CURSO DE ENFERMAGEM

Pricila Daniela Beyer

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DE CRIANÇAS DE 0 A 6 MESES, COM BAIXO PESO AO NASCER ATENDIDAS EM UM CENTRO MATERNO INFANTIL (CEMAI)

Santa Cruz do Sul
2019

Pricila Daniela Beyer

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DE CRIANÇAS DE 0 A 6 MESES, COM BAIXO PESO AO NASCER ATENDIDAS EM UM CENTRO MATERNO INFANTIL (CEMAI)

Trabalho de Conclusão de Curso II, apresentado ao Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profª Drª Enfª Ana Zoé Schilling

Santa Cruz do Sul

2019

Santa Cruz do Sul, junho de 2019

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DE CRIANÇAS DE 0 A 6 MESES, COM BAIXO PESO AO NASCER ATENDIDAS EM UM CENTRO MATERNO INFANTIL (CEMAI)

Pricila Daniela Beyer

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em 28 de junho de 2019.

BANCA EXAMINADORA:

_____

Profª. Dra. Enfª. Ana Zoé Schilling
Profª. Orientadora
(UNISC)

_____

Profª Enfª Amélia Cerentine
Participante da banca de avaliação
(UNISC)

_____

Profª. Enfª Anelise Miritz Borges
Participante da banca de avaliação
(UNISC)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me permitido chegar até aqui, por ter me dado forças para não desistir de meus sonhos, por estar comigo nos momentos em que mais precisei na minha vida.

Principalmente agradeço aos meus avós Elpídeo Beyer e Leoni Beyer, por acreditarem em mim, me incentivando, pelo carinho e atenção que sempre tiveram comigo, por ter me ensinado o significado da palavra amor, por rezarem por mim e muitas vezes secarem minhas lágrimas.

Em especial ao meu namorado Josias Vieira, por estar do meu lado, me apoiando e ajudando sempre quando precisei.

Aos meus irmãos Aline Beyer e Wendel Evangelista, vocês são muito importante para mim, foram minha base.

Aos meus pais porque me deram o bem mais precioso, a vida.

A todos meus amigos e as pessoas que passaram pela minha vida até este momento, que se ligaram a mim pela amizade ou convivência e que colaboraram com uma parte de si para que me tronasse a pessoa que sou hoje

Agradeço a minha professora orientadora, Ana Zoé Schilling, pela tranquilidade e carinho, pelo conhecimento que me transmitiu para que eu pudesse realizar minha monografia.

Aos meus colegas de curso, pela amizade.

A todos, o meu muito obrigada!

O que importa não é a vitória, mas o esforço;
Não é o talento, mas a vontade;
Não é quem você é, mas quem você quer ser.

(William Douglas).

RESUMO

Após o nascimento a criança passa a depender de cuidados externos, sendo o aleitamento materno exclusivo fundamental até os 6 meses e complementado até os dois anos de idade. O aleitamento materno é importante para o desenvolvimento da criança, pois este tem um efeito protetor contra várias doenças. Este estudo tem por objetivo principal, verificar se as crianças de 0 a 6 meses com baixo peso ao nascer tem mais benefícios com o aleitamento materno exclusivo em relação às crianças que fazem uso de leites artificiais. E como objetivos específicos; verificar o período de aleitamento materno exclusivo de crianças de baixo peso; identificar a ocorrência de enfermidades ou intercorrências apresentadas pelos bebês de baixo peso que mamam exclusivamente ao seio materno em relação aos que fazem uso de leites artificiais. Esta pesquisa é de abordagem qualitativa do tipo documental e feita através de prontuários das crianças que nasceram entre o período de 13/01/2017 a 12/07/2018, que estavam sendo acompanhadas no ambulatório de alto risco no Centro Materno Infantil (CEMAI). Para a coleta dos dados, foi utilizado uma planilha. Foram analisados 152 prontuários de recém-nascidos de baixo peso atendidas neste ambulatório, sendo utilizados 27 prontuários os quais se adequaram aos critérios da pesquisa. Destes, 7 recém-nascidos de baixo peso foram amamentados exclusivamente ao peito até 6 meses e 20 recém-nascidos de baixo peso foram amamentados com fórmulas infantis. Percebeu-se que houve maior desenvolvimento na estatura, perímetro cefálico e peso dos bebês que foram amamentados exclusivamente ao peito até 6 meses em relação às que foram amamentadas com aleitamento artificial, porém essa diferença não foi de grande proporção. Observou-se que os recém-nascidos que foram amamentados exclusivamente ao peito até 6 meses de vida, apresentaram intercorrências de saúde relacionada ao trato respiratório, pois estes tem resposta imunológica diminuída e função pulmonar comprometida. Já os recém-nascidos que foram amamentados com fórmulas artificiais apresentaram intercorrências de saúde relacionadas ao sistema digestório. Evidenciou-se que o tipo de aleitamento influenciou neste resultado.

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Desenvolvimento dos lactentes. Enfermagem.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Identificação do sexo dos bebês.....28
Gráfico 2 - Identificação da faixa etária dos bebês em aleitamento materno exclusivo.....28
Gráfico 3 - Identificação do peso dos bebês ao nascer 30
Gráfico 4 - Perímetro cefálico ao nascer e perímetro cefálico atual dos bebês em aleitamento materno exclusivo até 6 meses.....31
Gráfico 5 - Perímetro cefálico ao nascer e perímetro cefálico atual dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses.....31
Gráfico 6 - Estatura ao nascer e estatura atual dos bebês em aleitamento materno exclusivamente até 6 meses.....34
Gráfico 7 - Estatura ao nascer e estatura atual dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses.....34
Gráfico 8 - Peso ao nascer dos bebês e peso atual em kg dos bebês em aleitamento materno exclusivo até 6 meses.....36
Gráfico 9 - Peso ao nascer e peso atual em kg dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses.....37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Enfermidades ou intercorrência evidenciadas em bebês que tiveram aleitamento materno exclusivo.....39

Tabela 2 - Enfermidades ou intercorrências evidenciadas nos prontuários dos bebês que foram alimentados com fórmulas infantis.....40

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10

2 REVISÃO DE LITERATURA 13
2.1 Aleitamento materno exclusivo 13
2.1.1 Crianças com baixo peso ao nascer, e a proteção do aleitamento materno 15
2.1.2 Problemas de saúde em crianças de baixo peso e o uso de leites artificiais 15
2.1.3 Benefícios do aleitamento materno exclusivo para o bebê 15
2.1.4 As vantagens do aleitamento materno para a saúde das mães 17
2.1.5 Problemas que as mães podem vivenciar durante o período da amamentação 17
2.2 Aleitamento artificial 19
2.3 Assistência do enfermeiro aos recém-nascidos de baixo peso, no setor de ambulatório de alto risco 19
2.4 Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno 20

3 METODOLOGIA 23
3.1 Tipo de pesquisa 23
3.2 Local da pesquisa 23
3.3 Sujeitos da pesquisa 24
3.4 Instrumento para coleta de dados 24
3.5 Procedimentos éticos e técnicos 24
3.6 Análise de dados 25

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS 27
4.1 Identificação dos sujeitos da pesquisa 27
4.2 Identificação do sexo dos bebês 28
4.3 Identificação da faixa etária dos bebês em aleitamento materno exclusivo 28
4.4 Identificação do peso dos bebês ao nascer 30

4.5 Perímetro cefálico ao nascer e perímetro cefálico atual dos bebês em aleitamento materno exclusivo até 6 meses.....31
4.6 Perímetro cefálico ao nascer e perímetro cefálico atual dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses.....31
4.7 Estatura ao nascer e estatura atual dos bebês em aleitamento materno exclusivo até 6 meses.....34
4.8 Estatura ao nascer e estatura atual dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses.....34
4.9 Peso ao nascer dos bebês e peso atual em kg dos bebês em aleitamento materno exclusivo até 6 meses.....36
4.10 Peso ao nascer e peso atual em kg dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses.....37
5 INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE EVIDENCIADAS DURANTE O PERIODO DO ESTUDO.....39

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....42

REFERÊNCIAS.....45
ANEXO A – Termo de aceite do Centro Materno Infantil (CEMAI).....50
ANEXO B – Planilha usada para coleta de dados.....51

1 INTRODUÇÃO

O aleitamento materno é a primeira ação que beneficia o recém-nascido, sendo esta uma das mais importantes, que a mãe pode assegurar para seu filho, e até os seis primeiros meses de vida é crucial para o desenvolvimento da criança. A amamentação exclusiva previne doenças do sistema respiratórios, proporciona um desenvolvimento psicológico mais favorável, melhora as defesas imunológicas, e não só traz benefícios para o bebê, mas também para a mãe. Por isso que é recomendado pela Organização de saúde que toda criança receba exclusivamente o leite humano, até o sexto mês de idade como alimento, pois este tem um efeito protetor contra várias doenças (OLIVEIRA, 2017).

O leite humano é importante para os lactentes pelo seu valor nutricional, fisiológico, metabólico e imunológico sendo adequado às suas necessidades (TAMEZ, 2017). É importante saber que não existe alimento artificial tão completo e tão bem adaptado às necessidades do recém-nascido como o leite humano. Seus nutrientes contêm células vivas, que são melhor absorvidas. Além disso, o leite humano é produzido na medida certa, tem uma temperatura ideal, livre de contaminação, e é um método econômico, pois este leite já vem pronto, sem custo algum e contém tudo o que o bebê necessita, em termos de alimentação, importante para o seu crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2015).

Após o nascimento a criança passa a depender de cuidados externos, sendo o aleitamento materno exclusivo fundamental para sua alimentação e neste contexto existem muitos fatores que podem interferir neste processo. Machado et al. (2014), dizem que nenhuma ação humana foi tão lesada, ou substituída quanto a amamentação, e está acontecendo um crescente abandono desta prática que pode trazer consequências desastrosas para a saúde das crianças.

As chances de morbidades infantis diminuem muito destaca Brasil (2015), quando as crianças são amamentadas até os seis meses e recebem complemento até os dois anos, quando comparando com crianças que receberam leite artificial.

É preocupante a quantidade de mães que não conseguem amamentar exclusivamente até os 6 meses, seja pela volta ao trabalho ou pela cultura social. Através de estudos podemos dizer que conforme os alimentos recebidos na infância, esta alcançará ou não o potencial máximo de seu crescimento físico, intelectual e

psíquico principalmente no primeiro ano de vida fase em que o processo de desenvolvimento e crescimento está acelerado (MACHADO et al., 2014).

Faz-se necessário ter os devidos cuidados com a alimentação nessa fase da vida, pois ela pode proteger ou se tornar um fator de risco para o aparecimento de doenças crônicas não transmissíveis, como obesidade, alergias, dentre outras, por isso a necessidade de estudos cada vez mais atualizados sobre esta temática (SANTOS et al., 2015).

Os profissionais de saúde precisam adquirir o conhecimento técnico e científico a respeito da amamentação, para conseguir prestar a devida assistência favorecendo a promoção e o apoio ao aleitamento materno, tanto à mãe quanto ao bebê (AZEVEDO et al., 2015).

Este trabalho teve como objetivo geral**,** verificar se as crianças de 0 a 6 meses com baixo peso ao nascer tem mais benefícios no desenvolvimento com o aleitamento materno exclusivo em relação as crianças que fazem uso de leites artificiais. Os objetivos específicos foram verificar o período de aleitamento materno exclusivo de crianças de baixo peso; identificar as ocorrências de enfermidades ou intercorrências apresentadas pelos bebês de baixo peso que mamam exclusivamente ao seio materno em relação aos que fazem uso de leites artificiais.

A ideia de pesquisar sobre o tema aleitamento materno exclusivo de crianças de 0 a 6 meses, com baixo peso ao nascer, surgiu logo no início da graduação pelo enorme desejo de ser mãe. No decorrer da graduação surgiram disciplinas voltadas para este tema como: saúde da mulher e da criança no qual despertou a curiosidade de saber mais sobre esta temática. Contudo, podemos perceber a diferença que os profissionais de saúde podem fazer na vida dessas mães e recém-nascidos, através da promoção e prevenção à saúde. Portanto, tem importância considerável finalizar essa etapa com este tema, pois desde o início da graduação despertou o interesse por ser um ato onde proporciona muitas vantagens não só para o bebê, mas também para a puérpera.

O tema amamentação exclusiva nos primeiros 6 meses de vida em crianças com baixo peso ao nascer foi escolhido, através da constatação de uma diminuição do aleitamento materno exclusivo e a introdução precoce e incorreta da alimentação complementar, no local em que trabalho Centro Materno Infantil (CEMAI), por crianças atendidas no ambulatório de risco não somente em nosso meio, mas em todo pais.

Sabendo da importância da amamentação e percebendo as dificuldades das mães em amamentarem exclusivamente essas crianças de baixo peso, surgiu a ideia de contribuir através de uma pesquisa sobre a temática.

A prática de amamentar parece ser simples, mas, gera tantas incertezas para as mães. Neste contexto, os enfermeiros são os profissionais que passam mais tempo ao lado dos pacientes, sendo estes capazes de incentivar e encorajar a amamentação, ajudando-as no início precoce da amamentação a adquirirem autoconfiança em sua capacidade de amamentar.

A enfermagem tem sido um importante aliado nas práticas de incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Assim, o enfermeiro precisa estar preparado para prestar o esclarecimento dos benefícios na melhoria e na qualidade de vida tanto para a mãe quanto para o bebê

É através do conhecimento que o enfermeiro conseguirá êxodo no momento de fazer abordagem de promoção e prevenção à saúde, que deve se iniciar já na realização da assistência prestada no pré-natal, pois é através da clareza, confiança que é repassada às puérperas que se conseguirá auxiliar em situações difíceis, evitando assim, o abandono desta prática.

Portanto, nesse estudo pretende-se fazer com que o leitor adquira conhecimento sobre aleitamento materno exclusivo e aleitamento artificial em crianças de baixo peso, o que proporcionará um melhor entendimento o assunto.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aleitamento materno exclusivo

O aleitamento materno exclusivo é a fonte ideal de nutrição, permite que todo o seu potencial genético seja aproveitado. Isso ocorre porque a composição do leite materno garante as quantidades necessárias de água, carboidratos, lipídeos e proteínas para o desenvolvimento adequado dos lactentes (NUNES, 2015).

O Aleitamento Materno Exclusivo (AME) deve ser realizado imediatamente após o nascimento, de preferência nas primeiras horas de vida ainda na sala de parto, até o sexto mês de vida. Deve ser ofertado exclusivamente, de acordo com as recomendações alimentares da Organização Mundial da Saúde (OMS); e o Ministério da Saúde (MS), pois, além do benefício nutricional, é relevante para a prevenção de doenças infecciosas e alérgicas, entre outras na infância, e seu efeito protetor pode persistir na idade adulta (SANTIAGO, 2018).

Estudos vêm mostrando que as chances de morbimortalidade infantil diminuem muito quando as crianças são amamentadas até os seis meses e recebendo complemento até os dois anos, comparando com crianças que receberam leite artificial (MORAES et al, 2015).

2.1.1 Crianças com baixo peso ao nascer, e a proteção do aleitamento materno

A elevada quantidade de crianças que nascem com baixo peso, evidencia um importante problema de saúde, o nascimento de recém-nascidos de baixo peso é responsável por 2/3 das mortes neonatais, aquelas ocorridas nos primeiros 28 dias de vida. Esses recém-nascidos de baixo peso e os prematuros são apontados como de alto risco, por possuírem instabilidade fisiológica ou hemodinâmica como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, precisam de acompanhamento com assistência especializada (ZANI; TONETE; PARADA, 2014).

Conforme Barbosa (2016), a OMS define peso insuficiente (2500-2999g), peso adequado (>3000g); e nascimento de baixo peso (<2.500g), que é frequentemente usado como um indicador de mortalidade e morbidades perinatais, mas esta expressão tem suas limitações. Os recém-nascidos de baixo peso ao nascer

constituem um grupo heterogêneo, que incluem recém-nascidos prematuros (<37 semanas de gestação) e recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG) (PIG <10% percentil) cada grupo destes podem ter problemas específicos ou uma combinação dos dois, o que ocasiona um risco maior para o recém-nascidos se for prematuro e pequeno para a idade gestacional.

O termo baixo peso ao nascer descreve apenas o peso dos recém-nascidos no momento do nascimento que é 2.500g ou menos. Como, o peso ao nascimento é muito mais fácil de determinar do que a idade gestacional, em muitos ambientes e publicações para o recém-nascidos de baixo peso ao nascimento, foi usado como termo substituto para o nascimento pré-termo. Os recém-nascidos com baixo peso podem ser, mas não necessariamente, pré-termo (LOWDERMILK, 2012)

Crianças de baixo peso tem maior risco de morte no útero, durante o período neonatal e na primeira infância, todos os anos nascem aproximadamente 20 milhões de recém-nascidos de baixo peso no mundo, os recém-nascidos pequenos para idade gestacional (PIG) tem maior risco de problemas desenvolvimentos mentais relativos ao comportamento de hiperatividade e déficit cognitivos em todas as idades gestacionais comparados com recém-nascidos adequados para a idade gestacional (AIG) (BARBOSA, 2016).

Os benefícios do leite humano para as crianças prematuras e de baixo peso ao nascer têm sido objeto de vários estudos, Brahm e Valdes (2017), explica que o aleitamento materno exclusivo pelo menos quatro meses protege contra a rinite recorrente, foi evidenciado em países desenvolvidos que a lactação de pelo menos três meses reduz o risco de asma em 27% nas crianças sem história familiar de asma. As com história familiar de asma se beneficiam ainda mais, uma vez que a redução do risco chega a 40% em crianças menores de 10 anos.

De acordo com Brahm e Valdes (2017), através de uma revisão sistêmica, concluiu que o aleitamento materno por seis meses ou mais estava associado a uma redução de 19% no risco de desenvolver leucemia durante a infância. Outra meta-análise encontrou resultados semelhante. A gravidade da bronquiolite devido ao vírus sincicial é 74% menor nas crianças de baixo peso ao nascer que foram amamentadas exclusivamente ao peito, por pelo menos 4 meses em comparação com aquelas que receberam leite materno parcial ou fórmula exclusiva.

O aleitamento materno exclusivo durante pelo menos três meses, chega a proteger o recém-nascido de baixo peso de otite media, diminuindo o risco em 50%,

se for prolongado o aleitamento materno exclusivo até seis meses, este risco é de 63% (BRAHM; VALDES, 2017).

2.1.2 Problemas de saúde em crianças de baixo peso e o uso de leites artificiais

Os riscos à saúde da criança alimentada com fórmulas infantis são vários, como: risco de contaminação na hora do preparo, alterações gastrintestinais, alergias alimentares devido à proteína do leite de vaca ser considerada um potente alérgico. Esta alergia é mais frequente em crianças com idade inferior a três anos. Estudos apontam que lactentes não amamentados exclusivamente com leite materno têm 17 vezes mais chances de serem internados com pneumonia (MELO; GONÇALVES, 2014).

Conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), o leite de vaca não é um alimento recomendado para crianças menores de um ano. Existe muita diferença entre o leite de vaca e o leite humano em quantidade e qualidade de nutrientes. Existe também uma quantidade elevada de proteína no leite de vaca, inadequada relação entre a caseína e as proteínas do soro, elevados teores de sódio, potássio, fósforo, cloretos, e quantidades insuficientes de carboidratos, de ácidos graxos essenciais, de vitaminas e de minerais que são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento para essa faixa etária (BRASIL, 2014).

Existem casos de enfermidades graves e mortes, decorrentes de infecções por Enterobacter sakazakii e Salmonella, *associadas* as fórmulas infantis em pó. Crianças não amamentadas, são privadas de contarem com a proteção que contém no leite materno. Os recém-nascidos são os que correm maior risco de infecção, em especial os pré-termos, os de baixo peso ao nascer e os imunologicamente comprometidos. Ainda existe diferença quanto ao crescimento físico e ao desenvolvimento cognitivo, sociais e emocional, entre bebês alimentados com leite humano e com fórmulas infantis (FERREIRA et al., 2014)

2.1.3 Benefícios do aleitamento materno exclusivo para o bebê

A amamentação protege contra infecções, promove o desenvolvimento craniofacial correto devido à intensa atividade muscular necessária, o que favorece o fechamento adequado dos lábios, estimula a função mandibular e posiciona a

língua corretamente contra o palato. Através do desenvolvimento craniofacial envolve estímulos funcionais como respiração, mastigação, sucção e deglutição (SILVEIRA et al., 2013).

Crianças que são amamentadas por um período maior de tempo têm menor morbidade e mortalidade, menos mal oclusão dentária do que aquelas que são amamentadas por períodos mais curtos ou não são amamentadas (VICTORA, 2016).

Conforme Belfort et al. (2016), estudo realizado em recém-nascidos prematuros mostrou que o aleitamento materno nos primeiros 28 dias estava associado a um maior volume de substância cinzenta que fica no encéfalo, com isso melhora o quociente de inteligência (QI), desempenho académico, memória funcional e função motora aos 7 anos.

De acordo com Santos et al. (2015), aleitamento materno proporciona menores taxas de diarreia, e de infecções do trato respiratório superior e inferior, com isso diminui o número de óbitos causado por essas doenças, essa diminuição ocorre mais em crianças amamentadas do que nas não amamentadas.

Conforme Melo; Gonçalves (2014), a amamentação atua na prevenção da diarreia e diminuição da gravidade da doença pelo fato de ter no leite imunoglobulinas como IgG, IgM, IgD e IgE. Uma em essencial a IgA forma uma camada protetora no intestino da criança, sendo resistente a ação ácida e enzimática do estomago, ela chega intacta no intestino. As crianças não amamentadas possuem risco três vezes maior de desidratarem e de morrerem por diarreia, comparando-as com as amamentadas, essa proteção acaba diminuindo quando o aleitamento materno deixa de ser exclusivo. O leite materno protege a criança contra pneumonia e impede a adesão e colonização de patógenos bacterianos respiratórios em orofaringe de lactentes aumentando a imunidade das mucosas contra infecções.

Conforme Brasil (2015), destaca-se como benefícios do leite materno para o recém-nascido, por fornecer um efeito protetor contra doenças no início da vida do lactente, redução do risco de doenças crônicas, autoimunes, colite ulcerativa, celíaca, síndrome de morte súbita do lactente, diabetes mellitus, linfomas, obesidade, alergia alimentar entre outras doenças.

De acordo com Barbosa (2016), o aleitamento materno promoveria analgesia por vários mecanismos durante um procedimento doloroso pelo fato do contato pele a pele, devido a presença da sucção, o olfato e também pelo leite materno ser adocicado. Através de revisão sistêmica foi evidenciado que o aleitamento materno, quando

comparado a não intervenção analgésica ou medidas de contenção, tem um resultado mais efetivo na diminuição da dor do recém-nascidos, esta efetividade foi validada por meio de escalas.

Também sabe-se que na progressão do amadurecimento do bebê há uma gênese facilitadora e que o olfato bem estimulado facilita o desenvolvimento do paladar e visão. Ao seio materno o bebê recebe o melhor leite e consegue olhar o rosto de sua mãe de seu melhor ângulo 35 cm de distância (BARBOSA, 2016).

2.1.4 As vantagens do aleitamento materno para a saúde das mães

No momento em que a mãe começa a amamentar, começa obter aumento de benefícios devido ao ato de amamentar onde e liberado um hormônio chamado ocitocina, que e produzida pela hipófise sob o estimulo das terminações nervosas do complexo da aréola mamilar durante as mamadas, contudo ainda e responsável pela descida do leite, e responsável também pelas contrações uterinas no pós parto, que acaba liberando a placenta proporcionando que o útero volte ao seu tamanho normal consequentemente diminuindo o sangramento uterino, evitando hemorragias pós-parto (MARTINS; SANTANA, 2013).

Em países em desenvolvimento umas das principais causas de morte materna está relacionada com a hemorragia pós parto, podendo levar também a anemia materna que pode ser evitada através da involução uterina mais rápida pela amamentação. O aleitamento materno está associado à recuperação mais rápida de seu peso anterior à gestação, maior espaçamento entre partos e diminuição de risco de certos tumores. Apontam o efeito protetor da amamentação para o câncer de mama, de ovário, osteoporose, risco de artrite reumatoide, principalmente quando a amamentação e exclusiva (OLIVEIRA et al., 2017).

2.1.5 Problemas que as mães podem vivenciar durante o período da amamentação

A mãe pode encontrar algum problema no decorrer da adaptação à experiência a amamentar no peito. O sucesso ou a falha no esforço de amamentar no peito depende principalmente das orientações prévias ao nascimento, assim como no pós-parto, com os objetivos de preparar a mãe para superar as dificuldades que possam surgir, a ajuda

nos primeiros dias após o parto é fundamental para o sucesso da amamentação (MARINHO; ANDRADE; ABRÃO, 2016).

Prates, Schmalfuss e Lipinsk (2015) concluíram que uma grande parte dos problemas na amamentação decorreu da pega inadequada e posicionamento incorreto, queixa de leite fraco ou insuficiente, fissuras e dor à amamentação, ingurgitamento mamário, a ansiedade materna e o choro da criança, tendo sido estes os fatores subjacentes à interrupção precoce do aleitamento materno.

Lowdermilk (2012) aponta que a queixa de dor ao amamentar é uma das causas mais comum de sofrimento para as mulheres nos primeiros dias ou semanas após o parto, a chave para evitar os mamilos doloridos é a técnica correta da amamentação. A cicatrização rápida dos mamilos doloridos é fundamental para aliviar o desconforto da mãe, contudo prevenir a mastite e manter o aleitamento materno.

Conforme Viduedo (2015), no início da amamentação a presença de traumas mamilares em mulheres é alta e constitui uma porta de entrada para agentes etiológicos que podem causar mastite, que se caracteriza por um processo infeccioso do tecido intersticial que rodeia o lóbulo mamário.

De acordo com Pedrosa, Silva e Muniz (2016), a fissura mamaria é caracterizada em três tipos, podendo ser, moderada extensa ou leve. No começo do aleitamento materno a mulher pode referir dor ou desconforto que é considerado normal, o que não é normal e os mamilos ficarem dolorosos ou com fissuras.

As fissuras causam dor, mas não impedem que a mãe continue a amamentar seu bebê até mesmo por que elas cicatrizam rapidamente, se for tomada as devidas providencias (PORTO et al., 2011).

Conforme Heberle et al. (2014), o ingurgitamento mamário é uma resposta da retenção de leite produzida pelo esvaziamento infrequente ou insuficiente das mamas, é um processo onde ocorre o aumento da vascularização e acúmulo de leite e, secundariamente, pelas congestões linfática e vascular. Nesses casos o volume de leite materno produzido costuma ser maior do que a necessidades das crianças.

Mulheres com maior grau de escolaridade tendem a ter maior motivação para amamentar por mais tempo, talvez por possuírem maior acesso às informações a respeito dos benefícios e vantagens que o aleitamento materno proporciona ao binômio (BARBOSA et al., 2017).

2.2 Aleitamento artificial

No Brasil, existem duas classificações para as fórmulas infantis liquidas ou pó, a maioria das fórmulas existentes no comércio é elaborada a base de leite de vaca. As fórmulas infantis foram criadas com a finalidade de se assemelhar ao leite materno, no entanto sua composição não se iguala às propriedades fisiológicas do leite humano, que são específicas da mãe para o próprio filho (BRASIL, 2014).

Conforme Melo e Gonçalves (2014), existem casos específicos onde é recomendado o uso de fórmulas lácteas modificadas para lactentes, devido doenças apresentadas pelas puérperas que acabam as impossibilitando de amamentar, ou a criança não possa receber o leite materno. Nos dias atuais a indústria de produtos lácteos possui formulas infantis mais aperfeiçoadas com quantidades de nutrientes especificas para cada faixa etária, contudo o leite artificial não tem as mesmas propriedades imunológicas e digestivas do leite materno.

Brasil (2014) destaca que o leite de vaca, fluído ou em pó, tem um preço bem mais acessível em relação as fórmulas infantis disponíveis no mercado, contudo não é a melhor alternativa de alimentação para crianças. Porém, quando já foram esgotadas todas as possibilidades de relactação para assistência do aleitamento materno e impossibilidade financeira para aquisição da fórmula infantis é necessário que os profissionais de saúde saibam orientar as mães, quanto à utilização mais adequada e segura do leite de vaca.

2.3 Assistência do enfermeiro aos recém-nascidos de baixo peso, no setor de ambulatório de alto risco

As Unidade de Pronto Atendimento (UPA), são conhecidas como um componente da rede caracterizado por fornecer cuidado intermediário que funciona 24 horas por dia e todos os dias da semana, realizando triagem classificatória de risco, assistência aos pacientes com quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e estabilizando os pacientes traumatizados. No setor de ambulatório de alto risco são, realizados agendamentos em que os RN de baixo peso fazem acompanhamentos mensalmente (OLIVEIRA et al., 2015).

O nascimento de um bebê prematuro ou de baixo peso poderá levar a complicações severas e isso acarretará para a família sonhos e desejos desfeitos, muitas vezes quando os pais se deparam com crianças pequenas e frágeis se sentem culpados, com medo, incapazes, e essa nova etapa faz com que os pais não queiram aceitar as explicações fornecidas pelo profissional de saúde, cabe ao enfermeiro e equipe multiprofissional, fornece segurança, repassar aconselhamentos que acalme os pais, e também aumentem o vínculo entre mãe e filho (ZANI; TONETE; PARADA, 2014).

Os recém-nascidos de baixo peso tem maior risco de adoecer apontam Zani, Tonete e Parada (2014), por isso precisa se ter um monitoramento rigoroso, com necessidade de viabilizar o cuidado integral; ações preventivas e de promoção à saúde; a ampliação do acesso dos recém-nascidos de risco aos serviços de saúde. Durante o processo de crescimento e desenvolvimento, o acompanhamento longitudinal e o trabalho com a família, é uma oportunidade para intervir sobre riscos e reduzir vulnerabilidades.

O acompanhamento de recém-nascidos de alto risco é de indiscutível importância e idealmente deve ser realizado por equipe multiprofissional, capacitada e integrada. É fundamental que todos os profissionais da área da saúde, insira-se no projeto terapêutico da criança (ZANI; TONETE; PARADA, 2014).

2.4 Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1991 foram definidas as seguintes categorias do aleitamento materno (BRASIL, 2015):

Aleitamento Materno Exclusivo (AME): É quando o recém-nascido recebe apenas o leite de sua mãe, exceto gotas, xaropes, suplementos minerais ou medicamentos; Aleitamento Materno Predominante (AMP): É quando o recém-nascido recebe leite humano e líquidos como água, chás, suco de frutas e medicamentos, porém nenhum outro leite;

Aleitamento Materno Complementado (AMC): É quando o recém-nascido recebe leite humano e outros alimentos sólidos, semissólidos ou líquidos, incluindo leite não humano; Aleitamento Materno: (AM): É quando o recém-nascido recebe leite humano diretamente da mama ou ordenhado; Aleitamento materno misto ou parcial, (AMMP): É quando o recém-nascido a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Ao longo de 30 anos o Brasil vem desenvolvendo ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, um esforço no sentido de aumentar as taxas de amamentação no país. Na década de 1980 foram criados os Bancos de Leites Humano (BLH), que é definido como um serviço especializado, vinculado a instituições de saúde materno infantil, sendo responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Tais ações são realizadas por meio de distribuição de leite humano aos lactentes impossibilitados de recebê-lo de sua mãe, além de palestras, demonstrações e treinamento, assim contribui para a diminuição da mortalidade infantil no país (BARBOSA, 2016).

A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), tem como objetivo principal incentivar a prática de aleitamento materno até 6 meses de vida do Bebê, no Brasil teve início em março de 1992 com a ação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) e do Grupo de Defesa da Saúde da Criança, com o apoio da UNICEF e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (COCA, 2018).

Estes trabalham com excelência, o apoio e a proteção ao aleitamento materno, estes assumem um compromisso formal de tornar os dez passos para o sucesso do aleitamento materno uma realidade em seus hospitais (BRASIL, 2014).

De acordo com Coca (2018), os hospitais tem contribuído para o declínio nas taxas de aleitamento materno, estes dados vem sendo apresentados em estudos, atualmente são 323 instituições credenciadas no país, ou seja, 10% dos hospitais do Brasil, contudo acredita-se que muitas das instituições não estejam engajadas, tanto pela dificuldade em cumprir as exigências para o credenciamento da IHAC, e pelo fato da política pública envolver interesses e benefícios apenas para as que fornecem serviços pelo SUS. Já eram desenvolvidas ações de promoção do aleitamento materno em Unidades Básicas de Saúde (UBS), no entanto sentiu-se a necessidade de criar uma estratégia de nível nacional para promover o aleitamento materno nas unidades básicas de saúde, então em 2008 institui-se a rede Amamenta Brasil para estratégia ao apoio a amamentação.

O Ministério da Saúde criou em 2010, a iniciativa de promover a implantação de salas de apoio à amamentação em empresas, com o intuito de incentivar a continuidade da amamentação mesmo após o retorno da mulher ao trabalho (BRASIL, 2014).

O Alojamento em conjunto é previsto e obrigatório de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Trata-se de um sistema hospitalar de internação em

que o recém-nascido saudável permanece ao lado de sua mãe 24 horas por dia, logo após o nascimento e até a alta hospitalar (COCA, 2018).

Portaria MS/GM nº 1.016/2003, que obriga aos hospitais e maternidades vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) a implantarem esse sistema pelo fato do alojamento em conjunto ser avaliado por ser uma medida facilitadora para o começo do AM, e um espaço onde tem uma equipe multiprofissional que está presente e disposta para prestar assistência se surgir qualquer dúvida em relação amamentação (BRASIL, 2014).

Em 2012, foi publicada a Portaria nº 111, de 19 de janeiro, que redefiniu a composição do Comitê Nacional de Aleitamento Materno (CNAM) que foi criado em 2006. Que passou a ter representação de grupo de mães, sociedade civil, Opas, Unicef, Departamento de Atenção básica e representantes de instituições de ensino (BRASIL, 2017).

3 METODOLOGIA

Para Minayo (2014), metodologia não atenta apenas para a descrição dos métodos e técnicas desenvolvidas durante um estudo, indica também a escolha teórica a ser realizada pelo pesquisador para abordar o objeto a ser estudado.

3.1 Tipo de pesquisa/estudo

Essa pesquisa é de abordagem qualitativa do tipo documental de caráter descritiva. Para Minayo (2014), o método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, representações, opiniões. As abordagens qualitativas se conformam melhor a investigação de grupos e segmentos delimitados e focalizados, esse tipo de método que tem fundamentos teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares.

Leopardi (2002) explica que pesquisa descritiva é caracterizada pelas necessidades de explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidades de maiores informações. Explorar uma realidade significa identificar suas características suas regularidades ou suas mudanças. O estudo descritivo pretende descrever com exatidão os fatos de determinada realidade, existem variedade de pesquisa descritivas tais como: diagnósticos, opiniões, estudos de casos, documental entre outras.

Conforme Piana (2009), a pesquisa documental relacionada a saúde envolve o uso de qualquer registro relativo a indivíduos gerado no curso de sua vida diária, não implica altos custos, não exige contato com os sujeitos da pesquisa e possibilita uma leitura aprofundada das fontes. As fontes das pesquisas documental são especialmente importantes quando o pesquisador deseja ter acesso a fontes primárias.

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no Centro Materno Infantil (CEMAI), que é uma unidade de pronto atendimento de urgência e emergência municipal, no setor de ambulatório de alto risco, instituição pertencente a 13ª Coordenadoria Regional de Saúde, do estado de Rio Grande do Sul.

3.3 Sujeitos da Pesquisa

A pesquisa foi realizada a partir da análise de 152 prontuários. Destes, 27 se adequaram aos critérios da pesquisa. O período de acompanhamento dos prontuários ocorreu entre os meses de janeiro de 2017 a julho de 2018. As crianças eram residentes de Santa Cruz do Sul ou da microrregional que compreende ainda os municípios de Candelária, Gramado Xavier, Herveiras, Mato Leitão, Pantano Grande, Passo do Sobrado, Rio Pardo, Santa Cruz do Sul, Sinimbu, Vale do Sol, Vale Verde, Venâncio Aires e Vera Cruz.

Não foram incluídas nesta pesquisa, crianças acima de 2.500g.

3.4 Instrumento para coleta de dados

Os dados foram coletados de prontuários dos recém-nascidos de baixo peso e prematuros através de uma planilha em ANEXO (B). A planilha contém as seguintes informações: iniciais dos nomes, data de nascimento dos recém-nascidos de baixo peso, registro do peso ao nascer e peso atual dos recém-nascidos, perímetro cefálico ao nascer e perímetro cefálico atual dos recém-nascidos, estatura ao nascer e a atual, se está em aleitamento materno exclusivo, período da oferta do aleitamento artificial, e se tiveram alguma intercorrência de saúde. O prontuário contempla informações importantes sobre estas crianças através dos registros primários de saúde.

3.5 Procedimentos éticos e técnicos

Para a realização desta pesquisa, primeiramente foi realizado um contato formal com a Secretaria de Saúde de Santa Cruz do Sul, para solicitar a autorização (ANEXO A). Após ser aprovado a utilização dos prontuários dos recém-nascidos de baixo peso no ambulatório de alto risco no CEMAI, no segundo momento foi feito a seleção conforme citado acima, e os dados foram transcritos dos prontuários para a planilha (ANEXO B).

A coleta de dados dos prontuários foi feita, no turno da tarde, duas vezes por semana, na sala onde acontecem as consultas, porém não foi realizado no dia dos atendimentos aos recém-nascidos de baixo peso, para não interferir nos atendimentos.

A pesquisa foi realizada obedecendo às normas éticas e legais uma vez que envolve apenas manipulação de dados primários, comprometendo-nos a não divulgar dados que possam identificá-los. Por isso, foi mantido em anonimato os nomes dos recém-nascidos de baixo peso, e a utilização dos mesmos restringe-se tão somente às finalidades do estudo. Foi solicitado dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pois o estudo foi retrospectivo com envolvimento de dados primários.

3.6 Análise de dados

A análise de dados dessa pesquisa foi feita através do método de Análise de Conteúdo conforme Minayo (2014), diz respeito a técnicas de pesquisa que permite tornar replicável e validas as interferências sobre dados de um determinado contexto.

Conforme Saks e Allsop (2011), a Análise de Conteúdo é compreendida como um conjunto de técnicas de pesquisa, cujo objetivo é a busca do sentido de um documento. Esta técnica é a mais elaborada e de maior importância no campo da observação documental pois nessa etapa os documentos são estudados e analisados de forma minuciosa.

A Análise de Conteúdo possui diferentes modalidades, possibilidades que podem ser abordadas. Ficou definido que utilizaremos a modalidade análise de temática. Operacionalmente, esta análise possui três etapas: a pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

A pré-análise é decomposta nas seguintes tarefas: Leitura flutuante. Esse momento requer que o pesquisador tenha contato direto e intenso com o material de campo; Constituição de Corpus é a tarefa que diz respeito à constituição do universo estudado, sendo necessário respeitar alguns critérios de validade qualitativa, tais como: a exaustividade, representatividade, homogeneidade, pertinência; Formulação e Reformulação de Hipóteses, que se caracteriza por ser um processo de retomada da etapa exploratória por meio da leitura exaustiva do material e o retorno aos questionamentos iniciais (MINAYO, 2014).

Conforme Cavalcante, Calixto e Pinheiro (2014), na segunda etapa; a exploração do material consiste em um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas. Na terceira etapa foi feito o tratamento dos resultados obtidos e

interpretação; os resultados brutos são submetidos tradicionalmente a operações estatísticas simples como por exemplo a porcentagem.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

Esse capítulo foi reservado para apresentar os resultados coletados a partir de uma planilha (ANEXO B), cujo propósito era atender os objetivos iniciais da pesquisa.

Estes dados serão apresentados inicialmente em diferentes temas tais como, identificação dos sujeitos da pesquisa, identificação do sexo dos bebês, identificação da faixa etária das crianças em aleitamento materno exclusivo, identificação dos pesos das crianças ao nascer.

A discussão dos dados desta pesquisa será feita sempre procurando comparar as crianças que foram amamentadas exclusivamente ao seio, com aquelas que não foram, diante dos seguintes tópicos: comparação do perímetro cefálico dos bebês que tiveram aleitamento materno exclusivo dos que utilizaram fórmulas infantis antes dos 6 meses, comparação da estatura dos bebês que tiveram aleitamento materno exclusivo dos que utilizaram fórmulas infantis antes dos 6 meses, comparação do peso dos bebês que tiveram aleitamento materno exclusivo dos que utilizaram fórmulas infantis antes dos 6 meses, intercorrências de saúde evidenciadas durante o período do estudo, evidenciadas através da coleta de dados dos prontuários dos bebês.

4.1 Identificação dos sujeitos da pesquisa

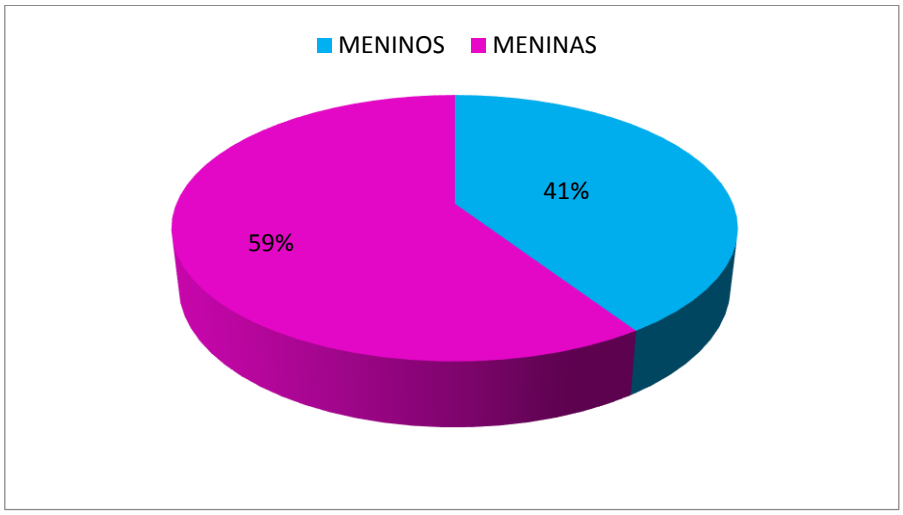
A pesquisa foi realizada através da coleta de dados de 27 prontuários dos recém-nascidos de baixo peso, estas definidas conforme os critérios da pesquisa, no qual foi possível constatar que as datas de nascimento das crianças foi de 13/01/2017 a 12/07/2018. Foram analisados os prontuários desde a primeira consulta até a última consulta que constava nos prontuários ocorridos em 22/01/2019.

Nesta pesquisa, as idades das crianças foram de 0 a 1 ano e 6 meses, em que a criança com menor idade tinha 5 meses e 33 dias e a com maior idade 1 ano, 9 meses e 28 dias. Dentre todas as crianças apenas 26% foram amamentadas exclusivamente ao peito até 6 meses conforme o Ministério de Saúde preconiza. O maior tempo de aleitamento materno exclusivo foi de 7 meses e 29 dias, e o menor 11 dias.

A criança com menor peso apresentou 1.610kg, e de maior peso 2.460 kg sendo a média dos pesos 2,065 kg. O perímetro cefálico menor encontrado foi de 28,5 cm, o maior de 34,5 cm, e a média 31,2 cm.

4.2 Identificação do sexo dos bebês

Gráfico 1- Identificação do sexo dos bebês

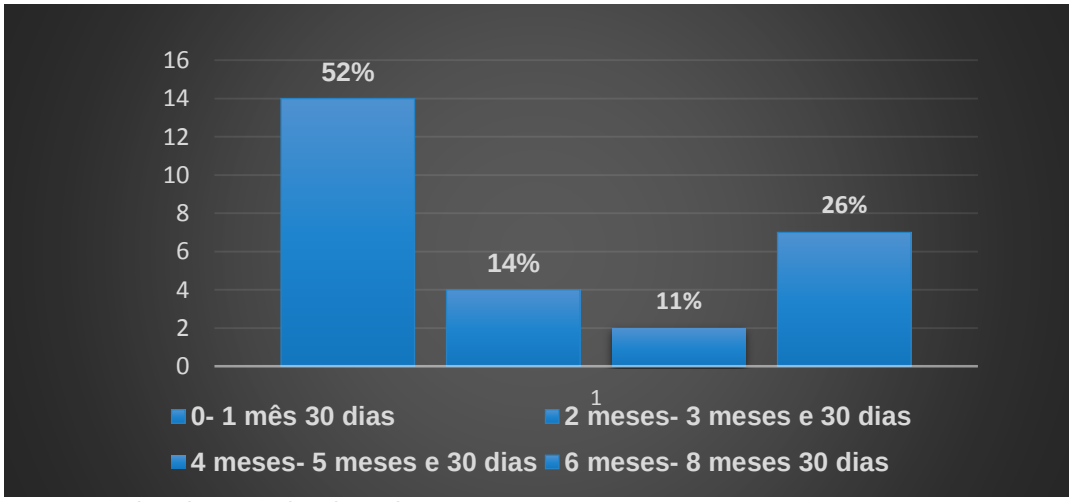


Fonte: Dados da pesquisa (2019).

De acordo com o gráfico acima, verificou-se que o sexo predominante nesta pesquisa foi o sexo feminino, com 16 bebês (59%) e masculinos com 11 bebês (41 %).

4.3 Identificação da faixa etária dos bebês em aleitamento materno exclusivo

Gráfico 2 - Identificação da faixa etária dos bebês em aleitamento materno exclusivo



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

De acordo com o gráfico, o índice de aleitamento materno exclusivo constantes nos prontuários dos bebês pesquisados, mostra estar muito abaixo do estabelecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) sendo o ideal para a saúde da criança o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida.

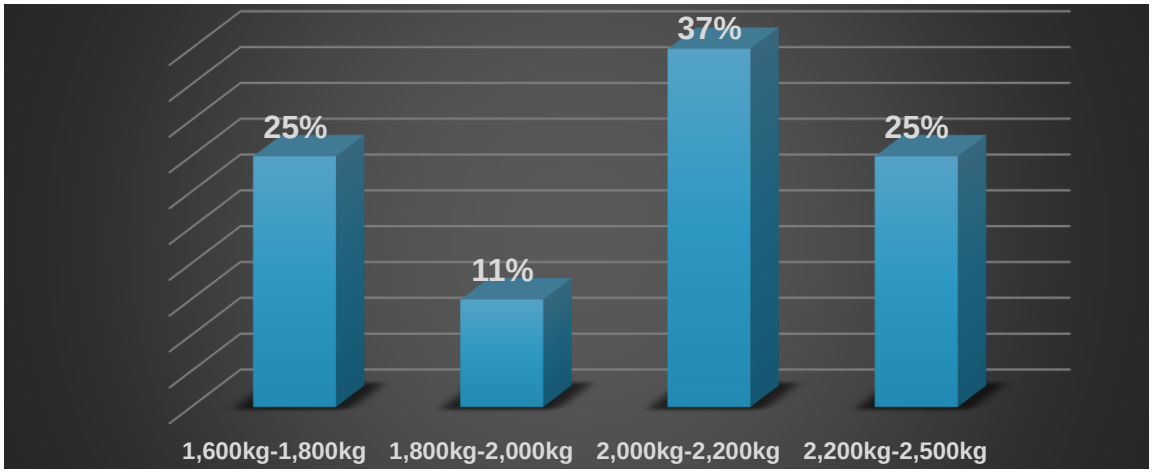
Destacamos abaixo um dos fatores mais significantes para este alto índice, que é a prematuridade que pode ser um dificultador para os recém-nascidos devido a internação prolongada e à dificuldade de sugar. O bebê acaba ficando mais sonolento, a imaturidade fisiológica, a manutenção da produção do leite pela mãe e o estresse materno provocado pela incerteza em relação à sobrevida do bebê, são alguns dos fatores que contribuiu para o desmame (MÉIO et al., 2018).

Porém, ressaltamos a importância do aleitamento materno exclusivos para essa crianças principalmente por serem prematuras. O leite de mães de prematuros em especial nas duas primeiras semanas após o nascimento contém maiores concentrações de calorias, gorduras, proteína, sódio, IgA. Quanto maior o grau de prematuridade, maior e o teor proteico e de lipídeos sendo o melhor leite para recém-nascidos prematuros o leite ordenhado do peito da própria mãe. Os benefícios são imensos melhor imunidade, digestão e absorção de nutrientes, função gastrointestinal aspectos fisiológicos da relação mãe-filho. Acredito que essa mães precisam receber mais informações sobre a importância do leite ordenhado para os recém-nascidos prematuros já lá na realização do pré-natal ela deve ter esse conhecimento pois se precisar, se sentirá mais encorajada, estimulada, para realização desta prática (FEFERBAUM; FALCÃO, 2003).

Os determinantes sociais de saúde como as condições culturais, os mitos sobre o valor nutricional do leite materno, como achar que o leite é fraco, o uso de chupetas e mamadeiras entram nos fatores das condições culturais. Educação por exemplo, mulheres com mais anos de estudos amamentam seus filhos por mais tempo, comparando com as que têm poucos anos de estudo por que tem mais conhecimento sobre os benefícios do aleitamento materno exclusivo para a saúde do bebê (EVANGELISTA; ÁVILA, 2018).

4.4 Identificação do peso dos bebês ao nascer

Gráfico 3 - Identificação do peso dos bebês ao nascer



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

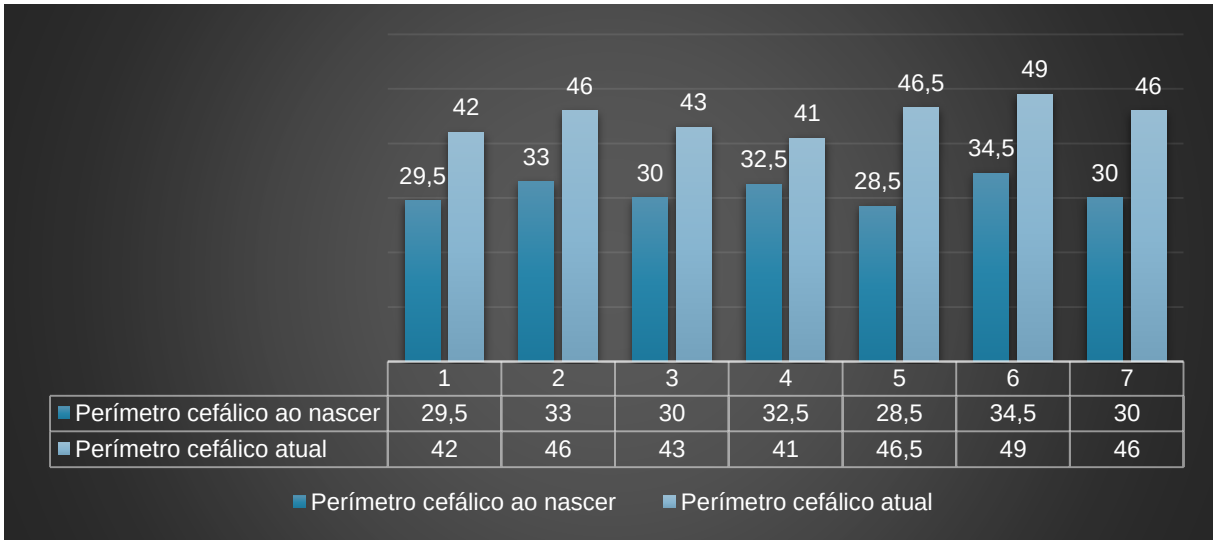
Observamos através do gráfico acima, que 7 crianças (25%) nasceram com os pesos entre 1,600 kg- 1,800kg, 3 crianças (11%) nasceram com os pesos entre 1,800kg- 2,000kg, 10 crianças (37%) nasceram com os pesos entres 2,000kg-2,200kg, e 7 crianças (25%) nasceram com os pesos entre 2,000kg-2,500kg.

São considerados recém-nascidos de baixo peso os bebês que nascem abaixo de 2,500kg. Este estudo optou por pesquisar somente crianças de baixo peso ao nascer pois, segundo Barbosa (2016), este fato não só preocupa a Organização Mundial de Saúde (OMS) mas também profissionais de saúde e seus familiares. Estas crianças precisam de um cuidado qualificado, pois as crianças de que nascem prematuras ou de baixo peso necessitam de acompanhamento em ambulatórios de alto risco para evidenciar possíveis complicações de saúde que possam surgir com o decorrer do tempo.

O peso ao nascer é considerado um indicador importante pois eles auxiliam na avaliação do prognóstico do bebê de curto a longo prazo. Conforme Pedraza (2014), o peso ao nascer é um dos parâmetros que mostra como foi o crescimento intrauterino, o qual envolve muitos fatores, dentre os quais se destacam condições socioeconômicas precárias, tabagismo, insônia e estresse durante a gestação, falta ou deficiência da assistência pré-natal, antecedentes reprodutivos desfavoráveis e a ocorrência de gravidez múltipla.

4.5 Perímetro cefálico ao nascer e perímetro cefálico atual dos bebês em aleitamento materno exclusivo até 6 meses

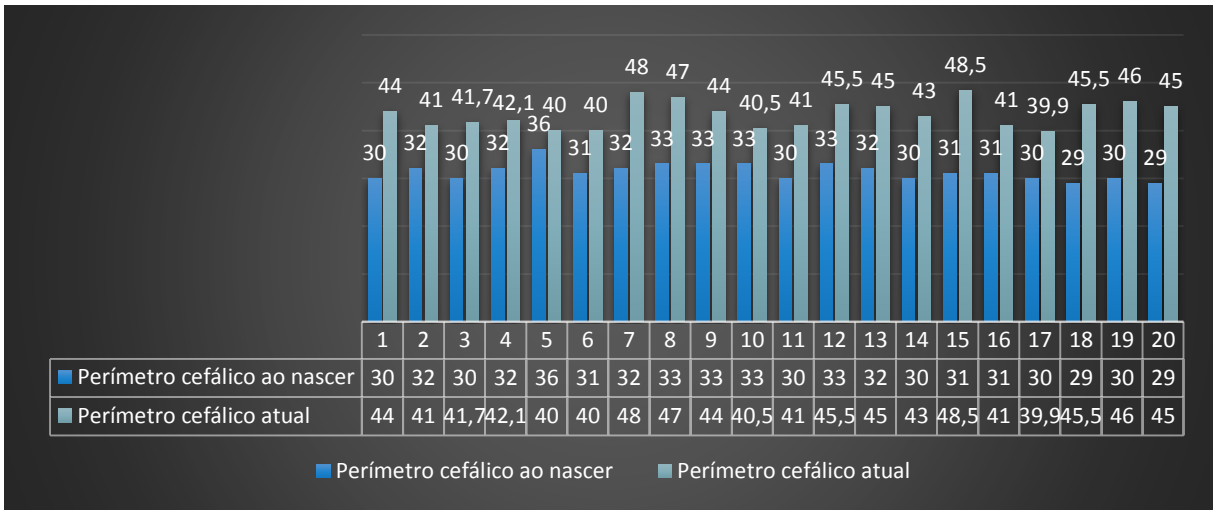
Gráfico 4 - Perímetro cefálico ao nascer e perímetro cefálico atual dos bebês em aleitamento materno exclusivo até 6 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

4.6 Perímetro cefálico ao nascer e perímetro cefálico atual dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses

Gráfico 5 - Perímetro cefálico ao nascer e perímetro cefálico atual dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

De acordo com a análise realizada chegamos ao resultado de desenvolvimento do perímetro cefálico das 07 crianças que foram amamentadas exclusivamente até 6 meses, em que o perímetro cefálico menor desenvolvimento que encontramos foi 9,5 cm, o maior foi 18 cm e a média foi de 13,64 cm.

As 20 crianças que fizeram uso de fórmulas infantis tiveram o menor desenvolvimento de 7 cm e o maior desenvolvimento foi de 17 cm, a média foi de 12,035. Com a obtenção destes dados observamos que a diferença no desenvolvimento dos recém-nascidos que foram amamentados exclusivamente para as que não foram chegou a 1,605 cm de circunferência cefálica.

Podemos concluir com esses resultados que as crianças deste estudo que tiveram aleitamento materno exclusivo até 6 meses tiveram um melhor desenvolvimento cefálico comparado com as que utilizaram fórmulas infantis.

De acordo com Feferbaum e Falcão (2003), a medida do perímetro cefálico, até os 6 meses de idade tem relação direta com o tamanho do encéfalo e o seu aumento proporcional indica o crescimento adequado e melhor prognostico neurológico e uma das primeiras medidas antropométricas que cresce quando tem uma oferta proteica calórica ideal.

O perímetro cefálico deve ser medido nas primeiras horas após o nascimento entre 06 e 12 horas, faz-se preciso verificar novamente o perímetro cefálico no período de 48 e 72 horas devido a acomodação dos ossos do crânio, através deste acompanhamento em intervalos regulares somos capazes de verificar o desenvolvimento cerebral é avaliar se está adequado ou não. Quando realizamos estudos que correlacionamos perímetro cefálico devemos considerar fatores relacionado com a idade materna, tabagismo, o tamanho do crânio pode ser fator meramente de família (CASTRO et al., 2018).

Segundo Castro et al. (2018), é muito importante o aleitamento materno exclusivo para o crescimento cerebral, o leite humano pode representar um diferencial no crescimento do perímetro cefálico, devido aos seus nutrientes, dentre os ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa e o ferro auxiliando no desenvolvimento cerebral. O crescimento do perímetro cefálico em crianças amamentadas por longo período pode estar associado a um melhor desenvolvimento mental e psicomotor.

Os dados deste estudo mostram que mais de 20 crianças (74%), não foram amamentadas exclusivamente até 6 meses, fizeram uso de fórmulas infantis isso é

preocupante, pois a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida.

Segundo Barbosa (2016), existem casos em que o bebê necessita de interrupção temporária ou permanente do aleitamento materno em casos específicos como: mães infectadas pelo HIV, alguns fármacos exemplo radio farmacos e antineoplásicos, crianças portadoras de galactocemia, infecção herpética, varicela, doença de chagas na faze aguda da doença ou quando haver sangramento mamilar evidente, quando a mãe usar drogas, crianças muito baixo peso > 1.500g, prematuros extremos.

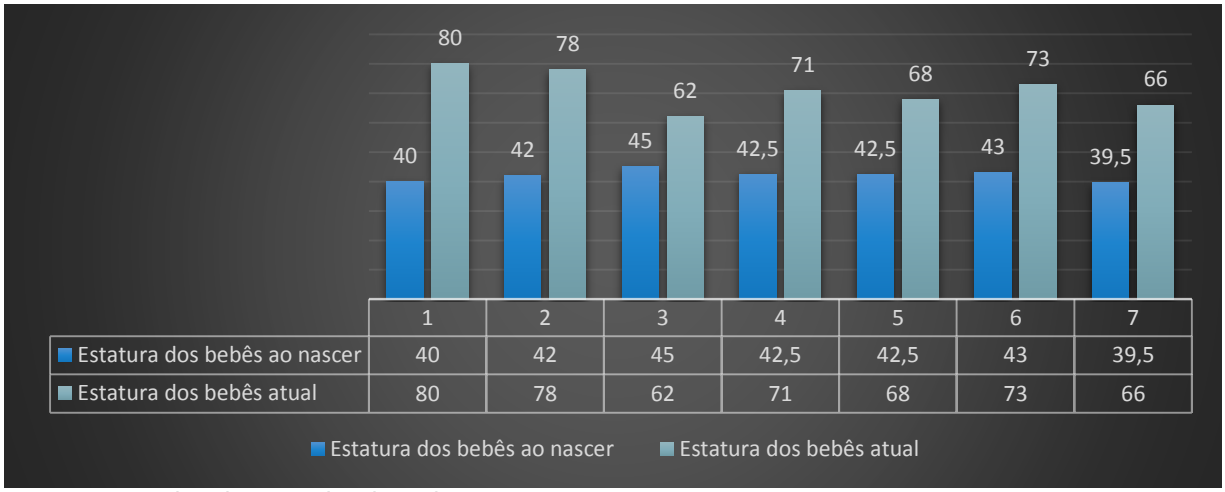
Segundo Ferreira et al. (2014), são várias fórmulas infantis que foram elaboradas, as destinadas a necessidades dietoterápicas específicas quando necessário para atender, as necessidades nutricionais de lactentes decorrentes de doenças temporárias ou permanentes, e alterações fisiológicas. Também são encontradas as fórmulas para prematuros que permitem um rápido esvaziamento gástrico, diminuindo a estase gástrica, já as fórmulas derivadas da soja, são indicadas em casos de deficiência primária de lactase, galactosemia, alergia a proteína do leite de vaca.

As fórmulas infantis foram criadas com o intuito de se assemelhar ao leite materno, no entanto sua composição não se iguala as propriedades fisiológicas do leite materno, que são específicas da mãe para o filho (MELO; GONÇALVES, 2014).

Importante destacar que o uso de fórmulas infantis teve seu aumento na década de 70 a partir do momento em que a mulher ingressou no mercado de trabalho com mais intensidade, devido a necessidade e também de toda uma propaganda, foram manipuladas pela mídia e empresas naquela época. Houve até a oferta de leite in natura industrializados à população em que as mães tiravam fotos dos bebês com muitas caixas de leites vazias. Este foi um dos incentivos para a troca do aleitamento materno pelo leite artificial dentre outros (VICTORA, 2016).

4.7 Estatura ao nascer e estatura atual dos bebês em aleitamento materno exclusivo até 6 meses

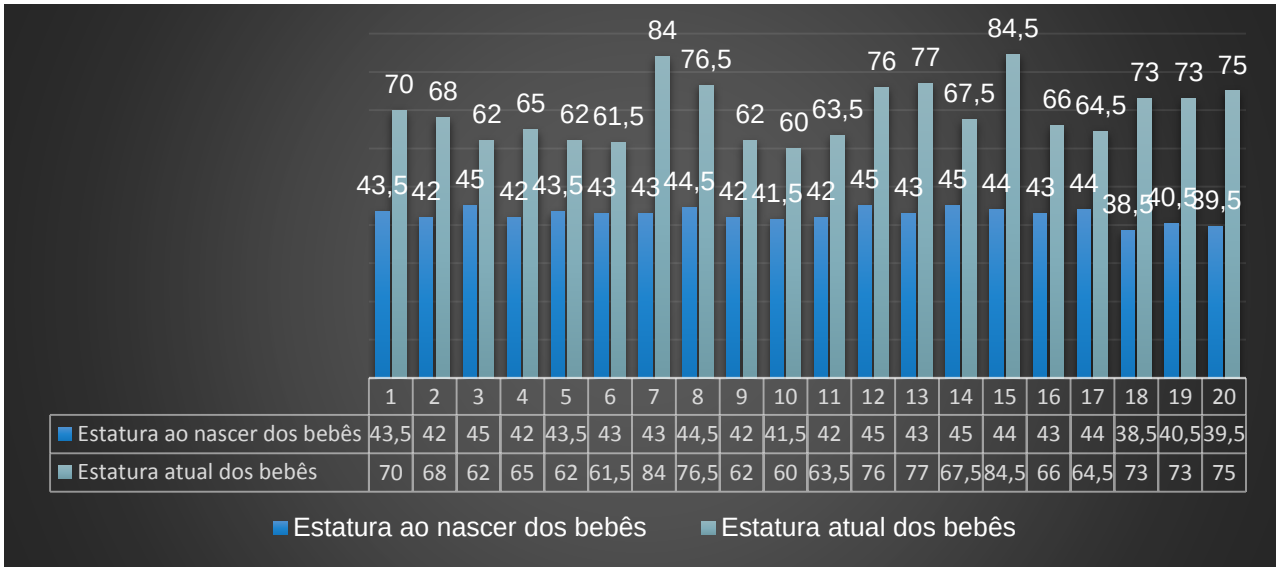
Gráfico 6 - Estatura ao nascer e estatura atual dos bebês em aleitamento materno exclusivo até 6 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

4.8 Estatura ao nascer e estatura atual dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses

Gráfico 7 - Estatura ao nascer e estatura atual dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Este estudo mostra que o resultado encontrado na estatura das 07 crianças que foram amamentadas exclusivamente até 6 meses, foi o menor de 17cm, e a maior estatura 40cm, sendo a média de 29,07 cm.

As 20 crianças que fizeram uso de fórmulas infantis tiveram a menor estatura de 17 cm e a maior estatura foi de 41cm, e a média foi de 28,97 cm. Com a obtenção destes dados observamos que a diferença no crescimento dos recém-nascidos que foram amamentados exclusivamente ao peito para as que não foram foi praticamente o mesmo sendo apenas 0,1 de diferença.

Conforme Vieira et al (2015), o crescimento é caracterizado como um processo complexo e com mudanças rápidas, podendo ser afetado direta ou indiretamente por fatores como sexo, condições de nascimento, tipo de alimentação e condições de saúde nos primeiros meses de vida da criança. A introdução precoce de fórmulas infantis, alimentos complementares podem interferir negativamente na absorção de nutrientes e em sua biodisponibilidade, acarretando menor crescimento e aumento do risco de infecções respiratórias, alergias e diarreia. É necessário investigar os fatores determinantes do crescimento nos primeiros meses de vida, principalmente devido ao impacto das alterações desse processo em médio e longo prazos, como atraso do desenvolvimento neuropsicomotor e aumento do risco de morbimortalidade.

Está sendo observada através de estudos uma redução na velocidade de crescimento nos recém-nascidos. Podemos justificar essa redução pelo fato de ocorrer, nessa fase, a substituição do leite materno por formulas infantil e alimentos de baixo valor nutricional, sendo muitas vezes ofertado alimentos contaminados para crianças, com o consequente aumento da vulnerabilidade a infecções. O primeiro ano de vida corresponde a um período de intenso desenvolvimento, por isso é importante o monitoramento rigoroso do crescimento neste período (VIEIRA et al., 2015).

Conforme Ferreira et al. (2015), a avaliação das crianças deve ser realizada, mensalmente no primeiro ano de vida, a cada dois meses no segundo ano, e a cada três meses, no terceiro ano de vida, sendo que essa avaliação deve persistir semestralmente nas idades subsequente. Espera-se que o crescimento das crianças ocorra 1 cm por semana.

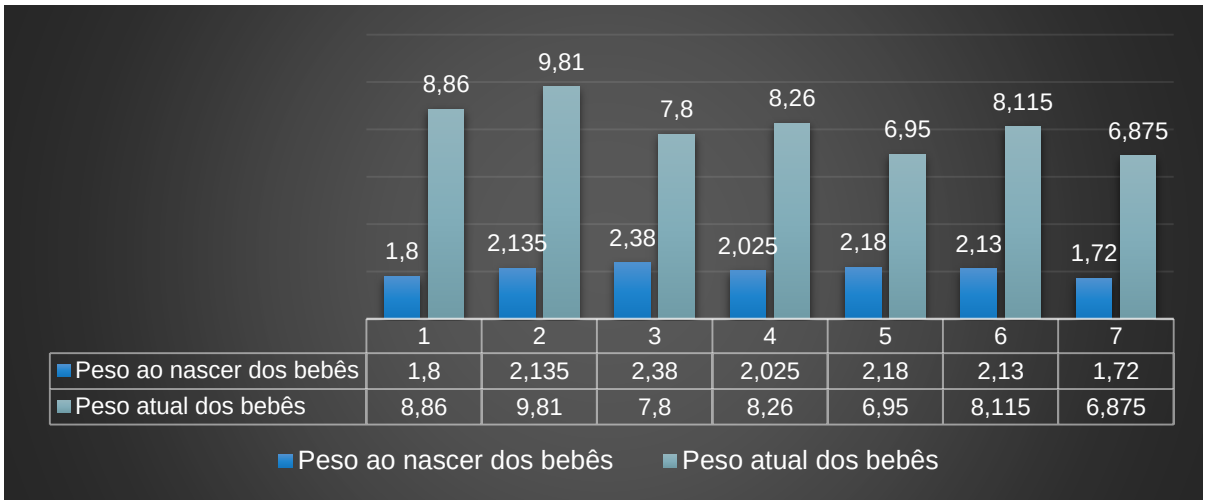
No primeiro ano de vida, cerca de 40% das calorias ingeridas são utilizadas para o processo de crescimento e desenvolvimento, caindo para 20% no segundo ano. O aporte dietético inadequado ao lactente, nesse período de alta velocidade de crescimento, levará a desnutrição proteica energética e atraso no desenvolvimento.

Para Silva et al. (2016), as crianças que são amamentadas exclusivamente com leite materno até 6 meses de vida, tem um melhor desenvolvimento e crescimento quando comparada com as crianças não amamentadas ou desmamadas precocemente.

Conforme Brasil (2017), a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza o aleitamento exclusivo, para bebês até os seis meses de idade, como medida de saúde pública e, após os seis meses, a introdução dos alimentos complementares com a manutenção do aleitamento materno até os dois anos de idade ou mais. Porém de acordo com o gráfico 2 desta pesquisa, a amamentação exclusiva é importante, esta prática precisa ser realizada para que o bebê cresça forte e saudável, sendo este um ato que vai muito além do que nutrir.

4.9 Peso ao nascer e peso atual em kg dos bebês em aleitamento materno exclusivo até 6 meses

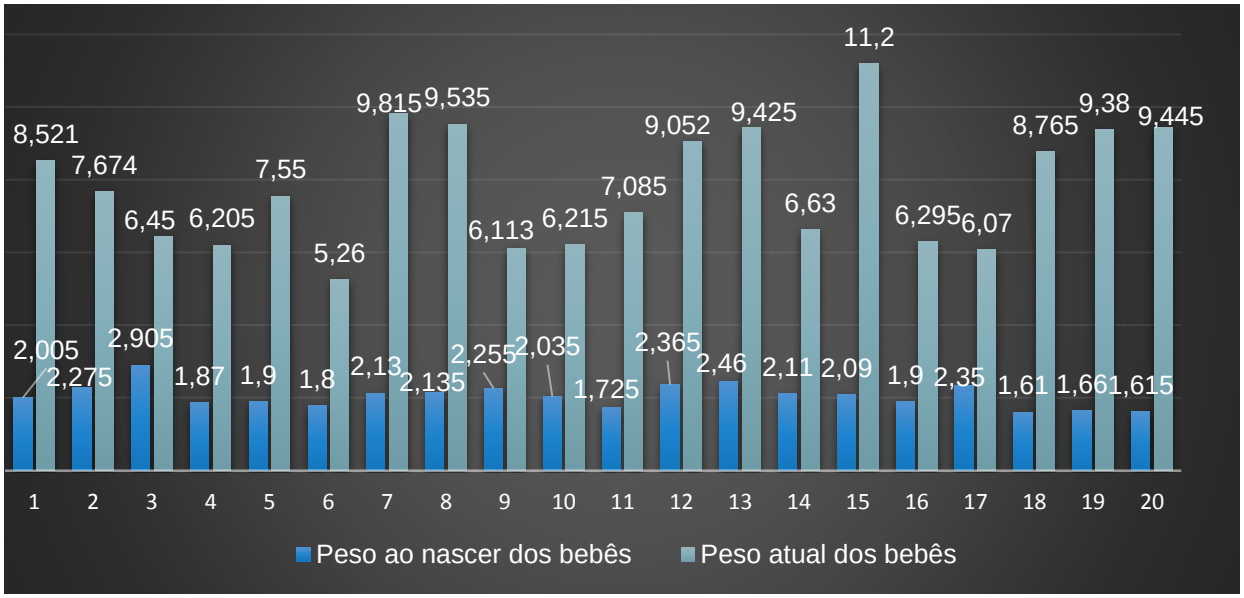
Gráfico 8 - Peso ao nascer e peso atual em kg dos bebês em aleitamento materno exclusivo até 6 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

4.10 Peso ao nascer e peso atual em kg dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses

Gráfico 9 – Peso ao nascer e peso atual em kg dos bebês que fizeram uso de fórmulas infantis antes dos 6 meses



Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Através da análise do gráfico o resultado do peso das 07 crianças que foram amamentadas exclusivamente até 6 meses, encontramos que o menor peso foi de 4,770 kg, e o maior peso foi 7,670 kg, sendo a média de peso 6,030 kg.

Das 20 crianças que fizeram uso de fórmulas infantis o menor peso encontrado foi 3,460kg e o maior peso foi de 9,110 kg, a média que encontramos foi 5,774kg. Através do cálculo das medias de pesos das crianças, que foram amamentados exclusivamente ao peito e das que não foram, observamos que a diferença no ganho do peso foi de 0,256g. Através destes resultados concluímos que as crianças que tiveram aleitamento materno exclusivo até 6 meses tiveram um melhor desenvolvimento considerando seu peso comparado com as que utilizaram fórmulas infantis.

Conforme Barbosa (2015), o peso é o parâmetro antropométrico mais utilizado para monitorar o estado nutricional do paciente pediátrico, sendo considerado um indicador bastante sensível do estado nutricional pregresso e futuro, pois podemos diagnosticar de imediato uma desnutrição bem como um sobrepeso no bebê, sendo

este também o parâmetro mais utilizado para avaliar o crescimento intrauterino e a maturidade do recém-nascido.

De acordo Feferbaum e Falcão (2003), nos primeiros 6 meses de vida, o ganho de peso mensal é a medida mais importante para a avaliação do desenvolvimento da criança, permitindo diagnóstico rápido. O peso diário deve ser > 20g/dia (>600g/mês) sendo que a taxa de ganho peso é maior nos primeiros dois meses de vida, em média de 33 gramas por dia para os meninos e de 28 gramas para meninas. Vale a pena lembrar que após o nascimento o recém-nascido apresenta uma perda de peso “fisiológica”, que podem ter variações de 10% a 20 %.

Segundo Vieira et al. (2015), a prática do aleitamento materno exclusivo ou predominante nos primeiros quatro a seis meses de vida está associada ao maior ganho de peso, comparada à ingestão de outros leites, por isso devemos incentivar as puérperas a amamentarem, no intuito de reduzir a alta prevalência de abandono do aleitamento materno nos primeiros meses de vida e propiciar adequado desenvolvimento nesse período.

Nos primeiros dias após o parto, a secreção de leite é pequena, e vai aumentando gradativamente: cerca de 40-50 ml no primeiro dia, 300-400 ml no terceiro dia, 500-800 ml no quinto dia. Em média uma nutriz que amamenta exclusivamente produz, 800 por dia. Em geral, uma nutriz é capaz de produzir mais leite do que a quantidade necessária para o seu bebê (BRASIL, 2015).

De acordo Feferbaum e Falcão (2003), após o parto desde o primeiro dia ao décimo a puérpera produz o leite que chamamos de colostro este leite é mais viscoso, possuindo maiores concentração de proteínas, minerais e vitaminas lipossolúveis particularmente, A, E, quando comparamos com o leite maduro. O colostro é rico em fatores de defesa, como imunoglobulinas que representam a maior parte da fracção proteica.

A amamentação exclusiva até os 6 meses de vida é importante por ser ideal para o bebê, suprindo todas as suas necessidades. O leite humano possui uma composição balanceada que inclui todos os nutrientes. Os inúmeros benefícios do aleitamento materno para o organismo infantil incluem aspectos imunológicos, cognitivos e psicossociais, bem como aqueles relativos a doenças futuras (SANTIAGO et al., 2018).

5 INTERCORRÊNCIAS DE SAÚDE EVIDENCIADAS DURANTE O PERÍODO DO ESTUDO

Tabela 1 - Enfermidades ou intercorrências evidenciadas em bebês que tiveram aleitamento materno exclusivo

Enfermidades ou intercorrências	Frequências	%
Cólicas abdominais	2	22,2
Insuficiência respiratória	3	33,4
Sibilância	1	11,1
Taquipnéia	1	11,1
Vômitos	2	22,2
Total de enfermidades ou intercorrências	09	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

Observamos na Tabela 1, que entre os 7 bebês houveram 9 intercorrências de saúde, 2 bebês (22,2%) tiveram cólicas abdominais, 3 bebês (33,4%) tiveram insuficiência respiratória, 1 bebê (11,1%) teve sibilância, 1 bebê (11,1%) teve taquipnéia, e 2 bebês (22,2%) tiveram vômitos.

Conforme a tabela acima notamos que a intercorrência de saúde que surgiu mais vezes entre os bebês com aleitamento materno foi de 3 bebês (33,4%) tiveram insuficiência respiratória. Conforme Boundy et al. (2004), a insuficiência respiratória aguda comumente chamada de infecção respiratória acontece quando o pulmão não consegue manter adequadamente a oxigenação arterial ou eliminar dióxido carbono (CO2). A causa pode ser devida a qualquer distúrbio que aumente o esforço respiratório, em que destacamos a pneumonia e bronquite.

As insuficiências respiratórias agudas são uma das principais causas de morbidade e mortalidade em crianças. Em 2010 Martins et al. (2016) expõe que as doenças infecciosas causaram 58% das mortes em âmbito mundial entre as crianças menores de cinco anos. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento de infecções respiratórias, podemos destacar os fatores socioeconômicos, interrupção precoce da amamentação, baixo peso ao nascer, desnutrição, comum também em climas subtropicais, onde a umidade do ar é relativamente alta.

Os sinais clínicos como a taquipnéia e sibilância que foram encontrados através da pesquisa nos prontuários de 2 bebês (22,2%) são os sinais mais relevantes de pneumonia, já que as crianças que apresentam esta condição são mais propensas a

ter pneumonia do que aquelas que não apresentam. A taquipnéia e sibilância geralmente tem boa evolução clínica, podendo ser resolvida de três a cinco dias (PASSOS et al., 2018).

Somando-se as intercorrências respiratórias estas representaram 55,5% do total e 44,4% são intercorrências do sistema digestivo. Martins et al. (2016), explicam que as crianças com baixo peso ao nascer têm a resposta imunológica diminuída e a função pulmonar comprometida devido ao menor diâmetro das grandes vias aéreas e à obstrução mais fácil das vias aéreas periféricas do que as crianças com peso normal ao nascer. O baixo peso ao nascer dobra o risco de hospitalização por pneumonia.

Tabela 2 - Enfermidades ou intercorrências evidenciadas entre os bebês que foram alimentados com fórmulas infantis

Enfermidades ou intercorrências	**Frequências**	**%**
Alergia na pele	2	08
Cólica abdominal	8	32
Constipação presença de sangue	4	16
Gastroenterite aguda	5	20
Insuficiência respiratória	6	24
Total enfermidades ou intercorrências	25	100

Fonte: Dados da pesquisa (2019).

De acordo com a tabela acima evidenciamos, que entre os 20 bebês houveram 25 intercorrências de saúde, 2 bebês (08%) teve alergia na pele, 8 bebês (32%) tiveram cólica abdominal, 4 bebês (16%) tiveram fezes endurecidas com presença de sangue, 5 bebês (20%) tiveram gastroenterite, 6 bebês (24%) tiveram insuficiência respiratória.

Entre as doenças acorridas nos bebês que foram alimentados com fórmulas infantis no período da pesquisa verificou-se que 8 bebês (32%) tiveram cólica abdominal um índice alto, porém não é considerado uma patologia, mas sim uma manifestação clinica antes da patologia, que causa algia, irritabilidade e choro.

Analisando os bebês desta pesquisa que são todos recém-nascidos de baixo de peso, dos 27 bebês 14 (52%) não foram amamentadas exclusivamente até os 2 meses de vida, fator que agrava mais os casos destes recém-nascidos. De acordo com Martins et al. (2016), se os recém-nascidos fossem amamentados exclusivamente ao

seio, por mais de quatro meses poderia ser reduzido em 70% o risco de hospitalização por doenças respiratórias.

Verificamos que 5 bebês (20%) tiveram gastroenterite aguda que é um termo genérico para vários estados patológicos do trato gastrointestinal, cuja principal manifestação é a diarreia, podendo ou não estar associada a náuseas, vômitos e dor abdominal. Existe uma ampla variedade de patógenos, como bactérias, parasitas e vírus, tem sido associada a este agravo. A transmissão desses vírus ocorre basicamente pela via fecal-oral, contaminação de alimentos, água e objetos (CARVALHO et al.,2014).

Observamos que os bebês que foram amamentados exclusivamente ao seio não apresentaram gastroenterite aguda comparados com o que fizeram uso de leites artificiais. Melo; Gonçalves, (2014), ressaltam que o risco que afeta a saúde das crianças alimentadas com leites artificiais são vários dentre eles estão a contaminação na hora do preparo e alterações gastrointestinais.

Conforme a tabela acima, verificamos que 4 bebês (16%) tiveram constipação com presença de sangue. Vieira et al (2016), expõem que a constipação é caracterizada por dificuldade de passagem das fezes, ocorrência de evacuações dolorosas e eliminadas com esforço. A constipação no lactente inicia geralmente após o desmame ou inclusão da alimentação complementar. As complicações da constipação intestinal incluem dor abdominal recorrente, incontinência fecal, sangramento retal, e retenção urinaria.

O aleitamento materno exclusivo favorece para que os recém-nascidos apresentem menos constipação. Foi evidenciado em estudos que quanto maior for o período da oferta do aleitamento materno exclusivo ao recém-nascidos melhor, pois o aleitamento materno exclusivo é um fator de proteção contra o desenvolvimento da constipação. Uma possível explicação decorre da boa digestão dos lipídeos no leite humano em relação às fórmulas, favorecendo formação de fezes menos consistentes (VIEIRA et al.,2016).

Dentre as intercorrências de saúde apresentadas pelo grupo de crianças de baixo peso alimentadas com fórmulas artificiais 17 bebês (68%) apresentaram problemas relacionados ao trato gastrointestinal. Destacamos que o tipo de aleitamento influenciou neste resultado. Já 6 bebês (24%) foram relacionados ao trato respiratório e apenas 2 bebês (08%), apresentaram problemas com alergia, a qual não foi possível identificar a causa.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou verificar se os recém-nascidos de baixo peso que estão realizando o acompanhamento no setor de ambulatório de alto risco no Centro Materno Infantil (CEMAI), sendo amamentados exclusivamente até os 6 meses tiveram mais benefícios no desenvolvimento, em relação aos que fizeram uso de leites artificiais.

Tornou-se claro que as crianças que foram amamentadas exclusivamente ao seio até os 6 meses de vida tiveram um maior desenvolvimento na estatura, ganho de peso, perímetro cefálico comparando com os que fizeram uso de formulas infantis.

Percebeu-se que os recém-nascidos que foram amamentados exclusivamente ao peito até 6 meses de vida, 5 bebês (55,5%) apresentaram intercorrências de saúde relacionadas ao trato respiratório, devido os recém-nascidos de baixo peso ter resposta imunológica diminuída e função pulmonar comprometida.

Já os recém-nascidos que foram amamentados com fórmulas artificiais 17 bebês (68%) apresentaram intercorrências de saúde relacionadas ao sistema digestório, destacando que o tipo de aleitamento influenciou neste resultado.

Notamos que teve diferença no desenvolvimento das crianças que foram amamentadas exclusivamente em relação as que foram amamentadas com aleitamento artificial, porém essa diferença não foi de grande proporção mas sabemos que as crianças que não foram amamentadas nem até 2 meses de vida estão mais suscetíveis as intercorrências de saúde de curto e longo prazo.

O aleitamento materno exclusivo é uma prática importante para o desenvolvimento e saúde das crianças e seus benefícios são inúmeros principalmente quando falamos de recém-nascidos de baixo peso, pelo fato destes estarem mais vulneráveis a patologias por possuírem instabilidade fisiológica necessitam de acompanhamento na assistência especializada em ambulatórios de alto risco.

Considera-se baixo o número de mães que amamentaram exclusivamente ao seio seus filhos, pois 14 recém-nascidos (52%), não foram amamentados até 2 meses, a ausência da amamentação ou a interrupção precoce, antes dos 4 meses, e a oferta de alimentos à dieta da criança podem gerar consequências graves à saúde dos bebês.

Cabe salientar que este estudo foi realizado para auxiliar todos os profissionais de enfermagem em especial os que trabalham no Centro Materno Infantil (CEMAI) de

Santa cruz do Sul, mostrar pelo resultado que as crianças que foram amamentadas exclusivamente ao seio até 6 meses, tiveram um melhor desenvolvimento, comparadas as que utilizaram formulas infantis para que estimulem as mães durante as consultas, através de seus conhecimentos sobre o importância que tem as mães amamentarem seus filhos com aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida.

Partindo destas constatações é importante levar em consideração algumas sugestões, para que os serviços de saúde, se sensibilizem ao ver o alto índice de abandono da prática do aleitamento materno exclusivo, e de como isto afeta o desenvolvimento da criança.

Os profissionais de saúde, principalmente a enfermagem deve desenvolver atividades de promoção, elaborar folders educativo com os benefícios do aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida, explicando para as mães durante os atendimentos. Podem também incentivar, organizar e participar de grupos de gestantes e nutrizes para orientar sobre o aleitamento materno exclusivo e desenvolvimento infantil. Torna-se indispensável o trabalho de apoio e orientação com uma educação continuada e repetitiva que os profissionais da área de saúde devem prestar aos pais, dando ênfase ao aleitamento materno exclusivo, discutindo seus benefícios a saúde do bebê.

Mas como profissionais da saúde é preciso entender que, se for a vontade da mãe de não amamentar, compreender, mas somente depois da tentativa e de todas as formas e maneiras disponíveis através de estudos sobre este tema, mostrando todos os benefícios da amamentação exclusiva.

Depoimento: gostaria de salientar a importância que a elaboração deste estudo teve na minha formação acadêmica não só como futura profissional mas como pessoa, pois proporcionou momentos de profunda reflexão a respeito do aleitamento materno no enfoque de desenvolvimento e saúde da criança de baixo peso, em vários momentos durante a elaboração desta monografia me coloquei no lugar destas mães, em relação ao estado de saúde em que os recém-nascidos desta pesquisa se encontraram por serem de baixo peso e prematuros, do sofrimento que devem ter passado por verem seus filhos nesta situação.

Acredito que este estudo contribuirá bastante para os profissionais da área da saúde, principalmente da Enfermagem no momento das orientações dos benefícios do aleitamento materno para as mães. Mas também através da elaboração deste

trabalho podem surgir novas interrogações que estimulem outras pessoas a pesquisar mais sobre está temática.

REFERÊNCIAS

AZEVEDO, A. R. R. et al. O manejo clínico da amamentação: saberes dos enfermeiros. *Escola Anna Nery,* Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 439-445, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452015000300439&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 05 ago 2018

BARBOSA, Adauto Dutra Moraes. *Medicina Neonatal*. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2016.

BARBOSA, G. E. F. et al. Dificuldades iniciais com a técnica da amamentação e fatores associados a problemas com a mama em puérperas*. Revista Paulista de Pediatria,* São Paulo, v. 35, n. 3, p. 265-272, 2017 Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v35n3/0103-0582-rpp-2017-35-3-00004.pdf. Acesso em: 15 ago 2018.

BELFORT, M. B. et al. Alimentação do leite materno, desenvolvimento do cérebro e resultados neurocognitivos: Um estudo longitudinal de 7 anos em crianças nascidas com menos de 30 semanas de gestação. *Jornal de Pediatria*, v. 177, n. 1, p.133-139, 2016. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5037020/. Acesso em: 20 ago 2018.

BOUNDY et al. *Enfermagem médico cirúrgica*. 3 ed. Rio de Janeiro: Reichamann e Affonso, 2004.

BRAHM, P.; VALDES, V. Benefícios da amamentação e riscos de não amamentar. *Revista Chilena de Pediatria*, Santiago, v. 88, n. 1, p. 7-14, 2017. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=pt&tlng=pt&pid=S0370-41062017000100001. Acesso em: 05 set 2018.

BRASIL, Mistério da Saúde. Aleitamento Materno, Distribuição de Leites e Fórmulas Infantis em Estabelecimentos de Saúde e a Legislação. Brasília: *Ministério da Saúde,* 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aleitamento_materno_distribuicao_leite.pdf. Acesso em: 16 ago 2018.

_____. Ministério da Saúde. Bases para a discussão da Política Nacional de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno. Brasília: *Ministério da Saúde,* 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/bases_discussao_politica_aleitamento_materno.pdf. Acesso em: 12 ago 2018.

_____. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Aleitamento materno e alimentação complementar. 2 ed. Brasília: *Ministério da Saúde*, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 04 ago 2018.

CARVALHO, T. C. N. D. et al. Conhecimento sobre gastroenterite viral pelos profissionais de saúde de um hospital materno-infantil de referência no Estado do

Pará, Brasil. *Revista Pan-Amazonas de Saúde*, Ananindeua, v. 5, n. 3, p. 11-18, 2014. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2176-62232014000300002&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 maio 2019.

CASTRO, R. Q. D. et al. Perímetro cefálico de recém-nascidos correlacionado a fatores maternos e neonatais em pacientes atendidos em um hospital do interior do Ceará/Brasil. *Revista de Medicina*, Fortaleza, v. 58, n.3, p. 49-53. 2018. Disponível em: http://periodicos.ufc.br/revistademedicinadaufc/article/view/20515/73379. Acesso em: 26 mar 2019.

CAVALCANTE, R. B.; CALIXTO. P.; PINHEIRO. M. M. K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. *Informação Social,* João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, 2014. Disponível em: http://www.periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000/10871. Acesso em: 25 out 2018.

COCA, K. P. et al. Conjunto de medidas para o incentivo do aleitamento materno exclusivo intra-hospitalar: evidências de revisões sistemáticas. *Revista Paulista de Pediatria,* São Paulo, v. 36 n. 2, p. 214-220, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822018000200214&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 16 ago 2018.

EVANGELISTA, E. O; ÁVILA, L. K. D. Determinantes sociais da saúde relacionados ao desmame precoce. *Ciência Medicina Santa Casa,* São Paulo, v. 63, n. 1 p. 40-44, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.26432/1809-3019.2018.63.1.40. Acesso em: 14 mar 2019.

FEFERBAUM, R; FALCÃO, C. M. *Nutrição do Recém-nascido*. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

FEREIRA, P. V. A. et al. Crescimento de lactentes durante o primeiro ano de vida. *Revista brasileira crescimento desenvolvimento humano*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 211-215, 2015. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt/. Acesso em: 25 maio 2019.

FERREIRA, S. et al. Alergia às proteínas do leite de vaca com manifestações gastrointestinais. Nascer e Crescer*, Revista de Pediatria*, Porto, v. 23, n. 2, p. 74-79, 2014. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n2/v23n2a04.pdf. Acesso em: 15 set 2018.

HEBERLE, A. B. D.S. et al. Avaliação das técnicas de massagem e ordenha no tratamento do ingurgitamento mamário por termografia. *Revista Latino-Americana Enfermagem,* São Paulo, v. 22, n. 2, p. 277-285, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00277.pdf. Acesso em: 15 ago 2018.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Metodologia da pesquisa na saúde.* 2. ed. Florianópolis: UFSC, 2002.

LOWDERMILK, D. L. et al. *Saúde da mulher e enfermagem obstétrica*. 10 ed. Rio de Janeiro: Mosby Elsevier, 2012.

MACHADO, C. M. M. et al. Determinantes do abandono do aleitamento materno exclusivo: fatores psicossociais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 48, n. 6, p. 985-994, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n6/pt_0034-8910-rsp-48-6-0985.pdf. Acesso em: 05 ago 2018.

MARINHO, M. D. S.; ANDRADE, E. N. D.; ABRÃO, A. C. D.V. A atuação do(a) enfermeiro(a) na promoção, incentivo e apoio ao aleitamento materno. *Revista Enfermagem Contemporânea,* Salvador, v. 4, n. 2, p. 189-198, 2016. Disponível em: https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/598. Acesso em: 15 ago 2018.

MARTINS, A. L. O. et al. Incidência de infecções comunitárias de vias aéreas inferiores em crianças. *Revista Paulista Pediatria*. Santa Catarina. v. 34, n. 2, p. 204-219, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n2/pt_0103-0582-rpp-34-02-0204.pdf. Acesso em: 5 maio 2019.

MARTINS, M. Z. O.; SANTANA, L. S. Benefícios da amamentação para saúde materna. *Interfaces Científicas*, Aracaju v. 1, n. 3, p. 87-97, 2013. Disponível em: https://periodicos.set.edu.br/index.php/saude/article/viewFile/763/443. Acesso em: 18 ago 2018.

MÉIO, M. D. B. B. et al. Amamentação em lactentes nascidos pré-termo após alta hospitalar: acompanhamento durante o primeiro ano de vida. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 2403-2412, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018237.15742016. Acesso em: 13 mar 2019.

MELO, C. D. S.; GONÇALVES, R. M. Aleitamento exclusivo versus aleitamento artificial. *Revista Estudos,* Goiânia, v. 41, n. esp. p. 7-14, 2014. Disponível em: http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/3804. Acesso em: 03 set 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O *desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 14 ed. São Paulo, HUCITEC, 2014.

MORAES, J. L. D. et al. Conhecimento de puérperas acerca do método anticoncepcional da lactação com amenorreia. Arquichan, Chía, v. 15, n. 4. p. 475-485, 2015. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/741/74142431003.pdf. Acesso em: 22 ago 2018.

NUNES, Leandro Meirelles. Importância do aleitamento materno na atualidade. *Boletim Cientifico de Pediatria,* Porto Alegre, v.4, n. 3, p. 55-58, 2015. Disponível em: http://www.sprs.com.br/sprs2013/bancoimg/160529234034bcped_v4_n3_a2.pdf. Acesso em: 15 ago 2018.

OLIVEIRA, C. M. et al. Promoção do Aleitamento Materno: intervenção educativa no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. *Enfermagem Revista*, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 99-108, 2017. Disponível em: http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/16326/. Acesso em: 14 set 2018.

OLIVEIRA, S. N. D et al. Unidade de Pronto Atendimento - UPA 24H: percepção da enfermagem. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 24, n.1, p. 238-244, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n1/pt_0104-0707-tce-24-01-00238.pdf. Acesso em: 04 out 2018.

PASSOS, S. D. et al. Doenças respiratórias agudas em crianças brasileiras: os cuidadores são capazes de detectar os primeiros sinais de alerta?. *Revista Paulista Pediatria,* Jundaí, v. 36, n. 1, p. 3-9, 2018. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;1;00008. Acesso em: 22 maio 2019.

PEDRAZA, D. F. Baixo peso ao nascer no brasil: revisão sistemática de estudos baseados no sistema de informações sobre nascidos vivos*. Revista de Atenção à Saúde,* São Caetano do Sul, v.12, n. 41, p.37-50, set, 2014. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/2237/1624. Acesso em: 15 set 2018.

PEDROSA, B. S.; SILVA, R. M.; MUNIZ, C. C. S. Orientações para a amamentação adequada e complicações do aleitamento inadequado- Revisão de Literatura. *Revista de Divulgação Cientifica Sena Aires*, v. 5, n. 1, p. 79-86, 2016. Disponível em: http://revistafacesa.senaaires.com.br/index.php/revisa/article/view/258. Acesso em: 15 ago 2018.

PIANA, Maria Cristina. A construção do perfil do assistente social no cenário educacional. [online]. São Paulo: *Cultural Acadêmica,* 2009. Disponível em: http://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-05.pdf. Acesso em: 15 set 2018.

PORTO, F. et al. *Atenção à saúde da mulher: história, aspectos legais e cuidado.* Rio de Janeiro: Águia Dourada, 2011.

PRATES, L. A.; SCHMALFUSS J. M.; LIPINSKI, J. M. Problemas e condutas adotadas por puérperas durante a lactação. *Revista de Enfermagem UFPE* On line, Recife, v. 9, n. 2, p. 500-508, 2015 Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/10365/11096. Acesso em: 16 ago 2018.

SAKS, M.; ALLSOP, J. *Pesquisa em saúde métodos qualitativos, quantitativos e mistos.* 1 ed. São Paulo: Roca, 2011.

SANTIAGO, A. C. T. et al. Aleitamento materno em crianças nascidas pequenas para idade gestacional e os desfechos nutricionais e metabólicos futuros: revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Pediatria*, Rio de Janeiro, 2018. Disponivel em: https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.06.013. Acesso em: 14 ago 2018.

SANTOS, F. S. et al. Aleitamento materno e proteção contra diarreia: revisão integrativa da literatura. *Einstein,* São Paulo, v. 13, n. 3, p. 2-6, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/eins/v13n3/pt_1679-4508-eins-S1679-45082015RW3107.pdf. Acesso em: 02 ago 2018.

SILVA, E. B. D. O. et al. Benefícios do aleitamento materno no crescimento e desenvolvimento infantil: uma revisão sistemática. *Revista das Ciências da Saúde Higia*, Barreiras, v. 1, n. 2, p.148-163, 2016. Disponível em: http://www.fasb.edu.br/revista/index.php/higia/article/view/125. Acesso em: 04 abr 2019.

SILVEIRA, L. M. D. et al. Aleitamento materno e sua influência nas habilidades orais de crianças. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 37-43, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n1/06.pdf. Acesso em: 16 ago 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 3 ed. Rio de Janeiro: *Sociedade Brasileira de Pediatria*, 2012.

TAMEZ, Raquel Nascimento. *Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco.* 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

VICTORA, C. G. et al. Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. *Epidemiologia e Serviço de Saúde,* Brasília, v. 38, p. 1-24, 2016. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v25n1/Amamentacao1.pdf. Acesso em: 20 ago 2018.

VIDUEDO, A. F. D S. et al. Mastite lactacional grave: particularidades da internação à alta. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1116-1121, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n6/0034-7167-reben-68-06-1116.pdf. Acesso em: 15 ago 2018.

VIEIRA, C. M. et al. Conhecimento do pediatra sobre o manejo da constipação intestinal funcional. *Revista Paulista de Pediatria*, Curitiba. v. 34, n. 4, p. 425-431, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n4/pt_0103-0582-rpp-34-04-0425.pdf. Acesso em: 26 maio 2019.

VIEIRA, S. A. et al. Fatores associados às velocidades de ganho de peso e de comprimento nos primeiros seis meses de vida. *Caderno Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2015nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201400030055.pdf. Acesso em: 5 abr 2019.

ZANI, A. V.; TONETE, V. L. P.; PARADA, C. G. L. Cuidados a recém-nascidos de baixo peso por equipes de saúde da família: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, Recife, v. 8, n. 5, p. 1347-1356, 2014. Disponível em: https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9819. Acesso em: 23 set 2018.

ANEXO A – Termo de aceite Centro Materno Infantil (CEMAI)

MUNICÍPIO DE
SANTA CRUZ DO SUL

VIVER AQUI É BOM DEMAIS

Santa Cruz do Sul, 14 de novembro de 2018.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o projeto de pesquisa intitulado "**ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DE CRIANÇAS DE 0 A 6 MESES, COM BAIXO PESO AO NASCER ATENDIDAS EM UM CENTRO MATERNO INFANTIL (CEMAI)**", desenvolvido pela acadêmica Pricila Daniela Beyer, sob orientação da Profª Drª Enfª Ana Zoé Schilling, da Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC, e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa no Pronto Atendimento de Urgência e Emergência e no setor de ambulatório de alto risco do Centro Materno Infantil (CEMAI), da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.

CLARISSA GOHLKE
Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

Clarissa Gohlke
Diretora de Ações e
Programas de Saude
M 41176

ANEXO B – Planilha usada para coleta de dados

Iniciais dos nomes.	Data Nascimento.	Peso ao Nascer.	Peso Atual.	Perímetro Cefálico ao Nascer.	Perímetro Cefálico Atual.	Estatura ao Nascer.	Estatura Atual.	Aleitamento Materno Exclusivo.	Aleitamento Artificial (Desde quando).	Intercorrência de Saúde.