



SEÇÃO X ► CAPÍTULO 111

# Aleitamento materno e introdução de novos alimentos

Aline Gerlach

Maria Lucia Medeiros Lenz

Viviane Locatelli Rupolo

## Aspectos-chave

- ▶ A alimentação da criança, desde o nascimento e nos primeiros anos de vida, influencia a formação de seus hábitos alimentares, com repercussões ao longo de toda a sua vida.
- ▶ No primeiro semestre de vida, o objetivo é que a criança mame exclusivamente no peito, ou que retarde pelo maior tempo possível a introdução de outros alimentos.
- ▶ É importante considerar as expectativas da mãe em relação à amamentação, a sua vontade em realizar essa prática, suas crenças, valores e as experiências individuais e familiares. Dessa forma, o profissional poderá melhor compreender, estimular e auxiliar a mãe para o sucesso do aleitamento.
- ▶ É fundamental estimular o apoio do pai à mulher para que ela possa ter melhores condições para a amamentação.

- ▶ A introdução de alimentos deverá ocorrer a partir dos 6 meses, para as crianças amamentadas, e a partir dos 4 meses, para as crianças não amamentadas. Trata-se de uma nova fase do ciclo de vida. O profissional de saúde deve conduzir adequadamente esse processo, auxiliando a mãe e os cuidadores da criança, destacando a importância dos hábitos alimentares na promoção da saúde.

### Caso clínico

Cristina, 23 anos, puérpera, vem à sua consulta de revisão após o parto acompanhada por Juliano, pai de Felipe. Há uma semana, o menino nasceu com 3.600 g, hígido, parto vaginal e sem intercorrências. No momento, Felipe está recebendo apenas leite materno, mas Cristina está pensando em complementar com uma mamadeira à noite “para garantir que não chore”. Além disso, apresenta o mamilo irritado, com rachaduras e dor ao toque. Relata não ter conseguido amamentar seu primeiro filho, João, por muito tempo, pois o menino chorava muito e isso a deixava ansiosa. Imaginava que o menino tinha fome e, mesmo ganhando peso adequadamente, iniciou com fórmula infantil aos 2 meses de idade. A quantidade de leite materno foi diminuindo e aos 3 meses deixou de amamentar. Na verdade, isso a entristeceu, pois gostaria de ter conseguido amamentar por mais tempo. Refere ter conhecimento de que o aleitamento materno protege contra muitas doenças, no entanto, observa que seu primeiro filho é extremamente alérgico, mas não costuma ter infecções. Juliano mostra-se muito ansioso em relação à saúde dos filhos. Relata fazer o que for preciso para que seu filho não tenha problemas de alergia como o primeiro filho de Cristina.

## Teste seu conhecimento

1. Que aspectos da história de Cristina faz o profissional ficar atento para um possível desmame precoce:

- a. História prévia de desmame precoce e intenção de iniciar prontamente alimentação complementar
- b. Fissura mamilar atual e provável pega INCORRETA c.
- Pouco conhecimento sobre as vantagens da amamentação d.
- Todas as alternativas

2. Qual é a informação mais relevante para se pensar que a fórmula infantil era desnecessária ao primeiro filho de Cristina?
  - a. O fato de a criança ser alérgica
  - b. A forte intenção de Cristina para amamentar
  - c. O fato de o menino ganhar peso adequadamente
  - d. A criança ter apenas 2 meses
3. Além de proteger contra infecções, o aleitamento materno traz outros benefícios à saúde da criança, EXCETO:
  - a. Reduzir o aparecimento de alergias
  - b. Diminuir o risco de morte súbita
  - c. Reduzir o risco de obesidade
  - d. Aumentar a perda de peso inicial do recém-nascido, mas favorecer a sua recuperação
4. Em relação ao aleitamento materno, é correto afirmar, EXCETO:
  - a. O colostro, secretado até 7 dias após o parto, apresenta maiores quantidades de fatores imunológicos, de minerais, de vitamina A e de vitamina E do que o leite de transição ou o leite maduro
  - b. As mamadas nos primeiros meses devem ser frequentes, não obedecendo ao esquema de horários preestabelecidos
  - c. A pega incorreta favorece a formação de fissuras, por isso, durante o pré-natal, as mães devem receber informações de exercícios que ajudam a preparar o mamilo para amamentação

d. Na presença de dor na mama, ingurgitamento e febre, o profissional deve pensar em mastite e, mesmo assim, estimular a manutenção da amamentação, oferecendo a outra mama ou ordenhando o leite

5. Quais são as ações educativas mais adequadas para Cristina?

- a. Valorizar a sua intenção de amamentar
- b. Explicar, de forma clara e objetiva, a fisiologia da lactação e a pega correta
- c. Informar os demais benefícios do aleitamento materno, inclusive o de proteger o bebê contra alergias
- d. Todas as alternativas

Respostas: 1D, 2C, 3D, 4C, 5D

## Do que se trata

O aleitamento materno e a introdução da alimentação complementar são temas cruciais na prática do médico de família e comunidade e de sua equipe de atenção primária à saúde (APS). O aleitamento materno marca o início de uma alimentação saudável e, isoladamente, é capaz de nutrir de modo adequado a criança nos primeiros 6 meses de vida (A)<sup>1,2</sup> quando se inicia a introdução de alimentos complementares, com a manutenção do aleitamento materno pelo menos até os 2 anos.

