

Alimentação no Primeiro Mês de Vida

Por **Dr. José Roberto Stefani** — Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

CONTEÚDO

- | | |
|---|--------------------------------|
| 1. Importância do tema | 7. Quando indicar fórmula |
| 2. Aleitamento materno exclusivo | 8. Erros comuns |
| 3. Pega, posicionamento e livre demanda | 9. Pontos-chave para a prova |
| 4. Como saber se está mamando bem | 10. Comparação das referências |
| 5. Perda e recuperação de peso | 11. Casos clínicos comentados |
| 6. Suplementação: vitamina K e D | 12. Referências selecionadas |

1. Importância do tema

REVISÃO: OUTUBRO DE 2026

Atualizado com o Guia Prático de Aleitamento Materno da SBP (nº 165, 26/08/2024), o DC de Hipovitaminose D da SBP (nº 181, 04/11/2024), as recomendações de ferro da SBP (2026), o Caderno de Atenção Básica nº 23 e o PCDT de Transmissão Vertical do Ministério da Saúde, e as posições da AAP, NICE e AEP (tabela na seção 10).

O primeiro mês concentra o maior risco de desidratação, icterícia agravada e reinternação por dificuldades alimentares — e é a janela em que o aleitamento materno é estabelecido ou perdido. Orientar a família corretamente nas primeiras semanas tem impacto direto sobre ganho ponderal, vínculo e desfechos de longo prazo.

A recomendação central é o **aleitamento materno exclusivo até os 6 meses** (sem água, chás ou outros alimentos), com início idealmente **na primeira hora de vida** e manutenção sob livre demanda.

2. Aleitamento materno exclusivo

O leite materno cobre todas as necessidades nutricionais e hídricas do recém-nascido a termo saudável. Sua composição é dinâmica:

- **Colostro** (primeiros dias): pequeno volume, rico em proteínas, IgA secretora e fatores imunológicos; tem efeito laxativo que ajuda a eliminar o mecônio e reduzir a icterícia.
- **Leite de transição** e, a partir de ~2 semanas, **leite maduro**: maior volume e teor energético.
- Numa mesma mamada, o leite **anterior** é mais aquoso (mata a sede) e o **posterior** é mais rico em gordura (sacia e promove ganho de peso) — por isso esvaziar bem uma mama antes de oferecer a outra.

RECOMENDAÇÃO

Início na 1ª hora de vida, alojamento conjunto, livre demanda e nada além do leite materno (nem água) até os 6 meses. Não oferecer bicos artificiais/chupeta enquanto a amamentação não estiver bem estabelecida.

3. Pega, posicionamento e livre demanda

A maioria das dificuldades (dor, fissuras, baixo ganho) decorre de **pega inadequada**. Sinais de boa pega:

- Boca bem aberta, abocanhando a aréola (não só o mamilo);
- Lábio inferior evertido, queixo tocando a mama;
- Mais aréola visível acima do que abaixo da boca;
- Sucção lenta e profunda, com pausas e deglutição audível;
- Mamada sem dor para a mãe.

Livre demanda: oferecer sempre que o bebê apresentar sinais de fome (procura, movimentos de sucção, mãos à boca — o choro é sinal tardio), em geral **8 a 12 vezes em 24 h**, sem fixar horários nem limitar a duração.

4. Como saber se está mamando bem

Os melhores indicadores de ingestão adequada são objetivos e ensináveis à família:

Sinais de amamentação eficaz no primeiro mês	
PARÂMETRO	ESPERADO
Diurese	≥ 6 fraldas bem molhadas/dia após o 4º–5º dia; urina clara
Evacuações	Várias/dia na 1ª semana; fezes amareladas após o 4º–5º dia (saída do mecônio). Sinal de alerta: menos de 4 evacuações no 4º dia ou mecônio no 5º dia (SBP 2024)
Mamadas	8–12/dia, com deglutição audível e satisfação após mamar
Ganho de peso	Recuperação do peso de nascimento em geral por volta de 10–14 dias (pode ser mais lenta após cesariana — SBP 2024); depois ~20–30 g/dia
Comportamento	Ativo, hidratado, acorda para mamar

