

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM NUTRIÇÃO

MAYARA ISABELE SENA DA CUNHA

**AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS
ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DE
PERNAMBUCO**

Vitória de Santo Antão

2015

MAYARA ISABELE SENA DA CUNHA

**AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS
ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DE
PERNAMBUCO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora Dra. Erika Michelle Correia de Macedo e coorientação de Annelise Cristina da Silva.

Vitória de Santo Antão

2015

Catálogo na Fonte

Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Ana Ligia Feliciano dos Santos, CRB4: 2005

C972a Cunha, Mayara Isabelle Sena da.

Avaliação do crescimento de crianças nascidas prematuras atendidas em um hospital de referência no interior de Pernambuco/ Mayara Isabelle Sena da Cunha. – Vitória de Santo Antão: O Autor, 2015.

37 folhas: il.; tab.

Orientadora: Erika Michelle Correia de Macedo.

Coorientadora: Annelise Cristina da Silva.

TCC (Graduação) – Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Nutrição, 2015.

Inclui bibliografia, apêndice e anexos.

1. Antropometria. 2. Circunferência craniana. 3. Recém-nascido. I. Macedo, Erika Michelle Correia de (Orientadora). II. Silva, Annelise Cristina da (Coorientadora). III. Título.

573.6 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-079/2013

NOME DO ALU MAYARA ISABELE SENA DA CUNHA

AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS
ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO INTERIOR DE
PERNAMBUCO

TCC apresentado ao Curso de Graduação
em Nutrição da Universidade Federal de
Pernambuco, Centro Acadêmico de
Vitória, como requisito para a obtenção do
título de Bacharel em Nutrição.

Aprovado em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Erika Michelle Correia de Macedo (Orientador)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Annelise Cristina da Silva (Coorientador)
Universidade Federal de Pernambuco

AGRADECIMENTOS

A Deus, razão da minha existência, por ter me dado saúde e força para enfrentar os obstáculos do dia-dia;

Aos meus pais que me deram condições, me acompanharam e apoiaram nas decisões durante toda a trajetória do curso;

A minha orientadora pelo auxílio prestado ao longo do desenvolvimento do trabalho, dedicação, ensinamentos e paciência;

A minha co-orientadora por ter me ajudado na realização desta pesquisa e por suas ricas instruções;

Aos meus amigos pelas experiências de vida, apoio, fidelidade, conselhos e momentos de descontrações;

Ao corpo docente da UFPE-CAV, por todos os ensinamentos ao longo desses anos;

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigada.

RESUMO

O nascimento de crianças prematuras é um fator de grande morbi-mortalidade neonatal e um problema de saúde pública. Torna-se necessário o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento das crianças prematuras através de medidas antropométricas, visto que estas estão mais susceptíveis a alterações de crescimento e desenvolvimento. O objetivo deste estudo foi avaliar o crescimento de crianças prematuras acompanhadas no Hospital João Murilo de Oliveira- Vitória de Santo Antão/PE. Para isso, conduziu-se um estudo epidemiológico, do tipo transversal, retrospectivo e descritivo, realizado com 36 recém-nascidos prematuros, nascidos no ano de 2012 a 2014 no hospital João Murilo de Oliveira, e que atenderam aos critérios de elegibilidade. Foram coletadas variáveis demográficas e antropométricas (peso, comprimento e perímetro cefálico), estas foram avaliadas ao nascimento, primeiro e sexto mês de idade corrigida da criança. A maior parte da amostra foi composta por crianças do sexo feminino e idade materna predominantemente adulta. Identificou-se que os prematuros apresentaram peso baixo e extremamente baixo ao nascer, o que era esperado tratando-se de prematuros que foram privados do período de maior ganho de peso. A maioria dos prematuros foram classificados ao nascer como AIG, como também o comprimento e perímetro cefálico estavam adequados para a maior parte dos estudados, esses achados também foram observados no primeiro e sexto mês de idade corrigida. Os achados deste estudo evidenciaram a capacidade dos recém-nascidos pré-termo de alcançar um adequado crescimento, quando avaliado nas curvas específicas para idade.

Palavras-chave: Antropometria. Circunferência craniana. Recém-nascido.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas dos prematuros atendidos no HJMO, Vitória de Santo Antão-PE, 2012-2014.....	23
Tabela 2- Características antropométricas ao nascimento dos prematuros atendidos no HJMO, Vitória de Santo Antão- PE, 2012-2014.....	23
Tabela 3- Características antropométricas ao primeiro mês de idade corrigida dos prematuros atendidos no HJMO, Vitória de Santo Antão- PE, 2012-2014.....	24
Tabela 4- Características antropométricas aos seis meses de idade corrigida dos prematuros atendidos no HJMO, Vitória de Santo Antão- PE, 2012-2014.....	24

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIG	Adequado para Idade Gestacional
GIG	Grande para idade gestacional
HJMO	Hospital João Murilo de Oliveira
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
PC	Perímetro Cefálico
PN	Peso ao nascer
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
OMS	Organização Mundial da Saúde
RNPT	Recém-nascido Pré-termo
RN	Recém-nascido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 OBJETIVO.....	12
2.1 Objetivo Geral.....	12
2.2 Objetivos Específicos.....	12
3 JUSTIFICATIVA.....	13
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	14
4.1 Prematuridade.....	14
4.2 Crescimento do Recém-nascido Prematuro.....	15
4.3 Avaliação Nutricional.....	16
5 METODOLOGIA.....	19
5.1 Tipo e local de estudo.....	19
5.2 População e período de estudo.....	19
5.3 Critérios de elegibilidade.....	19
5.4 Coleta de dados.....	19
5.5 Definições e critérios estabelecidos.....	20
5.6 Aspectos éticos.....	21
6 RESULTADOS.....	22
7 DISCUSSÃO.....	26
8 CONCLUSÃO.....	28
REFERENCIAS.....	29
APÊNDICE.....	34
ANEXO.....	35

1 INTRODUÇÃO

A classificação de prematuridade dar-se a criança que nasceu com menos de 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia da última menstruação materna (RADES; BITTAR; ZUGAIB, 2004). O nascimento de crianças prematuras é considerada um problema de Saúde Pública, fator de grande morbi-mortalidade neonatal, principalmente em países em desenvolvimento (ESCOBAR; CLARK ; GREENE, 2006; CASCAES *et al.*, 2008).