As mães devem receber informação de como buscar suporte para a prática de amamentar (C)<sup>3</sup> por meio de grupos mãe-bebê ou outras atividades educativas. Intervenções nos sistemas de saúde e comunitárias podem aumentar o aleitamento materno exclusivo em 2,5 vezes (A).<sup>4</sup>

A situação do aleitamento materno no Brasil tem melhorado: estudos mostram que a tendência de aumento da prática da amamentação é progressiva e persistente, porém ainda há espaço para avanços.<sup>5</sup> As mães, quando

questionadas sobre os motivos do desmame, respondem que o leite é fraco, que têm pouco leite, que o leite secou, que as fissuras causam muita dor ou que pretendem voltar ao trabalho. As mães que não se sentem seguras quanto à sua capacidade de amamentar também estão mais sujeitas ao desmame,<sup>6</sup> e elas necessitam e desejam suporte ativo e informações precisas para se sentirem mais confiantes.<sup>7</sup>

## Práticas de alimentação infantil e características do leite materno

A prática de uma alimentação saudável infantil foi definida como a ingestão de alimentos adequados em quantidade e qualidade para suprir as necessidades nutricionais, permitindo um bom crescimento e desenvolvimento da criança.<sup>1,8</sup>

A partir dos 6 meses, a criança deverá receber outros alimentos além do leite materno.<sup>6,7</sup>

As práticas<sup>9</sup> de amamentação podem ser classificadas da seguinte maneira:

- Amamentação exclusiva. A criança recebe apenas leite materno (incluindo leite ordenhado) e pode receber ainda: soro oral, vitaminas, minerais e medicamentos. A criança não deve receber qualquer outro líquido ou alimento.

- Amamentação predominante. A criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado) como fonte predominante de nutrição e pode receber certos líquidos (água, chá, suco de fruta), soro oral, vitaminas, minerais e medicamentos. A criança não deve receber nada mais (especialmente outros leites).
- Amamentação complementar. A criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado) e alimentos semissólidos e sólidos e pode receber qualquer outro líquido ou alimento, incluindo outros leites e fórmulas infantis.
- Amamentação. A criança recebe leite materno (incluindo leite ordenhado), podendo ou não estar recebendo qualquer outro líquido ou alimento, incluindo outros leites e fórmulas infantis.
- Alimentação com mamadeira. A criança recebe qualquer líquido (incluindo leite materno, outros leites e fórmulas infantis) ou alimentos semissólidos oferecidos em mamadeira.

A composição do leite materno modifica-se, acompanhando a evolução e as necessidades da criança. O colostro é secretado até 7 dias após o parto e é adequado ao recém-nascido (RN), pois apresenta maiores quantidades de fatores imunológicos, de minerais, de vitamina A e de vitamina E, se comparado ao leite de transição e ao leite maduro. O colostro é rico em proteínas, contém baixo teor de lipídeos e de calorias. Apresenta um efeito laxante que favorece o estabelecimento da flora bífida no sistema digestório e a expulsão do mecônio. O leite de transição, secretado entre o 7<sup>o</sup> e o 14<sup>o</sup> dia, é o leite intermediário entre o colostro e o leite maduro. O leite maduro passa a ser secretado após o 15<sup>o</sup> dia e trata-se de um leite completo e o mais adequado para a criança. Apresenta quantidade suficiente de água, lactose e aminoácidos essenciais (cistina e taurina) e contém fatores de proteção (anticorpos, leucócitos, lactoferrina, fator bífido) e enzimas (lípase). Tem distribuição adequada de macronutrientes: 1% de proteínas (fácil digestão) e 4% de gorduras (ácidos graxos essenciais – ácido graxo linoleico e linolênico, colesterol) e apresenta vitaminas e minerais na quantidade adequada.<sup>10</sup>

## O que fazer: avaliação da prática da amamentação

### Aspectos da anamnese

Os profissionais de saúde devem tentar disponibilizar o tempo que for adequado para dar o apoio à mãe e ao seu bebê durante o início e a continuação da amamentação (D).<sup>3</sup>

O profissional, ao conversar com a mãe, deve estar atento para sinais de depressão materna, o que representa também um importante fator de risco para desmame precoce (B).<sup>11</sup>

A mãe e o bebê devem dormir próximos, a fim de facilitar a amamentação.<sup>12</sup> É importante praticar a medicina centrada na pessoa para avaliar medos e expectativas com relação à amamentação. Por exemplo, investigar desejo e disponibilidade para amamentar, receios, medos e crenças sobre amamentação, dificuldades que acredita que irá enfrentar (ou está enfrentando).

## Aspectos do exame físico da mãe e do bebê relacionados à amamentação

Alguns aspectos do exame físico auxiliam na avaliação se a amamentação está ocorrendo sem dificuldades, como: mamilos sem fissuras ou sinais inflamatórios, mama não ingurgitada, bebê ganhando peso adequadamente, fralda com volume significativo de urina.<sup>7,13</sup> Em 24 horas, deve ocorrer entre 8 a 12 mamadas no peito.<sup>12</sup>

A observação da mamada representa uma boa oportunidade para avaliar a sua prática. O profissional pode observar, por exemplo, a desenvoltura da mãe ao amamentar e o adequado posicionamento do bebê e a pega. A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e a pega adequada.<sup>7</sup>

Posicionamento adequado:

- Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo
- Corpo do bebê próximo ao da mãe
- Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido)
- Bebê bem apoiado

Pega adequada:

- Mais aréola visível acima da boca do bebê
- Boca bem aberta
- Lábio inferior virado para fora
- Queixo tocando a mama

Os seguintes sinais são indicativos de técnica inadequada de amamentação:

- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção
- Ruídos da língua
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama
- Dor à amamentação
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada

Observa-se que, quando a mama está muito cheia, a aréola pode

estar tensa e endurecida, o que dificulta a pega. Nesses casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.<sup>7</sup>

### Identificação de contraindicações à amamentação

A condição materna que contraindica permanentemente o aleitamento materno é ser portadora do vírus da imunodeficiência humana ou do vírus T-linfotrófico humano.<sup>14</sup>

Entre as condições maternas infecciosas que contraindicam temporariamente a amamentação, se encontram:<sup>7,14</sup> infecção materna pelo citomegalovírus, que contraindica o aleitamento materno em prematuros com menos de 32 semanas; infecção pelo vírus herpes-zóster e herpes simples, nos casos de lesão da mama, embora possa ser mantido o aleitamento na mama que não tenha lesão; infecção pelo vírus da varicela, se as lesões surgirem 2 dias antes ou até 5 dias após o parto; infecção materna pelo vírus da hepatite C, no caso de fissura nos mamilos ou carga viral elevada; hanseníase, em caso de lesão na pele da mama e/ou quando a doença não estiver sob controle (não tratada ou com início de tratamento inferior a 3 meses) e infecção materna pelo *Tripanosoma cruzi* (doença de Chagas), na fase aguda e na ocorrência de sangramento do mamilo.<sup>14</sup>

As condições maternas não infecciosas que contraindicam o aleitamento materno são:<sup>14</sup> mães em quimioterapia ou radioterapia; mães em exposição ocupacional e/ou ambiental a metais pesados (chumbo, mercúrio, etc.); mães usuárias de medicamentos contraindicados durante o aleitamento materno. O [Quadro 111.1](#) apresenta recomendações sobre o uso de fármacos da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).<sup>15</sup>

É possível amamentar bebês com fenilcetonúria (A).<sup>18,19</sup> Entretanto, é necessário que as crianças tenham consultas frequentes no serviço de referência, possibilitando ajustes dietéticos constantes e controle metabólico adequado, evitando níveis indesejáveis.<sup>18</sup> Mães bacilíferas (tuberculosas), mesmo com secreção nasal e bucal, podem amamentar, desde que higienizem as mãos e protejam a boca e o nariz, e que o

bebê esteja sendo medicado e acompanhado.<sup>7</sup>

## Condutas propostas para as mães que irão amamentar

A livre demanda das mamadas, ou seja, o não estabelecimento de horários rígidos, deve ser incentivada (A).<sup>3,7</sup> As mães devem receber orientações sobre possível ocorrência de dor nas mamas, rachaduras e ingurgitamento mamário. Devem ser alertadas a procurar atendimento e a não suspender a amamentação na presença de sinais ou sintomas de mastite (C).<sup>3</sup> Lembrar-se de que a técnica adequada para o aleitamento, descrita anteriormente, deve ser apresentada aos pais (D).<sup>7</sup>

## Orientação quanto ao aleitamento materno, com benefícios à saúde da mãe e do bebê

Benefícios do aleitamento materno para o bebê:

- Diminuição de morbidade (B),<sup>7</sup> especificamente a relacionada a infecções (A):<sup>20,21</sup> meningite bacteriana, bacteremia, diarreia (B)<sup>4,13,21</sup> infecção na via aérea (B),<sup>12,13</sup> enterocolite necrosante, otite média (B),<sup>12,13</sup> infecção do trato urinário, sepse de início tardio em pré-termos.<sup>20</sup>
- Diminuição do risco de morte súbita do lactente (B).<sup>7,12,20</sup>
- Redução de hospitalizações: o aleitamento materno reduz o risco de hospitalização por vírus sincicial respiratório (C).<sup>12,22</sup> Um estudo feito em Pelotas, RS, mostrou risco de hospitalização por bronquiolite sete vezes maior em crianças amamentadas por menos de 1 mês. E as crianças não amamentadas nos primeiros 3 meses tiveram chance de hospitalização 61 vezes maior do que as crianças amamentadas exclusivamente (B).<sup>13</sup>
- Redução de alergias (B).<sup>12,13</sup> Os efeitos benéficos do aleitamento materno observados em todas as crianças são particularmente evidentes em crianças com história familiar de doenças atópicas. O aleitamento materno exclusivo reduz o risco de

asma e de sibilância recorrente e protege contra o desenvolvimento de dermatite atópica.

- Redução do risco de obesidade (B).<sup>12,13,21</sup> Períodos mais prolongados de amamentação foram associados a 26% de redução nas probabilidades de sobrepeso ou obesidade (B).<sup>21</sup>
- Redução do risco futuro de doenças cardiovasculares.
- Aumento da inteligência (B).<sup>2</sup> A amamentação está associada a um melhor desempenho em testes de inteligência aos 30 anos. Tem um efeito importante na vida, aumentando o rendimento escolar e a renda na idade adulta (A).<sup>23</sup>
- Redução de risco de má oclusão (B).<sup>2</sup> O aleitamento materno sem restrições diminui a perda de peso inicial do RN (B)<sup>13</sup> favorece a recuperação mais rápida do peso de nascimento (B),<sup>13</sup> promove uma “descida do leite” mais rápida (B),<sup>17</sup> aumenta a duração do aleitamento materno, estabiliza os níveis de glicose do RN (C),<sup>13</sup> diminui a incidência de hiperbilirrubinemia (D)<sup>13</sup> e previne ingurgitamento mamário (D).<sup>13</sup> Benefícios do aleitamento materno para a mãe:
  - Involução uterina mais rápida e redução do risco de hemorragia uterina pós-parto, devido ao aumento da ocitocina (B).<sup>20</sup>