SINAIS DE ALERTA E ENCAMINHAMENTO

- 🔴 **Com urgência (pronto-socorro/hospital com unidade neonatal):** RN letárgico, que não suga ou recusa as mamadas, com mucosas secas e diurese muito reduzida, icterícia intensa, ou perda de peso acima de 10% acompanhada de sinais clínicos — risco de hipernatremia, insuficiência renal e convulsões (SBP, GP nº 165/2024).
- 🟡 **Reavaliação próxima:** menos de 6 fraldas molhadas/dia após o 4º–5º dia, poucas evacuações, perda de 8–10% no 5º dia ou mais, dor e fissuras — observar uma mamada completa e corrigir a técnica antes de complementar.

5. Perda e recuperação de peso

Quase todos os RN perdem peso nos primeiros dias (redistribuição de água corporal, diurese fisiológica, pequenos volumes iniciais), com nadir por volta do 3º–4º dia.

Segundo a SBP (GP nº 165/2024), a perda de **até 10%** pode ser considerada aceitável se o RN estiver bem e sem sinais de ingestão insuficiente; a perda de **8–10% no 5º dia ou mais** pede avaliação cuidadosa da mamada; e não é incomum que o RN ainda esteja abaixo do peso de nascimento com **10–14 dias**, sobretudo após cesariana.

- Perda **> 10%**, que não estabiliza, ou peso não recuperado por volta do 14º dia → avaliar cuidadosamente técnica de amamentação, produção láctea, hidratação (incluindo sódio, se houver sinais de desidratação) e icterícia. Perda acima de 10% não indica suplemento automaticamente (SBP 2024); a diretriz britânica de déficit de crescimento (NICE NG75) usa perda $\geq 10\%$ como referência para avaliação.
- Fatores de maior perda: cesariana, atraso da apojadura (lactogênese II), primiparidade, idade materna mais avançada, grande volume de líquidos EV no parto (SBP 2024).
- A perda excessiva associa-se à **icterícia por baixa oferta** ("icterícia do aleitamento" por ingestão insuficiente) — a conduta é corrigir a amamentação, não suspendê-la.

6. Suplementação: vitamina K e vitamina D

- **Vitamina K:** 1 mg IM, dose única ao nascer, para todos os RN (Ministério da Saúde; AAP 2022: nas primeiras 6 h), prevenindo o sangramento por deficiência de vitamina K. É profilaxia universal, não relacionada à dieta posterior; a via oral é menos eficaz (AAP 2022). No prematuro < 1.500 g, dose conforme protocolo da unidade — ver [Temas atualizados](#).
- **Vitamina D: 400 UI/dia** da 1ª semana de vida até 1 ano para todo lactente, independentemente do tipo de aleitamento (o leite materno é pobre em vitamina D) (SBP, DC nº 181/2024).
- **Ferro (SBP 2026):** no RN a termo sem risco, ferro elementar 10–12,5 mg/dia em dois ciclos — dos 6 aos 9 meses e dos 12 aos 15 meses (pausa de 3 meses); iniciar aos 4 meses se receber leite de vaca integral. Prematuro ou baixo peso (< 2.500 g): a partir de 30 dias, 2–4 mg/kg/dia até 12 meses e 1 mg/kg/dia dos 12 aos 24 meses. Sem

hemograma de rotina no lactente saudável; exames só se houver risco, entre 9 e 12 meses.

7. Quando indicar fórmula

O aleitamento é a primeira escolha; a fórmula infantil é indicada quando o leite materno é insuficiente apesar de manejo adequado, ou em contraindicações:

- **Contraindicações maternas (MS):** HIV — no Brasil, não amamentar, inibir a lactação com cabergolina 1 mg VO dose única e garantir fórmula; contraindicados aleitamento cruzado e misto (PCDT de Transmissão Vertical 2022); HTLV 1/2 (inibidor da lactação e fórmula — PCDT TV 2022); antineoplásicos e radiofármacos (CAB 23).
- **Interrupção temporária (MS, CAB 23):** lesões herpéticas na mama (manter na mama sadia); varicela materna de 5 dias antes a 2 dias após o parto (isolamento até as crostas; imunoglobulina antivaricela-zóster ao RN); doença de Chagas aguda ou com sangramento mamilar; drogas de abuso.
- **Contraindicações/limitações do RN:** galactosemia clássica (fórmula isenta de lactose/galactose); fenilcetonúria e outros erros inatos do metabolismo exigem fórmulas especiais e controle no serviço de referência (na fenilcetonúria o leite materno pode ser mantido parcialmente).
- **Hierarquia do complemento (SBP, GP nº 165/2024):** 1º leite materno ordenhado; 2º leite de banco de leite humano; 3º fórmula infantil — de preferência por translactação, copinho ou colher, evitando mamadeira, e reavaliando sempre a necessidade.

ATENÇÃO

Mastite, icterícia, hepatite B (com vacina e imunoglobulina no RN), tuberculose tratada (mãe bacilífera amamenta com máscara), dengue e tabagismo *não* são indicações de suspensão do aleitamento (MS, CAB 23). A maioria dos medicamentos maternos é compatível — consultar o manual do MS "Amamentação e uso de medicamentos" antes de desmamar.

8. Erros comuns

- Oferecer água ou chás ao RN em aleitamento exclusivo (desnecessário e prejudicial).
- Impor horários rígidos ou limitar o tempo de mamada.
- Introduzir fórmula ou chupeta precocemente sem indicação, comprometendo a produção láctea; oferecer o complemento por mamadeira.
- Interpretar choro como fome insuficiente de leite e complementar sem avaliar a técnica.
- Suspender o aleitamento por icterícia ou por uso materno de medicações comuns.
- Não suplementar vitamina D.

9. Pontos-chave para a prova

- **AME até 6 meses**, início na 1ª hora, livre demanda (8–12×/dia), sem água.
- Perda de até **10%** pode ser aceitável se o RN está bem (SBP 2024); em geral recupera o peso de nascimento por volta de **10–14 dias**.
- Melhor indicador de ingestão adequada: **diurese (≥6 fraldas/dia) e ganho ponderal**.
- **Vitamina D 400 UI/dia** para todos no 1º ano (SBP 2024); **vitamina K 1 mg IM** ao nascer (MS).
- Icterícia por baixa oferta → **melhorar a amamentação**, não suspender.
- No Brasil, **HIV e HTLV** contraindicam a amamentação (PCDT TV 2022); galactosemia contraindica leite materno.
- Complemento, se necessário: **leite ordenhado → banco de leite → fórmula**, sem mamadeira (SBP 2024).

10. Comparação das referências

TEMA	SBP	MS	AAP	NICE	AEP
Versão e data	GP Aleitamento nº 165 (26/08/2024);	CAB 23, 2ª ed. (2015); PCDT TV,	Policy Statement (2022); Vitamin K	NG194 Postnatal care (2021); NG75	Comité c Lactanci Recomer SEIP-

TEMA	SBP	MS	AAP	NICE	AEP
	DC Vit. D nº 181 (04/11/2024); ferro (2026)	2ª ed. rev. (2022)	(2022); HIV (2024)	Faltering growth (2017)	AEP/SEG VIH (202
AME até 6 meses	Sim	Sim	Sim	Apoio estruturado	Sim
Perda de peso	Até 10% aceitável se bem; 8–10% no 5º dia → avaliar	—	—	≥ 10% → avaliar (NG75)	—
Complemento	Ordenhado → BLH → fórmula, sem mamadeira	—	Só com indicação médica	—	—
Vitamina D / K	D 400 UI/dia < 1 ano	K 1 mg IM	D 400 UI/dia; K 1 mg IM em ≤ 6 h	K: recomendações reintroduzidas na NG235 (06/2026)	D 400 U mg IM (P
HIV materno	Não amamentar	Não amamentar; cabergolina	Apoiar quem deseja, se CV < 50 cópias/mL sustentada	BHIVA: apoiar se suprimida	Fórmula recomen decisão comparti condições

