

CENTRO UNIVERSITÁRIO CATÓLICO DE VITÓRIA

ALINE CRISTINA BORGES

**TERAPIA NUTRICIONAL DE RECÉM – NASCIDOS PREMATUROS EM UM
HOSPITAL PÚBLICO DO ES**

VITÓRIA

2016

ALINE CRISTINA BORGES

**TERAPIA NUTRICIONAL DE RECÉM – NASCIDOS PREMATUROS EM UM
HOSPITAL PÚBLICO DO ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharelado em Nutrição.

Orientador: Prof.^a Mirian Patrícia Paixão

VITÓRIA

2016

ALINE CRISTINA BORGES

**TERAPIA NUTRICIONAL DE RECÉM – NASCIDOS PREMATUROS EM UM
HOSPITAL PÚBLICO DO ES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro Universitário Católico de Vitória, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharelado em Nutrição.

Aprovado em 12 de Dezembro de 2016, por:

Prof.^aMs. Mirian Patrícia Paixão - Orientador

Patrícia Helena Teixeira Gomes, Nutricionista

Rivany Ornellas Frizzera, Nutricionista

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pois nele depus toda minha fé, e a minha confiança. Ele que me deu a chance de ser tudo aquilo que eu sempre quis, e por todas as coisas maravilhosas que têm feito em minha vida e fará na minha trajetória.

Aos meus pais, por todos os conselhos e confiança depositados em mim. Por terem me apoiado e por muitas vezes terem se sacrificado para me dar tudo o que precisei. Muito obrigado por ter acreditado em mim!

A minha orientadora e professora Mirian Paixão, pois como um exemplo de profissional, foi fonte preciosa de ensinamentos, sempre carinhosa, dedicada e responsável com os seus orientandos. A todas outras professoras que se põem em acompanhar a caminhada de seus alunos, fazendo-se presente.

A toda equipe da UTIN do Hospital Jaime Santos Neves, que são heróis de batalhas na busca de salvar vidas. A minha Gestora Érika Christlé, Coordenadora Lorena Orillet e Dr^a. Silvia e Dr^o. Alexandre que esteve sempre ao meu lado me ajudando no que fosse preciso. Pela confiança depositada e toda cumplicidade e aprendizado que obtive.

Aos meus tios, tias e irmãos e família, no qual ficaram dispostos a ajudar e sempre tiveram paciência comigo. Em especial o meu querido irmão Vitor Sérgio, sendo o meu co-orientador.

A todos os meus amigos que ao longo da faculdade pode estar ao meu lado, me apoiando e ajudando, em especial a Elizabeth, Fabiolândia, Priscila e Maria Aparecida.

RESUMO

Como aumento de complicações gestacionais provenientes de mães portadoras de alguma patologia, tais como diabetes gestacionais, pré-eclâmpse, bolsa rota, infecções, entre outros. Vêm crescendo a demanda de interrupção desta gestação e o aumento de partos prematuros. O nascimento de um prematuro gera várias complicações devido a imaturidade das funções fisiológicas motoras e cognitivas, sendo comum alguns problemas neste neonato durante a internação como problemas respiratórios, gastrointestinais, sistema imunológico, SNC e controle térmico. Com relação ao estado nutricional, são avaliados quanto seu peso, perímetro cefálico e estatura, pelas curvas de crescimento, devendo ser observados durante o período de internação e pós alta, com acompanhamento até 2 anos de idade. O objetivo deste estudo foi analisar a utilização de terapia nutricional em prematuros de um hospital público do ES, comparando na literatura com as recomendações adequadas para esse público. Assim, observou-se o estado hemodinâmico, já que a prematuridade é a imaturidade de todos os órgãos do sistema corporal, dependendo de fatores mecânicos externos para sua sobrevivência. A pesquisa foi desenvolvida através de amostragem longitudinal com 39 recém-nascidos internados, de 0 a 9 meses, sendo avaliados durante 1 mês, considerado as evoluções desde seu nascimento para apuração da coleta e avaliação de dados. Foram coletados dados de prontuários utilizando um questionário elaborado e adaptado por Abreu 2013, no intuito de fazer observações no acompanhando de peso, ofertas calóricas e avaliações de medidas antropométricas. Logo, para determinar as variações no que seria ideal para a idade gestacional, avaliados cada neonato no desenvolvimento, crescimento perante as curvas e gasto energético. Afim de, apurar como acontece na prática as recomendações energéticas, tipo, volume e fórmulas utilizadas, quando se têm recém nascidos prematuros de diferentes patologias e altas complexidades. Portanto, os resultados observados em questão das características dos recém nascidos foram à ampla demanda de internação de prematuros extremos, com quadros de desnutrição, variações de peso e a oferta calórica com relação ao incentivo do aleitamento materno. Infelizmente a utilização da amamentação ou o incentivo dela, ainda se torna baixo, talvez pela falta de recursos para implantação de banco de leite, no qual, não contém no local e

por mães que se tornam ausentes dentro da UTI. Observado também grande uso de fórmula infantil mais calórica, como o pré nan, para a estabilização do peso, mediante atingir a meta de idade gestacional corrigida. O uso de fórmulas mais hidrolisadas também foi oferecido, e é importante saber que a imaturidade do bebê ainda é constante e pela resistência de metabolizar componentes com alta caloria, sendo uma hipótese pela iniciativa destas fórmulas. A oferta de fórmulas mais calóricas utilizadas pelas médicas foram as que mais predominou no início da terapia nutricional, com avanço progressivo para se obter o peso ideal no intuito de alta hospitalar.

Palavra Chave: Terapia Nutricional. Aleitamento Materno. Prematuridade.

ABSTRACT

As an increase in gestational complications from mothers with some pathology, such as gestational diabetes, pre-eclampsia, preeclampsia, infections, among others. The demand for interruption of this pregnancy and the increase of premature births are increasing. The birth of a premature infant generates several complications due to the immaturity of the physiological motor and cognitive functions, being common some problems in this neonate during hospitalization as respiratory, gastrointestinal, immune system, CNS and thermal control problems. Regarding the nutritional status, they are assessed in terms of their weight, head circumference and height, the growth curves must be observed during hospitalization and after their discharge, with the follow-up to 2 years old. The objective of this study was to analyze the use of nutritional therapy in premature infants of a public hospital in ES, comparing the literature with appropriate recommendations to the public. So it was observed the hemodynamics status since prematurity and immaturity of all the body system organs depend on external mechanical factors for their survival. The research was conducted through a longitudinal sample of 39 hospitalized newborns from 0 to 9 months, and evaluated during one month, considered the evolution from birth to calculate the data results and evaluation. Records data were collected using an elaborate and adapted questionnaire by Abreu 2013 in order to make observations in the accompanying weight, caloric offers and reviews of anthropometric measurements. Therefore, to determine the variations in what would be ideal for gestational age, assessed each newborn in the development, growth before the curves and energy expenditure. In order to determine the truth in practice with energy recommendations, as, volume and formulas used when you have preterm infants from different pathologies and high complexity. Therefore, the results observed in question from the newborns characteristics were the broad demand hospitalization of extremely premature infants with malnutrition boards, weight variations and calorie intake with the encouragement of breastfeeding. Unfortunately the use of breastfeeding or its incentive is even lower, perhaps for lack of resources for milk bank deployment, which does not have in the place and by mothers who become absent in the ICU. Observed also great use of more caloric infant formula, as the preterm, to stabilize the weight by reaching the corrected gestational age target. The use of more hydrolyzed formulas was also

offered and it is important to know that the immaturity of the baby is still constant by the resistance to metabolize components with high calorie being the reason for the initiative of these formulas. The offer of more caloric formulas was the one that prevailed at the beginning of nutritional therapy with progressive advance to obtain the ideal weight to be discharged from the hospital.

Keywords: Nutritional Therapy. Breastfeeding. Prematurity.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Apresenta a diferenciação do leite de mães de prematuros e bebês a termo, entre o leite materno e o leite de vaca	31
Tabela 02 – Fórmulas para calculo das necessidades energéticas de acordo com faixa etária e grau de atividade física	53
Tabela 03 – Caracterização dos lactentes	57
Tabela 04 – Estatística descritiva dos dados antropométricos RNBP	59
Tabela 05 – Estatística descritiva dos dados antropométricos RNMBP	60
Tabela 06 – Estatística descritiva dos dados antropométricos RNEBP	60
Tabela 07 – Estatística descritiva dos dados antropométricos RNPA	61
Tabela 08 – Calculo do percentual energético com relação peso/atual e peso/ideal	62
Tabela 09 – Calculo energético dos RNEBP	64
Tabela 10 – Calculo energético dos RNMBP	64
Tabela 11 – Calculo energético dos RNBP	65
Tabela 12 – Calculo energético dos RNPA	65

LISTA DE SIGLAS

AAP – Academia Americana de Pediatria
AEBES – Associação Evangélica Beneficente do Espírito Santo
AIG – Adequado pela Idade gestacional
CEPH – Comitê de Ética de pesquisa com Seres Humanos
EBP – Extremo Baixo Peso
ECN – Enterocolite Necrosante
ESF – Estratégia Saúde Familiar
FOS – Frutooligossacarídeo
GIG – Grande para Idade Gestacional
GOS – Galactooligossacarídeo
HAC – Hospital Amigo da Criança
HJSN – Hospital Jaime Neves Santo
IG – Idade Gestacional
IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMC – Índice de Massa Corporea
KMC – Kangaroo Mother Care
LM – Leite Materno
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização das Nações Unidas
PACS – Programa se Agentes Comunitários de Saúde
PB – Peso Braquial
PBP – Prematuro Baixo Peso
PC – Perímetro Cefálico
PIG – Pequeno pela Idade Gestacional
PN – Peso ao Nascer
PSF – Programa de Saúde de Saúde
RGE – Refluxo Gastroesofágico
RNs – Recém- Nascidos
RNBP – Recém-Nascido Baixo Peso

RNBPN – Recém-Nascido baixo peso ao nascer
RNMBP – Recém-Nascido Muito Baixo Peso
RNPT – Recém-Nascido Pré- Termo
SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
SESA - Secretaria de Saúde
SIH – Sistema de Informação Hospitalar
SINASC – Sistema de Informação Nascido Vivos
SIM – Sistema de Informação
SOG – Sonda orogástrica
SNG – Sonda Nasogástrica
SNN – Sucção Não Nutitiva
SUS – Sistema único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre e esclarecido
TCM – Triglicerídeos de Cadeia Média
UCIN – Unidade de Terapia
UTIN – Unidade de Terapia Neonatal
VO – Via Oral

SUMARIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 FISIOLOGIA E RISCOS GESTACIONAIS	19
2.2 PREMATURIDADE NO BRASIL	22
2.3 CARACTERIZAÇÃO DA PREMATURIDADE	23
2.3.1 Patologias Associadas	26
2.4 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO	29
2.5 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO PREMATURO	32
2.6 TERAPIA NUTRICIONAL DO RECÉM-NASCIDO	34
2.6.1 Necessidade Calórica	37
2.6.2 Fórmulas Infantis	39
2.6.3 Fórmulas Especiais	40
2.7 IMPACTOS DA PREMATURIDADE NA TERAPIA NUTRICIONAL	42
2.8 IMPORTANCIA DO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA	43
4.9 PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA	46
3 METODOLOGIA	49
3.1 TIPO DE PESQUISA E POPULAÇÃO DE ESTUDO	49
3.1.2 Cenário do Estudo	49
3.1.3 Critério de Inclusão	50
3.1.4 Critérios de Exclusão	50
3.2 COLETAS DE DADOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO	50
3.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL	51
3.4 AVALIAÇÃO DIETÉTICA	53

3.5 ASPECTOS ETICOS DA PESQUISA	53
3.4 ANÁLISES DE DADOS	55
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	57
4.1 RESULTADOS	57
4.2 DISCUSSÃO	66
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERENCAS.....	73
APÊNDICES E ANEXOS	85
APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	87
APENDICE B – REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO	89
APENDICE C - TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO	91
APENDICE D - APENDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DE INFORMAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO	93
ANEXO A - INSTRUMENTO DE REGISTRO DE INFORMAÇÕES	95

1 INTRODUÇÃO

As elevadas taxas de mortalidade no país vêm sendo um quadro preocupante para a sociedade, uma vez que os índices de morbimortalidade em partos prematuros surgiram em crescente demanda em todo território nacional. Assim, os óbitos neonatais incidiram ser bastante expressivos na mortalidade infantil, onde esse cenário é observado muitas vezes pela inadequada assistência perinatal, ou por agravos decorrentes da imaturidade do neonato.

Especificamente no que se pode referir aos prematuros extremo ou recém-nascido baixo peso, foi à fragilidade e imaturidade do mesmo. No entanto, foi observado que a ruptura de uma gravidez ainda em andamento se caracteriza em gestação de alto risco, que conseqüentemente se notou a vinda de um neonato ainda em condições de crescimento e desenvolvimento. A interrupção de uma gestação pode ser acarretada por vários fatores biopsicossociais, ocasionados por meios externos como emocional, condições sanitárias e por meios internos como genética, patologias, entre outros.

A prematuridade traz contigo a imaturidade das funções fisiológicas motoras e cognitivas. Quando falava se de prematuridade pensa-se em fatores precoces ainda na formação, como pulmão, sistema gastrointestinal, sistema imunológico, controle térmico e sistema nervoso central, sendo esses os principais fatores para estabilização da criança. Portanto, a avaliação do estado nutricional para prematuros tornou-se importante, sendo fundamental obter o prognóstico de acompanhamento na eficácia da terapia nutricional. A Idade Gestacional (IG) e o Peso Ao Nascer (PN) são duas medidas indispensáveis para se adequar a necessidade do prematuro, embora estudos mostrassem que os estoques de energia nessa fase são diminuídos, pois só acontece o armazenamento de gordura e glicogênio no último período da gravidez. Dessa maneira os prematuros necessitam de uma terapia nutricional especial, para o desenvolvimento da imaturidade funcional (CAMELO JÚNIOR; MARTINEZ, 2005).

A contribuição crescente que se prevaleceu aos fatores associados à prematuridade se define em idade gestacional com baixo peso ao nascer, gestação interrompida menor que 37 semanas, complicações gestacionais, diabetes, pré-eclâmpse, desnutrição, complicações como bolsa rota, infecções sequenciais, doenças

vaginais, entre outras. O nascimento de um recém-nascido baixo peso ou prematuro extremo tornou-se um fator crítico, uma vez que se devem trabalhar as condições maternas para o recebimento e interação mãe-filho.

Embora, partindo do pressuposto de que os prematuros extremos em boa assistência neonatal, não se limitam ao objetivo da sua garantia de sobrevivência até a alta hospitalar. Sabe-se que hoje em dia a tecnologia está inovadora para o recebimento de um prematuro extremo, garantindo a integridade, e qualidade de vida nas Unidades Intensivas Neonatais (UTIN), porém, seu segmento e o suporte clínico nutricional adequado ainda são um enorme desafio para os neonatologistas.

Estudos ressaltaram que a boa eficácia no desenvolvimento de prematuros é o leite humano sendo a fórmula mais nutritiva produzida por suas mães, sofrendo modificações na composição, ficando mais completa, para compensar o estado precoce desse bebê. Em contrapartida, muitos necessitam de adaptação e lidam com intolerância à lactose, recebendo a ingestão de fórmulas infantis, por vezes, fazem deficiência de eletrólitos, pela imaturidade. Porém o uso dessas fórmulas vai estabelecer inadequação de nutrientes e deficiência na composição de vitaminas e minerais, sendo necessário um cuidado para que não ocorra o processo de sobrecarga renal e a má absorção digestiva pela imaturidade do RN, dificultando seu desenvolvimento e crescimento (AULER ; DELPINO, 2008).

Portanto, diante do exposto acima, foi importante ressaltar o conhecimento das alterações gastrointestinais verificando o predomínio da amamentação utilizada na UTI neonatal. De modo que, avaliou a qualidade de vida e sua importância no aleitamento materno exclusivo, na utilização de fórmulas infantis e aleitamento complementar. Com objetivo de analisar as práticas assistenciais voltadas à prematuridade, no intuito de comparar com a literatura, a impactação dos mesmos em relação ao seu desenvolvimento na terapia nutricional, levou-se em consideração as frequentes complicações provindas durante a internação na UTI comparando-se com as recomendações adequadas para esse público e o tipo de suporte nutricional aplicado pelas neonatologistas para suprir as necessidades do neonato.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FISIOLOGIA E RISCOS GESTACIONAIS

A gestação como um processo fisiológico é difícil de compreender, é um conceito que podemos determinar as consequências de gerar um ser humano tão frágil dentro de si, e seu corpo modificando, para melhor adaptá-lo. Logo, fica confuso e inexplicável como sistema imune não o rejeita. Assim, entendendo como a paternidade e suas genéticas envolvidas no feto não influenciam na sua presença dentro do ventre uterino, onde a interação de mãe e filho é essencial no desenvolver de uma gravidez saudável (ALVES et al., 2007).

As necessidades fisiológicas e modificações ocorridas neste período gestacional, se da pelos inúmeros processos ocorridos durante o desenvolvimento do feto e crescimento do ambiente em que o mesmo se encontra, essas alterações e ocorrências de descontrole hormonal ocorrem para o favorecimento das constituições placentárias no intuito de designar suas funções como: a obtenção do armazenamento de nutrientes, favorecimento de trocas respiratórias, excreção e hormônios que procede de maior proteção para o feto (COSTA et al., 2010).

Nas diversas fases, estudos apontam relatos de puérperas na concepção das mudanças no corpo no período gravídico, e suas alterações no processo da sexualidade. Enquanto alguns acham fascinante o crescimento abdominal, outras demonstram desconforto e relatam que o crescimento intrauterino dificulta a vida sexual do casal. O crescimento progressivo das mamas causa pequeno incômodo, embora saibam a necessidade deste processo. As mudanças físicas para algumas podem ser observados como bloqueio na estética pós-parto, fazendo o julgamento de não voltam ao corpo que era antes, sendo preciso um acompanhamento mais acerca do resultado, mediante esse momento repleto de mudanças psíquicas, sociais e culturais (ARAÚJO et al., 2012).

As náuseas e vômitos são freqüentes no 1º trimestre, e podem parar na décima terceira a décima quarta semana de gestação. Dicas dietéticas como elevar o fracionamento das refeições e minimizado o volume, consumir carboidratos simples que facilita digestão podem diminuir o desconforto e mal estar. Geralmente as gorduras não são bem aceitas, e devem preferir alimentos de seu baixo teor. Ao

consumir biscoito salgado e gengibre auxilia no enjoo. O ideal é que a gestantes consuma os alimentos nutritivos nos momentos em que não exiba náuseas, para que tenha uma base de macro e micronutrientes suficientes e requeridos adequadamente pela gestação (SILVA et al., 2007)

A azia é decorrente do refluxo gastro-esofágico e com frequência ocorre durante a noite. Na maior parte dos casos tende a ser uma decorrência da pressão do útero sobreposto ao intestino e estômago e em acordo com o relaxamento do esfíncter esofágico pode resultar em uma azia forte e até mesmo no refluxo. Algumas orientações nutricionais são formidáveis para a redução do sintoma, como incluir o fracionamento das refeições e abrandar o volume dos alimentos. Comer lentamente, triturar bem os alimentos, evitando o estresse durante a refeição, não beber água com as refeições, apenas nos intervalos, não ingerir uma quantidade aumentada de alimentos antes de deitar e por fim não havendo a necessidade de restrição de alimentos ácidos (VITOLLO, 2008a).

Os batimentos cardíacos elevam durante a gestação. A pressão arterial diastólica diminui durante os dois primeiros trimestre em resultado da vasodilatação periférica. As indulgências de oxigênio aumentam conseqüentemente e diminui o limiar para o dióxido de carbono, ocasionando com que a mãe sinta falta de ar, e conforme vai crescendo o útero, o diafragma é impulsionado para cima, elevando a dificuldade de respirar. Entretanto, com as práticas de atividades físicas o corpo se mostra capacitado, para ponderar essas alterações, além de proporcionar o conforto e bem estar durante o trajeto de todas essas modificações corporais (PREVEDEL, 2003).

A gestação começa com a fecundação. A célula resultante dessa união é o zigoto. Da fecundação até o fim do segundo mês, o bebê que está sendo formado é chamado de embrião. A partir daí ele é um feto. Em parte a diferença entre embrião e feto talvez seja dispensável, mas os médicos dizem que ao fim de oito semanas de gestação (fase embrionária) já estão diferenciados os órgãos internos, inclusive coração, cérebro e todo o sistema neuromuscular. De certo modo, pode-se dizer que apesar do tamanho, o embrião de dois meses já é um ser humano “completo” e que, a partir daí, cresce, suas células só aumentam e se multiplicam (CARVACHO et al., 2008).

