



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA**

MARIA THAINÁ OLIVEIRA DA SILVA

**PERFIL NUTRICIONAL E DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS
NASCIDAS PREMATURAS**

**VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2025**

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

MARIA THAINÁ OLIVEIRA DA SILVA

**PERFIL NUTRICIONAL E DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS
NASCIDAS PREMATURAS**

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

**Orientador(a): Dra. Érika Michelle
Correia de Macêdo Barbosa.
Coorientador(a): Dr. Luiz Gonzaga
Ribeiro Silva Neto.**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Silva, Maria Thainá Oliveira da.

Perfil nutricional e dificuldades alimentares em crianças nascidas prematuras
/ Maria Thainá Oliveira da Silva. - Vitória de Santo Antão, 2025.
73, tab.

Orientador(a): Érika Michelle Correia de Macêdo Barbosa

Coorientador(a): Luiz Gonzaga Ribeiro Silva Neto

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de
Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Nutrição - Bacharelado, 2025.

Inclui referências, apêndices, anexos.

1. Prematuridade. 2. Escala brasileira de alimentação infantil. 3. Alimentação
complementar. 4. Crianças. I. Barbosa, Érika Michelle Correia de Macêdo .
(Orientação). II. Neto, Luiz Gonzaga Ribeiro Silva. (Coorientação). IV. Título.

610 CDD (22.ed.)

MARIA THAINÁ OLIVEIRA DA SILVA

**PERFIL NUTRICIONAL E DIFICULDADES ALIMENTARES EM CRIANÇAS
NASCIDAS PREMATURAS**

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

Aprovado em: 27/ 11 / 2025.

Banca Examinadora:

Profa. Érika Michelle Correia de Macêdo Barbosa (Examinadora Interna)
Centro Acadêmico de Vitória - Universidade Federal de Pernambuco

Renata Kelly Gomes de Oliveira (Examinadora Externa)
Hospital João Murilo de Oliveira

Maria Juliana Bezerra Coelho (Examinadora Externa)
Nutricionista

Dedico este trabalho à minha família, pilar de toda a minha jornada. Em especial, presto minha homenagem à minha avó Maria, cuja presença e carinho permanecem vivos apesar da ausência física. Aos mini-humanos que tive a alegria de acompanhar durante as oportunidades da graduação, o meu profundo agradecimento. Foi no convívio com eles que aprendi a essência da humanidade, a gratidão pelas coisas simples e a despertar o lado mais puro e dedicado da profissional que almejo ser. Vocês são a prova de que a simplicidade é o maior aprendizado.

AGRADECIMENTOS

Início meus agradecimentos da maneira mais bela possível, Deus muito obrigada por estar comigo a partir do momento em que decidi cursar nutrição, gratidão pela tua intercessão quando preenchi o cartão de respostas do Enem, agradeço pelo dia em que recebi a aprovação. Agradeço por sempre estender tua mão sagrada sobre mim, nos dias de angústia, tristeza, saudade de casa e não permitir que os obstáculos me impedissem de concluir e alcançar meus objetivos.

Aos meus pais, pelo cuidado incansável todos os dias de minha vida, ao longo de toda a graduação, nos dias em que a rotina parecia desgastante demais para alcançar um sonho, nos dias em que tudo que desejei foi a minha casa, por não medirem esforços nunca, mesmo diante das dificuldades para me ajudar a concluir meu principal objetivo me tornando uma pessoa melhor e mais íntegra. Reconheço que a distância tornou nosso tempo de convivência menor do que gostaríamos, mas sigo consciente do que sempre me ensinaram em casa de que nada que vem fácil vale pena, muito obrigada.

Agradeço aos meus demais familiares pelo cuidado e felicidade ao me verem conquistando aos poucos meus objetivos, por me receberem com tamanha felicidade, alegria e carinho em nossos casuais encontros, em especial ao meus primos pelo companheirismo e por compartilhar da mesma rotina de tornar-se um profissional da saúde, pelas risadas e experiências compartilhadas. Agradeço ao meu companheiro de vida, por compartilhar dos mesmos desafios impostos ao longo do curso, por ouvir minhas inseguranças e não medir esforços para me ver bem.

A minha orientadora, Érika Michelle, agradeço por ser exemplo de companheirismo, atenção e profissional, por apoiar minha paixão pela área desde o quarto período, agradeço por abraçar meu interesse, por não medir esforços para que meu conhecimento e experiências fossem únicos.

Ao meu coorientador Luiz Neto, agradeço por todo conhecimento ao longo da graduação, por acreditar em mim desde primeiro momento, por me incentivar a explorar meu conhecimento ao longo das aulas e seminários, pela amizade construída e por exemplo de alegria, comprometimento e pela amizade construída

Agradeço aos demais professores da Universidade Federal de Pernambuco por toda dedicação para que meu conhecimento fosse ímpar, em especial às professoras Marcela Sarmiento e Hayanna Arruda, por acreditarem em mim no início da graduação, durante a Iniciação científica e enquanto extensionista, e por sempre me acolherem com tanta atenção e carinho. À professora Keilla Dourado, por proporcionar experiências únicas em momentos práticos ao longo das aulas. À professora Michelle Carvalho por proporcionar tamanho conhecimento no mundo da nutrição materno infantil e por todas as oportunidades ofertadas. À banca examinadora que dedicou um momento da sua rotina para fazer parte deste momento especial.

A meus amigos que pude conhecer em meio a rotina da graduação, agradeço pelas risadas, pelo acolhimento, pelos conselhos e atenção meio a rotina. A minhas amigas de infância Camilly Vitória e Michelly Sousa por ser colo em períodos caóticos, por me lembrarem de que sempre teremos uma a outra, não importa a distância que a vida imponha.

A equipe de nutricionistas do meu primeiro campo de estágio, Hospital das Clínicas de Pernambuco, em especial a 'Alê', 'Clau', 'Gi', 'Luíza' 'Analu' e 'Cassinha' agradeço pelas conversas, pelos abraços, pelas risadas em meio a tantas demandas que o hospital impõe. A equipe de colaboradores do Restaurante Universitário, agradeço por tornarem a rotina mais leve, por trazer a amizade também no ambiente de trabalho, em especial as senhoras Alessandra e Thatiana, pelo cuidado e atenção no momento em que necessitei. A equipe do NAE da GRE - Mata Centro, pela rotina leve, pela atenção e cuidado comigo e minha dupla de estágio, agradeço a Maria Carvalho, Daniely Lizandra, Débora Oliveira, Isabela Leão, Heloísa Moura e Mauricy Júnior.

Concluindo agradeço a equipe do Hospital João Murilo de Oliveira, em especial a 'Tati' 'Debinha' 'Renatinha', Jefferson, Juana e Isabella por permitirem que este trabalho fosse desenvolvido, pelo acolhimento em meio a rotina imposta no ambiente hospitalar, por toda atenção e cuidado para auxiliarem e possibilitarem a execução deste trabalho.

RESUMO

A prematuridade representa um importante desafio de saúde pública, por interferir diretamente no crescimento, desenvolvimento e formação do hábito alimentar infantil. Crianças pré-termo vivenciam imaturidade fisiológica, intervenções frequentes em unidades de terapia intensiva neonatal e experiências que podem afetar o aleitamento materno e a introdução alimentar, tornando necessária a compreensão de como esses fatores influenciam o surgimento de dificuldades alimentares. Este estudo teve como objetivo identificar a prevalência e caracterizar as dificuldades alimentares durante a alimentação complementar de crianças nascidas prematuras atendidas em um hospital público do interior de Pernambuco. Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado com 39 lactentes e 36 genitoras, no qual foram avaliados aspectos sociodemográficos e gestacionais, estado nutricional ao nascimento e atual, práticas alimentares e comportamentos defensivos analisados por meio da Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI). Observou-se predominância de prematuridade moderada, maior frequência do sexo masculino e faixa etária entre 12 e 24 meses. Ao nascimento, prevaleceram baixo peso e crescimento intrauterino adequado; no estado nutricional atual, verificou-se maior proporção de crianças eutróficas e com estatura adequada. Identificou-se baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo, uso expressivo de mamadeira e consumo de alimentos ultraprocessados. Em relação às dificuldades alimentares, a maioria apresentou dificuldade leve, com poucos sinais de recusa intensa, náuseas ou dependência de estímulos externos. Conclui-se que os achados reforçam a necessidade de acompanhamento nutricional contínuo, considerando que crianças prematuras apresentam vulnerabilidades específicas que podem repercutir na alimentação e no desenvolvimento. A identificação precoce dessas dificuldades possibilita intervenções mais efetivas e favorece práticas alimentares mais adequadas ao longo da infância.

Palavras-chave: prematuridade; escala brasileira de alimentação infantil; alimentação complementar; crianças.

ABSTRACT

Prematurity represents a significant public health challenge, directly interfering with growth, development, and the formation of infant eating habits. Preterm infants experience physiological immaturity, frequent interventions in neonatal intensive care units, and experiences that can affect breastfeeding and the introduction of solid foods, making it necessary to understand how these factors influence the emergence of feeding difficulties. This study aimed to identify the prevalence and characterize feeding difficulties during complementary feeding in premature infants treated at a public hospital in the interior of Pernambuco. This is a descriptive cross-sectional study, conducted with 39 infants and 36 mothers, in which sociodemographic and gestational aspects, nutritional status at birth and current status, feeding practices, and defensive behaviors were evaluated using the Brazilian Infant Feeding Scale (EBAI). A predominance of moderate prematurity was observed, with a higher frequency of males and an age range between 12 and 24 months. At birth, low birth weight and adequate intrauterine growth prevailed; In the current nutritional status, a higher proportion of eutrophic children with adequate height was observed. A low prevalence of exclusive breastfeeding, significant bottle feeding, and consumption of ultra-processed foods were identified. Regarding feeding difficulties, most presented mild difficulties, with few signs of intense refusal, nausea, or dependence on external stimuli. It is concluded that the findings reinforce the need for continuous nutritional monitoring, considering that premature infants present specific vulnerabilities that can impact feeding and development. Early identification of these difficulties allows for more effective interventions and promotes more appropriate feeding practices throughout childhood.

Keywords: prematurity; Brazilian scale of infant feeding; complementary feeding; children.

LISTA DE ABREVIações E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
AC	Alimentação Complementar
AIG	Adequado Para Idade Gestacional
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
ARFID	Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder
AUP	Alimentos Ultraprocessados
BPN	Baixo Peso ao Nascer
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAV	Centro Acadêmico da Vitória de Santo Antão
CEP	Comitê de Ética Profissional
DA	Dificuldade Alimentar
DHEG	Doença Hipertensiva Específica Da Gestação
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
DUM	Data da Última Menstruação
E/I	Estatura Para Idade
EBAI	Escala Brasileira de Alimentação Infantil
EBPN	Extremamente Baixo Peso ao Nascer
ESPGHAN	Sociedade Europeia de Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica
FD	Feeding Difficulty
GIG	Grande Para Idade Gestacional
HJMO	Hospital João Murilo de Oliveira
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IG	Idade Gestacional
IIC	Síndrome Da Insuficiência Istmo Cervical

IMC	Índice de Massa Corporal
IMC/I	IMC Para Idade
ITU	Infecção Do Trato Urinário
MBPN	Muito Baixo Peso ao Nascer
NCHS	Centro Nacional de Estatísticas de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
P/E	Peso Para Estatura
P/I	Peso Para Idade
PC	Perímetro Cefálico
PC/I	Perímetro Cefálico para Idade
PIG	Pequeno Para Idade Gestacional
PN	Peso ao Nascimento
PROM	Ruptura Prematura De Membranas Fetais Amnióticas
RNPT	Recém Nascido Pré Termo
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SGA	Restrição De Crescimento Fetal
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
TARE	Transtorno Alimentar Restritivo Evitativo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UTIN	Unidade De Terapia Intensiva Neonatal
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 OBJETIVOS.....	14
3 JUSTIFICATIVA.....	15
4 REVISÃO DA LITERATURA.....	16
4.1 Definição de prematuridade, epidemiologia, classificação e fatores de risco:..	17
4.2 Impactos da prematuridade no desenvolvimento do hábito alimentar infantil:.	18
4.3 Alimentação complementar na prematuridade.....	20
4.4 Dificuldades alimentares.....	22
4.5 Dificuldades alimentares na prematuridade.....	24
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	26
5.1 Desenho, local do estudo e população do estudo:.....	26
5.2 Critérios de elegibilidade:.....	26
5.3 Critérios de exclusão:.....	26
5.4 Procedimentos de coleta:.....	26
5.5.1 Variáveis sócio-demográficas:.....	27
5.5.2 Variáveis de gestação e de nascimento:.....	27
5.5.3 Avaliação nutricional dos lactentes ao nascimento:.....	27
5.5.4 Avaliação nutricional dos lactentes atuais:.....	30
5.5.5 Variáveis nutricionais:.....	31
5.5.6 Aspectos Éticos:.....	32
6 RESULTADOS.....	34
7 DISCUSSÃO.....	45
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	51
REFERÊNCIAS.....	52
APÊNDICE A QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS.....	65
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	67
APÊNDICE C ESCALA BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL.....	69
ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA.....	71
ANEXO B - FICHA DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR.....	73

1 INTRODUÇÃO

Em condições fisiológicas saudáveis, uma gestação se desenvolve ao longo de 40 semanas, garantindo a sobrevivência e crescimento do feto. Entretanto, adversidades podem levar a ocorrência de um parto prematuro, quando a gestação é interrompida com menos de 37 semanas (OMS, 2022). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) os partos prematuros podem ser classificados a partir da idade gestacional, em prematuro leve de 34 a 36 semanas, prematuro moderado 30 a 33 semanas, prematuro extremo 26 a 29 semanas e prematuro muito extremo de 23 a 25 semanas de idade gestacional (OMS, 2022).

O número de partos prematuros no mundo vem apresentando uma crescente em números de ocorrência, trazendo índices preocupantes para a problemática de saúde pública. De acordo com a OMS, 2023 no ano de 2020 houveram cerca de 13,8 milhões nascimentos pré-termo antes de 37 semanas de idade gestacional completas e no ano de 2010, ocorreram cerca de 13,4 milhões de crianças nascidas prematuramente, representando um aumento de cerca de 2,89% no cenário mundial. (Chawanpaibonn, 2019; Ohuma *et al.*, Lancet 2023)

Em um parâmetro nacional, no ano de 2010 houve uma incidência de 12% de nascimentos pré-termo de todos os partos ocorridos no mesmo ano e no ano de 2020, houve uma redução para 11,1%, segundo os relatórios da WHO/UNICEF de 2023. Todavia, quando comparado com o número de desfechos negativos torna-se um ponto crítico a ser analisado. De acordo com a OMS, em 2020 houveram cerca de 1 milhão de mortes neonatais no mundo após complicações provenientes da prematuridade em recém nascidos (OMS, 2021; SINASC, 2013).

De acordo com Dias, (2025) os principais fatores de risco para o parto prematuro estão os extremos maternos de idade, menores de 18 anos e maiores de 35 anos, a presença de hipertensão arterial sistêmica materna pré-gestacional por ser um fator de risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia. Além destes, o uso de substâncias contraindicadas no período gestacional como álcool e tabaco, a presença de diabetes mellitus prévio a gestação, que pode levar ao desenvolvimento de diabetes mellitus gestacional e outras etiologias de cunho econômico, sociodemográfico e histórico clínico materno como ser mãe solteira, passado de outros partos prematuros, estresse durante o período gestacional e presença de desemprego na estrutura familiar (Costa *et al* ,2022).

A presença da prematuridade implica potenciais obstáculos e consequências para o desenvolvimento infantil sendo a principal deles imaturidade fisiológica e biológica influenciando e dificultando de maneira direta o processo de alimentação e nutrição da criança. Neonatos nascidos a termo, possuem os atributos necessários para conseguir de

maneira plena realizar a pega correta para a sucção do seio materno durante a fase de aleitamento como o reflexo de busca que propicia a localização exata do mamilo e coordenação plena da sucção, respiração e deglutição ausentes em crianças nascidas pré-termo (OMS, 2009; Shandley 2021). Em virtude à falta deste aspecto, crianças nascidas prematuramente ainda possuem o fator psicológico de presentes intervenções para cuidados pós natais em unidades de terapia intensiva, somado às alterações fisiológicas que implicam no comprometimento do desenvolvimento infantil e do hábito alimentar infantil, propiciando o surgimento de dificuldades alimentares (Germano *et al*, 2022).

De acordo com Silva *et al*,. (2016) e Capra *et al*,. (2024), o desenvolvimento do hábito alimentar infantil inicia-se no período intrauterino, sendo seguido pelo período de aleitamento materno e continuado pela presença da alimentação complementar. A utilização de técnicas não validadas e o não acompanhamento com profissionais qualificados implicam a formação de um hábito alimentar infantil inadequado, podendo comprometer também a qualidade de vida e saúde durante a fase adulta, trazendo dificuldades para aceitação de novos alimentos e comportamentos inadequados que problematizam a relação com o alimento, apresentando quadros de dificuldades alimentares e não apenas de seletividade alimentar.

