

# Boletim informativo da Academia Brasileira de Pediatria



## NESTA EDIÇÃO

### Comissão científica

O Impacto da Audição no  
Desenvolvimento Infantil

### Comissão de Admissibilidade

Em Vitória, prof. dr. Joel Alves Lamounier  
toma posse como acadêmico da ABP

Academia Brasileira de Pediatria divulga  
abertura da vaga para acadêmico titular  
referente à cadeira nº 23

### 26º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria

26º Fórum da ABP reúne especialistas  
em Vitória para discutir violência contra  
crianças e adolescentes

### Cultura & lazer

O livro infantil Bel e a Origem de Tudo, de  
autoria de Bruno Gualano, professor da  
Faculdade de Medicina da Universidade  
de São Paulo (FM-USP)

## Palavra da presidente

## Impacto do aleitamento materno na morbimortalidade infantil e na saúde materna

Globalmente, as doenças diarreicas e as infecções respiratórias agudas são as principais causas de morbidade e mortalidade em crianças menores de 5 anos. Os benefícios do aleitamento materno (AM) exclusivo na redução do risco de infecções gastrointestinais e respiratórias estão bem documentados. O aleitamento materno ideal pode salvar anualmente a vida de milhares de crianças em países de baixa renda. Apesar das evidências, cerca de 63% dos bebês de 0 a 6 meses não são amamentados exclusivamente em todo o mundo. Os 70 estudos sobre aleitamento materno publicados entre 2010 e 2022 conforme uma revisão de Ijzerman, 1922 - Hossain e Mirshah mostraram sua influência em países de baixa e alta renda. O aleitamento materno exclusivo com uma duração mais longa mostrou-se também protetor contra muitas doenças infecciosas. O leite materno fornece ao recém-nascido e ao lactente diversos fatores bioativos, incluindo componentes imunomoduladores, antimicrobianos e prebióticos, que modulam o microbioma infantil e a maturação do sistema imunológico. As proteínas desempenham uma infinidade de funções vitais no crescimento, desenvolvimento e saúde geral, e mais de 400 proteínas diferentes estão presentes no leite materno, abrangendo diversas funções. As células imunes da mãe são transferidas para a criança através da amamentação, incluindo macrófagos, células T, linfócitos e células-tronco, que ajudam a fortalecer o sistema imunológico em desenvolvimento. Victora diz com muita propriedade que o leite materno, não é apenas uma fonte de nutrição perfeitamente adaptada para o bebê, mas provavelmente o medicamento personalizado mais específico que ele ou ela poderá receber, administrado em um momento em que a expressão gênica está sendo ajustada para a vida toda. 2 Outros fatores, como hormônios, também estão presentes no leite materno e podem ter efeitos a longo prazo, incluindo a síndrome metabólica. Estudos mais recentes sobre a associação entre amamentação e aumento do QI em crianças reforçam o impacto positivo dessa prática no neurodesenvolvimento, tanto em nascimentos a termo quanto em nascimentos prematuros e em crianças com maior risco de desenvolver transtornos do espectro autista. Apoiando ainda mais o efeito da amamentação no neurodesenvolvimento, múltiplos estudos relataram diferentes composições cerebrais em bebês amamentados em comparação com aqueles que nunca foram amamentados, ou dependendo da duração da amamentação, com impactos na substância cinzenta, nos volumes do hipocampo bem como na ativação cerebral e na espessura cortical. A amamentação pode ajudar a

### Lícia Maria Oliveira Moreira

Presidente da Academia Brasileira de Pediatria (ABP)  
Titular da cadeira nº 4 da ABP



prevenir a leucemia infantil., Shu et al. (1999) mostraram que ter sido amamentado em algum momento da vida estava correlacionado com um risco 21% menor de desenvolver leucemia aguda infantil em comparação com nunca ter sido amamentado. No entanto, estudos mais recentes relataram que um risco 20% menor da doença foi observado quando a criança foi amamentado por pelo menos 6 meses, enquanto ter sido amamentado em algum momento da vida, em comparação com nunca ter sido amamentado, foi associado a um risco 9% menor (Amitay & Keinan-Boker, 2015). O leite materno também é uma importante fonte de energia e nutrientes para crianças de 6 a 23 meses e reduz a mortalidade entre crianças desnutridas.

Num estudo realizado no Brasil nas capitais e no DF entre 1999 e 2008 com 34.366 crianças menores de 1 ano verificou-se que, no total das crianças analisadas, 67,7% mamaram na primeira hora de vida, variando de 58,5% em Salvador/BA a 83,5% em São Luís/MA.

A prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF. O comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA.

A duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do AM de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e DF.

Conclui-se que houve melhora significativa da situação do aleitamento materno no período analisado, persistindo diferenças entre as regiões e capitais avaliadas, porém ainda distantes do cumprimento das metas propostas pela OMS e MS, de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e manutenção da amamentação até o segundo ano de vida ou mais.<sup>4</sup>

No Brasil, em 1990, a taxa de mortalidade infantil em crianças menores de cinco anos chegava a assustadores 66 bebês em cada mil nascidos vivos. Em 2014, esse número despencou para 12,9, conforme informações do Portal Brasil, estando estes resultados estreitamente relacionados ao aumento do aleitamento materno.

Apesar da queda de 80% na taxa de mortalidade, num período de 14 anos, apenas 41% das mães brasileiras amamentam até o sexto mês de vida – ainda assim índice duas vezes maior que em países como China, Estados Unidos e Reino Unido. O aleitamento materno no Brasil é um exemplo a ser seguido no mundo, as campanhas por aqui lutam para conscientizar mulheres sobre os seus benefícios.

