

CURSO DE ENFERMAGEM

Maria Eloisa Collognese

**PRÁTICAS ALIMENTARES: ESTUDO REALIZADO COM CRIANÇAS
PREMATURAS ACOMPANHADAS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DE
SANTA CRUZ DO SUL**

SANTA CRUZ DO SUL

2017

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE ENFERMAGEM

Maria Eloisa Collognese

**PRÁTICAS ALIMENTARES: ESTUDO REALIZADO COM CRIANÇAS
PREMATURAS ACOMPANHADAS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DE
SANTA CRUZ DO SUL**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade de Santa Cruz do Sul, como requisito para aprovação
na disciplina Trabalho de Curso II.

Orientadora: Prof^ª. Ms. Ingre Paz

SANTA CRUZ DO SUL

2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

Santa Cruz do Sul, dezembro de 2017

**PRÁTICAS ALIMENTARES: ESTUDO REALIZADO COM CRIANÇAS PREMATURAS
ACOMPANHADAS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DE SANTA CRUZ DO SUL**

MARIA ELOISA COLLOGNESE

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final, em _____.

BANCA EXAMINADORA

Ingre Paz

Prof. Enf^ª. Orientadora

Amelia Natalia Marques Cerentini

Prof. Enf^ª. Curso Enfermagem

Leni Dias Weigelt

Prof. Enf^ª. Curso Enfermagem

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus pela minha vida e por ter me concedido o dom de cuidar, como também a oportunidade de estudar, desenvolver e aprofundar minhas habilidades para, assim, conquistar meu objetivo.

Agradeço aos meus pais, Ludmila e Ilucir, a minha irmã emprestada Izabele, meu dindo de coração Rivelino. Vocês são o meu “porto seguro”. Obrigada por tudo! Obrigada mãe, por ter me dado à luz e me guiado pelas minhas escolhas sempre, por ser essa pessoa incrível, sempre me dando forças para continuar. Obrigada pai, és um exemplo de pessoa para mim, trabalhador e honesto. Obrigada minha pequena, minha eterna companheira. Obrigada Tio você é fundamental na minha caminhada. Desculpem pela minha ausência!

Agradeço aos meus avós maternos e paternos (*in memoriam*). Mesmo que eu não lhes veja, posso sentir suas presenças em minhas lutas e vitórias, saudades eternas!

Agradeço aos meus familiares que sempre me apoiaram e acreditaram em mim e nunca duvidaram da minha capacidade. Agradeço a minha afilhada Clara, você trouxe alegria e leveza à vida de sua dinda.

Agradeço a todos os meus colegas que a Enfermagem, turma do curso de Enfermagem 2018/1, em especial os presentes da faculdade Adriano, Anatacha, Bruna e Luana vocês dividiram comigo as dificuldades e os prazeres da vida acadêmica. Agradeço por todas as caronas ganhadas.

Agradeço minhas amigas que mesmo distantes estão sempre no meu coração Natana, Tamiris, Eliara e Daniela. Aos meus colegas de apartamento Julia e Marlon, obrigado por todas as palavras de incentivo e conselhos.

Agradeço Letícia da Luz Ferreira, minha eterna dupla, você é uma pessoa que fez parte diretamente desta minha jornada, pois, ganhei uma amiga irmã, você viveu comigo dias alegres e tristes, conhecemos nossos limites e aprendemos juntas, isso tornou esses longos anos mais leves.

Agradeço minha amiga Leila Moura, obrigada por todo o incentivo e ensinamento, entre tantas pessoas, você foi uma que acreditou em mim desde o início, obrigada pela tua amizade, você é essencial nessa caminhada, não tenho palavras para descrever minha eterna gratidão a você, que Deus sempre abençoe nossa amizade.

Agradeço minhas amigas da UTI Neopediátrica, minha segunda família Fabiane, Rose, Tamara, Gabi, Ândrea, Claudia, Shayane, Sabrina, Deise, Maira, Luciane e Mirdes, vocês tornam meus dias mais felizes e leves, levo cada uma de vocês no meu coração, agradeço toda a paciência e amizade.

Agradeço também a minha orientadora, Professora Ingre Paz, professora e amiga, que aceitou meu convite para me orientar neste trabalho, pelos grandes e valiosos ensinamentos, que foram além da sala de aula, pela prontidão em me auxiliar e pela paciência que dispensou para comigo, com o intuito de que este trabalho fosse concluído.

Agradeço a todos os meus mestres da faculdade, profissionais e pessoas que contribuíram de uma forma ou de outra na minha jornada acadêmica.

Dedico este estudo a todos as crianças prematuras que passaram pelos meus cuidados enquanto profissional da enfermagem. Aprendi muito com os meus pequenos sobre a vida, sobre força, sobre fé. Eles incentivam minha caminhada e, portanto, merecem meu eterno agradecimento!

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características das crianças prematuras.

Tabela 2: Perfil materno e socioeconômico.

Tabela 3: Prevalência dos tipos de alimentação, na alta hospitalar até um ano de vida de crianças prematuras acompanhados no ambulatório de risco.

LISTA DE ABREVIACOES

AA	Aleitamento Artificial
AM	Aleitamento materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	Aleitamento Materno Misto
AMP	Aleitamento Materno Predominante
BPN	Baixo peso ao nascer
EBPN	Extremamente baixo peso ao nascer
IG	Idade gestacional
LM	Leite Materno
MBPN	Muito baixo peso ao nascer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organizao Mundial de Saúde
PNN	Peso ao nascer normal
PTM	Prematuro
RN	Recém-Nascidos
RNPT	Recém-Nascidos Pré-Termo
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	3
2.1 Objetivo Geral	3
2.2 Objetivos Específicos	3
3. MÉTODO	4
4. RESULTADOS	5
5. DISCUSSÃO	9
6. CONCLUSÃO	15
7. REFERÊNCIAS	16
8. APÊNDICES	18
8.1 Projeto de Monografia	18
8.2 Normas para Publicação em Revista Científica	31
8.3 Parecer Substanciado do CEP	34

**PRÁTICAS ALIMENTARES: ESTUDO REALIZADO COM CRIANÇAS
PREMATURAS ACOMPANHADAS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DE
SANTA CRUZ DO SUL**

**FOOD PRACTICES: STUDY CARRIED OUT WITH PREMATURE CHILDREN
ACCOMPANIED IN THE HIGH RISK AMBULATORY OF SANTA CRUZ DO SUL**

**PRÁCTICAS ALIMENTARIAS: ESTUDIO REALIZADO CON NIÑOS
PREMATURAS ACOMPAÑADAS EN EL AMBULATORIO DE ALTO RIESGO DE
SANTA CRUZ DEL SUR**

Maria Eloisa Collognese

Acadêmica de Enfermagem. Departamento de Enfermagem e Odontologia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul - RS, Brasil. Endereço Residencial: Rua Augusto Spengler, Condomínio Itapema, 200, Bloco A1, Ap. 303.

Contato: (51) 997561404, eloisalimberger@hotmail.com

Ingre Paz

Mestre em Enfermagem. Professora adjunta do Departamento de Enfermagem e Odontologia. Universidade de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul - RS, Brasil.

Monografia para obtenção de título em Bacharel em Enfermagem. Autor (a): Maria Eloisa Collognese, 2017, Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC).

RESUMO

Objetivo: analisar as práticas alimentares de crianças prematuras no primeiro ano de vida acompanhadas no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul; **Métodos:** trata-se de um estudo de caráter quantitativo, exploratório e descritivo com aplicação de formulário fechado. Após os dados foram tabulados e lançados em um *Microsoft Office Excel for Windows 2013*. **Resultados:** participaram do estudo 63 (100%) crianças prematuras acompanhadas no ambulatório de alto risco. Dentre os sujeitos da pesquisa 43 (68,2%) eram baixo peso ao nascer, 44 (69,8%) foram prematuros moderado a tardio, entre 32 e 36 semanas de gestação. Quanto ao perfil materno, 51 (81%) corresponderam 20 a 40 anos, 41(65,1) mães tiveram parto prematuro anterior. Quanto alimentação até um ano de vida, na alta hospitalar 28 (44,4%) alimentavam-se de aleitamento materno exclusivo (AME), após a alta hospitalar 28 (44,4%) alimentaram-se de AME, aos três meses de vida observou-se que 23 (36,5%) recebiam aleitamento materno complementado, aos seis meses de vida 34 (54%) já se alimentavam com algum tipo de leite, papinhas, mingau, sucos e frutas raspadas. Aos nove meses 50 (79,4%) alimentavam com algum tipo de leite, papinhas, mingau, sucos e frutas raspadas. No primeiro ano de vida notou-se que 53 (84,1%) alimentavam-se de com algum tipo de leite se alimentava com refeições iguais às da família. **Conclusão:** pode-se verificar na pesquisa que ser prematuro não impediu a prática do AM; entretanto, as práticas alimentares no primeiro ano de vida preconizadas pelo Ministério da Saúde não são seguidas.

DESCRITORES: PREMATURIDADE; PRATICAS ALIMENTARES; ALEITAMENTO MATERNO;

ABSTRACT

Objective: to analyze the feeding practices of premature infants in the first year of life accompanied in the high-risk outpatient clinic of the city of Santa Cruz do Sul. **Methods:** This is a quantitative, exploratory and descriptive study with closed form application. Afterwards, the data was tabulated and posted to a Microsoft Office Excel for Windows 2013. **Results:** 63 (100%) premature children were followed up at the high-risk outpatient clinic. Among the subjects in the study 43 (68.2%) were low birth weight, 44 (69.8%) were premature, moderate to late, between 32 and 36 weeks of gestation. Regarding the maternal profile, 51 (81%) corresponded to 20 to 40 years, 41 (65.1) mothers had previous preterm birth. In terms of food up to one year of age, at hospital discharge 28 (44.4%) had exclusive breastfeeding (AME), after hospital discharge 28 (44.4%) were fed SMA, at 3 months of age, 23 (36.5%) were receiving complementary breastfeeding, at six months of life 34 (54%) were already fed with some type of milk, baby food, porridge, juices and grated fruits. At the age of nine months, 50 (79.4%) fed with some type of milk, baby foods, porridge, juices and grated fruits. In the first year of life, 53 (84.1%) were fed with some type of milk and fed with meals equal to those of the family. **Conclusion:** It can be verified in the research that being premature did not prevent the practice of MA; however, food practices in the first year of life advocated by the Ministry of Health are not followed.

KEYWORD: PREMATURE;FOOD PRACTICES;BREAST FEEDING.

RESUMEN

Objetivo: analizar las prácticas alimentarias de niños prematuros en el primer año de vida acompañados en el ambulatorio de alto riesgo de la ciudad de Santa Cruz del Sur; **Métodos:** se trata de un estudio de carácter cuantitativo, exploratorio y descriptivo con aplicación de formulario cerrado. Después, los datos fueron tabulados y lanzados en un *Microsoft Office Excel for Windows 2013*. **Resultados:** participaron del estudio 63 (100%) niños prematuros acompañados en el ambulatorio de alto riesgo. Entre los sujetos de la investigación (68,2%) eran bajo peso al nacer, 44 (69,8%) fueron prematuro moderado a tardío, entre 32 y 36 semanas de gestación. En cuanto al perfil materno, 51 (81%) correspondieron a 20 a 40 años, 41 (65,1) madres tuvieron parto prematuro anterior. En cuanto a la alimentación hasta un año de vida, en el alta hospitalaria 28 (44,4%) se alimentaban de lactancia materna exclusiva (AME), después del alta hospitalaria 28 (44,4%) se alimentaron de AME, a los tres meses de vida, se observó que (36,5%) recibieron lactancia complementaria, a los seis meses de edad 34 (54%), ya estaban alimentados con algún tipo de leche, jeringa, jugos y frutas raspadas. En diecinueve meses, 50 (79,4%) alimentaban cualquier tipo de leche, jeringa, mingo, jugos y frutas raspadas. En el primer año de vida, se observó que 53 (84,1%) fueron alimentados con algún tipo de leche alimentada con comidas iguales a las de la familia. **Conclusión:** se puede verificar en la investigación que ser prematuro no impidió la práctica del AM; sin embargo, las prácticas alimentarias en el primer año de vida preconizadas por el Ministerio de Salud no se siguen.

DESCRIPTORES: PREMATURIDAD; PRÁCTICAS ALIMENTARIAS; LACTANCIA MATERNA;

1. INTRODUÇÃO

O primeiro ano de vida constitui um dos períodos de maior crescimento observado ao longo da vida da criança e, uma introdução alimentar inadequada neste período, pode repercutir no seu desenvolvimento. No Brasil, tem-se observado rápida mudança nos padrões alimentares na infância, estimativas indicam que 47 a 65% das crianças consomem dieta de qualidade baixa ou intermediária para alimentos ou nutrientes, aumentando a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis e mortalidade precoce principalmente em crianças prematuras.⁽¹⁾

Ainda que inúmeras são as evidências científicas dos benefícios do aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros 6 meses de vida, do aleitamento materno (AM) por 2 anos ou mais e da alimentação complementar saudável introduzida em tempo adequado, os números de AM no Brasil continuam inferiores ao desejado.^(2,3)

No Brasil em 2014, nasceram 2.979,259 crianças, sendo que 331,486 (11,12%) nasceram com idade gestacional entre 22-36 semanas. É considerado prematuro todo o nascido vivo antes de 37 semanas completas de gestação.^(1,4)

Para a criança prematura o aleitamento materno exclusivo (AME) torna-se a melhor indicação no que diz respeito à alimentação. As vantagens do AME são amplamente definidas, dentre elas destacam-se: melhor desempenho neurológico cognitivo, proteção imunológica, maturação gastrintestinal, redução do tempo de hospitalização, além da formação do vínculo mãe-filho.^(1,5,6)

O sucesso de uma amamentação prolongada depende de orientações e incentivo adequado informados às mães desde o período da gestacional para compreenda a importância desse processo tão complexo e completo para a criança. O parto muitas vezes inesperado traz consigo inúmeros sentimentos e expectativas, além de alterar os hábitos e a dinâmica familiar, proporcionar um AME para crianças prematuras dentro de uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), torna-se um desafio em vários aspectos.⁽⁷⁾

Baseado em evidências científicas, constatam-se que inúmeras crianças prematuras apresentam algum sinal indicativo de problema durante a mamada. Os mais frequentes estão relacionados com a pega, sucção, coordenação entre sucção, deglutição e respiração, padrão de sucção, postura da mãe e postura do bebê. Estes fatores prejudiciais durante o processo de amamentação, podem ser reflexo do baixo peso da criança prematura e, tempo prolongado de internação.⁽⁸⁾

É essencial que a equipe de enfermagem consiga identificar as dificuldades com o AM desta criança prematura ainda durante a internação hospitalar tendo continuidade após a

alta hospitalar, visto que este é o período em que essa díade encontra maior dificuldade de adaptação e necessita de apoio para a manutenção da lactação e do aleitamento materno.⁽⁸⁾

O primeiro mês após a alta da UTIN é o período crítico da adaptação, sendo denominado de período de transição hospital-casa. Neste momento e criança prematuro a mãe e a família necessitam de suporte contínuo da equipe de saúde para fortalecê-los no enfrentamento da nova situação de vida.⁽⁹⁾ Este acompanhamento do cuidado deve ser organizado no decorrer da hospitalização da criança, assim um ambulatório de risco torna-se essencial no processo, sendo responsável pela busca ativa, e ou visita domiciliares, se preciso deve ser inserido novas avaliações com médicos especialistas para acompanhamento.⁽⁹⁾

Este trabalho buscou investigar as práticas alimentares de crianças prematuras no primeiro ano de vida acompanhadas no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul. Na literatura atual, há muitos estudos relacionados aos cuidados integrais à criança com vistas à melhoria da qualidade de vida, proporcionando às famílias uma assistência qualificada diante da alimentação infantil. Conscientes dessas dificuldades, principalmente no período pós-alta hospitalar e sabendo da importância do aleitamento materno para crianças prematuras e de sua continuidade até seu primeiro ano de vida, questiona-se: ***quais são as práticas alimentares de crianças prematuras no primeiro ano de vida acompanhadas no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul?***

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Analisar as práticas alimentares de crianças prematuras no primeiro ano de vida acompanhadas no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul;

2.2 Objetivos específicos

Identificar o perfil do nascimento de crianças prematuras do estudo;

Investigar o perfil socioeconômico das mães de crianças prematuras do estudo;

Identificar a prevalência dos tipos de alimentação, até um ano de vida, de crianças prematuras acompanhadas no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul;

3 MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, exploratório e descritivo. A pesquisa foi desenvolvida no Ambulatório de Risco do Centro Materno Infantil (CEMAI), em Santa Cruz do Sul. Este centro realiza atendimentos na área da pediatria e gineco-obstetrícia, como caráter de plantão de urgência e atenção básica, 24 horas todos os dias da semana. O serviço também realiza acompanhamento em crianças prematuras de alto risco, encaminhadas após a alta hospitalar da UTIN.

A instituição mantém um total de 123 crianças acompanhadas. A coleta se deu em 63 crianças prematuras com um ano de vida. As quais se enquadraram nos critérios de inclusão: crianças que nasceram prematuras, com idade de um ano completo, durante o período de coleta e que estivessem sendo acompanhadas no ambulatório de risco. Critérios de exclusão: crianças que não compareceram na consulta durante o período de coleta de dados, mães que não aceitaram participar do estudo.

A coleta ocorreu no período de 15 de agosto a 15 de outubro de 2017, sendo realizada junto à consulta médica agendada bimestralmente para cada criança em acompanhamento. Após a consulta médica a mãe juntamente com a criança respondia um formulário fechado, que continham informações sobre dados da criança, dados maternos, condições socioeconômicas e as práticas alimentares das crianças prematuras no primeiro ano de vida.

Para análise dos dados, utilizou-se a tabulação dos mesmos dentro do programa *Microsoft Office Excel for Windows 2013*, dividindo os dados em três categorias, primeiramente apresentadas em tabelas de análise conforme os objetivos propostos na pesquisa.

O estudo seguiu todos os preceitos éticos contidos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde (466/12). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP/UNISC), através do Parecer Consubstanciado nº2.273.628 caee. Foi utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a preservação da identidade dos participantes foi garantida em todos os momentos da pesquisa.

4 RESULTADOS

Do total de crianças acompanhadas durante o período estabelecido, obteve-se uma amostra de 63 crianças. Os dados foram agrupados em três categorias, e serão apresentados em números absolutos e percentuais em tabelas de acordo com cada categoria analisada.

Primeira categoria: Características das crianças prematuras.

Na primeira categoria, apresenta-se o perfil da criança prematura com os principais dados sobre o nascimento, como peso, idade gestacional, sexo, motivo de internação, tempo de internação, idade corrigida e apgar.

Tabela 1: Características das crianças prematuras.

Variável		Nº	%
Peso ao nascer	Baixo peso ao nascer (1,501 a 2,500 gramas)	43	68,2
Idade gestacional ao nascer	Prematuro moderado a tardio, entre 32 e 36 semanas de gestação	44	69,8
Sexo	Feminino	33	52,4
Motivo internação	Prematuridade	63	100
Tempo de internação	Permaneceram entre dez a 20 dias	16	25,4
Idade corrigida	≤ 1 ano	55	87,3
Apgar: 1º minuto	≤ 7	39	61,9
5º minuto	>7	36	57,1

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto ao peso ao nascer, 43 (68,2%) nasceram com baixo peso (1,501 a 2,500 gramas), 10 (15,9%) nasceram com muito baixo peso (1,001 a 1,500 gramas), cinco (7,9%) nasceram com extremamente baixo peso (menos de 1,000 gramas), e cinco (7,9%) nasceram com peso normal (2,500 a 3,999 gramas).

Considerando a idade gestacional ao nascer, 44 (69,8%) prematuro moderado a tardio (32 e 36 semanas de gestação), seguido de 13 (20,6%) muito prematuro (29 e 31 semanas), apenas seis (8,5%) eram prematuros extremos (28 semanas ou menos de gestação). Dentre as crianças prematuras, 33 (52,4%) eram do sexo feminino e 30 (47,6%) eram do sexo masculino. As causas da internação prevaleceram à prematuridade, o que demonstrou um total de 63 crianças, 100% da amostra.

Quanto ao tempo de internação na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), 16 (25,4%) crianças permaneceram entre dez a 20 dias, 14 (22,2%) fixaram-se num período igual ou superior a 40 dias, 13 (20,6%) mantiveram-se internados entre 20 a 30 dias, 12 (19%)

permaneceram internados entre 30 a 40 dias, e apenas oito (12,7%) permaneceram durante o período igual ou inferior a dez dias.

Apresentaram idade gestacional corrigida (ICG), 55 (87,3%) são maiores ou igual há um ano de vida, apenas oito (12,7%) menor que um ano. Quanto ao apgar no primeiro minuto 39 (61,9%) crianças apresentaram ≤ 7 , 24 (38,1%) apresentaram apgar 7, no quinto minuto de vida 36 (57,1%) apresentaram apgar > 7 , e 27 (42,8%) apresentaram apgar ≤ 7 .

Segunda categoria: Perfil materno e socioeconômico.

Na segunda categoria, apresenta-se perfil materno e socioeconômico com os principais dados que correspondem: idade materna, parto prematuro anterior, gravidez planejada, número de filhos, pré-natal na última gestação, escolaridade materna, trabalho, renda familiar mensal, recebe algum tipo de benefício, cidade, área, casa própria e número de moradores na residência.

Tabela 2: Perfil materno e socioeconômico.

Variável		Nº	%
Idade materna	20 a 40 anos	51	81
Parto prematuro anterior	Sim	41	65,1
Gestação	Múltiparas	34	54
Gravidez Planejada	Sim	35	55,5
Número de filhos vivos	Dois filhos vivos	37	58,7
Pré-natal na última gestação	Sim	50	79,3
Escolaridade materna	1º grau incompleto	15	23,8
Trabalha	Não	36	57,1
Renda Familiar Mensal	Entre R\$ 900 e R\$ 1,500	28	44,5
Recebe algum tipo de benefício	Não	44	69,8
Cidade	Santa Cruz do Sul	45	71,4
Área	Urbana	52	82,5
Casa própria	Sim	38	60,3
Número de moradores na residência	Quatro pessoas	26	41,3

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto a idade materna 51 (81%) apresentam idade entre 20 a 40 anos seguido de 12 (19%) com idade inferior a 20 anos. Em relação aos partos anteriores 41 (65,1) tiveram partos prematuros anterior e 22 (34,9%) não tiveram parto prematuro anterior.

Dentre as gestações 34 (54%) eram múltipara, 22 (34,9%) primigesta, e apenas sete (11,1%) multigesta. A gravidez em 35 (55,5%) dos casos foi planejada, 28 (44,4%) responderam que não. Quanto o número de filhos vivos, 37 (58,7%) responderam que tem

dois filhos, 21 (33,3%) tem apenas um filho e cinco (7,9%) tem três filhos. Fizeram o acompanhamento pré-natal na última gestação 50 (79,3%) das mulheres e 13 (20,6%) não realizaram pré-natal.

Em relação à escolaridade e/ ou instrução materna, 15 (23,8%) das mães possuíam 1º grau incompleto, seguido de 14 (22,2%) 2º grau completo, 13 (20,6%) possuíam 1º grau completo, dez (15,8%) 3º grau completo, nove (14,3%) 2º grau incompleto, seguida de apenas dois (3,2%) com 3º grau incompleto.

Em relação à atividade profissional, 36 (57,1%) não possuíam ocupação e 26 (42,8%) das mães trabalhavam. Além disso, 28 (44,5%) renda familiar mensal entre R\$ 900 e R\$ 1,500, seguido de 15 (23,8%) das mães declararam ter renda familiar mensal maior de R\$ 1,500, seguido de 10 (15,8%) com renda familiar mensal entre R\$ 600 e R\$ 900, nove (14,3%) renda familiar mensal entre R\$ 300 e R\$ 600, um (1,6%) afirmou não saber a renda familiar mensal. Quanto ao benefício, 44 (69,8%) não recebem nenhum tipo, e 19 (30,2%) dos participantes da pesquisa recebiam o benefício Bolsa Família.

Quanto à moradia, 45 (71,4%) participantes moravam em Santa Cruz do Sul e apenas 18 (28,6%) em outras cidades. Estabeleciam moradia na área urbana 52 (82,5%) e somente 11 (17,5%) na área rural. Possuíam casa própria 38 (60,3%) e 25 (39,7%) não moravam em casa própria. O número de pessoas que moravam na residência teve um resultado significativo de quatro pessoas, equivalente 26 (41,3%), 23 (36,5%) com três moradores, 12 (19%) com mais de quatro moradores e dois (3,2%) com apenas dois moradores.

Terceira categoria: Prevalência dos tipos de alimentação, na alta hospitalar de crianças prematuras até um ano de vida acompanhados no ambulatório de risco.

Na terceira categoria, apresenta-se os tipos de alimentação até um ano de vida, de crianças prematuras, com os principais dados sobre alimentação na alta hospitalar, após a alta hospitalar, aos três meses, aos seis meses, aos nove meses e primeiro ano de vida.

TABELA 3 - Prevalência dos tipos de alimentação, na alta hospitalar de crianças prematuras até um ano de vida acompanhados no ambulatório de risco.

Variável	Alta		Após alta hospitalar		3 Meses		6 Meses		9 Meses		Primeiro ano	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aleitamento Materno Exclusivo (AME)	28	44,4	28	44,4	19	30,1	9	14,3	-	-	-	-
Aleitamento Materno Predominante (AMP)	4	6,3	5	7,9	7	11,1	-	-	-	-	-	-
Aleitamento Materno	5	7,9	1	1,6	1	1,6	1	1,6	-	-	-	-

Misto (AMM)													
Aleitamento Materno Complementado (AMC)	22	34,9	19	30,1	23	36,5	5	7,9	5	7,9	-	-	
Aleitamento Artificial (AA)	4	6,3	10	15,9	13	20,6	14	22,2	2	3,2	3	4,8	
Algum tipo de leite, papinhas, mingau, sucos e frutas raspadas	-	-	-	-	-	-	34	54	50	79,4	7	11,1	
Algum tipo de leite e refeições iguais às da família	-	-	-	-	-	-	-	-	6	9,5	53	84,1	
Não ofereceu nenhum tipo de leite, se alimentava com refeições iguais às da família	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

Fonte: Dados da pesquisa.

Dentre o total de crianças prematuras acompanhadas, observou-se na alta hospitalar que 28 (44,4%) utilizaram AME, 22 (34,9%) apresentaram AMC, cinco (7,9%) AMM, quatro (6,3%) AMP e AA. Após a alta hospitalar 28 (44,4%) alimentaram-se de AME, 19 (30,1%) AMC, dez (15,9%) AA, cinco (7,9%) AMP e apenas um (1,6%) AMM.

Aos três meses de vida observou-se que 23 (36,5%) recebiam AMC, 19 (30,1%) AME, 13 (20,6%) AA, sete (11,1%) AMP, e apenas um (1,6%) alimentavam-se de AMM. Aos seis meses de vida observou-se que 34 (54%) já se alimentavam qualquer tipo de leite, papinhas, mingau, sucos e frutas raspadas, 14 (22,2%) alimentavam-se de AA, nove (14,3%) AME, cinco (7,9%) AMC e apenas um (1,6%) AMM.

