

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

ROBERTA RANIELLE DA SILVA PAIVA

**PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO EM PREMATUROS MENORES DE 06 MESES DE
IDADE CORRIGIDA: um estudo transversal.**

Vitória de Santo Antão

2017

ROBERTA RANIELLE DA SILVA PAIVA

**PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO EM PREMATUROS MENORES DE 06 MESES DE
IDADE CORRIGIDA: um estudo transversal.**

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. Michelle Figueiredo Carvalho.

Vitória de Santo Antão

2017

Catálogo na Fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE. Biblioteca Setorial do CAV.
Bibliotecária Fernanda Bernardo Ferreira, CRB15/797

P142p Paiva, Roberta Ranielle da Silva.
Práticas de alimentação em prematuros menores de 06 meses de idade corrigida: um estudo transversal / Roberta Ranielle da Silva Paiva. - Vitória de Santo Antão, 2017.
79 folhas.

Orientadora: Michelle Figueiredo Carvalho.
TCC (Bacharelado em Nutrição) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2017.
Inclui referências e apêndices.

1. Aleitamento. 2. Diluição. 3. Prematuridade. I. Carvalho, Michelle Figueiredo (Orientadora). II. Título.

649.33 CDD (23.ed.)

BIBCAV/UFPE-160/2017

Folha de aprovação

Nome do aluno(a): Roberta Ranielle da Silva Paiva

Titulo: PRÁTICAS DE ALIMENTAÇÃO EM PREMATUROS MENORES DE 06 MESES DE IDADE CORRIGIDA: um estudo transversal.

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

Data: 06 de julho de 2017

Nota:

Banca Examinadora:

Ana Karla da Silva França

Andressa Laís Ferreira Silva

(Nutricionista Residente do Hospital Barão de Lucena)

Pof^a Silvia Alves da Silva

(Universidade Federal de Pernambuco-CAV)

Dedico este trabalho à minha maior incentivadora e educadora da vida, uma das minhas mães de criação; madrinha; professora e mestre, Josely Henriques.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente meu agradecimento a Deus.

À orientadora Prof.^a, Dra. Michelle Carvalho, pelo acolhimento, por seu exemplo de dedicação profissional, meu reconhecimento, carinho e gratidão.

À Antônio Leite pela disponibilidade para tentativa de uma análise estatística qualitativa para este trabalho.

À Camila Paiva pelo acolhimento do projeto em sua rotina de trabalho, oferecendo todo o apoio necessário.

À Diretoria do Hospital João Murilo de Oliveira por permitir a realização da pesquisa.

Aos colegas de pesquisa, pela experiência compartilhada.

Às mães que aceitaram participar do projeto mesmo diante de toda dedicação de tempo aos seus pequenos.

À minha família, em especial aos meus pais, Roberto e Sônia; minha avó Aurelina, minhas irmãs Rafaelle, Fernanda e Eduarda, minha tia Cássia e meus padrinhos (de vida e educação escolar) Josely e Augusto. Sem vocês nada faria sentido.

Ao meu noivo Luan, meu companheiro e amigo, por todo incentivo no decorrer da pesquisa e do curso, pelas caronas nas coletas e principalmente por toda paciência e compreensão. Obrigada por enfrentar mais essa etapa comigo.

Aos meus amigos, os de perto e os de longe.

A tantas outras pessoas que contribuíram de alguma forma para realização desta etapa, meu muito obrigada!

“Ser autor da nossa própria história é o nosso mais solene direito e o nosso mais importante desafio.”

(Augusto Cury)

RESUMO

O nascimento pré-termo é aquele que antecede as 40 semanas gestacionais previstas, acontecendo dessa forma com menos de 37 semanas de gestação. No qual, nos últimos anos tem ocorrido um aumento notável em seus nascimentos no âmbito mundial com incidência de 11,1% e nacional de 12,4%. Diante disso a neonatologia tem enfrentado um novo desafio que é promover um aporte nutricional adequado a esses recém-nascidos pré-termo, para que não ocorra o comprometimento do crescimento e o desenvolvimento pós natal dessas crianças. Nesse contexto, o presente estudo objetivou avaliar as práticas de alimentação de prematuros menores de 6 meses de idade corrigida acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco. Trata-se de um estudo de coorte prospectivo envolvendo binômios mães-bebês de prematuros internados no Hospital João Murilo de Oliveira durante o período de setembro de 2016 a maio de 2017, e em segundas eram acompanhadas no ambulatório de egresso. Obteve-se dentre os resultados que, antecedendo o sexto mês de vida 66,6% dos prematuros estudados, já possuíam como prática alimentar o aleitamento artificial, sendo este de uso único ou associado com o aleitamento materno caracterizando o aleitamento materno misto. A utilização das fórmulas infantis industrializadas ultrapassou com maior frequência o leite de vaca para substituição e/ou complementação do leite materno. Quanto a inclusão da adição do óleo em 3%, necessário para a devida correção da deficiência de energia e ácidos graxos essenciais no preparo do leite de vaca para crianças menores de 4 meses, verificou-se que nenhuma das mães utilizava o mesmo. Concluiu-se que, além de todas as adversidades que a competem diante do nascimento prematuro, ainda assim estão sendo submetidas a iniciarem a vida diante da exposição ao maior risco à saúde relacionada atual desmame precoce; baixa prevalência de aleitamento materno; elevada utilização de fórmulas infantis, como também incorreta diluição do leite de vaca oferecido.

Palavras-chave: Aleitamento. Diluição. Fórmula infantil. Prematuridade.

Abstract

Preterm birth is considered to be less than 37 weeks' gestation. In recent years there has been a notable increase in their births worldwide with an incidence of 11.1% and a national of 12.4%. In view of this, neonatology has faced a new challenge that is to promote an adequate nutritional contribution to these preterm infants, so as not to compromise the growth and postnatal development of these children. In this context, the present study aims to evaluate the practices Of preterm infants under 6 months of age were followed up at an outpatient clinic at a referral hospital for self-risk gestation. This is a prospective cohort study involving mothers-babies binomials of premature infants admitted to the João Murilo de Oliveira Hospital during the period from September 2016 to May 2017, and followed up at the outpatient clinic. It was obtained from the results that, prior to the sixth month of life, 66.6% of the preterm infants studied had artificial feeding as a feeding practice, being this single use or associated with breastfeeding characterizing mixed breastfeeding. The use of industrialized infant formulas more frequently exceeded cow's milk for breast milk substitution and / or supplementation. Regarding the inclusion of 3% oil addition, necessary for correct correction of energy deficiency and essential fatty acids in the preparation of cow's milk for children under 4 months, it was verified that none of the mothers used the same. It was concluded that, in addition to all the adversities that compete with it, they are being submitted to start life in the face of exposure to the greatest health risk related to both the decrease or absence of breastfeeding and its benefits, as well as the type and preparation of milk offered .

Keywords: Lactation. Dilution. Infant formulas. Prematurity.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Organograma dos números de prematuros acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.....	32
Figura 2 - Características das diluições no preparo do leite dos prematuros acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.....	38

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1 - Composição nutricional do leite materno e do leite de vaca (por 100 mL)	22
Tabela 1 - Características socioeconômicas das famílias dos prematuros acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.	33
Tabela 2 - Características de prematuridade das crianças acompanhadas no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.	34
Tabela 3 - Características das práticas alimentares dos prematuros acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.	36
Tabela 4 - Características maternas correlacionadas ao preparo do leite artificial dos prematuros acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo Geral	14
2.2 Objetivos Específicos	14
3 JUSTIFICATIVA	15
4 REVISÃO DA LITERATURA	16
4.1 Prematuridade	16
4.2 Práticas Alimentares	19
4.2.1 Aleitamento Materno	19
4.2.2 Aleitamento Artificial	21
4.3 Práticas Alimentares na Prematuridade	24
5 MATERIAL E MÉTODOS	27
5.1 Desenho do estudo e população	27
5.2 Local do estudo	27
5.3 Coleta de dados	28
5.4 Análise estatística	30
5.5 Aspectos éticos	30
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	32
7 CONCLUSÕES	40
REFERÊNCIAS	41
APÊNDICE	48
APÊNDICE A	48
APÊNDICE B	59
APÊNDICE C	70
APÊNDICE D	72
APÊNDICE E	74
ANEXO	76
ANEXO A	76

1 INTRODUÇÃO

O nascimento pré-termo é aquele considerado com menos de 37 semanas de gestação. No qual, nos últimos anos tem ocorrido um aumento notável em seus nascimentos no âmbito mundial com incidência de 11,1% em 2012 (INE, 2013) e nacional de 12,4%, em 2014 (MS, 2014). Este fato o torna mundialmente como um dos mais importantes problemas de saúde pública nos dias de hoje (BECK et al., 2010). Segundo os estudos de Zomignani, *et al* (2009) e Ramos, et al (2011), a prematuridade é um processo que está associado tanto à mortalidade neonatal como a diversas complicações clínicas pós natais, podendo afetar o desenvolvimento cerebral, cognitivo, socioemocional e o crescimento da criança.

No Brasil, mesmo com uma significativa queda nas taxas de mortalidade infantil nas últimas décadas, os óbitos neonatais apresentaram um decréscimo bem menos expressivo (VICTORA et al., 2011). A taxa de prematuridade em 2011, segundo a pesquisa “Nascer no Brasil”, foi de 11,3%, tendo este agravo contribuído com mais de 30% das mortes no período neonatal (FREITAS; ARAÚJO, 2015). Em 2014, essa taxa de partos antecipados já alcança 12,4%, de acordo com dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (Sinasc) e do Ministério da Saúde (2014).

Conforme estudo de Assunção (2012) o baixo peso ao nascer e a prematuridade estão associados a vários fatores, como por exemplo: retardo do crescimento intrauterino; baixas condições socioeconômicas da família; pré-natal incompleto ou inadequado, baixo nível de escolaridade materna, estado civil da mãe -ser solteira-, mães adolescentes ou com idade avançada, intervalo interpartal diminuído, toxicodependência, etilismo materno e desnutrição materna, cesárea eletiva, gemelaridade, parto prematuro anterior, intercorrências gestacionais tais como: hipertensão, diabetes mellitus, obesidade, infecções urinárias, histórico de pré-eclâmpsia, sangramento durante a gestação-, dentre outros.

Durante a hospitalização dos prematuros, as dificuldades maternas vão surgindo diante da situação de extração precoce e manutenção do processo de lactação devido a vários fatores como: fadiga pela cesariana; ansiedade e estresse pelo parto prematuro; preocupação com o filho; distância entre a unidade neonatal e a residência; mudanças na vida social (SISK et al., 2010).

A amamentação materna é uma forma natural e apropriada de alimentar uma criança nos primeiros meses de vida, promovendo um crescimento e desenvolvimento adequados (KRAMER *et al.*, 2001). É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe (BRASIL, 2009).

O aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade, com gradativa inserção de alimentos complementares após esse período, é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001). Segundo Cabral e Campestrini (2010) a interrupção desse aleitamento materno exclusivo no peito, antes dos 6 meses de vida, independentemente de ser uma decisão materna ou não, e do motivo de tal interrupção, caracteriza o desmame precoce. Apesar dos efeitos benéficos do aleitamento materno exclusivo (AME), amplamente difundidos na literatura científica, a interrupção precoce desta prática continua sendo, no Brasil, um dos mais importantes problemas de saúde pública (QUELUZ *et al.*, 2011).

Entretanto, sabe-se que há várias crianças que não podem desfrutar dos benefícios da amamentação, e necessitam de substitutos do leite materno por diversos motivos, dentre eles destaca-se: decisão da mãe a não amamentar; quando o aleitamento materno (AM) é contraindicado devido ao uso de alguma medicação ou por ser portadora do vírus da imunodeficiência; quando a criança apresenta alguma doença metabólica, como a galactosemia; ou recém-nascido com muito baixo peso ao nascer (OMS, 2007).

Nesse sentido, verificou-se a importância do preparo e diluição adequados dos leites artificiais, na tentativa de reduzir os prejuízos advindos da ausência da amamentação. Além do risco de contaminação durante o armazenamento e preparo dos leites artificiais, a reconstituição incorreta pode acentuar a sua inadequação do ponto de vista fisiológico e nutricional (BAIA *et al.*, 2013)

A área de neonatologia tem alcançado avanços científicos e tecnológicos desde o último século. De modo que esses avanços contribuíram para aumentar as estatísticas de sobrevivência de recém-nascidos (RN) prematuros e/ou de baixo peso e com imaturidade fisiológica (TRONCHIN; TSUNECHIRO, 2007). Dessa forma, a

neonatologia tem enfrentado um novo desafio que é promover um aporte nutricional adequado a esses recém-nascidos pré-termo, para que não ocorra o comprometimento do crescimento e o desenvolvimento pós natal dessas crianças (BARDAL, 2012).

Segundo Rugolo (2005), alguns fatores podem influenciar no crescimento e desenvolvimento da criança prematura tais como o seu potencial genético, que irá determinar o tamanho final na fase adulta; doenças e complicações da prematuridade, principalmente a displasia broncopulmonar, bem como comprometimento da nutrição e crescimento nos primeiros anos de vida; e o padrão nutricional recebido após a alta hospitalar.

A introdução alimentar inadequada e o desmame precoce, são particularmente prejudiciais ao prematuro devido à imaturidade do sistema imune e sobrecarga e imaturidade dos rins e trato gastrointestinal. Além disso, do ponto de vista nutricional, a introdução precoce da alimentação complementar, além de reduzir a duração do aleitamento materno, interfere na absorção de importantes nutrientes do leite materno, como o ferro e o zinco, como também está associada à maior ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta (DIAS *et al.*, 2010).

No entanto, há carência na literatura de estudos sobre os hábitos alimentares e avaliação quali e quantitativa da alimentação e da diluição e preparo do leite de vaca ou artificiais nos primeiros 06 meses de idade corrigida de bebês prematuros, considerados de risco pelo desmame precoce e pela maior velocidade de crescimento na qual, sabe-se que demanda maior aporte nutricional e um acompanhamento mais de perto.

Nesse contexto, analisar as práticas de alimentação de prematuros nos primeiros 06 meses tem uma contribuição social por buscar uma melhor qualidade de vida futura a essas crianças de risco nutricional.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Avaliar as práticas de alimentação de prematuros menores de 6 meses de idade corrigida acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as famílias quanto às condições socioeconômicas;
- Caracterizar os prematuros quanto ao grau de prematuridade e peso ao nascer;
- Identificar a prevalência de aleitamento materno exclusivo, predominante e misto dos prematuros;
- Analisar o preparo e diluição da fórmula artificial e do leite de vaca oferecido a criança;
- Associar o preparo da fórmula infantil e do leite de vaca com as variáveis socioeconômicas e gestacionais materna.

3 JUSTIFICATIVA

Já é bem estabelecido na literatura a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, sendo recomendado a continuação do aleitamento de forma complementar até no mínimo 2 anos de idade da criança, por ser o principal meio de prevenção de agravos e promoção de saúde para um crescimento e desenvolvimento adequado.

