

UNIVERSIDADE SANTO AMARO
ProgramaDePós-Graduação
ResidênciaMultiprofissional EmNeonatologia

LaísSousaMendesAmigo

**INFLUENCIA DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE RECÉM-
NASCIDOS MUITO BAIXO PESO A PARTIR DO SEGUNDO
SEMESTRE DE VIDA.**

São Paulo
2016

LaísSousaMendesAmigo

**INFLUENCIA DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE RECÉM-
NASCIDOS MUITO BAIXO PESO A PARTIR DO SEGUNDO
SEMESTRE DE VIDA.**

Trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Neonatologia, apresentado ao programa de pós-graduação modalidade lato sensu da Universidade Santo Amaro (UNISA), como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Prof. Mestre Marcela Maria Pandolfi
Co-orientadora: Eliana Yuko

São Paulo
2016

LaísSousaMendesAmigo

**INFLUENCIA DA ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DE RECÉM-
NASCIDOS MUITO BAIXO PESO A PARTIR DO SEGUNDO
SEMESTRE DE VIDA.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Residência Multiprofissional em Neonatologia da Universidade Santo Amaro – UNISA, como requisito parcial para obtenção do título de Especialização.

Orientadora Prof. Mestre Marcela Maria Pandolfi e Co-orientadora Eliana Yuko.

São Paulo, _____ de _____ de 2016

Banca Examinadora

Nome

Nome

Nome

Conceito Final

Primeiramente, dedico esse trabalho aos Deuses que me permitiram traçar esse caminho para que hoje pudesse, com muito orgulho ser uma Nutricionista Especialista em Neonatologia.

Dedico esse trabalho aos meus pais que sempre acreditaram no meu sucesso e nunca cansaram de investir economicamente e emocionalmente nos meus estudos.

Dedico a minha irmã Andreia, que como irmã mais velha sempre me inspirou a ser quem sou hoje e a minha irmã Susana que me permitiu ser o seu exemplo e inspiração para estudar e se dedicar ao conhecimento científico.

Dedico esse trabalho ao meu companheiro que com muita paciência sempre se manteve ao meu lado me incentivando e me ajudando a concluir os meus estudos na pós-graduação.

Dedico esse trabalho, assim como a minha inspiração, aos pacientes que sempre foram a grande motivação da minha prática profissional.

Agradeço a todos os profissionais da Universidade Santo Amaro e do Hospital Escola Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha que contribuíram para a construção do conhecimento por mim adquirido durante a residência multidisciplinar.

“Não é a consciência do homem que lhe determina o ser, mas, ao contrário, o seu ser social que lhe determina a consciência.”

Karl Marx

RESUMO

Introdução: O leite materno (LM) é o primeiro alimento do recém-nascido (RN), sendo de grande importância para o seu desenvolvimento por se adequar totalmente às suas necessidades, sendo capaz de nutrir, de modo adequado, as crianças nos primeiros seis meses de vida. Nos recém-nascidos prematuros (RNPT) o LM tem importante função imunológica e de maturação gastrointestinal, proporcionando menores incidências de infecções e morbidades perinatais, contribuindo diretamente para um menor tempo de internação. **Objetivos:** observar a alimentação e nutrição de RNPT em UTI neonatal e aos seis meses de vida, verificar se houve continuidade do aleitamento materno e a possível relação com a necessidade de reinternação pós alta e a presença de intercorrências infecciosas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo do tipo interrelacional. Foi realizada no ambulatório do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, em crianças de ambos os sexos, com seis meses de idade, prematuras que precisaram ficar internadas na UTI neonatal e estejam em acompanhamento ambulatorial. Aos seis meses, foi feita avaliação antropométrica com análise em curvas de crescimento. A partir de um questionário foram coletados dados de alimentação, amamentação e informações quanto ao estado de saúde das crianças até o presente momento. A partir dos prontuários foram coletados dados do período de internação no que se refere à amamentação e crescimento do RN. **Resultados:** Foram estudadas 25 crianças. No período da internação houve piora da curva de crescimento no que se refere ao peso e comprimento, porém no momento da consulta demonstraram adequação na curva de crescimento referente a todos os parâmetros antropométricos. Ao comparar as crianças em relação à presença de patologias após a alta hospitalar e a presença de aleitamento exclusivo em seio materno, o teste de Mc Nemar mostrou discordância significativa entre os grupos. ($P = 0,0490$). Dos fatores estudados, o que apresentou o maior fator de inadequação foi referente à alimentação ($P = 0,0011$). **Discussão:** No nascimento, ocorre um aumento do seu gasto energético para manter novas funções vitais fora do ambiente uterino, ocorrendo assim perda de peso que apresenta intensidade e duração inversamente relacionada à IG e ao PN e diretamente relacionada à gravidade do quadro neonatal. A recuperação do crescimento “*Catch-up*” com aumento da velocidade de crescimento, ocorre após um período de crescimento lento ou ausente, permitindo recuperar a deficiência prévia. O LM tem fatores de proteção contra gastroenterites e na indução da resposta contra patologias do trato respiratório. **Conclusão:** Sugere-se com este estudo que a amamentação com leite materno é um importante fator de proteção de patologias infecciosas no segundo semestre de vida de recém-nascidos prematuros, contribuindo para menores índices de infecções frequentes, e assim prevenindo a necessidade de reinternação após alta neonatal. Independentemente do tipo de aleitamento, os lactentes obtiveram adequação da curva de crescimento antes de completar o primeiro ano de vida.

Descritores: Neonatologia, Aleitamento Materno, Tempo de Internação, Desenvolvimento do Lactente.

ABSTRACT

Introduction: Breast milk (LM) is the first food of the newborn (RN), being of great importance for its development by fully adapting its needs, being able to nourish, in an appropriate way, children in the first six months of life. In premature newborns (PTNB), LM has an important immunological and gastrointestinal maturation function, providing lower incidences of perinatal infections and morbidities, contributing directly to a shorter hospital stay. **Goals:** To observe feeding and nutrition of preterm infants in neonatal ICU and at six months of life, To verify if there was continuity of breastfeeding and the possible relation with the need for post-discharge readmission and the presence of infectious interurrences. **Methodology:** It is a cross-sectional, retrospective interrelational study. It was carried out in the ambulatory Hospital Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, in children of both sexes, six months old, premature infants who needed to be admitted to the neonatal intensive care unit and were. At six months, will be made anthropometric evaluation with analysis in growth curves, from a questionnaire will be collected feeding data, breastfeeding and information on the health status of children up to the present time. From the charts, data from the hospitalization period will be collected regarding breastfeeding and NB growth. **Results:** Twenty-five children were studied. In the period of hospitalization there was worsening of the growth curve with regard to weight and length, but at the time of the consultation they showed adequacy in the growth curve referring to all the anthropometric parameters. When comparing the children in relation to the presence of pathologies after hospital discharge and the presence of exclusive breastfeeding in the maternal breast, The Mc Nemar test showed significant disagreement between groups. ($P = 0.0490$). Of the studied factors, Which presented the greatest factor of inadequacy was referent of feeding ($P = 0.0011$). **Discussion:** At birth, there is an increase in your energy expenditure to keep new vital functions out of the uterine environment, resulting in weight loss that shows intensity and duration inversely related to GI and PN and directly related to the severity of the neonatal condition. The recovery of the "Catch-up" growth with increase of the speed of growth, occurs after a period of slow or absent growth, allowing to recover the previous deficiency. LM has protective factors against gastroenteritis and induction of response against respiratory tract pathologies. **Conclusion:** It is suggested in this study that breastfeeding is an important protective factor for infectious diseases in the second semester of life of preterm newborns, contributing to lower rates of frequent infections, and thus preventing the need for rehospitalization after neonatal discharge. Regardless of the type of breastfeeding, the infants obtained adequate growth curve before completing the first year of life.

Keywords: Neonatology, Breastfeeding, Length of stay, Infant Development.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

AIG	Adequado Para a Idade Gestacional
AMLD	AleitamentoMaternoLivre Demanda
FLPT	Formula LcteaPr-Termo
GIG	Grande para a idade gestacional
IGc	Idade Gestacional Corrigida
LHOC	Leite Humano Ordenhado Cru
LHOP	LeiteHumano Ordenhado Pasteurizado
LM	Leite Materno
OMS	Organizao Mundial da Saúde
PIG	Pequeno Para a Idade Gestacional
RNBP	Recém-Nascidos BaixoPeso
RNPT	Recém-Nascidos Prematuros
RN	Recém-Nascido
SISVAN	Sistema de Vigilância de Alimentaoe Nutrio
TCLE	Termode ConsentimentoLivreeEsclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	09
2.	OBJETIVOS	12
3.	MÉTODO	13
3.1	DesenhodePesquisa.....	13
3.2	LocaldaPesquisa.....	13
3.3	Causuística.....	13
3.4	Instrumento dePesquisa.....	14
3.5	Aspectos Éticos.....	15
3.6	Coleta dedados.....	15
3.7	Análiseestatísticadosdados.....	16
3.8	Risco.....	16
3.9	Benefícios.....	16
3.10	Desfechos Primários	16
3.11	Desfechos Secundários	17
4.	RESULTADOS	18
5.	DISCUSSÃO	31
6.	CONCLUSÃO	37
7.	REFERÊNCIAS	38
8.	ANEXOSEAPÊNDICES	44

1. INTRODUÇÃO

O leite materno (LM) é o primeiro alimento do recém-nascido (RN), sendo de grande importância para o seu desenvolvimento na fase inicial da vida para se adequar totalmente às suas necessidades, sendo capaz de nutrir de modo adequado, as crianças nos primeiros seis meses de vida¹. Estudos têm relacionado os níveis de antioxidantes presentes no leite materno, como fator de proteção contra o estresse oxidativo causado por injúrias, levando a menor risco de desenvolvimento de enterocolite necrosante, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular e retinopatia da prematuridade².

Além dos benefícios nutricionais, nos recém-nascidos prematuros (RNPT) o LM tem importante função imunológica e de maturação gastrointestinal, proporcionando menor incidência de infecções e morbidades perinatais, contribuindo diretamente para um menor tempo de internação³⁻⁷.

Os RNs nascem com uma janela imunológica e a partir da amamentação recebem as imunoglobulinas que ao atingirem as correntes sanguíneas tornam-se maduras e competentes para proteção e estimulação do sistema imune do RN. O leite materno contém as imunoglobulinas, IgA, IgM, IgD, IgE, IgG, com predominância da IgA de importante ação para formar uma barreira na mucosa intestinal do RN impedindo assim a translocação de microrganismos patógenos. O leite humano também contém células vivas como os linfócitos T_H1, monócitos, macrófagos, neutrófilos e células epiteliais, sendo os linfócitos T de memória os principais estimuladores para maturação do sistema imunológico dos RNs e lactentes⁸. Para além disso os fatores imunológicos do leite materno são capazes de reforçar a eficácia das vacinas recebidas na primeira infância⁹.

Estudos vêm mostrando fortes evidências que o incentivo ao aleitamento materno e o acompanhamento ambulatorial de qualidade após a alta mostram-se importantes para a prevenção das reinternações dos Recém-nascidos baixo peso (RNMBP), assim como o aleitamento materno exclusivo em comparação com a ausência de aleitamento, protege contra diversas patologias originárias de infecções, diminuindo principalmente as intercorrências por diarreias e infecções do trato respiratório¹⁰.

OLM proporciona melhor desenvolvimento da cavidade bucal e coordenação da sucção/deglutição. Para além disso, a amamentação está relacionada a um maior vínculo materno e melhor desenvolvimento cognitivo em crianças amamentadas no peito^{11,12}. Por fim, o LM também possui os benefícios econômicos, pois evita gastos adicionais com compras de mamadeiras, fórmulas lácteas e não há desperdícios¹².

O período de crescimento intrauterino é o período de maior velocidade de crescimento, sendo importante para o desenvolvimento e saúde do ser humano por ser o momento de maiores riscos de agressão externos, mais graves e com repercussões mais generalizadas. O peso ao nascer é o indicador que melhor retrata o que ocorre durante a fase fetal. Embora todo bebê com peso abaixo de 2,500g necessite de atenção especial, os bebês prematuros que apresentam o peso adequado para a idade gestacional (AIG) apresentam um melhor prognóstico em relação ao crescimento pós-natal compensatório do que aqueles que apresentam restrição de crescimento intrauterino, classificados como pequenos para a idade gestacional (PIG).¹³

Sabe-se da importância de acompanhar os parâmetros de crescimento em crianças baixopeso e prematuras para garantir adequação calórica e bom crescimento pós-natal. Entretanto, devido aos mecanismos de programação metabólica, crianças com baixopeso ao nascer tendem a apresentar um rápido ganho de peso (*catch-up*) ainda no período neonatal^{14,15}, com forte relação com a obesidade futura e suas comorbidades associadas a longo prazo¹⁶⁻¹⁷. Outro fator que pode influenciar o rápido ganho de peso é a terapia nutricional no período neonatal¹⁸. Pois na unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, existe uma tendência em aumentar o valor energético da dieta enteral a fim de propiciar rápido recuperação do peso. Estudos vêm relacionando a amamentação artificial ou complementar, assim como a quantidade oferecida para os recém-nascidos com baixopeso ao nascer a um importante fator determinante do ganho de peso e por conseguinte maior risco de obesidade futura,¹⁹ enquanto o aleitamento materno exclusivo por seis meses ou mais tem relação à ausência de excesso de peso,²⁰ podendo ser considerado fator de proteção contra a obesidade infantil.

São diversos os fatores que levam a uma amamentação precoce, levando a prevalência de aleitamento materno exclusivo no Brasil abaixo das recomendações preconizadas pela Organização Mundial de Saúde.

De acordo com a II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, a prevalência de aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida é de apenas 41% ²¹, podendo ser ainda menor em RNs que permaneceram internados em UTI Neonatal.

