



Guia Prático de Atualização

Departamento Científico
de Aleitamento Materno

Aleitamento Materno Continuado *Versus* Desmame

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

Recomendação quanto à duração do aleitamento materno

A recomendação internacional de duração do aleitamento materno (AM) é de dois anos ou mais¹, sendo exclusivo até os 6 meses de idade e, a partir de então, complementado com outros alimentos. Portanto, não há um limite máximo estabelecido. Apesar disso, muitas pessoas se espantam ao ver uma criança mamando no segundo ano de vida e alguns profissionais chegam a sugerir o desmame (aqui definido como término da amamentação) por considerar a criança “grande” para mamar.

Essa recomendação fundamenta-se em algumas teorias. Uma delas, baseada em informações de primatas não humanos, sobretudo gorilas e chimpanzés, conclui que a amamentação para a espécie humana teria duração entre 2,5 e 7 anos². Já, extensa revisão de informações coletadas em sociedades primitivas modernas, referências em textos antigos e evidências bioquímicas de sociedades pré-históricas sugere que a duração da amamentação na espécie humana seria, em média, de 2 a 3 anos, idade em que costuma ocorrer, de forma natural, o desmame³.

Além disso, avolumam-se as evidências científicas sobre o impacto positivo do AM “prolongado” na saúde da criança e da mulher que amamenta, e tem sido possível, para alguns desfechos, quantificar o efeito positivo para cada mês ou ano de amamentação, como abordado a seguir.

Evidências científicas que embasam a recomendação de aleitamento materno continuado

Mortalidade e morbidade por doença infecciosa

O papel protetor da amamentação contra mortes de crianças menores de 5 anos já está bem documentado, tanto para países de média e baixa renda, como para os de alta renda⁴. Estimativas recentes sugerem que o AM ótimo, ou seja, de acordo com a recomendação internacional, poderia prevenir cerca de 12% das mortes de crianças menores de 5 anos a cada ano, ou cerca de 820.000 mortes em países de média e baixa renda⁴. A maioria das mortes preveníveis pela amamentação está associada a infecções, sobretudo diarreia e infecções respiratórias. Es-

tima-se que metade dos episódios de diarreia e mais de 70% das internações por essa doença poderiam ser evitados pela amamentação; assim como um terço das infecções respiratórias e 57% das hospitalizações por elas causadas⁴.

A proteção do leite materno contra infecções se deve aos inúmeros fatores imunológicos específicos e não específicos, que conferem proteção ativa e passiva contra agentes infecciosos, tais como imunoglobulinas, em especial a IgA, leucócitos, lisozima, lactoferrina, fator bífido e oligossacarídeos, entre outros. Esses fatores, embora possam modificar a sua concentração ao longo da lactação, são transferidos para a criança enquanto durar a amamentação. Uma metanálise baseada em seis conjuntos de dados, um dos quais brasileiro, constatou que a chance de morte no segundo ano de vida era a metade para as crianças amamentadas⁵.

Desenvolvimento orofacial

O exercício que a criança faz para retirar o leite da mama é importante para o desenvolvimento craniofacial. Com base em 49 estudos, uma metanálise estimou que a amamentação pode reduzir em 68% a maloclusão dental, sendo constatado efeito dose-resposta, ou seja, as crianças amamentadas por mais tempo têm menos chance de desenvolver essa condição⁶. O mesmo ocorre com a função mastigatória. As crianças amamentadas por 12 meses ou mais apresentaram melhor função mastigatória, quando comparadas àquelas amamentadas por períodos mais curtos⁷.

Sobrepeso/obesidade

Metanálise recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou redução de 25% nas chances de uma criança amamentada desenvolver sobrepeso ou obesidade na vida adulta, quando comparada com crianças não amamentadas⁸. Alguns estudos mostram claramente o efeito dose-resposta dessa associação^{9,10} e uma metanálise estimou que, para cada mês de AM, havia uma redução de 4% no risco de obesidade¹¹.