#### Quadro 111.1 | Recomendações sobre uso de fármacos da Relação Nacional de medicamentos durante a amamentação

Analgésicos e AINEs	Paracetamol, ibuprofeno, dipirona	AAS <sup>d</sup> 1, 3, 13, 16
---------------------	-----------------------------------	-------------------------------

Antiácidos Hidróxido de alumínio 16

Antiasmáticos Beclometasona, salbutamol	Antianêmicos Ácido fólico, sulfato ferroso
---	--

16

1, 16

Antiarrítmicos Digoxina 1, 16 Anticoagulantes Varfarina 1, 13, 16

Antidepressivos	imipramina <sup>g</sup>	fluoxetina <sup>j</sup>
Amitriptilina, <sup>g</sup>	Lítio, sertralina, <sup>j</sup>	1, 16, 17
	glibenclamida <sup>i</sup>	
	Metformina	13, 16

Antidiabéticos Insulina,

Antieméticos Prometazina<sup>c</sup> Metoclopramida 1, 13, 16

Antiepiléticos Fenitoína, <sup>g</sup>	valproico <sup>g</sup>
carbamazepina, <sup>c</sup> ácido	Fenobarbital 1, 13, 16

Antifúngicos Nistatina 16

Anti-hipertensivos	pirimetamina	sulfadiazina
Nifedipina, metildopa, captopril, <sup>e</sup> propranolol, metoprolol	Antituberculosos <sup>a</sup> Isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol, estreptomicina	Ivermectina, metronidazol 1, 13, 16
Anti-histamínicos Loratadina, prometazina <sup>c</sup>	Atenolol, furosemida, <sup>h</sup> hidroclorotiazida <sup>h</sup>	1, 13, 16 1, 3, 13, 16
Anti-infecciosos <sup>f</sup> Amoxicilina, ampicilina, benzilpenicilina, doxiciclina, eritromicina	Sulfametoxazol, + trimetoprima	1, 13, 16 1, 13, 16
Antiparasitários Mebendazol,	ciprofloxacina,	

Antivirais Aciclovir Demais antivirais 1, 16 Benzodiazepínicos

Diazepam<sup>c</sup> 1, 16

Contraceptivos hormonais	Levonorgestrel, <sup>b</sup> medroxiprogesterona, <sup>b</sup>	norestisterona <sup>b</sup> Etinilestradiol 1, 13, 16
--------------------------	---	--

Corticoides Prednisona 1, 16

Hormônios da tireoide Levotiroxina 1, 16	haloperidol 1, 13, 16
Neurolépticos Clorpromazina,	

- Diminuição do risco de câncer de mama e ovário (B).<sup>20,21</sup>
- Retorno ao peso pré-gestacional de forma mais rápida (B).<sup>20</sup>
- Aumento do intervalo entre as gestações (B).<sup>16,21</sup>
- Proteção contra diabetes (B).<sup>21</sup>
- Promoção de maior interação mãe-bebê (D).<sup>24</sup>
- O leite materno não tem custos (D).<sup>25</sup>
- O leite materno está sempre pronto para servir (maior praticidade).

## Orientação sobre a influência de bicos e de chupetas

Inúmeros estudos contraindicam o uso de chupetas e/ou bicos artificiais, já que está, de maneira importante, associado ao tempo menor de duração do aleitamento materno. A chupeta mostra-se como um indicador de dificuldades da amamentação. A OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância recomendam a não utilização de bicos e

chupetas desde o nascimento.<sup>12</sup>

Os bebês em aleitamento materno ou em uso do copinho possuem melhor desenvolvimento de seios da face, mandíbula, melhor oclusão dentária e melhor desenvolvimento na fala, tendo em vista que mobilizam toda a musculatura da face. Em contrapartida, os lactentes em uso de bicos artificiais mobilizam apenas o músculo bucinador.<sup>26</sup>

A criança usuária de bicos artificiais pode ainda ter elevação do palato, desvio do septo nasal e maior incidência de otites.<sup>26</sup>

## Orientações sobre como realizar a ordenha e armazenar o leite materno

Quando houver intenção de ofertar leite materno durante o período em que estiver afastada do bebê (p. ex., na volta ao trabalho), a mãe deverá receber instruções quanto à ordenha e ao armazenamento do leite materno.

No momento da ordenha, a nutriz deverá realizar higiene adequada das mãos e antebraços e posicionar o vasilhame (vidro de boca larga com tampa plástica que possa ser submetido à fervura durante mais ou menos 20 minutos) onde será armazenado o leite materno próximo à mama.

O início da ordenha ocorre com massagem suave da mama, com movimentos circulares da base em direção à aréola: os dedos da mão em forma de “C”, colocando o polegar na aréola acima do mamilo e o dedo indicador abaixo do mamilo na transição aréola-mama, em oposição ao polegar, sustentando a mama; pressionar suavemente o polegar e o dedo indicador, um em direção ao outro, e levemente para dentro em direção à parede torácica. É importante orientar que a nutriz não pressione demais para não bloquear os ductos lactíferos. O movimento deverá ser de pressionar e soltar até o esgotamento completo da mama, sendo que os primeiros jatos deverão ser desprezados.