Aos nove meses de vida observou-se que 50 (79,4%) alimentavam de algum tipo de leite, papinhas, mingau, sucos e frutas raspadas, seis (9,5%) alimentavam-se de algum tipo de leite e refeições iguais às da família, seguido de cinco (7,9%) AMC e apenas dois (3,2%) AA. No primeiro ano de vida notou-se que 53 (84,1%) alimentavam-se de algum tipo de leite e refeições iguais às da família, sete (11,1%) alimentavam de algum tipo de leite, papinhas, mingau, sucos e frutas raspadas e apenas três (4,8%) alimentaram-se de AA.

5 DISCUSSÃO

As taxas de nascimentos prematuros no Brasil, ainda são preocupantes, onde a prevalência de crianças prematuras vem aumentando, estando entre os 10 países com os maiores números de partos prematuros, o Ministério da Saúde (MS) reconhece a prematuridade como um dos mais importantes problemas de saúde pública, sendo apontada como a principal causa de mortes infantis no país.⁽¹⁰⁾

Numerosos são os estudos sobre evolução dos nascimentos prematuros no mundo, e a origem destes nascimentos, na maioria dos casos, é desconhecida. Inúmeros fatores estão associados a prematuridade como características maternas, obstétricas e fetais devem ser levadas em conta.⁽¹¹⁾

A alimentação apropriada é fundamental para o crescimento e desenvolvimento das crianças, além disso é um direito humano fundamental, pois representa a base da própria vida, desta forma é preconizado o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses de vida e a introdução gradual e lenta da alimentação complementar a partir dessa idade, mantendo o uso do leite materno até os dois anos ou mais.⁽¹²⁾

O LM é considerado o principal alimento para o bebê, fonte de nutrição, crescimento e proteção, além de promover vínculo, devido ao seu peculiar conteúdo nutricional que incluem proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas, ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, pro bióticos, agentes imunológicos, hormônios do crescimento, o leite humano mostra-se significativamente superior às formulas infantis e é capaz de diminuir as taxas de mortalidade neonatal e melhorar as condições de saúde deste bebê durante todo o seu desenvolvimento, esses benefícios se estendem a vida adulta.⁽⁵⁾

Independentemente das vantagens oferecidas pelo LM, à amamentação da criança prematura ainda é um desafio em vários aspectos, pois o parto inesperado e fora do tempo esperado traz consigo inúmeros sentimentos e expectativas, além de alterar os hábitos e dinâmica familiares. Em decorrência de sua imaturidade fisiológica, as barreiras para amamentação da criança prematura são muitas, provindas das dificuldades relacionadas a sua condição clínica. Embora o início do aleitamento materno possa ser incentivado durante a hospitalização, muitos prematuros são desmamados precocemente.⁽¹³⁾

Após alta hospitalar, essas crianças por possuir cuidados peculiares, devem seguir um acompanhamento de sua saúde, para que se mantenham os cuidados necessários e observar de perto seu desenvolvimento. Este seguimento do cuidado deve ser organizado

durante a hospitalização do prematuro, e um ambulatório de risco torna-se essencial neste processo.⁽⁹⁾

Como se pode verificar na pesquisa, prevaleceu o número de baixo peso ao nascer (BPN). O peso do RNPT pode ser avaliado como um importante indicador de saúde pública, estando também diretamente relacionado com a qualidade de vida de toda população infantil. Num estudo sobre as variáveis de risco para o desenvolvimento da linguagem associado a prematuridade, o peso também foi uma variável importante ao nascimento, o que mostrou alteração no desenvolvimento das crianças avaliadas.⁽³⁾

Em um estudo realizado em Porto Alegre, sobre os fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade, o BPN apontou uma forte relação com nascimentos de crianças prematuras, neste estudo pode-se observar que o peso ao nascer menor que 2500g retratou quatro vezes mais chances de estar associado ao nascimento prematuro, sendo, portanto, um fator de risco relacionado à morbimortalidade neonatal.⁽¹⁴⁾

Quanto à idade gestacional ao nascer, ficou evidenciado os nascimentos prematuros moderado a tardio, entre 32 e 36 semanas de gestação. Nessa faixa a criança ainda está em situação de vulnerabilidade, pois em sua maioria encontram-se internadas em UTIN, permanecendo expostas a diversos procedimentos, manuseios e risco. As crianças prematuras nascidas entre 32 e 35 semanas de gestação são consideradas crianças de risco, já as menores de 32 semanas são consideradas de alto risco.⁽¹⁵⁾

Alguns estudos associam o risco de um baixo peso ao nascer ao desenvolvimento cognitivo das crianças com idade gestacional inferior a 32 semanas pelo fato do último trimestre de gestação ofertar uma série de estímulos sensoriais formando efeitos benéficos ao desenvolvimento fetal.⁽³⁾

Identificamos, por meio da amostra do estudo, que o sexo prevalente foi o feminino. Em uma pesquisa realizada em município do norte de Brasília, a associação entre o baixo peso ao nascer (BPN) e o sexo feminino, apresentou uma proporção de 1,3 vezes maior para sexo feminino quando comparadas ao sexo masculino.⁽¹⁶⁾

Quanto ao motivo da internação hospitalar no momento do nascimento, a prematuridade destacou-se como a causa mais predominante. Estudos apontam que o Brasil está entre os 10 países com maiores índices de nascimentos prematuros sendo que a cada 117 partos, um deles é prematuro, sustentando o Brasil no mesmo patamar de países de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8% segundo dados das Nações Unidas.⁽¹⁵⁾

O tempo de internação também está associado a um possível problema que a criança prematura pode desenvolver ao permanecer internada, dificulta o contato inicial com seus

pais, tornando-se um processo angustiante e complicado. No entanto é de suma importância o contato com a mãe neste período, pois fortalece o vínculo, no binômio mãe bebê. No estudo, o tempo de internação prevaleceu entre dez a vinte dias.

Quanto a Idade corrigida das crianças do estudo foi maior ou igual há um ano de vida, mantendo-se dentro do esperado pois o acompanhamento ambulatorial deve ser até a criança completar dois anos de idade o que corrobora com a possibilidade maior do desenvolvimento motor adequado para idade corrigida.⁽⁹⁾

Em relação ao apgar da população do estudo, no 1º minuto de vida, a pontuação foi menor ou igual a sete, já no 5º minuto de vida foi maior sete. Em outro estudo sobre os fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade apontou o índice de Apgar no 5º minuto de vida de zero a três o que identificou uma maior incidência de baixos valores de Apgar em prematuros. O predomínio de baixos índices de Apgar é expressivo fator de risco para a morbimortalidade entre RNPT, o que condiz com à imaturidade fisiológica, com diminuição da irritabilidade reflexa e incapacidade para responder de forma autônoma às funções cardiovasculares e respiratórias.⁽¹⁴⁾

Em relação à idade materna, observou-se uma expressividade entre 20 a 40 anos. A idade materna atua na influência da ocorrência de trabalho de parto prematuro (TPP), mulheres adolescentes (menores de 17 anos) e com idade avançada (maiores de 35 anos) aponta relação TPP o que demanda cuidado acentuado durante o pré-natal.⁽¹⁴⁾ Nestes casos, percebeu-se que a idade materna não favoreceu para ocorrência da prematuridade.

Na pesquisa nota-se uma acedência para partos prematuros anteriores, onde a maioria das entrevistadas relataram já ter tido parto prematuro em outro momento. Em um estudo tipo transversal realizado em Piracicaba, São Paulo, onde foi monitorado um total de 2.739 gestantes durante os anos de 2010 a 2012, mostrou que 13,5% das participantes tiveram parto prematuro anterior, o mesmo afirma que é um dos principais riscos para novo evento de prematuridade.⁽¹⁶⁾

Dentre as gestações podemos perceber uma prevalência para multíparas, com um destaque para prevalência de dois filhos, evidenciamos também que na maioria dos casos a gestação foi planejada. Autores relatam a associação do TPP com multiparidade pois comprovam proximidade com a relevância estatística.⁽¹⁶⁾

A maioria das entrevistadas realizava acompanhamento pré-natal, o que corrobora com o propósito do acompanhamento pré-natal que é de proporcionar um melhor desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de uma criança saudável, sem interferir na saúde materna,

além disso durante o acompanhamento deve ser discutido com a gestante aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.⁽⁴⁾

Quanto a escolaridade e/ ou instrução materna o predomínio foi de mães que possuíam 1º grau incompleto. Os fatores maternos e neonatais relacionados à prematuridade apontam que mulheres com baixa escolaridade apresentaram associação com a prematuridade, tendo duas vezes mais possibilidade de ter TPP. Considera-se também a escolaridade como uma variável determinada pelas condições socioeconômicas, associada a inapropriadas condições de vida.⁽¹⁴⁾

Como verifica-se na pesquisa, a ocupação materna não remunerada foi o que prevaleceu. Quanto a renda familiar, o valor permaneceu entre R\$ 900 e R\$ 1.500 além do não recebimento de benefícios do governo. Atualmente pesquisas apontam a relação do baixo nível socioeconômico como um fator de risco para evento de prematuridade, o que pode ser relacionado também a outros fatores, tais como, nutrição deficiente, trabalho excessivo, maior estresse físico e psicológico, assistência em saúde inadequada na gestação, etc.⁽¹¹⁾

O Aleitamento Materno (AM) é a forma mais natural e segura de alimentar a criança no início da vida, em razão dos diversos componentes imunológicos presentes no leite materno (LM), tornando esta prática essencial para alcançar crescimento e desenvolvimento infantis adequados, além de promover benefícios para a saúde física e psíquica da mãe e do bebê.⁽³⁾Sabe-se que crianças alimentadas com leite materno e com fórmulas diferem quanto ao crescimento físico e ao desenvolvimento cognitivo, emocional e social.⁽³⁾Ademais, para o bebê prematuro, o AM pode trazer ainda mais algumas vantagens, pois as propriedades nutritivas e imunológicas do leite humano favorecem a maturação gastrintestinal, o fortalecimento do vínculo mãe-filho, aumento no desempenho neuropsicomotor, proteção antioxidante, menor incidência de infecções, menor tempo de hospitalização e menor incidência de reinternações.⁽³⁾Destaca-se que a população do estudo atual se constitui de bebês prematuros, contexto este específico e no qual o processo de amamentação configura-se como um desafio, porém identificou-se o AME como a prática da amamentação predominante no momento da alta hospitalar, seguido de AMC.

São raras as situações em que o aleitamento materno não é indicado para bebês prematuros, devendo ser substituído pelo aleitamento artificial. São exemplos destes casos as infecções maternas com agentes de alta patogenicidade ou que exijam o uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação.⁽³⁾

No período após a alta hospitalar observou-se que os tipos de alimentação das crianças prematuras acompanhadas no ambulatório de risco obedecia ao indicado para alta hospitalar,

sendo mais frequente AME seguido pelo AMC. Por outro lado, a utilização de fórmulas supõe, de certa forma, a predisposição materna ao desmame precoce, já que a utilização deste tipo de alimentação após a alta hospitalar faz com que as mães se sintam mais confortáveis para o desmame, fato que as leva a deixar de oferecer ao filho o seu próprio leite e, por conseguinte todas as propriedades benéficas do leite materno.⁽¹⁷⁾

Em um estudo semelhante a este, porém realizado com crianças de baixo peso ao nascer predominou o uso de AMM seguido de AA na alta hospitalar, sendo observado que mães de crianças com baixo peso ao nascer, não cumpriram o indicado pelo Ministério da Saúde após a alta hospitalar.⁽¹²⁾

No terceiro mês de vida identificou-se predomínio em AMC, seguido de AME, o que denota um declive na adesão ao AME, isso se dá devido há várias causas. O desconhecimento das características peculiares do leite humano, como a insegurança de produzir leite insuficiente para a criança, pode acarretar a introdução antecipada de outros alimentos, dessa forma, a atenção voltada à promoção e ao estabelecimento do AM nessa população especial deve estender-se para além do período de hospitalização e do pós-alta imediato, voltando-se para o acompanhamento dessas crianças para além dos seis meses de vida considerando as dificuldades do binômio no enfrentamento das possíveis intercorrências que possam surgir neste período.