Dados recentes do MS (2025) mostraram que Mato Grosso do Sul está entre os estados brasileiros com melhores

índices de aleitamento materno exclusivo: 64% das crianças menores de seis meses no Estado recebem exclusivamente leite materno, percentual acima da média nacional. No mesmo panorama, o estado do MTS apresenta 60% de aleitamento materno complementar, quando a criança recebe alimentos sólidos ou semissólidos em conjunto com o leite materno, de 6 meses a 2 anos de idade.

Conforme o ENANI (Estudo Nacional de Alimentação e Nutrição Infantil), a taxa de aleitamento materno exclusivo no Brasil é de 45,8% entre crianças menores de 6 meses. O Brasil estabeleceu a meta, recomendada pela OMS (Organização Mundial da Saúde), de que 70% das crianças sejam amamentadas exclusivamente até 2030.<sup>6</sup>

De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), o aleitamento materno, se realizado até seis meses, pode evitar, por ano, a morte de 1,3 milhão de crianças menores de 5 anos. (Mota, TCA, agosto, 2017).<sup>4\*</sup>



***“A prevalência do AME em menores de 6 meses foi de 41,0% no conjunto das capitais brasileiras e DF. O comportamento desse indicador foi bastante heterogêneo, variando de 27,1% em Cuiabá/MT a 56,1% em Belém/PA.”***

De acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança, toda criança tem o direito a uma boa alimentação.

Metade de todas as mortes infantis estão associadas à desnutrição.

A OMS e a UNICEF recomendam que todos os bebês iniciem a amamentação na primeira hora após o nascimento, sejam amamentados exclusivamente durante os primeiros 6 meses de vida e continuem a amamentação até os 2 anos de idade ou mais, enquanto alimentos complementares (sólidos) nutricionalmente adequados e seguros são introduzidos a partir dos seis meses. Quase 400 000 mortes entre crianças menores de 5 anos poderiam ser evitadas todos os anos se todos os bebês fossem amamentados exclusivamente durante os primeiros seis meses e continuassem a amamentação até os dois anos ou mais.<sup>1,2</sup>

Diversos estudos focados em diferentes países avaliaram os custos econômicos da falta de aleitamento materno, estimando o custo da morbidade e mortalidade evitáveis, atribuíveis ao aleitamento materno, bem como as perdas econômicas derivadas da mortalidade infantil e materna e das perdas cognitivas.

Os dados disponíveis para avaliar o número de mortes infantis anuais por diarreia e pneumonia que poderiam ser evitadas seguindo as recomendações da OMS para o aleitamento materno, foi estimado em 595.279 e em mulheres, 98.243 mortes por câncer de mama, câncer de ovário e diabetes tipo 2 poderiam ser evitadas com o aleitamento materno. Do ponto de vista econômico, o custo atribuído à morbidade e mortalidade evitáveis sofridas por mães e seus filhos fica em torno de US\$ 1,1 bilhão por ano.

De acordo com o Relatório Global sobre Aleitamento Materno, em 2023, o aleitamento materno foi iniciado na primeira hora após o nascimento em 46% dos recém-nascidos, e 48% dos bebês foram amamentados até os 6 meses de idade. A meta estabelecida pelo Collective, liderado pelo UNICEF e pela OMS, é alcançar uma taxa global de 70% de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida até 2030. Para atingir esses objetivos, são necessárias intervenções em múltiplos níveis para incentivar e apoiar o aleitamento materno.<sup>3</sup>

Intervenções que se mostraram eficazes incluem educação e apoio ao aleitamento materno antes, durante e após o parto, envolvendo não apenas a mãe, mas também os pais, outros membros da família e a comunidade em geral. As normas da Organização Internacional do Trabalho (OIT) para licença-maternidade são cumpridas em apenas 23% dos países, resultando em proteção inadequada para milhões de mães trabalhadoras, das quais 80% estão na

África e na Ásia. Em última análise, o investimento para melhorar as taxas de aleitamento materno tem efeitos benéficos na saúde das mães e de seus bebês, bem como na economia global em geral.<sup>3</sup>

A importância do aleitamento materno em países de baixa e média renda é amplamente reconhecida, mas há menos consenso sobre sua importância em países de alta renda. Nesses países, apenas 37% das crianças menores de 6 meses são amamentadas exclusivamente.

A ampliação do aleitamento materno para um nível quase universal poderia prevenir 823.000 mortes anuais em crianças menores de 5 anos e 20.000 mortes anuais por câncer de mama. Descobertas epidemiológicas e biológicas da última década ampliam os benefícios já conhecidos do aleitamento materno para mulheres e crianças, sejam elas ricas ou pobres.<sup>4</sup>

Segundo Victora-2016, mais de 80% dos recém-nascidos recebem leite materno em quase todos os países. No entanto, apenas cerca de metade inicia a amamentação na primeira hora de vida, embora essa recomendação tenha sido emitida pela OMS há mais de 25 anos.