O leite ordenhado poderá ser conservado na geladeira por 24 horas, no congelador ou *freezer* por 15 dias e o menor tempo possível à temperatura ambiente.<sup>7</sup>

## Orientações sobre o uso de medicamentos durante a amamentação

A prescrição de medicamentos para mulheres que estão amamentando deve basear-se no princípio do risco *versus* benefício, optando-se sempre por fármacos com segurança documentada. O [Quadro 111.1](#) apresenta recomendações sobre fármacos que fazem parte da RENAME.<sup>15</sup>

## Condutas e orientações alimentares quando o aleitamento materno não é realizado

Puérperas com contraindicação para amamentar deverão ser orientadas a enfaixar as mamas; evitar o esvaziamento; utilizar analgésicos, se necessário; realizar compressas frias; e restringir ingestão hídrica. O uso de medicamentos como estrogênios e inibidores da prolactina, como a bromocriptina, podem ser utilizados, mas não representam a primeira escolha devido ao risco de efeitos colaterais graves.<sup>27</sup>

Na impossibilidade de aleitamento materno, deverá ser oferecida à criança uma fórmula de partida ou de 1º semestre; a partir do 6º mês, recomenda-se uma fórmula infantil de seguimento ou de 2º semestre (D).<sup>1,28</sup> A fórmula infantil consiste em leite de vaca modificado pela indústria para atender às necessidades nutricionais e não agredir o sistema digestivo do bebê não amamentado.<sup>28</sup> Trata-se de leites em pó comercializados e disponíveis em supermercados. Os profissionais devem estar atentos e orientar que nem todo leite em pó é uma fórmula infantil. Em relação ao custo elevado das fórmulas infantis, vale considerar que, a partir do 4º mês, com a introdução de papa salgada, com carne, e de papa de frutas, o número de mamadeiras será menor.

O leite de vaca (*in natura*, integral, em pó ou líquido) não é recomendado para o lactente no primeiro ano de vida.<sup>1</sup> Assim, diante da impossibilidade da amamentação e esgotadas todas as possibilidades de estimular essa prática, deve-se esclarecer e orientar a mãe para que ofereça fórmula

infantil. Infelizmente, contudo, observa-se, em populações de baixo poder aquisitivo, a utilização frequente do leite de vaca não modificado nos primeiros meses de vida. Vale ressaltar que a criança até 4 meses não pode receber o leite *in natura* integral, sendo necessário realizar a diluição. Entretanto, desde o início, é necessário adicionar 3% de óleo vegetal para cada preparação, a fim de aumentar o aporte energético e fornecer ácido linoleico, essencial ao crescimento e ao desenvolvimento e no qual o leite de vaca é deficiente. Salienta-se a importância de preferir óleos vegetais não transgênicos.<sup>6</sup>

Durante muitos anos, recomendava-se, para casos de uso de leite de vaca, o acréscimo, além do óleo, de mais 5% de açúcar e 3% de farinha, pois havia ainda muitas crianças com ganho de peso inadequado, e essa composição garantiria maior aporte energético. Atualmente, enfrenta-se situação oposta, em que as crianças no primeiro ano de vida estão ganhando peso demais, com risco de desenvolvimento de obesidade em fases posteriores. Para quem trabalha na área de saúde coletiva e faz assistência na APS, é necessário avaliar prós e contras do tipo de prescrição dietética para o lactente, analisando caso a caso.<sup>6</sup> A recomendação é que não se adicione açúcar ou farinha ao leite de vaca, já que o consumo de açúcar não é aconselhado antes dos 24 meses de idade.

O desenvolvimento da alergia alimentar depende de diversos fatores, incluindo a hereditariedade, a exposição às proteínas alergênicas da dieta, a quantidade ingerida, a frequência, a idade da criança exposta e, ainda, o desenvolvimento da tolerância. A fórmula de soja pode ser utilizada em crianças com alergia à proteína do leite da vaca, mas não é recomendada para a prevenção de alergia (A).<sup>29</sup>

Tabela 111.1 | Volume e frequência médios da fórmula infantil industrializada ou fórmula caseira (leite de vaca) para crianças não amamentadas de acordo com a idade

Do nascimento-30 dias

60-120 mL 6-8

30-60 dias 120-150 mL 6-8

2-3 meses 150-180 mL 5-6

3-4 meses 180-200 mL 4-5

> 4 meses 180-200 mL 2-3

A [Tabela 111.1](#) apresenta o volume da mamadeira e o número de refeições diárias para a criança não amamentada de acordo com sua faixa etária. Vale lembrar que crianças que não recebem leite materno devem receber água nos intervalos entre as mamadas.<sup>14</sup>

A [Tabela 111.2](#) apresenta orientações para crianças menores de 4 meses na impossibilidade de adquirir fórmula infantil. A partir dos 4 meses, reconstitui-se o leite em pó a 15%, ou seja, 1 colher de sopa cheia (15 g) em cada 100 mL reconstituído (D)<sup>14,30</sup> ou conforme recomendações do fabricante. Tratando-se de leite fluido, a partir dos 4 meses, não é necessário diluí-lo.

