



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FISIOTERAPIA**

NATÁLIA HERCULANO LIMA

**COMPLICAÇÕES DE NEONATOS COM SÍNDROME DO
DESCONFORTO RESPIRATÓRIO EM UMA UTI
NEONATAL NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB.**

CAMPINA GRANDE – PB

2013

NATÁLIA HERCULANO LIMA

**COMPLICAÇÕES DE NEONATOS COM SÍNDROME DO
DESCONFORTO RESPIRATÓRIO EM UMA UTI
NEONATAL NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Curso de Graduação em Fisioterapia da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento à exigência para obtenção do grau
de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof. Dra. Giselda Félix Coutinho

CAMPINA GRANDE – PB

2013

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL – UEPB

L732c Lima, Natália Herculano.
 Complicações de neonatos com síndrome do desconforto respiratório em uma UTI neonatal na cidade de Campina Grande-PB [manuscrito] / Natália Herculano Lima.– 2013.
 20 f. : il. color.

 Digitado.
 Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2013.
 “Orientação: Profa. Dra. Giselda Félix Coutinho, Departamento de Fisioterapia”.

 1. Recém-nascido. 2. Fisioterapia respiratória. 3. Síndrome do desconforto respiratório. I. Título.

21. ed. CDD 615.836

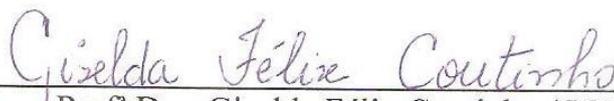
NATÁLIA HERCULANO LIMA

**COMPLICAÇÕES DE NEONATOS COM SÍNDROME DO DESCONFORTO
RESPIRATÓRIO EM UMA UTI NEONATAL NA CIDADE DE CAMPINA
GRANDE-PB.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado, na modalidade de artigo científico, ao departamento de Fisioterapia da Universidade Estadual da Paraíba como requisito para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

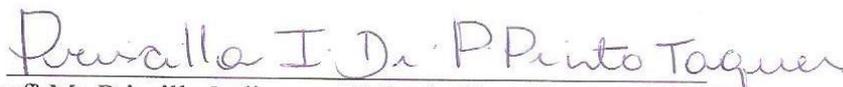
Aprovado em 03/09/2013.

Banca Examinadora



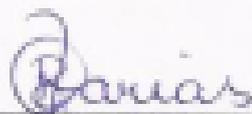
Prof^ª Dra. Giselda Félix Coutinho / UEPB

ORIENTADORA



Prof^ª Ms Priscilla Indianara Di Paula Pinto Taques / UEPB

EXAMINADORA



Prof^ª Ms. Renata Cavalcanti Farias / UEPB

EXAMINADORA

COMPLICAÇÕES DE NEONATOS COM SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO EM UMA UTI NEONATAL NA CIDADE DE CAMPINA GRANDE-PB.

Lima, Natália Herculano¹

RESUMO

A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) é uma desordem respiratória de neonatos prematuros, onde a deficiência da surfactante pulmonar é a sua principal causa. Pode apresentar graves complicações clínicas, o que a torna responsável por uma grande parte da porcentagem de óbitos no período neonatal. O objetivo deste estudo foi investigar as principais complicações em neonatos com a Síndrome do Desconforto Respiratório em uma UTI neonatal da cidade de Campina Grande-PB. Para tanto, foram coletados através de questionários os dados contidos em 80 prontuários correspondentes ao período de junho de 2010 a junho de 2013, de neonatos prematuros portadores da síndrome, atendidos na UTI neonatal da Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). As análises foram feitas através de Estatística Descritiva e Estatística Inferencial, onde esta adotou um nível de significância estatística de $p < 0,05$. Os dados apontaram que 72,5% dos neonatos desenvolveram complicações decorrentes da SDR e dentre as principais apresentadas podemos citar a Sepses Neonatal ($n=47$) e a Icterícia ($n=9$). Sobre o sexo e tipo de parto da amostra, observou-se que 58,8% eram do sexo masculino e 54,3% nasceram de parto cesáreo, respectivamente. Concluiu-se que a maioria dos neonatos com a Síndrome do Desconforto Respiratório desenvolve algum tipo de complicação da doença, no entanto, serão necessários estudos com amostras mais específicas para poderem ser realizadas inferências mais precisas acerca dessa temática.

Palavras-chave:Síndrome do Desconforto Respiratório.Neonatos.Complicações.

¹Graduanda em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) é uma desordem respiratória de neonatos prematuros, que foi descrita pela primeira vez por Avery e Mead em 1959, onde eles afirmaram ser a deficiência da Surfactante Pulmonar a sua principal causa. Trata-se de uma patologia com altos índices de incidência, sendo a sua incidência inversamente proporcional à idade gestacional (DINIZ, 1999). É uma patologia responsável por grande porcentagem de óbitos no período neonatal, cerca de 50% dos óbitos nesse período estão relacionados a distúrbios respiratórios, sendo a SDR responsável em torno de 80% a 90% dos casos, durante a primeira semana de vida (EGER, 2003).

A duração da gestação é o fator preditivo mais significativo, isso porque o surfactante começa a ser produzido na 24^a a 28^a semana de gestação, aumenta os níveis de produção aproximadamente na 34^a semana, e é o mesmo que indica a maturidade do pulmão ao permitir a manutenção da respiração contínua (CAVALCANTE, 2007).

Além da prematuridade, existem outros fatores de risco que podem contribuir para o desencadeamento da Síndrome do Desconforto Respiratório, são os fatores pré, perinatais (descolamento prematuro da placenta, eritoblastose fetal, asfixia perinatal, diabetes materno, partos traumáticos, uso de anestésicos e ou analgésicos e cesárea seletiva) e pós-natais (hipovolemia, hipotermia, alterações metabólicas, choque e hipoxemia prolongada). Reconhecer e prevenir esses fatores de risco é algo de grande importância para diminuir a incidência da doença assim como também a morbimortalidade (DINIZ, 1999).

As principais manifestações clínicas da doença são: dispnéia, taquipnéia ou bradipnéia em casos graves, o gemido expiratório, a cianose, os batimentos de asas nasais, retração esternal, dificuldade em iniciar a respiração normal, edema de extremidades, tiragem intercostal e subcostal e crises de apnéia (ARAÚJO, 2007).

Para o diagnóstico clínico da SDR, é importante o conhecimento da história materna obstétrica e familiar, das condições de nascimento do neonato, além da identificação dos fatores de risco mais determinantes desta patologia, como é o caso da prematuridade e o baixo peso do nascimento (DINIZ, 1999). Além do quadro clínico, o diagnóstico também é realizado por meio de análise radiográfica, que apresenta um aspecto retículo granular, que é a representação das áreas atelectasiadas do pulmão (CAVALCANTE, 2007; ARAÚJO, 2007; EGER, 2003).

Um quadro variado de complicações pode desenvolver-se nos recém-nascidos acometidos pela síndrome, como é o caso da Displasia Broncopulmonar (DPB),

Pneumotórax, Fibroplasia retrolenticular (FLR), Persistência do Canal Arterial (PCA) e Hemorragia Cerebral Intraventricular (HCIV). (CAVALCANTE, 2007).

As comprovações científicas sobre a existência de complicações na SDR, ainda são poucas. Justifica-se a necessidade deste estudo com objetivo de investigar as principais complicações em Neonatos com a Síndrome do Desconforto Respiratório em uma UTI neonatal da cidade de Campina Grande-PB.

2 METODOLOGIA

O presente estudo trata-se de uma pesquisa documental, retrospectiva, aplicada com uma abordagem quantitativa e análise descritiva e exploratória dos dados (FIGUEIREDO, 2007).

Foram analisados 80 prontuários de neonatos prematuros, portadores da Síndrome do Desconforto Respiratório e que receberam atendimento na UTI neonatal, correspondente ao período de junho de 2010 a junho de 2013. O estudo foi realizado na Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), da cidade de Campina Grande-PB.

Foram usados como critérios de inclusão na pesquisa, neonatos de ambos os sexos, com idade gestacional inferior a 36 semanas, portadores da Síndrome do Desconforto Respiratório, que estavam sob tratamento na UTI neonatal. Assim, foram considerados como critérios de exclusão da pesquisa, os neonatos com mais de trinta e seis semanas de vida e/ou não portadores da Síndrome do Desconforto Respiratório.

A Pesquisa foi realizada dentro dos preceitos éticos que envolvem os estudos com seres humanos, foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba (CEP-UEPB), seguindo as normas de pesquisa com seres humanos de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS. Após a aprovação do comitê de ética (nº 18736813.7.0000.5187) e da assinatura dos termos de autorização institucional e de compromisso para coleta de dados em arquivo, iniciou-se a coleta dos dados para a pesquisa. Os dados foram coletados pela pesquisadora a partir de prontuários médicos que continham a evolução clínica diária dos neonatos, e registrados nos formulários de coleta de dados, elaborado pela pesquisadora para o estudo, onde o mesmo continha perguntas objetivas sobre os neonatos.

Foram utilizados os programas Excel (2010) e SPSS18 para o tratamento estatístico dos dados. Primeiramente, foi realizada análise a estatística descritiva utilizando valores percentuais e de frequência relativa, para as variáveis categóricas, e valores de média e

desvio padrão para as variáveis numéricas. Para avaliar associações entre as complicações desenvolvidas e as características da amostra estudada, utilizou-se a estatística inferencial por meio da aplicação do teste Qui-quadrado de Pearson, sendo estabelecido em todas as análises, um nível de significância ($p < 0,05$).

3 RESULTADOS

A amostra é composta por oitenta (80) prontuários de neonatos prematuros com idade gestacional menor que trinta e seis (36) semanas, de acordo com a data da última menstruação, no período de junho de 2010 a junho de 2013.

Foi evidenciado entre os neonatos que compõem a amostra desta pesquisa, que 58,8% eram do gênero masculino e 42,1% do gênero feminino (GRÁFICO 1).

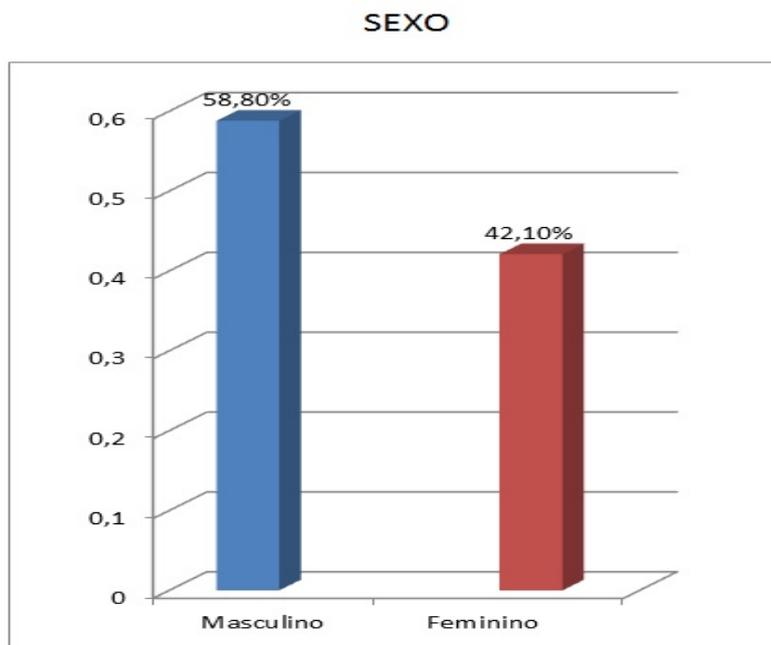


Gráfico 1. Distribuição da amostra de neonatos segundo o gênero.

Fonte: Dados da Pesquisa (2013).

No primeiro minuto de vida os neonatos da amostra apresentaram em seu Boletim de Apgar, uma média de 6,64 ($\pm 1,82$), já no quinto minuto de vida, os mesmos apresentaram uma média de 7,83 ($\pm 1,33$). Quanto ao tempo de internação, eles passaram uma média de 15,5 ($\pm 7,35$) dias internados, onde 82,3% desses neonatos obtiveram alta hospitalar e 17,7% foram a óbito (GRÁFICO 3).

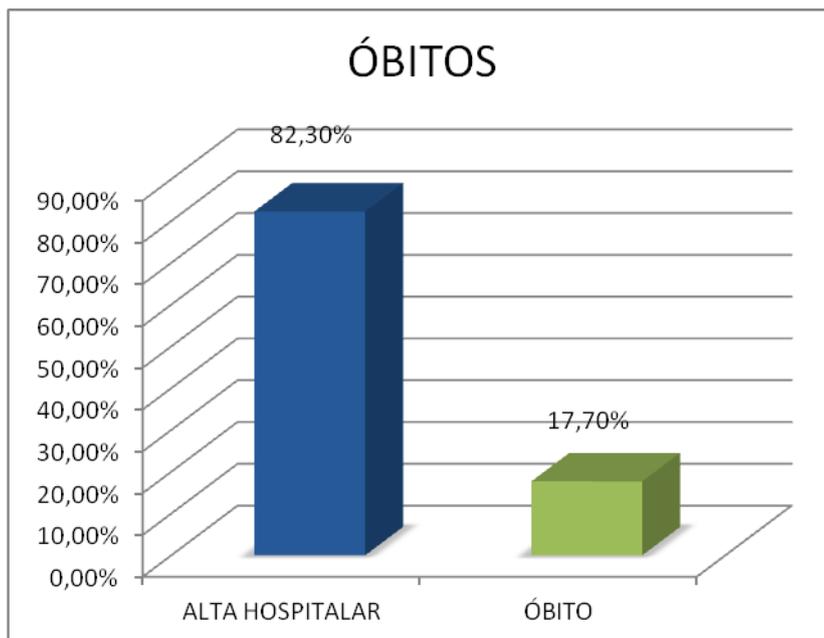


Gráfico 3. Distribuição da amostra de neonatos segundo o percentual de óbitos.

Fonte: Dados da Pesquisa (2013)

Foi observado pelo estudo, o uso de suportes ventilatórios no tratamento da amostra, onde 33,8% (n=27) fizeram uso de ventilação mecânica do tipo não invasiva (VNI) e 66,2% (n=53) de Ventilação Mecânica Invasiva (VI) (GRÁFICO 4).

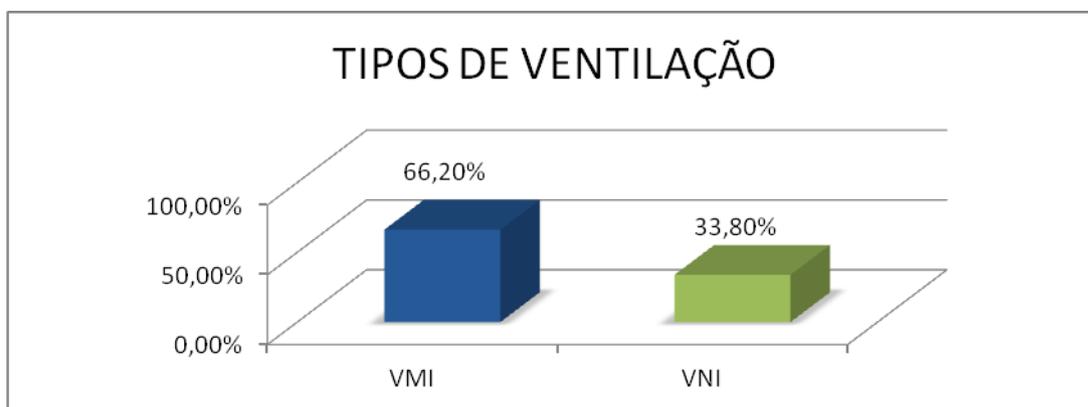


Gráfico 4. Distribuição da amostra de neonatos segundo o tipo de ventilação recebida.

Fonte: Dados da Pesquisa (2013)

O estudo também observou na pesquisa o uso da surfactante pulmonar como terapêutica medicamentosa. Obteve-se que 12,5% da amostra (n=10) receberam surfactante pulmonar exógeno (GRÁFICO 5).

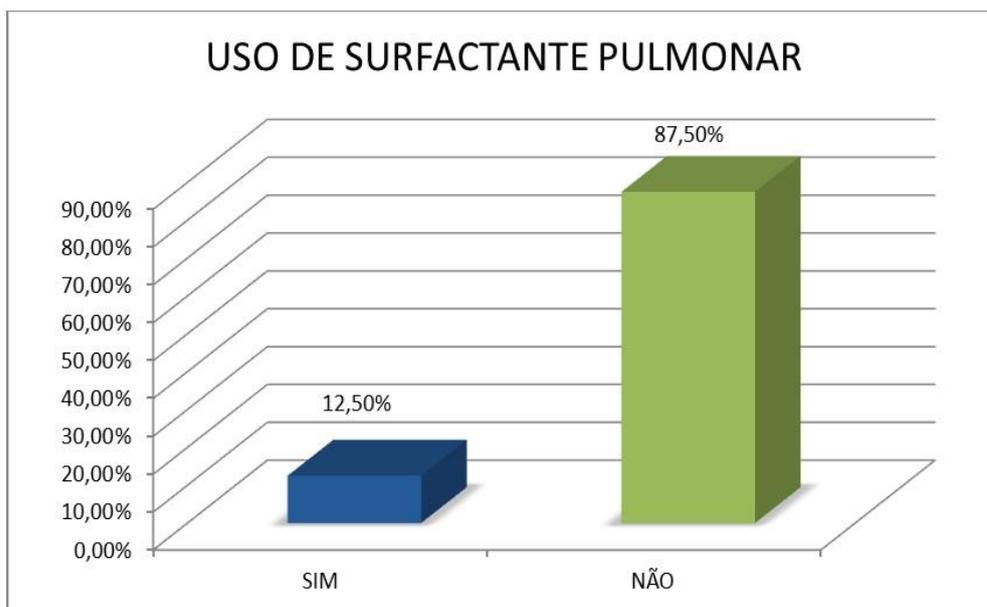


Gráfico 5. Distribuição da amostra de neonatos segundo o uso de Surfactante pulmonar.

Fonte: Dados da Pesquisa (2013).

Com relação às complicações desenvolvidas pelos neonatos, obteve-se que 72,5% (n=58) desenvolveram complicações. Entre as complicações apresentadas pela amostra do estudo, a Sepses Neonatal esteve presente em 58,8% (n=47) destes e a Icterícia em 11,2% (n=9), mostrando serem as principais complicações apresentadas pelos neonatos avaliados nesse estudo (TABELA 1).

Tabela1. Descrição das complicações desenvolvidas pelos neonatos incluídos no estudo

Complicações desenvolvidas (N=80)	N (%)
Sepses Neonatal	47 (58,8)
Icterícia	9 (11,2)
Hemorragia Pulmonar	4 (5,0)
Pneumonia	4 (5,0)
Infecção Perinatal	4 (5,0)
Pneumotórax	2 (2,4)
Atelectasia	4 (4,8)
Edema Agudo de Pulmão	1 (1,3)
Enterocolite	1 (1,3)
Escleredema	1 (1,3)
Encefalopatia Hipóxico Isquêmica	1 (1,3)
Meningite	1 (1,3)
Coletase Neonatal	1 (1,3)

Fonte: Dados da Pesquisa (2013)

Para testar a hipótese de uma eventual influência das características da amostra do estudo sobre o desenvolvimento de complicações da doença, foi utilizado o teste Qui-quadrado de Pearson, onde foi possível constatar através dos escores obtidos ($p < 0,05$), que não houve influências significativas das características sobre o desenvolvimento de complicações (TABELA 2).

Tabela 2. Distribuição da associação entre as características da amostra do estudo e a presença de complicações

Variáveis relacionadas com o desenvolvimento de complicações	Valores de “p”
Tipo de parto	0,290
Sexo do RN	0,328
Destino Pós-internação	0,07
Administração de Surfactante	0,270
Suporte ventilatório Invasivo	0,404
Oxigenoterapia	0,921
Apagar 1 ^o	0,388
Período de Internação (dias)	0,104

Fonte: Dados da Pesquisa (2013)

O estudo também analisou a incidência dos tipos de parto no grupo de neonatos da amostra que apresentaram o desenvolvimento de complicações da Síndrome do Desconforto Respiratório. Dentre os neonatos dessa pesquisa que desenvolveram complicações, 49,2% nasceram de parto do tipo cesáreo. Em contrapartida 47,3% nasceram de parto do tipo normal e 3,7% nasceram de parto do tipo Fórceps. Desse modo, observamos que nessa pesquisa a maioria dos neonatos que apresentaram complicações da SDR, nasceu de parto do tipo cesáreo (GRÁFICO 6).

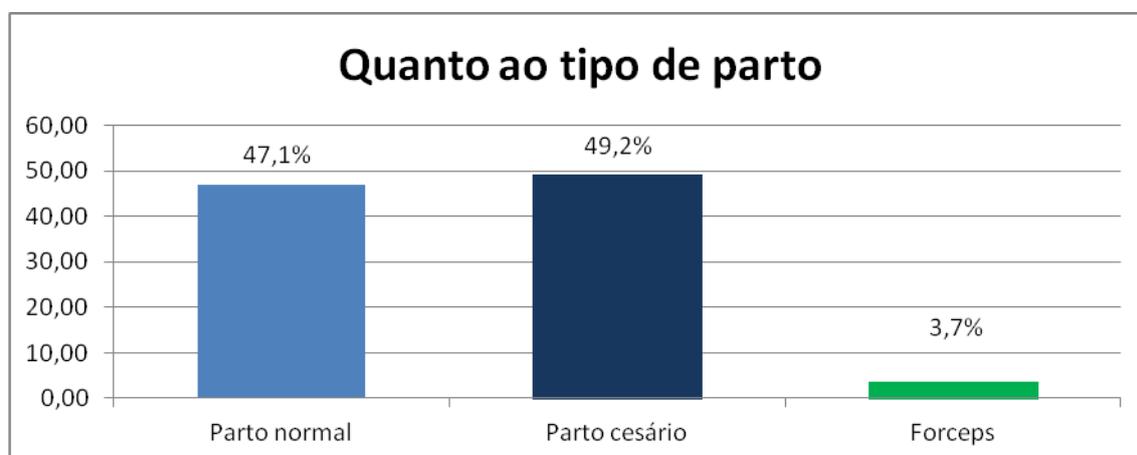


Gráfico 6. Distribuição da amostra que desenvolveu complicações da SDR segundo o tipo de parto.

Fonte: Dados da Pesquisa 2013

4 DISCUSSÃO

Os fatores de risco predisponentes para a Síndrome do Desconforto Respiratório são bem descritos na literatura (Marcondes, 2002; Abreu et al., 2006). A prematuridade é um dos fatores de riscos mais relevantes. (DINIZ, 1999),

Além da idade gestacional, o sexo é outro fator determinante, sendo observada uma maior prevalência e gravidade do quadro no sexo masculino (ABREU et al., 2006). Cooke (1994) referiu que a SDR é encontrada frequentemente no sexo masculino, observando que os recém nascidos do sexo feminino apresentam maturidade duas semanas antes em termos de função pulmonar que o sexo masculino. Nossa pesquisa apresentou 58,8% de neonatos do sexo masculino, o que corrobora com resultados encontrados no estudo de Bastos et al., (2008), que acompanharam a evolução clínica de neonatos prematuros e portadores da Síndrome do Desconforto Respiratório em uma UTI neonatal, e o mesmo apresentou uma amostra com incidência de 57% do sexo masculino.

Assim com relação ao sexo, o tipo de parto (normal ou cesáreo) é determinante no desenvolvimento da doença (ABREU, et al., 2006). O desencadeamento do trabalho de parto acelera a reabsorção do líquido intra-alveolar, por meio de liberação de fatores humorais, portanto, nos casos em que não ocorre, aumenta a chance de patologias pulmonares (RAMOS, 1998). A pesquisa apresentou 54,3% de neonatos nascidos de parto do tipo cesáreo, o que não seguiu a linha do estudo realizado por Gomes em 2011, que tinha como objetivo avaliar os fatores de risco da SDR em neonatos prematuros, onde o mesmo apresentou uma amostra com 42% de neonatos com SDR nascidos de parto do tipo cesáreo.

O escore de Apgar é um método de rápida avaliação das condições clínicas do neonato e não reflete apenas a asfixia intraparto, mas outros fatores debilitantes que podem ocorrer antes ou durante o parto (FRANCESCHINI, CUNHA, 2007). Segundo Gomes (2011), o escore de Apgar é um fator extremamente relevante dentro do quadro de avaliação dos riscos á SDR, índices de apgar baixos podem ser determinantes para o surgimento da patologia ou até mesmo para a avaliação da sua gravidade. O boletim de Apgar da amostra desta pesquisa apresentou como média do primeiro minuto de vida 6,64 ($\pm 1,82$), corroborando com o estudo feito por Santos, em 2006, no Mato Grosso do Sul, com neonatos prematuros e portadores da SDR, que apresentou em sua amostra uma média de 7 como índice de apgar no primeiro minuto de vida.

Já no quinto minuto de vida, o estudo apresentou como índice de Apgar uma média de 7,83(\pm 1,33). De acordo com a Academia Americana de Pediatria apud Procinoy e Silveira, um índice de Apgar de 0 a 3 por mais de cinco minutos é pontuado como um dos critérios para diagnóstico de asfixia perinatal, considerando o mesmo, o índice de Apgar apresentado pela amostra do presente estudo no quinto minuto de vida, indicaria que nenhum neonato apresentou o escore como complicação. No entanto, observou-se nos resultados da pesquisa, um índice de 1,3% de neonatos que apresentaram como complicações a asfixia perinatal.

O suporte ventilatório foi realizado em 100% dos neonatos da amostra, o que corroborou com os resultados do estudo de Eger (2003), que apresentou que 100% da sua amostra de neonatos com SDR fez uso da ventilação mecânica. Uma vez que se tenha estabelecido o diagnóstico, o tratamento terá como visão fundamental conservar a oxigenação e a ventilação em níveis adequados e ofertar medidas gerais de manutenção térmica, calórica e hídrica (DINIZ, 1999; ARAÚJO, 2007). O aumento da sobrevivência dos neonatos com essa patologia deve-se em grande parte aos avanços no suporte ventilatório prestado a esses pacientes (RUSSI, 2006).

O uso da ventilação mecânica invasiva foi feito por 66,2% dos neonatos deste estudo, não corroborando com a amostra da pesquisa de Bastos et al., (2008), que acompanharam a evolução clínica de neonatos prematuros com SDR, e a mesma apresentou que 100% de seus neonatos fizeram uso da Ventilação Mecânica Invasiva. Quando o neonato necessita de uma concentração de oxigênio menor que 60% e apresenta um desconforto respiratório moderado a grave, indica-se a ventilação mecânica não invasiva (VNI) (CAVALCANTE, 2007). Em alguns casos, a SDR evolui para a necessidade de suporte ventilatório invasivo, ou seja, promover o movimento e a troca de gases em nível pulmonar por meio de uma fonte externa conectada ao paciente (ventilador). Em casos onde o neonato estiver apresentando um desconforto respiratório grave, e necessitar de uma concentração de oxigênio superior a 60%, está indicada a intubação oro - traqueal, com utilização da ventilação mecânica invasiva (VMI) (CAVALCANTE, 2007).

Em se tratando do uso da surfactante pulmonar exógena como terapêutica medicamentosa, os resultados na análise desta pesquisa mostraram que 12,5% dos neonatos fizeram uso da mesma, o que não corroborou com a pesquisa realizada por Gomes (2006), onde 60% da sua amostra de neonatos prematuros com a SDR fizeram uso da surfactante pulmonar como uma das formas de terapia. Segundo Kumar e Kiran

(2004), sempre que possível, deve-se oferecer a terapia com surfactante pulmonar, sendo essa considerada como tratamento padrão no cuidado de neonatos prematuros com SDR.

A Síndrome do Desconforto Respiratório pode desenvolver graves complicações, as mesmas são resultantes da própria imaturidade do desenvolvimento pulmonar e também da diferentes terapêuticas utilizadas. Estas complicações são observadas na fase aguda da doença e podem conduzir a processos crônicos, afetando orofaringe, laringe, vias aéreas e o sistema nervoso central (DINIZ, 1999). Cavalcante (2007) destacou um quadro variado de complicações clínicas que podem desenvolver-se nos neonatos acometidos pela SDR, como é o caso da Displasia Broncopulmonar (DPB), Pneumotórax, Fibroplasia retrolenticular (FLR), Persistência do Canal Arterial (PCA) e Hemorragia pulmonar, Sepses Neonatal, fenômenos trombóticos e isquemia de vasos periféricos. O maior índice de complicação apresentado nesta pesquisa foi da Sepses Neonatal com 47 casos (58,8%), o que corroborou com o estudo realizado por Camilo em 2006, que caracterizou um grupo de neonatos prematuros com SDR, o mesmo apresentou que 84,5% da sua amostra desenvolveu como complicação da SDR a Sepses Neonatal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitos estudos sobre a Síndrome do Desconforto Respiratório têm sido encontrados na literatura, no entanto são poucos os que rumam no sentido de avaliar as complicações desenvolvidas por essa doença. Este estudo fortalece a idéia que a patologia é grave e leva a óbitos no período neonatal devido às complicações que pode vir a apresentar. A Sepses Neonatal e a Icterícia foram às principais complicações apresentadas pelos neonatos dessa pesquisa e a maioria desses neonatos que desenvolveram complicações da doença nasceu de parto do tipo cesáreo.

As associações feitas no estudo mostraram que as características avaliadas na população não influenciaram nas complicações que foram desenvolvidas pela mesma. Tal conclusão nos leva a necessidade de novos estudos com amostras mais específicas para assim, poderem ser realizadas inferências mais precisas acerca dessa temática.

ABSTRACT

Respiratory Distress Syndrome (RDS) it's a respiratory disorder on premature neonates, where the deficiency of the pulmonary surfactant are de main cause, it can present severe medical complications, making it responsible for a large portion of the percentage of neonatal deaths. The aim of this study was to investigate the main complications in neonates with respiratory distress syndrome in a neonatal intensive care unit of the city of Campina Grande-PB. For it was collected through questionnaires the data contained in eighty records for the period from June 2010 to June 2013, premature neonates suffering from respiratory distress syndrome, treated in the NICU of Fundação Assistencial da Paraíba (FAP). The analyzes were done using Descriptive Statistics and Inferential Statistics, where it adopted a significance level of $p < 0.05$. The data showed that 72.5% of the newborns developed complications, and among the main presented, we can cite the Neonatal Sepsis ($n=47$) and Jaundice ($n=9$). About sex and type of birth was observed that 58.8% were male and 54.3% were born by cesarean section, respectively. There were no significant influence of the population about the development of complications ($p > 0,05$). It was concluded that the majority of neonates with respiratory distress syndrome develops some sort of complication of the disease, however, studies are needed with more specific samples in order to be made more accurate inferences about this topic.

KEYWORDS: Respiratoy Distress. Styndrome. Complications.

REFERÊNCIAS

ABREU, L. C. et al. Efeitos da fisioterapia neonatal sobre a frequência cardíaca em recém-nascidos pré-termos com doença pulmonar das membranas hialina pós-reposição de surfactante exógeno. **Arq Med ABC**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 5-11, 2006.

ARAÚJO, A. M. A importância da fisioterapia respiratória no neonato com Doença da Membrana Hialina. 51 f. **Monografia** – Universidade Veiga de Almeida, Cabo Frio, 2007.

BASTOS, V. P. et al. Evolução clínica de recém-nascidos com Síndrome do Desconforto Respiratório submetidos a terapêutica com surfactante exógeno. **Revista Eletrônica Pesquisa Médica**, Fortaleza, v.2, n.3, jul/set. 2008

CAVALCANTE, A. P. C. Síndrome do Desconforto Respiratório. In: SARMENTO, G. V. **Fisioterapia Respiratória em Pediatria e Neonatologia**, São Paulo: Manole, 2007. P. 239 á 244

CAMILO, A. A. Caracterização dos Recém-nascidos com Síndrome do Desconforto Respiratório submetidos á fisioterapia, internados na UTI neonatal do HNSC, no período de outubro a dezembro de 2005. TCC (**Trabalho de conclusão o curso de Fisioterapia**) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão 2006

COOKE, R. Aspectos clínicos da Síndrome do Desconforto Respiratório. **Revista Pediatria Moderna**, São Paulo, v.30, n.6, out. 1994.

DINIZ, E. M. A. Doença de membrana hialina. In: ROZOV, T. **Doenças respiratórias em Pediatria**. São Paulo: Atheneu; 1999.

EGER, M. F. Incidência de Complicações Respiratórias em Neonatos com Síndrome da Membrana Hialina. TCC (**Trabalho de conclusão do curso de Fisioterapia**) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel-PR 2003.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 2. ed. São Caetano do Sul, São Paulo, Yendis Editora, 2007.

GOMES, F. Recém-nascidos com Doença da Membrana Hialina: Fatores de Risco. TCC (**Trabalho de conclusão de curso para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem**) – Universidade Feevale, Novo Hamburgo 2011.

FRANCESCHINI, D. T. B.; CUNHA, M. L. C. Associação da vitalidade do recém nascido com o tipo de parto. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.28, n.3, p: 324, 2007.

KUMAR, P., KIRAN, P. S. Changing trends n the management of respiratory distress syndrome. **Indian J. Pediatr.**, 2004, 71: 49-54.

MARCONDES, E. **Pediatria Básica: pediatria geral e neonatal**. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2002.

OLIVEIRA, V. C.; BURKLE, A. B.; PAVAN, N. Intervenção fisioterapêutica em dois recém-nascidos prematuros com Síndrome do Desconforto Respiratório: estudo da variação da saturação de oxigênio. **Fisioterapia Brasil**, Maringá, v.6, n.6, nov/dez. 2005.

PINTO, L. A. M. **Medicina neonatal**. Rio de Janeiro: Revinter, 2006.

PROCIANOY, R. S.; SILVEIRA, R. C. Encefalopatia hipóxico-isquêmica: mecanismos fisiopatológicos e intervenções. **Programa de atualização em neonatologia (PRORN)**. Porto Alegre: Artmed-Panamericana, ciclo 2, módulo 1, 2004, 09-41.

RAMOS, JLA, SADEK, LSR. Diagnóstico diferencial de desconforto respiratório no período neonatal. In: KOPELMAN, B. et al. **Distúrbios respiratórios no período neonatal**. São Paulo: Atheneu, 1998: 59-62.

RIBEIRO, D. A. E; BOARO, F; ALENCAR, P. C. Abordagem Fisioterapêutica na Síndrome da Membrana Hialina. 25f. **TCC (Aprimoramento em Fisioterapia Respiratória e Ventilação Mecânica em UTI)** – Hospital Nossa Senhora da Penha, São Paulo, 2003.

RUSSI, T. S; Repercussões nos gases sanguíneos de recém-nascidos prematuros com Síndrome do Desconforto Respiratório e sob ventilação mecânica convencional após ajuste no tempo inspiratório em função da constante do tempo. 82f. **Dissertação (Obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde)** – Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, 2006.

SILVA, J.D et al. Terapia com surfactante na síndrome do desconforto respiratório agudo: prós e contras. **Pulmão**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 148-154, 2009.

ANEXO
QUESTIONÁRIOS PARA COLETA DE DADOS

Data da avaliação: ____/____/____

1. **SEXO:** () Feminino () Masculino

2. **APGAR:** 1º min ()
 5º min ()

3. **TIPO DE PARTO:** Normal () Cesário () Fórceps ()

4. **DATA DE INTERNAMENTO:** Dia () Mês () Ano ()

5. **DESTINO?** () Alta () Óbito

6. **SE RECEBEU ALTA, QUAL A DATA?** Dia () Mês () Ano ()

7. **RECEBEU TRATAMENTO ?** Sim () Não ()

8. **DROGAS RECEBIDAS:**_____

9. **SUPORTE VENTILATÓRIO?** VNI () VI ()

10. **OXIGENOTERAPIA?** Cateter () Hood ()

11. DESENVOLVEU COMPLICAÇÕES? Sim () Não ()

12. COMPLICAÇÕES DESENVOLVIDAS:
