RESUMO

Objetivo: Traçar o perfil clínico e epidemiológico de recém-nascidos prematuros de baixo peso participantes do Método Canguru de um hospital de referência materno-infantil. Método: Estudo observacional, quantitativo, descritivo, realizado na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru, com 37 recém-nascidos prematuros, nascidos com menos de 2.500g, de ambos os sexos. Os responsáveis responderam a uma Ficha Individual desenvolvida pelos pesquisadores, contendo perguntas sobre dados gerais sobre os recém-nascidos e sobre os pais, os quais foram confirmadas através dos prontuários médicos. Resultados: Dos 37 recém-nascidos que participaram deste estudo, 43,24% eram do gênero masculino e 56,76% feminino, 75,68% pardos, com idade cronológica de 4,05 semanas, e idade gestacional de 31,8 semanas, peso de 1372,57g, com um comprimento de 31,8 cm, em média. Em 59,46% dos casos a gravidez não foi planejada, 13,51% das mães fizeram uso de abortivos, 100% realizaram pré-natal, 94,69% tiveram intercorrências durante a gestação e 48,65% durante o parto, 67,57% dos partos foram cesáreas. 94,59% dos pais moravam juntos, 78,38% residiam em casas de alvenaria, 54,05% em localização não metropolitana, 56,76% tinham renda de 1 a 3 salários mínimos. Conclusão: O perfil encontrado foi de recém-nascidos prematuros pardos, sem predominância de gênero, com idade gestacional entre 32 e 37 semanas, peso ao nascer entre 1000g e 1499g, nascidos em sua maioria de parto cesáreo, oriundos da região não metropolitana de Belém, de famílias com uma renda de 1 a 3 salários mínimos.

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro, método canguru, desenvolvimento infantil, terapêuticas, perfil epidemiológico.

ABSTRACT

Objective: To describe the clinical and epidemiological profile of low-birth-weight preterm infants participating in the Kangaroo Method of a maternal-infant referral hospital. Method: An observational, quantitative, descriptive study performed at the Kangaroo Intermediate Care Unit with 37 premature newborns born with less than 2,500 grams of both sexes. Those responsible answered an Individual Form developed by the researchers, containing questions about general data about the newborns and parents, which were confirmed through medical records. Results: Of the 37 newborns participating in this study, 43,24% were male and 56,76% female, 75,68% brown, with a chronological age of 4.05 weeks, and a gestational age of 31,8 weeks, weight of 1.372.57 grams with a length of 31.8 centimeters on average. In 59,46% of the cases the pregnancy was not planned, 13,51% of the mothers used abortions, 100% underwent prenatal care, 94,69% had complications during pregnancy and 48,65% during delivery, 67,57% of deliveries were caesarean. 94,59% of the parents lived together, 78,38% lived in masonry houses, 54,05% in a non-metropolitan location, 56,76% had income of 1 to 3 minimum wages. Conclusion: The profile found was of preterm newborns with no gender predominance, with gestational age between 32 and 37 weeks, birth weight between 1.000 and 1.499 grams, born mostly cesarean delivery, from the non-metropolitan region of Belém, of families with an income of 1 to 3 minimum wages.

Keywords: Preterm Newborn; Kangaroo Method; Child Development, Therapeutics, Epidemiological Profile.

¹ Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

² Faculdade Integrada da Amazônia

³ Universidade do Estado do Pará

Autor de correspondência

Evelyn Lorena Lima do Vale, evelynlima.ls@outlook.com

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento fetal ideal é um importante fator de sobrevivência do bebê e desenvolvimento social subsequente. Em especial, o peso ao nascer, a viabilidade neonatal e a idade gestacional (IG), bem como as condições socioeconômicas dos pais, são consideradas importantes determinantes de saúde ao longo da vida ⁽¹⁾.

A prematuridade é uma das maiores causas diretas de mortalidade e morbidade neonatal ⁽²⁾. Em 2010, estima-se que 15 milhões de bebês nasceram prematuros, o que representa 11% de todos os nascidos vivos em todo o mundo ⁽³⁾. A ocorrência global de parto prematuro (PP) varia de 3,8% a 17,5% dos nascidos vivos, sendo menor em países de alta renda do que em países de baixa/média renda. O Brasil está entre os dez países com maior número de PP ⁽⁴⁾.

Com o desenvolvimento da medicina neonatal e perinatal, a taxa de sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPT's) vem aumentando significativamente, mas, ao mesmo tempo, aumentaram o tempo de hospitalização e os custos ⁽²⁾. Um subgrupo particularmente desafiador é o de recém-nascidos com baixo peso ao nascer, aproximadamente 85% dos recém-nascidos de baixo peso são hospitalizados a cada ano em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN's) e enfrentam grandes desafios durante esse período ⁽⁵⁾. Eles não apenas

enfrentam o desafio de serem subdesenvolvidos em comparação a bebês nascidos a termo e com peso ideal, mas também estão em risco para uma variedade de doenças, bem como desnutrição e falha de crescimento ⁽⁶⁾.

Esses fatores repercutem diretamente nos desfechos do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) durante a infância, como paralisia cerebral, comprometimento cognitivo, dificuldades de aprendizagem e problemas comportamentais ⁽⁷⁾. De modo especial, bebês que nascem com menos de 32 semanas de idade gestacional e com peso corporal inferior a 1,500g tem grande predisposição a ter atrasos em seu DNPM ⁽⁸⁾.

Bebês prematuros apresentam variações no desenvolvimento motor quando comparados com crianças nascidas a termo, tais variações são causadas pela sua exposição ao ambiente extrauterino durante um período de imaturidade ⁽⁹⁾. Além do mais, condições socioculturais adversas também podem aumentar os riscos de as crianças apresentarem um prognóstico não favorável ao seu desenvolvimento ⁽⁸⁾.

A partir disso, diversas medidas têm sido adotadas para estimular um melhor desenvolvimento de prematuros, priorizando uma abordagem mais humanizada e tendo a família como parte da terapia. Uma dessas medidas é o Método Canguru (MC), que se caracteriza pelo contato pele a pele entre o bebê e a sua mãe e/ou pai e/ou familiares. Esse contato promove uma estimulação

multissensorial que inibe a percepção da dor e estresse do recém-nascido (RN), promovendo também uma melhor organização dos sistemas motores e fisiológicos⁽¹⁰⁾.

Assim, objetivo deste estudo é traçar o perfil clínico e epidemiológico de recém-nascidos prematuros de baixo peso participantes do Método Canguru de um hospital de referência materno-infantil.

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se por ser observacional, quantitativo, descritivo, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPa) sob o número de parecer 2.993.062. Realizado na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) da FSCMPa, 2ª etapa do MC, localizada no Município de Belém-Pará, no período de novembro de 2018 a março de 2019.

A amostra deste estudo foi composta por 37 RNPT's. Como critérios de inclusão, adotou-se: recém-nascidos prematuros (<37 semanas de Idade Gestacional), de baixo peso (≤ 2.500 gramas), do gênero masculino e feminino, participantes do Método Canguru na UCINCa durante o período da coleta, autorizados pelos responsáveis legais a participar da pesquisa por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido. Foram inclusas na pesquisa mães com idade

entre 9 e 50 anos, onde as que eram menores de idade, só participaram da pesquisa após a assinatura do termo de assentimento livre e esclarecido. Como critérios de exclusão, adotou-se: alguma intercorrência que não pôde ser resolvida no momento da avaliação ou ainda desistência por parte dos responsáveis legais.

A coleta de dados consistiu no preenchimento de uma ficha individual desenvolvida pelos pesquisadores, a qual contém perguntas básicas de identificação do recém-nascido, como nome da criança e do responsável, data de nascimento, idade cronológica, idade corrigida, sexo, cor e endereço; dados sobre a gravidez, parto e puerpério; dados do nascimento; condições de saúde do RN na internação; tempo de internação na UCINCa, tempo de internação total e dados sociodemográficos dos pais. As perguntas foram respondidas pelos pais ou responsáveis legais da criança, e confirmadas através dos prontuários médicos. Quando as informações divergiam, eram consideradas as informações colhidas dos prontuários.

Os dados coletados foram tabulados em planilhas no programa Microsoft® Office Excel 2016, utilizando-se tabelas. Realizou-se a análise descritiva dos dados, onde as variáveis contínuas, foram expressas na forma de média, desvio-padrão e porcentagem.

RESULTADOS

Dos 37 RN's que participaram deste estudo, 43,24% eram do gênero masculino,

56,76% feminino, na sua maioria pardos (75,68%). A caracterização dos RN's consta na Tabela 1.

Tabela 1. Caracterização dos recém-nascidos internados na UCINCa

VARIÁVEIS		N	%
Gênero	Feminino	21	56,76
	Masculino	16	43,24
Raça/cor	Branco	7	18,92
	Pardo	28	75,68
	Indígena	1	2,70
	Preto	1	2,70
IG	<28	2	5,41
	28 – 32	14	37,84
	32 – 37	21	56,76
Peso ao nascer (g)	<1000	6	16,22
	1000 – 1499	17	45,95
	1500 – 2000	14	37,84
Apgar (1º min)	<7	10	27,03
	7 – 10	27	72,97
Apgar (5º min)	<7	0	0,00
	7 – 10	37	100,00
Reanimação	Sim	8	21,62
	Não	29	78,38
Suporte Ventilatório	Sim	31	83,78
	Não	6	16,22
Total		37	100,00

Fonte: Autores

A tabela 2 refere-se a média dos dados dos RN's, através da qual podemos afirmar que os RN's nasceram, em média, com 31,8

semanas de gestação, pesando 1372,57g, com um comprimento de 31,8 cm.

Tabela 2. Média dos dados dos recém-nascidos internados na UCINCa.

VARIÁVEIS	MÉDIA (DP)
Idade Gestacional (semanas)	31,80 (70,44)
Peso ao nascer (g)	1372,57 (260,48)
Comprimento ao nascer (cm)	40,48 (5,03)
Apgar (1º min)	7,00 (1,68)
Apgar (5º min)	8,59 (0,58)
Idade Cronológica (semanas)	4,05 (2,80)
Frequência cardíaca (bpm)	142,89 (11,02)
Frequência respiratória (irpm)	44,89 (9,86)

Fonte: Autores

Os dados sobre a gestação, parto e puerpério constam na Tabela 3. Verifica-se que em 59,46% dos casos a gravidez não foi planejada, e em 13,51% a mãe fez uso de abortivos e que apesar de 100% das participantes terem feito

o pré-natal, 94,69% tiveram intercorrências durante a gestação e 48,65% durante o parto. Percebe-se ainda apenas 8,11% dos RN's foram amamentados na primeira hora de vida e que 67,57% dos partos foram cesáreos.

Tabela 3. Dados sobre gravidez, parto e puerpério.

VARIÁVEIS		N	%
Gravidez planejada	Sim	15	40,54
	Não	22	59,46
Uso de abortivos	Sim	5	13,51
	Não	32	86,49
Intercorrências gestação	Sim	35	94,59
	Não	2	5,41
Intercorrências no parto	Sim	18	48,65
	Não	19	51,35
Pré-natal	Sim	37	100,00
	Não	0	0,00
Contato pele a pele precoce	Sim	12	32,43
	Não	25	67,57
Amamentação na 1ª hora	Sim	3	8,11
	Não	34	91,89
Tipo de gestação	Única	28	75,68
	Dupla	8	21,62
	Tripla	1	2,70
Tipo de parto	Vaginal	12	32,43
	Cesáreo	25	67,57

Fonte: Autores

A tabela 4 contém os dados sociodemográficos das famílias dos participantes. Percebe-se que 94,59% dos pais moravam juntos, independente do estado civil, 78,38% residiam

em casas de alvenaria, 54,05% em localização não metropolitana, 56,76% possuíam de três a cinco cômodos e tinham uma renda de 1 a 3 salários mínimos.

Tabela 4. Dados sociodemográficos dos pais de recém-nascidos internados na UCINCa.

VARIÁVEIS		N	%
Pais residem juntos	Sim	35	94,59
	Não	2	5,41
Moradia	Alvenaria	29	78,38
	Madeira	7	18,92
	Alvenaria e madeira	1	2,70
Nº de cômodos	Um a dois	7	18,92
	Três a cinco	21	56,76
	Seis ou mais	9	24,32
Água encanada	Sim	34	91,89
	Não	3	8,11
Lixo	Coletado	30	81,08
	Queimado	3	8,11
	Outro	4	10,81
Localização	Metropolitana	17	45,95
	Não metropolitana	20	54,05
Renda familiar	Menos de um salário mínimo	3	8,11
	1 a 3 salários mínimos	21	56,76
	4 ou mais salários mínimos	2	5,41
	Não informado	11	29,73

Fonte: Autores

Na tabela 5 encontram-se dados referentes a idade e escolaridade dos pais. Quanto a idade 67,57% das mães e 56,76% tem entre 20 e 35 anos, já em relação a escolaridade 56,76% das mães e 51,35% dos pais possuíam de 9 a 11 anos de estudo.

Tabela 5. Dados de idade e escolaridade dos pais de recém-nascidos internados na UCINCa.

VARIÁVEIS		N	%
Idade da mãe	<20	11	29,73
	20 – 35	25	67,57
	>35	1	2,70
Escolaridade da mãe	0-8 anos de estudo	9	24,32
	9-11 anos de estudo	21	56,76
	≥12 anos de estudo	7	18,92
Idade do pai	<20	5	13,51
	20 – 35	21	56,76
	>35	8	21,62
Escolaridade do pai	Não informado	3	8,11
	0-8 anos de estudo	10	27,03
	9-11 anos de estudo	19	51,35
	≥12 anos de estudo	4	10,81
	Não informado	4	10,81

Fonte: Autores

DISCUSSÃO

De acordo com Fernandes et al. (10), o RNPT é aquele que nasceu antes da 37ª semana completa de idade gestacional, ou ainda, aquele que nasceu antes do 259º dia de gestação. Em relação ao peso, classifica-se como baixo peso aquele que nasce com 1.500g a 2.499g; muito baixo peso, entre 1.000g e 1.499g; e extremo baixo peso, menos que 1.000g. Assim, 5,41% dos RN's participantes do presente estudo foram classificados como prematuros extremos, 37,84% muito prematuros e 56,76% prematuros moderados a tardios. Quanto ao peso 16,22% foram classificados com extremo baixo peso ao nascer; 45,95% entre muito baixo peso, e 37,84% apenas baixo peso.

Em um estudo publicado em 2006, Penalva e Schwartzman ⁽¹¹⁾ abordaram o perfil clínico de RN's participantes do MC, no qual

os participantes nasceram, em média, com $32,5 \pm 1,4$ semanas de IG, pesando 1.560 ± 269 g, com $6,8 \pm 2$ no Apgar no 1º minuto, $8,8 \pm 0,9$ no Apgar no 5º minuto e 60% nasceram de parto normal ⁽¹¹⁾. Com exceção do tipo de parto, dados semelhantes foram encontrados em nosso estudo onde os RN's nasceram, em média, com $31,8 \pm 70,44$ semanas de gestação, pesando $1372,57 \pm 260,48$ g, Apgar no 1º minuto $7,00 \pm 1,68$, Apgar no 5º minuto $8,59 \pm 0,58$ e 67,57% nasceram de parto cesáreo.

O índice de Apgar é um índice de vitalidade com score de 0 a 10 atribuído a praticamente todos os recém-nascidos em um, cinco e algumas vezes, dez minutos após o nascimento. A pontuação é baseada em medidas de frequência cardíaca, esforço respiratório, cor da pele, tônus muscular e irritabilidade reflexa. Um escore total de 7 a 10 é considerado normal e um menor escore

de Apgar indica vitalidade deprimida ⁽¹²⁾. Em relação a este índice 27,03% (n= 10) dos RN's apresentaram no 1º minuto Apgar < 7 e no 5º minuto 100% (n=37) tiveram o índice entre 7 e 10, o que sugere boas condições clínicas ao nascimento. Estes achados estão de acordo com o estudo de Valenzuela et al ⁽¹³⁾, onde identificaram que apenas 8,9% das crianças que nasceram prematuras tiveram um escore do Apgar <7 no 1º minuto e a pontuação do 5º minuto foi normal em todos os casos. Razas; Cnattingius; Joseph ⁽¹⁴⁾, sugerem que um Apgar de 9 no 1º minuto, apesar de estar dentro do considerado normal, está associado com 1,5 vezes mais chances de infecções neonatais se comparado com um Apgar de 10, no entanto, a associação foi maior no 5º e 10º minutos. Pesquisas recentes indicam que a prematuridade é um dos diversos fatores que podem afetar o índice de Apgar ^(15,16).

Em nosso estudo 83,78% dos RN's necessitaram de algum suporte ventilatório corroborando com o estudo de Penalva, Schwartzman ⁽¹¹⁾ onde 24,3% permaneceram em ventilação mecânica invasiva (VMI), por 2,3 dias e 90% receberam oxigenioterapia por 2,8 dias, dados ainda mais expressivos foram encontrados no estudo Lima et al. ⁽¹⁶⁾ no qual 94,66% dos RN's admitidos na UTIN precisaram de algum suporte ventilatório, sendo que 69,18% foram submetidos a VMI. Isso porque embora a maioria dos prematuros respire ao nascer, seu impulso respiratório é

fraco e muitas vezes insuficiente para ventilar seus pulmões e estabelecer trocas gasosas. Além disso, a maioria dos prematuros nascidos com idade gestacional abaixo de 32 semanas apresenta risco de hipóxia. Historicamente, as intervenções nesses casos consistiam em intubação e VMI, mas percebeu-se o que estas intervenções estão associadas a um maior risco de lesão pulmonar e cerebral. Por isso, a VMI tem sido evitada e as diretrizes internacionais recomendam o uso de ventilação não invasiva e estimulação tátil para favorecer a respiração espontânea ⁽¹⁷⁾.

Como parte da avaliação, foram verificadas a frequência cardíaca (FC) e frequência respiratória (FR), onde, a FC teve uma média de 142,89 batimentos por minuto (bpm) e a FR de 44,89 incursões respiratórias por minuto (irpm). De acordo com Yamamoto et al. ⁽¹⁸⁾, em um RN prematuro clinicamente estável, a FC varia entre 120 e 160 bpm e a FR não deve ultrapassar 60 irpm, o que corrobora com os nossos achados. Defilipo et al. ⁽¹⁹⁾, realizaram um estudo em que se avaliou a FC e FR antes e após a aplicação do Método Canguru em RNPT's, onde, a média da FC foi de 142,43 bpm (antes) e 149,4 bpm (depois); a média da FR foi de 46 irpm (antes) e 41,63 irpm (depois). Este achado sugere uma potencial influência positiva do MC nas funções autonômicas do RN prematuro.

Quanto ao pré-natal, 100% (n=37) das mães relataram tê-lo realizado, com uma

média de 5,57 consultas. O Pré-natal é um fator de proteção muito relevante para a sobrevivência dos RN's, situação foi evidenciada no estudo de Gaíva; Bittencourt; Fujimori ⁽²⁰⁾, que apontou associação entre insuficiência do número de consultas de pré-natal a aumento do óbito neonatal em até 11,6 vezes. Segundo o Ministério da Saúde ⁽²¹⁾, a realização do pré-natal representa papel importante em termos de prevenção e detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável da criança e reduzindo os riscos da gestante.

Apesar de todas as mães terem realizado o pré-natal, 94,59% das mães tiveram intercorrências durante a gestação, onde 54,05% apresentaram sangramento, 27,03% infecção do trato urinário (ITU), 24,32% hipertensão e 13,51% descolamento de placenta, destas 54,05% apresentaram duas ou mais intercorrências. O sangramento vaginal está fortemente associado ao nascimento prematuro e vários estudos têm demonstrado tal associação, sendo que uma das hipóteses é de que a produção de trombina induziria uma cascata proteolítica, acarretando ruptura precoce de membranas ou trabalho de parto prematuro ⁽²²⁾.

Dados um pouco menos expressivos foram encontrados no estudo de Oliveira et al. ⁽²³⁾, no qual 67,9% das mães tiveram intercorrências gestacionais, sendo a ITU as mais prevalentes, acometendo 28% das

gestantes, seguida pela doença hipertensiva específica da gravidez, em 17%.

Além de intercorrências na gravidez, 48,65% das mães tiveram alguma intercorrência durante o parto, sendo a eclampsia/pré-eclâmpsia as mais prevalentes, presente em 29,73% dos casos. Segundo Afulani et al. ⁽²⁴⁾ a pré-eclâmpsia grave e eclampsia, descolamento prematuro da placenta, ruptura uterina e sofrimento fetal são as principais causas de indução do trabalho de parto ou cesariana eletiva antes das 37 semanas de gestação. Em alguns casos, no entanto, não existe indicação médica forte e às vezes ocorrem devido a erros na avaliação da idade gestacional ou outros fatores não médicos.

Outro achado importante mostra que 67,57% dos bebês não tiveram contato pele a pele precoce com a mãe, o que pode estar relacionado ao número de RN's que necessitaram de suporte ventilatório ao nascer. O contato pele a pele precoce deve ser proporcionado a fim de estreitar laços entre mãe e bebê, aquecimento do mesmo através da pele da mãe, estabilização das funções autonômicas como frequência cardíaca e frequência respiratória, que consequentemente irá influenciar na redução do estresse e choro do neonato ⁽²⁵⁾. Vários autores concordam que devem ser evitados procedimentos em bebês, desde que estes tenham baixo risco, para que não seja interrompido o momento da construção do vínculo entre neonato e parturiente ^(26,27).

Além disso, apenas 8,11% das mães amamentaram na primeira hora de vida do recém-nascido, o que difere dos achados de Sá et al. ⁽²⁸⁾, em que do total de 1.027 entrevistadas, 77,3% amamentaram na primeira hora. Os autores afirmam que o aleitamento materno na primeira hora de vida (AMPH) do RN, proporciona benefícios psicossociais, imunológicos, fortalecimento do vínculo mãe-bebê, bem como aumenta a possibilidade de a criança receber o colostro, uma substância altamente nutritiva, que apresenta propriedades essenciais para esta fase da vida, sendo assim o AMPH é um importante fator de proteção contra a mortalidade neonatal.

Verificou-se ainda que 78,38% dos participantes deste estudo possuem casas de alvenaria, 56,76% com três a cinco cômodos, 91,89% possuem água encanada, 81,08% possuem lixo coletado, 56,76% de um a três salários mínimos como renda familiar, com uma média de 4,70 moradores na residência. De acordo com Sadovsky et al. ⁽²⁹⁾, baixas condições socioeconômicas podem determinar alterações na saúde materno-infantil, afetando as morbidades neonatais e infantis, com reflexo no desenvolvimento futuro da criança, o que pode ser decorrente de dificuldades prévias à gravidez, como acesso a boa qualidade/quantidade de alimentos, oferta de pré-natal adequado e identificação precoce de morbidades.

No mesmo estudo a maior ocorrência de PP's foi observada em mães de etnia negra, com baixa escolaridade, solteiras, com idade <20 ou ≥ 35, o que vai de encontro o que diverge dos achados do presente estudo, já que 56,76% das mães possuíam 9 a 11 anos de estudo e 18,92% 12 anos ou mais; 67,57% tinham idade entre 20 e 35 anos e 94,59% dos pais dos RN's moravam juntos.

Em outro estudo ⁽¹⁾, apesar de não ser o alvo de nossa pesquisa, a comparação entre mães com PP's e mães com partos a termo demonstrou que a idade materna ao nascer, longas jornadas de trabalho e estresse emocional foram associados a um maior risco de prematuridade, enquanto o estresse emocional também foi associado a menor peso ao nascer entre RNPT. Combinações de dois ou mais fatores foram associadas a um aumento acentuado do risco de prematuridade, demonstrando um efeito cumulativo.

O conhecimento do perfil clínico e epidemiológico dos recém-nascidos prematuros participantes do método canguru é extremamente relevante para a continuação, aprimoramento e desenvolvimento de ações voltadas ao RNPT. Tudo isso com o intuito de minimizar os efeitos adversos da prematuridade e proporcionar uma melhor atenção a esses pacientes, bem como promover melhor DNPM, estreitamento de laços familiares e conscientização a respeito dos possíveis riscos que podem levar a um parto precoce.

CONCLUSÃO

O perfil clínico e epidemiológico dos RNPT's participantes do MC caracterizou-se por ser a maioria pardos, sem predominância de gênero, que nasceram com IG entre 32 e 37 semanas, com o peso ao nascer entre 1000g e 1499g, onde grande parte foi de uma concepção não desejada, porém todas as mães realizaram pré-natal, mas ainda assim apresentaram intercorrências durante a gravidez, nascidos em sua maioria de parto cesáreo. Não tiveram contato pele a pele, bem como amamentação na primeira hora de vida, além de precisarem de suporte ventilatório para a sobrevivência. Quanto aos dados sociodemográficos, constatou-se que a maioria dos pais moravam juntos, independente do estado civil, residiam em casas de alvenaria, em localização não metropolitana, e tinham uma renda familiar de 1 a 3 salários mínimos.

REFERÊNCIAS

1. Stylianou-Riga P, Kouis P, Kinni P, Rigas A, Papadouri T, Yiallourous PK, et al. Maternal socioeconomic factors and the risk of premature birth and low birth weight in Cyprus: a case-control study. *Reprod Health*. 2018;15(1):157-158.
2. Zhang X, Zhou M, Yin H, Dai Y, Li Y. The predictive value of early oral motor assessments for neurodevelopmental outcomes of moderately and late preterm infants. *Medicine*. 2017;92(7):96-50.
3. Torchin H, Ancel PY. Épidémiologie et facteurs de risque de la prématurité. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2016;45(10):1213-1230.
4. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, et al. National, regional and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet*. 2012;379(9832):2162-2172.
5. Weber A, Harrison TM. Reducing toxic stress in the neonatal intensive care unit to improve infant outcomes. *Nurs Outlook*. 2019;67(2):169-189.
6. Tan J, Boskovic D, Angeles D. The energy costs of prematurity and the neonatal intensive care unit (NICU) experience. *Antioxidants* 2018;7(8):37-38.
7. Kristoffersen L, Støen R, Rygh H, Sognæs M, Follestad T, Mohn HS, et al. Early skin-to-skin contact or incubator for very preterm infants: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016;17(8):15-93.
8. Fuentesfria RN, Silveira RC, Procianny RS. Motor development of preterm infants assessed by the Alberta Infant Motor Scale: systematic review article. *J. Pediatr*. 2017;93(7):328-342.
9. Silva MGC, Barros MCM, Pessoa LMU, Guinsburg R, et al. Kangaroo-mother care method and neurobehavior of preterm infants. *Early Hum Dev*. 2016;95(9):55-59.
10. Fernandes PTS, Santana CT, Nogueira AL, Santos CF, Bertinello D. Desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos prematuros: uma revisão sistemática. *ConScientiae Saúde* 2017;16(15):463-470.
11. Penalva O, Schwartzman JS. Descriptive study of the clinical and nutritional profile and follow-up of premature babies in a Kangaroo Mother Care Program. *J Pediatr*. 2006;82(9):33-39.
12. Persson M, Razaz N, Tedroff K, Joseph KS, Cnattingius S. Five and 10 minute Apgar scores and risks of cerebral palsy and epilepsy: population based cohort study in Sweden. *bmj* 2018;360(9):207.
13. Valenzuela MJG, Mesa EG, Granados OC, Montiel DL. Type of delivery, neuropsychological development and intelligence in twin births. *Front Psycho* 2019;10(2):972.
14. Razaz N, Cnattingius S, Joseph KS. Association between Apgar scores of 7 to 9 and neonatal mortality and morbidity: population based cohort study of term infants in Sweden. *Bmj* 2019;36(5):11656.
15. Modabbernia A, Sandin S, Gross R, Leonard H, Gissler M, Parner ET, et al. Apgar score and risk of autism. *Eur J Epidemiol*. 2019;34(11):105-114.
16. Lima SS, Silva SM, Ávila PES, Nicolau MV, Neves PFM. Aspectos clínicos de recém-nascidos admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de hospital de referência da Região Norte do Brasil. *ABCS Health Sci*. 2015;40(2):62-68.

17. Dekker J, Hooper SB, Giera M, McGillick EV, Hutten J, Kaam AHV, et al. High versus low initial oxygen to improve the breathing effort of preterm infants at birth: study protocol for a randomized controlled trial. *Front Pediatr.* 2019;7(9):179-182.
18. Yamamoto RCC, Prade LS, Berwig LC, Weinmann ARM. Parâmetros cardiorrespiratórios e sua relação com a idade gestacional e nível de habilidade de alimentação oral de recém-nascido pré-termo. In: *CoDAS.* 2016;43(6):704-709..
19. Defilipo EC, Chagas PSDC, Nogueira CCL, Ananias GP, Silva AJD. Kangaroo position: Immediate effects on the physiological variables of preterm and low birth weight newborns. *Fisioter. mov.* 2017;30(3):219-227.
20. Gaíva MAM, Bittencourt RM, Fujimori E. Óbito neonatal precoce e tardio: perfil das mães e dos recém-nascidos. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2013;34(12):91-97.
21. Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido, Ministério da Saúde 2016;3(3):12-14.
22. Silva AMR, Almeida MF, Matsuo T, Soares DA. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009;25(10):2125-2138.
23. Oliveira C, Casagrande GA, Grecco LC, Golin MO. Perfil de recém-nascidos pré-termo internados na unidade de terapia intensiva de hospital de alta complexidade. *ABCS Health Sci.* 2015;40(1):43-45. DOI: 10.7322/abcs.hs.v40i1.700
24. Afulani PA, Altman M, Musana J, Sudhinaraset M. Conceptualizing pathways linking women's empowerment and prematurity in developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17(8):338-339.
25. Matos TA, Souza MS, Santos EKA, Velho MB, Seibert ERC, Martins NM. Contato precoce pele a pele entre mãe e filho: significado para mães e contribuições para a enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2010;63(8):998-1004.
26. Soares FM, Gouveia MTO, Rocha SS, Gonçalves LRR. Early contact: mother-and-infant bond in the first hour of life/Contato precoce: vínculo mãe-filho na primeira hora de vida/Contacto temprano: enlace madre-hijo en la primera hora de vida. *Rev Enferm UFPI.* 2014;3(4):94-9.
27. Santos LM, Amorim AAS, Santana RCB, Lopes DM. Vivências de puérperas sobre o contato com o recém-nascido e o aleitamento no pós-parto imediato. *R. pesq.: cuid. fundam. Online.* 2012;4(9):3-7.
28. Sá NNB, Gubert MB, Santos W, Santos LMP. Fatores ligados aos serviços de saúde determinam o aleitamento materno na primeira hora de vida no Distrito Federal, Brasil, 2011. *Rev. bras. epidemiol.* 2016;19(8):509-524.
29. Sadovsky AD, Matijasevich A, Santos IS, Barros FC, Miranda AE, Silveira MF. Socioeconomic inequality in preterm birth in four Brazilian birth cohort studies. *J Pediatr.* 2018;94(9):15-22.

OBSERVAÇÃO: Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.