#### Tabela 111.2 | Reconstituição do leite para crianças menores de quatro meses

Tipo de Leite	▶ 2 colheres das de sobremesa rasas para 200 mL de água fervida
Leite em pó integral: Leite integral fluido: Pasteurizado (“de saquinho”) ou UHT (“de caixinha”)	2/3 de leite fluido + 1/3 de água fervida: ▶ 70 mL de leite + 30 mL de água = 100 mL ▶ 100 mL de leite + 50 mL de água = 150 mL ▶ 130 mL de leite + 70 mL de água = 200 mL
Ingredientes	▶ 1 colher das de sobremesa rasa para 100 mL de água fervida ▶ 1 ½ colher das de sobremesa rasa para 150 mL de água fervida
Modo de Preparo	pouco de água fervida
Diluir o leite em pó em um	Adicionar o restante da água necessária
	Misturar o leite fluido com a água fervida

## Introdução de novos alimentos

A introdução de alimentos deverá ocorrer a partir dos 6 meses, para as crianças amamentadas exclusiva ou predominantemente, e a partir dos 4 meses, para as crianças não amamentadas ou em aleitamento misto. Trata-se de uma nova fase do ciclo de vida, em que são apresentados à criança novos sabores, cores, aromas e texturas.<sup>7</sup>

A partir de 6 meses, recomenda-se a utilização de duas papas de frutas (lanche da manhã e lanche da tarde) e uma papa principal, que poderá ser oferecida no almoço. Aos 7 meses de vida, a criança poderá receber a segunda papa principal no horário do jantar. As frutas devem ser amassadas em forma de purê, e a papa principal deve ser preparada, especialmente para o lactente, com alimentos bem cozidos para que possam ser amassados com garfo.<sup>6</sup>

Não há restrição quanto aos alimentos que devem ser oferecidos, embora haja muitas dúvidas quanto à introdução de carnes e peixes; de qualquer modo, ao se introduzirem os alimentos complementares, é importante que já se inclua a carne para garantir o ferro de boa disponibilidade, pois a demora nessa introdução pode exaurir as reservas desse nutriente da criança e colocá-la em risco para o quadro de anemia.<sup>6</sup>

O profissional de saúde deve procurar conduzir adequadamente esse processo de adaptação, auxiliando a mãe e os cuidadores da criança, destacando a importância dos hábitos alimentares na promoção da saúde de forma prática e utilizando linguagem simples e acessível. Nas orientações, devem-se levar em conta formas adequadas de preparo, as noções de consistência e as quantidades das refeições e opções de diversificação alimentar que contemplem as necessidades nutricionais para cada fase do desenvolvimento da criança.<sup>7</sup>

Os pais exercem papel fundamental no desenvolvimento dos hábitos alimentares dos seus filhos durante a infância por serem responsáveis pelas compras de determinados alimentos e pela exposição das crianças a eles.<sup>6</sup> Portanto, toda a família deve ser estimulada a contribuir

positivamente nessa fase. O profissional deve ser hábil em reconhecer novas formas de organização familiar, demonstrar interesse e orientar os cuidadores da criança, no sentido de perceber a alimentação como ato prazeroso, evitando precocemente o aparecimento de possíveis transtornos psíquicos e distúrbios nutricionais.<sup>7</sup> A adequação nutricional dos alimentos oferecidos para as crianças é fundamental para a prevenção de anemia, sobrepeso e baixo peso (D).<sup>1,7,31,32</sup> A alimentação complementar deve prover suficientes quantidades de energia, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais, por meio de alimentos seguros, culturalmente aceitos, economicamente acessíveis e que sejam agradáveis à criança. Na introdução alimentar, é importante que se ofereça água para ela, e não sucos industrializados e refrigerantes, pois possuem altas quantidades de açúcar e corantes em sua composição.

Deve-se estimular o consumo de alimentos básicos e regionais, como arroz, feijão, batata, mandioca/macaxeira/aipim, legumes e frutas. A carne deve fazer parte das refeições desde a primeira refeição salgada, e o profissional deve estimular a utilização de miúdos uma vez por semana, especialmente fígado de boi, pois são fontes importantes de ferro. As crianças que recebem outro leite que não o materno devem consumir no máximo 500 mL por dia.<sup>6,7</sup>

A mãe deve ser tranquilizada quanto à aceitação dos alimentos, pois é muito comum a criança rejeitá-los, porque ainda não está acostumada com esse novo processo. Estudos mostram que é necessário que a criança seja exposta ao alimento de 8 a 15 vezes antes de se considerar que o alimento não é de sua preferência. É importante que as mães sejam orientadas quanto a essa prática e continuem oferecendo ao bebê, em especial na fase da alimentação complementar, o alimento que foi inicialmente rejeitado.<sup>6</sup>

Apesar de não estimular uma rigidez de horários, a prática de dar sucos, chás e mamadeiras a qualquer hora deve ser desestimulada, pois a criança que “belisca” não aceita as refeições em quantidades adequadas, diminuindo o volume ingerido desses alimentos (D).<sup>29</sup> Recomenda-se alimentar a criança lenta e pacientemente até que ela se sacie, jamais forçando-a a comer.<sup>2,33</sup>

A mãe, ou cuidadores, deve ser orientada a variar a alimentação, ou seja, assegurar o suprimento de micronutrientes,<sup>14</sup> favorecer a formação de bons hábitos alimentares e ao mesmo tempo prevenir o aparecimento de anorexia decorrente da monotonia alimentar.<sup>2</sup>

Papa salgada, ou refeições, deve ser feita, sempre que possível, com um alimento de cada grupo do [Quadro 111.2](#) (exceto frutas). O ovo inteiro já pode ser introduzido a partir dos 6 meses<sup>1</sup> em substituição à fonte proteica, mas, nessa refeição, recomenda-se oferecer 50 a 100 mL de suco rico em vitamina C para melhor absorção do ferro presente nos vegetais, como, por exemplo, o feijão que pode estar presente na refeição. É importante ressaltar que o ovo deve estar bem cozido, para evitar risco de contaminação.

