



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

MICHELLI VASCONCELOS SANTANA

**ESTADO NUTRICIONAL DE PREMATUROS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA,
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PERNAMBUCO: UM ESTUDO
DE COORTE**

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO
2017

MICHELLI VASCONCELOS SANTANA

**ESTADO NUTRICIONAL DE PREMATUROS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA,
NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA DE SANTO ANTÃO, PERNAMBUCO: UM ESTUDO
DE COORTE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição, sob orientação da Professora Dra Michelle Figueiredo Carvalho.

Vitória de Santo Antão
2017

Catálogo na fonte
Sistema de Bibliotecas da UFPE - Biblioteca Setorial do CAV
Bibliotecária Jaciane Freire Santana - CRB-4/2018

- S231e Santana, Michelli Vasconcelos.
Estado nutricional de prematuros em hospital de referência, no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco: um estudo de coorte. / Michelli Vasconcelos Santana. - Vitória de Santo Antão, 2017.
86 folhas; il. colo.
Orientadora: Michelle Figueiredo Carvalho.
TCC (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, CAV, Bacharelado em Nutrição, 2017.
Inclui referências, anexo e apêndices.
1. Recém-Nascido Prematuro - avaliação nutricional. 2. Fenômenos Fisiológicos da Nutrição Infantil. I. Carvalho, Michelle Figueiredo (Orientadora). II. Título.
- 613.20832 CDD (23.ed.) **BIBCAV/UFPE-153/2017**

Folha de aprovação

Nome do aluna: Michelli Vasconcelos Santana

Título: Estado nutricional de prematuros em hospital de referência, no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco: um estudo de coorte.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Colegiado do Curso de Graduação em Nutrição do Centro Acadêmico de Vitória da Universidade Federal de Pernambuco em cumprimento a requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Nutrição.

Data: 07/07/2017

Nota:

Banca Examinadora:

Elisa Barros de Andrade
Nutricionista Residente no Hospital da Restauração

Iago Alves Miranda Santos
Nutricionista Residente no Hospital Universitário Osvaldo Cruz

Marcela de Albuquerque Melo
Nutricionista do NASF – Vitória de Santo Antão, PE.

A DEUS, pelo seu amor incondicional, que nos
permite tornar os nossos sonhos realidade; a ELE
toda honra e toda glória.

A todos os pais de bebês prematuros, que superam
os seus limites físicos, emocionais e espirituais, na
luta diária pela vida de seus filhos amados.

E a todos os profissionais da equipe de saúde da UTI
Neonatal do HJMO, que oferecem, aos bebês muito
além de tecnologia e conhecimento científico: oferecem AMOR!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus, pois sem Ele não seria possível chegar até aqui.

Os agradecimentos também são extensivos à minha família, que me apoiou em toda trajetória, principalmente a minha irmã que foi a grande responsável por essa conquista, e a minha mãe que cuidou (e cuida) do meu filho, desde o início da graduação, para que eu conseguisse tornar esse sonho em realidade (e não foi fácil).

A todos os professores que estiveram conosco, com paciência e dedicação para nos tornar verdadeiros profissionais.

Agradecimento em especial a minha orientadora, a Professora Doutora Michelle Figueiredo Carvalho, que com seu carinho e atenção, tornou esse momento mais agradável e menos cansativo.

Aos funcionários e nutricionistas do João Murilo, que permitiu que nossa pesquisa fosse realizada e chegar a conclusão deste trabalho.

Ao professor Sebastião Rogério por sua contribuição para elaboração da estrutura deste trabalho.

E de agora em diante, serei ainda mais fiel a minha profissão e tratar o outro com respeito, ética e empatia, e principalmente em sua totalidade.

“Não sabemos tudo, não abarcamos toda a teoria, não esgotamos o assunto, não lemos todos os autores, não examinamos todos os pontos, não escrevemos tão bem como gostaríamos. Mas uma coisa é certa: boa vontade não nos falta”.

(MEIRA, 2007).

RESUMO

Objetivo: Avaliar o Estado Nutricional de prematuros ao nascer e na primeira consulta de egresso no ambulatório de nutrição, em um hospital de referência para gestação de alto risco, no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco. **Material e métodos:** Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, realizado no hospital de referência para gestação de alto risco, João Murilo de Oliveira, situado no município de Vitória de Santo Antão. Foi avaliado o perfil das 53 mães, o estado nutricional de 42 prematuros internados, residentes ou não no município de Vitória e 18 crianças acompanhadas até a primeira consulta de egresso de nutrição. A captação e adesão dos recém-nascidos ocorreram nas primeiras 24h após o parto, através de questionários estruturados. **Resultados e discussão:** Aproximadamente metade das mães são adolescentes (43,4%), o que significa um fator de risco para prematuridade. 35,9% das entrevistadas, possuem uma baixa escolaridade, ou seja, está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator que pode predispor a situações potencialmente de risco tanto para a mãe quanto para o bebê. A renda familiar encontrada foi de até um salário mínimo (75,5%), que associado a uma nutrição deficiente, aumenta as chances de prematuridade. O grau de prematuridade apresentado foi de moderada (33,4%) a tardia (54,8%), o que reflete um bom prognóstico. Na avaliação do Estado Nutricional ao nascer, em relação ao peso, foram classificados em baixo peso (85,7%), o que ajudará na progressão do crescimento adequado e de forma mais rápida. Em relação aos indicadores P/I (78,5%), C/I (78,5%) e PC/I (71,4%), encontravam-se adequados, o que reflete uma boa nutrição intrauterina. Alguns bebês apresentaram-se pequenos para idade gestacional (23,8%), o que reflete em uma desnutrição intrauterina, comprometendo a recuperação do crescimento. Para os indicadores do Estado Nutricional, na consulta de egresso, no ambulatório de nutrição, P/I (55,5%), C/I (77,7%) e PC/I (61,2%), apresentaram-se inadequados, porém é natural que os prematuros ainda estejam apresentando este diagnóstico nutricional, uma vez que, ainda não recuperaram seu crescimento. **Conclusões:** Os dados obtidos, em conjunto, permitiram concluir que, tanto no nascimento quanto no egresso de nutrição, as crianças avaliadas encontraram-se com o Estado Nutricional adequados para sua idade gestacional, o que pode refletir em uma nutrição adequada intrauterina, durante o internamento e pós-alta.

Palavras-chave: Prematuridade. Estado Nutricional. Crescimento e desenvolvimento.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the nutritional status of preterm infants at birth and at the first outpatient visit at the nutrition outpatient clinic in a high risk gestation hospital in the city of Vitória de Santo Antão, state of Pernambuco. **Material and Methods:** This is a prospective cohort study, carried out at the reference hospital for high-risk gestation, João Murilo de Oliveira, located in the city of Vitória de Santo Antão. The profile of the 53 mothers, the nutritional status of 42 hospitalized preterm infants, residing in the city of Vitória and 18 children followed up until the first nutrition egress visit were evaluated. The newborns received and received the first 24 hours after delivery, through structured questionnaires. **Results and discussion:** Approximately half of the mothers are adolescents (43.4%), which means a risk factor for prematurity. 35.9% of the interviewees have a low level of schooling that is, it is associated with low socioeconomic status, a factor that may predispose to potentially risky situations for both mother and baby. The family income found was up to a minimum wage (75.5%), which, together with poor nutrition, increases the chances of prematurity. The degree of prematurity presented was moderate (33.4%) to late (54.8%), which reflects a good prognosis. In the evaluation of the Nutritional Status at birth, in relation to weight, were classified in low weight (85.7%), which will help in the growth progression and in a faster way. Regarding the P / I (78.5%), C / I (78.5%) and PC / I (71.4%) indicators, they were adequate, reflecting good intrauterine nutrition. Some infants were small for gestational age (23.8%), which reflects in intrauterine malnutrition, compromising the recovery of growth. For the indicators of the Nutritional Status, in the outpatient clinic, in the nutrition clinic, P / I (55.5%), C / I (77.7%) and PC / I (61.2%) presented. However, it is natural that preterm infants are still presenting this nutritional diagnosis, since they have not yet recovered their growth. **Conclusions:** The data obtained, together, allowed us to conclude that, both at birth and in the nutritional egress, the evaluated children found the Nutritional Status adequate for their gestational age, which may reflect in adequate intrauterine nutrition during the Hospitalization and post-discharge.

Keywords: Prematurity. Nutritional status. Growth and development.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Pontos de corte em percentil e escore z e classificação do Estado Nutricional, segundo os indicadores P/I, P/C e IMC/I e C/I, de acordo com a OMS, 2006. 23

Quadro 2 – Classificação do grau de prematuridade de acordo com a idade gestacional ao nascer. 27

Quadro 3 – Classificação do estado nutricional de acordo com o peso ao nascer. 27

Quadro 4 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador peso para idade (P/I), de acordo com a OMS, 2006. 28

Quadro 5 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador comprimento/altura para idade (C/I), de acordo com a OMS, 2006. 28

Quadro 6 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador índice de massa corporal para idade (IMC/I), de acordo com a OMS, 2006. 29

Quadro 7 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador peso para comprimento (P/C), de acordo com a OMS, 2006. 29

Quadro 8 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador perímetro cefálico para idade (PC/I), de acordo com a OMS, 2006. 30

Quadro 9 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador peso para idade (P/I), de acordo com a Intergrowth21, 2014. 30

Quadro 10 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador comprimento para idade (C/I), de acordo com a Intergrowth21, 2014. 31

Quadro 11 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador perímetro cefálico para idade (PC/I), de acordo com a Intergrowth21, 2014. 31

Quadro 12 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador peso para idade (P/I), de acordo com Fenton, 2013. 31

Quadro 13 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador comprimento para idade (C/I), de acordo com Fenton, 2013. 32

Quadro 14 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador perímetro cefálico para idade (PC/I), de acordo com Fenton, 2013. 32

Quadro 15 – Classificação do crescimento intrauterino, segundo a relação de peso ao nascer e idade gestacional, de acordo com Lubchenco, 1963. 33

Figura 1 – Organograma relacionando o N da amostra. 26

LISTA DE ABREVIACÕES

AIG	Adequado para Idade Gestacional
CEUR	Crescimento Extrauterino Restrito
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
C/I	Comprimento para Idade
DUM	Data da Última Menstruação
FEBRASGO	Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
IMC	Índice de Massa Corporal
IMC/I	Índice de Massa Corporal para Idade
IGC	Idade Gestacional Corrigida
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEBP	Prematuro de Extremo Baixo Peso
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PN	Peso ao Nascer
P/C	Peso para Comprimento
PC/I	Perímetro Cefálico para Idade
P/I	Peso para Idade
RN	Recém Nascido
RNT	Recém Nascido a Termo
RNEBP	Recém Nascido de Extremo Baixo Peso
RNMBP	Recém Nascido de Muito Baixo Peso
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
TGI	Trato Gastrointestinal
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas das famílias dos prematuros, acompanhados em hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017. 35

Tabela 2 – Grau de prematuridade e estado nutricional ao nascer de prematuros internados em hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017. 38

Tabela 3 – Estado nutricional dos prematuros na primeira consulta de egresso de nutrição, acompanhados em hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017. 39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 PREMATUROS	13
1.2 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO	13
1.3 FATORES DETERMINANTES DO CRESCIMENTO	14
2 OBJETIVOS.....	16
2.1 GERAL.....	16
2.2 ESPECÍFICOS	16
3 JUSTIFICATIVA.....	17
4 REVISÃO DA LITERATURA	18
4.1 PREMATURIDADE E CRESCIMENTO	18
4.2 COMO AVALIAR O ESTADO NUTRICIONAL E ACOMPANHAR O CRESCIMENTO	22
5 MATERIAL E MÉTODOS.....	25
5.1 METODOLOGIA	25
5.1.2 Local da Pesquisa	25
5.1.3 Contexto da Pesquisa.....	25
5.1.4 Coleta de Dados.....	26
5.1.5 Análise dos Dados.....	33
5.1.6 Aspectos Éticos	33
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	34
7 CONCLUSÕES	40
APÊNDICES	45
ANEXOS	68

1 INTRODUÇÃO

1.1 PREMATUROS

É notório que os bebês, cada vez mais, enfrentam um grande desafio de sobrevivência, sobretudo quando são pré-termo, onde a literatura vem apontando maior sobrevida devido ao maior conhecimento técnico-científico e avanços tecnológicos. Os recém nascidos (RN) prematuros extremos atualmente chegam até 80% de sobrevida, e isto se deve a eficiência no pré-natal e uma melhoria da tecnologia nas UTI's (Unidades de Terapia Intensiva), (CASTRO; RUGOLO; MARGOTTO, 2012).

A imaturidade fisiológica do prematuro, somada às intercorrências que podem acontecer no período neonatal, como infecções, hemorragia intracraniana, broncodisplasia pulmonar, podem dificultar seu crescimento e desenvolvimento, diferenciando o prematuro em relação ao RN a termo nesse processo (ALMEIDA et al., 2008).

1.2 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Dados da literatura mostram que existe uma associação entre Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) e nascer Pequeno para Idade Gestacional (PIG), representando uma desnutrição intrauterina, com consequências metabólicas e cardiovasculares na infância e vida adulta (NETO; CÓRDOBA; PERAÇOLI, 2011), tanto em prematuros quanto em RN a termos (RNT). Em relação aos prematuros, estudo sugere ainda que, mesmo quando o estado nutricional adequado é adquirido na 40ª semana de Idade Gestacional Corrigida (IGC), um grande impacto no crescimento e comportamento metabólico pode ocorrer no prematuro independente de ter nascido Adequado para Idade Gestacional (AIG) ou não (SANTIAGO et al, 2014). Além disso, muitos dos prematuros chegam à 40ª semana com desvios das curvas de peso e/ou estatura abaixo de percentil 10 para a idade sendo caracterizado Crescimento Extrauterino Restrito (CEUR) (SANTIAGO et al, 2014).

O padrão de crescimento de crianças prematuras nos primeiros anos de vida tem características diferentes de crianças nascidas à termo. Os prematuros apresentam uma velocidade aumentada de crescimento, também chamada de *catch-up growth*, que significa “alcançar o crescimento”, nos primeiros anos de vida

e esta velocidade pode influenciar no padrão de recuperação dessas crianças nas curvas de crescimento e sugere-se que quanto mais rápida a recuperação maior o risco de problemas cardiovasculares e metabólicos posteriormente na adolescência e vida adulta (VAAG, 2009), devido ao ganho de peso acelerado. Torna-se um desafio, no que diz respeito ao crescimento de prematuros, encontrar a velocidade de crescimento ideal, a qual tem sido alvo de diversos estudos (BELFORT et al., 2013; BROWN; HAY, 2013), porém ainda não está definida.

1.3 FATORES DETERMINANTES DO CRESCIMENTO

Os recém-nascidos prematuros são expostos a vários fatores que podem comprometer seu crescimento, entre esses fatores podemos destacar as limitações de oferta nutricional durante a permanência na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), devido a imaturidade do trato gastrointestinal (TGI) para receber o alimento, a inadequação nutricional após a alta hospitalar, presença de doenças crônicas, potencial genético, que determinará o tamanho final do adulto (RUGOLO, 2005), elevada morbidade e necessidade de reinternações nos primeiros anos de vida, assim como a baixa condição socioeconômica da família e a falta de cuidados no lar (RUGOLO et al, 2007).

As crianças classificadas como Pequenas para a idade gestacional (PIG) apresentam maior atraso do crescimento nos primeiros anos de vida, porém, pode haver recuperação em fase tardia (CARDOSO-DEMARTINI et al, 2011), o que justifica um acompanhamento e vigilância durante o período de crescimento para o diagnóstico precoce e intervenção neste grupo de risco (RUGOLO, 2005).

Dessa forma, é importante acompanhar o crescimento dos recém-nascidos pré-termos, especialmente aqueles pequenos para idade gestacional, os quais provavelmente sofreram retardo de crescimento intrauterino. O acompanhamento do crescimento de prematuros permite identificar o prognóstico e promover uma vida saudável e com crescimento adequado (SADECK, 2012).

Apesar da divergência entre os estudos quanto ao crescimento de prematuros, tem sido descrito na literatura que a restrição do crescimento pós-natal em prematuros é um grave problema (RUGOLO et al., 2007), especialmente nos prematuros de extremo baixo peso, apesar dos cuidados com a nutrição adequada após o nascimento (SADECK, 2012).

Recentemente, Villar et al (2015) publicaram o estudo multicêntrico de seguimento pós-natal de crianças prematuras do Projeto INTERGROWTH-21st, o qual fornece curvas padrão para crianças pré-termo consideradas com condições de saúde e nutrição saudáveis trazendo um avanço na avaliação do crescimento dessas crianças.

Muitas lacunas ainda estão presentes no que diz respeito ao conhecimento dos processos de crescimento, desenvolvimento, morbidades e alimentação de crianças prematuras, especialmente no período pós-natal. Neste contexto, se configura à necessidade de estudos sobre a avaliação do Estado Nutricional e acompanhamento do crescimento diante das novas curvas do Intergrowth consideradas atualmente como referência pela OMS para acompanhamento de prematuros até a 40^a semana de idade gestacional.

Assim, o projeto tem como objetivo geral avaliar o Estado Nutricional de prematuros ao nascer e na primeira consulta de egresso de nutrição, em um hospital de referência para gestação de alto risco, no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar o Estado Nutricional de prematuros ao nascer e na primeira consulta de egresso no ambulatório de nutrição, em um hospital de referência para gestação de alto risco, no município de Vitória de Santo Antão, Pernambuco.

2.2 ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar as famílias dos prematuros quanto à situação socioeconômica e demográfica;
- ✓ Caracterizar os prematuros quanto ao grau de prematuridade e peso ao nascer;
- ✓ Avaliar o Estado Nutricional dos prematuros desde o nascimento até a primeira consulta de egresso de nutrição.

3 JUSTIFICATIVA

O nascimento pré-termo, é um dos problemas perinatais atuais mais importantes, pois está associado à morbidade e mortalidade no início da vida. A prematuridade é a principal causa de mortalidade infantil no Brasil. A prematuridade pode apresentar diversas morbidades, desde o seu nascimento até a fase adulta, devido a imaturidade fisiológica e metabólica. Todo esse processo pode prejudicar a evolução do desenvolvimento e crescimento, onde neste último encontra-se de forma acelerada, e que diversos fatores dificultam a recuperação desse crescimento. Desta forma, devido à grande importância de avaliar o estado nutricional dos prematuros e acompanhar o seu crescimento, objetivou-se o presente estudo.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 PREMATURIDADE E CRESCIMENTO

A Organização Mundial de Saúde (2010) considera como prematuro o neonato de idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação, especificamente entre 20-37 semanas, e com peso de nascimento igual ou abaixo de 2.500 gramas, podendo ser subdividido em recém-nascido de muito baixo peso (inferior a 1.500 gramas) e recém-nascido de extremo baixo peso (peso de nascimento inferior a 1.000 gramas).

A prematuridade é um dos fatores determinantes mais importantes da mortalidade infantil e vem sendo registrado no Brasil e no mundo, um aumento da incidência de pré-termo e do baixo peso ao nascer, o que tem sido fonte de grande preocupação (BRASIL, 2012).

A OMS em 2010, identificou o nascimento de 15 milhões de prematuros (<37 semanas de gestação), colocando o Brasil na 10ª posição entre os países onde mais nascem prematuros.

A UNICEF Brasil, com o apoio da OMS, em agosto de 2013, divulgou o estudo intitulado: “Prematuridade e suas possíveis causas”, que revelou que a prevalência de partos prematuros é de 11,7% em relação a todos os partos realizados no país. Esse percentual coloca o Brasil no mesmo patamar de países em desenvolvimento, onde a prevalência é de 11,8%. Nos países de renda média, aqueles com um salário mínimo (R\$ 937,00), o percentual é de 9,4%, segundo o relatório “Born too Soon” (Nasceu muito Cedo), divulgado pela OMS (2012).