De acordo com Romero *et al*,. (2015) , a presença destes obstáculos na alimentação infantil pode provocar o comprometimento do desenvolvimento, crescimento e estado nutricional infantil, devido a presença desta problemática. Desta forma, transfigura-se a necessidade de evidenciar que a alimentação infantil no público pré-termo, engloba um ponto crítico a ser analisado, uma vez que as alterações biológicas, fisiológicas e comportamentais, podem repercutir no padrão alimentar infantil ao longo da infância. Diante do cenário apresentado e da relevância epidemiológica da prematuridade torna-se evidente investigar e quantificar a prevalência das dificuldades alimentares em crianças nascidas prematuramente, de modo que possa subsidiar ações em saúde, melhores práticas clínicas e elaboração de estratégias de prevenção direcionados ao público.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Verificar a prevalência e caracterizar as o perfil nutricional e as dificuldades alimentares durante a alimentação complementar em crianças nascidas prematuramente, caracterizando os aspectos sociodemográficos, gestacionais e de nascimento, incluindo a avaliação do estado nutricional e descrição dos comportamentos relacionados à alimentação complementar.

2.2 Objetivos específicos:

- Caracterizar a população estudada quanto aos aspectos sociodemográficos, de gestação e de nascimento;
- Identificar os principais fatores motivadores para ocorrência da prematuridade na amostra avaliada;
- Classificar o público analisado quanto à prematuridade;
- Avaliar o estado nutricional ao nascimento e atual das crianças;
- Descrever a presença do aleitamento materno e uso de fórmulas infantis;
- Identificar a idade e os alimentos oferecidos na alimentação da amostra estudada;
- Analisar a frequência dos comportamentos defensivos das crianças.

3 JUSTIFICATIVA

Estudos recentes como o de Kamity, (2021), onde é descrito que o número de DA no público pré-termo torna-se mais prevalente devido a presença de alguns fatores que podem comprometer as habilidades no público, associando o maior prevalecimento de dificuldades alimentares em crianças nascidas prematuras, seja por recusa alimentar ou comportamentos como seletividade e neofobia alimentar, uma vez que o parto prematuro provoca o comprometimento de muitos aspectos no desenvolvimento infantil.

Portanto, estudos que avaliam a dificuldade alimentar em crianças prematuras, torna-se imprescindível, pois podem proporcionar um conhecimento no padrão das dificuldades alimentares das crianças atendidas pelo serviço e a partir de intervenções nutricionais futuras, proporcionar melhoria no hábito alimentar a curto e longo prazo e consequentemente melhorar os índices de tal problemática no município e elevar a qualidade de vida desses pacientes prevenindo o surgimento de patologias futuras.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 Definição de prematuridade, epidemiologia, classificação e fatores de risco:

Um parto é classificado como prematuro a partir do nascimento de um bebê vivo antes de atingir as 37 semanas de idade gestacional, onde já pode ser classificado como idade de maturidade fetal, sendo contado a partir da data da última menstruação da mãe. Atualmente é uma importante problemática de saúde pública, trazendo desfechos negativos sendo uma das principais razões para morbimortalidade neonatal, totalizando cerca de 75% das causas (Almeida, 2025).

De acordo com os dados publicados pelo estudo “Nascer Brasil”, no ano de 2011 a taxa de nascimentos prematuros foi de a cada 100 partos de nascidos vivos 10,6% ocorreram antes de atingir as 37 semanas de idade gestacional, sendo a Ásia o continente líder responsável pelo maior quantitativo no ano equivalente a 52,3%. Em uma análise nacional, o Brasil encontra-se dentro dos 10 primeiros países no ranking mundial de nascimentos prematuros, estando em nona colocação, expressado por uma taxa 11,2% de a cada 100 nascidos vivos 11,2 equivalem a partos prematuros, equivalente em média a 7,1 %.

Após o nascimento é importante classificar o nível de prematuridade do recém-nascido para que as procedências pós-natais sejam efetivas para a necessidade do cenário atual do neonatal. A classificação de acordo com a OMS pode ser feita a partir da idade gestacional onde prematuros muito extremos têm entre 23 a 25 semanas de idade gestacional, prematuros extremos entre 26 a 29 semanas, prematuros moderados entre 30 a 33 semanas e prematuros leves têm entre 34 a 36 semanas e 6 dias.

Além desta há a classificação realizada de acordo com o peso do recém-nascido estabelecida pela U.S. National Center for Health Statistics (NCHS), adotada também pela OMS onde os bebês considerados Extremo baixo peso têm <1.000g, Muito baixo peso têm entre 1.000 e 2.000g, Pequenos para idade gestacional (PIG) têm <2.500 g, Adequados para idade gestacional (AIG) têm 2.500 a 4.000g e Grandes para idade gestacional (GIG) >4.000g.

Por fim, existe uma outra classificação proposta que combina a idade gestacional com o peso ao nascer proposta por Fenton e Kim (2013) desenvolvida com a utilização de curvas que fazem essa associação onde os gráficos

apresentam percentis de 22 a 50 semanas, onde os bebês podem ser classificados em Pequenos para idade gestacional (PIG) que estão <10º percentil para a idade gestacional, Adequados para idade gestacional (AIG) que estão com o peso entre o percentil 10º e 90º e Grandes para idade gestacional (GIG) que estão >90º percentil. A circunstância da prematuridade pode trazer consequências para a saúde do RN, uma vez que pode comprometer seu desenvolvimento, de acordo com Van Hassel *et al.*, (2023), Simpson *et al.* (2024) e Nava *et al.*, (2023) pode haver maior risco de comprometimento respiratório ao longo de toda a infância e vida adulta do indivíduo, como a ocorrência de asma e casos mais graves com necessidade de maior suporte em situações de diagnóstico de bronquiolite.

Ademais, a prematuridade pode estar associada a alterações na fisiologia cardíaca e vascular que podem permanecer presentes ao longo de toda a vida, como afirma seus mecanismos podem envolver inflamação neonatal, epigenética e a programação fetal (Sixtus *et al.*, 2024; Kelly *et al.*, 2025).

A ocorrência e desenvolvimento de uma gravidez no organismo feminino é um processo fisiológico, onde há uma adaptação funcional, hormonal e psicológica para comportar o crescimento e nutrição de um feto até pelo menos as 37 semanas de maturidade fetal. Contudo, em alguns casos há a presença de fatores de risco que podem acelerar a data do parto, como fatores que podem ser provenientes de motivações não clínicas como uso de substâncias como o álcool e tabagismo que podem promover alterações na formação do feto, condições socioeconômicas desfavoráveis, baixo nível de escolaridade, mulheres solteiras, estresse durante o período gestacional, extremos de idade ≤ 18 anos e ≥ 35 anos, gestações múltiplas, gestação do sexo masculino e intervenções obstétricas. (Rocha *et al.*, 2022).

Por outro lado, existem etiologias de histórico clínico materno como a ruptura prematura de membranas fetais amnióticas (pROM), histórico de partos espontâneos, histórico de recém-nascido pré-termo prévio (RNPT), ter a ocorrência de sangramentos vaginais, ter a Doença Hipertensiva específica da gestação (DHEG), Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), agravos que levem a ocorrência de pré-eclâmpsia e ausência de cuidados pré-natais. (Almeida, 2025; Dias, 2025). Dentre os fatores de risco mais prevalentes, segundo Chang (2023) encontram-se a Pré-eclâmpsia que representou 25% das causas do partos prematuros no Brasil

no ano de 2023 segundo o Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente (2023), sendo marcada pela hipertensão arterial gestacional após a vigésima semana de gravidez em conjunto com o quadro de edema generalizado ou proteinúria, levando a lesões orgânicas principalmente hepáticas no organismo materno, podendo conduzir alterações como isquemia placentária e hipoperfusão, levando a um parto prematuro.

Igualmente como a pré-eclâmpsia, o DMG representa cerca de 14% de prevalência de casos no Brasil, nos anos de 2020 e 2021, também oferece risco para intercorrências no período gestacional, levando a rapidez para a ocorrência do parto. O Diabetes Mellitus gestacional é definida como uma hiperglicemia persistente podendo ser proveniente de um desequilíbrio materno que leva a uma deficiência na produção ou ação da insulina, mais comumente diagnosticada no segundo e terceiro trimestre, levando a complicações como quadros de hiperglicemia severa, cetose e hipoglicemia neonatal, levando a um cenário de sofrimento fetal. (Magalhães 2025; Mocellin, 2024).

Outrossim, destaca-se no cenário nacional a elevada prevalência das infecções do trato geniturinário (ITU). Em 2022, essa condição foi responsável por aproximadamente 11% dos 303.477 nascimentos prematuros registrados no Brasil, sendo a *Escherichia coli* o principal agente etiológico identificado, correspondendo a 98,2% dos casos (Sousa, 2025; Ramos, 2016).

Outro fator relevante associado ao parto prematuro refere-se ao aumento expressivo das intervenções e tratamentos reprodutivos nas últimas décadas. Entre os anos de 2023 e 2024, esses procedimentos apresentaram crescimento de 70,6%, sendo aplicados, em sua maioria, em mulheres acima de 30 anos. Tal condição pode favorecer o desenvolvimento de gestações múltiplas, as quais constituem importante fator de risco para a prematuridade (Alberton, 2023).

4.2 Impactos da prematuridade no desenvolvimento do hábito alimentar infantil:

O hábito alimentar infantil é formado desde o período intrauterino, a partir da dieta materna ao longo do desenvolvimento gestacional, sendo aprimorado durante a fase de aleitamento materno e de alimentação complementar. Essas

duas últimas são as mais essenciais nos primeiros dois anos de vida para a saúde infantil, pois leva a condução das preferências alimentares infantis em que a consolidação do repertório alimentar da criança sofre influências multifatoriais (OMS, 2009; UNICEF, 2023).

Para a consolidação dos hábitos alimentares, é importante garantir um período de amamentação adequado somado a uma fase de introdução e alimentação complementar utilizando estratégias validadas e com acompanhamento. Entretanto, os bebês apresentam sinais que são indicativos para progressão de fase na alimentação infantil, como a estabilidade do tronco e pelve, controle de cabeça e ombros, desenvolvimento motor amplo de motricidade grossa a fina, onde estão presentes em bebês nascidos à termo no entanto, a condição de nascimento pré-termo pode comprometer esses aspectos, dificultando seu pleno desenvolvimento (Guimarães *et al.*, 2024).

Crianças nascidas prematuramente apresentam sinais de imaturidade fisiológica e biológica como sucção, deglutição e respiração, que por muitas vezes carece de intervenções médicas para evitar possíveis riscos durante a fase de aleitamento materno, sendo necessária a utilização de serviços dos cuidados de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIn), como a oferta de dietas enterais, utilização de fórmulas infantis, manejo para alimentação com chuquinha, que por vezes implicam na dificuldade de ocorrência da oferta do aleitamento materno exclusivo (Germano, 2022).

A utilização de ferramentas disponíveis nos serviços hospitalares em condições prolongadas resolvem momentaneamente as condições presentes em crianças nascidas prematuras com baixo peso ao nascimento. Em contrapartida, podem oferecer maior risco ao desenvolvimento de complicações como infecção hospitalar, osteopenia, sepse, além de reduzir a função intestinal por ausência de estímulo, provocando experiências negativas com a alimentação. (Giannini *et al.*, 2005; Rodriguez *et al.*, 2010) .

Durante o período de internação hospitalar, a equipe de cuidados deve oferecer atenção especial às lactantes que estão em aleitamento materno, que previne a probabilidade de intercorrências presentes na fase de UTIn, além de auxiliar na prevenção de anemias, redução de índices de enterocolite necrosante, retinopatia da prematuridade, promove maturação gastrointestinal necessária para neonatos nascidos pré-termo, auxiliam no vínculo mãe-filho, promove melhor

desenvolvimento comportamental, promove desenvolvimento oral adequado propiciando a evolução de texturas durante a alimentação complementar (Cunha *et. al* 2024).

4.3 Alimentação complementar na prematuridade

A alimentação complementar (AC) é conceituada como a alimentação pediátrica que esteja presente na ausência do aleitamento materno para substituí-lo ou em forma de complemento, devendo ser realizada de forma totalmente responsiva. (Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2025). Estudos recentes já mostram que crianças prematuras nascidas com idade gestacional de 22 - 32 semanas tendem a ser desmamadas de maneira precoce, antecipando o início da alimentação complementar para antes mesmo da idade preconizada (Baldassarre, 2022). Em crianças nascidas à termo, a AC deve ser realizada aos 6 meses de idade conforme recomendado pela OMS (2009), contudo, para a recomendação em crianças nascidas prematuras, os guidelines ainda não entraram em um consenso único de qual seria a melhor idade para ser feito.

A Sociedade Europeia de Gastroenterologia Pediátrica, Hepatologia e Nutrição (ESPGHAN) recomenda que seja feita entre os 4 a 6 meses de idade corrigida, com a introdução de sólidos a partir dos 4 meses. A Associação Americana de Pediatria (AAP), preconiza que a alimentação complementar seja iniciada entre os 5 e 8 meses de idade cronológica, conforme o desenvolvimento da criança. As orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) orientam que os RNPT em uso exclusivo de fórmula infantil devem iniciar a alimentação complementar aos 3 meses de idade corrigida. De acordo com o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos recomenda que RNPT recebam a introdução de alimentos a partir dos 6 meses de idade cronológica mesmo estando em uso exclusivo de fórmula infantil.

O momento para o início da alimentação complementar nos bebês exige a necessidade da observação de alguns sinais de prontidão para indicar que o bebê está pronto para a evolução da alimentação, como a ausência do sinal de protrusão da língua reduzindo à recusa da colher reduzindo a hipersensibilidade oral, redução da sucção reflexiva para compensar a lateralização da língua, e

avanço no alcance ao selamento labial (Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2025; Baldassarre, 2022).

Para a escolha dos grupos alimentares todos devem ser incluídos no processo de alimentação complementar, desde que o alimento ofertado seja uma boa fonte de energia, proteínas e micronutrientes essenciais, como zinco, cálcio, vitamina A, folato e ferro, conforme preconizado pela OMS. Uma das origens para ocorrência de desistências ou equívocos durante o processo da alimentação complementar é a estranheza inicial da criança aos novos sabores e texturas apresentados, portando, a AAP, determina que os novos alimentos devem ser introduzidos repetidamente durante vários dias e de forma isolada, em um intervalo de tempo a cada 2 a 3 dias para identificar também potenciais reações adversas ao alimento, alcançando assim um repertório alimentar diversificado, com o objetivo de suprir as necessidades de macro e micronutrientes necessários para um bom desenvolvimento.

Conforme descrito anteriormente, as necessidades individuais de cuidados podem influenciar diretamente o tipo de alimentação ofertada ao recém-nascido. Nesse sentido, bebês alimentados exclusivamente com fórmula infantil tendem a apresentar uma percepção sensorial distinta em relação aos sabores, o que pode interferir no desenvolvimento e na relação com os alimentos. Segundo a Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, essas crianças podem desenvolver preferências alimentares semelhantes às características da fórmula que recebem.

Com o intuito de promover o alcance à variedade sensorial de cheiros, sabores e texturas, a oferta dos grupos alimentares de frutas e vegetais é de extrema importância para promover maior aceitação. De forma a garantir a manutenção da saúde pediátrica, também é importante garantir uma ingestão hídrica adequada desde o início da alimentação complementar, sem que esteja presente durante o período de aleitamento materno exclusivo, sendo recomendado de 600 ml/dia a 800 ml/dia de volume total, sendo recomendado a realizar também a proporção de ingestão de água a partir presente no leite materno, somado com a água presente de maneira intrínseca nos alimentos no período da alimentação complementar. As recomendações de quantidade de volume hídrico atuais de 150 ml/kg/dia, preconizam para o grupo de crianças nascidas à termo, entretanto os estudos destrincham que as recomendações para

crianças a termo ainda são consideradas padrão ouro em um parâmetro mundial, entretanto faz-se necessário o desenvolvimento de mais estudos para o grupo específico de recém-nascidos pré-termo. (Sociedad Latinoamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, 2025; Baldassarre, 2022)

Para a descrição das necessidades nutricionais e energéticas para RNPT, variam de acordo com a classificação da prematuridade da criança Embleton *et al.*, 2003 entretanto as recomendações atuais determinam um valor médio para energia de 102 kcal/kg/dia e 3,0 g/kg/dia de proteína, desde o momento do nascimento. Contudo, existem recomendações que trazem que não há probabilidade que a AC influencie na ocorrência de sobrepeso ou obesidade na infância e idade adulta, assim como o início da alimentação complementar não deve ser adiada em bebês prematuros com o objetivo de prevenir sobrepeso ou obesidade (Baldassarre, 2022)

4.4 Dificuldades alimentares

De acordo com Silvers (2023) e Goday (2019), o termo Dificuldade alimentar (DA) ou *feeding difficulty*, (FD) sendo também chamada de alimentação exigente, é definido como uma ingestão inadequada para idade ou prejudicada para a idade, que envolva ocorrências mais amplas, desde problemas com percepção sensorial, a impactos que provocam dificuldades motoras orais e afetam/atrasam a deglutição, provocando influências negativas na nutrição pediátrica e conseqüentemente afeta o crescimento, ou em casos mais graves, o comprometimento funcional. O diagnóstico envolve alguns parâmetros, sendo o período de duração crucial para que seja classificado sendo aguda com duração menor de 3 meses e crônica com duração maior de 3 meses.