A prematuridade pode ser um dos principais obstáculos para o aleitamento materno exclusivo. Estudos mostram que quanto maior a idade gestacional corrigida (IGc) e quanto mais dias de vida os prematuros têm, melhores são as condições para amamentação. Além das questões biológicas associadas a prematuridade, a insegurança das mães frente à amamentação de um RN prematuro, assim como os sentimentos que podem estar envolvidos com a vivência dentro da unidade de terapia intensiva neonatal, podem retardar o início da lactação e prejudicar a sua continuidade até o sexto mês de vida. Devido às questões ligadas a prematuridade, esses RN precisam ser acompanhados por uma equipe multiprofissional, com o objetivo de estimular o aleitamento materno ^{22,23}.

A partir do exposto, vários estudos vêm mostrando a importância de começar a estimular o aleitamento materno, mesmo nos RNs prematuros, a fim de contribuir para a diminuição da mortalidade infantil no Brasil, além de proporcionar um crescimento saudável neonatal e futura. ¹¹

A partir da observação da realidade e tendo em vista a importância da alimentação do RN prematuro e baixo peso, esse estudo tem como objetivo observar o crescimento e estado de nutrição, além de investigar a relação entre o tipo de leite oferecido para estes em UTI neonatal, com o tempo de internação e a prevalência de doenças infecciosas até os seis meses de vida. Faz-se, portanto, relevante a investigação a fim de incentivar o aleitamento materno de RNs de alto risco, pois os leites maternos contêm anticorpos necessários para promover melhor desenvolvimento imunológico protegendo-o contra doenças, além de garantir adequação nutricional contribuindo assim para

a redução da mortalidade infantil subsidiando o direcionamento da assistência prestada a estes bebês e suas famílias^{10,24}.

2. OBJETIVO

Objetivou-se com esse estudo observar a alimentação e nutrição de RNPT e BP em UTI neonatal e aos seis meses de vida, verificar se houve continuidade do aleitamento materno e a possível relação com a necessidade de reinternação pós alta e a presença de intercorrências infecciosas.

3. MÉTODO

3.1 Desenho

Trata-se de um estudo epidemiológico observacional transversal sobre a nutrição do RNBP durante a internação. Quanto à direcionalidade, o estudo foi retrospectivo pela avaliação dos dados progressos registrados em prontuário.

3.2 Local da Pesquisa

O estudo foi realizado no ambulatório que atende os recém-nascidos que permaneceram internados na UTI neonatal do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha – “Dr. Mariode Moraes Altenfelder Silva” localizado na região norte da cidade de São Paulo.

3.3 Casuística

Foram estudadas crianças de seis meses, até os dez meses e vinte e nove dias atendidas em consulta da pediatria compartilhada com nutricionista no ambulatório de RN de risco do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha – “Dr. Mariode Moraes Altenfelder Silva”. A amostra foi composta por 25 crianças que se encaixaram nos critérios de inclusão e exclusão do estudo.

3.3.1 Critérios de Inclusão

Crianças, de ambos os sexos, com seis meses de idade cronológica, que nasceram com peso menor que 2500g e maior que 1000gr, no Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha – “Dr. Mariode Moraes Altenfelder Silva” que precisaram ficar internados na UTI neonatal

deste hospital que após a alta foram acompanhadas ambulatoriamente em consulta compartilhada com nutricionista.

3.3.2 Critérios de Exclusão

Foram excluídos da pesquisa as crianças que não se enquadraram nos critérios anteriores, filhos de mães estrangeiras, crianças que apresentavam má formação e/ou infecções congênitas, síndromes, que não apresentaram a caderneta de vacinação atualizada segundo o calendário de vacinação do ministério da saúde, que receberam a vacina palivizumabe que faz a imunização contra o Vírus Sincicial Respiratório, que tenham recebido o diagnóstico de bronco displasia no período de internação ou que perderam o segmento ambulatorial.

3.4 Instrumentos de Pesquisa

3.4.1 Avaliação hodierna

No ambulatório, aos seis meses de idade cronológica, foi realizada uma avaliação antropométrica coletando os dados do peso, comprimento e perímetro cefálico e analisados e classificados como adequado para idade, pequeno para idade e grande para idade, a partir da curva de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS)²⁵ (ANEXO I a VI) de acordo com idade corrigida, onde ajusta-se a idade atual ao grau de prematuridade.

Os dados antropométricos foram coletados conforme as orientações do sistema de vigilância de alimentação e nutrição (SISVAN) do ministério da saúde²⁶.

A partir de um questionário elaborado especificamente para este estudo (APÊNDICE A), foi entrevistado o responsável pela criança, onde foram coletados dados de alimentação, amamentação e informações quanto a infecções virais e/ou bacterianas referidas ou registradas em prontuários até o presente momento, assim como a necessidade de reinternação após a alta hospitalar.

3.4.2 Dados Pregressos

A partir dos prontuários foram coletados dados do período de internação e ambulatorial até o momento da avaliação atual. Os dados pregressos foram obtidos a

partir de consulta ao prontuário. Esses dados foram utilizados exclusivamente para os propósitos da pesquisa e os aspectos éticos estão respeitados por meio do Termo de Compromisso e Confiabilidade (APÊNDICE B).

Foi considerado como presença de aleitamento materno livre demanda (AMLD) quando o RN conseguiu nutrir-se com o leite do seio materno, não apresentando necessidade de complementar a mamada com outro leite.

O tempo de internação será quantificado em dias desde o nascimento até o dia de alta do RN, e foram consideradas como intercorrências infecciosas quando apresentarem infecções virais e/ou bacterianas, diagnosticadas por médico pediatra ou neonatologista e devidamente registradas no prontuário.

A evolução do peso foi analisada até o que corresponde às 50 semanas gestacionais, a partir da curva específica para prematuros descrita por Fenton¹⁴. (ANEXO VII e VIII) e de acordo com o sexo do paciente. Foram coletados os dados em quatro momentos: no nascimento, quando completarão 39 semanas gestacionais pois foi considerado como RN termo, no momento da alta hospitalar e como que corresponderia às 50 semanas gestacionais em conformidade com a curva de Fenton¹⁴. O desenvolvimento da criança foi analisado aos 6 meses de idade cronológica de acordo com a curva de OMS considerando-se a idade corrigida de acordo com o grau de prematuridade.²⁷

3.5 Aspectos Éticos da Pesquisa

Após apreciação e autorização por parte dos representantes ou responsáveis da instituição participante, uma vez que a instituição proponente é a Universidade de Santo Amaro, o projeto foi submetido na Plataforma Brasil, em cumprimento aos preceitos éticos envolvendo a pesquisa. Foi encaminhado à instituição participante um Termo de Responsabilidade de Uso da Informação contida nos prontuários (APÊNDICE B) e para a participação da pesquisa foi entregue aos responsáveis pelos pacientes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE C)

Os dados da pesquisa foram utilizados apenas para os propósitos da pesquisa em respeito às normas de pesquisa da Resolução 466/2012²⁸. E a coleta de dados foi iniciada somente após a aprovação e parecer emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número de protocolo 23/2016.

3.6 Procedimentos de Coleta de Dados

Todos os dados foram coletados a partir de uma avaliação na consultade seis meses do RN, entrevista com os responsáveis e a partir dos dados dos prontuários dos pacientes participantes da pesquisa, de acordo com período de internação e consultas ambulatoriais. Os indivíduos foram recrutados a partir de informações de peso de nascimento que constava no prontuário.

A coleta de dados aconteceu período de Maio a Agosto de 2016. A amostra foi por conveniência, recrutados a partir do ambulatório os RNs a partir de 6 meses de idade cronológica que passaram em consulta compartilhada com nutricionista. Após o consentimento do sujeito da pesquisa, foi feita uma avaliação pontual no momento da consulta e foram coletados os dados dos prontuários.

3.7 Análise Estatística dos Dados

A extração de dados foi feita manualmente e os dados condicionados em uma planilha do MS® Excel, sendo os dados armazenados em banco de dados a ser desenvolvido para esse fim e analisados por métodos estáticos. – vou falar com o prof Neil na terça para escrever isso.....

3.8 Riscos

Considerando o Instrumento de Coleta de Dados e o objetivo do estudo, os riscos para com a manipulação dos dados coletados são mínimos, frisando que os mesmos foram usados única e exclusivamente para os fins da pesquisa e o questionário foi realizado individualmente em local reservado para evitar possíveis incômodos e garantir o sigilo das informações.

3.9 Benefícios

Não há benefício direto para a instituição à qual os prontuários estão sob responsabilidade. As informações obtidas ao final do estudo foram disponibilizadas à instituição junto ao Centro de Estudos e Pesquisa.

O sujeito da pesquisa foi beneficiado com orientações nutricionais para contribuir para o melhor desenvolvimento do paciente, assim como o conhecimento do diagnóstico nutricional feito a partir da curva de crescimento aplicada no ambulatório.

3.10 Desfechos primários

Identificar o estado de nutrição e crescimento de lactentes que nasceram com muito baixo peso e ficaram internados na UTI neonatal desta instituição, assim como se há relação entre o tipo de leite oferecido e a manutenção do aleitamento materno com a presença de patologias infecciosas e a necessidade de reinternação após a alta neonatal.

3.11 Desfechos secundários

Incentivar o aleitamento materno de RN's de alto risco nascidos no Hospital Municipal Maternidade Escolade Vila Nova Cachoeirinha – “Dr. Mariode Moraes Altenfelder Silva”, contribuindo assim para a redução da mortalidade infantil subsidiando o direcionamento da assistência prestada a estes bebês e suas famílias.

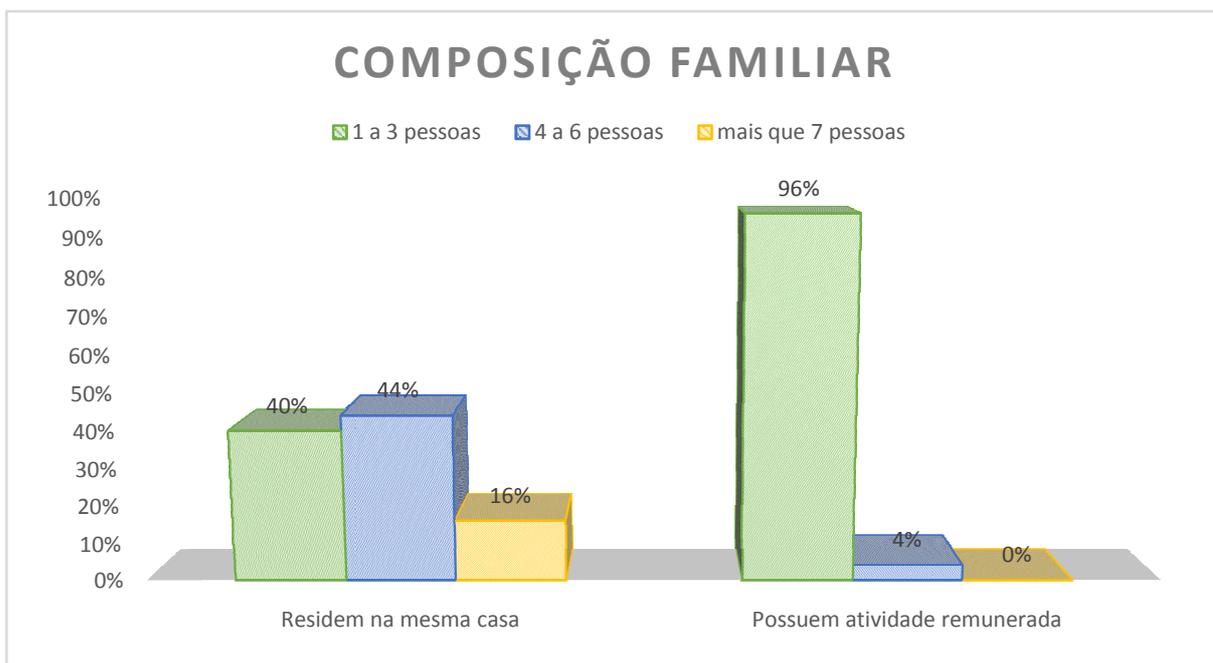
4. RESULTADOS

Considerando os critérios de inclusão e exclusão, entram no estudo um total de 25 crianças prematuras que nasceram com menos de 2500 gramas, onde 9 eram do sexo feminino e 16 do sexo masculino.

Os resultados mostraram que a média de peso ao nascer no sexo feminino era de 1663 gramas e no momento da consulta a média de peso era de 7100 gramas. No sexo masculino a média de peso ao nascer era 1734 gramas e no momento da consulta era de 7484 gramas.

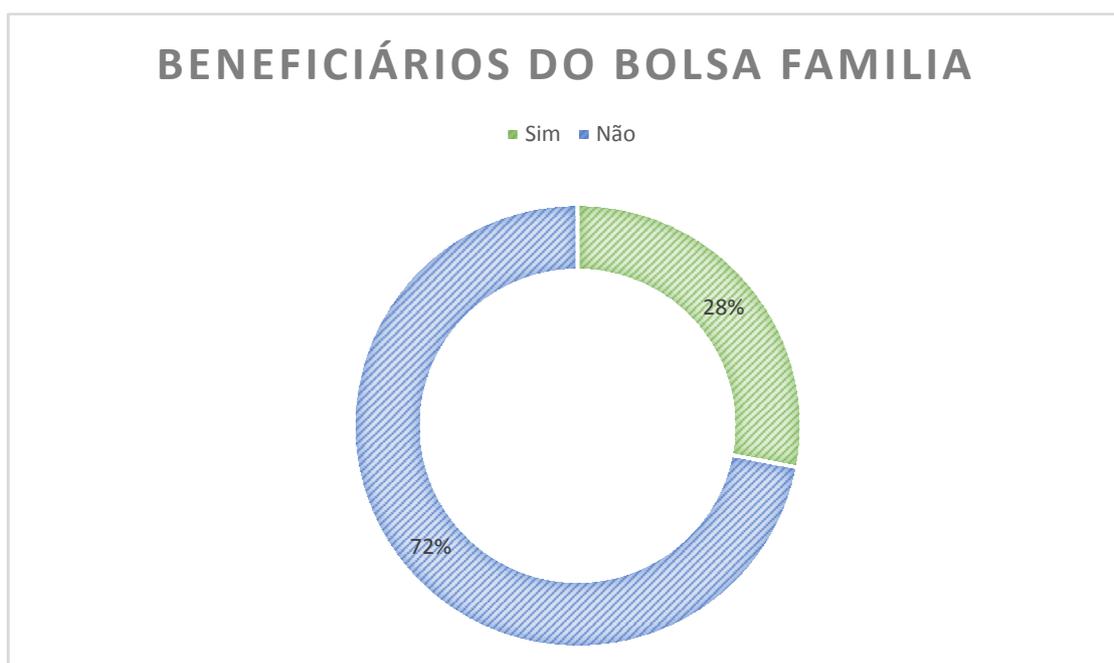
Tabela 1 – Proporção de ganho de peso					
Meninas			Meninos		
Nasce r	Após consulta	Δ	Nascer	Após consulta	Δ
1925	8605	4,47	2050	8574	4,18
1930	7460	3,87	1705	6421	3,77
1605	5975	3,72	1400	8310	5,94
2050	6600	3,22	1695	6575	3,88
1905	6160	3,23	1770	5600	3,16
1215	7600	6,26	2275	8560	3,76
1255	6650	5,3	1940	7900	4,07
1220	7910	6,48	1170	7180	6,14
1865	6940	3,72	1410	6510	4,62
			1960	9835	5,02
			1545	6440	4,17
			2070	8170	3,95
			1920	6835	3,56
			2210	8645	3,91
			1370	7460	5,45
			1265	6740	5,33
Mi		3,87			4,12
\bar{x}		4,47			4,43
Teste de Mann Whitney Z= 0,45 (P= 0,6506)					

Quando comparado o peso ao nascer em relação ao peso após a consulta, meninas e meninos não diferiram significativamente entre si.



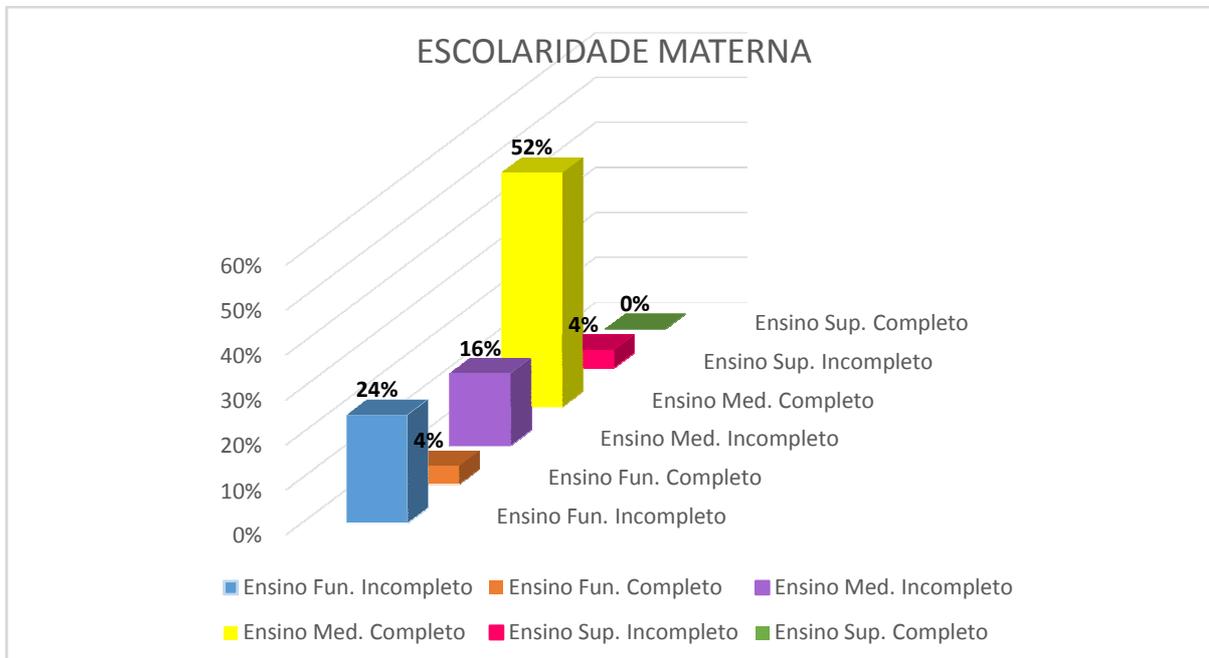
O gráfico 1 mostra que 44% das famílias dos lactentes estudados são compostas de 4 a 6 pessoas, 40% se compõem de 1 a 3 pessoas e 16% das famílias em questão contém 7 ou mais membros familiares. No que se refere a aquisição de renda, 96% das famílias de lactentes 1 a 3 pessoas exercem atividade remunerada e apenas 4% tem de 4 a 6 pessoas exercendo atividade remunerada.

Gráfico 2 – Porcentagem de beneficiários do Bolsa Família



Como exposto no gráfico 2, das familiar estudadas apenas 28% recebem o benefício do bolsa família.

Gráfico 3 – Nível de escolaridade entre as mães dos lactentes estudados.



Podemos observar que 52% das mães dos lactentes estudados tinham o ensino médio completo, 24% não concluíram o ensino fundamental, 16% não concluíram o ensino médio e apenas 4% tinham o ensino superior incompleto.

Tabela 2 - Peso ao nascer em relação ao peso da Alta

Ao nascer	Alta		Total
	Baixo	Adequado	
Baixo	5	0	5
Adequado	12	8	20
Total	17	8	25

Teste de Mc Nemar (P= 0,0005)

Proporção de concordância: $5+8/25= 0,5200 \times 100 = 52\%$

Proporção de discordância: $0+12/25 = 0,48 \times 100 = 48\%$

- Proporção de baixo peso ao nascer e adequado na alta (melhorados): $0/25= 0\%$

- Proporção de adequados ao nascer e baixo peso na alta (piorados): $12/25 = 0,48 \times 100 = 48\%$

Ao comparar as crianças em relação ao estado nutricional do peso de cada criança no nascimento e por ocasião da alta, o teste de Mc Nemar mostrou discordância significativa entre os dois períodos evidenciando que a porcentagem de piorados (48,0%) foi significativamente maior do que os melhorados (0,0%).

Tabela 3 – Perímetro cefálico ao nascer em relação a alta			
Ao nascer	Alta		Total
	Adequado	Baixo	
Adequado	22	1	23
Baixo	0	1	1
Total	22	2	24

Teste de Mc Nemar (P= 1,0000)

Proporção de concordância: $22+1/24 = 0,95 \times 100 = 95,8\%$

Proporção de discordância: $1+0/24 = 0,042 \times 100 = 4,2\%$

- Proporção de baixo perímetro cefálico ao nascer e adequado na alta (melhorados): $0/24 = 0\%$
- Proporção de adequados ao nascer e baixo perímetro cefálico na alta (piorados): $1/24 = 0,042 \times 100 = 4,2\%$

Ao comparar as crianças em relação ao estado nutricional do crescimento do perímetro cefálico de cada criança no nascimento e por ocasião da alta, o teste de Mc Nemar não mostrou discordância significativa entre os dois períodos.

Tabela 4 – Comprimento ao nascer em relação ao comprimento da Alta			
Ao nascer	Alta		Total
	Adequado	Baixo	
Adequado	11	9	20
Baixo	0	5	5
Total	11	14	25

Teste de Mc Nemar (P= 0,0039)

Proporção de concordância: $11+5/25 = 0,640 \times 100 = 64,0\%$

Proporção de discordância: $0+9/25 = 0,360 \times 100 = 36,0\%$

- Proporção de baixo comprimento ao nascer e adequado na alta (melhorados): $0/25 = 0,0\%$
- Proporção de adequados ao nascer e baixo comprimento na alta (piorados): $9/25 = 0,360 \times 100 = 36,0\%$

Ao comparar as crianças em relação ao estado nutricional do comprimento de cada criança no nascimento e por ocasião da alta, o teste de Mc Nemar mostrou discordância significativa entre os dois períodos evidenciando que a porcentagem de piorados (36,0%) foi significativamente maior do que os melhorados (0,0%).

Tabela 5 – Peso na alta em relação ao peso na consulta			
Alta	Consulta		Total
	Adequado	Baixo	
Adequado	8	0	8
Baixo	13	4	17
Total	21	4	25

Teste de Mc Nemar (P=0,0002)

Proporção de concordância: $8+4/25 = 0,48 \times 100 = 48\%$

Proporção de discordância: $13+0/25 = 0,52 \times 100 = 52\%$

- Proporção de baixo peso na alta e adequado na consulta (melhorados): $13/25 = 0,52 \times 100 = 52\%$
- Proporção de adequados na alta e baixo peso na consulta (piorados): $0/25 = 0\%$

Ao comparar as crianças em relação ao estado nutricional do peso de cada criança na alta e por ocasião da consulta após o primeiro trimestre de vida, o teste de Mc Nemar mostrou discordância significativa entre os dois períodos evidenciando que a porcentagem de melhorados (52,0%) foi significativamente maior do que os piorados (0,0%).

Tabela 6 – Comprimento da alta em relação ao comprimento na consulta

Alta	Consulta		Total
	Adequado	Baixo	
Adequado	10	1	11
Baixo	12	2	14
Total	22	3	25

Teste de Mc Nemar (P= 0,0034)

Proporção de concordância: $10+1/25 = 0,40 \times 100 = 40,0\%$

Proporção de discordância: $12+2/25 = 0,52 \times 100 = 52,0\%$

- Proporção de baixo comprimento na alta e adequado na consulta (melhorados): $12/25 = 0,48 \times 100 = 48,0\%$
- Proporção de comprimento adequados na alta e baixo na consulta (piorados): $1/25 = 0,04 \times 100 = 04,0\%$

Ao comparar as crianças em relação ao estado nutricional do comprimento de cada criança na alta e por ocasião da consulta, o teste de Mc Nemar mostrou discordância significativa entre os dois períodos evidenciando que a porcentagem de melhorados (48,0%) foi significativamente maior do que os piorados (04,0%).

Tabela 7 – Perímetro cefálico na alta em relação a consulta

Alta	Consulta		Total
	Adequado	Baixo	
Adequado	22	0	22
Baixo	2	0	2
Total	24	0	24

Teste de Mc Nemar (P= 0,5000)

Proporção de concordância: $22+0/24 = 0,917 \times 100 = 91,7\%$

Proporção de discordância: $2+0/24 = 0,083 \times 100 = 8,3\%$

- Proporção de baixo perímetro cefálico na alta e adequado na consulta (melhorados): $2/24 = 0,083 \times 100 = 8,3\%$
- Proporção de perímetro cefálico adequados na alta e baixo na consulta (piorados): $0/24 = 0,00 \times 100 = 0,0\%$

Ao comparar as crianças em relação ao estado nutricional do crescimento do perímetro cefálico de cada criança na alta e por ocasião do momento da consulta, o teste de Mc Nemar não mostrou discordância significativa entre os dois períodos.

Tabela 8 – SMLD na internação em relação ao AME após alta

Seio materno na internação	Amamentação materna exclusiva		Total
	Sim	Não	
Sim	15	3	18
Não	2	5	7
Total	17	8	25

Teste de Mc Nemar (P= 1,0000)

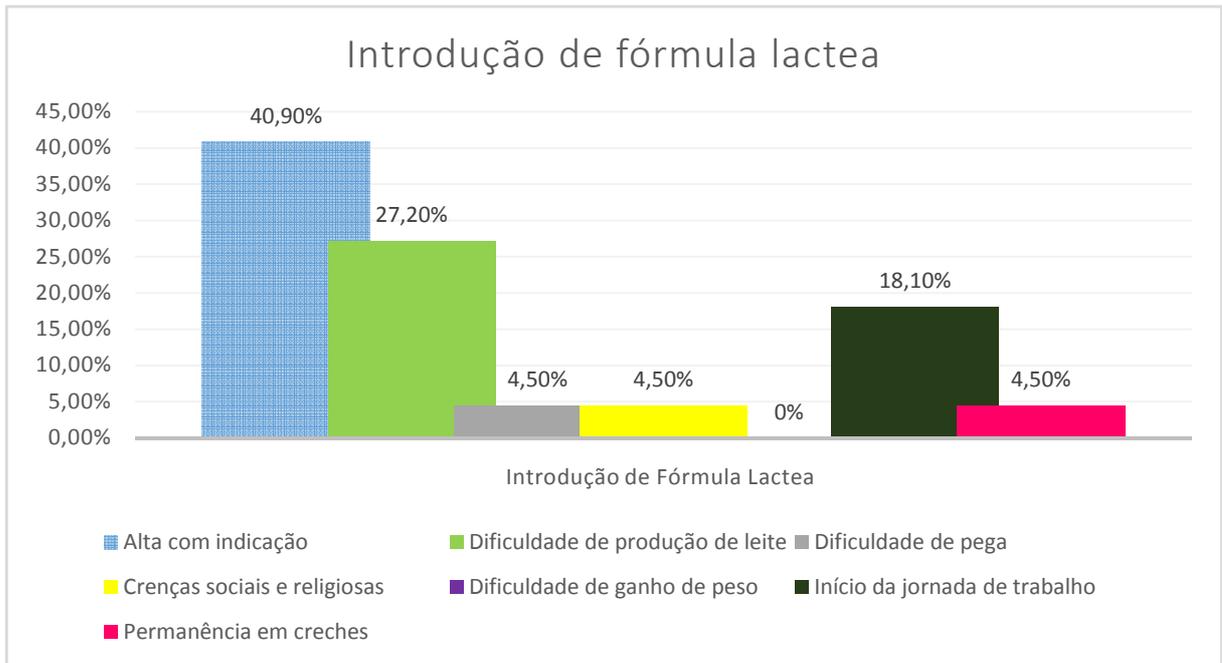
Proporção de concordância: $15+5/25 = 0,8 \times 100 = 80\%$