Leitura. As referências convergem no aleitamento exclusivo até 6 meses sob livre demanda, sem água ou chás, na vitamina D de rotina (400 UI/dia) e na vitamina K IM ao nascer. A SBP (2024) é a mais detalhada sobre perda de peso e complemento: aceita até 10% no RN bem, pede avaliação da mamada antes de suplementar e define a hierarquia leite ordenhado → banco de leite → fórmula, sem mamadeira; o NICE usa perda ≥ 10% como gatilho de avaliação. A divergência relevante é o HIV materno: AAP (2024) e BHIVA

admitem apoiar a amamentação com carga viral indetectável sustentada, a AEP (2024) admite a decisão compartilhada sob condições estritas, e o Ministério da Saúde contraindica. **Posição adotada: SBP e Ministério da Saúde.** Johns Hopkins e Harvard não têm documento institucional público sobre o tema; a prática nos EUA é referida à AAP.

11. Casos clínicos comentados

CASO 1

RN a termo, 5 dias de vida, em aleitamento materno exclusivo, trazido por perda de peso. Nasceu com 3.300 g e hoje pesa 3.000 g. A mãe relata mamadas frequentes, porém com dor e mamilos com fissuras; o bebê faz 4 fraldas molhadas por dia e ainda elimina fezes esverdeadas. Ao exame, ativo, mucosas levemente secas, sem icterícia importante.

1. Qual é a perda ponderal percentual e como interpretá-la?

- ☐ **A)** ~5%, dentro do fisiológico, sem necessidade de intervenção
- ☐ **B)** ~9%, no limite superior; exige revisar a técnica de amamentação e reavaliar de perto
- ☐ **C)** ~9%, indicação imediata e obrigatória de fórmula
- ☐ **D)** ~15%, indicação de internação para hidratação venosa
- ☐ **E)** Ganho de peso normal para a idade

Gabarito: B) Perda = $(3300 - 3000) / 3300 \approx 9\%$, próxima do limite de 10%. Com fissuras (sugerindo pega inadequada) e apenas 4 fraldas/dia, a prioridade é corrigir a técnica e reavaliar; ainda não há critério para fórmula obrigatória nem 15% de perda.

2. A causa mais provável da dor com fissuras e do baixo número de diurese é:

- ☐ A) Produção láctea geneticamente insuficiente
- ☐ B) Necessidade fisiológica de água nos primeiros dias
- ☐ C) Pega inadequada, levando a transferência de leite ineficaz
- ☐ D) Galactosemia
- ☐ E) Refluxo gastroesofágico

Gabarito: C) Dor e fissuras são marcadores clássicos de pega inadequada, que reduz a transferência de leite e, conseqüentemente, a diurese e o ganho ponderal. A conduta é corrigir pega e posicionamento.

3. Qual a conduta inicial mais adequada?

- ☐ **A)** Corrigir pega/posicionamento, otimizar a amamentação e reavaliar peso e diurese em poucos dias
- ☐ **B)** Suspender o aleitamento e iniciar fórmula exclusiva
- ☐ **C)** Oferecer água entre as mamadas
- ☐ **D)** Iniciar chá para cólica
- ☐ **E)** Prescrever antibiótico para a fissura

Gabarito: A) A intervenção de maior impacto é corrigir a técnica e reavaliar de perto. Água/chás são contraindicados; fórmula só se não houver resposta ou houver risco; antibiótico não está indicado de rotina para fissura.

CASO 2

Lactente de 20 dias, a termo, em aleitamento materno exclusivo, em consulta de puericultura. Mãe saudável, sem medicações. Diurese abundante (8 fraldas/dia), fezes amareladas, ganho de ~25 g/dia, recuperou o peso de nascimento ao 11º dia. A mãe pergunta se precisa dar água nos dias quentes e se o bebê precisa de alguma vitamina.