Na maioria dos países, as taxas de aleitamento materno exclusivo estão abaixo de 50%, e a correlação com a duração da amamentação geralmente é apenas moderada. Nos países mais pobres, o início tardio e as baixas taxas de aleitamento materno exclusivo são os principais desafios. Nos países de renda média e alta, a curta duração total da amamentação é um desafio adicional.<sup>2</sup>

Além dos benefícios para a criança, o aleitamento materno também tem sido associado à saúde materna e consequentemente à saúde da população. (Dieterich et al., 2013). Evidências mostram que o aleitamento materno e o contato pele a pele após o parto auxiliam na recuperação pós-parto, induzindo a liberação de ocitocina na mãe, o que pode contribuir para a redução do sangramento pós-parto e ajudar o útero a retornar ao seu tamanho pré-gestacional mais

rapidamente Saxton et al., 2015). O aleitamento materno tem sido associado a menores níveis de depressão e estresse pós-parto, com um efeito dose-resposta observado. Mães que praticaram aleitamento materno misto apresentaram maior percepção de estresse e depressão pós-parto em comparação com mães que amamentaram exclusivamente. Vários estudos relataram maior perda de peso em mães que amamentaram em comparação com mães que alimentaram seus recém-nascidos com fórmula infantil, com uma possível relação dose-resposta, na qual maior perda de peso foi correlacionada com a exclusividade e a duração do aleitamento materno (Baker et al.).

A redução do risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 e de doenças cardiovasculares na mãe também pode ser uma consequência do aleitamento materno (Pinho-Gomes et al., 2021; Tschiderer et al., 2022)<sup>5</sup>. Uma metanálise recente integrou dados de 16 estudos, constatando uma redução de 27% no risco de desenvolvimento de diabetes tipo 2 em mães que amamentaram em comparação com mães que nunca amamentaram (Pinho-Gomes et al., 2021). Mulheres que desenvolveram diabetes mellitus gestacional podem apresentar uma redução de risco ainda maior, e um efeito dose-resposta também foi observado, com cada mês adicional de lactação associado a uma redução de 1% no risco de desenvolvimento da doença (Pinho-Gomes et al., 2021). De forma semelhante, uma metanálise que investigou o efeito da amamentação sobre desfechos de doenças cardiovasculares encontrou proteção exercida por essa prática para acidente vascular cerebral, doença coronariana e doença cardiovascular fatal (Tschiderer et al. 2022).

Foi demonstrado que a amamentação reduz tanto o câncer de ovário quanto o de mama, independentemente da gravidez (Babic et al., 2020; Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer, 2002). Uma análise conjunta recente, integrando dados de 13 estudos de caso-controle, constatou que, em casos isolados de amamentação, amamentar entre 1 e 3 meses levou a uma redução de 18% no risco de desenvolvimento de câncer de ovário, e amamentar por  $\geq 12$  meses foi associado a uma redução de 34% no risco (Babic et al., 2020).

A proteção foi observada não apenas para o câncer de ovário em geral, mas também para o subtipo grave de alto grau, que apresenta a maior mortalidade. O aleitamento materno pode impactar na saúde da população a partir da infância, passando pela adolescência, até a idade adulta. Desde a proteção contra infecções até a redução do risco de obesidade, diabetes tipo 1, leucemia infantil, redução de alergias portanto muitos resultados positivos para a saúde são observados em quem recebe leite materno.

Além das crianças e das mães, a sociedade em geral também é impactada devido aos custos evitáveis relacionados à morbidade e mortalidade, decorrentes da falta de acesso ao leite materno.<sup>1,3</sup>

## Referências

1. Ritchie H. Metade de todas as mortes infantis estão ligadas à desnutrição [website]. Our World in Data; 2024).
2. Victora CG et al, Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. The Lancet Breastfeeding Series Group, 2016
3. Patnode CD et al. Aleitamento materno e seus efeitos na saúde de bebê e crianças: uma revisão sistemática. Organização Mundial da Saúde e Fundo das Nações Unidas Pediatría (2025) 156 (1).
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde, 2009.
5. Tschiderer et al. "Breastfeeding Is Associated With a Reduced Maternal Cardiovascular Risk: Systematic Review and Meta-Analysis Involving Data From 8 Studies and 1 192 700 Parous Women" Journal of the American Heart Association (JAHA), 2022.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Rede Alyne março, 2025.

## Comissão científica

## O impacto da audição no desenvolvimento infantil

Os atrasos do desenvolvimento da fala, assim como todas as questões que envolvem o desenvolvimento da criança são sempre assuntos atuais. Nos dias de hoje, tantas questões são levantadas frente a um maior número de diagnóstico dos transtornos do espectro autistas e outras neurodivergências, uso de telas, pouco estímulo por parte das famílias, entre outras.

Mas não se pode deixar de lado o quanto a audição é fundamental para o desenvolvimento e em especial sobre o desenvolvimento da fala e linguagem.

Tanto é que a última diretriz da Sociedade Brasileira de Neurologia Pediátrica incluiu no ano passado a necessidade de avaliação auditiva para os critérios para diagnóstico dos transtornos do desenvolvimento<sup>1</sup>.

Estima-se que os problemas de fala e linguagem tenham uma prevalência entre 5% e 12% na população infantil<sup>2</sup>.

### Ouvir

A criança que nasce com perda auditiva, já nasce com atraso de estímulos, já a audição começa muito cedo, ainda no útero materno, por volta da 20ª semana de gestação. No terceiro trimestre, o cérebro fetal já demonstra atividade cortical em resposta a estímulos auditivos, processando sons<sup>3</sup>.

Desde muito cedo, as funções auditivas são um sistema de aviso que nos informam do bem-estar e da estabilidade do nosso envolvimento e portanto nos conferem segurança em relação ao meio ambiente e possíveis ameaças, ao conforto e aconchego. Nos permitem a localização do som, e a interpretação do que aquele som representa.

