

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS COM SÍNDROME DO
DESCONFORTO RESPIRATÓRIO COM BAIXO PESO AO
NASCER INTERNADOS NA UNIDADE NEONATAL DO IMIP-PE**

**Profile of newborn with respiratory distress syndrome with low birth weight in boarding IMIP-PE
neonatal unit.**

Trabalho de conclusão de curso
apresentado à banca examinadora da
Faculdade Pernambucana de Saúde,
como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Bacharelado em
Enfermagem.

AUTORES:

Tamires Evelyn Bahia Didier¹

Shirley da Costa Peixoto ²

Doralice Cândida Barbosa da Silva Cruz³

Simone Pires Cavalcanti Machado⁴

Clécia Cristiane da Silva Sales⁵

RECIFE/ABRIL/2015

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO - TCC

**PROFILE OF NEWBORN WITH RESPIRATORY
DISTRESS SYNDROME WITH LOW BIRTH WEIGHT IN
BOARDING IMIP-PE NEONATAL UNIT.**

AUTORES:

Didier, TE¹, Peixoto, SC², Cruz, DCBS³, Machado, SP⁴, Sales, CC⁵.

1,2 e 3 - Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde.

4 - Enfermeira da unidade neonatal do IMIP/Tutora da Escola Pernambucana de Saúde e mestra em Saúde Materno Infantil do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.

5- Tutora de enfermagem da FPS/ Enfermeira gerente da Unidade Renal Pediátrica.

RESUMO

Objetivo. Descrever o Perfil dos Recém-Nascidos com Síndrome do Desconforto Respiratório com o peso abaixo de 2.500g internados na unidade neonatal do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. **Métodos:** Trata-se de um estudo prospectivo de natureza quantitativa, realizado no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) no período de setembro a dezembro de 2014. Foram abordados 160 recém nascidos internados no período de setembro a dezembro de 2014 com peso abaixo de 2500 g,. A pesquisa foi realizada utilizando um questionário constituído por IV seções com perguntas fechadas em relação ao perfil dos recém nascidos com Síndrome do Desconforto Respiratório, preenchido através de dados dos prontuários e entrevista com responsável legal, sendo 40 genitoras, onde duas delas apresentaram gestação gemelar. Os dados foram analisados com o Software Excel 3.4.1. **Resultados:** Dos 160 recém-nascidos abordados, 42 (26,25%) foram diagnosticados com SDR, sendo 50% sexo feminino e 50% do sexo masculino. O baixo peso de nascimento, considerado como uma das características mais comuns no RNPT, esteve presente em 100% dos casos. A idade gestacional < 37 semanas esteve presente em 100% dos RNPT com SDR. 95% das gestantes foram acompanhadas em consultas pré-natais. **Conclusões:** O estudo evidenciou que a SDR está diretamente associada a Rn's pré termos e de baixo peso. Há a necessidade de ampliar a cobertura de Assistência Básica, relacionada ao Pré-natal, já que o estudo evidenciou números de consultas de pré-natal inferior ao preconizado pelo Ministério da Saúde, sinalizando um risco para o nascimento prematuro .

Descritores: Síndrome do desconforto respiratório, Pré-termo.

ABSTRACT

Objective: to describe the profile of newborns with respiratory distress syndrome below 1125 lbs hospitalized at a neonatal unit of Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP. **Methods:** This is a prospective study with a quantitative approach, performed at Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) between September and December of 2014. They were analyzed 160 hospitalized newborns during the same period of the research, whose weight was below 1125 Lbs. The research was performed using a questionnaire made up of closed questions about profile of newborns with respiratory distress syndrome, filled through medical records and interviews with the guardian, being 40 women, where two of them had twin pregnancy. The data was analyzed with the Software Excel 3.4.1. **Results:** 42 (26,25%) of 160 newborns were diagnosed with the syndrome, 50% were female and 50% were male. Low birth weight, was considered as one of the most common features in the syndrome, it was present in 100% of the cases. The gestational age below 37 weeks was present in 100% of the sick newborns. 95% of pregnant was followed prenatal consultations. **Conclusions:** The study shows that respiratory distress syndrome has a link with low weight newborns and premature. There's a need to improve and enlarge the basic assistance related to the antenatal consultations, as the study showed the number of consultations below to the recommended by Ministry of Health, signaling a risk to the premature birth.

Keywords: Respiratory distress syndrome , Pre-term.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é subseqüente de contextos diversos e imprevisíveis, em todos os lugares e em classes sociais distintas¹. O parto prematuro (PP) é definido como aquele cuja idade gestacional é inferior a 37 semanas². Segundo os dados do Ministério da Saúde (MS), nos últimos anos no Brasil, a prevalência de recém-nascidos (RN's) prematuros é de 6,6%³. O diagnóstico do trabalho de parto prematuro (TPP) é um grande desafio, já que, nem todas as gestantes que apresentam contrações antes das 37 semanas irão progredir para o TPP^{2,4}.

Os distúrbios respiratórios equivalem a um grande problema de saúde pública devido às elevadas taxas de morbidade e mortalidade que ocasionam. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano, quatro milhões de bebês morrem durante as primeiras quatro semanas de vida³. É neste momento em que se questiona a “qualidade de vida e seu valor”²⁰.

O recém nascido pré-termo (RNPT) requer uma boa e maior atenção uma vez que o mesmo poderá necessitar de ventilação mecânica, cateterismo umbilical, flebotomia ou cateter central de inserção periférica, nutrição parenteral, fototerapia, entre outras intervenções. O enfermeiro deverá estar atento a possíveis instabilidades térmicas, insuficiência respiratória pela imaturidade do pulmão, hemorragia pulmonar e as crises de apnéia. Por isso, é necessário que o profissional realize uma assistência adequada através da delicadeza, sincronia de cuidados e precisão dos movimentos, devendo sempre orientar as mães para que o vínculo mãe-filho não deixe de existir⁴.

Apesar dos avanços da obstetrícia, ainda há um grande número de partos prematuros que geralmente são ocasionados pelo estilo de vida, consumo de drogas, álcool, tabagismo, ganho de peso inadequado durante a gravidez, infecção urinária prévia e baixo número de consultas pré-natal. Esses partos, também podem ser acarretados em razão de outros fatores como: baixa condição econômica, mulheres muito jovens, casos de prematuridade prévios e sangramento vaginal persistente desde o início da gestação^{1,2}.

Dentre as principais patologias associadas à prematuridade destaca-se a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR). O primeiro relato da SDR foi descrito em 1903 por Hochheim e complementado pelo astrólogo e matemático La Place, que determinou a teoria da tensão superficial (TS)⁵. Em 1947 um patologista

chamado Gruenwald esclareceu que a substância presente no pulmão dos RN's era de extrema importância, e os RN's que apresentavam atelectasia poderiam ser beneficiados caso fosse descoberto algo para se contrapor a perda dessa substância. Em 1959, Avery e Mead constataram que a carência ou ausência de surfactante pulmonar em RN's PT era causador dessa doença, anteriormente denominada de doença da membrana hialina (DMH)^{5,6}.

A SDR é conhecida como a expressão clínica decorrente da deficiência do surfactante alveolar associada à imaturidade estrutural dos pulmões, agravada pela má-adaptação do RN à vida extra-uterina e pela imaturidade de múltiplos órgãos. Como a maturação do pulmão fetal possui relação com a idade gestacional, tanto a incidência como a gravidade da doença, relacionam-se diretamente com o grau da prematuridade^{1,7}. Sendo, desta forma, mais comum nos RN's PT, com menos de 28 semanas. Os avanços no conhecimento dos processos que envolvem a maturação do pulmão fetal, alcançados nas últimas décadas, permitiram o desenvolvimento de medidas mais efetivas para prevenir e tratar a doença. Tais medidas são: o uso antenatal de corticóide e a administração pós-natal do surfactante exógeno, ventilação mecânica e pressão positiva contínua das vias aéreas^{2,8}.

A prevenção da SDR está diretamente relacionada à profilaxia da prematuridade mediante ao acompanhamento pré-natal adequado, com o número de consultas preconizadas pelo MS⁹. Além disso, é utilizado o corticóide antenatal que está associado à redução expressiva, tanto do risco de morte neonatal, quanto da ocorrência da SDR. Se por um lado a aplicação de doses repetidas de corticóide antenatal é benéfica e proporciona uma melhora progressiva na função pulmonar, há efeitos prejudiciais em casos de ciclos excessivos nas funções hipotalâmico-hipofisário-adrenal^{10,11,12}.

Para a escolha do tratamento a opção é o uso do surfactante exógeno que apresenta efeitos fisiológicos imediatos, manifestando melhora na respiração em poucos minutos após o tratamento, proporcionando o acréscimo da capacidade dos alvéolos atelectasiados e redução da pressão¹³. O outro método é a ventilação mecânica, utilizada quando há a escolha do surfactante para o tratamento que será realizado em um respirador ciclado por tempo, limitado por pressão e de fluxo contínuo, sendo preferível a ventilação intermitente sincronizada (SIMU), que ira sincronizar o esforço respiratório do RN com o respirador¹⁴. Durante esse processo, é importante a observação dos

cuidados de suporte tais como: controle da temperatura, circulação, hidratação e os sinais de infecção. Utiliza-se também a pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP) nasal, que é uma boa alternativa para o suporte ventilatório de pré-termos. Trata-se de um sistema que fornece pressão positiva de forma contínua para as vias aéreas do paciente, ou seja, o ar entra no pulmão devido à diferença de pressão, melhorando, desta forma, a complacência pulmonar e reduzindo a resistência vascular pulmonar, protegendo o surfactante e estabilizando o diafragma e a caixa torácica¹⁵.

Hoje, o método mais utilizado para analisar o quadro respiratório e quantificar o grau de desconforto do recém nascido (RN) é realizado por meio do boletim Silverman-Andersen, que presume a gravidade do comprometimento pulmonar. São conferidas notas de 0 à 2 para cada critério, o somatório de notas que for abaixo de 5 indica desconforto leve e o somatório que for igual a 10 indica grau extremo de desconforto respiratório. Os critérios abordados no boletim são: retração intercostal superior, retração intercostal inferior, retração xifóide, batimento da asa do nariz e gemidos expiratórios¹⁶.

Radiologicamente, observa-se nos pulmões desses RN's um padrão reticulo-granular de intensidades variáveis, que são classificados de acordo com o grau de comprometimento; Grau I (leve): broncogramas mínimos e silhueta cardíaca normal; grau II (moderado): broncogramas alcançando a periferia pulmonar, apresentando assim como no grau I, silhueta cardíaca normal; grau III (grave): broncogramas atingindo quase todo o pulmão, com silhueta cardíaca pouco visível e atelectasias; grau IV (opacidade total): opacificação total dos campos pulmonares e silhueta cardíaca imperceptível^{17,18}.

As complicações decorrentes da SDR são mais frequentes em estágios avançados da doença, sendo em sua grande maioria restrita a RN's PT de muito baixo peso, podendo se agravar para displasia broncopulmonar, alterações das trocas gasosas devido ao edema alveolar e modificações na circulação pulmonar em consequência da hipertensão do pulmão¹³.

O perfil dos RN's que apresentam SDR corresponde a RNPT com baixo peso, apgar de 1º e 5º minuto inferior a sete, prevalente no sexo masculino, progenitoras em idade de risco (inferior a 20 e superior aos 35 anos), complicações durante a gestação e baixa assistência pré-natal¹⁹.

A fisioterapia caminha juntamente com a assistência prestada ao RNPT sendo de grande importância aos neonatos que possuem SDR, atua no trato respiratório com o propósito de reduzir o desconforto das vias aéreas. O objetivo da fisioterapia é a retirada de secreções dos pulmões melhorando assim a ventilação, reduzindo o risco de atelectasia, hipóxia¹⁹.

A estratégia dos cuidados aos RNPT que apresentam SDR inclui intervenções como: realizar oxigenoterapia, aspirar vias aéreas sempre que necessário, posicionar o RN de modo correto, manter o RN em ambiente aquecido para estabilizar a sua temperatura em 36.5° C, monitorar pressão arterial, frequência respiratória (FR) e frequência cardíaca (FC). A partir desses cuidados, percebem-se melhoras significativas no processo saúde-doença do RN^{20,21}.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo prospectivo de natureza quantitativa, cujos dados foram coletados no período de setembro a dezembro de 2014. O estudo foi realizado com dados coletados em prontuários através da revisão prospectiva após a admissão do RNPT na UTIN. Foi construído um questionário, constituído por IV seções com perguntas fechadas, onde as variáveis estudadas foram: identificação, registro na instituição, escolaridade, estado civil e renda familiar, variáveis maternas e variáveis neonatais, preenchido através de dados dos prontuários e entrevista com responsável legal. Tal construção baseou-se em referências de literatura específica na área. Tendo como critério de inclusão, todos os recém-nascidos com SDR admitidos na UTIN, com o peso abaixo de 2500g. Sendo excluídos, aqueles pacientes que não apresentaram SDR ou que possuíam peso acima de 2500g. A amostra foi constituída por 42 RN's (26,25%) diagnosticados com SDR. A pesquisa atende a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que se fundamenta nos principais documentos internacionais que emanam declarações e diretrizes sobre pesquisas que envolvem seres humanos. Os benefícios estão condicionados à divulgação do estudo através de artigo científico, que contribuirá para ampliar o conhecimento sobre a questão, bem como, a identificação dos fatores de risco da Síndrome do Desconforto Respiratório do neonato e o desenvolvimento de planos para precauções e cuidados, minimizando assim, o número de óbitos neonatais. A análise de dados foi realizada em banco de dados específico, utilizando os Softwares Excel versão 3.4.1. Os dados estão apresentados em tabelas com suas respectivas frequências absolutas e relativas. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), sob protocolo N°4213-14.

RESULTADOS

Foram internados na UTI Neonatal do IMIP 160 recém-nascidos no período de setembro a dezembro de 2014, destes, 42(26,25%) foram diagnosticados a Síndrome do Desconforto Respiratório. A tabela 1 explana as características biológicas dos recém-nascidos analisados nessa pesquisa. De acordo com essa tabela, a amostra investigada foi constituída por 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino. Também observou-se que o Índice de APGAR e o grau da SDR mostraram estreita relação com o peso do RN e nível de prematuridade. Quanto menores o peso e a idade gestacional, menor o índice de APGAR e maior o grau da SDR. (tabela1).

Tabela 1. Características biológicas dos recém-nascidos com o peso abaixo de 2.500g internados na unidade neonatal– IMIP

<i>Variáveis</i>	<i>n=42</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>		
<i>M</i>	21	50,0%
<i>F</i>	21	50,0%
<i>Raça</i>		
<i>Branca</i>	4	10,0%
<i>Parda</i>	37	88,0%
<i>Outros</i>	1	2,0%
<i>Peso ao Nascer</i>		
<i><ou = 750</i>	3	7,0%
<i>Entre 750g e 1000g</i>	8	19,0%
<i>Entre 1001g e 1500g</i>	15	36,0%
<i>Entre 1501g e 2500g</i>	16	38,0%
<i>Idade Gestacional</i>		
<i>Pré termo</i>	42	100,0%
<i>Apgar</i>		
<i>Hipóxia grave (de 0 a 3)</i>	5	12,0%
<i>Hipóxia moderada (de 4 a 6)</i>	6	14,0%
<i>Hipóxia leve (7 ou+)</i>	31	74,0%
<i>Grau da SDR</i>		
<i>I</i>	34	81,0%
<i>II</i>	5	12,0%
<i>III</i>	3	7,0%
<i>IV</i>	0	0,0%
<i>Diagnóstico Associado</i>		
<i>Icterícia</i>	18	43,0%
<i>Anemia</i>	2	5,0%
<i>Malformação congênita</i>	0	0,0%
<i>Nenhum</i>	22	52,0%
<i>Classificação Sanguínea</i>		
<i>Rh +</i>	31	73,8%
<i>Rh -</i>	4	9,5%
<i>S/Informação</i>	7	16,7%

Fonte: IMIP 2014

A tabela 2 expõe as características sociodemográficas e obstétricas relacionadas às mães dos RN's. Foram abordadas 40 mães, das quais, duas apresentaram gestação gemelar. Analisando a idade materna observou-se que 11 (27,5%) mulheres possuíam idade inferior a 21 anos e 6 (15%) delas possuíam idade superior à 37 anos. Em relação à escolaridade, 17 (42,5%) apresentam Nível Médio, 12 (30%) apresentam Nível Fundamental II, e 1(2,5%) Nível de Analfabetismo. Outro fator que chamou atenção foi em relação à renda familiar em que 13(32,5%) recebe até 1 salário mínimo e 14(35%) apresentam como renda familiar de 1 a 2 salários mínimos.

Tabela 2. Características sócio demográficas obstétricas relacionadas às mães dos recém-nascidos com o peso abaixo de 2.500g internados na unidade neonatal-IMIP.

<i>Variáveis</i>	<i>n=40</i>	<i>%</i>
<i>Idade Materna</i>		
<i>de 14 a 21</i>	11	27,5%
<i>de 22 a 28</i>	13	32,5%
<i>de 29 a 36</i>	8	20,0%
<i>37 ou +</i>	6	15,0%
<i>Sem Informação</i>	2	5,0%
<i>Estado Civil</i>		
<i>Solteira</i>	18	43,0%
<i>Casada</i>	18	43,0%
<i>União Consensual</i>	6	14,0%
<i>Escolaridade</i>		
<i>Analfabeto</i>	1	2,5%
<i>Fund I</i>	7	17,5%
<i>Fund II</i>	12	30,0%
<i>Médio</i>	17	42,5%
<i>Superior</i>	3	7,5%
<i>Renda Familiar</i>		
<i>1SM</i>	13	32,5%
<i>1 à 2 SM</i>	14	35,0%
<i>2 à 3 SM</i>	1	2,5%
<i>3 SM</i>	3	7,5%
<i>Sem informação</i>	9	22,5%
<i>Nº. De Paridade</i>		
<i>1 - 3</i>	31	77,5%
<i>4 - 7</i>	1	2,5%
<i>Acima de 7</i>	1	2,5%
<i>S/ Informação</i>	7	17,5%
<i>Aborto</i>		
<i>0</i>	29	69,0%
<i>1</i>	5	12,0%
<i>S/ Informação</i>	6	19,0%

Fonte: IMIP 2014

A tabela 3 exibe as características dos fatores maternos associados à SDR. Quanto às complicações durante a gestação, verificou-se que 12(30%) apresentaram pré-eclâmpsia, 10 (25%) apresentaram Infecção do Trato Unitário e 14(35%) vulvovaginite. Em relação ao número de consultas de pré-natal, observou-se que 22 (55%) das gestantes realizaram entre 1 e 5 consultas, inferior ao que está preconizado pelo Ministério da Saúde que estabelece o número mínimo de 6 consultas de pré-natal. Das gestantes envolvidas no presente estudo, 78% receberam o corticóide antenatal (32,5% receberam a dose completa e 30% receberam dose incompleta).

Tabela 3. Caracterização dos fatores materno associados a SDR em recém-nascidos com o peso abaixo de 2.500g internados na unidade neonatal – IMIP

<i>Variáveis</i>	<i>n=40</i>	<i>%</i>
<i>Tabagismo</i>		
<i>S</i>	3	7,5%
<i>N</i>	37	92,5%
<i>Etilismo</i>		
<i>S</i>	4	10,0%
<i>N</i>	36	90,0%
<i>Diagnósticos</i>		
<i>Pré eclampsia</i>	12	30,0%
<i>ITU</i>	10	25,0%
<i>Vulvovaginite</i>	14	35,0%
<i>Outros</i>	4	10,0%
<i>Pré Natal</i>		
<i>S</i>	38	95,0%
<i>N</i>	2	5,0%
<i>Qtd. Consultas</i>		
<i>1 a 5</i>	22	55,0%
<i>6 ou mais</i>	18	45,0%
<i>Corticóide Antenatal</i>		
<i>S</i>	31	77,5%
<i>N</i>	9	22,5%
<i>Doses</i>		
<i>1 (dose incompleta)</i>	12	30,0%
<i>2 (dose completa)</i>	13	32,5%
<i>S/informação</i>	15	37,5%
<i>Tipo de Parto</i>		
<i>Cesário</i>	18	45,0%
<i>Transpelviano</i>	20	50,0%
<i>S/ Informação</i>	2	5,0%
<i>Tempo de Bolsa Rota</i>		
<i>0 a12hrs</i>	29	72,5%
<i>12 a 24hrs</i>	1	2,5%
<i>Mais que 24hrs</i>	5	12,5%
<i>S/ Informação</i>	5	12,5%
<i>Córioamnionite</i>		
<i>S</i>	4	10,0%
<i>N</i>	36	90,0%

Fonte: IMIP 2014

DISCUSSÕES

A SDR é uma das doenças mais frequentes nas unidades de neonatologia e uma das principais causas de mortalidade, ocorrendo em 0,5% a 1% dos nascidos vivos. Sua incidência e gravidade estão diretamente relacionadas a vários fatores sendo a prematuridade um dos principais. Além disso, a maior gravidade do quadro está associada à idade gestacional < 37 semanas.

Durante o período deste estudo foram internados na UTIN do IMIP 160 neonatos, dos quais, 42 (26,25%) apresentaram o diagnóstico da SDR. Com relação ao gênero, a amostra investigada foi constituída por 50% do sexo masculino e 50% do sexo feminino. No entanto, a predominância encontrada em vários estudos brasileiros LIMA (2013); ALVES (2009) é masculina, o que contradiz o resultado desta pesquisa, que apresentou igualdade entre os gêneros^{21, 22}. Porém, é conhecido o fato de que o amadurecimento pulmonar fetal, assim como nos demais órgãos, é mais lento no sexo masculino²³.

Quanto à idade gestacional, 100% dos RN's estavam abaixo de 37 semanas. Segundo ST. JOHN (2003); RAMOS (1998), a prematuridade, especialmente nos casos de RN's com idade gestacional menor que 34 semanas, sugere a síndrome do desconforto respiratório^{8, 24}. A principal causa dessa síndrome é a carência ou ausência de surfactante no pulmão imaturo, e quanto maior a prematuridade, maior a incidência da SDR^{5, 6}. Dessa forma, tanto a idade gestacional quanto a adequação de peso são importantes para um melhor prognóstico dos RN's.

Em estudos realizados por NASCIMENTO (1998); COSTA (1998) em municípios do estado de São Paulo, foi detectada associação entre a idade materna e o baixo peso ao nascer^{25,26}. Entre as faixas etárias analisadas, as mães com idade inferior a 20 anos e mães com mais de 35 anos apresentam risco significativo de ter RN baixo peso. Com relação a variável paridade 77,5% das mães tinham de 1 a 3 filhos. Resultado semelhante foi observado em uma pesquisa realizada por UCHIMURA (2008) na cidade de Porto Alegre, no estado do Rio Grande do Sul²⁷. Para o tipo de parto observou-se que 50% das mulheres tiveram parto transpelviano. No entanto RAMOS (2009); DÓRIA (2011) revelam que dentre os fatores pré-disponentes para o surgimento da SDR é o grande número de partos cesarianos^{1,2}.

Quando analisadas as categorias em relação ao número de consultas do pré-natal, observou-se que 45% das gestantes realizaram 6 ou mais consultas. Dados semelhantes foram encontrados em pesquisas realizadas na cidade de Porto Alegre no Rio Grande do Sul e em Itaúna, no estado de Minas Gerais, que revelam a necessidade de assegurar às mães o número mínimo de 6 consultas de pré-natal para a redução dos efeitos adversos^{27,28,29}.

Das gestantes envolvidas no presente estudo, 77,5% receberam o corticóide antenatal. A terapia antenatal deve ser fornecida à mulheres grávidas entre 24 e 34 semanas de gestação, com membranas intactas ou com amniorrexe prematura, sem corioamnionite, que estejam sob risco de trabalho de parto prematuro, nos próximos 7 dias. Essa estratégia induz a produção de surfactante e acelera a maturação dos pulmões e outros tecidos fetais, diminuindo substancialmente a SDR, a enterocolite necrotizante e a mortalidade perinatal. Um ciclo completo consiste em duas doses de betametasona (12 mg IM) separadas por intervalo de 24 horas ou quatro doses de dexametasona (6 mg IM), a intervalos de 12 horas. Mesmo o ciclo incompleto pode melhorar o prognóstico³⁰. MENEGUEL (2002); ALBUQUERQUE (2002) relatam em suas pesquisas que uso de corticóides em trabalho de parto prematuro ou previamente pode reduzir de maneira importante à mortalidade neonatal e morbidades graves, sendo as principais indicações a pré eclampsia e trabalho de parto prematuro com idade gestacional < 37 semanas^{10,11,12}.

CONCLUSÃO

Muitos estudos sobre a SDR têm sido encontrados na literatura, no entanto são poucos os que falam sobre o perfil desses neonatos. De acordo com os dados coletados e após análise dos resultados, o estudo demonstrou que a SDR é uma das disfunções bastante comum na Unidade Neonatal do IMIP.

Com base nos dados coletados observou-se que os fatores maternos estão diretamente relacionados com a ocorrência dessa patologia no período neonatal, assim como a idade gestacional < 37 semanas e o baixo peso ao nascer. Outros dados importantes são o baixo número de consultas de pré natal, fato que pode estar diretamente relacionado aos fatores de risco para SDR; e o uso do corticóide antenatal, que contribuiu de forma significativa para a redução da gravidade da doença, bem como o surgimento de outras complicações.

A partir dessas informações temos a oportunidade de conhecer o perfil desses Rn's e assim prestar melhores cuidados. O estudo demonstrou que 26,25% dos RN's nascidos na Unidade neonatal do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) apresentaram a SDR e que fatores maternos estão diretamente relacionados com a ocorrência dessa patologia no período neonatal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RAMOS, H.A.C; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para a prematuridade: Pesquisa documental. Esc. Anna Nery RevEnfermabr-jun 2009.
2. DÓRIA, M. T. ; SPAUTZ, C. C.. Trabalho de parto prematuro: predição e prevenção. Femina, Vol. 39, nº 9, Setembro 2011.
3. Sociedade Brasileira de Pediatria. Prevalência dos recém- nascidos prematuros. Disponível em: www.sobep.org.br; Acessado em: 05/02/2014; 09h00min.
4. CARVALHO, M; GOMES, M. A.. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. Jornal Pediatria. Vol. 81, nº 1, 2005.
5. RUSSI, T. S. Repercussões nos gases sanguíneos dos recém- nascidos prematuros com Síndrome do desconforto respiratório e sob ventilação mecânica convencional após ajuste no tempo inspiratório em função da constante de tempo. Campo Grande-MS, 2006.
6. MARGOTO, P. R. Doença da Membrana Hialina: Evolução de uma idéia. 1996 – Belo Horizonte – MG.
7. ROBERTSON, P.A; SNIDERMAN, SH; LAROS, RK Jr; COWAN, R; HEILBRON D; GOLDENBERG, RL; IAMS, JD; CREASY, RK. Neonatal morbidity according to gestational age and birth weight from five tertiary care centers in the United States, 1983 through 1986. Am J ObstetGynecol 1992.
8. ST. JOHN, E.B.; CARLO, W.A. Respiratory Distress Syndrome in VLBW Infants: Changes in Management and Outcomes Observed by the NICHD Neonatal Research Network. SeminPerinatol 2003.
9. BITTAR, R. E.; FONSECA, E. B.; ZUGAIB, M.. Predição e prevenção do parto pré-termo. Feminina, vol. 38, nº 1. Janeiro 2010.
10. ALBUQUERQUE, I. C. C.; AMORIM, M. M. M.; MENESES, J.; KATZ, L; SANTOS, L. C.. Avaliação do Impacto da CorticoterapiaAntenatal para Aceleração da

Maturidade Pulmonar Fetal nos Recém-nascidos em Maternidade-Escola Brasileira. RBGO – Vol. 24, nº 10, 2002.

11. Prescrição Pré-natal de Corticóides para Reduzir a Mobilidade e Mortalidade Neonatais. SSP, Janeiro 2012. Disponível em:

www.lusoneonatologia.com/site/upload/corticoides_prenatais_.pdf; Acessado em: 10/04/2014; 09h00min.

12. MENEGUEL, J. F.; GUINSBURG, R.; MIYOSHI, M. H.; PERES, C. A.; KOPELMAN, B. I.; CAMANO, L. CorticosteróideAntenatal: Ciclo Único versus Múltiplo– Comparação de Resultados. RBGO - Vol. 24, nº 8, 2002

13. LEITE, D. G.; SOUSA, C. T.; NÓBREGA, A.; NOGUEIRA, C; CÂMARA, T. M.; CHAVES, S.W.F.; BASTOS, V.P.D. Evolução clínica de recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório submetidos à terapêutica com surfactante exógeno. Vol. 2, nº 3. Julho – Setembro 2008.

14. www.maternidade.ufrj.br/portal/imagens/storis/pdfs/neonatologia/síndrome_do_desconforto_respiratório.pdf; 20/02/2014. 13h00min.

15. Assistência ao RN de risco; 2ª Edição, Cap. 7,2004, editado por Paulo R. Margotto

16. Atenção à Saúde do Recém-Nascido: Problemas respiratórios, cardiocirculatórios, metabólicos, neurológicos, ortopédicos e dermatológicos. 2ª edição, Vol. 3, Brasília-DF, 2012.

17. COÊLHO, E.F.N.; GOTO, R. N. Grau de estresse em recém-nascidos prematuros moderados e Limítrofes acometidos por síndrome da membrana hialina Submetidos às técnicas fisioterapêuticas de drenagem Postural e vibrocompressão. Belém- Pará, 2006.

18. Fernando Figueira- Pediatria. 4ª Edição, Cap.10, Pag.967.

19. CAMILO, A.A. Caracterização dos recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório submetidos à fisioterapia, internados na UTI neonatal do HNSC, no período de outubro à dezembro de 2005. 2006.

20. LIMA, M.B.A.; MAGALHÃES, F.J.; MELO, G.M.; OLIVEIRA, S.M.; TÁVORA, M.E.P. Assistência de enfermagem ao recém-nascido com síndrome do desconforto respiratório e icterícia neonatal. ISSN, Junho de 2012.
21. ALVES, Alexssandra Maia. Morbidade respiratória neonatal e fatores associados ao óbito por síndrome do desconforto respiratório em unidades de terapia intensiva no município de fortaleza.
22. LIMA, N.H. Complicações de neonatos com síndrome do desconforto respiratório em uma UTI neonatal na cidade de Campina Grande- PB[manuscrito]/Natália Herculano Lima.-2013.
23. RIBEIRO, A.M.; MOREIRA, J.L.B. Epidemiologia e etiologia da sepse na infância. *Jornal de Pediatria*. 1999.
24. RAMOS, J.L.A.; SADEK, L.S.R. Diagnóstico diferencial de desconforto respiratório no período neonatal. In. KOPELMAN, A. B. et al. *Distúrbios respiratórios no período neonatal*. São Paulo: Atheneu, 1998.
25. NASCIMENTO LFC, Gotlieb SLD. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer, com base em informações da declaração de nascido vivo em Gratinguetá – SP no ano de 1998. *Informe epidemiológico do SUS* 2001(3):113-20
26. COSTA CE, Gotlieb SDL. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da declaração de nascido vivo. *Revista de Saúde Pública* 1998; 32(1):328-34
27. UCHIMURA TT, Pelissari DM, Uchimura NS. Baixo peso ao nascer e fatores associados. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre (RS) 2008 MAR, 29(1):33-8.
28. GUIMARÃES EAA, Velásquez-Meneléndez G. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do sistema de informações sobre nascidos vivos em Itaúna-Minas Gerais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil* 2002; 2(3):283-90
29. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher . *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília(DF) ; 2005.

30. SWEET, D. G., et al. European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants-2010 update. **Neonatology**, v.97, n.4, p.402-417, 2010.