O atendimento a uma gravidez de risco é considerado um fator determinante, não só para uma equipe de médicos como para uma entidade hospitalar, entretanto, sabe-

se que não é só uma gravidez de risco e sim uma complexidade, onde a repercussão do quadro se modifica. As evidências da modificação se dá no processo emocional, socioeconômica, biopsicocultural, familiar e por anormalidades na qual não deveria acontecer no período gestacional e por vezes é desencadeado. Assim um fenômeno que seria comum, em algumas mulheres equivale ao alto risco, o agravo aumenta a probabilidade de uma evolução desfavorável, tanto para si quanto para o bebê (GOUVEIA; LOPES, 2004).

Precisamente são vários fatores de riscos que a gestante sofre no período da gestação, como diabetes gestacional, hipovitaminose (falta de vitamina A), eclampsia, anemia, complicações no parto, maiores risco de morbimortalidade, sendo que o bebê também sofre risco de mortalidade ou macrossomia (anomalias), devido ao baixo ou excesso de peso da mãe. A eclampsia pode ser devidamente ocorrida pelo fator genético da mãe, por fatores biológicos e físicos. Físicos são ocorridos pelo excesso de peso, má alimentação, estresse emocional, entre outros (PADILHA et al., 2007).

Segundo GONÇALVES e outros (2012 p. 308) "[...] O sobrepeso/obesidade pré-gestacional como o ganho de peso insuficiente ou excessivo durante a gestação têm implicações diretas sobre o risco gestacional e o seu desfecho [...]".

A hipertensão na gestação é considerada um dos maiores problemas gestacionais, sendo ocasionada em qualquer faixa etária das gestantes, onde associados a outros fatores, a hipertensão ganha destaque de ser ocasionado em grande frequência como principal diagnóstico médico. Sendo um fator que pode ocorrer somente durante a gravidez ou em alguns casos permanece por um longo período, devendo ser acompanhada. A gravidez é normalmente interrompida incidindo a prematuridade do bebê, para não desenvolver maiores problemas para a mãe e para o mesmo (GOUVEIA; LOPES, 2004).

Diante de um estudo realizado em puérperas adolescentes precoces e tardias, devem se observar que a prevalência de aspectos problemáticos durante a gravidez basicamente ocorrem com esse público. Em razão disso, foram os resultados adquiridos por MAGALHÃES e outros (2006. p.4-6), no qual foi observado que as adolescentes estão na fase de crescimento, podendo competir o nutriente com o bebê, e devidamente essa faixa apresentam maiores problemas de anemia gestacional, pré-eclampsia, partos prematuros, Infecções do Trato Urinário (ITU),

anomalias congênitas, diabetes gestacionais, bolsa rota, problemas de crescimento neonato intrauterino, problemas de depressão pó parto e mortalidades neonatais (MAGALHÃES et al., 2006)

2.2 PREMATURIDADE NO BRASIL

O aumento de partos prematuros aumenta gradativamente, essa incidência tem se estabelecido devido a vários fatores decorrências durante a gestação, assim embora as pesquisas de sistemas que contabiliza os nascidos vivos, possam ser falhos, o ideal é tentar quantificar o elevado aumento durante os anos, no intuito de propor melhores condições a essa demanda (MATIJASEVICHII et al., 2008).

Os sistemas de informação SIM e SINASC ganhariam em agilidade, qualidade e redução de custos com a implementação da informatização já iniciada nos serviços de saúde. Um primeiro passo seria a integração destes sistemas com o sistema de informações hospitalares (SIH) evitando-se assim a duplicação de registro de dados. (ALENCAR; ALMEIDA; NOVAES; ORTIZ, 2006).

Na maioria dos casos podemos dizer que a prematuridade ou o baixo peso ao nascer, esta associada a patologias desencadeadas durante a gestação, sendo os quadros de risco como a idade materna, o uso de tabagismo, alcoolismo, drogas ilícitas, baixo peso da mãe na gestação, e baixa renda. Todos esses processos vão comprometer para o desenvolvimento fetal adequado, induzindo muitos a nascer antes do tempo gestacional (MATIJASEVICHII et al., 2008).

O sistema de informação para a pesquisa de nascidos vivos no Brasil tem se intensificado após o uso de métodos que ajudam a garantir notificações. O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) juntamente com o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), ainda sendo dois fatores que podem ser fidedignos para a investigação desse processo. No entanto, é interessante se obter deles dados como fontes de estatísticas para ponderar subnotificações de nascidos vivos existentes, na qual torna se necessário investigar sobre esse frequente aumento e planejar intervenções que possam amenizar a ocorrência de partos prematuros, e morbimortalidade (DRUMOND et al., 2008).

No Brasil foi implantado o movimento pelos partos humanizados, devido experiências presenciadas durante a sala de parto, essas mudanças ocorreram para propor uma melhoria na humanização, foram estabelecidas por circunstancias de

violência, constrangimento, denúncias durante a assistência de puérperas, que eram indevidamente tratadas, tornando-se o momento em um verdadeiro episódio de terror. As condições pouco humanizadas abriram espaço para marcações e preferências em partos cesarianos, como a melhor forma de dar a luz, sem dor, riscos e transtornos (DINIZ, 2005).

As opções por cesárea, nem sempre são as melhores formas, visto a necessidade de um cuidado pós-cirúrgico e incidências de contaminações. O parto humanizado vai estabelecer o vínculo mãe-filho, na promoção de conscientização e na captação de profissionais adequados para progredir essa estratégia. Essa interação levou há grandes iniciativas e perspectivas partindo de imposição de políticas governamentais, com objetivo de preservar a integridade de todas as puérperas e seu custo benéfico para a saúde pública (CASTRO; CLAPIS, 2005).

No âmbito de cultivar as estratégias governamentais, em 2004 a presidência da república firmou o pacto pela redução de mortalidade materna e neonatal, em objetivo de garantir a qualidade de vida de mulheres e crianças. Nesse pacto houve a adesão de 26 unidades federadas, que se uniram para garantir a redução da mortalidade sob a coordenação do ministério da saúde, assim em cenário internacional o Brasil assumiu a responsabilidade de atingir a redução de morbimortalidade até os tempos de hoje (BRASIL, 2011).

Atualmente, o Brasil tem atingido grande melhoria na escala de táticas governamentais, onde se mostra o cuidado ao recém-nascido e puérperas na gestação, visando na atenção à saúde pública e na qualificação de profissionais. Esse objetivo é garantir que a população obtenha qualidade de vida, intervindo na promoção precocemente, para que futuramente minimize os gastos de saúde pública para com essa população (BRASIL, 2011).

2.3 CARACTERIZAÇÃO DA PREMATURIDADE

A prematuridade pode ser classificada de acordo com as condições clínicas das parturientes, em evolução eletiva ou espontânea. As condições eletivas se dão pela interferência do parto em virtude de complicações maternas, nas quais as gestantes provem de risco como hipertensão, diabete gestacional, descolamento de placenta,

placenta prévia, ou até mesmo por complicações fetais como retardo no crescimento e desenvolvimento neonato ou sofrimento fetal (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

As condições espontâneas são gestantes que por algum motivo desconhecido ou fatores biopsicossociais, entram em trabalho de parto, essas muitas vezes se derivam de cuidados secundários ou terciários, pois na complexidade do parto não se consegue obter suporte primário para preservar o andamento gestacional (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

QUADRO 1: Características clínicas segundo a idade gestacional dos recém-nascidos pré-termo.

CLASSIFICAÇÃO	IDADE GESTACIONAL	CARACTERÍSTICAS
Prematuridade Limítrofe	35-36 Semanas	Peso: 2,200 a 2,800g; Estatura: 45 a 46 cm; Perímetro cefálico: 32,5 cm. Possuem controle irregular da temperatura corpórea, da sucção e da deglutição; apresentam hiperbilirrubinemia. Nesse período é menos comum a ocorrência de desconforto respiratório idiopático e infecções neonatais.
Prematuridade Moderada	30-34 semanas	Peso: 1,600 a 2,600g; Estatura: 39 a 44 cm. Esses prematuros possuem baixo índice de mortalidade, quando tratados em centros mais avançados. A doença da membrana hialina e as infecções são as mais freqüentes causas de óbitos nesse período. Asfixia perinatal, problemas ligados a transfusão de sangue de reserva placentário e hiperbilirrubinemia também são comuns.
Prematuridade Extrema	Inferior a 30 Semanas	Peso: menor que 1,500g; Estatura: menor que 38 cm; Perímetro cefálico: menor que 29 cm. Possuem maiores riscos de complicações, devido a grande imaturidade fisiológica. Asfixia perinatal, alterações de temperatura corpórea, insuficiência respiratória, crises de apnéia, infecções adquiridas, alterações nos padrões normais de glicemia, enterocolite necrosante e hemorragia intracraniana são encontradas nesse recém-nascido.

Fonte: Adaptado de OKAY, Y. et al., 2005 apud Abreu, 2013, p.12.

As características dos prematuros não se limitam apenas pelos atributos acima, umas delas são os prematuros de baixo peso (PBP) sendo este inferior a 2500g, independentemente da idade gestacional (IG). Logo, são considerados os recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (RNMBP), aqueles com peso ao nascer <1500g. Assim finalizando com os extremos baixo peso (EBP), rns <1000g, variando entre eles como adequado para idade gestacional (AIG), pequeno para a idade gestacional (PIG) ou grande para a IG (GIG) (SILVEIRA et al., 2008).

No que se referem à realidade brasileira, os maiores índices de parturientes estão entre a faixa dos 20 a 34 anos e 15 a 19 anos. Embora isso aconteça, temos as parturientes que apresentam faixa etária de 35 a 45 anos e outras com idade menor que 15 anos. Um dos principais fatores é a gravidez na adolescência, havendo maior concentração de agravos por parte materna em relação ao baixo peso gestacional, a desproporção pélvica. Logo, a formação uterina ainda imatura para o processo da concepção, o pré-eclâmpse, diabetes gestacionais até a consequência de parto urgente, com RN de baixo peso ao nascer (CUMAN; RAMOS, 2009).

O tempo de gestação vai ser vulnerável para determinar que quanto menor for à idade gestacional da mãe, maior será o risco de mortalidade, com desacordo familiar, falta do parceiro, baixa escolaridade, favorecendo as causas de abandono aos recém-nascidos. Esses efeitos vêm acompanhando o caminho daqueles em que suas condições financeiras são baixas, e o agravo de ter um recém-nascido prematuro só aumentam as chances desses acontecimentos (SILVA et al., 2012).

Pode-se destacar que na maioria dos prematuros abandonados sofrem constantes problemas e retardo no seu desempenho cognitivo motor, podendo ser um dos grandes problemas para sua vida social. No momento em que são dadas as respectivas relevâncias a esses fatores, não só sociais, mas de forma geral com o desenvolver nessa fase, é importante contemplar uma equipe ou programas para estimulação e monitoramento precoce ao desenvolvimento dos prematuros (RODRIGUES; SILVA, 2011).

A prematuridade tem evidenciado uma grande demanda de déficit no desenvolvimento e crescimento além dos prematuros de extremo baixo peso (EBP), na qual a formação ainda é imatura, agravando por um dos fatores de obterem durante o processo de internação problemas respiratório como doenças das membranas hialinas, displasia broncopulmonar, broquiolite, taquipneia transitória, assim sendo uma inflamação ocorrida pelo processo de receberem ventilação mecânica para ajudar no processo de maturação dos pulmões (RUGOLO et al., 2007).

A imaturidade de forma geral leva a várias disfunções dos órgãos e sistemas corporais, em decorrência disso o neonato de baixo peso ao nascer sofrerá comprometimentos significativos ao longo de seu desenvolvimento. Isso vem sendo motivo de preocupação tanto para as famílias como para os profissionais da área da

saúde e neonatologistas que se delimitam em prestar assistências decorrentes de condições adversas na prematuridade ou restrições quanto ao processo em que leva ao desenvolvimento intrauterino (CUMAN; RAMOS, 2009).

Segundo RUGOLO e outros (2007, p.2) “[...] Prematuros de extremo baixo peso (EBP) são expostos a vários fatores que podem comprometer seu crescimento, destacando-se a limitação da oferta nutricional durante a internação em UTI [...]”.

Conforme mencionado nos expostos acima, sendo um dos principais fatores a oferta nutricional, também podemos dizer que os prematuros dependem de vários outros processos para sua estabilização, a conduta de um sistema motor, sistema oral, global e cognitivo, vão basear na manutenção de um cuidado no acompanhamento dos mesmos. Embora estudos estabeleçam que grande maioria de nascidos com menor idade gestacional (IG) irá desempenhar tendências para um atraso dos sistemas motor cognitivo - oral, em comparado com os de maior idade gestacional (CASTRO et al., 2007).

No que se refere à variável de baixo peso ao nascer ele pode esta diretamente relacionada ao fator nutricional durante a gestação, como principal fator determinante no crescimento e desenvolvimento do neonato. Pode se expressar que a incapacidade do retardo intrauterino dos RNs, no decorrer da gestação inclui no comprometimento neuromotor, respiratório, crônico sendo promissor e infecções indesejáveis na vida dessa criança. Havendo a permanência de longo tempo em unidade de terapia intensiva neonatal. O atendimento a esse público intensificou no foco de ações ressaltadas pelo ministério da saúde (MS) com objetivo de diminuição e redução na mortalidade infantil (MARTINS et al., 2013).

2.3.1 Patologias Associadas

Os partos de prematuros são mais complexos entre todos os outros, as patologias desencadeadas por lactentes de muito baixo peso são variáveis, pois além da prematuridade ser um fator de risco para a mortalidade infantil, as patologias associadas a essa consequência dificultam a sobrevivência de muitos prematuros. A doença periodontal tem associado com prevalência de partos prematuros, mães acometidas por essas doenças podem comprometer a incidência do nascimento do feto antes do tempo gestacional, uma vez que as doenças infecciosas vão induzir as

contrações intrauterinas desencadeando todo esse ocorrido (CASCAES et al., 2008).

Pesquisa aponta que além da prematuridade ser a causa mais freqüente de morte, as patologias de base maternas são fatores predispostos a complicações neonatais, obtemos as seguintes avaliações como indicadores: a hipertensão materna, alterações no útero e placenta, doenças infecciosas da mãe, cardiopatias, diabetes gestacionais, síndrome da imunodeficiência adquirida, doenças sexualmente transmissíveis, entre outras. A patologia que se estabelece em primeiro lugar no neonato mediante todos esses fatores predisposto maternos será as doenças do aparelho respiratório, sendo a principal causa de complicações prematuras dentro das unidades intensivas neonatais (SALGE et al., 2009).

Quadro 2 – Refere-se aos variados fatores de riscos associados à prematuridade.

(continua)

Epidemiológicos
Baixo nível socioeconômico
Ambientais
Nutrição inadequada
Idade materna
Estresse físico e psicológico
Fumo
Drogas
Obstétricos
Alterações hormonais
Incompetência cervical
Sangramentos de primeiro e segundo trimestres
Placenta prévia
Descolamento prematuro de placenta
Poliidrâmnio ou oligoidramnio
Gentilidade
Amniorrexe prematura
Doença hipertensiva específica da gestação
Malformações fetais
Restrição do crescimento fetal
Partos prematuros anteriores
Ginecológicos
Alterações anatômicas do colo uterino
História de amputação do colo uterino
Malformações uterinas
Miomatose

Quadro 2 – Refere-se aos variados fatores de riscos associados à prematuridade.
(conclusão)

Clínico-cirúrgicos
Infecções
Doenças maternas
Procedimentos cirúrgicos na gravidez
Genéticos
Materno e/ou fetal
Iatrogênicos
Desconhecidos

Fonte: BITTAR et al., 2009. p. 645.

Dos diversos processos patológicos que acometem a prematuridade entra em questão um dos principais abrangentes multifatoriais, sendo a enterocolite necrosante (ECN), uma patologia que resulta em maior parte de perda da mucosa intestinal em resposta ao hospedeiro a esse dano. É um processo que se determina por diversos fatores sendo um deles a passagem da bactéria na parede da mucosa intestinal pela corrente sanguínea. Assim podem se pronunciar que os agravantes para a existência da ECN se dão pela prematuridade do neonato, e talvez por obter o começo de uma nutrição enteral ou a colonização de bactérias multi resistentes e proliferativas (BERNARDO et al., 2012).

A ECN sendo um dos principais motivos de mortalidade infantil neonato é uma patologia que se caracteriza por denominar a presença de vômitos consecutivos, deixar o neonato com distensão abdominal, resíduos biliosos pós-vômito, e por vezes capazes de evoluir no mesmo a peritonite, pneumoperitônio e ao choque hipovolêmico e séptico. A principal causa ainda é indefinita, sendo diversos fatores a ocorrência desta ação, no entanto, a bactéria que se desencadeia na maior parte das vezes no prematuro com diagnóstico da enterocolite é *Klebsiella* sp, em seguida a *Escherichia coli* e o *Staphylococcus* sp. Essas bactérias predominam o trato intestinal e deterioram para a corrente sanguínea levando ao maior grau da doença à septicemia (LOPES; VIEIRA, 2003).

Portanto no que se refere a ECN como um dos principais eventos de mortalidade na prematuridade, ela se associa com várias ocorrências diagnosticadas e presenciadas nos recém-natos, fatores que se associam ao episódio de enterocolite tendo como foco a apnéia consecutivamente, a rápida progressão de inserção de

dieta e por fim a identificação de um agente infeccioso, predominando o quadro que se inicia insidiosa levando a essas suspeitas (LOPES; VIEIRA, 2003).

2.4 PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Os fatores associados à amamentação vão depender muito das condições perinatais vividas pelas gestantes, acompanhamentos de número de consultas pré-natais, a idade materna, seu interesse no processo de amamentar e possivelmente sua influencia com o uso de bebidas alcoólicas e tabagismo, são fatores predisposto, não favorecendo o tempo da primeira mamada da criança. Podendo correlacionar que a negatividade do aleitamento exclusivo, se dá pela falta da assistência materno-infantil, preconizados pela organização mundial da saúde (CHAVES et al., 2007).

A organização mundial de saúde (OMS) vem preconiza que para uma boa alimentação e menor mortalidade, devem ser amamentadas exclusivamente as crianças até seus 6 meses de vida, e complementadas até os 2 anos de idade, diante disso, visto na realidade brasileira, podemos concluir ser quase impossível, sabendo-se que grande número de puérperas são adolescentes, e em sua maioria como já mencionado, o grau de instrução e a condição correlacionada induzem a não executarem a duração do aleitamento materno (FALEIROS et al., 2006).

O aleitamento materno exclusivo é um dos principais nutrientes oferecidos a todos os recém-nascidos no intuito de interação mãe-filho. Quando se fala em aleitamento materno para muitas geram insegurança, receio, ansiedade e fatores emocionais. O medo de amamentar, e não produzir leite causa incerteza e desconforto biopsicossocial a todas as parturientes. Assim, as hospitalizações de um filho que requer cuidados dentro de uma UTI neonatal vão produzir o desespero e descontrole emocional, tanto a família, quanto a mãe, dificultando no que podemos dizer em autoconfiança na sua capacidade de amamentar (PAIVA et al., 2013).

Assim, o profissional responsável pelo ato de cuidar deve permitir que as necessidades sentidas pelas mães afluam, em vez de determiná-las. Deve desenvolver as ações de cuidados do filho com as mães, em vez de para as mães, dando-lhes oportunidade para falarem sobre o medo, a ansiedade e insegurança para cuidar do filho (ALMEIDA; MORAIS; QUIRINO, 2009).

As UTIs são um ambiente que se torna estressante na vivencia dos pais, pois muitos são os aparelhamentos interligados ao seu filho, alarmes se disparam o tempo todo,

sendo um recinto frio e temido para essa família. Contudo, o vínculo que essa família precisa obter com seu filho se torna dimensional, no qual esse primeiro contato com o bebê fornecerá o vínculo para a estimulação da ordenha, objetivando o sucesso da amamentação. Intencionalmente devem se capacitar profissionais no manejo desse cuidado e o apoio junto à mãe, para a manutenção láctea (BRAGA; BROSI; MACHADO, 2008).

Estudo demonstra que falas de mães que amamentam seu filho na unidade neonatal possuem dificuldades, sendo pouca infraestrutura investida para o auxílio no processo do aleitamento e suas práticas de ordenhar o leite para amamentar seu filho. Um dos pontos também questionados pelas puerperas foi à falta de apoio relacionado ao transporte que dispõem a ida para suas casas no cuidado de voltar ao lar para dar suporte e atenção a outros filhos, essa tendência são freqüentes em várias unidades neonatais, devendo ser revistas e organizadas para melhor atender e apoiar essas mães (SERRA; SCOCHI, 2004).

