

Aleitamento da criança no primeiro ano de vida

RITA ÁVILA*

RESUMO

Objectivos: O leite materno constitui o alimento ideal nos primeiros meses de vida da criança. No entanto, quando não é possível o aleitamento materno, dispomos no mercado português de uma variada oferta de leites artificiais. É objectivo deste trabalho fornecer uma lista, ainda que não exaustiva, referente aos numerosos leites e fórmulas infantis para crianças até ao um ano de idade, disponíveis no mercado português até Dezembro de 2003, por forma a que constitua um instrumento auxiliar de consulta rápida na prática clínica diária dos médicos de família.

Métodos: Revisão temática da literatura existente com base em artigos seleccionados de pesquisa na base de dados Medline, livros de texto e também no Simpósio Terapêutico e Índice Nacional Terapêutico.

Conclusões: Apesar de se verificar uma alta taxa de mães portuguesas que iniciam o aleitamento materno, muitas desistem de amamentar durante o primeiro mês de vida do bebé. Neste contexto, os médicos de família são muitas vezes solicitados a fornecerem aconselhamento sobre qual o tipo de leite artificial a utilizar. É muito elevado o número de leites e fórmulas para a criança até aos 12 meses de idade, disponíveis em Portugal o que, por vezes, torna difícil o referido aconselhamento. Por outro lado, hoje em dia, são unanimemente reconhecidas as vantagens do aleitamento materno em relação aos leites artificiais para a criança e para a mãe, assim como se sabe existirem poucas contra-indicações verdadeiras para a prática do aleitamento materno. É, por isso, urgente implementar medidas em Portugal que incentivem o aleitamento materno e a sua continuidade até pelo menos aos quatro a seis meses de vida.

Palavras-Chave: Aleitamento Materno; Aleitamento Artificial; Leites Adaptados; Leites de Transição.

INTRODUÇÃO

Os estudos efectuados no nosso país sugerem que a evolução da prática do aleitamento materno se processou de maneira semelhante à de outros países europeus. De facto, a industrialização, a II Grande Guerra, a massificação do trabalho feminino, a perda da família alargada e a publicidade agressiva das indústrias produtoras de substitutos do leite materno tiveram como consequência, a partir dos anos 30/40, uma diminuição da incidência e da prevalência do aleitamento materno, com consequências

muito graves, nomeadamente no que se refere ao aumento da mortalidade infantil. A partir do final dos anos 70, com a divulgação dos benefícios do leite materno, verificou-se um retorno gradual à prática do aleitamento materno, sobretudo nas mulheres mais informadas.

Em Portugal existe uma alta incidência de aleitamento materno, sendo que muitas das mães portuguesas iniciam o aleitamento materno; no entanto, grande parte destas mães desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé, o que significa que a grande maioria não consegue cumprir o seu projecto de amamentar, desistindo muito precocemente da amamentação. É, assim, essencial, que em Portugal se comecem a implementar medidas que promovam um maior sucesso do aleitamento materno¹.

As vantagens do aleitamento materno para a criança e para a mãe são bem conhecidas dos profissionais de saúde, pelo que estes têm estrita obrigação de informar e aconselhar todas as futuras mães quanto à sua prática. No entanto, não podem nem devem culpabilizar uma mãe que não quer ou não pode amamentar, providenciando nestes casos os conselhos adequados à prática de uma alimentação correcta com leites artificiais.

Ao médico de família compete muitas vezes um papel importante no aconselhamento aos pais sobre que tipo de leite artificial utilizar. Disponemos no mercado português de uma variada oferta de leites e fórmulas infantis o que, acrescido ao facto de ser uma área em constante mudança, por vezes torna difícil ter presentes todos os tipos de leites

*Interna do 1º ano do Internato Complementar de Medicina Geral e Familiar Centro de Saúde de Sete Rios – Lisboa

disponíveis, nomeadamente para os primeiros 12 meses de vida da criança, que é precisamente a faixa etária em que mais vezes somos solicitados para fornecer este tipo de informações. É objectivo deste trabalho fornecer uma lista, ainda que não exaustiva, referente aos numerosos leites e fórmulas infantis para crianças até ao um ano de idade, disponíveis no mercado português até Dezembro de 2003, por forma a que constitua um instrumento auxiliar de consulta rápida na prática clínica diária dos médicos de família.