Proporção de discordância: $2+3/25 = 0,2 \times 100 = 20\%$

- Proporção de crianças que não amamentaram no seio materno na internação e amamentaram exclusivamente após a alta hospitalar (melhorados): $2/25 = 0,08 \times 100 = 8,0\%$
- Proporção de crianças que amamentaram no seio materno na internação e não mantiveram a amamentação no seio materno exclusivo após alta hospitalar (piorados): $3/25 = 0,12 \times 100 = 12\%$

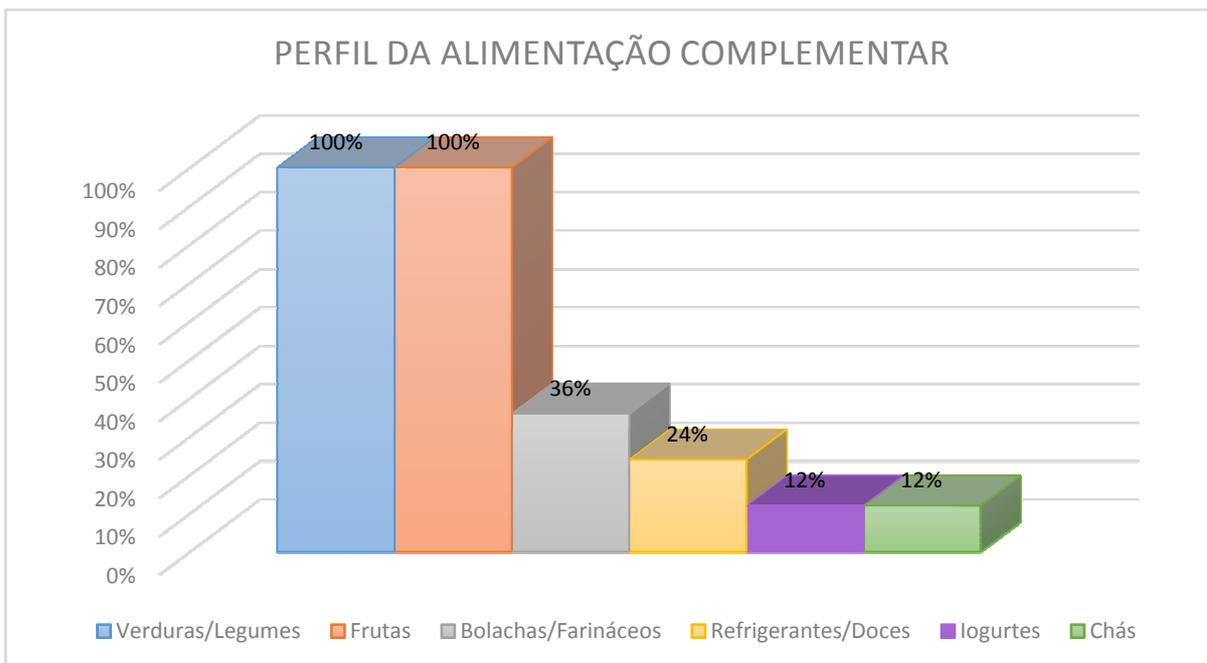
Ao comprar as crianças em relação a amamentação no período de internação e após a alta da UTI neonatal, o teste de Mc Nemar não mostrou discordância significativa entre os grupos de discordantes piorados (12%) e melhorados (8%).

Gráfico 4 – Motivos que levaram a introdução de formulas artificiais e a diminuição do aleitamento materno



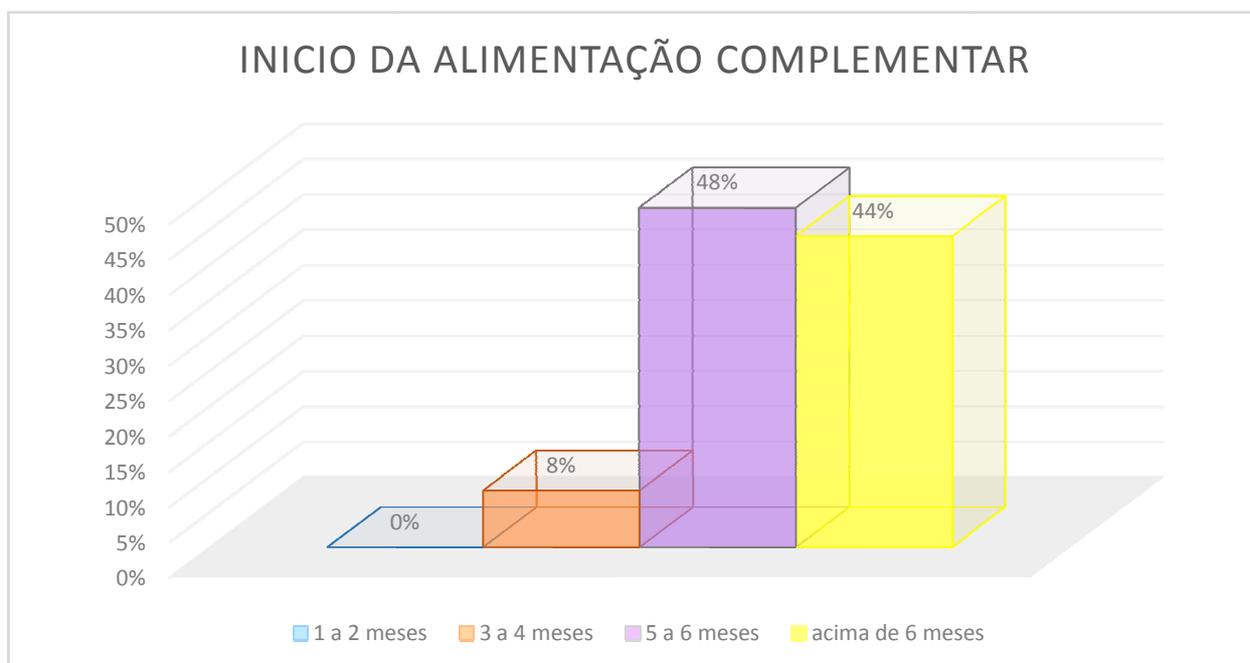
Durante o estudo, dos relatos que justificaram a introdução de outros leites diferente do leite materno, 40,9% referem que receberam indicação de formula láctea no momento da alta hospitalar. 18,1% justificaram a introdução de outros leites pelo início da jornada de trabalho materna e 4,5% relataram a introdução leite artificial na permanência da creche. Dentre as dificuldades no manejo da amamentação 27,2% relataram que introduziram fórmula láctea pela dificuldade de produção de leite materno, assim como 4,5% relaram dificuldade de pega e posicionamento para amamentação. E como fator religioso e crenças populares, 4,5% das mães introduziram leite diferente ao leite materno.

Gráfico 5 – Perfil da alimentação complementar entre os lactentes estudados



A partir do questionário observamos que todas as mães relataram o consumo de frutas, verduras e legumes pelos lactentes. Porém 36% (9) consumiam bolachas ou farináceos, 24% (6) consumiam refrigerantes ou doces, 12% (3) consumiram iogurtes ou petit suisse e 12% (3) consumiram chás.

Gráfico 6- Início da alimentação complementar



Observamos pelo Gráfico 6 que 48% (12) iniciaram a alimentação complementar entre 5 e 6 meses de vida, 44%(11) iniciaram a alimentação complementar após os 6 meses completos e 8% (2) iniciaram a alimentação complementar precocemente, entre os 3 e 4 meses de vida.

Tabela 9 – Patologias da internação em relação as patologias na alta			
Patologias da internação	Reinternação pós alta		Total
	Sim	Não	
Sim	3	6	9
Não	5	11	16
Total	8	17	25

Teste de Mc Nemar (P= 1,0000)

Proporção de concordância: $3+11/25= 0,56 \times 100 = 56,0\%$

Proporção de discordância: $5+6/25 = 0,44 \times 100 = 44,0\%$

- Proporção da presença de patologias na internação e a não necessidade de reinternação após alta (melhorados): $6/25= 0,24 \times 100= 24,0\%$
- Proporção da não presença de patologias na internação e a necessidade de reinternação após alta (piorados): $5/25= 0,20 \times 100 = 20,0\%$

Ao comparar as crianças em relação ao estado de saúde e a presença de patologias infecciosas na internação e a necessidade de reinternação após alta da UTI neonatal, o teste de Mc Nemar não mostrou discordância significativa entre os dois períodos. Sugerindo que a presença de patologias infecciosas no período de internação não foi um fator determinante para a necessidade de reinternação pós alta.

Tabela 10 – Patologias infecciosas após alta em relação a AME após alta			
Patologias após alta	Amamentação materna exclusiva		Total
	Sim	Não	
Sim	4	4	8

Não	13	4	17
Total	17	8	25

Teste de Mc Nemar (P= 0,0490)

Proporção de concordância: $4+4/25= 0,32 \times 100 = 32\%$

Proporção de discordância: $13+4/25= 0,68 \times 100 = 68\%$

- Proporção de crianças que tiveram patologias infecciosas após alta e não amamentaram exclusivamente no seio materno (piorados): $4/25= 0,16 \times 100 = 16\%$
- Proporção de crianças que não apresentaram patologias infecciosas após alta e amamentaram exclusivamente no seio materno (melhorados): $13/25= 0,52 \times 100 = 52\%$

Ao comparar as crianças em relação a presença de patologias após a alta hospitalar e a presença de aleitamento exclusivo em seio materno, o teste de Mc Nemar mostrou discordância significativa entre os grupos.

Tabela 11 – Patologias infecciosas após alta em relação a presença de amamentação artificial.

Patologias após alta	Introdução de Formulas Lácteas		Total
	Sim	Não	
Sim	13	0	13
Não	9	3	12
Total	22	3	25

Teste de Mc Nemar (P= 0,0039)

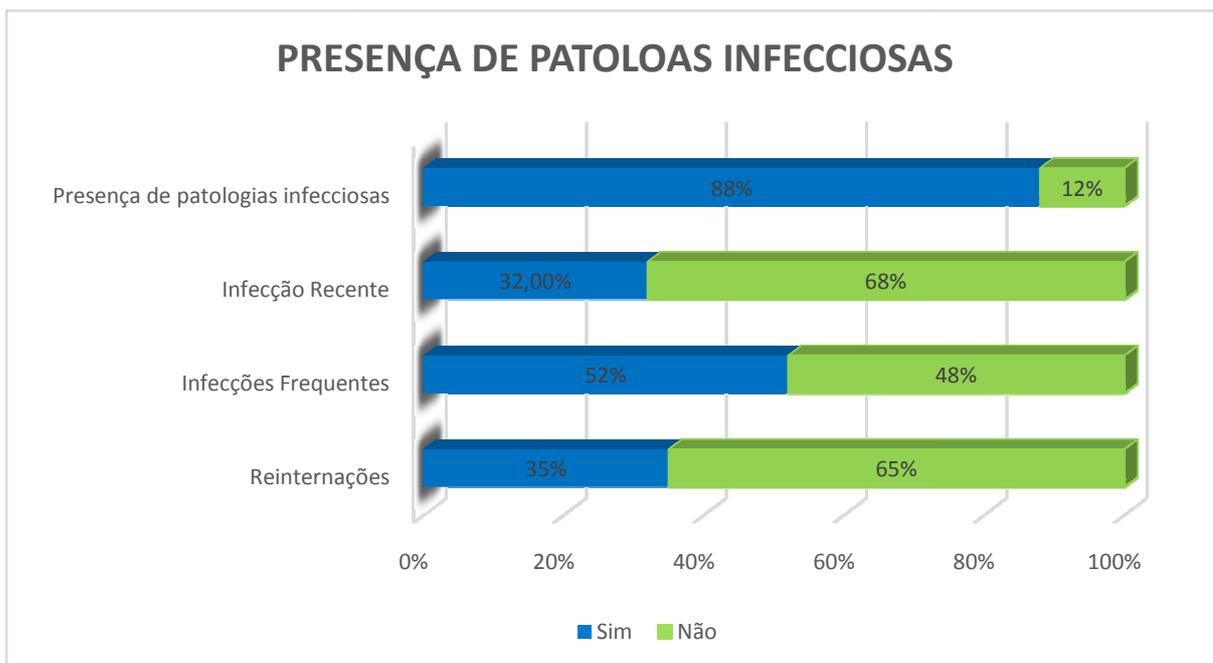
Proporção de concordância: $13+3/25 = 0,64 \times 100 = 64\%$

Proporção de discordância: $9+0/25= 0,36 \times 100 = 36\%$

- Proporção de crianças que tiveram patologias infecciosas após alta e estavam em aleitamento artificial (piorados): $13/25= 0,52 \times 100 = 52\%$
- Proporção de crianças que não apresentaram patologias infecciosas após alta e não estavam em aleitamento artificial (melhorados): $3/25= 0,12 \times 100 = 12\%$

Ao comparar as crianças em relação a presença de patologias após a alta hospitalar e a presença de aleitamento artificial, o teste de Mc Nemar mostrou concordância significativa entre os grupos onde o índice de patologias pós alta foi maior em RNs que estavam em aleitamento artificial.

Gráfico 7 – Presença e frequência de patologias infecciosas após alta neonatal



O gráfico 7 mostra que 88% dos lactentes estudados apresentaram alguma patologia infecciosa após a alta hospitalar, desses, 52% dos lactentes apresentaram intercorrências infecciosas mais de uma vez após a alta da Uti neonatal, 32% apresentaram doenças infecciosas em menos de um mês antes da consulta em que foi entrevistado e 35% precisaram de reinternação para tratamento adequado.

Tabela 12- Relação de inadequação dos fatores estudados.

Criança	Peso	Comprimento	PC	Patologias	Amamentação	Alimentação
1	0	1	1	0	0	0
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	0	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	0	1	0
6	0	1	0	1	1	1
7	1	0	1	1	1	0
8	1	1	1	0	1	0
9	1	1	1	1	0	0
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	0	0
12	0	1	0	1	1	1
13	0	0	0	1	1	1
14	1	1	1	0	1	0
15	0	1	1	0	0	0
16	1	1	1	0	0	0
17	1	1	1	1	1	1
18	0	1	1	0	1	0
19	1	1	1	1	0	0
20	0	0	0	0	0	0
21	1	1	1	1	1	1
22	0	1	0	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	0
25	0	0	0	0	0	0
Total	16	21	18	16	17	11
% de 1	64,0	84,0	72,0	64,0	68,0	4,0

G=20,39 (P=0,0011) NS

Alimentação < Amamentação, PC e Comprimento.