Ouvir relaciona-se com o envolvimento social e assim crucialmente, no desenvolvimento do pensamento e da linguagem<sup>3</sup>.

### Ouvir e falar

Após o nascimento, existe um período sensível para a aprendizagem fonética, que ocorre entre os 6 e 12 meses de idade e o que permite que a criança aprenda qualquer língua sem sotaque. Durante a infância, a experiência auditiva é o que impulsiona o ajuste fino dos mapas acústicos e a especialização das redes neurais para os fonemas da língua materna<sup>2</sup>.



**Prof. Dra. Renata Di Francesco**

Professora Livre-Docente Disciplina de Otorrinolaringologia da Faculdade de Medicina da USP

Presidente do Departamento de Otorrinolaringologia da Sociedade Brasileira de Pediatria

Antigamente, a conduta comum era observar e aguardar a evolução da fala com o crescimento... “cada criança no seu tempo”. No entanto, a recomendação atual prioriza a identificação precoce e a intervenção rápida para minimizar déficits de longo prazo<sup>4</sup>.

### Fala X Linguagem

Sempre vale recordar que fala não é a única forma de linguagem, sim temos a linguagem escrita, outra forma comum de expressão. Mas todas as formas de comunicação com o outro são linguagens, tal como gestos, olhares e até mesmo a linguagem corporal.

É essencial distinguir os dois conceitos:

- **Linguagem:** É o sistema de símbolos (verbal, escrito, gestual, imagens) usado para transmitir e compreender pensamentos, ideias, significados e conceitos.
- **Fala:** É o processo físico e motor de produção de sons, envolvendo o sistema respiratório, a laringe e o sistema oral.

Quando se fala do déficit auditivo, seja ele leve ou profundo, a repercussão reflete principalmente o atraso do desenvolvimento da fala, ponto comum, também aos transtornos do desenvolvimento infantil, incluindo os transtornos do espectro do autismo, além de

outros. Desta forma, é crucial que se possa diferenciar estes dois quadros.

Cabe ressaltar que crianças com neurodivergência do desenvolvimento (incluindo transtorno do espectro autista, transtorno do desenvolvimento da linguagem, deficiência intelectual, TDAH e condições relacionadas) exibem padrões característicos de desenvolvimento da linguagem e da fala que diferem de seus pares neurotípicos. As repercussões se dão na linguagem como um todo, ou seja o contato visual, gestos, simbolismos, etc.

Há uma situação específica denominada o transtorno do desenvolvimento da linguagem (TDL) né caracterizado por dificuldades persistentes na linguagem expressiva e/ou receptiva, com vocabulário reduzido, estrutura de frases limitada e habilidades narrativas prejudicadas, apesar da audição e inteligência normais. A linguagem pragmática pode ser relativamente preservada em pré-escolares, mas pode se tornar mais prejudicada em crianças em idade escolar. Déficits neuropsicológicos (por exemplo, atenção, função executiva) são frequentes e contribuem para a variabilidade individual<sup>5,6</sup>.

### Quando avaliar a audição

A avaliação da audição nos transtornos do desenvolvimento e da fala é mandatória, não apenas como um diagnóstico diferencial, mas ainda avaliar se a criança neurodivergente não apresenta algum grau de perda auditiva o que limitaria ainda mais o seu desenvolvimento e prejudicando, por exemplo todas as terapias a serem implementadas. Mesmo que a criança tenha passado no teste da orelhinha.

Desde 2010, a triagem auditiva neonatal é obrigatória para todos os bebês que nascem no território nacional a (Lei nº 12.303/2010) O teste preconizado é o de Emissões otoacústicas. É um exame de triagem, para saber se a criança ouve ou não. Avalia principalmente crianças com perdas auditivas moderadas a profundas, uma vez que a reabilitação auditiva deve ser instituída ainda no primeiro ano de vida.

Crianças com risco para perda auditiva perinatal (Quadro 1) devem ser submetidas a exames complementares com o Potencial auditivo do tronco encefálico, também conhecido como BERA (brainstem evoked audiometry) para confirmar

ou não a perda auditiva e então encaminhar o bebê para diagnóstico e tratamento.

### Quadro 1: Indicadores de risco para perda auditiva congênita e perinatal\*

- história familiar de perda auditiva
- permanência maior de 5 dias em UTI
- hiperbilirrubinemia com exsanguíneo transfusão
- ECMO
- Rubéola, toxoplasmose, herpes, sífilis e CMV, zikavírus, meningite ou
- encefalite
- má-formações craniofaciais
- microcefalia e outras doenças neurológicas congênitas
- trauma
- quimioterapia
- baixo peso ao nascer
- anoxia perinatal

\*Year 2019 Position Statement: Principles and Guidelines for Early Hearing Detection and Intervention Programs. Journal of Early Hearing Detection and Intervention, 4(2), 1-44. DOI: <https://doi.org/10.15142/fptk-b748>

Passar no teste da orelhinha não é garantia de sempre ouvir bem. Há situações em que a perda auditiva é mais tardia, mesmo sendo congênita, como por exemplo a infecção congênita pelo citomegalovírus.

Mas a perda auditiva adquirida mais comum na infância é a otite média serosa ou secretores, que é muitas vezes subvalorizada.

### A perda auditiva e a otite média

Otites agudas de repetição e principalmente otite média serosa são a principal causa de perda auditiva no primeiro ano de vida e na faixa etária pré-escolar. pode resultar em atrasos na linguagem receptiva e expressiva<sup>7</sup>.

