Artigo Original

A CRIANÇA DE BAIXO PESO AO NASCER COMO UM SER ESPECIAL

Cícero Cruz Macêdo (1)
Anamaria Cavalcante e Silva (2)
João Saraiva da Cruz Neto (3)

O presente tem como objetivo tecer considerações, à luz da literatura especializada, sobre as crianças de Baixo Peso ao Nascer, e suas peculiaridades frente às questões relacionadas ao aleitamento materno. Pois, por muitos anos, as características especiais desta parcela da população, dificultaram a formação de um consenso entre os especialistas quanto a recomendar o uso do leite materno. Dessa forma acreditamos ser este estudo, de grande valor científico na discussão dessa importante temática.

Inicialmente, trataremos de abordar algumas características desta fase da vida. A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1983), classifica os recém nascidos de acordo com o tempo de gestação e o peso que apresentam logo ao nascer. Há aqueles que nascem antes ou posteriormente às 32 semanas de gestação. Os bebês nascidos antes das 32 semanas apresentam, normalmente, um peso demasiadamente inferior a um bebê normal, que tenha cumprido as 37 semanas. O peso é um dos fatores que maior importância tem para os cuidados pós parto, o que distingue as necessidades destes bebês relativamente aos outros. A maioria das gestações tem uma duração de 40 semanas, o equivalente a 280 dias. A Organização Mundial de Saúde considera prematuro aquele que nasce antes de completar 38 semanas de gestação e de baixo peso, aquele com menos de 2500g, independentemente do tempo de gestação.

Até o final do século XIX os bebês nascidos com baixo peso ou prematuramente eram considerados muito fracos e suas mortes eram vistas como inevitáveis. Contudo, o uso e o aperfeiçoamento da incubadora, a disponibilidade de antimicrobianos e o uso rotineiro de vitamina K mudaram substancialmente esse panorama, tornando-os alvo de grande interesse de médicos e pesquisadores (CONE, 1985).

No século passado, durante as décadas de 40 a 60, era grande a controvérsia com relação ao uso de leite humano ou de fórmula infantil para crianças de baixo peso ao nascer e/ou prematuras. Nos Estados Unidos, os médicos defendiam o uso do leite artificial devido ao maior ganho de peso que ele proporcionava. Mas entre os cientistas logo se inicia uma preocupação com as conseqüências dessa prática devido a limitada função renal dos recém-nascidos de baixo peso e/ou prematuros. Na década de 70, ao mesmo tempo em que as indústrias passaram a desenvolver leites artificiais que levavam em consideração os problemas especiais apresentados por esses recém-nascidos, o papel do leite materno passa a receber atenção especial no meio científico (CONE, 1985).

Foi somente no início dos anos 80, que os estudos começam a mostrar a especificidade do leite materno para crianças prematuras e de baixo peso, particularmente durante as primeiras duas semanas depois do parto, demonstrando que este leite contém mais calorias, maiores concentrações de gordura, proteína e sódio e menor concentração de lactose, cálcio e fósforo do que o leite de mães de recém-nascidos a termo (GROSS *et al.*, 1981; GOLDMAN *et al.*, 1982; LEMONS *et al.*, 1982). Inicia-se então a formação de um consenso sobre a recomendação do uso do leite da própria mãe, para alimentar recém-nascidos de baixo peso nas primeiras semanas de lactação (AAP, 1989).

Os recém-nascidos de muito baixo peso (menores de 1500 gramas) apresentam maiores dificuldades para começar a mamar diretamente no peito; muitas vezes, não é possível utilizar o leite da própria mãe, ordenhado e fresco, e eles acabam por receber leite humano pasteurizado (STEFANE, 2000).

Considerando que o leite humano, particularmente o leite maduro coletado depois de 30 dias de lactação, oferece quantidades inadequadas de proteína, cálcio, fósforo e possivelmente de outros nutrientes para um bebê de muito baixo peso ao nascer, clinicamente, as deficiências de cálcio e fósforo poderiam manifestar-se como osteopenia ou raquitismo da prematuridade (PEREIRA e PALOMBINI, 1984), causando diversas dificuldades para o seu desenvolvimento.

A presença de fatores não-nutricionais no leite humano, tais como aqueles que proporcionam imunidade e estimulam o desenvolvimento e a função do sistema gastrointestinal, justificaram a continuidade de estudos sobre a adequação do leite da própria mãe para o recém-nascido de baixo peso (ITABASHI, *et al.*, 1992).