Para promover maior conhecimento dentro de um conceito amplo, em 2009 Kerner propôs uma classificação das dificuldades alimentares em sete perfis, distintos sendo o primeiro a interpretação errônea dos pais, ingestão seletiva ou *picky eating*, fobia alimentar, presença de doença orgânica, criança agitada ou com baixo apetite, criança em situação de negligência ou com distúrbio psicológico e choro que pode interferir na alimentação.

Uma das classificações presentes dentro do termo alimentação exigente é a Neofobia, definida como a recusa a novos alimentos não conhecidos pela

criança, ou a alimentos já conhecidos, estando presente na faixa etária entre 2 a 6 anos de idade, representando cerca de 40% a 60% da população pediátrica atingida. A perda de apetite é definida como o desinteresse ao ato de se alimentar, saciedade precoce ou ingestão de alimentos insuficientes para manutenção do crescimento normal infantil, representando cerca de 25% dos casos computados de DA (Saure *et al.*, 2024).

De acordo com a autora Taylor *et al.*, (2015), Picky eating conduz a comportamentos comuns durante a fase da infância como recusa a novos alimentos, rejeição de sabores, odores ou texturas específicos e preferência a grupos alimentares considerados seguros ou já familiarizados com a criança.

Além destes termos existem os transtornos alimentares, havendo maior incidência do TARE público pediátrico o Transtorno alimentar restritivo/evitativo (TARE) ou *Avoidant Restrictive Food Intake Disorder* (ARFID), adicionado à categoria de Transtornos Alimentares e Alimentação no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5) no ano de 2013, conceituado como um uma restrição persistente de ingestão alimentar sem nenhuma etiologia associada ao físico, estando presente em 25% das crianças que apresentam alguma DA (SBP, 2022; Andrade 2023; Silvers 2023).

As experiências alimentares determinam a relação da criança com a alimentação sendo um fator importante para a ocorrência ou não de *feeding difficulty*, desta forma, existem fatores de risco que podem predispor ao desenvolvimento desses obstáculos na alimentação infantil, onde de acordo com Silvers (2023), inclui ser uma criança nascida com baixo peso, ser o bebê primogênito, ser do sexo masculino, apresentar ao histórico de doença médica, apresentar alguns traços de personalidade com temperamento mais rígido, hipersensibilidade sensorial, sintomas maternos de ansiedade ou depressão, histórico materno de seletividade alimentar e nascer prematuro.

Outros sinais de risco levantados por Trofino (2025) são o extremo máximo de idade materna, a presença do tabagismo materno, menor índice de massa corporal (IMC) no período pré-gestacional, menor classe social materna, ser a primeira gestação, menor nível de escolaridade materno, dificuldades identificadas no padrão de sucção durante o aleitamento materno no primeiro mês de vida, em contrapartida, a oferta precoce dos vegetais durante a alimentação complementar propiciou um fator protetor contra o desenvolvimento de dificuldade

alimentar.

Além deste, um outro ponto levantado pela autora descreve a associação entre os transtornos alimentares pediátricos com crianças que estão dentro do transtorno do espectro autista (TEA), onde 21% das crianças apresentavam risco para desenvolvimento de ARFID, por exemplo. De acordo com o mesmo autor, normalmente as dificuldades alimentares começam a apresentar-se entre os 2 a 4 anos e meio de idade em crianças, pelo fato de nesta faixa etária o salto de desenvolvimento ser marcado pela presença da autonomia em escolher quais alimentos gostariam de comer.

4.5 Dificuldades alimentares na prematuridade

Como já descrito anteriormente, a prematuridade é um fator de risco para desenvolvimento de dificuldades alimentares nas crianças. Segundo Hill (2020), quanto menor a idade gestacional no parto da criança, maior a probabilidade de desenvolver dificuldades alimentares.

O período de internação na UTIn é marcado por ser uma fase de intensos cuidados e procedimentos invasivos para alcançar a estabilidade da saúde infantil, por outro lado, torna-se complexo manter e aplicar os conhecimentos adquiridos e orientados ao longo de todo o pré-natal, como oferta em livre demanda de leite materno, que é um fator determinante para formação do hábito alimentar infantil, uma vez que o ambiente de estresse em que o bebê e mãe estão inseridos provoca principalmente a diminuição da produção do leite materno e também fatores sociais como licença maternidade que limitam a disponibilidade temporal materna para oferta do aleitamento materno. (González *et al.*, 2023)

Fatores como estes podem propiciar o desenvolvimento da dificuldade alimentar em crianças nascidas prematuras, uma vez que a alimentação balanceada torna-se essencial para a garantia do desenvolvimento e para retardar possíveis quadros com baixo peso comum à RNPT. A alimentação exigente quando presente na criança após a alta na UTIn apresenta dificuldades em não conseguir ou não querer comer ou beber determinado alimento, uma vez que as condições ambientais como sonora e diferentes fórmulas ou leites ofertados diferirem dos presentes no momento da internação, provocando

comprometimento da nutrição e alimentação necessárias para a criança, (Pados *et al.*, 2021).

De acordo com Kluppel (2025) em um estudo realizado com a ferramenta validada Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI), 11,62% dos voluntários apresentaram dificuldades alimentares. Segundo Walton (2022) utilizando a mesma ferramenta, cerca de 34% das crianças analisadas em seu estudo apresentaram dificuldades alimentares, além da comprovação de que crianças pré-termo apresentaram 2,86 vezes a mais de chance desenvolverem feeding eating quando comparadas com crianças nascidas à termo.

A presença dessas recusas alimentares podem trazer impactos negativos a curto e longo prazo na vida das crianças, trazendo uma menor variedade no consumo dos grupos alimentares e consequentemente ingestão inadequada de macro e micronutrientes, comprometendo o estado nutricional infantil e trazendo implicações no desenvolvimento neuromotor da criança, promover atrasos e dificuldades na introdução, promovendo atrasos e dificuldades na introdução, progressão de alimentos e texturas sólidas mais complexas na alimentação da criança, além de possivelmente influenciar na formação de um hábito alimentar menos saudável e balanceado ao longo da infância e vida adulta (Kluppel, 2025).

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 Desenho, local do estudo e população do estudo:

Trata-se de um estudo transversal descritivo que foi realizado com crianças menores de 7 anos, que nasceram prematuros e que são atendidos no ambulatório de nutrição do Hospital João Murilo de Oliveira (HJMO), localizado no município de Vitória de Santo Antão, na Zona da Mata Sul de Pernambuco, a 55 km de Recife, com uma população estimada em 144.243 habitantes. O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Vitória de Santo Antão é 0,640, considerado “médio desenvolvimento”, está abaixo do IDHM da capital do Estado que é de 0,772 e ocupa a 29ª posição, em ordem decrescente, entre os municípios de Pernambuco (IBGE, 2015 ; IBGE,2025).

5.2 Critérios de elegibilidade:

Foram considerados elegíveis para o estudo, lactentes que nasceram prematuramente, que tenham entre 6 meses a 6 anos e 11 meses e que são assistidos atualmente no ambulatório de nutrição do Hospital João Murilo de Oliveira, do município de Vitória de Santo Antão - Pernambuco, no período de julho a outubro de 2025.

5.3 Critérios de exclusão:

Foram excluídos os lactentes com alguma patologia ou malformação que dificultasse a sequência de introdução da alimentação complementar, como erros inatos do metabolismo.

5.4 Procedimentos de coleta:

Antes de cada consulta, toda a equipe se reuniu e planejou as atividades que foram realizadas. Durante a consulta, a aluna acompanhou a consulta da nutricionista e ajudou na coleta de dados junto com a nutricionista e a professora orientadora. Os dados foram coletados e anotados na ficha de coleta de dados (Apêndice A).

5.5 Variáveis do estudo:

5.5.1 Variáveis sócio-demográficas:

As variáveis coletadas da mãe ou responsáveis foram nome, sexo, data de nascimento, idade, procedência, local e tipo de moradia. Do lactente foram coletados: Nome, sexo, data de nascimento e idade.

5.5.2 Variáveis de gestação e de nascimento:

Foram coletados dos prontuários: a semana gestacional ao nascimento, tipo de parto (normal ou cesárea) e apgar no 1º e 5º minuto de vida do bebê. O cálculo da IG, foi calculado por meio de ultrassom, quando esta não estava disponível, foi calculada levando em consideração o dia da última menstruação antes da gravidez (DUM) (Pereira *et al.*, 2014). A classificação da IG foi realizada conforme está descrito no quadro 1.

QUADRO 1 - Classificação da idade gestacional.

Semana gestacional	Classificação
De 22 a menos de 28 semanas	Prematuridade extrema
De 28 a menos de 32 semanas	Prematuridade severa
De 32 a menos de 37 semanas	Prematuridade moderada a tardia
De 37 a menos de 42 semanas	A termo
Igual ou mais de 42 semanas	Pós-termo

Fonte: SPB, 2016.

5.5.3 Avaliação nutricional dos lactentes ao nascimento:

Foram coletados os dados do peso, estatura e perímetro cefálico ao nascimento do lactente, contidos no prontuário, cartão de vacinação do paciente

ou ficha de resumo de alta da Unidade de Terapia Intensiva neonatal, para a realizar a avaliação do estado nutricional. O diagnóstico do estado nutricional dos bebês foi realizado utilizando a Curva INTERGROWTH pelos padrões: peso ao nascimento para idade (Quadro 2), perímetro cefálico para idade (Quadro 3) e comprimento ao nascimento para idade (Quadro 4).

QUADRO 2 - Classificação do peso ao nascimento.

Peso ao nascimento	Classificação
Menor que 2.500 g	Baixo peso ao nascer (BPN)
Menor que 1.500 g	Muito baixo peso ao nascer (MBPN)
Menor que 1.000 g	Extremo baixo peso ao nascer (EBPN)

Fonte: BRASIL, 2016.

Quanto ao perímetro cefálico para idade (PC/I), os RNPT foram ordenados por meio dos percentis das tabelas da INTERGROWTH-21 st (Villar *et al.*, 2014) de PC/I (Anexo 3), e avaliados conforme está ilustrado no quadro 5.

QUADRO 3 - Classificação do perímetro cefálico para a idade.

Perímetro cefálico ao nascimento	Classificação
Peso entre os percentis 10 e 90 para idade gestacional.	Adequado para a idade gestacional (AIG)
Peso abaixo do percentil 10 para idade gestacional.	Pequenos para a idade gestacional (PIG)
Peso acima do percentil 90 para idade gestacional.	Grande para a idade gestacional (GIG)

Fonte: VILLAR *et al.*, 2014.

O comprimento para idade (C/I) dos RNPT foram seriados por meio dos percentis das tabelas da INTERGROWTH-21st (Villar *et al.*, 2014) de C/I (Anexo

3) e avaliados conforme está ilustrado no quadro 4.

QUADRO 4 - Classificação do comprimento para a idade.

Comprimento ao nascimento	Classificação
Peso entre os percentis 10 e 90 para idade gestacional.	Comprimento adequado para a idade gestacional (AIG)
Peso abaixo do percentil 10 para idade gestacional.	Pequenos para a idade gestacional (PIG)
Peso acima do percentil 90 para idade gestacional.	Grande para a idade gestacional (GIG)

Fonte: VILLAR *et al.*, 2014.

O PN também foi utilizado para classificação do crescimento intra-uterino, que correlaciona o PN com a IG do nascimento. Para classificação do crescimento intra-uterino dos recém-nascidos foram analisados por meio dos percentis das tabelas da INTERGROWTH-21st (Villar *et al.*, 2014) para peso para idade (P/I) (Anexo 2), e avaliados conforme está ilustrado no quadro 5. A partir dos do PN obtidos, os cálculos de percentis foram realizados e aplicados nas curvas de crescimento para classificação da amostra.

QUADRO 5 - Classificação do crescimento intra-uterino.

Peso ao nascimento	Classificação
Peso entre os percentis 10 e 90 para idade gestacional.	Adequados para a idade gestacional (AIG)
Peso abaixo do percentil 10 para idade gestacional.	Pequenos para a idade gestacional (PIG)
Peso acima do percentil 90 para idade gestacional.	Grande para a idade gestacional (GIG)

Fonte: VILLAR *et al.*, 2014.

5.5.4 Avaliação nutricional dos lactentes atuais:

Foram coletados o peso e a estatura atuais para a avaliação do estado nutricional. Os lactentes foram pesados junto com a mãe em balança digital e em seguida foi subtraído o peso materno sem a criança no colo, o comprimento aferido em decúbito dorsal sobre uma superfície plana, com a utilização de régua antropométrica pediátrica Indaiá®, para os lactentes menores de 24 meses de idade e estadiômetro vertical para lactentes com mais de 24 meses de idade, sempre com a ação conjunta de dois examinadores para garantir o posicionamento da cabeça e afiação de ambos os pés (Lohman *et al.*, 1988). Salienta-se que tais medidas já são coletadas pelas nutricionistas durante a consulta.

O diagnóstico nutricional das crianças foi classificado conforme recomendação da OMS pelos índices: peso/idade, estatura/idade, peso para estatura (P/E) para os participantes da amostra menores de 5 anos e IMC/idade. (quadro 1). (Who, 2006).

Quadro 1. Classificação dos índices antropométricos de acordo com o escore Z para cada faixa etária.

Valores críticos	Percentil	Crianças de 0 a 5 anos incompletos			
		Peso para idade	Peso para estatura	IMC para idade	Estatura para idade
$z < -3$	<percentil <0,1	Muito baixo peso para idade	Magreza acentuada	Magreza acentuada	Muito baixa estatura para idade
$\geq z -3$ e $< z -2$	\geq percentil 0,1 e $<$ percentil 3	Baixo peso para idade	Magreza	Magreza	Baixa estatura para idade
$\geq z -2$ e $< z -1$	\geq percentil 3 e $<$ percentil 15	Peso adequado para idade	Eutrofia	Eutrofia	Estatura adequada para idade

$\geq z -1$ e $< z +1$	\geq percentil 15 e \leq percentil 85				
$> z +1$ e $\leq z +2$	$>$ percentil 85 e \leq percentil 97		Risco de sobrepeso		
$> z +2$ e $\leq z +3$	$>$ percentil 97 e \leq percentil 99,9	Peso elevado para idade		Sobrepeso	
$> z +3$	$>$ percentil 99,9			Obesidade	

Fonte: adaptação SBP, 2009 (BRASPEN, 2019)

5.5.5 Variáveis nutricionais:

A história dietética foi determinada em entrevista com os responsáveis na primeira consulta com o propósito de coletar informações sobre consumo habitual da criança. Quanto aos dados de aleitamento materno e de alimentação complementar, foram interrogados: se a criança está mamando, se a criança está em AME, sem receber inclusive água, chá ou suco, com que idade (em dias) a criança parou de mamar, quais são os alimentos consumidos pela criança, se a criança faz/fez uso de chupeta e se a criança faz/fez uso de mamadeira ou chuquinha.

Da ficha de marcadores do consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), (Anexo A), foram coletados das crianças se no dia anterior houve o consumo de: outro leite que não o leite materno, mingau com leite, iogurte, legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame), vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verde-escuras (couve,

caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda), verdura de folha (alface, acelga, repolho), carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outros) ou ovo, fígado, feijão, arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo). A partir dos próximos alimentos, caso a criança consuma, foi considerado o consumo de alimentos ultraprocessados: hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha); bebidas adoçadas (refrigerantes, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar, macarrão instantâneo, salgadinho de pacote ou biscoitos salgados, biscoito recheado, doces ou guloseimas (balas, pirulitos, chiclete, caramelo, gelatina).

Na segunda parte da entrevista realizada com os pais, foi utilizada a Escala Brasileira de Alimentação Infantil (EBAI), validada no ano de 2019 para crianças de 6 meses à 6 anos e 11 meses de idade, traduzida para o idioma português sendo originalmente a Montreal Children's Hospital Feeding Scale — MCH-FS (Escala de Alimentação do Hospital Pediátrico de Montreal), onde foram identificadas as dificuldades alimentares dentro da alimentação complementar dos bebês, de acordo com a classificação obtida com a aplicação das perguntas contidas no questionário (APÊNDICE C).

5.5.6 Aspectos Éticos:

A realização da presente pesquisa obedeceu aos preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Previamente a coleta de dados, foi solicitada autorização ao diretor do HJMO para a realização da pesquisa por meio da carta de anuência (Anexo A) e em seguida, foi submetida ao comitê de ética em pesquisas com seres humanos da Universidade Federal de Pernambuco do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão (CEP/CAV). As coletas foram realizadas apenas após a aprovação do projeto definido mediante decisão do Comitê de ética em pesquisas com seres humanos da Universidade Federal de Pernambuco do Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão (CEP/CAV), a partir do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 87468625.3000.5208 no dia 29/07/2025.

Após a aprovação pelo CEP/CAV é que se foi iniciada a coleta de dados, conforme garantido pelo termo de compromisso e confidencialidade (Apêndice B)

e que assegura ainda preservar o sigilo e a privacidade dos voluntários cujos dados foram estudados e divulgados apenas em eventos ou publicações científicas, de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificá-los.

Todos os participantes desta pesquisa foram convidados a participar da pesquisa e caso decidissem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B), deixando os cientes dos objetivos do estudo, dos riscos e benefícios, bem como, do sigilo quanto à sua identidade, sendo os dados deste estudo utilizados apenas para fins científicos.

Riscos: Os riscos envolvidos nesta pesquisa se referem ao extravio dos dados armazenados, quebra do sigilo, exposição das informações coletadas e danificação dos prontuários e o constrangimento no momento do preenchimento dos questionários. Para minimizar esses riscos, será realizado backup dos dados secundários em HD externos, para identificação dos participantes foi utilizado codificações, garantindo dessa forma a privacidade e confidencialidade dos dados. Para minimizar o constrangimento, o questionário foi aplicado em uma sala reservada, sem interferência de terceiros.

Benefícios: Através dessa pesquisa foi possível realizar a identificação precoce de dificuldades alimentares presentes nas crianças atendidas pelo hospital, e a partir disto, realizar orientações nutricionais individualizadas acerca de alimentação complementar oportuna e saudável para todas as crianças.

Armazenamento dos dados coletados: Os pesquisadores declaram que os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas, dados antropométricos, dados sociodemográficos e fotos) ficarão armazenados em HD, no computador pessoal da pesquisadora as quais são protegidas com senha, sob a responsabilidade da pesquisadora: Érika Macêdo, no endereço: Rua Alto do Reservatório, S/N, Vitória de Santo Antão-Pernambuco, pelo período de mínimo 5 anos.

6 RESULTADOS

A amostra foi constituída por 36 genitoras e 39 lactentes nascidos prematuramente atendidos no ambulatório de nutrição de um hospital público de uma cidade do interior do estado de Pernambuco. Todos foram nascidos no mesmo hospital e pacientes egressos do serviço da UTI neonatal da mesma instituição.

Quanto à caracterização dos aspectos sociodemográficos foi possível identificar que a maioria das genitoras tinham entre 18 e 35 anos de idade, residiam na Zona Rural e tinham casa própria. Em relação aos aspectos gestacionais observou-se que a maior parte da amostra teve parto normal e não soube informar a causa do parto prematuro. Quanto ao Índice de Apgar, o maior percentual apresentaram um Apgar maior que 7 no 1 minuto e todos os RNPT apresentaram um Apgar de 5 minuto maior que 7. Em relação a idade das crianças, observou-se que a maioria tinha entre 12 e 24 meses de idade, eram prematuros moderados e do sexo masculino (Tabela 1).

Tabela 1. Caracterização da amostra quanto aos aspectos sociodemográficos, de gestação e de nascimento de crianças nascidas prematuras e acompanhadas no ambulatório de egresso do Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, 2025

Variáveis	n	%
Idade materna		
<18 anos	2	5,5
18 - 35 anos	27	75
>35 anos	7	19,4
Total	36	100
Local de Moradia		
Zona Rural	20	55,5
Zona Urbana	16	44,4
Total	36	100
Tipo de moradia		

Própria	21	58,3
Alugada	15	41,6
Total	36	100
Tipo de parto		
Normal	23	59
Cesárea	16	41
Total	39	100
Causas do parto prematuro		
Gemelaridade	3	7,6
Eclâmpsia	8	20,5
Infecção urinária	2	5,2
IIC/descolamento da placenta	2	5,2
DMG	1	2,6
Não soube informar	19	48,7
Outras causas	4	10,2
Total	39	100
Idade gestacional		
Prematuro leve	14	35,8
Prematuro moderado	18	46,1,
Prematuro extremo	6	15,3
Prematuro muito extremo	1	1,5
Total	39	100
Apgar		
>7 no 1 minuto	30	77
<7 no 1 minuto	9	23
>7 no 5 minuto	39	100
Total	39	100

Idade das crianças		
6 - 12 meses	9	23
12 - 24 meses	16	41
<24 meses	14	35,8
Total	39	100
Sexo das crianças		
Masculino	30	77
Feminino	9	23
Total	39	100

n: Número; %: Percentual

Fonte: A autora (2025).

Em relação aos dados do estado nutricional ao nascimento das crianças, observou-se que a maioria apresentaram crescimento intra-uterino adequado para a idade gestacional, baixo peso ao nascer, comprimento adequado para a idade gestacional e perímetro cefálico adequado para a idade gestacional. Quanto ao estado nutricional atual, verificou-se que o maior percentual apresentou peso adequado para idade, adequada estatura para idade e eutrofia (Tabela 2).

Tabela 2. Estado nutricional ao nascimento e atual das crianças nascidas prematuras e acompanhadas no ambulatório de egresso do Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, 2025.

Variáveis	n	%
Crescimento intra-uterino		
Adequado para a idade gestacional	26	66,6
Pequeno para a idade gestacional	9	23
Grande para a idade gestacional	4	10,2
Total	39	100
Peso ao nascimento		
Extremo baixo peso ao nascer	4	10,2
Muito baixo peso ao nascer	5	12,8

Baixo peso ao nascer	25	64,1
Peso Adequado ao nascer	5	12,8
Total	39	100
Comprimento ao nascimento		
Comprimento adequado para a idade gestacional	26	66,6
Pequeno para a idade gestacional	9	23
Grande para a idade gestacional	4	10,2
Total	39	100
Perímetro cefálico ao nascimento		
Adequado para a idade gestacional	21	43,8
Pequeno para a idade gestacional	6	15,3
Grande para a idade gestacional	12	30,7
Total	39	100
P/I atual das crianças		
Baixo peso para idade	10	30,7
Peso adequado para idade	24	61,5
Peso elevado para idade	5	12,8
Total	39	100
E/I atual das crianças		
Muito Baixa estatura pra idade	1	2,5
Baixa estatura para idade	8	20,5
Estatura adequada para idade	30	77
Total	39	100

IMC/I		
Magreza	3	7,6
Eutrofia	28	71,7
Risco de sobrepeso	5	12,8
Sobrepeso	3	7,6
Total	39	100
P/E atual das crianças		
Magreza acentuada	1	2,7
Magreza	4	11,1
Eutrofia	26	72,4
Risco de sobrepeso	4	11,1
Sobrepeso	1	2,7
Total	36	100

n: Número; %: Percentual

Fonte: A autora (2025).

Foram analisados também dados sobre o aleitamento materno e uso de fórmulas infantis. Em relação ao aleitamento materno, a maior parte amamentou de maneira não exclusiva, não recebeu leite materno, foram amamentados até antes dos 6 meses completos, não usam chupeta, fez uso de mamadeira ou chuquinha e não consomem leite integral ou fórmula infantil para idade (Tabela 3).

Tabela 3. Aleitamento materno e uso de fórmulas infantis de crianças nascidas prematuras e acompanhadas no ambulatório de egresso do Hospital João Murilo de Oliveira.. Vitória de Santo Antão, 2025.

Variáveis	n	%
Aleitamento materno exclusivo		
Sim	2	5,1

Não	37	97,5
Total	39	100
Aleitamento materno		
Sim	12	30,7
Não	27	69,3
Total	39	100
Tempo de aleitamento materno		
Menos de 6 meses	15	38,4
Acima de 6 meses	6	15,3
Ainda mama	14	35,8
Nunca mamou	4	10,2
Total	39	100
Uso de chupeta		
Sim	17	43,5
Não	22	56,5
Total	39	100
Uso de mamadeira ou chuquinha		
Sim	28	71,8
Não	11	28,2
Total	39	100
Consumo de leite ou fórmula		
Fórmula para a idade	10	25,6
Leite integral	7	17,9
Não realiza o consumo de nenhum dos dois	22	56,4
Total	39	100

n: Número; %: Percentual

Fonte: A autora (2025).

A partir da interpretação dos dados coletados acerca dos comportamentos defensivos da criança, a maior parte da amostra apresentava dificuldade leve durante a alimentação (Tabela 4).

Tabela 4. Nível das dificuldades alimentares presentes nas crianças nascidas prematuras e acompanhadas no ambulatório de egressos do Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, 2025.

Dificuldades alimentares	n	%
Dificuldade leve	23	59
Dificuldade moderada	2	5,1
Dificuldade grave	1	2,6
Ausência de dificuldade	13	33,3
Total	39	100

n: Número; %: Percentual

Fonte: A autora (2025).

De acordo com a utilização da EBAI, os resultados coletados e avaliados mediante média ponderada evidenciaram que em relação aos comportamentos defensivos, não havia a presença deles de forma que pudessem atrapalhar a alimentação das crianças, implicando em alguma classificação de algum tipo de dificuldade alimentar. Desta forma as crianças apresentaram a recusa da refeição praticamente ao fim, apresentavam uma média de bom comportamento, quase totalmente isentas da ocorrência de náuseas, cuspideira ou regurgitação do alimento, no geral quase não tardam ao engolir o alimento, raramente há a necessidade do uso de eletrônicos durante a refeição e raramente é necessário que sejam forçadas a que realizem o consumo da refeição.

Tabela 5. Frequência dos comportamentos defensivos das crianças nascidas prematuras e acompanhadas no ambulatório de egressos do Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, 2025.

Comportamento defensivo	1 Início/bem/n unca/semp re	2	3	4	5	6	7 Final/mal/semp re/nunca/	Média Ponderada dos comportamen tos defensivos
Momento de recusa da refeição.								$\bar{x} = 5,76$
Comportamento durante a refeição.								$\bar{x} = 1,92$
Ocorrência de náuseas, cuspir o alimento ou regurgitação.								$\bar{x} = 2,25$
Tarda ao engolir o alimento.								$\bar{x} = 6,48$
Necessidade de recursos eletrônicos para que consiga realizar a refeição.								$\bar{x} = 2,38$

Necessidade de
forçar para que
realize a
refeição.

$$\Sigma = (1 \times 4) + (1 \times 2) + (7 \times 33) + = 237$$
$$\bar{x} = 237 \div 39 = 6,07$$

$$\bar{x} = 6,07$$

n: Número; %: Percentual
Fonte: A autora (2025).

Acerca da análise dos dados do grupo da amostra que tinha entre 6 a 23 meses de idade, os alimentos mais consumidos pelo grupo foram as frutas, vegetais e leguminosas, o alimento menos consumido foi o leite materno e quase 50% dos participantes haviam consumido algum produto ultraprocessado. (Tabela 6).

No grupo dos voluntários de faixa etária > 24 meses de idade os grupos alimentares mais consumidos foram as frutas, legumes e vegetais, o grupo menos ofertado foi o dos embutidos e mais da metade da amostra realizou o consumo de bebidas adoçadas, AUP's ricos em gorduras saturadas como macarrão instantâneo e AUP's ricos em açúcar.

Tabela 6. Grupos alimentares ofertados por idade das crianças nascidas prematuras e acompanhadas no ambulatório de egressos do Hospital João Murilo de Oliveira. Vitória de Santo Antão, 2025.

Idade	Alimentos																	
	Leite Materno		Mingau/Outro tipo de leite		Grupo dos laticínios (iogurte)		Grupo das frutas		Grupo dos vegetais		Grupo das leguminosas (feijão)		Grupo das proteínas (frango, carne, ovo e peixe)		Fígado		Grupo dos AUP (com açúcar)	
Frequência	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	23	100%	23	100%	23	100%	23	100%	23	100%	23	100%	23	100%	23	100%	23	100%
6 meses - 23 meses	5	21,7%	19	82,6%	6	26%	18	78,2%	19	82,6%	17	73,9%	12	52,1%	1	4,3%	11	47,8%

Idade	Alimentos																	
	Bebidas adoçadas		Realiza de 5 a 6 refeições diárias		Grupo de legumes		Grupo das frutas		Grupo dos vegetais		Grupo das leguminosas (feijão)		Grupo de embutidos		AUP (salgadinho e macarrão instantâneo)		Grupo dos AUP (com açúcar)	
Frequência	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%	16	100%
> 24 meses	9	56,2%	13	81,2%	12	75%	15	93,7%	12	75%	11	68,7%	1	6,2%	10	62,5%	9	56,2%

n: Número; %: Percentual
Fonte: A autora (2025)

7 DISCUSSÃO

O atual estudo propôs-se a identificar as principais dificuldades alimentares presentes em crianças prematuras nascidas e atendidas no ambulatório de nutrição, no serviço de egressos do Hospital João Murilo de Oliveira no município de Vitória de Santo Antão. Em relação a idade materna, foram encontrados dados discrepantes em relação à literatura, com uma maior prevalência de mães entre 18 e 36 anos, ou seja, sem extremos de idade, como afirma Santos *et al* (2020) , Barreto *et al* (2020) e Oliveira *et al* (2016).

Um dos mecanismos elucidados na literatura descreve que os extremos de idade com mães muito jovens aumenta o risco do parto prematuro relacionado à imaturidade ginecológica, conforme afirma Dowle (2018), além de haver uma competição de nutrientes pelo organismo adolescente materno ainda em desenvolvimento e pelo organismo do feto em formação, descrito por Wallace (2019) e por fim a maior prevalência de fatores comportamentais e sociais como menor taxa de acompanhamento pré-natal e infecções genitais, descrito por Dowle (2018). Para o maior extremo de idade, o elucidado na literatura descreve que mulheres mais velhas, apresentam maior prevalência de doenças crônicas não transmissíveis como diabetes e hipertensão, podem levar a um parto prematuro, conforme afirma Fuchs *et al* (2018) e Waldenström *et al* (2017), ademais, a senescência dos vasos sanguíneos, propiciando o aumento da rigidez vascular, potencializando complicações útero placentárias que podem levar a quadros de partos prematuros necessários. (Cooke e Davidge, 2019; Care *et al.*, 2015) .

Outra variável discrepante da literatura, foi quanto ao tipo de parto, onde na amostra estudada foi evidenciada um maior número de partos normais (Santos *et al.*,2020; Oliveira *et al.*, 2016). De acordo com as análises presentes na literatura,é descrito que a ocorrência de parto cesariana segundo Paim *et al* (2016), Smith *et al* (2019) e Visser *et al* (2020), é maior devido a presença do risco fetal já instalado como malformações e sofrimento, onde esta via de parto é escolhida para minimizar as chances de morte neonatal. Além disso, a presença de gravidez prévia com parto cesariana aumenta as chances de um parto prematuro na gravidez seguinte, podendo levar a um aumento na proporção de cesarianas e a presença de prematuridade extrema ou muito precoce, sendo necessária a cesariana para evitar também os riscos de uma morte neonatal.

Alguns artigos a nível nacional e internacional, trazem análises acerca da prevalência das variáveis utilizadas neste estudo sobre a maior incidência de partos prematuros ocorrer em gestações de bebês do sexo masculino, conforme descrito no

estudo de Milani *et al.*, (2024) , Barreto *et al* (2020) e Leitão *et al* (2023), estando em consonância com os resultados obtidos neste estudo. De acordo com a revisão realizada por Challis *et al.*, (2013) a implicação da prematuridade com maior prevalência em gestações do sexo masculino é devido ao fato de a placenta apresentar um perfil com mais componentes pró-inflamatórios incluindo maior produção de TNF- α , menor produção de IL-10 e alterações nas vias de prostaglandinas, uma outra explicação evidenciada pelo mesmo autor em seu estudo seria a forma como enzimas placentárias como a 11 β -HSD2 influenciam na modulação da exposição hormonal e na maturação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, principalmente quando expostas a situações de infecção. Segundo Olmos- Ortiz *et al.*, (2019) e Challis *et al.*, (2013), hormônios andrógenos como a testosterona modulam de forma negativa respostas imunes com o TNF- α e peptídeos antimicrobianos presentes na constituição da placenta. De acordo com Meakin *et al* (2021) e Braun *et al* (2022), as placentas gestacionais do sexo masculino apresentam uma menor capacidade de adaptação a situações adversas que podem ocorrer ao longo das 40 semanas de desenvolvimento fetal, oferecendo maiores riscos em situações de inflamação, restrição de crescimento e hipóxia fetal.

