

## Alimentação na alta de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso *versus* características maternas

## Feeding after discharg of preterm newborns with very low weight versus maternal characteristics

## Alimentación después de alta de recién nacidos prematuros de muy bajo peso en comparación con las características maternas

Amanda Chaves Marcuartú<sup>1</sup>

Adrielle Aguiar de Carvalho<sup>2</sup>

Luísa Margareth Carneiro da Silva<sup>3</sup>

---

### Resumo

**Objetivo:** Avaliar o perfil alimentar de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso na alta hospitalar e a sua relação com as características maternas. **Métodos:** Estudo do tipo transversal e quantitativo tendo como população de estudo 37 parturientes e recém-nascidos prematuros de muito baixo peso que foram internados na unidade de cuidados intensivos de um Hospital de Referência em Belém-Pa. A coleta de dados foi realizada no segundo semestre de 2015, através de protocolo próprio. **Resultados:** A maioria das mulheres era casada (51,35%), em exercício de atividades em domicílio (51,35%), com renda de 2 salários mínimos (37,84%), 59,46% eram provenientes do interior do estado, 37,84% apresentaram idade entre 21 e 25 anos, 62,16% possuíam ensino médio completo, 62,16% tiveram seus bebês através de cesárea. 56,76% das mães passavam apenas o dia com seus bebês. Todas relataram ter recebido apoio no momento de amamentar e quando questionadas sobre se receberam informação sobre a importância da manutenção da lactação, 97,30% responderam que receberam esta informação. O tipo de alimentação mais comum na alta foi o aleitamento materno complementado (56,76%). **Conclusão:** Foi possível verificar um maior número de bebês em aleitamento materno complementado e as características maternas que tiveram significância para esta prática foram: idade, tipo de parto e grau de escolaridade. Para o aleitamento materno exclusivo a variável importante foi a informação que a mãe recebia sobre a importância da manutenção da lactação. É importante destacar que a participação da equipe de saúde no incentivo a esta prática.

**Palavras-chave:** Prematuro; Aleitamento Materno; Influência socioeconômica.

---

<sup>1</sup> Nutricionista Especialista em Saúde da Mulher e da Criança/Universidade do Estado do Pará.

E-mail: [amanda-marcuartu@hotmail.com](mailto:amanda-marcuartu@hotmail.com)

<sup>2</sup> Nutricionista Residente em Saúde do Idoso/Universidade Federal do Pará.

<sup>3</sup> Nutricionista Doutoranda em Doenças Tropicais/ Universidade Federal do Pará.

### Abstract

**Objective:** Evaluate the food profile of premature infants with very low weight at discharge and its relation to maternal characteristics. **Methods:** Transversal and quantitative study that had the population 37 mothers and hers premature infants of low birth weight, who were admitted to the intensive care unit of a reference hospital in Belém-PA. Data collection was performed in the second half of 2015 through its own protocol. **Results:** Most women were married (51,35%), exercise activities in household (51,35%), with an income of two minimum wages (37,84%), 59,46% were from the provincial towns, 37,84% were aged between 21 and 25 years, 62,16% had completed high school, 62,16% had their babies by cesarean section. 56,76% of mothers just spent the day with their babies. All of them reported having received support at the time of breast-feeding and when asked whether they received information about the importance of breastfeeding maintenance, 97,30% answered that they received this information. The most common type of feeding at discharge was the supplemented breastfeeding (56,76%). **Conclusion:** It was possible to see a greater number of babies supplemented breastfeeding and maternal characteristics that were significant to this practice were: age, mode of delivery and level of education. For exclusive breastfeeding the important variable was the information that the mother received about the importance of lactation and breastfeeding. It is important to note that the health team's participation in encouraging this practice.

**Key-words:** Premature; Breastfeeding; Socioeconomic Influence.

---

### Resumen

**Objetivo:** Evaluar el perfil de los alimentos de los bebés prematuros de muy bajo peso al alta y su relación con las características maternas. **Métodos:** Estudio transversal y cuantitativo con población de 37 madres y sus bebés prematuros de bajo peso al nacer que fueron admitidos en la unidad de cuidados intensivos de un hospital de referencia en Belém-PA. La recolección de datos se llevó a cabo en la segunda mitad de 2015, a través de su propio protocolo. **Resultados:** La mayoría estaban casadas (51,35%), en actividades de ejercicio en el hogar (51,35%), con un ingreso de hasta dos salarios mínimos (37,84%), 59,46% eran de las ciudades del interior, 37,84% tenían entre 21 y 25 años, 62,16% había completado la escuela secundaria, 62,16% tienen a sus bebés por cesárea. 56,76% de las madres acaba de pasar el día con sus bebés. Todos informaron haber recibido apoyo en el momento de la lactancia materna y cuando se les preguntó si habían recibido información acerca de la importancia del mantenimiento de la lactancia materna, 97,30% respondió que recibieron esta información. El tipo más común de alimentación al alta fue la lactancia materna complementada (56,76%). **Conclusión:** Podemos ver mayor número de bebés en lactancia materna complementada y las características que fueron significativos a esta práctica fueron: edad, tipo de parto y el nivel de educación. Para la lactancia materna exclusiva la variable importante fue la información que recibió la madre sobre la importancia de la lactancia. Es importante tener en cuenta que la participación del equipo de salud en el fomento de esta práctica.