Nos últimos anos, a adequação e os benefícios do leite humano para as crianças de baixo peso ao nascer têm sido objeto de vários estudos (CUNNINGHAM, *et al.*, 1991; HEINING e DEWEY, 1996), os quais demonstraram que além das vantagens da

amamentação, o leite humano oferece a esses bebês vantagens adicionais, tais como: imunidade, riqueza de nutrientes e uma adequada digestibilidade.

De grande contribuição foram os estudos epidemiológicos planejados para avaliar o impacto da alimentação oferecida aos prematuros sobre suas condições de saúde e desenvolvimento - dois estudos britânicos apontam que recém-nascidos alimentados com fórmula infantil apresentam probabilidade seis vezes maior de desenvolver enterocolite necrotizante quando comparados a bebês amamentados (LUCAS e COLE, 1990) e que bebês de baixo peso alimentados com leite da própria mãe teriam uma vantagem de 8.3 pontos no quociente de inteligência medido aos 7.5-8 anos de idade (Lucas, *et al.*, 1992). As diferenças qualitativas entre leite humano e fórmula infantil, tais como a especificidade no conteúdo de ácidos graxos, poderiam explicar as vantagens no desenvolvimento de recém-nascidos de baixo peso. Considera-se que somente o leite materno contém quantidades adequadas de ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, necessários ao desenvolvimento normal do cérebro e da retina (UAUY e HOFFMAN, 1991; UAUY e DE ANDRACA, 1995).

A importância dos resultados desses estudos, levaram os pesquisadores a questionar os atuais padrões de avaliação do crescimento e desenvolvimento de recém-nascidos de baixo peso, cujos parâmetros são as curvas de crescimento intra-uterino. Discute-se hoje a necessidade de estabelecer metas mais apropriadas, que incluam não só o crescimento compensatório, mas que levem em consideração os benefícios do uso do leite humano para a prevenção da morbidade relacionada à alimentação e a otimização dos resultados de longo prazo relacionados ao desenvolvimento do sistema neural (GROSS e SLAGLE, 1993; WILLIAMS, 1993).

Encontrar alternativas apropriadas e viáveis a cada serviço, no sentido de se garantir o início e manutenção da amamentação dos bebês de baixo peso, continua sendo um grande desafio. Algumas possibilidades de atuação incluem o estabelecimento de bancos de leite humano, técnicas de alimentação como uso da colher no lugar de mamadeiras, contato pele a pele e maior facilidade para participação da mãe nos cuidados ao recém-nascido na unidade neonatal (VERRONEN, 1985; ANDERSON, 1989; MUSOKE, 1990; LANG *et al.*, 1994).

Os recém-nascidos de baixo peso e prematuros, constituem um grupo de risco pela sua maior morbimortalidade, sendo, na maioria das vezes, a mortalidade dessas crianças dependentes de suas condições ao nascer e dos cuidados subsequentes (FIGUEIRA, *et al.* 2001).

O recém-nascido é a criança desde o nascimento, até completar 28 dias de vida, sendo totalmente dependente dos cuidados maternos (OMS, 1994). Essa dependência e as respostas

progressivas que a criança demonstra aos cuidados maternos, parecem fortificar o sentimento de afeto entre mãe e filho e, o elo fundamental deste relacionamento é a amamentação que em qualquer circunstância, deve ser estimulada. Nessa perspectiva, torna-se também desejável que os cuidados com o recém-nascido, mesmos os mais elementares, sejam prestados pela mãe.

Os bebês, ainda que nasçam com baixo peso podem ser perfeitamente saudáveis. De uma maneira geral, podem exigir maiores cuidados e uma maior atenção, podendo apresentar dificuldade para sugar e/ou deglutir (MARCONDES, 1992).

Alguns bebês de baixo peso, podem precisar permanecer no hospital sob vigilância médica por um período de tempo maior do que um bebê que tenha nascido com peso normal esperado. Nesses casos, a higiene e a alimentação ficariam sob a responsabilidade dos profissionais de saúde, nos primeiros momentos do nascimento (STEFANE, 2000).

Muitos são os fatores que determinam o nascimento de crianças de baixo peso, tais como aspectos genéticos, ambientais, idade materna (maior incidência em mães mais jovens), infecções maternas e primiparidade. Porém, na maioria dos casos, a causa é desconhecida (RAMOS, VAZ e CALIL, 2000).

Battaglia e Lubchenco (1967) propuseram como critério para se definir um recém nascido de baixo peso para a idade gestacional, como sendo aquele cujo peso de nascimento se situa abaixo do percentil 10, para a sua idade gestacional, baseado em uma curva de crescimento intra-uterino (CIU).