METODOLOGIA

Foi realizada pesquisa bibliográfica na base de dados *Medline*, de artigos datados a partir de 1997 (pesquisa realizada em Dezembro de 2003) utilizando como palavras chave «aleitamento materno», «aleitamento artificial», «leites adaptados» e «leites de transição», dos quais se seleccionaram os artigos mais relevantes, após leitura crítica dos resumos. Foi também realizada pesquisa no Simpósio Terapêutico e Índice Nacional Terapêutico.

CORPO DA REVISÃO

O leite materno constitui um alimento vivo, completo e natural, adequado para quase todos os recém-nascidos, contendo todos os nutrientes necessários ao seu crescimento, existindo um consenso mundial de que a sua prática exclusiva é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 4/6 meses de vida.

Apresenta as seguintes vantagens para a mãe e para a criança: é muito mais digerível do que os leites artificiais, dado o seu menor teor de caseína; possui grandes quantidades

de proteínas especiais – lactoferina, imunoglobulinas, lisosima; previne infecções gastrintestinais, respiratórias e urinárias na criança; tem efeito protector sobre as alergias específicas para as proteínas do leite de vaca; permite uma melhor adaptação a outros alimentos; previne, a longo prazo, a diabetes e obesidade; promove um maior vínculo afectivo entre mãe e filho, gerando sentimentos de segurança e protecção na criança e de autoconfiança na mulher; facilita uma involução uterina mais precoce; é mais económico; está disponível a qualquer momento e à temperatura adequada, estando isento de contaminações externas e pronto para consumo; promove a redução da mortalidade infantil – calcula-se que previna mais de seis milhões de mortes em crianças com menos de 12 meses, anualmente¹.

De facto, existem poucas contra-indicações, particularmente de forma definitiva, para a prática do aleitamento materno. Como contra-indicações temporárias temos a considerar: as infecções como a varicela ou o herpes, com lesões mamárias, e a tuberculose não tratada; quando a mãe tem de efectuar uma medicação temporária imprescindível e que esteja contra-indicada para o aleitamento materno (Quadro I). Como contra-indicações definitivas ao aleitamento materno temos: mães que sejam VIH positivas; mães com hepatite B em alto grau de replicação e infeciosidade (isto é, com AgHBe positivo), sendo que os outros estados de infecção não são considerados contra-indicação; quando as crianças apresentam doenças metabólicas raras como a fenilcetonúria e a galactosémia; quando a mãe tem de efectuar uma medicação imprescindível e permanente que esteja contra-indicada (Quadro I); quando

a mãe apresenta uma doença grave, crónica ou debilitante.

Assim, quando não é de todo possível o aleitamento materno, dispomos de uma variada oferta de leites e fórmulas infantis. O avanço da ciência e das capacidades tecnológicas têm permitido o fabrico de fórmulas cada vez mais complexas, alternativas ao leite materno, desenvolvidas a partir do leite de outros mamíferos e de outras fontes. Todos os leites e fórmulas têm uma composição relativa em macro e micro-nutrientes que respeita os valores mínimos e máximos recomendados pela EU para os diferentes grupos de leites (legislação CEE 1999 e 2000)².

O leite de vaca só deve ser introduzido na alimentação da criança depois dos 12 meses, por ser de difícil digestão e de composição desequilibrada, pelo que se deve utilizar um **leite adaptado** até aos quatro meses. Dos quatro até aos 12 meses deve-se utilizar um **leite de transição**.

Em seguida, apresenta-se uma listagem dos leites indicados até aos 12 meses de idade, existentes no mercado português em Dezembro de 2003, juntamente com as suas principais indicações e particularidades:

Leites Adaptados

As principais características da composição dos leites adaptados são: proteínas: 1,8 – 3,0 g/100 Kcal; lipídios: 4,6g/100 Kcal; ácido linoleico: 7% (ou mais) dos lípidos; Lactose: 90% (ou mais) dos hidratos de carbono; glicose ou dextrino-maltose: restante dos hidratos de carbono; ausência de sacarose.