Desenvolvimento cognitivo

A associação entre AM e inteligência é estudada há quase 100 anos¹². Na atualidade existem evidências robustas sugerindo que o AM contribui para um melhor desenvolvimento cognitivo. A metanálise mais recente sobre o tema estimou que crianças amamentadas possuem quociente de inteligência (QI) 3,44 pontos maior na infância e adolescência do que as crianças não amamentadas¹³. Essa vantagem foi observada em diferentes idades e parece ser duradoura. Foi constatado, na população de Pelotas, RS, que os indivíduos amamentados por 12 meses ou mais apresentaram, aos 30 anos de idade, QI até 3,76 pontos mais elevado, maior escolaridade e maior renda mensal, quando comparados àqueles amamentados por menos de 1 mês¹⁴. O efeito dose-resposta foi calculado em um estudo norte-americano: 0,21 pontos no teste de vocabulário por imagens, de 0,35 pontos em testes verbais e de 0,29 pontos em testes não verbais para cada mês de amamentação¹⁵.

Saúde materna

Há evidências consistentes de que o AM exerce proteção contra o desenvolvimento de câncer de mama e de ovário, e de diabetes tipo 2 na mulher que amamenta¹⁶. Essa proteção é maior quanto mais duradoura for a amamentação.

Metanálise recente, que incluiu 98 estimativas, detectou redução do risco de contrair **carcinoma de mama** de 22% para as mulheres que amamentaram quando comparadas às que nunca amamentaram, com evidente dose-resposta: a chance de desenvolver câncer mamário foi 7% menor em mulheres que amamentaram por menos de 6 meses, 9% menor naquelas cuja amamentação durou de 6 a 12 meses e 26% menor quando a amamentação era mantida por mais de 12 meses¹⁶. Um estudo estimou que o risco de contrair câncer de mama diminuía 4,3% a cada 12 meses de amamentação¹⁷.

Recentemente estimou-se que a amamentação, hoje, é responsável por evitar mais de 19.000 mortes de câncer de mama por ano em 75 países de média e baixa renda. Porém, mais

20.000 mortes por esse tipo de câncer poderiam ser evitadas se a amamentação fosse praticada segundo as recomendações da OMS pela maioria das mulheres⁴.

Assim como ocorre com o câncer de mama, a amamentação confere proteção contra o **câncer de ovário**, com efeito dose-resposta. Por meio de metanálise, estimou-se em 30% a redução da chance para desenvolver câncer de ovário em mulheres que amamentaram alguma vez na vida, com maior proteção para as que amamentaram mais: redução na chance de ocorrência de câncer de ovário de aproximadamente 17%, 28% e 38% para as que amamentaram por menos de 6 meses, de 6 a 12 meses e mais que 12 meses¹⁶. Existe uma estimativa de que para cada mês de amamentação haveria uma redução de 2% no risco de contrair a doença¹⁸.

Além de proteger contra câncer de mama e de ovário, uma metanálise recente confirmou que o AM reduz as chances de a mulher desenvolver **diabetes tipo 2**, com proteção crescente à medida que a duração da amamentação aumenta: estima-se redução de 32% na chance de desenvolver a doença e redução de 9% para cada ano de amamentação¹⁹.

Fator econômico

Estima-se que a ampliação em 10% das práticas de AM exclusivo até 6 meses ou da amamentação continuada até 12 ou 24 meses poderia reduzir em pelo menos 1,8 milhão de dólares os custos anuais com tratamentos de doenças em crianças no Brasil. Se os índices atuais de AM subissem para 90%, a economia seria da ordem de 6 milhões²⁰. Calcula-se que um aumento de dois pontos em testes de QI – valor inferior ao atribuído ao AM, pode acarretar no incremento de até 20% na renda familiar mensal de brasileiros¹⁴.

Cenário atual do aleitamento materno continuado

Apesar da ampla divulgação do valor incomparável da amamentação e da recomendação

quanto à sua duração, muitas crianças não são amamentadas ou o são por período muito curto.

Em nível global, o AM continuado é mais comum nos países de baixa e média renda. Nos países mais pobres, a amamentação continuada por 12 meses e 24 meses é maior que 90% e 60%, respectivamente; enquanto que na maioria dos países ricos, nem 20% das crianças são amamentadas até um ano de idade⁴.

No Brasil, houve considerável expansão do AM continuado por 12 meses desde a década de 1980, passando de 22,7% em 1986 para 47,2% em 2006²¹. O último inquérito de âmbito nacional, a Pesquisa Nacional de Saúde²², data de 2013. Segundo essa pesquisa, o indicador AM continuado aos 12 meses encontra-se estagnado, em torno de 45%. Já, o AM continuado por 2 anos, que praticamente manteve-se inalterado entre 1986 e 2006 - um pouco abaixo de 25%, aumentou nos últimos anos, subindo para 32%.

