

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM REABILITAÇÃO FÍSICO-MOTORA

Daniele Prestes

**CARACTERÍSTICAS DE NEONATOS COM SÍNDROME DO
DESCONFORTO RESPIRATÓRIO ADMITIDOS EM UMA UNIDADE
DE TERAPIA INTENSIVA DA REGIÃO CENTRAL DO RS**

Santa Maria, RS
2017

Daniele Prestes

**CARACTERÍSTICAS DE NEONATOS COM SÍNDROME DO DESCONFORTO
RESPIRATÓRIO ADMITIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DA
REGIÃO CENTRAL DO RS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Reabilitação Físico-Motora.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Adriane Schmidt Pasqualoto
Coorientadora: Prof^a Ms^a Vivian da Pieve Antunes


Santa Maria, RS
2017

Daniele Prestes

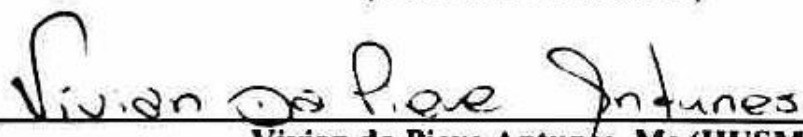
**CARACTERÍSTICAS DE NEONATOS COM SÍNDROME DO DESCONFORTO
RESPIRATÓRIO ADMITIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DA
REGIÃO CENTRAL DO RS**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Reabilitação Físico-Motora da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Reabilitação Físico-Motora**.

Aprovado em 09 de Agosto de 2017:



Adriane Schmidt Pasqualoto, Dra (UFSM)
(Presidente/Orientadora)



Vivian da Pieve Antunes, Ms (HUSM)
(Coorientadora)



Isabella Martins de Albuquerque, Dra (UFSM)



Demian Gironi Kmohan, Esp. (HUSM)

Santa Maria, RS
2017

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, que apesar de todas dificuldades enfrentadas sempre estiveram ao meu lado, me dando suporte para enfrentar cada etapa e, principalmente, fazendo o possível e impossível para que eu possa realizar meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho foi possível graças ao apoio, compreensão e dedicação de várias pessoas. Agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram para a conclusão deste e, de uma maneira especial, agradeço:

- primeiramente a Deus por ter me permitido chegar até aqui e pelas diversas vezes que precisei Dele sempre me deu forças para enfrentar tudo;

- a minha orientadora Adriane Schmidt Pasqualoto que sempre me aconselhou e foi compreensiva com todos os momentos difíceis que passei durante o período da construção deste trabalho, obrigada por tudo;

- a minha coorientadora Vivian da Pieve Antunes, amiga e inspiração, que sempre esteve ao meu lado e se tornou essencial na minha vida, obrigada por tudo, principalmente por ser esse exemplo de força e por todas as palavras de incentivo;

- a todo o corpo docente do curso de Especialização em Reabilitação Físico-motora, em especial as coordenadoras Isabella Martins de Albuquerque e Adriane Schmidt Pasqualoto e ao colegiado, o qual eu fiz parte, obrigada por tornarem esse curso possível;

- as minhas colegas do curso de Especialização em Reabilitação Físico-motora, em especial Bibiana Prevedello e Geovana Righi, sem vocês eu não teria chegado até o fim, vocês são meu maior presente deste último ano, obrigada pela amizade linda que construímos e por toda a parceria e suporte que vocês me deram, amo vocês;

- as minhas amigas Francielly Marchi, Júlia Ravello e Marcielli Scremin, que estão comigo há mais de 15 anos e me dão a amizade mais linda que eu poderia querer, minhas amigas amo muito vocês, obrigada por tudo;

- aos meus familiares, em especial meus avós que sonham junto comigo e comemoram cada vitória como se fosse deles, que Deus nos permita comemorar muitas coisas juntos ainda;

-ao meu namorado e amigo Henrique Ferreira Prestes que sempre esteve ao meu lado, em todos os momentos e nunca mediu esforços por mim, obrigada por despertar o meu melhor lado a cada dia e ser esse companheiro maravilhoso, eu te amo;

-aos meus irmãos Júlia e Pedro Henrique que são meus pilares, as dificuldades que passamos juntos só nos fortaleceram e vocês foram os melhores presentes que Deus e nossos pais me deram, sem vocês nossa vida não teria sentido, meu amor por vocês é incondicional;

-a meu pai Geraldo Prestes, que neste ano enfrentamos uma fase difícil mas sempre juntos e nunca perdemos fé, eu te amo meu pai, de um jeito que não sei explicar, obrigada por tudo;

-a minha mãe Rosane da Silva Prestes, minha guerreira, que, mesmo nos piores dias, nunca deixou de lutar e dar seu melhor principalmente para a família, obrigada por nunca me deixar desistir a senhora é meu anjo eu te amo muito;

Enfim a todos aqueles que são essências na minha vida e que me instigam a ser melhor a cada dia e me trazem felicidade e amor.

RESUMO

CARACTERÍSTICAS DE NEONATOS COM SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO ADMITIDOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DA REGIÃO CENTRAL DO RS

AUTORA: Daniele Prestes

ORIENTADORA: Adriane Schmidt Pasqualoto

COORIENTADORA: Vivian da Pieve Antunes

O período neonatal é considerado mais vulnerável para a sobrevivência compreendendo os primeiros 28 dias de vida. As alterações respiratórias em recém-nascidos no período neonatal pode ser um sintoma de diversas patologias. Diante das afecções pulmonares do recém-nascido a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) é a mais prevalente nas Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). O objetivo do estudo foi analisar as características dos neonatos com SDR admitidos em UTIN de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul, através de um estudo retrospectivo, realizado no período de abril a maio de 2017, por meio da análise de prontuários de neonatos com idade gestacional acima de 37 semanas, ambos os sexos, internados no ano de 2016 na UTIN do Hospital Universitário de Santa Maria com CID 10 P22 – Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido. A amostra foi constituída por 40 prontuários, divididos em parto vaginal (11) e cesárea (29), representando 27,5% e 72,5%, respectivamente, das internações totais. A média geral de idade materna foi de 27 anos, com uma média de 7 consultas pré-natais. 62,5%(25) dos neonatos eram do sexo masculino. Durante o período de internação 65%(26) dos 40 neonatos necessitaram de oxigenoterapia. Concluimos que a SDR representa 11% das internações ocorridas na UTIN, no ano de 2016. A cesariana, quando somada a ausência do trabalho de parto e idade gestacional abaixo de 39 semanas, é um fator diretamente ligado à SDR.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Recém-Nascido. Síndrome do Desconforto Respiratório do Recém-Nascido. Cesárea. Parto Normal.