A otite média (aguda de repetição ou serosa) é apontada como a principal causa de perda auditiva no primeiro ano de vida e na idade pré-escolar.



Com a presença da secreção no ouvido por meses, a criança recebe estímulos sonoros distorcidos, o que leva a erros fonéticos, como a omissão ou substituição de sons e dificuldades com consoantes fricativas como /s/ e /z/, assim como surdos-sonoros (p-b, d-t, f-v, k-g). A presença da secreção na orelha média contribui, ainda, pode afetar o equilíbrio e das funções motoras grossas<sup>8</sup>.

No longo prazo as otites podem comprometer as habilidades do processamento auditivo, como dificuldade na interpretação de textos, memória auditiva, compressão de ordens complexas, compressão da fala em ambientes ruidosos, e outros mais<sup>9</sup>.

As crianças com autismo ou outras neurodivergências, Trissomia do cromossomo 21 e entre outros comprometimentos do desenvolvimento devem ser avaliadas periodicamente quanto à audição e a presença de otites de repetição ou otite média serosa, assim como toda a criança que tiver a fala ininteligível ou fora do padrão para a idade.

Otitis agudas de repetição e otites secretoras devem ser imediatamente tratadas, controlando-se os fatores de risco possivelmente associados como infecções virais de repetição, rinite, hipertrofia adenoideana. Pode ser necessária a intervenção cirúrgica como a timpanotomia para colocação de tubo de ventilação.

### Diagnóstico e Intervenção

A audição pode ser avaliada desde o primeiro dia de vida da criança. Cabe escolher o exame adequado para cada faixa etária (Quadro 2). O diagnóstico de ter ou não perda auditiva chama-se de diagnóstico audiológico, segue-se a este a avaliação otorrinolaringológica para definir o tipo, a intensidade e a etiologia da perda auditiva e o tratamento mais adequado que varia de acordo com o diagnóstico. Desde intervenções cirúrgicas, assim como a reabilitação com aparelhos de amplificação sonora individual ou próteses implantáveis.

Crianças identificadas com perda auditiva que iniciam intervenções — como o uso de aparelhos auditivos, implantes cocleares e terapia de linguagem — nos primeiros 6 a 9 meses de vida apresentam resultados significativamente melhores em linguagem receptiva e expressiva.

Importante que o tratamento e a reabilitação deve ser instituída imediatamente após o diagnóstico assim de se garantir o melhor desenvolvimento da criança.

#### Quadro 2: Quais exames solicitar para avaliação auditiva:

##### A partir de 0 anos

- Emissões otoacústicas (teste da orelhinha)
- Potencial evocado auditivo do tronco encefálico - PEATE

(BERA - brainstem evoked audiometry) - pode ser necessário realizar sob sedação ou anestesia após os 6 meses

##### A partir de 2 a 3 anos

- Audiometria infantil condicionada

##### A partir de 7 anos

- Audiometria tonal e vocal Impedanciometria é sempre completar aos exames acima, pois avalia a função da orelha média.

### Referências:

1. van der Linden Junior H et al. Recomendações e Orientações para o Diagnóstico, Investigação e Abordagem Terapêutica do Transtorno do Espectro Autista (atualização). Sociedade Brasileira de Neurologia Infantil, Outubro 2025.
2. Othman A. Child Developmental Delays and Disorders: Speech and Language Delay. FP Essent. 2021 Nov;510:17-21.
3. Vogelsang M, Vogelsang L, Diamond S, Sinha P. Prenatal auditory experience and its sequelae. Dev Sci. 2023 Jan;26(1):e13278.
4. Tierney CD, Kurtz M, Souders H. Clear as mud: another look at autism, childhood apraxia of speech and auditory processing. Curr Opin Pediatr. 2012 Jun;24(3):394-9.
5. Grau-Husarikova E, Sánchez Pedroche A, Mumbardó-Adam C, Sanz-Torrent M. How language affects social cognition and emotional competence in typical and atypical development: A systematic review. Int J Lang Commun Disord. 2024 Sep-Oct;59(5):1788-1816. Behind the Scenes of Developmental Language Disorder: Time to Call Neuropsychology Back on Stage. Frontiers in Human Neuroscience. 2019. Tomas E, Vissers C.
6. Nitttrouer S, Lowenstein JH. Early otitis media puts children at risk for later auditory and language deficits. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2024 Jan;176:111801
7. Yosef et al. How does otitis media with effusion history affect spatial auditory processing and listening effort? Eur Arch Otorhinolaryngol. 2025; 26. doi: 10.1007/s00405-025-09570-y.
8. Ertugrul O, et al. The evaluation of auditory processing skills and late latencies in children with ventilation tube history. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2024 Nov;186:112145

## Comissão de Admissibilidade

## Em Vitória, prof. dr. Joel Alves Lamounier toma posse como acadêmico da ABP

A Academia Brasileira de Pediatria (ABP) realizou, no dia 12 de setembro, durante sua Assembleia, a sessão solene de posse de seu novo membro titular, prof. dr. Joel Alves Lamounier. A cerimônia foi realizada no Hotel Comfort Suites, em Vitória (ES). O especialista passa a ocupar a Cadeira nº 16, cujo patrono é o dr. Luiz Torres Barbosa, e que teve como último ocupante a acadêmica dra. Maria Marlene de Souza Pires.

Para o dr. Joel Lamounier, esse momento representa um marco de grande significado em sua trajetória. “Recebi com muita alegria e emoção a eleição para titular da ABP, que constitui o ápice da pediatria. É também a realização de um sonho e o reconhecimento do trabalho de toda uma vida em prol das crianças e adolescentes”, afirma.