Na tentativa de amenizar as tendências de desmame precoce, estudo aponta que o programa de atenção humanizada método mãe canguru se fez presente nas iniciativas de proporcionar o vínculo de lactentes com suas progenitoras. A incidência do desmame refletem nas condições socioculturais e no intuito de garantir o atendimento e favorecer a amamentação, o método mãe canguru foi destinado a bebês prematuros e de baixo peso, no qual as incidências do aleitamento materno se definem tardiamente (ALVES; SILVA; OLIVEIRA, 2007).

O método mãe canguru prova da iniciativa de interação mãe-filho, naquelas genitoras que obtiveram uma gestação de alto risco, em que seu recém-nascido obteve a necessidade de cuidados intensivos numa UTI neonatal, sendo essas as primeiras etapas do início de desmame precoce pela interferência. Nesta fase, devem ser cautelosos, e assim que haja a possibilidade inicia-se a etapa do método canguru para maior aproximação do neonato e mãe. Este incentivo é ideal para promover o aleitamento materno, já que o neonato esteve incapacitado no primeiro momento desse nutriente (ALVES; OLIVEIRA; SILVA, 2007).

Na integração do método canguru com a iniciativa de prevalência do aleitamento materno exclusivo é essencial para compreender que as necessidades do prematuro variam com sua capacidade funcional. Em função disso, a produção láctea das mães no fornecimento do leite humano tem o objetivo de garantir as necessidades

nutricionais adequadas, promover o desenvolvimento e crescimento do sistema gastrointestinal do bebê prematuro, que muitas vezes ficam um período em unidade neonatal (SILVA; SILVA, 2009).

Portanto, o leite humano é um nutriente indispensável para garantir a demanda do recém-nascido, composto com todas as características para essa primeira etapa de vida, garantindo a maturação das condições digestivas, rico em anticorpos, vitaminas e minerais, de modo a preservar o crescimento e desenvolvimento neonato. Nutrizes que doam seus leites ao BLH, muitas vezes não obtiveram conhecimento do verdadeiro valor desta ação, só passaram a compreender o processo quando começaram a praticar o ato, que por vezes foi realizada pelo ingurgitamento mamário ocorrido pelas mesmas (GALVÃO; PAIVA; VASCONCELOS, 2006).

Mães de prematuros que obtêm grande demanda de leite, a composição do mesmo se modifica para garantir o aporte calórico do neonato nesse primeiro momento, diferenciado dos leites produzidos por mães de bebês a termo, a demanda do leite do prematuro é aumentada visto que nas quantidades proteicas deve ser essencial pela insuficiência de energia que é gastada rapidamente no seu catabolismo. Afim de, preservar a integridade do recém-nascido, o leite produzido por essas mães é diferenciado do leite por mães de recém-nascidos a termo (AULER; DELPINO, 2008).

TABELA 1: Apresenta a diferenciação do leite de mães de prematuros e bebês a termo, entre o leite materno e o leite de vaca.

Composição do colostro e do leite materno maduro de mães de crianças a termo e pré-termo e do leite de vaca					
Nutriente	Colostro (3-5 dias)		Leite Maduro (26-29 dias)		Leite de Vaca
	A termo	Pré-termo	A termo	Pré-termo	
Calorias (Kcal/dL)	48	58	62	70	69
Lipídeos (g/dL)	1,8	3,0	3,0	4,1	3,7
Proteínas (g/dL)	1,9	2,1	1,3	1,4	3,3
Lactose (g/dL)	5,1	5,0	6,5	6,0	4,8

Fonte: SCOCHI, et al., 2011 apud ABREU, 2013, p. 17.

Estudo indica que muitas puerperas têm dificuldade na doação do leite humano, que se dá pela falta de conhecimento do mesmo, onde em sua maioria só passaram a obter informação dentro nas unidades hospitalares. A assistência para a prática desse ato deve ser orientada e divulgada pelos profissionais de saúde e órgãos competentes, já que podemos perceber que a falta de conhecimento sobre o banco de leite humano pode comprometer suas estratégias sendo fundamental para garantir a qualidade de vida de bebês prematuro ou não, que não podem ser amamentados por suas mães (NEVES et al., 2011).

2.5 AVALIAÇÃO NUTRICIONAL DO PREMATURO

Na determinação dos índices nutricionais em crianças a avaliação antropométrica é um dos valores que devem ser ressaltadas pela sua importância na análise epidemiológica populacional. O enfermeiro dentro de unidades hospitalares destaca sua importância na avaliação dessas medidas, para detectar junto à equipe médica, problemas futuro que podem se relacionar ao paciente, tais como má formação, obesidade, desnutrição, entre outros. A rotina dessa prática deveria ser habitual, já que indica necessidade de intervenções a longos anos (MARCHI-ALVES et al., 2011).

A avaliação nutricional dos recém-nascidos é uma tarefa que demanda prioridade, já que a verificação desses dados pode ser fidedigna na unidade neonatal para os perinatologistas, dada a importância de se identificar distúrbios de desenvolvimento acarretando consequências em longo prazo. Os dados dessa avaliação se norteiam pela verificação da antropometria e curvas de crescimento, assim são classificadas medidas de peso ponderal, IMC, peso braquial (PB), peso cefálico, comprimento e dobras cutâneas. A antropometria realizada nos bebês de baixo peso vai determinar a proporção do crescimento intrauterino e pós-natal, enfatizando sua importância (CARDOSO; FALCÃO, 2007).

Em uma das avaliações realizadas no prematuro obtemos um principal método padronizado no âmbito de julgar a necessidade da vitalidade do neonato, condições essas de avaliação de sinais importantes para caracterizar a vida do mesmo, tais como respiração, frequência cardíaca, tônus musculares, respostas reflexas e coloração da pele. A escala ou pontuação de Apgar é fundamentada para realizar

uma intervenção nos primeiros 20 minutos de vida, na determinação das respostas as manobras de reanimação, onde o RN pode levar até 10 minutos para se estabilizar uma saturação adequada (BRASIL, 2011, CUNHA et al., 2004).

A escala de Apgar é um método de pontuação, onde a escore durante a avaliação é definido como frequência cardíaca, respiração, resposta reflexa estando ausentes e tônus musculares flácidos e coloração azul pálido, sendo pontuado em 0. A pontuação 1 se caracteriza quando batimentos forem >100 bpm, respirações lentas e irregulares, reflexão corporal com algum movimento e o corpo rosado e extremidade azul. Já a pontuação 2 é definida pelos pediatras na situação do bebê estável, seus batimentos >100 bpm, respiração efetiva e com choro, movimentos ativos, tosse, espirro e coloração completamente rosado (BRASIL, 2011. CUNHA et al., 2004).

Diante de todas as limitações sofridas pela prematuridade, a deficiência dos nutrientes advindos da mãe, na antecedência do parto, na forma de preservar a integridade do neonato e assegurar as suas necessidades, a avaliação nutricional torna-se a peça chave fundamental na rotina do dia-dia dessas crianças. Os valores de IMC avaliados são relativamente necessários, no que se refere a massa corpórea e índice de crescimento, as medidas realizadas na primeira avaliação neonato como perímetro cefálico (PC), peso e comprimento, são formas de diagnosticar as necessidades e deficiências do mesmo. Nota-se que nesse primeiro momento o recém-nascido está edemaciado ou advindo com alguma patologia, sendo necessário o monitoramento dessa avaliação (CARDOSO; FALCÃO, 2007).

Quando se fala em prematuridade ou baixo peso ao nascer, deve-se considerar que para diagnosticar as demandas nessa faixa etária é importante a verificação de seu peso e comprimento e PC, logo se classifica de acordo com a idade gestacional (IG) em que o mesmo se encontra, pois a verificação desses dados antropométricos se percebe em sua maioria esta adequado com a IG, devido à prematuridade do seu nascimento. Esses valores em uma unidade intensiva vão prontificar se o desenvolvimento do neonato vai ocorrer devidamente ou infelizmente não vão acompanhar sua idade cronológica, muitos nascem pequenos para a idade gestacional (PIG) e sua sobrevivência se torna menor (MOLZ; PEREIRA; VARASCHINI, 2015).

Pode-se dizer que a avaliação dos prematuros de baixo peso, se torna essencial para aferir o grau de desnutrição, assim classificando-a. Tem-se realizado os parâmetros de avaliação de gráficos de crescimento do bebê, sendo possível ponderar que os fatores predisposto à desnutrição não esta relacionado só na questão baixo peso, e sim em fatores de desequilíbrios ocorridos, que se tornam um determinante importante para fortalecer a desnutrição nessa situação (GIANINI; MOREIRA; VIEIRA, 2005).

Na maior parte das doenças, os bebês podem levar consigo diferentes alterações nutricionais, a partir daí veio a necessidade de aferir as medidas antropométricas para avaliar qualquer outra propagação de riscos. Portanto, quando se quer aferir uma avaliação nutricional, devem ser feitos diversas considerações visando a necessidade, principalmente na prematuridade onde as patologias empregadas aos RNBP, podem estar diretamente correlacionada a essas enfermidades (BROCK; FALCÃO, 2008).

2.6 TERAPIA NUTRICIONAL DO RECÉM-NASCIDO

Para muitas nutrizes a espera de um bebê saudável é idealizada, plano imaginário durante os períodos gestacionais. Porém com a vinda inesperada, sendo antecipado necessitando de cuidados intensivistas na UTI neonatal, provoca desespero e dificuldades do vínculo afetivo. A melhor forma de garantir o contato afetivo é a introdução nutricional do neonato a sua mãe com a oferta da ordenha, tanto por sondas como aleitamento materno, visando à necessidade de aporte calórico essencial, a ordenha deveria ser praticada em todas as unidades e tornando-se habito, visto benefícios que traz (FURLAN; SUCEN, 2008).

No que se refere à alimentação dos recém-nascidos tanto os de baixo peso, quanto os prematuros, é ligeiramente limitado, pois esses bebês apresentam riscos de desenvolvimento nas deficiências nutricionais, afetando sua saúde e crescimento pós-natal. Entretanto, são inúmeras as barreiras enfrentadas pelos mesmos na sobrevivida, e sendo um dos papeis importantes, esta à alimentação. Assim, na realidade enfrentada, a oferta nutricional aos RNBP que nascem, ficam impossibilitados pela incapacidade de nutrir, e quando empregada, certamente vai

influenciar na demanda e oferta desses leites que serão utilizados (MARTINS et al., 2013).

O volume a administrar e a velocidade de progressão dependem do peso, maturidade e tolerância do recém-nascido. Geralmente inicia-se com um aporte de 10 a 20 ml/Kg/dia que é mantido durante alguns dias, e que depois é aumentado, de acordo com a tolerância, de 10 a 35 ml/kg/dia. A alimentação parentérica é reduzida de acordo com a progressão da alimentação entérica (BRAGA, 2009, p. 197).

Quando internados na UTIN, os RNBP e RNPT, não se alimentam por questões de estabilização e evolução do quadro clínico, sendo o mais recomendável a essa criança a iniciativa do recebimento do leite materno exclusivo como sua primeira oferta, já que são dele as necessidades nutricionais mais adequadas e atendidas, sendo proteico energético e composto por fatores imunológicos. Mas a prevalência dentro das unidades intensivas tem-se optado pela nutrição parenteral e após a enteral, com a alimentação láctea, até o momento em que o neonato mantenha habilidades para a coordenação motora oral, como sucção, deglutição e respiração (MARTINS et al., 2013).

Na alimentação dos neonatos a predominância pela sonda orogástrica e nasogástrica se definem pela falta de coordenação dos mesmos, e pela dificuldade de exercerem um controle no reflexo. A sonda orogástrica (SOG), por vezes utilizadas pode acabar atrapalhando o processo respiratório, e a sonda nasogástrica (SNG) é optada pela facilidade do lactente de respirar e promover ao auxílio do recebimento do complemento via oral. Mais pesquisas revelam que a dificuldade e os problemas relacionados à sucção, deglutição é devido à postura materna na prática da amamentação (DELGADO; HALPERN, 2005).

A nutrição dos prematuros e RNBP deliberam ser acompanhadas por uma equipe especializada multidisciplinar, na prática de iniciarem prescrição dietética começando com a via parenteral, a fim de ser estreada uma forma nutritiva para o crescimento e desenvolvimento neonato. A via parenteral vai estabelecer uma forma de nutrir o prematuro baixo peso, no primeiro momento da sua internação, com a progressão de introduzir a via enteral para ser iniciada a nova etapa dietética. Contudo, a transição de começar a introduzir uma alimentação precoce, se torna árduo pela rotina hospitalar e a falta de equipes qualificadas para um bom suporte nutricional (VALETE et al., 2009).

Na tentativa de introdução precoce da capacidade de alimentação neonatal, podem ser estabelecidos métodos para iniciativa deste parâmetro de transição. A sucção não nutritiva é um meio utilizado para propor estratégia de estímulo precoce no fornecimento do alimento, sendo que a sucção não nutritiva (SNN) pode ser estabelecida de algumas maneiras SNN com auxílio de chupeta ortodôntica e SNN com o dedo enluvado. Essas maneiras padronizam a antecipação da alimentação VO, vão possibilitar o início rapidamente da introdução do leite materno, qualificando o processo de maturação desses indivíduos (LEONE; NEIVA, 2007).

A transição da alimentação por sonda enteral para via oral deve ser organizada e compreendida por um fonoaudiólogo, acompanhando os recém-nascidos prematuros apontando a caracterização do grau de evolução dos mesmos, para a retirada da sonda e oferta do alimento VO, estudos demonstram que o profissional capacitado treina esse método e seu aprimoramento facilitará a transição desse processo. Quanto mais cedo essa técnica for iniciada, com o auxílio da SNN realizada pelo fonoaudiólogo, mais precocemente o prematuro ganha vantagens de estabelecer sua sucção motor oral e se alimentar por seio materno (MEDEIROS et al., 2010).

A prática clínica dessa transição da alimentação gástrica para a alimentação via oral se torna dificultoso, uma vez que vai depender das demandas neonatais, com relação ao peso, idade gestacional e desenvolvimento do bebê. Para a equipe multiprofissional é ideal a percepção individual de cada, considerando aspectos de desenvolvimento neuropsicomotor, e suas habilidades sensoriais e motoras orais. São diversos os parâmetros utilizados para a constatação dessa transição, assim apresentando a confiabilidade de ser habituada (FUJINAGA et al., 2007).

As unidades intensivas também têm adotado uma tática para melhor realizar os cuidados intensivistas e diminuir com as ocorrências de mortes nas UTIs, esse método vem sendo adotado gradativamente nas unidades e por sua vez, cada dia se tornando essencial para a demanda nutricional dos prematuros. A colostroterapia é a ordenha do leite materno cru sendo ofertado ao recém-nascido logo nas primeiras horas de vida. A conduta de ofertar esse leite ao neonato é na intenção de estabelecer fatores imunológicos presentes no colostro, e inibição pelo RN de hormônios pró-inflamatórios (GRACIA et al., 2015).

O colostro é um leite rico em níveis de fatores protetores imunológicos, que na atuação no sistema intestinal trará benefícios ao trato gastrointestinal, ajudando a

manter a flora bacteriana do neonato e possivelmente atuando na proteção contra sepse e enterocolite necrosante no prematuro. A utilização da colostroterapia foi definida por um protocolo que indica ao uso da mesma em neonatos de < que 30 semanas, sendo seu volume de 0,2 ml a cada três horas e administrada 0,1 ml em cada canto da boca do bebê (GRACIA et al., 2015).

Determinada pesquisa analisada a alimentação do prematuro e RNBP constata que a utilização de mamadeiras nas unidades neonatais está sendo freqüentes, em contra partida análises mostram que a utilização de mamadeira pode prejudicar o desenvolvimento desses bebês, podendo interromper a estabilidade do mesmo, de forma que a sucção ao seio materno é menos estressante do que na mamadeira. Os recém-nascidos a termo estão em processo de adaptação motora, e comparando a sucção na mamadeira sendo estressante, não está apto para o controle respiratório e a deglutição, o que prejudica na queda de saturação, podendo comprometer sua estabilidade (SILVA et al., 2011).

2.6.1 Necessidade Calórica

A necessidade de reserva energética do prematuro e RNMBP são de extrema limitação, onde aos 28 dias de nascido não conseguem obter nenhuma reserva, e os prematuros com 2 kg só sobrevivem cerca de 10 dias com suas reservas, já os de 1 kg só obtém reserva para cerca de 4 dias. Podemos pensar que quanto menor for o peso mais aporte calórico o RN terá a necessidade, havendo assim o cuidado de um aporte calórico adequado e padronizado pela equipe de neonatologia. No entanto, quando se refere aos prematuros a utilização de algumas soluções para suprir esse aporte energético, podem levar às severas perdas urinárias pelos mesmos, levando-os a um déficit proteico (SOLA, 2012. p. 425).

O prematuro demanda em necessidade calórica entre 110-150 cal/kg/dia, e sua necessidade de água vai esta relacionada com a questão da maturidade. As necessidades proteicas ficam estabelecidas entre 2,5 a 4,0g/kg/dia, sendo elevada pelas constantes perdas energéticas nas primeiras semanas de vida. Portanto, quanto mais precoce for o inicio da alimentação, desde que estejam em condições a receberem, mais eficaz será seu desenvolvimento e recuperação de seu peso gestacional adequado (BRASIL, 2011).

De acordo com Magalhães e Bicudo, citados por Auler; Delpino (2008, p. 211), “[...] Assim, as necessidades energéticas ofertadas para o RNPT devem girar em torno de 110 e 150 cal/kg/dia, sendo 25% a 50% de carboidratos, 30% a 40% de lipídios e 10% a 20% de proteínas [...]”.

O início do volume de uma dieta para prematuros e RNBP, deve-se no mínimo atingir 1 a 2 ml/kg e sendo aumentado gradativamente, de acordo com a aceitabilidade do mesmo, atingindo por fim a taxa calórica essencial, logo sabendo a possibilidade desses do risco em aspiração de vômito, indica-se o aumento mais lentamente da oferta calórica. Os RNs que conseguem obter uma ingestão adequada sem nenhuma restrição, aqueles com < 1250g deve ser iniciado 12 mamadas por dia e depois do 3º dia 3/3 horas, e os com > 1250 g deve ser 8 mamadas por dia (BRASIL, 2011).

O leite materno e leite humano do banco de leite é um dos fatores essenciais para a nutrição de prematuros, porém existem limitações de nutrientes provenientes desses leites, isso não invalida a sua utilização. No entanto, estudos demonstram que RN < 1500g tendem deficiências fundamentais de baixas reservas de cálcio e fósforo, sendo preciso utilizar à fortificação do leite materno para seu crescimento ósseo pós-natal. O banco de leite tem se adaptado ao fortificante, e as fórmulas infantis se fazem presente nessa situação, suprimindo a necessidade ideal nesta fase, embora muitas vezes, quando não se fazem o requerimento deste fortificante em hospitais, neonatologistas fazem suplementação (SOLA, 2012. p. 458).

O LM não fortificado é insuficiente para garantir as necessidades proteicas, energéticas e de alguns minerais e vitaminas dos recém-nascidos de pré-termo, sobretudo daqueles com menos de 32 semanas ou de 1500g de peso ao nascimento. Assim, o fortificante deve ser adicionado quando o recém-nascido tolera pelo menos 100 ml/Kg de leite materno, e mantido durante o internamento até que o recém-nascido possa mamar diretamente na mãe (BRAGA, 2009, p. 197).

O prematuro terá duas vias para se estabelecer a alimentação, sendo a via entérica e via parentérica. A via parentérica é aquela que registra a iniciativa de um combustível indispensável para o cérebro, a glicose. No entanto, devem ser considerados que na prematuridade a instabilidade dessas concentrações plasmáticas de glicose varia muito, levando o mesmo a hipoglicemia e hiperglicemia muito rápida. A hipo em determinado tempo leva a uma diminuição do crescimento e desenvolvimento cerebral, e a hiperglicemia leva a diminuição da capacidade da utilização dessa glicose, bloqueando os receptores (BRAGA, 2009).

A alimentação entérica é uma alimentação que causa insegurança a muitos neonatologistas, uma vez que sua associação pode estar designada a enterocolite necrosante, doença que pode estabelecer nos primeiros momentos após a utilização de fórmulas. Contudo, surge as evidências que a ausência de uma alimentação pode causar atrofia das vilosidades intestinais, delimitando as enzimas digestivas, hormônios tróficos de introduzir ou iniciar seu processo (BRAGA, 2009).

2.6.2 Fórmulas Infantis

Os leites utilizados em pediatria neonatal para a lactação saudável em prematuros são diversos, e mediante ao site da Nestlé e seus catálogos adicionais sendo distribuídas nas entidades hospitalares juntamente para atender a prescrição dos médicos frente à demanda da prematuridade, se diz necessário conter todas as características e descrever algumas fórmulas utilizadas em UTI neonatal (NESTLÉ, 2016).