ABSTRACT

CHARACTERISTICS OF NEONATES WITH RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME ADMITTED TO AN INTENSIVE CARE UNIT OF THE CENTRAL REGION OF RS

AUTHOR: Daniele Prestes

ADVISOR: Adriane Schmidt Pasqualoto

CO-ADVISOR: Vivian da Pieve Antunes

The neonatal period is considered more vulnerable to survival comprising the first 28 days of life. Respiratory changes in neonates in the neonatal period may be a symptom of several pathologies. In view of the pulmonary affections of the newborn, Respiratory Distress Syndrome is the most prevalent in the Neonatal Intensive Care Unit. The objective to the present study was to analyze the characteristics of neonates with respiratory distress syndrome admitted to the Intensive Care Unit of a university hospital in the central region of Rio Grande do Sul. A retrospective study was carried out between April and May 2017, over the analysis of records of neonates with gestational age above 37 weeks, both genders, hospitalized in 2016 at the Neonatal Intensive Care Unit of the University Hospital of Santa Maria, Brazil, with ICD 10 P22 - Respiratory distress syndrome of newborn. The sample comprised 40 birth records (25 were male), divided into vaginal (n=11) and cesarean (n=29), representing 27.5% and 72.5%, respectively, of total hospitalizations. The overall mean maternal age was $27\pm$, with an average of 7 ± 5 prenatal visits. During the hospitalization period, 65% (26) of the 40 neonates required oxygen therapy. We conclude that SDR accounts for 11% of online admissions in the NICU, in the year 2016. The cesarean section, when added to the absence of labor and gestational age below 39 weeks, is a contract with SDR.

Keywords: Intensive Care Units, Neonatal. Infant, Newborn. Respiratory Distress Syndrome, Newborn. Cesarean Section. Natural Childbirth

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características maternas	16
Tabela 2 – Características neonatais no nascimento	17
Tabela 3 – Características neonatais durante a internação	18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEN	Cânula Endonasal
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CPAP	Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
IG	Idade Gestacional
ITU	Infecção do Trato Urinário
RS	Rio Grande do Sul
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SDR	Síndrome do Desconforto Respiratório
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TVP	Trombose Venosa Profunda
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VM	Ventilação Mecânica

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	ARTIGO CIENTÍFICO	12
3	CONCLUSÃO	24
	REFERÊNCIAS	25
	APÊNDICE	27
	ANEXOS	29

1 INTRODUÇÃO

As primeiras horas de vida do bebê são marcadas por uma série de eventos adaptativos dos órgãos e sistemas do corpo humano, tais como respiratório, imunológico e cardiovascular, os quais são necessários para uma boa transição da vida intrauterina para a extrauterina. Para a maioria dos recém-nascidos considerados saudáveis ou baixo risco, esses processos ocorrem sem intercorrências (KIMURA *et al.*, 2009).

As alterações respiratórias em recém-nascidos no período neonatal pode ser um sintoma de diversas patologias que aparecem, especialmente, durante o período de adaptação da condição intrauterina para a extrauterina, que vai depender, principalmente, de uma função cardiopulmonar adequada (DAMIAN, WATERKEMPER, PALUDO, 2016). Segundo o Ministério da Saúde (2011) o período neonatal é considerado mais vulnerável para a sobrevivência compreendendo os primeiros 28 dias de vida.

Estudos realizados no Brasil apontam como principais causas de internação neonatal nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) as doenças respiratórias e prematuridade, variando de acordo com o estado. Isso se explica pela imaturidade do sistema respiratório e uma grande vulnerabilidade à infecção (DAMIAN, WATERKEMPER, PALUDO, 2016; TADIELO *et al.*, 2013)

Diante das afecções pulmonares do recém-nascido a Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) é a mais prevalente nas UTIN. Ela é causada, primordialmente pela imaturidade pulmonar e deficiência de substâncias do sistema surfactante. É caracterizada, principalmente, por taquipneia, tiragens intercostais, batimento da asa nasal e gemência (SANTANA; NOVAIS; ZUCCHI, 2016; SOUZA; CAMPOS; JÚNIOR, 2013).

Os fatores de risco para a SDR ainda são muito discutidos. Porém, para a muitos dos autores os principais são cesariana, especialmente sem trabalho de parto, sexo masculino, prematuridade, baixo índice de Apgar, acidose e disfunção miocárdica, baixo peso ao nascimento, diabetes materna (CELEBI *et al.*, 2016; DILEEP; KHAN; SHEIKH, 2015; KIM *et al.*, 2016). PÉREZ-CUEVAS *et al.* (2014) acordam e citam ainda recém-nascidos de mãe primigesta ou com complicações na gestação ou com doenças crônicas, tais como: asma e diabetes.

Nas últimas décadas, um aumento de cesarianas, mesmo antes do trabalho de parto, tem sido notado. Ao mesmo tempo, o aumento da morbidade respiratória em recém-nascido foi observada naqueles submetidos a esse tipo de parto (CARRILHO *et al.*, 2015), bem como uma maior admissão nas UTIN (BLUSTEIN; LIU, 2015).

No Brasil, segundo dados do DataSUS, as taxas de cesarianas têm se apresentado, a partir de meados da década de 90, em uma crescente. Em 2010, pela primeira vez, o número de partos cesariana superou o de parto vaginal, caracterizando 52% do total do ano.

A cesariana traz alguns benefícios, tais como: redução do risco de asfixia, trauma e aspiração meconial, entretanto ele aumenta os riscos de estresse respiratório (PÉREZ-CUEVAS *et al.*, 2014). Ainda, estudos recentes apontam que a cesariana, especialmente de forma eletiva, é a principal causa, potencialmente evitável, da SDR (DILEEP; KHAN; SHEIKH, 2015; KASSAB; KHRIESAT; ANABREES, 2015).

Em comparação com o parto vaginal, a cesariana tem risco aumentado não só para morbidade respiratória grave, como também para insuficiência respiratória, taquipneia transitória do recém-nascido, entre outros (HENDAUS *et al.*, 2014).

HANSEN *et al.* (2007) verificaram que os nascidos de cesárea eletiva, quando comparados com os de parto vaginal, apresentaram risco mais elevado de morbidade respiratória leve e grave, que aumentava à medida que diminuía a idade gestacional. Seus resultados sugerem que o trabalho de parto cumpre uma função importante na maturação pulmonar da criança.

Por conseguinte, o objetivo do estudo foi analisar as características dos neonatos com Síndrome do Desconforto Respiratório que são admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul (RS).

Com o intuito de subsidiar a reflexão das consequências do tipo de parto sobre os desconfortos respiratórios nos recém nascidos, faz-se necessário este trabalho, já que, nos últimos anos, houve aumento do número de parto cesárea em comparação com o de parto vaginal.

Esta pesquisa, intitulada “Características de Neonatos com Síndrome do Desconforto Respiratório Admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva da Região Central do RS” e aprovada no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) institucional com número do parecer 2.009.633 (ANEXO A), será apresentada na forma de artigo científico e submetida ao periódico Revista Brasileira de Ciências da Saúde com Qualis B3 capes, área 21 (ANEXO B).

2 ARTIGO CIENTÍFICO

Características de Neonatos com Síndrome do Desconforto Respiratório Admitidos em uma Unidade de Terapia Intensiva da Região Central do RS

Characteristics of Neonates with Respiratory Distress Syndrome Admitted to an Intensive Care Unit of the Central Region of RS

Daniele Prestes – Especialista em Reabilitação Físico-motora pela Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

Adriane Schmidt Pasqualoto – Fisioterapeuta, Docente do Curso de Especialização em reabilitação físico-motora e do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana, Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil.