Para os prematuros, o leite materno torna-se ainda mais importante já que as crianças pré-termo apresentam uma imaturidade fisiológica e os componentes constituintes do mesmo favorecem o alcance adequado em crescimento e desenvolvimento dessas crianças. Porém, é notável o desmame precoce no país e no município em estudo, caracterizando a situação como problema de saúde pública. Além disso, considerar a idade cronológica dessas crianças, e não a idade corrigida, para introdução de leite artificial e com preparo e diluição inadequados, mesmo que para complemento do aleitamento materno, pode acarretar prejuízos no processo de crescimento e desenvolvimento que futuramente levem a problemas de saúde na fase adulta.

Nesse contexto, justifico o estudo após a alta hospitalar com as crianças prematuras menores de 6 meses, no intuito de expandir o leque de conhecimento sobre o tema, inclusive a situação atual do município de Vitória e consequentemente contribuir no planejamento de planos de ação a fim de minimizar o quadro, no qual comumente é acompanhado por um feedback negativo na fase adulta.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Prematuridade

O termo prematuridade é definido, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1961), como o nascimento abaixo de 37 semanas de gestação. Sua classificação subdivide-se quanto à idade gestacional, peso ao nascer e também conforme associação de peso e idade gestacional.

A prematuridade pode ser classificada conforme a idade gestacional em: nascimentos entre 32 semanas a 36 semanas de idade gestacional - prematuridade moderada; entre 28 semanas a 31 semanas de idade gestacional - prematuridade acentuada; e inferior a 28 semanas de idade gestacional - prematuridade extrema. A sociedade Brasileira de pediatria (SBP, 2009) apresenta outra classificação a mais, ficando em: prematuridade extrema: nascimentos < 28 semanas gestacionais; prematuridade grave: nascimentos entre 28 – 30 semanas; prematuridade moderada: nascimentos entre 31 – 33 semanas e prematuridade tardia: entre 34 - 36 semanas (LORENA;BRITO, 2009). Em relação à classificação quanto ao peso ao nascer, subdividem-se em: RN de extremo baixo peso (RNEBP): peso < 1000g; RN de muito baixo peso (RNMBP): entre 1000 – 1499g; RN de baixo peso (RNBP): 1500 – 2499g e RN com macrosomia: peso ao nascer ≥ 4000g (SBP, 2009).

A classificação do peso ao nascer segundo a idade gestacional pode ser realizada através de uma curva de crescimento de referência. Estas são ferramentas utilizadas para classificar e avaliar o estado nutricional, sendo ainda fundamentais para acompanhar o crescimento das crianças. As curvas utilizadas para avaliação antropométrica de RNPT são construídas a partir de informações obtidas de crianças nascidas com diferentes Idades gestacionais ou a partir de medidas fetais obtidas por meio exame como a ultrassonografia, também em diferentes Idades Gestacionais e permitem a classificação do prematuro (VARGAS, 2014). Desta forma, classificam-se em: RN pequeno para Idade Gestacional – PIG: < percentil 10); RN adequado para Idade Gestacional – AIG: Percentil 10 a 90 e RN grande para Idade Gestacional – GIG: > percentil 90 (SBP, 2009).

Assim, torna-se possível o acompanhamento estatístico dos nascimentos e representando um avanço significativo na área da epidemiologia, pois, possibilitou

conhecer e saber quem nasce, como nasce, onde nasce e em que condições nasce (RAMOS; CUMAN, 2009).

Segundo números da Organização das Nações Unidas (ONU), todos os anos cerca de 15 milhões de crianças nascem no mundo antes de completar 37 semanas de gestação. Representando percentual de 11,1%. No Brasil, a taxa de partos antecipados é de 12,4%, de acordo com dados do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) e do Ministério da Saúde (2014). Somos o 10º país no ranking da prematuridade, perdendo apenas para países como Índia, China, Nigéria e Paquistão, é o que revela o relatório do estudo *Born Too Soon* realizado pela organização não governamental americana *March of Dimes*. São 340 mil bebês brasileiros que nascem precocemente todo ano, o equivalente a 931 por dia, ou 40 por hora, ou a seis a cada 10 minutos (UNICAMP, 2014).

No município de Vitória de Santo Antão em uma média de 2.073 nascidos vivos ao ano 8,15% representa a taxa de prematuridade local do ano de 2016. (SINASC)

Tão importante como saber quantos nascem é saber quantas crianças morrem, especialmente no primeiro ano de vida. Por isso, o coeficiente de mortalidade infantil é tão expressivo e representa um reflexo dos fatores relacionados as condições de vida da família como grau de conhecimento das mães, nível de imunização, disponibilidade de serviços de saúde, disponibilidade de renda e alimentos na família, disponibilidade de água limpa e saneamento básico, entre outros. Esse coeficiente é considerado a síntese da qualidade de vida e do nível de desenvolvimento de uma população (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

Segundo Vasconcelos *et al.*, (2006) nos dias atuais, os fatores de risco para prematuridade vêm sendo discutidos com frequência entre os profissionais e as instituições de saúde, com a finalidade de transformar tal realidade, ampliando e focalizando a assistência à tríade mãe/filho/família. Conforme Salge *et al.*, (2009) o parto prematuro é associado a alguns fatores de risco demográficos e obstétricos, tais como: idade materna menor que 21 ou maior que 36 anos, baixo nível socioeconômico, antecedente de parto pré-termo, estatura materna inferior a 1,52 m, gestação gemelar, sangramento vaginal no 2º trimestre, amadurecimento cervical e aumento da atividade uterina antes da 29ª semana de gestação.

A associação Brasileira de pais, familiares, amigos e cuidadores de bebês prematuros acrescentam que além desses outros fatores, podem levar ao parto prematuro: ausência do pré-natal, fumo, álcool, drogas, estresse, infecções do trato urinário, diabetes, obesidade, baixo peso, pressão alta ou pré-eclâmpsia, distúrbios de coagulação, algumas anomalias congênitas do bebê, gestações muito próximas, gravidez fruto de fertilização *in vitro* e estreita a faixa de idade para menor de 17 anos e acima de 35.

Entre os fatores de risco fisiológicos relacionados à prematuridade, acham-se envolvidas também dimensões sociais, políticas e institucionais, e que a noção de risco individual passa por uma nova compreensão: a de vulnerabilidade social (RAMOS; CUMAN, 2009).

Aproximadamente 14% dos casos de partos prematuros podem ser explicados por fatores maternos e 11% por fatores genéticos fetais (EUSER *et al.*, 2008). Gravett *et al.*, (2010) informam que as Infecções maternas predominam como causa de nascimento prematuro entre 24 e 32 semanas de gestação, por outro lado, o estresse e a distensão abdominal excessiva são predominantes entre 32 e 37 semanas. No entanto, Tucker; *et al* (2004) afirmam que os fatores mais frequentemente relacionados ao nascimento prematuro espontâneo é a história prévia de trabalho de parto prematuro e o baixo nível socioeconômico da mãe. Vale ressaltar que mesmo que se identifique a presença de algum fator de risco, a continuidade dos seus efeitos no processo de desenvolvimento não é linear, considerando que este é resultado da interação do indivíduo com o ambiente e comportamentos podem emergir, modificar e, até mesmo, desaparecer (Weber; 2008).

Conforme Ramos e Cuman (2009), o bebê prematuro nasce com uma imaturidade dos seus órgãos e sistemas fisiológicos (respiração, controle de temperatura, digestão, metabolismo), tornando-os mais susceptível a sequelas ou intercorrências no processo de desenvolvimento. Quanto menor o peso do neonato ou a IGs ao nascer, maior é a probabilidade de desenvolver distúrbios metabólicos, ter dificuldades para alimentar-se e de regular sua temperatura corporal, o que interfere diretamente na sobrevivência desses recém nascidos (CABRAL; RODRIGUES, 2006).

Cruvinel e Pauletti (2009) referem que a maioria dos RNs de alto risco pode apresentar deficiências fisiológicas tais como: a incapacidade de coordenar sucção, deglutição e respiração a qual é uma habilidade alcançadas durante a 34^a a 36^a semanas de IGs. Também podem apresentar refluxo gastroesofágico, aumentando o risco de aspiração de alimentos e a incapacidade de manter a temperatura corporal. Tais complicações podem gerar dificuldades para adaptação à vida extrauterina devido à imaturidade dos diversos sistemas orgânicos. Além disso, na UTI neonatal, o prematuro é submetido a estímulos nociceptivos como dor, luz forte, estresse, ruídos de equipamentos e conversas de funcionários, manuseio excessivo e procedimentos invasivos dolorosos, que podem provocar estresse (CRUVINEL; PAULETTI, 2009).

Esse estresse eleva o nível de cortisol, que por sua vez, pode afetar o metabolismo, o sistema imunológico e o cérebro. O cortisol, ao afetar o cérebro, deixa-o mais vulnerável a processos que podem destruir neurônios, bem como reduzir o número de sinapses em algumas regiões cerebrais, ocasionando atraso no desenvolvimento (TORATI, 2011).

A disponibilidade de tratamentos avançados, associados ao desenvolvimento tecnológico, tem assegurado a sobrevivência de recém-nascidos cada vez menores. Entretanto, sua qualidade de vida e sobrevida no 1º ano de vida pode ser limitada por sequelas clínicas e neurológicas e pela demanda de reinternações hospitalares frequentes (NUNES *et al.*, 2013).

4.2 Práticas Alimentares

4.2.1 Aleitamento Materno

Amamentar é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, e representa uma estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança (BRASIL, 2009a). Essa prática alimentar trás benefícios que vão desde as propriedades biológicas ímpares do leite humano até as questões de cunho econômico, o que gera impacto positivo à criança, à mulher, à família e ao Estado (ALMEIDA; NOVAK, 2004). Diante da superioridade cientificamente comprovada do leite materno sobre os leites de outra espécie e outros alimentos infantis, o

aleitamento materno deve ser oferecido de forma exclusiva por seis meses e complementado até os dois anos ou mais (BRASIL, 2009a).

A amamentação como prática alimentar se destaca como a de melhor potencial para salvar vidas, associada ao aleitamento contínuo no primeiro ano de vida, sendo capaz de prevenir uma a cada 7,5 mortes infantis (RAMOS *et al.*, 2010)

A prevalência de aleitamento materno em crianças de seis meses de idade é de 77,6%; já a prevalência do aleitamento exclusivo na mesma faixa etária é de apenas 9,3%. Afunilando esses dados para o nordeste, a capital de Pernambuco apresenta a prevalência de 38,3% em AME (BRASIL, 2009b). Embora este último estudo de abrangência nacional realizado em 2008 demonstre aumento da média do aleitamento materno exclusivo (AME) de 23,4 dias em 1999 para 54,1 em 2008, o resultado encontra-se muito aquém da meta da Organização Mundial de Saúde (OMS) que é de 180 dias. (ROCC; FERNANDES, 2014).

O desmame precoce ou a introdução de outro leite as crianças antes dos 6 meses pode ser explicado pela falta de conhecimento sobre os benefícios do leite materno, crenças relacionadas, baixa escolaridade materna, parto cesáreo, idade materna, reduzido número de consultas de pré-natal e pela indisponibilidade dos profissionais de saúde para ministrar orientações direcionadas à manutenção da amamentação (CAMINHA *et al.*, 2010).

O aleitamento materno protege a criança contra infecções, como diarreia, doenças respiratórias agudas e otites, neste sentido, é considerado redutor da morbimortalidade infantil (CARVALHO *et al.*, 2006). O leite materno atende todas as necessidades nutricionais, imunológica e psicológica. É um alimento livre de contaminantes e não tem custo (SILVA *et al.*, 2011), melhora o desenvolvimento mental do recém-nascido e é de fácil digestão (SILVA *et al.*, 2007).

O ato de amamentar facilita o desenvolvimento da criança e seu relacionamento com outras pessoas devido ao vínculo afetivo criado entre mãe e filho (OLIVEIRA, *et al.* 2008). Em estudo de coorte realizado na cidade de Pelotas verificou que crianças que amamentadas por seis meses ou mais apresentaram melhor desempenho no teste de capacidade intelectual (FONSECA *et al.*, 2013).

A amamentação materna é fortemente influenciada por atitudes adquiridas socialmente e pelo suporte que a mulher tem da família e da comunidade. Sendo assim, as mães tornam-se muito suscetíveis às influências externas sobre o aleitamento. Esse fato exige dos profissionais uma comunicação efetiva, que oriente as mães contra possíveis mitos, tabus e práticas prejudiciais à amamentação. Informações incorretas, incompletas ou sem embasamento científico podem contribuir para o desmame precoce (DODT et al., 2008; FONSECA-MACHADO et al., 2012). A crença materna de ter pouco leite, de que o bebê tem sede e precisa de outros líquidos e/ou, ainda, de crerem que o leite secou e que o bebê não suga suficientemente, são os mais fortes fatores que levam ao desmame precoce (GIULIANI et al., 2012; FROTA et al., 2013)

Frota et al., (2013) explicam que o método utilizado pelas mães para avaliar a fome do bebê através do choro não oferece exatidão, pois o mesmo pode sugerir outras necessidades da criança. Para Campagnolo et al (2012) essa interpretação equivocada de que o choro do bebê indica fome, é o que futuramente implicará na introdução de aleitamento artificial, uso de mamadeiras e consequente diminuição da sucção aos seios e da produção de leite pela mãe.

4.2.2 Aleitamento Artificial

O leite materno possui seu efeito protetor no desenvolvimento da sensibilização aos alimentos, que ocorre não apenas por suas características moduladoras, mas também por proporcionar maturação do epitélio intestinal e colonização da microbiota intestinal com predomínio de lactobacilos e bifidobactérias. No entanto, boa parte dos lactentes, por algum motivo, não são beneficiados com o aleitamento materno ou, então, o recebem por período de tempo inferior ao recomendado (PALMA; DISHCHENKIAN, 2009) Nesses casos o lactente recebe leite de outra espécie animal, e o mais utilizado, para essa substituição é o leite de vaca que geralmente é encontrado nas formas: fluida e em pó (SPERIDIÃO, 2013).

Quanto à sua composição química o mercado oferece várias opções, principalmente com alteração do teor de lipídeos e carboidratos (LACERDA; ACCIOLY, 2002). O leite da vaca é uma solução aquosa composta de proteínas,

lactose, minerais e certas vitaminas, glóbulos de gordura emulsificada e micelas de caseína na forma coloidal, consistindo de proteína com fosfato, citrato e cálcio (COULTATE, 2004).

As diferenças na composição nutricional do leite materno e do leite de vaca são apresentadas no Quadro 1. Como se pode observar as diferenças mais importantes são o elevado teor de proteínas e de eletrólitos (sódio, cloro e potássio) encontrados no leite de vaca (SPERIDIÃO, 2013).