Quadro 111.2 | Grupo de alimentos, nutrientes (com exemplos)

Grupo 1 Cereais e tubérculos Carboidrato	Arroz, aipim, batata-doce, Proteína animal e ferro heme	macarrão, batata, polenta, mandioquinha
Grupo 2 Carnes e ovos	Proteína vegetal e ferro não heme	Feijões, lentilha, ervilha seca, grão-de-bico
Grupo 3 Leguminosas	Micronutrientes e fibras	Folhas verdes cozidas, abóbora, cenoura, quiabo, abobrinha, beterraba, vagem, chuchu, ervilha, couve-flor
Grupo 4 Verduras e legumes	Micronutrientes, fibras e açúcar Carne de gado, galinha, peixe, miúdos de boi e galinha, ovo	Todas da época, inclusive o abacate
Grupo 5 Frutas		

Dietas vegetarianas não fortificadas ou não suplementadas não são recomendadas para crianças menores de 2 anos, porque não suprem as necessidades de alguns nutrientes, como ferro, zinco e cálcio (D).<sup>6,33</sup>

Alimentos de consistência amolecida, como sopas e mingaus finos, não são indicados, pois têm baixa densidade de energia, podendo causar ganho de peso insuficiente.<sup>6,33</sup>

Alguns alimentos são considerados inadequados às crianças nos primeiros anos de vida, como: produtos industrializados com conservantes e corantes artificiais (iogurtes, gelatinas, *petit suisse*, flans, compotas, cremes industrializados); refrigerantes e sucos adoçados, que diminuem o apetite para alimentos mais nutritivos, são cariogênicos e podem influenciar em ganho de peso insuficiente;<sup>34</sup> alimentos embutidos e enlatados, que apresentam quantidade excessiva de sódio; café, chás e chocolates, que interferem na absorção de ferro e cálcio;<sup>28</sup> frituras, que contêm gordura (D)<sup>32</sup> resultante de processo de oxidação com o aumento da temperatura; alimentos muito salgados (D);<sup>14,32</sup> alimentos com adição de açúcar nas preparações (D)<sup>14,33</sup> e mel, devido ao risco de botulismo (D).<sup>1,14,24</sup>

Ao ser estabelecida a alimentação da família,<sup>6,14</sup> deve-se orientar quanto a cuidado de não oferecer alimentos de formato aguçado e/ou consistência dura, como cenouras cruas, nozes ou uvas, pelo risco de a criança se engasgar.<sup>33</sup>

O [Quadro 111.3](#) apresenta o tipo de alimento a ser introduzido à criança amamentada de acordo com a faixa etária.

Quadro 111.3 | Esquema para introdução dos alimentos complementares de acordo com a faixa etária

Até completar 6 meses Aleitamento materno exclusivo

Ao completar 6 meses Leite materno, papa de fruta e papa/refeição salgada

Ao completar 7 meses Segunda papa/refeição salgada

Ao completar 8 meses Gradativamente passar para alimentação da família

Ao completar 12 meses Alimentação da família

O *Guia alimentar para crianças menores de dois anos* é uma iniciativa do Ministério da Saúde (MS) e do Programa de Promoção e Proteção à Saúde, da Organização Pan-americana da Saúde (OPAS/Brasil). Esse guia foi elaborado com base nos dados existentes no país e em estudos qualitativos em que se identificaram problemas prioritários para intervenção. As bases científicas descritas no guia constituem um sumário de ampla revisão da literatura internacional. O conjunto de recomendações, denominado *Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos*, foi publicado para subsidiar os profissionais de saúde a promover práticas alimentares saudáveis para a criança pequena (D).<sup>14</sup>

## Prognóstico e complicações possíveis

- Diminuição na quantidade de leite: caso a mãe perceba uma insuficiente produção do leite materno, a técnica de aleitamento materno e a saúde do bebê devem ser avaliadas. A mulher deve ser apoiada para ganhar confiança na sua capacidade de produzir leite suficiente para seu bebê (C):<sup>3</sup> sugere-se que o profissional lembre à mãe que a produção do leite se relaciona fundamentalmente ao estímulo, ao ato de sugar e que deve procurar manter-se descansada, tranquila e hidratada.<sup>16</sup>
- Trauma mamilar: nos casos de trauma mamilar (fissura/rachadura), o profissional de saúde deverá: ajudar a mãe a adotar a técnica adequada para amamentar; orientar a mãe a manter a região mamilo-areolar seca e aerada; fazer expressão do leite no final da mamada, passando-o em toda a região mamilo-areolar e deixar secar naturalmente; e não usar medicamentos tópicos.<sup>7</sup>
- Mastite lactacional e abscesso mamário: a mastite lactacional pode ser evitada por meio de medidas que impeçam a instalação da estase lática, como: a boa pega, o aleitamento sob livre demanda, o esvaziamento completo da mama durante a amamentação, a ordenha das mamas nos casos de produção de leite maior do que a demanda do lactente e, também, o estímulo ao aleitamento materno e ao autocuidado.<sup>7</sup>

Na mastite instalada, manifesta por dor, sinais inflamatórios na mama e febre, usar analgésico/antitérmico e antibióticos. O uso de cefalexina, ou amoxicilina, por 7 dias, e orientação para não suspender a amamentação são suficientes. No caso de já ter formado um abscesso mamário, a puérpera deve ser encaminhada para drenagem, às vezes

sendo necessário suspender a amamentação naquele peito.<sup>35</sup>

## Atividades preventivas e de educação

Além das orientações descritas neste capítulo, que devem ser realizadas individualmente durante a consulta, atividades educativas em grupos de gestantes ou grupos de mães também devem ser estimuladas. Essas atividades promovem troca de experiências entre as participantes, além de proporcionar mais um espaço para o esclarecimento de dúvidas e dificuldades em relação à amamentação e à maternidade em si. As mães devem ser estimuladas a ampliar redes sociais de apoio, uma vez que isso resulta em interação positiva na relação mãe-bebê.