Vivian da Pieve Antunes – Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria, Fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Universitário de Santa Maria, RS, Brasil

RESUMO

Objetivo: Analisar as características dos neonatos com Síndrome do Desconforto Respiratório que são admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul. *Materiais e métodos:* Estudo retrospectivo, realizado no período de abril a maio de 2017, através da análise de prontuários de neonatos com idade gestacional acima de 37 semanas, ambos os sexos, internados no ano de 2016 na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Universitário de Santa Maria com CID 10 P22 – Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido. *Resultados:* A amostra foi constituída por 40 registros de nascimentos (25 do sexo masculino), divididos em parto vaginal (n=11) e cesárea (n=29), representando 27,5% e 72,5%, respectivamente, das internações totais. A média de idade materna foi de 27 ± 7 , com uma média de 7 ± 5 consultas pré-natais. Durante o período de internação 65%(26) dos 40 neonatos necessitaram de oxigenoterapia. *Conclusão:* A partir dos resultados obtidos no presente estudo, observamos que a SDR representa 11% das internações ocorridas na UTIN, no ano de 2016. A prevalência, quanto ao tipo de parto, foi de neonatos nascidos de cesariana, sem a presença do trabalho de parto e com idade gestacional de 38 semanas.

DESCRITORES: Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. Recém-Nascido. Síndrome do Desconforto Respiratório do Recém-Nascido. Cesárea. Parto Normal.

Abstract

Objective: To analyze the characteristics of neonates with Respiratory Distress Syndrome admitted to the Intensive Care Unit of a university hospital in the central region of Rio Grande do Sul. *Materials and methods:* A retrospective study was carried out between April and May 2017, over the analysis of records of neonates with gestational age above 37 weeks, both genders, hospitalized in 2016 at the Neonatal Intensive Care Unit of the University Hospital of Santa Maria, Brazil, with ICD 10 P22 - Respiratory distress syndrome of newborn. *Results:* The sample comprised 40 birth records (25 were male), divided into vaginal (n=11) and cesarean (n=29), representing 27.5% and 72.5%, respectively, of total hospitalizations. The overall mean maternal age was $27\pm$, with an average of 7 ± 5 prenatal visits. During the hospitalization period, 65% (26) of the 40 neonates required oxygen therapy. *Conclusion:* From the results obtained in the present study, we observed that the SDR represents 11% of the hospitalizations that occurred in the NICU in the year 2016. The prevalence, in terms of the type of delivery, was of neonates born cesarean section, without the presence of labor and gestational age of 38 weeks.

DESCRIPTORS: Neonatal Intensive Care Units. Newborn. Respiratory Distress Syndrome of the Newborn. Cesarean section. Normal birth.

INTRODUÇÃO

O período neonatal é considerado o mais vulnerável para a sobrevivência compreendendo os primeiros 28 dias de vida¹. Os distúrbios respiratórios estão entre as ocorrências mais comuns nas primeiras horas de vida extrauterina dos neonatos, decorrentes de diversas condições e geralmente associados ao acúmulo de líquido retido nos alvéolos e interstício pulmonar. Esse líquido é liberado pelas vias aéreas, canais linfáticos e capilares, através da estimulação adrenérgica que ocorre durante o processo normal do parto vaginal².

Esse fluido pulmonar fetal desempenha o papel de manutenção do volume residual, de modo a formar a capacidade pulmonar. A reabsorção começa em torno de 2 a 3 dias antes do nascimento, e a onda de epinefrina, durante o trabalho de parto, contribui, acelerando esse mecanismo³.

O trabalho de parto está diretamente relacionado na maturação final pulmonar, sendo responsável pela liberação de catecolaminas e corticosteroides que são essenciais nesse processo⁴. Furzán⁵ corrobora afirmando que, durante o trabalho de parto, a transição fetal do meio líquido para o meio externo é mediada por um conjunto de substâncias adaptativas ao estresse, a saber: a ocitocina, a vasopressina, o cortisol, as catecolaminas e as beta-endorfinas. Assim, a elevação transitória desses hormônios pode ser considerada o primeiro passo nos processos de adaptação e maturação fisiológica do bebê, com efeitos benéficos sobre sua função respiratória, imunológica e comportamental, processo esse que não ocorre em cesarianas eletivas⁵.

A Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) se apresenta por taquipneia, dispneia, tiragem intercostal, cianose, batimento da asa do nariz e representa a principal causa de internações nas unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). A relação da SDR e a cesariana tem sido colocado em questão desde meados de 1940 e sua maior incidência, conforme estudos, está em neonatos do sexo masculino^{5,6}.

Considerando as particularidades de cada tipo de parto e as consequentes adaptações do recém-nascido à vida extrauterina, o objetivo do estudo foi analisar as características dos neonatos com Síndrome do Desconforto Respiratório que são admitidos em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital universitário da região central do Rio Grande do Sul (RS).

MATERIAIS E MÉTODOS

O delineamento do estudo é uma análise retrospectiva em base de dados secundários, realizado na UTIN de um Hospital Universitário, na região Central do RS, no período de abril a maio de 2017. Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) com número do parecer 2.009.633.

Foram incluídos prontuários de neonatos com idade gestacional acima de 37 semanas, de ambos os sexos, que internaram na UTIN no ano de 2016 com CID (Classificação Internacional de Doenças) 10 P22 – Desconforto (angústia) respiratório(a) do recém-nascido e que foram internados imediatamente após ao nascimento ou em até 24 horas desde que não tenha recebido alta da maternidade. Excluídos registros dos neonatos com alterações neurológicas congênitas, síndromes genéticas com influência sobre o tônus muscular e registros com histórico de anóxia ao nascimento.

Os dados foram coletados por meio de um instrumento próprio (APÊNDICE A), contendo dados maternos, tais como: idade, complicações gestacionais ou durante o parto, e dados neonatais (sexo, peso, apgar, necessidade de suporte ventilatório, entre outros).

Primeiramente, o número do Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME) foi obtido através do Arquivo de Registros de Internações existentes na UTIN, que contém dados como: data da internação, Idade Gestacional (IG) e patologia. Posteriormente, os prontuários foram solicitados no SAME, onde a coleta foi realizada. Os registros que não possuíam todos os dados necessários para saber sua elegibilidade (IG ou patologia da internação) foram solicitados ao SAME para verificação.

Os dados foram analisados no programa SPSS (versão 20,0) e apresentados em mediana (intervalo interquartil) ou frequência. Para avaliar a normalidade foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk*. As variáveis numéricas foram comparadas entre os grupos pelos teste de *Mann-Whitney*. Já as variáveis nominais foram comparadas entre os grupos pelo teste de Qui-quadrado. Foi considerado significativo um $p < 0,05$.