Diante deste cenário, fica evidente a necessidade de se atuar na promoção, proteção e apoio ao AM, sendo fundamental o engajamento dos profissionais de saúde, em especial dos pediatras, no movimento de resgate do AM como norma para a alimentação das crianças nos primeiros dois anos de vida. Para isso, é preciso conhecer os fatores que podem facilitar ou dificultar o prolongamento da amamentação até os dois anos ou mais, abordados a seguir.

Fatores que facilitam ou servem de obstáculos ao aleitamento materno continuado

Crenças

Para justificar a mudança de paradigma que norteou a substituição de um padrão de amamentação universal por 2 a 3 anos para um padrão em que predominava o aleitamento artificial, foi necessário adotar algumas crenças e mitos. Uma das crenças mais danosas é a de que a amamentação dita "prolongada" faz mal à criança e à mãe sob o ponto de vista psicológico, e que deixa a

criança muito dependente. Essa crença é tida como verdade, inclusive por muitos profissionais de saúde, muito embora não tenha fundamento científico algum. O oposto parece ser verdadeiro. Crianças com vínculo seguro (o que pode não ocorrer com crianças que desmamaram antes de estarem prontas) tendem a ser mais independentes, a ter mais facilidade para se separar de suas mães e a entrar em novas relações com mais segurança e estabilidade, e são, na realidade, mais fáceis de serem disciplinadas²³.

Outra crença vigente é a de que uma criança jamais desmama por si própria. Essa crença existe porque poucas são as mulheres que amamentam por tempo suficiente para que ocorra o desmame natural. Nesse tipo de desmame a criança se autodesmama, o que pode ocorrer em diferentes idades, em média entre 2 e 4 anos, com a participação ativa da mãe no processo, sugerindo passos quando a criança estiver pronta para aceitá-los e impondo limites adequados à idade.

Cultura da mamadeira /estilo de vida

A partir da primeira metade do século passado, instalou-se a “cultura da mamadeira”, que deu a esse artefato o protagonismo na alimentação infantil. O que era para ser excepcionalidade, passou a ser a regra. Apesar de todos os esforços dos diversos setores da sociedade, essa cultura ainda está muito arraigada e se expressa nos altos índices de uso da mamadeira: quase 60% das crianças brasileiras menores de um ano utilizam mamadeira²⁴.

No mundo “moderno”, a mamadeira é vista por muitos como uma maneira prática de alimentar as crianças pequenas, pois permite que elas sejam alimentadas por outras pessoas que não as mães, deixando-as livre para realizar outras tarefas, inclusive trabalhar fora do lar. Mas, é importante lembrar que uma das características da espécie humana é o período prolongado de dependência da criança, incluindo aqui o período da amamentação. Por isso, faz-se necessário um esforço para conciliar as necessidades da criança e de sua família, sempre pesando os riscos e os

benefícios das decisões. Cabe aos profissionais de saúde informarem as mães/famílias para que elas possam tomar as decisões após serem devidamente esclarecidas.

Uso de chupeta

O uso de chupeta é outro hábito que faz parte da cultura do povo brasileiro. Quase metade das crianças brasileiras menores de um ano utiliza esse artefato²⁴. O uso de chupeta tem sido associado a vários efeitos adversos, entre os quais a redução da duração da amamentação²⁵. A relação causa-efeito entre uso de chupeta e menor duração do AM não está totalmente elucidada. Entre as hipóteses podemos citar: uso de chupeta causa confusão de bicos, perturbando a criança na hora de sugar a mama^{26,27}; uso de chupeta é um marcador de dificuldade na amamentação²⁸; uso de chupeta determina diminuição da frequência das mamadas, com conseqüente redução da produção do leite^{29,30}; mães/famílias que seguem as recomendações de não oferecer chupeta são mais propensas a seguir outras recomendações, como amamentar por mais tempo.

Assim, as mães/famílias devem receber informações relativas aos prós e contras do uso de chupeta e formas de consolo ao choro em substituição à chupeta, para poderem, então, fazerem as suas opções quanto ao uso de chupeta.