Quadro 1 - Composição nutricional do leite materno e do leite de vaca (por 100 mL)

Nutriente	Leite materno	Leite de vaca
Energia (Kcal)	68	63
Proteína (g)	1,05	3,2
Caseína/albumina	40/60	82/18
Lípido (g)	4,2	3,5
Saturada/insaturada	50/50	-
Carboidrato (g)	7,2	4,6
Vitamina A (mg RE)	50	56-80
Vitamina D (mg)	0,06	1,0
Vitamina E (mg)	0,23	0,04
Vitamina K (mg)	0,21	0,1-0,4
Vitamina C (mg)	4,0	3,0
Tiamina (mg)	0,02	0,04
Riboflavina (mg)	35	91
Niacina (mg)	150	166
Piridoxina (mg)	9,3	55
Ac. pantotênico (mg)	0,18	0,33
Folato (mg)	8,5	6
Vitamina B ₁₂ (mg)	0,097	0,43
Cálcio (mg)	28	115
Fósforo (mg)	14	91
Ferro (mg)	0,03	0,05
Zinco (mg)	0,12	0,4
Magnésio (mg)	3,5	9,6
Água (mL)	87,1	87,2
Sódio (mg)	18	51,5
Cloro (mg)	42	97
Potássio (mg)	52,5	140

Ao se comparar o leite de vaca com o leite materno observa-se sua inadequação nutricional às necessidades das crianças, bem como a inadequação às condições fisiológicas do recém nascido; tais como:

- _ Densidade energética menor, cerca de 63 Kcal/100 mL em relação ao leite materno, que corresponde a 75 Kcal/100 mL;
- _ Elevado teor proteico, com maior proporção de caseína (82%) em relação às proteínas do soro, comprometendo sua digestibilidade;
- _ Predominância de ácidos graxos saturados e baixos teores de ácidos graxos essenciais (linoleico e alfa-linolênico) para o recém-nascido; os quais são importantes para o desenvolvimento neurológico.
- _ Quantidade insuficiente de carboidrato, sendo necessário o acréscimo de outros açúcares, como, por exemplo, a sacarose, que apresenta grande poder obesogênico e cariogênico;
- _ Alta concentração de sódio, que contribui para elevação da carga de soluto renal;
- _ Baixos teores de vitamina C, D e E. Fornece quantidades insuficientes de ferro e zinco, além da pouca biodisponibilidade (SPERIDIÃO, 2013).

Diante disso, o Ministério da Saúde (2012) recomenda que o leite de vaca deva ser diluído até aos 4 meses de idade da criança por causa do, já citado, excesso de proteína e eletrólitos, que fazem sobrecarga renal sobre o organismo do lactente. Essa diluição é de 2/3 para o leite fluido ou 10% para o leite em pó (42 calorias), a diluição reduz o valor energético do leite.

Assim, para melhorar a densidade energética, a opção é acrescentar ao leite com 3% de óleo (1 colher de chá = 27 calorias). A quantidade de carboidrato fica reduzido, mas a energia é suprida e não é necessária a adição de açúcares e farinhas, que não são aconselhados para crianças menores de 24 meses. Portanto, até a criança completar 4 meses, o leite de vaca deve ser diluído e acrescido de óleo, ou seja, 1 colher de chá de óleo para cada 100ml. Após o bebê completar 4 meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido do óleo e o leite em pó é feita a diluição de 15% que é a diluição padrão, já que nessa idade a criança receberá outros alimentos.

As fórmulas infantis lácteas são industrializadas e classificam-se em fórmulas de partida (oferecidas até o sexto mês de vida) e fórmulas de seguimento (oferecidas após o sexto mês de vida), apresentando segurança e promovendo o crescimento e desenvolvimento das crianças. Sua produção é à base de leite de

vaca, utilizando-se a proteína isolada, intacta ou hidrolisada e todos os demais nutrientes são acrescidos, para atender adequadamente às necessidades nutricionais dos lactentes (OLIVEIRA, 2006). O preparo de fórmulas infantis deve seguir as recomendações do rótulo do produto. (BRASIL; 2012)

Havendo inadequação na diluição da fórmula pode comprometer tanto a reconstituição do valor calórico após a adição da água, ou a manutenção de concentrações de proteínas e sais minerais elevados, pela insuficiente diluição prévia pelo acréscimo de água (BAIA *et al.*, 2013).

É importante que o profissional avalie a condição socioeconômica e cultural da família, assim como a situação de saúde da criança, antes de optar por uma destas alternativas. O profissional de saúde deve orientar a mãe quanto aos procedimentos corretos de diluição adequada para a idade, a correção da deficiência de ácido graxo linoleico com óleo nos primeiros quatro meses e a suplementação de vitamina C (30 mg/dia ou suco de fruta) e ferro (1 a 2 mg/kg/dia) ou o preparo de fórmulas infantis de acordo com a idade e as recomendações do rótulo do produto. (BRASIL, 2012)

4.3 Práticas Alimentares na Prematuridade

O leite humano é o alimento de escolha para a criança prematura, não só pela sua capacidade de promover a digestão absorção das gorduras, como também em razão das profundas funções metabólicas atribuídas a sua composição ideal de ácidos graxos essenciais e poli-insaturados de cadeia longa, que permitem um ótimo desenvolvimento neurológico (FORTES, 2011).

Entretanto, menores taxas de sucesso no aleitamento materno já são evidenciadas nas mães de prematuros (UNDERWOOD, 2013).

Lactentes prematuros são em geral mais sonolentos, necessitam ser acordados para mamar, o tempo de mamada varia muito entre eles, sempre observando não ultrapassar quatro horas de intervalo entre as mesmas (PEREIRA; GARBES, 2012). Segundo Freitas, et al., (2016) a duração mediana do aleitamento materno entre os 105 prematuros avaliados no estado de Minas Gerais no período

de 2010 à 2015 foi de cinco meses, o que se encontra aquém do preconizado pela organização mundial de saúde que é de 6 meses.

Dentre os fatores relacionados ao menor tempo de aleitamento materno em prematuros temos a idade gestacional <32 semanas e estar em aleitamento materno complementado no momento da primeira consulta ambulatorial (FREITAS *et al.*, 2016). Holmes et al., (2011) também o afirmaram que existem uma relação entre o prematuro estar em aleitamento materno complementado a partir da primeira semana de vida e menor duração do aleitamento materno.

A menor duração e a frequência de aleitamento materno em prematuros acontece, principalmente, pela dificuldade no estabelecimento e na manutenção de uma produção eficiente do leite por parte da mãe do pré-termo, ocasionada, entre outros fatores, pelo estresse a que é exposta e pelo afastamento do seu filho. O mesmo se deve à presença de problemas neonatais frequentemente associadas à prematuridade, permanência na UTI e UCI longa e também a maneira como é realizada a transição alimentar da sonda para via oral (AQUINO; OSÓRIO, 2008). Porém, é de suma importância informar sempre que a longa permanência na UTI Neonatal não impede de amamentar, só requer um maior esforço da mãe (Manual de seguimento ambulatorial do prematuro de risco, 2012). Por outro lado, não havendo contraindicações, inicia-se a alimentação por via oral logo após o parto. A criança pode ir ao seio materno, ou se houver algum impedimento, o leite materno pode ser oferecido por copo ou por sonda (MARTINEZ *et al.*, 2001).

Segundo o Instituto de metabolismo e nutrição, as fórmulas para RNPT estão indicadas na ausência ou insuficiência de leite humano. São formuladas visando suprir as necessidades dos RNPT; e recentemente tenta-se acrescentar elementos funcionais que promovem a maturação e desenvolvimento especialmente do sistema nervoso central e imunológico, tais como o ácido graxo insaturado de cadeia longa (LCPUFA) e nucleotídeos. No entanto, apesar do contínuo aperfeiçoamento destas fórmulas o leite humano é o melhor alimento para o RNPT especialmente durante as primeiras semanas de vida (fases de transição e estabilização) condicionando melhor maturação intestinal e adequação nutricional (IMEN, 2014)

As fórmulas infantis visam se assemelhar a composição nutricional do leite materno, no entanto, diferem em identidade e qualidade dos componentes presentes

no leite que podem variar conforme o tempo da mamada, dieta materna, entre outros. (BRASIL, 2012).

Existem fórmulas infantis cuja formulação visam atender as necessidades dietoterápicas específicas de lactentes decorrentes de alterações fisiológicas e/ou doenças temporárias ou permanentes e/ou para redução de risco de alergias em indivíduos predispostos (ANVISA, 2011).

Apesar disto, recentemente Vandenplas *et al.*, (2011) observou que os lactentes alimentados com leite humano e com fórmulas infantis distinguem na fase adulta quanto ao crescimento físico e ao desenvolvimento cognitivo, social e emocional.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Desenho do estudo e critérios de elegibilidade

Trata-se de um estudo transversal quantitativo envolvendo binômios mães-bebês de prematuros internados no Hospital João Murilo de Oliveira durante o período de setembro de 2016 a maio de 2017, e em seguidas acompanhadas no ambulatório de egresso.

Foram incluídas as crianças que haviam sido internadas na Unidade de terapia intensiva/Unidade de cuidados intensivos do hospital e quem em seguida foram acompanhadas do ambulatório de egresso.

Foram excluídas do estudo as crianças nascidas com malformações congênitas, óbitos no primeiro dia de vida, infecções congênitas confirmadas laboratorialmente e síndromes genéticas, doenças neuropsicomotora, mães com vírus da imunodeficiência humana (HIV) positivo, doenças metabólicas metabolismo e óbito materno; por impedirem a prática do aleitamento materno.

5.2 Local do estudo

Vitória de Santo Antão está situado na Zona da Mata Sul do Estado de Pernambuco. Tem área territorial de 368Km, com acesso pela BR232, e apresenta uma população estimada de 130.540 mil habitantes. A taxa de urbanização é de 80% na cidade e 20% na rural.

O município possui um hospital estadual de referência para gestação de alto risco. O Hospital João Murilo de Oliveira e executa cerca de 10.180 atendimentos por mês nas emergências adulto e pediátrica, 1.600 atendimentos ambulatoriais e realiza 300 partos semanais. Conta com 755 funcionários e 111 leitos, bem como 10 leitos em UTI Neonatal e outros 10 em UCI Neonatal, sendo estes últimos foram inaugurados em 2012.

O Hospital João Murilo dá um enorme passo para se tornar a Maternidade Metropolitana Oeste de Alto Risco, conforme prediz o Plano de Assistência Obstétrica de Alto Risco, lançado no mês de maio de 2012. Em 2013, a unidade recebeu leitos para as mães que possuem filhos internados na unidade neonatal. A

casa de apoio das mães possui 75 metros quadrados de área e conta com 15 camas. Recentemente, a unidade é gerida pela Organização Social do Hospital do Tricentenário (Secretaria de Saúde –PE, 2015).

5.3 Coleta de dados

Obteve-se acesso às informações dos prematuros internados no hospital no referido período por meio de aplicações de questionários estruturados (APÊNDICES A e B), realizados com as mães no dia do nascimento das crianças e em pós-alta na sua primeira consulta para acompanhamento no ambulatório de egresso.

As crianças tinham idade menores de 6 meses de idade corrigida.

Os questionários abordavam informações a respeito das características socioeconômicas da família, bem como das práticas alimentares durante o primeiro mês de vida da criança, incluindo práticas de AM, alimentação complementar, consumo de fórmulas industrializadas, leite de vaca ou outro tipo de leite, e o modo de preparação dos mesmos, referidos no recordatório 24h.

Para as classificações da prematuridade e a classificação quanto ao peso ao nascer levou-se em consideração as definições da sociedade Brasileira de pediatria (SBP, 2009):

- Prematuridade extrema: < 28 semanas;
- Prematuridade grave: 28 – 30 semanas;
- Prematuridade moderada: 31 – 33 semanas;
- Prematuridade tardia: 34 - 36 semanas.

Quanto ao peso ao nascer levou-se em consideração a mesma referência anterior:

- RN de extremo baixo peso (RNEBP): < 1000g;
- RN de muito baixo peso (RNMBP): 1000 – 1499g;
- RN de baixo peso (RNBP): 1500 – 2499g;
- RN com macrosomia (SBP, 2009): $\geq 4000g$. (SBP, 2009):

Para a prática do aleitamento materno foi considerada as definições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009):

- Aleitamento Materno Exclusivo: quando a criança recebe somente leite direto da mama ou ordenhado, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. Assim, foi questionada a mãe, se a criança recebia apenas o leite materno ou outro leite ou alimento.

- Aleitamento Materno Predominante: quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas e fluidos rituais.

- Aleitamento Materno Misto ou Parcial: quando a criança recebe além do leite materno, outros tipos de leite como, por exemplo: leite de vaca, de cabra e de soja.

- Aleitamento Materno Complementado: quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo.

Para a análise da adequação da diluição dos sucedâneos do LM, consideraram-se apenas as crianças que estavam em aleitamento materno misto ou desmamados consumindo leite artificial. Os critérios utilizados para avaliar a adequação do preparo dos diferentes tipos de leite foram aqueles recomendados pelo MS (2012):

- Leite de vaca em pó:

- 1 colher rasa das de sobremesa para 100ml de água fervida.

- 1½ colher rasa das de sobremesa para 150ml de água fervida.

- 2 colheres rasas das de sobremesa para 200ml de água fervida.

- Preparo do leite em pó: primeiro, deve-se diluir o leite em pó em um pouco de água fervida e, em seguida, adicionar a água restante necessária.

- Leite de vaca fluido:

- 2/3 de leite fluído + 1/3 de água fervida.
- 70 mL de leite + 30 ml de água = 100 mL.
- 100 mL de leite + 50 ml de água = 150 mL
- 130 mL de leite + 70 ml de água = 200 mL (BRASIL, 2012).

Na diluição de 2/3 para leite fluído ou 10% para leite em pó (42 calorias). Para melhorar a densidade energética, a opção é preparar o leite com 3% de óleo (1 colher de chá = 27 calorias). Até a criança completar 4 meses, o leite diluído deve ser acrescido de óleo, ou seja, 1 colher de chá de óleo para cada 100ml. Após o bebê completar 4 meses de idade, o leite integral líquido não deverá ser diluído e nem acrescido do óleo, já que nessa idade a criança receberá outros alimentos (BRASIL, 2012).

- Fórmulas infantis industrializadas (FI): considerou-se a recomendação do fabricante.

5.4 Análise estatística

O banco de dados foi elaborado utilizando o programa Excel, versão 2007, com dupla digitação dos dados. As análises estatísticas foram realizadas apenas de forma descritiva com valores absolutos e percentuais.

