactente vulnerável e um ambiente de sono com riscos potenciais. Crianças que morrem de SMSL são mais propensas a ter nascida pré-termo e/ou com restrição do crescimento intrauterino. Outras condições ambientais intraútero adversas incluem a exposição à nicotina ou a outros componentes da fumaça do cigarro e do álcool²⁶.

panhamento pré-natal, no padrão da assistência ao parto e à gestante, à vacinação em massa de crianças pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁹⁶ e, provavelmente, ao avanço dos indicadores de AM. Essa constatação, somada aos possíveis efeitos adversos do uso de chupeta na amamentação, fizeram com que o Ministério da Saúde, desde 2007, adotasse como única recomendação específica para um sono seguro o decúbito dorsal como posição de dormir⁹⁷.

Manejo da dor no recém-nascido

O uso de chupeta tem sido recomendado no gerenciamento da dor ou do desconforto em recém-nascidos e lactentes que tiveram complicações no período pós-parto e em procedimentos invasivos e dolorosos. Os autores que defendem essa prática afirmam que a chupeta inibe a hiperatividade e modula o desconforto, ajudando na organização neurológica, redução da atividade motora e estados de excitação, além do efeito favorável na modulação cardíaca, respiratória e saturação de oxigênio⁹⁸. De modo semelhante, ensaios clínicos randomizados mostram que a amamentação de recém-nascidos durante procedimentos dolorosos também reduz a dor⁹⁹. Os mecanismos envolvidos na redução da dor pela amamentação são múltiplos e incluem sucção, contato pele a pele, calor, balanço, cheiro, voz materna e, possivelmente, opiáceos endógenos presentes no leite materno. Revisão sistemática recente concluiu que amamentar reduz consistentemente respostas comportamentais como grito e escores de dor durante e após a vacinação, e que esse benefício se estende para além do período neonatal¹⁰⁰. Além disso, os recém-nascidos no grupo que foi amamentado durante o procedimento doloroso apresentaram menor aumento na frequência cardíaca, diminuição da proporção de tempo de choro (redução na duração do primeiro choro e tempo total de choro) em comparação com o grupo que recebeu chupeta ou outras estratégias para o manejo da dor. Dessa forma, se estiver disponível, a amamentação deve ser praticada para aliviar a dor em recém-nascidos submetidos a um único procedimento doloroso¹⁰¹.

Modulação do comportamento agitado do bebê

Entre os benefícios citados do uso de chupeta está seu efeito tranquilizante sobre o comportamento agitado do bebê, especialmente em crianças irritadas e com cólicas, em gemelares e em filhos de mulheres com puerpérios complicados, tranquilizando e diminuindo os episódios de choro da criança¹⁰². O uso de chupeta aos 2-4 meses potencialmente modifica o comportamento do lactente; dessa forma, os usuários de chupeta teriam mais regularidade em seus comportamentos, como por exemplo, horários para dormir, nos movimentos intestinais, na alimentação, etc³⁴. Entretanto, é importante enfatizar que existem outras estratégias para acalmar bebês e manejar o seu choro, como organizar globalmente o bebê, aconchegá-lo, cantar, praticar contato pele-a-pele, banhá-lo, usar o ofurô; sendo essas estratégias importantes, inclusive para proporcionar um melhor desenvolvimento infantil.

O uso de chupeta e a modulação do comportamento da criança pode ser compreendida de maneira distinta para bebês e crianças maiores de 18 meses. Entretanto, para qualquer idade da criança é importante que os pais sejam capazes de suportar a angústia do choro da criança e de dar um tempo para compreender/significar qual o incômodo e/ou a necessidade da criança que causou o choro. Segundo Feliciano¹⁰³, o uso de chupeta por crianças que já adquiriram a fala, muitas vezes em idades extremas como 7, 8 e até 10 anos, é um alerta. Os pais precisam refletir sobre o que se passa emocionalmente com elas e qual a função psíquica da chupeta na vida dessas crianças. Cientes do motivo, poderão oferecer a elas um acolhimento afetivo que possa ajudá-las na elaboração do problema e, assim, a chupeta poderá ser abandonada.

Sucção do dedo *versus* chupeta

Por volta dos 2 meses os bebês costumam colocar um ou mais dedos (ou a mão) na boca

e muitas famílias tendem a oferecer a chupeta nessa fase como opção à sucção do dedo.