A FEBRASGO (2011), relata que os fatores de risco para prematuridade podem ser inúmeros e alguns já são bem conhecidos. Dentre os principais fatores conhecidos temos as síndromes hipertensivas e hemorrágicas da gestação, infecções genitourinárias que são determinadas por inúmeros patógenos, doenças crônicas pré-existentes, malformações uterinas, gestações múltiplas, fatores sociais, entre outros. Segundo o Manual de Perinatologia, elaborado pela FEBRASGO (2013), além dos fatores de risco maternos, existem os fatores de risco fetais que

podem ser classificados em epidemiológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos, genéticos, iatrogênicos e também desconhecidos.

O Ministério da Saúde (2012), revela que, no que diz respeito aos extremos de idade, também considerado como fator de risco para prematuridade, a proporção de mães adolescentes vem diminuindo no país, em contrapartida há um aumento da proporção de mães com mais de 35 anos nos últimos anos (BRASIL, 2012)

A escolaridade materna é também um outro fator de risco para prematuridade e um aspecto também importante para a sobrevivência infantil e indicador da condição socioeconômica, porém a maioria das mães dos prematuros apresentavam menos de 8 anos de instrução segundo dados do Ministério da Saúde (2012).

O baixo peso ao nascer (<2.500 gramas) é o fator de risco isolado mais importante para mortalidade infantil e é mais frequente nos extremos de idade materna, o que pode estar associado a maiores taxas de cesarianas, reforçando a importância da organização do sistema de saúde à gestante e ao recém-nascido de risco (BRASIL, 2011).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), 2009, a classificação da prematuridade, relacionando a idade gestacional, é classificado como prematuridade extrema aqueles que nascem com idade gestacional menor que 28 semanas, prematuridade grave aqueles que nascem com idade gestacional entre 28-30 semanas, prematuridade moderada aqueles que nascem com idade gestacional entre 31-33 semanas e prematuridade tardia aqueles que nasceram com idade gestacional entre 34-36 semanas.

O aumento da sobrevivência dos recém-nascidos pré-termos, onde o peso está relacionado a esse fator, ao apresentar o peso ao nascer entre 1.500-2.499 g, são classificados como RN de baixo peso, quando apresentarem peso entre 1.000-1.499 g, são classificados como RN de muito baixo peso e quando apresentarem o peso menor que 1.000 g, são classificados como RN de extremo baixo peso, segundo SBP (2009), onde principalmente os de muito baixo peso (<1.500 gramas), se dá pelo grande avanço na perinatologia nas últimas décadas, através de avanços científicos e tecnológicas que resultaram em mudanças significativas na assistência obstétrica e neonatal (BORBA et al, 2014). No entanto, mesmo diante do incremento tecnológico e humano no cuidado neonatal, os sobreviventes podem ter incapacidade de curto e longo prazo, complicações, rehospitalizações frequentes após a alta, atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor e no crescimento (World

Health Organization (WHO), 2012; SILVEIRA; PROCIANOY, 2010), devido a própria imaturidade, principalmente do trato gastrointestinal.

E quando se trata do crescimento adequado, o recém-nascido prematuro pode apresentar dificuldades, porque o crescimento é um processo contínuo, complexo, resultante da interação de fatores genéticos, nutricionais, hormonais e ambientais. Principalmente os RN de prematuridade extrema (<28 semanas de gestação e com peso <1.000 gramas, pois eles são privados de um período crítico de crescimento intra-uterino acelerado, que ocorre exatamente no terceiro trimestre de gestação (SPB, 2009).

Acrescido a este fato, estes prematuros apresentam elevada morbidade neonatal, o que implica em aumento do gasto energético e das necessidades nutricionais, e ainda enfrentam sérias restrições na oferta e/ou aproveitamento dos nutrientes, devido a imaturidade fisiológica, motivo pelo qual prematuros extremos internados em UTI neonatal apresentam, nas primeiras semanas de vida, deficiência cumulativa de proteína e de energia (RUGOLO, 2005).

A dinâmica do crescimento no período neonatal caracteriza-se por perda inicial de peso, em 7 dias pós parto, seguida pela recuperação do peso de nascimento, até 14 dias pós parto, sendo a intensidade e duração destas duas fases inversamente relacionadas à idade gestacional, peso de nascimento e gravidade do recém-nascido. Assim, prematuros menores que 1.000 gramas geralmente recuperam o peso de nascimento em torno da terceira semana de vida e depois evoluem com velocidade de crescimento semelhante à da vida intra-uterina (RUGOLO, 2005). Esta dinâmica não lhes permite atingir a composição corporal de um feto de mesma idade pós-concepcional, e por ocasião da alta hospitalar, seus parâmetros antropométricos encontram-se muito aquém do percentil mínimo de normalidade nas curvas de crescimento intra-uterino (FENTON; RUGOLO, 2005).

A expectativa quanto ao crescimento de recém-nascidos prematuros é que ocorra aceleração máxima entre 36 e 40 semanas de idade gestacional e que a maioria apresente *catch-up*, atingindo seu crescimento entre os percentis de normalidade nas curvas de referência até os 2-3 anos de idade. Geralmente, o *catch-up* ocorre primeiro no perímetro cefálico, seguido pelo comprimento e depois pelo peso (RUGOLO, 2005).

Entretanto, prematuros de muito baixo peso, especialmente os de EBP (Extremo Baixo Peso), podem se tornar crianças pequenas. Estes prematuros

apresentam recuperação lenta e tardia do crescimento, com elevado risco de crescimento inadequado nos primeiros anos de vida (RUGOLO, 2005).

Catch-up: também designado recuperação do crescimento ou crescimento acelerado. Caracteriza-se pela taxa de crescimento mais rápida que o esperado, ou seja, velocidade acelerada de crescimento, que ocorre após um período de crescimento lento ou ausente, permitindo recuperar a deficiência prévia.

Considera-se que, ao completar o catch-up, o prematuro recuperou seu potencial de crescimento. Catch-up pode ser definido pela variação no escore $z \geq 0,67$, o que corresponde à ascensão de um canal nas curvas de percentis.

No caso de prematuros que geralmente apresentam peso, comprimento e perímetro cefálico abaixo do percentil mínimo de normalidade nas curvas de crescimento pós-natal, a ocorrência de catch-up propicia que estes consigam, nos primeiros anos de vida, equiparar seu crescimento ao das crianças saudáveis nascidas a termo.

Falha de crescimento: traduz o crescimento inadequado nos primeiros anos de vida ao se avaliar a evolução da criança em uma curva de crescimento padrão.

Além da prematuridade, vários fatores influenciam o crescimento da criança, destacando-se:

- Potencial genético, representado pela estatura dos pais. É o fator que direciona o tamanho final do adulto.
- RCIU (Restrição de Crescimento Intrauterino). Exerce forte influência no padrão de crescimento pós-natal a curto e longo prazo e associa-se com doenças futuras do adulto.
- Doenças e complicações da prematuridade, especialmente a displasia broncopulmonar, mas também a enterocolite necrosante grave e a neuropatia crônica decorrente de leucomalácia periventricular ou hemorragia peri-intraventricular grave. Estes são fatores responsáveis por elevada morbidade e comprometimento da nutrição e crescimento nos primeiros anos de vida, mas as repercussões a longo prazo não estão estabelecidas.
- Padrão nutricional após a alta hospitalar. Este é um fator fundamental, que merece especial atenção, pois é passível de

intervenção. A otimização da nutrição dos prematuros, seja pelo uso do leite materno fortificado ou de fórmulas especiais para uso após a alta, favorece o catch-up, entretanto, em nosso país, a condição nutricional após a alta hospitalar é preocupante, pois o desmame precoce é frequente nos pequenos prematuros que têm internações prolongadas e as fórmulas especiais pós-alta não são acessíveis a maioria das famílias. Assim, existe grande possibilidade destes prematuros receberem inadequada nutrição após a alta, o que é importante fator de risco para a ocorrência de falha no crescimento (RUGOLO, p. 36-45, 2005).

4.2 COMO AVALIAR O ESTADO NUTRICIONAL E ACOMPANHAR O CRESCIMENTO

O crescimento manifesta-se por alterações nas medidas antropométricas: peso, comprimento e perímetro cefálico. As relações entre estas medidas traduzem a proporcionalidade do crescimento, especialmente a relação peso/comprimento nos primeiros 2 anos de vida e o índice de massa corporal (IMC - peso/estatura²) a partir de 2 anos, sendo, portanto, úteis para monitorar a adequação do crescimento (RUGOLO, 2005).

O IMC permite identificar quando a criança está com o peso abaixo do esperado para a sua estatura quando o IMC encontra-se entre os escores-z ≥ -3 e < -2 , porém tem sido mais valorizado na identificação do sobrepeso, quando o IMC encontra-se entre os escores-z $> +2$ e $\leq +3$, e do risco de sobrepeso definido pelo IMC quando os escores-z estão entre $> +1$ e $\leq +2$ (SISVAN, 2008)

Para os familiares, a preocupação inicial é o peso da criança, e depois, na idade escolar, a estatura. Mas, o importante é a harmonia do crescimento, e neste contexto, o perímetro cefálico merece especial atenção nos primeiros anos, pois seu *catch-up* é precoce e geralmente ocorre até 12 meses de idade corrigida (RUGOLO, 2005).

O crescimento não deve ser avaliado com base em uma única avaliação antropométrica, pois as medidas antropométricas obtidas em uma determinada idade caracterizam apenas o status de crescimento da criança. Especialmente nos prematuros, é muito importante monitorar a taxa de crescimento nos primeiros anos de vida, por meio de medidas antropométricas periódicas avaliadas quanto à sua evolução em curvas-padrão, específicas para a faixa etária e sexo e geralmente

expressas em percentis. A curva de crescimento mais utilizada atualmente é a da OMS, 2006.

A classificação do estado nutricional de acordo com a OMS, sugere os pontos de corte para os índices peso para idade (P/I), peso para comprimento (P/C), IMC por idade (IMC/I) e comprimento para idade (C/I) através de escores-z, e são utilizados para crianças nascidas à termo e também para recém-nascidos pré-termos quando completam 40 semanas gestacionais de acordo com o sexo (SISVAN, 2008). A seguir, o quadro (1), demonstra a classificação do estado nutricional.

Quadro 1- Pontes de corte em percentil e escore z e classificação do Estado Nutricional, segundo os indicadores P/I, P/C, IMC/I e C/I, de acordo com a OMS, 2006.

Valores críticos		Índices antropométricos para Lactentes		
Percentil	Escore-z	P/I	P/Comp e IMC/I	Comp/I
< P 0,1	< Z -3	Muito baixo P/I	Magreza acentuada	Muito baixa E/I
$\geq P 0,1$ e < P 3	$\geq Z -3$ e < Z -2	Baixo P/I	Magreza	Baixa E/I
$\geq P 3$ e < P 15	$\geq Z -2$ e < Z -1	P adequado/I	Eutrofia	E adequada/I
$\geq P 15$ e $\leq P 85$	$\geq Z -1$ e $\leq Z +1$			
$> P 85$ e $\leq P 97$	$> Z +1$ e $\leq Z +2$		Risco SBP	
$> P 97$ e $\leq P 99,9$	$> Z +2$ e $\leq Z +3$	P elevado/I	SBP	
$> P 99,9$	$> Z +3$		OB	

Fonte: Sisvan, 2008

Para uma verificação mais efetiva do crescimento e desenvolvimento do RN pré-termo, faz-se necessário a utilização da idade corrigida, também conhecida como idade pós-concepção e traduz o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade. Considerando que o ideal seria nascer com 40 semanas de idade gestacional, deve-se descontar da idade cronológica do prematuro as semanas que faltaram para sua idade gestacional atingir 40 semanas, ou seja, idade corrigida = idade cronológica - (40 semanas - idade gestacional em semanas), (RUGOLO, 2005).

Segundo Rugolo (2005), embora não esteja totalmente esclarecido até quando devemos corrigir a idade do prematuro, a maioria dos autores recomenda utilizar a idade corrigida na avaliação do crescimento e do desenvolvimento até os 2 anos de idade, a fim de obter a expectativa real para cada criança, sem subestimar o

premature ao confrontá-lo com os padrões de referência. Para os PEBP e menores que 28 semanas, recomenda-se corrigir a idade até os 3 anos (RUGOLO, 2005).

Para avaliar o estado nutricional em pré-termos menores de 33 semanas gestacionais, utiliza-se as curvas de Fenton, 2013, que sugere os pontos de corte P/I, C/I e PC/I, classificando-as através de percentis e também de acordo com sexo (ANEXO A). Já para aquelas crianças que nasceram a partir de 33 semanas gestacionais, para avaliar seu estado nutricional, é necessário utilizar as curvas de Intergrowth que as classificam através de percentis os pontos de corte P/I, C/I e PC/I, utilizando de acordo com o sexo (ANEXO B).

Dessa forma, com a utilização das curvas adequadas para idade gestacional e o sexo do RN, o diagnóstico nutricional apresentará um resultado mais fidedigno, sem subestimar os pré-termos.

5 MATERIAL E MÉTODOS

5.1 METODOLOGIA

5.1.2 Local da Pesquisa

O município da Vitória de Santo Antão está situado na Zona da Mata Sul do Estado de Pernambuco. Tem área territorial de 368 km, com acesso pela BR 232, e apresenta uma população estimada de 136.706 mil habitantes (2016). A taxa de urbanização é de 80% na zona urbana e 20% na zona rural (IBGE, 2010).

Vitória de Santo Antão possui um hospital estadual de referência para gestação de alto risco. O Hospital João Murilo de Oliveira fica localizado na Avenida Henrique de Holanda, nº 87, Bairro Matriz – Vitória de Santo Antão, e executa cerca de 10.180 atendimentos por mês nas emergências adulto e pediátrica, 1.600 atendimentos ambulatoriais e realiza 300 partos semanais. Conta com 755 funcionários e 111 leitos, bem como 10 leitos em UTI Neonatal e outros 10 em UCI Neonatal, sendo estes últimos inaugurados em 2012.

O Hospital João Murilo de Oliveira dá um enorme passo para se tornar a Maternidade Metropolitana Oeste de Alto Risco, conforme prediz o Plano de Assistência Obstétrica de Alto Risco, lançado no mês de maio de 2012. Em 2013, a unidade recebeu leitos para as mães que possuem filhos internados na unidade neonatal. A casa de apoio das mães possui 75 metros quadrados de área e conta com 15 camas. Recentemente, a unidade hospitalar é gerida pela Organização Social do Hospital Tricentenário (Secretaria de Saúde - PE, 2015).

5.1.3 Contexto da Pesquisa

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo envolvendo duplas mães-bebês de prematuros internados no Hospital João Murilo de Oliveira durante o período de setembro de 2016 a maio de 2017, residentes ou não no município de Vitória e acompanhadas até a primeira consulta de egresso no ambulatório de nutrição. O mesmo é derivado de um projeto de pesquisa maior intitulado: “Perfil clínico-nutricional e terapia nutricional precoce de prematuros da UTI neonatal em uma Maternidade pública de referência para gestação de alto risco no município de Vitória de Santo Antão”. A captação e adesão dos recém-nascidos ocorreram nas primeiras 24h após o parto, utilizando os questionários de admissão (aplicado um

específico para as mães – Puérpera), e em seguida o de acompanhamento UTI/UCI (APÊNCICE A, B e C).

5.1.4 COLETA DE DADOS/ MÉTODOS DE ACOMPANHAMENTO

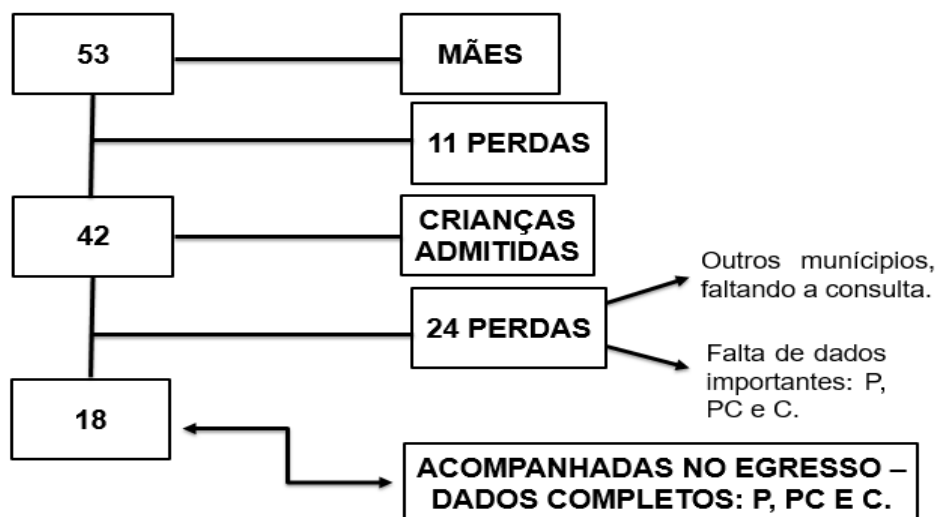


Figura 1 – Organograma relacionando o N da amostra.

Foram captadas para a pesquisa, aqueles que se enquadraram nos critérios de inclusão, onde as mães assinaram o TCLE quando maiores de 18 anos, e quando menores de 18 anos, assinaram o TALE, porém o responsável pelo menor, assinaram o TCLE. Com relação ao N da amostra, foram captadas 53 mães, onde houve 11 perdas por não apresentar informações necessárias no questionário de puérpera. Das 42 crianças admitidas, 24 foram de perdas, onde pode ter ocorrido, por morar em outros municípios, faltas nas consultas do egresso de nutrição ou perdas de dados importantes no questionário de admissão como, P, PC e C. Na primeira consulta de egresso no ambulatório de nutrição, apenas 18 crianças foram acompanhadas, onde apresentaram dados completos no questionário de egresso, como P, PC e C.

Após a alta hospitalar, a coleta de dados das crianças prematuras ocorreu no ambulatório de acompanhamento nutricional de prematuros do próprio hospital, por meio de questionário estruturado (APÊNDICE D).

A informação da idade gestacional foi obtida através da data da última menstruação (DUM) nos prontuários e cartões de pré-natal. Foi considerada a

classificação do grau de prematuridade segundo Sociedade Brasileira de Pediatria, 2009.

Quadro 2 – Classificação do grau de prematuridade de acordo com a idade gestacional ao nascer.

IG ao nascer	Classificação
< 28 semanas	Prematuridade extrema
28-30 semanas	Prematuridade grave
31-33 semanas	Prematuridade moderada
34-36 semanas	Prematuridade tardia

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria – 2009.

O peso ao nascer (PN) foi utilizado para classificação do estado nutricional do recém-nascido após o nascimento, conforme Sociedade Brasileira de Pediatria (2012).

Quadro 3 – Classificação do estado nutricional de acordo com o peso ao nascer.

PN	Classificação
< 1000g	RN de extremo baixo peso (RNEBP)
1000-1499g	RN de muito baixo peso (RNMBP)
1500-2499g	RN de baixo peso (RNBP)
≥4000g	RN com macrosomia

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria – 2009.

O peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer foi avaliado de acordo com a idade gestacional segundo as novas curvas propostas pelo Projeto INTERGROWTH-21st (VILLAR et al, 2015) (ANEXO B), onde todos os indicadores foram agrupados em adequados, quando estiveram entre os percentis ≥ 10 e ≤ 90 , e inadequados, quando estiveram com percentil > 90 e < 10 .

O peso, comprimento e o perímetro cefálico das crianças, na consulta de egresso, foram avaliadas pelas curvas da OMS (2006). As medidas antropométricas de peso e comprimento foram convertidas pelo programa WHO Anthro versão 3.2.2, para escore de P/I, C/I, P/C, IMC e PC/I (ANEXO C).