5.5 Aspectos éticos

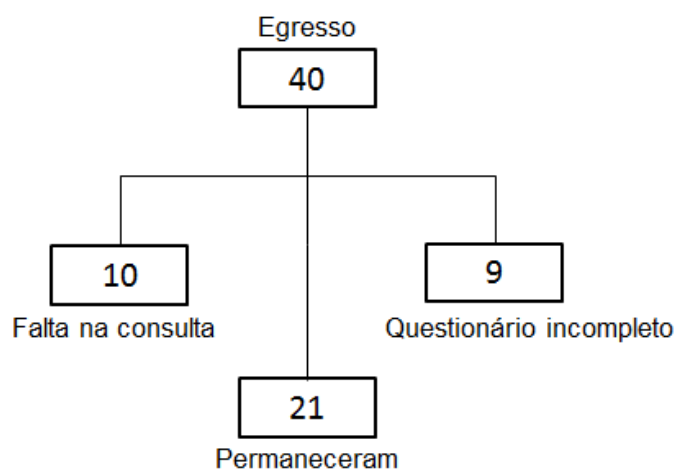
O trabalho foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, CEP – CCS – UFPE nº CAAE: 46894115.1.0000.5208, (ANEXO A) fazendo parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “Perfil clínico-nutricional e terapia nutricional precoce de prematuros da UTI neonatal em uma Maternidade pública de referência para gestação de alto risco no Município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco”.

Para a participação da criança na pesquisa a mãe e/ou o responsável assinarão o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Quando a mãe era menor de idade o termo assinado era o de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) (APÊNDICE D). Os dados foram armazenados em computador de posse dos pesquisadores responsáveis durante o período mínimo de 5 anos após a divulgação dos resultados. Foi garantido aos participantes o sigilo das informações, as quais serão utilizadas apenas para a pesquisa.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra estudada foi composta por 40 binômios mães-bebê, entretanto, por ausência na consulta de egresso permaneceram 30. E conforme mostra a figura 1 a seguir, diante de algumas informações incompletas contidas em 9 questionários, totalizou-se uma mostra de 21 binômios.

Figura 1- Organograma dos números de prematuros acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.



Diante da caracterização socioeconômicas das famílias na tabela 1, houve prevalência de mães com idade menor ou igual a 19 anos, vivendo com companheiro, primíparas, do lar, com baixa escolaridade e baixa renda familiar, recebendo algum benefício do governo.

As idades maternas encontradas no estudo revelam que as mesmas tornaram-se mães ainda na adolescência. Segundo Queluz *et al.*, 2011, fatores como a idade materna, ou seja, mães menores de 20 anos, que não trabalham e exercem atividade do lar representam as principais causas para o desmame precoce. Isso ocorre porque essas nutrizes não possuem recursos financeiro próprio assegurados para auxiliarem nas despesas familiares. A amostra por tanto é composta por mães adolescentes que não trabalham e possui baixa renda familiar, o que acaba resultando consequentemente no maior número de mães beneficiadas pelos programas de ajuda financeira do governo para complementação da renda mensal.

Sabe-se que o nascimento de um filho é, por si só, uma fase desafiante para qualquer mãe, devido ao surgimento de novos papéis e às consequentes mudanças que ocorrem no corpo da mulher e na estrutura e organização familiar especialmente para as mães primíparas (PEREIRA; CANAVARRO, 2011). No caso da experiência de um parto prematuro, segundo Bener (2013), acaba por desencadear nestas mães um maior estresse psicológico, sentimentos depressivos e de ansiedade que podem dificultar a prática do aleitamento materno além das próprias limitações da imaturidade fisiológica do prematuro.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000a) a assistência pré-natal é o primeiro passo para um parto e nascimento saudável, ou seja, é mediante o pré-natal que tem-se a promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento, além de informar e orientar sobre a evolução da gestação. No presente estudo, cerca de 33,3% das mães realizam menos de 7 consultas pré-natal, no entanto, vale ressaltar que por se tratar de crianças prematuras, na qual não passaram pelo último trimestre de gestação, pode justificar esta menor quantidade de consultas notificadas.

Segundo Rocha *et al.*, (2011) em seu estudo realizado com mais de 2000 crianças mostraram que em apenas 35% foi notificado o adequado período de pré-natal das mães; o que resulta em inadequado acompanhamento da saúde e nutrição materna na gestação, parto prematuro e baixo peso ao nascer. O início tardio do acompanhamento do pré-natal afeta diretamente o monitoramento e acompanhamento da gestação (DIAS, 2014).

Tabela 1 - Características socioeconômicas das famílias dos prematuros acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.

VARIÁVEIS	n(21)	%
Idade Materna		
<19 anos	11	52,3
>19 anos	10	47,7
Estado Civil		
Casada/União Estável	14	66,6
Solteira	07	33,4
Paridade		
Primípara	13	61,9
Múltipara	08	38,1
Pré-natal		
<7	14	66,7

>7	07	33,3
Ocupação		
Do lar	11	52,3
Desempregada	2	9,5
Empregos formal ou informal	8	37,7
Grau de Escolaridade		
<8	11	52,3
>8	10	47,7
Renda Familiar		
<1,5 s.m*	15	71,4
>1,5 s.m*	06	28,6
Recebimento de Benefício do Governo		
Sim	15	71,4
Não	06	28,6

* Salário mínimo da época: R\$ 880,00 em 2016 e R\$937,00 em 2017.

Neste estudo, mais de 70% dos recém nascidos eram prematuros moderados e tardios, e destes 76,2% nascidos com baixo peso ao nascer. Segundo Kominiarek M. (2009), nas duas últimas décadas, os prematuros tardios estão sendo representando a maioria dos nascimentos prematuros. Dado este que condiz com os resultados encontrados quanto à caracterização dos prematuros acompanhados no ambulatório de egresso do hospital, exposto na tabela 2, destacando também o peso ao nascer classificado em baixo peso (1500 – 2499g).

Como a idade gestacional é determinante da maturidade fisiológica do recém-nascido e conseqüentemente de seu prognóstico, a grande preocupação dos obstetras e neonatologistas sempre foi o nascimento de pequenos prematuros, que apresentam elevada mortalidade e morbidade (KOMINIAREK M., 2009).

O que significa um resultado satisfatório para o presente estudo, levando em consideração que a prematuridade tardia e o baixo peso ao nascer não se enquadram nesse aspecto, por não serem uma das piores e mais complicadas posições classificatórias para recuperação de peso e estado nutricional.

Tabela 2 - Características de prematuridade das crianças acompanhadas no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.

CARACTERÍSTICAS DOS PREMATUROS	n(21)	%
Grau de Prematuridade		
Extrema	01	4,8
Grave	03	14,2
Moderada	07	33,3

Tardia	10	47,7
Peso ao nascer		
Extremo baixo peso	01	4,8
Muito baixo peso	04	19
Baixo peso	16	76,2

Cerca de vida 66,6% dos prematuros menores de 06 meses estudados, ou seja, mais da metade das crianças já possuíam como prática alimentar o aleitamento artificial, sendo este de uso único ou associado com o aleitamento materno caracterizando o aleitamento materno misto (Tabela 3). A baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo, expressa um resultado negativo diante dos possíveis agravos para a vida adulta da criança, pois, o leite materno é o único alimento completo, uma vez que é capaz de prover isoladamente todos os nutrientes de que uma criança necessita nos primeiros seis meses de vida para crescer e se desenvolver com saúde (TADDEI *et al.*, 2011).

Segundo Fujimori et al 2010, a escolha em amamentar se desenvolve dentro de um contexto sociocultural, influenciado pela cultura, crenças, tabus e a rede social daquele contexto desencadeando diferentes significados ao processo de amamentação; no qual é fortemente influenciada por atitudes adquiridas socialmente e pelo suporte que a mulher tem da família e da comunidade. Sendo assim, as mães tornam-se muito suscetíveis às influências externas sobre o aleitamento (FONSECA-MACHADO et al., 2012). É como relata Frota et al 2013 em seu estudo “A crença materna de ter pouco leite e este sendo fraco, de que o bebê tem sede e precisa de outros líquidos e/ou, ainda, de crerem que o leite secou e que o bebê não suga suficientemente, são os mais fortes fatores que levam ao desmame precoce.”

O leite humano é o alimento de escolha para a criança prematura, não só pela sua capacidade de promover a digestão e absorção das gorduras, como também em razão das profundas funções metabólicas atribuídas a sua composição ideal de ácidos graxos essenciais e poli-insaturados de cadeia longa, que permitem um ótimo desenvolvimento neurológico (FORTES FILHO, 2011).

Em estudo com crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo, caracterizadas também pelo baixo nível socioeconômico, Golin *et al.*, 2011 identificaram que entre as crianças que recebiam leite artificial, 68% receberam leite de vaca e 31%, fórmulas infantis. O que difere do presente estudo, pois, felizmente a utilização das fórmulas infantis industrializadas (87,5%)

ultrapassou o consumo do leite de vaca (14,3%) como substituto e/ou complemento para o leite materno diante da necessidade de oferecer maior aporte nutricional e calórico para o recém-nascido prematuro.

Esse cenário nos indica que essas crianças possivelmente estão asseguradas nutricionalmente com fórmulas que se adequam as suas condições fisiológicas e necessidades nutricionais. Pois, segundo Oliveira, (2006), a produção das fórmulas infantis é à base de leite de vaca, utilizando-se a proteína isolada, intacta ou hidrolisada e todos os demais nutrientes são acrescidos, para atender adequadamente às necessidades nutricionais dos lactentes.

O quantitativo de crianças que estavam em uso de leite de vaca, mesmo sendo baixo (20%) é preocupante diante da incompatibilidade constitucional do mesmo. Speridião (2013) relatou em seu estudo, que o leite de vaca apresenta uma inadequação tanto para as necessidades nutricionais das crianças, quanto para as condições fisiológicas imaturas do recém-nascido. Ressalta que o leite de vaca tem um elevado teor de proteínas e de eletrólitos (sódio, cloro e potássio) que eleva a carga de soluto renal; deficiente em ácidos graxos essenciais, dentre outros problemas (SPERIDIÃO, 2013).

Tabela 3 - Características das práticas alimentares dos prematuros acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.

Práticas Alimentares	n(21)	%
Aleitamento Materno Exclusivo	04	19,1
Aleitamento Materno Predominante	03	14,3
Aleitamento Materno Misto	02	9,5
Aleitamento Artificial	12	57,1

Práticas Artificiais	n(14)	%
Fórmulas	12	85,7
Leite de vaca em pó	02	14,3

Quanto a correta diluição, representada na figura 2, a mesma foi observada em apenas 85,7% das crianças (n=10) na qual utilizaram fórmulas artificiais. Dentre os demais casos foi notificada uma maior concentração da fórmula infantil na diluição, a fim de fornecer maior quantidade de energia e nutrientes. Fato este que é esclarecido pela necessidade específica e individualizada que os prematuros

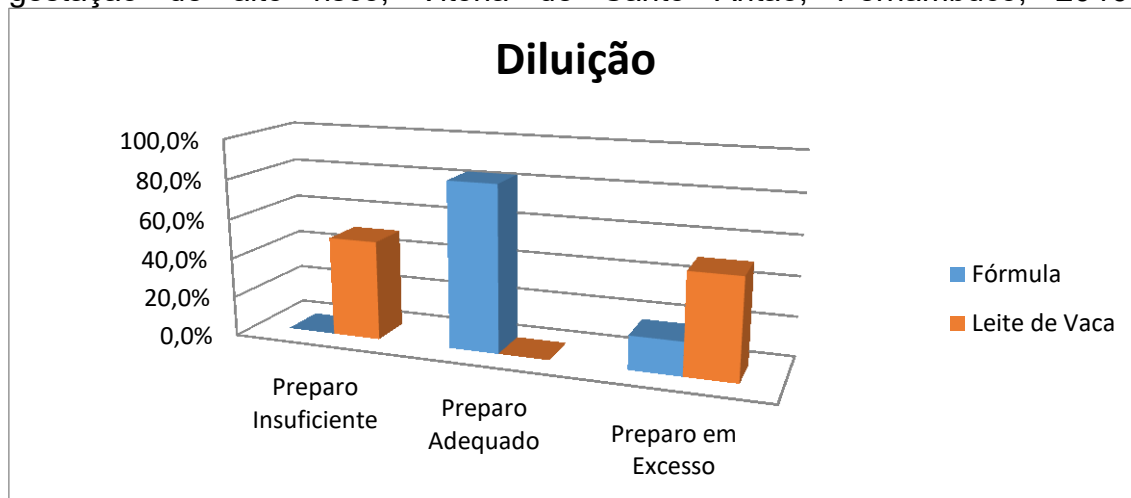
apresentam para devida aceleração do ganho e recuperação do peso (DERMATINE, 2011).

Em contrapartida, na análise da diluição do leite de vaca em pó nenhuma das crianças o consumia adequadamente, sendo estas ou em quantidade insuficiente ou em excesso. O que representa um baixo aporte calórico nos casos de subdiluição e o excesso proteico e de eletrólito nos casos de hiperconcentração do preparo oferecidos a essas crianças, comprometendo desta forma a saúde infantil atual e futura na fase adulta. Este resultado também foi obtido no estudo de Baia et al 2013, realizado com 280 crianças, onde verificaram que o preparo do leite de vaca apresentou maior frequência de inadequação quando comparado com as fórmulas infantis. Caetano et al 2010, em seu estudo realizado em três capitais do Brasil com 174 lactentes, avaliaram a adequação da preparação das fórmulas infantis. Entre aqueles com idade menores de 6 meses, 77,8% consumiram FI preparada inadequadamente, demonstrando um padrão inverso ao observado no presente estudo, o qual utiliza crianças prematuras que automaticamente acaba desencadeando um maior cuidado das mães para com os seus filhos.

Quanto a inclusão da adição do óleo em 3%, necessário para a devida correção da deficiência de energia e ácidos graxos essenciais no preparo do leite de vaca para crianças menores de 4 meses, verificou-se que nenhuma das mães utilizava o mesmo. O Ministério da Saúde (2012) explica essa necessidade através do fundamento teórico de que a diluição necessária ao preparo do leite de vaca para os menores de 4 meses visando reduzir o valor proteico e de eletrólitos do leite para se adequar as condições fisiológicas da criança, também acaba reduzindo proporcionalmente valor energético do mesmo. Assim, para melhorar a densidade energética e de ácido linoleico, a opção é acrescentar ao leite 3% de óleo de soja ou canola (1 colher de chá = 27 calorias).

Para Baia et al 2013, umas das explicações para a inadequação do preparo do leite de vaca pode ser consequência da falta de conhecimento dos próprios profissionais de saúde que não estariam familiarizados com as modificações necessárias para adequar este leite às características e necessidades do lactente. Dessa forma, por consequência, a população não é informada, ou essa informação é repassada de forma incorreta.

Figura 2 - Características das diluições no preparo do leite dos prematuros acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.



Para relacionar a adequação do preparo da diluição dos leites artificiais com as variáveis maternas, disposto na tabela 4, considerou-se o consumo de leite artificial como leite de vaca e fórmulas infantis.

No correto preparo das diluições destacaram-se as mães acima de 19 anos, com maior nível de escolaridade, morando com os companheiros, que não residiam com as avós maternas e/ou paternas e mães primíparas.

Esse cenário encontrado nos leva a perceber que estas mães possuíam um maior preparo fisiológico diante da maturidade corporal; emocional, por ter com quem contar diante das dificuldades expostas, tendo a vida dividida com seus companheiros. Apresentando também um maior nível de conhecimento, pelo reflexo da maior escolaridade encontrada nas mesmas; sem esquecer-se do fato da primiparidade, na qual necessita de uma maior dedicação e atenção para com os seus recém-nascidos pela sua inexperiência.