Evidências apontam que o uso de chupeta não é menos nocivo que a sucção digital para a saúde da criança.^{44, 49, 55, 59-64} O dedo, no entanto, se assemelha mais ao peito pela posição que ocupa dentro da cavidade bucal e por possuir calor, odor e consistência mais parecidos ao do mamilo.⁴⁴ Além disso, a prevalência e a persistência da sucção de dedo são menos frequentes em crianças amamentadas.^{44,49,55,59-64}

Ao abordar essa temática delicada, é importante que os pais recebam informação do quanto é comum a sucção dos dedos/mãos durante o desenvolvimento infantil, podendo ocorrer já na vida intrauterina. Estratégias para lidar com essa fase do desenvolvimento podem ser apresentadas pelo profissional de saúde e discutidas com a família como, por exemplo, a continuidade da amamentação em livre demanda, a oferta de estímulos, como mordedores e chocalhos, e outras brincadeiras que chamem a atenção da criança e lhe forneçam conforto e carinho, para que a sucção digital cesse espontaneamente, isto é, sem tornar-se um hábito.

Como abordar as famílias?

A abordagem dos especialistas em saúde da criança deve incluir os prós e contras o uso de chupeta: benefícios e riscos dessa prática, incluindo menor duração da amamentação, devem ser cuidadosamente considerados.

A decisão final sobre o uso ou não de chupeta será sempre da família; entretanto, é responsabilidade da equipe de saúde empoderá-la com informações atuais e baseadas em evidências, e proporcionar uma reflexão conjunta sobre as motivações para o uso da chupeta.

Existem diferentes estratégias para acalmar o bebê¹⁰⁴, sendo a chupeta uma delas. Então, a primeira reflexão deve ser em quais circunstâncias o bebê precisa ser acalmado? E, em se-

guida, como? É comum pais oferecerem chupeta ao bebê tão logo comece a resmungar ou na presença de algum fator que os pais acham que traz desconforto ao bebê; é comum, também, oferecer chupetas às crianças sem nenhum motivo. Na ausência da fala, os resmungos, choros e gritos são o recurso possível para que o bebê se comunique. A chupeta pode fazer com que a criança fique quieta, o que não significa que a necessidade da criança naquele momento tenha sido atendida. A criança acaba "se conformando" com o prazer que lhe é oferecido, ainda que paliativo.¹⁰³

Por isso, é importante investir no diálogo e na escuta atenta e cuidadosa dos pais da criança e familiares durante todo acompanhamento da criança, considerando os aspectos singulares a cada contexto, apoiando as decisões das famílias e adequando as recomendações/estratégias para as famílias que optarem por oferecer a chupeta, como, por exemplo, restringir o seu uso em momentos críticos e, uma vez estabelecido o hábito, suporte para a retirada, se este for o desejo¹⁰⁴.

Ao se privilegiar uma comunicação mais efetiva, emoções que geram culpa, dor, pressão social e obrigação, as quais são frequentes, podem ser acolhidas pelos profissionais de saúde e aproveitadas para uma reflexão sobre os diferentes sentidos que a amamentação e o uso de chupeta podem ter para as pessoas envolvidas nesse processo¹⁰⁵. Cabe aos profissionais conduzir essa reflexão para que as mães/pais/famílias encontrem o seu ponto de equilíbrio.

Dessa forma, duas abordagens clínico-preventivas sobre o uso de chupeta poderiam ser colocadas em prática¹¹:

Abordagem para a população em geral

Nessa abordagem, as ações têm como foco a informação da população em relação aos prós e contras o uso de chupeta em crianças amamentadas, como as campanhas informativas; a divulgação da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância, Bicos, Chupetas e Mamadeiras; e o aconselhamento voltado ao empoderamento

dos pais em relação aos prós e contras o uso de chupeta, formas de consolo para as crianças em substituição à chupeta, especialmente durante o período de amamentação exclusiva, desde a gestação até pelo menos os 6 meses de vida do lactente, sendo fundamental uma abordagem interdisciplinar e em equipe. Recomenda-se que essas ações educativas sejam praticadas com base nos pressupostos do aconselhamento em amamentação, ou seja, com uma abordagem menos prescritiva e mais dialógica visando empoderar e apoiar as famílias para realizar suas próprias escolhas.