RESULTADOS

No período de janeiro a dezembro de 2016, 355 neonatos internaram na UTIN, onde 69 foram selecionados para o estudo. Destes, 29 foram excluídos por não se encaixarem nos critérios de inclusão. Por fim, a amostra foi constituída por 40 registros de nascimentos, divididos em parto vaginal (11) e cesárea (29) (Figura 1), com SDR, o que representa 11% dos pacientes internados no ano de 2016

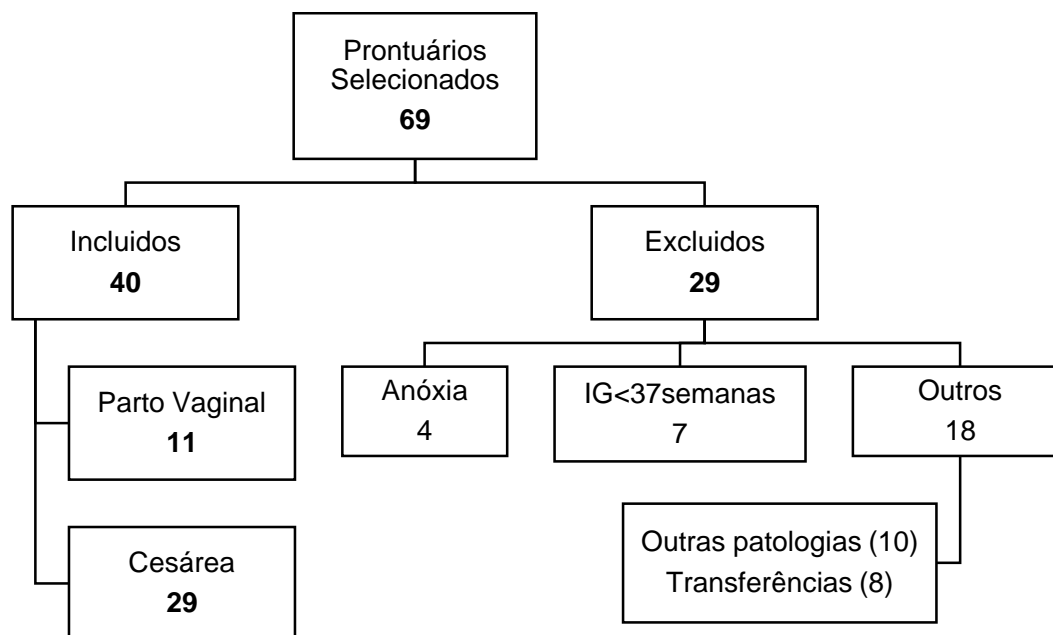


Figura 1 – Fluxograma do estudo

Outras patologias: malformação congênita (2), conjuntivite (1), hipoglicemia (1), icterícia (2), hipertensão pulmonar persistente (2), Diabetes Mellitus Gestacional (1), convulsões (1).

Dados maternos

A média geral de idade materna foi de 27 anos, com uma média de 9 consultas pré-natais. Dos 40 registro coletados, 40%(16) das mães tiveram alguma complicação durante a gestação e 45%(18) entraram em trabalho de parto. Na Tabela 1 os dados maternos estão apresentados de acordo com o tipo de parto.

Tabela 1 – Características maternas

	Parto Vaginal (n=11)	Cesárea (n=29)	p-valor
Idade (anos)	27,0 (24,0 – 34,0)	25,0 (19,5 – 29,0)	0,369
Gestações anteriores	2,0 (1,0 – 3,0)	2,0 (1,0 – 3,0)	0,788
Partos anteriores	1,0 (0,0 – 3,0)	1,0 (1,0 – 2,5)	0,788
Pré-natal	5,0 (0,0 – 9,0)	7,0 (3,0 – 11,5)	0,280
Complicações na gestação			
Sífilis (n%)	0 (0)	3 (10,3)	0,267
Obesidade (n%)	0 (0)	1 (3,4)	0,533

DMG (n%)	1 (9,1)	5 (17,2)	0,519
Depressão (n%)	0 (0)	1 (3,4)	0,533
ITU (n%)	3 (27,3)	0 (0)	0,003*
Toxoplasmose (n%)	0 (0)	1 (3,4)	0,533
TVP (n%)	0 (0)	1 (3,4)	0,533
Trabalho de parto (n%)	10 (90,9)	8 (27,6)	<0,001*

DMG: Diabetes Mellitus Gestacional; ITU: Infecção do Trato Urinário; TVP: Trombose Venosa Profunda.

Dados apresentados em média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil. $p < 0,05$.

*: diferenças significativas entre os grupos.

Dados neonatais no nascimento e durante a internação

Dos 40 registros coletados 62,5%(25) dos neonatos eram do sexo masculino, em média com 3203 gramas e idade gestacional de 38 semanas. A média do índice de Apgar no primeiro minuto foi 7 e no quinto minuto 9. Dos 40 neonatos, 37,5% (15) necessitaram de reanimação em sala de parto. Os dados neonatais do nascimento de acordo com o tipo de parto estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Características neonatais no nascimento

	Parto Vaginal (n=11)	Cesárea (n=29)	p-valor
Sexo masculino (n%)	7 (63,6)	18 (62,1)	0,927
Peso (Kg)	3,29 (2,77 – 3,80)	3,15 (2,83 – 3,34)	0,419
IG (semanas)	38,0 (37,0 – 39,0)	38,0 (37,0 – 39)	0,698
Apgar 1min	8,0 (7,0 – 9,0)	8,0 (6,0 – 8,0)	0,437
Apgar 5min	9, (9,0 – 10,0)	9,0 (8,0 – 9,0)	0,207
Reanimação em sala de parto (n%)	1 (9,1)	14 (48,3)	0,046*

IG: Idade Gestacional

Dados apresentados em média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil. $p < 0,05$.

*: diferenças significativas entre os grupos.

Durante o período de internação 65%(26) dos 40 neonatos necessitaram de oxigenoterapia, 15% (6) de ventilação mecânica (VM) e 30% (12) Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas (CPAP). O antibiótico foi necessário em 42,5%(17) dos casos. Os dados neonatais durante a internação estão expostos na Tabela 3 separados por tipo de parto.

Tabela 3 – Características neonatais durante a internação

	Parto Vaginal (n=11)	Cesárea (n=29)	p-valor
Oxigenoterapia (n%)	9 (81,8)	17 (58,6)	0,170
Uso de VM (n%)	2 (18,2)	4 (13,8)	0,729
Uso de CPAP (n%)	3 (27,3)	9 (31,0)	0,817
Antibioticoterapia (n%)	6 (54,5)	11 (37,9)	0,343
Fisioterapia (n%)	11 (100)	29 (100)	1,000
Tempo de internação (dias)	7,0 (4,0 – 11,0)	6,0 (2,0 – 11,0)	0,437

VM: Ventilação Mecânica; CPAP: Pressão Positiva Contínua em Vias Aéreas
Dados apresentados em média, desvio padrão, mediana e intervalo interquartil. $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

Este estudo analisou retrospectivamente as características de neonatos com SDR admitidos em uma UTIN, levando em consideração o tipo de parto.

A SDR é uma desordem respiratória que ocorre, principalmente, pela deficiência de substâncias do sistema surfactante pulmonar e é caracterizada por insuficiência respiratória que tem seu início ao nascimento e pode progredir. Está entre os mais graves e frequentes problemas respiratórios de neonatos no mundo, sendo responsável pela maioria dos casos de morbimortalidade durante os primeiros dias de vida. Geralmente, sua incidência e gravidade aumentam à proporção que diminui a idade gestacional⁷.