O novo acadêmico destaca a honra de integrar o seletivo grupo da ABP e reafirma seu compromisso com a especialidade. “Sinto-me honrado em fazer parte deste grupo de renomados pediatras brasileiros. Com meu trabalho, espero contribuir para o debate de temas relevantes da Pediatria, juntamente com os demais membros, para o aprimoramento e o fortalecimento da pediatria no Brasil”, acrescenta.

Na oportunidade, a saudação ao novo membro da ABP foi realizada pela profa. dra. Luciana Rodrigues Silva, num depoimento em vídeo. “É com muita emoção que apresento à ABP o profº dr. Joel Lamounier, um pediatra com um legado precioso, que trabalha há muitas décadas na pesquisa e ensino, contribuindo na graduação e pós-graduação”. Por sua vez, a presidente da ABP, profa. dra. Lícia Moreira, ressaltou que a participação do dr. Joel como integrante da Academia será bastante enriquecedora. Presencialmente, o prof. dr. Navantino Alves Filho entregou a medalha da ABP ao dr. Joel Lamounier, destacando a sua alegria e generosidade. “Figura ímpar da pediatria brasileira”, pontuou ele.



### TRAJETÓRIA

Graduado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com residência médica em Pediatria no Hospital das Clínicas da mesma instituição, dr. Joel Lamounier especializou-se em Nutrição pela Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto (SP), concluiu o mestrado em Bioquímica e Imunologia no Instituto de Ciências Biológicas da UFMG e obteve o doutorado em Saúde Pública e Nutrição pela Universidade da Califórnia, nos Estados Unidos.

Professor Titular de Pediatria da UFMG e da Universidade Federal de São João Del Rei, o especialista é também pesquisador e atua com ênfase em saúde materno-infantil, sendo referência nas áreas de aleitamento materno, nutrição infantil e obesidade. Sua vasta produção científica inclui artigos em periódicos nacionais e internacionais, capítulos de livros e obras de referência para a pediatria brasileira.



Na SBP, dr. Joel integra a Diretoria de Publicações como editor da Revista SBP Ciência. Ao longo de sua carreira, também atuou como Diretor de Ensino e Pesquisa da entidade, participou da Diretoria dos Departamentos Científicos e da Coordenação de Documentos Científicos, foi membro do Conselho Fiscal e integrou o Departamento Científico de Aleitamento Materno.

## Academia Brasileira de Pediatria divulga abertura da vaga para acadêmico titular referente à cadeira nº 23

A Academia Brasileira de Pediatria (ABP) divulgou a abertura do processo destinado ao preenchimento da vaga de acadêmico titular referente à cadeira nº 23, cujo patrono é o prof<sup>o</sup> Mário Olinto de Oliveira e que, anteriormente, foi ocupada pelo prof<sup>o</sup> José Dias Rego. Os requisitos para inscrição e seleção dos candidatos estão discriminados no edital publicado no site da ABP e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

Os candidatos deverão enviar à secretaria da ABP, via e-mail oficial (abp@sbp.com.br), os documentos exigidos que acompanha a proposta para membro titular da ABP, no período de 14 de setembro a 12 de novembro de 2026.

### REQUISITOS

Os candidatos interessados devem atender às condições descritas no regulamento da ABP. Entre eles, é preciso ser pediatra com pelo menos vinte anos de exercício da especialidade e ser associado titular da SBP, com pleno gozo de seus direitos sociais por pelo menos quinze anos.

Também consta como requisito atuar ou ter atuado em associações médicas, exercer ou ter exercido atividades científicas, de ensino ou de pesquisa, ou dedicar-se ou ter se dedicado às ações comunitárias que indiquem efetiva contribuição para o bem-estar da criança e do adolescente. Outras exigências devem ser consultadas no regulamento.

Informações adicionais poderão ser obtidas na secretaria da ABP, pelo telefone (21) 2548-1999 ou pelo e-mail abp@sbp.com.br.



[Leia aqui o edital](#)



[Leia aqui a íntegra do regulamento da ABP](#)



[Baixa aqui a ficha de inscrição \(proposta para membro titular\)](#)

**26º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria****26º Fórum da ABP reúne especialistas em Vitória para discutir violência contra crianças e adolescentes**

Cerca de 170 pessoas participaram, na última sexta-feira (11), em Vitória (ES), da abertura do 26º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria (ABP), realizado em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e, nesta edição, com a Sociedade Espírito-santense de Pediatria (Soespe). Com o tema “Violência na infância e na adolescência: reflexões contemporâneas”, o encontro reuniu pediatras e profissionais de diferentes áreas para discutir prevenção, identificação, acolhimento e enfrentamento das diversas formas de violência contra crianças e adolescentes.

Na abertura, o presidente da SBP, dr. Edson Liberal, destacou que a violência contra uma criança não afeta apenas a vítima. “Quando uma criança sofre violência, quem é afetado? Não é apenas a criança. É a família, é a escola, é a comunidade, é a sociedade. Toda violência deixa marcas que podem atravessar uma vida inteira”, afirmou.

Segundo dr. Edson, o pediatra tem papel importante na identificação de situações de violência, inclusive quando não existem sinais físicos evidentes. Ele chamou atenção para manifestações que podem aparecer no comportamento e na saúde da criança ou do adolescente.

“A violência nem sempre chega com uma marca visível. Às vezes, ela aparece como uma dor de cabeça recorrente, como uma alteração do sono, como uma mudança repentina de comportamento, como uma criança que se cala ou como um adolescente que deixa de acreditar em si mesmo”, disse.

Dr. Edson Liberal também ressaltou a importância da escuta durante o atendimento pediátrico. Segundo ele, uma pergunta adequada pode abrir espaço para que a criança revele uma situação de sofrimento, enquanto uma escuta atenta pode ajudar o profissional a reconhecer

o problema e agir para protegê-la.

O presidente da SBP defendeu ainda a atuação conjunta entre os diferentes setores. “Nenhuma instituição consegue enfrentar sozinha a violência contra crianças e adolescentes. Precisamos de uma rede que funcione”, afirmou.

**DIMENSÃO DO PROBLEMA**

A presidente da ABP, dra. Lícia Moreira, chamou atenção para os números relacionados à violência contra crianças e adolescentes. Segundo dados do Disque 100, o Brasil registrou cerca de 189 mil denúncias de violência contra crianças em 2025.

A violência também está presente no ambiente digital. De acordo com o relatório Disrupting Harm in Brazil, elaborado pelo UNICEF Innocenti em parceria com a ECPAT International e a INTERPOL, 19% das crianças e adolescentes de 12 a 17 anos que utilizam a internet foram vítimas de pelo menos uma



forma de exploração ou abuso sexual facilitado pela tecnologia em um período de 12 meses. O percentual corresponde a cerca de 3 milhões de crianças e adolescentes no país.

O relatório também mostra a dificuldade de comunicação desses casos às autoridades. Em atualização divulgada pelo UNICEF em setembro de 2026, menos de 1% dos casos foi comunicado à polícia, a profissionais de assistência social ou a linhas de apoio.

Dra. Lícia Moreira ressaltou ainda os impactos da violência sexual sobre a saúde mental, que podem incluir depressão, ansiedade, autolesão e ideação suicida. Ela defendeu a preparação de profissionais para reconhecer sinais de violência e o fortalecimento da rede de proteção para acolher e encaminhar os casos.

### **VIOLÊNCIA DENTRO DO CÍRCULO FAMILIAR**

O presidente de honra do 26º Fórum da ABP, Dr. Rodrigo Aboudib, apresentou dados sobre a situação no Espírito Santo. O boletim epidemiológico da Prefeitura de Vitória aponta aumento de 376% nas notificações de violência contra crianças de zero a seis anos entre 2020 e 2025.

No mesmo período, a taxa de recorrência passou de 18,4 para 31,4, indicando a repetição das situações de violência em parcela significativa dos casos. Em 94,1% das ocorrências, o agressor e o local da violência estavam relacionados ao círculo familiar da vítima.

Os pais aparecem entre os principais responsáveis pelos casos notificados: o pai foi identificado como agressor em 32,1% das ocorrências, a mãe em 22,5% e o padrasto ou madrasta em 18,2%.

“Esses dados são por demais sérios, exigindo, pois, uma profunda reflexão da sociedade”, afirmou dr. Rodrigo Aboudib.

### **ROMPER O CICLO DA VIOLÊNCIA**

A presidente da Soespe, dra. Ana Paula Burian, destacou a necessidade de ir além da identificação e da proteção das vítimas. Para ela, é preciso trabalhar para interromper o ciclo de violência e reduzir seus efeitos na vida adulta.

“Precisamos não apenas proteger as nossas crianças, mas quebrar esse círculo vicioso, esse ciclo de violência que elas vivem, de forma

que tenham uma vida adulta mais preservada, com menos violência entre nós”, afirmou.

Dra. Ana Paula Burian também lembrou que a violência não se restringe às agressões físicas e inclui situações psicológicas e digitais. Para ela, o Fórum da ABP deve contribuir para a definição de estratégias e mudanças de comportamento, além de aproximar os fluxos de atuação das áreas de educação, saúde e demais setores envolvidos na proteção de crianças e adolescentes.

### **HOMENAGEM**

A 26ª edição do Fórum prestou homenagem ao professor José Dias Rêgo, que ocupou a cadeira nº 23 da Academia Brasileira de Pediatria e faleceu em março deste ano. Médico, professor e acadêmico, ele teve atuação na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, na humanização do atendimento ao recém-nascido e no Programa Brasileiro de Reanimação Neonatal da SBP (PRN-SBP).

Durante a abertura, também foi anunciada a posse do pediatra dr. Joel Alves Lamounier como novo membro titular da ABP, ocupando a cadeira nº 16, sob o patronato de Luiz Torres Barbosa. A cerimônia ocorreu na assembleia da ABP em 12 de setembro de 2026.



## Cultura &amp; lazer

## O livro infantil Bel e a Origem de Tudo, de autoria de Bruno Gualano, professor da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM-USP)

Na obra, que tem ilustrações de Rodrigo Visca, os pequenos leitores são convidados a explorar a origem do Universo e da vida na Terra, desde o Big Bang até os dias de hoje. A publicação traz curiosidades sobre os dinossauros que habitaram o território brasileiro e a expedição histórica do jovem Charles Darwin pelo Brasil, conhecendo a Mata Atlântica e as suas mais diversas espécies, antes de desenvolver sua célebre teoria da evolução.