Têm-se aproximadamente 13 milhões de nascimento de crianças prematuras em todo o mundo, com aumento destes números nos últimos anos (BECK *et al.*, 2010; CARDOSO-DERMANTINE *et al.*, 2011). Em países industrializados, o nascimento de crianças prematuras é responsável por 70% da mortalidade neonatal e 75% da morbidade neonatal (ESCOBAR, *et al.*, 2006; ANANTH, *et al.*, 2005 apud MARTINS *et al.*, 2011).

A origem da prematuridade é multifatorial, entre os fatores estão infecções maternas, estresse, distensão abdominal excessiva, baixo nível socioeconômico, alterações placentárias (placenta prévia e descolamento prematuro) e excesso de líquido amniótico, idade materna (maior incidência em mães mais jovens), porém, cerca de 40 a 50% dos casos de recém-nascidos prematuros são idiopáticos (BECK *et al.*, 2010; GRAVETT *et al.*, 2010 apud CARDOSO-DERMANTINE *et al.*, 2011).

O risco de mortalidade é expressivamente maior em crianças prematuras e com baixo peso ao nascer, comparando com recém-nascidas com peso superior ou igual a 2.500g e com duração da gestação maior ou igual a 37 semanas (KILSZTAJN *et al.*, 2003; CASCAES *et al.*, 2008).

Principalmente em prematuros, é de extrema importância acompanhar a taxa de crescimento nos primeiros anos de vida, através de medidas antropométricas periódicas, avaliadas em curvas-padrão (RUGOLO, 2005).

A avaliação nutricional é um instrumento essencial para avaliar a situação de saúde dos pacientes pediátricos, para se identificar um risco nutricional e realizar a monitorização contínua do crescimento das crianças. As medidas antropométricas são procedimentos simples e devem ser aplicadas de

maneira cuidadosa, padronizada. Utilizam-se os referenciais antropométricos, tabelas e gráficos, para avaliar as medidas antropométricas(SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

O acompanhamento dos parâmetros antropométricos, como aferição e registro periódico do peso, estatura e perímetro cefálico, contribui para promoção e proteção à saúde, através da detecção de crianças com maior risco de morbidade e mortalidade, diagnóstico e tratamento das alterações nutricionais (CARDOSO; FALCÃO, 2007; SASSÁ *et al.*, 2011).

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar o crescimento de recém-nascidos prematuros acompanhados no ambulatório do Hospital João Murilo de Oliveira - Vitória de Santo Antão.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a população estudada quanto as variáveis demográficas de nascimento;
- Avaliar as variáveis antropométricas das crianças ao nascimento, no primeiro e sexto mês de idade corrigida;

3 JUSTIFICATIVA

Visto que crianças prematuras estão mais susceptíveis a alterações estatural, desordens neurológicas, atraso de desenvolvimento e disfunções em órgão ou sistemas corporal, fica evidente a necessidade de estudar o crescimento de recém-nascidos pré-termos, de modo a detectar precocemente alterações pondero-estatural e evitar problemas de crescimento a longo prazo.

Assim, observa-se a importância deste estudo, para conhecer as características de crescimento desta população, vindo a contribuir para a redução dos indicadores de mortalidade infantil e servindo de subsídios para ações de promoção de saúde.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Prematuridade

A etiologia do nascimento prematuro não é bem conhecida, dentre os fatores de riscos destacam-se infecções, partos múltiplos, hipertensão induzida pela gravidez, tabagismo materno e uso de drogas ilícitas na gravidez, trabalho extenuante, baixo índice de massa corpórea, ganho de peso insuficiente na gravidez, reprodução assistida, estresse, colo uterino curto, intervalo interpartal curto, baixa escolaridade, raça negra e história anterior de nascimento pré-termo (KRAMER *et al.*, 2000 apud BETTIOL, 2010; BARBIERI; SILVA, 2010).

O parto prematuro pode acontecer por causas medicamente induzida ou espontâneas, sendo estas ocasionado por ruptura prematura das membranas ou por trabalho de parto prematuro (GOLDENBERG *et al.*, 2008 apud BETTIOL; BARBIERI; SILVA, 2010).

Os fatores mais comuns relacionados ao nascimento prematuro espontâneo é a história previa de trabalho de parto prematuro e o baixo nível socioeconômico da mãe. Entre 40% e 50% dos nascimentos prematuros são considerados idiopáticos (TUCKER; MCGUIRE, 2004; BECK *et al.*, 2010).

Os prematuros estão mais vulneráveis a fatores que podem comprometer seu crescimento, como limitação na oferta nutricional durante a internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a inadequação nutricional após a alta, morbidades e necessidade de reinternações nos primeiros anos, assim como uma baixa condição socioeconômica familiar e a má qualidade dos cuidados no lar (EHRENKRANZ, 2000; HEIRD, 2001; DUSICK *et al.*, 2003; CAMELO; MARTINEZ, 2005).

Para reduzir a variabilidade que existe devido ao rápido crescimento no último trimestre de gestação e desaceleração do crescimento após o termo, utiliza-se a idade corrigida, onde desconta-se da idade cronológica do prematuro, as semanas que faltam para a sua idade gestacional(IG) atingir 40 semanas, esta, exprime o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade. A idade cronológica possibilita uma avaliação mais acurada das taxas de crescimento pós-natal, sendo fundamental para o correto diagnóstico

do desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Embora não esteja totalmente elucidado até quando devemos corrigir a idade do prematuro, a maioria dos autores recomenda utilizar a idade corrigida na avaliação do crescimento e do desenvolvimento até os 2 anos de idade, para obter a expectativa real para cada criança, sem subestimar o prematuro (MARLOW, 2004 apud RUGOLO, 2005).

