

CAPÍTULO 5

NUTRIÇÃO E ALEITAMENTO MATERNO

Liana Boff Cé

Nicole Figueredo

Livia Simoni Maccari

Verena Reichow

Rafaela Caetano

Valentina Tiscoski

<http://dx.doi.org/10.18616/pratneo05>

SUMÁRIO

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DO RECÉM-NASCIDO E LACTENTE

A avaliação do estado nutricional nesse período de vida pode ser caracterizada pelo comprimento, peso e perímetro cefálico¹. Entre o primeiro e o segundo ano de vida da criança as condições que influem o desenvolvimento são as ambientais e nutricionais. Dessa forma, os fatores genéticos como a estatura familiar têm pouca relevância nos dois primeiros anos de vida².

A velocidade de crescimento no primeiro ano da criança é de 25 cm/ano, próximo de 15 cm nos primeiros seis meses e 10 cm no segundo semestre. À vista disso, os primeiros 12 meses do lactente será marcado por um crescimento de 50% de seu comprimento ao nascer³. Assim, até os 3 meses, o comprimento aumenta 3,5 cm/mês, entre o 4º e o 6º mês há um progresso de 2 cm/mês, do sétimo ao nono 1,5 cm/mês e do décimo ao décimo segundo 1,2 cm/mês. Já no segundo ano de vida a velocidade de crescimento cai para 15 cm/ano¹.

Até os 12 meses de vida é previsto que o recém-nascido a termo, ou seja, aquele que nasceu apropriado para a idade gestacional e com peso adequado, terá uma média de crescimento ponderal no primeiro trimestre de 700g/mês, o que acarreta um aumento de peso 25 a 30 g/dia.⁴ No segundo trimestre é esperado um aumento de 600 g/mês (20 g/dia), no terceiro trimestre é aguardado um acréscimo de 500g/mês (15 g/dia) e no quarto trimestre 300 g/mês (10 g/dia).¹

As medidas antropométricas foram padronizadas pelo Ministério da Saúde, pois é o método mais utilizado dentro da avaliação nutricional pediátrica, além do baixo custo, são métodos práticos e de fácil realização.¹ Todas as medidas devem ser coletadas com atenção e precisão, visto que serão posteriormente passadas para os gráficos com curva de crescimento na Caderneta de Saúde da Criança e utilizadas como comparativo para futuras medidas⁵.

PESO

Para crianças de até 23 meses utiliza-se balança do tipo pesa-bebê mecânica ou eletrônica⁴. O peso será anotado em gramas nos lactentes, principalmente nos meses iniciais, para facilitar a avaliação do ganho de peso esperado (g/dia)⁶.

ESTATURA

O comprimento da criança de 0 a 23 meses deve ser avaliado com a criança em decúbito dorsal em superfície plana, plenamente desnuda e descalça⁴. O procedimento é feito preferencialmente com dois examinadores (mãe e profissional) para conseguir alinhar a cabeça firmemente na régua antropométrica e alinhar as pernas e os dois pés com a formação de um ângulo reto⁶.

PERÍMETRO CEFÁLICO

Essa medida antropométrica deve ser avaliada concomitante ao desenvolvimento neuropsicomotor⁶. Para realizar a medição, a fita métrica deve ser situada na região frontal do crânio e na parte posterior mais ressaltante da cabeça (occipício)⁷.

O perímetro cefálico irá avaliar o desenvolvimento do sistema nervo central, pois ele terá um crescimento acentuado no primeiro ano de vida⁷. O esperado para o primeiro trimestre é que haja um aumento de 2 cm/mês, no segundo trimestre é aguardado um aumento de 1 cm/mês e no segundo semestre um acréscimo de 0,5 cm/mês¹.

QUADRO 1 - Parâmetros de crescimento do neonato

VELOCIDADE DE CRESCIMENTO	
1° ANO	1° SEMESTRE: 15 CM Até os 3 meses: 3,5cm/mês. Entre o 4° e o 6° mês: 2cm/mês 2° SEMESTRE: 10CM Entre o 7° e ° mês: 1,5cm/mês Entre o 10° e 12° mês: 1,2cm/mês
2° ANO	15cm/ano
CRESCIMENTO PONDERAL	
1° ANO	1° TRIMESTRE: 700g/mês + 25-30g/dia 2° TRIMESTRE: 600g/mês +20g/dia 3° TRIMESTRE: 500g/mês +15g/dia 4° TRIMESTRE: 300g/mês +10g/dia
PERÍMETRO CEFÁLICO	
1° ANO	1° SEMESTRE: 1° TRIMESTRE: 2cm/mês 2° TRIMESTRE: 1cm/mês 2° SEMESTRE: 0,5cm/mês

FONTE: elaborado pelos autores.

PESO X IDADE

A associação entre o peso e a idade é para avaliar a relação da massa corpórea com a cronologia da idade. Essas medidas são usadas com frequência para determinação do baixo peso, mas esse índice também é apropriado para observar o ganho de peso. Apesar dessa medida mostrar as alterações de peso da criança, ela não consegue diferenciar se essa desordem nutricional é por um processo crônico ou se é um cenário agudo. Assim, utiliza-se outra medida antropométrica para completar a avaliação.⁸

Ao coletar o peso da criança, deve-se passar a medida para o gráfico da Caderneta de Saúde da Criança, onde poderá ser observado se o peso está adequado para idade ou não.⁵ O peso apropriado ficará no meio das curvas +2 e -2 escores z. Se a medida ficar inferior a curva -2 escores z, significa baixo peso.⁴ Além disso, deve-se observar a curva das medidas ao longo dos meses. Assim, uma curva de peso que ascende estará normal, enquanto medidas que formam linhas planas ou que decrescem indicam problemas nutricionais⁹.

O mesmo deve ser feito para avaliação do peso para idade em percentil, a tabela abaixo mostra quais são os valores esperados para peso x idade adequados.¹⁰

QUADRO 2 - Classificação de Peso x Idade

P/I < p0,1	Peso muito baixo para idade
P/I ≥ p0,1 e < p3	Peso baixo para a idade
P/I ≥ p3 e < p10	Em risco nutricional
P/I ≥ p10 e < p97	Eutrofia (peso adequado para idade)
P/I ≥ p97	Risco de sobrepeso

*P/I: peso por idade, p: percentil⁴

FONTE: elaborado pelos autores.

O índice estatura para idade é o que mostra de modo eficaz o impacto cumulativo do comprometimento nutricional crônico, refletindo no crescimento dessa criança. Essa medida também é sensível para estimar a qualidade de vida dos cidadãos⁸.

QUADRO 3 - Classificação de altura x idade

A/I < p3	Altura baixa para a idade
A/I ≥ p3 e < p10	Risco de altura baixa para idade
A/I ≥ p10 e < p97	Altura adequada para idade
A/I ≥ p97	Altura elevada para idade

*A/I: altura para idade; p: percentil⁴

FONTE: elaborado pelos autores.

A medida de peso para estatura isenta a informação sobre a idade e apenas correlaciona a massa corpórea pela altura. Pode ser empregada para avaliar o emagrecimento e o ganho de peso⁸.

QUADRO 4 - Classificação de peso x altura

P/A < p3	Baixo peso para a altura
P/A ≥ p3 e < p10	Risco de baixo peso para a altura
P/A ≥ p10 e < p97	Peso adequado para a altura
P/A ≥ p97	Risco de sobrepeso para a altura

*P/A: peso por altura; p: percentil⁴

FONTE: elaborado pelos autores.

O índice de massa corpórea (IMC) é utilizado em outros estágios da vida além da infância. Essa medida é calculada através da relação entre o peso sobre o quadrado da altura.¹¹ Essa medição consegue fornecer se esse indivíduo está acima do seu peso adequado para sua estatura. No entanto, ao avaliar crianças o valor do IMC não deve ser interpretado sem ser colocado em escores z e percentis.⁸

PEGA CORRETA

Ao amamentar, deve-se observar se a criança está com a pega e posição corretas.¹² O lactente tem de estar com a boca aberta, lábio inferior voltado para fora, o queixo deve estar encostado no peito da mãe e a aréola precisa ser mais aparente superior à boca do que inferior.¹³

Há quatro posições mais comuns que o bebê pode ser colocado ao fazer a amamentação.¹⁴ Na posição tradicional, em que a mãe estará sentada com a criança deitada e todo o corpo do lactente deve ficar de frente para a mãe a fim de encostar barriga com barriga e deixar o nariz voltado para o mamilo. O tronco da criança deve ser sustentado pelo braço da mãe, assim como o pescoço e a cabeça, a qual deve ser apoiada na curvatura do cotovelo¹⁵.

Na posição invertida, a mãe também estará sentada e o bebê deitado, mas o lactente será posicionado lateralmente ao corpo materno. Assim, o dorso da criança, o pescoço e a cabeça ficarão apoiados no braço da mãe e o abdome do bebê ficará voltado para as costelas materna¹⁴.

Quando a mãe estiver deitada, ela poderá posicionar o bebê sobre ela de modo que o corpo do lactente fique de frente para o corpo materno, novamente, posicionando a barriga da mãe com a barriga da criança¹⁵. No caso de os dois estarem sentados, a posição se chamará cavalinho. Assim, a criança ficará sentada na coxa da mãe, com as pernas abertas e o tronco voltado para o abdome materno¹⁴.

PERDA DE PESO

É bem estabelecido na literatura que, logo após o nascimento, espera-se que os recém-nascidos percam peso de forma constante até que a alimentação seja ajustada¹⁶. Os neonatos que recebem amamentação exclusiva podem levar de dois a cinco dias para estabilizar seu peso após o

parto¹⁶. Além disso, também se sabe que, devido à eliminação de líquidos e edemas, é esperada uma perda de peso de até 10% do seu peso ao nascer nos primeiros sete dias de vida, e normalmente o peso é recuperado em 10-14 dias^{17, 18, 19}.

No entanto, estudos mostram que lactentes em aleitamento materno exclusivo e nascidos por cesariana tendem a ter uma maior perda de peso na primeira semana de vida¹⁹. Ademais, percebeu-se que as crianças nascidas via parto vaginal retornaram ao peso mais rapidamente que as nascidas por cesárea¹⁹.

De qualquer maneira, a criança que tem uma perda de peso excessiva, ou que perde peso após os primeiros dias de vida, deve ser examinada com uma avaliação alimentar completa, devendo haver suporte contínuo à lactação para mães que amamentam e intervenções conforme necessário^{17, 18, 20}.

A perda de peso nos primeiros meses de vida está associada a diversos fatores, como idade gestacional, peso ao nascer, e ainda a doenças que ocorrem nos primeiros dias de vida, mas a dificuldade na amamentação é uma das principais causas¹⁷. Assim, uma criança que não recebeu aleitamento materno desde o nascimento, que não recebe a quantidade de leite adequada para a sua idade, ou que está sendo alimentada com outros líquidos, pode sofrer desnutrição grave ou problemas de alimentação^{17, 21, 22}.

ALEITAMENTO MATERNO

Uma alimentação saudável deve possibilitar crescimento e desenvolvimento adequado, otimizar o funcionamento corporal, além de prevenir doenças em curto e longo prazo, tais como anemia, obesidade e doenças crônicas não transmissíveis²³. Considerando isso, o aleitamento materno é o meio natural de nutrição infantil, visto que o leite humano possui a composição ideal para as necessidades do lactente, fornecendo todos os nutrientes necessários para o crescimento e o desenvolvimento normal²⁴.

QUADRO 5 - Aleitamento e suas principais características

TIPO DE LEITE	CARACTERÍSTICAS
Aleitamento materno exclusivo	Apenas leite materno, ordenhado ou direto da mama. Além de vitaminas ou medicações
Aleitamento materno predominante	Leite materno, água, chás, sucos
Aleitamento materno complementado	Leite materno e alimentos sólidos ou semissólidos
Aleitamento materno não exclusivo	Leite materno e outras fontes de leite

FONTE: elaborada pelos autores.

A recomendação atual é que o aleitamento materno seja exclusivo até os 6 meses de idade, sob livre demanda, e a partir de então ser complementado com alimentação saudável e equilibrada^{24, 33}.

Além dos benefícios nutricionais, a amamentação auxilia na saúde física e emocional da mulher, pois a sucção estimula a produção de ocitocina, que promove contração uterina, auxiliando sua involução e reduzindo o risco de hemorragia pós-parto^{25, 26}. Por fim, esse hormônio tem papel na estimulação do vínculo entre mãe e filho, além de melhorar o humor e a socialização nos primeiros dias pós parto^{25, 27}. As mulheres que amamentam se beneficiam ainda do aumento do catabolismo da gordura corporal adquirida durante a gravidez e da redução do risco de câncer de mama^{24, 30}.

A amamentação também promove o desenvolvimento cognitivo da criança²⁴. De acordo com meta-análises, adolescentes e adultos que foram amamentados quando bebês, apresentam escores de quociente de inteligência (QI) 2 a 3 pontos mais altos dos que os que não foram amamentados, após a correção de outros fatores^{24, 28, 29}. Ademais, o início precoce do aleitamento materno, ou seja, ainda na primeira hora de vida, foi associado a um risco reduzido de mortalidade neonatal^{24, 31}. Acrescenta-se que os neonatos com amamentação exclusiva tiveram um menor risco de mortalidade e mortes por infecção no primeiro mês, além de um menor risco de sepse, diarreia e infecções respiratórias, em comparação com aqueles que recebem aleitamento materno parcial^{24, 31}.

O aleitamento materno deve ser incentivado no pré-natal, na sala de parto, no alojamento conjunto e após a alta hospitalar, assim como nas unidades de alto risco que atendem o recém-nascido²². Para isso, foram definidos os “dez passos para o sucesso do aleitamento materno”, descritos na Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), que devem ser aplicados pelos profissionais da saúde envolvidos nos cuidados da díade mãe-bebê:

1. Ter uma norma escrita sobre aleitamento, que deveria ser rotineiramente transmitida a toda a equipe de cuidados de saúde
2. Treinar toda a equipe de saúde, capacitando-a para implementar essa norma
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento na primeira meia hora após o nascimento
5. Mostrar às mães como amamentar e manter a lactação mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos
6. Não dar a recém-nascidos nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico
7. Praticar o alojamento conjunto – ou seja, permitir que mães e bebês permaneçam juntos – 24 horas por dia
8. Encorajar o aleitamento sob livre demanda
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao seio
10. Encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, aos quais as mães deverão ser encaminhadas por ocasião da alta do hospital ou ambulatório²².

LEITE MATERNO

O leite humano de uma mãe saudável e bem nutrida atende perfeitamente às necessidades dos lactentes a termo e saudáveis, pois além da composição nutricional, é um alimento vivo e dinâmico por conter substâncias com atividades protetoras e imunomoduladoras³⁴. Esse leite não apenas proporciona proteção contra infecções e alergias, mas também estimula o desenvolvimento do sistema imunológico, a maturação dos sistemas digestório e neurológico e desenvolve o vínculo mãe-filho³⁴.

O alimento ideal para crianças até os 6 meses de idade é o leite materno de forma exclusiva, sob livre demanda¹⁸. Quando oferecido em quantidade adequada para cada idade, o leite fornece todos os nutrientes necessários para o desenvolvimento infantil, de forma que outros alimentos, líquidos e água são desnecessários (exceto medicamentos e vitaminas, se indicados)¹⁸. A alimentação inadequada nesses primeiros meses de vida pode resultar, posteriormente, em desnutrição¹⁸.

Em relação a composição nutricional, a concentração proteica do leite humano é menor que a do leite de vaca, o que é adequado para o crescimento do lactente, sem provocar sobrecarga renal^{32, 34}. Também há diferença na qualidade da proteína, pois no leite materno predominam as proteínas do soro em relação à caseína, facilitando a digestão do bebê que tem um trato gastrointestinal imaturo^{32, 34}.

A quantidade de gordura no leite humano é maior no final da mamada e no final do dia, e também depende da dieta materna. Em relação aos carboidratos, a lactose é o que predomina no leite humano, fornecendo glicose e galactose, a qual facilita o amolecimento das fezes^{32, 34}. O ferro, a vitamina K e a vitamina D estão presentes em baixa concentração no leite materno, devendo ser suplementados³².

Como já mencionado, além dos nutrientes, o leite materno é rico em componentes imunologicamente ativos com propriedades anti-infecciosas e anti-inflamatórias, que asseguram à amamentação a propriedade

de reduzir o risco de doenças infecciosas^{24,30}. Entre os fatores de proteção presentes no leite, pode-se citar imunoglobulina A, que é produzida no corpo da mãe e transferida para o bebê, revestindo seu trato intestinal e, impedindo a agressão por bactérias, toxinas ou antígenos estranhos³². Está presente também a lisozima, que tem ação bactericida e anti-inflamatória. O leite materno contém ainda a lactoferrina, uma proteína carreadora de ferro que diminui a biodisponibilidade de ferro para os patógenos, e aumenta a absorção de feto por parte do bebê³².

REFERÊNCIAS

1. ARE, E. A. Avaliação clínica da criança ou adolescente com obesidade. *UpToDate*, [s.l.], 3 set. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-evaluation-of-the-child-or-adolescent-with-obesity>.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Curvas de crescimento* [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; [s.d.]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_vigilancia_alimentar.php?conteudo=curvas_de_crescimento.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual AIDPI neonatal: série A. Normas e manuais técnicos*. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual AIDPI neonatal: série A. Normas e manuais técnicos*. 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_AIDPI_neonatal_5ed.pdf.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de aleitamento materno*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://www.areaseg.com/bib/25%20%20Familia/Manual_Aleitamento_Materno_25NOV_AF.pdf.

6. BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33).
8. CASANOVA, L. C. *et al.* Crescimento e desenvolvimento. In: BLANK, D.; TROTTA, E. A. O.; MAIA, J. C. (org.). *Pediatria: consulta rápida*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018. p. 33–48.
9. CAVALCANTE, R. S. *et al.* *Manual de habilidades profissionais: atenção à saúde do recém-nascido*. Belém: EDUEPA, 2019.
10. DEL CIAMPO, L.; DEL CIAMPO, I. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, [s.l.], v. 40, n. 6, p. 354–359, jun. 2018.
11. DEWAU, R. *et al.* Meta-analysis of the heritability of childhood height from 560 000 pairs of relatives born between 1929 and 2004. *American Journal of Human Biology*, [s.l.], v. 37, n. 1, e24188, jan. 2025.
12. DRUTZ, J. E.; WHITE-SATCHER, J. O exame físico pediátrico: princípios gerais e medidas padrão [Internet]. In: DURYEA, T. K. (ed.); BLAKE, D. (ed. assist.). [s.l.]: *UpToDate*. 17 jul. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/the-pediatric-physical-examination-general-principles-and-standard-measurements>.
13. FLAHERMAN, V. J. *et al.* Clinical decision support for newborn weight loss: a randomized controlled trial. *Hospital Pediatrics*, [s.l.], v. 12, n. 6, p. e180–e184, 25 maio 2022. Disponível em: <https://publications.aap.org/hospitalpediatrics/article/12/6/e180/188112>.

14. FLAHERMAN, V. J. *et al.* Early weight loss nomograms for exclusively breastfed newborns. *Pediatrics*, [s.l.], v. 135, n. 1, p. e16–e23, dez. 2014.
15. GREMMO-FÉGER, G. An update on lactation physiology and breastfeeding. *Archives de Pédiatrie*, [s.l.], v. 20, n. 9, p. 1016–1021, 2013.
16. JONAS, W.; WOODSIDE, B. Physiological mechanisms, behavioral and psychological factors influencing the transfer of milk from mothers to their young. *Hormones and Behavior*, [s.l.], v. 77, p. 167–181, 2016.
17. KELLAMS, A. Início da amamentação. In: DURYEA, T. K. (ed.); HOPPIN, A. G. (ed. assist.). *UpToDate*. 14 mar. 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/initiation-of-breastfeeding>.
18. KHAN, J. *et al.* Timing of breastfeeding initiation and exclusivity of breastfeeding during the first month of life: effects on neonatal mortality and morbidity—A systematic review and meta-analysis. *Maternal and Child Health Journal*, [s.l.], v. 19, n. 3, p. 468–479, jun. 2014. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10995-014-1526-8>.
19. KLIEGMAN, R. M.; ST. GEME, J. W. *Nelson tratado de pediatria*. 20. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.
20. NICHOLS, J. Padrões normais de crescimento em bebês e crianças pré-púberes. In: DURYEA, T. K. (ed.); HOPPIN, A. G. [s.l.]: *UpToDate*, 2024. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/normal-growth-patterns-in-infants-and-prepubertalchildren>.
21. WHO MULTICENTRE GROWTH REFERENCE STUDY GROUP. *WHO Child Growth Standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development*. Geneva: World Health Organization, 2006.

22. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Tratado de pediatria*. 4. ed. Barueri, SP: Manole, 2017. p. 315–321.
23. PHILLIPS, S. M.; SHULMAN, R. J. Measurement of growth in children [Internet]. In: ABRAMS, S. A. (ed.); HOPPIN, A. G. (ed. assist.). *UpToDate*. 9 out. 2024 [revisado até fev. 2025; citado em: 1 abr. 2025]. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/measurement-of-growth-in-children/print>.
24. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Curvas de crescimento*. Genebra: Organização Mundial da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <http://www.who.int/childgrowth/standards/en>.
25. PAUL, I. M. *et al.* Weight change nomograms for the first month after birth. *Pediatrics* [Internet], [s.l.], v. 138, n. 6, e20162625, 9 nov. 2016. Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/early/2016/11/07/peds.2016-2625.full.pdf>.
26. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Nutrologia. *Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola*. 3. ed. Rio de Janeiro: SBP, 2012. 148 p.
27. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamentos Científicos de Nutrologia e Pediatria Ambulatorial. *Guia prático de alimentação da criança de 0 a 5 anos*. São Paulo: SBP, 2021. 74 p.
28. PRELL, C.; KOLETZKO, B. Breastfeeding and complementary feeding. [s.l.]: *Deutsches Ärzteblatt International*, 2016.
29. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento Científico de Aleitamento Materno. *Guia prático de aleitamento materno* [Internet]. Rio de Janeiro: SBP, 2020. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22800f-GUIAPRATICO-GuiaPratico_de_AM.pdf. Acesso em: 4 ago. 2025.
30. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. *Tratado de pediatria*. 5. ed. Barueri: Manole, 2021. v. 2.