Abordagens seletivas

Famílias com maior propensão de oferecer chupeta aos seus filhos (por exemplo, mulheres com dificuldades na amamentação, adolescentes, primíparas e aquelas que trabalham fora do lar e/ou sem rede de apoio) e famílias de crianças que já usam esse artefato: recomenda-se que as estratégias de intervenção com abordagem seletiva sejam oferecidas sob a forma de aconselhamento em consultas individuais, considerando a singularidade de cada situação e destacando a ajuda prática para o manejo das dificuldades na amamentação, a adequação das mensagens a partir da escuta qualificada das percepções maternas e da família quanto à necessidade da utilização da chupeta, a informação sobre os prós e contras no curto e longo prazos para a saúde da criança e o fortalecimento da habilidade e segurança dos pais em manejar o choro/comportamento da criança, incluindo estratégias para o

abandono dessa prática. Ou seja, uma abordagem singular, acolhedora e assertiva numa perspectiva dialógica e sem culpabilização.

Famílias que já introduziram a chupeta aos seus filhos: nesses casos, é relevante conversar com os pais sobre os motivos que os levaram a introduzir a chupeta, qual o papel da chupeta na vida da família e da criança e, sobretudo, quais os motivos que levaram ou levariam a chupeta a permanecer na vida da criança (por 2 anos, por exemplo). Essa compreensão é de extrema importância para que os pais se sintam apoiados no processo de decisão quanto ao momento de retirada da chupeta, como será feita a retirada e se será necessário apoio da equipe multiprofissional.

Considerações finais e recomendações

Diante das evidências disponíveis, é possível afirmar que o uso de chupeta pode ser considerado um dos fatores de risco à manutenção da amamentação, passível de modificação

Nesse sentido, durante o acompanhamento longitudinal da criança, os profissionais de saúde devem se posicionar frente ao tema, fornecendo informações claras e embasadas cientificamente sobre os prós e contras o uso de chupeta em crianças amamentadas, para que os pais se sintam confortáveis e informados adequadamente para fazer suas próprias opções.

REFERÊNCIAS

1. Victora CG, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016; 387(10017):475-490.
2. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet*. 2016; 387(10017): 491-504.
3. Kent G. Child feeding and human rights. *Int Breastfeed J*. 2006;1:27.
4. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Giugliani ERJ, Venancio SI. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Cad Saúde Pública*. 2017. No prelo.
5. Hörnell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr*.1999; 88(2):203-11.
6. Vogel AM, Hutchison BL, Mitchell EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: a prospective cohort study. *J Paediatr Child Health*. 2001; 37: 58-63.
7. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics*. 1997;99:445-453.
8. Victoria CG, Tomasi E, Olinto MTA, Barros FC. Use of pacifier and breastfeeding duration. *Lancet*. 1993;341:404-406.
9. Soares MEM, Giugliani ERJ, Braun ML, Salgado ACN, Oliveira AP, Aguiar PR. Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. *J Pediatr (Rio J)* 2003;79(4):309-16.
10. Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Venancio SI. Pacifier Use and Exclusive Breastfeeding in Brazil. *J Hum Lact*. 2016;32(3):NP52-60.
11. Buccini GS. Evolução do uso de chupeta e sua influência no aleitamento materno exclusivo no Brasil, 1999-2008 [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2017.
12. Fein SB. Exclusive breastfeeding for under-6-month-old children. *J Pediatr (Rio J)*. 2009; 85(3):181-182.
13. Cunha JLA, Leite AM, Machado MM. Breastfeeding and pacifier use: implications for healthy policy. *JPediatr (Rio J)*. 2009; 85(5):462-463.
14. Righard L. Are breastfeeding problems related to incorrect breastfeeding technique and the use of pacifier and bottles? *Birth*. 1998;25(1):40-44.
15. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr*. 1995;126(6):S125-9.
16. Kronborg H, Vaeth M. How are effective breastfeeding technique and pacifier use related to breastfeeding problems and breastfeeding duration? *Birth*. 2009;36(1):34-42.
17. Kramer MS, Barr RG, Dagenais S, Yang H, Jones P, Ciofani L, Jané F. Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;286(3):322-6.
18. Eidelman AI, Schanler RJ, Johnston M, Landers S, Noble L, Szucs K, Viehmann L. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-e841.
19. Sexton S, Natale R Risks and Benefits of Pacifiers. *Am Fam Physician*. 2009;79(8):681-685.
20. Canadian Paediatric Society Community Paediatrics Committee. Recommendations for the use of pacifiers. *Paediatr Child Health*. 2003;8:515-9.
21. World Health Organization (WHO). Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices: Conclusions of A Consensus Meeting Held. 2007 November 6-8. Washington, DC, USA: WHO; 2008.
22. Pérez-Escamilla R, Martinez JL, Segura-Perez S. Impact of the Baby-friendly Hospital Initiative on breastfeeding and child health outcomes: a systematic review. *Matern Child Nutr*. 2016;12(3):402-17.
23. Passanha A, Benicio MHDA, Venancio SI, Reis MCG. Influence of the support offered to breastfeeding by maternity hospitals. *Rev Saúde Pública*. 2015;49(85).
24. Digirolamo AM, Grummer-Strawn LM, Fein SB. Effect of maternity care practices on breastfeeding. *Pediatrics*. 2008;122:S2-S43.
25. Sinha B, Chowdhury R, Sankar MJ, Martines J, Taneja S, Mazumder S, et al. Interventions to improve breastfeeding outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(Suppl. 467):114-35.
26. Moon RY and Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: Evidence base for 2016 updated recommendations for a safe infant sleeping environment. *Pediatrics*. 2016:e20162940.
27. O'Connor NR, Tanabe KO, Siadaty MS, Hauck FR. PACIFIERS and breastfeeding: a systematic review. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2009;163:378-82.