- Aptamil 1
- Aptamil 1 Premium
- Bebelac 1*
- Conformil 1

QUADRO I

FÁRMACOS QUE PASSAM PARA O LEITE MATERNO, SUSCEPTÍVEIS DE PROVOCAREM ALTERAÇÕES NA CRIANÇA OU NO ALEITAMENTO

Fármacos	Possíveis acções para a criança e/ou aleitamento materno
Anticoagulantes	Anticoagulante - a utilizar com precaução
Antihistamínicos	Podem diminuir a secreção láctea
Aspirina	Hemorragias - a utilizar com precaução
Atropina	Diminui a secreção láctea
Barbitúricos	Efeitos hipnóticos
Carbamazepina	A utilizar com precaução
Cefalosporinas	Risco de hipersensibilidade
Cloranfenicol	Aplasia medular – Contra-indicado
Corticosteróides	A utilizar com precaução
Diazepam	Hiperbilirrubinémia
Ergotamina	Ergotismo
Fluoxetina	Irritabilidade
Gentamicina	Oto e nefrotoxicidade
Metimazol	Hipotiroidismo – Contra-indicado
Metotrexato	Alterações medulares - Contra-indicado
Morfina	A utilizar com precaução
Naproxeno	Hiperbilirrubinémia
Penicilinas	Risco de hipersensibilidade
Reserpina	Depressão do sistema nervoso central
Sulfamidas	Contra-indicadas
Teofilina	A utilizar com precaução

- Enfalac 1 Premium
- Enfalac Pó
- Nan 1
- Nan 1 Transit
- Nidina 1
- Novalac 1
- Nutrilon 1*
- Omneo 1*
- S 26*
- Similac Advance 1

* Venda exclusiva em Farmácias

Leites de transição

As principais características da composição dos leites de transição são: proteínas: 5,5 g/100 Kcal; lipídios: 3 a 6 g/100 Kcal; lactose: mais de 25% dos hidratos de carbono; sacarose, frutose e glucose: menos de 50% dos hidratos de carbono.

- Aptamil 2

- Aptamil 3
- Bebelac 2 *
- Conformil 2
- Enfalac II Pó Nova Fórmula
- Nan 2 Probiótico
- Nan 2 Transit
- Nidina 2 Probiótico
- Novalac 2
- Novalac 3
- Novalac 3
- Nutrilon 2 *
- Nutrilon 3 *
- Omneo 2 *
- S 26 II *
- Similac Advance 2

* Venda exclusiva em Farmácias

Leites com características especiais

a) **Leites para prematuros ou RN de baixo peso** – o perfil de crescimento do recém-nascido pré-termo é clara-

mente diferente do registado no de termo, verificando-se um crescimento acelerado particularmente evidente nos primeiros dois a três meses de vida, devendo estes leites garantir um crescimento semelhante ao ocorrido in-útero. Assim, o seu teor proteico é mais elevado, ocupando as proteínas solúveis um lugar maioritário de forma a ser obtido o melhor coeficiente de utilização digestiva possível. Por outro lado, nos recém-nascidos pré-termo e nos leves para a idade gestacional as reservas de ácido araquidónico (AA) e de ácido docosahexanólico (DHA) são muito reduzidas, pelo que de acordo com algumas recomendações as fórmulas para pré-termos devem incluir pelo menos 0,35% de DHA e 0,4% de AA relativamente ao teor total de ácidos gordos³. Tendo em conta a limitada actividade lactásica nos pré-termos, parte da lactose destes leites é substituída por polímeros de glicose que são clivados por acção da maltase ou glucoamilase, sendo que esta última tem uma elevada actividade já às 28 semanas de gestação. O seu conteúdo em minerais está também aumentado².

Os leites para prematuros ou RN de baixo peso actualmente disponíveis em Portugal são:

- Aptamil Prematil
- Enfalac P.P.
- Miltina Prem com LCPUFA*
- Nenatal**
- Pre Nan

* Venda exclusiva em Farmácias

** Uso hospitalar

b) **Leites hipoalergénicos** – fórmulas à base de proteínas do soro de leite hidrolizado, eliminando praticamente todas as substâncias alergénicas habitualmente encontradas no leite de vaca, reduzindo assim o perigo de alergia. Apesar de ainda não existirem estudos conclusivos

que permitam recomendações definitivas, o Comité sobre Nutrição da Academia Americana de Pediatria actualmente preconiza a sua utilização em lactentes com sintomas de alergia e em crianças que apresentam um maior risco de desenvolvimento deste tipo de sintomatologia, nomeadamente aquelas que apresentam antecedentes familiares de doenças alérgicas⁴.