Devido aos muitos avanços produzidos na ciência e na tecnologia, técnicas de vigilância ao recém-nascido, cuidados neonatais e prevenção da insuficiência respiratória, os bebês de baixo peso têm apresentado maiores possibilidades de sobrevivência.

Os bebês de baixo peso ao nascer podem apresentar várias complicações decorrentes da sua própria condição deficiente, quanto da precariedade da maturidade dos diversos aparelhos. A mortalidade destas crianças varia tanto em função do peso, quanto em função da idade gestacional. Quanto menor o peso e maior a prematuridade, maior a taxa de mortalidade.

Uma evolução física e mental inadequada da criança, implica em um problema de grande relevância na saúde pública. Por isso cada vez mais, as autoridades governamentais preocupam-se com as situações de risco a que estão sendo expostas as crianças. Mundialmente, uma em cada quatro crianças vive em situação de pobreza, com uma renda familiar inferior a um dólar por dia. Na América Latina, um número importante de crianças menores de cinco anos está em condições sanitárias, culturais e sociais absolutamente

deficientes e por isso não alcançaram o seu desenvolvimento integral. As oportunidades de se desenvolver são poucas, porque vivem em áreas demasiadamente povoadas, com pouco espaço para brincar, ficam sós e não têm suficiente variedade de atividades que estimulem seus sentidos, vocabulário, aptidão espacial e outras percepções (STEFANE, 2000).

As precárias condições de vida a que se expõem a maioria das crianças brasileiras, a conviverem em ambientes pouco construtivos e pouco estimulantes, constituem um problema para o seu pleno desenvolvimento.

Em geral, o crescimento saudável só é possível com uma alimentação adequada. Na fase inicial da vida, o leite humano é indiscutivelmente, o alimento que reúne as características nutricionais ideais, com balanceamento adequado de nutrientes, além de desenvolver inúmeras vantagens imunológicas e psicológicas, importantes na diminuição da morbidade e mortalidade infantil. A amamentação é, então, importante para a criança, para a mãe, para a família e para a sociedade em geral. Assim, a falta de apoio e investimento governamentais para proporcionar um desenvolvimento adequado às crianças, gera conseqüências irreparáveis para o desenvolvimento do país. (MURAHOVSKI et. al, 1987).

No primeiro ano de vida, fase de crescimento rápido, o peso e o comprimento são as variáveis mais importantes para avaliar o estado nutricional de uma criança e, assim, monitorar o seu crescimento (SEWARD 1984, p.74).

Almeida (1999) sugere que é preciso mudar o paradigma de amamentação que norteia as políticas de promoção do aleitamento materno. Tem-se priorizado o biológico, sem dar a devida ênfase aos aspectos sociais, políticos e culturais que condicionam a amamentação. O autor ressalta que "... a mulher precisa ser assistida e amparada para que possa desempenhar, a bom termo, o seu novo papel social, o de mulher-mãe-nutriz" (Apud GIUGLIANI, 2000, p.239).

Ao atender as necessidades essenciais das crianças, se garante o seu desenvolvimento harmonioso. Não pode haver crescimento e desenvolvimento satisfatório se a saúde da criança está afetada (STEFANE, 2000).

Estudos disponíveis sobre alimentação infantil concluem que o aleitamento materno, quando ofertado com exclusividade, constitui-se no alimento ideal para o recém-nascido até os seis primeiros meses de vida (FROTA e MARCOPITO, 2004)

O crescimento é um processo biológico, de multiplicação e aumento do tamanho celular, expresso pelo aumento do tamanho corporal. Todo indivíduo nasce com um potencial genético de crescimento, que poderá ou não ser atingido, dependendo das condições de vida a que esteja submetido desde a concepção até a idade adulta. Portanto, pode-se dizer que o

crescimento sofre influências de fatores intrínsecos (genéticos, metabólicos e malformações, muitas vezes correlacionados, ou seja, podem ser geneticamente determinados) e de fatores extrínsecos, dentre os quais destaca-se a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança (WHO, 1995).

Os agravos à saúde têm sido estudados sob vários enfoques, sendo cada vez maior a preocupação com os fatores de risco. Novas abordagens na epidemiologia trouxeram entendimentos dos problemas de saúde infantil, demonstrando a associação entre a morbimortalidade, saneamento básico, estado nutricional, educação da mãe, situação sócio-econômica, oferta de serviços de saúde, dentre outros fatores correlacionados entre si. Conhecer esses fatores de risco a que estas crianças estão expostas e os que desencadearam as dificuldades no seu crescimento e desenvolvimento é de extrema importância para a atuação dos profissionais de saúde.