Até o sexto mês de vida o ideal para alimentação infantil é AME, pois supre todas as necessidades nutricionais da criança, sendo assim a partir de então, deve-se introduzir alimentos complementares na dieta da criança, o que exige um grande esforço do cuidador, pois inicia-se um novo ciclo, onde são apresentados novas texturas, sabores e aromas para essa criança.⁽³⁾

A OMS não recomenda a complementação precoce, pois, pode ser prejudicial para a nutrição da criança, reduz a duração do AM e dificulta a absorção de nutrientes importantes existentes no leite humano, como ferro e zinco. Além disso, a complementação com outros alimentos e líquidos não nutritivos diminui o volume total do leite materno ingerido, influenciando no desmame precoce.^(3,12)

Conforme dados da pesquisa aos seis meses acentuou o uso de AA e inclusão de papinhas mingau, sucos e frutas raspadas. A alimentação complementar é fundamental para promover o crescimento e o desenvolvimento adequado desta criança, porém deve-se manter acompanhamento adequado principalmente nas crianças prematuras.⁽¹⁸⁾ Com o início desta idade, a maioria das crianças atinge estágio de desenvolvimento fisiológico e neurológico e com isso o reflexo de protrusão da língua, o que facilita a ingestão de alimentos, observa-se

também que as enzimas digestivas são produzidas em quantidades suficientes, razão que habilita as crianças a receber outros alimentos além do AME.^(12,18)

Ao nono mês de vida houve predomínio de qualquer tipo de leite, papinhas, mingau, sucos e frutas raspadas, seguido de refeições iguais às da família. A inserção de alimentos preparados para a família pode iniciar a partir do oitavo mês de vida, contanto que não possuam condimentos ou quantidade elevada de sal, devem ser introduzidos de forma gradual e lenta, conforme a aceitação da criança, buscando variar os alimentos para que contemplem os nutrientes de que necessita e, também, para contribuir com a formação dos hábitos alimentares, evitando a monotonia alimentar.⁽³⁾

Ao primeiro ano de vida, as crianças já tomavam qualquer tipo de leite e se alimentava com refeições iguais às da família. Conforme a cartilha dos dez passos para uma alimentação saudável do Ministério da Saúde⁽³⁾ a criança ao completar 12 meses de vida deve receber refeição preparadas para família e esta deve ser introduzida de forma gradual e lenta, respeitando a aceitação da criança, procurando sempre variar os alimentos para que contemplem os nutrientes de que necessita e, também, para contribuir com a formação dos hábitos alimentares, evitando a monotonia alimentar.⁽³⁾

Conforme OMS no primeiro ano de vida preconiza (AMC), no presente estudo demonstrou um alto índice desse tipo de alimentação em crianças prematuras até o terceiro mês de vida. Em contraponto, teve-se um alto índice de interrupção do AM aos seis meses com oferecimento de AA seguido de qualquer tipo de leite, papinhas, mingau, sucos e frutas raspadas. Prática alimentar adequada para o bebê prematuro corresponde a suprir as necessidades nutricionais, sem exceder a capacidade fisiológica do organismo das crianças.⁽¹⁹⁾

6 CONCLUSÃO

Não obstante o fato de haver limitações ao estabelecimento do AM na população de prematuros, fica cada vez mais evidenciada a sua viabilidade e importância, os benefícios são imensuráveis no âmbito biológico e psicossocial tanto para a criança, quanto para a mãe. Observou-se com esse estudo que as práticas alimentares ofertadas as crianças prematuras desde a alta hospitalar estavam condizentes com o preconizado pela OMS até o terceiro mês de vida, apresentando uma diminuição do AM ao sexto mês.

Infelizmente são poucos os estudos que contemplem a temática da prematuridade e aleitamento materno. Seus benefícios com relação às propriedades imunológicas e nutritivas já estão mais do que comprovados na literatura vigente, no entretanto, cabe aos profissionais

de saúde realizar ações durante a internação das crianças prematuras na UTIN, bem como incentivar a mãe e família a manter a adesão no acompanhamento em ambulatórios de risco, no sentido de manter a lactação auxiliando a mãe enquanto a criança não estiver recebendo leite materno, tendo em vistas proporcionar a manutenção do AM.

Desse modo, estudos desta natureza são fundamentais para identificação de lacunas existentes no processo de práticas alimentares, conhecer quais os fatores que favorecem a prática da amamentação, assim como aqueles que interferem neste processo, é imprescindível para o planejamento de ações voltadas a tal clientela. Situações como essas necessitam ser estudadas para que mudanças ocorram no processo de trabalho em saúde, colaborando para o sucesso do AM e, portanto, para a diminuição nos índices de interrupção do AM e introdução da alimentação complementar antes do período recomendado.

Destaca-se que embora este estudo tenha encontrado resultados importantes, o pequeno número amostral constitui uma limitação, não possibilitando testes estatísticos com maior aprofundamento, isso denota a necessidade da realização de novas pesquisas com objetivos semelhantes no intuito de identificar outros fatores relacionados com as práticas alimentares de crianças prematuras.

7 REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Born too soon: The global action report on preterm birth. WHO. Geneva, 2012.
2. SilveiraMGG. Como alimentar seu filho de forma saudável. 1. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.
3. Soares ACC, Silva K,Zuanetti PA. Variáveis de risco para o desenvolvimento da linguagem associadas à prematuridade. *AudiolCommun Res* [internet], 2017; 22(9): 1-7. Disponível em:http://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol16-n1/vol_16_n_1-artigo-de-pesquisa-1.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2 edição – 2 reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dez_passos_alimentacao_saudavel_guia.pdf.
5. Corvaglia L, Martini S,Faldella G. Breastfeeding the preterm infant. *J Ped Neonatal IndividualizedMed* [internet], 2013; 2(2). Disponível em:<https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-the-preterm-infant>.
6. MenonG, Williams TC. Human milk for preterm infants: why, what, when and how? *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*[internet], 2013; 98(6): F559-62. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23893267>..
7. Souza SA, Araújo RT de, Teixeira JRB, Mota TN. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. *Revenferm UFPE* [internet], 2016; 10(10): 3806-3813. Disponível em:<file:///C:/Users/Eloisa/Downloads/11446-26346-1-PB.pdf>..
8. Silva MAM, Portela ÉMM, Arruda LP. Aleitamento materno de recém-nascidos hospitalizados: grupo de apoio desenvolvido junto às puérperas adolescentes. *Adolescência e Saúde* [internet], 2014; 11(1): 44-51. Disponível em: http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=435.
9. Melo AMC, Kassar SB, Lira P, Coutinho SB, Eickmann SH, Lima MC. Características e fatores associados à assistência à saúde de crianças menores de um ano com muito baixo peso ao nascer. *J Pediat* [internet], 2013; 89(1): 75-82. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000100012.
10. Victora CG. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Saúde no Brasil. CadindicadUFPel* [internet], 2016; 2(1): 32-46. Disponível em: <http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/279/15%20Sa%C3%BAde%20de%20m%C3%A3es%20e%20crian%C3%A7as%20no%20Brasil%20progressos%20e%20desafios.pdf?sequence=1>.
11. Guimarães EAA. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *EpidemiolServ Saúde* [internet], 2017; 26(1): 91-98, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222017000100091&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 de abril de 2017.
12. Martins EL, Padoin SMM, Rodrigues AP, Zuge SS, Paula CC, Trojahn TC. Alimentação de crianças que nasceram com baixo peso no primeiro ano de vida. *CiencCuidSaude*[internet], 2013; 12(3):515-521. Disponível em:

- <http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/19527/pdf>
13. Calado DFB, Souza R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Revista CEFAC* [internet], 2012; 1(14): 176-181. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000100021.
 14. Oliveira LL, Gonçalves AC, Costa JCD, Bonilha ALL. Maternal and neonatal factors related to prematurity. *Revescenferm USP* [internet], 2016; 50(3): 382-389. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/0080-6234-reeusp-50-03-0382.pdf>.
 15. BaseggioDB, Dias MPS, Brusque SR, Donelli TMS, Mendes P. Vivências de mães e bebês prematuros durante a internação neonatal. *Temas psicol*[internet], 2017;25(1):153-167. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100010.
 16. TuonRA, Ambrosano GMB, Silva SMCV, Pereira AC. Impacto do monitoramento telefônico de gestantes na prevalência da prematuridade e análise dos fatores de risco associados em Piracicaba, São Paulo, Brasil. *Cad de Saúde Pública* [internet], 2016; 32(7): 32-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00107014.pdf>.
 17. Meier PP, Patel AL, Bigger HR, Rossman B, Engstrom JL. Supporting breastfeeding in the neonatal intensive care unit: Rush Mother's Milk Club as a case study of evidence-based care. *PediatrClin North Am* [internet], 2013; 60(1):209-26. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23178066>.
 18. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3ª. ed. Rio de Janeiro, 2012;Disponível em: <https://www.sbp.com.br/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf>.
 19. Martins MG, Santos GHN, Sousa MS, Costa JEFB, Simões VMF. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *RevBrasGinecolObstet* [internet], 2011; 11(33): 354-360. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001100006>. Acesso em: 11 de abril de 2017.

8 APÊNDICES

8.1 Projeto de Monografia

CURSO DE ENFERMAGEM

Maria Eloisa Collognese

PRÁTICAS ALIMENTARES: ESTUDO REALIZADO COM CRIANÇAS PREMATURAS ACOMPANHADAS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DE SANTA CRUZ DO SUL

SANTA CRUZ DO SUL

2017

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE ENFERMAGEM

Maria Eloisa Collognese

**PRÁTICAS ALIMENTARES: ESTUDO REALIZADO COM CRIANÇAS
PREMATURAS ACOMPANHADAS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DE
SANTA CRUZ DO SUL**

Projeto de pesquisa elaborado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso I, do 8º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade de Santa Cruz do Sul.

Orientadora: Profª. Ms. Ingre Paz

SANTA CRUZ DO SUL

2017

LISTA DE ABREVIACÕES

AA	Aleitamento Artificial
AM	Aleitamento materno
AMC	Aleitamento Materno Complementado
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
AMM	Aleitamento Materno Misto
AMP	Aleitamento Materno Predominante
BPN	Baixo peso ao nascer
EBPN	Extremamente baixo peso ao nascer
IG	Idade gestacional
LM	Leite Materno
MBPN	Muito baixo peso ao nascer
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNN	Peso ao nascer normal
PTM	Prematuro
RN	Recém-Nascidos
RNPT	Recém-Nascidos Pré-Termo
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. OBJETIVO	3
2.1 Objetivo Geral	3
2.2 Objetivos Específicos	3
2.3 Justificativa	3
3. REFERENCIAL TEÓRICO	5
3.1 Prematuridade expressa relevância a saúde neonatal	5
3.2 Alimentação da criança no primeiro ano de vida	7
3.3 Prematuridade e os desafios para o aleitamento materno	9
3.4 Alimentação ideal para criança prematura	11
3.5 Acompanhamento ambulatorial de crianças prematuras	13
4. CAMINHO METODOLÓGICO	15
4.1 Tipo de Pesquisa	15
4.2 Sujeitos da Pesquisa	15
4.3 Cenário do Estudo	16
4.4 Procedimentos Éticos e Técnicos	16
4.5 Divulgação dos Dados	17
5. CRONOGRAMA	18
6. ORÇAMENTO	19
7. REFERÊNCIAS	20
8. APÊNDICES	24
8.1 Apêndice A	24
8.2 Apêndice B	26
8.3 Apêndice C	28
8.4 Apêndice D	29

1. INTRODUÇÃO

O aleitamento materno (LM) é considerado hoje o principal alimento da criança, principalmente até os seis meses de vida, conforme preconiza Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde (MS). Possui em sua composição gorduras, vitaminas, minerais, imunoglobulinas e demais nutrientes necessários para nutrição da criança, (MARTINS et al., 2013). Além disso, o leite materno é de fácil digestão, o que facilita a absorção destes nutrientes tão importantes para o desenvolvimento físico e mental da criança (SILVEIRA, 2014).

A amamentação traz benefícios tanto para a criança como para a mãe. Além de intensificar o vínculo no binômio mãe-filho, proporciona segurança e proteção à criança, que irá desenvolver-se melhor cognitivamente e emocionalmente. Além disso, o ato de amamentar auxilia no processo de recuperação da mãe pós-parto, como também influencia na sua saúde psíquica (SILVEIRA, 2014). Sabe-se que o ato de amamentar não é fácil, e necessita dedicação, paciência e comprometimento da mãe, bem como entendimento da família com este momento (SOUZA et al., 2016). Pérez-Escamilla (2017), observa que para o sucesso de uma amamentação longa, é de fundamental importância que a mãe seja orientada e incentivada desde o período gestacional, entendendo a importância do seu leite para o bebê, bem como deve receber apoio e manejo adequado para lactação nos primeiros dias e semanas após o nascimento, período mais crítico da amamentação.

Conforme Organização Mundial da Saúde prematuro é todo nascido vivo antes de 37 semanas completas de gestação, (259.º dia; compreende 36 semanas e 6 dias), em torno de 15 milhões de bebês nascem prematuramente no mundo, equivalente a mais de um em cada 10 nascimentos (WHO, 2012), no Brasil em 2014 conforme dados do DATASUS, ocorreu cerca de 2.979,259 partos de nascidos vivos, sendo que 331,486 (11,12%) foram nascidos vivos com IG entre 22-36 semanas.

Para a criança PMT, o aleitamento materno exclusivo (AME) torna-se a melhor indicação no que diz respeito à alimentação. As vantagens do AME para a criança são inúmeras e amplamente definidas, dentre elas destacam-se melhor desempenho neurológico cognitivo, proteção imunológica, maturação gastrintestinal, redução do tempo de hospitalização e a formação do vínculo mãe-filho (WHO, 2012; CORVAGLIA, MARTINI, FALDELLA, 2013; MENON, WILLIAMS, 2013).

Porém proporcionar um aleitamento materno exclusivo, dentro de uma UTIN, torna-se um desafio em vários aspectos (SOUZA et al., 2016). O parto inesperado traz

consigo inúmeros sentimentos e expectativas, além de alterar os hábitos e dinâmica familiares (ANJOS et al., 2012).

Baseado em evidências científicas, constatam-se que inúmeras crianças PMT apresentaram algum sinal indicativo de problema durante a mamada, os mais frequentes estão relacionados com a pega, sucção, coordenação entre sucção, deglutição e respiração, padrão de sucção, postura da mãe e postura do bebê, reflexo este relacionado ao baixo peso, dificuldade na sucção e tempo prolongado de internação.

É essencial a equipe de enfermagem identificar as dificuldades com o AM desta criança PTM ainda durante a internação tendo continuidade após a alta hospitalar, visto que este é o período em que essa díade encontra maior dificuldade de adaptação e necessita de apoio para a manutenção da lactação e do aleitamento materno.