4.2 Crescimento do Recém-nascido Prematuro

O acompanhamento do crescimento em pediatria se mostra bem incorporada pelos profissionais de saúde, principalmente os de cuidados primários, que a reconhecem como rotineira e como um critério de avaliação de “boas condições de saúde”, mesmo não sendo esta uma tarefa simples, pois uma efetiva monitorização do crescimento requer uma antropometria precisa, acurada, com marcação de gráficos apropriados, correta interpretação e um plano de investigação para avaliar desvios (ANCHIETA, 2004).

A avaliação do crescimento do recém-nascido (RN) prematuro serve de embasamento para a situação de saúde, condição nutricional e prognóstico, no sentido de alcançar uma vida saudável e semelhante as demais crianças (XAVIER *et al.*, 1995).

Alguns fatores afetam o crescimento dos recém-nascidos prematuros, como: peso ao nascimento, idade gestacional, ingestão calórica, hereditariedade, doenças atuais, fatores ambientais e gravidade do quadro do período neonatal (XAVIER *et al.*, 1995).

O crescimento dos recém-nascidos prematuros seguem 4 fases, a primeira é a do retardo do crescimento, que ocorre logo após o nascimento, onde haverá um desvio do gasto energético para manter as funções vitais, ocorrendo perda de peso, sendo esta, inversamente proporcional a idade gestacional e ao peso ao nascer; Essa perda de peso assemelha-se com a perda de peso inicial do RN a termo sadio, porém com intensidade e duração inversamente relacionada a IG e ao peso ao nascimento (PN) e diretamente relacionada a gravidade do quadro do recém-nascido (HUYSMAN *et al.*, 2003)

A segunda fase é a de transição, havendo uma melhora no quadro do RN, manutenção nas intercorrências clínicas e evolução no aporte nutricional, cessando a perda de peso; Entre o 8º e o 24º dia de vida, o PN geralmente é recuperado(EUSER *et al.*, 2008).

A terceira fase é a de recuperação, conhecida como catch-up, onde há um crescimento acelerado, onde permite-se recuperar deficiência prévia, período que o RN cresce, evoluindo nas suas medidas antropométricas; o que permite, nos primeiros anos de vida, a equivalência em crescimento de crianças nascidas a termo(SAUER, 2007 apud RUGOLO, 2005).

A quarta fase é conhecida como a de equilíbrio, onde o crescimento do recém nascidopré-termo (RNPT) é compatível com a de um recém-nascido a termo. (CARDOSO-DEMARTINI *et al.*, 2011).

A probabilidade é que o catch-up de recém-nascidos prematuros com peso ao nascer adequado para a idade gestacional (AIG) ocorra entre 36 e 40 semanas de idade pós-concepcional, atingindo seu crescimento normal, nas curvas de referência até os 2-3 anos de idade. Geralmente, há o catch-up no perímetro cefálico primeiramente, seguido pelo comprimento e depois pelo peso (ANCHIETA *et al.*, 2004; HACK, 1997; RUGOLO, 2005).

Os recém-nascidos pequenos para idade gestacional (PIG) merecem uma vigilância especial devido ao possível efeito deletério da restrição do crescimento intra-uterino no crescimento pós-natal do prematuro nos primeiros meses de vida (HACK, 1997).

Prematuros de extremo baixo peso, geralmente recuperam o peso de nascimento em torno da terceira semana de vida, e depois evoluem com velocidade de crescimento semelhante à da vida intra-uterina, eles podem ser menores, durante a infância, que crianças nascidas a termo, o que pode estar relacionado com um catch-up tardio do crescimento entre 8 e 14 anos de idade. (EHRENKRANZ, 2000; RUGOLO, 2005).

4.3 Avaliação Nutricional

A avaliação nutricional compreende, além da anamnese e exame físico, parâmetros antropométricos, bioquímicos e avaliação da composição corpórea,

porém devido à limitação de métodos laboratoriais e de estudos da composição corpórea, a avaliação do estado nutricional do recém-nascido fundamenta-se principalmente, em parâmetros antropométricos, como peso, comprimento, perímetros cefálico e braquial e dobras cutâneas (CARDOSO; FALCÃO, 2007; BROCK; FALCÃO, 2008).

O ideal é que o crescimento não seja avaliado com base em uma única avaliação antropométrica, pois as medidas obtidas em uma determinada idade caracterizam apenas o status de crescimento da criança naquele momento específico. Principalmente nos prematuros, é muito importante monitorar o crescimento nos primeiros meses e anos de vida, por meio de medidas periódicas avaliadas quanto a sua evolução em curvas-padrão, específicas para a faixa etária e sexo, e geralmente expressa em percentis (RUGOLO, 2005).

O comprimento é a medida antropométrica indicada para avaliação do crescimento linear da criança, sendo o menos afetado em casos de desnutrição da criança (BROCK; FALCÃO, 2008).

O perímetro braquial serve de parâmetro de avaliação do estado nutricional, demonstrando a massa muscular e a quantidade de gordura do braço da criança (FALCÃO, 2000).

O peso é a medida antropométrica mais utilizada na avaliação nutricional de recém-nascidos e crianças e está densamente relacionado ao crescimento. Ao nascimento, varia de acordo com a idade gestacional e em função da quantidade de água corpórea total. É uma medida de fácil obtenção, facilmente reproduzível, e a medida de maior sensibilidade às variações agudas do estado nutricional. Contudo, a acurácia da medida pode ser prejudicada por materiais ligados ao corpo do recém-nascido no momento da aferição (BROCK; FALCÃO, 2008).