Em estado nutricional deficiente, uma criança, pode apresentar inúmeros problemas no seu crescimento e desenvolvimento. O déficit nutricional pode ser desencadeado durante a vida intra-uterina do feto e persistir nos primeiros anos de vida, causando a desnutrição e retardo no seu desenvolvimento cognitivo.

O leite materno é o melhor alimento para o bebê e o ato de amamentar, a melhor escolha para a mãe e o seu filho. Os benefícios que esta prática oferece, para a mãe, criança e família, do ponto de vista nutricional e psicossocial, são mundialmente reconhecidos (BRASIL, 2004).

O leite materno tem sido a forma ideal e comprovada para a prevenção de diversos problemas de crescimento e desenvolvimento que acometem as crianças (OMS, 1994).

Segundo Pandolfi (2003), as vantagens do aleitamento materno poderiam ser vistas sob quatro aspectos: 1) emocional - pois evitaria a depressão pós-parto, promovendo o contato físico e a estimulação sensorial, auditiva, visual e afetiva do recém nascido; 2) nutricional – comprovadamente perfeito para o crescimento e desenvolvimento do bebê; 3) imunológico – tendo em vista que auxiliaria o bebê na produção de anticorpos e outros elementos imunizantes; 4) miofuncional - favorecendo o desenvolvimento da atividade muscular e óssea da face, de forma equilibrada.

A lactação é uma das maneiras mais eficientes de atender os aspectos nutricionais, imunológicos, psicológicos e o desenvolvimento de uma criança no seu primeiro ano de vida (RICCO, 1995).

O leite materno tem se apresentado como uma forma segura de prevenção contra uma série de doenças infecciosas e crônico-degenerativas. O Leite Materno é a primeira

vacina, provê nutrição ótima e representa segurança alimentar. A Amamentação desenvolve um vínculo afetivo único entre mãe e bebê, beneficia a saúde da mulher e aumenta o intervalo entre os partos. A prática de dar o peito precisa ser recuperada, através de um conjunto de ações de promoção, apoio e proteção (CARVALHO, 2004).

A disponibilidade de leites artificiais, cada vez mais aperfeiçoados causou uma mudança na evolução dos costumes, facilitando a difusão desses produtos, de tal forma que, no início dos anos 70, o aleitamento materno, praticamente caiu em desuso (NIEFERT *et al.*, 1991).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde revelou uma diminuição muito rápida, no Brasil, do período de amamentação exclusiva, estando a mediana pouco acima de um mês. Revelou ainda que muitos fatores são considerados no desmame precoce, no entanto, a falta de conhecimento sobre aleitamento materno por parte das mães tem representado papel importante na redução da duração desta prática. Esta carência de informação das mães é freqüentemente constatada em pesquisas as quais revelam entre as justificativas para o desmame afirmativas como: "o leite secou", ou "o leite é fraco, não sustenta", ou "o bebê chora muito" (PNDS, 1996).

Carvalhais e Simões (1997) incluíram o desconhecimento, por parte das mães, da técnica do aleitamento materno e de suas vantagens e benefícios, como fatores que interferirem no declínio da amamentação. Também Giugliani *et al.* (1995) afirmaram encontrar-se entre as causas associadas à interrupção precoce da amamentação, a ausência de conhecimentos maternos sobre o assunto.

Entretanto, deve-se ressaltar que não somente a falta de informação motiva o desmame precoce, mas também os aspectos sociais presentes no cotidiano da nutriz. Segundo Martins (1998), a amamentação, enquanto um fenômeno, vai além do discurso biológico. Há questões sociais do dia-a-dia da mãe, muito relacionadas ao sucesso desta prática. Almeida (1999) ressalta a importância de se levar em conta, tanto os determinantes biológicos como os condicionantes sócio-culturais, no processo de amamentação.

Sabemos que são muitas as responsabilidades advindas da maternidade e, quando esta acontece com mães adolescentes, é possível que a maioria destas, sintam-se inseguras e confusas com a nova responsabilidade de proteção, cuidado e sobrevivência de um ser humano (NIEFERT *et al.*, 1991).

Segundo Figueiredo (1996), no Brasil, 28% das mulheres que dão a luz são menores de 18 anos. Esta situação se reveste de uma especial importância para os profissionais de saúde, pois esta é uma fase da vida fundamental para um desenvolvimento

pleno e eficaz do ser humano. Dessa forma, a gravidez nestas condições vem sendo considerada uma situação de risco, porque a paciente comumente negligencia aspectos importantes da sua saúde, e do seu bebê.

Conclusão

O incentivo a amamentação, ainda representa um desafio aos profissionais, que precisam ter bem claro que, todo ser humano tem direito à vida em sua plenitude. Para isso, torna-se necessário que os mesmos conheçam os diversos fatores que influenciam as mães a manterem ou não a amamentação exclusiva.

Neste sentido, os profissionais da área de saúde têm um papel decisivo junto às mães, para que as mesmas conheçam as vantagens da amamentação, motivando-as para minimizar possíveis barreiras a esta prática.

Referências

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. COMMITTEE ON NUTRITION. Nutritional needs of low-birth-weight infants. **Pediatrics**, 75(5): 976-86, 1985.
- ANDERSON, G.C. Skin-to-skin: kangaroo care in western Europe. **Am. J. Nurs.**, 89: 662-6, 1989.
- ALMEIDA, J.A.G. **Amamentação**: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 120p.
- BATTAGLIA F.C., LUBCHENCO L.O., A practical classifications of newborn infants by weight and gestational age. **J. Pediatr.** 71:159, 1967.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Atenção Básica. **SIAB**: Indicadores 2000, 2003. Disponível em <http://www.dtr2001.saude.gov.br/bus/pub_assunto/atencao_bas.htm>. Acesso em 12/04/2004.
- CARVALHAIS, C.K.O., SIMÕES, M.J.S. Conhecimento das mães sobre o aleitamento materno, em Américo Brasiliense. **Alimentos e Nutrição**, São Paulo, v.8, p.57-63, 1997. (Fascículo único).
- CARVALHO, M. R. de. **Aleitamento materno**. Disponível em < http://www.aleitamento.med.br/a_artigos.asp?id=38&d_artigo=31&id_subcategoria=4 >. Acesso em 10/06/04.
- CONE, T.E. **History of the care and feeding of the premature infant**. Boston, Little, Brown and Company, 1985.
- CUNNINGHAM, A.S.; JELLIFFE, D.B.; JELLIFFE, E.F.P. Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review. **J. Pediatr.**, 118(5): 659-66, 1991.

- FIGUEIRA, F. ; ALVES, J.G.B; MAGGI, R.S; CORREIA, J.B. Diagnóstico e Tratamento em Pediatria: **Instituto Materno- Infantil de Pernambuco (IMIP)** 2ª ed. Editora MEDSI. Recife, 2001. 473 p.(18,19,31,51).
- FIGUEIREDO, T. Gravidez na adolescência: uma realidade. **Jornal do Comércio**, p. 8, ed. 21, janeiro. Recife, 1996.
- FROTA, D. A. L. e MARCOPITO, L.F. Amamentação entre mães adolescentes e não adolescentes, Montes Claros, MG. **Rev. Saúde Pública**. V.38, n.1. São Paulo, fev. 2004.
- GIUGLIANI, E.R.J., ROCHA, V.L.L., Neves, J.M., POLANCZYK, C.A., SEFFRIN, C.F., SUSIN, L.O. Conhecimentos maternos em amamentação e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.71, n.2, p.77-81, 1995.
- GIUGLIANI, E.R.J., O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.76, n.3, p.238-252, 2000.
- GOLDMAN, A.S.; GARZA, C.; NICHOLS, B.; JOHNSON, C.A.; SMITH, E.O.; GOLDBLUM, R.M. Effects of prematurity on the immunologic system in human milk. **J. Pediatr.**, **101**(6): 901-5, 1982.
- GROSS, S.J.; GELLER, J.; TOMARELLI, R.M. Composition of breast milk from mothers of preterm infants. **Pediatrics**, **68**: 490-3, 1981.
- GROSS, S.J. & SLAGLE, T.A. Feeding the low birth weight infant. **Clin. Perinatol.**, **20**(1): 193-209, 1993.
- GULICK, E.E. Informational correlates of successful breastfeeding. **Matern. Child Nurs. J.**, **7**:370-5, 1982.
- HEINIG, M.J. & DEWEY, K.G. Health advantages of breast feeding for infants: a critical review. **Nutr. Res. Reviews**, **9**: 89-110, 1996.
- ITABASHI, K.; HAYASHI, T.; TSUGOSHI, T.; MASANO, H.; OKUYAMA, K. Fortified preterm human milk for very low birth weight infants. **Early Hum. Dev.**, **29**: 339-43, 1992.
- LANG, S.; LAWRENCE C.J.; LE ORME, R. Cup feeding: an alternative method of infant feeding. **Arch. Dis. Child.**, **71**: 365-9, 1994.
- LEMONS, J.A.; MOYE, L.; HALL, D.; SIMMONS, M. Differences in the composition of preterm and term human milk during early lactation. **Pediatr. Res.**, **16**: 113-7, 1982.
- LUCAS, A. & COLE, T.J. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. **Lancet**, **336**: 1519-23, 1990.
- LUCAS, A.; MORLEY, R.; COLE, T.J.; LISTER, G.; LEESON-PAYNE, C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. **Lancet**, **339**: 261-4, 1992.
- MARCONDES, E. **Pediatria Básica**. 8ª ed. São Paulo: Sarvier, 1992- p. 308- 339.
- MARTINS, R.C.B. **Aleitamento com êxito sob a perspectiva da nutriz**. Ribeirão Preto, 1998. p.130. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.
- MURAHOVSKI, J. et. al. Curvas e tabelas de crescimento de lactentes brasileiros de 0 – 6 meses de idade alimentados exclusivamente com leite materno. **J. Pediatria**. Rio de Janeiro, 1987.
- NEIFERT, M., PRINCE, A., DANA, N. **Bebê e mamãe**. São Paulo: Abril, 1991.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD, **Medicion del cambio del estado nutricional – directrices para evaluar el efecto nutricional de programas de alimentación suplementaria destinados a grupos vulnerables**. Ginebra: 1983, p. 1-14;
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS) Lactação. In: Organização Mundial da Saúde (OMS) **Alimentação infantil bases fisiológicas**. São Paulo (SP): IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF Brasil; 1994. p. 17-35.