Dentre os fatores de risco para SDR está a cesariana⁸, justifica-se pela ausência de compressão torácica, que é o mecanismo que auxilia na excursão do líquido pulmonar, e, quando realizada de forma eletiva, a baixa concentração de surfactante⁹. Ainda a cesariana expõe o recém-nascido a maiores riscos de admissão em UTIN¹⁰, o que foi sugerido em nosso estudo, onde grande parte dos neonatos nasceram de cesariana (72,5%).

Alguns fatores maternos podem corroborar para que o neonato desenvolva a SDR, dentre eles estão a primigestação, complicações na gestação e doenças crônicas⁸. Assim como Cardoso, Alberti, Petroianu¹¹ no presente estudo, em ambos os grupos, não houve maior prevalência de mães primigestas. Quanto as complicações gestacionais, de um modo

geral, não teve diferença, apenas para ITU (Infecção do Trato Urinário), onde todos neonatos que nasceram de parto vaginal internaram na UTIN pela síndrome.

Em sua pesquisa, Damian *et al.*¹² comenta que estudos realizados na região sul do Brasil demonstram que as internações na UTIN tem como causa uma relação de fatores vinculados a atenção básica, especialmente durante a gestação e o nascimento, afirmando que há uma necessidade urgente de se repensar as consultas de pré-natal e o atendimento ao parto, demonstrando a identificação precoce de sinais de riscos ou alterações na gestação que possam levar a um parto prematuro e/ou com complicações neonatais. Em nosso estudo observamos uma média de 7 consultas pré-natais, sendo que 20%(8) das 40 parturientes não realizaram nenhuma consulta.

Alguns fatores auxiliam na redução de riscos para desenvolver a SDR, como o trabalho de parto que acelera a reabsorção do líquido interalveolar, através de liberação de fatores humorais. Quando esse processo não é desencadeado, a liberação de catecolaminas e corticosteroides (obrigatórios para maturação final dos pulmões do bebê) também não ocorre, aumentando a chance de patologias pulmonares^{4,13}. O que pode ser sugerido pelo presente estudo, onde apenas 7,6% dos neonatos que nasceram de cesariana passaram pelo trabalho de parto.

Corroborando, em maio de 2016, o Conselho Federal de Medicina¹⁴ preconizou que, em situações de risco habitual, a cesariana eletiva, isto é, sem o trabalho de parto, deve ser realizada a partir da 39ª semana de gestação^{4,14}, com o intuito de garantir a segurança e saúde do neonato¹⁴. Em nosso estudo, ao contrário do que foi preconizado, 55%(16) neonatos que nasceram de cesariana tinham IG abaixo de 39 semanas e não realizaram trabalho de parto.

Quando falamos em fatores de riscos relacionados ao neonato os mais citados são o sexo masculino, baixos índice de Apgar e baixo peso ao nascimento^{3,4,15}. Corroborando, nosso estudo teve, em sua amostra, 62,5% neonatos do sexo masculino (7 de parto vaginal e 18 de cesariana) fator que é vinculado a um processo de maturidade pulmonar mais lento durante o crescimento fetal resultando em uma maior fragilidade, devendo ser observado durante seu desenvolvimento também na vida extrauterina¹⁶. Fatores como índice de Apgar e peso apresentaram-se normais no presente estudo, sem diferenças significativas em ambos os grupos.

Uma pequena parte desses neonatos requer ajuda para fazer a transição intrauterina para extrauterina. Quando necessitam de manobras, raramente se trata de reanimação cardiopulmonar ou uso de drogas para reestabelecer a vitalidade fetal, pois a grande maioria necessita de ventilação por pressão positiva (VPP)¹⁵. No presente estudo, quando relacionado necessidade de reanimação em sala de parto com o tipo de parto, houve uma diferença significativa ($p=0,046$), ou seja, neonatos que nasceram de cesariana necessitaram mais

(48,3%) de reanimação em sala de parto quando em comparação ao parto vaginal (9,1%). Resultado que vão ao encontro do estudo de Cancelier *et al.*¹⁷, que encontraram neonatos de parto cesáreo (61,6%) com risco duas vezes maior de necessidade de reanimação do que nascidos de parto normal.

Juntamente com tais condições/curso do nascimento dos neonatos, a SDR, que apesar de ser uma doença benigna, muitas vezes vem associada à hipoxemia e à insuficiência respiratória, fatores que aumentam a necessidade de suporte ventilatório¹⁸. Kahvecioğlu *et al.*¹⁸ desenvolveram um estudo com objetivo de identificar fatores os que possam auxiliar a prever da gravidade da taquipneia transitória do recém-nascido, e, assim, na possível necessidade de suporte respiratório e tiveram como achados que metade (49,4) da amostra necessitaram de oxigenoterapia. De encontro, em nosso estudo, mais da metade dos neonatos (65%) fizeram uso de oxigenoterapia, por CENO₂ (Cateter endonasal), durante a permanência na UTIN, sendo a maior necessidade naqueles que nasceram de parto vaginal (81,8%) do que cesariana (58,6%).

Entretanto, a necessidade de um suporte ventilatório mais eficaz pode ser necessário, visto que esses neonatos podem ter sinais que duram de algumas horas até vários dias, podendo esse ser realizado através do CPAP ou VM¹⁹. No presente estudo, apenas 45% necessitou de uma destas modalidades, sendo 15% VM e 30% CPAP nasal sem diferenças entre os grupos. O que podemos complementar com os achados quanto ao tempo de internação, que foi de, em média, 8,48 dias para o total da amostra. Sugerindo que quanto maior o tempo de permanência na UTIN maior é a necessidade do suporte ventilatório mais eficaz.

Contudo, o ambiente hospitalar pode oferecer riscos de infecção para esses neonatos decorrente da imaturidade do sistema respiratório e a grande vulnerabilidade, sendo esta uma causa importante de óbitos em países desenvolvidos. As infecções na UTIN pode ser de forma precoce (até 48 horas) ou tardia (após 48 horas), diante disso a ampicilina e gentamicina são os antibióticos indicados para tratamento em infecções precoces¹². Em seu estudo Granzotto *et al.*²⁰ encontrou, ao investigar fatores de mortalidade e condições perinatais de neonatos internados em uma UTIN de Pelotas/RS, o uso de antibiótico em 80,2% dos pacientes. O presente estudo teve apenas 17 (42,5%) neonatos com uso de antibiótico.

Quanto a prevalência da SDR nas UTIN, uma pesquisa realizada em uma UTIN de um hospital de Recife-PE encontrou prevalência de 98,8% de recém-nascidos com SDR²¹. Em nosso estudo 11% das internações no ano de 2016 foram pela SDR. Diante da epidemiologia da doença destacamos a necessidade do fisioterapeuta inserido na UTIN em período integral, por contribuírem para reduzir a morbidade neonatal, o tempo de hospitalização, custos hospitalares e as complicações^{1,22} bem como nas unidades de atenção básica, com estratégias multiprofissionais de prevenção e redução de fatores de riscos para o neonato.

Como limitação do estudo identificou-se a falta de dados sobre neonatos com as mesmas características, porém, que não internaram na UTIN, ou seja, que não apresentaram a SDR (grupo controle). Assim, seria possível traçar o perfil dos mesmos, apontando seus principais fatores de risco, tanto maternos, gestacionais quanto de via de nascimento. Outro fator a ser destacado é que diante de uma amostra maior tais fatores seriam melhor evidenciados. Futuros estudos podem ser realizados de forma multicêntrica, como consequência uma amostra maior.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados obtidos no presente estudo, observamos que a SDR representa 11% das internações ocorridas na UTIN, no ano de 2016. A prevalência, quanto ao tipo de parto, foi de neonatos nascidos de cesariana, sem a presença do trabalho de parto e com idade gestacional de 38 semanas. Concluimos que, caso a preconização do Conselho Federal de Medicina fosse devidamente cumprida, mais da metade das internações de neonatos nascidos de cesariana seriam potencialmente evitáveis.

Por fim, destacamos a necessidade de estratégias multidisciplinares desde a atenção básica, bem como estudos que possam subsidiar as reflexões e condutas diante dos fatores de risco tanto maternos, de parto e, posteriormente, neonatais.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução-RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_07_2010_COMP.pdf/7041373a-6319-4251-9a03-0e96a72dad3b?version=1.0 (accessed 30 September 2017).
2. Liszewski MC, Stanescu AL, Phillips GS, et al. Respiratory Distress in Neonates: Underlying Causes and Current Imaging Assessment. *Radiol Clin North Am* 2017; 55(4):629–644.
3. Kim BB, Chung S-H, Yoon H-S, et al. Decreased Cystatin C–Estimated Glomerular Filtration Rate Is Correlated with Prolonged Hospital Stay in Transient Tachypnea of Newborn Infants. *Pediatr Neonatol* 2016; 57(3):195–200.
4. Dileep A, Khan NB, Sheikh SS. Comparing neonatal respiratory morbidity in neonates delivered at term by elective Caesarean section with and without dexamethasone: Retrospective cohort study. *J Pak Med Assoc* 2015; 65(6):607–611.
5. Furzán JA. NACIMIENTO POR CESÁREA Y PRONÓSTICO NEONATAL. *Arch Venez*

Pueric Pediatr 2014; 77(2):79–86.

6. Pramanik AK, Rangaswamy N, Gates T. Neonatal Respiratory Distress: A Practical Approach to Its Diagnosis and Management. *Pediatr Clin North Am* 2015; 62(2):453–469.

7. Santana SMP de, Novais MAP de, Zucchi P. Internações Hospitalares de Neonatos com Síndrome do Desconforto Respiratório e sua Participação nas Internações Hospitalares Neonatais no Âmbito do Sistema Único de Saúde em 2015. *Int J Heal Manag Rev* 2016; 2(1):1–18.

8. Pérez-Cuevas R, Jasso Gutiérrez L, Doubova S, et al. Evaluación de la calidad de la atención de la taquipnea transitoria en recién nacidos afiliados al Seguro Médico Siglo XXI. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2014; 71(6):346–351.

9. OLIVA CMPS. Cesariana versus Parto Vaginal : como nascer ? 2010; :1–31.

10. Blustein J, Liu J. Time to consider the risks of caesarean delivery for long term child health. *Bmj* 2015; 350(jun09 3):h2410–h2410.

11. Cardoso PO, Alberti LR, Petroianu A. Morbidade neonatal e maternas relacionada ao tipo de parto. *Cien Saude Colet* 2010; 15(2):427–435.

12. Damian A, Waterkemper R, Paludo CA. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal : estudo transversal. *Arq Ciências da Saúde* 2016; 23(2):100–105.

13. Sadeck L dos SR. Diagnóstico diferencial das insuficiências respiratórias agudas. *Rev Med* 2003; 82(1–4):40–45.

14. LIMA CVTC, SILVA HBE. Diário Oficial da União - Conselho Federal de Medicina. *Appl Soil Ecol* 2016; :138.

15. Celebi MY, Alan S, Kahvecioglu D, et al. Impact of Prophylactic Continuous Positive Airway Pressure on Transient Tachypnea of the Newborn and Neonatal Intensive Care Admission in Newborns Delivered by Elective Cesarean Section. *Am J Perinatol* 2016; 33(1):99–106.

16. Souza KCL de, Campos NG, Júnior FFUS. Perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Rev Bras em Promoção da Saúde* 2013; 26(4):523–529.

17. Cancelier, A. C. L., Anesi, S., Dequi, P. W., & Silva MFD. Manobras de reanimação em sala de parto: análise do atendimento de recém-nascidos. *ACM arq. catarin. med* 2014; :44–49.

18. Kahvecioğlu D, Çakır U, Yıldız D, et al. Transient tachypnea of the newborn: Are there bedside clues for predicting the need of ventilation support? *Turk J Pediatr* 2016; 58(4):400–405.

19. Aathi MK. Transient Tachypnea of Newborn (TTN): An Overview. *Int J Nurs Educ Res* 2014; 2(2):99–103.

20. Granzotto JA, Stringari Da Fonseca S, Lindemann FL. Fatores relacionados com a mortalidade neonatal em uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal na região Sul do Brasil. *Rev da AMRIGS* 2012; 56(1):57–62.
21. Vasconcelos GAR De, Almeida RDCA, Bezerra ADL. Repercussões da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal. *Fisioter em Mov* 2011; 24(1):65–73.
22. Nicolau, Carla Marques; Lahóz AL. Fisioterapia respiratória em terapia intensiva pediátrica e neonatal: uma revisão baseada em evidências. *Pediatr (São Paulo)* 2007; 29(3):216–221.

3 CONCLUSÃO

O presente estudo possibilitou traçar o perfil de neonatos com SDR internados em uma UTIN de um hospital de referência do interior do Rio Grande do Sul. Apresentado através de: características maternas que pudessem influenciar na SDR, características do neonato logo ao nascimento e características do período de internação na UTIN.

Concluimos que a SDR representa 11% das internações ocorridas na UTIN, no ano de 2016. Observamos que a cesariana, quando somada a ausência do trabalho de parto e idade gestacional abaixo de 39 semana, é um fator diretamente ligado à SDR.

Ressaltamos que, caso a preconização do Conselho Federal de Medicina fosse devidamente cumprida, mais da metade das internações de neonatos nascidos de cesariana seriam potencialmente evitáveis.

Por fim, destacamos a necessidade de estratégias multidisciplinares desde a atenção básica, bem como estudos que possam subsidiar as reflexões e condutas diante dos fatores de risco tanto maternos, de parto e, posteriormente, neonatais.