São diversas as fórmulas nutricionais estabelecidas para a nutrição do prematuro e recém-nascidos de baixo peso, entretanto, após alta hospitalares mães de neonatos por vezes faz o uso inadequado do fracionamento da fórmula e algumas utilizam por conta própria à substituição do leite materno por leite de vaca integral. Assim com a alimentação inadequada, é possível que futuramente essas crianças que receberam ou não cuidados intensivistas tendem a piorar ou desenvolver doenças crônicas irreversíveis (CAETANO et al., 2012).

O NAN pro 1 é uma fórmula de partida para crianças de 0 a 6 meses que vem sendo estudada e adaptava com uma composição de aminoácidos em proximidade com o leite humano, não contém glúten, obtendo o crescimento e desenvolvimento adequados, de acordo com os padrões da Organização Mundial De Saúde (OMS), obtendo predominância do soro de leite e 1,8 g/100 Kcal de proteína. Ele é 100% de lactose e adaptado para obter um nível de uréia plasmática mais próxima das crianças amamentadas pela mãe (NESTLÉ, 2016; RÄIHA et al., 2002).

O NAN comfor 1 é uma fórmula diferenciada para crianças de 0 a 6 meses, com 2,1g de proteína/ 100 kcal, que oferece benefícios da proteína auxiliando no funcionamento do intestino, pois na sua diferenciação contém um mix exclusivo de prebióticos. Assim na intenção de aproximar os benefícios promovidos pelo leite

humano, na qual estimula a microbiota intestinal saudável do lactente para melhor fazer a digestibilidade, a fórmula infantil comfor se destaca pela adição desses prebióticos galactooligossacarídeos (GOS) e frutooligossacarídeo (FOS), fazendo o papel do oligossacarídeo do leite humano. O estudo testa 4g desses prebióticos por litro, ela promove o bom funcionamento intestinal gerando a menor frequência de cólicas (BELELI et al.; 2015, NESTLÉ; 2016).

A fórmula NAN supreme 1 para crianças de 0 a 6 meses foi criado para estabelecer melhor efeito da influencia do refluxo gastresofágico (RGE) sobre o esvaziamento gástrico. Sendo de fácil digestibilidade, seu esvaziamento gástrico em crianças se assemelha ao mesmo que utilizam do leite materno, proporciona uma proteína parcialmente hidrolisada, 100% de lactose, não contem glúten, obtendo nucleotídeos para o adequado funcionamento imunológico, e ácidos contendo Omega 3 e 6 como DHA e ARA (NESTLÉ, 2016).

O consumo e oferta de fórmulas lácteas para crianças vêm crescendo gradativamente, o uso dessas composições abre espaço para mães que estão impossibilitadas de amamentar e mães que por algum outro motivo não podem nutrir seus filhos ao seio materno. As fórmulas ganham espaço e confiabilidade na sua introdução. O nestogeno é uma dessas variadas nutrição infantil que se propaga em alimento para primeira infância de 0 a 6 meses e logo após possui seu segmento. Possui como principal componente a caseína e outros componentes essenciais para o neonato, além de vitaminas e minerais em grande quantidade (CARMO; RIBEIRO, 2014).

2.6.3 Fórmulas Especiais

Os lactentes que ao introduzirem sua alimentação a base de fórmulas comuns preconizadas na UTI neonatal, e por vezes venham desencadear algum tipo de intolerância, sejam na apresentação dos devidos sintomas, como vômito, distensão abdominal persistente, refluxo gastro-esofágico, grande quantidade de resíduo gástrico deixado a cada dieta é recomendado à esses fórmulas a base de hidrolisados proteicos, e caso a persistência dos sintomas se indicam fórmulas a base de aminoácidos (CORTEZ et al., 2007).

O alfaré é uma fórmula a base de proteína do soro do leite extensamente hidrolisada, para o tratamento de lactentes e prematuros com algum comprometimento do trato gastrointestinal, e crianças jovens com insuficiência gastrointestinal. É de fácil digestibilidade e sua absorção é rápida contendo reserva energética, para melhor atender – lo. Contém triglicerídeos de cadeia média (TCM), e DHA e ARA, além de nucleotídeos, ajudando no desenvolvimento imunológico, visão e cerebral (NESTLÉ HEALTH SCIENCE, 2016).

Pré NAN é indicado para prematuros e lactentes com baixo peso ao nascer, sendo prescrito pelos médicos logo após a alta hospitalar. É preferencialmente para crianças com casos já diagnosticados e confirmados que por sua vez não toleram proteína do leite de vaca, logo os intolerantes a lactose, galactosemia e aqueles que possuem má absorção de glucose-galactose, ficam sujeitos a essa fórmula (NESTLÉ, 2013).

Alfamino é um amido ácido, projetada para proporcionar um alívio aos prematuros com suspeitas e sintomas associados a complicações intestinais, sendo uma fórmula não alergênica, para bebês graves com alergias ao leite de vaca e intolerância a múltiplos alimentos. Ele é indicado em segunda linha, quando a criança já tenha experimentado outras fórmulas designada a alergias, porém não apresentaram melhora nas intensamente hidrolisadas. Composta de 100% aminoácidos livres, triglicerídeos de cadeia média (TCM - 25%), lipídeos estruturados, contribuindo para melhora do processo inflamatório da mucosa intestinal (NESTLÉ HEALTH SCIENCE, 2016).

O leite a base de proteína isolada de soja, ex: NAN SOY é uma fórmula que normalmente é preconizada para crianças sem comprometimento do trato intestinal, ou seja, crianças com idade superior a seis meses. Contem 100% de maltodextrina, não contem sacarose, obtendo ácidos como DHA e ARA para importantes processos de desenvolvimento, logo, deriva de menor fermentação, menor produção de gases e absorção é facilitada, pois tem baixa osmolaridade (DANONE EARLY LIFE NUTRITION, 2015).

A fórmula infantil neocate, também sendo uma fórmula padronizada dentro das unidades intensivas, ela se estabelece de acordo com o alfamino, composta por aminoácidos livres e destinadas a crianças com necessidades dietoterápicas específicas, com restrição a lactose e leite de soja. A fórmula se institui em LCP para

crianças de 0 a 6 meses, estando isenta de lactose, sacarose, galactose, frutose e glúten (DANONE - NUTRIÇÃO ESPECIALIZADA, 2015).

2.7 IMPACTOS DA PREMATURIDADE NA TERAPIA NUTRICIONAL

A prematuridade possui várias disfunções em seu desenvolvimento precoce, que se delimita mencionar neste contexto, sendo vários fatores que podem impactar no desenvolvimento e crescimento com a terapia nutricional. Os neonatos BP possuem para si duas causas subsequentes para o impacto nutricional, uma delas é a sepse neonatal que se desencadeia por vários processos, e coadjuvante a ele temos a enterocolite necrosante. A nutrição então deve se estabelecer nas primeiras horas de vida, para não ocasionar sequelas futuras. Enfatizando a introdução de dieta enteral paliativa com a parenteral (BATISTA; FREITAS; GOMES, LEÃO, 2010).

Assim como a sepse e a enterocolite necrosante, um dos principais impactos da nutrição pelo lactente é o fato da imaturidade neonato que se caracteriza pelas complicações no decorrer do parto, na sua concepção e pelas suscetíveis demandas infecciosas que delimita a UTI neonatal. No entanto, a nutrição plena é iniciada para o controle metabólico, logo, na capacidade digestiva funcionante, sendo realizada para promover um desenvolvimento adequado que seja capaz de refletir no que ocorreria em processo intrauterino, evitando sequelas futuras a esse lactente (BATISTA; FREITAS; GOMES, LEÃO, 2010).

Os bebês prematuros sofrem frequentes impactos durante a sua internação em unidade hospitalares, esses impactos não só podem influenciar no decorrer da sua vida, mas como em todo processo de adaptação do mesmo ao meio social. Sua fragilidade implica em ocorrências e complicações no desenvolvimento do corpo, como limitam algumas práticas e intervenções perinatais. (ZELKOWITZ, 2012).

O RNMBP comumente sofrem de síndrome de sofrimento respiratório pela imaturidade dos pulmões, hemorragias intraventriculares, ocasionas no cérebro impactado pelo grau (hemorragias grau I,II,III, e IV) e muitos sofrem de retinopatia, anormalidades dos vasos do olho, síndromes congênitas, hormonais e metabólicas, entre outras. Afetando o desenvolvimento e crescimento, uma vez que a imaturidade e desnutrição fetal dificulta a progressão da dieta, e logo, propiciando futuramente em sequelas e favorecendo a obtenção de outras patologias (ZELKOWITZ, 2012).

O intestino do prematuro além de apresentar-se imaturo, seu desenvolvimento das funções imunológicas e digestivas vão necessitar do processo de absorção, digestão, componentes do sistema linfóide e regulação da osmolaridade para progredir no trânsito intestinal adequado. Quando o neonato desencadeia sepse suas barreiras intestinais ainda em desenvolvimento favorecem a chamada translocação bacteriana, e subsequentes a isso a enterocolite necrosante com frequência, estão sendo ocasionadas pela sepse, assim como a não alimentação prolongada e jejuns vão acarretar em morbimortalidade (BATISTA; FREITAS; GOMES, LEÃO, 2010).

2.8 IMPORTANCIA DO HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA

O hospital amigo da criança tem como objetivo mobilizar as ações dos profissionais da área de saúde obstétrica, para promover o incentivo de aleitamento materno ainda dentro das unidades hospitalares, evitando o desmame precoce, que sucede de crianças prematuras desvinculada de suas mães para receberem cuidados nas unidades neonatais. A iniciativa partiu da ação estratégica da OMS e fundo das ações unidas para infância (UNICEF) em 1990, no intuito de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno exclusivo (SCOCHI et al., 2008).

Apesar de haver recomendações pela organização mundial da saúde e a UNICEF, não são somente esses órgãos que competem para o início a esse incentivo, mas sim a academia americana de pediatria (AAP), o ministério da saúde (MS), a sociedade brasileira de pediatria (SBP), todos a favor da diminuição do desmame precoce e a minimização de mortalidade neonatal (GUILHERME et al., 2016).

A iniciativa hospital amigo da criança (IHAC) revelou-se sua importância num estudo realizado em UTI/UCI neonatal que obtiveram a prática do incentivo ao aleitamento materno juntamente em vínculo ao apoio das mães de bebês prematuros, sendo aplicada a análise em aquelas que amamentam exclusivamente e com auxílio do banco de leite e aquelas que amamentavam e após complementavam com fórmulas, a comparação entre os dois métodos revelaram grande impacto (VANNUCHI et al., 2004).

A iniciativa do aleitamento materno exclusivo oferecido e apoiado nas unidades de terapia intensiva juntamente com apoio do banco de leite, é de extrema importância

para os prematuros, resultados analisados manifestar-se melhoria no desenvolvimento e controle imunológico e infeccioso de todos os bebês de baixo peso ao nascer (VANNUCHI et al., 2004).

A implantação do hospital amigo da criança em todas as maternidades hospitalares, e UTIs neonatais deveriam acontecer em todo território brasileiro, uma vez que sua prática favorece o vínculo mãe-filho e o incentivo a maior demanda de aleitamento materno exclusivo. Pode-se dizer que após a iniciativa todas as unidades que aderiram a essa estratégia obtiveram relevância nos resultados, dando espaço ao aprimoramento das práticas e qualificando profissionais para seu incentivo (CALDEIRA; GONÇALVES, 2007).

Para garantir a eficácia do programa dentro das unidades hospitalares é necessário à parceria da implantação de um banco de leite que possa atender aquelas crianças que possivelmente não poderá ser amamentado por suas mães, o hospital amigo da criança requer estratégias para garantir as melhores condições de crescimento neonato e aprimorar nas UTIs neonatais com prematuros de extremo baixo peso, sendo integrados métodos para fortalecer esse hábito, essa mobilização na qual viabiliza que todos se conscientizem e garante que profissionais de saúde utilizem como forma de rotinas hospitalares (SCOCHI et al., 2008).

O HAC em sua diretriz integra “dez passos” na manutenção contínua do aleitamento materno, com finalidade de garantir sucesso, capacitando seus profissionais na qualificação de diagnosticar seu andamento, propiciar informações adequadas às mães e verificar se o estabelecimento está de acordo com os requisitos. Assim a organização mundial da saúde dispõe que os passos da IHAC sejam voltados ao apoio e orientações para Nutrizes (CALDEIRA; GONÇALVES, 2007).

Estudo aponta grande diferença apresentada em um hospital que obtém IHAC e outro que não obtém IHAC, em comparação ao aumento da demanda do incentivo ao aleitamento materno exclusivo e o conhecimento de nutrizes sobre os dez passos, sendo indispensáveis às instruções às mães. A visibilidade deste contexto foi nítida no hospital na qual fazia integração da IHAC (ORTIZ, et al., 2011).

Embora, comparação dos hospitais credenciados e não credenciados na IHAC, revela que há pouco recurso e manejo no cumprimento dos dez passos na amamentação bem sucedida, embora aqueles que não tenham o credenciamento na

iniciativa apresentam carência na execução do mesmo. Sendo necessário um plano de metas a serem traçadas para as falhas desse cumprimento, tendo desfalque em ambos os hospitais analisados, tanto credenciados como não, na IHAC, devem ser encorajados a todos na participação sistematicamente na aderência a favor da amamentação (ORTIZ et al., 2011).

Em ampliação de assistência aos recém-nascidos na perspectiva de minimizar todos os efeitos negativos sofridos no ato de internação, tanto ao neonato quanto seus familiares, adotaram-se pela área da criança do ministério da saúde, uma política nacional de saúde visando a humanização assistencial ao neonato. O método canguru, criado em 1999 veio na trajetória brasileira a fim de destacar o cuidado humanizado no ambiente hospitalar – UTIN (LAMY et al., 2005).

O método canguru foi criado na Colômbia em 1978, pois consistia em minimizar as superlotações nas unidades hospitalares e apoiar o incentivo contato pele a pele de mãe-filho. A partir deste marco vários países adotaram a estratégia, onde é conhecido como Kangaroo Mother Care (KMC). Assim o primeiro hospital a aderir no Brasil, foi em São Paulo em 1992, possibilitando a disseminação em várias regiões, que começaram a utilizar o método, como programa de saúde voltada ao recém nascido prematuro (LAMY et al., 2005).

A assistência através do método canguru foi definida em três fases distintas. A primeira fase ainda caracterizada pela estabilização do neonato na UTI neonatal, em cuidados terapêuticos, visando a aproximação de pais e bebê. A segunda etapa vai efetuar quando o recém-nascido estiver com peso de 1250g, apresentando estabilidade sem nenhuma monitorização. Já a terceira etapa se concretiza quando o neonato já está apto aos cuidados domiciliar, mantendo suas consultas ambulatoriais. Firmando a IHAC nos hospitais credenciados (GUILHERME et al., 2016).

Uma das iniciativas que também é empregada no hospital amigo da criança que se deve citar é o cuidado ao bebê prematuro na transição da alimentação oral, e para que isso ocorra nos devidos conformes à equipe médica tem se integrado na preocupação com neonato da sua capacidade de sugar. A transição é delimitada e auxiliada com a suplementação alimentar por via do uso de copo, logo, se constitui numa estratégia que visa reduzir as causas do desmame precoce que se sucede ao

uso de mamadeiras e chupetas na ausência da mãe. A estratégia foi implantada mundialmente e aconselhada pela OMS e IHAC (SCOCHI et al., 2010).

O uso do copo vem sendo considerado como uma prática artificial, no entanto, não são satisfatórias para alguns, que na realidade visando para a nutrição do neonato o uso do copo aponta falhas, na demanda em que não se consegue contabilizar o desperdício do leite, e na prática clínica alguns têm dificuldades na amamentação materna. Outras técnicas são realizadas e preconizadas pelos hospitais amigos da criança, como a translactação, por sonda no peito, que auxilia o neonato no contato ao seio materno e sucção (SCOCHI, et al., 2010).

2.9 PROGRAMAS DE SAÚDE PÚBLICA

A promoção da saúde dizia ser associado às condições em que a população vivia, retratada em cuidados somente na obtenção de patologias, no entanto, para alguns eram as condições primárias entre o bem-estar e a saúde do indivíduo. Contudo, no decorrer dos anos a promoção da saúde veio à tona de forma estratégica e promissora para a saúde pública, onde as condições da população frente à doença se deram como resposta a crescente medicalização ocorrida durante a década de 70 (NETO et al., 2008).

A saúde pública emerge rapidamente para favorecer as necessidades dos países em gerar altos custos com a promoção da saúde, comercialização de medicamentos e assistência médica, já visando à prioridade da população com relação a isso. Em contrapartida, a demanda de uma população crescente e as ocorrências de partos era frequente, não sendo visadas e priorizadas as ocorrências eram habituais de mortalidade materna e neonatal no período 1996-2005, que logo, durante a década de 80 foi proposto uma maior preocupação mediante a situação para mãe e recém-nascidos (VENÂNCIO et al., 2007).

Na década de 90 surge no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio de lei 8080/90, que o incorpora como atuação de promoção e manutenção da saúde de toda a população. Assim, em 1999 o ministério da saúde no Brasil, planejou a organização de um fórum nacional para a promoção da saúde, bem-sucedido após inúmeros desafios vieram à elaboração da Política Nacional de Alimentação e Nutrição na mesma época. O ministério da saúde atualmente tem sempre

subsidiado ações educativas e compostas por políticas e programas de atenção básica, fazendo a implementação de diversos programas (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Atualmente, o Ministério da Saúde no Brasil tem subsidiado ações de educação em saúde, vigilância e reorganização da rede de assistência básica, com a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Bolsa Família e Renda Mínima, Aleitamento Materno, Programa de Educação e Saúde através do exercício físico e do esporte, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, entre outros. Essas ações têm favorecido a inclusão do tema da promoção na agenda política de saúde do país. (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

A saúde integrada a mulher tem como objetivo assegurar todas contra qualquer dano que infrinja sua perspectiva de vida, tanto que podemos definir que nos últimos anos as programações de estratégias assistenciais mostram que a um índice de partos e pré-natal são intensos, ganhando espaço historicamente. Entretanto, podemos dizer que todos esses cuidados e atenção voltados à saúde da mulher podem ser pelo fato do programa vinculado do programa saúde da família (PSF) que diagnosticou as carências assistenciais específicas dessa população (VENÂNCIO et al., 2007).

Embora sejam fundamentais programas de saúde para assegurar a assistência pré-natal e reduzir esforços de partos prematuros, devem-se identificar quais são os passos seguidos para que a unidades de saúde possa definir e encaminhar, visando o auto-cuidado e facilitando a atuação dos diagnósticos precoces no atendimento a essa puérpera (ARAÚJO; TANAKA, 2007).

As unidades de atendimento as patologias de altos riscos e doenças que se associam ao parto prematuro, averiguando em si a história prévia e diagnosticando precocemente para obter o suporte necessário para o encaminhamento das gestantes em ambulatórios e hospitais qualificados, visando no atendimento personalizado, voltado as necessidades dessa puérpera, tanto com equipes médicas como as necessidades sociais (ARAÚJO; TANAKA, 2007).

Uma dessas assistências, pode-se dizer o incentivo ao aleitamento materno, sendo um principal fator de reforço durante a gravidez e o auto cuidado de acompanhamento nas unidades de saúde, fazendo com que o governo tome decisões de estratégias voltadas para a criação de vários programas e sistemas, com finalidade de suprir e melhorar os que já estão em andamento, reorganizando a

atenção básica, assegurando menos gastos com hospitais e internações, definindo no auto-cuidado da saúde qualificada da humanização (CÉSAR; CHERCHIGLIA; FERREIRA, 2013).

O programa de saúde da família (PSF) que agora é denominado estratégia de saúde da família (ESF) contribui para a maior percepção de cuidados gestacionais abrangentes nas regiões de sua atuação. O programa contribui na construção e consolidação do sistema único de saúde (SUS) apoiando a esse modelo de assistência que é o SUS, porém na qualidade assistencial básica, assim, pautando a descrição das puérperas que se predominam em território definido na sua abrangência (PENNA; SANTOS, 2009).

A educação na promoção da saúde também emerge no auto-cuidado da equipe multidisciplinar no que se refere à interação de mães e familiares cientes na atuação e acompanhamento dos cuidados aos prematuros, embora sejam criteriosas com as responsabilidades, a estratégia seria um olhar mais abrangente sobre a família, na qual a equipe de saúde que se caracteriza desde o apoio em unidades básicas, possa obter o diálogo com a mãe, esclarecendo dúvidas e curiosidades da mesma (PENNA; SANTOS, 2009).