**Palabras-clave:** Prematuro; Lactancia materna; Influencia Socioeconómica.

---

## INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que anualmente nasçam cerca de 15 milhões de recém-nascidos prematuros no mundo, representando mais de um em cada 10 nascimentos. O Brasil está na décima posição entre os países onde mais nascem prematuros (WHO, 2015).

O nascimento de um bebê pré-termo ocasiona um custo tanto financeiramente quanto socialmente elevado aos membros da família e à coletividade, além disso, é também exigindo da equipe de saúde conhecimentos, equipamentos, locais de trabalho e organização algumas vezes não acessíveis a eles (RAMOS e CUMAN, 2012). A prevenção e o tratamento das doenças para os recém-nascidos são muito importantes

e estão associados de uma forma primária com fatores sociais incluindo pobreza, desemprego e suporte social que a mãe desse bebê recebe, uma vez que o baixo peso ao nascer poderia ser considerado um indicador de desigualdade social (WHO, 2012; NOBILE et al., 2007).

Em quase todos os países, incluindo o Brasil, fazem grandes investimentos em propaganda e marketing de alimentos artificiais, com isso conseguiram abalar a confiança das mães, principalmente a primíparas, na sua competência de alimentar seus bebês. Essa influência colaborou para o aumento das taxas de mortalidade infantil, pois prejudicou a qualidade de saúde dos recém-nascidos (REGO, 2008).

Infelizmente, ainda hoje existem também, vários tabus, mitos e preconceitos presentes na sociedade em relação à amamentação, e esse fato pode influenciar, desestimular e prejudicar o ato de amamentar. Esse ato é imposto à mãe por profissionais de saúde, muitas vezes sem serem oferecidas as condições necessárias para que isso ocorra de forma consciente, para que a mãe compreenda o seu papel na construção da relação de afetividade com seu filho (OSCAR et al., 2001).

Diante do exposto o presente estudo tem por objetivo avaliar o perfil alimentar de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso na alta hospitalar e a sua relação com as características maternas em um Hospital de Referência em Belém-PA.

## METODOLOGIA

Estudo do tipo transversal e quantitativo tendo como população de estudo parturientes e recém-nascidos prematuros de muito baixo peso que foram internados na unidade de cuidados intensivos de um Hospital de Referência em Belém-Pa. A coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a outubro de 2015, através de protocolo próprio, contendo as seguintes variáveis maternas: idade, estado civil, profissão/ocupação, renda familiar, tipo de parto, escolaridade, se é proveniente do interior ou da capital, presença durante a internação do recém-nascido, se foi informada sobre a importância da manutenção da lactação e se recebeu apoio no momento da amamentação. E dos recém-nascidos: tipo de alimentação na alta.

A amostra utilizada foi do tipo não probabilístico, obtido por conveniência entre os recém-nascidos hospitalizados e suas mães. Foram incluídos na pesquisa todos os recém-nascidos com menos de 37 semanas e peso menor que 1.500g e suas mães e foram excluídos do estudo todos os recém-nascidos com mais de 37 semanas, peso maior de 1.500g, que apresentem má-formação congênita, cromossomopatias, erro inato do metabolismo, persistência do canal arterial ou infecção congênita do grupo TORCH (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, sífilis, e hepatite vírus B e HIV), os que tiveram contraindicação para amamentação, os que a mãe foi a óbito, os que não nasceram na instituição, e os que foram internados na Unidade de Cuidado Intermediário, e os que receberam alta durante o turno da noite, pois neste turno os pesquisadores não estavam presentes na instituição.

Os valores observados nas variáveis estudadas foram arquivados no programa Microsoft Excel 2010 e os dados encontrados foram tabulados utilizando-se o

programa *Bioestat*, versão 5.3. Para a análise estatística foi utilizado o teste Qui-quadrado e o teste T de *student* com nível de significância de 5%.

Os participantes foram estudados segundo os preceitos da Declaração de Helsinki e do Código de Nuremberg, respeitando as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes foram informados sobre a metodologia da pesquisa e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição com o número do protocolo 40698915.3.0000.5171, sendo a coleta iniciada somente após o aceite institucional e aprovação pelo CEP.