REFERÊNCIAS

- BLUSTEIN, J.; LIU, J. Time to consider the risks of caesarean delivery for long-term child health. **BMJ**, v. 350, p. h2410, 2015.
- CARRILHO, D.L.C.P. et al. Is there any increase in newborn morbidity in elective C-sections performed before the 39th week of pregnancy? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 61, n. 1, p. 22-22, 2015.
- CELEBI, M. Y. et al. Impact of Prophylactic Continuous Positive Airway Pressure on Transient Tachypnea of the Newborn and Neonatal Intensive Care Admission in Newborns Delivered by Elective Cesarean Section. **American Journal of Perinatology**, v. 33, n. 1, p. 99–106, 2016
- DAMIAN, A.; WATERKEMPER, R.; PALUDO, C. A. Perfil de neonatos internados em unidade de tratamento intensivo neonatal : estudo transversal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 100–105, 2016.
- DATASUS, Informações de saúde: Estatísticas vitais. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS> Acesso em 14 de agosto 2015.
- DILEEP, A.; KHAN, N.B.; SHEIKH, S.S. Comparing neonatal respiratory morbidity in neonates delivered at term by elective Caesarean section with and without dexamethasone: retrospective cohort study. **Journal of the Pakistan Medical Association**, v. 65, n. 6, p. 607-11, 2015.
- HANSEN, A.K. et al. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and nearterm neonate. **Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica**, v. 86, n. 4, p. 389394, 2007.
- HENDAUS, M.A. et al. Does cesarean section pose a risk of respiratory syncytial virus bronchiolitis in infants and children?. **Asian Pacific journal of tropical medicine**, v. 7, p. S134-S136, 2014.
- KASSAB, Manal; KHRIESAT, Wadah M.; ANABREES, Jasim. Diuretics for transient tachypnoea of the newborn. **The Cochrane Library**, 2015.
- KIM, B. B. et al. Decreased Cystatin C–Estimated Glomerular Filtration Rate Is Correlated with Prolonged Hospital Stay in Transient Tachypnea of Newborn Infants. **Pediatrics & Neonatology**, v. 57, n. 3, p. 195–200, jun. 2016.
- KIMURA, A. F. et al. Avaliação da função respiratória do recém-nascido no período neonatal imediato. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 6, p. 850–855, 2009.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**, v. 1, p. 83–93, 2011.

PÉREZ-CUEVAS, R. et al. Evaluación de la calidad de la atención de la taquipnea transitoria en recién nacidos afiliados al Seguro Médico Siglo XXI. **Boletín médico del Hospital Infantil de México**, v. 71, n. 6, p. 346-351, nov. 2014.

SANTANA, S. M. P. DE; NOVAIS, M. A. P. DE; ZUCCHI, P. Internações Hospitalares de Neonatos com Síndrome do Desconforto Respiratório e sua Participação nas Internações Hospitalares Neonatais no Âmbito do Sistema Único de Saúde em 2015. **International Journal of Health Management Review**, v. 2, n. 1, p. 1–18, 1 jun. 2016.

SOUZA, K. C. L. DE; CAMPOS, N. G.; JÚNIOR, F. F. U. S. Perfil dos recém-nascidos submetidos à estimulação precoce em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 4, p. 523–529, 2013.

TADIELO, B. Z. et al. Morbidade e mortalidade de recém-nascidos em tratamento intensivo neonatal no Sul do Brasil. **Rev Soc Bras Enferm Ped**, v. 13, n. 1, p. 7-12, 2013.

APÊNDICE

APÊNDICE A - FICHA DE AVALIAÇÃO

DATA DO NASCIMENTO: ___/___/_____

SAME: _____

TIPO DE PARTO: () VAGINAL () CESÁREO TRABALHO DE PARTO () SIM () NÃO TEMPO DE TRABALHO DE PARTO: ___ Horas	
SEXO: () FEM () MASC	APGAR NO NASCIMENTO 1' () 5' ()
ALEITAMENTO MATERNO () SIM () NÃO () EXCLUSIVO	IG AO NASCIMENTO: ___ SEMANAS PESO AO NASCER: _____ Kg
COMPLICAÇÕES DURANTE GESTAÇÃO: _____	COMPLICAÇÕES DURANTE PARTO: _____
HDA: _____ _____ _____ _____	
USO DE OXIGENOTERAPIA DURANTE A INTERNAÇÃO: () SIM () NÃO _____ l/min	
USO VNI () VM () CPAP ()	
NEBULIZAÇÃO: () SIM () NÃO	
USO DE MEDICAÇÃO: () SIM () NÃO Quais: _____	
REALIZOU FISIOTERAPIA: () SIM () NÃO	

ANEXOS

ANEXO A – PARECER CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INCIDÊNCIA DE INTERNAÇÕES EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Pesquisador: ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 63962317.0.0000.5346

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.009.633

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa vinculado ao Curso de Pós-graduação em Fisioterapia da UFSM. Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva, ou seja, é um estudo de observação exploratória, a ser realizado pela análise de prontuários.

Serão coletados dados das internações ocorridas no período de Janeiro a Dezembro de 2016 em uma UTIN. A amostra será constituída por, aproximadamente 110 recém-nascidos, de ambos os sexos, com idade gestacional acima de 37 semanas internadas por desconforto respiratório, na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Hospital Universitário de Santa Maria – RS. Serão consideradas internações ocorridas no período de Janeiro a Dezembro de 2016. Contém critérios de inclusão e exclusão.

As análises estatísticas (média, mediana, desvio padrão e coeficiente de variação) serão realizadas com o auxílio do software SPSS (quantitativas). Para avaliar a correlação entre as variáveis com distribuição normal será utilizado o Coeficiente de Correlação de Pearson e aquelas com distribuição não normal pelo Coeficiente de Correlação de Spearman. A associação entre as variáveis será avaliada através dos testes estatísticos Qui Quadrado e Exato de Fisher para associação com o sexo, teste t de Student ou Mann Whitney. Será considerado estatisticamente significativo $p < 0,05$.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Investigar a incidência de internações de recém-nascidos a termo com síndrome do desconforto respiratório e sua relação com o tipo de parto em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital da região central do Rio Grande do Sul.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar o número recém-nascidos a termo com internação em UTIN por síndrome do desconforto respiratório;
- Elencar os principais diagnósticos relacionados ao desconforto respiratório;
- Relacionar as internações por desconforto respiratório com o tipo de parto.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: este estudo não oferece riscos ao sujeito, pois, trata-se de uma análise de prontuários.

Benefícios: quanto aos benefícios permitirá que a Fisioterapia aprimore seus conhecimentos sobre a relação do tipo de parto e a síndrome do desconforto respiratório de recém-nascidos a termo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto da página da Plataforma Brasil, autorização institucional, registro no GAP, termo de confidencialidade e instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. **ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.**

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Atendidas as pendências anteriores.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_848779.pdf	27/03/2017 14:40:28		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	27/03/2017 14:37:18	ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	27/03/2017 14:36:36	ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO	Aceito
Outros	TERMO_.pdf	05/01/2017 14:59:13	ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO	Aceito
Outros	GEPHUSM.pdf	05/01/2017 14:56:08	ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO	Aceito
Outros	SIE.pdf	05/01/2017 14:54:24	ADRIANE SCHMIDT PASQUALOTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 10 de Abril de 2017

Assinado por:

CLAUDEMIR DE QUADROS
 (Coordenador)

ANEXO B – NORMAS DE PUBLICAÇÃO

REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretrizes para Autores

A RBCS não cobra taxas para publicação de nenhum tipo. A produção do periódico é apoiada integralmente pelo Centro de Ciências da Saúde da UFPB, sendo portanto, sem custo para os autores.