Trabalho materno

O trabalho materno fora do lar é tido como um obstáculo à manutenção da amamentação³¹⁻³³. As dificuldades para a mulher manter a amamentação após o retorno ao trabalho vão ser maior ou menor dependendo do tipo de ocupação da mãe, do número de horas fora de casa, das leis e relações trabalhistas e do suporte da família, do patrão/colegas de trabalho e, sobretudo, dos profissionais de saúde. As mulheres/famílias devem ser orientadas de modo adequado já no período pré-natal e em todas as fases da amamentação por profissionais de saúde capacitados para apoiarem as mulheres trabalhadoras que desejam manter a amamentação após retornarem ao trabalho.

Apoio do marido/familiares

Os componentes da família da mulher que amamenta, em especial o pai e as avós da criança, são muito importantes para o estabelecimento e a manutenção do AM.

Os pais têm sido identificados como importantes fontes de apoio para a amamentação³⁴. Porém, alguns estudos sugerem que nem sempre os pais estão preparados para dar esse apoio: a vida conjugal foi fator de risco para interrupção da amamentação antes dos 6 meses em mães adolescentes de Montes Claros, MG³⁵; e a coabitação com companheiro inibiu a manutenção do AM por 24 meses ou mais em Porto Alegre, RS³⁶. É possível que os pais possam incentivar as mulheres no início da amamentação, mas, por desconhecimento da importância da amamentação continuada por 2 anos ou mais, passem a desestimular as mulheres a manterem a amamentação depois de algum tempo e, às vezes, até a pressioná-las a desmamarem os filhos, com um dos seguintes argumentos: não é bom para as mamas, interfere na relação entre o pai e a criança, interfere na relação do casal, incluindo as relações sexuais, sentimentos de exclusão, desvalia e ciúmes, entre outras³⁷. Portanto, é fundamental haver orientação adequada e sistematizada sobre amamentação para os homens, para que possam dar apoio às mulheres na manutenção do AM por mais tempo.

Outros familiares, sobretudo as avós das crianças, quando presentes, podem ter grande influência nas decisões das famílias, incluindo aquelas relacionadas com a alimentação infantil. A influência pode ser positiva ou negativa, dependendo das experiências prévias dessas pessoas e do contexto em que elas estão inseridas³⁸.

Uma revisão sistemática recente³⁹ demonstrou que as avós têm a capacidade de influenciar positivamente o AM quando as próprias experiências tinham sido positivas ou quando elas eram favoráveis a essa prática. Por outro lado, há estudos mostrando que as avós podem ter influência negativa, como um estudo brasileiro que constatou risco de introdução de água e/ou chá

no primeiro mês de vida 51% maior em crianças cujas avós maternas residiam com a família⁴⁰. O uso de água e/ou chás, já no primeiro mês de vida da criança é muito difundido culturalmente, sobretudo em algumas regiões do país, fato que prejudica a amamentação, devendo ser orientada a sua retirada, quando presente.

O que os pediatras podem fazer para apoiar as mulheres a manterem o aleitamento materno continuado?

Os pediatras costumam estar muito próximos às mães e suas famílias na fase de amamentação. Devido a essa proximidade e à influência que costumam exercer, é dever dos pediatras apoiarem as mulheres e suas famílias para que o AM seja bem-sucedido, se esse for o seu desejo. Para isso, é preciso ter conhecimentos básicos em AM, adotar atitudes favoráveis a essa prática e possuir certas habilidades, dentre as quais uma comunicação efetiva. A seguir, são apresentados alguns itens importantes para a promoção, proteção e apoio ao AM que podem nortear o trabalho dos pediatras nesse sentido:

- Ter uma visão ampliada do AM, ou seja, acreditar que amamentar é muito mais que alimentar a criança,
- Utilizar os recursos do aconselhamento⁴¹, tais como: praticar comunicação não verbal positiva, como sorrir, balançar afirmativamente a cabeça, tocar na mulher e/ou bebê, quando apropriado; remover barreiras como mesas, papéis, computadores; usar linguagem simples, acessível; ouvir, dando espaço para a mulher/família falar, tirar dúvidas, mostrar seus sentimentos; demonstrar empatia; evitar palavras que soam como julgamentos; reconhecer e elogiar, como o esforço da mãe para amamentar, por exemplo; oferecer poucas informações em cada visita, as mais relevantes para o momento; fazer sugestões, em vez de dar ordens; conversar com as mães sobre as condições de saúde da criança, explicando os procedimentos e condutas; e, muito impor-

tante, aceitar e respeitar os sentimentos e as opiniões das mães/famílias, sem, no entanto, precisar concordar ou discordar,

- Incentivar uma consulta pediátrica pré-natal: a gestação é um momento rico e apropriado para se discutir os planos da mãe/família de alimentação da criança e dialogar com eles sobre diversos aspectos do AM.
- Realizar observação cuidadosa de uma mamada na maternidade e nas consultas subsequentes, sempre que necessário, para avaliação da técnica da amamentação (posicionamento e pega) e orientação no sentido de melhorar a técnica, quando pertinente,
- Incluir, sempre que possível, os pais, avós e outras pessoas significativas nas consultas, haja vista a influência que essas pessoas podem ter na alimentação das crianças, favorecendo ou dificultando o cumprimento da recomendação de amamentação exclusiva por 6 meses e continuada por 2 anos ou mais. É preciso dar espaço para que essas pessoas exponham suas experiências, crenças e sentimentos com relação à amamentação. Dessa forma, estarão mais bem preparadas para exercer influência positiva para uma amamentação bem-sucedida de suas esposas/companheiras, filhas, noras, amigas, etc,
- Estimular a família a colaborar com a lactante nas tarefas de casa e cuidados com os outros filhos, para que ela possa atender às demandas do recém-nascido e da amamentação com mais tranquilidade,
- Fornecer informações úteis e atualizadas, para que, em diversas circunstâncias, como por exemplo na decisão de oferecer ou não chupeta aos filhos e do tempo que pretendem amamentar, as mulheres e suas famílias possam tomar decisões informadas, pesando os prós e os contras de suas opções,
- Orientar as mães e as famílias a não levarem para casa produtos que possam prejudicar a amamentação, tais como leites industrializados e mamadeiras,
- Conhecer e respeitar os instrumentos de proteção legal da amamentação, tais como

licença maternidade, pausas para amamentar durante a jornada de trabalho e a Lei no 11.265/2006⁴², que regulamenta a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e produtos de puericultura correlatos (ex. chupetas e mamadeiras),

- Não prescrever, desnecessariamente, fórmulas infantis nas maternidades.
- Não recomendar, desnecessariamente, a introdução dos alimentos complementares antes dos 6 meses de idade da criança,
- Não recomendar ou sugerir o desmame enquanto a dupla mãe/bebê não estiver pronta. Cabe apenas à mulher e seu bebê a decisão final de manter a amamentação até que ocorra o desmame natural ou interrompê-la antes disso. O pediatra pode, ouvindo as mães e “ouvindo” as crianças, ajudá-las na tomada de decisão e ajudar no difícil processo do desmame, se esse for o seu desejo ou necessidade.

Por quanto tempo o aleitamento materno pode se estender?

Não há uma resposta simples para esta pergunta, haja vista não haver um limite máximo na recomendação internacional de duração da amamentação. O desmame natural, definido como um processo em que a criança gradualmente se autodesmama, costuma ocorrer, em média, entre 2 e 4 anos de idade. A mãe tem participação ativa no processo, identificando os sinais que indicam que a criança está ficando madura para o desmame, sugerindo passos e impondo limites de acordo com a “maturidade” da criança. A orientação dos pais pelos profissionais de saúde favorece uma postura tranquila, indispensável para a independência progressiva da criança. É relevante salientar que mais importante que a idade da criança, são os sinais indicativos de que a criança está apta para enfrentar o desafio do desmame. São alguns deles⁴¹:

- Idade maior que um ano,
- Menos interesse nas mamadas,

- Aceita alimentos diversos,
- Mostra-se segura na relação com a mãe,
- Consola-se com outras formas de consolo, além do peito,
- Aceita limites quanto à amamentação em determinadas circunstâncias e locais,
- Por vezes dorme sem mamar,
- Mostra pouca ansiedade quando encorajada a não mamar,
- Às vezes prefere outras atividades com a mãe em vez de mamar.

Muitas vezes o AM é interrompido apesar do desejo da mãe e da criança em mantê-lo. As razões mais frequentes para isso são: percepção da mãe de leite “fraco” ou insuficiente, criança recusa o peito, trabalho fora do lar, problemas da mama e pressão de outros para desmamar. Muitos desses problemas podem ser evitados ou adequadamente conduzidos com o apoio do profissional de saúde, por meio de informação e orientação adequadas.

O desmame abrupto deve ser desestimulado, pois pode trazer repercussões negativas para a criança, como sentimento de rejeição, gerando insegurança e rebeldia; e para a mãe, como in-

gurgitamento mamário, estase do leite e mastite, além de tristeza ou depressão, culpa e luto pela perda da amamentação.

Considerações finais

Atualmente, em especial nas sociedades ocidentais, o AM é considerado apenas uma forma de alimentar a criança, sob o controle dos adultos. Assim, perdeu-se a percepção da amamentação como um processo mais amplo, envolvendo intimamente duas pessoas e com repercussão na saúde física e psíquica de ambas. Perdeu-se a noção de que o desmame é um processo evolutivo, assim como sentar, andar, correr, falar. Nesta lógica, quando a criança é desmamada antes de atingir a maturidade para tal, corre o risco de ter o seu desenvolvimento emocional afetado. Cabe aos profissionais de saúde, sobretudo aos pediatras, promoverem, protegerem e apoiarem as mães/bebês/famílias a praticarem a amamentação continuada até o desmame natural, se assim for o seu desejo. Este é um desafio que deve ser enfrentado com conhecimento, atitudes positivas e habilidades, como a de saber ouvir as mães, as crianças e as famílias, estando atento às suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization; 2009.
2. Dettwyler KA. A time to wean: the hominid blue print for the natural age of weaning in modern human populations. In: Breastfeeding. Biocultural perspectives. New York: Aldine de Gruyter; 1995. p. 39–73.
3. Kennedy GE. From the ape's dilemma to the weanling's dilemma: early weaning and its evolutionary context. *J Hum Evol.* 2005;48:123–45.
4. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* 2016;387(10033):2089–90.
5. WHO Collaborative Study Team on the Role of Breast feeding on the Prevention of Infant Mortality. Effect of breast feeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet.* 2000;355(9202):451–5.
6. Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:54–61.
7. Pires SC, Giugliani ERJ, Carames da Silva F. Influence of the duration of breast feeding on quality of muscle function during mastication in preschoolers: a cohort study. *BMC Public Health.* 2012;12:934.
8. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure and type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:30–7.
9. Liese AD, Hirsch T, von Mutius E, Keil U, Leupold W, Weiland SK. Inverse association of overweight and breast feeding in 9 to 10-y-old children in Germany. *Int J Obes Relat Metab Disord.* 2001;25:1644–50.
10. Fallahzadeh H, Golestan M, Rezvanian T, Ghasemian Z. Breast-feeding history and overweight in 11 to 13-year-old children in Iran. *World J Pediatr.* 2005;5:36–41.
11. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plogemann A. Duration of breastfeeding and risk of overweight: a meta-analysis. *Am J Epidemiol.* 2005;162:397–403.
12. Hoefe C, Hardy MC. Later development of breast fed and artificially fed infants. *J Am Med Assoc.* 1929; 92:615.
13. Horta BL, Loret de Mola C, Victora CG. Breastfeeding and intelligence: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:14–9.
14. Victora CG, Horta BL, Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: A prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Global Health.* 2015;3:199–205.
15. Belfort MB, Rifas-Shiman SL, Kleinman KP, Guthrie LB, Bellinger DC, Taveras EM, et al. Infant feeding and childhood cognition at ages 3 and 7 years: effects of breastfeeding duration and exclusivity. *JAMA Pediatr.* 2013; 167:836–844.
16. Chowdhury R, Sinha B, Sankar B, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* 2015;104:96–113.
17. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50,302 women with breast cancer and 96,973 women without the disease. *Lancet.* 2001;360:187–95.
18. Feng LP, Chen HL, Shen MY. Breastfeeding and the risk of ovarian cancer: a meta-analysis. *J Midwifery Womens Health.* 2014;59: 428–37.
19. Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ. Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *NMCD.* 2014;24:107–15.
20. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *Lancet.* 2016;387:491–504.
21. Venancio SI, Saldiva SRDM, Monteiro CA. Tendência secular da amamentação no Brasil. *Rev Saude Publ.* 2013;47:1205–8.
22. Boccolini CS, Boccolini PMM, Monteiro FR, Giugliani ERJ, Venancio SY. Tendência de indicadores do aleitamento materno no Brasil em três décadas. *Rev Saude Publ.* 2017; no prelo.
23. Sears W, Sears M, Sears R, Sears J. The breastfeeding mother: choices, challenges. In: *The baby book.* New York: Little, Brown and Company; 2013. p. 203.
24. II Pesquisa Nacional de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

25. Nelson AM. A comprehensive review of evidence and current recommendations related to pacifier usage. *J Pediatr Nurs.* 2012;27:690-9.
26. Neifert M, Lawrence R, Seacat J. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr.* 1995;126:S125-9.
27. Righard L. Breastfeeding and the use of pacifier. *Birth.* 1997; 24:118-22.
28. Victora CG, Behague DP, Barros FC, Olinto MTA, Weiderpass E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence, or coincidence? *Pediatrics.* 1997;99:445-53.
29. Barros FC, Victora CG, Semer TC, Tonioli Filho S, Weiderpass E. Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. *Pediatrics* 1995;95:497-9.
30. 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.
31. Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breast-feeding initiation in low-income women: Role of attitudes, support, and perceived control. *Womens Health Issues.* 2005;15:64-72.
32. Kimbro RT. On-the-job moms: work and breastfeeding initiation and duration for a sample of low-income women. *Matern Child Health J.* 2006;10:19-26.
33. Ong G, Yap M, Li FL, Choo TB. Impact of working status on breastfeeding in Singapore. *Eur J Publ Health.* 2005;15:424-30.
34. Andrade IGM, Taddei JAAC. Determinantes socioeconômicos culturais e familiares do desmame precoce numa comunidade de Natal, Brasil. *Rev Paul Pediatr.* 2002;20:8-18, 2002.
35. Frota DAL, Marcopito LF. Amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes, Montes Claros, MG. *Rev Saude Publ.* 2004;38: 85-92.
36. Martins EJ, Giugliani ERJ. Which women breastfeed for 2 years or more? *J Pediatr (Rio J).* 2012;88:67-73.
37. Sharma M, Petosa R. Impact of expectant fathers in breast-feeding decisions. *J Am Diet Assoc.* 1997;97:1311-3.
38. Angelo BHB. Práticas de apoio das avós à amamentação: revisão integrativa. *Ver Bras Saude Matern Infant.* 2015;15:161-70.
39. Negin J, Cofman J, Vizintin P, Raynes-Greenow C. The influence of grandmothers on breastfeeding rates: a systematic review. *BMC Pregnancy Child birth.* 2016;16:91.
40. Giugliani ERJ, Espírito Santo LC, Oliveira LD, Aerts DRGC. Intake of water, herbal teas and non-breast milks during the first month of life: associated factors and impact on breastfeeding duration. *Early Hum Develop.* 2008;84:305-10.
41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2009.
42. Decreto nº 8.552, de 3 de novembro de 2015, que regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/lista_legislacoes/legis_2015/U_DC-8552_031115.pdf

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 Hoineff (RJ)

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

3º SECRETÁRIO:
Virgínia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)
Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)
Alberto Jorge Félix Costa (MS)
Analiária Moraes Pimentel (PE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte:
Bruno Acatuassu 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)

Educação Física:
Coordenador: Ricardo do Rego Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Maria Teresa Quadros (BA)

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

Pediatria e Humanidade:
Alvaro 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 GPCEC (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 Britto Filho (PB)
Mário Roberto Hirschheimer (SP)
João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)
Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Célia Maria Stolze Silvano ((BA)
Kátia Galeão Brandt (PE)
Elizete Aparecida Lomazi (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Álvaro Machado Neto (AL)
Joana Angélica Paiva Maciel (CE)
Cecim El Achkar (SC)
Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO
Normeide Pedreira dos Santos (BA)

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

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

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

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL:
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virgínia Resende S. Weffort (MG)

CONVERSANDO COM O PEDIATRA
Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

PORTAL SBP
Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA
José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Altacílio Aparecido Nunes (SP)
João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

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

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

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

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA
Renato Procianny (RJ)

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 Ceraglioli 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 Bicuio-Zeferino (SP)
Silvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantêa (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)