## RESULTADOS

Foram estudadas 37 parturientes que tiveram recém-nascidos de muito baixo peso e que foram internados nas Unidades de Cuidado Intensivo da Instituição, avaliando as características socioeconômicas e o perfil de alimentação no momento da alta de seus recém-nascidos.

Em relação ao estado civil das parturientes a maioria das entrevistadas eram casadas, 51,35% (n=18) ou estavam em uma união estável, 35,14% (n=12), apresentaram predominantemente em exercício de atividades em domicílio, 51,35% (n=19) e 16,22% (n=6) ainda estudavam, a renda familiar predominante foi de 2 salários mínimos na família, 37,84% (n=14), 59,46% (n=16) eram provenientes do interior do estado, 37,84% (n=14) apresentaram idade entre 21 e 25 anos, 62,16% (n=23) com ensino médio completo. Quanto ao tipo de parto, 62,16% (n=23) tiveram seus bebês através de cesárea. Na variável sobre a presença da mãe a mais comum foi o de mães que passavam apenas o dia com seus bebês, 56,76% (n=22), seguida pela "mãe coruja", chamada a mãe que passa o dia e dorme no hospital com seu bebê, com 40,54% (n=15). Todas as mães (n=37) relataram ter recebido apoio no momento de amamentar seus bebês pela primeira vez e quando questionadas sobre se receberam informação sobre a importância da manutenção da lactação 97,30% (n=36) responderam que receberam esta informação.

Quanto ao tipo de alimentação na alta do bebê, 8,11% (n=3) receberam alta com alimentação artificial, 35,13% (n=13) receberam alta em aleitamento materno complementado e 56,76% (n=21) receberam alta em aleitamento materno exclusivo.

A distribuição das características socioeconômicas maternas quando relacionadas ao tipo de alimentação de alta do recém-nascido podem ser visto na tabela 1.

**Tabela 1:** Distribuição do grupo estudado segundo tipo de aleitamento na alta do recém-nascido e características socioeconômicas maternas, Belém-Pa, 2015.

| Características               | Tipo de Aleitamento |       |                                   |       |                        |       | P     |
|-------------------------------|---------------------|-------|-----------------------------------|-------|------------------------|-------|-------|
|                               | AME                 |       | Aleitamento Materno Complementado |       | Aleitamento Artificial |       |       |
|                               | N                   | %     | n                                 | %     | n                      | %     |       |
| <b>Estado Civil</b>           |                     |       |                                   |       |                        |       |       |
| Casado                        | 11                  | 52,38 | 5                                 | 38,45 | 2                      | 66,70 |       |
| União estável                 | 7                   | 33,34 | 5                                 | 38,45 | 0                      | 0     |       |
| Solteiro                      | 3                   | 14,28 | 3                                 | 23,07 | 1                      | 33,30 |       |
| <b>Profissão/Ocupação</b>     |                     |       |                                   |       |                        |       |       |
| Cuidadora do lar              | 13                  | 61,90 | 4                                 | 30,76 | 2                      | 66,70 |       |
| Estudante                     | 2                   | 9,52  | 4                                 | 30,76 | 1                      | 33,30 |       |
| Diarista                      | 2                   | 9,52  | 2                                 | 15,38 | 0                      | 0     |       |
| Comerciante                   | 1                   | 4,76  | 2                                 | 15,38 | 0                      | 0     |       |
| Outros                        | 2                   | 9,52  | 1                                 | 7,69  | 0                      | 0     |       |
| <b>Renda familiar</b>         |                     |       |                                   |       |                        |       |       |
| <1 Salário mínimo             | 3                   | 14,28 | 3                                 | 23,07 | 1                      | 33,30 |       |
| 1 Salário mínimo              | 5                   | 23,80 | 4                                 | 30,76 | 0                      | 0     |       |
| 2 Salários mínimos            | 9                   | 42,85 | 5                                 | 38,45 | 2                      | 66,70 |       |
| 3 Salários mínimos ou mais    | 4                   | 19,04 | 1                                 | 7,69  | 0                      | 0     |       |
| <b>Origem</b>                 |                     |       |                                   |       |                        |       |       |
| Capital                       | 12                  | 57,14 | 5                                 | 38,45 | 1                      | 33,30 |       |
| Interior                      | 9                   | 42,85 | 8                                 | 61,53 | 2                      | 66,70 |       |
| <b>Idade</b>                  |                     |       |                                   |       |                        |       |       |
| 18   20                       | 3                   | 14,28 | 4                                 | 30,76 | 0                      | 0     | 0,001 |
| 21   25                       | 10                  | 47,61 | 2                                 | 15,38 | 1                      | 33,33 |       |
| 26   30                       | 3                   | 14,28 | 1                                 | 7,60  | 1                      | 33,33 |       |
| 31   35                       | 2                   | 9,52  | 2                                 | 15,38 | 1                      | 33,33 |       |
| 36   40                       | 3                   | 14,28 | 4                                 | 30,76 | 0                      | 0     |       |
| <b>Grau de Escolaridade</b>   |                     |       |                                   |       |                        |       |       |
| Ensino Fundamental Incompleto | 1                   | 4,76  | 0                                 | 0     | 1                      | 33,33 | 0,002 |
| Ensino Fundamental Completo   | 2                   | 9,52  | 0                                 | 0     | 0                      | 0     |       |
| Ensino Médio Incompleto       | 2                   | 9,52  | 4                                 | 30,76 | 0                      | 0     |       |
| Ensino Médio Completo         | 14                  | 66,70 | 8                                 | 61,53 | 1                      | 33,33 |       |
| Ensino Superior Incompleto    | 1                   | 4,76  | 1                                 | 7,69  | 1                      | 33,33 |       |
| Ensino Superior Completo      | 1                   | 4,76  | 0                                 | 0     | 0                      | 0     |       |

As características maternas segundo o tipo de parto e a presença da mãe durante a internação do recém-nascido conforme tipo de alimentação de alta do recém-nascido pode ser visto na tabela 2.

A tabela 3 apresenta os resultados sobre os questionamentos acerca do apoio recebido no momento da amamentação e sobre a importância da manutenção da lactação de acordo com o tipo de alimentação de alta do recém-nascido.

Com relação ao aleitamento materno exclusivo na alta, a única variável a apresentar significância estatística foi a variável que abordava se as mães receberam informação sobre a importância da manutenção da lactação. Quando comparadas as características das mães de bebês que receberam alta em aleitamento materno exclusivo para as mães de bebês que receberam alta em aleitamento complementado, houve significância estatística quanto à idade, tipo de parto e grau de escolaridade.

Ao comparar o grupo que recebeu alta em aleitamento materno exclusivo com o grupo que recebeu alta em aleitamento artificial, não foi encontrada nenhuma significância estatística, fator que pode ser justificado pelo tamanho amostral. Segundo Margotto (2010) quanto menor a amostra maior a probabilidade de não haver detecção de diferenças estatísticas significantes.

## DISCUSSÃO

Os resultados encontrados a cerca do estado civil foram compatíveis com o estudo de Silva et al (2013) onde 51,3% das mulheres eram casadas, e o estudo de Martins et al (2013) que de 66 mulheres, 30 (45,45%) eram casadas. Porém no estudo de Reis et al (2014) as mulheres sem companheiro (solteiras, divorciadas ou viúvas) totalizaram 45,9%.

Algumas pesquisas como a de Escobar et al (2002) mostraram que as mães que obtiveram maior sucesso no aleitamento eram as mais velhas, mais instruídas, casadas, com experiência anterior positiva com o aleitamento e conseqüente motivação maior, com boa orientação pré-natal e apoio de outras pessoas para o manter, especialmente o do marido.

Quanto à ocupação, no presente estudo a maioria das mulheres exercia atividades domésticas em sua residência, o mesmo pode ser visto no estudo de Franco e Moutinho (2013), a onde foi encontrado um número pequeno de mulheres que exercia atividade remunerada, enquanto a maioria possuía atividade não remunerada ou era cuidadora do lar.

Esse resultado revela que as mães, principalmente as que não trabalham ou que trabalham em casa tem

mais oportunidade de manter o aleitamento materno exclusivo por mais tempo. Issler et al (2010), concluem que as mulheres que trabalham fora do lar, ou que têm esta intenção, tendem a oferecer a mamadeira precocemente, pelo fato de ficarem preocupadas com a possibilidade da criança não se adaptar com a alimentação artificial.

Em relação à renda familiar, o resultado atual é semelhante ao encontrado no estudo de Martins et al (2013), onde 57,57% das mulheres possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. Franco e Moutinho (2013), observaram que a maioria das pacientes apresentava renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos.

Como pode ser visto através destes resultados, as mães com melhores condições econômicas amamentam seus filhos por mais tempo, e se sentem mais confiantes em amamentar. Essa situação está relacionada ao fato de que mulheres de baixa renda procuram menos o serviço de pré-natal e apresentam menor número de consultas, além de iniciá-lo tardiamente (FALEIROS, TREZZA, CARANDINA, 2006; HENRY et al., 2013).

Quanto ao local de origem, foi encontrada a prevalência de mulheres procedentes do interior, resultado similar ao de Franco e Moutinho (2013), que encontram predomínio de parturientes cujo município de procedência não era a capital. O resultado do estudo de Reis et al (2014), com relação a origem dessas mães mostra que a maioria (73%) era procedente do próprio município. O resultado é esperado se considerarmos que a atenção à gravidez de alto risco é regionalizada e hierarquizada de forma que se espera que as mulheres sejam encaminhadas para o hospital que é referência regional para partos de alto risco.