Visitas domiciliares também oferecem benefícios em relação ao desenvolvimento da parentalidade (B) e à prática da amamentação (A)<sup>36</sup> e devem ser realizadas pelos profissionais de serviços de APS sempre que possível.

## REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola. São Paulo; 2006.
2. Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, Goulet O, Kolacek S, Koletzko B, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2008;46(1):99- 110.
3. National Institute for Health and Clinical Excellence. Postnatal care: routine postnatal care of women and their babies. Leicester: University of Leicester; 2006.
4. 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.
5. Sena MCF, Silva EF, Pereira MG. Trends of breastfeeding in Brazil in the last quarter of the 20th century. *Rev Bras Epidemiol.* 2007;10(4):499-505.
6. Vitolo MR. Nutrição: da gestação ao envelhecimento. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio; 2015.
7. Brasil. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília; 2009.
8. World Health Organization. Global strategy on infant and young child feeding. Geneva; 2002.
9. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 november 2007. Geneva; 2007.
10. Rio de Janeiro. Secretaria de Estado de Saúde. Manual de capacitação de

multiplicadores. Rio de Janeiro; 2006.

11. Hasselmann MH, Werneck GL, Silva CVC. Symptoms of postpartum depression and early interruption of exclusive breastfeeding in the first two months of life. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(2):S341-352.
12. Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2012;129(3):e827-41.
13. Giugliani ERJ. Aleitamento materno: principais dificuldades e seu manejo. In: Dunca MJ, Schmidt MI, Giugliani ERJ, organizadores. *Conduas de atenção primária baseadas em evidências*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
14. Brasil. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica. 2. ed. Brasília: MS; 2010.
15. Camillo E, Misturini J. Medicamentos na gestação e puerpério. In: Lenz MLM, Flores R, organizadores. *Atenção à saúde da gestante em APS [Internet]*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição; 2011 [capturado em 27 jul. 2018]. Disponível em: [http://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/atenca\\_osaudedagestante.pdf](http://www2.ghc.com.br/gepnet/publicacoes/atenca_osaudedagestante.pdf).
16. Faculty of Family Planning & Reproductive Health Care. FFPRHC Guidance (July 2004): Contraceptive choices for breastfeeding women. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2004;30(3):181-9; quiz 189.
17. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman*. London; 2010.
18. Kanufre V. O aleitamento materno no tratamento de crianças com fenilcetonúria. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(5):447-452.
19. Van Rijn M, Bekhof J, Dijkstra T, Smit PG, Moddermam P, Van Spronsen FJ. A different approach to breast-feeding of the infant with phenylketonuria. *Eur J Pediatr*. 2003;162(5):323-326.
20. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, et al. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*. 2005;115(2):496-506.
21. 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.
22. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. *Bronchiolitis in children: a national clinical guideline [Internet]*. Edinburgh; 2006 [capturado em 27 jul. 2018]. Disponível em: [http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc\\_id=10224](http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=10224).
23. Victora CG, Horta BL, Loret de Mola C, 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 Glob Health*. 2015;3(4):e199-205.
24. Pinto LF. Apego y lactancia natural. *Rev Chil Pediatr*. 2007;78(Supl. 1):S96-102.
25. Drane D. Breastfeeding and formula feeding: a preliminary economic analysis. *Breastfeeding Rev*. 1997;5(1):7-15.
26. Santiago LB, Santiago FGB. Aleitamento materno: técnica, dificuldades e desafios. *Resid Pediatr*. 2014;4(3 Supl.1):S23-30.

27. Galão AO, Hentschel H. Puerpério normal. In: Martins-Costa SH, Freitas F, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
28. Accioly E, Saunders C, Lacerda EM. Nutrição em obstetrícia e pediatria. Rio de Janeiro: Cultura Médica; 2002.
29. Osborn DA, Sinn J. Soy formula for prevention of allergy and food intolerance in infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;(4):CD003741.
30. Vitolo MR, Bortolini GA, Feldens CA, Drachler ML. Impactos da implementação dos dez passos da alimentação saudável para crianças: ensaio de campo randomizado. *Cad Saúde Pública.* 2005;21(5):1448-1457.
31. Brasil. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: MS; 2004.
32. Sociedade Brasileira de Cardiologia. I Diretriz de prevenção da aterosclerose na infância e na adolescência. *Arq Bras Cardiol.* 2005;85(Supl. 6):3-36.
33. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *J Pediatr (Rio J).* 2004;80(5 Supl):S131-141.
34. Gusso G, Lopes JMC. Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed; 2012.
35. Martins-Costa SH, Freitas F, Ramos JGL, Magalhães JA. Rotinas em obstetrícia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2017.
36. Bull J, McCormick G, Swann C, Mulvihill C, Health Development Agency. Ante and post-natal home visiting programmes: a reviews evidence briefing [Internet]. London: Health Development Agency; 2004 [capturado em 27 jul. 2018]. Disponível em: [www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/ante\\_and\\_postnatal\\_homevisiting\\_evidence\\_briefing.jsp](http://www.nice.org.uk/aboutnice/whoweare/aboutthehda/hdapublications/ante_and_postnatal_homevisiting_evidence_briefing.jsp).