



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL
EM SAÚDE PERINATAL



JULIANA REBELO DIAS

**COLOSTROTERAPIA: PROPOSTA DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL
MULTIPROFISSIONAL FUNDAMENTADA EM REVISÃO INTEGRATIVA**

OROPHARYNGEAL ADMINISTRATION OF COLOSTRUM: PROPOSAL FOR MULTI-
PROFESSIONAL ASSISTANCE PROTOCOL FOUNDED IN INTEGRATION REVIEW

RIO DE JANEIRO

2019

JULIANA REBELO DIAS

**COLOSTROTERAPIA: PROPOSTA DE PROTOCOLO
ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL
FUNDAMENTADA EM REVISÃO INTEGRATIVA**

Artigo de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro/UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Residente Multiprofissional com ênfase em Nutrição na Saúde Perinatal.

Orientadora: Dr^aAna Paula Vieira dos Santos Esteves

Coorientador: Ms Vânia de Oliveira Trinta

RIO DE JANEIRO

2019

Introdução do trabalho

Considerando a recente implementação da prática da Colostroterapia na ME/UFRJ (Janeiro/2018) e a inexistência de consensos na literatura relacionados à padronização desta tecnologia, este trabalho pretende trazer a síntese de estudos primários e de boa qualidade existentes a respeito do tema.

Elaborado a partir da vivência de seu primeiro ano de implementação na Unidade, considera, portanto, as práticas de cuidado multiprofissional e a rotina da Instituição.

Propõe-se, portanto, um produto com embasamento científico favorável a tomada de decisões quanto à terapêutica, expresso sob a forma de Protocolo assistencial multiprofissional. Incluindo, a descrição técnica da terapia na Instituição, o fluxo do processo e um modelo de registro. Almejando, assim, contribuir para a qualidade do serviço prestado.

Submissão para a Revista:

Ciência e Saúde Coletiva (ABRASCO).

RESUMO

A colostroterapia visa assistir recém-nascidos prematuros, em especial os de *muito baixo peso ao nascer*, que por especificidades clínicas são comumente privados da exposição ao colostro. Este estudo surge a partir do acompanhamento da implementação desta prática na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro e de lacunas evidenciadas na literatura quanto sua padronização. Apresenta como objetivo a elaboração de um instrumento favorável à tomada de decisões quanto à terapêutica. Como resultado, portanto, uma proposta de protocolo assistencial multiprofissional, incluindo a descrição técnica da terapia, o fluxo do processo e um modelo de registro, adaptados à Instituição.

Palavras-Chave: Colostro. Recém-nascido prematuro.

ABSTRACT

Oropharyngeal administration of colostrum aims to assist preterm newborns, especially those of very low birth weight, who for clinical specificities are deprived of exposure to colostrum. This study arises from the implementation of this practice in the School Maternity of the Federal University of Rio de Janeiro and of gaps evidenced in the literature regarding yours standardization. It presents as objective the elaboration of an instrument favorable to making decisions regarding therapeutics. Presents, therefore, a proposal for a multi-professional care protocol, including the technical description of the therapy, the process flow and a registration model adapted to the institution.

Key words: Colostrum. Infant. Premature.

INTRODUÇÃO

O leite humano (LH) é um alimento rico em macro e micronutrientes próprios ao organismo e ao desenvolvimento da espécie. Reconhecido pela Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) como alimento mais completo à criança, é recomendado de maneira exclusiva até os 6 meses de idade e complementar até os 2 anos ou mais. O colostro é o primeiro leite produzido pelas glândulas mamárias, sendo considerado uma importante fonte de proteção por apresentar constituintes como imunoglobulina A secretória (sIgA), lactoferrina, citocinas anti-inflamatórias, e fatores de crescimento necessários à maturação do trato gastrointestinal. Além de fatores promotores do crescimento de bactérias comensais (como ex. ácido lático), e bactérias propriamente ditas (como ex. estafilococos, estreptococos e bifidobactérias), favoráveis ao desenvolvimento de uma Microbiota saudável. Proposto, assim, como um alimento probiótico¹⁻⁴.

No entanto, há quadros clínicos que contraindicam a exposição deste a neonatos, considerando a pontual importância clínica do jejum. A citar, casos de imaturidade gastrointestinal ou instabilidade relacionada à hipoperfusão intestinal, comuns em recém-nascidos pré-termos (RNPT). Além de situações no qual há preferência pela nutrição pela via parenteral ou enteral associada a fórmulas infantis. Dessa maneira, a privação da exposição precoce ao leite materno (LM), pode comprometer, além do aporte nutricional, o contato com fatores protetores e imunomoduladores, desfavorecendo o prognóstico neonatal, em especial de RNPT⁵.

A prematuridade, por si própria, é desafiadora aos cuidados em saúde perinatal. Uma vez que a morbimortalidade associada a essa condição sobrecarrega a Saúde Pública, incluindo a realocação de recursos para o tratamento dos RNPT e seus elevados gastos⁶. Segundo WHO (2012), mais de 1 a cada 10 nascimentos no mundo foram prematuros em

2010, o que equivale a cerca de 15 milhões de bebês. Definida como o nascimento de crianças com menos de 37 semanas gestacionais (<259 dias), a prematuridade é, ainda, a primeira causa de mortalidade no primeiro mês de vida e a segunda em crianças abaixo de 5 anos⁶. Representa custos hospitalares mais elevados comparados a recém-nascidos a termos, pois está relacionada a desfechos clínicos adversos como hipoglicemia, icterícia, retinopatia da prematuridade (ROP), Enterocoliteneocrosante (NEC), Perfuração intestinal espontânea (SIP), hemorragia intraventricular (IVH), Broncodisplasia pulmonar (BDP), Pneumonia associada à ventilação mecânica (VAP), sepse, entre outros⁷.

Dessa maneira, a partir da percepção do prejuízo da não exposição ao colostro nos primeiros dias de vida de RNPT, estudos começaram a surgir a fim de propor estratégias viáveis a sua utilização considerando seus benefícios imunológicos e as especificidades da prematuridade. Nesse contexto, tem-se a Colostroterapia, definida pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) como o uso do colostro com fins de suporte imunológico e não nutricionais especialmente para recém-nascidos de muito baixo peso ao nascer (<1.500g), – com ressalva acerca da necessidade de evidências científicas para a generalização de seu uso⁸.

Considerando-a como uma inovação tecnológica – com publicações a partir do ano de 2009 , seus apontamentos científicos promissores e, efetiva implementação na Instituição vinculada à pesquisa, fomenta-se a busca por padrões de aplicação desta terapia. Este estudo surge, portanto, com o objetivo de propor um instrumento voltado à prática multiprofissional da Colostroterapia na Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME/UFRJ). Apresentando, portanto, um produto elaborado a partir de revisão integrativa da literatura realizada de forma sistemática e da vivência dos primeiros 12 meses de implementação da terapêutica, traduzido sob a forma de Protocolo Assistencial.

REFERENCIAL TEÓRICO

Colostro

Existem muitos fatores que interferem na variabilidade da composição LM. O estado nutricional da nutriz, a técnica de extração do leite, a periodicidade da amamentação (exclusiva, predominante ou complementar), a idade gestacional (IG) de nascimento entre outros fatores que continuam sendo alvo de estudos⁹. Além disso, o leite em suas diferentes fases de transição apresenta características específicas a cada etapa de desenvolvimento do neonato⁹.

O colostro é o primeiro leite produzido pelas glândulas mamárias, permanecendo nesta fase por, em média, 7 dias pós parto. É composto por agentes imunológicos com ação bacteriostática, bactericida, antiviral, anti-inflamatória e/ou imunomoduladora. Entre eles, citocinas (anti-inflamatórias), sIgA, lactoferrina, lisozimas e outros. Juntos, quimiocinas e agentes protetores tróficos defendem neonatos de infecções, estimulando o desenvolvimento do Trato gastrointestinal (TGI) e modulando o sistema imunológico do bebê¹⁰. Bactérias presentes no LM também favorecem o desenvolvimento de uma microbiota saudável, evitando, assim, supercrescimento e translocação bacteriana intestinal.

Parte do diferencial atribuído a esta fase do LM deve-se a abertura das junções intercelulares, “tight junctions”, do epitélio mamário. Com o passar do puerpério, esta permeabilidade diminui devido ao fechamento destas conexões, impedindo o transporte paracelular e, portanto, a continuidade da chegada destes componentes ao LM^{10,11}. De forma dias pós-parto, diferente de mães prematuras que permanecem com estas abertas por mais tempo. Como resultado, fatores imunoprotetores presentes no sangue materno translocam-se

por mais tempo e em maior concentração para o leite de mães de RNPT. Sugerindo, portanto, relação inversamente proporcional entre a idade gestacional e a concentração destes componentes no LM¹²⁻¹⁴.

Dessa forma, a importância da exposição do colostro a RNPT mostra-se ainda maior. Destacando-se, ainda, sua importância para bebês prematuros e com muito baixo peso ao nascer (MBPN), ou seja, que nascem com peso inferior a 1500g, uma vez que este público apresenta maior risco de infecções. Entretanto, a possível instabilidade clínica, imaturidade gastrointestinal e a presença relevante de comorbidades associadas à hipoperfusão intestinal, comumente presente neste grupo, impossibilitam o contato com o leite humano neste período. O prolongamento da nutrição parenteral e o uso de antibióticos contribuem, ainda, para a atrofia e padrão anormal de colonização intestinal, aumentando assim a susceptibilidade a quadros infecciosos⁵.

Diante da importância da exposição ao colostro materno em tempo oportuno, especialmente a esta categoria, estudos começaram a avaliar métodos alternativos, seguros e eficazes que o viabilizassem. Neste contexto, a administração orofaríngea do colostro (AOC), colostroterapia, surge como uma opção em potencial.

Colostroterapia

Estudos realizados com indivíduos adultos intolerantes a administração de componentes imunomoduladores, como citocinas ou interferons (ex. IFN- α), via parenteral demonstraram que a via orofaríngea pode ser utilizada com este fim de maneira eficaz e segura. Diferente da via oral, na qual ocorre a deglutição de um líquido com consequente absorção gastrointestinal, a orofaríngea pressupõe a absorção majoritária pelas membranas da mucosa oral, por meio da direta aplicação de pequenas quantidades de líquido nesta⁵. A esta rota,

associa-se a interação de componentes imunomodulatórios com o Sistema Linfóide associado à mucosas (MALT).

A mucosa oral é uma interface importante entre microbiota bucal, fatores imunologicamente ativos no colostro e o sistema imune do lactente. Na teoria, a colostroterapia pode promover respostas imunes de 3 maneiras. Primeira, citocinas presentes no colostro interagindo com células do tecido linfóide associado à orofaringe (OALT)¹⁵. Como, por exemplo, a interleucina-6, estimulando o crescimento e diferenciação de linfócitos B à células secretoras de IgA, e a partir da IgA secretada aumenta-se a imunidade local da mucosa¹⁶. Segunda, devido a possibilidade de absorção diretamente pela mucosa oral, IgA e lactoferrina, presentes em alta concentração, podem interferir na colonização de patógenos a nível sistêmico, além da absorção de outros fatores de proteção indutores de respostas imunes⁵. Terceira, durante AOC alguma parte do colostro pode chegar ao trato gastro intestinal e interagir com o tecido linfóide associado ao intestino (GALT), otimizando a resposta imunológica do RN¹⁷. Entretanto, apesar do suporte teórico existem limitadas evidências clínicas que comprovem os efeitos desta terapia.

MÉTODOS

A partir de revisão integrativa da literatura realizada de maneira sistemática, propõe-se um Protocolo assistencial voltado à prática multiprofissional da Colostroterapia na ME/UFRJ. A escolha por esse método de pesquisa, relatado na literatura desde 1980, tem como princípio oferecer suporte a tomada de decisões e a melhoria da prática clínica a partir de ampla análise da literatura científica¹⁸. A estratégia de busca sistemática foi adotada por seu rigor metodológico, conferindo ao estudo caráter abrangente, imparcial e reprodutível¹⁹.

Revisões bibliográficas são pesquisas secundárias que utilizam informações de pesquisas originais de outros autores, primárias, objetivando a fundamentação teórica a uma determinada questão. Com respaldo científico torna-se possível a proposição de adaptações ou inovações às rotinas de um determinado serviço. São as chamadas práticas baseadas em evidências (PBE). A revisão contribui, portanto, para discussões sobre métodos, resultados e possíveis lacunas do saber de estudos anteriores, visando construir a síntese do estado de conhecimento sobre um determinado assunto²⁰.

A PBE requer a organização do problema clínico, e sugere a estratégia PICO para a formulação da pergunta e das chaves de busca, a partir das terminologias indexadas em cada base de dados, a fim de maximizar o alcance da pesquisa. Este acrônimo, representa “P” o paciente, “I” a intervenção proposta, “C” comparação ou controle, e “O”, o resultado²¹. A partir desta estratégia inicia-se a busca pela produção de conhecimento acerca do estudo da arte em questão.

A revisão norteou-se pela pergunta: “Quais são as evidências relacionadas à prática da colostroterapia?”. Tendo como representantes da população/pacientes (“P”), os prematuros. Intervenção (“I”), a Colostroterapia (administração orofaríngea do colostro materno). Comparação (“C”) relativa aos desfechos neonatais de prematuros submetidos ao placebo como: a ocorrência de efeitos adversos relacionados à administração da colostroterapia; o ganho de peso; o tempo de internação hospitalar; o período até a introdução da alimentação enteral; o intervalo de tempo até o aporte pleno de dieta; a predominância do uso de fórmulas infantis ou LM como alimentação enteral; a modulação da microbiota oral, além da incidência de NEC, Sepsis e, óbito.

Sendo suas etapas: elaboração da pergunta de pesquisa de acordo com o acrônimo PICO; busca na literatura definida pelos descritores e operadores booleanos de cada base;

elegibilidade dos estudos pela aplicação dos critérios de inclusão e exclusão; avaliação de cada publicação; coleta e síntese de dados; e redação do protocolo assistencial, adaptado à Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) vinculada.

As estratégias de busca, considerando os cruzamentos de descritores em ciências da saúde (DeCS) ou medical subject heading (MeSh) e operadores booleanos específicos a cada base de dados, foram, então, construídas, avistando máximo alcance de conteúdo. As bases utilizadas foram: PubMed via Medline; Scopus; Web of Science; Cochrane Library; E, Biblioteca Virtual em Saúde: BVS (BIREME).

Tabela 1 – Chaves utilizadas em pesquisa nas bases de dados

BASE DE DADOS	ESTRATÉGIA UTILIZADA	RESULTADO
PUBMED	((Colostrum[Mesh] OR Colostr*[tiab])) AND ((Infant, Premature[Mesh] OR prematur*[Tiab] OR low birth weight[Tiab] OR VLBW[Tiab] OR LBW[Tiab]))	294
SCOPUS	(TITLE-ABS-KEY ((prematur* OR "low birth weight" OR vlbw OR lbw))) AND (TITLE-ABS-KEY ((colostrum OR colostr*)))	510
WEB OF SCIENCE	(prematu* OR "low birth weight" OR VLBW OR LBW) AND (Colostrum OR Colostr*)	265
COCHRANE LIBRARY	#1: MeSH descriptor: [Colostrum] explode all trees	108
	#2: (Colostrum or Colostr*)	336
	#3: #1 or #2	336
	#4: MeSH descriptor:[Infant, Premature] explode all trees	3559
	#5: (prematu* or low birth weight or VLBW or LBW)	24161
	#6: #4 or #5	24161
	#7: #3 and #6	73
BVS **	(tw:((tw:((mh:(("Infant, Premature" OR "Recém-Nascido Prematuro")) OR (tw:(prematu\$ OR "low birth weight" OR "baixo peso ao nascer")))))) AND (tw:((mh:(Colostrum OR Colostro))) OR (tw:(Colostrum OR Colostro))))	172
Total:		1.314

Fonte: O autor. Realizado em 2 de julho de 2018.

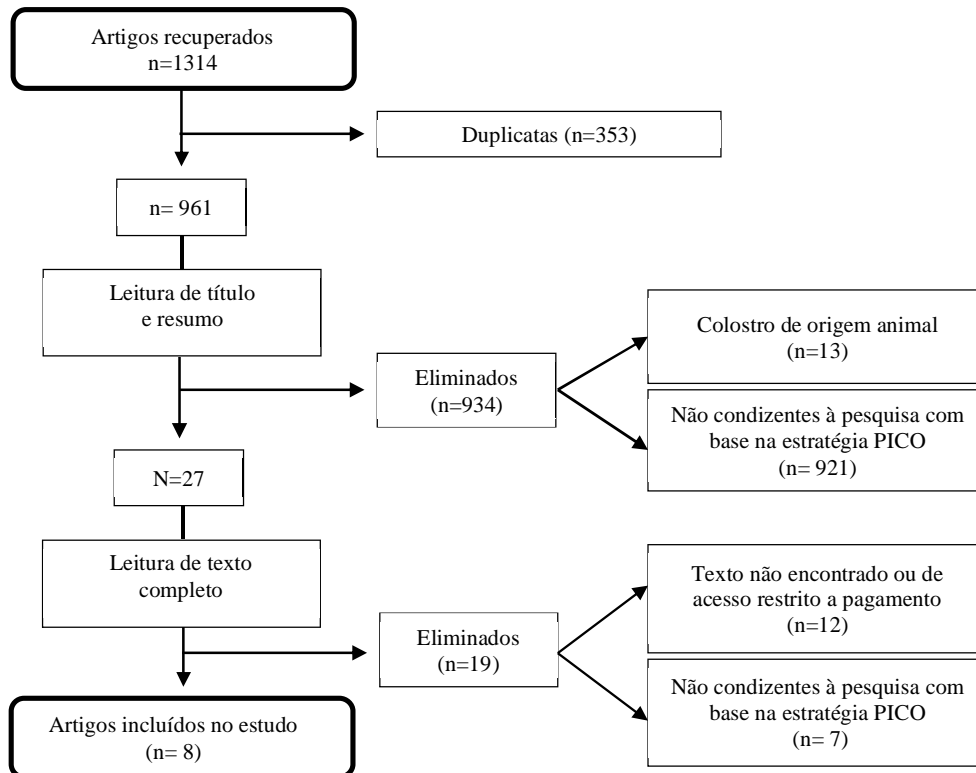
Incluíram-se estudos observacionais ou experimentais realizados em humanos, especificamente com recém-nascidos pré-termos (<37 semanas gestacionais), apresentando baixo peso ao nascer, associados à administração orofaríngea do colostro materno; sem

delimitação por região, idioma ou data de publicação; com íntegra disponibilidade na Web. Excluíram-se documentos que apresentaram dados não condizentes ao questionamento da pesquisa; fundamentados no uso de colostro de origem animal, trabalhos de acesso restrito a pagamento e duplicatas. A coleta de dados ocorreu no período do mês de junho de 2018.

A análise dos dados obtidos por meio do levantamento bibliográfico iniciou-se com a exclusão de duplicatas. Seguida de leitura dos títulos e resumos dos textos, considerando, então, os determinantes de inclusão e exclusão especificados acima. A partir da leitura completa dos estudos considerados elegíveis à pesquisa foram aplicados, então, os mesmos critérios.

RESULTADOS

Fluxograma - Protocolo de busca



Fonte: O autor.

Os principais dados avaliados presentes nos 8 artigos incluídos na pesquisa estão descritos a seguir, nas tabelas 2 e 3. Estruturados dessa forma para visualização da essência de cada estudo de forma concisa e comparativa.

Tabela 2 – Instrumento de caracterização dos estudos

Autor, Ano, Tipo de Estudo	Crítérios de Inclusão dos RN	Crítérios de Exclusão dos RN	Amostra*
Seigel et al ²² , 2013. Coorte retrospectiva.	PN < 1000g; Crianças não alimentadas via enteral com leite materno disponível.	Não especificado.	N = 369 (controle 289/intervenção 80) Controle: IG = 25 sem. PN = 750g. Intervenção: IG = 26 sem. PN = 820g.
Lee et al ²³ , 2015. Ensaio clínico randomizado, duplo cego.	IG < 28sem.	Anomalias congênitas gastrointestinais ou renais, história materna de abuso ou infecção por HIV.	N = 48 (p: placebo 24/ c: colostro 24). IG = 26 sem (ambos os grupos). PN = 815g (p), 830g (c).
Álvarez et al ²⁴ , 2015. Estudo de intervenção randomizado.	IG ≤ 32sem +6 d; PN <1500g.	Mal formações congênitas, síndromes cromossômicas, e uso de vasopressores superiores a 10mcg/kg/min.	N = 33 (co: controle 16/ ca: caso 17) IG(=29,88 s (co)/ 29,82 s (ca). PN=1346,87g(co)/1259,41g(ca)
Sohn et al ²⁵ , 2016. Ensaio clínico randomizado controlado.	PN ≤1500g, < 7dia de vida, intubação dentro de 48 h do nascimento.	Condições médicas letais.	N = 12 (ct: controle 6 /cl: colostro 6). IG = 27 sem (ambos os grupos). PN = 1015g (ct)/ 1092g (cl).
Glass et al ²⁶ , 2017. Estudo piloto prospectivo randomizado controlado.	PN <1500g.	Anomalias congênitas ou síndromes cromossômicas incompatíveis com a vida; Mães portadoras do vírus HIV, hepatite B ou C; colostro indisponível.	N = 30 (c: colostro 17/ p: placebo 13). IG = 28,4 sem (c)/ 28,5 sem (p). PN = 1,132g (c)/ 1,079g (p).
Zhang et al ²⁷ , 2017. Ensaio clínico randomizado, duplo-cego.	PN ≤1500g.	Expectativa de vida <30 dias; doenças que influenciam a alimentação por via enteral (como NEC e malformações do TGI); contraindicações ao LM.	N = 64 (c: controle 32/ e: estudo 32) IG = 30,46 sem (c)/ 29,86 sem (e). PN = 1,248g (c)/ 1,241g (e).
Romano-Keller et al ²⁸ , 2017. Ensaio clínico randomizado.	IG <32 semanas de gestação completa.	Não especificado.	N = 99 (ct: controle 51/ cl: colostro 48) IG = 29 sem (ct)/ 30 sem (cl). PN = 1170g (ct)/ 1272g (cl).
Snyder et al ²⁹ , 2017. Estudo observacional longitudinal.	PN <1500g.	Suspeita de anomalias congênitas de vias aéreas, renais ou gastrointestinais, doenças cardíacas congênitas, contraindicações ao LM.	N = 218 (co: controle 85/ ca: caso 133) IG = 28 sem (ambos os grupos). PN= 1060g (co)/ 1025g (ca).

* Amostra, representado dados em média. Sigla: PN, Peso ao Nascer.

Fonte: O autor.

Tabela 3 – Instrumento de coleta de dados

Autor	Intervenção	Resultado	Limitação
Seigel et al ²² .	0,2 ml de colostro a cada 4h durante 5 dias, iniciando em 48h de vida. Não existem especificações quanto ao armazenamento e administração do colostro, exceto ocorrência na mucosa oral.	No grupo intervenção: maior ganho de peso na 36ª semana de idade corrigida. Sem significância estatística diferenças relacionadas: ao risco de NEC, a perfuração espontânea e a mortalidade; assim como a média de tempo até o aporte pleno de dieta, apesar de início precoce da alimentação enteral.	Pequeno tamanho amostral. Grupo controle com menor média de PN, influencia sob morbidade. Diferenças nos aspectos do cuidado das duas épocas. Não inclusão de morbidades como ROP, sepse e acompanhamento do neurodesenvolvimento do neonato.
Lee et al ²³ .	0,2 ml de colostro, a cada 3h durante 72 horas. Iniciando entre 48 a 96 horas de vida. Seringas refrigeradas a 4°C. Aplicado 0,1 ml de colostro / placebo na mucosa bucal direita /esquerda do paciente em direção à orofaringe por pelo menos 10 segundos. Independentemente de o bebê estar sendo alimentado por via enteral.	No grupo colostro: maior concentração urinária de IgA e lactoferrina, e menor de IL-1; salivar menor de IL-8 e TGF-b. Ou seja, estímulo de fatores imunoprotetores e inibição de citocinas pró-inflamatórias. Sem significância estatística diferenças relacionadas: a incidência de NEC ou mortalidade, a média de tempo para o alcance do pleno aporte de dieta (100 mL/kg/dia), e a duração da internação hospitalar.	Pequeno tamanho amostral.
Álvarez et al ²⁴ .	0,2ml de colostro a cada 4h, durante os primeiros 15 dias de vida. Seringas preparadas para 24h, refrigeradas a 4°C. Aplicação de 0,1 ml de colostro na mucosa bucal direita /esquerda em direção à orofaringe, por pelo menos 2 minutos.	Com um mês de vida foram registrados níveis de IgA sérica maiores no grupo intervenção comparado ao controle, com diferenças estatisticamente significantes.	Pequeno tamanho amostral. 1ª análise de concentrações de IgA no sangue e não em secreções como saliva e urina, impossibilitando uma comparação em termos absolutos com demais estudos.
Sohn et al ²⁵ .	0,2 ml de colostro a cada 2h durante 46h, independente do início da alimentação enteral trófica. Não existem especificações quanto ao armazenamento. Aplicação de 0,1ml de colostro em cada lado do interior da bochecha do RN, com o uso de seringa estéril.	Redução da concentração de Staphylococcaceae no grupo exposto ao colostro 48h após a interrupção do protocolo. Sem significância estatística diferenças relacionadas aos desfechos clínicos entre os grupos.	Pequeno tamanho amostral. Duração da intervenção (48h) inferior à utilizada em estudos prévios. Mudanças esperadas na microbiota oral desta população com o passar do tempo.
Glass et al ²⁶ .	0,2 ml de colostro, a cada 3h, entre o 2 e o 7 dia de vida. Não existem especificações quanto ao armazenamento e administração do colostro, exceto ocorrência na mucosa oral com uso de cotonete (swab).	No grupo colostro: Aumento de IgA salivar. Não relatados efeitos adversos relacionados à intervenção. Sem significância estatística diferenças relacionadas: a incidência de Sepse; a NEC; ao intervalo de tempo até o início da alimentação enteral, até o alcance do pleno aporte de dieta (140 mL/kg/d); e ao tipo de dieta (LM ou fórmula).	Pequeno tamanho amostral. Curto período de intervenção (5dias); Potencial influência da alimentação enteral com leite materno, embora o estudo não tenha demonstrado diferença na quantidade de leite materno oferecidos aos dois grupos.
Zhang et al ²⁷ .	0,2 ml de colostro a cada 4h durante 7 dias. Preparadas seringas de 1ml com 0,2 ml de colostro para 24 h, refrigeradas entre 0 e 4°C.	No grupo colostro: aumento da concentração de lactoferrina salivar. Sem significância estatística diferenças relacionadas: a concentração de IgA e lactoferrina na	Pequeno tamanho amostral. Separação materna dos RN, pois o estudo foi conduzido em um hospital infantil, com

	<p>Aplicação de 0,1 ml de colostro na mucosa bucal direita /esquerda do paciente em direção à orofaringe, com velocidade constante durante um período de pelo menos 20 segundos.</p> <p>0,2ml de colostro a cada 6h, durante 5 dias. Iniciando nas primeiras 48h de vida. Preparadas seringas de 1ml com 0,2 ml de colostro, refrigeradas a 4°C, por até 24h. Aplicação de 0,1 ml de colostro na mucosa bucal direita /esquerda do paciente.</p>	<p>urina, a incidência de NEC, e a média de tempo até o alcance do pleno aporte de dieta (140 mL/kg/dia) apesar de menor no grupo exposto ao colostro.</p> <p>No grupo colostro: redução no tempo internação hospitalar. Sem significância estatística diferenças relacionadas: ao ambiente microbiano oral e ao intervalo de tempo até o aporte pleno de dieta, 100ml/kg/d (apesar de ter sido menor no grupo colostro).</p> <p>Associação da AOC e o recebimento majoritário de LM como alimentação enteral na 6ª semana de vida e na alta hospitalar. Não relatados efeitos adversos durante as sessões. Sem significância estatística diferenças relacionadas: a incidência de NEC, VAP, sepse, BDP, ROP, SIP ou IVH; e o intervalo de tempo até: o retorno do PN, o início da alimentação enteral e o aporte pleno de dieta (120ml/kg/d).</p>	<p>limitado espaço para a permanência dos pais, dando margem a atrasos na entrega do colostro para a UTIN.</p> <p>O protocolo (volume, frequência e duração) utilizado diferiu de estudos anteriores. Não houve coleta de dados da microbiota de todos os participantes, nem caracterização da microbiota do colostro, assim como do ambiente da UTIN.</p> <p>Por se tratar de uma comparação de duas coortes, há prejuízos na avaliação bioquímica (ex. citocinas, quimiocinas, antioxidantes). Devido à limitada capacidade de recuperar informações relacionadas a estes fatores.</p>
Romano-Keller et al ²⁸ .	<p>Administração a cada 2 - 4h, durante 5 dias.</p>		
Snyder et al ²⁹ .	<p>Estratificada pelo peso ao nascer: PN <1000g (n=51): 0,1ml de colostro (0,05ml em cada lado); PN <1500g (n=82): 0,2ml de colostro (0,1ml em cada lado);</p> <p>Leite fresco ou refrigerado. Via seringa ou cotonete (swab).</p>		

Fonte: O autor.

Após a leitura e avaliação crítica dos artigos, coletaram-se as informações relevantes de cada estudo com vistas à construção do protocolo assistencial. Considerando, ainda, os procedimentos técnicos para ordenha, manipulação e administração do leite humano cru exclusivo da mãe para o próprio filho em ambiente neonatal, conforme normas da Rede Global de bancos de leite humano³⁰.



PROTOCOLO ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL A PRÁTICA DA COLOSTROTERAPIA

EQUIPE
MULTI-
PROFISSIONAL
DO COMPLEXO
NEONATAL

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Autoria: Juliana Rebelo Dias em conjunto com a equipe multiprofissional da UTIN ME/UFRJ.
Resultado do Trabalho de Conclusão de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal.

DEFINIÇÃO

A colostroterapia baseia-se na administração orofaríngea do colostro da própria mãe ao recém-nascido prematuro com finalidade terapêutica, em especial imunológica.

INDICAÇÃO

O critério estabelecido para indicação à colostroterapia na ME/UFRJ são recém-nascidos com peso ao nascer inferior à 1500g.

CONTRA-INDICAÇÃO

Mal formações congênitas do Trato gastrointestinal, incluindo distúrbios graves de deglutição com acúmulo importante de saliva. Além dos critérios de restrição ao Aleitamento Materno preconizados pelo Ministério da Saúde (2017)³¹, a citar:

- Mães infectadas pelo vírus HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus da leucemia humana T-cell);
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Como, por exemplo, antineoplásicos e radiofármacos, utilizados no tratamento contra o câncer.
- Criança portadora de galactosemia, doença que impossibilita a ingestão de leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

OBSERVAÇÃO: A suspensão da dieta não contra-indica a continuidade da terapia, sendo o intervalo entre as doses mantido a cada 3 horas. A interrupção da colostroterapia ocorrerá, somente, por indicação médica.

DESCRIÇÃO

DURAÇÃO: Sete primeiros dias de vida do Recém-nascido (RN).

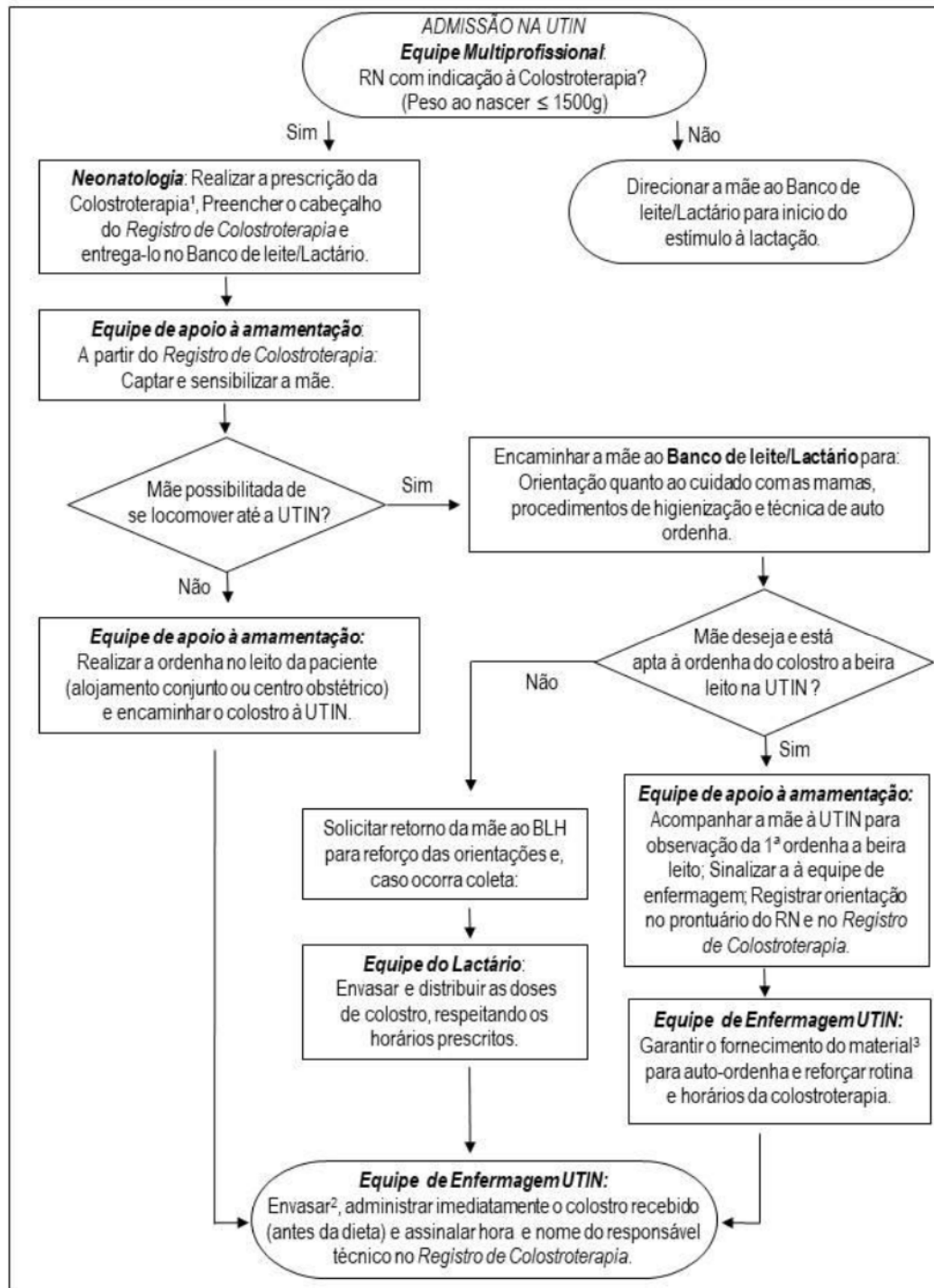
- FREQUÊNCIA: De acordo com o horário de prescrição das dietas.

MATERIAIS: Para auto-ordemha (Mãe): Máscara cirúrgica, touca descartável, pote coletor estéril.

Para administração (Profissional da UTIN): Seringa estéril (1ml), par de luvas descartáveis, touca descartável e máscara cirúrgica.

- TÉCNICA DE ADMINISTRAÇÃO: Aplicar 0,1ml de colostro na mucosa bucal direita e esquerda do RN, sem retirar a seringa da boca durante a troca, em direção à orofaringe. Massagear cada lado da bochecha por pelo menos 10 segundos. Realizar anteriormente a dieta.

FLUXOGRAMA - COLOSTROTERAPIA



1) Caso "DIETA ZERO", a Colostroterapia será mantida de 3/3h, exceto por suspensão médica. 2) Transferir o colostro do copo estéril para a seringa. 3) Máscara cirúrgica; Touca descartável; E, pote coletor estéril.

É direito da mãe realizar a ordenha à beira leito na UTIN em qualquer horário, respeitando as especificidades da Unidade e os horários de prescrição da Colostroterapia. Em caso de pontual restrição de acesso à UTIN ou preferência da mãe pela ordenha externa: Priorizar os seguintes horários para ordenha no Banco de leite: **8 às 10h, 14 às 16h e 19:30.**



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maternidade Escola

**REGISTRO DE
COLOSTROTERAPIA**

Nome da mãe: _____ RN: _____.

Prontuário (RN): _____ Data do parto: ___/___/___ Hora do parto: ___ : ___.

IG: _____ Peso ao nascer: _____ Intervalo de administração do colostro: () 2/2 H () 3/3H.

Data de Início da Terapia: ___/___/___ Previsão de término: ___/___/___.

Auto-ordenha à beira leito:		Data:	Realizada por: (NOME LEGÍVEL ou CARIMBRO)
Houve capacitação da mãe ?	Não () Sim ()		
Houve acompanhamento da 1ª ordenha na UTI?	Não () Sim ()		

COLETA			ENTREGA		ADMNISTRAÇÃO UTI NEO	
Data:	Local:	Realizada por: (NOME LEGÍVEL ou CARIMBRO)	Hora:	Entregue por: (NOME LEGÍVEL ou CARIMBRO)	Hora:	Realizada por: (NOME LEGÍVEL ou CARIMBRO)
	() AC () CO () BLH () UTI	_____		_____		
	() AC () CO () BLH () UTI	_____		_____		
	() AC () CO () BLH () UTI	_____		_____		
	() AC () CO () BLH () UTI	_____		_____		
	() AC () CO () BLH () UTI	_____		_____		
	() AC () CO () BLH () UTI	_____		_____		
	() AC () CO () BLH () UTI	_____		_____		
	() AC () CO () BLH () UTI	_____		_____		

ATENÇÃO: Caso procedimento NÃO REALIZADO: Sinalizar HORÁRIO e JUSTIFICATIVA.

DISCUSSÃO

Com base na análise dos estudos encontrados, conclui-se, primeiramente, que são recentes os achados relacionados a esta tecnologia, sendo os primeiros surgidos a cerca de 10 anos. Justificando, possivelmente, a ausência de padronização relacionada a esta prática. Além disso, nenhuma das pesquisas apresentou em seus resultados reações adversas relacionadas à administração orofaríngea do colostro, conferindo importante respaldo no que diz respeito à segurança para sua recomendação.

Em relação às características das amostras, nota-se uma variação em relação aos critérios de inclusão entre os estudos. Dos 8 estudos incluídos, 5 apresentaram peso ao nascer inferior a 1500g como critério^{24,25,26,27,29}, 1 estudo PN < 1000g²², e 2 não o aplicaram como parâmetro de inclusão a pesquisa^{23,29}. Para idade gestacional, 5 estudos não se embasaram nesta medida para inclusão de participantes^{22,25,26,27,29}, 1 estudo utilizou corte inferior a 28 semanas²³ e outros 2 adotaram 32 semanas e 6 dias^{24,28}. Em relação aos critérios de exclusão, foram mais frequentes os seguintes determinantes: Contra-indicações ao aleitamento materno, desordens do trato gastrointestinal ou renais, anomalias congênitas e condições clínicas letais.

Quanto à técnica de intervenção, o volume de 0,2 ml foi unanimê. Entretanto, um único estudo estratificou a dose por peso de nascimento, dessa forma quando inferior a 1000g, o volume seria de 0,1ml de colostro²⁹. Em termos de frequência de administração de cada dose: 1 artigo cita intervalo de 2 horas²⁵, outros 3 utilizaram 4 horas^{22,24,27}, 2 artigos referenciam periodicidade a cada 3 horas^{23,26}, um único artigo cita 6 horas²⁸ e outro abre o período de intervalo de 2 a 4 horas²⁹ – aderindo a uma estratégia sugerida pelo serviço de enfermagem a fim do mínimo manuseio ao neonato. Conforme especificado na tabela 3, há divergências no que se refere à duração da terapia, com estudos referindo 46h²⁵, 72h²³, 5 dias^{22,28,29} e 7 dias²⁷. Alguns, ainda, apontam a contagem por dias de vida do neonato: entre o 2ª o

7ª dia de vida ²⁶, e até 15 dias ²⁴. Prevalece, ainda, em 3 dos estudos incluídos, o prazo limite de início da terapia entre 48-96h ^{22,23,28}.

Dados relacionados ao armazenamento e a coleta do colostro estão presentes na maioria dos estudos. A conservação sob refrigeração é citada em 5 deles ^{23,24,27,28,29}, enquanto em 3 não ocorrem especificações ^{22,25,26}. Em apenas 1 estudo é citado o uso de leite fresco ²⁹, não apresentando detalhes quanto a organização de sua coleta junto a mãe.

Como principais desfechos clínicos dos estudos, apresentam-se: o aumento do ganho de peso (Seigel et al)²³, a redução do tempo de internação hospitalar (Romano-Keller et al)³⁰, o início precoce da alimentação enteral (Seigel et al)²³ e o recebimento majoritário de leite materno como alimentação enteral (Snyder et al)³¹. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes quanto ao período de tempo até o aporte pleno de dieta, a modulação da microbiota oral e, a incidência de Sepses, NEC e mortalidade. A estas lacunas apresentadas, são associadas limitações como as diferenças metodológicas quanto à terapia – incluindo duração, tempo de início pós-parto, e uso de leite refrigerado –, e quanto à amostra considerando os diferentes pesos e idade de nascimento. Dessa maneira, entende-se que mais estudos sejam necessários para a determinação das repercussões clínicas da administração orofaríngea do colostro em RN prematuros.

Processo de implementação do Protocolo de Colostroterapia na ME/UFRJ

No momento, o Protocolo proposto encontra-se em processo de implementação no estabelecimento de saúde. Inicialmente, foram apresentados aos coordenadores dos serviços de enfermagem, medicina e nutrição da Unidade Neonatal e do Lactário os instrumentos frutos desta pesquisa, por meio de reuniões multiprofissionais. À posteriori, por meio de processos de educação permanente, as equipes plantonistas da UTIN, foram abordadas em

dois momentos distintos: (1) apresentação expositiva sobre a colostroterapia, enfatizando sua importância clínica, técnica de administração proposta para a Unidade e os cuidados necessários à sua prática; (2) apresentação dos instrumentos propostos, com ênfase à sua interpretação e preenchimento.

Até o momento, 51 funcionários foram atingidos. Sendo 39 profissionais da UTIN, 7 do Lactário e 5 da equipe de Apoio à amamentação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assume-se, portanto, que apesar da plausibilidade teórica do uso da AOC mais estudos são necessários para respostas conclusivas quanto a sua relevância clínica. Acordos quanto a duração, frequência e técnicas de administração do colostro – como a proposta pelo presente estudo, podem contribuir para amplificação de evidências relacionadas a esta prática. Espera-se que novas pesquisas abordem, também, desfechos clínicos tardios como avaliação do neurodesenvolvimento e mortalidade³³.

Como perspectiva futura quanto à prática da Colostroterapia na ME/UFRJ propõe-se a continuidade das práticas de Educação Permanente dos profissionais de saúde; Assim como a elaboração de materiais didáticos que facilitem a compreensão dos pais e familiares quanto à terapêutica. Incluindo, ainda, a abordagem no período pré-natal, considerando casos clínicos que aumentem a probabilidade do parto prematuro e, portanto, de possível indicação a terapia.

Analisando criticamente a aplicabilidade desta terapia na Instituição e tendo a ciência como alicerce, este trabalho propõe o aprimoramento de rotinas assistenciais. O aperfeiçoamento desta prática reforça, então, o estímulo ao aleitamento materno e ao vínculo mãe-bebê, considerando o valor deste alimento para além de seus benefícios nutricionais e imunológicos, mas também psicossociais, indo de encontro às diretrizes da OMS³⁴. Neste

sentido, a Colostroterapia, tem potencial para atuar como um facilitador ao Método Canguru, Norma de Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso, uma realidade nos modelos de assistência no Brasil e demais países. Sugerindo, portanto, impacto indireto sobre os desfechos positivos já bem estabelecidos pelo Método, como a redução da morbimortalidade em recém-nascidos de baixo peso³⁵.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández L, Langa S, Martin V, Maldonado A, Jiménez E, Martín R, Rodríguez JM. The human milk microbiota: origin and potencial roles in health and disease. *Pharmacol Re* 2013; 69 (1):1-10.
2. Fernández L, Langa S, Martin V, Jiménez E. The microbiota oh human milk in health women. *Cell MolBiol (Noisy-le-grand)* 2013; 59(1):31-42.
3. Latuga MS, Stuebe A, Seed PC. A review of the source and function of microbiota in breast milk. *Semin Reprod Med* 2014; 32(1):68-73.
4. McGuire MK, McGuire MA. Human milk: mother nature's prototypical probiotic food? *Adv Nutr* 2015; 6(1):112-123.
5. Rodriguez NA, Meier PP, Groer MW, Zeller JM.. Oropharyngeal administration of colostrum to extremely low birth weight infants: theoretical perspectives. *J Perinatol* 2009; 29(1):1-7.
6. March of Dimes, PMNCH, Save the Children, WHO. *Born Too Soon: The Global Action Report on Preterm Birth*. Geneva: World Health Organization, 2012.
7. Wang ML, Dorer DJ, Fleming MP, Catlin EA. Clinical outcomes of near-term infants. *Pediatrics* 2004; 114(2):372-376.
8. O que é colostroterapia? *Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)* [Informativo de Internet]. [acessado 2018 Fev 19]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/Colostroterapia.pdf

9. Moura E. Nutrição e Bioquímica. In: Carvalho MR, Gomes CF. *Amamentação: bases científica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p.49-72.
10. Montagne P, Cuillière ML, Molè C, Béné MC, Faure G. Immunological and nutritional composition of human milk in relation to prematurity and mother's parity during the first 2 weeks of lactation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999; 29(1):75-80.
11. Neville MC. Anatomy and physiology of lactation. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48(1):13-34.
12. Guilherme JP, Tavares LAM, Sanches MTC, Willumsen DK, Guastalla R. Técnicas utilizadas na facilitação do aleitamento em recém-nascidos pré-termo. In: Carvalho MR, Gomes CF. *Amamentação: bases científicas*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017. p.406-415.
13. Grumach AS, Carmona RC, Lazarotti D, Ribeiro MA, Rozentraub RB, Racz ML, Weinberg A, Carneiro-Sampaio MM. Immunological factors in milk from Brazilian mothers delivering small-for-date term neonates. *Acta Paediatrica* 1993; 82(3):284-290.
14. Goldman AS, Garza C, Nichols B, Johnson CA, Smith EO, Goldblum RM. Effects of prematurity on the immunologic system in human milk. *J Pediatr* 1982; 101(6):901-905.
15. Bocci V. Absorption of cytokines via oropharyngeal-associated lymphoid tissues. Does an unorthodox route improve the therapeutic index of interferon? *Clin Pharmacokinet* 1991; 21(6):411-417.
16. Garofalo RP, Goldman AS. Cytokines, chemokines, and colony-stimulating factors in human milk: The 1997 update. *Biol Neonate* 1998; 74(2):134-142.
17. Georgiev IP, Georgiev I, Pfaffl MW, Hammon H. Insulin-like growth factor and insulin receptors in intestinal mucosa of neonatal calves. *J Endocrinol* 2003; 176(1):121-132.
18. Roman AR, Friedlander MR. Revisão integrativa de pesquisa aplicada à enfermagem. *Cogitare Enferm* 1998; 3(2):109-12.

19. Ercole FF, Melo LS, Alcoforado CLGC. Revisão integrativa versus revisão sistemática *REME* 2014; 18(1):09-11.
20. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto contexto enferm* 2008; 17(4): 758-64.
21. Santos CMC, Pimenta CAM, Nobre MRC. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007; 15(3):508-511.
22. Seigel JK, Smith PB, Ashley PL, Cotten CM, Herbert CC, King BA, Maynor AR, Neil S, Wynn J, Bidegain M. Early administration of oropharyngeal colostrum to extremely low birth weight infants. *Breastfeed Med* 2013; 8(6):491-5.
23. Lee J, Kim HS, Jung YH, Choi KY, Shin SH, Kim EK, Choi JH. Oropharyngeal colostrum administration in extremely premature infants: an RCT. *Pediatrics* 2015; 135(2):e357-66.
24. Álvarez EM, Cabanillas MVJ, Caballero MP, López LS, Kajarabille N, Castro JD, Herrera JJO, Lozano JM. Efectos de la administración de calostro orofaríngeo en recién nacidos prematuros sobre los niveles de inmunoglobulina A. *Nutrición Hospitalaria* 2015; 33(2) 222-238.
25. Sohn K, Kalanetra KM, Mills DA, Underwood MA. Buccal administration of human colostrum: impact on the oral microbiota of premature infants. *J Perinatol* 2016; 36(2):106-11.
26. Glass KM, Greecher CP, Doheny KK. Oropharyngeal administration of colostrum increases salivary secretory IgA levels in very low-birth-weight infants. *American Journal of Perinatology* 2017; 34(14):1389-95.

27. Zhang Y, Ji F, Hu X, Cao Y, Latour JM. Oropharyngeal colostrum administration in very low birth weight infants: a randomized controlled trial. *Pediatric Critical Care Medicine* 2017; 18(9):869-75.
28. Romano-Keeler J, Azcarate-Peril MA, Weitkamp JH, Slaughter JC, McDonald WH, Meng S, Latuga MS, Wynn JL. Oral colostrum priming shortens hospitalization without changing the immunomicrobial milieu. *Journal of Perinatology* 2017; 37(1):36-41.
29. Snyder R, Herdt A, Mejias-cepeda M, Ladino J, Crowley K, Levy P. Early provision of oropharyngeal colostrum leads to sustained breast milk feedings in preterm infants. *Pediatr Neonatol* 2017; 58(6):534-40.
30. Procedimentos técnicos para ordenha, manipulação e administração do leite humano cru exclusivo da mãe para o próprio filho em ambiente neonatal. Rede Global de bancos de leite humano. 2017. [Acessado em 2019 Fev 19] Disponível em :http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Manipulac__a__o_LHC_Ambiente_Neo_final_26.05.2017_rBLH_Brasil.pdf
31. Restrições ao aleitamento materno. *Portal Ministério da Saúde [da República Federativa do Brasil]* [Blog] [Acessado em 2018 Out 13] [Cerca de 1p.]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-para-voce/saude-da-crianca/aleitamento-materno/restricoes-ao-aleitamento-materno>.
32. Nasuf AWA, Ojha S, Dorling J. Oropharyngeal colostrum in preventing mortality and morbidity in preterm infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018. .n. 19. Art. n°.:CD011921.
33. World Health Organization. *GUIDELINE: Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. Geneve: World Health Organization, 2017 [cited 2018 Dec 19]. Available from:

<https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>.

34. Manual técnico: Atenção Humanizada ao recém nascido- Método Canguru. Ministério da Saúde, 3ª ed. 2017. [Acessado em 2019 Fev 19] Disponível em:http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf.

ANEXO A PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSTA DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL MULTIPROFISSIONAL A PRÁTICA DA COLOSTROTERAPIA NA MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ

Pesquisador: JULIANA REBELO DIAS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 87400818.2.0000.5275

Instituição Proponente: Maternidade-Escola da UFRJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.684.092

Apresentação do Projeto:

O presente projeto refere-se a um requisito parcial para obtenção do título de Residente de Pesquisa do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

-Propor um protocolo assistencial à prática da colostroterapia na Maternidade Escola da UFRJ voltado à atuação multiprofissional.

Objetivo Específico:

- Investigar nas bases de dados eletrônicas científicas as evidências relacionadas à prática da colostroterapia, especialmente em prematuros (<37 semanas gestacionais).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Pesquisa de caráter de revisão bibliográfica, sem atuação direta com seres humanos, não suscita riscos de qualquer natureza relacionados à clientela ou profissionais de saúde vinculados à Instituição, ME/UFRJ. Considerando a recente implementação da prática da colostroterapia na ME/UFRJ (Janeiro/2018) e a inexistência de consensos na literatura relacionados à padronização desta tecnologia este estudo pretende trazer a síntese de estudos primários e de boa qualidade existentes a respeito do tema. Elaborando, assim, um produto com embasamento científico

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.684.092

favorável a tomada de decisões quanto à terapêutica, adaptado a rotina e ao cuidado multiprofissional da Instituição, traduzido sob a forma de Protocolo assistencial. Contribuindo para o fluxo da terapia e, portanto, para a qualidade do serviço prestado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Após as correções solicitadas a pesquisa encontra-se adequada para sua realização.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pesquisa adequada para sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Importante lembrar que de acordo com a Resolução CNS 466/2012, no inciso XI.2., cabe ao pesquisador:

- d) elaborar e apresentar os relatórios parciais a cada 6 meses e o relatório final ao término do projeto (o site da após o término da pesquisa;
- g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e
- h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados. Plataforma Brasil tem um link para relatório);
- e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;
- f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos

OBS.: O parecer consubstanciado, emitido pelo colegiado, encontra-se disponível na árvore lateral esquerda de arquivos, na pasta "Pareceres".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.684.092

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1110490.pdf	14/05/2018 17:55:57		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	TCR_PROJETO_JULIANA_REBELO_DIAS_SUBMISSAO_MAIO.pdf	14/05/2018 17:54:49	JULIANA REBELO DIAS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO_JULIANA_REBELO_DIAS.pdf	14/05/2018 17:53:55	JULIANA REBELO DIAS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Juliana_Rebello_Dias.pdf	14/05/2018 17:51:47	JULIANA REBELO DIAS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 30 de Maio de 2018

Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador)

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras **CEP:** 22.240-003
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 **Fax:** (21)2205-9064 **E-mail:** cep@me.ufrj.br

ANEXO B COMPROVANTE DE SUBMISSÃO

27/02/2019

Manuscrtos ScholarOne



Ciência & Saúde Coletiva

Casa

Autor

Confirmação de envio

Impressão

Obrigado pela sua submissão

Submetido para

Ciência & Saúde Coletiva

ID do manuscrito

CSC-2019-0575

Título

COLOSTROTERAPIA: PROPOSTA DE PROTOCOLO ASSISTENCIAL FUNDAMENTADA MULTIPROFISSIONAL EM REVISÃO INTEGRATIVA. ADMINISTRAÇÃO OROFARINGAL DE COLOSTRO: PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA MULTIPROFISSIONAL FUNDADA NA REVISÃO DA INTEGRAÇÃO.

Autores

Dias, Juliana
Esteves, Ana Paula
Trinta, Vânia
de Souza, Alzira Caroline
Barroso, Lygia

Data Enviada

27 de fevereiro de 2019

Author Dashboard



© Clarivate Analytics | © ScholarOne, Inc., 2019. Todos os direitos reservados.
ScholarOne Manuscripts e ScholarOne são marcas registradas da ScholarOne, Inc.
ScholarOne Manuscritos Patentes nº 7.257.767 e nº 7.263.655 .

[@ScholarOneNews](#) | [Requisitos do sistema](#) | [Declaração de privacidade](#) | [Termos de uso](#)