O primeiro mês após a alta da UTIN é o período crítico da adaptação, sendo denominado de período de transição hospital-casa. Neste período o RNPT, a mãe e a família necessitam de suporte contínuo da equipe de saúde, para fortalecê-los no enfrentamento da nova situação de vida.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

Investigar as práticas alimentares de crianças prematuras no primeiro ano de vida acompanhadas no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul;

2.2 Objetivos específicos

Identificar a prevalência dos tipos de alimentação, até um ano de vida, de crianças prematuras acompanhadas no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul;

Analisar o perfil sociodemográfico de crianças prematuras no primeiro ano de vida acompanhadas no ambulatório de alto risco de Santa Cruz do Sul;

Relacionar o perfil sociodemográfico destas crianças com as práticas alimentares estabelecidas a elas;

Verificar se estas práticas alimentares auxiliam no desenvolvimento destas crianças prematuras.

2.3 Justificativa

Este estudo justifica-se pela experiência vivida pela autora na área de Saúde da criança como técnica de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal auxiliando nos cuidados e observando a importância do atendimento do enfermeiro, e do profissional da saúde em geral, à criança enferma para a promoção da cura, bem como do crescimento e desenvolvimento adequados e prevenção de agravos à saúde.

A partir da prática assistencial, sabendo de todas as dificuldades ultrapassadas durante a internação e após a alta hospitalar de uma criança prematura, e também ciente dos obstáculos no processo de alimentação desse bebê, busca-se com investigar as práticas alimentares de crianças prematuras no primeiro ano de vida acompanhadas no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul;

É sabido que as práticas alimentares do prematuro, por vezes podem divergir das recomendadas pelos profissionais, assim o cuidado de enfermagem torna-se importante e ganha relevância por meio das ações de educação em saúde, como ferramentas essenciais para a concretização dessa prática.

Na literatura atual, numerosos são os estudos relacionados aos cuidados integrais à criança com vistas à melhoria da qualidade de vida, proporcionando às famílias uma assistência qualificada diante da alimentação infantil. Conscientes dessas dificuldades, principalmente no período pós-alta hospitalar e sabendo da importância do aleitamento materno para crianças prematuras e de sua continuidade até seu primeiro ano de vida,

questiona-se: *quais são as práticas alimentares de crianças prematuras até um ano de vida?*

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Prematuridade expressa relevância a saúde neonatal

A Organização Mundial da Saúde, define o prematuro como todo nascido vivo antes de 37 semanas completas de gestação, (259.º dia; compreende 36 semanas e 6 dias), classificado por meio da idade gestacional (IG) em: prematuro extremo, nascimento em 28 semanas de gestação; muito prematuro, entre 28 e 31 semanas; prematuro moderado a tardio, entre 32 e 36 semanas de gestação (WHO, 2013).

A classificação do RN também pode ser avaliada pelo peso ao nascer:

- Peso ao nascer normal (PNN): de 2.500 a 3.999g;
- Baixo peso ao nascer (BPN): menos de 1.501 a 2.500g;
- Muito baixo peso ao nascer (MBPN): menos de 1.001 a 1.500g;
- Extremamente baixo peso ao nascer (EBPN): menos de 1.000g (CLOHERTY, EICHENWALD, STARK 2010).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, em torno de 15 milhões de bebês nascem prematuramente no mundo, equivalente a mais de um em cada 10 nascimentos. (WHO, 2012). As taxas de nascimentos prematuros no Brasil, ainda é preocupante, onde a prevalência de crianças prematuras vem aumentando, tornando-o um dos 10 países com os maiores números de partos prematuros. O Ministério da Saúde reconhece a prematuridade como um dos mais importantes problemas de saúde pública, sendo apontada como a principal causa de mortes infantis no país (VICTORA, 2011).

Esta incidência é confirmada através dos dados fornecidos pelo DATASUS, que no ano de 2014 contabilizou 2.979,259 partos de nascidos vivos no Brasil, sendo que 331,486 (11,12%) foram nascidos vivos com IG entre 22-36 semanas¹.

Martins et al. (2011), relata que a prematuridade é responsável por 70% da mortalidade neonatal e 75% da morbidade neonatal em países industrializados. Cabe também salientar que em países em desenvolvimento, por ser um determinante de morbimortalidade neonatal. Observa-se que crianças nascidas PTM e BPN apresentam risco de mortalidade significativamente superior a crianças nascidas com peso maior ou igual a 2.500 g e IG maior que 37 semanas.

Conforme Cloherty, Eichenwald, Stark (2010), no Estados Unidos cerca de 12% dos nascidos vivos são prematuros, destes 2% representam a menores de 32 semanas de

gestação. Enquanto no Brasil cerca de 10,5% dos nascidos vivos foram RNPT no ano de 2012, sendo observado maior incidência em prematuridade e BPN capitais do País (VICTORA et al.,2011)

Sendo a etiologia da prematuridade, por sua vez, não totalmente elucidada. Diversas são as complicações neonatais relacionadas a imaturidade fisiológica e anatômica. Estima-se que cerca de um milhão de crianças morrem a cada ano no mundo em consequência da prematuridade (WHO, 2012).

Numerosos são os estudos sobre evolução dos nascimentos pré termo no Brasil e no mundo, a origem na maioria dos casos é desconhecida, segundo Conforme Cloherty, Eichenwald, Stark (2010); Guimarães et al., (2017), inúmeros fatores estão associados a prematuridade, características maternas, obstétricas e fetais devem ser levadas em conta. Pode-se destacar:

- Idade materna menor que 20 anos ou maior que 40 anos;
- Baixo nível socioeconômico;
- Antecedente de parto pré-termo;
- Estatura materna inferior a 1,52 metros;
- Gestação múltipla;
- Sangramento vaginal no 2º trimestre de gestação;
- Amadurecimento cervical;
- Aumento da atividade uterina antes da 29ª semana de gestação;
- Hábito de fumar;
- Ser mãe solteira;
- Ocupação materna em atividade profissional remunerada;
- Estado nutricional;
- Alteração de peso inadequado da mãe;
- Raça/cor;
- Infecções do trato urinário;
- Exposição a substâncias tóxicas;
- Ausência de pré-natal ou número reduzido de consultas;
- Tipo de parto, entre outro (GUIMARÃES *et al.*, 2017)

Em uma revisão de estudos de base populacional, foram identificados como fatores de risco para sua ocorrência, extremos de idade materna, história prévia de

natimorto, o baixo peso materno pré- gestacional, ganho de peso materno insuficiente, tabagismo na gravidez, hipertensão arterial, infecção do trato geniturinário, menos de seis consultas de pré-natal, estresse materno, baixa escolaridade e trabalho extenuante maternos (SILVEIRA et al., 2008). Ainda, o aumento no número de partos prematuros pode estar associado às mudanças nas práticas obstétricas, com o elevado índice de parto cesáreo eletivo, acarretando em alguns casos prematuridade iatrogênica (WHO, 2013).

3.2 Alimentação da criança no primeiro ano de vida

O aleitamento materno (LM) é o meio mais natural, econômico e seguro de alimentação para qualquer criança, sendo uma das formas mais eficazes para assegurar-lhe a saúde e a sobrevivência. Deve ser exclusivo até o sexto mês de vida e complementado até os dois anos ou mais (WHO, 2014).

O LM é considerado o principal alimento para o bebê, fonte nutrição, crescimento e proteção, além de promover vínculo entre a mãe e o bebê. Devido ao seu peculiar conteúdo nutricional e não nutricional, que incluem proteínas, lipídios, carboidratos, minerais, vitaminas, enzimas, ácidos graxos poli-insaturados de cadeia longa, prebióticos, agentes imunológicos, hormônios e fatores do crescimento, o leite humano mostra-se significativamente superior às formulas infantis na diminuição das taxas de mortalidade neonatal e em melhores condições de saúde. Esses benefícios se estendem a vida adulta (CORPELEIJN et al., 2012; CORVAGLIA, MARTINI, FALDELLA, 2013).

O aleitamento materno requer muita dedicação e insistência da mãe, intensifica o vínculo e faz a criança sentir-se seguro e protegido (SILVEIRA, 2014). Pérez-Escamilla (2017), relata que é fundamental para o sucesso de uma amamentação longa a mãe ser orientada e incentivada desde o período gestacional, deve receber apoio e manejo adequado para lactação nos primeiros dias e semanas após o nascimento.

Conforme a OMS o leite materno costuma ser classificado em:

- Aleitamento materno exclusivo - AME: exclusivamente por LM, com exceção de medicamentos, gotas e vitaminas;
- Aleitamento materno predominante - AMP: recebe além do LM água ou bebidas à base de água.
- Aleitamento materno - AM: recebe LM, independente de receber ou não outro alimento.
- Aleitamento materno misto - AMM: recebe LM e outros tipos de leite.

- Aleitamento materno complementado - AMC: recebe além do LM outro alimento sólido ou semi-sólido com intenção de ser complementada a alimentação. Pode também receber outro tipo de leite, porém não é considerado como alimento complementar (BRASIL, 2009).
- Aleitamento Artificial – AA: criança é alimentada somente com substitutos do leite humano (LIMA, 2016).

O LM oferece vários benefícios para mãe e recém-nascido dentre os quais: a prevenção da morte infantil; prevenção de infecções respiratórias; diminuição do risco de alergias; diminuição do risco de hipertensão, colesterol alto e diabetes; diminuição da ocorrência de diarreia, evitando assim a desidratação; redução da chance de obesidade infantil; e melhora o desenvolvimento da cavidade bucal; facilmente digerido, possibilitando a eliminação do mecônio, assim diminuindo o risco de icterícia neonatal (BRASIL, 2009; ODDY, 2013).

Ainda segundo Brasil (2009), até o sexto mês de vida o leite materno supre todas as necessidades nutricionais da criança, sendo assim a partir de então, deve-se introduzir alimentos complementares na dieta da criança, o que exige um grande esforço do cuidador, pois inicia-se um novo ciclo, onde são apresentados novas texturas, sabores e aromas para essa criança. A alimentação complementar é fundamental para promover o crescimento e o desenvolvimento adequado desta criança (TAGLIETTI et al., 2014). Com o início desta idade, a maioria das crianças atinge estágio de desenvolvimento fisiológico e neurológico, com isso o reflexo de protrusão da língua, o que facilita a ingestão de alimentos observa-se também que as enzimas digestivas são produzidas em quantidades suficientes, razão que habilita as crianças a receber outros alimentos além do leite materno (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2012).

O AME por pelo menos três meses está associado a uma menor incidência e gravidade de diarreia, otite média e infecções respiratórias; até pelo menos quatro meses de idade, acarreta menor incidência de doença alérgica, como asma e dermatite atópica, em crianças com história familiar de alergia. Também relacionado a uma menor incidência de obesidade na infância e adolescência, bem como a uma menor pressão arterial e colesterolemia na idade adulta (TURCK et al., 2013).

Ainda quanto aos benefícios do AM em longo prazo, pesquisa realizada no Brasil por Victora et al. (2011) revelou que quanto mais duradouro o período de amamentação na

infância, maiores os níveis de inteligência e renda média na vida adulta. Todos esses benefícios tornam-se especialmente importantes em se tratando de crianças de alto risco, como os prematuros.

3.3 Prematuridade e os desafios para o aleitamento materno

A alimentação com leite humano reduz o risco de numerosas morbidades a curto e longo prazo, suas sequelas associadas e os custos com os cuidados aos prematuros e RN em situação de risco (MEIER et al., 2013). As vantagens do aleitamento materno para RN pré-termo são várias e largamente estabelecidas, dentre as quais destacam-se o melhor desempenho neurocognitivo, a proteção imunológica, a maturação gastrintestinal, redução do tempo de hospitalização e a formação do vínculo mãe-filho (WHO, 2012; CORVAGLIA, MARTINI, FALDELLA, 2013; MENON, WILLIAMS, 2013).

Independentemente das vantagens oferecidas pelo LM, à amamentação do RNPT ainda é um desafio em vários aspectos, pois o parto inesperado e fora do tempo esperado traz consigo inúmeros sentimentos e expectativas, além de alterar os hábitos e dinâmica familiares. Estudos divulgam que nesses casos surgem emoções ambivalentes, devido a vulnerabilidade do RN, de um lado existe a felicidade do nascimento de um filho e por outro um sofrimento e sentimento de frustração pela fragilidade dessa criança (ANJOS et al., 2012). Este processo de amamentação dos filhos requer um cuidado singular dos profissionais de saúde, os mesmos são os grandes responsáveis pelo sucesso da prática (SILVA, PORTELA, ARRUDA, 2014).

Em decorrência de sua imaturidade fisiológica, as barreiras para amamentação do prematuro são muitas, provindas das dificuldades relacionadas a sua condição clínica. Embora o início do aleitamento materno possa ser incentivado durante a hospitalização, muitos prematuros são desmamados precocemente, logo após a alta hospitalar (CALADO, SOUZA, 2012)

Calado e Souza (2012), destacam que em algumas situações, por a mãe não ter recurso financeiro para passagem do transporte diário acaba não comparecendo na UTI, para realizar a ordenha do LM, tendo que ser ofertado nesses casos para o seu filho o leite artificial, via mamadeira e sonda orogástrica sendo prescritos como uma alternativa, mesmo que estudos comprovem que o aleitamento artificial interfira na formação da arcada dentária e nas funções de deglutição, mastigação e sucção.

Hábitos alimentares saudáveis na criança, são influenciados pela alimentação familiar, fatores emocionais, culturais, socioeconômicos e psicológicos também tem

relação ao desenvolvimento desta alimentação (TAGLIETTI,2014). Estudos revelam que a figura materna e ou pessoas próximas influenciam a alimentação, observando-se que as mães com baixa escolaridade tentem a deixar seus filhos se alimentar de guloseimas entre as refeições, no mesmo momento em que mães com maior escolaridade tentem a estabelecer uma alimentação saudável, sem a ingesta de açúcares no primeiro ano de vida.

Do ponto de vista nutricional, a introdução precoce de alimentos pode colocar a criança em estado vulnerável por diminuir a duração do aleitamento materno, interferir na absorção de nutrientes e, ainda, aumentar o risco de contaminação e de reações alérgicas. Por outro lado, a introdução tardia de alimentos também é desfavorável e vulnerabiliza a criança, na medida em que não são atendidas as suas necessidades nutricionais (TAGLIETTI *et al.*, 2014).

Segundo Teixeira, Moreira (2016), fatores socioeconômicos maternos influenciam no crescimento e desenvolvimento da criança, o desemprego e o nível de escolaridade estão associados a indicadores nutricionais, como baixa estatura e excesso de peso observa-se em mães com baixa escolaridade.

Esta relação consegue ser explicada por um *status* socioeconômico mais desfavorecido, com reflexo na menor possibilidade de aquisição de alimentos saudáveis, ou pela menor consciência do papel da alimentação no desenvolvimento futuro do descendente. Assim, por um lado, o emprego materno beneficia o crescimento da criança, pelo maior acesso a alimentos e serviços de saúde que um maior rendimento possibilita. Por outro, retira tempo de dedicação ao filho, notadamente para a preparação de refeições saudáveis e a feitura de atividades de lazer, e pode ser uma barreira à amamentação (TEIXEIRA; MOREIRA, 2016).

Outro fator responsável pela má alimentação infantil está inserido entre mães adolescentes, que também apresentam maior frequência de prematuridade, BPN, índices elevados de morbimortalidade infantil e neonatal, quando relacionados aos filhos de mulheres adultas. Inúmeros fatores estão associados à geração destes episódios de vulnerabilidade entre mães adolescentes, a incultura sobre a técnica de amamentação, a omissão materna, falta de cuidados próprios, a imparcialidade, a prematuridade e o BPN (SOUZA et al., 2016). Para Lima, Javorski, Vasconcelos (2011), mães adolescentes são propícias a oferecer geralmente alimentos ingeridos por elas como refrigerantes, salgadinhos e bolachas, que são inapropriados para crianças menores de um ano.

Para Souza et al., (2016), a ablactação e a inserção de novos alimentos antes dos seis meses de vida estão relacionadas à diversos fatores maternos, observa-se entre eles deficiência orgânica da mãe, problemas com o bebê, responsabilidade atribuída à mãe, mudanças na composição da estrutura familiar, baixo nível socioeconômico, grau de escolaridade, idade, trabalho materno para sustento da família, a urbanização e industrialização, incentivo do cônjuge e de parentes (especialmente das avós).

Destaca-se que a decisão de amamentar é materna, podendo sofrer influências, positivas sendo incentivadas a manter o hábito ou negativas podendo ser influenciada a introdução de novos alimentos precocemente. Estudos demonstram que mães introduzem novos alimentos culpando o choro da criança relacionando com fome, assim introduzindo novos leites e alimentos complementares (SOUZA et al., 2016).

3.4 Alimentação ideal para criança prematura

Estudos acumulam evidências dos benefícios do aleitamento materno principalmente relacionado a prevenção e redução da gravidade da enterocolitene necrosante, retinopatia da prematuridade e sepse em prematuros.

Se o RNPT não é capaz de sugar adequadamente a partir do nascimento, de preferência nas primeiras seis horas após o parto, a mãe deve ser orientada a iniciar a expressão do leite o mais rapidamente possível, com uma frequência média de oito vezes ao dia (OHYAMA, WATABE, HAYASAKA, 2010; MURPHY et al., 2014; MURASE et al., 2014).

Os profissionais da saúde devem conhecer a prática do aleitamento materno do prematuro no ambiente hospitalar, e também seus determinantes no período pós-alta, para que intervenções efetivas, que possibilitem sua manutenção por tempo oportuno, possam ser planejadas e implementadas.

Conforme Braga (2009), a necessidade de providenciar uma nutrição adequada crianças PTM, observa-se também um aumento das estratégias nutricionais disponíveis, como exemplo o avanço dos suplementos para o leite materno, melhoria da composição das fórmulas para RNBP. O ideal após a alta deste RNPT é que ele esteja sendo alimentado por LME e ganhando em média 15 gramas/quilo/dia.

Os benefícios associados ao aleitamento materno para RNPT estão associados aos nutrientes de fácil digestão e absorção, estando o mesmo ajustado às necessidades do bebê e a sua idade gestacional, além da utilização estar associada à redução da hospitalização e menor incidência de reinternações, sepse neonatal, da retinopatia da prematuridade, proteção antioxidante, aumento no desempenho neuropsicomotor, fortalecimento do vínculo mãe-filho e de doenças respiratórias (LIMA, 2016).

É essencial que o RNPT receba o LM de sua própria mãe, já que o trabalho de parto prematuro altera a composição do LM, principalmente nas quatro semanas iniciais de lactação, obtendo maiores concentrações de nitrogênio, proteínas com função imunológica,

lipídios totais, ácidos graxos, vitamina A, D e E, cálcio, sódio e energia do que aquele de mãe de RN a termo (LIMA, 2016).

O LM por apresentar algumas características específicas, inicialmente é chamado de colostro é composto por mais proteínas e menos gorduras, e após o sétimo dia até o décimo dia é chamado leite maduro. O LM de mães de crianças prematuros apresenta-se com mais nutrientes que as de mãe crianças a termo. Conforme pode ser observado na tabela abaixo (BRASIL, 2009).

Nutrientes	Colostro (3-5 dias)		Leite maduro (26-29 dias)	
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo
Calorias (kcal/dl)	48	58	62	70
Lipídios (g/dl)	1,8	3,0	3,0	4,1
Proteínas (g/dl)	1,9	2,1	1,3	1,4
Lactose (g/dl)	5,1	5,0	6,5	6,0

Tabela I – Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo

Pode-se notar que a dificuldade ou ausência da coordenação sucção-deglutição-respiração, dificultando a alimentação da criança PMT, por sua vez seus reflexos primitivos estão reduzidos ou ausentes de acordo com o grau de prematuridade, acometendo o processo de sucção e deglutição. Silva, Tavares e Gomes (2014), realizaram um estudo que avaliava a mamada de PMT internados em uma Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN), averiguaram que mais de 90% apontaram dificuldades na coordenação entre sucção-deglutição-respiração, também foi notado dificuldade no que se refere à pega da mama, especialmente na manutenção da pega durante a mamada. Quanto às alterações fisiológicas observou-se sonolência em todos os PMT logo após o início da mamada, bem como reflexo de busca incompleto em 56,3% dos caos e sucção débil e lenta, com sugadas rápidas e pausas longas em 43,8%.

Frente ao obstáculo da criança PMT em coordenar a sucção-deglutição-respiração e manutenção da pega, não há concordância na literatura sobre o período apropriado para iniciar a amamentação em crianças PMT. A idade gestacional (IG) e o peso são habitualmente utilizados como indicadores para introduzir a alimentação via oral

(GUBERT et al., 2012; FUJINAGA et al., 2013). A idade gestacional é um método que se aponta a maturidade do prematuro, visto que por volta de 34 semanas já está fisiologicamente apto a coordenar a sucção-deglutição-respiração, apesar de estudos já terem demonstrado que essa coordenação pode ser alcançada antes mesmo desse período (MEDEIROS et al., 2011).

3.5 Acompanhamento ambulatorial de crianças prematuras

O cuidado com a criança PTM apresenta grandes avanços em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), o que torna maior a sobrevivência desse grupo de pacientes. Após a alta hospitalar, essas crianças por possuir cuidados peculiares, deve seguir um acompanhamento de sua saúde, para que se mantenham os cuidados necessários e observar de perto de seu desenvolvimento. Este seguimento do cuidado deve ser organizado durante a hospitalização do prematuro, e um ambulatório de risco torna-se essencial neste processo, o mesmo deve ser responsável pela busca ativa, e ou visita domiciliares, se preciso deve ser inserido novas avaliações com médicos especialistas (MELO et al., 2013).

Segundo Cardoso (2012), frequentemente este acompanhamento ambulatorial é realizado até a criança completar dois anos de idade, apesar deste marco ainda ser alvo de conflito, visto que muitas alterações no desenvolvimento podem se manifestar após esta idade, é fundamental uma análise minuciosa do comportamento e das respostas motoras da criança PMT, para poder se planejar uma intervenção, é relevante destacar-se que cada criança tem seu planejamento específico.

O diálogo e a interação do profissional enfermeiro com a família do RNPT possibilitam conhecer o contexto social, cultural e econômico, além de capacitar e estimular os familiares para a realização dos cuidados adequados à criança após a alta hospitalar. A alta hospitalar planejada, seguida de plano de cuidados, faz parte de um processo complexo que deve envolver, entre outras, a equipe de enfermagem, que se caracteriza como assistência vigilante, humanizada e individualizada. No entanto, observa-se que alguns profissionais ainda não visualizam a atividade como algo essencial na promoção da saúde do prematuro (FROTA et. al., 2013).

Conforme o Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2012), a enfermagem tem o papel de Controle dos medicamentos em uso, orientações de medidas preventivas de diversas doenças, manejo do oxigênio domiciliar, sondas entéricas e cuidados gerais de higiene, quando necessário reforço. Também deve ser promovido o vínculo entre equipe e familiares das crianças PMT, assim reduz o risco de evasão do acompanhamento.

No seguimento ambulatorial é indispensável o trabalho em equipe, com funções estabelecidas e definidas de cada membro da equipe para melhor acompanhamento desta criança PMT. É necessário um médico que deverá ser neonatologista ou pediatra que já tenha um vínculo pré-estabelecido com a família e que conheça a situação da criança em detalhes enquanto internada na UTIN (SBP, 2012).

Os integrantes familiares responsáveis pela criança deverão ser orientados desde a alta hospitalar, a abordagem deve ocorrer diretamente com a criança e indiretamente com o ambiente, os pais e a equipe multidisciplinar que acompanha este bebe (CARDOSO, 2012). No momento da alta da criança PMT deve se organizar os devidos agendamentos para o acompanhamento multiprofissional (SBP, 2012), lembrando que a intervenção precoce se refere ao conjunto de atividades que visão incentivar as capacidades das crianças o mais cedo possível (CARDOSO, 2012).

O melhor acompanhamento do prematuro, de forma supervisionada e interdisciplinar, garantirá o investimento em sobrevida anteriormente realizado com esses pacientes nas unidades de tratamento intensivo: menores taxas de re-hospitalizações, menor índice de infecções nos primeiros anos de vida dessas crianças, melhores taxas de crescimento e neurodesenvolvimento, adequada inclusão na escola e potencial de aprendizado e inserção na sociedade na vida adulta (SBP, 2012)

De acordo com Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2012), um ambulatório de risco deve ser organizado de forma que haja uma equipe multidisciplinar, incluindo equipe multiprofissional: médico pediatra/neonatologista; psicóloga infantil; neurologista pediátrico; oftalmologista e retinólogo; otorrinolaringologista; nutricionista; fonoaudiologia; enfermagem; assistente social; fisioterapeuta; terapeuta ocupacional.

4.CAMINHO METODOLÓGICO

4.1Tipo de Estudo

Pesquisa de abordagem quantitativa, do tipo descritivo e de delineamento transversal, desenvolvida no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul (RS), Brasil.

A pesquisa quantitativa é um meio para testar teorias objetivas, que serão medidas por instrumentos, para que após a aplicação da pesquisa os dados numéricos possam ser analisados por procedimentos estatísticos (CRESWELL, 2010).

O tipo de pesquisa descritiva segundo Gerhardt e Silveira (2009) exige do pesquisador uma série de observações sobre o que irá ser pesquisado, descrevendo os fatos e fenômenos da determinada realidade. Dispondo como exemplo de pesquisa descritiva: estudos de caso, análise documental.

Conforme Hulley et al. (2015) no delineamento transversal todas as medições são realizadas em uma única ocasião e um curto espaço de tempo, são utilizados também para avaliar ligações entre uma variável e outra. Geralmente oferece informações somente de prevalência, suas principais características são definir resultados demográficos e clínicos do grupo de estudo.

Após a aplicação do formulário fechado, os dados serão analisados e lançados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (PILATE, PORTO).

4.2Sujeitos do Estudo

A população do estudo será composta por crianças prematuras, egressas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) do único hospital universitário da cidade de Santa Cruz do Sul. Como critério de inclusão, serão todas com idade de até um ano, que fazem acompanhamento no ambulatório de alto risco no período de 1º de julho de 2016 a 31 julho de 2017. Esse corte temporal será estabelecido para que as crianças prematuras tivessem idade igual ou superior a um ano de vida no período da coleta de dados, que ocorrerá no mês outubro de 2017.

O estudo será baseado em duas etapas: a primeira será desenvolvida no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do ambulatório de alto risco, onde serão acessados os prontuários, a fim de caracterizar a população estudada; A segunda etapa estará relacionada a consulta médica onde a família levará o prematuro para acompanhamento.

4.3 Cenário do Estudo

A pesquisa será desenvolvida no Centro Materno Infantil (CEMAI), em Santa Cruz do Sul, os mesmos atendimentos na área da pediatria e gineco-obstetrícia, realiza atendimentos em pediatria, plantão de urgência atenção básica, 24 horas todos os dias da semana. O serviço também realiza acompanhamento em crianças de alto risco.

Snovarskiet al., (2013) relata que em 29 de abril de 2004, o programa bem-me-quer foi implantado no município de Santa Cruz do Sul, a partir disso iniciou uma série de ações assistenciais e preventivas que vinham a efetuar o objetivo de promover a qualidade de vida da população, visando à diminuição da mortalidade Infantil.

Simultâneo ao atendimento das crianças de risco, no Programa Bem Me Quer, está o atendimento dessas no Ambulatório de Risco Neo-Pediátrico Municipal. Neste ambulatório são monitoras mensalmente todas as condições que contemplam o desenvolvimento infantil, com ênfase nos bebês prematuros e/ou portadores de patologias específicas. São parceiros dessa jornada, instituições públicas e privadas, as quais são responsáveis pela garantia de uma vida digna, com a seguridade de uma infância contemplada com todos os Direitos preconizados no Estatuto da Criança e do Adolescente (SNOVARSKI *et al.*, 2013).

4.4 Procedimentos Éticos e Técnicos

Para a realização dos procedimentos técnicos da pesquisa, será realizado contato com a Secretária da Saúde, e coordenadora do local onde ocorrerá a coleta de dados, e após, a entrega do protocolo de solicitação para o desenvolvimento da pesquisa. (APÊNDICE A).

A coleta de dados se dará em dois momentos: primeiro momento a coleta de dados será um formulário fechado (APÊNDICE B), onde a pesquisadora coletará dos prontuários do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico do ambulatório de alto risco.

No segundo momento será iniciado o contato com os sujeitos participantes da pesquisa (mães) no acompanhamento durante a consulta médica de rotina através de entrevista semi estruturada (APÊNDICE C), que permitirá melhor caracterização das práticas alimentares de crianças prematuras após a alta da hospitalar, aos três, seis, nove e com um ano de vida. Essas mães serão abordadas verbalmente e receberão o convite para participarem da pesquisa tendo ciência sobre os objetivos, a justificativa, a metodologia, como também a importância da participação das mesmas. Será entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D) para a assinatura das participantes, que terão suas identidades preservadas.

Esta pesquisa será realizada de acordo com os princípios éticos inseridos nas Diretrizes e Normas de Pesquisa em Seres Humanos, por meio da Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecida em dezembro de 2012.

Posteriormente, após a autorização de elaboração da pesquisa, o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Santa Cruz do Sul para aprovação. Após a aprovação pelo CEP, será dado início a coleta de dados.

4.5 Divulgação dos Dados

Sob forma de artigo, os resultados desta pesquisa serão divulgados ao término do semestre letivo de 2017/2, por meio da defesa do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC). A partir de então, serão realizadas as correções consideradas necessárias pelos professores da banca de avaliação e, posteriormente, será encaminhado para a publicação em revista científica da área.

6. ORÇAMENTO

Título da pesquisa: Práticas alimentares: estudo realizado com crianças prematuras acompanhado no ambulatório de alto risco de Santa Cruz do Sul

Gestor financeiro: Pesquisadora

Itens a serem financiados		Valor	Valor	Fonte
Especificações	Quantidade	Unitário R\$	Total R\$	Viabilizadora
Folhas A4	3 pct	6,00	18,00	Pesquisadora
Capas Unisc	3 capas	0,50	1,50	Pesquisadora
Encadernações	3	3,50	10,50	Pesquisadora
Cartucho para impressora	2	45,00	90,00	Pesquisadora
Caneta marca texto	4	2,50	10,00	Pesquisadora
Caneta azul	3	1,50	4,50	Pesquisadora
Passagem urbana	40 passagens	3,50	140,00	Pesquisadora
TOTAL GERAL R\$ 274,50				

Maria Eloisa Collognese

Pesquisadora

7. REFERÊNCIAS

- ANJOS, L. S. et al. Percepções maternas sobre o nascimento de um filho prematuro e cuidado após a alta. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 4, n. 65, p.571-577, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672012000400004>. Acesso em: 10 de março de 2017.
- BRAGA, A. C. Alimentação do Prematuro. *Nascer e Crescer, Serviço de Cuidados Intensivos Neonatais, Unidade Maternidade Júlio Dinis. Revista do hospital de crianças maria pia*, v. 18, n. 3, p. 195-198, 2009. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1267/1/AlimentacaoPrematuro_18-3.pdf>. Acesso em: 22 de maio de 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. SAÚDE DA CRIANÇA: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 111 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 11 de março de 2017.*
- CALADO, D. F. B.; SOUZA, R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não-nutritiva. *Revista CEFAC*, v. 1, n. 14, p.176-181, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462012000100021>. Acesso em: 11 de abril de 2017.
- CARDOSO, E. A. Acompanhamento ambulatorial de recém-nascidos prematuros em um hospital público de Minas Gerais de 2008 a 2010. *Fisioterapia Brasil*, v. 13, n. 3, p.171-177, 2012. Disponível em: <<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/533>>. Acesso em: 11 de abril de 2017.
- CLOHERTY, J. P.; EICHENWALD, E. C.; STARK, A. R. *Manual de neonatologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: GEN, 2010.
- CORVAGLIA, L.; MARTINI, S.; FALDELLA, G. Breastfeeding the preterm infant. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, v. 2, n. 2, 2013. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-the-preterm-infant>>. Acesso em: 19 de maio de 2017.
- CRESWELL, J. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- FUJINAGA, C. I. et al. Validação clínica do Instrumento de Avaliação da Prontidão do Prematuro para Início da Alimentação Oral. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 21, p. 140-5, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_18.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2017.

GUIMARÃES, E. A. A. et al. Prevalência e fatores associados à prematuridade em Divinópolis, Minas Gerais, 2008-2011: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 26, n. 1, p. 91-98, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S223796222017000100091&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 de abril de 2017.

HULLEY, S. B. et al. *Delineando a pesquisa clínica*. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

LIMA, A. P. E.; JAVORSKI, M.; VASCONCELOS, M. G. L. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 5, n. 64, p. 912-918, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000500017>. Acesso em: 10 de abril de 2017.

MARTINS, M. G. et al. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 11, n. 33, p.354-360, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001100006>. Acesso em: 11 de abril de 2017.

MEDEIROS, A. M. C. et al. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, v. 23, n. 1, p. 57-65, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2179-64912011000100013>. Acesso em: 04 de junho de 2017.

MEIER, P. P. et al. Supporting breastfeeding in the neonatal intensive care unit: Rush Mother's Milk Club as a case study of evidence-based care. *Pediatricclinics of North America*, v. 60, n. 1, p. 209-26, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23178066>>. Acesso em: 04 de junho de 2017.

MELO, A. M. C. et al. Características e fatores associados à assistência à saúde de crianças menores de um ano com muito baixo peso ao nascer. *Jornal de Pediatria*, v.89, n. 1, p. 75-82. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000100012>. Acesso em: 04 de abril de 2017.

MENON, G.; WILLIAMS, T. C. Human milk for preterm infants: why, what, when and how? *Archives of Disease in Childhood-Fetal and Neonatal Edition*, v. 98, n. 6, p. F559-62, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23893267>>. Acesso em: 06 de junho 2017.

MURASE, M. et al. Predictors of low milk volume among mothers who delivered preterm. *Journal of Human Lactation*, v. 30, n. 4, p. 425-35, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25063573>>. Acesso em: 10 junho 2017.

MURPHY, L. et al. A quality improvement project to improve the rate of early breast milk expression in mothers of preterm infants. *Journal of Human Lactation*, v. 30, n. 4, p. 398-401, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25063572>>. Acesso em: 12 de junho de 2017.

ODDY, W. H. Aleitamento materno na primeira hora de vida protege contra mortalidade neonatal. *Jornal de Pediatria*, v. 89, n. 2, p. 109-111, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572013000200001>. Acesso em: 19 de junho 2017.

OHYAMA, M.; WATABE, H.; HAYASAKA, Y. Manual expression and electric breast pumping in the first 48 h after delivery. *PediatricsInternational*, v. 52, n. 1, p. 39-43, 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1442-200X.2009.02910.x/abstract;jsessionid=EE12C568E6569F2F5A0BF253A0E38A85.f03t01>>. Acesso em: 20 de junho 2017.

PÉREZ-ESCALAMILLA, R. Amamentação no Brasil: grande progresso, porém ainda há um longo caminho pela frente. *Jornal de Pediatria*, v. 93, n. 2, p. 107-110, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572017000200107&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 20 de junho 2017.

PILATI, R.; PORTO, J. Apostila para tratamento de dados via SPSS. Universidade de São Paulo. Disponível em: <https://social.stoa.usp.br/articles/0016/4637/apostila_SPSS_Porto_.pdf>. Acesso em: 05 de maio de 2017.

SILVA, L. M.; TAVARES, L. A. M.; GOMES, C. F. Dificuldades na amamentação de lactentes prematuros. *Distúrbios da Comunicação*, v. 26, n. 1, 2014. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/19010/14197>>. Acesso em: 20 de junho 2017.

SILVA, M. A. M.; PORTELA, É. M. M.; ARRUDA, L. P. Aleitamento materno de recém-nascidos hospitalizados: grupo de apoio desenvolvido junto às puérperas adolescentes. *Adolescência e Saúde*, v. 11, n. 1, p. 44-51, 2014. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=435>. Acesso em: 21 de junho 2017.

SILVEIRA, M. F. et al. Increase in preterm births in Brazil: review of population-based studies. *Revista Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 957-64, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102008000500023>. Acesso em: 21 de junho 2017.

SILVEIRA, M. G. G. Como alimentar seu filho de forma saudável. 1. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

SNOVARSKI, M. E. S. et al. Programa Bem me Quer: um instrumento de redução de mortalidade fetal e infantil, no município de Santa Cruz do Sul/RS. *Revista Epidemiologia Controle Infecção: Hospital Santa Cruz*, v. 3, n. 1, p. 31-32, 2013. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/epidemiologia/article/view/3160>>. Acesso em: 22 de junho 2017.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola/Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 3^a. ed. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<https://www.sbp.com.br/pdfs/14617a-PDManualNutrologia-Alimentacao.pdf>>. Acesso em: 22 de junho 2017.

SOUZA, S. A. et al. Aleitamento materno: fatores que influenciam o desmame precoce entre mães adolescentes. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas*, v. 10, n. 10, p. 3806-3813, 2016. Disponível em: <<file:///C:/Users/Eloisa/Downloads/11446-26346-1-PB.pdf>>. Acesso em: 22 de junho 2017.

TAGLIETTI, R. L. et al. Práticas alimentares nos dois primeiros anos de vida: presença de vulnerabilidade em saúde. *Scientia Medica*, v. 24, n. 1, p. 39-45, 2014. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/280978850_Praticas_alimentares_nos_dois_primeiros_anos_de_vida_presenca_de_vulnerabilidade_em_saude>. Acesso em: 23 de junho 2017.

TEIXEIRA, V. H.; MOREIRA, P. Alimentação maternal e status socioeconômico na luta contra a má-nutrição infantil. *Jornal de Pediatria*, v. 92, n. 6, p. 546-548, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S002175572016000700546&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 de junho 2017.

TURCK, D. et al. Allaitementmaternel: lesbénéficespourlasanté de l'enfant et de samère. *Archives de Pédiatrie*, v. 20, p. S29-S48, 2013. Disponível em: <<http://www.sfpediatrie.com/recommandation/allaitement-maternel-les-b%C3%A9n%C3%A9fices-pour-la-sant%C3%A9-de-l%E2%80%99enfant-et-de-sa-m%C3%A8re-comit%C3%A9-de>>. Acesso em: 23 de junho 2017.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Saúde no Brasil. Caderno de indicadores da Universidade Federal de Pelotas*, v. 2, n. 1, p. 32-46, 2011. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/279/15%20Sa%C3%BAde%20de%20m%C3%A3es%20e%20crian%C3%A7as%20no%20Brasil%20progressos%20e%20desafios.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 23 de junho de 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Born too soon: The global action report on preterm birth*. WHO. Geneva, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preterm birth*. WHO. v. 363, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

8. APÊNDICES

8.1 APÊNDICE A – Ofício de solicitação à Secretária da Saúde e Coordenadora do Local



Santa Cruz do Sul, 26 de junho de 2017.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Ao comitê de ética em Pesquisa (CEP/UNISC)

Prezados senhores

Declaramos para os devidos fins conhecer o projeto de pesquisa intitulado **"PRÁTICAS ALIMENTARES: ESTUDO REALIZADO COM CRIANÇAS PREMATURAS ATÉ UM ANO DE VIDA ACOMPANHADAS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DE SANTA CRUZ DO SUL"**, desenvolvido pela acadêmica Maria Eloísa Collognese, sob orientação da Profª Ms. Ingre Paz, do curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, e autorizamos o desenvolvimento da pesquisa no Centro Materno Infantil – CEMAI, da Secretaria Municipal de Santa Cruz do Sul-RS, CNPJ 95440517/0001-08.

Informamos concordar com o parecer ético que será emitido pelo CEP/UNISC, conhecer e cumprir com a Resolução do CNS 466/12 e demais Resoluções Éticas Brasileiras. Esta instituição está ciente das suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e no seu compromisso do resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária.

Atenciosamente


Clarissa Gohlke
Diretora de Ações e
Programas de Saúde
M 41176

Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul



Santa Cruz do Sul, 26 de junho de 2017.

TERMO DE ACEITE INSTITUCIONAL

Eu, Clarissa Gohlke, Diretora de Ações e Programas de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul, conheço o protocolo de pesquisa intitulado **"PRÁTICAS ALIMENTARES: ESTUDO REALIZADO COM CRIANÇAS PREMATURAS ATÉ UM ANO DE VIDA ACOMPANHADAS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DE SANTA CRUZ DO SUL"**, desenvolvido pela acadêmica Maria Eloísa Collognese, sob orientação da Profª Ms. Ingre Paz, do curso de Enfermagem, da Universidade de Santa Cruz do Sul, bem como os objetivos e a metodologia que será desenvolvida, ficando autorizado o desenvolvimento da pesquisa no Centro Materno Infantil - CEMAI, da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Cruz do Sul.

Os resultados apurados poderão e/ou deverão ser utilizados para formulação e execução de programas de melhoria na saúde pública a nível comunitário ou público municipal, isoladamente ou em conjunto com o município de Santa Cruz do Sul.


Clarissa Gohlke
Diretora de Ações e
Programas de Saúde
M 41176

Diretora de Ações e Programas de Saúde
Secretaria Municipal de Saúde

8.2 APÊNDICE B**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL - UNISC****DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA****CURSO DE ENFERMAGEM****Formulário Primeira Etapa****Dados de Identificação****Questionário nº _____****1) Peso ao nascer _____****2) Idade gestacional ao nascer? _____****3) Apgar: 5 min _____ 10 min _____****4) Sexo?**

(0) Feminino (1) Masculino

5) Motivo internação UTIN? _____**6) Tempo internação UTIN? _____****7) Idade materna: _____****8) Parto prematuro anterior?****9) Gestação**

(0) Primigesta 1 (1) Multípara 2 (2) Multigesta 3

10) Gravidez foi planejada?

(0) Sim (1) Não

11) Número de filhos vivos?

(0) 1 (1) 2 (2) 3 (3) 4 (4) mais de 5

12) Fez pré-natal na última gestação? (0) sim (1) não**13) Escolaridade materna:**

(0) 1º grau incompleto (1) 1º grau completo (2) 2º grau incompleto (3) 2º grau completo (4) 3º grau incompleto (5) 3º grau completo

14) Trabalha:

(0) sim (1) não

15) Renda Familiar Mensal:

(0) de R\$ 300 a R\$ 600 (1) de R\$ 600 a R\$ 900 (2) de R\$ 900 a R\$ 1.500 (3) maior que R\$

1.500 (4) não sabe

16) Recebe algum tipo de benefício:

(0) sim (1) não

17) Cidade:

(0) Santa Cruz do Sul (1) outra

18) Área:

(0) urbana (1) rural

19) Casa própria:

(0) sim (1) não

20) Número de moradores na residência:

(0) 2 (1) 3 (2) 4 (3) outro

8.3 APÊNDICE C

Formulário Segunda Etapa

Prevalência dos tipos de alimentação, na alta hospitalar da UTIN até um ano de vida de crianças Prematuras acompanhadas no ambulatório de alto risco.

	Alta	Após alta hospitalar	3 Meses	6 meses	9 Meses	Primeiro ano
Aleitamento Materno Exclusivo (AME)						
Aleitamento Materno Predominante (AMP)						
Aleitamento Materno Misto (AMM)						
Aleitamento Materno						

Complementado (AMC)						
Aleitamento Artificial (AA)						
Qualquer tipo de leite, papinhas, mingau, sucos e frutas raspadas						
Qualquer tipo de leite se alimentava com refeições iguais às da família						
Não ofereceu qualquer tipo de leite, se alimentava com refeições iguais às da família						

8.4 APÊNDICE D – Formulário para Pesquisa

Termo de consentimento livre e esclarecido aos sujeitos do estudo

PRÁTICAS ALIMENTARES: ESTUDO REALIZADO COM CRIANÇAS PREMATURAS ACOMPANHADO NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DE SANTA CRUZ DO SUL

Entrevista nº. _____

Prezado participante, você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Práticas Alimentares: estudo realizado com crianças prematuras até um ano de vida acompanhado no ambulatório de alto risco de Santa Cruz do Sul tem como objetivo Investigar as práticas alimentares de crianças prematuras no primeiro ano de vida que são acompanhadas no ambulatório de alto risco da cidade de Santa Cruz do Sul;

Para a criança prematura (PMT), o aleitamento materno exclusivo (AME) torna-se a melhor indicação no que diz respeito à alimentação. As vantagens do AME para a criança

são inúmeras e amplamente definidas, dentre elas destacam-se melhor desempenho neurológico cognitivo, proteção imunológica, maturação gastrointestinal, redução do tempo de hospitalização e a formação do vínculo mãe-filho.

Para obtenção dos dados será utilizado um questionário auto-aplicável que será preenchido pela pesquisadora, relacionados aos objetivos da pesquisa.

É possível que aconteça algum desconforto ou constrangimento, não havendo riscos. Caso você se sinta prejudicado poderá manifestar seu desconforto e retirar-se da pesquisa.

Os benefícios esperados com a realização deste estudo são: subsidiar o planejamento de ações que impactam nas boas práticas alimentares para qualidade de vida de crianças prematuras no primeiro ano de vida. Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que autorizo a minha participação neste projeto de pesquisa, pois fui informado, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios, assim como das alternativas às quais poderia ser submetido, todos acima listados.

A demais declaro que, quando for o caso, autorizo a utilização de minha imagem e voz de forma gratuita pelo pesquisador, em quaisquer meios de comunicação, para fins de publicação e divulgação da pesquisa, desde que eu não possa ser identificado através desses instrumentos (imagem e voz).

Fui igualmente informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo à continuação de meu cuidado e tratamento;
- Da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa;
- Do compromisso de proporcionar informação atualizada obtida durante o estudo, ainda que esta possa afetar a minha vontade em continuar participando;
- Da disponibilidade de tratamento médico e indenização, conforme estabelece a legislação, caso existam danos a minha saúde, diretamente causados por esta pesquisa;

- De que se existirem gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

A Pesquisadora Responsável por este Projeto de Pesquisa é Prof^aEnf^aMs. Ingre Paz, (51) 9 81485225 e a pesquisadora de campo, a acadêmica Maria Eloisa Collognese, contato: (51)9 9756-1404, e, tendo este documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNISC em __ / __ / ____.

O Comitê de Ética em Pesquisa responsável pela apreciação do projeto pode ser consultado, para fins de esclarecimento, através do telefone: 051 3717 7680.

Participante

Pesquisadora

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

8.2 Normas para Publicação em Revista Científica

A Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras – ISSN online 2238-202x - é um periódico oficial da SOBEP, publicada semestralmente, cujo intuito é contribuir para o progresso na área de saúde da criança e do adolescente. São aceitos para avaliação manuscritos elaborados por enfermeiros nos seguintes formatos: artigos de pesquisa, artigos de revisão e relatos de experiência.

O conteúdo do material enviado para publicação é de inteira responsabilidade dos autores, não podendo ter sido publicado anteriormente ou ser encaminhado, simultaneamente, a outro periódico. Para serem publicados em outros locais, ainda que parcialmente, necessitam de aprovação por escrito por parte dos editores da Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras.

Os artigos submetidos são analisados pela Comissão Permanente de Publicação, Divulgação e Comunicação Social da SOBEP, que avalia o mérito científico do trabalho, sua adequação às normas editoriais e à política editorial adotada pela revista. Sendo responsável pelo aceite ou veto de qualquer trabalho recebido, podendo propor eventuais alterações, desde que os autores sejam previamente consultados.

Os artigos que se referem às pesquisas que envolveram seres humanos devem ter citar, no corpo do artigo, o número do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e fazer menção à resolução 466/12. A carta de aprovação do CEP e o modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) devem ser encaminhados como documentos anexos no processo de submissão do artigo à Revista.

Modalidades dos artigos:

- Artigo de Pesquisa: ser inédito, ter no máximo 15 laudas, ser estruturado (Objetivo, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão); os capítulos de Resultados e Discussão devem ser redigidos em separado.
- Artigo de Revisão: englobar os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, baseados em uma bibliografia pertinente, crítica e sistemática, acrescido de análise e conclusão, com no máximo 15 laudas;
- Relato de Experiência: descrever analiticamente a atuação da enfermagem na saúde da criança e do adolescente, limitada a 10 laudas;

Os textos submetidos devem estar formatados em:

- Folha A4;

- Fonte: Times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5;
- Margens de 2,5cm de cada um dos lados;
- Sem colunas

Título do artigo e subtítulo (se houver) - com no máximo 15 palavras, em português, inglês e espanhol, sem abreviações.

Identificação do(s) autor(es) - Nome(s) e sobrenome(s) do(s) autor(es), titulação máxima e a instituição a que pertence(m). Indicar o nome do autor responsável pela troca de correspondência, e-mail e telefone.

Resumo - com no máximo 150 palavras. Incluir os resumos em português, inglês e espanhol. Para os artigos de pesquisa, o resumo deve ser estruturado (Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusão); para os demais tipos de publicação não é necessário estruturar o resumo. Descritores - Devem acompanhar o resumo, abstract e resumen. Apresentar no máximo 3 descritores em português, inglês e espanhol. Usar para definição dos descritores: Descritores em Ciências da Saúde - DECS. (lista de descritores utilizada na Base de Dados LILACS da Bireme) disponível no endereço <http://decs.bvs.br/>.

Texto - Deverá obedecer a estrutura exigida para cada modalidade de artigo. O item conclusão/considerações finais não deve conter citações. As citações no texto devem ser numeradas de forma consecutiva, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto. Identificar as citações por números arábicos, entre parênteses e sobrescrito, sem menção do nome dos autores. Se forem sequenciais, devem ser separadas por hífen; se forem aleatórias, devem ser separadas por vírgula. No texto deve estar indicado o local de inserção das figuras, gráficos, tabelas, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e tabelas (no máximo 5) deverão ser em preto e branco.

Agradecimentos - Inclui colaborações de pessoas que merecem reconhecimento, mas que não justificam sua inclusão como autor; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.

Referências - As referências seguem o Estilo Vancouver. Artigos de pesquisa e relato de experiência: máximo de 20 referências. Artigos de revisão: máximo de 30 referências.

Documentos necessários para a Submissão:

Os artigos submetidos deverão vir acompanhados de: uma carta do(s) autor (es), contendo: título, nome e credenciais dos autores, destacar o autor correspondente,

incluindo endereço eletrônico do mesmo; uma carta contendo a autorização para publicação e transferência dos direitos autorais à revista, assinada por todos os autores; uma declaração de isenção de conflitos de interesses; cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido quando se tratar de pesquisas com seres humanos e cópia da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), para artigos de pesquisa.

Revisão dos consultores

Todos os trabalhos, após aprovação pela Comissão Permanente de Publicação, Divulgação e Comunicação Social da SOBEP, serão encaminhados para análise e avaliação por dois consultores ad hoc (avaliadores), sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Caso haja discordância entre os pareceres, o artigo é encaminhado a um terceiro consultor. Somente após aprovação final pela referida comissão, os trabalhos serão encaminhados aos autores para correções e publicação. Os comentários serão devolvidos aos autores para as modificações no texto ou justificativas do não atendimento às recomendações dos consultores. A comissão dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência de aceitação do trabalho. Os trabalhos não aceitos serão devolvidos aos autores.

Os nomes dos consultores permanecerão em sigilo, omitindo-se também, perante os relatores, os nomes dos autores.

No caso de existir conflito de interesse entre os autores e determinados consultores nacionais ou estrangeiros, deve-se incluir uma carta confidencial num envelope selado dirigido a Comissão Permanente de Publicação, Divulgação e Comunicação Social da SOBEP, indicando o nome das pessoas que não deveriam participar no processo de arbitragem. Esta informação será utilizada de forma estritamente confidencial. Da mesma forma, os consultores (avaliadores) poderão manifestar-se, caso haja conflito de interesse em relação a qualquer aspecto do artigo a ser avaliado.

Informações Complementares:

Encaminhar o artigo juntamente com os documentos necessários via e-mail para Secretária Josiara Rosa: revista.sobep@gmail.com . Caso não receba nenhum e-mail com a confirmação do recebimento, enviar e-mail para a Editora Chefe Profa. Dra. Margareth Angelo: revista@sobep.org.br

8.3 Parecer Consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRÁTICAS ALIMENTARES: ESTUDO REALIZADO COM CRIANÇAS PREMATURAS ATÉ UM ANO DE VIDA ACOMPANHADAS NO AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO DE SANTA CRUZ DO SUL

Pesquisador: INGRE PAZ

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 71239417.7.0000.5343

Instituição Proponente: Universidade de Santa Cruz do Sul - UNISC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.273.628

Apresentação do Projeto:

Projeto em terceira versão. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Objetivo da Pesquisa:

Projeto em terceira versão. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Projeto em terceira versão. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto em terceira versão. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Projeto em terceira versão. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitario **CEP:** 96.815-900

UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



UNISC - UNIVERSIDADE DE
SANTA CRUZ DO SUL



Continuação do Parecer: 2.273.628

Recomendações:

Projeto em terceira versão. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em terceira versão. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto em terceira versão. Porque resolvidas de forma satisfatória e adequada as pendências apontadas quando das avaliações anteriores, projeto aprovado e em condições de ser executado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_954183.pdf	05/09/2017 20:19:43		Aceite
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOELOISA.pdf	05/09/2017 20:08:37	INGRE PAZ	Aceite
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/09/2017 20:08:19	INGRE PAZ	Aceite
Cronograma	cronograma.PDF	25/08/2017 16:54:18	INGRE PAZ	Aceite
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	06/08/2017 21:17:15	INGRE PAZ	Aceite
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ACEITE.pdf	02/07/2017 22:31:58	INGRE PAZ	Aceite
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	02/07/2017 22:28:59	INGRE PAZ	Aceite

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603

Bairro: Universitário

CEP: 96.815-900

UF: RS

Município: SANTA CRUZ DO SUL

Telefone: (51)3717-7680

E-mail: cep@unisc.br



Continuação do Parecer: 2.273.628

SANTA CRUZ DO SUL, 13 de Setembro de 2017

Assinado por:
Renato Nunes
(Coordenador)

Endereço: Av. Independência, nº 2293 -Bloco 6, sala 603
Bairro: Universitário **CEP:** 96.815-900
UF: RS **Município:** SANTA CRUZ DO SUL
Telefone: (51)3717-7680 **E-mail:** cep@unisc.br