Para a classificação do estado nutricional foram utilizados os pontos de corte adotados pela OMS (2006). Para a determinação desses indicadores nas crianças prematuras, foi utilizada a idade corrigida segundo Silveira (2012) e foram classificadas em adequadas quando estiveram entre os escores ≥ -2 e $+2$ e inadequadas quando estiveram com os escores $> +2$, entre ≥ -3 e < -2 e < -3 .

Quadro 4 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador peso para idade (P/I), de acordo com a OMS, 2006.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Escore $z > +2$	Peso elevado para idade
Escore $z \geq -2$ e $+2$	Peso adequado para idade
Escore $z \geq -3$ e < -2	Peso baixo para idade
Escore $z < -3$	Peso muito baixo para idade

Fonte: Cadernos de atenção básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Quadro 5 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador comprimento/altura para idade (C/I), de acordo com a OMS, 2006.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Escore $z > +2$	Comprimento/altura adequado para idade
Escore $z \geq -2$ e $+2$	
Escore $z \geq -3$ e < -2	Comprimento/altura baixo para idade
Escore $z < -3$	Comprimento/altura muito baixo para idade

Fonte: Cadernos de atenção básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Quadro 6 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador índice de massa corporal para idade (IMC/I), de acordo com a OMS, 2006.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Escore $z > +3$	Obesidade
Escore $z +2$ e $+3$	Sobrepeso
Escore $z > +1$ e $< +2$	Risco de sobrepeso
Escore $z \geq -2$ e $+1$	IMC adequado
Escore $z \geq -3$ e < -2	Magreza
Escore $z < -3$	Magreza acentuada

Fonte: Cadernos de atenção básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento, Ministério da Saúde. (BRASIL, 2012).

Quadro 7 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador peso para comprimento (P/C), de acordo com a OMS, 2006.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Escore $z > +2$	Peso elevado para o comprimento
Escore $z \geq -2$ e $+2$	Peso adequado para o comprimento
Escore $z \geq -3$ e < -2	Peso baixo para o comprimento
Escore $z < -3$	Peso muito baixo para o comprimento

Fonte: OMS – 2006.

Quadro 8 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador perímetro cefálico para idade (PC/I), de acordo com a OMS, 2006.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Escore $z > + 2$	Perímetro cefálico acima do esperado para idade
Escore $z \leq + 2$ e $\geq - 2$	Perímetro cefálico adequado para a idade
Escore $z < - 2$	Perímetro cefálico abaixo do esperado para idade

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2013).

Para crianças com idade corrigida menor ou igual a 40 semanas gestacionais, foi utilizada a tabela de InterGrowth (ANEXO B), que tem como referência a idade gestacional do recém-nascido (VILLAR et al, 2015), e que vai de 33 a 43 semanas gestacionais. As medidas de peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer, foram analisadas de acordo com a idade gestacional e sexo. Foram consideradas crianças com peso, comprimento e perímetro cefálico adequados, aquelas que estiveram entre os percentis ≥ 10 e ≤ 90 e inadequados aqueles que estiveram com os percentis > 90 e < 10 .

Quadro 9 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador peso para idade (P/I), de acordo com a Intergrowth21, 2014.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Percentil > 90	Peso elevado para idade
Percentil ≥ 10 e ≤ 90	Peso adequado para idade
Percentil < 10	Peso baixo para idade

Fonte: Intergrowth21– 2014.

Quadro 10 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador comprimento para idade (C/I), de acordo com a Intergrowth21, 2014.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Percentil > 90	Comprimento elevado para idade
Percentil ≥ 10 e ≤ 90	Comprimento adequado para idade
Percentil < 10	Comprimento baixo para idade

Fonte: Intergrowth21– 2014.

Quadro 11 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador perímetro cefálico para idade (PC/I), de acordo com a Intergrowth21, 2014.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Percentil > 90	Perímetro cefálico elevado para idade
Percentil ≥ 10 e ≤ 90	Perímetro cefálico adequado para idade
Percentil < 10	Perímetro cefálico baixo para idade

Fonte: Intergrowth21– 2014.

Para os prematuros com idade gestacional inferior a 33 semanas, foi utilizado as curvas de Fenton, 2013 (ANEXO A). E da mesma forma, foram agrupados em adequados, quando estiveram entre os percentis ≥ 10 e ≤ 90 e inadequados, quando estiveram com os percentis > 90 e < 10.

Quadro 12 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador peso para idade (P/I), de acordo com Fenton, 2013.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Percentil > 90	Peso elevado para idade
Percentil ≥ 10 e ≤ 90	Peso adequado para idade
Percentil < 10	Peso baixo para idade

Fonte: Fenton– 2013.

Quadro 13 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador comprimento para idade (C/I), de acordo com Fenton, 2013.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Percentil > 90	Comprimento elevado para idade
Percentil ≥ 10 e ≤ 90	Comprimento adequado para idade
Percentil < 10	Comprimento baixo para idade

Fonte: Fenton– 2013.

Quadro 14 – Classificação do estado nutricional, segundo o indicador perímetro cefálico para idade (PC/I), de acordo com Fenton, 2013.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Percentil > 90	Perímetro cefálico elevado para idade
Percentil ≥ 10 e ≤ 90	Perímetro cefálico adequado para idade
Percentil < 10	Perímetro cefálico baixo para idade

Fonte: Fenton– 2013.

Para avaliar o crescimento intrauterino, foi utilizado a curva de Lubchenco, 1963 (ANEXO D). Segundo esta curva, os prematuros são classificados em gigante para idade gestacional (GIG), adequado para idade gestacional (AIG) e pequeno para idade gestacional (PIG). Foram classificados em adequados aqueles que apresentaram o percentil ≥ 10 e ≤ 90 e inadequados aqueles que apresentaram percentil > 90 e < 10.

Quadro 15 – Classificação do crescimento intrauterino, segundo a relação de peso ao nascer e idade gestacional, de acordo com Lubchenco, 1963.

Valores críticos	Diagnóstico nutricional
Percentil > 90	Gigante para idade gestacional
Percentil ≥ 10 e ≤ 90	Adequado para idade gestacional
Percentil < 10	Pequeno para idade gestacional

Fonte: Lubchenco – 1963.

5.1.5 Análises dos Dados

O banco de dados foi elaborado utilizando o programa Excel, versão 2007. Os dados foram apresentados em estatística descritiva com valores absolutos e percentuais.

5.1.6 Aspectos Éticos

O trabalho foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, CEP – CCS – UFPE nº CAAE: 46894115.1.0000.5208, fazendo parte de um projeto de pesquisa maior intitulado “Perfil clínico-nutricional e terapia nutricional precoce de prematuros da UTI neonatal em uma Maternidade pública de referência para gestação de alto risco no Município de Vitória de Santo Antão – Pernambuco” (ANEXO E). Para a participação da criança na pesquisa a mãe e/ou o responsável assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE E). Se a mãe era menor de idade o termo assinado foi o Termo de Assentimento Livre Esclarecido (TALE) (APÊNDICE F).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na tabela 1, aproximadamente metade das mães são adolescentes, o que significa um fator de risco para a prematuridade, pois a incidência é muito maior nesse grupo. Segundo Almeida (2012), a maior frequência da prematuridade em adolescentes não ocorre apenas em virtude do ponto de vista obstétrico, mas principalmente devido aos fatores psicológicos e socioeconômicos que uma gravidez na adolescência pode acarretar. Uma gravidez na adolescência, aumenta ainda mais o risco do recém-nascido ser de baixo peso ao nascer, ter deficiências de micronutrientes e restrição do crescimento intra-uterino, levando a alterações na evolução dessa gestação e no crescimento fetal, o que pode resultar também em parto prematuro, ou seja, com menos de 37 semanas de gestação (GRAVENA et al, 2013). Porém, mulheres maiores de 35 anos também podem apresentar problemas e complicações na gravidez, como por exemplo, o parto prematuro, ou seja, engloba os extremos de idade (< 19 anos e > 35 anos).

A maior parte das mães alegaram ter uma união estável, o que indica que as mães podem ter o apoio do seu companheiro, para assim dividir ou compartilhar, suas dificuldades e responsabilidades e também na questão financeira (RAMOS; CUMAN, 2009). Mais da metade das mães eram primíparas, o que revela uma das causas para a prematuridade, uma vez que, o nascimento de pré-termo acontece geralmente na primeira gestação (RAMOS; CUMAN, 2009), principalmente na adolescência, o que demonstrou o presente estudo. As mães exerciam, principalmente atividades do lar. Esse fato pode indicar mais tempo para cuidar do recém-nascido pré-termo, que requer maiores cuidados em relação aos recém-nascidos a termo, onde a interação materna se dará com maior qualidade, tornando mais eficiente o crescimento e desenvolvimento desses bebês (FRAGA et al, 2008).

A maioria das mães eram alfabetizadas (96,3%) e possuíam mais de 8 anos de instrução (45,3%), porém, 35,9% delas possuíam o ensino fundamental 2, ou seja, a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator que pode predispor a situações potencialmente de risco tanto para a mãe quanto para o bebê, além de impedir o acesso a informações e também orientações, e restringir a capacidade de cuidado e assistência (RAMOS; CUMAN, 2009).

A situação constatada no presente estudo, de acordo com Ramos e Cuman (2009), comprova que o nível de escolaridade interfere diretamente nas condições de vida e saúde das pessoas e confirma a relação existente de que quanto menor a escolaridade, maior a dificuldade de entendimento da necessidade de cuidados especiais durante a gestação, levando ao início tardio e ausência ao pré-natal, alimentação inadequada e hábitos e vícios incompatíveis com a gravidez.

Em relação a situação socioeconômica e demográfica, a maioria das mães (83,1%) residiam em casas com saneamento básico, considerado um coeficiente de qualidade de vida e do nível de desenvolvimento, onde os bebês nascidos em um ambiente como esse, apresentam menor coeficiente de mortalidade, em relação aqueles nascidos sem o saneamento básico (RAMOS; CUMAN, 2009), colaborando assim para uma melhor qualidade de vida. Em relação ao abastecimento de água, era realizado pela rede geral (Compesa), realizavam tratamento da água para o consumo, o destino dos dejetos era realizado através da rede geral de esgoto e o lixo era coletado. Segundo Souza (2014), esses são fatores condicionantes para decréscimo das doenças infecciosas, principalmente as do trato gastrointestinal, diminuindo dessa forma a taxa de mortalidade infantil, porém ainda é considerado um dos grandes desafios a universalização desses serviços.

A renda familiar da maioria das mães (75,5%) foi descrita como de até 1 salário mínimo e mais da metade recebia algum benefício do governo, ou seja, tem sido relatado na literatura que quanto mais baixo o nível econômico, maior o risco para nascimentos prematuros (ALMEIDA, et al, 2012). O que pode ser explicado pela associação com outros fatores predisponentes como nutrição deficiente, onde há restrição de nutrientes adequados para contemplar a sua total necessidade energética requerida durante a gestação, trabalho excessivo, maior estresse físico e psicológico, assistência em saúde inadequada na gestação, entre outros, que isolados ou não, eles aumentam as chances de um parto prematuro (ALMEIDA et al, 2012).

Tabela 1 – Características socioeconômicas e demográficas das famílias dos prematuros, acompanhados em hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017

Variáveis	n = 53	%
Idade materna (anos)		
< 19 anos	23	43,4
≥ 19 anos	30	56,6
Estado civil		
Solteira	10	18,9
Casada	16	30,2
União estável	27	50,9
Paridade		
Primípara	34	64,1
Múltipara	19	35,9
Ocupação (profissão)		
Do lar	28	52,8
Desempregada	5	9,5
Empregada	20	37,7
Alfabetizada	51	96,3
Sim	2	3,7
Não		
Grau de escolaridade *		
Ensino fundamental 1	6	11,3
Ensino fundamental 2	19	35,9
Ensino médio	24	45,3
Graduação	3	5,6
Saneamento básico		
Sim	44	83,1
Não	9	16,9
Abastecimento de água		
Carro pipa	5	9,5
Cacimba	3	5,6
Poço artesiano	4	7,5
Rede geral (Compesa)	39	73,6
Outros	2	3,8
Tratamento da água de consumo		
Sim	45	84,9
Não	8	15,1
Destino dos dejetos		
Fossa séptica	12	22,6
Céu aberto	6	11,3
Rede de esgoto	35	66,1
Destino do lixo		
Coletado	44	83,1
Queimado	9	16,9
Renda familiar **		
≤ 1 salário mínimo	40	75,5
≥ 1 salário mínimo	13	24,5
Recebimento de benefício do governo		
Sim	22	41,5
Não	31	58,5

*1 puerpera não soube informar essa variável. **Salário mínimo da época= R\$ 880,00 em 2016 e R\$ 937,00 em 2017.

Na tabela 2 pôde-se observar que a maioria das crianças apresentavam um grau de prematuridade moderada ou tardia, o que reflete um bom prognóstico para o estado de saúde e nutrição dessas crianças, uma vez que os prematuros extremos, na maioria dos casos, apresentam um mal prognóstico, devido a imaturidade severa, principalmente do trato gastrointestinal, que demanda muito tempo para iniciar a alimentação ao seio materno, e também de morbididades presentes. Um dos aspectos que pode ser afetado é o processo de crescimento, que é contínuo e complexo, já que esses prematuros foram privados do período crítico de crescimento intra-uterino acelerado (SBP-2009).

Em relação ao peso ao nascer, quase que a totalidade foi classificada como recém-nascido de baixo peso (1.500-2.499 gramas), o que representa uma classificação natural em prematuros, pois nessa classificação, o bebê ainda não havia passado pelo último trimestre de gestação, no qual ocorre o ganho de peso (RUGOLO, 2005), porém pode acarretar em um comprometimento tanto no crescimento como no desenvolvimento. Os RN de extremo baixo peso, apresentam uma recuperação lenta e tardia do crescimento, podendo ocorrer um risco elevado de crescimento inadequado nos seus primeiros anos de vida (RUGOLO, 2005).

Quanto ao estado nutricional ao nascer, avaliado pelos indicadores, P/I, C/I e o PC/I, mais de 70% das crianças foram classificadas com estado nutricional adequado, o que revela um suporte nutricional adequado enquanto internados tanto na UTI Neonatal quanto na UCI Neonatal (RUGOLO, 2007). É importante que esses indicadores estejam adequados ao nascimento, uma vez que, um estado nutricional inadequado acarreta em um processo de crescimento e desenvolvimento atrasados desde a internação na UTI, até a alta hospitalar, envolvendo nesse processo, morbididades como desconforto respiratório, sepse, hemorragia, entre outros, afetando o seu estado nutricional que trará ainda mais dificuldades para recuperação desse crescimento e desenvolvimento (VIEIRA, 2013).

Sobre o crescimento intrauterino, a maioria (76,2%) foram classificados como AIG, ou seja, tiveram uma nutrição adequada intrauterina. Esse resultado também indica um acompanhamento pré-natal adequado, que promove a saúde materna e fetal, rastrear situações de risco e tratar intercorrências o mais precocemente possível. A não realização do pré-natal, é um dos fatores associados com a prematuridade (ROSA; SILVEIRA; COSTA, 2014). Porém, 23,8% dos RN prematuros eram PIG, demonstrando uma desnutrição intrauterina, com CIUR, o que

representa um comprometimento de forma mais significativa para a recuperação do crescimento e que podem trazer na infância e vida adulta, consequências metabólicas e cardiovasculares (NETO; CÓRDOBA; PERAÇOLI, 2011).

Tabela 2 – Grau de prematuridade e estado nutricional ao nascer de prematuros internados em hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017

Variáveis	n = 42	%
Grau de prematuridade **		
Prematuridade extrema	1	2,3
Prematuridade grave	4	9,5
Prematuridade moderada	14	33,4
Prematuridade tardia	23	54,8
Peso ao nascer **		
Recém-nascido de extremo baixo peso	2	4,7
Recém-nascido de muito baixo peso	4	9,6
Recém-nascido de baixo peso	36	85,7
Estado nutricional ao nascer ***		
Peso/Idade:		
Adequado	33	78,5
Inadequado	9	21,5
Comprimento/Idade:		
Adequado	33	78,5
Inadequado	9	21,5
Perímetro Cefálico/Idade:		
Adequado	30	71,4
Inadequado	12	28,6
Crescimento Intrauterino ****		
GIG (gigante para idade gestacional) *	0	0
AIG (adequado para idade gestacional)	32	76,2
PIG (pequeno para idade gestacional)	10	23,8

*Não houve nenhuma criança GIG (gigante para idade gestacional). ** Grau de prematuridade e peso ao nascer: SBP, 2009.

*** Estado nutricional ao nascer: Curvas de Fenton e Intergrowth.. **** Crescimento intrauterino: Lubchenco, 1963.

Na tabela 3, estão descritos o Estado Nutricional após a alta hospitalar na primeira consulta de egresso no ambulatório de nutrição. Das 42 crianças da amostra, apenas 18 foram acompanhadas pelo ambulatório de egresso no hospital. Para os indicadores P/I, C/I e o PC/I, a maioria das crianças estavam inadequadas, especialmente quanto aos indicadores C/I e PC/I, porém ainda é normal estarem classificados dessa forma, uma vez que, os prematuros ainda não atingiram suas competências fisiológicas e metabólicas. O Perímetro Cefálico tem a recuperação do seu crescimento entre 6 a 12 meses de idade, já o comprimento, próximo ao segundo ano de vida e o peso será recuperado em torno dos 3 anos de idade, de acordo com a idade corrigida, segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), confirmando os resultados deste estudo.

Esses bebês prematuros possuem uma recuperação mais lenta, conseguindo atingir a normalidade nas curvas de referência entre 2-3 anos de idade, onde ocorre o “*catch-up*”, recuperando primeiro o perímetro cefálico, seguindo de comprimento e

depois do peso, como dito anteriormente. Nos casos dos RN de extremo baixo peso e/ou prematuros extremos, eles podem necessitar de mais tempo para essa recuperação (SBP, 2012). Dessa forma, é natural que os prematuros ainda estejam com o Estado Nutricional inadequado na primeira consulta após a alta hospitalar.

O IMC/I, é um indicador que permite identificar um baixo peso para estatura, assim como um peso elevado para a estatura nos primeiros 2 anos de vida, elevando o risco de morbidades no momento atual e principalmente no futuro. A relação entre essas duas medidas traduzem a proporcionalidade do crescimento (RUGOLO, 2005). Dessa forma, a maioria das crianças foram apresentadas como adequadas, revelando um peso adequado para sua estatura. Esta é uma das formas de monitorar a adequação do crescimento, porém não deve ser avaliada de forma isolada aos demais parâmetros de avaliação nutricional.

Tabela 3 - Estado nutricional dos prematuros na primeira consulta de egresso de nutrição, acompanhados em hospital de referência para gestação de alto risco, Vitória de Santo Antão, Pernambuco, 2016-2017

Estado Nutricional	n = 18	%
Peso/Idade		
Adequado	8	44,5
Inadequado	10	55,5
Comprimento/Idade		
Adequado	4	22,3
Inadequado	14	77,7
Perímetro Cefálico/Idade		
Adequado	7	38,8
Inadequado	11	61,2
Índice de Massa Corporal (IMC)/Idade		
Risco de sobrepeso/Obesidade	3	16,6
IMC adequado	10	55,8
Magreza	5	27,6
Peso/Comprimento		
Adequado	15	83,4
Inadequado	3	16,6

Estado nutricional: Curvas da OMS, 2006 e Antrho (IMC/I; P/C).