Os leites hipo-alérgicos actualmente disponíveis em Portugal são:

- Aptamil HA 1 e 2*
- Enfalac HA
- Miltina HA**
- NAN HA 1 e 2*
- Nidina HA 1 e 2*
- Novalac H A 1 e 2*
- Nutrilon Pepti 1 e 2*.*.*
- Similac Advance HA

* Leites de Transição

** Uso hospitalar

*** Venda exclusiva em Farmácias

c) Leites anti-regurgitação – contêm uma composição glicídica ligeiramente diferente em relação aos outros leites adaptados e de transição, que lhes confere um espessamento através da adição de amido de milho, amido de arroz, amido de batata e farinha de semente de alfarroba, proporcionando um conteúdo gástrico mais homogéneo e de viscosidade adequada, diminuindo os episódios de refluxo. Contudo, o seu teor mais elevado em hidratos de carbono e menor em gordura acelera também o esvaziamento gástrico, podendo levar a uma diminuição da absorção intestinal dos carboidratos, gorduras, ferro, zinco e cobre e induzir alterações na utilização metabólica de substratos dietéticos, alterando as respostas endócrinas e da mucosa gastrointestinal². No entanto, não existe informação conclusiva disponível sobre os potenciais efeitos dos agentes espessantes na

biodisponibilidade dos nutrientes dietéticos e no crescimento dos lactentes. A frequência de reacções alérgicas aos vários agentes espessantes na infância é também desconhecida⁵.

Assim, tendo em conta a limitada informação disponível actualmente, os leites anti-regurgitação não devem ser indiscriminadamente utilizados nos lactentes saudáveis que apresentam refluxo, devendo ser apenas recomendados para crianças com má progressão ponderal devida a excessiva perda de nutrientes associada à regurgitação, em conjunto com supervisão médica adequada⁵.

Os leites anti-regurgitação actualmente disponíveis em Portugal são:

- Aptamil AR 1
- Aptamil AR 2**
- Enfamil A.R. Pó
- Enfamil 2 A.R. Pó**
- Milumil AR 1
- Milumil AR 2**
- Novalac AR 1
- Novalac AR 2**
- Nutrilon A.R.*
- Nutrilon A.R. Plus*.*.*
- S-26 A.R.*

* Venda exclusiva em Farmácias

** Leites de Transição.

d) Leites sem lactose – a lactose é um dissacárido constituído por glicose e galactose, necessitando de ser enzimaticamente degradado nos seus açúcares simples para ser absorvido. A lactase existente nas microvilosidades dos enterócitos maduros das vilosidades intestinais pode estar em *déficit* por imaturidade ou por destruição dos enterócitos maduros no decurso de uma gastroenterite aguda. Os leites sem lactose têm como principais indicações de utilização as situações de *déficit* primário de lactase e, temporariamente, após diarreias ou gastroenterites

agudas.

Os leites sem lactose actualmente disponíveis em Portugal são:

- AL 110*.*.*
- Nutrilon Lactomin*
- O-Lac
- S-26 Sem Lactose*

* venda exclusiva em Farmácias

**comparticipado a 50% pelo SNS e pela ADSE

e) Leites anti-cólica – com um teor reduzido de lactose, asseguram uma maior absorção no intestino, minimizando os riscos de flatulência e cólicas provenientes da sua fermentação no cólon. Está particularmente indicado para os lactentes com insuficiência parcial de lactase, motivada essencialmente pela imaturidade intestinal. Os leites anti-cólica actualmente disponíveis em Portugal são:

- Novalac AC 1
- Novalac AC 2
- O-Lac Plus

f) Leites anti-diarreicos – concebidos para substituir transitoriamente o leite infantil habitual, quando se verificam episódios de diarreia moderada. O teor elevado de elementos como o sódio, potássio e cloreto associados a uma baixa osmolaridade, compensam os episódios de diarreia moderada, permitindo alimentar a criança, durante e alguns dias após essa situação. Os leites anti-diarreicos actualmente disponíveis em Portugal são:

- Novalac AD (de uso transitório desde o nascimento até aos 12 meses)

g) Leites anti-obstipantes – compostos por um teor de lactose adaptado a uma osmolaridade mais elevada, com aumento da actividade bifidogénica e o aporte de água ao lúmen intestinal, favorecendo o amo-

lecimento das fezes. Facilitam também o esvaziamento gástrico, em virtude da composição proteica ser rica em seroproteínas, com reduzido teor de caseína, e da fracção lipídica ser rica em triglicéridos de cadeia média. Os leites anti-obstipantes actualmente disponíveis em Portugal são:

- Novalac AO 1
- Novalac AO 2

Fórmulas dietéticas especiais

a) **Fórmulas dietética de soja** – fórmulas para lactentes concebida com proteínas de soja, sem leite, lactose ou sacarose. Indicado para casos de intolerância às proteínas do leite de vaca e seus derivados, intolerância à lactose, à sacarose. A utilização rotineira de fórmulas dietéticas de soja não tem valor comprovado na prevenção e tratamento das cólicas do lactente nem na prevenção de doença atópica em lactentes com maior risco⁷. Este tipo de fórmulas não deve ser recomendado para recém-nascidos pré-termo que pesem menos de 1.800 g⁷. Preocupações mais recentes têm sido levantadas no que se refere ao conteúdo de isoflavonas fitoestrogénicas das fórmulas à base de soja⁸. Apesar de existir informação limitada sobre o desenvolvimento reprodutivo e sexual das crianças alimentadas com estas fórmulas enquanto lactentes, os dados actualmente disponíveis não fornecem evidências de diferenças significativas sobre a idade de início da maturação e desenvolvimento sexuais ou na fertilidade dos adolescentes e adultos. No entanto, como alguns estudos sugerem que a exposição precoce à soja e/ou às isoflavonas poderão ter efeitos a longo prazo, é desejável mais trabalhos de investigação no seguimento de crianças, alimentadas com fórmulas à base de soja, até à idade adulta⁸.

As fórmulas dietéticas de soja

actualmente disponíveis em Portugal são:

- Prosobee**
- Visoy*.**

* Venda exclusiva em Farmácias

** Comparticipado a 50% pelo SNS e pela ADSE

b) **Fórmula dietética de hidrolizado de proteína** – produto semi-elementar nutricionalmente completo, indicado para realimentação na diarreia crónica grave, tratamento de alergia às proteínas do leite de vaca e de soja, alergias graves ou a múltiplos alimentos, malnutrição grave, nutrição assistida (por entubação).

- Alfaré**
- Nutramigen**
- Peptijunior*.**
- Pregestimil**

* Venda exclusiva em Farmácias

** Comparticipado a 50% pelo SNS e pela ADSE

c) **Fórmula dietética com triglicéridos de cadeia média** – adequado para todas as situações clínicas com défice de digestão, absorção e utilização de gorduras alimentares.

- MCT Oil*
- Portagen*

* Comparticipado a 100% pelo SNS.

d) **Produtos dietéticos sem fenilalanina** – indicados para crianças com fenilcetonúria.

- Lofenolac* (para RN e lactentes pequenos)
- Fenil-livre* (continuação em lactentes maiores e crianças)

* Comparticipado a 100% pelo SNS.

geral, e embora se verifique uma alta taxa de mães portuguesas que iniciam o aleitamento materno, muitas desistem de dar de mamar durante o primeiro mês de vida do bebé. É, por isso, necessário e urgente implementar medidas em Portugal que incentivem o aleitamento materno.

Por outro lado e, em consequência desta alta taxa de abandono precoce do aleitamento materno, os médicos de família são muitas vezes solicitados para fornecerem aconselhamento sobre qual o tipo de leite artificial mais indicado para ser utilizado em cada situação específica.

É muito elevado o número de leites e fórmulas para a criança até aos 12 meses de idade, disponíveis em Portugal, sendo que o constante avanço da tecnologia tende a introduzir cada vez mais fórmulas no mercado o que, por vezes, torna difícil o referido aconselhamento.