Quanto à causa de partos prematuros, evidenciou-se que conforme descrito na literatura uma das principais causas para ocorrência do parto prematuro foi a pré-eclâmpsia, seguido pela infecção do trato urinário (ITU), conforme descrito por Santos *et al.*, (2020) e Barreto *et al.*, (2020). Uma das razões que descreve o motivo de a pré-eclâmpsia levar a parto prematuro ocorre desde o princípio da gestação, onde ocorre uma placentação anormal, conforme afirma Dimitriadis *et al.*, (2023) e Bisson *et al.*, (2023), na qual essa alteração fisiológica leva a uma hipoperfusão tecidual da placenta, onde conseqüentemente há uma maior liberação de fatores anti-angiogênicos como sFlt-1 e sEng, levando a uma disfunção endotelial materna. (Check, *et al.*, 2024). A disfunção sistêmica pode levar a uma insuficiência uteroplacentária, comprometendo o ambiente de crescimento e nutrição de feto, ocorrendo cenários e sinais de sofrimento fetal, levando como indicação médica a realização de um parto prematuro, como afirma os mesmos autores em seus estudos.

Um dos mecanismo de explicação do motivo da ITU ser uma das principais etiologias para ocorrência da prematuridade descrita por Wang *et al.*, (2024) e sua metanálise diz a respeito da infecção provocar uma ativação inflamatória local e sistêmica, provocando a liberação de prostaglandinas e citocinas que vão provocar estímulos a contrações uterinas, ruptura prematura de membranas placentárias e maturação precoce do colo do útero.

Uma outra variável analisada foi a respeito da prevalência dos níveis de prematuridade na amostra avaliada estando mais presente a prematuridade moderada

que vai de 32 semanas a 36 semanas e 6 dias, onde de acordo com Santos *et al* (2020) e Barreto *et al.*, (2020) seus achados também condizem com os resultados encontrados no presente estudo, sendo de 53,1% descrito pelo autor e 46,1% da amostra analisada. De acordo com os estudos realizados por Schroeder, R. T.; *et al.*, (2023) e Henneberry, P, K.; *et al.*, (2015), a ocorrência da prematuridade moderada ocorre pela maior presença de fatores de risco menos graves que prolongam a gestação por um período maior, contribuindo com os achados desta análise.

Os dados encontrados quanto à maior prevalência de baixo peso ao nascimento, corroboram com os de Leitão *et al.*, (2023) e Oliveira *et al.*, (2016). As crianças nascidas prematuras moderadas apresentam o peso reduzido devido à restrição de crescimento fetal, devido a disfunção placentária, que pode ser devido a presença de comorbidades maternas como a pré-eclâmpsia que podem comprometer a circulação uteroplacentária, a presença de inflamação ou infecções e lesões placentárias (Balest., 2025; Lee *et al.*, 2013 e Zhang; Zeng, 2023; Beer *et al.*, 2022; Isuog, 2019).

Quanto ao comprimento ao nascimento, observou-se na população estudada, um maior percentual de AIG, discordando do estudo de Santos *et al* (2020) que encontrou uma maior prevalência de PIG. Segundo Lee (2015) e Finken (2018) nem todos os partos prematuros têm etiologia de restrição de crescimento fetal, podendo ser por trabalho de parto espontâneo, justificando nossos achados.

Uma outra variável do estado nutricional avaliada traz dados sobre o perímetro cefálico (PC) dos prematuros pertencentes à amostra, onde 43,8% dos participantes apresentaram um PC adequado para a idade gestacional, estando em concordância com o estudo realizado por Pimenta *et al.*, (2020) com uma amostra de 7702 recém-nascidos, onde é descrito que a tendência é que os RNPT apresentem um PC próximo ao esperado para a idade gestacional, devido ao fenômeno conhecido por *Head-Sparing* em casos de restrição de crescimento, onde a circulação feto-placentária prioriza a perfusão do cérebro preservando o desenvolvimento craniano pleno.

Quanto ao estado nutricional atual das crianças nascidas prematuramente, observou-se que a maior parte da amostra apresentava eutrofia corroborando com os estudos de Mendes *et al.*, (2019) , Rover *et al.*, (2025) e Stager *et al.*, (2016). De acordo com análises realizadas por Kim *et al.*, (2020) os motivos que levam a normalização e adequação dos parâmetros utilizados no estudo, deve-se a ocorrência do *Catch-up growth* ou crescimento de recuperação da estatura que ocorre de maneira comum nos primeiros 6 a 24 meses de vida da criança, levando-a a adequação dos parâmetros de P/I e E/I. Além deste, Rugolo *et al.*, (2005/2007) e Mendes *et al.*, (2019) também descreveram a partir de revisões que os resultados apontam que a partir dos 2 anos corrigidos as crianças brasileiras e latino-americanas alcançaram padrões normais dos

mesmos parâmetros. Partindo do ponto que conecta-se ao nível de prematuridade encontrado também na amostra, os pré-termos considerados moderados e tardios não apresentam graves comprometimentos nutricionais desta forma, apresentam a normalização dos parâmetros de maneira rápida (Ohuma, *et al.*, 2023).

Em relação a aplicação do parâmetro de Peso para estatura para análise do estado nutricional dos participantes da amostra, 72,4% dos voluntários apresentaram o diagnóstico de eutrofia, discordando com os resultados apresentados pelos estudos de Brito (2021), Wolf (2022), Asebe. H. A. *et al.*, (2024) e Dassie, G. A. *et al.*, (2024)., onde descrevem que para a utilização desse parâmetro está mais prevalente a magreza.

De acordo com Grellety, E, Golden, M. H (2016) e Wolf (2022) este parâmetro está associado ao erro de medições e nos cálculos de z-scores para o diagnóstico, podendo levar a uma superestimação dos dos números de magreza. Além deste, Mertens, a. *et al.*, (2023) e Harkare, H. V *et al.*, (2021) descrevem que a utilização do peso para estatura em crianças, pode refletir o diagnóstico em um momento isolado e não ao longo de toda a vida da criança, levando a interpretação deste diagnóstico ser o mais comum e prevalente. Por outro lado, a aplicação deste parâmetro específico para análise de crianças nascidas pré-termo não há recomendações para sua utilização devido ao organismo deste público ter objetivos de crescimento diferentes quando comparados com o de crianças a termo, como afirma Mcnelis, K *et al.*, (2025). Elmrayed, S. *et al.*, (2025) e Silveira, R. C. *et al.*, (2019) afirmam que um outro viés para possíveis erros caso aplicados a crianças pré-termo deve-se à não correção da idade da criança que pode classificá-los em magreza.

Outra variável analisada observou sobre o aleitamento materno da amostra, iniciando pelo AME, onde 97,5% não teve este processo realizado de maneira exclusiva, concordando com os resultados obtidos por Lima *et al.*, (2019), Balamnut *et al.*, (2018), Melo *et al.*, (2024) e Figueiredo, (2022). Isto pode ser devido a imaturidade fisiológica dos RNPT, separação precoce entre a mãe e o bebê reduzindo a oferta do peito a criança, fatores como escolaridade, retorno ao trabalho, o que leva a maior utilização da mamadeira e chupinha (Gianni *et al.*, 2018; Lima *et al.*, 2019; Figueiredo *et al.*, 2022; Balamnut *et al.*, 2018; Hinoshita *et al.*, 2024).

Ao analisar a variável da presença dos níveis de dificuldade alimentar presentes na amostra estudada com a utilização da ferramenta da Escala Brasileira de Alimentação Infantil — EBAI, observou-se que 66,7% da amostra apresentou algum grau de dificuldade alimentar, corroborando com Kluppel, (2025). De acordo com Walton *et al.*, (2022) uma das possíveis explicações para esta ocorrência é decorrente a imaturidade oromotora dos RNPT que dificulta na alimentação da criança, levando a prevalência da dificuldade alimentar e segundo Pados *et al.*, (2021) a internação

prolongada que leva a necessidade de suporte nutricional com a utilização de sondas que dificultam a evolução para alimentação oral, estando em consonância com os resultados obtidos.

Evidenciou-se uma ausência de comportamentos defensivos na maioria dos RNPT estudados. Dados contrariados pelo estudo de Brusco (2014) onde a amostra apresentou uma prevalência de 53,1% de comportamentos defensivos e de Gomes (2024) e Souza (2018). Para além dos fatores fisiológicos de comprometimento do desenvolvimento oral e presença de dificuldades alimentares, Kluppel *et al.*, (2025) e Pados *et al.*, (2021) trazem que dentre os principais fatores desencadeantes para a presença dos comportamentos defensivos estão na diferença de uso dos instrumentos validados para análise, diferentes perfis da população estudada e a idade em que a avaliação foi feita como idade pós alta neonatal ou escolar.

Quanto ao consumo alimentar, no grupo das crianças entre 6 e 23 meses de idade, quase 50% dos participantes haviam consumido algum produto ultraprocessado, corroborando com Nascimento *et al.*, (2021) e Ricci *et al.*, (2023). Segundo Silva *et al.*, (2021) a partir de uma análise realizada no estado de Pernambuco, a população apresentava um alto consumo de ultraprocessados similar a porcentagem encontrada na amostra avaliada de 52,8% contra 50% dos dados coletados. De acordo com Lacerda *et al* (2023) um dos fatores que pode levar a elevado consumo de AUP em crianças nessa faixa etária, deve-se ao período de introdução alimentar de forma inadequada realizado pela família com a oferta de alimentos como biscoitos, papas industriais devido a praticidade oferecida por estes alimentos. Além disso, pode ser motivado pelo declínio do aleitamento materno, a disponibilidade dos cuidadores, a presença do marketing e o contexto socioeconômico podem desencadear ao maior consumo destes alimentos (Ortelan *et al.*, 2020, Neves *et al.*, 2021, frois *et al.*, 2025, Lacerda *et al.*, 2023 e Ricci *et al.*, 2023).

Nas crianças acima de 24 meses, os resultados evidenciaram um bom consumo de alimentos como frutas e vegetais girando em torno de 75 % de consumo na amostra avaliada dentro da idade indicada em contrapartida também apresentou um alto consumo de AUP como bebidas adoçadas, macarrão instantâneo e guloseimas, estando presente em mais de 50% da amostra estudada. Desta forma corrobora com os resultados encontrados por Pedraza DF *et al.*, (2021). De acordo com Pereira (2022) um dos motivos para aumento do consumo de AUP nessa faixa etária, pode ser explicado a partir da maior autonomia oferecida às crianças em conjunto com maiores exposições a ambientes fora da rotina de casa como escola, além de segundo Silva (2023) e Teixeira (2023) a presença do marketing e publicidades direcionadas ao público infantil. Além destes, como descreve Louzada (2022) a palatabilidade presente

nos alimentos ricos em açúcar, sal e gordura saturada, a formulação sensorial presente na composição destes alimentos capta o público e como afirma Matos (2023), a existência de um ambiente obesogênico com menores custos para estes alimentos, alta disponibilidade, estratégias para facilitação da aquisição dos gêneros e ferramentas de rotulagem nutricional que garantem um atratividade deste público a tais produtos.

Dentre as limitações do estudo destacam-se o desenho do estudo transversal e o tamanho amostral.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora as limitações presentes, como a disponibilidade de tempo para realizar a coleta de dados e análise dos dados coletados, foi possível obter um cenário atualizado do perfil nutricional e consumo alimentar do público de crianças pré-termo, embora o nome da amostra. Os resultados obtidos a do presente estudo salienta, uma maior prevalência de prematuridade moderada, onde a maior parte da amostra desconhece a sua etiologia, apresentando um adequado estado nutricional dos RNPT pós nascimento e atual, com uma baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo, e em contrapartida a maior parte da amostra apresenta ausência de dificuldades alimentares e comportamentos defensivos, mas todavia apresentando um consumo alimentar diferente do recomendado para a faixa etária analisada.

Os achados podem levar ao desenvolvimento de recursos voltados para melhores intervenções nutricionais com o intuito de realizar orientações nutricionais que englobam a educação alimentar e nutricional necessárias para o desenvolvimento de uma introdução alimentar de maneira correta, formação de um padrão alimentar infantil mais saudável e reversão dos números de alto consumo de AUP, com o intuito de evitar o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta das crianças. Mais estudos envolvendo a temática são necessários, uma vez que há escassez acerca do binário mãe e bebê.

REFERÊNCIAS

- (ACOG), AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin No. 190: gestational diabetes mellitus. **Obstetrics & Gynecology**, [S.L.], v. 131, n. 2, p. 49-64, fev. 2018. DOI: 10.1097/aog.0000000000002501.
- ALBERTON, Marcos; ROSA, Vanessa Martins; ISER, Betine Pinto Moehlecke. Prevalence and temporal trend of prematurity in Brazil before and during the COVID-19 pandemic: a historical time series analysis, 2011-2021. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [S.L.], v. 32, n. 2, p. 1-15, 2023. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s2237-96222023000200005>.
- ALMEIDA, Adriana Carvalho de; JESUS, Ana Cristina Pereira de; LIMA, Pamylla Fortes Tanikawa; DE, Araújo Márcio Flávio Moura; ARAÚJO, Thiago Moura de. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [S.L.], v. 33, n. 2, p. 86-94, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1983-14472012000200013>.
- ALMEIDA, Maria Fernanda B. de; SANUDO, Adriana; ARECO, Kelsy N.; BALDA, Rita de Cássia X.; COSTA-NOBRE, Daniela T.; KAWAKAMI, Mandira D.; KONSTANTYNER, Tulio; MARINONIO, Ana Sílvia S.; MIYOSHI, Milton H.; BANDIERA-PAIVA, Paulo. Temporal Trend, Causes, and Timing of Neonatal Mortality of Moderate and Late Preterm Infants in São Paulo State, Brazil: a population-based study. **Children**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 536, 10 mar. 2023. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/children10030536>.
- ALMEIDA, Maria Fernanda B. de; SANUDO, Adriana; ARECO, Kelsy N.; BALDA, Rita de Cássia X.; COSTA-NOBRE, Daniela T.; KAWAKAMI, Mandira D.; KONSTANTYNER, Tulio; MARINONIO, Ana Sílvia S.; MIYOSHI, Milton H.; BANDIERA-PAIVA, Paulo. Temporal Trend, Causes, and Timing of Neonatal Mortality of Moderate and Late Preterm Infants in São Paulo State, Brazil: a population-based study. **Children**, [S.L.], v. 10, n. 3, p. 536, 10 mar. 2023. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/children10030536>.
- ASEBE, Hiwot Altaye; ASMARE, Zufan Alamrie; MARE, Kusse Urmale; KASE, Bizunesh Fantahun; TEBEJE, Tsion Mulat; ASGEDOM, Yordanose Sisay; SHIBESHI, Abdu Hailu; LOMBEBO, Afewerk Alemu; SABO, Kebede Gemed; FENTE, Bezawit Melak. The level of wasting and associated factors among children aged 6–59 months in sub-Saharan African countries: multilevel ordinal logistic regression analysis. **Frontiers In Nutrition**, [S.L.], v. 11, p. 1-14, 6 jun. 2024. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fnut.2024.1336864>.
- AYELE, Tafere Birlie; MOYEHODIE, Yikeber Abebaw. Prevalence of preterm birth and associated factors among mothers who gave birth in public hospitals of east Gojjam zone, Ethiopia. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [S.L.], v. 23, n. 1, p. 1-11, 24 mar. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-023-05517-5>.
- BAKRANIA, Bhavisha A.; SPRADLEY, Frank T.; DRUMMOND, Heather A.; LAMARCA, Babbette; RYAN, Michael J.; GRANGER, Joey P.. Preeclampsia: linking placental ischemia with maternal endothelial and vascular dysfunction. **Comprehensive Physiology**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1315-1349, 9 dez. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1002/cphy.c200008>.

BALDASSARRE, M. E.; PANZA, R.; CRESI, F.; *et al.* Complementary feeding in preterm infants: a position paper by Italian neonatal, paediatric and paediatric gastroenterology joint societies. **Italian Journal of Pediatrics**, v. 48, art. 143, 5 ago. 2022. DOI: 10.1186/s13052-022-01275-w. Disponível em:

<https://ijponline.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13052-022-01275-w>. Acesso em: 11 nov. 2025.

BARRETO, M. G. P. *et al.* Frequency and risk factors associated with prematurity: a cohort study in a neonatal intensive care unit. **Journal of Clinical Medicine**, v. 13, n. 15, art. 4437, jul. 2024. DOI: 10.3390/jcm13154437. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11313331/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

BEER, Rachael J.; CNATTINGIUS, Sven; SUSSER, Ezra S.; VILLAMOR, Eduardo. Associations of preterm birth, small-for-gestational age, preeclampsia and placental abruption with attention-deficit/hyperactivity disorder in the offspring: nationwide cohort and sibling :controlled studies. **Acta Paediatrica**, [S.L.], v. 111, n. 8, p. 1546-1555, 3 maio 2022. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/apa.16375>.