Quanto ao local de origem, foi encontrada a prevalência de mulheres procedentes do interior, resultado similar ao de Franco e Moutinho (2013), que encontram predomínio de parturientes cujo município de procedência não era a capital. O resultado do estudo de Reis et al (2014), com relação a origem dessas mães mostra que a maioria (73%) era procedente do próprio município. O resultado é esperado se considerarmos que a atenção à gravidez de alto risco é regionalizada e hierarquizada de forma que se espera que as mulheres sejam encaminhadas para o hospital que é referência regional para partos de alto risco.

Com relação à idade, vários estudos mostraram resultados semelhantes ao encontrado na recente pesquisa, como o de Martins et al (2013) que encontrou um percentual de 30,30% de mulheres entre 21 e 25 anos e Silva et al (2013) que encontrou a média de idade de 25 anos. Reis et al (2014) observou uma maior frequência na faixa etária de 20 a 34 anos.

**Tabela 2:** Distribuição do grupo estudado segundo tipo de aleitamento na alta do recém-nascido e tipo de parto e presença da mãe, Belém-Pa, 2015.

| Características        | Tipo de Aleitamento |       |                                   |       |                        |       | P     |
|------------------------|---------------------|-------|-----------------------------------|-------|------------------------|-------|-------|
|                        | AME                 |       | Aleitamento Materno Complementado |       | Aleitamento Artificial |       |       |
|                        | N                   | %     | N                                 | %     | n                      | %     |       |
| <b>Tipo de parto</b>   |                     |       |                                   |       |                        |       |       |
| Vaginal                | 8                   | 38,10 | 5                                 | 38,45 | 1                      | 33,30 | 0,000 |
| Cesárea                | 13                  | 61,90 | 8                                 | 61,55 | 2                      | 66,70 |       |
| <b>Presença da Mãe</b> |                     |       |                                   |       |                        |       |       |
| Visitante              | 0                   | 0     | 0                                 | 0     | 0                      | 0     |       |
| Diarista               | 21                  | 100   | 0                                 | 0     | 1                      | 33,30 |       |
| Coruja                 | 0                   | 0     | 13                                | 100   | 2                      | 66,70 |       |

**Tabela 3:** Distribuição do grupo estudado segundo tipo de aleitamento na alta do recém-nascido e o apoio oferecido e as informações recebidas, Belém-Pa, 2015.

| Características   | Tipo de Aleitamento |       |                                   |     |                        |     | P     |
|---|---------------------|-------|-----------------------------------|-----|------------------------|-----|-------|
|   | AME                 |       | Aleitamento Materno Complementado |     | Aleitamento Artificial |     |       |
|   | N                   | %     | N                                 | %   | n                      | %   |       |
| <b>Recebeu apoio no momento da amamentação?</b>                     |                     |       |                                   |     |                        |     |       |
| Sim   | 21                  | 100   | 13                                | 100 | 3                      | 100 |       |
| Não   | 0                   | 0     | 0                                 | 0   | 0                      | 0   |       |
| <b>Foi informada sobre a importância da manutenção da lactação?</b> |                     |       |                                   |     |                        |     |       |
| Sim   | 20                  | 95,23 | 13                                | 100 | 3                      | 100 | 0,000 |
| Não   | 1                   | 4,76  | 0                                 | 0   | 0                      | 0   |       |

Em relação ao grau de escolaridade, a maioria das mães possuía o ensino médio completo resultado divergente é observado no estudo de Reis et al (2014) que encontrou uma maioria de mulheres (45,2%) que possuíam apenas o ensino fundamental, refletindo o perfil das parturientes atendidas pelo Sistema Único de Saúde. Já o estudo de Mastins et al (2013) encontrou resultados semelhantes ao da recente pesquisa, mostrando que 37,87% das mulheres estudadas possuíam o ensino médio completo.

Alguns estudos demonstraram haver associação entre maior grau de escolaridade materna e maior frequência de amamentação (KLACKENBERG et al., 1968; BERQUÓ, 1984; XAVIER, 1986). O estudo de Boo e Goh (1999) apontou maior prevalência de amamentação na alta hospitalar de recém-nascidos de muito baixo peso cujas mães tinham maior grau de instrução escolar.

Os resultados obtidos quanto ao tipo de parto realizado revelou um alto índice de cesáreas, resultado semelhante ao de Reis et al (2013) onde a prevalência de cesariana foi de 73,5%, e ao de Silva et al (2013) que mostraram que a cesariana foi o tipo de parto mais utilizado, correspondendo a 65,8%. Pode-se relacionar o alto número de cesáreas ao tipo de assistência especializada que a Instituição oferece, sendo referência na atenção à gestante de alto risco e ao recém-nascido. Entretanto mesmo considerando que o estudo foi realizado em um hospital de referência ao atendimento de gravidez de alto risco, o percentual é ainda muito superior à taxa recomendada pela Organização Mundial da Saúde (inferior a 15% para a população em geral e 30% para as gestações com complicações).