Os leites para lactentes e os leites de transição são globalmente similares do ponto de vista qualitativo, registando-se apenas algumas diferenças, no que se refere ao teor de alguns micronutrientes e de proteínas fornecidas por cada 100 Kcal.

Embora sejam evidentes os benefícios clínicos proporcionados por alguns leites relativamente a situações clínicas específicas (doença atópica, regurgitação), são necessários mais estudos científicos prospectivos que permitam concluir pela eficácia e segurança nutricional dos referidos leites, para uma utilização continuada a longo prazo, nomeadamente os com proteínas parcialmente ou extensamente hidrolisadas.

CONCLUSÕES

Apesar dos benefícios do aleitamento materno serem sobejamente conhecidos pelos técnicos de saúde e pela opinião pública de uma forma

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Levy L., Bértolo H. Manual de aleitamento materno: Edição do Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional

Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés 2002.

2. Rego C, Ribeiro L, Guerra A. Leites e fórmulas infantis: uma visão actualizada da realidade em Portugal. *Acta Pediátrica Portuguesa* 2002; 33:257-74.

3. Koletzko B, Agostini C, Carlson SE, Clandini T, Hornstra G, Neuringer M, Uauy R, Yamashiro Y, Willatts P. Long chain polyunsaturated fatty acids (LCP-UFA) and perinatal development. *Acta Paediatr* 2001; 90:460-4.

4. American Academy of Pediatrics – Committee on Nutrition. Hypoallergenic Infant Formulas. *Pediatrics* 2000; 106: 346-9.

5. Aggett J, Agostoni C, Goulet O. Antireflux or antiregurgitant milk products for infants and young children: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002; 34:496-8.

6. European Commission Scientific Committee for Food. Opinion on certain additives to foods for infants and young children in good health and foods for special medical purposes for infants and young children: locust bean gum. Document XXIV/1270/97 1997; Annex II: E410.

7. American Academy of Pediatrics – Committee on Nutrition. Soy protein-based formulas: recommendations for use in infant feeding. *Pediatrics* 1998; 101:148-53.

8. Mendez M, Anthony M, Arab L. Soy-based formulae and infant growth and development: A review. *J Nutr* 2002; 132: 2127-30.

9. Marina C, del Pozo J, Morán J. Ventajas de la leche humana frente a las fórmulas infantiles. In: *Nutrición en Pediatría Extrahospitalaria*. Madrid: Ergon; 1997.

10. Spencer J, Gonzalez L, Barnhart D. Medications in the breast-feeding mother.

Am Fam Physician 2001; 64: 119- 26

11. Kerner JA. Use of infant formulas in preventing or postponing atopic manifestations. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1997; 24:442-6.

12. Índice Nacional Terapêutico, Março 2003.

13. Simpósio Terapêutico, Abril 2003.

Endereço para correspondência:

Centro de Saúde de Sete Rios
Largo Prof. Arnaldo Sampaio
1549-010 Lisboa
e.mail: rita_avila@netcabo.pt

Recebido em 01/08/03
Aceite revisto para publicação em
06/04/04

INFANT ARTIFICIAL FEEDING IN THE FIRST YEAR OF LIFE

ABSTRACT

Objectives: *Mother's milk is the ideal feeding method for the first months of the infant's life. However, when breastfeeding is not feasible there is a wide choice of artificial formula in the Portuguese market. This review intends to provide an analysis of a reasonably comprehensive list of formula available in the Portuguese market until December 2003, to be used as a support tool for daily practice of general practitioners.*

Methods: *Systematic literature search in Medline, textbooks and Simpósio Terapêutico and Índice Nacional Terapêutico.*

Conclusions: *In spite of a high breastfeeding uptake, many Portuguese mothers cease breastfeeding during the infant's first month. General practitioners are often consulted on the type of artificial milk to be used. This advice is made difficult by the high number of formula products available in Portugal. On the other hand, the advantages of breastfeeding over artificial feeding, both for the infant and for the mother, are widely acknowledged, as well as the existence of very few true counter-indications for breastfeeding. It is thus urgent to implement measures to increase breastfeeding uptake at least until four to six months of life.*

Key words: *Breastfeeding; Artificial Feeding; Adapted Formula; Transition Formula.*