O baixo número de consultas pré-natais, o qual já representa um fator de risco característico para a prematuridade, pode estar relacionado com a maior frequência de preparos corretos pelo simples fato de que essas crianças tendo seu nascimento em fase de prematuridade, as mães apresentassem um maior cuidado quanto essa diluição do leite.

A respeito do nível socioeconômico, Baia et al 2013, observou em seu estudo em análise da utilização de sucedâneos do leite materno no primeiro mês de vida que, as famílias com melhor renda apresentaram maior percentual de adequação do

preparo do leite, com diluição correta. O que difere do presente estudo, no qual a maioria das mães era de baixa renda, o que pode ter desencadeado este resultado.

O preparo inadequado obteve destaque nos resultados associado às mães adolescentes, de menor nível socioeconômico, que residiam com as avós da criança e mães primíparas.

A presença da avó materna ou paterna morando ou não com a criança, foi disposta como variável nessa tabela para conhecimento de sua interferência positiva ou negativa na prática alimentar da mesma.

Diante dos resultados obtidos no estudo é perceptível que sua presença, principalmente quando associado com a primiparidade de suas filhas, como moradora da mesma casa que a criança interfere negativamente na correta diluição do leite em seu preparo. Susin *et al.*, 2005, também já havia confirmado a suspeita de que as avós podem influenciar negativamente na duração da amamentação.

Tabela 4 - Características maternas correlacionadas ao preparo do leite artificial dos prematuros acompanhados no ambulatório de egresso em um hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017.

VARIÁVEL	PREPARO CORRETO (I. CONSULTA)			
	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
IDADE MATERNA				
<19	3	30%	3	75%
>19	7	70%	1	15%
ESCOLARIDADE				
<8	4	40%	2	50%
>8	6	60%	2	50%
ESTADO CIVIL				
CASADA/UNIÃO E.	7	70%	2	50%
SOLTEIRA	3	30%	2	50%
RESIDE COM AVÓ				
SIM	4	40%	3	75%
NÃO	6	60%	1	15%
RENDA FAMILIAR				
<1,5	7	70%	3	75%
>1,5	3	30%	1	15%
CONSULTAS PRÉ-NATAIS				
<7	9	90%	1	15%
>7	1	10%	3	75%
PARIDADE				
PRIMÍPARA	6	60%	3	75%
MULTÍPARA	4	40%	1	15%

7 CONCLUSÕES

Com o desenvolver do estudo, verificou-se que diante das práticas alimentares pós-alta utilizadas nas crianças prematuras, o aleitamento materno propriamente dito é ultrapassado pela utilização de leites artificiais, no qual destacou-se a utilização de fórmulas infantis. Sendo estas influenciadas em seu preparo pelas características maternas e sociais que cercam o lactente.

Dessa forma, foi notável que as crianças prematuras, além de todas as adversidades que a competem diante da exposição à prematuridade, ainda estão sendo submetidas a iniciarem a vida expostas a um maior risco à saúde relacionado ao cenário atual de desmame precoce; baixa prevalência de aleitamento materno; elevada utilização de fórmulas infantis, como também incorreta diluição do leite de vaca oferecido.

É de suma importância que sejam expandidas as orientações específicas diante da faixa etária, para o adequado preparo das diluições do leite, seja ele artificial ou de vaca em casos de impossibilidade do primeiro, com enfoque a respeito da existente diluição acrescida de óleo visando os milhares benefícios para a cota calórica e sistema nervoso da criança. Como também, aumentar o número de estudos ampliando-se a amostra estudada, analisando-se outras variáveis, principalmente quantitativas relacionadas às práticas alimentares após a alta em casos de prematuridade no qual possuem forte risco nutricional.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conhecimento e compreensão da realidade atual na prematuridade em respeito às práticas alimentares contribui socialmente na busca por uma melhor qualidade de vida, no contexto de que os jovens de hoje são os responsáveis pela expectativa de vida dos futuros adultos do amanhã.

REFERÊNCIAS

- HOLMES, A. V.; AUINGER, P.; HOWARD, C.R. Combination feeding of breast milk and formula: evidence for shorter breast-feeding duration from the National Health and Nutrition Examination Survey. **J Pediatr**. St. Louis, v. 159, n. 2, pp. 186–191, 2011.
- AQUINO, R. R.; OSÓRIO, M. M. Alimentação do recém-nascido pré-termo: métodos alternativos de transição da gavagem para o peito materno. **Rev. Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 8, n. 1, p.11-16, 2008.
- ASSUNÇÃO, P.L.; NOVAES, H.M.; ALENCAR, G.P. Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande, Paraíba, Brasil: um estudo caso-controle. **Cad Saúde Pública**, Campina Grande, v. 28, n.6, p. 1078-1090, 2012.
- BAIA, L.; et al. Utilização de sucedâneos do leite materno no primeiro mês de vida. **Rev. APS**. Minas Gerais, v. 1, n. 4, p. 437-443, 2013.
- BARDAL, N. F. **Recuperação nutricional dos recém-nascidos prematuros da UTI Neonatal do HRAS**. 2012 22 f. Trabalho de conclusão de curso (Especialização) – Residência em Neonatologia, Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal, Brasília, 2012. Disponível em:<
http://www.paulomargotto.com.br/documentos/Recuper_Nutric-PT.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2017.
- BECK, S., et al. The worldwide incidence of preterm birth: A systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bulletin of the World Health Organization**, Genebra, v. 88, n. 1, p. 31-38, 2010.
- BENER, A. Psychological distress among postpartum mothers of preterm infants and associated factors: a neglected public health problem. **Rev. Bras. Psiquiatr**. São Paulo, v. 35, n. 3, p. 231-236, 2013.
- DIVULGAÇÃO CAISM. **Brasil tem 40 partos prematuros por hora**. São Paulo: UNICAMP, Nov, 2014. Disponível em:<<http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2014/11/14/brasil-tem-40-partos-prematuros-por-hora>>. Acesso em: 21 mar. 2017.
- BRASIL. Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: **Editora do Ministério da Saúde**, 2009a.
- _____. **Saúde da Criança: Nutrição Infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 23)
- _____. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Portaria n. 569QGM, de 1º de junho de 2000.** Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Brasília, 2000a.

_____. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar.** 2. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília: Ministério da Saúde, p. 272, 2012. (Caderno de Atenção Básica, n. 33)

_____. **II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

FREITAS, B. A. C.; et al. Duration of breastfeeding in preterm infants followed at a secondary referral servisse. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 189-196, 2016.

CAETANO, M.C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **JPED**. Rio de Janeiro, v. 86, p. 196-201, 2010.

CAMINHA, M. F. C. et al . Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 2, Abr. 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102010000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 19 mar. 2017.

CAMPAGNOLO, P. D. B. et al . Práticas alimentares no primeiro ano de vida e fatores associados em amostra representativa da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 25, n. 4, Ago. 2012 Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732012000400001>. Acesso em: 20 mar. 2017.

CARVALHO, A.P. et al. Conhecimento sobre amamentação: comparação entre puérperas adolescentes e adultas. **Rev Paul Pediatria**, São Paulo, v.24, n. 2, p. 121-126, 2006.

COULTATE, T.P. Alimentos. **A química de seus componentes.** Editora Artmed, São Paulo, 2004.

CRUVINEL, F.G.; PAULETTI, C.M. Formas de atendimento humanizado ao recém-nascido pré-termo ou de baixo peso na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: uma revisão; **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios de desenvolvimento**, São Paulo, v.9, n.1, p. 102-125, 2009.

DELGADO, S.E. A influência da cultura no aleitamento materno: reflexões para melhor promovê-la. **Fono Atual**. [s. l.] v.5, n.19, p. 20-3, 2002.

DEMARTINI, A. A. C. et al. Crescimento de crianças nascidas prematuras. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, nov. v.55, n. 8, 2011.

DIAS, M. C. A. P.; FREIRE, L. M. S. (*In memoriam*) e FRANCESCHINI, S.C. C. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Rev. Nutr**, Campinas. v.23, n.3, 2010.

DIAS, R. A.. **A importância do pré-natal na atenção básica**. Belo Horizonte: UFMG, 2014.

EUSER, A.M. et al. Growth of preterm born children. **Horm Res**, [s. l.], v. 70, n.6, p. 319-28, 2008.

FONSECA, A.L.M. et al. Impacto do aleitamento materno no coeficiente de inteligência de crianças de oito anos de idade. **J Pediatr**, Rio de Janeiro, n. 89, p. 346-53, 2013.

MACHADO, M. O. F. et al . Aleitamento materno: conhecimento e prática. **Rev. esc. enferm.**, USP, São Paulo, v. 46, n. 4, Ago. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/04.pdf>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

FORTES FILHO, J. B. et al . Prevention of retinopathy of prematurity. **Arq. Bras. Oftalmol.**, São Paulo, v. 74, n. 3, p. 217-221, June 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492011000300016&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Marc 2017.

FROTA, et al. Conhecimento de mães acerca do aleitamento materno e complementação alimentar: pesquisa exploratória. **OBNJ** (Online Brazilian Journal of Nursing), Niterói, v. 12, n. 1, abr. 2013. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3890/html_2. Acesso em: 21 mar. 2017.

FUJIMORI, E. et al. Aspectos relacionados ao estabelecimento e à manutenção do aleitamento materno exclusivo na perspectiva de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. **Interface comun. saúde educ.**, [s. l.], v. 14, n. 33, p. 315-2, 2010.

GIULIANI, N. R. et al. O início do desmame precoce: motivos de mães assistidas por serviços de puericultura de Florianópolis/SC para esta prática. **Pesq. Brás. Odontoped. Clin. Integr**, João Pessoa, v. 12, n. 1, Jan. 2012. Disponível em: <<http://revista.uepb.edu.br/index.php/pboci/article/viewFile/1040/776>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

GOLIN, C.K. et al. Erros alimentares na dieta de crianças frequentadoras de berçários em creches públicas no município de São Paulo, Brasil. **Rev Paul Pediatr**. São Paulo, v. 29, n. 1, p. 35-40, 2011.

GRAVETT, M.G.; RUBENS, C.E.; NUNES, T.M. Global report on preterm birth and stillbirth (2 of 7): discovery science. **BMC Pregnancy Childbirth.**, [s. l.], v. 10, n. 1, 2001.

KOMINIAREK, M. Infants born late preterm: Indications and recommendations for obstetric care. **Neoreview**, [s. l.], v.10, p. 295-302, 2009.

KRAMER, M.S. et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. **JAMA**, [s. l.], v. 285, p. 413-20, 2001.

LACERDA, E.M.A.; ACCIOLY, E. Alimentação do lactente com fórmulas lácteas. **Nutrição em Obstetrícia e Pediatria**, Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2002.

LORENA, S.H.T.; BRITO, J.M.S. Estudo retrospectivo de crianças pré-termo no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. **Arq Bras Oftalmol**, São Paulo. v. 72, n. 3, p. 360-4, 2009.

NUNES, C.R.; ABDALA, L.G.; BEGUETTO, M.G. Acompanhamento dos desfechos clínicos no primeiro ano de vida de prematuros. **Ver Gaúcha Enferm**, Rio Grande do Sul. v.34; n.4; p. 21-27, 2013.

OLIVEIRA, E.A. Modelos de risco na Psicologia do desenvolvimento. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, Brasília. v. 14, n.1, p. 19-26, 1998.

OLIVEIRA, F.L.C. Fórmulas infantis e leite de vaca integral: avanços e limitações. Highlights em nutrição infantil. 630 Curso Nestlé de atualização em pediatria. Brasília, 2006.

OLIVEIRA, R.B.; MELO, E.C.P.; KNUPP, V.M.A.O. Perfil dos óbitos infantis no município do Rio de Janeiro segundo peso ao nascer, no ano de 2002. Esc Anna Nery. **Rev Enferm**, Rio de Janeiro, mar. v. 12, n. 1, p. 25 –9, 2008.

OLIVEIRA, J. E. D. et al. **Ciências Nutricionais: Aprendendo a aprender**. 2.ed. São Paulo: Editora Sarvie, São Paulo. v. 1, p. 760, 2008.

PALMA, D.; DISHCHEKENIAN, V. Alimentação complementar. **Guia de nutrição clínica na infância e na adolescência**. Barueri, SP: Manole, 2009.

PEREIRA, L. E.; GARBES, R. **Manual de seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. [s.l.]: SBP, 2012.

PEREIRA, M., & CANAVARRO, M. C. Influência da paridade na adaptação na transição para a maternidade em grávidas infectadas pelo VIH e grávidas sem condição médica associada. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, p. 425-438, 2011.

QUELUZ, M. C. et al. Prevalência e determinantes do aleitamento materno exclusivo no município de Serrana, São Paulo, Brasil. **Rev. esc. enferm**, USP, v.46, n.3, p. 537-543, 2012. ISSN 0080-6234.

RAMOS, C. V. et al. Prevalência do Aleitamento Materno Exclusivo e os fatores a ele associados em crianças nascidas nos Hospitais Amigos da Criança de Teresina – Piauí. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 19, n. 2, p. 115-124, abr-jun 2010.

RAMOS, H. Â. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. Esc Anna Nery **Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.13, n. 2, p. 297-304, 2009.

RAMOS, J.G.L.; et al. Nascimento pré-termo. In: Freitas F, Martins SHC, Ramos JGL, Magalhães JÁ. Rotinas em obstetrícia. Porto Alegre(RS): **Artmed**. p. 69-80, 2001.

ROCCI, E.; FERNANDES, R. A. Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.67, n.1, Jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672014000100022&script=sci_arttext>. Acesso em: 24 mar. 2017.

ROCHA, R. et al. Mortalidade neonatal e evitabilidade: uma análise do perfil epidemiológico. **Ver Enferm**, UERJ, Rio de Janeiro. v.19, n.1, p 114-20, Jan-Mar, 2011.

RUGOLO, L.M. et al. Growth of extremely low birth weight infants during the first two years of life. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 142-9, 2007.

SALGE, C.A.K. Et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], Goiás, v. 11, n. 3, p. 642-6, 2009. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>>. Acesso em: 21 mar. 2017.

SILVA, A.F.M; GAIVA, M.A. e BITTENCOURT, R.M. Uso de lactogogos na amamentação por mães assistidas numa unidade de saúde da família. **Rev Rene**, Cuibá, Mato Grosso. v. 12, n. 3, p. 574-81, 2011.

SISK, P. et al. Breast milk expression and maintenance in mothers of very low birth weight infants: supports and barriers. **J Hum Lact**, [s.l.], v. 26, n. 4, p. 368-75, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Avaliação nutricional de criança e do adolescente - manual de orientação. São Paulo: **Sociedade Brasileira de Pediatria**. p. 112, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Departamento Científico de Neonatologia (Ed.)**, Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco. SBP, Rio de Janeiro. 2012.

TORATI, C. V.; **Política de atenção ao recém-nascido prematuro: morbididades respiratórias e neurológicas**, [s.l.], 2011.