1. Sobre oferecer água ao lactente em aleitamento exclusivo:

- ☐ **A)** Não é necessária; o leite materno supre toda a necessidade hídrica, mesmo no calor
- ☐ **B)** Deve-se oferecer 50 mL de água após cada mamada
- ☐ **C)** Água é obrigatória acima de 30 °C
- ☐ **D)** Deve-se substituir uma mamada por água
- ☐ **E)** Oferecer chá em vez de água

Gabarito: A) Em AME, água e chás são desnecessários e podem reduzir a ingestão de leite e aumentar risco de infecções. O leite materno hidrata adequadamente.

2. Qual suplementação vitamínica está indicada para esse lactente?

- ☐ A) Nenhuma, pois está em aleitamento exclusivo
- ☐ B) Vitamina C diária
- ☐ C) Vitamina D 400 UI/dia
- ☐ D) Complexo B injetável mensal
- ☐ E) Ferro em dose terapêutica imediatamente

Gabarito: C) Todo lactente deve receber vitamina D 400 UI/dia desde os primeiros dias, pois o leite materno é pobre nessa vitamina. A profilaxia de ferro no RN a termo sem risco começa aos 6 meses (SBP 2026).

3. Considerando os parâmetros descritos, a amamentação pode ser classificada como:

- ☐ A) Ineficaz, pela ausência de fórmula complementar
- ☐ B) Eficaz: diurese abundante, fezes de transição feitas e ganho ponderal adequado
- ☐ C) Insuficiente, pois recuperou o peso só no 11º dia
- ☐ D) Indeterminada sem dosagem de leite ingerido
- ☐ E) Excessiva, com risco de obesidade

Gabarito: B) Diurese de 8 fraldas, fezes amareladas e ganho de ~25 g/dia com recuperação do peso até o 14º dia indicam amamentação eficaz. Não há indicação de complemento.

12. Referências selecionadas

- SBP, Departamento Científico de Aleitamento Materno. *Guia Prático de Aleitamento Materno — atualizado*. Guia Prático nº 165, 26/08/2024. sbp.com.br
- SBP, Departamento Científico de Endocrinologia. *Hipovitaminose D em pediatria: diagnóstico, tratamento e prevenção — atualização*. DC nº 181, 04/11/2024. sbp.com.br
- Ministério da Saúde. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. Cadernos de Atenção Básica nº 23, 2. ed., 2015. bvsms.saude.gov.br
- Ministério da Saúde. *PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. 2. ed. rev., 2022. gov.br
- Ministério da Saúde. *Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos* (versão resumida). 2019. bvsms.saude.gov.br

- Meek JY, Noble L; AAP Section on Breastfeeding. Policy statement: breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2022;150(1):e2022057988. [doi](#)
- Hand I et al.; AAP. Vitamin K and the newborn infant. *Pediatrics* 2022;149(3):e2021056036. [publications.aap.org](#)
- Abuogi L et al.; AAP. Infant feeding for persons living with and at risk for HIV in the United States. *Pediatrics* 2024;153(6):e2024066843. [publications.aap.org](#)
- NICE. *Postnatal care* (NG194, 2021) e *Faltering growth* (NG75, 2017). [nice.org.uk/ng194](#) · [nice.org.uk/ng75](#)
- AEP, Comité de Lactancia Materna. *Recomendaciones sobre lactancia materna*. [aeped.es](#); SEIP-AEP, SEGO, SEIMC-GeSIDA. *Lactancia materna en el recién nacido expuesto al VIH*, out/2024. [gesida-seimc.org](#)

Dr. José Roberto Stefani

Pediatra (RQE 36.710) e Neonatologista (RQE 367.101) · CRM/SP 43.076 · Professor do Centro Universitário Max Planck

Rua das Orquídeas, 667 — Sala 203 — Medical Tower Office Premium — Indaiatuba/SP
(19) 99114-9114 · pediatra.stefani@gmail.com · www.neonatologia.com.br

Conteúdo de caráter educativo, sem substituir a avaliação médica individual. Critérios, doses e condutas são referência e devem ser confirmados em protocolo/bula atualizados, individualizados e conduzidos sob especialista.

[↑ Voltar ao topo](#)