O peso é uma medida que deve ser considerada desde a vida intrauterina, como parâmetro para o diagnóstico de alterações no crescimento e desenvolvimento fetal; (BROCK; FALCÃO 2008).

O peso insuficiente ao nascer, representa um importante fator de risco para diversos problemas de saúde da criança, como doenças infecciosas (sobretudo diarreia), infecções respiratórias agudas e atraso no crescimento e

desenvolvimento, além de uma taxa excessiva de mortalidade infantil (MOTTA *et al*, 2005)

O perímetro cefálico é um importante indicador para avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças, principalmente para acompanhamento das nascidas prematuras, ele mostra de forma indireta o crescimento cerebral, nos dois primeiros anos de vida, portanto, é uma importante medida para avaliar o crescimento e o desenvolvimento, especialmente em crianças nascidas prematuras (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

A medição e o acompanhamento do perímetro cefálico (PC) constituem os métodos mais simples, baratos, rápidos e disponíveis que contribuem para avaliar o desenvolvimento do sistema nervoso central e reconhecer recém-nascidos com possíveis riscos futuros de alterações do neurodesenvolvimento (GARCIA-ALIX *et al.*, 2004).

A medida do PC até os seis meses de idade, tem relação direta com o tamanho do encéfalo e o seu aumento proporcional indica crescimento adequado e melhor prognóstico neurológico. A medida antropométrica é a menos afetada por uma nutrição inadequada e é a primeira a crescer quando se atinge uma oferta protéico-calórica ideal. Além disso, é a medida mais poupada em casos de restrição nutricional e, portanto, um indicador menos sensível de desnutrição (BROCK; FALCÃO 2008).

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo e local de estudo

A presente pesquisa caracteriza-se por um estudo epidemiológico, do tipo transversal, retrospectivo e descritivo realizado no Hospital João Murilo de Oliveira (HJMO) e em seu ambulatório Dr. Jodalvo Sampaio, no município de Vitória de Santo Antão.

O hospital João Murilo de Oliveira contém 93 leitos, sendo 21 de obstetrícia, 13 de pediatria, 21 de clínica médica, 11 de berçário, 05 de pré-parto, 10 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e 10 de Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal, onde são realizados procedimentos de média e alta complexidade. A unidade neonatal do Hospital João Murilo está em funcionamento desde setembro de 2012, sendo a primeira Unidade de Terapia Intensiva Neonatal da Zona da Mata Sul de Pernambuco, possibilitando, assim, o atendimento de partos de alta complexidade, que antes eram encaminhados para a Região Metropolitana do Recife.

5.2 População e período de estudo

A amostra foi constituída por crianças prematuras nascidas e acompanhadas no Hospital João Murilo de Oliveira e Ambulatório Dr. Jodalvo Sampaio- Vitória de Santo Antão, no ano de 2012 a 2014.

5.3 Critérios de elegibilidade

Foram incluídos todos os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 37 semanas, nascidos no Hospital João Murilo de Oliveira e que retornaram as consultas no Ambulatório, e excluídos os recém-nascidos com patologia que interfira no seu crescimento, como má formação, hidrocefalia, infecções congênitas, hidropsia fetal e afecção neurológica grave.

5.4 Coleta dos dados

Os dados foram coletados diretamente dos prontuários das crianças, com auxílio de um questionário (Apêndice A), elaborado para a pesquisa.

Neste, constam informações (nome do paciente, procedência, idade materna, data de nascimento, sexo, idade gestacional, peso, comprimento e perímetro cefálico).

5.5 Definições e critérios estabelecidos

Foram considerados recém-nascidos prematuros, todos os nascidos vivos com menos de 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia da última menstruação (RADES *et al.*, 2004). Conforme a idade gestacional é classificado pós-termo, crianças nascidas com idade gestacional ≥ 42 semanas de gestação, termo, de 37 a 41 semanas, pré-termo < 37 semanas e, imaturidade extrema, < 28 semanas de gestação (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2009).

A classificação do peso ao nascimento para recém-nascidos pré-termo, foi realizada segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009. Considera-se como RN com peso extremamente baixo, os que apresentarem peso inferior a 1000g, baixo peso ao nascer, de 1000 a 2499 g, peso insuficiente de 2.500 a 2.999 g, peso adequado 3.000 a 4.499 g, e tamanho excessivamente grande maior que 4.500 g.

Para avaliação do peso para idade gestacional, os RN foram classificados em: recém-nascido Grande para a Idade Gestacional (GIG) aqueles com o peso acima do percentil 90, RN Adequado para a Idade Gestacional (AIG) os que apresentaram peso entre o percentil 10 e 90 e RN Pequeno para a Idade Gestacional (PIG) os recém-nascidos com o peso abaixo do percentil 10 (FENTON; KIM, 2013).

Para o acompanhamento do crescimento do RNPT, ao nascimento e primeiro mês de vida, utilizou-se as curvas de Fenton e Kim(2013), que proporcionam valores próximo ao padrão para avaliar desde as 24 semanas de gestação, quer o estado de nutrição intra-uterino, quer o crescimento pós-natal até às 50 semanas pós-concepcionais. São específicas para o gênero e estratificadas em percentis (3 a 97), permitindo quantificar desvios acima ou abaixo do expectável. Utilizando os seguintes pontos de corte para peso,

comprimento e perímetro cefálico: <3º percentil muito baixo para idade, 3º-10º percentil baixo para idade, 10º-90º percentil adequado para idade, 90º-97º percentil elevado para idade e >97º percentil muito elevado para idade.

Para o diagnóstico nutricional ao sexto mês de idade corrigida, foram utilizados os índices antropométricos de peso para idade, comprimento para idade, perímetro cefálico para idade e Índice de massa corporal (IMC) para idade, de acordo com as curvas de crescimento publicadas pela OMS em 2006, para crianças de 0 a 5 anos.