O atendimento básico em saúde propõe formas educativas e constitui em um conjunto de práticas e saberes para melhor orientar quaisquer as dúvidas decorridas durante a gestação, contudo, os profissionais de saúde são de extrema importância no conhecimento a essa atenção, sendo necessário que todos da área possam estar capacitados a informações prestadas a subsídio da população (SANTANA et al., 2010).

Um processo de demandas educativas é de suma importância e devem ser oferecidos não só as mães de prematuros, mas a toda a sua família que conseqüentemente estão envolvidos ativamente no contexto dessa situação. Logo, se diz essencial obter um relacionamento da família e nutriz na promoção do cuidado ao neonato e incentivo ao aleitamento, na qual a orientação e o diálogo são indispensáveis para o sucesso deste artifício (SANTANA et al., 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE PESQUISA E POPULAÇÃO DE ESTUDO

A pesquisa foi realizada de forma quantitativa, primária populacional sendo uma pesquisa de campo descritiva por conveniência e corte longitudinal. De modo que, correlacione os fatos e fenômenos, sem manipulá-los. Os dados foram coletados dos prontuários de recém-nascidos prematuros admitidos na unidade de terapia intensiva do hospital Jaime Santos Neves, do município de Serra – ES no período do mês de outubro de 2016.

3.1.2 Cenário do Estudo

O Hospital Jaime Santos Neves (HJSN) completou em fevereiro deste ano (2016) 3 anos da sua inauguração, ele é administrado por uma Associação Evangélica Beneficente Espírito – Santense (AEBES).

A Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES), é responsável por manter a administração e funcionamento do Hospital Evangélico de Vila Velha, que por sua vez foi fundada em 1956, onde estabeleceu o vínculo da união de partes das igrejas como a Batista, Cristã Evangélica, Evangélica de Confissão Luterana, Metodista, Presbiteriana do Brasil e Presbiteriana Unida. Atreladas, essas seis igrejas decidiram arquitetar uma unidade de saúde que atendesse a população mais desprovida (HOSPITAL EVANGÉLICO; SEÇÃO AEBES, 2013).

Ela se fundamenta a partir de Negócios: Propagar a fidelidade com a vida. Visão: Ser uma instituição beneficente cristã de menção nacional, atuando com dignidade na promoção de ações que apreciam a vida. Missão: Colaborar com a melhoria da qualidade de vida, atuando para promover às atividades voltadas a saúde, ao amparo espiritual e ao bem estar social. Valores: Cuidar com carinho, na colaboração de voluntario, transparência, sustentabilidade, encargo, social e gestão participativa. Princípios: Moral Cristã, honestidade e igualdade (HOSPITAL EVANGÉLICO; SEÇÃO AEBES, 2013).

A unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) foi inaugurada em agosto de 2013 e recebe pacientes provenientes de vários hospitais da região e também de hospitais

de outras cidades, consolidando-se como referencia na região. A UTIN possui 40 leitos sendo divididos em 20 leitos de terapia intensiva e outros 20 leitos de terapia semi-intensiva (UCIN).

3.1.3 Critério de Inclusão

Prematuros nascidos vivos, com peso ao nascer superior a 400gr que sejam admitidos na UTIN do HJSN, no município de Serra- ES no período de sua admissão até o fim de outubro de 2016 internados no local, com dados completos de prontuários. Foram considerados para o período de análise os dados de internação do neonato até a sua alta.

3.1.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídos os prematuros que apresentaram malformações incompatíveis com a vida ou aqueles que não foram recuperados o prontuário e os que foram transferidos para realização de exames ou cirurgias.

3.2 COLETAS DE DADOS E VARIÁVEIS DO ESTUDO

As informações para a pesquisa foi obtida por meio de questionário semi-estruturado adaptado por ABREU, 2013 (ANEXO A), sendo obtidos 100% da amostra para a coleta de dados dos prontuários, que foram acessados a partir dos arquivos computadorizados do HJSN, respeitando os critérios de exclusão e inclusão.

Foram obtidas variáveis demográficas, assistenciais e de evolução referente à mãe e do recém-nascido registrado nos prontuários. A pesquisa foi desenvolvida por conveniência, com corte longitudinal dos recém-nascidos prematuros e a termo.

Avaliou se os neonatos de 0 a 9 meses durante 1 mês, com informações desde a internação até o presente momento de coleta, sendo considerado as evoluções desde seu nascimento para apuração da coleta e avaliação de dados. Foi coletado e acompanhado o perfil antropométrico como: medidas de peso ao nascer e peso atual, comprimento, perímetro cefálico que são medidas características na avaliação de prematuros. Logo, avaliou se o tempo de vida, idade gestacional ao nascer,

características da idade da mãe, patologia designada no feto, à primeira dieta recebida pelo recém-nascido, diagnosticando a dieta que mais predominou desde sua internação, avaliaram se fatores de riscos que poderão prejudicar o trato gastrointestinal.

Conteve todas as informações necessárias do cotidiano do paciente com histórico de transição alimentar e seus dados antropométricos e gasto energético. Com objetivo de avaliar cada bebê, conhecer os tipos e os meios de nutrição, assim como os riscos de comorbidades com relação à prematuridade, comparando com a literatura e recomendações necessárias para esse público, para melhor avaliar os impactos e influências no crescimento e desenvolvimento na terapia nutricional. Acompanhou prematuros tanto do sexo feminino e masculino, de variáveis etnias e cor. O pré-projeto foi realizado e elaborado pelo aluno passou pela avaliação do comitê do hospital, para ser aprovado.

O trabalho teve como foco abordar o tema “Terapia Nutricional do recém-nascido prematuro em um hospital público do ES”. Assim houve a escolha dessa população, sobre aspectos relacionados ao risco, por ser uma instituição que aborda gestantes com partos de altos riscos. Frisou sobre o código de ética do profissional nutricionista, no qual sendo um de seus deveres assumirem todos os atos de responsabilidade da sua atuação, com o desempenho de suas funções, preservando a integridade da pesquisada, sendo importante papel do mesmo, orientar e respeitar a diversidade biopsicossocial.

Normatizando todos os aspectos envolvidos pelo código de Nuremberg, foi avaliado o estudo pelo comitê de ética da pesquisa de campo, e pelo comitê responsável o CONEP/CEPH, que é uma comissão nacional de ética em pesquisa que favorece a aprovação de estudos de pesquisa com seres humanos, através da resolução 196/96, sendo por ele delimitado o termo de consentimento livre e esclarecidos (TCLE) (APENDICE A).

3.3 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

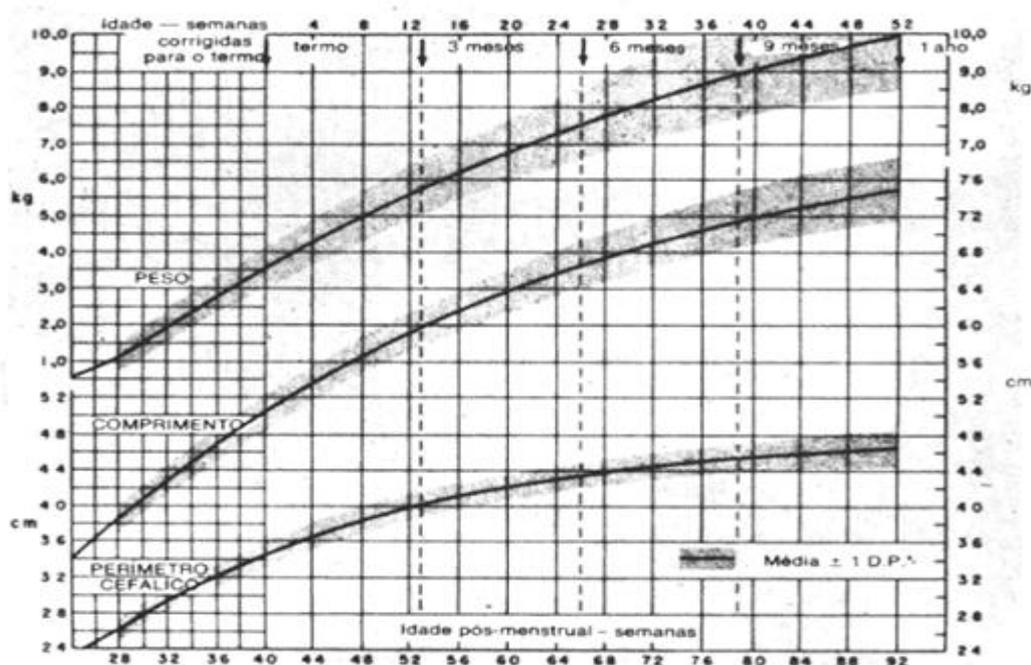
As análises dos dados foram feitos pelos prontuários computadorizados ou arquivados sendo preciso de um questionário adaptado (ANEXO A) para apuração

dessa coleta, sendo necessária prancheta, caneta e agenda, calculadora (CAIO – científica) para verificar os percentis e idade cronológica.

Gráficos de Classificação do peso do Rn segundo ALEXANDRE/1996, gráficos de curvas de peso, perímetro cefálico e estatura em prematuros FENTON/ 2013 e artigo para recomendações nutricionais para crianças em terapia nutricional enteral e parenteral – Projeto e Diretrizes 2011, são avaliações nutricionais indispensáveis para interpretação do estado nutricional do indivíduo, buscando análise de seu quadro, juntamente com outros fatores que possibilitaram esse diagnóstico. Na prematuridade o crescimento se torna diferente, sendo importante ressaltar a utilização de curva específica na avaliação do estado nutricional (VITOLLO, 2015).

O gráfico abaixo representa as curvas para avaliação do estado nutricional antropométricas em prematuros do sexo feminino e masculino, e classificando-os de acordo com os percentis, no qual, <p3 são pacientes em estado de desnutrição ou abaixo do recomendado, entre p3 e p10, estão em risco nutricional. Na mediana de P50 são pacientes adequados para a idade gestacional. Aqueles que estão >p90, estão em riscos de sobrepeso e acima do ideal e >p97 estando em estado de obesidade ou acima do recomendado (VITOLLO, 2015).

Gráfico 1 – Curva de Crescimento de Babson para Crianças Prematuras



Fonte: VITOLLO 2015, adapt. Babson SG, Brenda GI. Growth Graphs for the Clinical Assessment of Infants of Varying Gestational Age. J Pediatr. 1976; 89(5):814-20.

3.4 AVALIAÇÃO DIETÉTICA

O gasto energético dos recém-nascidos foi avaliado pelo projeto diretrizes 2011, publicado para melhor compreensão dos gastos calóricos para esse público. Denominado o cálculo das necessidades energéticas de acordo com a faixa etária e o grau de atividade física quando necessário, e na prematuridade adicionado a Kcal de crescimento, para melhorar o aporte calórico dos mesmos (PROJETO DIRETRIZES, 2011).

Tabela 2- Formulas para calculo da necessidade energética de acordo com faixa etária e grau de atividade física.

0 A 2 ANOS
GET (kcal/dia) = 89 x peso da criança (kg) – 100
NE = GET + energia de crescimento
NE (0-3m) = (89 x peso da criança [kg] – 100) + 175 (kcal para crescimento)
NE (4-6m) = (89 x peso da criança [kg] – 100) + 56 (kcal para crescimento)
NE (7-12m) = (89 x peso da criança [kg] – 100) + 22 (kcal para crescimento)
NE (13-35m) = (89 x peso da criança [kg] – 100) + 20 (kcal para crescimento)
Fonte: COPPINI; SAMPAIO; MARCO - Projeto e Diretrizes, 2011.

3.5 ASPECTOS ETICOS DA PESQUISA

Por meio do Código de Nuremberg, a instituição de campo foi orientada quanto ao projeto, sendo indispensável informação para qualquer pesquisa que envolva seres humanos (FREITAS e HOSSNE 2009, apud FILHO, 2011).

Este projeto esteve de acordo com as diretrizes e normas regulamentadas de pesquisas envolvidas com seres humanos, de acordo com a resolução nº196 de outubro de 1996. Logo, tendo em vista a aprovação do comitê de ética em pesquisa com seres humanos (CEPH), e pelo comitê de ética em pesquisa organizado no hospital Jaime Santos Neves. Assim também obtive a aprovação da secretaria de saúde do espírito santo (SESA – ES), enfatizando – se nos seguintes documentos, termo de anuência (APENDICE C), requerimento de autorização (APENDICE B) e termo de confiabilidade e sigilo de informações (APENDICE D).

Define se o consentimento informado como o registro da decisão do voluntário ou do seu representante legal, para autorizar o procedimento após ter sido informado sobre seus riscos e benefícios (HIRSCHLEIMER et al, apud FILHO, 2011).

O esclarecimento prévio foi indispensável para que o paciente ou representante legal possa aceitar ou não os métodos propostos. Não há necessidade de se utilizar palavras técnicas. As informações foram escritas de forma fácil para o entendimento pelo participante e/ou responsável, informando tudo que foi considerado para a pesquisa, sendo relevante na tomada de decisão (FILHO, 2011).

O TCLE (APENDICE A) é um termo formalizado para realização da pesquisa, com o texto claro, objetivo e auto-explicativo. Ele foi composto por duas vias, identificadas com o nome da instituição e dos responsáveis pela pesquisa. As duas vias foram datadas e assinadas, sendo uma via arquivada pelos pesquisadores e a outra via entregue ao hospital ou representante legal do paciente. A assinatura da unidade de campo esta presente na mesma página do TCLE (CÓDIGO DE ÉTICA, 2004).

O TCLE informa quem são os responsáveis pela pesquisa, o título da pesquisa, os objetivos, a justificativa e detalhes da metodologia. Deixa claro como foi a participação dos pesquisados na pesquisa e informa de forma clara e simples os desconfortos e riscos que poderiam ocorrer, e os benefícios esperados. Além disso, o TCLE assegura a instituição ou participante ou representante legal, o direito de vedar ou cancelar a pesquisa em qualquer momento, sem que sua decisão cause prejuízo ou penalidade, e garante confidencialidade e privacidade às informações coletadas (CÓDIGO DE ÉTICA, 2004).

A pesquisa foi realizada tendo que planejar e instituir o TCLE para apuração dos dados visando a autorização da instituição e das mães de todos os recém-nascidos que estão internados no HJSN, na qual participaram da pesquisa. Assim as informações sobre os procedimentos que foram aplicados no campo, devem ser descrito de forma clara e objetiva na metodologia para o real conhecimento da proposta pelo leitor, e pelos comitês de organização e autorização da pesquisa.

3.6 ANÁLISES DE DADOS

Os dados foram analisados utilizando estatísticas, armazenados em bancos de dados na planilha eletrônica Excel sendo descritiva no que se refere às variáveis quantitativas, no qual, foram dados apresentados por frequência absoluta e medidas de tendência central e variabilidade (média, desvio padrão, mediana, valores mínimo e máximo) para essas análise descritiva.

As variáveis quantitativas foram descritas através de frequência absoluta e relativa e apresentados a partir de tabelas e gráficos conforme as variáveis analisadas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1. RESULTADOS

Os parâmetros antropométricos de caracterização dos lactentes na tabela 3 se observam que 100% da amostra de bebês nascidos na UTI neonatal, 38% foram predominantemente de recém nascidos de extremo baixo peso (RNEBP), desses 38%, foram distribuídos em 20% do sexo masculino e 18% do sexo feminino. Logo, se obteve os recém nascidos baixo peso (RNBP) e os de muito baixo peso (RNMBP) se caracterizando de formas similares em 25% da amostra, sendo 15% do sexo feminino e 10% do sexo masculino. Já os recém nascidos com peso adequado (RNPA) são os que menos predominaram na unidade, no total de 10%, onde 2% são do sexo feminino e 8% masculino.

A tabela 3 também informa o índice de maiores comorbidades que afetam a UTIN, na maior parte do período de coleta de dados a predominância foi à insuficiência respiratória (79% (n=31), atingindo 41% do sexo feminino e 38% masculino. Em segundo lugar, a comorbidades de cardiopatias congênitas em 41% dos bebês, em seguida 28% nascidos mal formados, finalizando 12% de bebês com casos de hidrocefalia.

A idade gestacional característico no período da gestação são avaliados como pré termo < que 37 semanas, à termo bebês de 37 a 41 semanas, e pós termo > 42 semanas, delimitando na tabela o maior índice de bebês nascidos pré termo.

TABELA 3- Caracterização dos Lactentes

Variáveis	TOTAL		FEMININO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%	Número	%
(continua)						
Classificação dos Recém-nascidos conforme o peso ao nascer						
RNBP	10	25%	6	15%	4	10%
RNMBP	10	25%	6	15%	4	10%
RNEBP	15	38%	7	18%	8	20%
RNPA	4	10%	1	2%	3	8%
Comorbidades						
Insuficiência Respiratória	31	79%	16	41%	15	38%

TABELA 3- Caracterização dos Lactentes

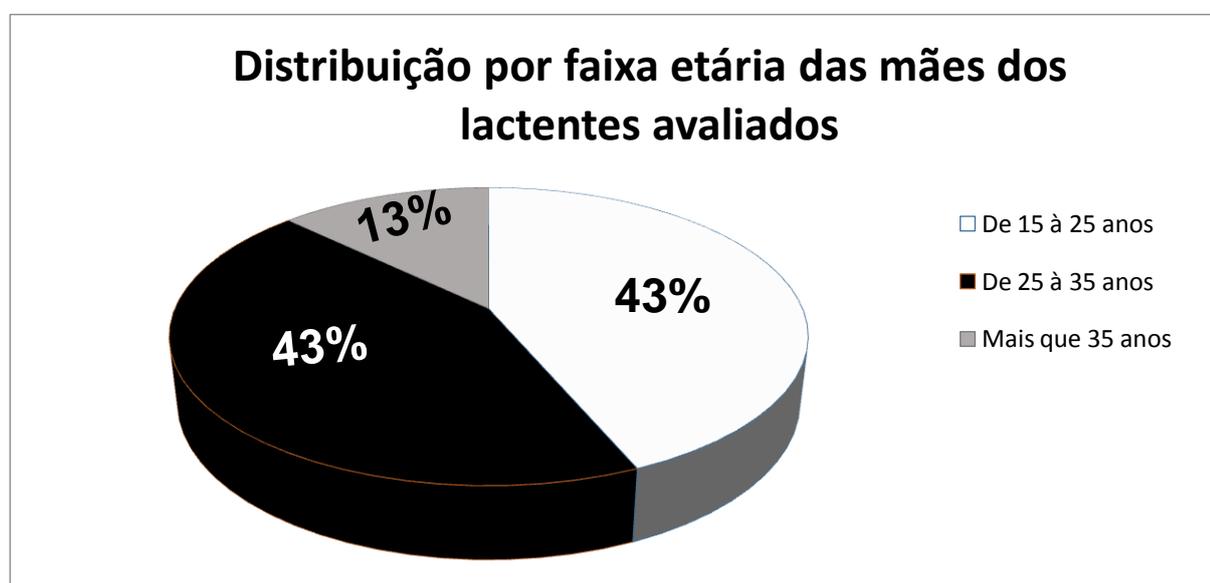
(conclusão)

Variáveis	TOTAL		FEMININO		MASCULINO	
	Número	%	Número	%	Número	%
Cardiopatía	16	41%	9	23%	7	18%
Mal formações	11	28%	7	18%	4	10%
Hidrocefalia	5	12%	2	5%	3	7%
Idade Gestacional						
Pré – Termo						
< 37 semanas	21	53%	9	23%	12	30%
Termo						
37 – 41 semanas	14	35%	8	20%	6	15%
Pós – Termo						
> 42 semanas	4	10%	2	5%	2	5%

Fonte: Elaboração própria.

O gráfico 2 refere se ao demonstrativo de idade das lactantes de RNs internados na UTI neonatal. Na caracterização de mães que geram filhos na idade da adolescência, jovem adulta e adulta.

Gráfico 2 – Classificação da Idade Materna



Fonte: Elaboração própria.

As tabelas 4,5, 6 e 7 avaliam os recém nascidos de acordo com as características de peso, idade gestacional e sexo, classificando os mesmos com relação ao perímetro cefálico, comprimento e peso de nascimento. Assim como, idêntica os valores que seriam ideais para esse público.

A tabela 4 de RNBP avalia os dados antropométricos indicando que 50% dos prematuros e bebês a termo, estão com o peso de nascido abaixo da idade gestacional, e 30% estando com perímetro cefálico inadequado pela idade gestacional <p3, assim como, 50% dos mesmos estão com o comprimento afetado <p3.

TABELA 4- Análise Descritiva dos dados Antropométricos RNBP

Recém- Nascidos Baixo Peso ao Nascer (1,501 à 2,500)										
Dados ao nascimento							Valores ideais de acordo com gráfico			
	IGC	P.N (Kg)	Classif . PN/I	PC. N (cm)	Classif . PC.N/I	COMP.N (cm)	Classif. Comp. N/I	P.I (Kg)	PC. I (cm)	CMP. I (cm)
Sexo Feminino	37	2,305	P10	34	P50 e P90	42	<P3	2,8	33	47
	39	2,17	<P3	32	P10	47	P10 e P50	3,3	34	49
	35	1,61	P3	28	<P3	41	P3 e P10	2,3	32	45
	37	2,42	P10 e P50	33	P50	49	P50 e P90	2,8	33	47
	46	1,84	<P3	31	<P3	44	<P3	4,8	38	56
	33	1,52	P10 e P50	29,5	P10 e P50	41	P10 e P50	1,9	29	43
Sexo Masculino	31	1,565	P10 e P50	30	P90	41	P50	1,6	28	41
	35	1,665	<P3	31	P10 e P50	41	P3	2,4	32	46
	39	1,63	<P3	28	<P3	40	<P3	3,4	34	50
	34	2,275	P50	32	P50 e P90	46,5	P50 e P90	2,2	31	45

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: Análise dos parâmetros antropométricos - IGC (idade gestacional corrigida) P.N (peso ao Nascer) PC. N (perímetro cefálico ao nascer) Comp. N (Comprimento ao Nascer) P.I (Peso ideal) PC. I (perímetro cefálico ideal) Comp.I (comprimento ideal).

A tabela 5 indica a estatística descritiva dos dados de riscos no qual 80% dos bebês nesta, se encontra abaixo do peso de nascimento ideal para idade gestacional, e 100% estão abaixo do comprimento e perímetro cefálico.

TABELA 5- Análise Descritiva dos dados Antropométricos RNMBP

Recém-Nascido Muito Baixo Peso ao Nascer (1,001 à 1,500)										
Dados ao nascimento							Valores ideais de acordo com gráfico			
	IGC	P.N (Kg)	Classif. PN/I	PC. N (cm)	Classif. PC.N/I	COM P.N (cm)	Classif. Comp. N/I	P.I (Kg)	PC. I (cm)	CMP. I (cm)
Sexo Feminino	36	1,435	<P3	28	<P3	39	<P3	2,6	32	46
	37	1,18	<P3	26	<P3	37	<P3	2,8	33	47
	34	1,105	<P3	26	<P3	37	<P3	2,1	31	44
	37	1,085	<P3	25	<P3	36	<P3	2,8	33	47
	39	1,07	<P3	26	<P3	35	<P3	3,3	34	49
	43	1,09	<P3	26	<P3	39	<P3	4,4	37	54
Sexo Masculino	30	1,145	P10 e p50	26	< P3	38	<P3	1,4	29	39
	31	1,455	P10 e p50	25	<P3	35	<P3	1,6	28	41
	43	1,06	<P3	26	<P3	37	<P3	4,2	36	54
	40	1,075	<P3	30	<P3	42	<P3	3,5	35	51

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: Análise dos parâmetros antropométricos - IGC (idade gestacional corrigida) P.N (peso ao Nascer) PC. N (perímetro cefálico ao nascer) Comp. N (Comprimento ao Nascer) P.I (Peso ideal) PC. I (perímetro cefálico ideal) Comp.N (comprimento ideal).

As análises descritivas da tabela 6 revela que os prematuros de extremo baixo peso estão abaixo do recomendado pela idade gestacional em relação ao peso e o comprimento com 93,3% de riscos, e 80% de riscos quanto ao perímetro cefálico, inferior ao ideal.

TABELA 6- Análise Descritiva dos dados Antropométricos RNEBP

(continua)

Recém-Nascido Extremo Baixo Peso ao Nascer (<1,000)										
Dados ao nascimento							Valores ideais de acordo com gráfico			
	IGC	P.N (Kg)	Classif. PN/I	PC. N (cm)	Classif. PC.N/I	COMP. N (cm)	Classif. Comp. N/I	P.I (Kg)	PC.I (cm)	CMP. I (cm)
Sexo Feminino	29	0,77	P3 e P10	24	P10	32	P3	1,3	26	47
	28	0,43	<P3	21	<P3	27	<P3	1	25	36
	30	0,795	P3	22	<P3	30	<P3	1,3	27	39
	30	0,855	P3 e p10	25,5	P10	33	<P3	1,3	27	39

TABELA 6- Análise Descritiva dos dados Antropométricos RNEBP
(conclusão)

Recém-Nascido Extremo Baixo Peso ao Nascer (<1,000)										
Dados ao nascimento							Valores ideais de acordo com gráfico			
	IGC	P.N (Kg)	Classif. PN/I	PC. N (cm)	Classif. PC.N/I	COMP. N (cm)	Classif. Comp. N/I	P.I (Kg)	PC.I (cm)	CMP. I (cm)
	31	0,755	<P3	23	<P3	32	<P3	1,5	28	40
	38	0,93	<P3	25	<P3	35	<P3	3	34	48
	39	0,85	<P3	24	<P3	34	<P3	3,3	34	49
	32	0,595	<P3	21	<P3	30	<P3	1,8	29	42
	34	0,735	<P3	25	<P3	32	<P3	2,2	31	45
	31	0,725	<P3	24	<P3	32	<P3	1,6	28	41
Sexo Masculino	33	0,93	<P3	22	<P3	37	<P3	2	30	44
	27	0,9	P50	25	P50	35	P50	0,9	25	35
	35	0,92	<P3	25	<P3	35	<P3	2,4	32	46
	39	0,66	<P3	24	<P3	31	<P3	3,4	34	50
	42	0,53	<P3	22	<P3	27	<P3	4	36	53

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: Análise dos parâmetros antropométricos - IGC (idade gestacional corrigida) P.N (peso ao Nascer) PC. N (perímetro cefálico ao nascer) Comp. N (Comprimento ao Nascer) P.I (Peso ideal) PC. I (perímetro cefálico ideal) Comp.N (comprimento ideal).

Ao que se refere aos recém nascidos de peso adequado ao nascer (>2,500), pode-se citar que não houve inadequação com relação ao peso, porém de forma similar 50% dos bebês ficaram em risco no perímetro cefálico e comprimento após o nascimento.

TABELA 7- Análise Descritiva dos dados Antropométricos RNPA

Recém-Nascido com Peso ao Nascer Adequado (>2,500)										
Dados ao nascimento							Valores ideais de acordo com gráfico			
	IGC	P.N (Kg)	Classif. PN/I	PC.N (cm)	Classif. PC.N/I	COMP. N (cm)	Classif. Comp. N/I	P.I (Kg)	PC. I (cm)	COMP. I (cm)
Sexo Feminino	39	2,835	P10 e P50	33	P10 e P50	45	P3	3,3	34	49
			P50 e P90	44	<P3	52	P50 e P90	3,4	34	50
Sexo Masculino	39	3,51	P90	38,5	>P97	52	P90	3,4	34	50
	34	3,01	P97	33,5	P90	51	>P97	2,3	31	45

Fonte: Elaboração própria.

Legenda: Análise dos parâmetros antropométricos - IGC (idade gestacional corrigida) P.N (peso ao Nascer) PC. N (perímetro cefálico ao nascer) Comp. N (Comprimento ao Nascer) P.I (Peso ideal) PC. I (perímetro cefálico ideal) Comp.N (comprimento ideal).

A tabela 8 avalia os parâmetros do peso atual verso peso ideal, para compreensão da ingestão calórica, no qual deveria ser consumida pelos neonatos, referente a ingestão calórica relacionada ao peso atual e ingestão calórica relacionada ao do peso ideal para os mesmo.

Tabela 8 – Calculo do Percentual Energético com relação Peso Atual/ Peso ideal (continua)

Recém-Nascidos Baixo Peso ao Nascer (1,501 à 2,500 Kg)						
	Dados	Media	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
<i>Sexo Feminino</i>	Peso atual	2,06	0,33	2,06	1,56	2,56
	GET do peso atual	259,09	29,61	259	214,28	301,84
	Peso ideal	2,71	0,47	2,8	1,9	3,3
	GET do peso ideal	316,52	42,04	324,2	244,1	368,7
	Consumo médio	276,52	177,38	224,51	60	724,85
<i>Sexo Masculino</i>	Peso atual	2,04	0,38	2,15	1,51	2,58
	GET do peso atual	256,94	33,83	266,57	209,39	304,62
	Peso ideal	2,65	0,69	2,4	1,6	3,5
	GET do peso ideal	310,85	62,02	288,6	217,4	386,5
	Consumo médio	155,26	56,25	163	28,85	213
Recém-Nascidos de Extremo Baixo Peso (<1000 Kg)						
<i>Sexo Feminino</i>	Peso atual	0,77	0,16	0,8225	0,53	0,905
	GET do peso atual	143,53	14,84	148,20	122,17	155,54
	Peso ideal	1,22	0,15	1,3	1	1,3
	GET do peso ideal	184,02	13,35	190,7	164	190,7
	Consumo médio	57,10	18,97	58,73	37,52	73,43
<i>Sexo Masculino</i>	Peso atual	0,825	0,06	0,8	0,775	0,9
	GET do peso atual	148,45	5,88	146,2	155,1	155,1
	Peso ideal	1,43	0,47	1,6	0,9	1,8
	GET do peso ideal	202,56	42,05	155,1	155,1	235,2
	Consumo médio	46,92	15,14	43,5	33,78	63,48

Tabela 8 – Calculo do Percentual Energético com relação Peso Atual/ Peso ideal (conclusão)

Recém-Nascidos de Muito Baixo Peso ao Nascer (1,001 à 1,500)						
	Dados	Média	Desvio Padrão	Mediana	Mínimo	Máximo
<i>Sexo Feminino</i>	Peso atual	1,46	0,49	1,46	1,11	1,82
	GET do peso atual	205,60	44,36	205,60	174,23	236,98
	Peso ideal	2,05	0,77	2,05	1,5	2,6
	GET do peso ideal	257,45	69,22	257,45	208,5	306,4
	Consumo médio	166,51	19,59	166,51	152,66	180,37
<i>Sexo Masculino</i>	Peso atual	1,21	0,11	1,20	1,08	1,37
	GET do peso atual	183,46	10,67	182,46	1,46	197,35
	Peso ideal	1,8	0,36	1,8	1,4	2,2
	GET do peso ideal	235,2	32,49	235,2	199,6	270,8
	Consumo médio	123,41	51,77	113,99	73,75	191,91
Recém-Nascidos com Peso ao Nascer Adequado (>2,500)						
<i>Sexo Feminino</i>	Peso atual	2,98	0,32	2,89	2,71	3,41
	GET do peso atual	310,47	61,84	317,52	228,34	378,49
	Peso ideal	3,95	0,76	3,85	3,3	4,8
	GET do peso ideal	396,8	70,96	368,7	347,6	502,2
	Consumo médio	237,00	160,13	279,61	20,94	367,86
<i>Sexo Masculino</i>	Peso atual	3,95	1,11	4,04	2,78	4,96
	GET do peso atual	367,71	166,92	375,28	203,86	516,44
	Peso ideal	3,75	0,41	3,7	3,4	4,2
	GET do peso ideal	349,25	33,53	353,7	312	377,6
	Consumo médio	598,71	408,91	483,37	283,81	1144,28

Fonte: Elaboração própria.

Com relação ao tipo de fórmulas consumidas, constatou se que os recém nascidos extremo baixo peso (<1000 kg), na maior parte de internação usaram pré nan (57,4%(n=4)), assim como, nota se que nenhum prematuro consumiu o leite materno durante os dias de internação no local onde foi analisado este trabalho.

TABELA 9- Calculo do gasto energético dos RNEBP

Recém-Nascidos Extremo Baixo Peso ao Nascer (<1,000)					
	IGC	FÓRMULA PREDOMINANTE (LEITE)	TEMPO DE AM (DIAS)	VOL.MÉDIO CONSUMIDO (ML)	CONSUMO MÉDIO (KCAL)
	29 sem.	Pré Nan	0	58,75	73,43
Sexo Feminino	28 sem.	Alfare	0	26,27	37,52
	30 sem.	Pré Nan	0	58,64	73,3
	30 sem.	Pré Nan	0	35,33	44,16
Sexo Masculino	32 sem.	Alfare	0	23,65	33,78
	31 sem.	Pré Nan	0	34,8	43,5
	27 sem.	Alfare	0	44,44	63,48

Fonte: Elaboração própria.

Enquanto os de muito baixo peso (1,001 à 1,500) utilizaram (50%(n=3)) usando pré nan e (50%(n=3)), usaram alfaré ou alfamino, que são fórmulas mais hidrolisadas. Entretanto, 66,6% (n=4) bebês obteve consumo de aleitamento materno.

TABELA 10- Calculo do gasto energético dos RNMBP

Recém-Nascido Muito Baixo Peso ao Nascer (1,001 à 1,500)					
	IGC	FÓRMULA PREDOMINANTE (LEITE)	TEMPO DE AM (DIAS)	VOL.MÉDIO CONSUMIDO (ML)	CONSUMO MÉDIO (KCAL)
Sexo Feminino	31 sem.	Pré Nan	10	122,13	152,66
	36 sem.	Alfare	18	126,26	180,37
	34 sem.	Alfamino	6	66,66	95,22
Sexo Masculino	30 sem.	Pré Nan	0	106,22	132,77
	31 sem.	Pré Nan	3	59	73,75
	33 sem.	Alfamino	0	134,34	191,91

Fonte: Elaboração própria.

De forma similar os bebês com baixo peso (1,50kg à 2,5 kg) ao nascer 50% (n=9) usou pré nan e os demais, as fórmulas mais hidrolisadas. Logo, o consumo de aleitamento materno foi 66.6% (n=12).

TABELA 11- Calculo do gasto energético dos RNBP

Recém-Nascidos Baixo Peso ao Nascer (1,501 à 2,500)					
	IGC	FÓRMULA PREDOMINANTE (LEITE)	TEMPO DE AM (DIAS)	VOL. MÉDIO CONSUMIDO (ML)	CONSUMO MÉDIO (KCAL)
	37 sem.	Alfare	0	224,88	321,25
	39 sem.	Alfare	0	144	205,71
	35 sem.	Alfare	0	42	60
	37 sem.	Pré Nan	16	188,66	235,82
	37 sem.	Alfare	21	258,87	369,81
Sexo	34 sem.	Pré Nan	17	170,56	213,2
Feminino	38 sem.	Alfare	0	507,42	724,85
	37 sem.	Pré Nan	13	190	237,5
	39 sem.	Alfare	22	131,28	187,54
	33 sem.	Nan 1	11	140,44	209,61
	31 sem.	Pré Nan	5	119,63	149,53
	40 sem.	Alfare	23	101,95	145,64
Sexo	34 sem.	Nan 1	0	19,33	28,85
Masculino	35 sem.	Pré Nan	4	121,6	152
	39 sem.	Pré Nan	19	170,4	213
	35 sem.	Pré Nan	14	152,12	190,15
	39 sem.	Pré Nan	29	151,16	188,95
	34 sem.	Pré Nan	0	139,2	174

Fonte: Elaboração própria.

Já os que nasceram com o peso adequado à fórmula que mais prevaleceu foram o pré nan, consumida por 62,5% (n=8), e o aleitamento materno atingiu apenas 37,5% (n=3).

TABELA 12- Calculo do gasto energético dos RNPA

(continua)

Recém-Nascidos com Peso ao Nascer Adequado (>2,500)					
	IGC	FÓRMULA PREDOMINANTE (LEITE)	TEMPO DE AM (DIAS)	VOLUME MÉDIO CONSUMIDO (ML)	CONSUMO MÉDIO (KCAL)
	39 sem.	Alfare	0	14,66	20,94
Sexo	46 sem.	Pré Nan	0	168,58	210,72
Feminino	43 sem.	Pré Nan	0	278,8	348,5
	39 sem.	Pré Nan	31	294,29	367,86

TABELA 12- Calculo do gasto energético dos RNPA

(conclusão)

Recém-Nascidos com Peso ao Nascer Adequado (>2,500)					
	IGC	FÓRMULA PREDOMINANTE (LEITE)	TEMPO DE AM (DIAS)	VOLUME MÉDIO CONSUMIDO (ML)	CONSUMO MÉDIO (KCAL)
	43 sem.	Pré Nan	0	228,49	285,61
Sexo	39 sem.	Alfare	0	476,8	681,14
Masculino	39 sem.	Alfamino	9	801,6	1144,28
	42 sem.	Pré Nan	27	227,05	283,81

Fonte: Elaboração própria.

4.2 DISCUSSÃO

A tabela 3 informa as características predominantes dos recém nascidos, sendo avaliados de forma quantitativa e qualitativa seus dados. A maior parte dos bebês observados é classificada quanto ao nascimento, escala de atribuições de peso que é o melhor preditor de padrão de saúde no neonato, comorbidades do neonato e idade gestacional, em seguida, mostra elevada taxa de nascidos do sexo feminino, com alta incidência de RNEBP, e maior comorbidades como a insuficiência respiratória, denominada também a maior prevalência dos prematuros < que 37 semanas. Enquanto, estudos realizados por Cascaes e outros (2008), constataram que a maior incidência de nascidos prematuros na UTI era do sexo masculino, nascidos por partos cesarianos, talvez constatados no período de coleta de dados, justificando a predominância do sexo feminino da tabela. Assim como, a pesquisa de Hayakawa e outros (2010) analisaram que prematuros de extrema baixo peso, são os que mais obtêm dificuldades respiratórias, sendo que, tem grande probabilidade de reinternação hospitalar por consequências de afecções do trato respiratório. Pode-se justificar a análises dos dados coletados, uma vez que, a maioria dos recém nascidos foi de extremo baixo peso, oriundos, talvez de festas do início do ano, sem planejamento algum, em sua maior parte nascidos com insuficiência respiratória, e muitos com < 37 semanas.

As demandas de mães internadas com filhos prematuros na UTI permaneceram iguais entre as idades na adolescência e jovens adultas, uma vez que podemos nos referir que estudos realizados por Ramos, Cumam (2009), relatam as maiores intercorrências de partos prematuros acontecem em gravidez na adolescência, envolvendo fatores socioeconômicos, tais como, baixa renda, escolaridade,

condições geográficas e de desenvolvimento corporal, como o baixo ganho de peso materno, entre outros fatores.

Observa-se que no presente estudo, o percentual de mães jovens adultas na faixa etária de 25 a 35 anos, também se assemelha aos resultados das mães adolescentes. As mães jovens adultas se caracterizam por apresentarem a baixa escolaridade, baixa renda familiar, e a falta de acesso à rede de apoio sócio informal durante a gestação, ocasionando a diminuição dos cuidados pré-natais determinando alguns desfechos negativos (prematuridade), sendo fatores que obtiveram grandes associações, o nascimento prematuro e fatores de assistência à saúde gestacional em mães nesta faixa etária (GUIMARÃES; MELO, 2011).

A idade materna inferior a 20 anos e superior a 45 anos podem apresentar riscos para partos prematuros, no entanto, podemos constatar que os fatores de idade podem variar, já que o gráfico 2 demonstra um aumento no percentual de mães jovens adultas com filhos internados em unidade de terapia intensiva. Assim como, se observa a diminuição de mães maiores de 35 anos gerando filhos prematuros (CUMAM; RAMOS, 2009).

Com base dos dados das tabelas 4 a 7, denominadas para análises antropométricos dos recém-nascidos, muitos foram as inadequações no ganho de peso e comprimento permanecidos abaixo de P3, os pacientes internados em unidade de terapia intensiva necessitam de um acompanhamento diferenciado, já que sofrem depleção nutricional ao longo da hospitalização, sendo uma resposta metabólica referente ao estresse sofrido pelo corpo. Essa resposta ao estresse, também conhecida como fase aguda, vai gerar um intenso catabolismo, mobilizando as proteínas para originar no reparo de todos os tecidos lesados ou ainda em formação no caso da prematuridade, e o fornecimento de energia, uma vez que ao nascer antes do tempo, os mesmos tendem a competir com o meio externo para sua sobrevivência (ABREU; OLIVEIRA; SIQUEIRA, 2008).

As tabelas alarmantes com maior agravo foram a 5 e 6 em relação ao acompanhamento das curvas de crescimento, os RNMBP e RNEBP são prematuros com maior incidência de agravos e instabilidade hemodinâmica, sofrem um processo lento para recompor o ganho dos parâmetros vitais ideais, que necessariamente deveria estar acontecendo intra uterino. Portanto, acabam sendo submetidos ao nascimento antecipado por fatores ambientais ou complicações maternas, sofrendo

prolongados processos de desnutrição extra-uterina, analisados resultados com percentis <p3. Segundo Augusto e outros (2014) o acompanhamento de crescimento de prematuros é fator determinante para constatação de inadequações, estudos revelados por ele que acompanhou uma análise de parâmetros de crescimento, no qual, se observou uma evolução satisfatória na presença de mães na unidade de internação, e por outro lado, ressalta se que não teve tanto êxodo o aumento de peso e perímetro cefálico em relação ao ideal, visto a necessitada de implantação de novos conceitos para elevar o peso durante o período de internação.

Neste contexto, deve se ressaltar que na unidade de internação desta pesquisa, a implantação do programa método canguru para as mães dentro da UTI neonatal é realizada, no intuito de propagar um convívio e interação mãe-filho, conforme ser indispensável para a saúde do neonato. Embora, as melhoras sejam significativas no método citadas por Lamy Filho e outros (2008), no quadro clínico dos recém-nascidos, em relação ao peso e estabilidade hemodinâmica, se desenvolvem rapidamente em comparado com unidades de internação que não se adéqua a prática. Contudo, é importante a presença significativa das mães para desenvolver este processo, entretanto, foi observado uma falha constante de poucas mães permanecerem dentro da unidade avaliada. Com a diminuição destas, pode afetar o desenvolvimento e crescimento dos neonatos, aumentando assim sua permanência de internação.

A partir dos resultados avaliados na tabela 8, conclui se que a demanda de necessidade energética ainda é baixa, visto que os parâmetros antropométricos avaliados nos bebês, não atingiram as demandas ideais de acordo com a idade gestacional. Sabe-se que a importância do aleitamento materno avaliados na tabela 9 a 12, é de grande importância para as necessidades energéticas do neonato. E, no entanto, foram poucas as demandas de aleitamento materno, oferecidos ao RN internado no local da pesquisa. É neste primeiro momento de nascimento que a capacidade funcional do sistema digestivo ainda é imaturo e limitado. Os prematuros não possuem a imaturidade dos sistemas imunológicos, e suas reservas de nutrientes ainda são restritos. Uma vez que se inicie o aleitamento materno é para garantir as vantagens que o mesmo possui para suprir as demandas desse bebê. O aleitamento materno no prematuro é importante para necessidades nutritivas e imunológicas, afim de, garantir uma maturação gastrointestinal, prevenindo contra

doenças digestivas como a enterocolite necrosante e infecções comuns durante a internação como a sepse e meningite, além de ser um ótimo percurso na coordenação da deglutição e sucção (SCOCHI et al, 2008).

Sob o ponto de vista nutricional, a qualidade do leite materno de mães na UTI avaliada, cujo convívio com o bebê é restrito devido à internação, que fica limitado. A baixa permanência dessas mães no hospital e a internação prolongada de seus filhos tornam-se uma barreira para o processo de aleitamento materno, e tal conduta pode levar ao desmame precoce, assim que for iniciado, e também a diminuição da produção láctea.

A prolactina e oscitocina são dois hormônios que é estimulada no vínculo mãe e filho durante a amamentação, a diminuição desses hormônios, podem afetar a baixa disponibilidade do volume do leite, assim como, a baixa disponibilidade de nutrientes essenciais no crescimento do neonato. As lactantes vêem a prematuridade de seus filhos como uma condição desfavorável para o início deste vínculo, ficam ansiosas e passam grande estresse durante a internação e a demora para o início da amamentação, são fatores que possibilitam a diminuição da produção láctea (SILVA; SILVA, 2009).

O pré nan leite que obteve grande oferta durante a internação e a alta hospitalar para os prematuros deste estudo, foi formulado para garantir as necessidades nutricionais do neonato, com a consideração da imaturidade gastrointestinal, é uma fórmula acrescida de soro de leite/ caseína, para proporcionar maior digestibilidade, contendo ácidos graxos, que são poliinsaturados de cadeia longa, assim como triglicerídeos de cadeia média, e aminoácidos adequados para evitar distúrbios metabólicos, óleo vegetal, óleo de peixe, histidina, taurina, carnitina, entre outros, enriquecidos com oligoelemento e minerais (AULER; DELPINO, 2008. NESTLE, 2007).

Já as fórmulas hidrolisadas, presentes no estudo como alfaré e alfamino são características para crianças com deficiências de absorção e alergias alimentares. O alfaré é à base do soro de leite, sendo semielementar extensamente hidrolisada, determinada para eficácia nos casos de alergia ao soro do leite de vaca, e algum comprometimento do trato gastrointestinal. Isenta de lactose, galactose e sacarose, auxilia na recuperação da mucosa intestinal, não contendo frutose e glúten. E o alfamino é denominado como fórmula elementar, 100% de aminoácidos livres, indicada para tratamento de graves alergias a múltiplos alimentos, e contribui para a

melhor resposta inflamatória na mucosa intestinal lesionada, como auxiliam na melhor absorção de cálcio e gorduras. Isenta de lactose, sacarose e galactose, frutose e glúten. (AULER; DELPINO, 2008. NESTLE, 2007).

A realidade diferenças entre as formulas oferecidas aos neonatos no presente estudo deve-se observar que, a predominância do pré nan seria uma alternativa eficiente para o tratamento dos bebês, por ofertar mais calorias. Entretanto, na percepção e experiência durante o estudo, a absorção das fórmulas hidrolisadas poderia ser mais utilizada, visto sua absorção rápida pelo organismo e menor gasto energético, possibilitando a preservação do trato intestinal nos primeiros dias de vida. De certa forma, o alfaré e alfamino sendo mais hidrolisadas obtêm menor teor calórico, em comparado com o pré nan, podendo ser uma justificativa clínica pelo uso de pré nan freqüente. E, no entanto, a oferta do pré nan tende possivelmente forçar o sistema digestivo a trabalhar mais na absorção dos nutrientes, no intuito de garantir maior aporte calórico e crescimento rápido para seu ganho de peso, com esperança de atingir a idade gestacional adequada, na possibilidade de uma alta hospitalar. Na qual, não foram alcançados no decorrer do âmbito da pesquisa.

Na avaliação dos RNMBP e RNEBP, é indispensável um acompanhamento nutricional adequado, de forma geral, todos os prematuros devem ser avaliados por uma equipe multidisciplinar possibilitando um acompanhamento em longo prazo, embora estudos de Torrazza, Neu (2013), muitas são as dúvidas da equipe médica com relação ao início da nutrição enteral, e muitos não conseguem diferenciar ou detectar alguns sinais clínicos de intolerância alimentar, ficam com receio pelo falso evento da alimentação enteral possibilitar a enterocolite necrosante, fazendo muitas vezes a suspensão da fórmula ou aleitamento materno por motivos de retorno gástrico, confundindo se desnecessariamente.

Assim, o volume e calorias toleradas no início da nutrição enteral é recomendado de 10 a 20 ml/ kcal por dia, com avanço posterior de 20 ml/ kcal por dia. Evidenciando o início mínimo da alimentação enteral, para os cuidados que incluem o avanço da maturação intestinal e a liberação de hormônios que estimulam o crescimento das vilosidades intestinais, incluindo uma melhoria na tolerância alimentar. Deste modo, sendo indispensável o fornecimento das fórmulas precocemente na ausência mãe, ou até que o leite da mesma esteja disponível para atender as demandas da criança e essa consiga sugá-lo (NEU; TORRAZZA, 2013).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As crianças avaliadas neste estudo, na maioria são baixo peso ao nascer e submetidas ao internamento em uma UTI neonatal, por questões de comorbidades, patologias e agravos gestacionais da mãe. Sendo elas avaliadas por especificações procedidas da oferta calórica delimitando o tipo de leite e volume ofertado, que muitos neonatos não atenderam as demandas nutricionais durante o período de análise dos dados. Na qual, foram comparados com a literatura e pesquisas correlacionados ao assunto, a maioria dos prematuros tem dificuldades quanto ao crescimento e acompanhamento do estado nutricional.

A importância da equipe multidisciplinar é avaliar o neonato, para atingir as demandas nutricionais e fazer com que os mesmos possam desenvolver seus parâmetros nutricionais adequados pela idade gestacional, já que ao nascerem antes do tempo (prematuros) sofrem constantes variações de peso, não atingindo seu valor adequado ideal. Assim, uma equipe multidisciplinar tem que definir o que é essencial para acompanhar detalhadamente a dieta ofertada e o estado nutricional para melhora rápida do quadro clínico do bebê.

REFERENCIAS

ABREU, Alinne Nunes de. **Análise de indicadores de terapia nutricional e cuidados de enfermagem em recém-nascidos pré-termo do Hospital Regional de Ceilândia**. 2010. 34 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Enfermagem) - Faculdade de Ceilândia, Universidade de Brasília. Junho de 2013. Disponível em: <http://bdm.unb.br/bitstream/10483/5919/1/2013_AlinneNunesDeAbreu.pdf> Acesso em: 30 de maio de 2016.

ALMEIDA, Marcia Furquim de, e outros. Sistemas de informação e mortalidade perinatal: conceitos e condições de uso em estudos epidemiológicos. **Rev. bras. epidemiologia**, v. 9, n. 1, p. 56-68, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v9n1/03.pdf>>. Acesso em: 19 de Junho de 2016.

ALVES, Anna Maria Lages, e outros. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. **Rev Soc.Bras.Fonoaudiol.** 2007;12(1):23-8. Disponível em: <<https://ri.ufs.br/bitstream/123456789/899/1/DesmamePrecoce.pdf>> Acesso em: 23 de abril de 2016.

ALVES e outros. O Papel do Complexo Principal de Histocompatibilidade na Fisiologia da Gravidez e na Patogênese de Complicações Obstétricas. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil**, Recife, 7 (4): 357-363, out. / Dezembro, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000400002>. Acesso em: 22 de maio de 2016.

ARAÚJO, Breno Fauth de; TANAKA, Ana Cristina d'Andretta. Fatores de risco associados ao nascimento de recém-nascidos de muito baixo peso em uma população de baixa renda. **Cad. saúde pública**, v. 23, n. 12, p. 2869-2877, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n12/07.pdf>> Acesso em: 17 de Junho de 2016.

ARAÚJO, Natalúcia Matos et al. Corpo e sexualidade na gravidez. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 552-558, 2012. Disponível em: <<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/38437>>. Acesso em: 23 de outub. de 2016.

AUGUSTO, Érica Ozela, e outros. Crescimento de prematuros com muito baixo peso internados em UTI neonatal no estado do Pará. **Rev. para. med**, v. 28, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0101-5907/2014/v28n2/a4270.pdf>> Acesso em: 14 de outubro de 2016.

BELELI, Célia AV, e outros. Efeito do galactooligossacarídeos sobre os sintomas de constipação. **J. pediatria.(Rio J.)**, v.91, n.6, p. 567-573, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v91n6/0021-7557-jped-91-06-0567.pdf>> Acesso em 18 de Junho de 2016.

BERNARDO, Wanderley Marques, e outros. Effectiveness of probiotics in the prophylaxis of necrotizing enterocolitis in preterm neonates: a systematic review and meta-analysis. **Jornal de pediatria**, v. 89, n. 1, p. 18-24, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/jped/v89n1/v89n1a04.pdf>>. Acesso em 16 de Junho de 2016.

BITTAR, Roberto Eduardo et al. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 4, p. 203-209, 2009. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/9322>>. Acesso em: 3 de maio de 2016.

BULL, ALINE; SALLY, ENILCE DE OLIVEIRA FONSECA. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 29, n. 10, p. 511-8, 2007. Disponível em: <<file:///C:/Users/Aline/Downloads/Artigo+Antropometria.pdf>>. Acesso em: 28 de outub. de 2016.

BRAGA, A. Atualidades na alimentação-alimentação no prematuro. **Nascer e Crescer**, v. 18, n. 18 (3), p. S195-S198, 2009. Disponível em: <http://repositorio.chporto.pt/bitstream/10400.16/1267/1/AlimentacaoPrematuro_18-3.pdf> Acesso em: 31 de maio de 2016.

BRAGA, Danielle Freitas; MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactantes usuárias de um serviço público especializado. **Rev. nutr**, v. 21, n. 3, p. 293-302, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v21n3/a04v21n3.pdf>> Acesso em: 6 de maio de 2016.

BRASIL, HOSPITAL EVANGÉLICO. **Associação Evangélica Beneficente Espírito-Santense (AEBES)**. 2013. Disponível em: <<http://www.evangelicovv.com.br/historia.html>>. Acesso em: 15 de setemb. de 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção à saúde do recém-nascido. Guia para os profissionais de saúde**. Cuidados gerais. Brasília. vol. 1, p. 7-8, 2011. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/arn_v1.pdf>. Acesso em: 12 de agost. de 2016.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de assistência ao recém-nascido**. Brasília. p.45-47. 2011. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/src/uploads/2015/02/Ictericia_sem-DeptoNeoSBP-11nov12.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2016.

BROCK, Romy Schmidt, e outros. Avaliação nutricional do recém-nascido: limitações dos métodos atuais e novas perspectivas. **Rev paul pediatria**, v. 26, n. 1, p. 70-76, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v26n1/a12v26n1>>. Acesso em: 13 de maio de 2016.

CAETANO, Michelle Cavalcante, outros. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **Arch Pediatria Urug**, v. 83, n. 3, p. 226-32, 2012. Disponível em: <<http://www.sup.org.uy/revistas/adp83-3/pdf/adp83-3-brasil-complemento.pdf>> Acesso em: 17 de Junho de 2016.

CALDEIRA, Antônio P.; GONÇALVES, Eduardo. Assessment of the impact of implementing the Baby-Friendly Hospital Initiative. **Jornal de pediatria**, v. 83, n. 2, p. 127-132, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n2/v83n2a06.pdf>>. Acesso em: 27 de Maio de 2016.

CAMELO JR, José Simon; MARTINEZ, Francisco Eulógio. Dilemas nutricionais no pré-termo extremo e repercussões na infância, adolescência e vida adulta. **J Pediatr (Rio J)**, v. 81, p. S33-42, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1s1/v81n1s1a05.pdf>>. Acesso em: 15 de maio de 2016.

CARDOSO, L. E.; FALCÃO, Mário Cícero. Importância da avaliação nutricional de recém-nascidos pré-termo por meio de relações antropométricas. **Rev Paul Pediatr**, v. 25, n. 2, p. 135-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n2/a07v25n2>>. Acesso em: 13 de maio de 2016.

CARVACHO, Ingrid Espejo; PINTO E SILVA, João Luiz; MELLO, Maeve Brito de. Knowledge of pregnant adolescents about reproductive anatomy and physiology in a municipality of Southern Brazil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 29-35, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/17.pdf>>. Acesso em: 10 de abril de 2016.

CASCAES, Andreia Morales, e outros. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro**. v. 24, n. 5, p. 1024-32, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Karen_Peres/publication/5392280_Prematurity_and_associated_factors_in_Santa_Catarina_State_Brazil_in_2005_An_analysis_based_on_data_from_the_Information_System_on_Live_Births/links/54346ad80cf2dc341daf402c.pdf>. Acesso em: 3 mai.2016.

CASTRO, Adriana Guerra de, e outros. Desenvolvimento do sistema sensorio motor oral e motor global em lactentes pré-termo. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica, Pernambuco**. v. 19, n. 1, p. 29-38, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pfono/v19n1/03.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2016.

CASTRO, Jamile Claro de; CLAPIS, Maria José. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a07.pdf>>. Acesso em: 01 de novemb. 2016.

COPPINI LZ, SAMPAIO H, MARCO D. Projeto Diretrizes. Recomendações Nutricionais para Crianças em Terapia Nutricional Enteral e Parenteral. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina**. p.1:16, 2011. Disponível em: <http://diretrizes.amb.org.br/_BibliotecaAntiga/recomendacoes_nutricionais_para_criancas_em_terapia_nutricional_ental_e_parenteral.pdf>. Acesso em: 12 de maio de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRICIONISTAS. Código de ética do nutricionista. **ConScientiae Saúde**, v. 3, p. 165-170. São Paulo: UNINOVE, 2004. Disponível em: <http://www.uninove.br/PDFs/Publicacoes/conscientiae_saude/csauade_v3/cnsv3_eti_canutricionista.pdf>. Acesso em: 10 de setemb. de 2016.

CORTEZ, Ana Paula B. e outros. Conhecimento de pediatras e nutricionistas sobre o tratamento da alergia ao leite de vaca no lactente. **Revista Paulista de Pediatria**, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n2/a02v25n2.pdf>> Acesso em: 23 de Maio de 2016.

COSTA e outros. Alterações Fisiológicas na Percepção de Mulheres Durante a Gestação. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 2, p. 86-93, abr./jun.2010. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/377/pdf>>. Acesso em: 10 de setemb. de 2016.

CUNHA, Alfredo de Almeida, e outros. Factors associated with perinatal asphyxia. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 26, n. 10, p. 799-805, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v26n10/22907.pdf>> Acesso em 23 de Maio de 2016.

CHAVES, Roberto G.; LAMOUNIER, Joel A.; CÉSAR, Cibele C. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. **Jornal de Pediatria, Porto Alegre**. v. 83, n. 3, p. 241-246, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v83n3/v83n3a09.pdf>> Acesso em: 3 de março de 2016.

DANONE EARLY LIFE NUTRITION. **Guia Prático de Diagnóstico e Tratamento da APLV**. Danone Baby Profissionais, 2015. Disponível em: <<http://www.danonebabyprofissionais.com.br/temas-pediatria/alergia-aliaspx>> Acesso em: 21 de Maio de 2016.

DANONE – **Nutrição Especializada**. Sabor de viver, 2015. Disponível em: <<http://www.sabordeviver.com.br/neocate-lcp-upgrade/p>>. Acesso em: 21 de Maio de 2016.

DELGADO, Susana Elena; HALPERN, Ricardo. Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 17, n. 2, p. 141-152, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pfono/v17n2/v17n2a02>> Acesso em 24 de maio de 2016.

DELPINO, Fabiane Samara; AULER, Flavia. Terapia Nutricional em recém-nascidos prematuros. **Saúde e Pesquisa**, v. 1, n. 2, p. 209-216, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/750/605>> Acesso em: 10 de março de 2016.

DINIZ, Carmen Simone Grilo. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciênc saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p. 627-37, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3>>. Acesso em: 12 de março de 2016.

FALEIROS, Francisca Teresa Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição, Campinas**. p. 623-630, 2006. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/13235/S1415-52732006000500010.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 23 de abril de 2016.

FERREIRA AV; MAGALHÃES R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. *Nutrição e Promoção da Saúde*. **Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro**, 23(7):1674-1681, jul, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n7/19.pdf>>. Acesso em 12 de Abril de 2016.

FERREIRA SC; CHERCHIGLIA LM; CÉSAR CC. O Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional como instrumento de monitoramento da Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil. Recife**, 13 (2): 167-177 abr. / jun., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292013000200010>. Acesso em: 13 de Abril de 2016.

FUJINAGA, Cristina Ide, e outros. Confiabilidade do instrumento de avaliação da prontidão do prematuro para alimentação oral. **Pró-fono**, v. 19, n. 2, 2007. Disponível em: Acesso em: 25 de maio de 2016.

FREITAS, Brunnella Alcantara Chagas de, e outros. Terapia nutricional e sepse neonatal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 23, n. 4, p. 492-498, 2010. Disponível em: <<http://www.rbti.org.br/artigo/detalhes/0103507X-23-4-15>>. Acesso em 23 de Maio de 2016.

FREITAS, Corina Bomtempo Duca; HOSSNE, William Saad. O papel dos comitês de ética em pesquisa na proteção do ser humano. **Revista Bioética**, v. 10, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/218/219>. Acesso em: 6 de março de 2016.

FREITAS DRUMOND, Eliane; MACHADO, Carla Jorge; FRANÇA, Elisabeth. Subnotificação de nascidos vivos: procedimentos de mensuração a partir do Sistema de Informação Hospitalar. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 1, p. 55-63, 2008. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n1/6766.pdf>>. Acesso: 01 de novemb. 2016.

GIANINI, Nicole M. e outros. Avaliação dos fatores associados ao estado nutricional na idade corrigida de termo em recém-nascidos de muito baixo peso. **Jornal de Pediatria (Rio J)**, v. 81, n. 1, p. 34-40, 2005. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/05-81-01-34/port_print.htm>. Acesso em: 17 de maio de 2016.

GOULART, Bárbara Niegia Garcia de, e outros. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 411-417,

2010.<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v15n2/14.2%20maria%20concei%E7%E3o%20santana.pdf>> Acesso em: 26 de Maio de 2016.

GOUVEIA, Helga Geremias; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Diagnósticos de enfermagem e problemas colaborativos mais comuns na gestação de risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 175-182, 2004. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n2/v12n2a05.pdf>>. Acesso em: 01 de novemb. 2016.

GONÇALVES, Carla Vitola, e outros. Body mass index and gestational weight gain as factors predicting complications and pregnancy outcome. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 34, n. 7, p. 304-309, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v34n7/03.pdf>>. Acesso em: 19 de Maio de 2016.

GUILHERME, Jefferson Pereira. Incidência de aleitamento materno no momento da alta da terceira etapa do método canguru da Maternidade Ana Braga. **Ciências da Saúde da Amazônia**, n. 1, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.uea.edu.br/index.php/cienciasdasaude/article/view/715>>. Acesso em 27 de Maio de 2016.

GUIMARÃES, Elaine da Costa; MELO, Enirtes Caetano Prates. Características do apoio social associados à prematuridade em uma população de puérperas de baixa renda. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 15, n. 1, p. 54-61, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100008> Acesso em: 12 de outubro de 2016.

GRACIA, Bárbara Nascimento, e outros. Administração orofaríngea de colostro em recém-nascidos pré-termo. **Clinical and biomedical research**. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/140900/000980880.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 25 de Maio de 2016.

HAYAKAWA, Letícia Mayumi, e outros. **Incidência de reinternação de prematuros com muito baixo peso nascidos em um hospital universitário**. Escola Anna Nery, v. 14, n. 2, p. 324-329, 2010. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2916/art_ROSSETTO_Incidencia_de_reinternacao_de_prematuros_com_muito_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 12 de outubro de 2016.

HIRSCHHEIMER MR, CONSTANTINO CF, OSELKA G. Consentimento informado no atendimento pediátrico. **Rev Paul Pediatría**, 2010; 28:128-33. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038934021>>. Acesso em: 13 de maio de 2016.

LAMY FILHO, Fernando et al. Avaliação dos resultados neonatais do método canguru no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2008. Disponível em: <<http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/201>>. Acesso em: 13 de setemb. de 2016.

LAMY, Zeni Carvalho, e outros. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso-Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3,

p. 659-668, 2005. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/csc/v10n3/a22v10n3.pdf>> Acesso em: 27 de Maio de 2016.

MAGALHÃES, Maria de Lourdes Caltabiano et al. Gestação na adolescência precoce e tardia: há diferença nos riscos obstétricos. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 8, p. 446-52, 2006. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v28n8/02.pdf>>. Acesso em: 29 de outub. de 2016.

MARCHI-ALVES, Leila Maria, e outros. Obesidade infantil ontem e hoje: importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 238-44, 2011. Disponível em:

<262596529_Infant_obesity_in_the_past_and_nowadays_the_importance_of_anthropometric_assessment_by_nurses.> Acesso em: 15 de maio de 2016.

MARQUES FILHO, José. Informed consent in rheumatology care practice. **Revista brasileira de reumatologia**, v. 51, n. 2, p. 179-183, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v51n2/v51n2a07.pdf>>. Acesso em: 8 de março de 2016.

MARTINS, Elaine Lutz, e outros. Alimentação de crianças que nasceram com baixo peso no primeiro ano de vida. **Ciências. cuidado. saúde**, v. 12, n. 3, p. 515-521, 2013. Disponível em: <<http://www.revenf.bvs.br/pdf/ccs/v12n3/14.pdf>>. Acesso em 23 de maio de 2016.

MARTINS, Elaine Lutz, e outros. Caracterização de recém-nascidos de baixo peso internados em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UFSM, Rio Grande do Sul**. v. 3, n. 1, p. 155-163, 2013. Disponível em: <<http://cascavel.cpd.ufsm.br/revistas/ojs2.2.2/index.php/reufsm/article/view/7412/pdf>>. Acesso em: 13 mar.2016.

MEDEIROS, Andréa Monteiro Correia, e outros. Caracterização da técnica de transição da alimentação por sonda enteral para seio materno em recém-nascidos prematuros. **J Sociedade Brasileira Fonoaudiologia**, v. 23, n. 1, p. 57-65, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jsbf/v23n1/v23n1a13>>. Acesso em: 22 de maio de 2016.

MORAIS, Aisiane Cedraz; QUIRINO, Marinalva Dias; ALMEIDA, Mariza Silva. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm**, v. 22, n. 1, p. 24-30, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a04v22n1>>. Acesso em: 10 de Junho de 2016.

NEIVA, Flávia Cristina B.; LEONE, Cléa Rodrigues. Efeitos da estimulação da sucção não nutritiva na idade de início da alimentação via oral em recém-nascidos pré-termo. **Rev. paul. pediatria**, v. 25, n. 2, p. 129-134, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n2/a06v25n2.pdf>>. Acesso em 28 de maio de 2016.

NESTLÉ, começar saudável e viver saudável. 2013. Nestlé. **All rights reserved**. Disponível em: <<http://www.nestlebebe.pt/product-categories/leites-especiais>>. Acesso em 19 de Maio de 2016.

NESTLÉ HEALTH SCIENCE. **Instituto Nestlé de Ciências da Saúde**, 2016. Disponível em: <https://translate.googleusercontent.com/translate_c?depth=1&hl=pt-BR&prev=search&rurl=translate.google.com.br&sl=en&u=https://www.nestlehealthscience.com/brands/althera-alfare-alfamino/alfamino&usg=ALkJrhjZrbKF1op8wZd2_qgJjMj-UGdp8g> Acesso em: 21 de Maio de 2016.

NESTLÉ. **Nestlé Nutrition**, 2007. Disponível em: <<http://www.nestle.com.br/healthcarenutrition>>. Acesso em: 18 de outubro de 2016.

NETO ETS; e outros. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.2, p.107-119, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/11.pdf>> Acesso em: 12 de abril de 2016.

NEVES, Larissa Santos, e outros. Doação de leite humano: dificuldades e fatores limitantes. **Mundo Saúde**, v. 35, n. 2, p. 156-61, 2011. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/artigos/doacao_leite_humano_dificuldades%20e%20fatores%20limitantes.pdf> Acesso em: 07/05/16.

OLIVEIRA, Adriana Gonçalves de; SIQUEIRA, Pollyanna Patriota; ABREU, Luiz Carlos de. Cuidados nutricionais no recém-nascido de muito baixo peso. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 18, n. 2, p. 148-154, 2008. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n2/05.pdf>> Acesso em: 12 de outubro de 2016.

ORTIZ, Priscilla Nunes, e outros. Comparing breast feeding practices in baby friendly and non-accredited hospitals in Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 11, n. 4, p. 405-413, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v11n4/v11n4a07.pdf>> Acesso em: 08 de Maio de 2016.

PAIVA, Cecília Virgínia Araújo, e outros. Aleitamento materno de recém-nascidos internados: dificuldades de mães com filhos em unidade de cuidados intensivos e intermediários neonatais. **Revista Mineira de Enfermagem**, Minas Gerais. v. 17, n. 4, p. 924-939, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/896>> Acesso em: 5 de março de 2016.

PAIVA, Sousa. Mulheres doadoras de leite humano. **Acta Paul Enferm**, v. 19, n. 2, p. 157-61, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n2/a06v19n2>> Acesso em: 07/05/16.

PREVEDEL, Tânia Terezinha Scudeller et al. Repercussões maternas e perinatais da hidroterapia na gravidez. **RBGO**, v. 25, n. 1, p. 53-59, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n1/a08v25n1.pdf>>. Acesso em: 4 de junho de 2016.

RÄIHÄ, N. C. R. e outros. Whey predominant, whey modified infant formula with protein/energy ratio of 1.8 g/100 kcal: adequate and safe for term infants from birth to four months. **Journal of pediatric gastroenterology and nutrition**, v. 35, n. 3, p. 275-281, 2002. Disponível em:

<http://journals.lww.com/jpgn/Fulltext/2002/09000/Whey_Predominant,_Whey_Modified_Infant_Formula.8.aspx> Acesso em: 17 de Junho de 2016.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, Roberto Kenji Nakamura. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Guarapuava. v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a09>> Acesso em: 9 mar. 2016.

RIBEIRO, Amanda Capellão. CARMO, Jéssica Borsoi Maia. **Bromatologia em saúde**. 2014. Disponível em: <<http://bromatopesquisas-ufrj.blogspot.com.br/2014/12/nestogeno-1-e-nestogeno-2-uma-avaliacao.html>> Acesso em: 23 de Maio de 2016.

RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim; BOLSONI-SILVA, Alessandra Turini. Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, Bauru. v. 21, n. 1, p. 111-121, 2011. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n1/11.pdf>> Acesso em: 16 mar. 2016.

RUGOLO, L. M. S. S. e outros. Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros dois anos de vida. **Rev Paul Pediatria, São Paulo**. v. 25, n. 2, p. 142-9, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpp/v25n2/a08v25n2>> Acesso em: 19 mar. 2016.

SALGE, Ana Karina Marques; GUIMARÃES, Janaína Valadares; SIQUEIRA, Karina Machado; CORREA, Rosana Rosa Miranda. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, GO, 2009, v. 11, n. 3, p. 642-646. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm>>. Acesso em: 5 març. 2016.

SANTOS, Regiane Veloso; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto and Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 652, 2009.<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0110/pdfs/IS30\(1\)011.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvsmis/is_digital/is_0110/pdfs/IS30(1)011.pdf)> Acesso em: 26 de Maio de 2016.

SERRA, Sueli Olívia Andreo; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. Dificuldades maternas no processo de aleitamento materno de prematuros em uma UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 597-605, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v12n4/v12n4a04.pdf>> Acesso em 7 de maio de 2016.

SILVA, Fabiana Nicomédo da, e outros. Gravidez na adolescência: perfil das gestantes, fatores precursores e riscos associados. **Gestão e Saúde**, Brasília. v. 3, n. 3, p. pag. 1166-1178, 2012. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/191/pdf>> Acesso em: 9 mar. 2016.

SILVA, L. S. V. e outros. Micronutrientes na gestação e lactação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 7, n. 3, p. 237-244, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n3/02.pdf>> Acesso em 7 de maio de 2016.

- SILVA, Maria Helena Abud da, e outros. Efeitos da sucção à mamadeira e ao seio materno em bebês prematuros. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Revista Rene**, v. 12, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/126/41>.> Acesso em: 24 de maio de 2016.
- SILVA, Rosângela Venâncio da, e outros. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v. 13, n. 1, p. 108-15, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a15>.> Acesso em: 08/05/16.
- SILVEIRA, Mariângela F. e outros. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 5, p. 957-964, 2008. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n5/6786.pdf>>. Acesso em: 23 de Maio de 2016.
- SUCENA, Lara P.; FURLAN, M. F. Incidência da utilização de leite materno ordenhado em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal e caracterização dos recém-nascidos. **Arq. Ciências Saúde**, v. 15, n. 2, p. 82-9, 2008. Disponível em: <http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-15-2/id270.pdf.> Acesso em: 12 de maio de 2016.
- SOLA, Augusto. **Cuidados neonatais: descobrindo a vida de um recém-nascido enfermo**. 1ª ed. Buenos Aires: Edimed-Ediciones Médicas, 2012.
- SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan, e outros. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil-DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v7i2.4992. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 2, p. 145-154, 2008. Disponível em: <<http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4992/3235>.> Acesso em: 08 de Maio de 2016.
- SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan, e outros. Transição alimentar por via oral em prematuros de um Hospital Amigo da Criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 540-545, 2010. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/2939/art_SCOCHI_Transicao_alimentar_por_via_oral_em_prematuros_2010.pdf?sequence=1&isAllowed=y.> Acesso em: 25 de Maio de 2016.
- TORRAZZA, Roberto Murgas; NEU, Josef. Evidence – Based Guidelines for Optimization of Nutrition for the Very Low Birthweight Infant.. **An Official Journal of the American Academy of the Pediatrics, Neoreviews** , 2013; 14 e 340. Disponível em: <<http://neoreviews.aappublications.org/content/14/7/e340>>. Acesso em: 18 de outubro de 2016.
- VALETE, Cristina Ortiz, e outros. Análise das práticas de alimentação de prematuros em maternidade pública no Rio de Janeiro. **Rev. nutrição**, v. 22, n. 5, p. 653-659, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v22n5/v22n5a06.pdf>.> Acesso em: 28 de maio de 2016.

VANNUCHI, Marli T. Oliveira, e outros. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 422-8, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v38n3/20660.pdf>.> Acesso em: 08 de Maio de 2016.

VARASCHINI, Geicele Baumhardt; MOLZ, Patrícia; PEREIRA, Camila Schreiner. Perfil nutricional de recém-nascidos prematuros internados em uma uti e uci neonatal. **Cinergis**, v. 16, n. 1, 2015. Disponível em: <<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/5137/4189>.> Acesso em: 18 de maio de 2016.

VENÂNCIO IS, e outros. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. **Rev. Bras. Saúde Materno Infantil.**, Recife, 7 (2): 213-220, abr. / jun., 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292007000200012.> Acesso em: 13 de março de 2016.

VIEIRA, M. T.e outros. Fatores associados à enterocolite necrosante. **Jornal de Pediatria (Rio J)**, v. 79, n. 2, p. 159-64, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79n2/v79n2a11>.> Acesso em: 17 de Junho de 2016.

VITOLLO, Maria Regina. **Nutrição da gestação ao envelhecimento** - Rio de Janeiro: Rubio, 2008. p. 57-65.

VITOLLO, Maria Regina. **Nutrição da gestação ao envelhecimento** - Rio de Janeiro: Rubio, 2015. p. 240-255.

ZELKOWITZ P. Prematuridade e seu impacto sobre o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância. **Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development**; 2012:1-5. Disponível em: <<http://www.encyclopediacrianca.com/documents/ZelkowitzPRTxp1.pdf>.> Acesso em: 25 de Maio de 2016.

ZUGAIB Marcelo; BITTAR Roberto Eduardo. Indicadores de risco para o parto prematuro. **Rev Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo. V. 31, n. 4, p. 203-9, 2009. Disponível em: <<https://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&q=Indicadores+de+risco+para+o+parto+prematuro&btnG=&lr=>.> Acesso em: 28 mai. 2016.

APÊNDICE/ ANEXOS

APENDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

Todo Voluntário tem Direito à informação detalhada, clara e objetiva sobre o procedimento que será realizado perante o aluno acadêmico responsável, junto à instituição de ensino.

Propostas essas que devem ser explicadas exaustivamente e oralmente antes da assinatura deste termo.

Eu como Progenitora responsável do neonato, autorizo a estudante acadêmica de nutrição Aline Cristina Borges, e todos os demais profissionais da instituição de ensino da Faculdade Católica Salesiana, a realização do acompanhamento nutricional através do prontuário do lactente na UTI neonatal. Com o objetivo de avaliar o impacto nutricional ocorrido na prematuridade em desenvolvimento com fórmulas infantis, aleitamento materno e complementar, a fim de analisar os prontuários e dados decorrentes ao seu estado nutricional.

- 1- Declaro reconhecer que os profissionais responsáveis pelo tratamento do neonato, têm a obrigação de dedicar com atenção, cuidado e diligência necessária, visando à promoção da saúde, na melhor forma possível sem, no entanto, se responsabilizarem pelo resultado final da apuração dos dados. Uma vez que suceda a conduta de desistir que o neonato participe, retirando seu consentimento.
- 2- Declaro que a acadêmica de nutrição me expôs de todos os métodos da apuração e acompanhamento de dados tais como (dietas oferecidas ao lactente, alterações nutricionais, avaliações antropométricas, patologias existentes tanto no neonato, quanto as que levaram o RN a prematuridade, entre outros).
- 3- Estou ciente que para realizar o acompanhamento nutricional será necessário o meu desempenho e sendo de minha responsabilidade exclusiva, informar o estudante acadêmico de nutrição, a desistência do meu consentimento no acompanhamento, caso o possua.
- 4- Autorizo o acompanhamento nutricional do prontuário, e posterior o uso para fins científicos, como publicação de artigos técnicos, palestras, trabalhos interdisciplinares apresentados, etc. Sabendo-se que não obterá quaisquer fins lucrativos, neste processo e nenhuma exposição de dados privativos do lactente.

Assinatura do Acadêmico

Assinatura da Progenitora Voluntária Responsável

VITÓRIA, ES

APENDICE B – REQUERIMENTO DE AUTORIZAÇÃO

Ao Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos – NUEDRH:

Pelo presente, venho requerer autorização de pesquisa no âmbito da SESA/ES. Seguem abaixo os dados de identificação dos autores e da sua instituição de origem.

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PROTOCOLO DE PESQUISA

NOME DO PROJETO: Terapia Nutricional do Recém-Nascido Prematuro

Pesquisadores	Nome	Email	Telefone
----------------------	-------------	--------------	-----------------

Pesquisador 1

(Orientador/responsável)

Pesquisador 2

Instituição de

Procedência do Projeto

Unidade Campo de

Pesquisa no âmbito da

SESA

Local e data/ nome e assinatura de um dos requerentes

Imprimir em duas vias, uma via servirá como recibo de entrega junto ao Protocolo Geral da SESA – ES

APENDICE C - TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – SESA-ES

Ao Núcleo Especial de Desenvolvimento de Recursos Humanos - NUEDRH/SESA
Ref. Carta de Solicitação de Anuência - De acordo com OF.
SESA/SUBGESTI/GEPDI/NUEDRH/CIRCULAR NP27/2015, PORTARIA 040-R de 17/07/2015.

Encaminhamos em anexo o Protocolo de Pesquisa intitulada “Terapia Nutricional do Recém-Nascido Prematuro”, que tem por objetivo expor a avaliação da impactação da prematuridade no seu desenvolvimento pela utilização de fórmulas infantis, aleitamento materno exclusivo e complementar.

Para a realização da pesquisa, vimos solicitar de V.S. autorização para acesso às dependências do Hospital Jaime Santos Neves e obtenção dos dados necessários ao trabalho proposto.

Encaminhamos ainda, em anexo, o Termo de Confidencialidade relativo às informações a serem obtidas, além de nos comprometermos em fornecer uma cópia do trabalho concluído, em mídia eletrônica.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente,

(incluir assinatura)

(incluir data)

(incluir nome ou assinatura e carimbo do pesquisador responsável pela pesquisa)

(incluir assinatura)

(incluir data)

(incluir nome ou assinatura e carimbo da chefia imediata, gestora da instituição de origem do pesquisador)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO PARA ANÁLISE DE PESQUISA/ NUEDRH

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

FAVORÁVEL []

NÃO FAVORÁVEL []

Considerações: -

(incluir assinatura)

(incluir data)

(incluir nome e carimbo do técnico do NUEDRH)

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

AUTORIZADO []

NÃO AUTORIZADO []

Considerações:

APENDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO DE INFORMAÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA NO ÂMBITO DA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO

À SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO – SESA-ES Data:

No presente Termo, os pesquisadores envolvidos no projeto “Terapia Nutricional do Recém-Nascido Prematuro”, com protocolo de pesquisa em anexo, se comprometem a manter sigilo em relação às informações consideradas confidenciais a que poderão ter acesso no Hospital Jaime Santos Neves.

São partes do compromisso:

- 1) Zelar pela privacidade do conteúdo acessado, preservando os indivíduos citados nas bases de dados disponíveis;
- 2) Utilizar os dados disponíveis exclusivamente para as finalidades constantes no projeto;
- 3) Não permitir, por nenhum motivo, que pessoas ou instituições não autorizadas pela SESA tenham acesso aos dados ou indivíduos;
- 4) Vetar a divulgação - por qualquer meio de comunicação - de dados ou informações que identifiquem os sujeitos de pesquisa e outras variáveis das bases de dados que permitam a identificação dos indivíduos, e
- 5) Não praticar e não permitir qualquer ação que comprometa a integridade dos indivíduos ou das bases de dados disponíveis.

Os pesquisadores, aqui representados pelo responsável Dr ^(a) (citar o nome do pesquisador responsável pelo projeto de pesquisa) assumem total responsabilidade pelas consequências legais advindas da utilização inadequada dos dados obtidos e pelo desvirtuamento da finalidade prevista no seu protocolo de pesquisa, conforme disposto nos documentos internacionais e na Resolução nº 466 de 12/12/2012, do Ministério da Saúde.

Respeitosamente,

(incluir assinatura)

(incluir data)

(incluir nome carimbo e qualificação do pesquisador responsável pela pesquisa)

ALTERAÇÕES NO SUPORTE NUTRICIONAL

Data da alteração: _____ Peso: _____

Tipo de dieta: Enteral () Parenteral () Zero () Oral ()

Volume ofertado: _____

Nome da dieta e motivo de alteração:

ALTERAÇÕES NO SUPORTE NUTRICIONAL

Data da alteração: _____ Peso: _____

Tipo de dieta: Enteral () Parenteral () Zero () Oral ()

Volume ofertado: _____

Nome da dieta e motivo de alteração:

ALTERAÇÕES NO SUPORTE NUTRICIONAL

Data da alteração: _____ Peso: _____

Tipo de dieta: Enteral () Parenteral () Zero () Oral ()

Volume ofertado: _____

Nome da dieta e motivo de alteração:

ALTERAÇÕES NO SUPORTE NUTRICIONAL

Data da alteração: _____ Peso: _____

Tipo de dieta: Enteral () Parenteral () Zero () Oral ()

Volume ofertado: _____

Nome da dieta e motivo de alteração: