

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE ENFERMAGEM**

Vanessa Silva Barzotto

**FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DE AGRAVOS  
GASTROINTESTINAIS EM PREMATUROS LIMÍTROFES NO  
PRIMEIRO ANO DE VIDA**

Palmeira das Missões, RS  
2019

**Vanessa Silva Barzotto**

**FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DE AGRAVOS  
GASTROINTESTINAIS EM PREMATUROS LÍMITROFES NO  
PRIMEIRO ANO DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), *campus* Palmeira das Missões, como requisito obrigatório à obtenção do título de **Bacharel em Enfermagem**.

**Orientador: Prof. Dr. Leonardo Bigolin Jantsch**

Palmeira das Missões, RS  
2019

**Vanessa Silva Barzotto**

**FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DE AGRAVOS  
GASTROINTESTINAIS EM PREMATUROS LIMÍTROFES NO  
PRIMEIRO ANO DE VIDA**

**Aprovado em 11 de Dezembro de 2019.**

---

**Profº Drº Leonardo Bigolin Jantsch (UFSM)  
(Orientador)**

---

**Profº Ethel Bastos da Silva (UFSM)  
1ª Avaliadora**

---

**Enfº Rita Luza (SMS/PM)  
2ª Avaliadora**

Palmeira das Missões, RS

2019

## RESUMO

Trabalho de Conclusão de Curso  
Curso de Enfermagem

### FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DE AGRAVOS GASTROINTESTINAIS EM PREMATUROS LIMÍTROFES NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

AUTOR: VANESSA SILVA BARZOTTO

ORIENTADOR: LEONARDO BIGOLIN JANTSCH

Data e Local da Defesa: Palmeira das Missões, 11 de Dezembro de 2019.

A prematuridade, especialmente prematuros limítrofes, vem crescendo ao longo dos anos, o que pode contribuir para a elevação da taxa de mortalidade infantil e o desenvolvimento de danos/sequelas de difícil mensuração, que podem se desenvolver tanto no período neonatal imediato quanto ao longo dos primeiros anos de vida. Diante dessa população de lactentes prematuro, vulneráveis pela prematuridade, agravos gastrointestinais são comuns e mais frequentes, quando comparados a recém-nascidos a termo. Para tanto, esse estudo tem por objetivo: Analisar os fatores associados ao desenvolvimento de agravos gastrointestinais no primeiro ano de vida de prematuros limítrofes. Método: Trata-se de um estudo quantitativo, analítico e longitudinal, realizado a partir do banco de dados, do projeto matricial: “Condições de saúde de prematuro moderados e tardios no primeiro ano de vida”, desenvolvido no município de Santa Maria-RS. Participaram do estudo, lactentes nascidos de 32 semanas de idade gestacional a 37 semanas incompletas, nascidos no período de maio/2017 a maio/2018 em um hospital referência para região central do estado do Rio Grande do Sul. Após seleção dos participantes no hospital de nascimento, os lactentes foram avaliados ao final do 3º mês (119 lactentes), 6º mês (108 lactentes) e 12º mês de vida (105 lactentes) via contato telefônico. Os agravos foram descritos conforme sua intensidade, pela percepção materna, utilizando instrumento próprio de coleta de dados. Para análise, foi utilizada comparação de frequência e teste estatísticos apropriados. Utilizou-se significância, valor de  $p < 0,05$ . O projeto teve aprovação do comitê de ética da UFSM sob número de aprovação 1.511.201. Resultados: Os agravos gastrointestinais mais frequentes na avaliação dos primeiros meses de vida foram a cólica e o vômito, que reduziram a intensidade quanto mais perto do primeiro ano de vida do lactente. O Agravado diarreia manteve intensidade constante ao longo do primeiro ano de vida. Para as afecções diarreia e cólica, é possível destacar que, Prematuros limítrofes que não estão em aleitamento materno exclusivo (AME), apresentam maior intensidade de cólica e diarreia, quando comparados àqueles que estiveram em AME, na avaliação do terceiro mês de vida. Conclusão: O estudo traz implicação para a identificação dos fatores de risco, visto vulnerabilidade dessa população de prematuros, que ainda é pouco descrita na literatura. Equipes de atenção em puericultura devem estar atentos para essa população de risco, com o intuito de identificação precoce dos agravos, visto que esses agravos gastrointestinais se apresentam frequentes, em uma grande parcela dessa população.

**Palavras-Chave:** Refluxo Gastroesofágico. Cólica. Diarreia. Lactentes, Doenças do Prematuro

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	6
<b>MANUSCRITO CIENTÍFICO</b> .....	7
Resumo.....	7
Introdução.....	7
Método .....	9
Resultados .....	10
Discussão.....	15
Conclusão .....	17
Referências .....	19
<b>ANEXOS</b> .....	21
Anexo A – Normas da revista RENE.....	22
Anexo B – Parecer consubstanciado do CEP .....	24

## **APRESENTAÇÃO**

O presente Trabalho de Conclusão de curso será apresentado em formato de artigo. Destaca-se que o manuscrito será submetido a revista: Revista RENE de Enfermagem, para tanto encontra-se nas normas e configurações estabelecidas pela revista (normas da revista em anexo, Anexo A).

## **Fatores associados ao desenvolvimento de agravos gastrointestinais no primeiro ano de vida de prematuros limítrofes**

**Objetivo:** Analisar os fatores associados ao desenvolvimento de agravos gastrointestinais no primeiro ano de vida de prematuros limítrofes. **Método:** Trata-se de estudo longitudinal, analítico, que avaliou lactentes nascidos limítrofes, durante o primeiro ano de vida, via telefone, para o desenvolvimento de agravos gastrointestinais, na percepção materna. Os dados foram coletados por meio de instrumento próprio, analisados sob comparação de frequência e teste específicos. **Resultados:** Os agravos gastrointestinais mais frequentes na avaliação dos primeiros meses de vida foram a cólica e o vômito, que reduziram a intensidade quanto mais perto do primeiro ano de vida do lactente, seguidos do agravo diarreia que manteve intensidade constante ao longo do primeiro ano. **Conclusão:** O estudo traz implicação para a identificação dos fatores de risco, visto a vulnerabilidade dessa população de prematuros, que ainda é pouco descrita na literatura.

**Descritores:** Vômito. Cólica. Diarreia. Lactentes, Doenças do Prematuro

**Descriptors:** Vomiting. Colic. Diarrhea. Infant. Infant, Premature, Diseases.

## **INTRODUÇÃO**

A Organização Mundial da Saúde<sup>1</sup> classifica os nascidos com menos de 37 semanas de idade gestacional (IG) em subcategorias com base na idade gestacional, a saber: Extremamente prematuros (<28 semanas); Muito prematuros (28 a <32 semanas) e Moderados a Tardios prematuros (32 a <37 semanas); Muito Prematuros com IG inferior a 32 semanas, cujas taxas de sobrevivência giram em torno de 80%, exigem dos serviços de saúde assistência imediata em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na sequência seguimento em serviços especializados de acompanhamento no pós-alta, tendo em vista a sua fragilidade clínica em decorrência da prematuridade extrema<sup>2</sup>.

A prematuridade tem se evidenciado como um dos principais problemas de saúde. O que pode contribuir para elevar a taxa de mortalidade infantil, podendo acarretar danos e sequelas de difícil mensuração aos recém-nascidos que conseguem superar o período neonatal de risco. O baixo peso ao nascer sempre foi motivo de preocupação para os profissionais de saúde, por

estar diretamente ligado à mortalidade neonatal e infantil. Aos recém-nascidos com peso inferior à 2.500g é heterogêneo, pois decorre de duas condições adversas, prematuridade ou restrições do crescimento uterino. O peso ao nascer influencia na sobrevida infantil<sup>1</sup>.

É considerado prematuro limítrofe o recém-nascido (RN) com idade gestacional de 32 à 36 semanas e seis dias. Que também devem ser considerados de alto risco, pois a prematuridade os tornam instáveis fisiologicamente e hemodinamicamente, e como consequência de distúrbios congênitos, alterações metabólicas, asfixia perinatal ou distúrbios durante a gestação, necessitando estes de cuidados especiais<sup>3</sup>.

A elevada taxa de prematuridade no Brasil é predominante entre os prematuros tardios, e na maioria das vezes ocorre de forma espontânea, porém, ainda vivenciamos taxas de cesarianas iatrogênicas, que corroboram em aumentar as taxas de prematuridade, que atualmente giram em torno de 11% na população geral e destes, 88% são considerados prematuros com mais de 32 semanas de IG<sup>4</sup>.

Reconhece-se que prematuros limítrofes apresentam imaturidade em seus sistemas de regulação fisiológica. Dentro dessa característica, destaca-se aspectos da imaturidade gastrointestinal, e manifestação como vômito, refluxo, diarreia e cólica podem estar mais frequentes. Por volta da sétima semana de gestação o estômago está anatomicamente maduro, porém as contrações rítmicas vão ocorrer a partir de quatro dias de vida do RN, aproximadamente. Nos prematuros esse esvaziamento é mais lento, provavelmente isso seja um reflexo da imaturidade da função motora duodenal e da falta de uma atividade coordenada entre o antro e o duodeno<sup>5</sup>

As repercussões gastrointestinais em prematuros, não se estabelece apenas no período neonatal, visto que na infância desses prematuros, os distúrbios gastrointestinais, são muito prevalentes, ora funcionais, ora estruturais. Os funcionais não apresentam anormalidade e/ou deformações anatômicas. Já nas estruturais se manifestam de forma determinante. Porém vários fatores podem estar associados ao quadro clínico<sup>6</sup>.

Alergias alimentares como esofagite eosinofílica, doença celíaca, distúrbios metabólicos, síndrome dos vômitos cíclicos e processos infecciosos são afecções que podem estar relacionadas às condições digestórias, o que torna a tomada de condutas ainda mais desafiadoras<sup>7-9</sup>.

A doença de refluxo gastroesofágico (DRGE) é considerada a enfermidade esofágica mais comum no período neonatal<sup>10</sup>. Entretanto múltiplos aspectos desta doença são controversos e ainda não são adequadamente conhecidos. Um destes aspectos é a incidência,

que varia de 2,8% das internações de prematuros<sup>11</sup>.

Para tanto, o presente estudo tem por pergunta norteadora: Quais os fatores neonatais e socioeconômicos associados a intensidade de agravos gastrointestinais de prematuros limítrofes no primeiro ano de vida? Para responder a presente pergunta de estudo tem-se por objetivo: Analisar os fatores associados ao desenvolvimento de agravos gastrointestinais de prematuros limítrofes no primeiro ano de vida.

## **Método**

Trata-se de um estudo transversal/epidemiológico com abordagem quantitativa, oriundo do banco de dados do projeto intitulado: “Condições de saúde de prematuros moderados e tardios no primeiro ano de vida”, o qual foi desenvolvido no município de Santa Maria-RS.

A seleção dos participantes foi realizada durante um ano de coleta de dados (maio/2017 a maio/2018), com objetivo de reduzir viés de sazonalidade, no Centro Obstétrico de um hospital de referência para gestação de alto risco para a região central do Rio Grande do Sul. Após a seleção dos participantes, ocorreu a busca ativa destes nos serviços de Alojamento Conjunto (Unidade Tocoginecológica) e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. O acompanhamento e coleta dos dados se deram por meio de contato telefônico dos pesquisadores, no primeiro mês de vida.

Os participantes do estudo foram 151 RN prematuros, que nasceram com IG no período de 32 a 36 semanas e 6 dias. O grupo foi classificado em prematuros Tardios, aqueles que nascerem com 34 a 36 semanas e 6 dias de IG, e prematuros Moderados aquele que tiver de 32 a 33 e 6 dias (3). Para seleção inicial dos participantes, a idade gestacional foi considerada aquela apresentada no livro de registro de nascimentos do hospital e no prontuário do paciente, determinada pelo método de Capurro pós-neonatal imediato.

Como critérios de seleção, foram incluídos no estudo todos os RN considerados prematuros Moderados ou Tardios nascidos na instituição que foi realizado o estudo e residentes em Santa Maria no momento da alta hospitalar. Foi utilizado um formulário próprio, devidamente testado, onde as variáveis neonatais e socioeconômicas foram coletadas durante a internação. As variáveis neonatais são: idade gestacional (Moderado e Tardio), peso ao nascer (PIG= Pequeno para Idade Gestacional, AIG= Adequado para Idade Gestacional, GIG= Grande para Idade Gestacional), necessidade de internação em Unidade Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) ou alojamento conjunto e tipo de alimentação. Quanto à classe socioeconômica, se

agrupou em classes do tipo A-B, C e D-E.

O contato, para acompanhamento foi realizado no 3º, 6º e 12º mês de vida, para viabilidade do estudo, e diminuição dos gastos com transporte, foi realizado pelo telefone. As condições de saúde, avaliadas, em cada ligação e foram balizadas pelo instrumento de condição Aguda como recorte do instrumento: “Avaliação da Qualidade de Vida em Crianças de 8 meses a 5 anos de idade”. O instrumento recortado da escala supracitada caracteriza-se como instrumento do tipo Likert, em que as condições de saúde [Cólica, Vômito e Diarreia], são avaliadas e classificadas conforme os escores. Foram avaliados Vômito e Diarreia, nas avaliações de 3º e 12º mês e a condição cólica foi avaliada no 3º e 6º mês de vida. As respostas variavam de nunca=0, quase nunca=1, quase sempre=2 e sempre=3.

Quanto a análise das variáveis associadas à frequência dos agravos agudos, foram utilizados testes de comparação de frequência (empregando os testes Qui-Quadrado e Fisher) utilizando o programa estatístico software SPSS for Windows, versão 20.0. Estabeleceu-se associação estatística significativa ao desfecho, as variáveis cujo valor p foi menor ou igual a 5% ( $p \leq 0,05$ ).

O estudo seguiu as recomendações éticas e foi aprovado pelo Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, nº1.511.201, CAAE: 53898916.9.0000.5346.

## **Resultados**

Participaram do estudo na avaliação do 3º mês 119 crianças (21,2% de perda); na avaliação do 6º mês, somente para cólica, 108 crianças, perda de 28,5% e na última avaliação, aos 12 meses de idade, somente para vômito e diarreia, participaram 105 crianças, com perda de 30% da população inicial.

**Tabela 1** – Distribuição da intensidade dos agravos gastrointestinais no primeiro ano de vida de lactentes prematuros limítrofes. Santa Maria/RS, 2019.

		<b>Nunca</b>	<b>Quase Nunca</b>	<b>Quase Sempre</b>	<b>Sempre</b>
		<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>
	3º mês	56(47,1)	30(25,2)	27(22,7)	5(5,0)
<b>Vômito</b>	12º mês	74(70,5)	23(21,9)	7(6,7)	1(1,0)
	3º mês	86(72,3)	24(20,2)	8(6,7)	1(0,8)
<b>Diarreia</b>	12º mês	75(72,1)	25(24,0)	4(3,8)	0
	3º mês	49(41,2)	36(30,3)	20(16,8)	14(11,8)
<b>Cólica</b>	6º mês	70(64,8)	28(25,9)	9(8,3)	1(0,9)

Por meio da análise da tabela 1, destaca-se que Cólica foi mais frequente no 3º mês, quando comparada ao 6º mês. Os demais agravos como vômito e diarreia apresentaram percentuais semelhantes nos dois períodos avaliados (3º e 12º mês de vida), o que pode representar tendência do agravo ao longo do primeiro ano de vida, quanto sua intensidade. Na tabela 2, são apresentadas as variáveis correlacionadas com a intensidade dos agravos.

**Tabela 2** – Distribuição da intensidade do agravo Vômito no 3º e 12º mês de vida de lactentes prematuros limítrofes. Santa Maria/RS, 2019.

	<b>Nunca</b>	<b>Quase</b>	<b>Quase</b>	<b>Sempre</b>	<b>P (&lt;0,05)</b>
	<b>n(%)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Sempre</b>	<b>n(%)</b>	
		<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>		
<b>3ºMÊS</b>					
<b>Neonatais</b>					
Moderado	7(38,9)	6(33,3)	4(22,2)	1(5,6)	0,819
Tardio	50(49,5)	24(23,8)	22(21,8)	5(5,0)	
PIG	11(45,8)	9(37,5)	3(12,5)	1(4,2)	0,499
AIG	42(47,2)	21(23,6)	21(23,6)	5(5,6)	
GIG	4(66,7)	0	2(33,3)	0	
Egresso da UTI	21(43,8)	16(33,3)	9(18,8)	2(4,2)	0,412
Alojamento	36(50,7)	14(19,7)	17(23,9)	4(5,6)	
Conjunto					
Aleitamento	53(49,5)	25(23,4)	24(22,4),	5(4,7)	0,480
Materno					
Exclusivo					
Não Recebeu	4(33,3)	5(41,7)	2(16,7)	1(8,3)	
AM					
<b>Classe Socioeconômica</b>					
A-B	12(57,1)	5(23,8)	4(19,0)	0	0,666
C	29(42,0)	18(26,1)	18(26,1)	4(5,8)	
D-E	16(55,2)	7(24,1)	4(13,8)	2(6,9)	

<b>12ºMÊS</b>					
<b>Neonatais</b>					
Moderado	12(70,6)	5(29,4)	0	0	0,559
Tardio	62(70,5)	18(20,5)	7(8,0)	1(1,1)	
PIG	16(72,7)	4(18,2)	2(9,1)	0	0,917
AIG	54(70,1)	18(23,4)	4(5,2)	1(1,3)	
GIG	4(66,7)	1(16,7)	1(16,7)	0	
Egresso da UTI	29(69,0)	12(28,6)	1(2,4)	0	0,258
Alojamento	45(71,4)	11(17,5)	6(9,5)	1(1,6)	
Conjunto					
Aleitamento Materno Exclusivo					
Não Recebeu AM	4(50,0)	4(50,0)	0	0	
<b>Classe Socioeconômica</b>					
A-B	15(75,0)	3(15,0)	2(10,0)	0	0,927
C	43(69,4)	14(22,6)	4(6,5)	1(1,6)	
D-E	16(69,6)	6(26,1)	1(4,3)	0	

Na análise das variáveis neonatais e socioeconômicas, não foi possível perceber diferença significativa entre a intensidade do vômito no terceiro e 12º mês de vida. Cabe destacar que, no terceiro mês, 8,3% dos bebês que não receberam AM apresentavam vômito SEMPRE, comparado aos 4,7% daqueles que estavam em AME. Ainda, as classes socioeconômicas D-E apresentaram maior frequência da intensidade SEMPRE, comparando com as demais classes. No final do primeiro ano de vida, a intensidade se apresentou menor, e sem relação significativa, com a intensidade do vômito. Na tabela 3, destaca-se o agravo Diarreia, na comparação com as variáveis.

**Tabela 3** – Distribuição da intensidade do agravo Diarreia no 3º e 12º mês de vida de lactentes prematuros moderados e tardios. Santa Maria/RS, 2019.

	<b>Nunca</b>	<b>Quase</b>	<b>Quase</b>	<b>Sempre</b>	<b>P (&lt;0,05)</b>
	<b>n(%)</b>	<b>Nunca</b>	<b>Sempre</b>	<b>n(%)</b>	
		<b>n(%)</b>	<b>n(%)</b>		
<b>3ºMês</b>					
<b>Variáveis Neonatais</b>					
Moderado	14(77,8)	4(22,2)	0	0	0,629
Tardio	72(71,3)	20(19,8)	8(7,9)	1(1,0)	
PIG	15(62,5)	7(29,2)	1(4,2)	1(4,2)	0,241
AIG	65(73,0)	17(19,1)	7(7,9)	0	
GIG	6(100,0)	0	0	0	
Egresso da UTI	31(64,6)	14(29,2)	2(4,2)	1(2,1)	0,105

Alojamento Conjunto	55(77,5)	10(14,1)	6(8,5)	0	
Aleitamento Materno Exclusivo	80(74,8)	20(18,7)	7(6,5)	0	0,012
Não Recebeu AM	6(50,0)	4(33,3)	1(8,3)	1(8,3)	
<b>Classe Socioeconômica</b>					
A-B	13(61,9)	6(28,6)	2(9,5)	0	0,606
C	54(78,3)	10(14,5)	4(5,8)	1(1,4)	
D-E	19(65,5)	8(27,6)	2(6,9)	0	
<b>12ºMês</b>					
<b>Neonatais</b>					
Moderado	12(70,6)	5(29,4)	0	0	0,597
Tardio	63(72,4)	20(23,0)	4(4,6)	0	
PIG	16(72,7)	6(27,3)	0	0	0,441
AIG	53(69,7)	19(25,0)	4(5,3)	0	
GIG	6(100,0)	0	0	0	
Egresso da UTI	31(73,8)	10(23,8)	1(2,4)	0	0,809
Alojamento Conjunto	44(71,0)	15(24,2)	3(4,8)	0	
Aleitamento Materno	70(72,9)	22(22,9)	4(4,2)	0	0,578
Não Recebeu AM	5(62,5)	3(37,5)	0	0	
<b>Classe Socioeconômica</b>					
A-B	15(75,0)	5(25,0)	0	0	0,043
C	41(66,1)	19(30,60)	2(3,2)	0	
D-E	19(86,4)	1(4,5)	2(9,1)	0	

Na análise das variáveis neonatais e socioeconômicas, foi possível perceber diferença significativa entre a intensidade da diarreia no terceiro e 12º mês de vida. Cabe destacar que, no terceiro mês, 74,8 % dos bebês que receberam AME, NUNCA apresentavam diarreia, comparado aos 50,0% daqueles que estavam em AM. Ainda, a classe socioeconômica C apresentou maior frequência da intensidade SEMPRE, comparando com as demais classes. No final do primeiro ano de vida, a intensidade QUASE SEMPRE se apresentou maior nas classes C e D-E maior que nas classes A-B, com diferença significativa ( $p=0,043$ ). Na tabela 4, destaca-se o agravo Cólica, na comparação com as variáveis.

**Tabela 4** – Distribuição da intensidade do agravo Cólica no 3º e 6º mês de vida de lactentes prematuros moderados e tardios. Santa Maria/RS, 2019.

	<b>Nunca</b> n(%)	<b>Quase</b> <b>Nunca</b> n(%)	<b>Quase</b> <b>Sempre</b> n(%)	<b>Sempre</b> n(%)	<b>P (&lt;0,05)</b>
<b>3ºMÊS</b>					
<b>Neonatais</b>					
Moderado	7(38,9)	5(27,8)	4(22,2)	2(11,1)	0,930
Tardio	42(41,6)	31(30,7)	16(15,8)	12(11,9)	
PIG	10(41,7)	6(25,0)	6(25,0)	12(13,5)	0,609
AIG	35(39,3)	28(31,5)	14(15,7)	0	
GIG	4(66,7)	2(33,3)	0	0	
Egresso da UTI	15(31,3)	17(35,4)	11(22,9)	5(10,4)	0,208
Alojamento	34(47,9)	19(26,8)	9(12,7)	9(12,7)	
Conjunto					
Aleitamento	44(41,1)	34(31,8)	17(15,9)	12(11,2)	0,655
Materno					
Não Recebeu	5(41,7)	2(16,7)	3(25,0)	2(16,7)	
AM					
<b>Classe Socioeconômica</b>					
A-B	11(52,4)	6(28,6)	3(14,3)	1(4,8)	0,488
C	25(36,2)	23(33,3)	10(14,5)	11(15,9)	
D-E	13(44,8)	7(24,1)	7(24,1)	2(6,9)	
<b>6ºMÊS</b>					
<b>Neonatais</b>					
Moderado	11(61,1)	4(22,2)	2(11,1)	1(5,6)	0,147
Tardio	59(65,6)	24(26,7)	7(7,8)	0	
PIG	16(76,20)	4(19,0)	1(4,8)	0	0,870
AIG	50(61,7)	22(27,2)	8(9,9)	1(1,2)	
GIG	4(66,7)	2(33,3)	0	0	
Egresso da UTI	28(63,6)	11(25,0)	4(9,1)	1(2,3)	0,672
Alojamento	42(65,6)	17(26,6)	5(7,8)	0	
Conjunto					
Aleitamento	63(63,6)	28(28,3)	8(8,1)	0	0,003
Materno					
Não Recebeu	7(77,8)	22(22,4)	2(2,0)	0	
AM					
<b>Classe Socioeconômica</b>					
A-B	17(85,0)	2(10,0)	1(5,0)	0	0,160
C	37(58,7)	21(33,3)	5(7,9)	0	
D-E	16(64,0)	5(20,0)	3(12,0)	1(4,0)	

Na análise das variáveis neonatais e socioeconômicas, não foi possível perceber diferença significativa entre a intensidade da cólica no terceiro mês de vida. Cabe destacar que, no terceiro mês, 16,7% dos bebês que não receberam AM apresentavam cólica SEMPRE, comparado aos

11,2% daqueles que estavam em AME. Porém no 6º mês de vida houve diferença significativa entre a intensidade da cólica. Destacando que, no sexto mês, 63,6% dos bebês que receberam AME, NUNCA apresentavam cólica, comparado aos 77,8% daqueles que estavam em AM. Contudo não foi possível perceber a diferença significativa entre a intensidade da cólica no 3º mês de vida dos bebês PIG, os quais apresentaram 13,5% de intensidade SEMPRE comparados aos bebês AIG e GIG que não apresentaram o agravo no período.

## **Discussão**

As principais queixas clínicas associadas às afecções gastrointestinais em prematuros no primeiro ano de vida, destaca-se o vômito, a cólica e a diarreia. Os agravos Vômito e Cólica são mais intensos nos primeiros dias de vida. O agravo diarreia mantém intensidade semelhante ao longo do primeiro ano de vida.

O vômito nos primeiros meses de vida está associado ao refluxo gastroesofágico e que em sua maioria se caracteriza de forma fisiológica. Trata-se de uma afecção comum na infância, tem prevalência de aproximadamente 30% dos lactentes a termo, no primeiro ano de vida, e torna-se mais frequente na população de nascidos prematuros. É uma afecção muito comum; tanto na atenção primária quanto nos ambulatórios de atenção secundária e pode afetar quase 50% das crianças com menos de três meses de idade<sup>12</sup>. Esse dado corrobora com os achados no presente estudo, e destaca que o vômito apresenta maior intensidade no terceiro mês de vida, quando comparado ao final do primeiro ano de vida.

Os principais fatores, associados ao vômito, incluem o alto volume de leite ingerido, postura e imaturidade funcional do esfíncter esofágico inferior (está, atrelada a prematuridade). Fica implícito a vulnerabilidade de nascidos prematuros limítrofes, devido à alta precoce hospitalar, e a repercussão clínica da prematuridade<sup>13</sup>. Na presente análise, nenhum fator relacionado apresentou associação para o desenvolvimento de vômito tanto na avaliação do terceiro quanto no 12º mês, em contrapartida, autores definem alguns fatores de risco para o desenvolvimento, tais como avaliar a importância do vômito e determinar sua etiologia, levando em consideração vários fatores – como duração, intensidade e tipo de vômito. Se o Vômito ocorrer logo após a ingestão de alimentos esse é chamado de precoce, porém se ocorrer de duas a três horas depois, são chamados de tardios. Podem ser agudos, crônicos ou recorrentes dependendo da sua duração. Após o período neonatal, são causas mais frequentes de vômitos

os erros alimentares, o refluxo gastroesofágico, as afecções enterais e parenterais, a alergia ou intolerância alimentar e a estenose ou a compressão extrínseca do trato digestivo<sup>14</sup>.

A história natural do vômito/ refluxo gastroesofágico geralmente melhora com a idade, com menos de 5% das crianças com vômito ou regurgitação na infância continuando a apresentar sintomas após os 14 meses de idade. Isso ocorre devido a uma combinação de crescimento no comprimento do esôfago, postura mais ereta, aumento dos tônus do esfíncter esofágico inferior e dieta mais sólida<sup>15</sup>.

Ainda, como agravo mais frequente nos primeiros meses de vida, a cólica pode estar relacionada à imaturidade fisiológica, principalmente nos casos mais intensos de prematuros limítrofes. Que esses episódios podem se acarretarem mais nos períodos noturnos, porém é imprescindível avaliar o tempo, os momentos do dia em que ocorre. O diagnóstico da cólica nos lactentes pode ser avaliado de forma clínica e ponderal. Orientar aos pais que a cólica pode ser um fenômeno natural do desenvolvimento gastrointestinal da criança, auxilia-os em seus medos e angustias faz com que diminui a ansiedade frente ao choro<sup>16</sup>.

Em contrapartida, a Diarreia, por não estar associada a condições de imaturidade fisiológica, tão pouco, processos de adaptação fisiológica, ela manteve intensidade frequente ao longo das avaliações do terceiro e 12º mês de vida. Cabe considerar que ela se apresenta mais intensa nos primeiros meses de vida, quando comparados aos demais<sup>17</sup>. A ocorrência de três ou mais evacuações de consistência amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas, é conceituada como diarreia, pois constitui uma alteração das funções gastrointestinais, o que pode ocasionar um transtorno para a saúde das crianças, sendo umas das afecções mais presente nessa faixa etária. Alguns autores defendem que o adoecimento das crianças menores de um ano de vida, por diarreia, pode estar relacionado ao ponto de vista biológico, agravados com fatores como a prematuridade, o baixo peso ao nascer e a malformação congênita<sup>18</sup>.

Lactentes que não estavam em AME, apresentaram maior intensidade de diarreia na avaliação do terceiro mês ( $p=0,012$ ), bem como aqueles classificados em classe C, D-E apresentaram maior intensidade do agravo ao final do primeiro ano de vida ( $p=0,043$ ). A alimentação no primeiro ano de vida dos bebês contribui para a sobrevivência dos mesmos, o que pode lavar a consequências de curto e de longo prazo. O recomendado pelas Organizações Nacionais e Internacionais de saúde é que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses de vida, e que a partir desse período se pode introduzir na dieta da criança alimentos complementares. Estudos relatam que o Aleitamento Materno é uma intervenção fundamental na proteção contra doenças respiratórias e na diarreia aguda. Segundo Santos *et al.*<sup>18</sup> crianças

menores de seis meses que estavam em aleitamento materno exclusivo, tiveram menos episódios de diarreia comparados aos que não estavam em aleitamento exclusivo. O autor afirma ainda que dos seis meses até os 12 meses, devido a introdução de outros alimentos à dieta dos bebês e a diminuição do aleitamento exclusivo, o número com o agravo diarreia aumentou.

Quanto aos fatores associados a intensidade da cólica, no terceiro e sexto mês de vida, cabe destacar que a alimentação, foi considerada fator predisponente. Na avaliação do terceiro mês de vida, prematuros limítrofes apresentaram 11,2% de cólica SEMPRE, àqueles que estavam em AME, e 16,7%, de intensidade SEMPRE, àqueles que não se encontravam em AME. Cardoso<sup>19</sup>, ao abordar a prevalência da Cólica afirma não existir diferença entre bebês do sexo masculino e feminino, prematuros ou a termo, ou que estejam em aleitamento materno exclusivo dos que estão em uso de fórmula infantil. Relata ainda que mesmo tendo estudo que descrevem tal achados, como tendo relação entre si, outros contradizem, mas que nenhum destes estudos e pesquisas devem ser desconsiderados.

Estudos mostraram que a introdução precoce de chás na dieta materna, podem afetar o aleitamento. Apesar de não terem sido comprovados cientificamente há estudos que relatam que as estratégias de ações comportamentais entre pais e filhos podem auxiliar no enfrentamento desses sintomas. O suporte social oferecido a mãe pode ser um importante fator para a diminuição dos episódios de cólica. Pois pode se analisar que as mães que recebiam apoio afetivo, os bebês apresentaram menos sintomas de cólicas<sup>20</sup>.

## **Conclusão**

Para prematuros limítrofes, são mais intensos nos três primeiros meses de vida as afecções vômito e cólica e a diarreia se mantém com intensidade constante ao longo do primeiro ano de vida. Não foram identificados fatores neonatais e socioeconômicos associados ao desenvolvimento de vômito, contudo para as afecções diarreia e cólica, é possível destacar que Prematuros limítrofes que não estão em AME, apresentam maior intensidade de cólica e diarreia, daqueles que estão em AME, na avaliação do terceiro mês de vida. Também é mais frequente, ao final do primeiro ano de vida, o desenvolvimento de diarreia, naqueles pertencentes a classe socioeconômica C, D-E.

O estudo traz implicação para a identificação dos fatores de risco, visto vulnerabilidade dessa população de prematuros, que ainda é pouco descrita na literatura. Equipes de atenção

em puericultura devem estar atentos para essa população de risco, com o intuito de identificação precoce dos agravos, visto que apresentam intensidade SEMPRE, em uma grande parcela dessa população. Ações de promoção e prevenção devem contemplar aspectos relacionados principalmente ao vômito e cólica nos primeiros meses de vida, e de diarreia, sob uma intensidade menor, ao longo do primeiro ano. Bebês prematuros limítrofes, que não estão em AME e nível socioeconômico menor (C, D-E), possuem maior intensidade dos agravos e devem ser considerados população alvo para essas condições gastrointestinais.

Destaca-se que há limitações no estudo, quanto a forma da definição do agravo, identificada apenas, pela percepção do cuidador/familiar, o que pode possuir viés de interpretação. Recomenda-se a realização de novos estudos, que possam acompanhar a repercussão desses agravos ao longo dos primeiros anos de vida, visto que, a prematuridade limítrofe pode ser considerada uma condição de saúde diferencial ao longo dos primeiros anos de vida.

## Referências

1. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2015. Nascimentos prematuros. A ficha informativa N ° 363, Nov 2015.
2. Moreira, MEL, Lopes, JMA; Caralho, M. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
3. Delnord M, Zeitlin J. Epidemiology of late preterm and early term births – An international perspective. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* [Internet] 2019 [cited 2019 Nov 20]; 24(1):3-10. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.siny.2018.09.001>
4. Vanin LK, Zatti H, Soncini T, Nunes RD, Siqueira LBS. MATERNAL AND FETAL RISK FACTORS ASSOCIATED WITH LATE PRETERM INFANTS. *Rev. paul. pediatri.* [Internet]. 2020 [cited 2019 nov 03];38:e2018. 136. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018136>.
5. Berseth C. Assessment in intestinal motility as a guide in the feeding management of newborn. *Clinics in Perinatology* [Internet]. 1999 Dec [cited 2019 nov 15]; 26(4):1007-15. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10572734>
6. Flake ZA, Linn BS, Hornecker JR. Practical selection of antiemetics in the ambulatory setting. *Am Fam Physician* [Internet]. 2015 Mar [cited 2019 July 19]; 91(5):293-6. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25822385>
7. Ferreira CT, Seidman E. Alergia Alimentar: atualização prática do ponto de vista gastroenterológico. *J. Pediatr. (Rio J)* [Internet]. 2007 [cited 2019 Nov 20] 83(1):7-20. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572007000100004> .
8. Baird DC, Harker DJ, Karmes AS. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children. *Am Fam Physician* [Internet]. 2015 Oct [cited 2019 sept 19]; 92(8):705-14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26554410>
9. Salvador, M., Rodrigues, M., Cordeiro, A. e Paiva Lopes, MJ. DIAGNÓSTICO E GESTÃO DA ALERGIA DA PROTEÍNA DO LEITE DE VACA EM CRIANÇAS E CRIANÇAS. *Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia* [Internet]. 2014 [cited 2019 Nov 20]; 72 (1), 23-33. Doi:<https://doi.org/10.29021/spdv.72.1.223>
10. Hrabovsky EE, Mullet MD. - Gastroesophageal reflux and the premature infant. *J Pediatr Surg*, 1986, 21(7): 583-587.
11. Mendes TB., Mezzacappa MAMS, Toro AADC, Ribeiro JD. Fatores de risco para a doença por refluxo gastroesofágico em recém-nascidos de muito baixo peso portadores de displasia broncopulmonar. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet]. 2008 Apr [cited 2019 Nov 03]; 84(2):154-159. Doi:<http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1764>.

12. Kolimarala V, Beattie RM, Batra A. Gastro-oesophageal reflux in infancy. *Paediatrics and Child Health* [Internet] 2019 [cited 2019 nov 02];29(9):377 – 83. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.paed.2019.06.002>.
13. Machado LC, Passini Junior R, Rosa, Izilda RM. Prematuridade tardia: uma revisão sistemática. *J. Pediatr. (Rio J.)* [Internet], 2014 [cited 2019 Nov 20];90(3):221-31. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2013.08.012>.
14. Vasconcellos MC, Duarte MA, Machado MGP. Vômito: abordagem diagnóstica e terapêutica. *Rev Med Minas Gerais* [Internet]. 2014 [cited 2019 aug 26]; 24: 5-11. Available from: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:i\\_Z7yk5FREAJ:rmmg.org/exportar-pdf/1836/v24s10a02.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:i_Z7yk5FREAJ:rmmg.org/exportar-pdf/1836/v24s10a02.pdf+&cd=2&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br)
15. Lima FET, Brilhante AA, Magalhães FJ, Mendes CRS, Queiroz APO, Souza TLV. Relação dos determinantes sociais de saúde e dos distúrbios gastrointestinais em crianças e adolescentes. *Reve. Tenden. Da Enferm. Profis...* 2015. 7(3):1615-20.
16. Marcon ACC, Vieira MC, Morais MB. Conhecimentos do pediatra sobre o manejo do lactente que chora excessivamente nos primeiros meses de vida. *Rev Paul Pediatr* [internet] 2014; [cited 2019 Nov 20 ] 32(2):187-92. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406034050007>.
17. Vasconcelos MJOB, Rissin A, Figueiroa JN, Lira PIC, Batista FM. Fatores associados à diarreia em menores de cinco anos, no estado de Pernambuco, segundo inquéritos realizados em 1997 e 2006. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2018 [cited 2019 Nov 13];52:48. Available from: doi: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052016094>.
18. Santos FS, Santos LH, Saldan PC, Santos FCS, Leite AM, Mello DF. Aleitamento Materno e Diarreia aguda entre crianças cadastradas na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2016 [cited 2019 Nov 20];25(1):e0220015. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016000022015>
19. Cardoso AL. Constipação e cólicas na infância: causas e manejo terapêutico. *Rev Bras Med* [internet] 2013; [acesso 2017 Dez 03] 49(4): 139-148. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=5370](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5370).
20. Alexander CP, Zhu J, Paul IM, Kjerulff KH. Fathers make a difference: positive relationships with mother and baby in relation to infant colic. *Child Care Health Dev.* [Internet] 2018 [cited 2019 Nov 15]; 43 (5): 687-696. doi: 10.1111/cch.12445.

**Anexos**



[Current](#) [Archives](#) [Register](#) [Login](#) [News](#) [About](#)

[Home](#) / [Submission](#)

Os manuscritos devem ser escritos no formato Word para Windows, para impressão em papel A4, espaçamento 1,5, margem de 2,5 cm de cada lado, letra 12, Times New Roman, parágrafos alinhados com 1 cm.

**Folha de rosto**

**Título do artigo:** sintético, objetivo e apresentado apenas na língua de submissão, em negrito; não mais que 14 palavras, minúsculas, maiúsculas para a primeira palavra e / ou nomes, centralizadas, letra 12, Times New Roman. Por favor, evite usar: localização geográfica da pesquisa, abreviações e identificação do tipo de estudo.

**Autores :** O nome dos autores deve ser colocado logo abaixo do título do artigo, é limitado a seis e deve estar na sequência do texto, em tamanho 12, maiúsculas, separadas por vírgulas, com números sobrescritos.

Exemplo: Ana Fátima Carvalho Fernandes <sup>1</sup>, Thereza Maria Magalhães Moreira <sup>2</sup>

**Forneça o número de registro do ORCID para todos os autores na página de título e no sistema.**

**Afilições institucionais dos autores :** instituição à qual os autores têm afiliação, cidade, estado e país. Depois, digite o nome e o endereço completo com o CEP do autor correspondente.

Exemplo: <sup>1</sup> Universidade Federal do Ceará.

Fortaleza, CE, Brasil. Autor correspondente: Nome do autor

Endereço completo: forneça CEP e endereço de e-mail

**Manuscrito extraído da dissertação ou tese** : indicado por asterisco, em nota de rodapé, título, ano e instituição.

**Agradecimentos** : item opcional. Pode incluir instituições ou pessoas não classificadas como autores. Em caso de apoio financeiro da instituição, forneça o número da concessão.

**Colaborações** : item obrigatório. Os autores devem fornecer as seguintes informações: (1) Concepção e desenho ou análise e interpretação dos dados; (2) redigir o manuscrito ou revisá-lo criticamente quanto a conteúdo intelectual importante; (3) Aprovação final da versão a ser publicada. Essas três condições devem ser totalmente atendidas.

#### **Documento principal**

Deve ter título, resumo com descritores e corpo do manuscrito (não fornecer identificação de nenhum autor).

**Título do artigo**: curto e objetivo, fornecendo apenas a versão no idioma da versão submetida, em negrito. Máximo de 14 palavras em minúsculas.

**Resumo** : deve ser redigido sem acrônimos, apenas no idioma de submissão e ter no máximo 150 palavras, Objetivo, Métodos (sem período e local de estudo), principais resultados e conclusões, fornecendo uma visão clara e concisa da pesquisa. Deve ser escrito em espaço de 1,5 cm, letra 12, Times New Roman, na mesma sequência do título.

**Descritores** : devem ser redigidos nos idiomas português e inglês, separados por ponto e vírgula e em maiúsculas, exceto nas preposições. Devem ser seguidos pelo resumo, respeitando o número de três a cinco. Por favor, use descritores dos "Descritores em Ciências da Saúde" - DECS / LILACS / BIREME, disponíveis em <http://decs.bvs.br/> ou MESH / " [Medical Subject Headings](#) " - criados pela Biblioteca Nacional de Medicina. os descritores: **Descritores e Descritores** , carta 12, em negrito.

**Texto** : não use siglas no texto, priorize sua descrição, exceto as reconhecidas internacionalmente. A estrutura necessária para cada categoria de manuscrito deve ser seguida.

**Introdução**: o objetivo da introdução é apresentar os fundamentos teóricos sobre o tema do estudo e declarar, com as devidas justificativas e explicações, a originalidade e validade, objetivo e aplicabilidade da contribuição para o conhecimento científico. Evite citar comunicações pessoais ou materiais não publicados. O objetivo deve ser colocado no último parágrafo da seção Introdução e cada objetivo deve ser abordado na seção Conclusão.

**Métodos**: descreve como a pesquisa foi desenvolvida, a lógica do raciocínio do autor na ordenação dos procedimentos e técnicas aplicadas para obtenção dos resultados. O método estatístico e o critério matemático de significância dos dados também devem ser declarados. Deve ser redigido sem subitens, como segue: tipo de pesquisa, população (com critérios de

seleção), cálculo do tamanho da amostra, instrumento de coleta de dados (com informações de validade e precisão), processo de coleta de dados ( **últimos cinco anos**) e análise de dados. No caso de pesquisas envolvendo seres humanos, os autores devem fornecer o número de protocolo de aprovação emitido por um Comitê de Ética em Pesquisa e o Certificado de

Apresentação para Avaliação Ética (CAAE) e declarar que a pesquisa foi conduzida de acordo com os padrões éticos exigidos.

**Resultados:** descrição do que foi encontrado na pesquisa, sendo exclusivo do pesquisador, sem citações ou comentários ou interpretações pessoais (subjetivas).

**Discussão:** deve haver apreciação crítica do autor, os aspectos novos e importantes da pesquisa e a explicação do significado dos resultados encontrados e suas limitações, relacionando-os a outros estudos. A escrita deve seguir um estilo crítico e os verbos escritos no passado. A essência da seção Discussão é a interpretação dos resultados encontrados e sua relação com o conhecimento anterior, para se chegar a uma conclusão. Por favor, inicie a seção Discussão explicando as limitações dos resultados, que são consequências do método escolhido. No segundo parágrafo, explique a contribuição dos resultados do estudo e sua aplicabilidade prática.

**Conclusão:** deve ser escrita em uma frase clara, simples e direta, demonstrando o cumprimento do objetivo proposto. No caso de mais de um objetivo, deve haver uma conclusão para cada objetivo. Nenhum outro comentário deve ser incluído na seção Conclusão e não deve conter citações.

**Referências:** Artigos de pesquisa: no máximo 20 e no mínimo 15 referências; e Artigos de Revisão: no máximo 30 referências.

**Atenção:** os manuscritos devem ter os resultados separados da seção Discussão.

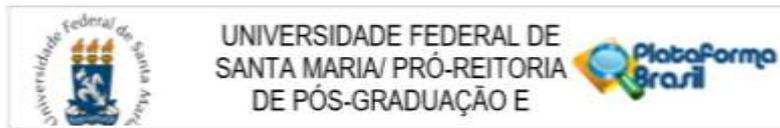
**Citações de referências no texto:** no texto, as citações devem ser numeradas consecutivamente em algarismos arábicos, entre parênteses, sobrescrito e sem mencionar o nome dos autores. Exemplo: <sup>(1)</sup>. Quando houver citação seqüencial, separe os números por traço (exemplo <sup>(1-6)</sup>). Quando intercalados, use vírgula (exemplo <sup>(2,6,10)</sup>).

**Citações de referências no final do texto:** Siga o Vancouver Style, disponível em [https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform\\_requirements.html](https://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). Os títulos oficiais devem ser abreviados de acordo com a *lista de periódicos indexados no MEDLINE* (<http://www.nlm.gov/tsd/serials/lji.html>). Para os periódicos não incluídos no site anterior, os autores devem usar as abreviações do Catálogo Coletivo Nacional de Publicações Seriais (CCN), do IBICT, disponíveis em: <http://ccn.ibict.br/busca.jsf>, e Portal de Revistas em Ciências da Saúde da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), disponível em: <http://portal.revistas.bvs.br>. Referências são usadas para convencer o leitor da validade dos fatos e argumentos apresentados. Quando escolhidas adequadamente, as referências fornecem

maior credibilidade ao artigo. **Atenção:** deve ser dada prioridade à citação de referências atualizadas, **publicadas nos últimos cinco anos**, considerando o período de submissão do manuscrito.

**Literatura Gray:** na lista de referências, não incluem referências que não podem ser recuperados a partir do original pelo leitor, como teses e dissertações, teses de graduação e outras fontes inacessíveis (apostilas, procedimentos, etc.) ou obras de impacto científico limitado. A citação de artigos recentes, com menos de cinco anos, é essencial para artigos originais.

## ANEXO B



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** CONDIÇÕES DE SAÚDE DE PREMATUROS MODERADOS E TARDIOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

**Pesquisador:** ELIANE TATSCH NEVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 53898916.9.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

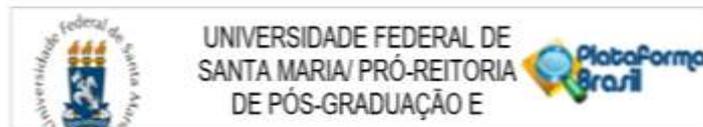
#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.511.201

#### Apresentação do Projeto:

Tese de doutorado vinculada ao Curso de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM. Estudo descritivo, analítico, longitudinal, sendo que será utilizada a abordagem quantitativa para mensurar a incidência das condições de saúde e a qualitativa para a descrição e análise das redes de atenção à saúde de prematuros moderados e tardios.

At  
Ace



Continuação do Parecer: 1.511.201

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 24 de Abril de 2016

---

Assinado por:  
CLAUDEMIR DE QUADROS  
(Coordenador)