Para o diagnóstico do peso para idade foram considerados <-3 escores z peso muito baixo para idade, ≥ -3 e < -2 escores z peso baixo para idade, ≥ -2 e $\leq +2$ escores z peso adequado para a idade, >+2 escores z peso elevado para a idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O ponto de corte do comprimento para idade é < -3 escores z comprimento muito baixo para idade, ≥ -3 e < -2 escores z comprimento baixo para idade, ≥ -2 e $\leq +2$ escores z comprimento adequado para idade e > +2 escores z comprimento elevado para idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para o perímetro cefálico, considerou-se > +2 escores z PC acima do esperado para idade, $\leq +2$ e ≥ -2 escores z PC adequado para idade e < -2 escores z PC abaixo do esperado para idade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Para análise do IMC para idade, considera-se com magreza acentuada as crianças que apresentarem < -3 escores z, magreza ≥ -3 e < -2 escores z, IMC adequado ≥ -2 e $\leq +1$ escores z, risco de sobrepeso > +1 e $\leq +2$ escores z, sobrepeso >+2 e $\leq +3$ escores z e obesidade > +3 escores z (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

5.6 Aspectos éticos

Esta pesquisa possui a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, de acordo com a Resolução no 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, número do parecer: 1.134.849 (ANEXO A).

6 RESULTADOS

Foram estudados 36 recém-nascidos prematuros com idade gestacional menor do que 37 semanas, os dados foram coletados em três momentos, ao nascimento, no primeiro e sexto mês de vida.

A tabela 1 apresenta as características demográficas analisadas, observa-se maior ocorrência do gênero feminino entre os RNPT e idade materna predominantemente adulta.

Tabela 1 – Características demográficas dos prematuros atendidos no HJMO, Vitória de Santo Antão-PE, 2012-2014

Variáveis Demográficas	n	%
Sexo		
Masculino	17	47,2
Feminino	19	52,8
Idade Materna		
Adolescente	7	19,4
Adulta	29	80,6

Segundo o peso ao nascimento, todos os RNPT nasceram com o peso abaixo do recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Conforme a curva de crescimento de Fenton, ao nascimento e ao 1 mês de idade corrigida, grande parte dos RNPT foram classificados em adequados para idade quanto as variáveis de peso, comprimento e perímetro cefálico, como pode ser observado nas tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Características antropométricas ao nascimento dos prematuros atendidos no HJMO, Vitória de Santo Antão- PE, 2012-2014

Variáveis Antropométricas	N	%
Peso ao Nascer		
Peso Extremamente Baixo	6	16,7
Baixo Peso ao Nascer	30	83,3
Peso para a idade gestacional		

PIG	6	16,7
AIG	30	83,3
Comprimento		
<3° percentil	4	11,11
3°-10° percentil	3	8,33
10°-50° percentil	18	50
50°-90° percentil	10	27,78
>97° percentil	1	2,78
Perímetro Cefálico		
<3° percentil	7	19,44
3°-10° percentil	4	11,11
10°-50° percentil	7	19,44
50°-90° percentil	15	41,67
90°-97° percentil	1	2,78
>97° percentil	2	5,55

*PIG = Pequeno para Idade Gestacional; AIG = Adequado para Idade Gestacional

Tabela 3 – Características antropométricas ao primeiro mês de idade corrigida dos prematuros atendidos no HJMO, Vitória de Santo Antão- PE, 2012-2014

Variáveis Antropométricas	n	%
Peso		
<3° percentil	10	27,78
3°-10° percentil	2	5,55
10°-50° percentil	13	36,11
50°-90° percentil	7	19,44
90°-97° percentil	2	5,55
>97° percentil	2	5,55
Comprimento		
<3° percentil	8	22,22
3°-10° percentil	1	2,78

10°-50° percentil	16	44,44
50°-90° percentil	9	25
90°-97° percentil	2	5,55
Perímetro cefálico		
<3° percentil	1	2,78
3°-10° percentil	2	5,55
10°-50° percentil	12	33,33
50°-90° percentil	13	36,11
90°-97° percentil	5	13,89
>97° percentil	3	8,33

Com relação as características antropométricas ao sexto mês de idade corrigida, visto na tabela 4, observou-se um crescimento satisfatório das crianças, visto que a maior parte apresentou peso, comprimento, perímetro cefálico e IMC adequados para idade.

Tabela 4 – Características antropométricas aos seis meses de idade corrigida dos prematuros atendidos no HJMO, Vitória de Santo Antão- PE, 2012-2014

Variáveis Antropométricas	n	%
Peso por Idade		
0 e $\leq$ +2 escores z	13	36,11
0 e $\geq$ -2 escore z	19	52,78
$\geq$ -3 e $<$ -2 escores z	4	11,11
Comprimento por Idade		
0 e $\leq$ +2 escores z	14	38,89
0 e $\geq$ -2 escores z	18	50
$\geq$ -3 e $<$ -2 escores z	1	2,78
$<$ -3 escores z	3	8,33
Perímetro cefálico por Idade		
$>$ +2 escores z	4	11,11
$\leq$ +2 e 0 escores z	18	50
0 $\geq$ -2 escores z	12	33,33

<-2 escores z	2	5,56
IMC		
> +3 escores z	2	5,56
$\leq +3$ e $> +2$ escores z	1	2,78
$\leq +2$ e $> +1$ escores z	5	13,89
$\leq +1$ e 0 escores z	8	22,22
0 e ≥ -2 escores z	18	50
< -2 e ≥ -3 escores z	1	2,78
< -3 escores z	1	2,78

7 DISCUSSÃO

A avaliação nutricional do recém-nascido é tarefa difícil e necessária em uma unidade de terapia intensiva neonatal, principalmente quando se trata de prematuros, uma vez que nasceram antes do período de maior crescimento somático e de depósitos de nutrientes, como glicogênio, proteínas, gorduras, vitaminas, microelementos e minerais. Diante desta assertiva, a avaliação nutricional torna-se peça fundamental na rotina diária dessas crianças (CARDOSO; FALCÃO, 2007).

Concordando com os nossos achados, Lopes *et al.* (2010) e Ramos e Cuman (2009), também encontraram que mais da metade dos bebês prematuros estudados eram do sexo feminino. Porém, esta variável não apresentou relevância em seus estudos, pois os riscos da prematuridade encontrados foram ocasionados, em sua maioria, por fatores externos ou associados a condições patológicas da mãe. Ou seja, fatores intrínsecos ao bebê, como o sexo, não determinaram a ocorrência do risco para o nascimento prematuro.

Com relação à idade materna e partos prematuros, enquanto alguns estudos evidenciam que entre as adolescentes ocorre um elevado número de complicações obstétricas e perinatais, tais como baixo peso ao nascer, parto pré-termo, amniorrexe prematura, pré-eclâmpsia e diabetes gestacional. Outros sugerem que os resultados adversos descritos nesta população traduzem mais as condições sociais e de saúde às quais a jovem mãe encontra-se submetida, que propriamente o status adolescente (BELO; SILVA, 2004; GAMA *et al.*, 2001).

Lopes *et al.* (2010), Silva *et al.* (2009) e Madi *et al.* (2012) observaram em seus estudos que a maior parte das mães eram adultas, não sendo observado associação entre a interrupção prematura da gestação e variável de idade materna. Essa tendência também foi encontrada no presente trabalho, visto que 80,6% das mães dos prematuros eram adultas.

Em nosso estudo, todos os RNPT apresentaram baixo peso ao nascer, justificável porque os prematuros são privados de um período crítico de crescimento intrauterino acelerado, o terceiro trimestre de gestação, onde há

um pico de ganho de peso e de reserva de energia e nutrientes (EMBLETON, 2001 apud RUGOLO 2005).

Com relação ao peso para idade gestacional, comprimento e perímetro cefálico ao nascer, a maior parte dos recém-nascidos apresentaram-se adequados, o que demonstra que estes estavam com um bom desenvolvimento fetal, sem restrição de crescimento intra-uterino; corroborando com estudo de Santiago et al. (2014) que identificou 86,4% dos pacientes prematuros ao nascimento AIG, 9%PIG, e 4,5% GIG segundo, a classificação de Fenton.

Foi diagnosticado também que 16,7% dos RNPT ao nascer eram pequenos para idade gestacional; as possíveis causas para o nascimento de RN PIG são insuficiência placentária, baixa ingestão calórica ou baixo ganho de peso na gravidez ou pré-gestacional, tabagismo materno e baixa estatura dos pais (ZAMBONATO, 2004).

No estudo de Anchieta *et al.*, (2004) 340 RNPT foram avaliados semanalmente para verificar a dinâmica do crescimento deste grupo graficamente. Houve perda inicial de peso e subsequente ganho, os quais são inversamente proporcionais ao peso de nascimento. Foi comparado também o crescimento dos RN AIG e PIG em relação ao peso, perímetro cefálico e comprimento. Observou-se que o crescimento desses RN graficamente é bastante semelhante, embora os RNPIG percam menos peso, recuperem o peso de nascimento mais rapidamente e apresentem médias de perímetro cefálico maiores que os adequados. Já o crescimento somático do comprimento, foi muito semelhante entre adequados e pequenos para a idade gestacional e o ganho de perímetro cefálico foi inversamente proporcional ao peso de nascimento em ambos os grupos.

Observa-se uma boa recuperação dos parâmetros antropométricos do nascimento ao sexto mês de idade corrigida da criança, observando que a maior parte dos prematuros estavam adequados quanto as variáveis de crescimento estudados. Possivelmente este bom crescimento está associado a um adequado aporte nutricional oferecido a estas crianças durante o internamento e posterior orientações durante o acompanhamento no ambulatório e todo o manejo clínico oferecido pelo HJMO.

8 CONCLUSÃO

Com os achados deste estudo, pode-se concluir que os prematuros apresentam crescimento satisfatório quando analisados em curvas de crescimento específicas e com a idade gestacional corrigida. Sendo indispensável oferecer aos recém-nascidos prematuros as condições necessárias de suporte ao seu crescimento.

O reconhecimento da importância da avaliação do estado nutricional e da necessidade de monitorização dos RNPT, é fundamental para ter-se um diagnóstico da situação de crescimento da criança, e intervir precocemente para o seu melhor desenvolvimento.

É preciso estar atento ao crescimento enquanto prática médicas e nutricionais nas unidades neonatais e implementar estratégias de assistência, em nível de uma política de saúde pública.

REFERÊNCIAS

ANANTH, C. V.; JOSEPH, K. S.; DEMISSIE, K.; VINTZILEOS, A. M. Trends in twin preterm birth subtypes in the United States, 1989 through 2000: impact on perinatal mortality. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, v.193, n. 2, p. 1076-82, 2005. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16157115>>. Acesso em: 25 abr 2015.

ANCHIETA, L. M.; XAVIER, C. C.; COLOSIMO, E. A. Crescimento de recém-nascidos pré-termo nas primeiras 12 semanas de vida. **Jornal de Pediatria**. v. 80, p.267-76, 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572004000500005&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jan 2015

BECK, S; WOJDYLA, D.; SAY, L.; BETRAN, A. P. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bull World Health Organ**, v. 88, n. 1, p. 31-8, 2010.Disponívelem: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554/en/>>. Acesso em: 16 mar 2015.

BELO, M. A. V.; SILVA, J. L. P. Conhecimento, atitude e prática sobre métodos anticoncepcionais entre adolescentes gestantes. **Revista de Saúde Pública**. V.38, n. 4, p. 479-87, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000400001>. Acesso em: 20 fev 2015.

BETTIOL, H; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. V.32, n.2, p.57-60, 2010.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n2/v32n2a01.pdf>>. Acesso em: 20 fev 2015.

BROCK, R. S.;FALCÃO, M. C. Avaliação nutricional do recém-nascido: limitações dos métodos atuais e novas perspectivas. **Revista Paulista de Pediatria**. V.26, n. 1, p.70-76, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n1/a12v26n1.pdf>>. Acesso em: 10 nov 2014.

CAMELO, J. S.; MARTINEZ, F. E. Dilemas nutricionais no pré-termo extremo e repercussões na infância, adolescência e vida adulta. **Jornal de Pediatria**. V. 81, n. 8, p.33-42, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000200005>. Acesso em: 13 jan 2015.

CARDOSO, L. E. B.; FALCÃO, M. C. Importância da avaliação nutricional de recém-nascidos pré-termo por meio de relações antropométricas. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 25, n. 2, p.135-41, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822007000200007>. Acesso em: 07 nov 2015.

CASCAES, A.M.; GAUCHE, H.; BARAMARCHI, F. M.; BORGES, C. M.; PERES, K. G. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p.1024-32, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n5/09.pdf>>. Acesso em: 20 fev 2015.

CARDOSO-DEMARTINI, A. A.; BAGATIN, A.C.; SILVA, R. P. G. V. C; BOGUSZEWSKI, M. C. S. Crescimento de crianças nascidas prematuras. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia**, v.55, n. 8, p. 534-40, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abem/v55n8/06.pdf>>. Acesso em: 10 dez 2014.

DUSICK, A. M.; POINDEXTER, B. B.; EHRENKRANZ, R. A.; LEMONS, J. A. Growth failure in the preterm infant: can we catch-up?. **Seminars in Perinatology**, v.27, n. 6, p. 302-10, 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14510321>>. Acesso em: 13 abr 2015.

EHRENKRANZ, R. A. Growth outcomes of very low-birth weight infants in the newborn intensive care unit. **Clinics Perinatol**. V.27, n. 4, p. 325-45. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10863653>>. Acesso em: 10 jan 2015.

EUSER, A. M.; WIT, C. C.; FINKEN, M. J.; RIJKEN, M; WITE, J. M. Growth of preterm born children. **Hormone Reserach in pediatrics**. V.70, n. 6, p. 319-28, 2008. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18953169>>. Acesso em: 10 jan 2015.

ESCOBAR, G. J; CLARK, R. H.; GREENE, J. D. Short-term outcomes of infants born at 35 and 36 weeks gestation: we need to ask more questions. **Seminars in Perinatology**, v. 30, p. 28-33, 2006. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16549211>>. Acesso em: 22 fev 2015.

HEIRD, W. C. Determination of nutritional requirements in preterm infants, with special reference to “catch-up” growth. **Seminrs Neonatoly** V.6, n. 5, p.365-75, 2001. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11988026>>. Acesso em: 10 jan 2015.

FALCÃO, M. C. Avaliação nutricional do recém-nascido. **Pediatria**. V. 22, n. 3, p.233-239, 2000. Disponível em: <http://www.exporting.com.br/port/downloads/477.pdf>>. Acesso em: 16 out 2014.

FENTON, T. R.; KIM, J. H. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. **BMC Pediatrics**. V. 13, n. 59, 2013. Disponível em: <https://escholarship.org/uc/item/3p063350#page-6>>. Acesso em: 19 abr 2015.

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C.; THEME, M. M. Gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996-1998. **Revista de Saúde Pública**. V. 35, n. 1, p.74-80, 2001. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-89102001000100011&script=sci_arttext. Acesso em: 18 jan 2015.

GARCÍA-ALIX, A.; PIPAÓN, M. S.; MARTÍNEZ, M.; SALAS-HERNÁNDEZ, S.; QUERO, J. Utilidad del perímetro cefálico em el reciénnacido para anticipar problemas em el neurodesarrollo. **Revista Neurol**. V.39, p. 548-54, 2004. Disponível em: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3906/r060548.pdf>>. Acesso em: 08 dez 2014.

HUYSMAN, W. A.; RIDDER, M; BRUIN, N. C.; HELMOND, G.; TERPSTRA, N.; GOUDOEVER, J. B.; SAUER, P.J. Growth and body composition in preterm infants with bronchopulmonary dysplasia. **ArchDisChild Fetal Neonatal**. V. 88, n. 1, p.46-51, 2003.

KILSZTAJN, S.; ROSSBACH, A.; CARMO, M. S. N.; SUGAHARA, G. T. L. Assistência pré-natal, baixo peso e prematuridade no Estado de São Paulo, 2000. **Revista de Saúde Pública**. V. 37, p. 303-10, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n3/15857.pdf>. Acesso em: 29 nov 2014.

LOPES, M. C. L.; SANTANDER, C. A.; MARCON, S. S. Acompanhamento dos recém nascidos de risco de uma unidade básica de saúde de Maringá-PR. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v. 11, n. 1, p. 114-124, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/354>>. Acesso em: 09 mar 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**. Brasília: MS, 2011. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos>. Acesso em: 10 de out 2014.

MADI, J. M.; ARAÚJO, B.F.; ZATTI, H.; ROMBALDI, R. L.; LORENCETTI, J. Avaliação dos fatores associados à ocorrência de prematuridade em um hospital terciário de ensino. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**. V. 56, n.2, p.111-118, 2012. Disponível em: <<http://www.amrigs.com.br/revista/56-02/original2.pdf>>. Acesso em: 16 nov 2014.

MOTTA, M. E F. A.; SILVA, G. A. P.; ARAÚJO, O. C.; LIRA, P. I.; LIMA, M. C. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida?. **Jornal de Pediatria**. V. 81, n.5, p. 377-382, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000600007. Acesso em: 16 jan 2015.

RADES, E; BITTAR, R. E; ZUGAIB, M. Determinantes diretos do parto prematuro eletivo e os resultados neonatais. **RBGO**. v. 26, n. 8, p. 655- 662, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S01002032004000800010&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 14 out 2014.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.2, p. 297-304, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09>>. Acesso em: 13 jan 2015.

RUGOLO, L. M. S. S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 1(supl), p. 101-10, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000200013>. Acesso em: 13 out 2014.

SASSÁ, A. H.; HIGARASHI, I. H.; BERCINI, L. O.; ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. Bebê de risco: acompanhando o crescimento infantil no primeiro ano de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 24, n. 4, p. 541-9, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002011000400015>. Acesso em: 25 fev 2015.

SILVA, L.A.; SILVA, R. G. A.; ROJAS, P. F. B.; LAUS, F. F. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**. V. 53, n.4. p. 354-360, 2009. Disponível em: http://www.amrigs.com.br/revista/53-04/08-445_fatores_de_risco.pdf. Acesso em: 02 mar 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Avaliação nutricional da criança e do adolescente**: manual de orientação. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf>>. Acesso em: 29 ago 2014.

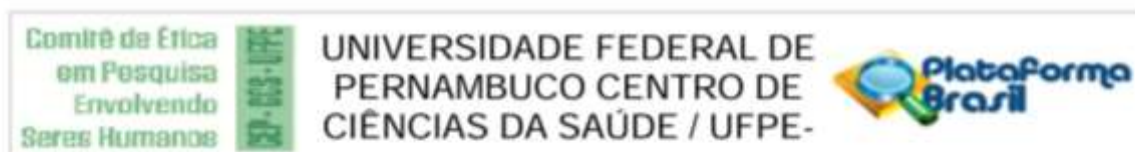
TUCKER, J; MCGUIRE, W. Epidemiology of preterm birth. **BMJ**, v.329, p. 675-8, 2004. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC517653/>>. Acesso em: 26 fev 2015.

XAVIER, C. C.; ABDALLAH, V. O. S.; SILVA, B. R.; MUCILLO, G.; JORGE, S. M.; BARBIERI, M. A. Crescimento de recém-nascidos pré-termo. **Jornal de Pediatria**. V. 71, n.1, p. 22-27 1995. Disponível em:<<http://www.jped.com.br/conteudo/95-71-01-22/port.pdf>>. Acesso em: 26 jan 2015.

ZAMBONATO, A. M. K.; PINHEIRO, R. T.; HORTA, B. L.; TOMASI, E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. **Revista de Saúde Pública**. V. 38, n.1, p. 24-9, 2004. Acesso em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102004000100004>. Acesso em: 10 maio 2015.

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DO INTERIOR DE PERNAMBUCO

Pesquisador: Érika Michelle Correia de Macêdo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 46095815.2.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.134.849

Data da Relatoria: 01/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Nutrição do CAV da acadêmica Mayara Isabelle Sena da Cunha, sob orientação da Profª Erika Michelle Correia de Macedo.

Objetivo da Pesquisa:

PRIMÁRIO - Avaliar o crescimento de recém-nascidos prematuros acompanhados no ambulatório do Hospital João Murilo de Oliveira - Vitória de Santo Antão.

SECUNDÁRIO:

1. Caracterizar a população estudada quanto as variáveis demográficas, de gestação e de nascimento;
2. Avaliar o estado nutricional das crianças mensalmente;
3. Verificar mensalmente o tipo de alimentação das crianças;
4. Associar o crescimento dos recém-nascidos com o tipo de alimentação e com as variáveis de gestação e de nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS - O possível risco da pesquisa é o extravio dos dados dos pacientes durante a coleta e armazenamento das informações referente à pesquisa. Para evitar tal risco, os dados serão

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.134.849

armazenados sob responsabilidade dos pesquisadores e apenas os mesmos terão acesso aos dados, evitando o acesso de terceiros.

BENEFÍCIOS: Com relação ao benefício, este estudo permitirá o conhecimento das características de crescimento das crianças nascidas prematuras, e a partir dos resultados da pesquisa, promover estratégias de saúde voltada para um crescimento adequado e saudável desta população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa caracteriza-se por um estudo epidemiológico, do tipo transversal, retrospectivo, que será realizada no Ambulatório Dr Jodalvo Sampaio, do Hospital João Murilo, no município de Vitória de Santo Antão. A amostra será constituída por todas as crianças prematuras atendidas no ano de 2014 no Ambulatório Dr. Jodalvo Sampaio, nascidas no Hospital João Murilo de Oliveira - Vitória de Santo Antão. O estudo será realizado com as crianças que foram atendidas, pelo menos durante 6 meses, no período de janeiro a dezembro de 2014. Os dados serão coletados diretamente dos prontuários das crianças, com auxílio de um questionário, elaborado para a pesquisa quanto a identificação do paciente, procedência, data de nascimento, sexo, tipo de parto, idade gestacional, peso ao nascer em gramas, comprimento ao nascer em centímetros, perímetro cefálico ao nascer em centímetros, perímetro braquial ao nascer em centímetros e perímetro torácico ao nascer em centímetros. Serão considerados recém-nascidos prematuros todos os nascidos vivos com menos de 37 semanas completas de gestação, contadas a partir do primeiro dia da última menstruação. Serão excluídos prontuários de recém-nascidos com patologia que interfira no seu crescimento, como má formação, hidrocefalia, infecções congênitas, hidropisia fetal, afecção neurológica grave.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados e estão adequados.

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

**Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-**



Continuação do Parecer: 1.134.849

Considerações Finais a critério do CEP:

O Protocolo foi avaliado na reunião do CEP e está APROVADO para iniciar a coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

RECIFE, 02 de Julho de 2015

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

Bairro: Cidade Universitária

CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br