- PANDOLFI, M. **Amamentação e saúde bucal, a combinação perfeita**. Disponível em < http://www.excelsanet.com.br/sitesaude/artigos_cadastrados/artigo.asp?art=796 >. Acesso em 07/06/03;
- PEREIRA, G.R & PALOMBINI, A.O. Alimentação do prematuro: ainda não temos um leite ideal. **J. Pediatr. (Rio J.)**, **57**(4): 353-8, 1984.
- RAMOS, José Lauro A, VAZ; Flávio Adolfo Costa; CALIL, Valdenise M L Tuma. O recém nascido pequeno para a idade gestacional, **Revista PEDIATRIA MODERNA**, Vol XXXVI, Edição especial, junho de 2000, p. 153-164;
- REA, MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. **Cad Saude Publica**. 2003;19:109-18.
- RICCO R.G. Aleitamento natural. In: Woiski JR. **Nutrição e dietética em pediatria**. 4 ed. São Paulo (SP): Atheneu; 1995. p. 55-88.
- STEFANE, J.M.J. **A enfermagem, o crescimento e desenvolvimento infantil**. In: _____ SHIMITZ, E.M.R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2000.
- UAUY, R. & DE ANDRACA, I. Human milk and breastfeeding for optimal mental development. **J. Nutr.**, **125**: 2278S-80S, 1995.
- UAUY, R. & HOFFMAN, D.R. Essential fatty acid requirements for normal eye and brain development. **Semin. Perinatol.**, **15**(6): 449-55, 1991.
- VERRONEN, P. Breast feeding of low birthweight infants. **Acta Paediatr. Scand.**, **74**: 495-9, 1985.
- WHO, **Physical Status: The use and interpretation of anthropometry**. Geneva: Report of a WHO Expert Committee, 1995 (WHO technical Report Series, 854).
- WILLIAMS, A.F. Human milk and the preterm baby. **BMJ**, **306**: 1628-29, 1993.

Sobre os autores:

- (1) **Cícero Cruz Macêdo** é Médico Pediatra, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente e Professor da Universidade Federal do Ceará – UFC.
E-mail: cicerocruzmacedo@hotmail.com
- (2) **Anamaria Cavalcante e Silva** é Médica e Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo – USP.
- (3) **João Saraiva da Cruz Neto** é Médico, atualmente cursando Residência em Cirurgia Geral pela Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte – FMJ.

Como citar este artigo (Formato ISO):

MACÊDO, C.C; SILVA, A. C. e CRUZ NETO, J.S. A criança de baixo peso ao nascer como um ser especial. **Id on Line Revista de Psicologia**. Novembro de 2010, vol.1, no.12, p.70-79. ISSN 1981-1189.