Dos fatores estudados, o que apresentou o maior fator de inadequação foi referente da alimentação.

5. DISCUSSÃO

O Hospital Escola Maternidade de Vila Nova Cachoeirinha abrange um importante território da Zona Norte de São Paulo, com uma população de cerca de 313,026 habitantes e densidade demográfica de 11,603 habitantes/km², atendendo diversas famílias que vivem em vulnerabilidade social e econômica apresentando analfabetismo em torno de 3,9% em 2015. A Zona Norte apresenta taxas de mortalidade infantil entre as maiores da cidade de São Paulo, onde 10,5 por mil nascidos vivos morrem antes de completar o primeiro ano de vida²⁹. Ao analisar a composição familiar em que os lactentes estudados estão inseridos podemos notar que nesse estudo os resultados corroboram com os dados apresentados anteriormente, mostrando que as famílias estudadas têm um baixo nível de escolaridade, assim como uma menor aquisição de renda familiar e um número relativamente alto de pessoas por família.

Assim que o RN nasce, ocorre um aumento do seu gasto energético para manter novas funções vitais fora do ambiente uterino em detrimento do gasto necessário para manter seu crescimento, ocorrendo assim perda de peso que se assemelha ao RN termo sadio, mas que apresenta intensidade e duração inversamente relacionada à IG e ao PN e diretamente relacionada à gravidade do quadro neonatal.^{30,31,32}

Observa-se nesse estudo que ao comparar as crianças em relação ao peso no nascimento e por ocasião da alta, a porcentagem de RN que apresentaram piora na curva de crescimento no período de internação foi estatisticamente maior, correspondendo a 48% dos RN's estudados, como exposto na Tabela 2. Estudo realizado em maternidades públicas do Belo Horizonte, que avaliaram o crescimento de RNPT nas primeiras semanas de vida, observaram que a partir das curvas de crescimento houve clara perda de peso na primeira semana de vida, sendo mais acentuada quanto menor o peso de nascimento, e que após um período de estabilização obtiveram aumento do ganho de peso, mas não necessariamente adequação da curva de crescimento.³³

No que se refere ao comprimento, observamos que 36% das crianças estudadas apresentaram uma diferença significativa de piora na curva de crescimento de acordo com a idade gestacional correspondente ao tempo de internação. Estudo que avaliou RNPT em maternidades públicas do Belo Horizonte,

obteve resultado diferente, onde as curvas de crescimento do comprimento foram pouco afetadas em função das menores idades gestacionais.³³

Observa-se nesse estudo que não houve diferença estatística entre os RN com piora na curva de crescimento do perímetro cefálico em relação aos que se mantiveram adequados. Os resultados corroboram com estudos semelhantes onde a curva de crescimento do perímetro cefálico manteve-se adequado, mesmo com diminuição significativa na curva de crescimento de peso.^{33,34}

Um organismo que passa por importante estado catabólico em um momento crítico para seu desenvolvimento, tende proteger o crescimento e desenvolvimento dos tecidos do sistema nervoso central em detrimento de outros tecidos, sendo o último parâmetro antropométrico a demonstrar inadequação na curva de crescimento, desta forma a medição do perímetro cefálico e o acompanhamento do crescimento deste, constituem os métodos mais simples, baratos, rápidos e disponíveis que contribuem para avaliar o desenvolvimento do sistema nervoso central e reconhecer recém-nascidos em risco de alterações futuras do neurodesenvolvimento.³⁵

Estudo que avaliou o crescimento alométrico de 95 RNPT internados na UTI Neonatal em Niterói, demonstrou um importante crescimento alométrico negativo em relação as medidas antropométricas, o que indica que a prematuridade envolve questões que retardam o crescimento desses recém-nascidos.³⁴ O período de maior crescimento somático e de depósitos de nutrientes, como glicogênio, proteínas, gorduras, vitaminas, microelementos e minerais ocorre no último trimestre de gestação, motivo pelo qual, prematuros internados em UTI neonatal podem apresentar, nas primeiras semanas de vida, deficiência cumulativa de proteína e de energia, havendo comprometimento em seu desenvolvimento.³⁶ Além disso podemos pensar que a massa corporal é influenciada pela oferta de aporte energético, contudo é possível haver perda de massa corpórea devido ao desvio de energia para manutenção da sobrevivência fora do ambiente uterino, ou seja, quanto maior a gravidade do quadro neonatal do RNPT, maior a perda de peso e menor será o crescimento e desenvolvimento do comprimento e perímetro cefálico.³⁷

Podemos observar que em relação ao peso, após a alta hospitalar o índice de RNs que melhoraram a sua adequação na curva de crescimento (52%) foi estatisticamente maior aos piorados (0%). Em relação ao estado nutricional do comprimento os resultados mostraram discordância significativa evidenciando que a

porcentagem de melhorados (48,0%) foi significativamente maior do que os piorados (04,0%), porém em relação ao perímetro cefálico não houve diferença estatística, pois os RNs mantiveram-se adequados na curva de crescimento no período de internação e após a alta neonatal.

Observa-se nesse estudo que os resultados estão em concordância com um estudo de coorte que avaliou o crescimento de 81 prematuros até os dois anos de idade mostrou que o peso diminuiu significativamente entre o nascimento e as 40 semanas de IGC, depois os lactentes apresentaram um pico de ganho de peso e crescimento do comprimento e perímetro cefálico até os 3 meses e até os 24 meses de idade apresentaram adequação das curvas de crescimento.³⁸

Esperava-se essa adequação na curva de crescimento na consulta realizada após os seis meses de vida, isso porque sabe-se que a recuperação do crescimento, também conhecido como o *Catch-up*, que caracteriza-se pela taxa de crescimento mais rápida que o esperado para RNs a termo, ou seja, velocidade acelerada de crescimento, ocorra após um período de crescimento lento ou ausente, permitindo recuperar a deficiência prévia. No caso de prematuros que é comum apresentarem peso, comprimento e perímetro cefálico abaixo do percentil mínimo de normalidade nas curvas de crescimento pós-natal, a ocorrência de *catch-up* propicia que estes consigam, nos primeiros anos de vida, equiparar seu crescimento ao das crianças saudáveis nascidas de termo.³⁹

Podemos observar que a maioria das crianças que mantiveram o aleitamento materno após alta, amamentaram no seio materno livre demanda no período de internação, desta forma podemos considerar que o incentivo ao aleitamento materno no período de internação é um importante fator para a manutenção do aleitamento materno após alta hospitalar.

Apesar de todos os lactentes avaliados terem amamentado no seio materno no período de internação, assim como, todas as mães receberam orientação de amamentação, observamos que 32% não receberam leite materno em nenhum momento após a alta hospitalar. Estudo que avaliou a frequência de aleitamento materno exclusivo de prematuros no momento da alta hospitalar em hospital Hospital Universitário de Ribeirão Preto, apresentou resultados próximos aos nossos, onde 23,28% das crianças não estavam em AME no momento logo após a alta hospitalar, dados atribuídos ao baixo peso de nascimento, ao tempo de internação e a complexidade de saúde dos prematuros estudados.⁴⁰

A partir das entrevistas, pudemos observar que 40,9% dos RNs estudados, a indicação de fórmulas no momento da alta hospitalar, mesmo quando o RN estava em aleitamento materno livre demanda, aparece como o principal fator de estímulo a introdução de leite artificial e diminuição da frequência de aleitamento materno após a alta. A dificuldade na produção do leite materno correspondeu a 27,2% e o início da jornada materna de trabalho com 18,1% dos casos relatados.

Na literatura observamos como uma das principais causas para a introdução da mamadeira ou para a interrupção do AM em RN termo ou prematuro, a impressão da mãe de dificuldade de produção de leite e o pensamento de que o leite materno não seria suficiente para alimentar o lactente.⁴⁰ Porém, com resultados diferentes ao desta pesquisa, outro estudo que avaliou os dados sobre a amamentação de 113 desde o nascimento até 15 dias a alta hospitalar em maternidade pública de Goiás, apontou como o maior fator do desmame precoce após alta neonatal os problemas relacionados com as mamas e produção adequada de leite.⁴¹

Atualmente, alguns estudos vêm apontando com importante fator de risco para a interrupção do AME, o início da jornada de trabalho materno, isso porque no Brasil o tempo da licença maternidade para pessoas que tem atividade remunerada por contrato CLT é menor que o tempo recomendado de aleitamento materno exclusivo, dificultando assim a manutenção do mesmo.⁴² Assim como, as creches que recebem essas crianças não possuem local e estrutura adequada para o aleitamento materno, contribuindo para a descontinuidade do mesmo.

Muito embora os últimos estudos nacionais apontem uma tendência à redução na prevalência da desnutrição energético-proteica no País, seus resultados indicam que a má nutrição vem se concentrando entre as crianças de 6 a 18 meses de idade, evidenciando a importância da alimentação para saúde e para o estado nutricional dessas crianças. O Brasil convive os dois extremos da má nutrição em crianças pequenas, onde existe a desnutrição energético-proteica e a obesidade.⁴³

A OMS recomenda que os alimentos complementares sejam oferecidos a partir dos seis meses de idade, porém é comum a introdução precoce de alimentos diferentes do leite materno.⁴³ Em entrevista, nossos resultados mostraram que apenas 8% das crianças receberam inadequadamente alimentos diferentes ao recomendado antes dos 6 meses de vida. Porém um estudo que analisou as práticas alimentares de 362 crianças menores de seis meses na região de Goiânia, mostrou que 95,3% receberam precocemente alimentos diferentes ao leite materno, como

água, sucos, frutas e papas salgadas. Sendo comum o início da introdução de alimentos ainda no primeiro mês de vida.⁴⁴

Segundo o Guia alimentar para crianças menor de dois anos do ministério da saúde, não se deve oferecer açúcar, cafés, enlatados, refrigerantes assim como outros alimentos hiperindustrializados e de baixo valor nutricional, afim de evitar deficiência de nutrientes importantes para o desenvolvimento dessas crianças, o ganho de peso excessivo e morbidades futuras resultantes de uma má nutrição.⁴³ Apesar de todas as mães terem relato o consumo regular de frutas, verduras e legumes pelos lactentes, observamos com nossos resultados que 36% consumiam bolachas ou farináceos, 24% consumiam refrigerantes ou doces, 12% consumiram iogurtes ou petit suisse e 12% consumiam chás antes de completar o primeiro ano de vida contribuindo para a construção de um habito alimentar inadequado. Os nossos resultados corroboram com um estudo que analisou a situação alimentar de crianças até 12 meses, mostrou que das 360 crianças estudadas 23,8% consumiam alimentos fontes de açúcar, 34,7% consumiam sucos industrializados e 17,8% refrigerantes mostrando uma forte inadequação da alimentar apesar de os resultados também mostrarem que na ocasião os indicadores de alimentação complementar saudável se aproximam da meta do Ministério da Saúde.⁴⁵

De todos os fatores de inadequação que obtivemos nos resultados, a alimentação complementar foi a mais frequente na população estudada, podendo contribuir diretamente para o prejuízo da manutenção de saúde e crescimento dessas crianças. Porém devemos considerar que além da má qualidade da alimentação, sabemos que o inicio da alimentação complementar pode ser dificultada em RNPT pois a experiência inicial do processo de alimentação, com o uso de SNG ao nascimento, pode ser precursora para dificuldades nesse processo, como alterações da sensibilidade oral e facial, principalmente em crianças prematuras que a usaram por um período maior do que três semanas.^{46,47}

Observa-se nesse estudo que a presença de patologias infecciosas no período de internação não foi um fator de risco determinante para a presença de patologias após a alta hospitalar, sugerindo que outros fatores podem ter influenciado a presença de patologias ou a necessidade de reinternação após a alta hospitalar nos lactentes estudados.

Nesse estudo a proporção de crianças que amamentaram no seio materno e não apresentaram patologias infecciosas recorrentes após alta é

significante (52%), assim como os resultados mostraram que as crianças que apresentaram maior índice de patologias infecciosas recorrentes após alta hospitalar estavam em aleitamento artificial, corroborando com os resultados de um estudo realizado no município de Guáimaro em Cuba, que investigou em 170 RN a termo se a amamentação no seio materno no primeiro semestre de vida influenciava a condição de nutrição e a prevalência de doenças infecciosas assim como a necessidade de reinternações, mostrou que a amamentação materna exclusiva foi um importante fator de proteção de diarreias, infecções respiratórias e a necessidade de hospitalizações no período estudado.⁴⁸ Os resultados desta pesquisa também corrobora com outro estudo realizado com a população de 642.792 crianças residentes nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal, nascidas em 2008, onde avaliou a relação entre o aleitamento materno e as internações hospitalares por pneumonia entre crianças com menos de 1 ano de vida. Mostrou que o aumento das prevalências de aleitamento materno no 1º ano de vida e de aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses podem reduzir as internações hospitalares por pneumonias.⁴⁹

A proteção contra gastroenterites se traduz em menor incidência de diarreias, pela presença de anticorpos IgA presentes no leite materno, reativos com patógenos ou toxinas,⁵⁰ além disso as concentrações de citocinas presentes no leite materno têm um papel fundamental na sua imunogenicidade. As citocinas IL-4, IL-5 e IL-13, mais envolvidas com a produção de IgE e indução de resposta de eosinófilos, estão envolvidas na proteção do lactente contra doenças respiratórias.⁵¹

6. CONCLUSÃO

Sugere-se com este estudo que a amamentação com leite materno é um importante fator de proteção de patologias infecciosas no segundo semestre de vida de recém-nascidos prematuros, contribuindo para menores índices de infecções frequentes, e assim prevenindo a necessidade de reinternação após alta neonatal. Independentemente do tipo de aleitamento, os lactentes obtiveram adequação da curva de crescimento antes de completar o primeiro ano de vida.

Desta forma faz-se importante investir em protocolos internos para prevenir o desmame precoce e incentivar a manutenção do aleitamento materno após a alta neonatal dos recém-nascidos pré-terms, e contribuir para a continua diminuição da mortalidade infantil no Brasil.

É necessário investir em recursos institucionais e articulação com a rede de saúde para promover uma alimentação saudável nos lactentes a fim de somar recursos na manutenção da saúde dos mesmos.

E por fim, faz-se importante ressaltar que a nutrição não trata apenas da quantidade de nutrientes necessários para adequada manutenção e/ou desenvolvimento de um organismo, mas também cuidamos da qualidade nutricional e de saúde da população, contribuindo para a diminuição e prevenção de morbidades na infância e na vida adulta da população.

7. REFERENCIAS

1. MonteCMG, GiugliaERJ. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. *JPediatrics*. 2005; 80(5sup):131-41.
2. Friel JK, Martin SM, Langdon M, Herzberg GR, Buettner GR. Milk from mothers of both premature and full-term infants provides better antioxidant protection than does infant formula. *Pediatr Res*. 2002; 51:612-8.
3. Schanler RJ, Hurst NM. Human milk for the hospitalized preterm infant. *Semin Perinatol*. 1994; 18:476-84.
4. Sullivan S. An exclusively human milk-based diet is associated with a lower rate of necrotizing enterocolitis than a diet of human milk and bovine milk-based products. *J Pediatrics*. 2010; 156:562-67.
5. Siggers RH, Thymann T, Boye M, Sangild PT. Nutritional modulation of the gut microbiota and immune system in preterm neonates susceptible to necrotizing enterocolitis. *Journal of Nutrition Biochemistry*. 2011; 22:511-21.
6. Ziegler EE. Meeting the nutritional needs of the low birth weight infants. *Annals Nutr Metabolism*. 2011; 58(1): 8-18.
7. Chauhan M, Henderson G, McGuire W. Enteral feeding for very low birth weight infants reducing the risk of necrotizing enterocolitis. *Arch. Disease Childhood Fetal Neonatal*; 2012; 93(2):162-6.
8. Abdala MAP. Aleitamento materno como programas de ação de saúde preventiva no Programa de Saúde da Família [monografia]. Belo Horizonte:

Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina; Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. 2011.

9. Oliveira KA. Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida do bebê: benefícios, dificuldades e intervenções na atenção primária de saúde [monografia]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina do Núcleo de Educação em Saúde; 2011.^a
10. Hayakawa LM. Incidência de reinternação de prematuros com muito baixo peso nas cidas em um hospital universitário. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2010 abr-jun; 14 (2): 324-29.
11. Ministério da Saúde (BR). Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
12. Bier JB, Olivier T, Ferguson A, Vohr BR. Human milk improves cognitive and motor development of premature infants during infancy. J. Hum. Lact. 2002; 18:361-7.
13. Fenton TR, Kim JH. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. BMC Pediatr. 2013; 13: 59.
14. Euser AM, Wit CC, Finken MJ, Rijken M, Wit JM. Growth of preterm born children. Hormone Research. 2008; 70:319-28.
15. Senterre T, Rigo J. Optimizing early nutrition support based on recent recommendations in VLBW infants and postnatal growth restriction. J. Pediatric Gastroenterol Nutrition. 2011; 53:536-42.

16. Metcalfe NB, Monaghan P. Compensation for a bad start: grown up pay later? *Trends Ecology Evolution*. 2001; 16(5): 254-60.
17. HERMANN, G.M. et al. Neonatal catch-up growth increases Diabetes susceptibility but improves behavioral and cardiovascular outcomes of low birth weight male mice. *Pediatr Res*. v.66, n.1, p.53-58, 2009.
18. Beltrand J, Ramona N, Kugelidoi F, Verkauskiene R, Sibony O, Chevenne D, et al. Catch-up growth following fetal growth restriction promotes rapid restoration of fat mass but without metabolic consequences at one year of age. *Plos One*. 2009; 4(4)
19. Ong KKL, Ahmed ML, Emmett PM, Preece MA, Dung DB. Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study. *BMJ*. 2000; 320:967-71.
20. Caldeira KMS, et al. Overweight and its relationship with duration of breastfeeding in preschoolers. *J Human Growth Develop*. 2015; 25(1):89-96.
21. Ministério da Saúde (BR). II Pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
22. da Silva, W. F.; Guedes, Z. C. F. Prematuros e prematuros tardios: suas diferenças e o aleitamento materno. *Rev. CEFAC*. 2015 Jul-Ago; 17(4):1232-1240
23. Frigo, J. et al. Percepções de pais de recém-nascidos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Enferm UFSM* 2015 Jan/Mar; 5(1):58-68
24. Ávila AM. Aleitamento Materno - um desafio. *Saúde Mental no Trabalho*. Disponível em: <http://www.SaúdeMentalnoTrabalho.com.br>. *Rev Eletr* 2008; 21(6):123-127.

25. Ministério da Saúde (BR). CadernetadeSaúde da Criança. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília:Ministério daSaúde;2011.
26. MinistériodaSaúde(BR).SISVAN:orientaçõesbásicasparaacoleta,processamento, análisededados einformação emserviçosde saúdeVigilânciaalimentare nutricional. Brasília:Ministério daSaúde;2004.
27. Ministério da Saúde (BR). Resolução 466/12de 12 de Dezembro de 2012. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. [citado em: 2015, Mar 14]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
28. ONIS, M.; ONYANGO, A.W.; BORGHI, E.; SIYAM, A.; NISHIDA, C.; SIEKMANN, J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. Bulletin of the World Health Organization 2007;85:660-667.
29. Volpato SE, Braun A, Pegorim RM, Ferreira DC, Deduschi CS, Souza KM. Avaliação do conhecimento da mãe em relação ao aleitamento materno durante o período pré-natal em gestantes atendidas no Ambulatório Materno Infantil em Tubarão, (SC). ACM Arq Catarin Med 2009; 38(1):49-55.
30. Euser AM, de Wit CC, Finken MJ, Rijken M, Wit JM. Growth of preterm born children. Horm Res. 2008;70(6):319-28.
31. Huysman WA, de Ridder M, de Bruin NC, van Helmond G, Terpstra N, Van Goudoever JB, et al. Growth and body composition in preterm infants with bronchopulmonary dysplasia. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003;88(1):F46-51.
32. Funkquist EL, Tuvemo T, Jonsson B, Serenius F, Nyqvist K. Preterm appropriate for gestational age infants: size at birth explains subsequent growth. Acta Paediatr. 2010;99(12):1828-33.)

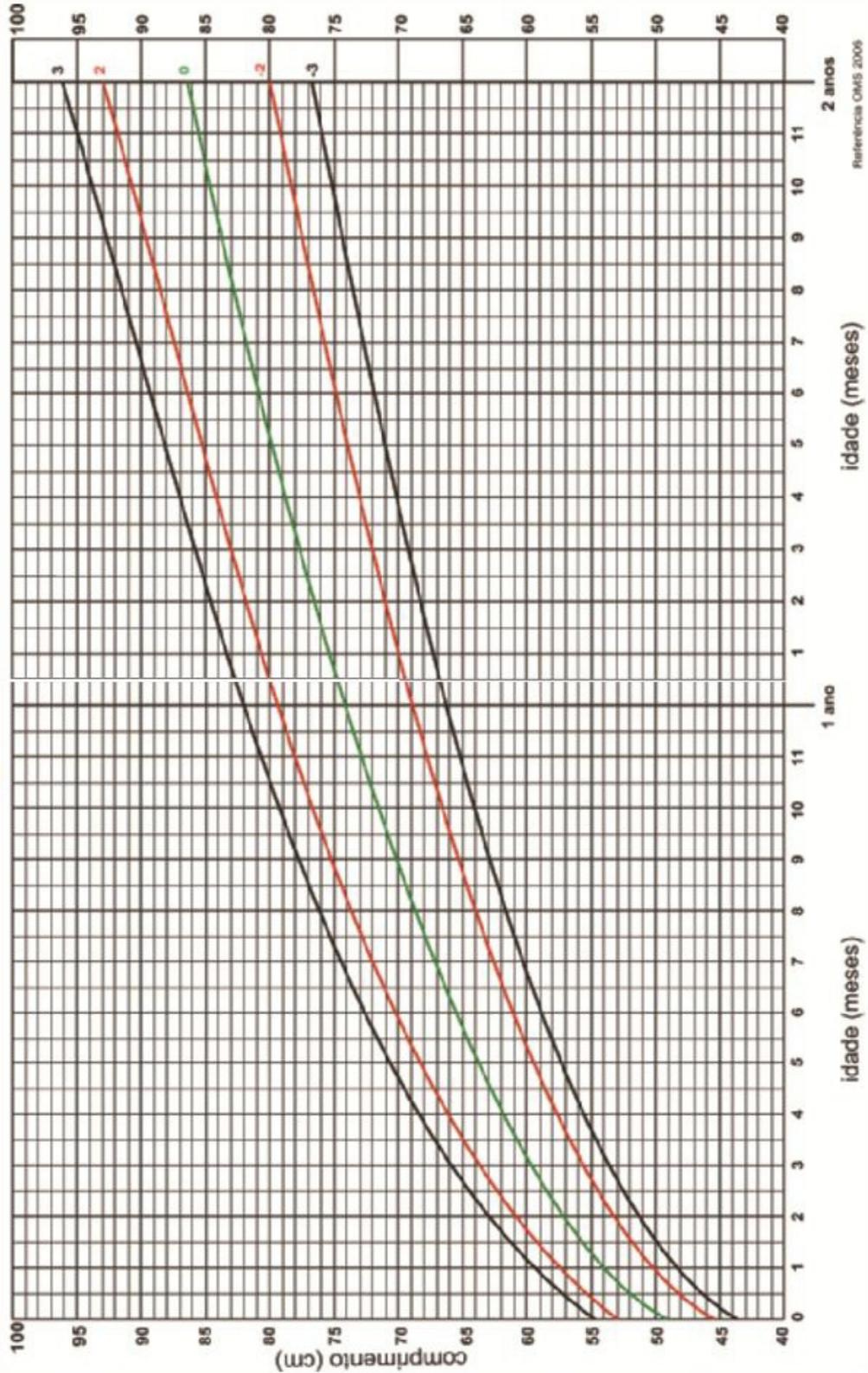
33. Anchieta LM et alii. Crescimento de recém-nascidos pré-termo. *Jornal de Pediatria* - Vol. 80, Nº4, 2004
34. Oliveira, M.P. Crescimento alométrico do comprimento, massa corpórea e perímetro cefálico de recém nascidos prematuros em um hospital universitário, 2016 Niterói, RJ UFF
35. Garcia-Alix A, Saenz-de Pipaon M, Martinez M, Salas-Hernandez S, Quero J. Utilidad del perímetro cefálico em el recién nacido para anticipar problemas em el neurodesarrollo. *Rev Neurol*. 2004;39:548-54.
36. Cardoso LEMB, Falcão MC,. Importância da avaliação nutricional de recém-nascidos pré-termo por meio das relações antropométricas. *Rev Paul Pediatr*. 2007 Jun;25(2):135-41.
37. Demartini AAC, Bagatin AC, Silva RPGVC, Boguszewsk MCS. Crescimento de crianças nascidas prematuras. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2011 Set;55(8):534- 40.
38. Rugolo, L. M. S. S.; et al. Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros dois anos de vida. *Rev Paul Pediatria*. Botucatu 25(2):142-9. 2007
39. Ong KK, Ahmed ML, Emmett PM, Preece MA, Dunger DB. Association between postnatal catch-up growth and obesity in childhood: prospective cohort study. *BMJ*. 2000;320:967-71.
40. Alves AML, Silva EHAA, Oliveira AC. Desmame precoce em prematuros participantes do Método Mãe Canguru. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2007;12(1):23-2.
41. LUZ, L. S. Incidência e fatores preditivos da interrupção de aleitamento materno exclusivo em prematuros. 2016. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

42. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2010[Internet]. Brasília, 2010. [citado em: Nov. 2010]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
43. Ministério da Saúde, Guia Alimentar para População menor de 2 anos, 2002.
44. Schincaglia Raquel Machado, Oliveira Amanda Cristine de, Sousa Lucilene Maria de, Martins Karine Anusca. Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 2015
45. Marinho, L.M.F. Situação da alimentação complementar de crianças entre 6 e 24 meses assistidas na Rede de Atenção Básica de Saúde de Macaé, RJ, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(3):977-986, 2016
46. Browne JV, Ross ES. Feeding outcomes in preterm infants after discharge from the neonatal intensive care unit (NICU): a systematic review. *Newborn Infant Nurs Rev*. 2013;13:87---93
47. Norris FJ, Larkin MS, William CM, Hampton SM, Morgan JB. Factors affecting the introduction of complementary foods in the preterm infant. *Eur J Clin Nutr*. 2002;56:448---54.
48. Carbajal CC. Estado de salud en los niños lactados por más de 4 meses. *Rev Cubana Pediatr*. 2000; 72: 275-80.
49. Boccolini, C. S et al, O papel do aleitamento materno na redução das hospitalizações por pneumonia em crianças brasileiras menores de 1 ano. *Arch Pediatr Urug* 2013; 84(2): 154-160

COMPRIMENTO X IDADE ZERO A 2 ANOS

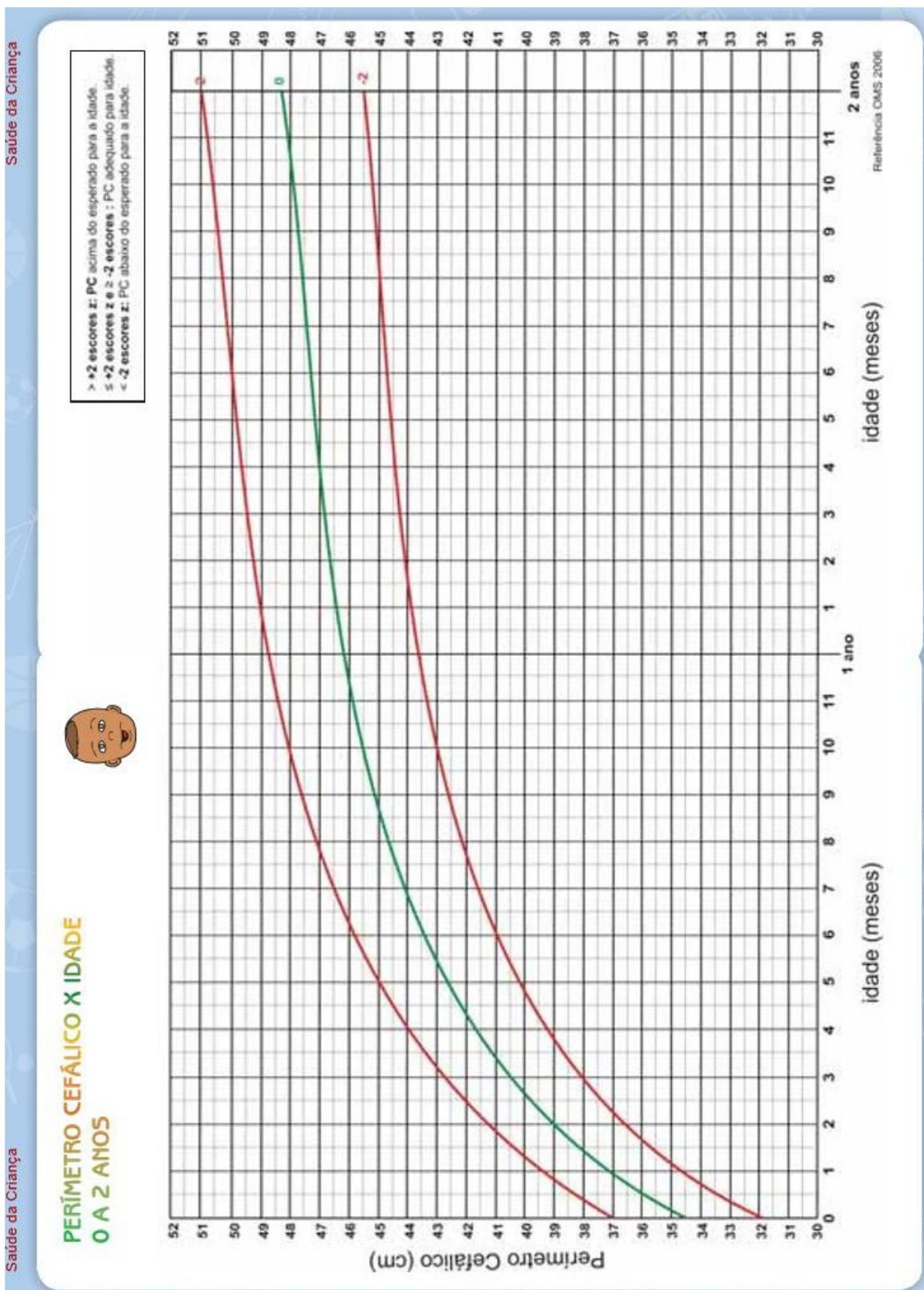


> +2 escores z: comprimento elevado para idade.
+2 e +3 escores z: comprimento adequado para idade.
-3 e -2 escores z: comprimento baixo para idade.
< -3 escores z: comprimento muito baixo para idade.

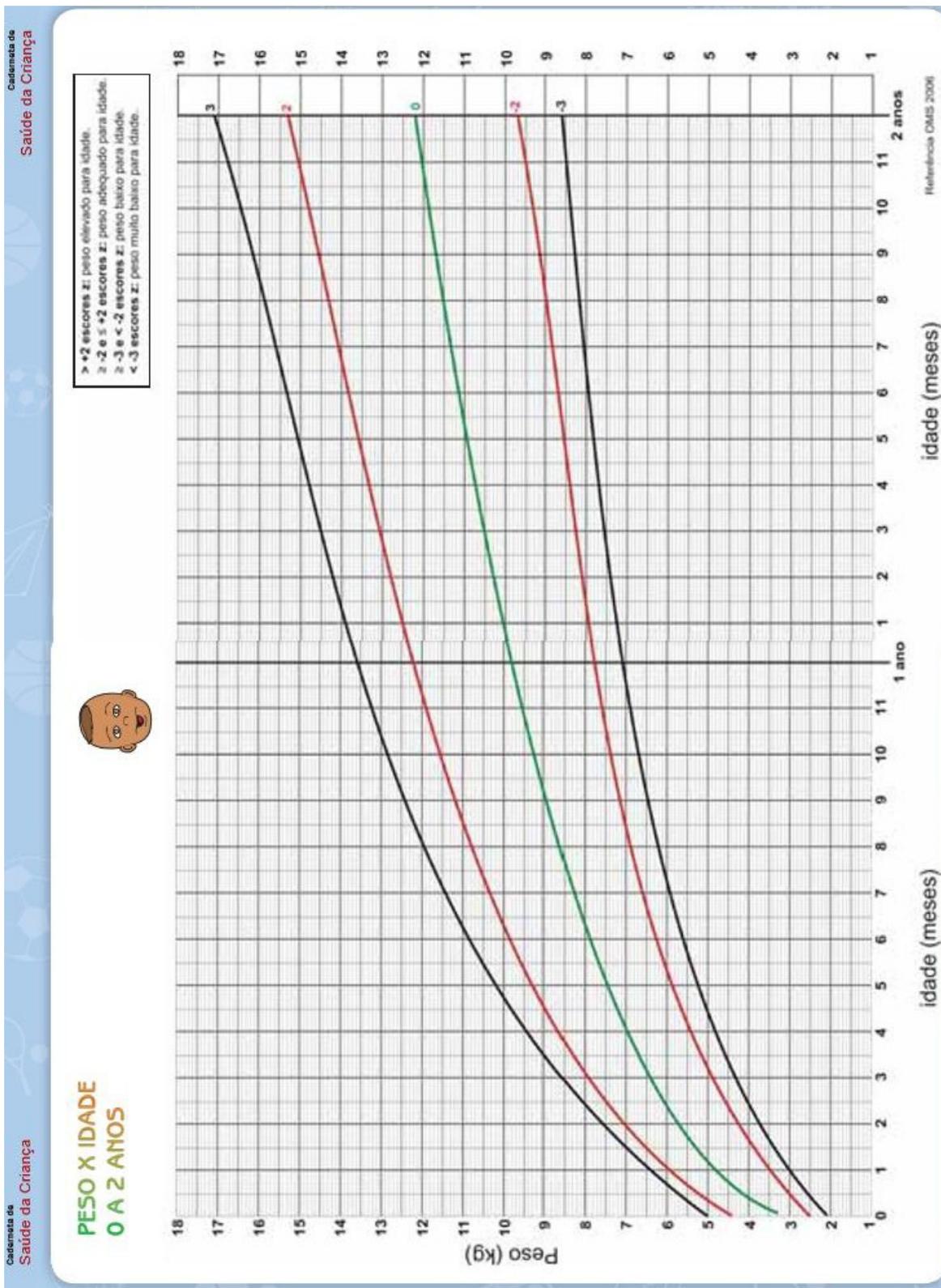


Referência OMS 2006

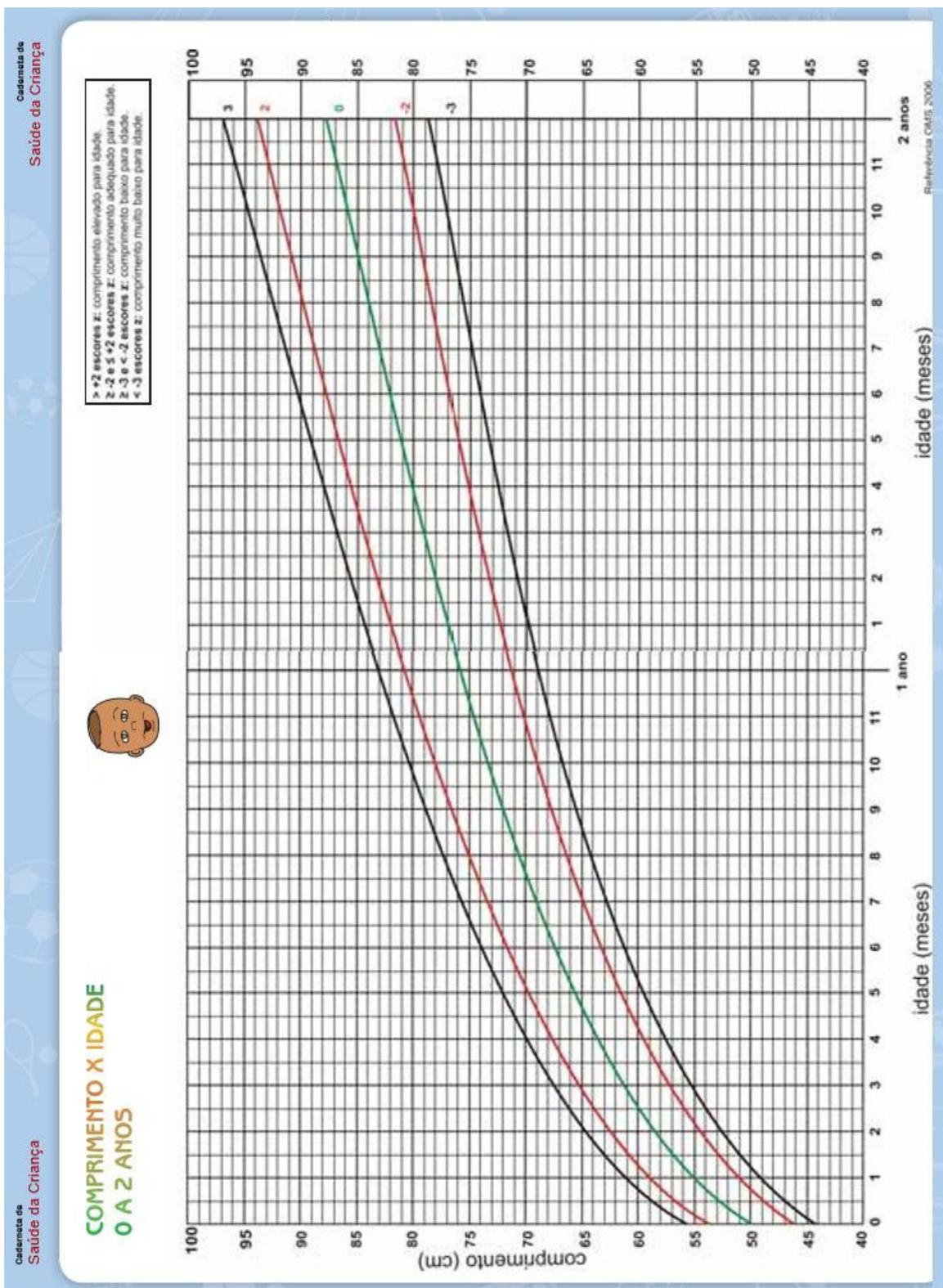
Anexo IV- Curvadecrescimento deperímetro cefálicoparao sexomasculino.



Anexo V- Curvade crescimento de peso para o sexo masculino.



Anexo VI- Curvadecrescimento decomprimento paraosexo feminino.



APÊNDICE A – Questionário para entrevista dos responsáveis pelos participantes da pesquisa.

QUESTIONÁRIO

Nome do Responsável: _____

RH: _____ Idade: _____

Peso: _____ Comprimento: _____ Perímetro cefálico: _____

<i>Escore / Medidas</i>	Peso	Comprimento	PC
<-2			
-3e-2			
-2e0			
0e2			
2e3			
>3			

Classificação de peso Comprimento PC _____

1. O RN amamentou no seio materno no período de internação?
 - Sim
 - Não.

2. Amamentou exclusivamente o leite materno após alta hospitalar?
 - Sim
 - Não.

3. Se sim, quanto tempo?
 - <1 mês
 - de 1 a 2 meses
 - de 3 a 4 meses
 - de 5 a 6 meses
 - Continua após introdução de alimentação complementar

4. Precisou complementar a mama com outro leite?
 - Sim
 - Não.

5. Se sim, por quanto tempo?
 - <1 mês
 - de 1 a 2 meses
 - de 3 a 4 meses
 - de 5 a 6 meses
 - Continua após introdução de alimentação complementar

6. O que motivou a introdução de outro leite após alta hospitalar?
 - Alta com indicação de uso de fórmula láctea
 - Dificuldade de produção de leite
 - Dificuldade de pega

- Crenças sociais e religiosas
 - Dificuldade de ganhar peso do RN
 - Início da jornada de trabalho
7. ORN já recebeu outros leites, diferentes ao leite materno e fórmula láctea?
- Sim
 - Não
8. ORN já recebeu outros tipos de alimentos?
- Sim
 - Não
9. Se sim, quais alimentos?
- Papinha salgada
 - Papinha doce
 - Bolachas
 - Chás
 - Sucos
 - Outros
10. Com quanto tempo?
- < 1 mês
 - de 1 a 2 meses
 - de 3 a 4 meses
 - de 5 a 6 meses
 - > que 6 meses
11. Quando foi a última vez que o RN ficou doente?
- < 1 mês
 - de 1 a 2 meses
 - de 3 a 4 meses
 - de 5 a 6 meses
 - Nunca
- O que ele teve? _____
12. A caderneta de vacina está atualizada?
- Sim
 - Não
13. Desde a alta da UTI Neonatal o paciente ficou doente mais de uma vez?
- Sim
 - Não
14. A caderneta de vacina está atualizada?
- Sim
 - Não
15. Desde a alta da UTI Neonatal o paciente ficou doente mais de uma vez?

- Sim
- Não

16. Quantas pessoas moram na casa?

- 1 a 3 pessoas
- 4 a 6 pessoas
- 7 ou mais pessoas

17. Quantas pessoas na casa possuem atividade remunerada?

- 1 a 3 pessoas
- 4 a 6 pessoas
- 7 ou mais pessoas

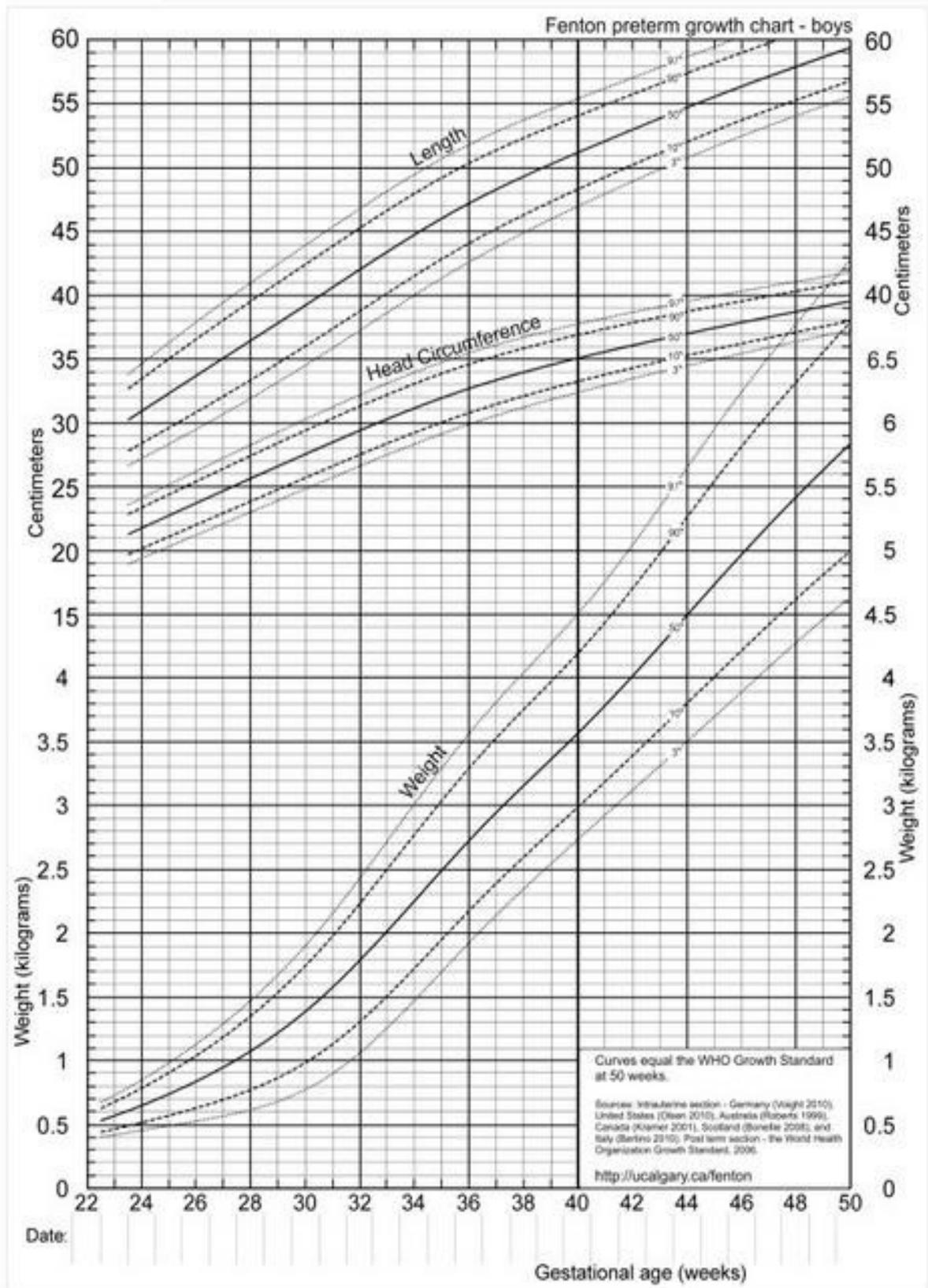
18. Recebe o benefício bolsa família?

- Sim
- Não

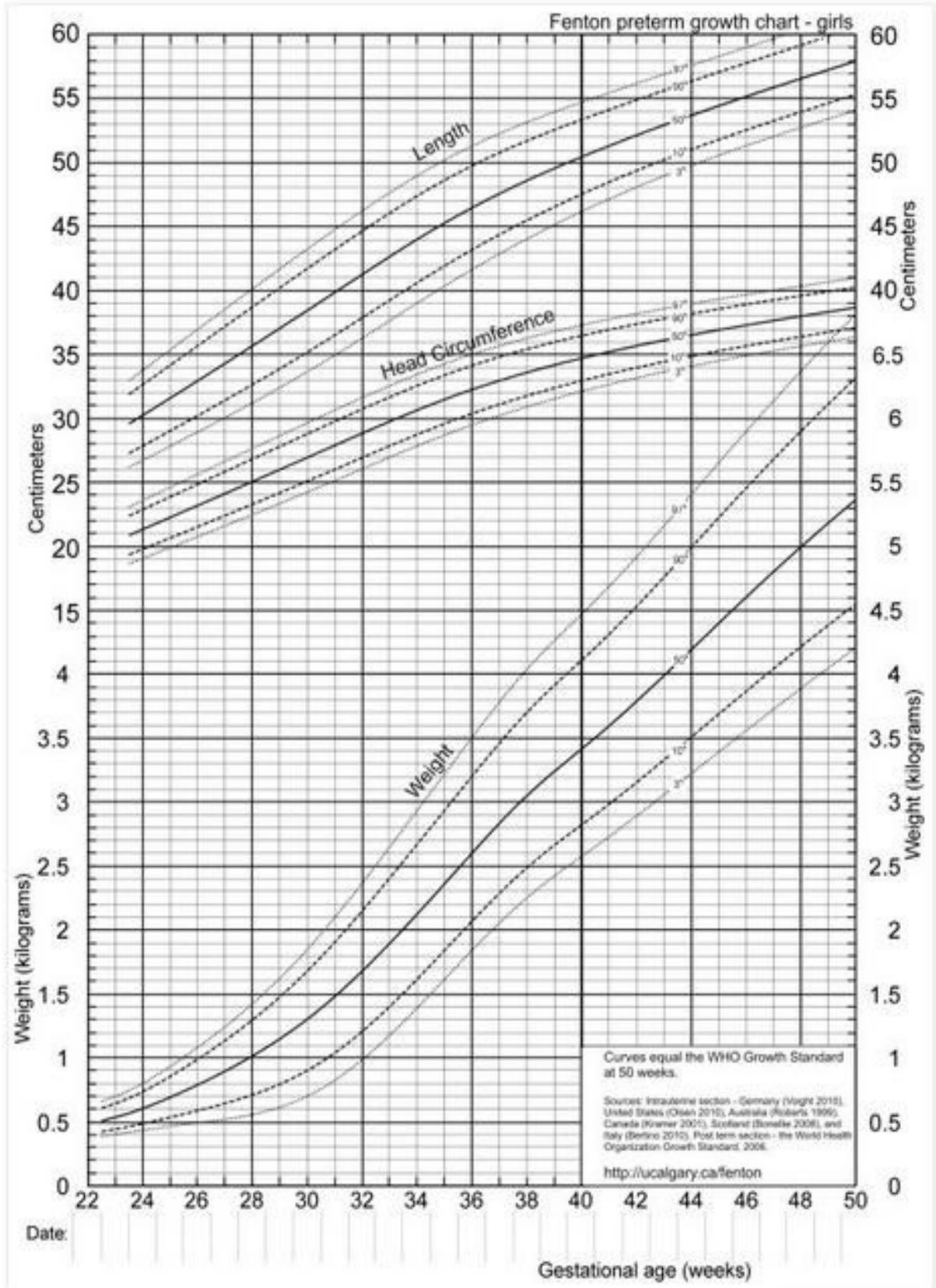
19. Responsável estudou até que serie:

- Ensino fundamental Incompleto
- Ensino fundamental Completo
- Ensino Médio Incompleto
- Ensino Médio Completo
- Ensino Técnico
- Ensino Superior Completo
- Ensino Superior Incompleto

AnexoVII- Curvade crescimento Fenton parao sexo masculino



Anexo VIII- Curvade crescimento Fenton para o sexo feminino



APÊNDICEB- TERMO DE COMPROMISSO E CONFIABILIDADE

Eu, Laís Sousa Mendes Amigo, brasileira, solteira, nutricionista, regularmente matriculada no programa de Residência Multidisciplinar em Neonatologia da Universidade de Santo Amaro inscrita sob o CPF nº 407.749.738-89, abaixo firmada, assumo o compromisso de manter Sigilo e Confiabilidade sobre todas as informações técnicas e/ou relacionadas ao projeto "Influência da alimentação e nutrição de recém-nascidos muito baixo peso a partir do segundo semestre de vida." do qual sou pesquisadora responsável.

Por este termo, comprometo-me:

- a) não utilizar as informações confidenciais a que tiver acesso para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, ou para uso de terceiros;
 - b) não efetuar nenhuma gravação ou cópia de documentação oficial a que tiver acesso;
 - c) não apropriar-me para mim ou para outrem de material confidencial/ou sigiloso, que venha ser disponível;
 - d) não passar o conhecimento das informações confidenciais, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações por meu intermédio, obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas.
- Pelo não cumprimento do presente Termo de Confiabilidade, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

Laís Sousa Mendes Amigo

São Paulo ____ de _____ de 20__

APÊNDICEC- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Protocolo: Alimentação de recém-nascidos de baixo peso em unidade neonatal e sua relação com o tempo de internação e a necessidade de reinternação pós alta.

Estes esclarecimentos estão sendo apresentados para solicitar sua participação livre e voluntária de, sob sua responsabilidade legal/ seu (ua) filho/a, no projeto "Influência da alimentação e nutrição de recém-nascidos muito baixo peso a partir do segundo semestre de vida.", do Programa de Pós Graduação Residência Multiprofissional em Neonatologia da Universidade de Santo Amaro - UNISA, que será realizado pela pesquisadora Laís Sousa Mendes Amigo especializando como Trabalho de Conclusão de Curso sob orientação da Profa. Marcela Maria Pandolfi.

Sabe-se que o leite materno é o primeiro alimento do recém-nascido, sendo capaz de nutrir, de modo adequado, as crianças nos primeiros seis meses de vida. Além disso, o leite materno contém fatores importantes de proteção aos recém-nascidos, desta forma, esse estudo tem como objetivo relacionar o tipo de leite oferecido para os recém-nascidos com muito baixo peso na UTI neonatal com o tempo de internação e sua saúde até os seis meses de vida.

A pesquisa será realizada no ambulatório do Hospital Municipal Maternidade Escola de Vila Nova Cachoeirinha, será feita a avaliação do peso, comprimento e circunferência da cabeça e analisado em gráficos de crescimento.

A partir de um questionário realizado pela pesquisadora, serão coletados dados de alimentação, amamentação e informações quanto o estado de saúde das crianças até o presente momento. O questionário não será gravado, sendo possível negar-se a responder qualquer pergunta que desejar ou interromper o questionário a qualquer momento.

A partir dos prontuários serão coletados dados sobre a amamentação e o crescimento do recém-nascido sobre o período de internação e dos atendimentos até o momento da avaliação atual.

Considerando o Instrumento de Coleta de Dados e o objetivo do estudo, os riscos para com a manipulação dos dados coletados são mínimos, frisando que os mesmos serão usados única e exclusivamente para os fins da pesquisa e o

questionário será realizado individualmente em local reservado para evitar possíveis incômodos e garantir o sigilo das informações.

Não há benefício direto para a instituição à qual os prontuários estão sob responsabilidade. As informações obtidas ao final do estudo serão disponibilizadas à instituição junto ao Centro de Estudos e Pesquisa. O sujeito da pesquisa será beneficiado com orientações nutricionais, assim como o conhecimento do diagnóstico nutricional feito a partir dos gráficos de crescimento.

É garantido o acesso, em qualquer etapa do estudo, aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas ou informações sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Pesquisador Responsável: Laís Sousa Mendes Amigo –

Endereço: Av. Dep. Emílio Carlos, 3100-Limão, São Paulo- SP, 02720-200 Telefone: [\(11\)3986-1158](tel:(11)3986-1158)

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato como Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UNISA) – Rua Prof. Enéas de Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.

É garantida a sua liberdade de retirada de consentimento a qualquer momento e de deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade de qualquer benefício que você tenha obtido junto à Instituição, antes, durante ou após o período deste estudo.

As informações obtidas pelos pesquisadores serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Em caso de danos pessoais, diretamente relacionados aos procedimentos deste estudo (nexo causal comprovado), a qualquer tempo, fica assegurado ao participante o respeito aos seus direitos legais, bem como a procura por indenizações esporádicas e eventuais.

Um via deste Termo de Consentimento ficará em seu poder.

São Paulo, _/ _/ _____

Laís Sousa Mendes Amigo (Pesquisadora)

Se você concordar em participar desta pesquisa assinie no espaço determinado abaixo e coloque seu nome e o nº de seu documento de identificação _____

Nome _____ Doc. Identificação _____

....OU....

Nome do representante legal: _____

Doc. Identificação _____

Nível de representação: (genitor, tutor, curador, procurador)

_____ Nome

do participante: _____

Declaro (amos) que obtive (mos) de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante (ou do representante legal deste participante) para a participação neste estudo, conforme

preconiza a Resolução CNS 466, de 12 de dezembro de 2012, IV.3a 6.

Pesquisador Responsável: Laís Sousa Mendes Amigo –

Endereço: Av. Dep. Emílio Carlos, 3100-Limão, São Paulo- SP, 02720-

200 Telefone: [\(11\)3986-1158](tel:(11)3986-1158).

CEP-UNISA: Rua Prof. Enéas de

Siqueira Neto, 340, Jardim das Imbuías, SP – Tel.: 2141-8687.