7 CONCLUSÕES

A etiologia do parto prematuro é multifatorial. Há que se considerar a preocupação constante com os recém-nascidos prematuros bem como com as condições perinatais que sobre eles repercutem. A fragilidade dos recém-nascidos prematuros contribui para a possibilidade eminente de riscos, agravos e sequelas de diversos tipos com diferentes consequências e interferindo no processo de crescimento e desenvolvimento infantil.

Assim, o presente estudo demonstrou que as condições das famílias tem melhorado bastante em relação as questões socioeconômicas e também de habitação, onde a caracterização tanto do perfil das mães como dos prematuros, são influenciados por essas condições, e que certamente influenciarão na qualidade de vida futura.

O estudo revelou também, que as famílias estão diminuindo a quantidade de filhos, o que melhora a qualidade de vida das mesmas, tendo mais tempo e condições de melhores cuidados com a composição familiar.

Os bebês estudados apresentaram na avaliação antropométrica ao nascer, resultados muito satisfatórios, o que pode ser um reflexo de um bom acompanhamento no pré-natal e uma alimentação adequada para atingir suas necessidades nutricionais durante a gestação, e dessa forma, apresentam um bom prognóstico. Na primeira consulta de egresso de nutrição, os bebês revelaram um Estado Nutricional esperado, considerando as condições do processo de crescimento dos prematuros.

Toda criança dever ser acompanhada periodicamente por uma equipe multiprofissional, incluindo nutricionista, para que assim possa detectar eventuais problemas de crescimento e desenvolvimento e tentar reverter o processo em casos de crescimento inadequado, como por exemplo a desnutrição ou obesidade em idade precoce, observando os parâmetros de crescimento e colocando-os em suas respectivas curvas para identificação do estado nutricional.

O acompanhamento deve ser sistemático, com consultas periódicas para que a evolução dos parâmetros de crescimento seja verificada, e assim permitir que estes pequenos prematuros tenha uma sobrevida com qualidade.

Os dados obtidos, em conjunto, permitiram concluir que conhecer e avaliar o perfil das mães e o número e a situação do nascimento de crianças de uma área,

em um período de tempo, é importante na determinação dos riscos vitais relacionados as condições do nascimento, crescimento e desenvolvimento infantil, sendo esses aspectos componentes de vários indicadores de saúde e fundamentais para a assistência na área materno-infantil. Sendo assim, a nutrição deve promover o crescimento através de uma alimentação saudável para assim permitir que os prematuros atinjam o “*catch-up*”, com adequação do crescimento e desenvolvimento. Porém são necessários mais estudos, que atinjam um número maior de crianças para confirmar os presentes achados.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. F. B. et al. Perinatal factors associated with early deaths of preterm infants born in Brazilian Network on Neonatal Research centers. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 4, p. 300–307, 2008.
- ALMEIDA, A. C. et al. Fatores de riscos maternos para prematuridade em uma maternidade pública de Imperatriz – MA. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, 2012.
- BELFORT, M. B. et al. Preterm infant linear growth and adiposity gain: trade-offs for later weight status and intelligence quotient. **J. Pediatr**, St. Louis, v. 163, n. 6, p. 1564–1569.e2, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **SIAB: indicadores 2001**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
- _____. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Cuidados gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, v 1, 2012.
- BORBA, G.G. et al. Fatores associados à morbimortalidade neonatal: um estudo de revisão. **Revista Saúde**, Santa Maria, v.40, n.1, Jan./Jul. 2014 .
- BROWN, L. D.; HAY, W. W. The nutritional dilemma for preterm infants: how to promote neurocognitive development and linear growth, but reduce the risk of obesity. **J. Pediatr**, St. Louis, v. 163, n. 6, p. 1543–1545, dez. 2013.
- CARDOSO-DEMARTINI, A.A. et al. Growth of preterm-born children. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v. 55, n. 8, p. 534-540, Nov. 2011.
- CASTRO, M. P. DE; RUGOLO, L. M. S. S.; MARGOTTO, P. R. Sobrevida e morbidade em prematuros com menos de 32 semanas de gestação na região central do Brasil. **Rev. bras. ginecol. obstet**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 5, p. 235–242, 2012.
- DE ONIS, M. et al. Comparison of the WHO Child Growth Standards and the CDC 2000 Growth Charts. **J Nutr**. Rockville-MD, v.137, n. 1, p. 144-8. 2007.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Começa maior estudo sobre prematuridade já realizado no país** - 2011. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/site/?p=1867>>. Acesso em: 24 jan. 2017.
- _____. **Manual de Perinatologia**. São Paulo: FEBRASGO, 2013. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/11/Manual_Prematuridade_1485x21cm_baixa-web.pdf. Acesso em: 24 jan. 2017.

FRAGA, D. A. et al. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n.2, p.335-344, abr./jun. 2008.

GRAVENA, A. A. et al. Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2, 2013.

HAYNES, R.L. et al. Potential neuronal repair in cerebral white matter injury in the human neonate. **Pediatr Res.**, New York, v. 69, n. 1, p. 62-7, 2011.

MARTINEZ, C.M.S. et al. Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. **Rev Bras Fisioter.** São Carlos, v. 11, n. 1, p. 73-81, jan./fev. 2007.

MERCIER, C.E. et al. Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford network: 1998-2003. **Neonatology**, Basel, v. 97, n. 4, 2010.

MOREIRA, J. O. de. A ruptura do continuar a ser: o trauma do nascimento prematuro. **Mental**, Barbacena, v.5, n.8, p. 91-106, jun. 2007.

NETO, A. R. M.; CÓRDOBA, J. C. M.; PERAÇOLI, J. C. Etiologia da Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU). **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 22, Sup 1, 2011.

OLIVEIRA, R. M. S. et al. Avaliação antropométrica do recém-nascido prematuro e/ou pequeno para a idade gestacional. **Revista Brasileira Nutrição Clínica**, Porto Alegre, v. 23, n. 4 p. 298-304, 2008.

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

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo , v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014

RUGOLO, L.M. et al. Growth of extremely low birth weight infants during the first two years of life. **Rev Paul Pediatr**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 142-149, 2007.

RUGOLO, L.M.S.S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre , v. 81, n. 1, supl. 1, p. S101-S110, Mar. 2005.

RUGOLO, L. M. et al. et al. Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros 3 anos de vida. CONGRESSO BRASILEIRO DE PERINATOLOGIA, 18., 2004, São Paulo. **Anais...** São Paulo, 2004.

SANTIAGO, A.C.T. et al. Perfil de crescimento de recém-nascidos prematuros menores de 32 semanas no primeiro ano de vida. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, Salvador, v. 13, n. 3, esp. p. 269-273, set./dez. 2014.

SEAL, A.; KERAC, M. Operational implications of using 2006 World Health Organization growth standards in nutrition programmes: secondary data analysis. **BMJ** [s.l.], n. 334, 2007.

SILVEIRA, R.C.; PROCIANOY, R.S. Crescimento nos primeiros anos de vida de recém-nascidos de muito baixo peso. In: PROCIANOY, R.S.; LEONE, C.R.(ed.) **Programa de Atualização em neonatologia**. Artmed. Porto Alegre: Artmed; 2010; p.49-86.

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

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco**. Departamento de Neonatologia. 2012.

UNICEF BRASIL. **Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil**. 2013. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.html. Acesso em: 24 jan. 2017.

SOUZA, J. A. **Estudo comparado da relação entre saneamento básico e indicadores epidemiológicos entre o Brasil e a América Latina**. 2014. TCC (Curso de Engenharia Ambiental e Sanitária) - Faculdade de Engenharia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2014.

VIEIRA, C. S. et al. Seguimento do pré-termo no primeiro ano de vida após a alta hospitalar: avaliando o crescimento pondoestatural. **Rev. Eletr. Enferm.** Goiânia, v.15, n. 2. Abr./Jun. 2013.

VAAG, A. Low birth weight and early weight gain in the metabolic syndrome: consequences for infant nutrition. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, Baltimore, v. 104, Suppl 1, p. S32-34, 2009.

VILLAR, J. et al. Postnatal growth Standards for preterm infants: the Preterm postnatal follow-up study of the INTERGROWTH-21st Project. **The Lancet**, Londres, n. 3, p. 681-91, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Born too Soon: the global action report on preterm birth**. World Health Organization. Geneva: 2012; p.1-31.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário de Puérpera



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



PROJETO PREMATURO - PUÉRPERA

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

Puérpera

Identificação		
1. Qual o seu nome?		
2. Qual o nome da criança?		
3. Qual a sua idade?		IDADE ____
4. Com que idade menstruou pela primeira vez?		
5. Data de Nascimento:	____/____/____	DNASC ____/____/____
6. Qual o seu Endereço residencial?		
7. Ponto de referência		
8. Em qual USF é acompanhada?		BAIRRO: ____
1 [] Bela Vista I 2 [] Bela Vista II 3 [] Mário Bezerra 4 [] Loteamento Conceição 5 [] Redenção 6 [] Lídia Queiroz 7 [] Amparo 8 [] Dr. Alvinho 9 [] Jardim Ipiranga 10 [] Maués 11 [] Matadouro 12 [] Cajueiro 13 [] Água Branca 14 [] Santana 15 [] Maranhão 16 [] Lagoa Redonda 17 [] Alto José Leal 18 [] Natuba 19 [] Caiçara 20 [] Pirituba I 21 [] Pirituba II 22 [] Ladeira de Pedra 23 [] Serra Grande 24 [] Galiléia 25 [] Pau Santo 26 [] Oiteiro 27 [] Cidade de Deus 28 [] OUTRO MUNICÍPIO (QUAL? _____)/ É ACOMPANHADO POR USF? [] SIM [] NÃO		
9. Telefone para contato:	() ____ - ____	
10. Qual o seu estado Civil?	1 [] Solteira 2 [] Casada 3 [] Viúva	ESTCIV: ____

	4[] Divorciada 5[] União estável	
11. Mora com quem?	1[] Sozinha 2[] Com o companheiro sem filhos 3[] Com o companheiro e filhos 4[] Com o companheiro e familiares 5[] Com o companheiro, filhos e familiares 6[] Com familiares 7[] Com familiares e filhos 8[] Com filhos	MRQ: _____
12. Reside com avó da criança?	1[] não 2[] avó materna 3[] avó paterna	
13. Qual a sua profissão?	1[] Do lar 2[] Desempregada 3[] Emprego formal (com carteira assinada) 4[] Emprego informal (sem carteira assinada) Qual profissão? _____	OCUPA: _____
14. É alfabetizada?	1[] Sim 2[] Não	ALF: _____
15. Qual o seu grau de escolaridade?	1[] Ensino fundamental I incompleto (1ª a 4ª série) 2[] Ensino fundamental I completo (4ª série) 3[] Ensino fundamental II incompleto (5ª a 8ª série) 4[] Ensino fundamental II completo (8ª série) 5[] Ensino médio incompleto (1º ao 3º ano) 6[] Ensino médio completo (3º ano) 7[] Graduação incompleta 8[] Graduação completa 9[] Pós graduação	ESCOL: _____
16. Estuda atualmente?	1[] Sim 2[] Não	ESTAL: _____
17. Tem quantos filhos? (sem contar o bebê)	1[] nenhum 6[] 5 2[] 1 7[] 6 3[] 2 8[] 7 4[] 3 9[] 8 5[] 4 10[] > 8	NFILHOS: _____
18. Você recebe a visita do ACS?	1[] Sim 2[] Não	VACS: _____
19. Com qual frequência?	1[] Diariamente 2[] Semanalmente 3[] Quinzenalmente 4[] Mensalmente 5[] Não sabe informar	
20. Quanto tempo você demora da sua casa até a unidade de saúde?	1[] Menos de 30 minutos 2[] 30 minutos – 1 hora 3[] Mais de 1 hora	
21. Qual o principal meio de transporte que você mais utiliza para chegar até a unidade de saúde?	1[] Carro próprio 2[] Táxi 3[] Andando 4[] Bicicleta 5[] Moto 6[] Ônibus 7[] Outro. Qual? _____	PMT: _____
Situação Socioeconômica e Habitação		
22. Sua residência é?	1[] Própria 2[] Alugada	MORAD: _____

	3[] Cedida 4[] Outra. Qual? _____	
23. Quantas pessoas moram em sua residência (contando com você, sem contar com o bebê)?	1[] até 3 pessoas 2[] 4 a 6 pessoas 3[] 7 ou mais pessoas	NPR: _____
24. De que é feita a casa onde você mora?	1[] Alvenaria 2[] Madeira 3[] Taipa 4[] Material improvisado (lona, papelão, etc)	TPHAB: _____
25. Quantos cômodos têm na casa?	1[] 1 2[] 2 3[] 3 4[] 4 ou mais.	NCC: _____
26. Sua casa tem água encanada?	1[] Sim 2[] Não	SANBAS: _____
27. Como é feito o abastecimento de água? (pode ter mais de uma resposta)	1[] Carro Pipa 2[] Rede geral (Compesa) 3[] Poço artesiano 4[] Captação da água de chuva 5[] Açude 6[] Cacimba 7[] Outros. Qual? _____	ABASTAG: _____
28. Qual o destino dos dejetos (fezes e urina)?	1[] Fossa séptica 2[] Céu aberto 3[] Rede de esgoto 4[] Direto pra o rio ou lago 5[] Outro. Qual? _____	DESTDJT: _____
29. Você trata a água que você bebe?	1[] Sim 2[] Não	TAB: _____
30. SE TRATADA, Qual o tratamento utilizado?	1[] Fervura 2[] Cloração 3[] Filtração 4[] Mineral 5[] Outro. Qual? _____	TUPTA: _____
31. Qual o destino do seu lixo?	1[] Coletado 2[] Queimado 3[] Céu aberto 4[] Enterrado 5[] Outro. Qual? _____	DLIXO: _____
32. Qual a sua renda familiar?	1[] Inferior a 1 salário mínimo 2[] 1 salário mínimo 3[] Até 2 salários mínimos 4[] Acima de 2 salários mínimos	RENDF: _____
33. Recebe algum benefício?	1[] Sim 2[] Não Qual? _____	BENF: _____
Antecedentes obstétricos (VER NO CARTÃO DA GESTANTE)		
34. Número de gestações prévias	1[] Nenhuma 2[] 1 3[] 2 4[] 3 5[] Mais de 3. Quantas? _____	
35. Amamentou o seu filho anterior?	1 [] sim 2 [] não	
36. SE SIM, amamentou por quanto	_____	

tempo?		
37. Número de partos	1[] 0 2[] 1 2[] 2 3[] 3 4[] Mais de 3. Quantos? _____	
38. Tipo de parto	1[] Vaginal. Quantos? _____ 2[] Cesárea. Quantos? _____ 3[] Vaginal com uso de fórceps. Quantos? _____	
39. Teve algum aborto?	1[] Sim. Quantos? _____ 2[] Não	
40. Quantos nascidos vivos?	1[] Nenhum 2[] 1 3[] 2 4[] 3 5[] Mais de 3. Quantos? _____	
41. Quantos nascidos mortos?	1[] Nenhum 2[] 1 3[] 2 4[] 3 5[] Mais de 3. Quantos? _____	
42. Apresentou um quadro de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia?	1[] Sim 2[] Não	
Antecedentes clínicos (VER NO CARTÃO DA GESTANTE) – GESTAÇÃO DA CRIANÇA ATUAL		
43. Apresentou diabetes?	1[] Sim 2[] Não	
44. Apresentou hipertensão arterial?	1[] Sim 2[] Não	
45. Apresentou infecção do trato urinário (ITU)?	1[] Sim 2[] Não	
46. Apresentou/apresenta cardiopatia?	1[] Sim 2[] Não	
47. Apresentou tromboembolismo?	1[] Sim 2[] Não	
48. Realizou cirurgia pélvica uterina?	1[] Sim 2[] Não	
49. Você apresentou alguma outra patologia?	1 [] Não 2[] Sim. Qual? _____	
Última gestação (gestação da criança atual)- (VER NO CARTÃO DA GESTANTE)		
50. Durante a última gestação, você fumou?	1[] Não 2[] Sim. Número de cigarros por dia _____	
51. Durante a última gestação você consumiu álcool ?	1[] Não. 2[] Sim. Quantidade _____	
52. Durante a última gestação você consumiu usou alguma outra droga ?	1[] Não 2[] Sim. Qual? _____	
53. Durante a última gestação você teve sífilis ?	1[] Sim 2[] Não	
54. Durante a última gestação você apresentou outras DST's ?	1[] Sim. Qual? _____ 2[] Não	
55. Durante a última gestação você teve toxoplasmose ?	1[] Sim 2[] Não	
56. Durante a última gestação você teve infecção urinária ?	1[] Sim 2[] Não	
57. Durante a última gestação você teve anemia ?	1[] Sim 2[] Não	

58. Durante a última gestação você teve incompetência istmocervical ?	1[] Sim 2[] Não	
59. Durante a última gestação você teve ameaça de parto prematuro ?	1[] Sim 2[] Não	
60. Durante a última gestação você teve isoimunização Rh ?	1[] Sim 2[] Não	
61. Durante a última gestação você teve oligodrâmnio ?	1[] Sim 2[] Não	
62. Durante a última gestação você teve polidrâmnio ?	1[] Sim 2[] Não	
63. Durante a última gestação você teve ruptura prematura de membrana ?	1[] Sim 2[] Não	
64. Durante a última gestação você teve crescimento intrauterino restrito ?	1[] Sim 2[] Não	
65. Durante a última gestação você teve doença hipertensiva específica da gestação (DHEG) ?	1[] Sim 2[] Não	
66. Durante a última gestação você teve pré eclâmpsia ?	1[] Sim 2[] Não	
67. Durante a última gestação você teve eclâmpsia ?	1[] Sim 2[] Não	
68. Durante a última gestação você teve cardiopatia ?	1[] Sim 2[] Não	
69. Durante a última gestação você teve diabetes gestacional ?	1[] Sim 2[] Não	
70. Durante a última gestação você teve uso de insulina ?	1[] Sim 2[] Não	
71. Durante a última gestação você teve hemorragia ?	1[] Sim 2[] Não	
72. Durante a última gestação fez uso de suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso?	1[] Não 2[] Sulfato ferroso 3[] Ácido fólico 4[] Sulfato ferroso e ácido fólico 4[] Outro suplemento. Qual? _____	
73. Número de consultas do pré-natal	1[] Nenhuma 2[] 1 a 3 3[] 4 a 6 4[] 7 ou mais	
74. Quando iniciou o pré-natal?	1[] 1º trimestre 2[] 2º trimestre 3[] 3º trimestre	
75. Realizou trabalho externo durante a gestação?	1 [] sim, por quanto tempo? _____ 2 [] não	
76. Tipo de trabalho (profissão):	_____	
Parto (prontuário)		
77. Você foi classificada como gestante de alto risco?	1 [] Sim 2 [] Não	CGALR: _____
78. Apresentou intercorrência no parto?	1[] Não 2[] Hemorragia 3[] Eclâmpsia 4[] Infecção 5[] Outro. Qual? _____	
79. Qual foi o tipo de parto?	1[] Vaginal	TP: _____

	2[] Cesárea 3[] Vaginal com uso de fórceps	
80. Se cesárea, qual a indicação?	1[] Amniorrexe prematura 2[] Apresentação anômala 3[] RCIU (Restrição de Crescimento Intrauterino)/Oligodrâmnio 4[] Desproporção cefalo-pélvica 5[] Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)/Eclâmpsia 6[] Deslocamento prematuro de placenta 7[] Falha de indução do parto 8[] Iterativa (indicação por apresentar cesáreas anteriores) 9[] Hemorragia 10[] Sofrimento fetal agudo 11[] Prematuridade	
81. Qual o seu tipo sanguíneo?	1[] AB 2[] A 3[] B 4[] O 5[] Não sabe informar	TIPSANG: _____
82. Qual o fator Rh?	1[] Positivo 2[] Negativo 3[] Não sabe informar	FRh: _____
83. Caso o fator Rh seja negativo, você tomou a “vacina”?	1 [] Sim 2 [] Não. Porque?	TVAC: _____
Antropometria-(VER NO CARTÃO DA GESTANTE)		
84. Peso pré-gestacional (no primeiro trimestre)		PESOAT: _____
85. Peso na última consulta (3º trimestre)		
86. Peso PÓS-PARTO		
87. Altura ou hemi envergadura		ALT: _____
Consulta Puerperal/ avaliação da amamentação		
88. Você continua utilizando o sulfato ferroso?	1[] Sim 2[] Não	CUSULF: _____
89. Tomou a vitamina A no pós parto imediato?	1[] Sim 2[] Não 3[] Não sabe informar	TVITA: _____
90. Faz uso de bebida alcoólica?	1 [] Sim 2 [] Não	UBA: _____
91. Quantas vezes você consome?	1 [] diariamente 2 [] 3 a 4x por semana 3 [] 1 a 2x por semana 4 [] quinzenalmente 5 [] mensalmente 6 [] Outro. Qual? _____	FUBA: _____
92. Você é fumante?	1 [] Sim 2 [] Não	FUMA: _____
93. Você está amamentado?	1 [] Sim 3[] ordenhando 2 [] Não	AMAN: _____
94. a criança foi colocada para mamar na sala de parto?	1 [] Sim 2 [] Não	
94. Recebeu orientação sobre	1 [] Sim	

amamentação no pré-natal?	2 [] Não	
95. Você tem alguma dificuldade para amamentar?	1 [] Sim 2 [] Não	DIFAM:_____
96. Qual a sua dificuldade para amamentar?	1 [] Mamilo invertido 2 [] Ingurgitamento mamário 3 [] Mastite 4 [] Fissura (rachadura) 5 [] Mamas dolorosas 6 [] Ausência ou pouco leite 7 [] Bebê chora muito 8 [] Bebê não pega o seio 9 [] Dificuldade relacionada à prematuridade (<32 semanas) 10 [] NA	ACMAMA:_____
97. Você está tomando algum antibiótico ou antiinflamatório para o problema da mama?	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] NA	ANTIMAMA:_____
98. Você recebeu alguma orientação para resolver o problema nas mamas?	1 [] Sim 2 [] Não Se sim, quem orientou? _____ 3 [] NA	ORIPRMA:_____
99. Recebeu orientação sobre a pega correta do bebê?	1 [] Sim 2 [] Não Se sim, quem orientou? _____	ORIEGA:_____
100. Algum profissional orientou sobre a forma correta de realizar a ordenha manual do leite?	1 [] Sim 2 [] Não Se sim, quem orientou? _____	ORIORD:_____
101. Recebeu acompanhamento nos primeiros 15 dias de puerpério sobre amamentação?	1 [] Sim 2 [] Não Se sim, quantas visitas em 15 dias? _____	PUER15:_____

APÊNDICE B – Questionário de Admissão do recém-nascido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA



PROJETO PREMATURO- ADMISSÃO

Questionário de ADMISSÃO do recém nascido (premature e a termo)		
APLICAR PARA ADESÃO DA CRIANÇA AO PROJETO		
Data da entrevista:	___/___/___	DENT ___/___/___
Nome do entrevistador:		
Local de internamento	1[] UTI 2[] UCI 3[] Alojamento conjunto	

Recém nascido / n° identificador : _____

Identificação		
1. Qual o nome da mãe:		
2. Qual o nome da criança?		
3. Endereço completo:	_____	
4. Data de Nascimento:	___/___/___	DNASC ___/___/___
5. Telefone para contato:	() _____ - _____	
6. Peso ao nascer (em gramas):		PN: _____
7. Idade gestacional do parto		
9. Comprimento ao nascer:		EN: _____
10. Perímetro cefálico ao nascer:		PCN: _____
11. Fatores de risco nutricional (pode ter mais de uma resposta)	1[] RCIU (Retardo de Crescimento Intrauterino) 2[] SFA (Sofrimento Fetal Agudo) – Apgar <7 no 5º minuto 3[] Cardiopatia 4[] DBP (Displasia Broncopulmonar)	
12. Com quantos dias teve a eliminação do mecônio? (PROCURAR ESSA INFORMAÇÃO NA FICHA DA ENFERMAGEM)		
13. Apresentou alguma das seguintes complicações/ intercorrências? (pode ter mais de uma resposta)	1[] Não 2[] Aspiração de mecônio 3[] Icterícia 4[] Seps 5[] asfixia/ sofrimento fetal agudo	
Exame Físico Admissional		
17. Estado físico geral:		

26. FRATURAS:		
27. ORTOLANI/BARRLOW:		
28. Oxigênio: (dias)		
VMA: (dias)	/ VNI (dias):	/ CPAP (dias):
Halo: (dias)	/ cateter de O2 (dias):	
30. Hipoglicemia : Dias:		
31. Fototerapia: Dias:		
32. USG transfontanela:		
36. Hemoderivados:		
37. Cateter central: CMU() PICC ()		
38. Parenteral: () sim () não		
Alimentação		
41. Vias de administração DA ALIMENTAÇÃO:	() Enteral () Parenteral () Venóclise	
43. Situação atual:	() suspensa () Sonda Orogástrica (SOG) () Via Oral (VO) () Sonda aberta () GTT () Sonda Nasoentérica (SNE) () Seio materno livre (SML) () SM+VO (Seio materno + Via oral) () Translactação () Chuca () Sonda Nasogástrica (SNG) () Sonda Oroentérica (SOE)	
44. Tipo de alimentação (LEITE ADMINISTRADO):	() LMO (Leite Materno Ordenhado) () LA (Leite artificial) () LMO+LA (Leite materno ordenhado + Leite artificial) () LMO+ADITIVO (Leite materno ordenhado + aditivo)	
45. TIPO de leite artificial:	() PRE () NAN () Aptamil pepti () Outro: _____	

Se LA qual o tipo?									
Kcal									
PTN									
Acesso (SOG ou SOE ou SNG ou SNE)									
Início da enteral plena (data) APENAS ENTERAL									
Término da enteral por uso de sonda (data)									
Uso de aditivo do LM/ se sim qual?									
OUTROS									
Uso de suplementos? (Sim ou não)									
Especificar suplemento e dose									
INTERCORRÊNCIAS									
Evacuações									
Diurese									
Vômitos									
RGE (refluxo gastroesofágico) / regurgitação									
Hipoglicemia									
Resíduos gástricos									
Quantidade de resíduos gástricos (por horário) ANOTAR TODOS OS RESÍDUOS DO DIA									
DADOS BIOQUÍMICOS									
Hemograma (Hb, Hematócrito, VCM, CHM)									
Bilirrubina total, direta e indireta									
Glicemia									
Outros (SE TIVER VITAMINAS E MINERAIS)									

Tempo de hospitalização: _____ Peso na alta hospitalar: _____

APÊNDICE D – Questionário de Egresso de Nutrição.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
PROJETO PREMATURO**



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

Questionário da criança

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

Criança

Identificação

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

	4[] Outro.Qual? _____	
15. Você trata a água que você bebe?	1[] Sim 2[] Não	TAB:_____
16. SE AGUA É TRATADA , Qual o tratamento utilizado?	1[] Fervura 2[] Cloração 3[] Filtração 4[] Mineral 5[] Outro. Qual? _____	TUPTA:_____
17. Qual o destino do seu lixo?	1[] Coletado 2[] Queimado 3[] Céu aberto 4[] Enterrado 5[] Outro. Qual? _____	DLIXO:_____
18. Qual a renda familiar da sua casa?	1[] Inferior a 1 salário mínimo 2[] 1 salário mínimo 3[] Até 2 salários mínimos 4[] Acima de 2 salários mínimos	RENDF:_____
19. Recebe algum benefício do governo?	1[] Sim 2[] Não Qual? _____	BENF:_____
Antropometria e Exames		
20. Possui a caderneta da criança?	1 [] Sim, trouxe 2 [] Sim, Não trouxe 3 [] Não	PCC:_____
21. Peso ao nascer (gramas):		PN:_____
22. Comprimento ao nascer (cm):		EN:_____
23. Perímetro Cefálico ao nascer (cm):		PCN:_____
24. Peso atual (cm):		
25. Comprimento atual (cm):		
26. Perímetro Cefálico atual (cm):		
27. Perímetro Torácico (cm):		
28. Circunferência do Braço (cm):		
29. A criança recebeu visita domiciliar na 1ª semana de algum profissional de saúde?	1 [] Sim 2 [] Não	VAPS:_____
30. Qual profissional?		
	Médico 1 [] Sim 2 [] Não	VMED:_____
	Enfermeiro 1 [] Sim 2 [] Não	VENF:_____
	Fonoaudiólogo 1 [] Sim 2 [] Não	VFON:_____
	Nutricionista 1 [] Sim 2 [] Não	VNUT:_____
	Outro. Qual? _____	
31. A criança tomou/toma vitamina A? (VER NO CARTÃO)	1 [] Sim 2 [] Não	TVITA:_____
32. SE TOMOU , Quantas doses?	1 [] Uma 2 [] Duas 3 [] Três 4 [] Quatro 3 [] Não se aplica	
33. A criança TOMA sulfato ferroso?	1 [] Sim 2 [] Não	TSULFFER:_____
34. SE TOMOU/ TOMA , Qual o esquema de suplementação?	1 [] Diariamente 2 [] Semanalmente 3 [] Não se aplica	
35. A criança TOMA outro tipo de suplemento oral?	1 [] Sim Qual? _____ 2 [] Não	TSUPORAL: _____
36. SE TOMOU/ TOMA , Qual o esquema de suplementação?		
Aleitamento materno		
37. A criança foi colocada ao seio para mamar na primeira hora de vida logo após o parto? (AINDA NA SALA DE PARTO)	1 [] Sim 2 [] Não	
38. Na alta hospitalar qual era a alimentação da criança?	1 [] Apenas leite materno	

	2 [] Leite materno + fórmula infantil no copinho 3 [] Leite materno + fórmula infantil na chucha 4 [] Apenas fórmula infantil no copinho 5 [] Apenas fórmula infantil na chucha	
39. A criança mama?	1 [] Sim 2 [] Não	CMAMA:_____
40. <u>SE NÃO MAMA</u> , A criança mamou alguma vez na vida?	1 [] Sim 2 [] Não (NUNCA) 3 [] NÃO SE APLICA (QUANDO A CRIANÇA AINDA MAMA) 4 [] Não sabe	CMAMOU:_____
41. Mamou até que idade (MESES)?	1 [] Até 1 mês 2 [] Até 2 meses 3 [] Até 3 meses 4 [] Até 4 meses 5 [] Até 5 meses 6 [] Até 6 meses 7 [] > 6 meses	MAMOU:_____
42. <u>SE NÃO MAMA, MAS MAMOU</u> , Porque deixou de mamar?	1 [] Leite insuficiente 2 [] Criança não queria 3 [] Mãe não queria 4 [] Criança doente 5 [] Mãe doente 6 [] Mãe trabalhava/estudava 7 [] Problema no seio 8 [] Não se aplica 9 [] Outro. Qual? _____	PQDM:_____
43. <u>SE NUNCA MAMOU</u> , Porque nunca mamou?	1 [] Leite insuficiente 2 [] Criança não queria 3 [] Mãe não queria 4 [] Criança doente 5 [] Mãe doente 6 [] Mãe trabalhava/estudava 7 [] Problema no seio 8 [] Não se aplica 9 [] Outro Qual? _____	PNM:_____
44. <u>SE NUNCA MAMOU</u> qual o leite ofereceu como “substituto” do Leite Materno?	1 [] Leite em pó modificado (fórmulas) 2 [] Leite de vaca em pó integral 3 [] Leite de vaca não pasteurizado (natural) 4 [] Leite de vaca líquido integral 5 [] Leite de cabra 6 [] Leite de soja 7 [] Não se aplica 8 [] Não sabe 9 [] Outro: _____	SLM:_____
45. <u>SE NUNCA MAMOU</u> . Como preparava o leite da criança com mais frequência?	1 [] Apenas leite 2 [] Leite com açúcar 3 [] Leite com farináceos 4 [] Leite com açúcar e farináceos	
46. <u>ENQUANTO MAMA OU MAMAVA</u> ofereceu outro tipo de alimento? (ANTES DOS 6 MESES DE VIDA)	1 [] Sim 2 [] Não 3 [] NÃO SE APLICA (NUNCA MAMOU) 4 [] Não sabe	OAL:_____
47. <u>ENQUANTO MAMA OU MAMAVA</u> , qual alimento recebeu: (ANTES DOS 6 MESES DE VIDA)	Água: 1 [] Sim 2 [] Não	AG:_____
	Chá: 1 [] Sim, QUAL? 2 [] Não	CHA:_____
	Suco: 1 [] Sim, QUAL? 2 [] Não	SUCO:_____
	Outro leite: 1 [] Sim, QUAL? 2 [] Leite em pó modificado (fórmulas) 3 [] Leite de vaca em pó integral 4 [] Leite de vaca não pasteurizado (natural) 5 [] Leite de vaca líquido integral 6 [] Leite de cabra	OLEIT:_____

	7 [] Leite de soja 8 [] Não 9 [] não sabe informar	
	COMO PREPARA OU PREPARAVA O LEITE? 1 [] Apenas leite 2 [] Leite com açúcar 3 [] Leite com farináceos 4 [] Leite com açúcar e farináceos	
48. Quem recomendou a introdução dos alimentos? (ANTES DOS SEIS MESES DE VIDA)	1 [] Mãe 2 [] Sogra 3 [] Médico 4 [] Nutricionista 5 [] Outro. Qual? _____	

Avaliação de práticas alimentares de crianças menores de dois anos de idade

A senhora pode me dizer quais Alimentos esta criança tomou ou comeu desde ontem de tarde até hoje, sem contar com a primeira refeição da manhã? Eu vou falar o nome de cada alimento e a Sra. responde sim ou não.

49. Tomou leite de peito?	1 [] Sim 2 [] Não (Passe para a questão 50) 9 [] Não Sabe (Passe para a questão 50)	
50. Quantas Vezes? _____ vezes	9 [] Não Sabe	
51. Tomou Água?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
52. Tomou Chá?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
53. Tomou outro Leite?	1 [] Sim, qual? _____ 2 [] Não (Passe para a questão 55) 9 [] Não Sabe (Passe para a questão 55)	
54. Quantas vezes a criança recebeu esse outro leite? _____ vezes	9 [] Não Sabe	
55. Nesse leite tinha açúcar ou achocolatado?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
56. Tomou Suco de Fruta Natural ou Água de Coco?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
57. Tomou Suco Industrializado ou em Pó?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
58. Tomou Refrigerantes?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
59. Tomou Café?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
60. Comeu algum Alimento Sólido, Semissólido ou Pastoso?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	Quantas Vezes? _____ Vezes
61. Comeu Mingau com Leite?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	Quantas Vezes? _____ Vezes
62. Comeu outro tipo de Mingau?	1 [] Sim, qual? _____ 2 [] Não 9 [] Não Sabe	Quantas Vezes? _____ Vezes
63. Comeu Fruta Inteira, em Pedacos ou Amassada?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	Quantas Vezes? _____ Vezes
64. Comeu Mamão, Manga, Pitanga?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
65. Comeu alimento adoçado com Açúcar, Mel, Melado, adoçante?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	

66. Comeu Bala, Pirulito, ou outras guloseimas?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
67. Comeu Bolacha, Biscoito ou Salgadinho de Pacote?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
68. Comeu comida com Sal (de Panela, Papa, sopa)?	1 [] Sim 2 [] Não (Passe para a questão 69) 9 [] Não Sabe (Passe para a questão 69)
69. Quantas Vezes?	1 [] 1 Vez 2 [] Duas Vezes 3 [] Três Vezes ou Mais 9 [] Não Sabe
70. A comida oferecida foi (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma)	1 [] Igual a da família? 2 [] Preparada só para a criança? 3 [] Industrializada (de potinho) 9 [] Não Sabe
*Questão 69: ____, ____, ____ (resposta codificada)	
71. Essa comida foi oferecida como: (Leia as alternativas. Se necessário assinale mais de uma)	1 [] Em Pedacos? 2 [] Amassada? 3 [] Passada da Peneira? 4 [] Liquidificada? 9 [] Não sabe
*Questão 70: ____, ____, ____ (resposta codificada)	
72. Comeu algum tipo de Carne (de Boi, Frango, Porco, Peixe ou outro)?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
73. Comeu Fígado?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
74. Comeu Feijão?	1 [] Sim 2 [] Não (Passe para a questão 75) 9 [] Não Sabe (Passe para a questão 75)
75. Como foi oferecido esse feijão?	1 [] Só o Caldo 2 [] Só o Caroço 3 [] Caldo e Caroço 9 [] Não sabe
76. Comeu Ovo?	1 [] Sim 2 [] Não (Passe para a questão 78) 9 [] Não Sabe (Passe para a questão 78)
77. Como foi oferecido o Ovo?	1 [] Só a Clara 2 [] Só a Gema 3 [] Clara e Gema
78. Comeu Arroz, Batata, Inhame, Aipim, Macarrão sem ser Miojo?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
79. Comeu Legumes sem ser Batata/ Inhame/ Aipim?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
80. Comeu Abóbora, Cenoura, Brócolis ou Couve?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
81. Comeu Verduras de Folhas?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
82. Comeu Salsicha, Linguiça e/ou Nuggets?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
83. Comeu Macarrão tipo Instantâneo (Tipo Miojo)?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe
84. Tomou ou Comeu outros alimentos?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe

85. A criança frequenta Creche?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
86. Qual o Período?	1 [] Integral 2 [] Meio Período (Manhã ou Tarde)	
87. A Criança usa Mamadeira ou Chuquinha?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
88. A Criança usa Chupeta?	1 [] Sim 2 [] Não 9 [] Não Sabe	
Orientações Passadas por profissionais as mães das crianças atendidas nas UBS		
89. Você recebeu orientação sobre os benefícios do Aleitamento Materno?	1 [] Sim 2 [] Não	
90. Na consulta de puericultura explicaram a você a importância de dar somente o leite do peito até os seis meses de vida?	1 [] Sim 2 [] Não	
91. Na consulta de puericultura, você foi orientada a partir de qual mês o seu filho pode ingerir outros alimentos além do AM?	1 [] Sim. Qual? _____ 2 [] Não	
92. Na UBS algum profissional perguntou se estava tendo dificuldades na introdução dos alimentos na alimentação do seu filho?	1 [] Sim 2 [] Não	
93. Você foi orientada se é correto dar chupeta ao seu filho?	1 [] Sim 2 [] Não	
94. Você foi orientada se é correto a prática de dar leite na mamadeira ao seu filho?	1 [] Sim 2 [] Não	
95. Na UBS você foi informada sobre quais alimentos ricos em ferro você deve ofertar ao seu filho e a partir de qual mês deve introduzir esses alimentos?	1 [] Sim. Quais são? _____ 2 [] Não	
96. Na UBS você foi orientada sobre quais alimentos ricos em vitamina A você deve dar ao seu filho e a partir de qual mês deve introduzir esses alimentos?	1 [] Sim. Quais são? _____ 2 [] Não	
97. Em qual momento você recebeu as orientações de como deve ser a alimentação do seu filho?	1 [] Pré-natal 2 [] Curso de gestante 3 [] Consulta de puericultura 4 [] Consulta de rotina	

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Maiores de 18 anos de idade.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

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

por parte das mães na hora de responder as perguntas do questionário, nesse caso o participante pode se negar a responder a referente questão que lhe cause constrangimento, mas para minimizar isto, a mãe será informada sobre todos os objetivos e etapas da pesquisa.

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

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

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

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

Local e data _____

Assinatura do participante:

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

Impressão
Digital
(Opcional)

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Responsável legal pelo menor de 18 anos de idade.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO

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

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

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

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

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

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

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

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

(Assinatura do pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

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

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

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

Impressão
Digital
(Opcional)

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE F – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DE VITÓRIA
NÚCLEO DE NUTRIÇÃO
TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

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

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

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

_____ Assinatura do pesquisador (a)

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

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

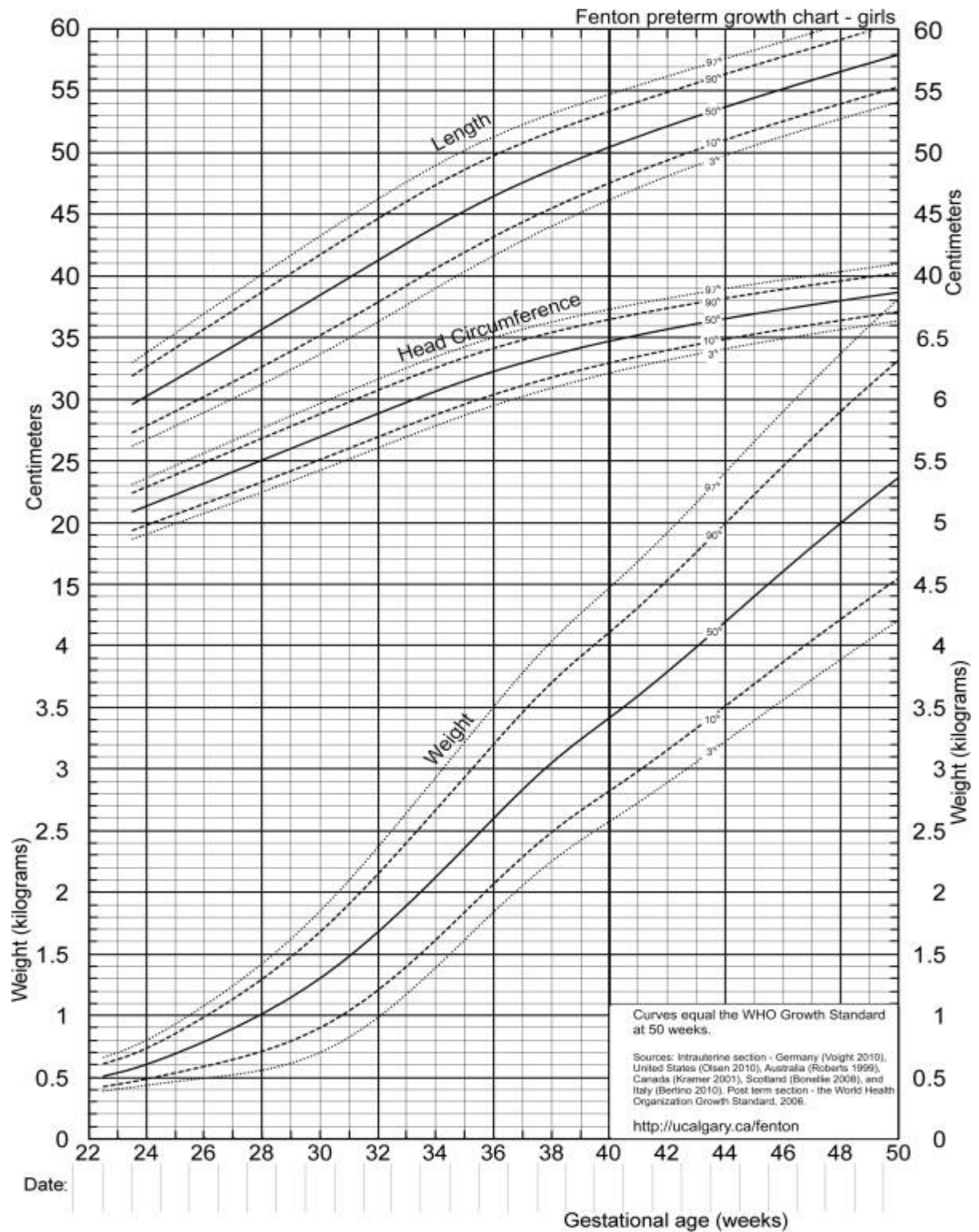
Local e data _____ Assinatura do (da) menor: _____

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

Nome:	Nome:
Assinatura:	Assinatura:

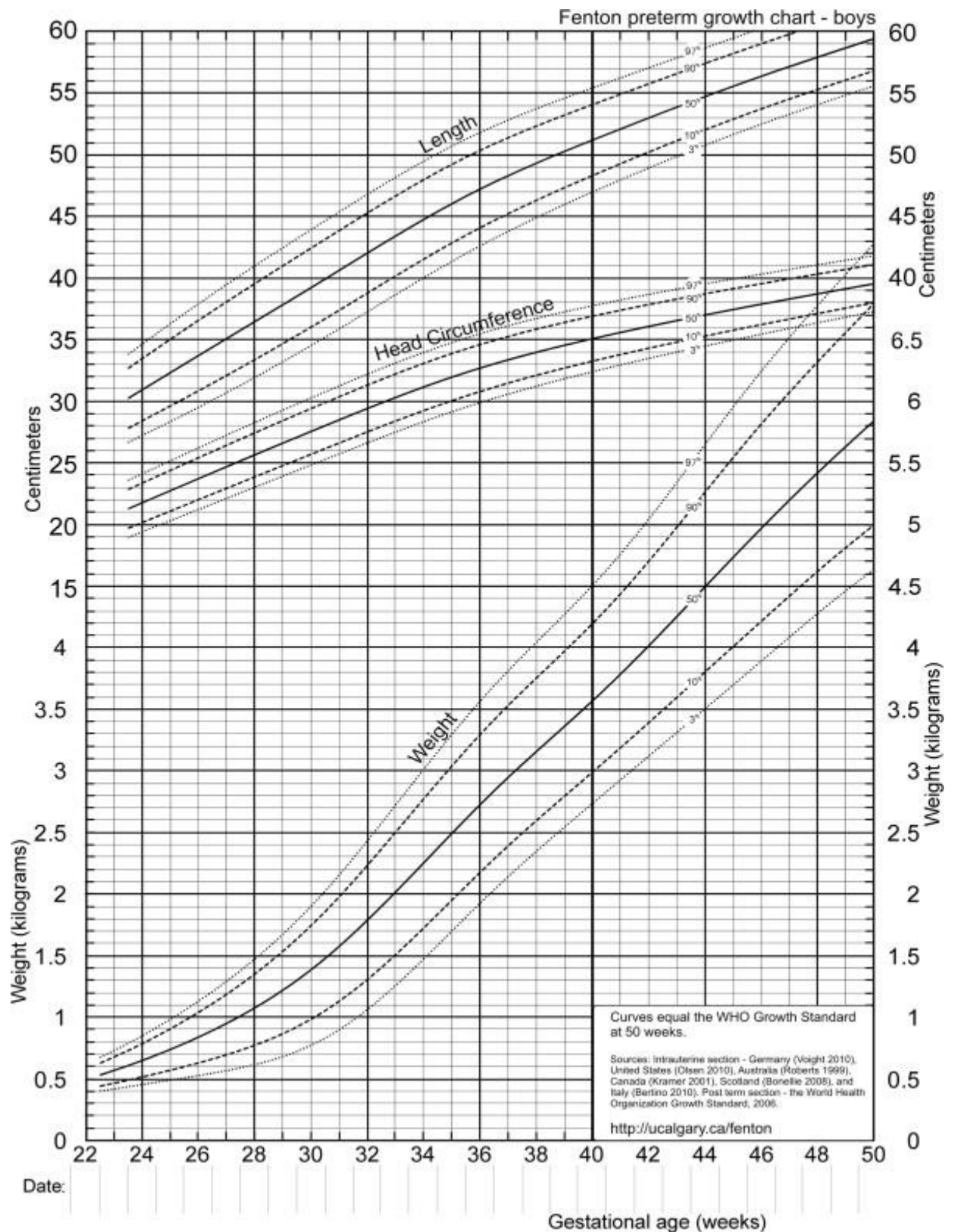
ANEXOS

ANEXO A - Gráfico das curvas de crescimento ao nascer para meninas – Fenton, 2013.



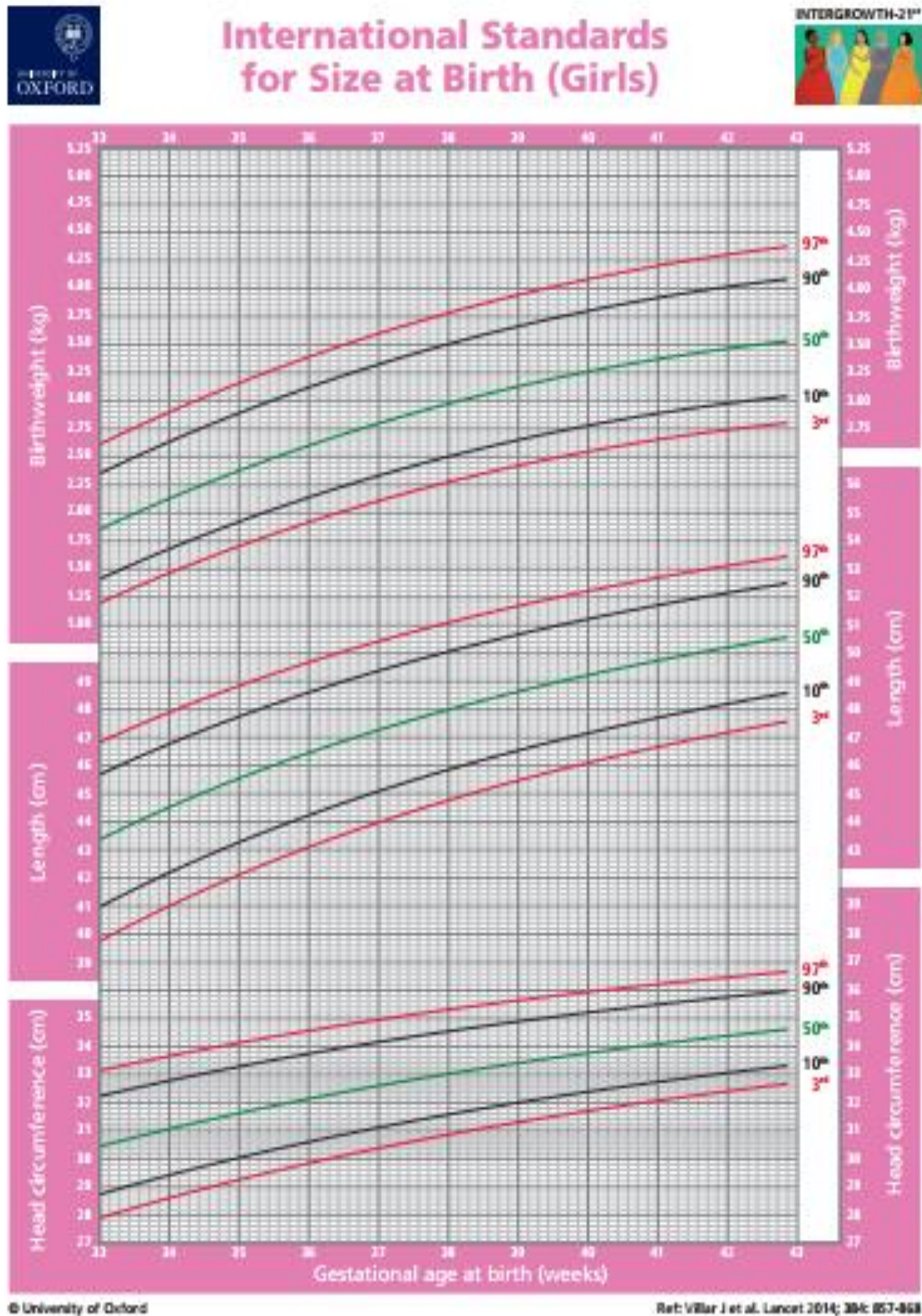
Fonte: Fenton, 2013.

ANEXO A - Gráfico das curvas de crescimento ao nascer para meninos – Fenton, 2013.



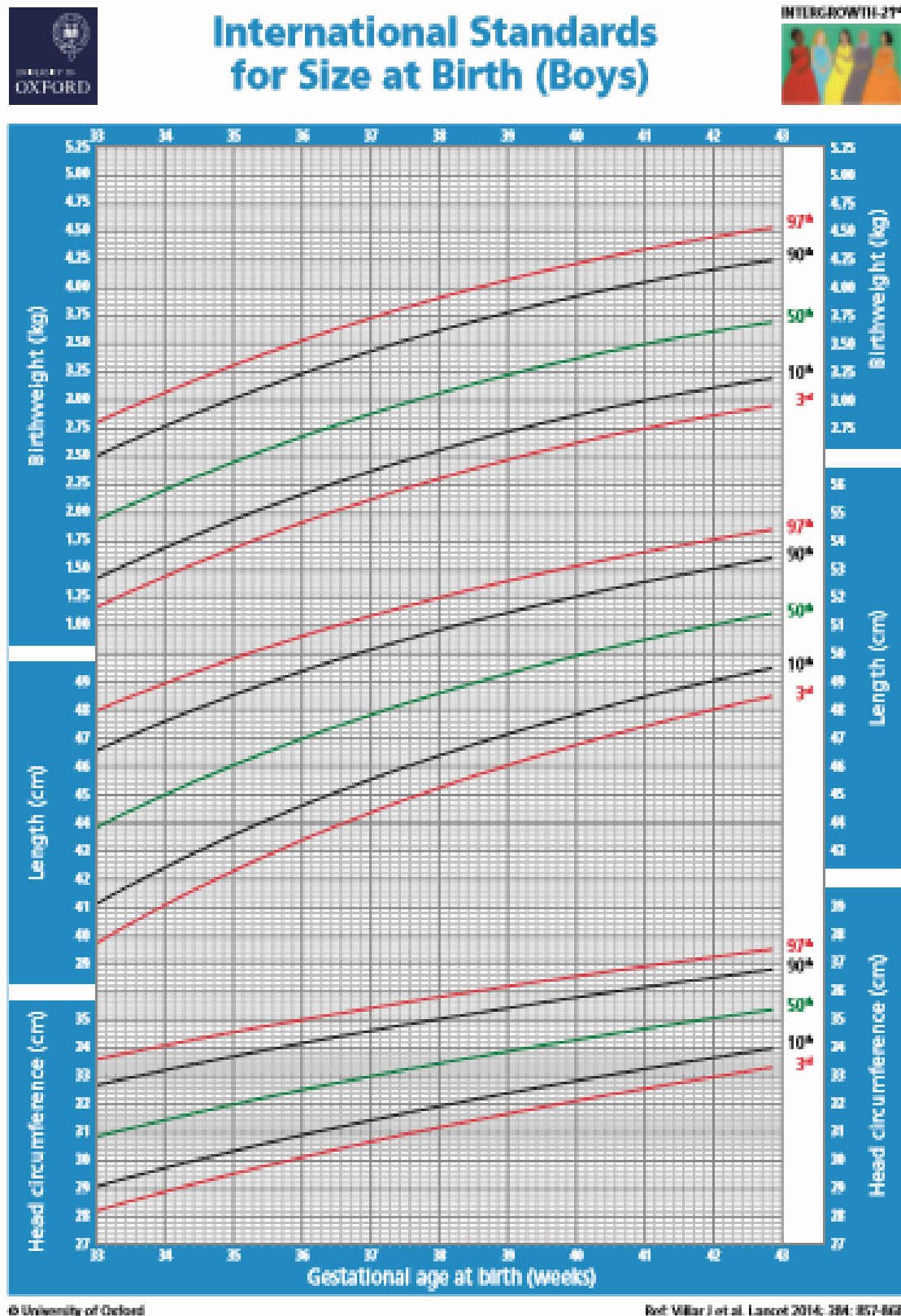
Fonte: Fento, 2013.

ANEXO B - Gráfico das curvas de crescimento ao nascer para meninas – Intergrowth21, 2014.



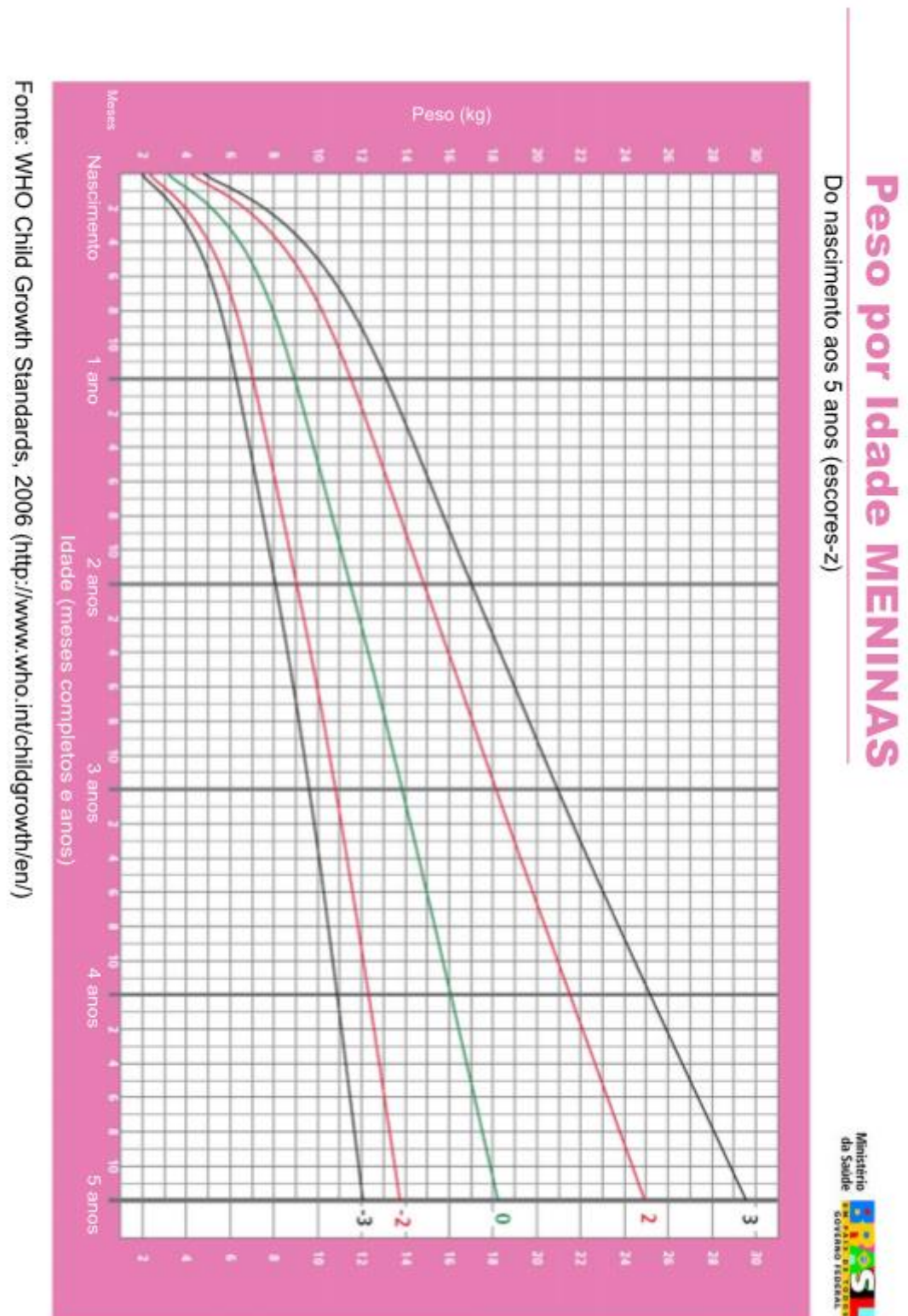
Fonte: Intergrowth21 – 2014.

ANEXO B - Gráfico das curvas de crescimento ao nascer para meninos – Intergrowth21, 2014.



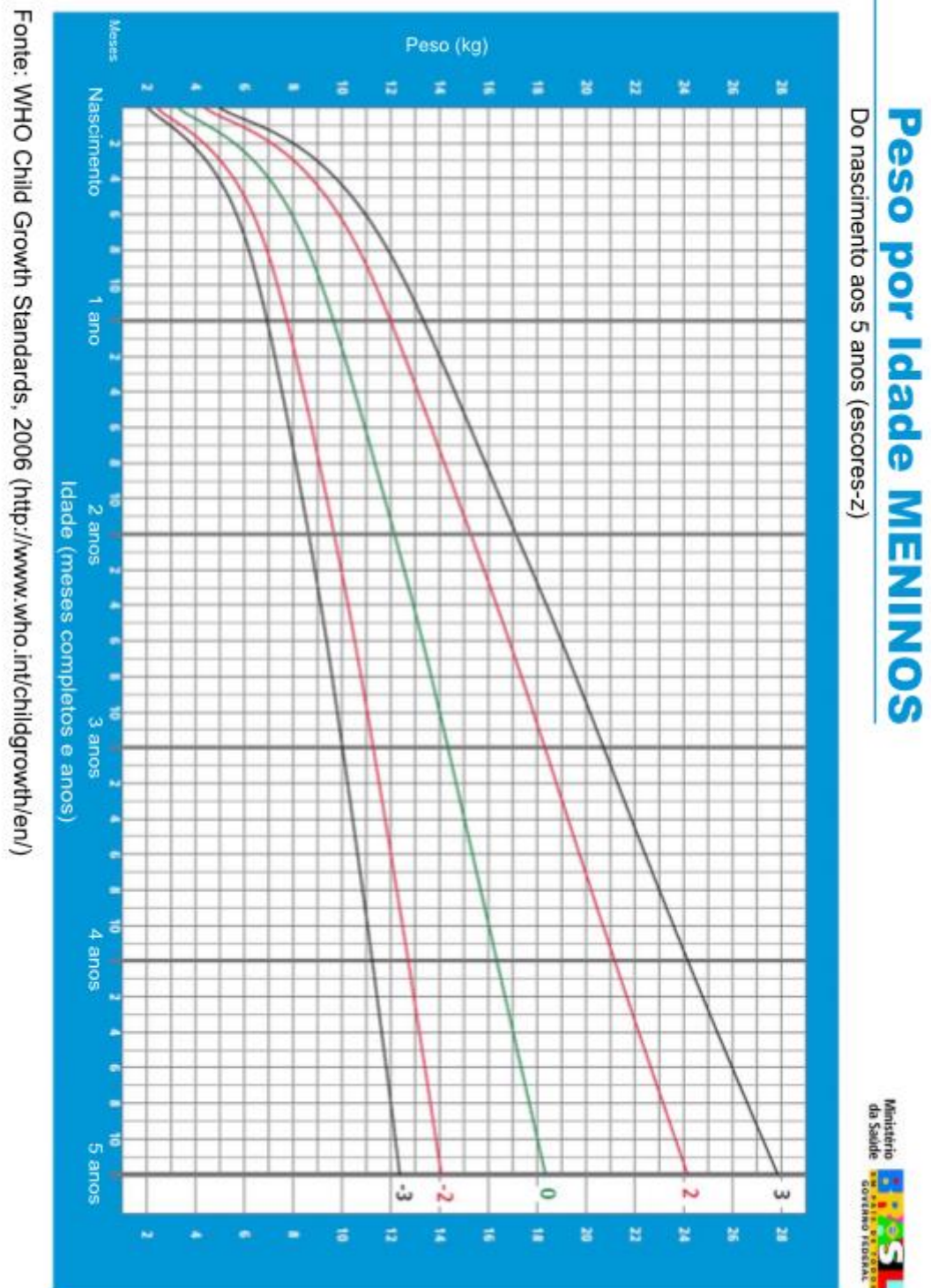
Fonte: Intergrowth21 – 2014.

ANEXO C - Gráfico da curva de crescimento de peso para idade, meninas – OMS 2006.



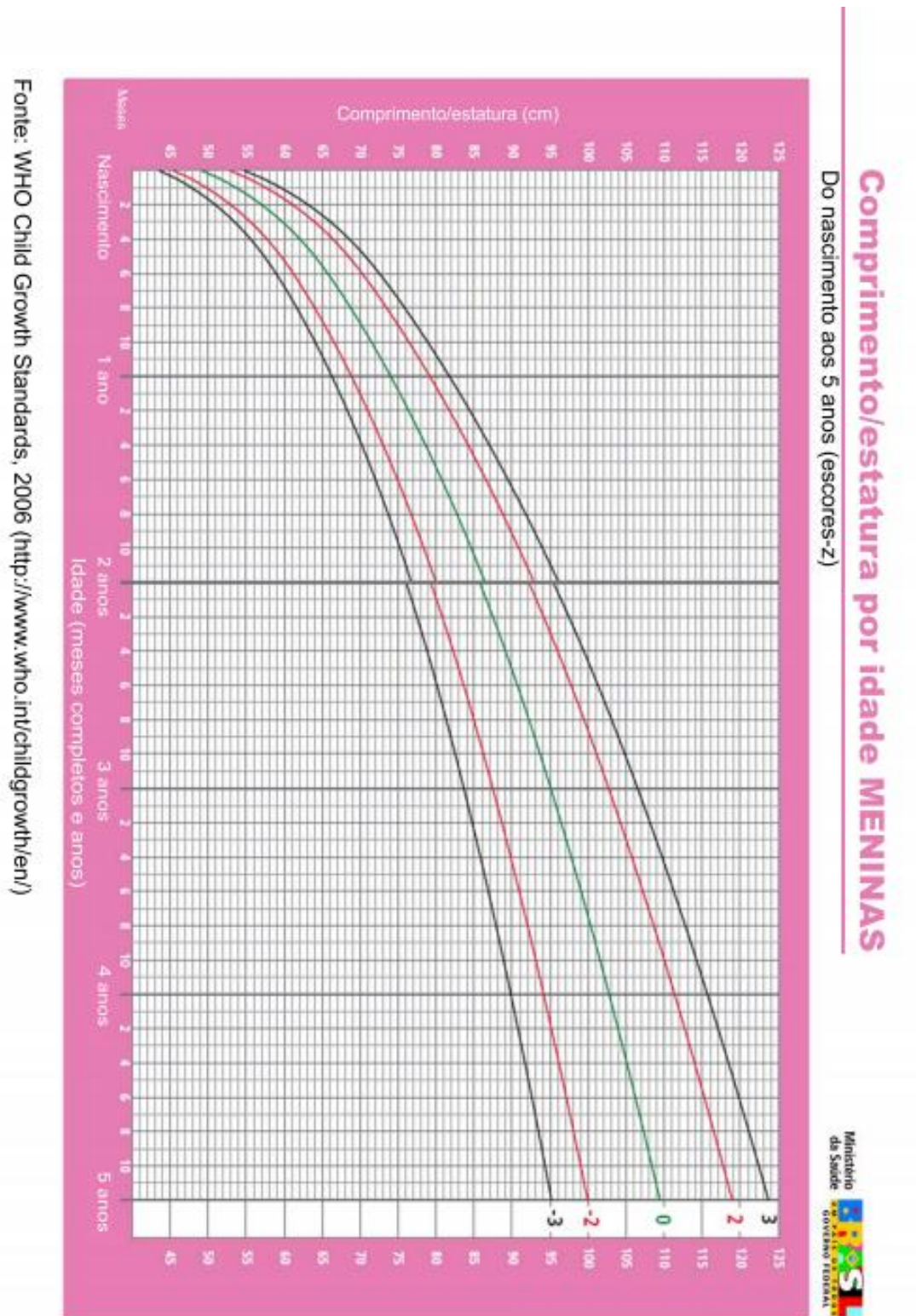
Fonte: OMS, 2006.

ANEXO C - Gráfico da curva de crescimento de peso para idade, meninos – OMS 2006.



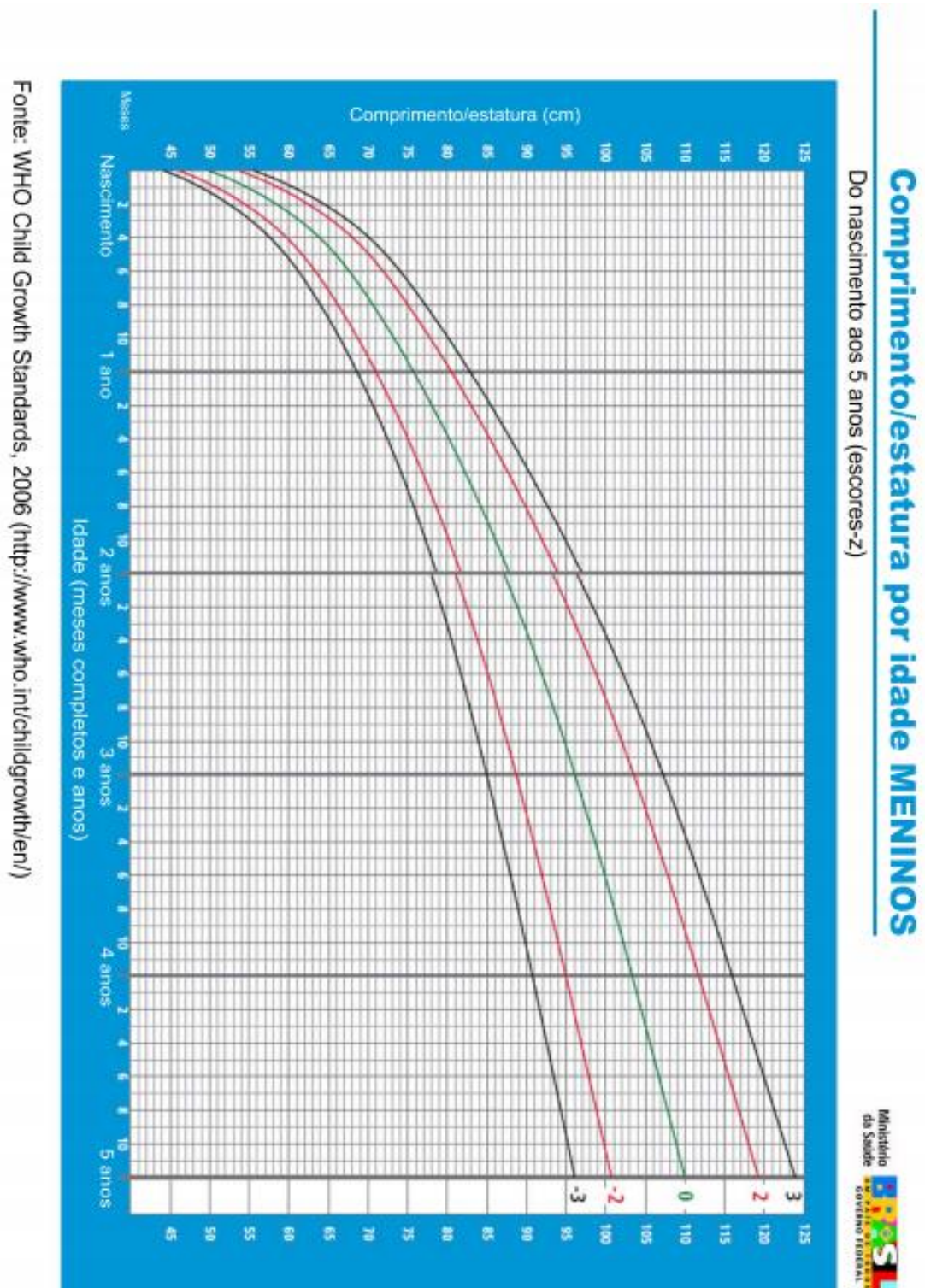
Fonte: OMS, 2006.

ANEXO C - Gráfico da curva de crescimento de comprimento para idade, meninas – OMS 2006.



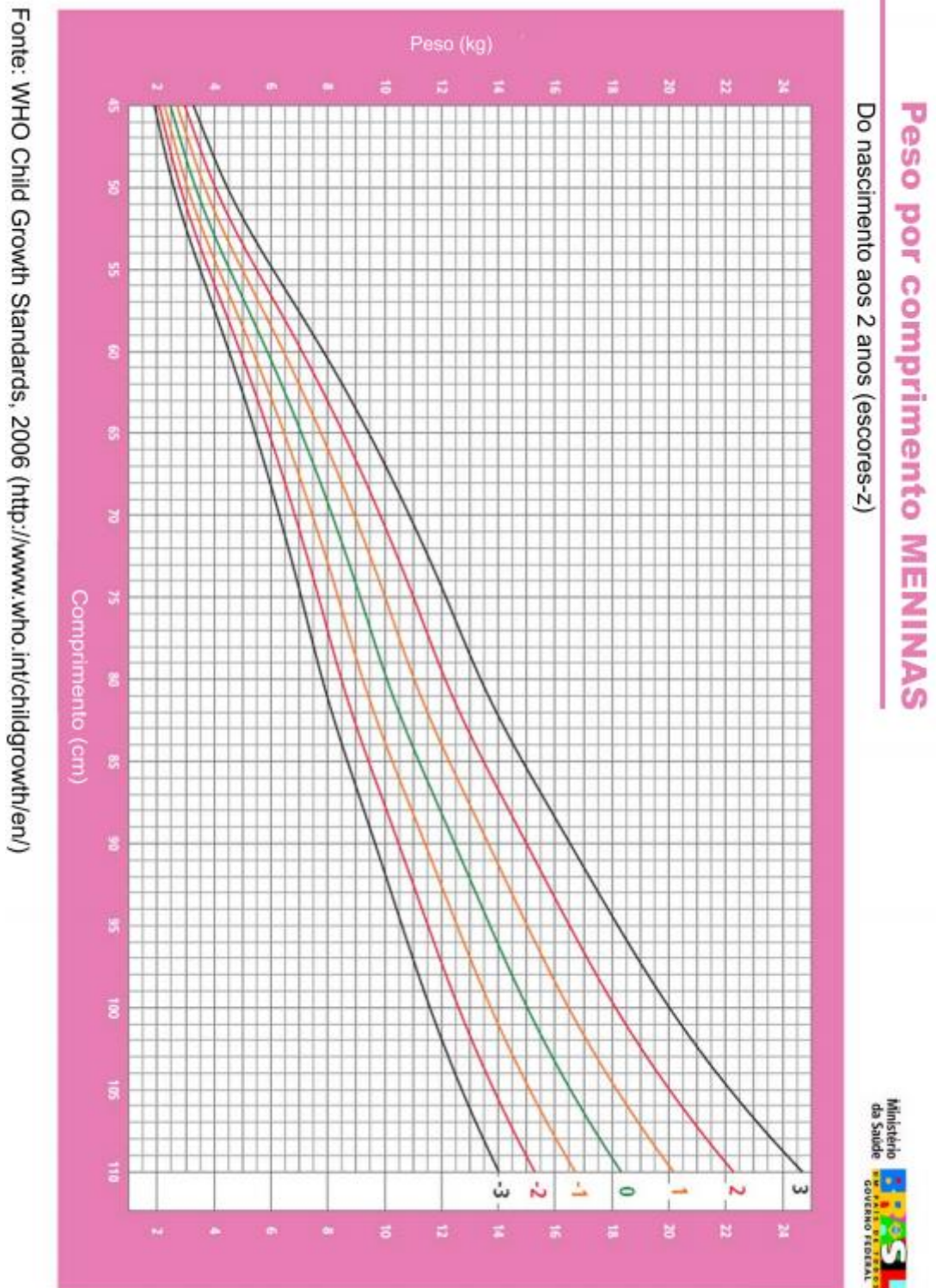
Fonte: OMS, 2006.

ANEXO C - Gráfico da curva de crescimento de comprimento para idade, meninos – OMS 2006.



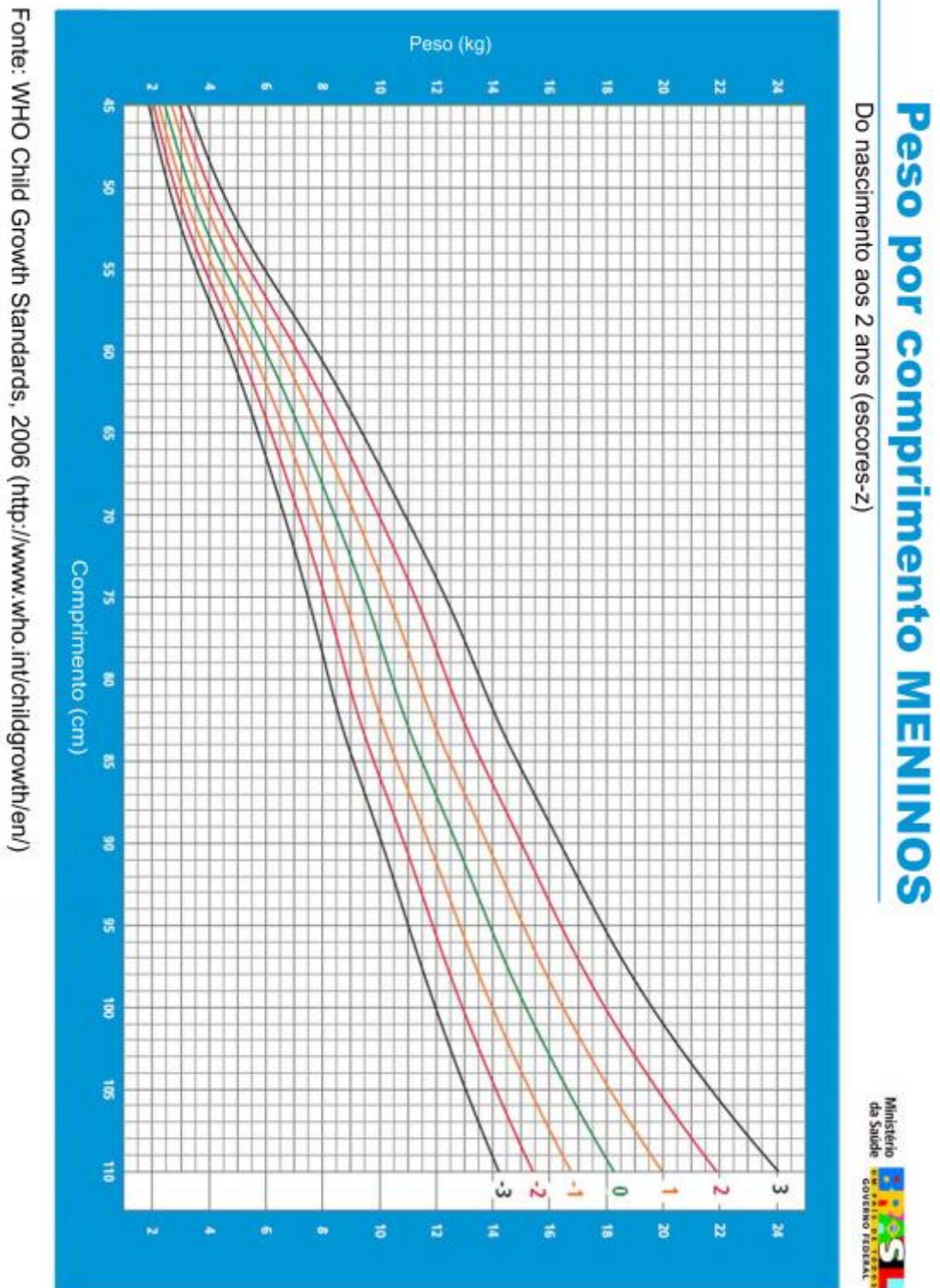
Fonte: OMS, 2006.

ANEXO C - Gráfico da curva de crescimento de peso para comprimento, meninas – OMS 2006.



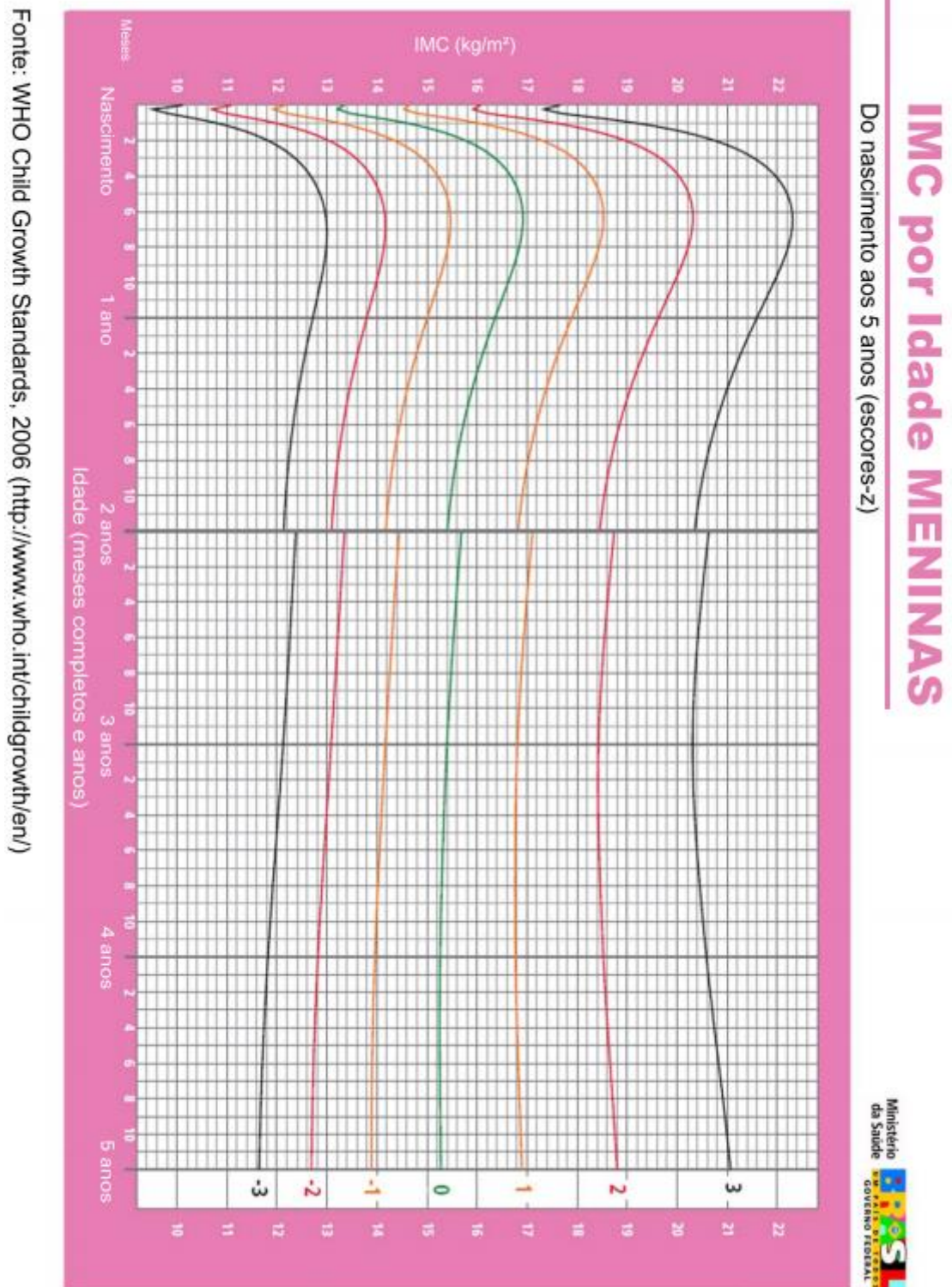
Fonte: OMS, 2006.

ANEXO C - Gráfico da curva de crescimento de peso para comprimento, meninos – OMS 2006.



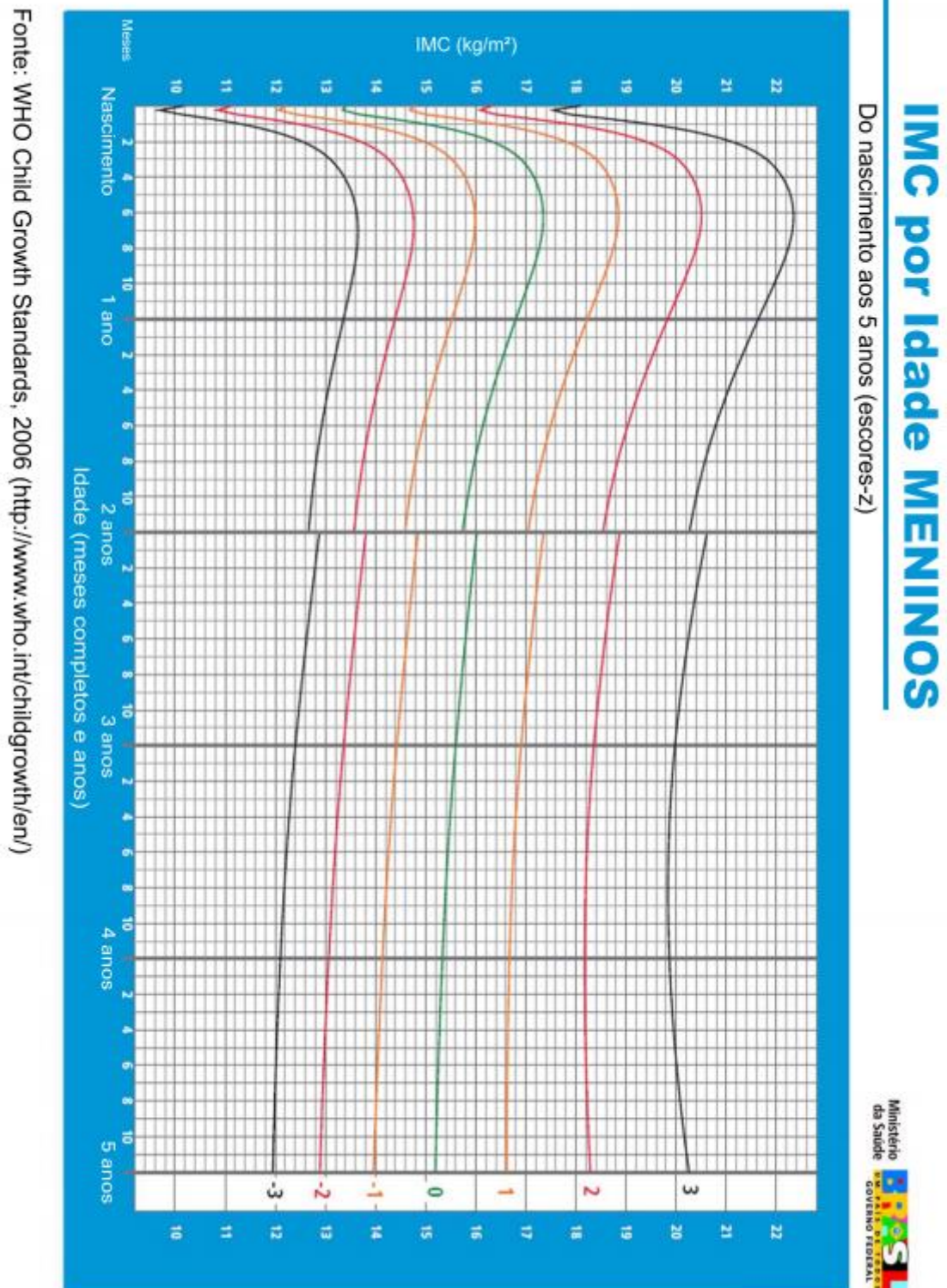
Fonte: OMS, 2006.

ANEXO C - Gráfico da curva de crescimento de IMC para idade, meninas – OMS 2006.



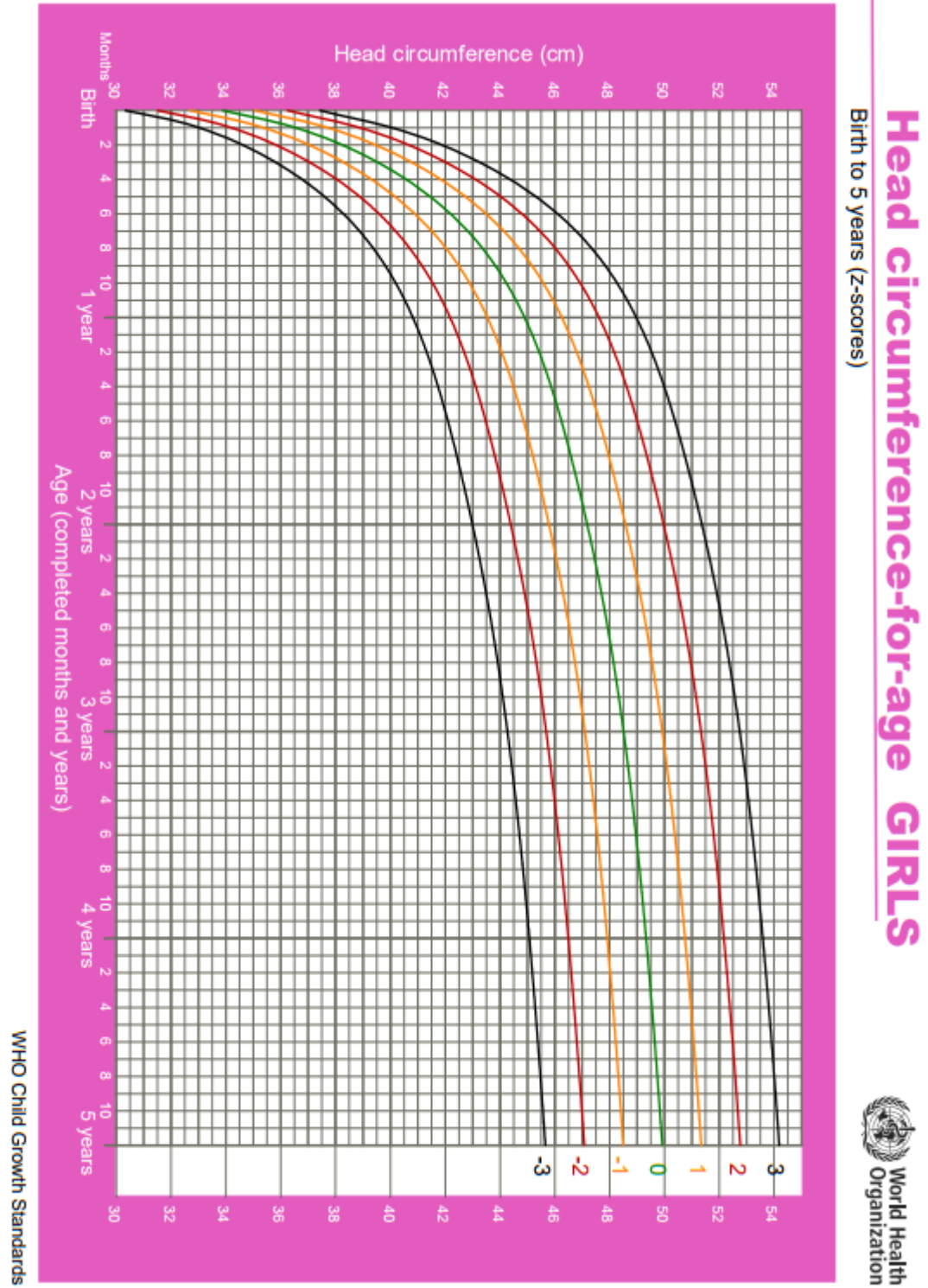
Fonte: OMS, 2006.

ANEXO C - Gráfico da curva de crescimento de IMC para idade, meninos – OMS 2006.



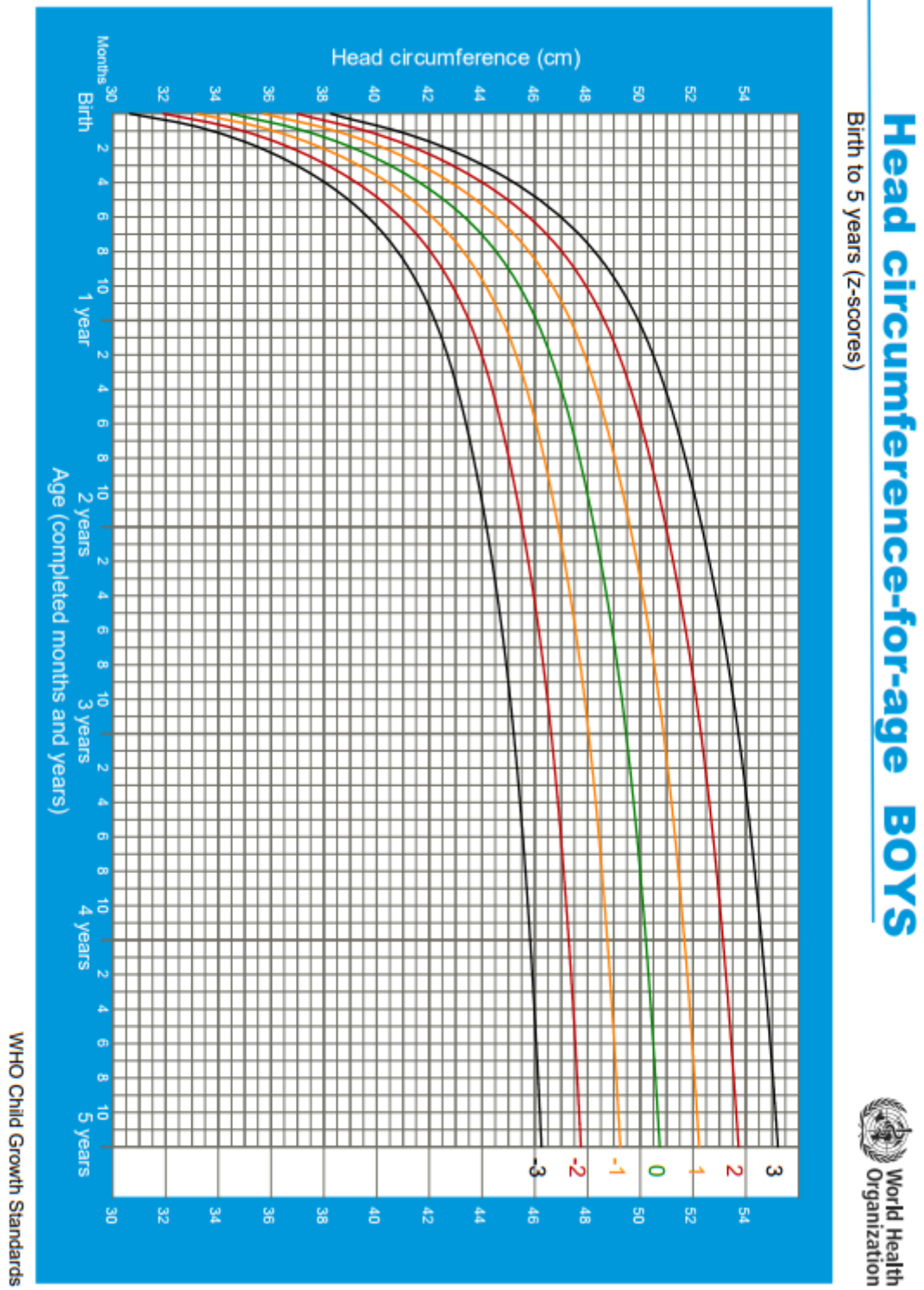
Fonte: OMS, 2006.

ANEXO C - Gráfico da curva de crescimento de perímetro cefálico para idade, meninas – OMS 2006.



Fonte: OMS, 2006.

ANEXO C - Gráfico da curva de crescimento de perímetro cefálico para idade, meninos – OMS 2006.



Fonte: OMS, 2006.

ANEXO D – Curva do crescimento intrauterino, de acordo com Lubchenco, 1963.



Fonte: Lubchenco, 1963.

ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos

Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos		UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-	
---	---	---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP
DADOS DA EMENDA

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

Pesquisador: Michelle Figueiredo Carvalho

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 46894115.1.0000.5208

Instituição Proponente: Centro Acadêmico de Vitória de Santo Antão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.692.730

Apresentação do Projeto:

A pesquisa a ser realizada na UTI Neonatal do Hospital João Murilo de Oliveira o qual é referência para gestação de alto risco, na cidade de Vitória de Santo Antão. Estudo é do tipo coorte prospectivo com crianças prematuras no Hospital João Murilo de Oliveira durante o período de ABRIL de 2016 a ABRIL de 2017. Serão acompanhados todos os recém-nascidos prematuros da UTI neonatal no período de ABRIL de 2016 a ABRIL de 2017. Serão incluídas todas as crianças com idade gestacional menor que 37 semanas, classificadas como prematuros pela sociedade brasileira de pediatria, 2006.

Objetivo da Pesquisa:

Verifica-se que o projeto tem como objetivo descrever e acompanhar o perfil clínico nutricional/estado nutricional e as práticas de amamentação e alimentação dos recém nascidos prematuros em um hospital de referência para a gestação de alto risco da cidade da Vitória de Santo Antão até completarem 1 ano de vida. Estudo é do tipo coorte prospectivo com crianças prematuras nascidas no Hospital João

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



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



Continuação do Parecer: 1.692.730

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

Benefícios:

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

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

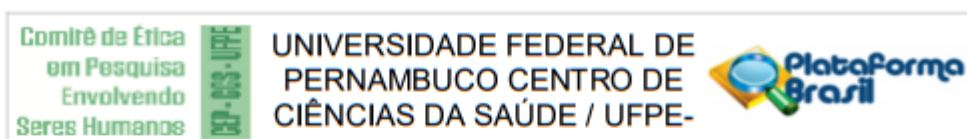
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81) 2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.692.730

Recomendações:

S/Recomendação.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

A emenda foi avaliada e APROVADA pelo colegiado do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_780555_E1.pdf	23/08/2016 12:34:55		Aceito
Outros	Curriculo_Erika_Michelle_Correia_de_Macedo.pdf	23/08/2016 12:31:37	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_DA_EMENDA.docx	23/08/2016 12:06:37	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_prematuro_plataforma_modificado.doc	23/08/2016 11:52:41	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Outros	TCLEpais.doc	20/08/2015 14:35:19	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Outros	TALE.doc	20/08/2015 14:34:58	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Outros	PB_XML_INTERFACE_REBEC.xml	07/07/2015 11:37:12	Michelle Figueiredo Carvalho	Aceito
Outros	CARTA DE ANUÊNCIA.pdf	07/07/2015 11:36:09		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE maiores de 18 anos.doc	04/07/2015 15:57:53		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_prematuro_plataforma.doc	04/07/2015 15:57:37		Aceito
Outros	Curriculo Anayres.pdf	04/07/2015 15:52:22		Aceito
Outros	curriculo Liliane.doc	04/07/2015 15:52:01		Aceito
Outros	curriculo Deysiane.doc	04/07/2015 15:43:57		Aceito
Outros	Curriculo Lattes Kennia.pdf	04/07/2015 15:43:32		Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética
em Pesquisa
Envolvendo
Serres Humanos



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



Continuação do Parecer: 1.692.730

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 24 de Agosto de 2016

Assinado por:

Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador)

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

Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600

UF: PE Município: RECIFE

Telefone: (81) 2126-8588

E-mail: cspccs@ufpe.br