TRONCHIN, D. M. R.; TSUNECHIRO, M. A. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. v. 28, n.01, p. 79-88, 2007.

TUCKER J, MCGUIRE W. Epidemiology of preterm birth. **BMJ**, [s. l.], v. 329, n. 7467, p. 675-8, 2004.

VASCONCELOS, M.G.L.; LEITE, A.M.; SCOCHI, C.G.S. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhamento do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant**, Recife, v. 6, n. 1, 2006.

VENANCIO, S.I. et al. Projeto Amamentação e Municípios: a trajetória de implantação de uma estratégia para a avaliação e monitoramento das práticas de alimentação infantil no Estado de São Paulo, no período de 1998-2008. **Bepa**, São Paulo, v. 7, n. 83, p. 4-1, 2010.

VIEIRA, G.; SILVA, L.R.; VIEIRA, T.O. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. **J Pediatr**, Porto Alegre, v. 79, n. 5, p. 449-54, 2009.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, Londres, n. 377, p. 1863-76, 2011.

WEBER, L. N. D. Interações entre família e desenvolvimento. In: _____. (org). Família e desenvolvimento: visões multidisciplinares. Curitiba :Editora Juru, p. 9-20, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Food and Agriculture Organization. Department of Food Safety. Safe preparation, storage and handling of powdered infant formula: guidelines.** Switzerland: WHO, 2007.

_____. **Infant and young child nutrition: global strategy on infant and young child feeding.** Geneva: WHO, 2002.

_____. **Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding.** 2017 Mar 21; Geneva, Switzerland: WHO, 2001.

ZOMIGNANI, A P.; ZAMBELLI, H. J. L.; ANTONIO, M. A. R. G. M. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 198-203, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de Egresso



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

PROJETO PREMATURO



COORTE PROSPECTIVA DO PRIMEIRO ANO DE VIDA DE CRIANÇAS PREMATURAS DO MUNICÍPIO DE VITÓRIA
DE SANTO ANTÃO, PERNAMBUCO: ESTUDO DO CRESCIMENTO, DESENVOLVIMENTO, AMAMENTAÇÃO,
PADRÕES ALIMENTARES E MORBIDADES DESTE GRUPO DE RISCO

Questionário da criança

Unidade de Saúde:		
Número do questionário:		QUEST ____
Data da entrevista:	____/____/____	DENT __/__/____
Nome do entrevistador:		
Nome do ACS:		
Dados Maternos		
1.Nome da mãe:		
2.Idade:		
3.Qual o seu estado Civil?	1[] Solteira 2[] Casada 3[] Viúva 4[] Divorciada 5[] Outros. Qual? _____	
4.Qual a sua profissão?	1[] Do lar 2[] Desempregada 3[] Empregada Qual profissão? _____	

Criança

Identificação		
5. Qual o nome da criança?		
6. Sexo	1[] Feminino 2[] Masculino	SEXO: ____
7. Qual a idade da criança?	8.1. Idade Gestacional (semanas): ____ 8.2. Idade Corrigida: ____ 8.3. Idade Cronológica: ____	
8. Data de Nascimento da criança?	____/____/____	DNASC ____/____/____
9. Qual o seu Endereço residencial?	_____ _____ _____ _____	
10. Telefones para contato:	() ____-____ () ____-____	
Situação Sócio-Econômica e Habitação		
11. Mora com quem?	1[] Mãe 2[] Pai 3[] Mãe e Pai 4[] Outro. Qual? _____	MRQ: ____
12. Sua casa tem água encanada?	1[] Sim 2[] Não	SANBAS: ____
13. Como é feito o abastecimento de água?	1[] Carro Pipa 2[] Rede geral (COMPESA) 3[] Poços 4[] Captação da água de chuva 5[] Açude 6[] Outro. Qual? _____	ABASTAG: ____
14. Qual o destino dos dejetos (fezes e urina)?	1[] Fossa 2[] Céu aberto 3[] Rede de esgoto 4[] Outro. Qual? _____	DESTDJT: ____
15. Você trata a água que você bebe?	1[] Sim 2[] Não	TAB: ____
16. SE AGUA É TRATADA , Qual o tratamento utilizado?	1[] Fervura 2[] Cloração	TUPTA: ____

	3[] Filtração 4[] Mineral 5[] Outro. Qual? _____	
17. Qual o destino do seu lixo?	1[] Coletado 2[] Queimado 3[] Céu aberto 4[] Enterrado 5[] Outro. Qual? _____	DLIXO: _____
18. Qual a renda familiar da sua casa?	1[] Inferior a 1 salário mínimo 2[] 1 salário mínimo 3[] Até 2 salários mínimos 4[] Acima de 2 salários mínimos	RENDF: _____
19. Recebe algum benefício do governo?	1[] Sim 2[] Não Qual? _____	BENF: _____
Antropometria e Exames		
20. Possui a caderneta da criança?	1 [] Sim, trouxe 2 [] Sim, Não trouxe 3 [] Não	PCC: _____
21. Peso ao nascer (gramas):		PN: _____
22. Comprimento ao nascer (cm):		EN: _____
23. Perímetro Cefálico ao nascer (cm):		PCN: _____
24. Peso atual (cm):		
25. Comprimento atual (cm):		
26. Perímetro Cefálico atual (cm):		
27. Perímetro Torácico (cm):		
28. Circunferência do Braço (cm):		
29. A criança recebeu visita domiciliar na 1ª semana de algum profissional de saúde?	1 [] Sim 2 [] Não	VAPS: _____
30. Qual profissional?		

	Médico 1 [] Sim 2 [] Não	VMED: _____
	Enfermeiro 1 [] Sim 2 [] Não	VENF: _____
	Fonoaudiólogo 1 [] Sim 2 [] Não	VFON: _____
	Nutricionista 1 [] Sim 2 [] Não	VNUT: _____
	Outro. Qual? _____	
31. A criança tomou/toma vitamina A? (VER NO CARTÃO)	1 [] Sim 2 [] Não	TVITA: _____
32. SE TOMOU , Quantas doses?	1 [] Uma 2 [] Duas 3 [] Três 4 [] Quatro 3 [] Não se aplica	
33. A criança TOMA sulfato ferroso?	1 [] Sim 2 [] Não	TSULFFER: _____
34. SE TOMOU/ TOMA , Qual o esquema de suplementação?	1 [] Diariamente 2 [] Semanalmente 3 [] Não se aplica	
35. A criança TOMA outro tipo de suplemento oral?	1 [] Sim Qual? _____ 2 [] Não	TSUPORAL: _____
36. SE TOMOU/ TOMA , Qual o esquema de suplementação?		
Aleitamento materno		
37. A criança foi colocada ao seio para mamar na primeira hora de vida logo após o parto? (AINDA NA SALA DE PARTO)	1 [] Sim 2 [] Não	
38. Na alta hospitalar qual era a alimentação da criança?	1 [] Apenas leite materno 2 [] Leite materno + fórmula infantil no copinho 3 [] Leite materno + fórmula infantil na chucha 4 [] Apenas fórmula infantil no copinho 5 [] Apenas fórmula infantil na chucha	
39. A criança mama?	1 [] Sim 2 [] Não	CMAMA: _____
40. SE NÃO MAMA , A criança mamou alguma vez na vida?	1 [] Sim 2 [] Não (NUNCA)	CMAMOU: _____

	3 [] NÃO SE APLICA (QUANDO A CRIANÇA AINDA MAMA) 4 [] Não sabe	
41. Mamou até que idade (MESES)?	1 [] Até 1 mês 2 [] Até 2 mês 3 [] Até 3 mês 4 [] Até 4 mês 5 [] Até 5 mês 6 [] Até 6 mês 7 [] > 6 meses	MAMOU: _____
42. <u>SE NÃO MAMA, MAS MAMOU</u> , Porque deixou de mamar?	1 [] Leite insuficiente 2 [] Criança não queria 3 [] Mãe não queria 4 [] Criança doente 5 [] Mãe doente 6 [] Mãe trabalhava/estudava 7 [] Problema no seio 8 [] Não se aplica 9 [] Outro. Qual? _____	PQDM: _____
43. <u>SE NUNCA MAMOU</u> , Porque nunca mamou?	1 [] Leite insuficiente 2 [] Criança não queria 3 [] Mãe não queria 4 [] Criança doente 5 [] Mãe doente 6 [] Mãe trabalhava/estudava 7 [] Problema no seio 8 [] Não se aplica 9 [] Outro Qual? _____	PNM: _____
44. <u>SE NUNCA MAMOU</u> qual o leite ofereceu como “substituto” do Leite Materno?	1 [] Leite em pó modificado (fórmulas) 2 [] Leite de vaca em pó integral 3 [] Leite de vaca não pasteurizado (natural) 4 [] Leite de vaca líquido integral 5 [] Leite de cabra 6 [] Leite de soja	SLM: _____

	7 [] Não se aplica 8 [] Não sabe 9 [] Outro: _____	
45. SE NUNCA MAMOU. Como preparava o leite da criança com mais frequência?	1 [] Apenas leite 2 [] Leite com açúcar 3 [] Leite com farináceos 4 [] Leite com açúcar e farináceos	
46. ENQUANTO MAMA OU MAMAVA ofereceu outro tipo de alimento? (ANTES DOS 6 MESES DE VIDA)	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] NÃO SE APLICA (NUNCA MAMOU) 4 [] Não sabe	OAL: _____
47. ENQUANTO MAMA OU MAMAVA , qual alimento recebeu: (ANTES DOS 6 MESES DE VIDA)	Água: 1 [] Sim 2 [] Não	AG: _____
	Chá: 1 [] Sim, QUAL? 2 [] Não	CHA: _____
	Suco: 1 [] Sim, QUAL? 2 [] Não	SUCO: _____
	Outro leite: 1 [] Sim, QUAL? 2 [] Leite em pó modificado (fórmulas) 3 [] Leite de vaca em pó integral 4 [] Leite de vaca não pasteurizado (natural) 5 [] Leite de vaca líquido integral 6 [] Leite de cabra 7 [] Leite de soja 8 [] Não 9 [] não sabe informar	OLEIT: _____
	COMO PREPARA OU PREPARAVA O LEITE? 1 [] Apenas leite 2 [] Leite com açúcar 3 [] Leite com farináceos 4 [] Leite com açúcar e farináceos	
48. Quem recomendou a introdução dos alimentos?	1 [] Mãe	

(ANTES DOS SEIS MESES DE VIDA)	2 [] Sogra 3 [] Médico 4 [] Nutricionista 5 [] Outro. Qual? _____	
Avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade		
A senhora pode me dizer quais Alimentos esta criança tomou ou comeu desde ontem de tarde até hoje, sem contar com a primeira refeição da manhã? Eu vou falar o nome de cada alimento e a Sra. responde sim ou não.		
49. Tomou leite de peito?	1 [] Sim 2 [] Não (Passe para a questão 50) 9 [] Não Sabe (Passe para a questão 50)	
50. Quantas Vezes? _____ vezes	9 [] Não Sabe	
51. Tomou Água?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
52. Tomou Chá?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
53. Tomou outro Leite?	1 [] Sim, qual? _____ 2 [] Não (Passe para a questão 55) 9 [] Não Sabe (Passe para a questão 55)	
54. Quantas vezes a criança recebeu esse outro leite? _____ vezes	9 [] Não Sabe	
55. Nesse leite tinha açúcar ou achocolatado?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
56. Tomou Suco de Fruta Natural ou Água de Coco?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
57. Tomou Suco Industrializado ou em Pó?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
58. Tomou Refrigerantes?	1 [] Sim 2 [] Não	

	9 [] Não Sabe	
59. Tomou Café?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
60. Comeu algum Alimento Sólido, Semissólido ou Pastoso?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	Quantas Vezes? _____ Vezes
61. Comeu Mingau com Leite?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	Quantas Vezes? _____ Vezes
62. Comeu outro tipo de Mingau?	1 [] Sim, qual? _____ 2 [] Não 9 [] Não Sabe	Quantas Vezes? _____ Vezes
63. Comeu Fruta Inteira, em Pedacos ou Amassada?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	Quantas Vezes? _____ Vezes
64. Comeu Mamão, Manga, Pitanga?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
65. Comeu alimento adoçado com Açúcar, Mel, Melado, adoçante?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
66. Comeu Bala, Pirulito, ou outras guloseimas?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
67. Comeu Bolacha, Biscoito ou Salgadinho de Pacote?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
68. Comeu comida com Sal (de Panela, Papa, sopa)?	1 [] Sim 2 [] Não (Passe para a questão 69) 9 [] Não Sabe (Passe para a questão 69)	
69. Quantas Vezes?	1 [] 1 Vez 2 [] Duas Vezes	

	3 [☐] Três Vezes ou Mais 9 [☐] Não Sabe
70. A comida oferecida foi (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma)	1 [☐] Igual a da família? 2 [☐] Preparada só para a criança? 3 [☐] Industrializada (de potinho) 9 [☐] Não Sabe
*Questão 69: _____, _____, _____ (resposta codificada)	
71. Essa comida foi oferecida como: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma)	1 [☐] Em Pedacos? 2 [☐] Amassada? 3 [☐] Passada da Peneira? 4 [☐] Liquidificada? 9 [☐] Não sabe
*Questão 70: _____, _____, _____ (resposta codificada)	
72. Comeu algum tipo de Carne (de Boi, Frango, Porco, Peixe ou outro)?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não 9 [☐] Não Sabe
73. Comeu Fígado?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não 9 [☐] Não Sabe
74. Comeu Feijão?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não (Passe para a questão 75) 9 [☐] Não Sabe (Passe para a questão 75)
75. Como foi oferecido esse feijão?	1 [☐] Só o Caldo 2 [☐] Só o Caroço 3 [☐] Caldo e Caroço 9 [☐] Não sabe
76. Comeu Ovo?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não (Passe para a questão 78) 9 [☐] Não Sabe (Passe para a questão 78)
77. Como foi oferecido o Ovo?	1 [☐] Só a Clara 2 [☐] Só a Gema

	3 [] Clara e Gema
78. Comeu Arroz, Batata, Inhame, Aipim, Macarrão sem ser Miojo?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
79. Comeu Legumes sem ser Batata/ Inhame/ Aipim?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
80. Comeu Abóbora, Cenoura, Brócolis ou Couve?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
81. Comeu Verduras de Folhas?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
82. Comeu Salsicha, Linguiça e/ou Nuggets?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
83. Comeu Macarrão tipo Instantâneo (Tipo Miojo)?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
84. Tomou ou Comeu outros alimentos?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
85. A criança frequenta Creche?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
86. Qual o Período?	1 [] Integral 2 [] Meio Período (Manhã ou Tarde)
87. A Criança usa Mamadeira ou Chuquinha?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
88. A Criança usa Chupeta?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe

Orientações Passadas por profissionais as mães das crianças atendidas nas UBS		
89. Você recebeu orientação sobre os benefícios do Aleitamento Materno?	1 [] Sim 2 [] Não	
90. Na consulta de puericultura explicaram a você a importância de dar somente o leite do peito até os seis meses de vida?	1 [] Sim 2 [] Não	
91. Na consulta de puericultura, você foi orientada a partir de qual mês o seu filho pode ingerir outros alimentos além do AM?	1 [] Sim. Qual? _____ 2 [] Não	
92. Na UBS algum profissional perguntou se estava tendo dificuldades na introdução dos alimentos na alimentação do seu filho?	1 [] Sim 2 [] Não	
93. Você foi orientada se é correto dar chupeta ao seu filho?	1 [] Sim 2 [] Não	
94. Você foi orientada se é correto a prática de dar leite na mamadeira ao seu filho?	1 [] Sim 2 [] Não	
95. Na UBS você foi informada sobre quais alimentos ricos em ferro você deve ofertar ao seu filho e a partir de qual mês deve introduzir esses alimentos?	1 [] Sim. Quais são? _____ 2 [] Não	
96. Na UBS você foi orientada sobre quais alimentos ricos em vitamina A você deve dar ao seu filho e a partir de qual mês deve introduzir esses alimentos?	1 [] Sim. Quais são? _____ 2 [] Não	
97. Em qual momento você recebeu as orientações de como deve ser a alimentação do seu filho?	1 [] Pré-natal 2 [] Curso de gestante 3 [] Consulta de puericultura 4 [] Consulta de rotina	

APÊNDICE B – Questionário de Puérpera



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA



PROJETO PREMATURO - PUÉRPERA

Questionário da puérpera (prematuro e a termo)		
Número do questionário:		QUEST _ _ _
Data da entrevista:	__/__/__	DENT __/__/__
Nome do entrevistador:		

Puérpera

Identificação		
1. Qual o seu nome?		
2. Qual o nome da criança?		
3. Qual a sua idade?		IDADE ____
4. Com que idade menstruou pela primeira vez?		
5. Data de Nascimento:	__/__/__	DNASC __/__/__
6. Qual o seu Endereço residencial?	_____ _____ _____ _____	
7. Ponto de referência	_____ _____ _____	
8. Em qual USF é acompanhada?		BAIRRO: ____
1 [] Bela Vista I 2 [] Bela Vista II 3 [] Mário Bezerra		

	Qual profissão? _____	
14. É alfabetizada?	1[] Sim 2[] Não	ALF: _____
15. Qual o seu grau de escolaridade?	1[] Ensino fundamental I incompleto (1ª a 4ª série) 2[] Ensino fundamental I completo (4ª série) 3[] Ensino fundamental II incompleto (5ª a 8ª série) 4[] Ensino fundamental II completo (8ª série) 5[] Ensino médio incompleto (1º ao 3º ano) 6[] Ensino médio completo (3º ano) 7[] Graduação incompleta 8[] Graduação completa 9[] Pós graduação	ESCOL: _____
16. Estuda atualmente?	1[] Sim 2[] Não	ESTAL: _____
17. Tem quantos filhos? (sem contar o bebê)	1[] nenhum 6[] 5 2[] 1 7[] 6 3[] 2 8[] 7 4[] 3 9[] 8 5[] 4 10[] > 8	NFILHOS: _____
18. Você recebe a visita do ACS?	1[] Sim 2[] Não	VACS: _____
19. Com qual frequência?	1[] Diariamente 2[] Semanalmente 3[] Quinzenalmente 4[] Mensalmente 5[] Não sabe informar	
20. Quanto tempo você demora da sua casa até a unidade de saúde?	1[] Menos de 30 minutos 2[] 30 minutos – 1 hora 3[] Mais de 1 hora	
21. Qual o principal meio de transporte que você mais utiliza para chegar até a unidade de saúde?	1[] Carro próprio 2[] Táxi 3[] Andando	PMT: _____

	4[] Bicicleta 5[] Moto 6[] Ônibus 7[] Outro. Qual? _____	
Situação Socioeconômica e Habitação		
22. Sua residência é?	1[] Própria 2[] Alugada 3[] Cedida 4[] Outra. Qual? _____	MORAD: ____
23. Quantas pessoas moram em sua residência (contando com você, sem contar com o bebê)?	1[] até 3 pessoas 2[] 4 a 6 pessoas 3[] 7 ou mais pessoas	NPR: ____
24. De que é feita a casa onde você mora?	1[] Alvenaria 2[] Madeira 3[] Taipa 4[] Material improvisado (lona, papelão, etc)	TPHAB: ____
25. Quantos cômodos têm na casa?	1[] 1 2[] 2 3[] 3 4[] 4 ou mais.	NCC: ____
26. Sua casa tem água encanada?	1[] Sim 2[] Não	SANBAS: ____
27. Como é feito o abastecimento de água? (pode ter mais de uma resposta)	1[] Carro Pipa 2[] Rede geral (Compesa) 3[] Poço artesiano 4[] Captação da água de chuva 5[] Açude 6[] Cacimba 7[] Outros. Qual? _____	ABASTAG: ____
28. Qual o destino dos dejetos (fezes e urina)?	1[] Fossa séptica 2[] Céu aberto 3[] Rede de esgoto	DESTDJT: ____

	4[] Direto pra o rio ou lago 5[] Outro.Qual? _____	
29. Você trata a água que você bebe?	1[] Sim 2[] Não	TAB: _____
30. SE TRATADA, Qual o tratamento utilizado?	1[] Fervura 2[] Cloração 3[] Filtração 4[] Mineral 5[] Outro. Qual? _____	TUPTA: _____
31. Qual o destino do seu lixo?	1[] Coletado 2[] Queimado 3[] Céu aberto 4[] Enterrado 5[] Outro. Qual? _____	DLIXO: _____
32. Qual a sua renda familiar?	1[] Inferior a 1 salário mínimo 2[] 1 salário mínimo 3[] Até 2 salários mínimos 4[] Acima de 2 salários mínimos	RENDF: _____
33. Recebe algum benefício?	1[] Sim 2[] Não Qual? _____	BENF: _____
Antecedentes obstétricos (VER NO CARTÃO DA GESTANTE)		
34. Número de gestações prévias	1[] Nenhuma 2[] 1 3[] 2 4[] 3 5[] Mais de 3. Quantas? _____	
35. Amamentou o seu filho anterior?	1 [] sim 2 [] não	
36. SE SIM, amamentou por quanto tempo?	_____	
37. Número de partos	1[] 0	

	2[] 1 2[] 2 3[] 3 4[] Mais de 3. Quantos? _____	
38. Tipo de parto	1[] Vaginal. Quantos? _____ 2[] Cesárea. Quantos? _____ 3[] Vaginal com uso de fórceps. Quantos? _____	
39. Teve algum aborto?	1[] Sim. Quantos? _____ 2[] Não	
40. Quantos nascidos vivos?	1[] Nenhum 2[] 1 3[] 2 4[] 3 5[] Mais de 3. Quantos? _____	
41. Quantos nascidos mortos?	1[] Nenhum 2[] 1 3[] 2 4[] 3 5[] Mais de 3. Quantos? _____	
42. Apresentou um quadro de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia?	1[] Sim 2[] Não	
Antecedentes clínicos (VER NO CARTÃO DA GESTANTE) – GESTAÇÃO DA CRIANÇA ATUAL		
43. Apresentou diabetes?	1[] Sim 2[] Não	
44. Apresentou hipertensão arterial?	1[] Sim 2[] Não	
45. Apresentou infecção do trato urinário (ITU)?	1[] Sim 2[] Não	
46. Apresentou/apresenta cardiopatia?	1[] Sim 2[] Não	
47. Apresentou tromboembolismo?	1[] Sim 2[] Não	

48. Realizou cirurgia pélvica uterina?	1[] Sim 2[] Não	
49. Você apresentou alguma outra patologia?	1 [] Não 2[] Sim. Qual? _____	
Última gestação (gestação da criança atual)- (VER NO CARTÃO DA GESTANTE)		
50. Durante a última gestação, você fumou?	1[] Não 2[] Sim. Número de cigarros por dia _____	
51. Durante a última gestação você consumiu álcool ?	1[] Não. 2[] Sim. Quantidade _____	
52. Durante a última gestação você consumiu usou alguma outra droga ?	1[] Não 2[] Sim. Qual? _____	
53. Durante a última gestação você teve sífilis ?	1[] Sim 2[] Não	
54. Durante a última gestação você apresentou outras DST's ?	1[] Sim. Qual? _____ 2[] Não	
55. Durante a última gestação você teve toxoplasmose ?	1[] Sim 2[] Não	
56. Durante a última gestação você teve infecção urinária ?	1[] Sim 2[] Não	
57. Durante a última gestação você teve anemia ?	1[] Sim 2[] Não	
58. Durante a última gestação você teve incompetência istmocervical ?	1[] Sim 2[] Não	
59. Durante a última gestação você teve ameaça de parto prematuro ?	1[] Sim 2[] Não	
60. Durante a última gestação você teve isoimunização Rh ?	1[] Sim 2[] Não	
61. Durante a última gestação você teve oligodrâmnio ?	1[] Sim 2[] Não	
62. Durante a última gestação você teve polidrâmnio ?	1[] Sim 2[] Não	
63. Durante a última gestação você	1[] Sim	

teve ruptura prematura de membrana ?	2[] Não	
64. Durante a última gestação você teve crescimento intrauterino restrito ?	1[] Sim 2[] Não	
65. Durante a última gestação você teve doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) ?	1[] Sim 2[] Não	
66. Durante a última gestação você teve pré eclâmpsia ?	1[] Sim 2[] Não	
67. Durante a última gestação você teve eclâmpsia ?	1[] Sim 2[] Não	
68. Durante a última gestação você teve cardiopatía ?	1[] Sim 2[] Não	
69. Durante a última gestação você teve diabetes gestacional ?	1[] Sim 2[] Não	
70. Durante a última gestação você teve uso de insulina ?	1[] Sim 2[] Não	
71. Durante a última gestação você teve hemorragia ?	1[] Sim 2[] Não	
72. Durante a última gestação fez uso de suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso?	1[] Não 2[] Sulfato ferroso 3[] Ácido fólico 4[] Sulfato ferroso e ácido fólico 4[] Outro suplemento. Qual? _____	
73. Número de consultas do pré-natal	1[] Nenhuma 2[] 1 a 3 3[] 4 a 6 4[] 7 ou mais	
74. Quando iniciou o pré-natal?	1[] 1º trimestre 2[] 2º trimestre 3[] 3º trimestre	
75. Realizou trabalho externo durante a gestação?	1 [] sim, por quanto tempo? _____ 2 [] não	

76. Tipo de trabalho (profissão):	_____	
Parto (prontuário)		
77. Você foi classificada como gestante de alto risco?	1 [☐] Sim 2 [☐] Não	CGALR: _____
78. Apresentou intercorrência no parto?	1[☐] Não 2[☐] Hemorragia 3[☐] Eclâmpsia 4[☐] Infecção 5[☐] Outro. Qual? _____	
79. Qual foi o tipo de parto?	1[☐] Vaginal 2[☐] Cesárea 3[☐] Vaginal com uso de fórceps	TP: _____
80. Se cesárea, qual a indicação?	1[☐] Amniorrexe prematura 2[☐] Apresentação anômala 3[☐] RCIU (Restrição de Crescimento Intrauterino)/Oligodrâmnio 4[☐] Desproporção cefalo-pélvica 5[☐] Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)/Eclâmpsia 6[☐] Deslocamento prematuro de placenta 7[☐] Falha de indução do parto 8[☐] Iterativa (indicação por apresentar cesáreas anteriores) 9[☐] Hemorragia 10[☐] Sofrimento fetal agudo 11[☐] Prematuridade	
81. Qual o seu tipo sanguíneo?	1[☐] AB 2[☐] A 3[☐] B 4[☐] O 5[☐] Não sabe informar	TIPSANG: _____
82. Qual o fator Rh?	1[☐] Positivo 2[☐] Negativo	FRh: _____

	3[] Não sabe informar	
83. Caso o fator Rh seja negativo, você tomou a “vacina”?	1 [] Sim 2 [] Não. Porque?	TVAC:_____
Antropometria-(VER NO CARTÃO DA GESTANTE)		
84. Peso pré-gestacional (no primeiro trimestre)		PESOAT:_____
85. Peso na última consulta (3º trimestre)		
86. Peso PÓS-PARTO		
87. Altura ou hemi envergadura		ALT:_____
Consulta Puerperal/ avaliação da amamentação		
88. Você continua utilizando o sulfato ferroso?	1[] Sim 2[] Não	CUSULF:_____
89. Tomou a vitamina A no pós parto imediato?	1[] Sim 2[] Não 3[] Não sabe informar	TVITA:_____
90. Faz uso de bebida alcoólica?	1 [] Sim 2 [] Não	UBA:_____
91. Quantas vezes você consome?	1 [] diariamente 2 [] 3 a 4x por semana 3 [] 1 a 2x por semana 4 [] quinzenalmente 5 [] mensalmente 6 [] Outro. Qual?_____	FUBA:_____
92. Você é fumante?	1 [] Sim 2 [] Não	FUMA:_____
93. Você está amamentado?	1 [] Sim 3[] ordenhando 2 [] Não	AMAN:_____
94. a criança foi colocada para mamar na sala de parto?	1 [] Sim 2 [] Não	
94. Recebeu orientação sobre amamentação no pré-natal?	1 [] Sim 2 [] Não	

95. Você tem alguma dificuldade para amamentar?	1 [] Sim 2 [] Não	DIFAM: _____
96. Qual a sua dificuldade para amamentar?	1 [] Mamilo invertido 2 [] Ingurgitamento mamário 3 [] Mastite 4 [] Fissura (rachadura) 5 [] Mamas dolorosas 6 [] Ausência ou pouco leite 7 [] Bebê chora muito 8 [] Bebê não pega o seio 9 [] Dificuldade relacionada à prematuridade (<32 semanas) 10 [] NA	ACMAMA: _____
97. Você está tomando algum antibiótico ou antiinflamatório para o problema da mama?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] NA	ANTIMAMA: _____
98. Você recebeu alguma orientação para resolver o problema nas mamas?	1 [] Sim 2 [] Não Se sim, quem orientou? _____ 3 [] NA	ORIPRMA: _____
99. Recebeu orientação sobre a pega correta do bebê?	1 [] Sim 2 [] Não Se sim, quem orientou? _____	ORIEGA: _____
100. Algum profissional orientou sobre a forma correta de realizar a ordenha manual do leite?	1 [] Sim 2 [] Não Se sim, quem orientou? _____	ORIORD: _____
101. Recebeu acompanhamento nos primeiros 15 dias de puerpério sobre amamentação?	1 [] Sim 2 [] Não Se sim, quantas visitas em 15 dias? _____	PUER15: _____

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (título completo da pesquisa), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) **“PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a): Prof^ª Michelle Figueiredo Carvalho, rua alto do reservatório s/n, , Vitória de Santo Antão, Pernambuco. Estão envolvidos na pesquisa os seguintes colaboradores: Érika Michelle Correia de Macêdo, Sandra Cristina da Silva Santana, Antônio Bem Leite – docentes do Centro Acadêmico de Vitória/ Universidade Federal de Pernambuco, endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N, – Bela Vista - CEP: 55608-680, Vitória de Santo Antão – PE. E-mail (projetoprematuro@gmail.com).