28. Santos Neto ET, Oliveira AE, Zandonade E, Molina MCB. Pacifier use as a risk factor for reduction in breastfeeding duration: a systematic review. *Rev Bras Saude Materno Infantil*. 2008;8(4):377-389.
29. Jaafar SH, Jahanfar S, Angolkar M, Ho JJ. Effect of restricted pacifier use in breastfeeding term infants for increasing duration of breastfeeding. *Cochrane Database of Syst Rev*. 2016 Aug; (8):CD007202.
30. Karabulut E, Yalçın SS, Ozdemir-Geyik P, Karaağaoğlu E. Effect of pacifier use on exclusive and any breastfeeding: a meta-analysis. *Turk J Pediatr*. 2009;51:35-43.
31. Buccini GS, Pérez-Escamilla R, Paulino LM, Araújo CL, Venancio SI. Pacifier use and exclusive breastfeeding interruption: systematic review and meta-analysis. *Maternal & Child Nutrition*. 2016. doi: 10.1111/mcn.12384
32. Zimmerman E, Thompson K. Clarifying nipple confusion. *J Perinatol*. 2015;35(11):895-9.
33. Kair LR, Colaizy TT. Association Between In-Hospital Pacifier Use and Breastfeeding Continuation and Exclusivity: Neonatal Intensive Care Unit Admission as a Possible Effect Modifier. *Breastfeed Med*. 2017;(12):12-19.
34. Kelmanson IA. Use of a pacifier and behavioral features in 2-4-month-old infants. *Acta Paediatr*. 1999; 88(11):1258-61.
35. Barnes GR, Lethin Jr AN, Jackson EB, Shea N. Management of breastfeeding. *J Am Med Assoc*. 1953;151(3):192-9.
36. Sanches MTC. Manejo clínico das disfunções orais na amamentação. *J. Pediatr*. 2004; 80(5):s155-62.
37. North K, Fleming P, Golding J. Pacifier use and morbidity in the first six months of life. *Pediatrics*. 1999;103(3):e34.
38. Aarts C, Hörnell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics*. 1999;104(4):e50.
39. Nelson EAS, Yu LM, Williams S, International Child Care Practices Study Group Members. International Child Care Practices study: breastfeeding and pacifier use. *J Hum Lact*. 2005;21(3):289-295.
40. Brasil. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [relatório]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
41. Castilho SD, Rocha MA. Pacifier habit: history and multidisciplinary vision. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85(6):480-489.
42. Buccini GS, Sanches MTC. Revisão das evidências do impacto do uso de chupeta e mamadeira no desenvolvimento da criança. 22º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia; 08-11Out2014; Joinville, SC, Brasil. Anais: Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia; 2014. p.5665
43. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa). Comitê de Motricidade Orofacial. Vocabulário técnico-científico em Motricidade orofacial. 2003. Disponível: http://www.sbfa.org.br/portal/pdf/dicionario_mfo.pdf.
44. Carvalho, GD. Enfoque Odontológico. In: Amamentação: bases científicas. Org: Carvalho MR e Tavares LAM. 3ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara KOOGAN, 2010; p.85-100.
45. Gomes CF, Oliveira K. Anatomia e fisiologia do sistema estomatognático. In: Amamentação: bases científicas. Org: Carvalho MR e Tavares LAM. 3ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara KOOGAN, 2010; p.13-24.
46. Duarte LIM, Whitake ME. Disfunção Mastigatória – Fatores Etiológicos e o Processo Terapêutico In: Tratado das especialidades em Fonoaudiologia Org: Marchesan IQ; Silva HJ; Tomé MC. 1ª edição, Rio de Janeiro: Editora Rocca, 2014; pg.337-346.
47. Pires SC, Giugliani ERJ, da Silva FC. Influence of the duration on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study. *BMC Public Health*. 2012;12:934.
48. Maciel CTV, Leite ICG. Aspectos etiológicos da mordida aberta anterior e suas implicações nas funções orofaciais. *Pró-fono Revista de Atualização Científica (Barueri)*. 2005;17(3):293-302.
49. Valdrighi HC, Vedovello Filho M, Coser RM, de Paula DB, Rezende SE. Hábitos deletérios x aleitamento materno (sucção digital ou chupeta). *RGO*. 2004;52:237-9.
50. Cattoni DM, Fernandes FD, Di Francesco RC, Latorre MRDO. Características do sistema estomatognático de crianças respiradoras orais: enfoque antroposcópico. *Pró-Fono Revista de Atualização Científica*. 2007;19(4):347-51.
51. Trawitzki LVV, Anselmo-Lima WT, Melchior MO, Grechi TH, Valera FCP. Aleitamento e hábitos orais deletérios em respiradores orais e nasais. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005; 71(6):747-51.
52. Neiva FCB, Cattoni DM, Ramos JL, Issler H. Desmame precoce: implicações para o desenvolvimento motor-oral. *J Pediatr (Rio J)*. 2003;79(1):7-12.
53. Barbosa C, Vasquez S, Parada MA, Gonzalez JCV, Jackson C, Yanez ND, Gelaye B, Fitzpatrick AL. The relationship of bottle feeding and other sucking behaviors with speech disorders in Patagonian preschoolers. *BMC Pediatrics*. 2009;9:66.

54. Shotts LL, McDaniel DM, Neeley RA. The impact of prolonged pacifier use on speech articulation: a preliminary investigation. *CICSD*. 2008;35:72-5.
55. Peres KG, Barros AJD, Peres MA, Victora CG. Efeitos da amamentação e dos hábitos de sucção sobre as oclusopatias num estudo de coorte. *Rev. Saúde Pública* 2007;41(3):343-50.
56. Silva FC, Giugliani ERJ, Pires SC. Duration of breastfeeding and distocclusion in the deciduous dentition. *Breastfeed Med*. 2012;7(6):464-8.
57. Bueno SB, Bittar TO, Vazquez Fde L, Meneghim MC, Pereira AC. Association of breastfeeding, pacifier use, breathing pattern and malocclusion in preschoolers. *Dental Press J Orthod*. 2013;18(1):30.e1-6.
58. Silva FC, Justo Giugliani ER, Capsi Pires S. Duration of breastfeeding and distocclusion in the deciduous dentition. *Breastfeed Med*. 2012;7(6):464-8.
59. Cavalcanti AL, Bezerra PKM, Moura C. Aleitamento natural, aleitamento artificial, hábitos de sucção e maloclusões em pré-escolares brasileiros. *Rev Salud Pública*. 2007; 9(2):194-204.
60. Tomita NE, Bijella VT, Franco LJ. Relação entre hábitos bucais e má oclusão em pré-escolares. *Rev Saúde Pública*. 2000;34(3):299-03.
61. Tomita LM, Carrascoza KC, Possobon RF, Ambrosano GMB, Moraes ABA. Relação entre tempo de aleitamento materno, introdução de hábitos orais e ocorrência de maloclusões. *Passo Fundo. Jul/Dez, 2004*;9(2):101-104.
62. Serra-Negra JMC, Pordeus IA, Rocha JF. Estudo da associação entre aleitamento, hábitos bucais e maloclusões. *Rev Odontol Univ São Paulo* 1997;11:79-86.
63. Warren JJ, Bishara SE. Duration of nutritive and nonnutritive sucking behaviors and their effects on the dental arches in the primary dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2002; 121:37-56.
64. Leite ICG, Rodrigues CC, Faria AR, Medeiros GV, Pires LA. Associação entre aleitamento materno e hábitos de sucção não nutritivos. *Rev Ass Paul Cir Dent*. 1999;53:151-5.
65. Abrahams W, Labbok MH. Breastfeeding and Otitis Media: A Review of Recent Evidence. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2011;11:508–512.
66. Niemelä M, Pihakari O, Pokka T, Uhari M. Pacifier as a risk factor for otitis media: randomized, controlled trial of parental counseling. *Pediatrics*. 2000;106:483-8.
67. Rovers MM, Numans ME, Langenbach E, Grobbee DE, Verheij TJM, Schikder AGM. Is pacifier use a risk for acute otitis media? A dynamic cohort study. *Family Practice*. 2008; 25:233-236.
68. Stavroula Ilia, Galanakis E. Clinical features and outcome of acute otitis media in early infancy. *Int J Infect Dis*. 2013;17:e317–e320.
69. Stone KN, Fleming P, Golding J, The ALSPAC Study Team. Socio-demographic associations with digit and pacifier sucking at 15 months of age and possible associations with infant infection. *Early Human Development*. 2000;60:197-148.
70. Mohamed S, Mosaad AA, Ahmed AF, Azzam J. Recurrent acute otitis media in infants: Analysis of risk factors. *Int J Pediatr Otorhin*. 2013;77:1665–1669.
71. Hesselmar B, Sjöberg F, Saalman R, Aberg N, Adlerberth I, Wold AE. Pacifier cleaning practices and risk of allergy development. *Pediatrics*. 2013;131(6):e1829-37.
72. Mattos-Graner RO, de Moraes AB, Rontani RM, Birman EG. Relation of oral yeast infection in Brazilian infants and use of a pacifier. *ASDC J Dent Child*. 2001;68:33-6.
73. Pedroso RS, Siqueira RV. Pesquisa de cistos de protozoários, larvas e ovos de helmintos em chupetas. *J Pediatr (Rio J)* 1997;73(1):21-25.
74. Tomasi E, Victora CG, Post PR, Olinto MT, Béhague D. Uso de chupeta em crianças: contaminação fecal e associação com diarreia. *Rev Saúde Pública*. 1994;28:373-9.
75. North K, Fleming P, Golding J, and the ALSPAC study team. Pacifier use and morbidity in the first six months of life. *Pediatrics*. 1999;103(3).
76. Bouma K, Nab FM, Schothorst RC. Migration of N-nitrosamines, N-nitrosatable substances and 2-mercaptobenzthiazol from baby bottle teats and soothers: a Dutch retail survey. *Food Addit Contam*. 2003;20(9):853-8.
77. Castegnaro M, Pollock JR, Friesen M. Possible underestimation of nitrosatable amine levels in artificial saliva extracts of children's rubber pacifiers and baby-bottle teats. *IARC Sci Publ*. 1987;(84):377-9.
78. Corea-Téllez KS, Bustamante-Montes P, Garcia-Fábila M, Hernández-Valero, Vázquez-Moreno F. Estimated risks of water and saliva contamination by phthalate diffusion from plasticized polyvinyl chloride. *J Environ Health*. 2008;71:34-9.
79. Gale CR, Martyn CN. Breastfeeding, dummy use, and adult intelligence. *The Lancet*. 1996 347(20):1072-75.
80. Arenz S, Rückerl R, Koletzko B, von Kries R. Breast-feeding and childhood obesity—a systematic review. *Int J Obesity*. 2004;28:1247–1256.
81. Ferreira HR, Rosa EF, Antunes JL, Duarte DA, Imparato JCP, Pannuti CM, Mendes FM. Prolonged pacifier use during infancy and

- smoking initiation in adolescence: evidence from a historical cohort study. *Eur Addict Res.* 2015;21:33-38.
82. Degan VV, Puppini-Rontani RM. Remoção de hábitos e terapia miofuncional: restabelecimento da deglutição e repouso lingual. *Pro-Fono.* 2005;17:375-82.
 83. Collins CT, Ryan P, Crowther CA, McPhee AJ, Paterson S, Hiller JE. Effect of bottles, cups, and dummies on breast feeding in preterm infants: a randomised controlled trial. *BMJ.* 2004;329(7459):193-8.
 84. Caetano LC, Fujinaga CI, Scochi CGS. Sucção não-nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico. *Rev Lat Am Enferm.* 2003;11(2):232-6.
 85. Neiva FCB. Sucção em recém-nascidos: algumas contribuições da fonoaudiologia. *Pediatria (São Paulo).* 2000; 22 (3) : 264-270.
 86. Neiva FCB, Leone CR. Evolução do ritmo de sucção e influência da estimulação em prematuros. *Pró-Fono.* 2007;19(3):241-248.
 87. Neiva FCB, Leone CR. Efeitos da estimulação da sucção não-nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. *Rev Paul Pediatr.* 2007;25(2):129-34.
 88. Neiva FCB, Leone CR. Sucção em recém-nascidos pré-termo e estimulação da sucção. *Pró-Fono.* 2006;18:141-50.
 89. Callen J, Pinelli J. A review of the literature examining the benefits and challenges, incidence and duration, and barriers to breastfeeding in preterm infants. *Adv Neo Care.* 2005;5(2):72-88.
 90. Brasil. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
 91. Rossetto EG. O uso da translactação para o aleitamento materno de bebês nascidos muito prematuros: ensaio clínico randomizado [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011.
 92. Sanches MTC, Costa R, Azevedo VMGO, Morsch DS, Lamy ZC, organizadores. Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública. São Paulo: Instituto de Saúde; 2015.
 93. Hauck FR, Omojokun OO, Siadaty MS. Do Pacifiers Reduce the Risk of Sudden Infant Death Syndrome? *Pediatrics.* 2005;116(5):e716- e723.
 94. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics.* 2011;128(1):103-110.
 95. Blair PS, Sidebotham P, Berry PJ, Evans M, Fleming PJ. Major epidemiological changes in sudden infant death syndrome: a 20-year population-based study in the UK. *The Lancet.* 2006; 367(9507): 314-319.
 96. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 177-198.
 97. BRASIL. Caderneta da Criança – Passaporte para a Cidadania. Brasília, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/10/ConsultaPublica.%2025.Caderneta.pdf>
 98. Pillai Riddell RR, Racine NM, Gennis HG, Turcotte K, Uman LS, Horton RE et al. Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015; (12):CD006275.
 99. Carbajal R, Veerapen S, Couderc S, Jugie M, Ville Y. Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *BMJ.* 2003; 326:13-18.
 100. Harrison D, Reszel J, Bueno M, Sampson M, Shah VS, Taddio A, et al. Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Oct;10:CD011248.
 101. Shah PS, Herbozo C, Aliwalas LL, Shah VS. Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;12:CD004950.
 102. Gotsch G. Pacifiers: yes or no? *New Beginnings.* 1995;12:172-3.
 103. Feliciano D. PARA QUE SERVE A CHUPETA. Departamento de Saúde Mental. Sociedade Paulista de Pediatria. 2017.
 104. JAMA PATIENT PAGE [homepage on the Internet]. Pacifiers and Breastfeeding. *JAMA.* 2001; 286(3):374. Disponível em: jamanetwork.com/issue.aspx?issueid=23377. Citado: 05 NOV 2016.
 105. Sudo ARC. Amamentação e uso de mamadeiras e chupetas: o que dizem os estudos qualitativos? [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense; 2012.

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:
Virginia 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)
Analiária 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 Régio 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 Silvanly ((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)
Virginia 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
Altacilio 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)

Altacilio 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)
Sílvia 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 DOUTRINA 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)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)
Valmin 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 de Lima Machado (ES)

Secretário Geral:
Reinaldo de Menezes Martins (RJ)