BISSON, C.; *et al.* Preeclampsia pathophysiology and adverse outcomes during pregnancy and postpartum. **Frontiers in Medicine**, v. 10, e1144170, 2023. DOI: 10.3389/fmed.2023.1144170. Disponível em:

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2023.1144170/full>. Acesso em: 24 nov. 2025.

BLENCOWE, Hannah; COUSENS, Simon; OESTERGAARD, Mikkel Z; CHOU, Doris; MOLLER, Ann-Beth; NARWAL, Rajesh; ADLER, Alma; GARCIA, Claudia Vera; ROHDE, Sarah; SAY, Lale. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **The Lancet**, [S.L.], v. 379, n. 9832, p. 2162-2172, jun. 2012. Elsevier BV.

[http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60820-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60820-4).

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Orientações para o Método Canguru na Atenção Básica: cuidado compartilhado. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2016. 56 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_orientacoes_metodo_canguru.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção ao Recém-nascido de Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Boletim Epidemiológico, v. 55, n.º 13, 30 set. 2024. Perfil epidemiológico dos nascimentos prematuros no Brasil, 2012 a 2022 [Internet]. **Brasília: Ministério da Saúde**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/edicoes/2024/boletim-epidemiologico-volume-55-no-13.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2025.

BURKLOW, Kathleen A.; PHELPS, Anne N.; SCHULTZ, Janet R.; MCCONNELL, Keith; RUDOLPH, Colin. Classifying Complex Pediatric Feeding Disorders. **Journal Of Pediatric Gastroenterology & Nutrition**, [S.L.], v. 27, n. 2, p. 143-147, ago. 1998. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1097/00005176-199808000-00003>.

CAPRA, Maria Elena; DECAROLIS, Nicola Mattia; MONOPOLI, Delia; LAUDISIO, Serena Rosa; GIUDICE, Antonella; STANYEVIC, Brigida; ESPOSITO, Susanna; BIASUCCI, Giacomo. Complementary Feeding: tradition, innovation and pitfalls. CAPRA, Maria Elena; DECAROLIS, Nicola Mattia; MONOPOLI, Delia; LAUDISIO, Serena Rosa; GIUDICE, Antonella; STANYEVIC, Brigida; ESPOSITO, Susanna; BIASUCCI, Giacomo.

Complementary Feeding: tradition, innovation and pitfalls. **Nutrients**, [S.L.], v. 16, n. 5, p. 737, 4 mar. 2024. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu16050737>.

CARE, Alison S.; BOURQUE, Stephane L.; MORTON, Jude S.; HJARTARSON, Emma P.; DAVIDGE, Sandra T.. Effect of Advanced Maternal Age on Pregnancy Outcomes and Vascular Function in the Rat. **Hypertension**, [S.L.], v. 65, n. 6, p. 1324-1330, jun. 2015. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).

<http://dx.doi.org/10.1161/hypertensionaha.115.05167>. Acesso em: 24 nov. 2025.

CASSIANO, Valéria Araújo; SOUSA, Carolina Pereira da Cunha; RIBEIRO, Flaurinda da Silva; ALVES, Karolayne da Silva Barbosa; PEREIRA, Maria Tereza Lucena; CÂMARA, Gabriel Barbosa. Perfil epidemiológico de recém-nascidos prematuros internados em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 9, n. 8, p. 301985467, 5 jul. 2020. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5467>.

CASTRO, Eveline Campos Monteiro de; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; ALMEIDA, Maria Fernanda Branco de; GUINSBURG, Ruth. Perinatal factors associated with early neonatal deaths in very low birth weight preterm infants in Northeast Brazil. **Bmc Pediatrics**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 1-8, dez. 2014. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-014-0312-5>.

CHALLIS, J.; NEWNHAM, J.; PETRAGLIA, F.; YEGANEHI, M.; BOCKING, A.. Fetal sex and preterm birth. **Placenta**, [S.L.], v. 34, n. 2, p. 95-99, fev. 2013. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.placenta.2012.11.007>.

CHANG, Kai-Jung; SEOW, Kok-Min; CHEN, Kuo-Hu. Preeclampsia: recent advances in predicting, preventing, and managing the maternal and fetal life-threatening condition. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.L.], v. 20, n. 4, p. 2994, 8 fev. 2023. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph20042994>.

CHAPPELL, Lucy C; A CLIVER, Catherine; KINGDOM, John; TONG, Stephen. Pre-eclampsia. **The Lancet**, [S.L.], v. 398, n. 10297, p. 341-354, jul. 2021. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)32335-7](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(20)32335-7).

CHAWANPAIBOON, Saifon; VOGEL, Joshua P; MOLLER, Ann-Beth; LUMBIGANON, Pisake; PETZOLD, Max; HOGAN, Daniel; LANDOULSI, Sihem; JAMPATHONG, Nampet; KONGWATTANAKUL, Kiattisak; LAOPAIBOON, Malinee. Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. **The Lancet Global Health**, [S.L.], v. 7, n. 1, p. 37-46, jan. 2019. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30451-0](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30451-0).

CHILD STATS. Preterm Birth and Low Birthweight. In: **America's Children: Key National Indicators of Well-Being**, 2023. Disponível em: <https://www.childstats.gov/americaschildren23/health1.asp>. Acesso em: 11 nov. 2025.

CHIONG, Terri X. B.; TAN, Michelle L. N.; LIM, Tammy S. H.; QUAK, Seng Hock; AW, Marion M.. Selective Feeding—An Under-Recognised Contributor to Picky Eating. **Nutrients**, [S.L.], v. 16, n. 21, p. 3608, 24 out. 2024. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu16213608>.

COOKE, Christy-Lynn M.; DAVIDGE, Sandra T.. Advanced maternal age and the impact on maternal and offspring cardiovascular health. **American Journal Of Physiology-Heart And Circulatory Physiology**, [S.L.], v. 317, n. 2, p. 387-394, 1 ago. 2019. American Physiological Society. <http://dx.doi.org/10.1152/ajpheart.00045.2019>. Acesso em: 24 nov. 2025.

COSTA, L. H. C.; *et al.* Impact of socioeconomic factors and health determinants on preterm birth in Brazil: a register-based study. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 22, art. n.º 872, 2022. DOI: 10.1186/s12884-022-05201-0. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-022-05201-0>. Acesso em: 11 nov. 2025.

CUNHA, Camila Medeiros Cruvinel; LIMA, Eliane de Fátima Almeida; GALVÃO, Dulce Maria Pereira Garcia; BRITO, Ana Paula Almeida; FONSECA, Luciana Mara Monti; PRIMO, Cândida Caniçali. Assistência à amamentação de recém-nascido prematuro e de baixo peso: projeto de implementação de melhores práticas. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 58, p. 12, 2024. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2023-0380pt>.

DASSIE, Godana Arero; FANTAYE, Tesfaye Chala; CHARKOS, Tesfaye Getachew; ERBA, Midhakso Sento; TOLOSA, Fufa Balcha. Factors influencing concurrent wasting, stunting, and underweight among children under five who suffered from severe acute malnutrition in low- and middle-income countries: a systematic review. **Frontiers In Nutrition**, [S.L.], v. 11, p. 1-11, 6 dez. 2024. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fnut.2024.1452963>.

DIAS, Barbara Almeida Soares; LEAL, Maria do Carmo; MARTINELLI, Katrini Guidolini; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos. Prematuridade recorrente: dados do estudo “nascer no brasil”. **Revista de Saúde Pública**, [S.L.], v. 56, p. 7, 11 mar. 2022. Universidade de São Paulo. Agência de Bibliotecas e Coleções Digitais. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003527>.

DIMITRIADIS, Evdokia; ROLNIK, Daniel L.; ZHOU, Wei; ESTRADA-GUTIERREZ, Guadalupe; KOGA, Kaori; FRANCISCO, Rossana P. V.; WHITEHEAD, Clare; HYETT, Jon; COSTA, Fabricio da Silva; NICOLAIDES, Kypros. Pre-eclampsia. **Nature Reviews Disease Primers**, [S.L.], v. 9, n. 1, p. 1-22, 16 fev. 2023. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41572-023-00417-6>.

DINIZ, P. B. Adaptação transcultural e validação da escala Montreal Children's Hospital Feeding Scale – MCH-FS para o português falado no Brasil [Internet]. **Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Ciências Pneumológicas**; 2019. Disponível em: <https://www.scribd.com/document/690731858/Escala-EBAl-Dra-Patricia-Diniz>. Acesso em: 11 nov. 2025.

DOURADO, Fernanda Afonso; BARRETO, Manuela Rebouças da Silva; PAIXÃO, Kíssia

Souza da; MENEZES, Larissa Vieira Pinto; STEINBERG, Carla. Introduction of complementary feeding in premature children. **Revista Cefac**, [S.L.], v. 24, n. 4, p. 7, 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0216/20222444122>.

ELMRAYED, S. et al. Preterm growth assessment: the latest findings on age correction on growth measures up to 36 months. **Journal of Perinatology**, 2025.

FENTON, Tanis R; KIM, Jae H. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. **Bmc Pediatrics**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 1-13, 20 abr. 2013. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2431-13-59>.

FERNÁNDEZ-TUÑAS, María del Carmen; PÉREZ-MUÑUZURI, Alejandro; TRASTOY-PENA, Rocío; MOLINO, María Luisa Pérez del; COUCE, María L.. Effects of Maternal Stress on Breast Milk Production and the Microbiota of Very Premature Infants. **Nutrients**, [S.L.], v. 15, n. 18, p. 4006, 16 set. 2023. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu15184006>.

FUCHS, Florent; MONET, Barbara; DUCRUET, Thierry; CHAILLET, Nils; AUDIBERT, Francois. Effect of maternal age on the risk of preterm birth: a large cohort study. **Plos One**, [S.L.], v. 13, n. 1, p. 0191002, 31 jan. 2018. Public Library of Science (PLoS). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0191002>.

GERMANO, Aline; ALCKMIN-CARVALHO, Felipe; JOVEM, Aline; BERGAMO, Juliana. Associação entre prematuridade e dificuldades alimentares na infância: revisão sistemática. **Research, Society And Development**, [S.L.], v. 11, n. 13, p. 52111335190, 27 set. 2022. Research, Society and Development. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i13.35190>.

GODAY, P. S.; FOX, M.; BURKE, R.; et al. Pediatric feeding disorder: consensus definition and conceptual framework. **Pediatrics**, v. 146, n. 5, p. e2021034942, nov. 2020. DOI: 10.1542/peds.2021-034942. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30358739/>. Acesso em: 27 set. 2025.

GOMEZ-LOPEZ, N.; GALAZ, J.; MILLER, D.; FARIAS-JOFRE, M.; LIU, Z.; ARENAS-HERNANDEZ, M.; GARCIA-FLORES, V.; SHAFFER, Z.; GREENBERG, J. M.; THEIS, K. R. The immunobiology of preterm labor and birth: intra-amniotic inflammation or breakdown of maternal-fetal homeostasis. **Reproduction**, [S.L.], v. 164, n. 2, p. 11-45, 1 ago. 2022. DOI: 10.1530/rep-22-0046.

GUIDA, José Paulo de Siqueira; SURITA, Fernanda Garanhani; PARPINELLI, Mary Angela; COSTA, Maria Laura. Preterm Preeclampsia and Timing of Delivery: a systematic literature review. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / Rbgo Gynecology And Obstetrics**, [S.L.], v. 39, n. 11, p. 622-631, 12 jul. 2017. Federação das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0037-1604103>.

GUIMARÃES, H. N. C. L.; et al. Relação entre prematuridade e dificuldades na transição da consistência alimentar na infância: uma revisão sistemática. **CoDAS**, v. 36, n. 4, e20230100, 2024. DOI: 10.1590/2317-1782/20242023100pt. Disponível em: <https://www.codas.org.br/article/doi/10.1590/2317-1782/20242023100pt>. Acesso em: 28 set. 2025.

GUIMARÃES, H. N. C. L.; et al. Relação entre prematuridade e dificuldades na transição para alimentação oral competente: revisão da literatura. **CoDAS**, 2024.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/>. Acesso em: 22 set. 2025.

HARKARE, Harsh Vivek; CORSI, Daniel J.; KIM, Rockli; VOLLMER, Sebastian; SUBRAMANIAN, S. V.. The impact of improved data quality on the prevalence estimates of anthropometric measures using DHS datasets in India. **Scientific Reports**, [S.L.], v. 11, n. 1, p. 1-13, 21 maio 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41598-021-89319-9>.

HENNEBERRY, P. K.; *et al.* Aetiology of late and moderately preterm birth. In: The Late and Moderately Preterm Birth Study – Towards reducing variations in infant mortality and morbidity: a population-based approach. **Geneva: World Health Organization**, 2015.

HILL, Amber L.; JONES, Kelley A.; MCCAULEY, Heather L.; TANCREDI, Daniel J.; SILVERMAN, Jay G.; MILLER, Elizabeth. Reproductive Coercion and Relationship Abuse Among Adolescents and Young Women Seeking Care at School Health Centers. **Obstetrics & Gynecology**, [S.L.], v. 134, n. 2, p. 351-359, ago. 2019. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000003374>.

INSTITUTE OF MEDICINE. Committee on Understanding Premature Birth and Assuring Healthy Outcomes; Board on Health Sciences Policy. Preterm Birth: Causes, Consequences, and Prevention. Washington, DC: **The National Academies Press**, 2007. "Appendix B: Prematurity at Birth: Determinants, Consequences, and Geographic Variation." DOI: 10.17226/11622. Disponível em: <https://www.nap.edu/catalog/11622/preterm-birth-causes-consequences-and-preventio> n. Acesso em: 11 nov. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Vitória de Santo Antão (PE): panorama. **Rio de Janeiro: IBGE**, 2025. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/pe/vitoria-de-santo-antao.html>. Acesso em: 10 nov. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA (IFF)/Fundação Oswaldo Cruz. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente [Internet]. **Rio de Janeiro: IFF/Fiocruz**; [s.d.]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>. Acesso em: 28 set. 2025.

ISUOG (International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology). ISUOG Practice Guidelines: diagnosis and management of small-for-gestational-age fetus and fetal growth restriction. **Ultrasound in Obstetrics & Gynecology** (Prática / documento PDF), 2019. Disponível em: <https://www.isuog.org/resources/isUOG-practice-guidelines-diagnosis-and-management-of-small-for-gestational-age-fetus-and-fetal-growth-restriction.html>. Acesso em: 11 nov. 2025.

KAMITY, Ranjith; KAPAVARAPU, Prasanna K.; CHANDEL, Amit. Feeding Problems and Long-Term Outcomes in Preterm Infants—A Systematic Approach to Evaluation and Management. **Children**, [S.L.], v. 8, n. 12, p. 1158, 8 dez. 2021. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/children8121158>.

KLUPPEL, C. A.; SILVA, A. B. T.; CAMARGO, D. B.; CELLI, A.; SARQUIS, A. L. F.

Prevalência de dificuldades alimentares em crianças entre seis meses e seis anos que nasceram prematuras. **CoDAS**, v. 37, n. 3, e20240194, 2025. DOI: 10.1590/2317-1782/e20240194pt. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/vTb86tvXbGGJqFrcL5WCRWy/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

LEAL, Maria do Carmo; ESTEVES-PEREIRA, Ana Paula; NAKAMURA-PEREIRA, Marcos; TORRES, Jacqueline Alves; THEME-FILHA, Mariza; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; MOREIRA, Maria Elizabeth; GAMA, Silvana Granado. Prevalence and risk factors related to preterm birth in Brazil. **Reproductive Health**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 1-12, out. 2016. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-016-0230-0>.

LEE, Anne Cc; KATZ, Joanne; BLENCOWE, Hannah; COUSENS, Simon; KOZUKI, Naoko; VOGEL, Joshua P; ADAIR, Linda; BAQUI, Abdullah H; A BHUTTA, Zulfiqar; CAULFIELD, Laura e. National and regional estimates of term and preterm babies born small for gestational age in 138 low-income and middle-income countries in 2010. **The Lancet Global Health**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 26-36, jul. 2013. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x\(13\)70006-8](http://dx.doi.org/10.1016/s2214-109x(13)70006-8).

LEE, K. A.; HAYES, B. C. Head size and growth in the very preterm infant: a literature review. **Research and Reports in Neonatology**, [S.L.], v. 5, [2015?].

LEITÃO, F. N. C. *et al.* Escala de Apgar em recém-nascidos prematuros: revisão sistemática. **Revista Multidisciplinar em Saúde**, v. 4, n. 4, p. 59-73, dez. 2023. DOI: 10.51161/integrar/rem/3873. Disponível em: <https://editoraintegrar.com.br/publish/index.php/rem/article/view/3873>. Acesso em: 11 nov. 2025.

Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. **Geneva: World Health Organization**, 2006. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/924154693X>. Acesso em: 10 nov. 2025.

LIMA, A. M. de; GOULART, A. L.; BORTOLUZZO, A. B.; KOPELMAN, B. I. Nutritional practices and postnatal growth restriction in preterm newborns. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [S.L.], v. 61, n. 6, p. 500-506, dez. 2015. DOI: 10.1590/1806-9282.61.06.500.

LOHMAN, T. G.; ROCHE, A. F.; MARTORELL, R. (Eds.). Anthropometric Standardization Reference Manual. **Champaign (IL): Human Kinetics Books**, 1988. ISBN 0-87322-121-4. Acesso em: 10 nov. 2025.

MARVIN-DOWLE, K.; KILNER, K.; BURLEY, V. J.; SOLTANI, H. Impact of adolescent age on maternal and neonatal outcomes in the Born in Bradford cohort. **BMJ Open**, v. 8, e016258, 2018. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-016258. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/3/e016258>. Acesso em: 24 nov. 2025.

MCNELIS, Kera; THOENE, Melissa; HUFF, Katie A.; FU, Ting Ting; ALJA'NINI, Zaineh; VISWANATHAN, Sreekanth. Postnatal Growth Assessment of the Very-Low-Birth-Weight Preterm Infant. **Children**, [S.L.], v. 12, n. 2, p. 197, 6 fev. 2025. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/children12020197>.

MILANI, Forozan; SHARAMI, Seyedeh Hajar; ATTARI, Seyedeh Maryam; SOROURI, Zahra Rafiee; FARZADI, Sara; KAZEMI, Soodabeh. Factors Associated with Cesarean

Section in Preterm Births at a Tertiary Hospital in Rasht, Iran. **Journal Of Kermanshah University Of Medical Sciences**, [S.L.], v. 28, n. 2, p. 1-6, 16 jun. 2024. Brieflands. <http://dx.doi.org/10.5812/jkums-144362>.

MOREIRA, Paula Ruffoni; NUNES, Leandro Meirelles; GIUGLIANI, Elsa Regina Justo; GOMES, Erissandra; FÜHR, Jordana; NEVES, Renata Oliveira; BELIN, Christy Hannah Sanini; BERNARDI, Juliana Rombaldi. Complementary feeding methods and introduction of ultra-processed foods: a randomized clinical trial. **Frontiers In Nutrition**, [S.L.], v. 9, p. 1, 7 dez. 2022. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fnut.2022.1043400>.

NANTEL, Audrey; GINGRAS, Véronique. Are Complementary Feeding Practices Aligned with Current Recommendations? A Narrative Review. **Children**, [S.L.], v. 10, n. 5, p. 794, 28 abr. 2023. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/children10050794>.

NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTICS (NCHS). Birth weight percentiles by gestational age in the United States, 2003. **Hyattsville: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention**, 2003. Disponível em: <https://www.cdc.gov/nchs/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

OHUMA, Eric O; MOLLER, Ann-Beth; BRADLEY, Ellen; CHAKWERA, Samuel; HUSSAIN-ALKHATEEB, Laith; LEWIN, Alexandra; OKWARAJI, Yemisrach B; MAHANANI, Wahyu Retno; JOHANSSON, Emily White; LAVIN, Tina. National, regional, and global estimates of preterm birth in 2020, with trends from 2010: a systematic analysis. **The Lancet**, [S.L.], v. 402, n. 10409, p. 1261-1271, out. 2023. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(23\)00878-4](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(23)00878-4).

OLIVEIRA, Laura Leismann de; GONÇALVES, Annelise de Carvalho; COSTA, Juvenal Soares Dias da; BONILHA, Ana Lucia de Lourenzi. Maternal and neonatal factors related to prematurity. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 50, n. 3, p. 382-389, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420160000400002>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Nacimientos prematuros [Internet]. **Genebra: OMS**; 11 maio 2023. Disponível em: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO recommendations on antenatal corticosteroids for improving preterm birth outcomes [Internet]. **Genebra: OMS**; 2022. ISBN 978-92-4-005729-6. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/363131>. Acesso em: 11 nov. 2025.

OUSA, João Lucas Moita de; MAGALHÃES, Rebeca de Sena; RUBERTO, Vitor Saymon Nascimento; COSTA, Luis Gustavo de Oliveira; BERNARDES, Gabriel Parente; SILVA, Thiago Pinheiro da; SANTOS, Monique Vitória de Oliveira; DUARTE, Yasmin Raiana Viana dos Anjos; MACEDO, Caroline Gomes; MACEDO, Ana Emília Gomes. INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO: uma análise da associação com a prematuridade.. **Ciência, Cuidado e Saúde: contextualizando saberes - Volume 5**, [S.L.], p. 354-363, 2025. Editora Científica Digital. <http://dx.doi.org/10.37885/241218571>.

PADOS, Britt Frisk; HILL, Rebecca R.; YAMASAKI, Joy T.; LITT, Jonathan S.; LEE, Christopher S.. Prevalence of problematic feeding in young children born prematurely: a meta-analysis. **Bmc Pediatrics**, [S.L.], v. 21, n. 1, p. 1-15, 6 mar. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1186/s12887-021-02574-7>.

PEDIATRIA, Academia Americana de *et al.* The Apgar Score. **Pediatrics**, [S.L.], v. 117, n. 4, p. 1444-1447, 1 abr. 2006. American Academy of Pediatrics (AAP). <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2006-0325>.

PEREIRA, A. P. E.; LEAL, M. C.; GAMA, S. G.; *et al.* Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S59-S70, ago. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/mdQJwcXhMYGCZMBIrhDM7Zp/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

PIMENTA, João Roberto R.; GRANDI, Carlos; ARAGON, Davi C.; CARDOSO, Viviane Cunha. Comparison of birth weight, length, and head circumference between the BRISA-RP and Intergrowth-21st cohorts. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, [S.L.], v. 96, n. 4, p. 511-519, jul. 2020. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2019.05.022>.

PIRES, P. L. S.; *et al.* Introdução da alimentação complementar e fatores associados em recém-nascidos pré-termo e com baixo peso: estudo de coorte prospectivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 7, e00103623, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT194923.

PIRES, P. L. S.; ROMÃO, R. S.; SOUZA, R. C.; PEREIRA, L. A.; RINALDI, A. E. M.; AZEVEDO, V. M. G. O. Introdução da alimentação complementar e fatores associados em recém-nascidos pré-termo e com baixo peso: estudo de coorte prospectivo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 40, n. 8, e00194923, 2024. DOI: 10.1590/0102-311XPT194923. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/sYNXLGT7xJRqrvTjfCwCmsJ/>. Acesso em: 11 nov. 2025.

RAJEEV, L Naga *et al.* Weight-for-height is associated with an overestimation of thinness burden in comparison to BMI-for-age in under-5 populations with high stunting prevalence. **International Journal Of Epidemiology**, [S.L.], v. 51, n. 3, p. 1012-1021, 22 nov. 2021. Oxford University Press (OUP). <http://dx.doi.org/10.1093/ije/dyab238>.

RAMOS, Géssica Capellin; LAURENTINO, Ana Paula; FOCHESSATTO, Sabrina; FRANCISQUETTI, Fabiana Angelina; RODRIGUES, Adriana Dalpicolli. PREVALÊNCIA DE INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO EM GESTANTES EM UMA CIDADE NO SUL DO BRASIL. **Saúde (Santa Maria)**, [S.L.], v. 42, n. 1, p. 173, 30 jun. 2016. Universidad Federal de Santa Maria. <http://dx.doi.org/10.5902/2236583420173>.

RICARDO, Luiza I. C.; GATICA-DOMÍNGUEZ, Giovanna; CROCHEMORE-SILVA, Inácio; NEVES, Paulo A. R.; VAZ, Juliana dos Santos; BARROS, Aluisio J. D.; VICTORA, Cesar Gomes. Age patterns in overweight and wasting prevalence of under 5-year-old children from low- and middle-income countries. **International Journal Of Obesity**, [S.L.], v. 45, n. 11, p. 2419-2424, 22 jul. 2021. Springer Science and Business Media LLC. <http://dx.doi.org/10.1038/s41366-021-00911-5>.

ROCHA, Aline dos Santos; FALCÃO, Ila Rocha; TEIXEIRA, Camila Silveira Silva; ALVES, Flávia Jôse Oliveira; FERREIRA, Andrêa Jacqueline Fortes; SILVA, Natanael de Jesus; ALMEIDA, Marcia Furquim de; RIBEIRO-SILVA, Rita de Cássia. Determinantes do nascimento prematuro: proposta de um modelo teórico hierarquizado. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 27, n. 8, p. 3139-3152, ago. 2022. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232022278.03232022>.

RUIZ, Mariana Torreglosa *et al.* Risk factors related to premature labor in pregnant adolescents: an integrative literature review. **Enfermería Global**, [S.L.], v. 15, n. 44, p. 440-450, out. 2026. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/en_revisiones4.pdf. Acesso em: 24 nov. 2025.

SALVATORI, Guglielmo; MARTINI, Ludovica. Complementary Feeding in the Preterm Infants: summary of available macronutrient intakes and requirements. **Nutrients**, [S.L.], v. 12, n. 12, p. 3696, 30 nov. 2020. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu12123696>.

SAURE, Carola.; *et al.* Feeding difficulties in childhood: a narrative review. **Archivos Argentinos de Pediatría**, [S.L.], v. 122, n. 5, p. 1-11, 1 out. 2024. Sociedad Argentina de Pediatría. <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2023-10200.eng>.

SHANDLEY, Sabrina; CAPILOUTO, Gilson; TAMILIA, Eleonora; RILEY, David M.; JOHNSON, Yvette R.; PAPADELIS, Christos. Abnormal Nutritive Sucking as an Indicator of Neonatal Brain Injury. **Frontiers In Pediatrics**, [S.L.], v. 8, p. 1-13, 12 jan. 2021. Frontiers Media SA. <http://dx.doi.org/10.3389/fped.2020.599633>.

SILVA, G. A. P.; *et al.* Infant feeding: beyond the nutritional aspects. **Jornal de Pediatría (J Pediatr)**, 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0021755716301310>. Acesso em: 11 nov. 2025.

SILVEIRA, R. C. et al. Padrões de crescimento pós-natal em recém-nascidos pré-termo: interpretação de desvios de z, abaixo das trajetórias intrauterinas. **Jornal de Pediatría (Rio de Janeiro)**, 2019.

SILVERS, Elizabeth; ERLICH, Kimberly. Picky eating or something more? Differentiating ARFID from typical childhood development. **The Nurse Practitioner**, [S.L.], v. 48, n. 12, p. 16-20, dez. 2023. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health). <http://dx.doi.org/10.1097/01.npr.0000000000000119>.

SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE GASTROENTEROLOGÍA, HEPATOLOGÍA Y NUTRICIÓN PEDIÁTRICA. Consenso de alimentación complementaria (COCO), 2023. **Revista de Gastroenterología de México**, 2023. Disponível em: <https://www.revistagastroenterologiamexico.org/> Acesso em: 23 set. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Avaliação nutricional da criança e do adolescente: Manual de Orientação. São Paulo: **Departamento de Nutrologia**, 2009. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/pdfs/MANUAL-AVAL-NUTR2009.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Reanimação do prematuro < 34 semanas em sala de parto: **Diretrizes SBP**. 26 jan. 2016. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/reanimacao/wp-content/uploads/2016/01/DiretrizesSBPReanimacaoPrematuroMenor34semanas26jan2016.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2025.

SOCIETY BRAZILIANA DE NUTRIÇÃO PARENTERAL E ENTERAL (BRASPEN). Diga não à desnutrição Kids. **BRASPEN J.**, v. 34, n. 1, p. 3-23, 2019. Disponível em: https://www.danonehealthacademy.com.br/content/dam/sn/local/bra/academia/assets/pdf/Diga-nao-a-desnutricao-Kids_BRASPEN_2019.pdf. Acesso em: 10 nov. 2025.

TAYLOR, C. M.; EMMETT, P. M. Picky eating in children: causes and consequences. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 77, n. 3, p. 1-9, 2018. Disponível em:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6398579/>. Acesso em: 28 set. 2025.

TORRES-TORRES, Johnatan *et al.* A Narrative Review on the Pathophysiology of Preeclampsia. **International Journal Of Molecular Sciences**, [S.L.], v. 25, n. 14, p. 7569, 10 jul. 2024. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijms25147569>.

TORRES-TORRES, Johnatan; ESPINO-Y-SOSA, Salvador; MARTINEZ-PORTILLA, Raigam; BORBOA-OLIVARES, Hector; ESTRADA-GUTIERREZ, Guadalupe; ACEVEDO-GALLEGOS, Sandra; RUIZ-RAMIREZ, Erika; VELASCO-ESPIN, Martha; CERDA-FLORES, Pablo; RAMIREZ-GONZALEZ, Andrea. A Narrative Review on the Pathophysiology of Preeclampsia. **International Journal Of Molecular Sciences**, [S.L.], v. 25, n. 14, p. 7569, 10 jul. 2024. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/ijms25147569>. Acesso em: 24 nov. 2025.

TROFINO, B. F. G.; *et al.* Feeding difficulties in typical children: sociodemographic and clinical associated factors. **CoDAS**, 2024/2025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/cVsThmLPRQBf4Qq5CmyJKkb/>. Acesso em: 24 set. 2025.

VENTURA, Alison K.; LOKEN, Eric; MITCHELL, Diane C.; SMICIKLAS-WRIGHT, Helen; BIRCH, Leann L.. Understanding Reporting Bias in the Dietary Recall Data of 11-Year-Old Girls. **Obesity**, [S.L.], v. 14, n. 6, p. 1073-1084, jun. 2006. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1038/oby.2006.123>.

VILLAR, José *et al.* International standards for newborn weight, length, and head circumference by gestational age and sex: the newborn cross-sectional study of the intergrowth-21st project. **The Lancet**, [S.L.], v. 384, n. 9946, p. 857-868, set. 2014. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(14\)60932-6](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(14)60932-6).

VISSER, L; SLAAGER, C; KAZEMIER, Bm; RIETVELD, Al; OUDIJK, Ma; GROOT, Cjm de; MOL, Bw; BOER, Ma de. Risk of preterm birth after prior term cesarean. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [S.L.], v. 127, n. 5, p. 610-617, 24 fev. 2020. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.16083>.

VISSERS, K. M.; *et al.* Timing of complementary feeding in preterm infants and prevalence of overweight and obesity: a randomized clinical trial. **JAMA Network Open**, v. 8, n. 4, p. e2833332, 30 abr. 2025. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2025.2833332. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/10.1001/jamanetworkopen.2025.2833332>. Acesso em: 11 nov. 2025.

VIZZARI, Giulia *et al.* Feeding Difficulties in Late Preterm Infants and Their Impact on Maternal Mental Health and the Mother–Infant Relationship: a literature review. **Nutrients**, [S.L.], v. 15, n. 9, p. 2180, 3 maio 2023. MDPI AG. <http://dx.doi.org/10.3390/nu15092180>.

VOGEL, J. P.; LEE, A. C. C.; SOUZA, J. P. Maternal morbidity and preterm birth in 22 low- and middle-income countries: a secondary analysis of the who global survey dataset. **Bmc Pregnancy And Childbirth**, [S.L.], v. 14, n. 1, p. 56, 31 jan. 2014. DOI: 10.1186/1471-2393-14-56.

WALDENSTRÖM, U; CNATTINGIUS, S; VIXNER, L; NORMAN, M. Advanced maternal age increases the risk of very preterm birth, irrespective of parity: a population -based register study. **Bjog: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, [S.L.], v. 124,

n. 8, p. 1235-1244, 21 out. 2016. Wiley. <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.14368>. Acesso em: 24 nov. 2025.

WALLACE, Jacqueline M. Competition for nutrients in pregnant adolescents: consequences for maternal, conceptus and offspring endocrine systems. **Journal Of Endocrinology**, [S.L.], v. 242, n. 1, p. 1-19, jul. 2019. Bioscientifica. <http://dx.doi.org/10.1530/joe-18-0670>. Acesso em: 24 nov. 2025.

WALTON, K. *et al.* Eating Behaviors, Caregiver Feeding Interactions, and Dietary Patterns of Children Born Preterm: a systematic review and meta-analysis. **Advances In Nutrition**, [S.L.], v. 13, n. 3, p. 875-912, maio 2022. DOI: 10.1093/advances/nmac017.

WANG, E.; TANG, P.; CHEN, C.; *et al.* Urinary tract infections and risk of preterm birth: a systematic review and meta-analysis. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 66, art. e54, 2024. DOI: 10.1590/S1678-9946202466054. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rimtsp/a/HjknKdt4kybRXrXjGfmBTVv/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 11 nov. 2025.

WERTER, Dominique E. *et al.* The Risk of Preterm Birth in Low Risk Pregnant Women with Urinary Tract Infections. **American Journal Of Perinatology**, [S.L.], v. 40, n. 14, p. 1558-1566, 10 nov. 2021. Georg Thieme Verlag KG. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-1739289>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). 1 in 10 babies worldwide are born early, with major impacts on health and survival (factsheet). Geneva: **WHO**, 6 out. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/06-10-2023-1-in-10-babies-worldwide-are-born-early--with-major-impacts-on-health-and-survival>. Acesso em: 28 set. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Alimentação de bebês e crianças pequenas: capítulo modelo para livros didáticos para estudantes de medicina e profissionais de saúde aliados. Geneva: **World Health Organization**, 2009. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597494>. Acesso em: 11 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preterm birth (Fact sheet). Geneva: **WHO**, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 10 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preterm birth — fact sheet. Geneva: **WHO**, 10 May 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 11 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preterm birth. Geneva: **World Health Organization**, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>. Acesso em: 11 nov. 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Guideline for complementary feeding of infants and young children 6–23 months of age [Internet]. Geneva: **WHO**; 2023. Licence CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240081864>. Acesso em: 11 nov. 2025.

ZHANG, Y.; ZENG, H.-H. Placental morphological features of small for

gestational age preterm neonates born to mothers with pregnancy-induced hypertension. **Frontiers in Pediatrics**, [S.l.], v. 11, art. 1093622, 21 mar. 2023. DOI: 10.3389/fped.2023.1093622. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fped.2023.1093622>. Acesso em: 11 nov. 2025.

ZINGLER, A. S.; *et al.* Conhecimento de fonoaudiólogos sobre a atuação frente às dificuldades alimentares em crianças: estudo (Brasil). **Audiology – Communication Research (ACR)**, 2022. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/acr/a/cRwkc7dW4LJJrnd8wTtX4bv/>. Acesso em: 24 set. 2025.

APÊNDICE A QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Número do questionário:

Data:

DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

Nome da mãe ou responsável:

Data de nascimento da mãe:

Idade:

Local de moradia:

Tipo de moradia:

AValiação ANTROPOMÉTRICA PÓS NASCIMENTO:

Nome do lactente:

Data de nascimento:

Sexo:

Peso ao nascimento:

Estatura ao nascimento:

Perímetro cefálico ao nascimento:

Apgar: 1': 5':

Tipo de parto:

Idade gestacional (em semanas):

Classificação de acordo com a idade gestacional:

AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA ATUAL:

Peso atual: _____

Estatura atual: _____

Perímetro cefálico atual: _____

DADOS DE ALEITAMENTO MATERNO E DE ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A criança está mamando? (1) SIM (0) NÃO

A criança está em Aleitamento Materno Exclusivo, sem receber inclusive água, chá ou suco? (1) SIM (0) NÃO

Com que idade (em dias) a criança parou de mamar? _____

Quais	são	os	alimentos	consumidos	pela	criança:

A criança faz/fez uso de chupeta? (1) SIM (0) NÃO						
A criança faz/fez uso de mamadeira ou chuquinha? (1) SIM (0) NÃO						

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO-CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA RESPONSÁVEL LEGAL PELO MENOR DE 18 ANOS)

Solicitamos a sua autorização para convidar o (a) seu/sua filho (a) _____ {ou menor que está sob sua responsabilidade} para participar, como voluntário (a), da pesquisa: DIFICULDADES ALIMENTARES DURANTE A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS. Esta pesquisa é da responsabilidade da pesquisadora Érika Michelle Correia de Macêdo, Telefone: (81) 999277925, e-mail (erika.macedo@ufpe.br).

O/a Senhor/a será esclarecido (a) sobre qualquer dúvida a respeito da participação dele/a na pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e o/a Senhor/a concordar que o (a) menor faça parte do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias.

Uma via deste termo de consentimento lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. O/a Senhor/a estará livre para decidir que ele/a participe ou não desta pesquisa. Caso não aceite que ele/a participe, não haverá nenhum problema, pois desistir que seu filho/a participe é um direito seu. Caso não concorde, não haverá penalização para ele/a, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

- **Descrição da pesquisa:** O objetivo da pesquisa trata-se de coletar dados acerca da introdução e dificuldades alimentares nas crianças nascidas prematuras no Hospital João Murilo de Oliveira no Município de Vitória de Santo Antão, através da aplicação de questionários, avaliação nutricional para a classificação do estado nutricional da criança a partir de consultas nutricionais acompanhadas pela nutricionista responsável e pela professora orientadora e partir da coleta de dados oferecer informações acerca de aleitamento materno, pega correta do aleitamento materno na tentativa de reverter as dificuldades alimentares identificadas
- **Esclarecimento do período de participação da criança/adolescente na pesquisa, local, início, término e número de visitas para a pesquisa.** A criança será acompanhada durante o período de duração da consulta nutricional no período diurno, sendo os dados coletados em uma única consulta estando acompanhada pelos pais ou responsáveis.
- **Riscos:** Os riscos envolvidos nesta pesquisa se referem ao extravio dos dados armazenados, quebra do sigilo, exposição das informações coletadas e danificação dos prontuários e o constrangimento no momento do preenchimento dos questionários. Para minimizar esses riscos, será realizado backup dos dados secundários em HD externos, para identificação dos participantes será utilizado codificações, garantindo dessa forma a privacidade e confidencialidade dos dados. Para minimizar o constrangimento, o questionário será aplicado em uma sala reservada, sem interferência de terceiros.

Benefícios: Através dessa pesquisa será possível realizar a identificação precoce de dificuldades alimentares presentes nas crianças atendidas pelo hospital, e a partir disto, realizar orientações nutricionais individualizadas acerca de alimentação complementar oportuna e saudável para todas as crianças.

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 participação do/a voluntário (a). Os dados coletados nesta pesquisa (entrevistas, dados antropométricos, dados sociodemográficos e fotos), ficarão armazenados em (pastas de arquivo em computador pessoal), sob a responsabilidade de Érika Michelle Correia de Macêdo, no endereço: Rua Alto do Reservatório, s/n, Vitória de Santo Antão-PE, Telefone: (81) 999277925, e-mail (erika.macedo@ufpe.br), pelo período de mínimo 5 anos.

O (a) senhor (a) não pagará nada e nem receberá nenhum pagamento para ele/ela participar desta pesquisa, pois deve ser de forma voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação dele/a na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento com 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: (Av. das Engenharias, s/n. prédio do CCS - 1º andar, sala 4. Fone 81 2126.8588, E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.OBS:

Assinatura do pesquisador (a)

CONSENTIMENTO DO RESPONSÁVEL PARA A PARTICIPAÇÃO DO/A VOLUNTÁRIO



Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, responsável por _____, autorizo a sua participação no estudo (DIFICULDADES ALIMENTARES DURANTE A ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS, 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 da participação dele (a). Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo para mim ou para o (a) menor em questão.

Local e data _____

Assinatura do (da) responsável: _____

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

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE C ESCALA BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL

ESCALA BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO INFANTIL - EBAI

Data : ____/____/____ Nome da Criança : _____	
Por favor, circule o número que corresponda a cada item. Observe que o significado dos números varia, não estão sempre na mesma ordem. Por favor, leia cada pergunta com atenção. Obrigada.	
1. O que você acha dos momentos de refeições com a sua criança?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Muito difícil Fácil </div>
2. Quão preocupado você está com a alimentação da sua criança?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Não estou preocupado Estou muito preocupado </div>
3. Quanto de apetite (fome) sua criança tem?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Nunca tem fome Tem um bom apetite </div>
4. Quando a sua criança começa a se recusar a comer durante as refeições?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> No início da refeição No fim da refeição </div>
5. Quanto tempo (em minutos) dura a refeição da sua criança?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> 1-10 11-20 21-30 31-40 41-50 51-60 >60 min </div>
6. Como a sua criança se comporta durante a refeição?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Se comportaria bem Faz grande bagunça, faz birra, manha </div>
7. A sua criança náuseia, cospe ou vomita com algum tipo de alimento?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> 1 2 3 4 5 6 7 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> Nunca Na maioria das vezes </div>

<p>8. A sua criança fica com a comida parada na boca sem engolir?</p>	<div> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 </div> <div> Na maioria das vezes Nunca </div>
<p>9. Você precisa ir atrás da sua criança ou usar distrações (como por exemplo: brinquedos, TV) durante a refeição para que ela coma?</p>	<div> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 </div> <div> Nunca Na maioria das vezes </div>
<p>10. Você precisa forçar a sua criança a comer ou beber?</p>	<div> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 </div> <div> Na maioria das vezes Nunca </div>
<p>11. Como é a habilidade de mastigação (ou sucção da sua criança)?</p>	<div> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 </div> <div> Boa Muito ruim </div>
<p>12. O que você acha do crescimento da sua criança?</p>	<div> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 </div> <div> Crescendo pouco Crescendo bem </div>
<p>13. Como a alimentação da sua criança influencia a sua relação com ela?</p>	<div> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 </div> <div> De forma muito negativa Não influencia nada </div>
<p>14. Como a alimentação da sua criança influencia as suas relações familiares?</p>	<div> <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 </div> <div> Não influencia nada De forma muito negativa </div>

ANEXO A- CARTA DE ANUÊNCIA



CARTA DE ANUÊNCIA

Considerando os objetivos e procedimentos metodológicos do projeto de pesquisa intitulado **“Dificuldades alimentares durante a alimentação complementar em crianças nascidas prematuras”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Érika Michelle Correia de Macêdo, concedo a anuência para a realização das atividades de pesquisa no Hospital João Murilo de Oliveira desde que sejam assegurados os seguintes requisitos:

- O cumprimento das normativas éticas dispostas na Portaria SES nº 710/2021, Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, nº 510/2016, nº 674/2022, nº 738/2024 e Lei nº 14.874/2024;
- O pesquisador responsável e os integrantes da equipe de pesquisa deverão estar cientes das normativas da unidade hospitalar e cumpri-las;
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e após o desenvolvimento do projeto de pesquisa;
- Isenção de custos para o participante da pesquisa e unidade hospitalar;
- Todos os dados coletados deverão ter finalidade exclusiva para a pesquisa e estar em conformidade com o disposto na Lei Geral de Proteção de Dados;
- O pesquisador responsável deverá enviar por e-mail para o Núcleo de Educação Permanente do Hospital João Murilo de Oliveira, cópia digital do parecer deferido ou indeferido do Comitê de Ética em Pesquisa antes de iniciar a coleta de dados;
- A coleta de dados será permitida após a apresentação de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa;
- O pesquisador responsável e os integrantes da equipe de pesquisa deverão desenvolver os procedimentos metodológicos conforme disposto no projeto de pesquisa que recebeu a anuência;
- O pesquisador responsável e os integrantes da equipe de pesquisa deverão acordar com o Núcleo de Educação Permanente do Hospital João Murilo de Oliveira e com o profissional responsável pelo setor onde os dados serão



coletados, os horários, dias e informar quais integrantes da equipe de pesquisa serão responsáveis pela coleta de dados;

- Durante a coleta de dados, o pesquisador responsável e os integrantes da equipe de pesquisa deverão estar devidamente identificados, incluindo a informação da instituição de origem;
- Compromisso do pesquisador de, ao término da pesquisa, enviar por e-mail para o Núcleo de Educação Permanente do Hospital João Murilo de Oliveira, cópia digital dos produtos da pesquisa, no formato PDF, seja publicado ou não, e estar disponível, quando solicitado, para apresentar os resultados da pesquisa;
- Comunicar ao Núcleo de Educação Permanente do Hospital João Murilo de Oliveira quando houver a necessidade de interrupção das atividades de pesquisa ou impossibilidade de entregar a versão final da pesquisa, com as devidas justificativas.

Diante do exposto, em caso de não cumprimento dos itens acima, resguarda-se a unidade hospitalar o direito de retirar, a qualquer momento, a anuência para a realização das atividades de pesquisa, sem penalização cabível.

Olinda, 20 de fevereiro de 2025.

Belvania
Ramos Ventura
da Silva
Cavalcanti

Assinado digitalmente por Belvania
Ramos Ventura da Silva Cavalcanti
RG: 000000000-0 - CPF: 000.000.000-00
Data: 2025.02.20 15:33:35
Local: Olinda
Firmado por: Belvania Cavalcanti
Firmado por: Belvania Cavalcanti

Belvania Cavalcanti

Supervisora de Ensino e Pesquisa
Núcleo de Gestão Compartilhada
Organização Social de Saúde Hospital
do Tricentenário


JOANA D ARC VILA NOVA JATOBÁ
GERENTE CORPORATIVO
ASSISTENCIAL E DE
ENFERMAGEM/ENFERMAGEM
O.S. HOSPITAL TRICENTENÁRIO
NGC

Assinado de forma digital por
Joana Darc Vila Nova Jatobá
Dados: 2025.02.20 15:33:35
-03'00'

Joana Jatobá

Gerente Corporativo Assistencial e de
Enfermagem
Núcleo de Gestão Compartilhada
Organização Social de Saúde Hospital
do Tricentenário

ANEXO B - FICHA DE MARCADORES DO CONSUMO ALIMENTAR

	MARCADORES DE CONSUMO ALIMENTAR		DIGITADO POR:	DATA:
			CONFERIDO POR:	FOLHA Nº:
CNS DO PROFISSIONAL	CBO	CNES*	INE	DATA*
				/ /
CNS DO CIDADÃO*:				
Nome do Cidadão*:				
Data de nascimento*: / / Sexo: <input type="radio"/> Feminino <input type="radio"/> Masculino Local de Atendimento:				
CRIANÇAS MENORES** DE 6 MESES	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>			
	Mingau <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Água/chá <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Leite de vaca <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Fórmula infantil <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Suco de fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Fruta <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Comida de sal (de panela, papa ou sopa) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Outros alimentos/bebidas <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
CRIANÇAS DE 6 A 23 MESES**	A criança ontem tomou leite do peito? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Ontem, a criança comeu fruta inteira, em pedaço ou amassada? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe			
	Ontem a criança comeu comida de sal (de panela, papa ou sopa)? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Se sim, quantas vezes? <input type="radio"/> 1 vez <input type="radio"/> 2 vezes <input type="radio"/> 3 vezes ou mais <input type="radio"/> Não Sabe			
	Se sim, essa comida foi oferecida: <input type="radio"/> Em pedacinhos <input type="radio"/> Amassada <input type="radio"/> Passada na peneira <input type="radio"/> Liquidificada <input type="radio"/> Só o caldo <input type="radio"/> Não Sabe			
	<i>Ontem a criança consumiu:</i>			
	Outro leite que não o leite do peito <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Mingau com leite <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Iogurte <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Legumes (não considerar os utilizados como temperos, nem batata, mandioca/aipim/macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Vegetal ou fruta de cor alaranjada (abóbora ou jerimum, cenoura, mamão, manga) ou folhas verdes-escuras (couve, caruru, beldroega, bertalha, espinafre, mostarda) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Verdura de folha (alfaca, acelga, repolho) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Carne (boi, frango, peixe, porco, miúdos, outras) ou ovo <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Fígado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Arroz, batata, inhame, aipim/macaxeira/mandioca, farinha ou macarrão (sem ser instantâneo) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe				
CRIANÇAS COM 2 ANOS OU MAIS**, ADOLESCENTES, ADULTOS, GESTANTES E IDOSOS	Você tem costume de realizar as refeições assistindo à TV, mexendo no computador e/ou celular? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Quais refeições você faz ao longo do dia? <input type="checkbox"/> Café da manhã <input type="checkbox"/> Lanche da manhã <input type="checkbox"/> Almoço <input type="checkbox"/> Lanche da tarde <input type="checkbox"/> Jantar <input type="checkbox"/> Ceia			
	<i>Ontem, você consumiu:</i>			
	Feijão <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Frutas frescas (não considerar suco de frutas) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Verduras e/ou legumes (não considerar batata, mandioca, aipim, macaxeira, cará e inhame) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Hambúrguer e/ou embutidos (presunto, mortadela, salame, linguiça, salsicha) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Bebidas adoçadas (refrigerante, suco de caixinha, suco em pó, água de coco de caixinha, xaropes de guaraná/groselha, suco de fruta com adição de açúcar) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Macarrão instantâneo, salgadinhos de pacote ou biscoitos salgados <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			
	Biscoito recheado, doces ou guloseimas (bala, pirulito, chiclete, caramelo, gelatina) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Não Sabe			

Legenda: ☐ Opção múltipla de escolha ☐ Opção única de escolha (marcar X na opção desejada)

* Campo obrigatório

** Todas as questões do bloco devem ser respondidas

Local de Atendimento: 01 - UBS 02 - Unidade Móvel 03 - Rua 04 - Domicílio 05 - Escola/Creche 06 - Outros 07 - Polo (Academia da Saúde)

08 - Instituição/Abrigo 09 - Unidade prisional ou congêneres 10 - Unidade socioeducativa