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa tem como objetivo descrever e acompanhar o perfil clínico nutricional/estado nutricional e as práticas de amamentação e alimentação dos recém nascidos prematuros nascidos em um hospital de referência para a gestação de alto risco da cidade da Vitória de Santo Antão até completarem 1 ano de vida. Os dados serão coletados por meio de questionário preestabelecido e análise dos prontuários e caderneta da criança, sem utilização de métodos invasivos.
- O período de participação do voluntário da pesquisa será de 1 ano, desde o nascimento e entrada na UTI neonatal até completar 1 ano de idade corrigida. A pesquisa será realizada no Hospital João Murilo de Oliveira, e os dados serão coletados no prontuário da criança sem nenhum contato com o prematuro, e posteriormente, após a alta hospitalar, a coleta será feita no ambulatório de nutrição do Hospital João Murilo de Oliveira durante os egressos mensais da criança para acompanhamento neste ambulatório. A coleta de dados terá a supervisão da nutricionista da UTI neonatal. Para as crianças a termo, a coleta de dados pós-alta acontecerá nas Unidades de Saúde da Família (USF). Caso as crianças não compareçam no dia da coleta à USF ou ao ambulatório será realizada a busca ativa no domicílio acompanhado do Agente comunitário de Saúde.
- **RISCOS** - não haverá métodos invasivos durante o estudo, visto que não haverá a manipulação dos recém-nascidos, nem exposição a procedimentos, pois os dados serão coletados através dos prontuários. Pode haver constrangimento por parte das mães na hora de responder as perguntas do questionário, nesse caso o participante pode se negar a responder a

referente questão que lhe cause constrangimento, mas para minimizar isto, a mãe será informada sobre todos os objetivos e etapas da pesquisa.

➤ **BENEFÍCIOS** - o estudo permitirá conhecer de forma integral o estado de saúde e nutrição dos prematuros residentes no município e verificar a atenção prestada a este grupo de risco nutricional e com isso identificar possíveis carências e inadequações alimentares sendo possível subsidiar ações práticas, orientações, trabalhos de extensão a esta população. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a), no endereço (acima informado), pelo período de (mínimo) 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **“PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data _____ Assinatura do participante:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Impressão
Digital
(Opcional)

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE D – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MENORES DE 12 a 18 ANOS - Resolução 466/12) OBS: Este Termo de Assentimento para o menor de 12 a 18 anos não elimina a necessidade da elaboração de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deve ser assinado pelo responsável ou representante legal do menor.

Convidamos você, após autorização dos seus pais [ou dos responsáveis legais] para participar como voluntário (a) da pesquisa: **“PERFIL CLÍNICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a): Pro^{fa} Michelle Figueiredo Carvalho, rua alto do reservatório s/n, , Vitória de Santo Antão, Pernambuco. Estão envolvidos na pesquisa os seguintes colaboradores: Érika Michelle Correia de Macêdo, Sandra Cristina da Silva Santana, Antônio Bem Leite – docentes do Centro Acadêmico de Vitória/ Universidade Federal de Pernambuco, endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N, – Bela Vista - CEP: 55608-680, Vitória de Santo Antão – PE. E-mail projetoprematuro@gmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados e concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue para que seus pais ou responsável possam guardá-la e a outra ficará com o pesquisador responsável. Você será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida e estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu. Para participar deste estudo, o responsável por você deverá autorizar e assinar um Termo de Consentimento, podendo retirar esse consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa tem como objetivo descrever e acompanhar o perfil clínico nutricional/estado nutricional e as práticas de amamentação e alimentação dos recém nascidos prematuros nascidos em um hospital de referência para a gestação de alto risco da cidade da Vitória de Santo Antão até completarem 1 ano de vida. Os dados serão coletados por meio de questionário preestabelecido e análise dos prontuários e caderneta da criança, sem utilização de métodos invasivos.
- O período de participação do voluntário da pesquisa será de 1 ano, desde o nascimento e entrada na UTI neonatal até completar 1 ano de idade corrigida. A pesquisa será realizada no Hospital João Murilo de Oliveira, e os dados serão coletados no prontuário da criança sem nenhum contato com o prematuro, e posteriormente, após a alta hospitalar, a coleta será feita no ambulatório de nutrição do Hospital João Murilo de Oliveira durante os egressos mensais da criança para acompanhamento neste ambulatório. A coleta de dados terá a supervisão da nutricionista da UTI neonatal. Para as crianças a termo, a coleta de dados pós-alta acontecerá nas Unidades de Saúde da Família (USF). Caso as crianças não compareçam no dia da coleta à USF ou ao ambulatório será realizada a busca ativa no domicílio acompanhado do Agente comunitário de Saúde.

- **RISCOS** - não haverá métodos invasivos durante o estudo, visto que não haverá a manipulação dos recém-nascidos, nem exposição a procedimentos, pois os dados serão coletados através dos prontuários. Pode haver constrangimento por parte das mães na hora de responder as perguntas do questionário, nesse caso o participante pode se negar a responder a referente questão que lhe cause constrangimento, mas para minimizar isto, a mãe será informada sobre todos os objetivos e etapas da pesquisa.
- **BENEFÍCIOS** - o estudo permitirá conhecer de forma integral o estado de saúde e nutrição dos prematuros residentes no município e verificar a atenção prestada a este grupo de risco nutricional e com isso identificar possíveis carências e inadequações alimentares sendo possível subsidiar ações práticas, orientações, trabalhos de extensão a esta população.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a), no endereço (acima informado), pelo período de (mínimo) 5 anos. Nem você e nem seus pais [ou responsáveis legais] pagarão nada para você participar desta pesquisa, também não receberão nenhum pagamento para a sua participação, pois é voluntária. Se houver necessidade, as despesas (deslocamento e alimentação) para a sua participação e de seus pais serão assumidas ou ressarcidas pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da sua participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Este documento passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE que está no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

_____. Assinatura do pesquisador (a)

ASSENTIMENTO DO(DA) MENOR DE IDADE EM PARTICIPAR COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____ (se já tiver documento), abaixo assinado, concordo em participar do estudo **“PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**, como voluntário (a). Fui informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, o que vai ser feito, assim como os possíveis riscos e benefícios que podem acontecer com a minha participação. Foi-me garantido que posso desistir de participar a qualquer momento, sem que eu ou meus pais precise pagar nada.

Local e data _____ Assinatura do (da) menor : _____

Presenciamos a solicitação de assentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do/a voluntário/a em participar.
02 testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE E – TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA

NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS -
Resolução 466/12)**

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) sua filho (a) ou menor que está sob sua responsabilidade legal para participar como voluntário (a) da pesquisa **“PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**. Esta pesquisa é da responsabilidade do (a) pesquisador (a): Prof^a Michelle Figueiredo Carvalho, rua alto do reservatório s/n, , Vitória de Santo Antão, Pernambuco. Estão envolvidos na pesquisa os seguintes colaboradores: Érika Michelle Correia de Macêdo, Sandra Cristina da Silva Santana, Antônio Bem Leite – docentes do Centro Acadêmico de Vitória/ Universidade Federal de Pernambuco, endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N, – Bela Vista - CEP: 55608-680, Vitória de Santo Antão – PE. E-mail (projetoprematuro@gmail.com). Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- A pesquisa tem como objetivo descrever e acompanhar o perfil clínico nutricional/estado nutricional e as práticas de amamentação e alimentação dos recém nascidos prematuros nascidos em um hospital de referencia para a gestação de alto risco da cidade da Vitória de Santo Antão até completarem 1 ano de vida. Os dados serão coletados por meio de questionário preestabelecido e análise dos prontuários e caderneta da criança, sem utilização de métodos invasivos.
- O período de participação do voluntário da pesquisa será de 1 ano, desde o nascimento e entrada na UTI neonatal até completar 1 ano de idade corrigida. A pesquisa será realizada no Hospital João Murilo de Oliveira, e os dados serão coletados no prontuário da criança sem nenhum contato com o prematuro, e posteriormente, após a alta hospitalar, a coleta será feita no ambulatório de nutrição do Hospital João Murilo de Oliveira durante os egressos mensais da criança para acompanhamento neste ambulatório. A coleta de dados terá a supervisão da nutricionista da UTI neonatal. Para as crianças a termo, a coleta de dados pós-alta acontecerá nas Unidades de Saúde da Família (USF). Caso as crianças não compareçam no dia da coleta à USF ou ao ambulatório será realizada a busca ativa no domicílio acompanhado do Agente comunitário de Saúde.
- **RISCOS** - não haverá métodos invasivos durante o estudo, visto que não haverá a manipulação dos recém-nascidos, nem exposição a procedimentos, pois os dados serão coletados através dos prontuários. Pode haver constrangimento por parte das mães na hora de responder as perguntas do questionário, nesse caso o participante pode se negar a responder a

referente questão que lhe cause constrangimento, mas para minimizar isto, a mãe será informada sobre todos os objetivos e etapas da pesquisa.

➤ **BENEFÍCIOS** - o estudo permitirá conhecer de forma integral o estado de saúde e nutrição dos prematuros residentes no município e verificar a atenção prestada a este grupo de risco nutricional e com isso identificar possíveis carências e inadequações alimentares sendo possível subsidiar ações práticas, orientações, trabalhos de extensão a esta população.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a), no endereço (acima informado), pelo período de (mínimo) 5 anos. Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

(assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, autorizo a sua participação no estudo **“PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO”**, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento) para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____ Assinatura do (a) responsável: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Impressão
Digital
(Opcional)

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do comitê de ética

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



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



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: PERFIL CLINICO-NUTRICIONAL E TERAPIA NUTRICIONAL PRECOCE DE PREMATUROS DA UTI NEONATAL EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE REFERÊNCIA PARA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO PERNAMBUCO

Pesquisador: Michelle Figueiredo Carvalho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 46894115.1.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.692.730

Apresentação do Projeto:

A pesquisa a ser realizada na UTI Neonatal do Hospital João Murilo de Oliveira o qual é referencia para gestação de alto risco, na cidade de Vitória

de Santo Antão. Estudo é do tipo coorte prospectivo com crianças prematuras no Hospital João Murilo de Oliveira durante o período de ABRIL de

2016 a ABRIL de 2017. Serão acompanhados todos os recém-nascidos prematuros da UTI neonatal no período de ABRIL de 2016 a ABRIL de 2017.

Serão incluídas todas as crianças com idade gestacional menor que 37 semanas, classificadas como prematuros pela sociedade brasileira de pediatria, 2006.

Objetivo da Pesquisa:

Verifica-se que o projeto tem como objetivo descrever e acompanhar o perfil clinico nutricional/estado nutricional e as praticas de amamentação e alimentação dos

recém nascidos prematuros em um hospital de referencia para a gestação de alto risco da cidade da Vitória de Santo antão até completarem 1 ano

de vida. Estudo é do tipo coorte prospectivo com crianças prematuras nascidas no Hospital João

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: 1.692.730

Murilo de Oliveira durante o período de ABRIL de 2016 a ABRIL de 2017. As crianças selecionadas de acordo com os critérios de inclusão serão acompanhadas durante 1 ano no ambulatório de prematuros do Hospital. Os dados serão coletados dos prontuários e cartão da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Quanto aos riscos, não haverá métodos invasivos durante o estudo, visto que não haverá a manipulação dos recém-nascidos, nem exposição a procedimentos, pois os dados serão coletados através dos prontuários. Pode haver constrangimento por parte das mães na hora de responder as perguntas do questionário, nesse caso o participante pode se negar a responder a referente questão que lhe cause constrangimento, mas para minimizar isto, a mãe será informada sobre todos os objetivos e etapas da pesquisa.

Benefícios:

As crianças com acompanhamento do crescimento em atraso ou sem suplementação de ferro e vitamina A serão encaminhadas para atualização.

Bem como, as mães ou responsáveis serão orientadas quanto a alimentação complementar e aleitamento materno.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A taxa de morbimortalidade infantil ainda permanece elevada em relação ao objetivo proposto de 5% ao ano, especialmente no componente neonatal, mesmo com todos os avanços e programas de saúde voltados para o grupo materno-infantil. Em 2007, a mortalidade infantil no Brasil alcançou a marca de 19,3 óbitos por mil nascidos vivos, contudo na região nordeste a desigualdade social permite taxas de 27,2 óbitos por mil nascidos vivos. Aproximadamente 70% das mortes de recém-nascidos são considerados evitáveis por estar relacionado a falta de atenção adequada à mulher durante a gestação, parto e puerpério, bem como as condições perinatais, associadas em sua maioria à prematuridade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados podem ser considerados pelas observações de forma adequada.

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: 1.692.730

Recomendações:

S/Recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_780555 E1.pdf	23/08/2016 12:34:55		Aceito
Outros	Curriculo_Erika_Michelle_Correia_de_Macedo.pdf	23/08/2016 12:31:37	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DA_EMENDA.docx	23/08/2016 12:06:37	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_prematuro_plataforma_modificadoc.doc	23/08/2016 11:52:41	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Outros	TCLEpais.doc	20/08/2015 14:35:19	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Outros	TALE.doc	20/08/2015 14:34:58	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	07/07/2015 11:37:12	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Outros	CARTA DE ANUÊNCIA.pdf	07/07/2015 11:36:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE maiores de 18 anos.doc	04/07/2015 15:57:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto prematuro plataforma.doc	04/07/2015 15:57:37		Aceito
Outros	Curriculo Anayres.pdf	04/07/2015 15:52:22		Aceito
Outros	curriculo Liliane.doc	04/07/2015 15:52:01		Aceito
Outros	curriculo Deysiane.doc	04/07/2015 15:43:57		Aceito
Outros	Curriculo Lattes Kennia.pdf	04/07/2015 15:43:32		Aceito

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: 1.692.730

Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Roselia Odete Justino da Silva).pdf	04/07/2015 15:35:33		Aceito
Outros	Currículo Lattes Andressa.pdf	04/07/2015 15:34:27		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Elisa Barros de Andrade).pdf	04/07/2015 15:32:34		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Antonio Flaudiano Bem Leite).pdf	04/07/2015 15:30:11		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Zailde Carvalho dos Santos).pdf	04/07/2015 15:29:22		Aceito
Outros	Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Sandra Cristina da Silva-Santana).pdf	04/07/2015 15:28:33		Aceito
Outros	Currículo Lattes Michelle Figueiredo Carvalho.pdf	04/07/2015 15:25:15		Aceito
Outros	TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE.doc	04/07/2015 15:20:10		Aceito
Outros	Termo de Confidencialidade HJMO.pdf	04/06/2015 13:07:24		Aceito
Folha de Rosto	Folha de Rosto.pdf	04/06/2015 13:01:51		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 24 de Agosto de 2016

Assinado por:

**Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador)**