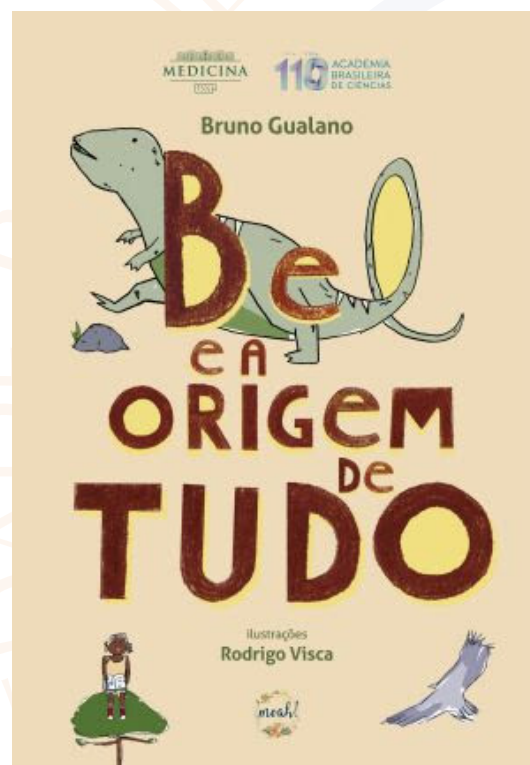
A obra destaca ainda o trabalho das cientistas Bertha Lutz, Niède Guidon e Iracilda Sampaio, que contribuíram com suas pesquisas para o entendimento da história humana e dos seres vivos na Terra.

No prefácio, a cientista Adriana Alves ressalta: “Quantos sonhos de nossas meninas, em especial as meninas negras, esmaecem à medida que crescem, pela falta de personagens que reflitam suas próprias imagens e histórias?”.

O livro colorido de 32 páginas mostra marcos cronológicos ao longo da narrativa, pontuando as transformações que ocorreram ao longo do tempo. E finaliza com um glossário, em que explica didaticamente os principais conceitos abordados.

A obra é o terceiro título da coleção “Bel: Ciência para Crianças”. O primeiro lançado foi Bel, a Experimentadora, que apresenta de forma divertida o método científico e instiga as crianças a fazerem suas próprias descobertas. Depois veio Bel e o Admirável Escudo Invisível, ambientado no Instituto Butantan, para explicar como as vacinas são feitas e agem no organismo.

Publicado pela Moah! Editora, o livro conta com o apoio da FM-USP e da Academia Brasileira de Ciências (ABC) como iniciativa educacional para divulgar o conhecimento científico de forma lúdica e informativa. O projeto destina até 80% do total de exemplares impressos a crianças internadas em hospitais ou atendidas por organizações não governamentais (ONGs) voltadas à infância. Instituições interessadas em receber os livros podem entrar em contato pelo e-mail [gualano@usp.br](mailto:gualano@usp.br).



## EXPEDIENTE

### ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA (ABP)

<https://www.sbp.com.br/academia-brasileira-de-pediatria/>  
Rua Santa Clara, 292 - Rio de Janeiro (RJ)  
CEP: 22041-012  
(21) 2548-1999  
E-mail: [abp@sbp.com.br](mailto:abp@sbp.com.br)

### Gestão 2025/2027

**Presidente:** Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)  
**Diretora Vice-Presidente:** Luciana Rodrigues Silva (BA)  
**Diretor Secretário:** Jefferson Pedro Piva (RS)  
**Diretora de Comunicação:** Magda Lahorgue Nunes (RS)

### Comissão Científica e de Ensino

**Coordenadora:** Sandra Grisi (SP)  
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)  
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)  
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)  
Nelson Rosário Filho (PR)  
Renato Soibelman Procianny (RS)  
Themis Reverbel da Silveira (RS)  
Virginia Resende Silva Weffort (MG)  
Werther Brunow de Carvalho (SP)

### Comissão de Comunicação Social

**Coordenadora:** Magda Lahorgue Nunes  
Jefferson Pedro Piva (RS)  
José Hugo de Lins Pessoa (SP)  
José Luiz Egydio Setúbal (SP)  
Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)  
Mario Santoro Júnior (SP)  
Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)  
Sidnei Ferreira (RJ)

### Comissão da Memória da Pediatria

**Coordenador:** Mario Santoro Júnior (SP)  
Jayme Murahovski (SP)  
João de Melo Régis Filho (PE)  
José Martins Filho (SP)  
José Sabino de Oliveira (MG)  
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)  
Magda Lahorgue Nunes (RS)  
Navantino Alves Filho (MG)  
Saul Cypel (SP)  
Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)  
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

### Comissão Cultural e Artística

**Coordenadora:** Luciana Rodrigues Silva (BA)  
João de Melo Régis Filho (PE)  
José Luiz Egydio Setúbal (SP)  
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)  
Milton Hênio Netto de Gouveia (AL)  
Ney Marques Fonseca (RN)  
Sidnei Ferreira (RJ)

### Comissão de Ética e Bioética

**Coordenador:** Sidnei Ferreira (RJ)  
Clóvis Francisco Constantino (SP)  
Mário Santoro Júnior (SP)  
Nelson Grisard (SC)  
Ney Marques Fonseca (RN)  
Saul Cypel (SP)  
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

### Comissão de Admissibilidade

**Coordenadora:** Themis Reverbel da Silveira (RS)  
Jefferson Pedro Piva (RS)  
Luciana Rodrigues Silva (BA)  
Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)  
Nelson Grisard (SC)  
Nubia Mendonça (BA)  
Sérgio Augusto Cabral (RJ)



Dr. Edson Ferreira Liberal (RJ)

### Presidente

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

### 1ª Vice-Presidente

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

### 2ª Vice-Presidente

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

### Secretária-geral

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

### Diretora Financeira