



**PROCESSOS INTERATIVOS  
DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO • ICS • UFBA

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (ICS) – UFBA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROCESSOS  
INTERATIVOS DOS ÓRGÃOS E SISTEMAS**

**LARISSA VIEIRA PINTO MENEZES**

**ALEITAMENTO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM LACTENTES  
NASCIDOS PREMATUROS**

**SALVADOR – BA  
2016**

**LARISSA VIEIRA PINTO MENEZES**

**ALEITAMENTO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM LACTENTES  
NASCIDOS PREMATUROS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção de grau de Mestre em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas.

Orientador: Profa. Dra. Ana Caline Nóbrega da Costa

**SALVADOR-BA  
2016**

Menezes, Larissa Vieira Pinto.  
Aleitamento e alimentação complementar em lactentes nascidos prematuros.  
[manuscrito] / Larissa Vieira Pinto Menezes. – Salvador, 2016.  
73 f. : il.

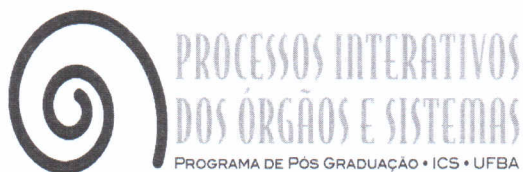
Orientador: Profa. Dra. Ana Caline Nóbrega da Costa.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas, Salvador, 2016.

1. Prematuridade. 2. Aleitamento. 3. Dificuldade Alimentar. I. Costa, Ana Caline Nóbrega da Costa. II. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Ciência da Saúde. Programa de Pós- Graduação em Processos Interativos dos Órgãos e Sistemas. III. Título

CDD – 649.33 - 23. ed.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



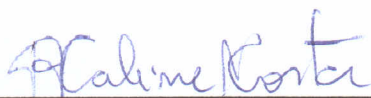
TERMO DE APROVAÇÃO DA DEFESA PÚBLICA DE DISSERTAÇÃO

LARISSA VIEIRA PINTO MENEZES

ALEITAMENTO E TRANSIÇÃO ALIMENTAR EM LACTENTES NASCIDOS  
PREMATUROS.

Salvador, Bahia, 07 de dezembro de 2016

COMISSÃO EXAMINADORA:



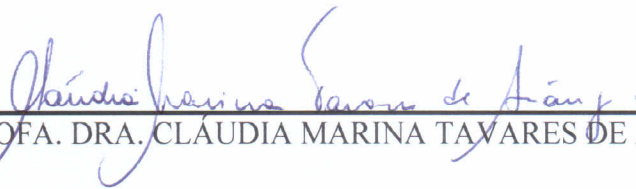
---

PROFA. DRA. ANA CALINE NÓBREGA DA COSTA (Orientador)



---

PROFA. DRA SANDRA SANTOS VALOIS (Examinador Interno)



---

PROFA. DRA. CLÁUDIA MARINA TAVARES DE ARAÚJO (Examinador Externo)

*Dedico este trabalho aos prematuros e suas mães que participaram do estudo e àqueles que conheci ao longo do meu envolvimento com esse tema tão encantador e desafiador.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado forças para trilhar os caminhos da vida, muitas vezes cheios de pedras, com muita sabedoria e persistência.

A meus pais, Augusto e Mariney, que sempre me deram a oportunidade de estudar, batalhar pelos meus sonhos, apoiando-me em todas as decisões de minha vida. Sem eles, não seria quem sou hoje. Palavras não são suficientes para agradecer por tudo que fizeram e fazem por mim.

A minha irmã Mylena por todo carinho e por compartilhar comigo momentos de alegria e desespero durante todo o desenvolvimento deste estudo.

A Rodrigo, por todo apoio, amor e compreensão durante o processo da pesquisa. Obrigada por aceitar caminhar nestes dois anos de estudos comigo. Com certeza, aprendemos muito um com outro nos estudos que desenvolvemos.

A toda minha família pelo apoio e amor e por compreender que, em muitos momentos, precisei me ausentar.

A meus amigos pela paciência, conforto, acolhimento e carinho em todos os momentos. Em especial, às amigas sempre presentes, que ouviram os desabaços de todos os momentos e tornaram meus dias mais tranquilos: Ivina e Michele. Obrigada por todo apoio, mesmo distante, mas sempre com o coração, as orações e os pensamentos bem perto.

A minha orientadora, Prof<sup>ª</sup> Dra. Ana Caline Nóbrega da Costa, que me abriu as portas para o mundo da pesquisa, acreditou em meu trabalho e me fez crescer muito em todas as etapas de elaboração deste estudo.

A Carla Steinberg, que de mestra se tornou uma grande parceira e amiga de trabalho, e me ensinou os primeiros passos para atender com muito amor a meus PARTICIPANTES. Muito obrigada pelos incentivos, por não me deixar desistir e por compartilhar seu projeto de estudo comigo. Obrigada!

Ao professor Dr. Roberto Paulo Correia de Araújo por toda ajuda, compromisso e dedicação ao programa de pós-graduação e a nós, pesquisadores.

A meus colegas do mestrado, grandes amigos que construí e levarei para vida toda, em especial as queridas Mirela e Juciane. Muito obrigada por cada palavra de incentivo e oração!

As crianças e mães, pelo exemplo de vida e pela confiança.

A todos que, direta ou indiretamente, me ajudaram durante esse processo, torceram por mim e estão felizes por mais esta importante conquista.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana,  
seja apenas outra alma humana.”

Carl Jung

## RESUMO

**INTRODUÇÃO** – A prematuridade abarca um grupo amplo e heterogêneo de crianças nascidas antes de completar 37 semanas gestacionais. O início da alimentação de transição nos prematuros depende da maturidade neurológica da criança. É muito comum a ocorrência de dificuldades na transição do aleitamento para a alimentação complementar nessas crianças, e seus determinantes são multifatoriais. **OBJETIVO** – Investigar a associação entre o tipo de aleitamento e a dificuldade na introdução da alimentação complementar em lactentes nascidos prematuros. **CASUÍSTICA E MÉTODOS** – Trata-se de estudo observacional de caráter exploratório, de corte transversal, realizado com prematuros entre seis e vinte e quatro meses de idade gestacional corrigida com alimentação complementar. Foi realizada entrevista com os responsáveis pela criança buscando identificar os aspectos sociodemográficos, o tipo de aleitamento antes dos seis meses de idade corrigida e as dificuldades alimentares apresentadas pelos lactentes através de uma pergunta simples seguida da aplicação de um *checklist* do comportamento alimentar referente ao último mês. **RESULTADOS** – Foram incluídos 38 lactentes nascidos prematuros, 23 (60,5%) do sexo feminino e idade materna 30,6 anos. Quanto à idade gestacional ao nascimento, 22 (57,9%) dos participantes foram muito prematuros. Dos 38 lactentes, 22 (57,9%) nasceram muito baixo peso. No presente estudo, pode-se observar uma associação entre tipo de aleitamento e dificuldade na introdução da alimentação complementar nos lactentes nascidos prematuros. Questionados quanto a percepção geral, 50% dos pais responderam que seus filhos não apresentaram dificuldade de alimentação no último mês. No entanto, quando aplicado *checklist*, 28 (73,7%) pais relataram que seus filhos apresentavam pelo menos um comportamento defensivo no momento da refeição. O item recusa alimentar apresentou maior associação com aleitamento artificial, sendo que 44,4% dos lactentes apresentavam esse comportamento defensivo durante as refeições. **CONSIDERAÇÕES FINAIS** – O monitoramento da alimentação dessas crianças é estritamente recomendado em um programa de intervenção precoce, com profissionais especializados, com vistas a promover o adequado desenvolvimento alimentar, assim como garantir um adequado crescimento.

**Palavras-chave:** prematuridade, aleitamento, alimentação complementar, dificuldade alimentar.



## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION** - Prematurity comprises a large and heterogeneous group of children born before 37 gestational weeks. The onset of transition feeding in preterm infants depends on the child's neurological maturity. It is very common to experience difficulties in the transition from breastfeeding to complementary feeding in these children, and their determinants are multifactorial. **OBJECTIVE** - To investigate the association between the type of breastfeeding and the difficulty in introducing complementary feeding in preterm infants. **MATERIAL AND METHODS** - This is an exploratory observational study, cross-sectional, performed with preterm infants between six and twenty-four months of corrected gestational age with complementary feeding. An interview was conducted with those responsible for the child seeking to identify sociodemographic aspects, the type of breastfeeding before the corrected age of six months and the feeding difficulties presented by infants through a simple question followed by the application of a food behavior checklist in the last month. **RESULTS** - We included 38 infants born preterm, 23 (60.5%) female, and maternal age 30.6 years. Regarding the gestational age at birth, 22 (57.9%) of the participants were very premature. Out of the 38 infants, 22 (57.9%) were born with very low weight. In the present study, it was possible to observe an association between the type of breastfeeding and the difficulty in introducing complementary feeding in preterm infants. Asked about the general perception, 50% of the parents answered that their children did not present feeding difficulties in the last month. However, when the checklist was applied, 28 (73.7%) parents reported that their children had at least one defensive behavior at meal time. The food refusal item had a greater association with artificial feeding, and 44.4% of the infants presented this defensive behavior during meals. **CONCLUSION** - Monitoring the feeding of these children is strictly recommended in an early intervention program, with specialized professionals, with a view to promoting adequate food development, as well as ensuring adequate growth.

**Key words:** prematurity, Breastfeeding, complementary feeding, feeding difficulty.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro	1	Terminologia da prematuridade	16
Figura	1	Fluxograma de participantes incluídos na pesquisa	37
Quadro	2	<i>Checklist</i> de eventos que determinam a dificuldade no processo de alimentação	38
Figura	2	Média da idade materna em relação ao tipo de aleitamento nas crianças prematuras, Salvador (BA).	48

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição das características demográficas dos lactentes prematuros, Salvador-BA (2016).	41
Tabela 2	Distribuição das idades materna e paterna, <i>apgar</i> no 1º e 5º minuto ao nascer e início da alimentação complementar dos lactentes prematuros, Salvador-BA (2016).	42
Tabela 3	Distribuição das características clínicas dos lactentes prematuros, Salvador-BA (2016).	43
Tabela 4	Distribuição das dificuldades na alimentação complementar apresentadas pelos lactentes prematuros, Salvador-BA (2016).	44
Tabela 5	Distribuição do tipo de aleitamento e número de componentes defensivos apresentados pelos lactentes durante as refeições, Salvador-BA (2016).	44
Tabela 6	Distribuição dos tipos de aleitamento e dificuldade na alimentação complementar nos lactentes prematuros, Salvador-BA (2016).	45
Tabela 7	Distribuição do tipo de aleitamento e dificuldades na alimentação complementar por faixa etária, Salvador-BA (2016).	46
Tabela 8	Distribuição das variáveis idade gestacional, peso ao nascimento e uso de suporte ventilatório e dificuldade na alimentação complementar em crianças prematuras, Salvador-BA (2016).	47
Tabela 9	Distribuição da análise multivariável entre tipo de aleitamento e dificuldade na alimentação complementar em crianças prematuras, Salvador-BA (2016).	47
Tabela 10	Distribuição dos tipos de aleitamento e as variáveis situação conjugal, renda salarial, idade gestacional, peso ao nascimento, uso de suporte ventilatório e tipo de hábito parafuncional de crianças prematuras, Salvador-BA (2016).	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
IG	Idade Gestacional
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
LH	Leite Humano
MC	Método Canguru
NBCAL	Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças de Primeira Infância
OMS	Organização Mundial de Saúde
RN	Recém-Nascido
RNPT	Recém-Nascido Pré-termo
RNPTMBP	Recém-Nascido Pré-termo Muito Baixo Peso
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	15
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	20
2.1	PREMATURIDADE	21
2.2	ALEITAMENTO	24
2.3	ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	28
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b>	33
3.1	OBJETIVO GERAL	34
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
<b>4</b>	<b>CASUÍSTICA E MÉTODOS</b>	35
4.1	DESENHO DE ESTUDO	36
4.2	LOCAL E POPULAÇÃO ESTUDADA	36
4.3	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	36
4.4	CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO	36
4.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	37
4.6	COLETA DE DADOS	37
4.7	PERÍODO DE COLETA DE DADOS	38
4.8	ANÁLISE ESTATÍSTICA	39
4.9	ÉTICA EM PESQUISA	39
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	40
5.1	CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES	41
5.2	CARACTERIZAÇÃO DAS DIFICULDADES NA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	43
5.3	ASSOCIAÇÃO ENTRE TIPO DE ALEITAMENTO E DIFICULDADE NA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR	45
5.4	ASSOCIAÇÃO ENTRE TIPO DE ALEITAMENTO E DIFICULDADE NA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR, DE ACORDO COM FAIXA ETÁRIA	46
5.5	ASSOCIAÇÃO ENTRE DIFICULDADE ALIMENTAR E IDADE	46

	GESTACIONAL, PESO AO NASCIMENTO E USO DE SUPORTE VENTILATÓRIO	
5.6	ANÁLISE MULTIVARIADA ENTRE TIPO DE ALEITAMENTO, DIFICULDADE NA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR E AS VARIÁVEIS IDADE GESTACIONAL E PESO AO NASCIMENTO	47
5.7	ASSOCIAÇÃO ENTRE TIPO DE ALEITAMENTO E SITUAÇÃO CONJUGAL, RENDA SALARIAL, IDADE GESTACIONAL, PESO AO NASCIMENTO, USO DE SUPORTE VENTILATÓRIO E TIPO DE HÁBITO PARAFUNCIONAL	48
5.8	IDADE MATERNA E TIPO DE ALEITAMENTO	49
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO DOS DADOS</b>	<b>50</b>
<b>7</b>	<b>LIMITAÇÕES</b>	<b>57</b>
<b>8</b>	<b>CONCLUSÃO</b>	<b>58</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	<b>59</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>67</b>
	APÊNDICE I: Ficha de coleta de dados	67
	APÊNDICE II: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Termo de Assentimento Livre e Esclarecido	74

## **1 INTRODUÇÃO**

## 1 INTRODUÇÃO

Recém-nascido pré-termo (RNPT) ou prematuro abarca um grupo amplo e heterogêneo de crianças nascidas antes de completarem 37 semanas gestacionais. Recentemente, o Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano (2012) propôs uma nova classificação para o nascimento prematuro. O RNPT pode ser classificado quanto à idade gestacional ao nascer. Prematuros tardios são bebês que nascem entre 34 e 36 semanas e seis dias de gestação. O prematuro moderado é designado como os nascidos entre 32 e 33 semanas e seis dias de gestação, o muito prematuro entre 28 e 31 semanas e seis dias, e o prematuro extremo é o nascido com idade gestacional inferior a 28 semanas.

Além disso, o RNPT também é classificado conforme o peso ao nascer. Os prematuros que nascem com peso entre 1501 e 2500g são denominados recém-nascidos de baixo peso; os que nascem com peso entre 1001 e 1500g são denominados recém-nascidos de muito baixo peso; e aqueles que nascem com peso inferior a 1000g são denominados recém-nascidos de extremo baixo peso (OMS, 2012).

### Quadro 1- Terminologia da Prematuridade

CLASSIFICAÇÃO DA PREMATURIDADE	
<b>Idade Gestacional (IG)</b>	
-	Prematuro extremo: IG < 28 semanas
-	Muito prematuro: IG entre 28 até < 32 semanas
-	Prematuro moderado: IG entre 32 até < 34 semanas
-	Prematuro tardio: IG entre 34 até < 37 semanas
<b>Peso ao Nascer</b>	
-	Extremo baixo peso: < 1.000 gramas
-	Muito baixo peso: < 1.500 gramas
-	Baixo peso: < 2.500 gramas
-	Peso adequado: ≥ 2.500 gramas

Fonte: Silveira (2012)

Esses RNPT podem evoluir com variação de deficiências que vão das mais sutis às mais graves, com impacto fisiológico importante. Diante da imaturidade de muitos órgãos e sistemas, eles correm maior risco de morbimortalidade quando comparados a crianças nascidas a termo (MOREIRA; LIRA, 2009).



Nesse sentido, a prematuridade configura-se como uma das principais causas de mortalidade e morbidade infantil associada a condições perinatais no Brasil, sendo responsável por 45% das mortes entre os recém-nascidos. O Brasil é um dos dez países responsáveis por 60% dos nascimentos prematuros do mundo, com mais de 250.000 nascimentos prematuros em 2010 (WHO, 2012).

Diante do avanço biotecnológico e do aprofundamento técnico-científico por parte dos profissionais que atuam com RNPT, observa-se redução da mortalidade dessa população. Em contrapartida, nota-se aumento das morbidades crônicas que estão relacionadas com déficit de crescimento e de neurodesenvolvimento. O crescimento e o desenvolvimento infantis são eixos de referência para todos os projetos de atenção à criança e ao adolescente, com envolvimento dos aspectos biológico, afetivo, psíquico e social da criança e de sua família (PROCIANOY; SILVEIRA, 2012).

Visando auxiliar o desenvolvimento neuropsicomotor do RNPT, vê-se o aleitamento materno exclusivo (AME) como uma das principais intervenções para a redução das mortes neonatais, além de ser um método eficaz e de baixo custo que propicia o contato e o fortalecimento de vínculo entre a díade mãe e bebê. O leite materno é a melhor escolha para o recém-nascido, pois oferece todos nutrientes necessários para o crescimento e o desenvolvimento neonatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b; WHO, 2008).

Entretanto, amamentar um RNPT constitui um processo difícil, devido às condições instáveis e à imaturidade fisiológica próprias dessa população. Além disso, algumas condições influenciam no início e na manutenção do AME em RNPT, tais como as condições psicológicas maternas e a assistência inadequada para promoção e apoio da amamentação pelos profissionais de saúde (DEMARI et al., 2011; RODRIGUES et al., 2013).

Sendo assim, o Brasil se destaca mundialmente por investir no aleitamento materno como importante política para a redução da mortalidade neonatal. Nesse contexto, destacam-se iniciativas como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para Lactentes e Crianças na Primeira Infância (NBCAL), a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano, o Método Canguru (MC) e a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (LUZ, 2016).

Diante dessas políticas de saúde pública, o fonoaudiólogo tem importante papel no incentivo ao AME, no desenvolvimento sensório-motor oral e no fortalecimento do desejo da mãe em amamentar, além de auxiliar no vínculo da díade mãe e bebê, sendo esse último um dos fatores que influenciam na alimentação complementar (JUNQUEIRA, 2015). Muitos

estudos apontam que a falta de promoção do vínculo da díade mãe e bebê com a família pelos profissionais de saúde na unidade neonatal caracteriza-se como outro fator que contribui para o desmame precoce do RNPT (SOARES, 2010; DEMARI et al., 2011).

Embora seja amplamente conhecida e divulgada a importância do aleitamento materno para os lactentes, tanto na sociedade quanto no meio científico, o desmame precoce e a adoção de mamadeiras desde o nascimento ainda são muito frequentes. Entre os fatores investigados para que o desmame precoce ocorra, encontram-se: prematuridade, intercorrências ao nascimento, baixo peso do recém-nascido, idade materna, situação socioeconômica e grau de instrução da mãe. Além desses, são mencionados: condições de trabalho materno, situação conjugal, apoio social, paridade materna, experiência anterior, intenção de amamentar, enfermidades da mãe, oferecimento de outro tipo de aleitamento ao lactente, “falta de leite”, “leite fraco”, problemas mamários, recusa do bebê, sentimentos maternos, entre outros (CRESTANI et al., 2012).

Quando o desmame do aleitamento materno não pode ser revertido, após orientações e acompanhamento dos profissionais ou em situações em que a mãe não está recomendada a amamentar, como no caso da mãe soropositiva para o vírus HIV e HTLV-1 e HTLV-2, a melhor opção para crianças totalmente desmamadas é o aleitamento artificial, por meio da oferta de fórmula láctea infantil (BRASIL.MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009a).

Diante da importância do aleitamento materno, o Ministério da Saúde preconiza a manutenção da amamentação exclusiva, sempre que possível, até os seis meses de vida. A partir daí, deve-se iniciar a alimentação complementar e todos os lactentes deverão receber alimentos complementares. Essa alimentação deve ser introduzida de forma lenta e gradual, e a amamentação deve ser mantida até dois ou mais anos de idade. Dos cinco aos oito meses, as crianças devem receber alimentos de transição, e, aos oito meses, já podem receber os alimentos consumidos pela família, desde que adaptados (amassados, desfiados, picados ou cortados). Nos dois primeiros anos de vida, a alimentação complementar adequada da criança em aleitamento materno é fonte para seu ótimo crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2003; BRASIL, 2010).

Esse início da introdução da alimentação complementar da criança dependerá da sua maturidade neurológica. Para bebês prematuros, emprega-se a idade corrigida como parâmetro de decisão. É muito comum a ocorrência de dificuldades na transição do leite materno para alimentação complementar em crianças nascidas prematuras, e seus determinantes são multifatoriais. Esses problemas alimentares em crianças prematuras podem estar relacionados à imaturidade inerente à sua situação e (ou) a déficits neurológicos,

morbidades do período neonatal, ou causadas pela memória dos múltiplos e desagradáveis procedimentos durante os períodos prévios de internação. Além dos aspectos acima citados, pode haver o envolvimento de fatores emocionais, socioeconômicos e da interação entre a criança e sua família, particularmente a sua mãe (SILVEIRA, 2012).

Portanto, o conhecimento e o aprofundamento do tema “introdução da alimentação complementar” e, especificamente, sua relação com o tipo de aleitamento devem favorecer a promoção da nutrição infantil adequada, o crescimento infantil satisfatório e o desenvolvimento de funções orais eficientes. Diante desse panorama e da importância do aleitamento para o desenvolvimento e a nutrição saudáveis, torna-se necessário o estudo da associação do tipo de aleitamento com a dificuldade na introdução da alimentação complementar em lactentes nascidos prematuros, o que constitui objetivo deste estudo.

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 PREMATURIDADE

Recém-nascido pré-termo (RNPT) ou prematuro é conceituado pela Organização Mundial de Saúde como todo aquele que nasce até o último dia da 37ª semana de gestação (259 dias, ou seja, 36 semanas e seis dias). Pode ser classificado, de acordo com sua idade gestacional, pela data da última menstruação materna, a ultrassonografia obstétrica do primeiro trimestre e pela classificação a partir do exame físico realizado pelo neonatologista (WILLIAMS, 2008).

No caso do RNPT, será necessário corrigir a idade, considerando que o ideal seria nascer com 40 semanas de idade gestacional. Deve-se descontar da idade cronológica do prematuro, as semanas que faltaram para sua idade gestacional atingir 40 semanas, ou seja, idade corrigida = idade cronológica (40 semanas idade gestacional em semanas). A idade corrigida, também designada idade pós-concepção, traduz o ajuste da idade cronológica em função do grau de prematuridade (RUGOLO, 2005).

A prematuridade é decorrente de circunstâncias diversas e imprevisíveis, em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade em geral um custo social e financeiro de difícil mensuração (RAMOS; CUMAN, 2009).

Nesse sentido, o avanço no tipo de assistência prestada ao recém-nascido pré-termo muito baixo peso (RNPTMBP) ou de baixa idade gestacional permitiu um aumento na taxa de sobrevivência dessas crianças (FREITAS et al., 2010). Entretanto, mesmo com a disponibilização de equipamentos modernos e de profissionais qualificados, as dificuldades alimentares ainda são motivo de preocupação (MELO et al., 2016).

Na década de 2000 a 2010, pôde-se observar, no Brasil, queda da natalidade. Em 2000, foram 3,2 milhões de nascimentos para 2,8 milhões no ano de 2010. Ao mesmo tempo, houve discreto aumento da prematuridade e do baixo peso ao nascer em nosso país, de 6,7% para 7,1% de nascimentos de crianças antes de completarem 37 semanas de idade gestacional. Os dados são do Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), a partir de estudos dos sistemas de informação utilizados pelo SUS (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

No ano de 2010, estimou-se que 14,9 milhões de nascimentos foram prematuros em todo mundo, o que equivale a 11,1% dos nascidos vivos. Relatório recente da Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta que 15 milhões de bebês nascem prematuramente todo ano,

numa proporção de um em cada 10 nascimentos, e essas taxas estão aumentando a cada ano. A prematuridade é a maior causa de mortes neonatais (WHO, 2012). O Brasil se encontra entre os 10 países com maior ocorrência de partos prematuros, junto com Índia, China, Nigéria, Paquistão, Indonésia, Bangladesh, Filipinas, Congo e Estados Unidos, que, em conjunto, somam 60% de todos os nascimentos prematuros no mundo. Ainda sobre dados mundiais, a taxa de prematuridade varia de 5 a 18% dos nascidos vivos em 184 países (BLENCOWE et al., 2012).

Já no Brasil, em um consolidado do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) realizado em 2011, verificou-se aumento da prematuridade em todas as regiões brasileiras. O percentual de nascidos vivos com duração da gestação inferior a 37 semanas apresentou grandes variações entre os anos de 2010 a 2011, no país. A região Norte lidera a mudança de perfil, com aumento na taxa de prematuridade, passando de 5,5% para 10%, seguida pela região Nordeste, que passou de 6% para 10,5%, e da região Centro-Oeste com aumento de 6,8% para 10% no percentual de prematuridade (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013a). Em 2013, constata-se que as taxas de nascimentos PT continuaram aumentando em todo o país. Na região Norte, a taxa de prematuridade foi de 12,1%, na região Nordeste de 11,3%, na região Sudeste 11,6%, na região Sul de 10,9% e na região Centro-Oeste 10,9% (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015).

A causa da prematuridade é multifatorial (WHO, 2014). Uma pesquisa a que se propôs estudar fatores associados à prematuridade em 140 casos demonstrou que, dentre os fatores obstétricos, predominou a pré-eclâmpsia (30%) e que, em 24% dos casos, a renda familiar era inferior a um salário mínimo (CHAGAS et al., 2009).

Atualmente, a prematuridade é a principal causa de mortalidade infantil abaixo dos cinco anos de idade, e foi responsável por um milhão de mortes em 2013 (WHO, 2014). Os sobreviventes a essa condição enfrentam um tempo de vida com deficiências variadas, que passam por problemas de aprendizado e sensoriais, entre outros déficits (BLENCOWE et al., 2012; WHO, 2014). É sabido que esse grupo é amplo e heterogêneo, com variação de deficiências, que vão das mais sutis às mais graves, com impacto fisiológico importante. Porém, diante da imaturidade de múltiplos órgãos e sistemas, o maior risco de morbimortalidade é inerente a prematuros, quando comparados a crianças nascidas a termo (MOREIRA; LYRA, 2009).

No entanto, a fragilidade física e imunológica do RNPT pode levá-lo a sofrer diversas intercorrências no período pós-natal, com necessidade de procedimentos invasivos e, assim, o desenvolvimento de doenças, o que deixa sequelas com impacto no desenvolvimento global

(FREITAS et al., 2010).

Uma pesquisa para conhecer os desfechos clínicos de mortalidade, reinternação e desenvolvimento em recém-nascidos prematuros egressos da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), utilizou como método uma coorte retrospectiva. Ao estudar 170 crianças após completarem 12 meses de vida, encontraram 100% de sobrevivida no período estudado. As reinternações chegaram a 39,4% e, desses 26,5% foram por afecções respiratórias. Sobre o desenvolvimento motor, as crianças estavam dentro do esperado para a idade, no que diz respeito a controle cervical (entre três e seis meses), sentar-se sem apoio (entre seis e nove meses) e ficar de pé apoiado (entre 10 e 12 meses) (NUNES; ABDALA; BEGHETTO, 2013).

Khashu et al. (2009) realizaram um estudo de base populacional a fim de comparar a mortalidade e a morbidade de lactentes pré-termo tardios com os nascidos a termo. Foram analisados o banco de dados dos nascidos entre 33 e 40 semanas de idade gestacional no período de abril de 1999 a março de 2002. Foi realizada uma coorte de nascimento em grupos pré-termo tardio (33-36 semanas) e no termo (37-40 semanas). Os autores compararam os dados de mortalidade e morbidade e os fatores maternos associados entre os dois grupos. Como resultado foi encontrado que os RNPT tardios costumam ser gerenciados como "quase termo" e tratados como "próximos ao normal". A pesquisa mostrou que a taxa de natimortos e a mortalidade infantil foram significativamente maior no grupo dos pré-termos (5,5 vezes) e que eles (RNPT) tiveram incidência significativamente maior de morbidade respiratória e maior tempo de internação hospitalar.

O objeto de outro estudo foi avaliar a influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo através de um estudo prospectivo com RNPT com idade gestacional menor ou igual a 36 semanas. Foram incluídos 67 RN, distribuídos em dois grupos segundo o tempo de hospitalização: grupo A, formado por RN com período de internação menor ou igual a 34 dias; e grupo B, formado por RN com período de hospitalização maior que 34 dias. Foram avaliados, por meio da escala motora infantil de Alberta AIMS, que avalia a motricidade ampla do RN pela observação de 58 itens agrupados em quatro subescalas que descrevem a movimentação espontânea e as habilidades motoras em posições básicas, incluindo prono, supino, sentado e de pé. Os RN foram avaliados na primeira consulta do ambulatório de seguimento, quando estavam entre 39 a 44 semanas de idade corrigida. No grupo com tempo de internamento acima de 34 dias, estavam os bebês com menor idade gestacional e peso ao nascimento. Os autores afirmam que o tempo de hospitalização influencia no desenvolvimento neuromotor (GIACHETTA et al., 2010).

Araújo, Eickmann e Coutinho (2013) afirmam que as alterações do desenvolvimento motor em crianças nascidas prematuras podem se manifestar precocemente, e tais problemas se revelam como atrasos significativos ou com desempenho motor sem impactos funcionais. Os autores realizaram um estudo descritivo com 98 crianças com idade gestacional pós-conceptual acima de 34 semanas, avaliadas antes da alta hospitalar. O desenvolvimento motor foi avaliado através do Test of Infant Motor Performance (TIMP). Encontraram 38% de alteração no desenvolvimento motor, sendo que, do total, 74,5% eram crianças pequenas para a idade gestacional (PIG). As variáveis, utilização de oxigenoterapia, ventilação invasiva, peso ao nascer, idade no momento da avaliação, ocorrência de hipóxia e displasia broncopulmonar, além de maior tempo de internamento em UTIN estiveram associadas às alterações no desenvolvimento motor.

O crescimento e o desenvolvimento de todos os prematuros de extremo baixo peso devem ser monitorizados após a alta hospitalar, afirma Rugolo (2005). Completa que esse acompanhamento é necessário para garantir que as crianças e suas famílias recebam atenção direcionada e seu prognóstico seja otimizado. A sobrevivência de prematuros de extremo baixo peso é uma realidade, e o artigo de revisão apresenta os principais fatores de risco preditores do prognóstico de neurodesenvolvimento. Entre os fatores biológicos, elencam idade gestacional menor ou igual a 25 semanas, peso ao nascimento menor que 750g e alterações graves a ultrassonografia de crânio; entre os fatores ambientais estão baixa condição socioeconômica e pais usuários de drogas. Como fatores de proteção, o artigo traz participação efetiva da família e temperamento da criança. É importante registrar que esse estudo de revisão aborda sobre diversas deficiências que a criança prematura extrema pode sofrer, e não traz nenhuma questão sobre alimentação.

Sendo assim, o seguimento ambulatorial do pré-termo se faz necessário justamente pela premissa de que sua sobrevivência vem aumentando e a redução da mortalidade é uma realidade, mas as incidências crônicas que envolvem déficit de crescimento e atraso no neurodesenvolvimento não são muito bem conhecidas. Esses dados são fundamentais para o estabelecimento de planejamentos de intervenção em sobreviventes à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) no Brasil (PROCIANOY; SILVEIRA, 2012).

## **2.2 ALEITAMENTO**

O leite materno é a primeira alimentação de toda criança, necessária e adequada a seu desenvolvimento na fase inicial da vida. Após o parto, vem o momento da amamentação do



bebê, e, sabe-se que o aleitamento materno (AM) é um importante componente da alimentação infantil (GONÇALVES, 2014).

O AM é o modo mais natural e seguro de alimentação para a criança pequena, devendo ser exclusivo até os seis meses. A partir dessa idade, deve haver complementação com outros alimentos, mas o aleitamento ao peito pode ser mantido beneficemente até dois anos ou mais.

Além disso, a amamentação favorece o vínculo entre mãe e filho, facilitando o desenvolvimento emocional, cognitivo e do sistema nervoso. O leite materno também fortalece a imunidade, mantém o crescimento e o desenvolvimento normal da criança, trazendo melhoria no processo digestório e no sistema gastrintestinal (SILVA et al., 2007).

Para o RNPT, a recomendação do AM tem sido defendida com base nas propriedades imunológicas do leite humano (LH), no seu papel na maturação gastrintestinal, na formação do vínculo entre mãe e filho e no melhor desempenho neurocomportamental apresentado pelas crianças amamentadas. Durante o AM, a coordenação da sucção, deglutição e respiração dos prematuros é maior (SILVA; ALMEIDA, 2015).

São bem discutidos na literatura os benefícios do leite humano. O LH é um líquido complexo, que contém carboidratos, proteína, lipídios, vitaminas, minerais, substâncias imunocompetentes (imunoglobulina A, enzimas, interferon), além de fatores tróficos ou moduladores de crescimento. Devido à sua composição nutricional balanceada, o leite humano é considerado um alimento completo e suficiente para atender às necessidades nutricionais da criança durante os seis primeiros meses de vida (COSTA; SABORENSE, 2010).

A fim de promover o apoio ao aleitamento materno, foram criadas diversas ações e políticas nacionais e internacionais para a promoção, proteção e apoio ao AME. Dentre essas políticas, destaca-se historicamente, no mundo, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), criada em 1990 pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), cuja meta é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, com recomendações denominadas “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Outra estratégia voltada para recém-nascidos pré-termo e de baixo peso foi a implementação no Brasil, na década de 90, do Método Canguru (MC), que tem como componentes principais a posição canguru (contato pela a pele), a amamentação exclusiva, e o seguimento após a alta hospitalar (CHARPAK; RUIZ-PELÁEZ, 2006).

Visando qualificar, reforçar e incentivar a promoção do aleitamento materno e da alimentação saudável para crianças menores de dois anos no âmbito do Sistema Único de

Saúde (SUS), foi lançada, em 2013, a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no SUS – Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil –, que surgiu da integração de outras duas políticas: a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para a Alimentação Complementar Saudável (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013b).

O conhecimento das taxas de aleitamento materno é importante para a elaboração de políticas públicas e a implementação de ações nos serviços de saúde e em comunidade. Uma pesquisa realizada no Brasil, em 2009, para verificar a prevalência de AME em crianças menores de seis meses nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, demonstrou que a prevalência do AME foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras. Em geral, a duração mediana do AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) e a duração mediana do aleitamento materno foi de 341,6 dias (11,2 meses) no conjunto das capitais brasileiras e no Distrito Federal (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b).

Apesar de o AME ser desejável e benéfico, observa-se pouco sucesso na amamentação entre mães de neonatos prematuros, por ainda existirem muitas barreiras hospitalares à amamentação, principalmente em serviços de neonatologia para RN de alto risco. Com frequência, o desmame do peito ocorre antes mesmo da alta do RNPT da unidade neonatal.

Diante disso, existem circunstâncias em que o aleitamento materno não é possível. Nesses casos específicos, é recomendado o uso de fórmulas lácteas modificadas para lactentes, que, embora ainda não tenham conseguido reproduzir as propriedades imunológicas e a digestibilidade do leite materno, atendem às necessidades nutricionais estimadas, quando utilizados como fonte única de nutrientes, durante os primeiros seis meses de vida (LEITE; SANTOS; FEFERBAUM, 2005).

Os avanços tecnológicos da indústria de alimentação modificaram, ao longo da história da humanidade, os padrões de alimentação infantil, tais como a duração do aleitamento materno, o uso de alimentos complementares e de fórmulas lácteas. Atualmente e em virtude desses avanços, é possível produzir fórmulas infantis com composição nutricional semelhante à do leite materno (MELO; GONÇALVES, 2014).

Esses avanços permitiram a criação de produtos capazes de contribuir para a diminuição da desnutrição, compensar as deficiências de digestão e absorção, lidar com problemas alérgicos e com refluxo gastroesofágico. Por outro lado, a influência dessas mudanças corroborou a diminuição da amamentação, com conseqüente, predomínio do aleitamento artificial (CASTILHO; BARROS FILHO, 2010).

Portanto, as fórmulas infantis foram criadas com a finalidade de se assemelhar ao leite materno, embora sua composição não se iguale às propriedades fisiológicas do leite humano, que são específicas da mãe para o próprio filho. As fontes de carboidratos, proteínas e outros componentes presentes nas fórmulas infantis diferem em identidade e qualidade dos componentes do leite humano (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Estudos científicos comprovam a importância e a superioridade do leite humano em relação aos leites de outras espécies. A introdução precoce de outros alimentos (antes do sexto mês) pode estar associada a aumento de episódios de diarreia, hospitalizações por doença respiratória, diminuição na absorção de minerais como o ferro e o zinco, importantes para o crescimento e o desenvolvimento infantil, bem como ao maior risco de desnutrição, tanto pela possibilidade da hiperdiluição das fórmulas lácteas, como pela oferta inadequada de outros alimentos (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Czechowski e Fujinaga (2010), diante da escassez de estudos, propuseram verificar a prevalência do aleitamento materno na população de prematuros e de baixo peso ao nascer, principalmente no seguimento após a alta hospitalar. No que se refere ao seguimento ambulatorial, dos 156 prontuários estudados, verificaram que apenas 36 bebês foram atendidos pelo serviço de fonoaudiologia aos seis meses de idade. A prevalência do aleitamento materno exclusivo foi de 22,2%, contra 77,8% em ausência de aleitamento materno exclusivo (33,3% em aleitamento misto e 44,5% em aleitamento artificial).

Baldrighi et al. (2001) e Praetzel et al.(2002) relacionaram o tipo de aleitamento e hábitos bucais deletérios, em que foram observados resultados significativos, principalmente quanto à sucção de chupeta. Quanto menor a frequência do AM maior a presença de hábitos orais deletérios.

Acredita-se que a qualidade da assistência oferecida à díade mãe e bebê, no momento do parto, no puerpério e na UTIN, tem melhorado ao longo dos anos e muitas estratégias foram implantadas para incentivar a prática da amamentação e facilitar o vínculo entre mãe e filho. Considera-se também que outras variáveis interferem negativamente no AM, como o tempo de hospitalização e o desejo de amamentar das mães, especialmente das mães de RNPT. Assim, estratégias devem ser incrementadas para incentivar o AM, contemplando as dificuldades vivenciadas pela mãe e pela família, principalmente em neonatos que por alguma razão, tiveram que permanecer hospitalizados.

### 2.3 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

A alimentação complementar compreende o período em que qualquer alimento nutritivo, sólido ou líquido, diferente do leite humano, é oferecido à criança em adição ao leite materno. Os alimentos de transição são aqueles especialmente preparados para as crianças antes de passarem a receber os alimentos consumidos pela família (PAHO/WHO, 2003; WHO/UNICEF, 1998).

Essa introdução da alimentação complementar, normalmente tem seu início aos seis meses, a fim de suprir as necessidades nutricionais e completar as numerosas qualidades e funções do leite materno (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Em uma complementação adequada, devem ser considerados tanto o equilíbrio de alimentos com quantidade apropriada de micro e macro nutrientes, livres de contaminação, de fácil acesso e de custo aceitável, como o preparo a partir dos alimentos habituais e de rotina da família (CAETANO et al., 2010; CORRÊA et al, 2009). Inicialmente, o alimento deve apresentar consistência pastosa e espessa. A partir dos oito meses, dá-se início à oferta de alimentos de mais consistentes, os quais podem ser amassados, picados ou cortados em pequenos pedaços. Até os 12 meses, a criança já deve estar se alimentando com os mesmos alimentos consumidos pela família e também com o leite materno (BRUSCO; DELGADO, 2014).

Essa fase de alimentação complementar é considerada como um período de grande vulnerabilidade para a criança, principalmente porque é o momento em que lhe serão apresentados não somente novos alimentos, como também será modificado o meio ou utensílio utilizado para sua oferta. As dificuldades de alimentação nas crianças prematuras têm sido estimadas entre 25% e 45% (PAGLIARO et al., 2016).

Desde o nascimento até o momento em que a criança se mostra capaz de se alimentar autonomamente, sua alimentação passa por diversas mudanças. Entretanto, tais mudanças nem sempre são bem aceitas pela criança ou pelos pais, podendo ocasionar o aparecimento de dificuldades relativas à alimentação no momento de introdução de consistências. Comportamentos como recusa alimentar, vômitos, náuseas, choro, irritação, engasgos e tosse podem estar presentes nesse período, principalmente em bebês prematuros (CHATOOR, 2009).

Nesse contexto, importa realçar a influência da alimentação da criança nos primeiros meses de vida para seu crescimento e desenvolvimento futuro, já que se trata de um dos períodos de vida mais críticos para o estabelecimento das bases de uma boa saúde, bem como o mais vulnerável a possíveis traumas e rupturas. Efetivamente, essa é uma fase de transição

particularmente crítica e sensível da vida humana para recém-nascidos (RN) e lactentes, visto que é condicionada por sua imaturidade gástrica e metabólica (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

O RNPT acaba por ser exposto, várias vezes, a procedimentos que lhe promovem estímulos adversos, além de outros procedimentos necessários, ficando por isso, impedidos de receber estímulos orais e sensações agradáveis extremamente importantes para seu desenvolvimento. É conhecido que o desenvolvimento de problemas alimentares na infância contribui, em longo prazo, para problemas nutricionais com déficits de crescimento, além de grandes problemas práticos emocionais e familiares (HAWDON et al., 2000).

Portanto, a alimentação adequada é fundamental, principalmente durante a infância, como premissa de garantir o crescimento e o desenvolvimento adequado a criança. A prática de uma dieta balanceada e hábitos alimentares saudáveis desde a infância proporcionam níveis ideais de saúde e favorecem o desenvolvimento físico e intelectual, reduzindo o risco dos transtornos causados por deficiências nutricionais comuns nesse estágio de desenvolvimento. A combinação do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e as práticas alimentares saudáveis durante a alimentação complementar, com a introdução dos grupos alimentares de uma forma global, diminuem significativamente a mortalidade infantil nesse período, além de fornecer um aporte adequado de nutrientes para a criança (ALLEO; SOUZA; SZARFARC, 2014)

Entre os diversos aspectos de neurodesenvolvimento de crianças nascidas prematuras, a presente pesquisa se interessa pelo estudo da introdução da alimentação de transição nessa população. Não é possível abordar essa etapa do desenvolvimento sem conceber que o recém-nascido prematuro pode passar por situações de dificuldades relacionadas à alimentação e à nutrição no período em que permanecem em UTI, se assim ocorrer. Dados indicam que RNPT podem ter problemas com alimentação após sua alta hospitalar, que podem estar relacionados às intervenções médicas e a procedimentos necessários para o seu tratamento (ROSS; BROWNE, 2013). Além dos aspectos citados nesta revisão de literatura, muitos prematuros experimentam uma situação de déficit nutricional durante a hospitalização, o chamado ‘crescimento extrauterino restrito’, que pode ter impacto sobre o seu neurodesenvolvimento (SILVEIRA, 2012).

A partir do sexto mês de vida, aproximadamente, a criança atinge o estágio de desenvolvimento geral e neurológico para receber outros alimentos que não somente o leite materno (DELANEY; ARVEDSON, 2008). As mudanças de comportamento no segundo

semestre de vida, somadas às mudanças anatomofuncionais do sistema sensorio motor oral, permitem movimentação mais livre das estruturas orais e, em consequência, modificação do padrão de sucção para um padrão mais maduro, com a introdução da colher para alimentação. Deve-se levar em consideração que, nessa etapa do desenvolvimento, a criança deve possuir a capacidade de manter-se na posição vertical quando colocada sentada, com maior liberdade de movimento, inclusive para rotação de tronco, dissociando a cintura escapular da região oral ou da mandíbula, permitindo mais sucesso na alimentação complementar (DELANEY; ARVEDSON, 2008).

A alimentação tem sido descrita como um processo do neurodesenvolvimento que necessita de uma série de aquisições dependentes da organização e habilidade para regular simultaneamente a função autonômica, a motricidade orofacial, o comportamento, entre outros aspectos (BROWNE; ROSS, 2011). Assim, o início da alimentação complementar depende da maturidade neurológica da criança. Para os bebês prematuros, emprega-se a idade corrigida como parâmetro de decisão (SILVEIRA, 2012). A prematuridade, sua gravidade e as intervenções sofridas por essa população estão positivamente correlacionadas com atraso na aquisição das etapas de alimentação (PICKLER et al, 2006).

Giugliani e Victora (2000) publicaram revisão sobre a alimentação complementar e as recomendações para sua instituição com criança em aleitamento materno. Com vistas à saúde da criança e do adolescente, afirmam que a adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção da morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição e sobrepeso.

Araújo (2004) propôs um estudo cujo objetivo foi analisar, em crianças de cinco a oito meses de idade com dificuldade na alimentação complementar, aspectos do desenvolvimento motor global e sensorio-motor oral. Foi observado, em 88 crianças, que 31,8% das mães (28/88) ou substitutas relataram dificuldades na transição da alimentação. Crianças cujas mães relataram dificuldade na introdução de novos alimentos, registrou-se variação no tempo de aleitamento materno exclusivo entre sete e 201 dias. Os hábitos orais de sucção de chupeta e (ou) sucção digital foram constatados em 70,5% (62/88) das crianças que participaram desse estudo, sendo 64,3% (18/28) pertencentes ao grupo que referiu dificuldade por ocasião da introdução de novos alimentos.

Um estudo brasileiro, a partir de uma coorte que acompanhou 20 crianças com prematuridade extrema, do nascimento aos 24 meses de vida, constatou que os períodos críticos de atraso do desenvolvimento são os 6, 9 e 18 meses de idade corrigida. A amostra da

pesquisa apresentou 55% de crianças com desenvolvimento neuromotor inadequado e, após 24 meses de idade corrigida, 18% ainda mantinham alterações. Tais crianças foram estudadas quanto a: função auditiva, sistema sensorio motor oral, função de alimentação, tônus muscular, atitudes, posturas e aquisições motoras pertinentes à idade (FREITAS et al., 2010).

Uma pesquisa exploratória de corte transversal analisou os aspectos do desenvolvimento motor global e sensorio motor oral de crianças com dificuldade na alimentação complementar. De 88 díades, crianças com suas mães ou substitutas, 31,8% relataram dificuldades nesse processo. A investigação aponta para uma tendência que envolve a relação entre o momento oportuno de introduzir novos alimentos e os aspectos do desenvolvimento motor global e sensorio motor oral (ARAÚJO, 2004).

Vieira et al. (2004), ao pesquisarem sobre hábitos alimentares de crianças menores de um ano, amamentadas e não amamentadas, através de aplicação de questionário para 2.319 mães, encontraram que as crianças amamentadas, quando comparadas às não amamentadas, tiveram a introdução dos alimentos complementares em ocasião mais adequada.

Tratando de fatores que interferem na alimentação complementar de crianças de cinco a oito meses, Santos, Lima e Javorski (2007), em uma pesquisa com 101 díades mãe e bebê, identificaram que 67,3% das mães proporcionaram amamentação exclusiva às crianças, e que, em 79,2% dos casos, não houve alimentação complementar adequada às orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde. A mãe, principal responsável pelos cuidados da criança, sofria influências do seu ambiente familiar e da sociedade em que está inserida.

No que diz respeito às habilidades orais de crianças nascidas pré-termo, Ruedell et al. (2011) estudaram 14 crianças aos quatro e seis meses de idade corrigida. Dessas, 78,6% realizavam a retirada do alimento da colher de forma ineficiente e 57,1% tiveram dificuldades no uso do copo aos seis meses. Em um estudo transversal, Brusco e Delgado (2014) caracterizaram o desenvolvimento da alimentação de crianças prematuras ente três e 12 meses de idade. A amamentação exclusiva ocorreu em 37,5% da amostra, e houve relatos de dificuldades alimentares em 53,1% dos casos. As autoras demonstram a associação entre recusa alimentar, prematuridade extrema e extremo baixo peso, além da associação entre flacidez de lábios, língua e bochechas e prematuridade extrema.

Diante disso, os transtornos de alimentação são problemas de ampla gama de atividades, e podem estar ou não acompanhados de dificuldades de deglutição. Pode ser caracterizado por recusa alimentar, comportamento interruptivo da refeição, preferências alimentares rígidas, crescimento abaixo do ideal e incapacidade de autoalimentar-se nas etapas adequadas. Essas alterações são as mais comuns, relatadas pelas famílias aos

profissionais da saúde sobre as crianças na fase pré-escolar (DELANEY; ARVEDSON, 2008). De acordo com Linscheid et al. (2003) (apud Delaney e Arverdson, 2008), a incidência estimada das alterações de alimentação variam de 25 a 45% em crianças com desenvolvimento típico e de 80% com alterações de desenvolvimento.

Os temas referentes à alimentação e à deglutição infantil são abordados na literatura como atividades da vida diária que dependem de integração de diversos sistemas, e estão estreitamente relacionados com o desenvolvimento. Tem se conhecido cada vez mais sobre fisiologia da alimentação e deglutição e também sobre a etiologia e importância das suas alterações, contribuindo, assim, com a saúde dos indivíduos com alterações do neurodesenvolvimento e de suas famílias (PETERSEN; ROGERS, 2008).

A introdução de outros alimentos na dieta infantil deve ocorrer em momento oportuno, em quantidade e qualidade adequadas às fases do desenvolvimento infantil. Nesse período, ocorre a formação dos hábitos alimentares (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014). Portanto, a correta introdução dos alimentos por profissionais especializados tem importante papel na promoção da saúde, além de proteger a criança de deficiências de micronutrientes e doenças crônicas na idade adulta.



### **3 OBJETIVOS**

### 3.1 OBJETIVO GERAL

Investigar se existe associação entre o tipo de aleitamento e a dificuldade na introdução da alimentação complementar em lactentes nascidos prematuros.

### 3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever a ocorrência de dificuldades durante o processo de introdução da alimentação complementar na população estudada.
- Caracterizar o tipo de aleitamento (aleitamento materno exclusivo, aleitamento artificial exclusivo e aleitamento misto) utilizado pelo prematuro antes da introdução da alimentação complementar.

## **4 CASUÍSTICA E MÉTODOS**

#### 4.1 DESENHO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional de caráter exploratório, de corte transversal.

#### 4.2 LOCAL E POPULAÇÃO ESTUDADA

O estudo foi realizado com díades compostas por crianças nascidas prematuras, de ambos os sexos, e suas mães e (ou) seu substituto, que frequentam os ambulatórios de seguimento do recém-nascido de alto risco (*Follow-up*) na Maternidade Climério de Oliveira (MCO), no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) e na Maternidade de referência Prof. José Maria de Magalhães Netto (MRJMMN), todas localizadas na cidade de Salvador - BA.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Foram incluídas, neste estudo, crianças nascidas prematuras, isto é, nascidas até o último dia da 37<sup>a</sup> semana gestacional (259 dias ou 36 semanas e 6 dias), nas Maternidades Climério de Oliveira (MCO), no Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) e na Maternidade de referência Prof. José Maria de Magalhães Netto (MRJMMN), e cujos pais e (ou) responsáveis tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

As crianças, de ambos os sexos, estavam em acompanhamento com a equipe multiprofissional em Ambulatório de seguimento do recém-nascido de alto risco (*Follow-up*), nas respectivas instituições, e haviam iniciada a alimentação complementar.

#### 4.4 CRITÉRIOS DE NÃO INCLUSÃO

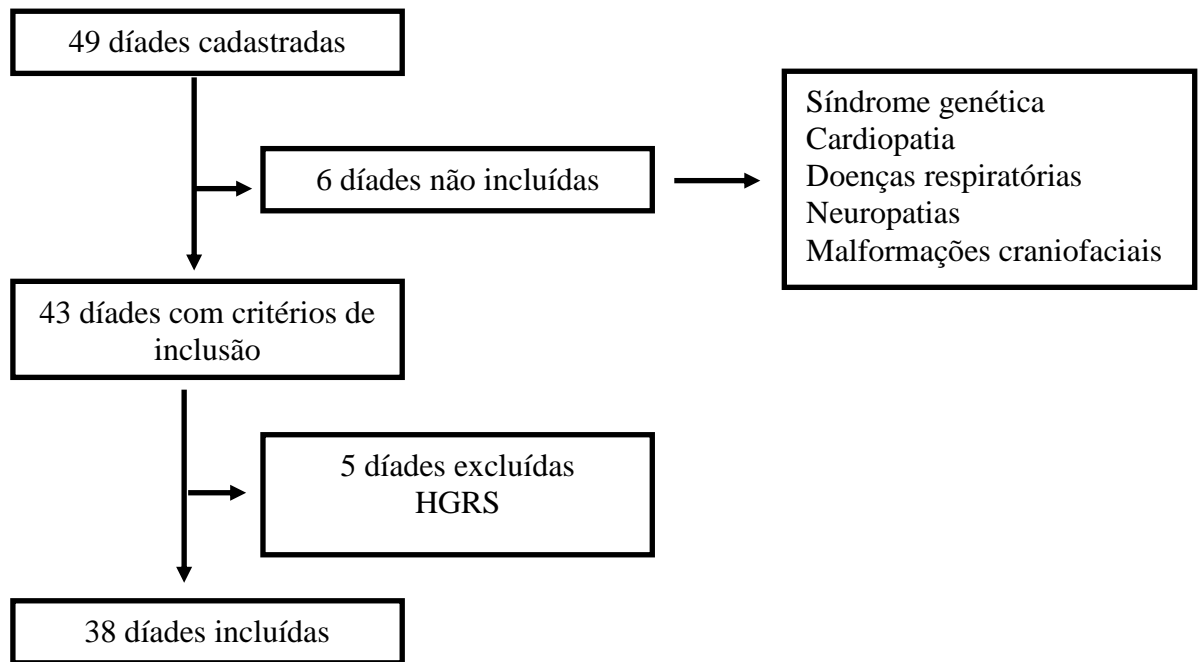
No estudo, não foram incluídas crianças que tiveram diagnóstico médico de neuropatias, síndromes, malformações craniofaciais, com cardiopatias e doenças respiratórias graves que as impediam de se alimentar de forma segura, e crianças que evoluíram com disfagia orofaríngea ou esofágica. Não entraram no estudo crianças em uso de via alternativa de alimentação.

Outro critério de não inclusão na pesquisa foi relativo a crianças cujos informantes não participassem do seu processo de alimentação.

#### 4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Por questões burocráticas do Hospital Geral Roberto Santos para acesso aos prontuários, os participantes dessa instituição foram excluídos do estudo. Na figura 1 apresenta o fluxograma de inclusão das díades mãe-bebê no estudo.

**Figura 1** – Fluxograma de participantes incluídos na pesquisa.



#### 4.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu nos ambulatórios de seguimento do recém-nascido de alto risco (*FollowUp*) das maternidades: Climério de Oliveira (MCO), Maternidade do Hospital Geral Roberto Santos (HGRS) e Maternidade de referência Prof. José Maria de Magalhães Netto (MRJMMN), na ocasião das consultas de rotina de cada família. As crianças que já iniciaram a alimentação complementar, com idade entre seis a 24 meses de vida (idade gestacional corrigida) foram selecionadas para o estudo.

O Protocolo de coleta dos dados de interesse (APÊNDICE 1), construído e aplicado pela pesquisadora foi dividido em três partes, sendo composto por uma entrevista estruturada (Partes A e B) aplicado as mães ou seus substitutos, e por revisão de prontuários dos participantes (Parte C).

Na parte A, foram investigados os dados de identificação da criança, da genitora ou seu substituto, além de dados demográficos e socioeconômicos.

Na parte B, foram pesquisados o tipo de aleitamento até os seis meses de idade corrigida do prematuro, a existência de hábitos parafuncionais e a ocorrência de dificuldades no processo de introdução da alimentação complementar.

A presença de dificuldade no processo de introdução alimentar foi investigada através da percepção da mãe diante de comportamentos defensivos dos filhos, durante as refeições no último mês. Inicialmente, a pesquisadora realizou uma pergunta objetiva sobre a presença de dificuldade de introdução da alimentação complementar, e em seguida aplicou o *checklist* proposto pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), de eventos que determinam dificuldade no processo de alimentação durante as refeições da criança.

**Quadro 2** – *Checklist* de eventos que determinam a dificuldade no processo de alimentação.

Presença de comportamento defensivo
Chorar ao ver o alimento
Arquear o corpo no momento da oferta
Recusar abrir a boca
Reflexo de náusea constante
Demanda aumentada de tempo para as refeições e lanches (+ 40 min)
Seletividade por tipo de alimento e (ou) textura
Recusa para sólidos
Recusa alimentar
Dificuldade por parte da criança em obter o alimento, mastigar ou engolir.

Fonte: SBP (2012)

Uma resposta afirmativa a qualquer item do *checklist* era considerada como indicação de dificuldade alimentar apresentada pela criança.

A parte C contemplou as variáveis clínicas de interesse, tais como idade gestacional, peso ao nascer, tipo de parto, uso de suporte ventilatório, via alternativa de alimentação e *apgar* no primeiro e quinto minuto.

A coleta de dados foi iniciada após os responsáveis legais pela criança serem contatados para explanação dos objetivos da pesquisa. Os que consentiram em participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 2).

#### 4.7 PERÍODO DE COLETA DE DADOS:

O período da coleta de dados foi de março de 2016 a junho de 2016, por amostra de conveniência.

#### 4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

O banco de dados foi criado no Excel 2007 e analisado no *software* R (versão 3.3.1). Foi realizada análise descritiva (média, desvio padrão, mediana e quartis).

Para verificar a existência de associações entre as variáveis qualitativas, foi aplicado o teste Qui-Quadrado ou o teste Exato de Fisher e, para identificar diferenças significativas entre a idade de mãe de acordo, com o tipo de aleitamento, foi usada a ANOVA. O nível de significância estabelecido para este trabalho foi de 5%.

#### 4.9 ÉTICA EM PESQUISA

O presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Climério de Oliveira (MCO) da UFBA, tendo recebido o parecer de aprovação 1.376.761. As coletas foram iniciadas após aprovação pelo CEP/MCO.

Participaram desse estudo apenas os responsáveis dos participantes que autorizaram a coleta por escrito através de Consentimento Informado com base na Resolução nº 466/2012 do Ministério da Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Os indivíduos da pesquisa poderiam se afastar a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para eles. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade das informações, não constando os nomes dos participantes nas bases de dados, como também nos relatórios e demais publicações que venham a ser geradas.

A pesquisadora declarou não ter conflito de interesse na execução do projeto.

## **5 RESULTADOS**



## 5 RESULTADOS

### 5.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS E CLÍNICAS DOS PARTICIPANTES

A amostra foi composta por 38 crianças, 23 (60,5%) do sexo feminino. Quanto ao parto, 27 (71,1%) crianças da amostra nasceram de parto do tipo cesárea. Em relação aos aspectos sociodemográficos, 31 (81,6%) responsáveis declararam ser casados e 28 (73,7%) tinham renda mensal entre 1 e 2,9 salários mínimos.

**Tabela1** – Distribuição das características demográficas dos lactentes prematuros (N=38), Salvador-BA (2016)

<b>Variáveis</b>	<b>n=38</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	23	60,5
Masculino	15	39,5
<b>Situação conjugal</b>		
Casado (a) ou companheiro (a)	31	81,6
Solteiro (a)	4	10,5
Separado (a)	3	7,9
<b>Renda (S. M.)</b>		
< 1	7	18,4
1 e 2,9	28	73,7
>3	3	7,9
<b>Tipo de parto</b>		
Normal	11	28,9
Cesárea	27	71,1

S.M.: salário mínimo.

A média de idade das mães foi de 30,6 anos (desvio padrão de 7,0) e a média de idade dos pais foi de 32,5 anos (desvio padrão de 7,2). A mediana do apgar no primeiro minuto foi de 8,0 [5,8 – 8,0], e a mediana no quinto minuto foi de 8,5 [7,0 – 9,0].

**Tabela 2** – Distribuição das idades materna e paterna, apgar no 1º e 5º minuto ao nascer e início da alimentação complementar dos lactentes prematuros, Salvador-BA (2016)

<b>Variáveis</b>	<b>Média</b>	<b>Dp</b>
<b>Idade da mãe</b>	30,6	7,0
<b>Idade do pai</b>	32,5	7,2
<b>Início da alimentação</b>	6,2	0,9
	<b>Mediana</b>	<b>q1-q3</b>
<b>Apgar 1º minuto</b>	8,0	5,8 - 8,0
<b>Apgar 5º minuto</b>	8,5	7,0 - 9,0

A tabela 3 apresenta as características clínicas relacionadas a idade gestacional, peso ao nascimento, tipo de aleitamento até o sexto mês de idade corrigida, hábitos parafuncionais e uso de suporte ventilatório dos lactentes nascidos prematuros. Todas as crianças da amostra (N=38) fizeram uso de via alternativa de alimentação e nenhuma criança em aleitamento materno exclusivo fez uso de algum tipo de hábito parafuncional antes do sexto mês de idade gestacional corrigida.

**Tabela 3** – Distribuição das características clínicas dos lactentes prematuros, Salvador-BA (2016)

<b>Variáveis</b>	<b>n=38</b>	<b>%</b>
<b>Idade gestacional</b>		
Prematuro extremo	2	5,3
Muito prematuro	22	57,9
Prematuro moderado	14	36,8
<b>Peso ao nascimento</b>		
Extremo baixo peso	2	5,3
Muito baixo peso	22	57,9
Baixo peso	14	36,8
<b>Tipo de aleitamento</b>		
AME	17	44,7
Artificial	9	23,7
Misto	12	31,6
<b>Hábitos parafuncionais</b>		
Sim	23	60,5
Não	15	39,5
<b>Tipo de hábito parafuncional</b>		
Chupeta	2	8,7
Mamadeira	6	26,1
Chupeta e Mamadeira	15	65,2
<b>Uso de suporte ventilatório</b>		
Sim	20	52,6
Não	18	47,4

AME= Aleitamento Materno Exclusivo

## 5.2 CARACTERIZAÇÃO DAS DIFICULDADES NA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Questionados quanto à sua percepção geral, 50% dos pais responderam que seus filhos não apresentaram dificuldade de alimentação no último mês. No entanto, quando aplicado *checklist*, 28 (73,7%) pais relataram que seus filhos apresentavam pelo menos um comportamento defensivo no momento da refeição. A Tabela 4 apresenta o percentual de respostas positivas quanto à ocorrência de todos os comportamentos defensivos investigados.

**Tabela 4** – Distribuição das dificuldades na alimentação complementar apresentados pelos lactentes prematuros, Salvador- BA (2016)

<b>Variáveis</b>	<b>n=38</b>	<b>%</b>
<b>Chora</b>	3	7,9
<b>Arquear</b>	10	26,3
<b>Recusa abrir a boca</b>	16	42,1
<b>Náusea</b>	7	18,4
<b>Tempo aumentado*</b>	8	21,1
<b>Seletividade</b>	11	28,9
<b>Recusa sólido</b>	6	15,8
<b>Recusa alimentar</b>	10	26,3
<b>Dificuldade de mastigar e engolir</b>	8	21,1

\*tempo aumentado durante as refeições (>40 minutos)

Não houve associação entre número de comportamentos defensivos apresentados pelos lactentes prematuros e tipo de aleitamento. A tabela 5 apresenta o número de respostas positivas das mães em relação aos comportamentos apresentados pelos lactentes durante as refeições referente ao último mês e o tipo de aleitamento destes lactentes até o sexto mês de vida corrigido.

**Tabela 5** – Distribuição do tipo de aleitamento e número de componentes defensivos apresentados pelos lactentes durante as refeições, Salvador-BA (2016)

<b>Variáveis</b>	<b>Tipo de aleitamento</b>						<b>p-valor</b>
	<b>AME</b>		<b>Artificial</b>		<b>Misto</b>		
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	
<b>Nº de componentes de dificuldade</b>							0,957
Nenhum	4	23,5	3	33,3	3	25,0	
Um	5	29,4	1	11,1	2	16,7	
Dois	3	17,7	1	11,1	2	16,7	
Três ou mais	5	29,4	4	44,5	5	41,6	

### 5.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE TIPO DE ALEITAMENTO E DIFICULDADE NA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

No presente estudo, pôde-se observar associação entre o tipo de aleitamento e dificuldade na introdução da alimentação complementar dos prematuros. Após a aplicação do *checklist*, o item recusa alimentar apresentou maior associação ( $p=0,033$ ) com aleitamento artificial, sendo que 44,4% dos lactentes apresentavam esse comportamento defensivo durante as refeições.

**Tabela 6** – Distribuição dos tipos de aleitamento e dificuldade na alimentação complementar nos lactentes prematuros, Salvador-BA (2016)

Variáveis	Tipo de aleitamento						p-valor
	AME		Artificial		Misto		
	N	%	n	%	n	%	
<b>Chora</b>							0,589
Sim	2	11,8	1	11,1	-	-	
Não	15	88,2	8	88,9	12	100,0	
<b>Arquear</b>							0,461
Sim	6	35,3	1	11,1	3	25,0	
Não	11	64,7	8	88,9	9	75,0	
<b>Recusa abrir a boca</b>							1,000
Sim	7	41,2	4	44,4	5	41,7	
Não	10	58,8	5	55,6	7	58,3	
<b>Náusea</b>							1,000
Sim	3	17,6	2	22,2	2	16,7	
Não	14	82,4	7	77,8	10	83,3	
<b>Tempo aumentado</b>							1,000
Sim	4	23,5	2	22,2	2	16,7	
Não	13	76,5	7	77,8	10	83,3	
<b>Seletividade</b>							0,536
Sim	4	23,5	4	44,4	3	25,0	
Não	13	76,5	5	55,6	9	75,0	
<b>Recusa sólido</b>							0,854
Sim	2	11,8	2	22,2	2	16,7	
Não	15	88,2	7	77,8	10	83,3	
<b>Recusa alimentar</b>							0,033*
Sim	1	5,9	4	44,4	5	41,7	
Não	16	94,1	5	55,6	7	58,3	
<b>Dificuldade mastigar e engolir</b>							0,884
Sim	3	17,6	2	22,2	3	25,0	
Não	14	82,4	7	77,8	9	75,0	

\*Valores significativos ( $p<0,05$ )

AME= Aleitamento Materno Exclusivo

#### 5.4 ASSOCIAÇÃO ENTRE TIPO DE ALEITAMENTO E DIFICULDADES NA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR, DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA

A Tabela 7 registra a presença de comportamentos defensivos apresentados pelos lactentes durante as refeições por faixa etária, associados com o tipo de aleitamento recebido até o sexto mês de idade corrigida.

**Tabela 7** – Distribuição do tipo de aleitamento e dificuldades na alimentação complementar por faixa etária, Salvador-BA (2016)

Variáveis	Tipo de aleitamento						p-valor
	AME		Artificial		Misto		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Faixa etária da criança</b>							
6 a 12	6	75,0	3	75,0	2	100,0	1,000
13 a 18	2	100,0	1	33,3	3	75,0	0,500
18 a 24	5	71,4	2	100,0	4	66,7	1,000

#### 5.5 ASSOCIAÇÃO ENTRE DIFICULDADE ALIMENTAR E IDADE GESTACIONAL, PESO AO NASCIMENTO E USO DE SUPORTE VENTILATÓRIO

No presente estudo, houve uma associação significativa entre dificuldade na introdução da alimentação complementar e a variável peso ao nascimento ( $p=0,025$ ). A Tabela 8 apresenta os percentuais das variáveis, idade gestacional, peso ao nascimento e uso de suporte ventilatório, associados à ocorrência de dificuldades no processo de alimentação da criança.

**Tabela 8** – Distribuição das variáveis idade gestacional, peso ao nascimento e uso de suporte ventilatório e dificuldade na alimentação complementar em crianças prematuras, Salvador-BA (2016)

Variáveis	Dificuldade alimentar				p-valor
	Sim		Não		
	n	%	n	%	
<b>Idade gestacional</b>					0,233
Prematuro extremo	2	40,0	3	60,0	
Muito prematuro	5	25,0	15	75,0	
Prematuro moderado	1	7,7	12	92,3	
<b>Peso ao nascimento</b>					<b>0,025</b>
Extremo baixo peso	1	50,0	1	50,0	
Muito baixo peso	7	31,8	15	68,2	
Baixo peso	-	-	14	100,0	
<b>Uso de ventilação</b>					0,697
Sim	5	25,0	15	75,0	
Não	3	16,7	15	83,3	

## 5.6 ANÁLISE MULTIVARIADA ENTRE TIPO DE ALEITAMENTO, DIFICULDADE NA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR E AS VARIÁVEIS IDADE GESTACIONAL E PESO AO NASCIMENTO

A partir deste resultado, podemos observar que o aleitamento artificial aumenta em 41% as chances de as crianças apresentarem dificuldades na alimentação complementar, em comparação com o aleitamento materno exclusivo e o aleitamento misto. A Tabela 7 apresenta os percentuais de chances de apresentar dificuldade alimentar por tipo de aleitamento, ajustado pela idade gestacional e pelo peso ao nascimento.

**Tabela 9** – Distribuição da análise multivariável entre tipo de aleitamento e dificuldade na alimentação complementar em crianças prematuras, Salvador-BA (2016)

Variáveis	OR <sup>1</sup>	IC 95%	OR <sup>2</sup>	IC 95%	OR <sup>3</sup>	IC 95%	OR <sup>4</sup>	IC 95%
<b>Tipo de aleitamento</b>								
1 AME	1,00		1,00		1,00		1,00	
2 Artificial	1,41	0,27 - 7,13	0,29	0,26 - 3,15	0,75	0,12 - 4,68	0,21	0,02 - 2,55
3 Misto	1,13	0,26 - 4,94	0,89	0,18 - 4,36	0,64	0,12 - 3,37	0,73	0,14 - 3,91

**1 bruto**

**2 ajustado por idade gestacional**

**3 ajustado por peso ao nascimento**

**4 ajustado por idade gestacional e peso ao nascimento**

### 5.7 ASSOCIAÇÃO ENTRE TIPO DE ALEITAMENTO SITUAÇÃO CONJUGAL, RENDA SALARIAL, IDADE GESTACIONAL, PESO AO NASCIMENTO, USO DE SUPORTE VENTILATÓRIO E TIPO DE HÁBITO PARAFUNCIONAL

Na amostra estudada, em relação à idade gestacional, houve associação significativa entre tipo de aleitamento e idade gestacional ( $p=0,011$ ). A tabela 10 apresenta a associação das características sociodemográficas e clínicas em relação ao tipo de aleitamento apresentado pelo lactente nascido prematuro.

**Tabela 10** – Distribuição dos tipos de aleitamento e as variáveis situação conjugal, renda salarial, idade gestacional, peso ao nascimento, uso de suporte ventilatório e tipo de hábito parafuncional de crianças prematuras, Salvador-BA (2016)

Variáveis	Tipo de aleitamento						p-valor
	AME		Artificial		Misto		
	n	%	n	%	n	%	
<b>Situação conjugal</b>							0,667
Casado (a) ou companheiro (a)	13	41,9	8	25,8	10	32,3	
Solteiro (a)	2	50,0	-	-	2	50,0	
Separado (a)	2	66,7	1	33,3	-	-	
<b>Renda (S.M.)</b>							0,249
< 1	4	57,1	2	28,6	1	14,3	
1 e 2,9	13	46,4	5	17,9	10	35,7	
>3	-	-	2	66,7	1	33,3	
<b>Idade gestacional</b>							0,011*
Prematuro extremo	-	-	4	80,0	1	20,0	
Muito prematuro	9	45,0	2	10,0	9	45,0	
Prematuro moderado	8	61,5	3	23,1	2	15,4	
<b>Peso ao nascimento</b>							0,274
Extremo baixo peso	-	-	1	50,0	1	50,0	
Muito baixo peso	8	36,4	6	27,3	8	36,4	
Baixo peso	9	64,3	2	14,3	3	21,4	
<b>Uso de ventilação</b>							0,119
Sim	6	30,0	7	35,0	7	35,0	
Não	11	61,1	2	11,1	5	27,8	

\*Valores significantes ( $p<0,05$ )

S.M.= salário mensal

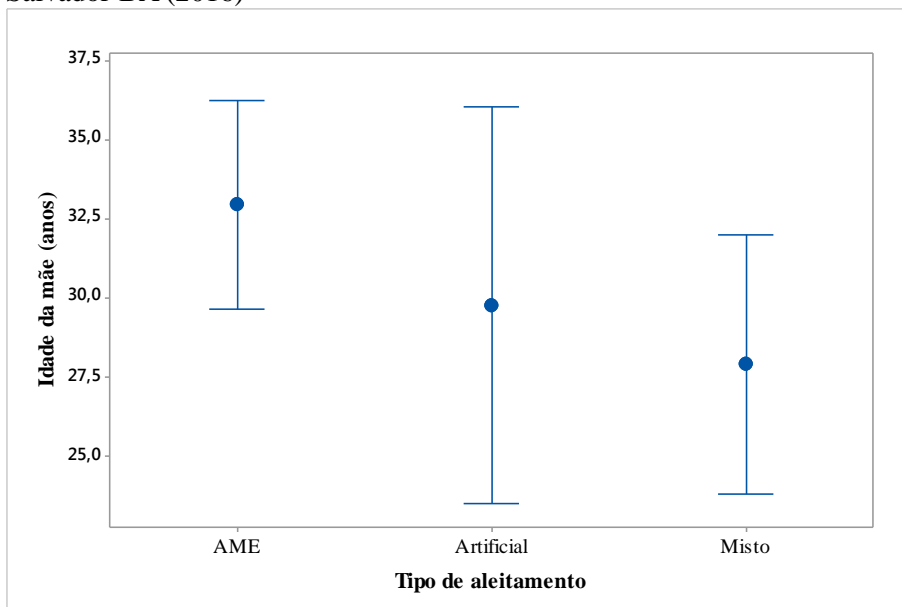
AME= Aleitamento Materno Exclusivo



### 5.8 IDADE MATERNA E TIPO DE ALEITAMENTO

Quanto à idade materna em relação ao tipo de aleitamento, a média de idade das mães que ofereceram aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade corrigida da criança foi de 32,94 anos (29,64 – 36,25), já a média de idade das mães que ofereceram apenas fórmula láctea as crianças prematuras foi de 29,78 anos (23,52 – 36,03). A média de idade das mães que ofereceram aleitamento misto foi de 27,92 anos (23,81 – 32,02).

**Figura 3-** Média da idade materna em relação ao tipo de aleitamento nas crianças prematuras, Salvador-BA (2016)



## 6 DISCUSSÃO DOS DADOS

Neste estudo, buscou-se investigar a associação entre o tipo de aleitamento e as dificuldades na introdução da alimentação complementar em uma amostra de lactentes com história de prematuridade, entre seis e 24 meses de idade corrigida.

A maior parte dos casos do presente estudo eram crianças muito prematuras e muito baixo peso e apresentaram dificuldades no processo de introdução alimentar. Neste sentido, observou-se que os pais cujo lactente permaneceu em aleitamento artificial referiu três ou mais comportamento defensivos apresentados durante a alimentação no último mês, das quais, verificou-se com maior frequência recusa em abrir a boca durante as refeições, seletividade, recusa alimentar e arquear o corpo. Essas dificuldades na alimentação complementar na infância podem ser multifatoriais. Dentre elas, podemos destacar a idade gestacional e o peso ao nascer, rompimento do vínculo mãe-bebê devido condições de trabalho materna e desmame precoce do aleitamento materno exclusivo, experiência anterior materna e hábitos alimentares da família. Esses fatores podem impactar na aceitação da alimentação por parte da criança, trazendo prejuízos nos aspectos nutricionais, emocionais e no desenvolvimento global adequado. Além disso, dificuldades neste processo de alimentação complementar podem trazer transtornos emocionais para os pais, pois sabem que uma boa alimentação é essencial para a saúde e bem-estar dos filhos.

Diante deste panorama, o presente estudo demonstrou que alguns pais não conseguem identificar essas dificuldades na alimentação complementar apresentadas pelos filhos durante as refeições. No entanto, quando investigadas de forma mais específicas, os pais confirmam sua ocorrência. Isso pode ser justificado pela falta de conhecimento dos responsáveis pela criança em relação à introdução da alimentação e os comportamentos defensivos neste processo de introdução da alimentação complementar. Portanto, na prática clínica, a investigação de forma geral, a presença de dificuldade alimentar em bebês pode não ser suficiente, subestimando a sua ocorrência. Faz-se necessário investigação mais criteriosa que auxilie o reconhecimento dessas dificuldades no processo de alimentação, evitando assim, prejuízos nutricionais e no desenvolvimento da criança. Diante disso, os resultados deste estudo apontam para a importância de os profissionais de saúde investigar as questões alimentares em bebês, mesmo que não haja queixas de alteração por parte dos pais.

Um estudo proposto por Brusco e Delgado (2014) caracterizou a alimentação de crianças prematuras de três a 12 meses. Os resultados mostraram que os hábitos e as crenças da família direcionam o padrão alimentar da criança. Além disso, foi observado que familiares

e cuidadores não percebem as dificuldades das crianças na alimentação; entendem os seus comportamentos (vômito, náusea, tosse, engasgos, choro, rejeição) como corriqueiros ou normais, demonstrando falta de conhecimento sobre os hábitos saudáveis da alimentação dos filhos.

Ressalta-se que, após investigação na literatura por instrumentos para acompanhar a alimentação complementar dos prematuros, não identificamos registros de estudos que utilizaram protocolo padronizado. O *checklist* utilizado nesta pesquisa, proposto pela Sociedade Brasileira de Pediatria (2012), visou auxiliar no diagnóstico das dificuldades alimentares, em relação ao comportamento das crianças durante as refeições, no seguimento ambulatorial do prematuro de risco. Porém, recomenda-se a realização de estudos prospectivos visando elaboração e validação de um instrumento para nortear profissionais e pais na condução do desenvolvimento alimentar adequado de crianças prematuras.

A associação observada entre tipo de aleitamento e dificuldade na alimentação complementar, principalmente no item recusa alimentar, bem como, a chance aumentada de lactentes em aleitamento artificial apresentarem dificuldades na alimentação complementar, em comparação aos outros tipos de aleitamento (AME e Misto), sugerem que essas crianças em aleitamento artificial ficaram mais propensas a experiências nocivas em cavidade oral, precisaram de cuidados especializados e estão mais susceptíveis à superestimulação ambiental, além de necessitar de hospitalizações prolongadas, o que concorre para a baixa produção de leite materna ou até mesmo para o comprometimento do vínculo mãe-bebê, podendo diminuir as chances de estabelecer o AM plenamente.

É importante avaliar a relação da família com a criança por intermédio da alimentação, a fim de se levantar dados sobre em que contexto a recusa alimentar está inserida. Além disso, existem crianças que por falta de vínculo da díade mãe-bebê, não se alimentam. A relação que o indivíduo vai estabelecer com a alimentação ao longo de toda a vida é fruto da dinâmica das primeiras relações que ele, enquanto bebê criou com a mãe, com a família e com tudo que estava ao seu redor. Para o bebê, a alimentação é o momento de contato afetivo e vínculo com a mãe (GOMES, 2008). Portanto, lactentes que permaneceram em aleitamento artificial apresentam maiores riscos de dificuldades durante o processo de alimentação complementar, principalmente no item recusa de alimentos, devido a quebra de vinculação da díade mãe-bebê.

Sabe-se que poucos dias de separação da díade mãe e bebê são suficientes para interferir negativamente na amamentação. As mães precisam ser orientadas, entre outros aspectos, quanto à ordenha mamária para a manutenção da lactação, pois ansiedade,

preocupação com o bebê e a expressão tardia do leite podem determinar a insuficiência láctea. Assim, além dos fatores sociais e culturais, o peso ao nascer, a idade gestacional e o tempo prolongado de internação podem interferir no processo de amamentação.

Portanto, faz-se necessário, que os profissionais da área de saúde, desde a permanência do prematuro na UTIN, incentivem o vínculo mãe-bebê através do contato pele a pele e das práticas do aleitamento materno exclusivo, promovendo assim, o desenvolvimento nos aspectos nutricionais, imunológicos e emocionais, além da maturação gastrointestinal destas crianças.

Uma estratégia criada especificamente para o RNPT, de baixo peso ao nascer é o Método Canguru (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Tal cuidado tem como um dos focos o incentivo ao AM, e tem se configurado amplamente viável, pois o contato pele a pele estimula a produção láctea, favorece o vínculo afetivo e diminui os períodos sem estimulação sensorial.

Estudo proposto por Brusco e Delgado (2014) concluiu que existe relação entre prematuridade, baixo peso e recusa alimentar. Já uma revisão sistemática proposta por Pagliaro et al. (2016) buscou analisar publicações que investigaram as dificuldades de alimentação em crianças prematuras durante os primeiros anos de vida. Foi possível afirmar que as crianças prematuras, principalmente aquelas nascidas com muito baixo peso, são mais propensas a apresentar problemas de alimentação nos estágios iniciais de vida e durante a infância, quando comparadas com crianças nascidas a termo.

No que se referem às dificuldades alimentares em lactentes nascidos prematuros e sua associação com o tipo de aleitamento de acordo com a faixa etária, observamos que a maioria das crianças que está iniciando a alimentação complementar (entre seis e 12 meses de idade corrigida) cujos pais referiram dificuldades alimentares permaneceram em aleitamento misto até o sexto mês de idade corrigida. Isto se deve ao fato do processo dificuldade alimentar se iniciar já, em alguns casos, no aleitamento materno, com dificuldades de pega do mamilo, técnicas inadequadas de amamentação ou de posicionamento do bebê. Muitas vezes não há outra alternativa a não ser a complementação ou substituição do leite materno por outro tipo de produto, de fórmulas a hidrolisados protéicos, impactando no vínculo da díade mãe-bebê e conseqüentemente na relação da criança com o alimento (FISBERG, 2014). Já a maior dificuldade no processo de alimentação apresentada pelas crianças com faixa etária entre 13 e 18 meses corrigido, em aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, pode ser justificado devido ao fato que as crianças que mantêm o aleitamento materno até os dois anos de idade corrigida, muitas vezes, apresentam uma preferência pelo leite materno, por todas as

questões emocionais benéficas envolvidas na lactação, recusando a alimentação complementar (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Da mesma forma, as dificuldades alimentares referidas pelos pais das crianças com idade entre 19 e 24 meses corrigido, que em sua maioria estavam em aleitamento artificial nos faz refletir sobre o possível enfraquecimento precoce da díade mãe-bebê, com a inserção de mamadeiras, podendo este processo de alimentação ser feito por qualquer membro da família. Poucos estudos têm sido conduzidos para seguimento do desenvolvimento alimentar que contemplem as fases de alimentação complementar de acordo com a faixa etária dessas crianças. Sugere-se que, em estudo futuro, o bebê seja monitorado deste o período de permanência na UTIN, em relação aos aspectos alimentares, até o ambulatório de seguimento do prematuro, a fim de acompanhar o desenvolvimento alimentar destes e intervir precocemente nas possíveis desordens do sistema sensorio motor oral, reduzindo assim, possíveis dificuldades na alimentação complementar nesse processo.

A grande parte das crianças prematuras, observada no presente estudo, em aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade gestacional corrigida, pode ser justificado pelo fato de os hospitais incluídos no estudo ter o título de Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). Tem sido demonstrado que as mudanças nas práticas hospitalares, tendo como base os “Dez Passos para o Sucesso da Amamentação” da IHAC, aumentaram a prevalência do aleitamento materno nestas unidades. Estudos apontam impactos favoráveis em hospitais que aderiram à IHAC, com conseqüente aumento das taxas de prevalência de AME (FIGUEREDO; MATTAR; ABRÃO, 2012; 2013). Uma pesquisa realizada para avaliar o impacto da IHAC em três maternidades de Monte Claros - Minas Gerais, demonstrou o aumento significativo dos índices de AME no município, com aumento das taxas de AME de 27 dias para 3,5 meses após a implantação da IHAC (CALDEIRA; GONÇALVES, 2007).

Diante disso, o conhecimento das taxas de aleitamento materno é importante para elaboração de políticas públicas e implementação de ações nos serviços de saúde e comunidades. A estratégia de saúde da família deve eleger atividades preventivas como suas ações prioritárias. No âmbito da saúde materno-infantil, o incentivo ao aleitamento materno se apresenta como uma das principais ações para profissionais da atenção básica. Para melhoria dos índices de AM, faz-se necessário o adequado aprendizado das mães com participação ativa dos profissionais de saúde, propiciando orientações e suporte oportunos para gestantes e lactantes (CALDEIRA; GONÇALVES, 2007).

Uma pesquisa realizada no Brasil em 2009 para verificar a prevalência de AME em crianças menores de seis meses nas capitais brasileiras e Distrito Federal, demonstrou que a

prevalência do AME foi de 41% no conjunto das capitais brasileiras (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009b). Um estudo realizado para estimar a prevalência de AME em 93 PT e 93 recém-nascidos termos verificou que 61,6% desses recém-nascidos foram desmamados com menos de 180 dias, sendo o baixo peso ao nascer uma das variáveis associadas ao desmame precoce (SILVA; GUEDES, 2013).

Um estudo proposto por Del Ciampo et al.(2008) realizou um questionário com 502 mães de lactentes nascidos acima de 37 semanas gestacional, a fim de avaliar a taxa de aleitamento materno exclusivo (AME) nos primeiros seis meses de vida da criança. As mães receberam orientações no pré-natal para realizar o AME. O aleitamento materno exclusivo estava em prática por 389 mães, 88 ofereciam também outro leite simultaneamente, e 25 nunca haviam amamentado. Em um estudo que visou analisar dados basais relativos ao aleitamento e à condição de saúde dos prematuros em uma unidade neonatal do Distrito Federal, todos os participantes da amostra foram RNMBP e a maioria deles manteve AME após alta hospitalar (BRAGA, 2015).

Freitas et al. (2016) mostraram dados de uma coorte retrospectiva de prematuros acompanhados de 2010-2015 no município de Viçosa, Minas Gerais. As taxas de aleitamento materno foram superiores às de recém-nascidos a termo no Brasil. Em prematuros com idade inferior a 37 semanas, a duração mediana do aleitamento materno foi de cinco meses, o risco foi 2,6 maior de se interromper a amamentação de crianças abaixo de 32 semanas. Em prematuros em aleitamento misto na primeira consulta após alta, o risco foi três vezes maior de interrupção do aleitamento, comparado com aleitamento materno exclusivo nessa ocasião. Esses bons indicadores de aleitamento materno são reflexos de uma integração da atenção terciária com atenção primária no município.

Em 2012, estudo nacional que avaliou o tipo de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, e variáveis obstétricas e socioeconômicas, os bebês de baixo peso ao nascimento, em sua maioria, recebeu aleitamento misto. Já os bebês prematuros, apesar de a maioria também receber o aleitamento materno exclusivo, o tipo de aleitamento misto foi frequente. O estudo demonstra também que há associação entre aleitamento misto e as variáveis referentes à prematuridade, baixo peso e presença de intercorrências ao nascimento (CRESTANI et al., 2012).

Apesar de diversas pesquisas comprovarem a importância e benefícios do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade corrigida nos prematuros, o forte marketing da indústria alimentícia ainda demonstra grande impacto mundial no AME por meio de propagandas na TV e internet, distribuição gratuita de fórmulas infantis, financiamento de

eventos científicos, entre outros. Assim, são necessários investimentos na fiscalização e monitoramento da adesão à norma, além dos profissionais que atuam na área da neonatologia incentivarem o AME desde a permanência do prematuro em UTIN (ROLLINS et al., 2016).

A associação observada entre alimentação complementar e peso ao nascimento pode ser justificado pela hospitalização prolongada dos lactentes nascidos prematuros que os levam a uma maior exposição a fatores adversos na UTIN. O que pode contribuir para fortalecimento tardio do vínculo entre mãe e bebê, e repercutir no desenvolvimento dos aspectos emocionais e nutricionais. Além disso, o peso ao nascer reflete as condições nutricionais do recém-nascido, sendo considerado indicador de risco associado à morbimortalidade infantil e desnutrição (MOTA et al., 2005).

Outro resultado encontrado no estudo foi a associação entre tipo de aleitamento e idade gestacional, mostrando que a IG está associada a maiores riscos alimentares. O fato de a idade gestacional ao nascimento estar associado ao tipo de aleitamento e riscos alimentares, embora tenha que ser analisado cautelosamente devido às limitações do tamanho amostral do estudo, é um tema que deve ser aprofundado em futuras pesquisas devido ao impacto que isto pode causar no desenvolvimento sadio dessa população de crianças que nascem prematuras e cuja incidência vem aumentando.

No presente estudo, não houve associação entre tipo de aleitamento, dificuldades alimentares, uso de via alternativa de alimentação e ventilação mecânica nos prematuros, achados não concordantes com a literatura, isso pode estar relacionado com as limitações metodológicas (tamanho da amostra e poucos prematuros extremos participantes), além da falta destes dados nos prontuários dos participantes incluídos no estudo.

Muitos estudos associam a hiperestimulação em cavidade oral com dificuldades alimentares. O estudo de Dodrill et al. (2004) avaliou a sensibilidade intraoral e a dificuldade alimentar em crianças pré-termo que utilizaram mais de três semanas sonda como via de alimentação durante o período de hospitalização comparado a crianças termo. Os resultados mostraram que houve comportamentos orais defensivos e alteração de sensibilidade nas crianças prematuras comparadas com crianças nascidas acima de 37 semanas gestacional, além de observarem atraso no desenvolvimento alimentar das crianças prematuras. Em seu estudo, Hawdon (2000) confirmou esses resultados e acrescentou que crianças prematuras que utilizaram ventilação mecânica por tempo prolongado também estão propensas a desenvolver dificuldades alimentares no período de introdução da alimentação complementar.

Uma revisão sistemática realizada por Lopes (2016) buscou identificar evidência científica que permita relacionar os efeitos da alimentação por sonda no comportamento

alimentar de uma criança nascida prematuramente, no seu primeiro ano de vida. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão resultaram três estudos que corroboram que a alimentação por sonda em prematuros compromete o comportamento alimentar e social da criança, bem como a sua capacidade e desenvolvimento oro-motor. Além disso, este estudo denota que tanto a prematuridade como a inexistência de experiência oral prévia à utilização da sonda após o nascimento são fatores que podem estar associadas à ocorrência de problemas alimentares futuros.

Portanto, sugerimos que tempo de suporte ventilatório e uso de via alternativa de alimentação sejam monitoradas em pesquisa futura, pois são variáveis que podem interferir na alimentação complementar dos prematuros.

Nossos dados também demonstraram que as mães mais velhas mantiveram o AME exclusivo por mais tempo. Esse resultado demonstra que há associação significativa entre a idade materna e a duração do aleitamento materno, pois verificam-se que filhos de mães com mais idade mamam por mais tempo, exclusiva ou parcialmente, em relação aos filhos de mães mais jovens, especialmente quando estas tinham história pregressa de sucesso em aleitamento materno. Além disso, sugere que mães mais velhas têm maior conhecimento da importância e benefícios do aleitamento materno no crescimento e desenvolvimento dos lactentes prematuros. Estudo prévio encontrou maior prevalência de AME em mães com mais escolaridade e que não trabalham fora de casa (BOCCOLINI et al., 2015). Alguns autores relacionam a idade materna mais jovem à menor duração do aleitamento, talvez motivada por dificuldades como nível educacional mais baixo, poder aquisitivo menor e, muitas vezes, o fato de serem solteiras. As adolescentes, por sua vez, aliam muitas vezes sua própria insegurança e falta de confiança em si mesmas para prover a alimentação para o seu bebê, à falta de apoio das próprias mães ou familiares mais próximos (FALEIROS; TREZZA; CARANDINA, 2006).

A partir dos resultados deste estudo, observou-se a importância do monitoramento da alimentação dessas crianças, sendo recomendado um programa de intervenção precoce, com profissionais especializados, com vistas a promover o adequado desenvolvimento alimentar, assim como garantir um adequado crescimento.



## **7 LIMITAÇÕES**

Os resultados encontrados concernem a um pequeno número de lactentes prematuros que frequentavam os ambulatórios de seguimento das instituições onde se realizou a coleta de dados. Além disso, muitos residem no interior do estado e têm acompanhamento irregular no ambulatório, o que contribuiu ainda mais para a redução do número de lactentes estudados.

Outra limitação encontrada no estudo foi a distribuição da amostra. Durante a coleta de dados, poucos lactentes prematuros extremos foram incluídos na pesquisa, deixando a amostra heterogênea.

## 8 CONCLUSÃO

Os achados do presente estudo mostraram que existe associação entre o tipo de aleitamento e as dificuldades na alimentação complementar, principalmente em RNPT em aleitamento artificial, apresentando recusa alimentar durante as refeições.

Entre as dificuldades alimentares investigadas, as mais encontradas foram recusa abrir a boca durante as refeições, seletividade, recusa alimentar e arquear o corpo. Estas dificuldades alimentares, muitas vezes, não são identificadas pelos pais da criança. Portanto, se faz necessário investigar melhor as questões alimentares durante o acompanhamento destes prematuros nos ambulatórios, a exemplo dos possíveis comportamentos defensivos por parte da criança durante as refeições.

Em relação ao tipo de aleitamento, observou-se o predomínio do AME até o sexto mês de idade gestacional corrigida entre os lactentes prematuros do estudo, refletindo assim, o perfil dos hospitais Iniciativa Amigo da Criança em preconizar a promoção do aleitamento materno visando fortalecimento do vínculo mãe e bebê, além de proteção e auxílio no crescimento e desenvolvimento adequados dos lactentes.

Embora com limitações que dizem respeito ao tamanho amostral – que não permite generalizar suas conclusões –, com este estudo, fica evidente a necessidade de se desenvolverem pesquisas mais amplas, cujo objetivo seja o de estabelecer guias específicos sobre práticas adequadas de alimentação complementar para bebês prematuros, tanto para uso de mães e demais cuidadores como para profissionais de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALLEO, L. G.; SOUZA, S. B. de.; SZARFARC, S. C. Práticas alimentares no primeiro ano de vida. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 24 n. 2, 2014.

ARAÚJO, A. T. DA C.; EICKMANN, S. H.; COUTINHO, S. B. Fatores associados ao atraso do desenvolvimento motor de crianças prematuras internadas em unidade de neonatologia; Factors associated with late motor development in premature children admitted to a neonatology unit. **Rev. bras. saúde matern. Infant.**, Recife, v. 13, n. 2, p. 119-128, 2013.

ARAÚJO, C. M. T. de. **Alimentação complementar e desenvolvimento sensório motor oral**. 2004. 93 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós Graduação em Nutrição, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2004. Disponível em: <<http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/7911>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

ARVEDSON, J. C. Assessment of pediatric dysphagia and feeding disorders: clinical and instrumental approaches. **Dev. Disabil. Res. Rev.**, New York, v. 14, n. 2, p. 118-127, 2008.

BALDRIGHI, S. E. Z. M. et al. A importância do aleitamento natural na prevenção de alterações miofuncionais e ortodônticas. **Rev. dent. press ortodon. ortop. Facial**, Maringá, v. 6. n. 5, p. 111-21, set./out. 2001.

BLENCOWE, H. et al. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. **Lancet**, London, v. 379, n. 9832, p. 2162-2172, 2012.

BOCCOLINI, C. S.; DE CARVALHO, M. L.; DE OLIVEIRA, M. I. C. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Saúde Pública**, v.49 São Paulo, 2015.

BRAGA, M. S. **Aleitamento materno no prematuro: um estudo de prevalência em uma unidade neonatal do DF**. 2015. Trabalho de Considerações Finais de Curso (Curso de Enfermagem) – Universidade de Brasília, Ceilândia, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aleitamento materno, distribuição de leites e fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de 2 anos**: álbum seriado. Brasília: Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil**: os primeiros passos (2007–2010). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 8.552, de 3 de janeiro de 2015. Regulamenta a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006. Dispõe sobre a comercialização de alimentos para lactentes e crianças de primeira infância e de produtos de puericultura correlatos. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 4 nov. 2015. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1920, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para promoção do Aleitamento Materno Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS)- Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 6 set. 2013b. Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Iniciativa hospital Amigo da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Dez passos para uma alimentação saudável** : guia alimentar para menores de dois anos: um guia para o profissional da saúde na atenção. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011**: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BROWNE, J. V.; ROSS, E. S. Eating as a neurodevelopmental process for high-risk newborns. **Clin. perinatol.**, Philadelphia, v. 38, n. 4, p. 731-743, 2011.

BRUSCO, T. R.; DELGADO, S. E. Caracterização do desenvolvimento da alimentação de crianças nascidas pré-termo entre três e 12 meses. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 917-928, 2014.

CAETANO, M.C. et al. Alimentação complementar: práticas inadequadas em lactentes. **J. pediatr. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 86, p. 196-201, 2010.

CALDEIRA, A. P.; GONÇALVES, E. Avaliação de impacto da implantação da iniciativa hospital amigo da criança. **J. pediatr.** (Online), Rio de Janeiro, v. 2, n. 83, p.127-132, 2007.

CASTILHO, S. D.; BARROS FILHO, A. A. Alimentos utilizados ao longo da história para nutrir lactentes. **J. pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 3, p. 179-188, 2010.

CHAGAS, R. I. A. et al. Análise dos fatores obstétricos, socioeconômicos e comportamentais que determinam a frequência de recém-nascidos pré-termos em UTI neonatal. **Rev. soc. bras. enferm. pediatr.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 7-11, 2009.

CHARPAK, N.; RUIZ-PELÁEZ, J. G. Resistance to implementing Kangaroo Mother Care in developing countries, and proposed solutions. **Acta Paediatr.**, Stockholm, v. 5, n. 95, p. 529-534, 2006.

CHATOOR, I. Sensory food aversions in infant and toddlers. **Zero Three**, New York, v. 3, n. 29, p. 43-49, 2009.

CORRÊA, E. N. et al. Alimentação complementar e características maternas de crianças menores de dois anos de idade em Florianópolis (SC). **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 3, n. 27, p. 258-264, 2009.

COSTA, A. G. V.; SABORENSE, C. M. Modulação e composição de ácidos graxos do leite humano. **Rev. nutr.**, Campinas, v. 23, n. 3, p. 445-457, 2010.

CRESTANI, A. H. et al. Análise da associação entre tipos de aleitamento, presença de risco ao desenvolvimento infantil, variáveis obstétricas e socioeconômicas. **J. Soc. Bras. Fonoaudiol.**, São Paulo, v. 3, n. 24, p. 205-210, 2012.

DELANEY, A. L.; ARVEDSON, J. C. Development of swallowing and feeding: prenatal through first year of life. **Dev. Disabil. Res. Rev.**, New York, v. 14, n. 2, p. 105-117, 2008.

DEL CIAMPO, L. A. et al. Aleitamento materno exclusivo: do discurso à prática. **Pediatria**, São Paulo, v. 30, n.1, p. 22-26, 2008.

DEMARI, L. et al. Estratégias para promoção do aleitamento materno em recém-nascidos pré-termo: estudo bibliográfico. **Pediatria**, São Paulo, v. 2, n.33, p.89-96, 2011.

DODRILL, P. et al. Long-term oral sensitivity and feeding skills of low-risk pre-term infants. **Early hum. dev.**, Amsterdam, v. 76, p. 23-37, 2004.

FALEIROS, F. T. V.; TREZZA, E. M. C.; CARANDINA, L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. nutr.**, Campinas, v. 5, n. 19, p. 623-630, set./out. 2006.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Iniciativa Hospital Amigo da Criança: uma política de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 3, n. 25, p. 459-463, 2012.

FIGUEREDO, S. F.; MATTAR, M. J. G.; ABRÃO, A. C. F. V. Hospital Amigo da Criança: prevalência de aleitamento materno exclusivo aos seis meses e fatores intervenientes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 6, n. 47, p. 1291-1297, 2013.

FREITAS, M. de. et al. Acompanhamento de crianças prematuras com alto risco para alterações do crescimento e desenvolvimento: uma abordagem multiprofissional. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 2 Pt 1, p. 180-186, 2010.

FREITAS, B. A. C. et al. Duração do aleitamento materno em prematuros acompanhados em serviço de referência secundário. **Rev. paul. pediater.**, São Paulo, v. 34, n.2, p.189-196, 2016.

HAWDON, J. M. et al. Identification of neonates at risk of developing feeding problems in infancy. **Dev. med. child neurol.**, London, n. 42, p. 235-239, 2000.

HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. **Wong's fundamentos enfermagem pediátrica** : Brasil: Elsevier, 2014.

GIACHETTA, L. et al. Influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo. **Fisioter. pesqui**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 24-29, 2010.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **J. pediater.(Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 76, supl. 3, p. s253-s262, dez. 2000. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/54367>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

GOMES, L. F. F. **O vínculo mãe-bebê e o desenvolvimento do distúrbio alimentar anorexia nervosa**. 2008. Monografia (Curso de Psicologia da Faculdade de Ciências da Saúde) – FACES, Centro Universitário de Brasília, UniCEUB, Brasília, 2008.

JUNQUEIRA, P. et al. O papel do fonoaudiólogo no diagnóstico e tratamento multiprofissional da criança com dificuldade alimentar: uma nova visão. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 17, n. 3, p.1004-1011, 2015.

KHASHU, M. et al. Perinatal outcomes associated with preterm birth at 33 to 36 weeks' gestation: a population-based cohort study. **Pediatrics**, Evanston, v. 123, n. 1, p. 109-113, 2009.

LEITE, A. G. C.; SANTOS, P. Z.; FEFERBAUM, R. **Fórmulas para lactentes**. 2005. Disponível em: <[www.nutricaoclinica.com.br](http://www.nutricaoclinica.com.br)>. Acesso em: 12 ago. 2016.

LOPES, M. M. S. **Alimentação por sonda e comportamento alimentar do lactente nascido prematuramente**: uma revisão sistemática da literatura. 2016. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2016.

LUZ, L. S. **Incidência e fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo em prematuros**. 2016. 90 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem (FEN), Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2016.

MELO, A. M. et al. Perfil alimentar e desenvolvimento motor oral dos neonatos nascidos com baixo peso. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 1, n. 18, p. 86-94, 2016.

MONTE, C. M.; GIUGLIANI, E. R. J. Recomendações para alimentação complementar da criança em aleitamento materno. **J. pediatr.(Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 131-141, 2004.

MOREIRA, L. M.; LYRA, P. P. R. Semilogia do Recém-nascido Normal. In: SILVA, L.R. (Org.). **Diagnóstico em pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. v. 1. p. 1-1153.

MOTTA, M. E.; DA SILVA, G. A.; ARAÚJO, O. C.; LIRA, P. I.; LIMA, M. C. O peso ao nascer influencia o estado nutricional ao final do primeiro ano de vida? **J. pediatr (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v.81 , p. 377-382, 2005.

NUNES, C. R.; ABDALA, L. G.; BEGHETTO, M. G. Acompanhamento dos desfechos clínicos no primeiro ano de vida de prematuros. **Rev. gaúch. enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 4, p. 21-27, 2013.

PAGLIARO, C. L. et al.. Dificuldades de alimentação complementar em crianças prematuras: revisão crítica de literatura. **J. pediatr. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 92, n. 1, p. 7-14, 2016.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO/WHO). **Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child**. World Health Organization: Washington/Geneva, 2003.

PETERSEN, M. C.; ROGERS, B. T. Introduction: Feeding and swallowing and developmental disabilities. **Dev. Disabil. Res. Rev.**, New York, v. 14, n. 2, p. 75-76, 2008.

PICKLER, R. H. et al. Predictors of nutritive sucking in preterm infants. **J. perinatol.**, Philadelphia, v. 26, n. 11, p. 693-699, 2006.

PRAETZEL, J. R. et al. Relação entre o tipo de aleitamento e o uso de chupeta. **JBP, j. bras. odontopediatr. odontol. bebê**. Curitiba, v. 5. n. 25, p. 235-240, ago./set. 2002.



PROCIANOY, R.; SILVEIRA, R. C. Importância do seguimento ambulatorial do pré-termo. In: SILVEIRA, R.C. (Org.). **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. 2012. Disponível em: <<http://www.coopedce.com.br/arquivos/files/artigos/2014-seguimento-prematuro.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2014.

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

RODRIGUES, A.P. et al. Manutenção do aleitamento materno de recém-nascidos pré-termo: revisão integrativa da literatura. **Rev. Eletr. Enf.(Online)**, Goiás, v.1, n. 15, p. 253-264, 2013.

ROLLINS, N.C. et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices. **Lancet**, London, v. 387, n.10017, p. 491-504, Jan.2016.

ROSS, E. S.; BROWNE, J. V. Feeding outcomes in preterm infants after discharge from the Neonatal Intensive Care Unit (NICU): a systematic review. **Newborn infants nurs. rev.**, Philadelphia, v. 13, n. 2, p. 87-93, 2013.

RUEDELL, A. M. et al. Avaliação de habilidades orais de crianças nascidas pré-termo. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 126-133, 2010.

SANTOS, C. S. dos. ; LIMA, L. S. de.; JAVORSKI, M. Fatores que interferem na alimentação complementar de crianças entre cinco e oito meses: investigação em serviço de puericultura do Recife, Brasil. **Rev. bras. saúde matern. infant.**, Recife, v. 7, n. 4, p. 373-380, 2007.

RUGOLO, L. M. S. de S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **J. pediatr., (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, supl.1, p. S101-110, 2005.

SILVA, P. K.; ALMEIDA, S. T. Avaliação de recém-nascidos prematuros durante a primeira oferta de seio materno em uma UTI neonatal. **Rev. CEFAC.**, Porto Alegre, v. 3, n. 17, p. 927-935, 2015.

SILVA, B. M. C.; MOURA, M. E. B.; SILVA, A. O. Desmame precoce: representações sociais de mães. **Rev. eletrônica enferm.**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 31-50, 2007.

SILVA, W. F.; GUEDES, Z. C. F. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 1, n. 17, p. 100-112, 2013.

SILVEIRA, R.C. Nutrição do pré-termo de muito baixo peso: aspectos gerais e no primeiro ano. 2012. In: SILVEIRA, R.C. (Org.) **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. São Paulo: SBP, 2012. Disponível em: <<http://www.coopedce.com.br/arquivos/files/artigos/2014-seguimento-prematuro.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2016.

SOARES, L.O.; SANTOS, R. F. dos.; GASPARINO, R.C. Necessidades de familiares de pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 4, n. 19, p. 644-650, 2010.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco**. São Paulo: SBP, 2012.

VIEIRA, G. O. et al. Hábitos alimentares de crianças menores de 1 ano amamentadas e não-amamentadas. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 411-416, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO/UNICEF). **Complementary feeding of young children in developing countries: a review of corrent scientific knowledge**. Geneva: WHO, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION(WHO). 2014. Disponível em: <URL:[http://www.who.int/gb/EB\\_WHA/PDF/WHA54/ea54id.pdf](http://www.who.int/gb/EB_WHA/PDF/WHA54/ea54id.pdf)>. Acesso em: 28 set. 2016.

WORLD HEATH ORGANIZATION (WHO). **Born too soon: the global action report on preterm birth the global action report**. Geneva: WHO/OMS, 2012. 126p.

## APÊNDICE

### APÊNDICE I: Ficha de coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ICS  
 Programa de Pós graduação de Processos Interativos de  
 Órgãos e Sistemas



**Paciente**  
 Nº: \_\_\_\_\_

### PROCOLO DE COLETA

#### PARTE A – Identificação / Dados demográficos e Socioeconômicos

**Maternidade:** ( MCO ) Maternidade Climério de Oliveira ( HGRS ) Hospital Geral Roberto Santos  
 ( MR ) Maternidade de referência prof. José Maria de Magalhães Netto.

**Registro de prontuário:** \_\_\_\_\_

**Nome do RN:** \_\_\_\_\_

**D.N.:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sexo:** ( ) F ( ) M

**Nome da mãe:** \_\_\_\_\_

**Endereço:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Contatos telefônicos:** ( ) \_\_\_\_\_ res. ( ) \_\_\_\_\_ recado

( ) \_\_\_\_\_ cel.

<b>DADOS DEMOGRÁFICOS</b>	Idade da mãe	_____ anos completos
	Idade do pai	_____ anos completos
	Situação conjugal da mãe	( ) Casada/Companheiro ( ) Solteira/Sem companheiro ( ) Separada

		( ) Viúva
<b>SOCIOECONOMICAS</b>	Nível econômico	Classificação da ABEP* (A, B, C, D, E)
	Renda familiar	Total da renda familiar em reais R\$ no mês anterior à entrevista: _____
	Trabalho da mãe	Não trabalhando Trabalhando atualmente: ocupação - _____
	Trabalho do pai	Não trabalhando Trabalhando atualmente: ocupação - _____

**Posse de itens:**

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louça	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Microondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

**Grau de instrução do chefe de família**

Escolaridade da pessoa de referência	
( ) Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
( ) Fundamental I completo / Fundamental II Incompleto	1
( ) Fundamental completo/Médio Incompleto	2
( ) Médio completo/Superior incompleto	4
( ) Superior Completo	7

**Acesso a serviços públicos**

	<b>Serviços públicos</b>	
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

\*

**Cortes do Critério Brasil**

Classe	Pontos
A	45 - 100
B1	38 - 44
B2	29 - 37
C1	23 - 28
C2	17 - 22
D - E	0 - 16



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ICS  
 Programa de Pós graduação de Processos Interativos de  
 Órgãos e Sistemas



**Paciente**  
 Nº: \_\_\_\_\_

**PROTOCOLO DE COLETA**

**PARTE B – Alimentação complementar e Intercorrências**

**Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**IGC:** \_\_\_\_\_ sem

**1. Qual o tipo de aleitamento até os 6 meses? (Idade corrigida)**

- Aleitamento Materno Exclusivo  
 Aleitamento Artificial Exclusivo  
 Aleitamento Misto (SM + Fórmula Láctea)

**2. Se o tipo de aleitamento for artificial ou misto, justificar o desmame precoce:**

- Condições de trabalho materno                       "Leite Fraco"  
 Situação Conjugal     Problemas mamários  
 Apoio Social     Recusa do bebê  
 Experiência anterior  
 Não ter intenção em amamentar  
 Enfermidades da genitora  
 Falta de leite

**3. Se em aleitamento artificial ou misto, onde é oferecido a fórmula láctea?**

- Copo  
 Mamadeira  
 Colher

**4. Faz uso de chupeta e/ou mamadeira?**

- S \_\_\_\_\_     N

**5. Início da alimentação de transição**

Quando? \_\_\_\_\_

O que? \_\_\_\_\_

Recomendação médica/nutricional?  N       S

**6. Quem alimenta a criança:** \_\_\_\_\_

**7. Enfrenta dificuldades?**

( ) N ( ) S: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Checklist de eventos que determinam a dificuldade no processo de alimentação**

Presença de comportamento defensivo:
( ) Chorar ao ver o alimento
( ) Arquear o corpo no momento da oferta
( ) Recusar abrir a boca
( ) Reflexo de náusea constante
( ) Demanda aumentada de tempo para as refeições e lanches (+ 40 min)
( ) Seletividade por tipo de alimento e/ou textura
( ) Recusa para sólidos
( ) Recusa alimentar
( ) Dificuldade por parte da criança em obter o alimento, mastigar ou engolir. Explicar: _____

**8. Observações da mãe ou seu substituto:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**9. Ocorrência de alguma doença após alta hospitalar?**

( ) N ( ) S

O que? \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_

**10. Ocorrência de reinternação?**

Por que? \_\_\_\_\_

Quando? \_\_\_\_\_



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ICS  
Programa de Pós graduação de Processos Interativos de  
Órgãos e Sistemas



<b>Paciente</b> Nº: _____
------------------------------

### PROTOCOLO DE COLETA

#### PARTE C – Dados da criança / período de internamento

##### DADOS PERINATAIS

###### **Etiologia da prematuridade:**

**Causas maternas:** ( ) idade precoce/idosa ( ) multiparidade ( ) condições socioeconômicas precárias ( ) má nutrição materna ( ) pré-eclâmpsia/eclâmpsia ( ) patologias crônicas/agudas ( ) drogas medicamentosas ( ) fumo/álcool/drogas de abuso

**Causas uterinas:** ( ) miomas ( ) incontinência do colo uterino

**Causas placentárias:** ( ) placenta prévia ( ) deslocamento prematuro da placenta ( ) hemorragias ( ) infecções ( ) tumores

**Causas fetais:** ( ) sofrimento fetal ( ) gestação múltipla ( ) eritroblastose fetal ( ) anomalias congênitas ( ) infecções congênitas

**Outras causas:** ( ) fatores ambientais

( ) **Indefinido**

**IG ao Nasc.:** \_\_\_\_SG \_\_\_\_dias **Peso ao Nasc.:** \_\_\_\_\_g ( ) AIG ( ) PIG ( ) GIG

**Apgar:** 1º min: \_\_\_\_ 5º min: \_\_\_\_ 10º min: \_\_\_\_

**Tipo de parto:** ( ) normal ( ) cesáreo

##### DADOS PÓS NATAIS

**Permanência em UTI?** ( ) Não ( ) Sim alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Tempo:** \_\_\_\_ dias

**VM:** ( ) Não ( ) Sim **tipo:** \_\_\_\_\_

**Início:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Fim:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Tempo total:** \_\_\_\_ dias

**Oxigenoterapia:** ( ) Não ( ) Sim

**Início:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Fim:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Tempo total:** \_\_\_\_ dias

###### **Via de alimentação:**

( ) SOG **Início:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Fim:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Tempo total:** \_\_\_\_ dias



- ( ) SNG **Início:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Fim:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Tempo total:** \_\_\_ dias  
( ) NPT **Início:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Fim:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Tempo total:** \_\_\_ dias  
( ) Copinho **Início:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Fim:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Tempo total:** \_\_\_ dias  
( ) Seio materno **Início:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Assistência Fonoaudiológica no período de internamento?** ( ) N ( ) S

**COMORBIDADES:**

( ) DBP ( ) DMH ( ) HIC ( ) PAC ( ) RGE ( ) ROP ( ) Anemia ( ) ECN

Outros: \_\_\_\_\_

**Data da alta:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**IGC na alta:** \_\_\_SGC **Peso na alta:** \_\_\_\_\_g

**AME na alta hospitalar:** ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

APÊNDICE II: Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e termo de assentimento livre e esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ICS  
 Programa de Pós graduação de Processos Interativos de  
 Órgãos e Sistemas



### ***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO***

Título do Estudo: Aleitamento e Alimentação complementar em Lactentes Nascidos Prematuros

Pesquisador Responsável: Larissa Vieira Pinto Menezes

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O menor \_\_\_\_\_, sob sua responsabilidade, está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “ALEITAMENTO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR EM LACTENTES NASCIDOS PREMATUROS”. Nesta pesquisa, pretendemos “Investigar a associação entre o tipo de aleitamento e as dificuldades na alimentação complementar em prematuros”. O motivo que nos leva a pesquisar esse assunto é o fato de encontrarmos crianças prematuras com dificuldades na alimentação e não temos grande número de estudos que nos mostrem os motivos. Consideramos que ao cuidar do desenvolvimento do sistema sensório motor oral, ou seja, das funções relacionadas à respiração e alimentação das crianças, contribuiremos para seu crescimento e desenvolvimento global, além de apostar que sua mastigação e falar poderão ter desenvolvimento mais adequado. Auxiliaremos as equipes e familiares nos cuidados e tratamentos mais adequados. Para esta pesquisa adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): faremos uma entrevista com a mãe ou responsável da criança, na ocasião da consulta do bebê ao pediatra. Neste mesmo dia faremos uma avaliação fonoaudiológica desta criança, a partir da observação de um momento de alimentação. Ofereceremos líquido e/ou papa e/ou fruta e/ou alimentos sólido que seja adequado para a faixa etária da criança. Para participar desta pesquisa, o menor sob sua responsabilidade não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Ele será esclarecido(a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou

recusar-se a participar. Você, como responsável pelo menor, poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação dele a qualquer momento. A participação dele é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a identidade do menor com padrões profissionais de sigilo. O menor não será identificado em nenhuma publicação. Esta pesquisa apresenta um risco mínimo que está relacionado à alimentação, que pode ser algum episódio de engasgo ou dificuldade para engolir. Porém estamos equipados em nosso ambulatório e com equipe multidisciplinar capacitada a prestar os devidos cuidados e fará os encaminhamentos necessários se houver indicação de tratamento. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. O nome ou o material que indique a participação do menor não será liberado sem a sua permissão. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável, por um período de 5(cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal da Bahia e a outra será fornecida ao senhor.

Eu, \_\_\_\_\_, portador(a) do documento de Identidade \_\_\_\_\_, responsável pelo menor \_\_\_\_\_, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar a decisão do menor sob minha responsabilidade de participar, se assim o desejar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. No entanto, caso apresente outras dúvidas, em qualquer momento da pesquisa, você pode contatar Larissa Menezes pelo(s) telefone(s) (71)99137-4167 ou por e-mail [fono.larissa@hotmail.com](mailto:fono.larissa@hotmail.com) ou procurá-lo no endereço Av. Reitor Miguel Calmon, s/n, Vale do Canela, Salvador, Bahia, Brasil, CEP: 40110-902.

Salvador, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do (a) Responsável

---

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

Em caso de desistência **do menor, sob minha responsabilidade**, em permanecer na pesquisa, autorizo que os dados já coletados referentes a resultados de exames, questionários respondidos, etc, ainda sejam utilizados na pesquisa, com os mesmos propósitos já apresentados neste TCLE.

---

Nome

Assinatura do Responsável

Data



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE  
OLIVEIRA/UFBA



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Desenvolvimento do Sistema sensório motor oral e transição alimentar em prematuros no primeiro ano de vida.

**Pesquisador:** CARLA STEINBERG

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 51605815.0.0000.5543

**Instituição Proponente:** Maternidade Climério de Oliveira/UFBA

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.376.761

#### Apresentação do Projeto:

A prematuridade pode evoluir com variações de deficiências que vão das mais sutis às mais graves, com impacto fisiológico importante, porém, diante da imaturidade de muitos órgãos e sistemas, o maior risco de morbimortalidade é inerente a estes quando comparados a crianças nascidas a termo. O Ministério da Saúde preconiza a manutenção da amamentação exclusiva, sempre que possível, até os 06 meses de vida. No sexto mês deve-se iniciar a transição alimentar e todos os lactentes deverão receber alimentos complementares. Dos 05 aos 08 meses a criança deve receber alimentos de transição, e aos 08 meses já podem receber os alimentos consumidos pela família desde que adaptados. O início da alimentação de transição depende da maturidade neurológica da criança. Para os bebês prematuros, emprega-se a idade corrigida como parâmetro de decisão. É muito comum a ocorrência de dificuldades na transição do leite materno para alimentação complementar em crianças nascidas prematuras e, seus determinantes são multifatoriais. O conhecimento e aprofundamento no tema 'introdução de alimentação de transição', e especificamente sua relação com o desenvolvimento do sistema sensório motor oral, devem favorecer promoção da nutrição infantil adequada, o crescimento infantil satisfatório e o desenvolvimento de funções orais eficientes. Diante deste panorama, e da lacuna encontrada na literatura para responder a alguns questionamentos, se torna fundamental o estudo do

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.005-150

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



## MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA/UFBA



Continuação do Parecer: 1.376.761

desenvolvimento do sistema sensorio motor oral e a investigação de fatores associados à transição alimentar em crianças prematuras no primeiro ano de vida.

Trata-se de um estudo observacional transversal para estudar 100 crianças nascidas prematuras (e os seus cuidadores mães e/ou seu substituto), destas 100 crianças 50 serão com Sistema Sensorio Motor Oral alterado e 50 sem alteração. Estas crianças devem estar frequentando os ambulatórios de seguimento do recém-nascido de alto risco nas Maternidades: Climério de Oliveira (MCO), Hospital Geral Roberto Santos e na Maternidade de referência prof. José Maria de Magalhães Netto (CARTAS DE ANUÊNCIA ANEXADAS - ADEQUADO).

### Critério de Exclusão:

Serão excluídas crianças que tiverem diagnóstico médico de neuropatias, síndromes, malformações craniofaciais, aquelas com cardiopatias e doenças respiratórias graves que as impeçam de alimentar-se de forma segura e, as crianças que evoluírem com disfagia orofaríngea ou esofágica. Não entrarão no estudo as crianças em uso de via alternativa de alimentação. Não participarão da pesquisa as crianças cujos informantes não convivam com a mesma e/ou não participem do processo de alimentação.

Serão feitas entrevista (identificação da criança, da mãe ou seu substituto, dados demográficos e socioeconômicos, saúde da criança após a alta hospitalar e a introdução da alimentação de transição), revisão de prontuário (os dados que não puderem ser coletados em entrevista serão obtidos através de estudo do prontuário da criança) e na sequência a criança será avaliada pela pesquisadora (executando o 'Protocolo de avaliação clínica da disfagia pediátrica (PAD-PED) adaptado).

### Objetivo da Pesquisa:

#### GERAL

Investigar a associação entre o desenvolvimento do Sistema sensorio motor oral e a transição alimentar em crianças prematuras no primeiro ano de vida.

#### SECUNDÁRIOS

Caracterizar a população quanto aos aspectos demográficos e socioeconômicos da família; quanto aos aspectos de saúde da criança no período de internamento e seguimento ambulatorial; quanto aos aspectos da transição alimentar, e do desenvolvimento das funções orais de sucção,

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



Continuação do Parecer: 1.376.761

mastigação e deglutição.

Investigar quando se inicia a transição alimentar nessa população.

Detectar a ocorrência de dificuldades durante o processo de introdução da alimentação de transição nessa população

Investigar os fatores associados a transição alimentar em crianças prematuras no primeiro ano de vida.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

##### **RISCOS**

“Os riscos mínimos estão relacionados a ocorrência de dificuldades de deglutição, do menor, no momento da avaliação fonoaudiológica. Fator que está controlado devido a especialidade do profissional pesquisador, além do fato da criança estar sendo avaliada em um ambulatório multidisciplinar e que fica localizado no interior de hospitais de referência, tendo assim a assistência, se necessária, garantida.”

##### **BENEFÍCIOS:**

- Os pais/familiares poderão esclarecer possíveis dúvidas sobre a introdução da alimentação de transição de seu filho; Caso haja qualquer distúrbio estrutural ou funcional no sistema sensorio motor oral da criança, este será identificado e os devidos encaminhamentos serão realizados. Benefícios indiretos: Os resultados desta pesquisa trarão benefícios clínicos e nutricionais para a população de prematuros. Será possível predizer fatores que interferem na transição da alimentação, podendo assim serem realizadas intervenções para garantir o sucesso desta transição. Considerando que o sucesso na transição alimentar está diretamente relacionado ao crescimento e desenvolvimento infantil.”

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo observacional em 100 crianças prematuras em 3 instituições, bem formulado e metodologicamente adequado. Não há óbices éticos.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



## MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA/UFBA



Continuação do Parecer: 1.376.761

TCLE: ADEQUADO.

ORÇAMENTO: R\$4485 discriminado. ADEQUADO.

Cartas de anuência: HGRS e Maternidade de Referência Prof. José Maria de Magalhães Netto  
ADEQUADO

Cronograma: ADEQUADO.

### **Recomendações:**

Não há recomendações.

### **Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências.

### **Considerações Finais a critério do CEP:**

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. 466/12 CNS/MS) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.

-O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. 466/12 CNS/MS), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. No cronograma, observar que o início do estudo somente poderá ser realizado após aprovação pelo CEP, conforme compromisso do pesquisador com a resolução 466/12 CNS/MS.

-O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA - junto com seu posicionamento.

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**CEP:** 40.005-150

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br





# MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA/UFBA



Continuação do Parecer: 1.376.761

-Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).

-Relatórios PARCIAIS devem ser apresentados ao CEP-MCO SEMESTRALMENTE e FINAL na conclusão do projeto.

-Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa (466/12 CNS/MS).

## Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_637128.pdf	17/12/2015 22:47:26		Aceito
Outros	declaracao_hgrs.jpg	17/12/2015 22:46:37	CARLA STEINBERG	Aceito
Outros	carta_resposta_ao_parecer_do_cep.doc	17/12/2015 22:45:15	CARLA STEINBERG	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.doc	17/12/2015 15:16:43	CARLA STEINBERG	Aceito
Outros	termo_de_prontuario_e_base_de_dados.doc	02/12/2015 19:54:11	CARLA STEINBERG	Aceito
Outros	termo_de_responsabilidade_orientador.pdf	02/12/2015 19:52:51	CARLA STEINBERG	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_maternidadedereferencia.pdf	02/12/2015 19:52:02	CARLA STEINBERG	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_hrs.pdf	02/12/2015 19:51:43	CARLA STEINBERG	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_mco.pdf	02/12/2015 19:51:20	CARLA STEINBERG	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_desenvolvimento_do_ssomo_e_transicao_alimentar_em_prematuros_no_primeiro_ano_de_vida.docx	02/12/2015 19:50:06	CARLA STEINBERG	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_mco.pdf	02/12/2015	CARLA STEINBERG	Aceito

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br



MATERNIDADE CLIMÉRIO DE  
OLIVEIRA/UFBA



Continuação do Parecer: 1.376.761

Folha de Rosto	folha_de_rosto_mco.pdf	19:49:01	CARLA STEINBERG	Aceito
----------------	------------------------	----------	-----------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SALVADOR, 18 de Dezembro de 2015

---

**Assinado por:**  
**Eduardo Martins Netto**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua do Limoeiro, 137

**Bairro:** Nazaré

**CEP:** 40.005-150

**UF:** BA

**Município:** SALVADOR

**Telefone:** (71)3283-9210

**E-mail:** cepmco@ufba.br