Na atualidade, é possível inferir que as taxas de cesárea variam de acordo com a localidade, os tipos de serviços de saúde, as características da população atendida e os profissionais que prestam a assistência obstétrica. Todavia, outros fatores menos comentados colaboram para o incremento na realização desse procedimento: o temor materno da ansiedade e dor do trabalho de parto, a preocupação parental com o bem-estar fetal, a experiência negativa com partos anteriores, o fato de já ter sido submetida a uma cesárea sem complicações, a conveniência de um parto agendado para a equipe de saúde e a paciente, o medo de litígio pelos médicos e, especialmente, a percepção equivocada sobre os benefícios da cesárea (HANNAH et al., 2004).

No que diz respeito à presença da mãe no hospital, diferente do encontrado na pesquisa atual, das mães acompanhadas no estudo de Azevedo e Cunha (2013),

30,38% confirmaram ter permanecido no hospital (internadas ou alojadas).

Podemos observar esse resultado na recente pesquisa, de modo que o mesmo número de mães que permaneceram com seus bebês no hospital foi aproximadamente o mesmo número dos bebês que receberam alta em aleitamento materno exclusivo. Desta forma vemos a importância de fornecer estadia no hospital para as mães terem a oportunidade de acompanhar seus bebês 24 horas, pois, dentro do hospital é possível incentivar diariamente a importância da produção láctea destas mães além de oferecer apoio durante a ordenha e a amamentação.

Essa afirmação pode ser confirmada pelo estudo de Charpak (2005), que relata que o método canguru está diretamente relacionado a melhores índices de aleitamento materno em recém-nascidos prematuros.

Dittz et al (2008), puderam perceber que durante a internação do recém-nascido, a mãe sente-se dividida entre permanecer no hospital e atender às demandas do companheiro, dos outros filhos, dos familiares e dela própria. Essa situação indica a necessidade de os profissionais de saúde estarem atentos às particularidades do momento vivido por cada uma delas e criarem espaços de escuta, buscando auxiliar a mãe no enfrentamento dessa nova realidade. Além disso, a garantia de deixar a criança em local seguro e com profissionais que demonstram solidariedade e afetividade, além da competência técnica, a libera para as demais atividades e deveres no ambiente doméstico, uma vez que para este muitas vezes ela não encontra quem a substitua integralmente (BOUSSO, 1999; CAETANO, 2004).

Quando questionadas sobre se receberam apoio no momento da amamentação todas responderam que sim, diferentemente do estudo de Azevedo e Cunha (2013) onde apenas 44% foram acompanhadas pelas consultoras em lactação.

Devemos levar em consideração que tanto a Instituição desta pesquisa como a de pesquisa de Azevedo e Cunha eram Hospitais Amigos da Criança de forma que podemos entender que todos os profissionais estariam aptos a fornecer informações e dar apoio no momento da amamentação.

Quando questionadas sobre se foram informadas sobre a importância da manutenção da lactação, apenas uma respondeu que não recebeu informação, resultando semelhante ao de Azevedo e Cunha (2013) que mostram que o início do aleitamento materno exclusivo esteve associado à orientação que as mães recebiam pelos profissionais e a maioria das mães (80,2%) relatou ter sido orientada no hospital. No estudo de Santoro

Junior e Martinez (2007) realizado com 72 mães de prematuros de muito baixo peso, mostrou aumento nas taxas de aleitamento materno exclusivo (19,5%) e aleitamento materno complementado (80,5%) no grupo que recebeu orientação adicional, mostrando a importância e o efeito que a informação pode oferecer.

Além das dificuldades inerentes à fisiologia do recém-nascido pré-termo, as mães dessas crianças vivenciam situações que influenciam negativamente o processo de amamentação. Somam-se a isso as dificuldades encontradas no ambiente hospitalar, que, muitas vezes, não incentiva e não fornece condições para que o bebê seja colocado ao seio (DAVIM; ENDERS; DA SILVA, 2010).

Mesmo conhecendo a importância que a manutenção da produção láctea terá para seu bebê, e mesmo o hospital onde ocorreu à pesquisa oferecer condições para as mães poderem estimular as mamas e realizar a ordenha além de possuir profissionais 24 horas para esclarecer dúvidas em relação à ordenha, armazenamento e transporte de leite ordenhado para o Banco de Leite Humano, muitas mães simplesmente não aderem a essa prática, de modo que apesar de todas as condições serem favoráveis a manutenção da produção láctea e o posterior aleitamento materno exclusivo, a decisão depende diretamente da mãe.

Ao longo da internação, diferentes tipos de dieta podem ser administrados aos prematuros. A dificuldade em manter o aleitamento materno exclusivo destes, tem sido uma realidade em várias unidades neonatais.

O prematuro pode apresentar problemas ao tentar sugar o leite do peito da mãe, principalmente, o prematuro de muito baixo peso, por não conseguirem coordenar a sucção-deglutição-respiração, podendo apresentar risco de aspiração. Além disso, sugar pode levar a um gasto excessivo de energia levando-o a perder peso. No entanto, tão logo a criança apresente melhora do quadro clínico, a amamentação deve ser incentivada (FONSECA, SCOCHI, 2005).

No estudo de Freitas (2011), 59,4% dos recém-nascidos saíram de alta em alimentação artificial e

40,6% em aleitamento, sem distinção entre aleitamento materno exclusivo e aleitamento materno complementado. No estudo de Valet et al (2009) ao avaliar 203 recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, observaram que na alta, o tipo de dieta mais frequente foi o aleitamento materno complementado, seguido da alimentação artificial e do aleitamento materno exclusivo, respectivamente, porém deve-se frisar que o hospital estudado por Valet et al não possuía unidade Canguru nem Banco de Leite Humano. Bardal (2012) encontrou uma taxa de 62,7% de aleitamento materno exclusivo.

O presente estudo obteve taxas semelhantes, contudo vários fatores devem ser considerados, como a hipogalactia. Segundo Gaiva e Medeiros (2006), a hipogalactia ocorre, frequentemente, entre mães de bebês impossibilitados de sugar, que ficam internados por muito tempo, para os quais o início da amamentação muitas vezes é retardado. Além disso, a falta de estímulo das mamas por parte das mães e apoio por parte dos funcionários são fatores determinantes na manutenção da lactação.

## CONCLUSÃO

A amamentação é um ato fisiológico, porém necessita de cuidados, o mesmo é fortemente influenciado pelo contexto em que está inserida a nutriz, bem como pela sua situação socioeconômica. Diante dos dados obtidos, o perfil de alta dos recém-nascidos mostrou um maior número de bebês em aleitamento materno complementado e quando cruzada esta informação com as características maternas podemos perceber que a idade, tipo de parto e grau de escolaridade foram fatores que influenciaram no tipo de alimentação que esses recém-nascidos estavam realizando na alta. Para o aleitamento materno exclusivo a variável importante foi a informação que a mãe recebia sobre a importância da manutenção da lactação. É importante destacar a participação da equipe de saúde no incentivo ao aleitamento, para que amenize a influência de fatores condicionantes a falta de adesão do mesmo.

---

## REFERÊNCIAS

1. AZEVEDO M, CUNHA MLC. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo em prematuros no primeiro mês após a alta hospitalar. *Revista HCPA*. 2013;33(1):40-49.
2. BARDAL, N.F. Recuperação nutricional dos recém-nascidos prematuros da uti neonatal do HRAS. [Monografia] Residência em Neonatologia, 2012. 21 p.
3. BERQUÓ ES. Caracterização e determinantes do aleitamento materno na Grande São Paulo e na Grande Recife. *Cadernos CEBRAP*, (Nova Série, nº 2). 1984.
4. BOO NY, GOH ES. Predictors of breastfeeding in very low birthweight infants at the time of discharge from hospital. *J Trop Pediatr*. 1999; 45:195-201.
5. BOUSSO RS, ANGELO M. Buscando preservar a integridade da unidade familiar: a família vivendo a experiência de ter um filho na UTI. *Rev Esc Enf USP*. 2001; v. 35 (2): 172-179.



6. CAETANO LC. Vivendo no método canguru: a tríade mãe-filho-família. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004; 183 p.
7. CHARPAK, N, RUIZ JG, ZUPAN J, CATTANEO A, FIGUEROA Z, TESSIER R, CRISTO M, ANDERSON G, LUDINGTON S, MENDOZA S, MOKHACHANE M, WORKU B. Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatr*, 2005; 94(5):514-522.
8. DAVIM RM, ENDERS BC, DA SILVA RA. Mother's feelings about breastfeeding their premature babies in a rooming-in facility. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 2010; 44(3): 713-718.
9. DITZ ES, MOTA JAC, SENA RR. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Revista Brasileira de Saúde Materna e Infantil*, 2008; 1(8): 75-8.
10. ESCOBAR AMU, OGAWA AR, HIRATSOKA M, KAWASHITA MY, TERUYA PY, GRISI S, TOMIKAWA SO. Aleitamento materno e condições sócio-econômico-culturais: fatores que levam ao desmame precoce. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2002; 2(2):253-61.
11. FALEIROS FTV, TREZZA EMC, CARANDINA L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. *Rev. Nutr.* 2006;19(5):623-30.
12. FRANCO MCA, MOUTINHO TMM. Avaliação epidemiológica do binômio mãe-filho, em hospital de referência materno-infantil. *Revista Paraense de Medicina*, 2013; 27(3): 55-63.
13. FONSECA, L.M.M; SCOCHI, C.G.S. Cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família. Ribeirão Preto-SP: FIERP, 2005.
14. GAIVA, M.A.M; MEDEIROS, L.S. Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2006;5(2):255-62.
15. HANNAH, M; WHYTE, H; HANNAH, W; HEWSON, S; AMANKWAH, K; CHENG M. Term Breech Trial Collaborative Group. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2004;191(13):917-927.
16. HENRY BA, NICOLAU AIO, AMÉRICO CF, XIMENES LB, BERNHEIM RG, ORIÁ MOB. Socio-cultural factors influencing breastfeeding practices among low-income women in Fortaleza - Ceará - Brazil: a Leininger's sunrise model perspective. *Rev. Enfermería Global*. 2010; (19):1-13.
17. ISSLER H, DOUEK PC, ANDRÉ LM, GOLDSTEIN SR, ISSA LJ, FUJINAMI PI, ZAIA PFV, HASHIMOTO S. Fatores socioculturais do desmame precoce: estudo qualitativo. *Rev Pediatr*. 2010; 32(2):113-20.
18. KLACKENBERG G, KLACKENBERG-LARSSON I, LICHTENSTEIN H, STENSSON J, SVENNBERG I. The development of children in a swedish urban community: a prospective longitudinal study. V - Breast feeding and weaning: Some social psychological aspects. *Acta Paediatr Scand*, (Suppl.). 178: 94. 1968.
19. MARGOTTO PR. Calculo Amostral. Curso de Medicina da Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS). Brasília, 2010.
20. MARTINS EL, PADOIN SMM, RODRIGUES AP, ZUGE SS, PAULA CC, TROJAHN TC. Oferta de aleitamento materno para recém-nascidos de baixo peso após a alta hospitalar. *Cogitare Enferm*, 2013;18(2):222-9.
21. NOBILE CGA, RAFFAELE G, ALTOMARE C, PAVIA M. Influence of maternal and social factors as predictors of low birth weight in Italy. *BMC public health*. 2007;(7):192-200.
22. OSCAR A, SILVESTRE LK, FREITAS MEA, CHIANCA TCM. Aleitamento materno: a evidência do espaço do enfermeiro. *Rev. Min. Enf.*, 2001; 5(1/2):2-6.
23. PINEDA, R.G. Predictors of breastfeeding and breastmilk feeding among very low birth weight infants. *Breastfeed Med*. 2011; 6(1):15-9.
24. RAMOS HAC, CUMAN RKN. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. *Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]*, 2009;13(2):297-304. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09>. Acesso em: 15 dez. 2015.
25. REGO JD. Aleitamento Materno: um guia para pais e familiares. 2 ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p.486.
26. REIS JTS, SARAIVA FO, FERRARESI MF, VIEIRA MAS. Perfil epidemiológico das parturientes atendidas em uma maternidade de alto risco de goiânia-go. *Estudos*, 2014; 41(2):329-339.
27. SANTORO JUNIOR W, MARTINEZ FE. Effect of intervention on the rates of breastfeeding of very low birth weight newborns. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83(6):541-46.
28. SILVA RP, CAIRES BR, NOGUEIRA DA, MOREIRA DS, GRADIM CVC, LEITE EPRC. Prematuridade: características maternas e neonatais segundo dados do sistema de informações sobre nascidos vivos. *Rev enferm UFPE online*, 2013; 7(5):1349-55.
29. VALETE, C.O; SICHIERI, R; PEYNEAU, D.P.L; MENDONÇA, L.F. Análise das práticas de alimentação de prematuros em maternidade pública no Rio de Janeiro. *Revista de Nutrição, Campinas*. 2009; 22(5):653-9.
30. VOLPINI CCA, MOURA EC. Determinantes do desmame precoce no distrito noroeste de Campinas. *Rev. Nutr.*, 2005; 18(3):311-319.
31. XAVIER CC. Aleitamento materno em recém-nascidos de baixo peso que nasceram no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (1985 - 1986). Dissertação de Mestrado- Fac. Med. Rib. Preto – USP, Ribeirão Preto, 1986; 312 p.
32. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preterm birth. Fact sheet N°363. Updated November 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>. Acesso em: 03 jan. 2016.
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, Born too soon: the global action report on preterm birth. Geneva: WHO; 2012.

**Recebido em: 5/2016.**

**Aceito em: 6/2016.**