A Revista Brasileira de Ciências da Saúde - RBCS é uma publicação científica dirigida à produção acadêmica, na área de Ciências da Saúde. Publica, estudos científicos inseridos na realidade brasileira, em língua portuguesa, e divulga contribuições visando a melhoria da qualidade do Ensino, da Investigação Científica e da Assistência à Saúde no Brasil. Atualmente está indexada na Base Lilacs/BVS.

Poderão ser submetidos para avaliação, artigos para publicação nas seguintes seções:

- a) Pesquisa,
- b) Revisões, (submissões suspensas a partir de 25 de maio de 2015)
- c) Relato de Caso e Relato de Experiência (submissões suspensas a partir de 25 de maio de 2015)
- d) Ensino,
- e) Metodologia,
- f) Carta ao Editor.

Independente da secção é necessário anexar os seguintes documentos:

1. Carta de Transferência de Direitos Autorais assinada por todos os autores. (Conforme modelo);
2. Cópia do Parecer do CEP (quando for o caso);
3. Lista de Autores e Afiliação (Nomes completos, sem abreviaturas. Deve estar na ordem a ser usada na publicação. Afiliação: Indicar o vínculo profissional detalhando função/cargo, Programa, Departamento e Instituição com Cidade, Estado e País.
4. Endereço postal completo do autor a ser indicado como contato na publicação. (Rua, número, complemento, Bairro, Cidade, Estado, País e CEP, bem como endereço eletrônico (email).
5. Declaração de Conflitos de Interesse assinada por todos os autores (conforme modelo);

Aspectos Éticos:

Todo artigo que envolver indivíduos humanos deve vir acompanhado de Cópia de Parecer de Comitê de Ética em Pesquisa - CEP. Não deve ser usado nome do paciente, iniciais, números de registros, inclusive registro hospitalar, no texto e em nenhuma ilustração.

Artigos envolvendo experimentação animal devem explicitar que estão de acordo com a legislação internacional ou normas nacionais e da instituição para de uso de animais em pesquisa.

Seções

Pesquisa: Esta seção consta de artigos inéditos, contribuições originais resultante de observações experimentais, de estudos de natureza epidemiológica, ou outros, representando novos resultados ou o progresso nos diversos campos das Ciências da Saúde. Os artigos enviados para esta seção terão prioridade sobre os demais. Esta seção está formalmente dividida nos seguintes itens: Introdução, Metodologia, Resultados, Discussão, Conclusão, Referências, além de Resumo e Abstract.

Relato de Caso: Relato de caso clínico altamente informativo ou incomum constando de três itens: Introdução, Relato e Comentários. As Referências devem ser restritas às essenciais, no máximo a dez.

Metodologia: Seção dedicada a artigos descritivos sobre métodos estatísticos, físicos, químicos,

citológicos etc., aplicados à pesquisa científica na área de Ciências da Saúde. Esta seção consta de três itens: Introdução, sobre os fundamentos teóricos do método; Método, descrição do método propriamente dito e Aplicação, sobre as aplicações práticas do mesmo.

Ensino: Seção composta de artigos descritivos de relevância sobre aspectos técnicos e avaliativos do ensino ou sobre propostas educacionais inovadoras na área de Ciências da Saúde. Esta seção consta de três itens: Introdução, sobre fundamentos teóricos e contexto da proposta; Proposta, descrição do objeto e Aplicação, contando comentários sobre a aplicabilidade e resultados (quando houver)

Carta ao Editor: Seção reservada ao comentário crítico e opinativo exclusivamente sobre artigo publicado na Revista Brasileira de Ciências da Saúde. Os Editores avaliarão a pertinência da crítica e sendo considerada de interesse geral, será dada aos autores do artigo em questão, o direito de réplica, a qual será publicada no mesmo número da Revista. A Carta não deverá ultrapassar a uma página (300 palavras de texto).

Itens da seção Pesquisa

Introdução: Neste item são caracterizados, de modo sumário, o problema estudado, as hipóteses levantadas, a importância do estudo e os objetivos.

Metodologia: Descrição da amostra e processo de amostragem, especificando o número de observações, variáveis, métodos de averiguação e de análise estatística dos dados.

Resultados: A apresentação dos resultados deve ser de maneira sequencial e racional, usar tabelas, quadros e figuras (ilustrações/gráficos). As ilustrações devem ser inseridas no texto submetido.

Discussão: Os resultados mais importantes devem ser analisados criticamente, interpretados e quando for possível, comparados com dados semelhantes aos da literatura. Informações citadas nos itens anteriores só devem ser mencionadas quando absolutamente necessárias.

Conclusão: As conclusões devem responder de modo sucinto e direto aos objetivos propostos. Recomendações quando apropriadas podem ser incluídas no final deste item.

Dimensões

O texto completo (título, autores, resumo, abstract, corpo do trabalho com figuras e referencias) deve estar contido em 15 páginas, digitadas em Word com margens de 2,5, espaço 1,5 e fonte Arial 11.

Julgamento

Todo artigo submetido à Revista será primeiramente apreciado pela Comissão Editorial nos seus aspectos gerais e normativos. Havendo alguma irregularidade será devolvido aos autores para correção, não havendo, será encaminhado aos consultores externos para apreciação especializada do conteúdo. Os pareceres dos consultores serão encaminhados aos respectivos autores para eventuais ajustes. Excepcionalmente quando se tratar de assunto muito especializado, os autores poderão sugerir, à Comissão Editorial da Revista, dois consultores com reconhecimento nacional ou internacional e que sejam externos às suas respectivas instituições.

Resumo e Abstract: O Resumo/Abstract deverá, obrigatoriamente, ser estruturado, isto é, ser subdividido nos seguintes itens descritos como necessários para cada seção, como por exemplo: Pesquisa: Objetivo, Metodologia, Resultados e Conclusão, descritos, de modo claro e objetivo. O Resumo/Abstract deve ser escrito em espaço simples, sem parágrafos, citações bibliográficas ou notas e ter entre 200 e 250 palavras.

Descritores e Descriptors: A base de escolha dos Descritores poderá ser a área e subárea de trabalho originadas a partir do título, tipo de abordagem e tipo de resultado, os mais relevantes para indexação. A escolha dos Descritores deverá seguir, obrigatoriamente, o DeCS (Descritores de Ciências da Saúde) da BIREME, o qual poderá ser acessado na Internet, através do site www.bireme.org ou www.bireme.br O número mínimo obrigatório de Descritores será de três e o máximo de seis, podendo ou não colocar qualificadores de cada descritor.

Agradecimentos: Quando houver este item, deve ser reservado para citação de pessoas que prestaram ajuda técnica, mas que não foram caracterizadas como coautoras, ou instituições financiadoras e de apoio material.

Figuras: São consideradas Figuras todas as ilustrações do tipo fotografias, gráficos, mapas, desenhos profissionais etc. As Figuras e seus títulos devem ser inseridos no texto submetido, no local definido pelo autor. Devem ser numeradas em algarismos arábicos, de modo consecutivo na ordem em que aparecerem no texto. Fotografias do rosto ou do corpo inteiro de pacientes quando indispensáveis devem vir acompanhadas de permissão por escrito do paciente ou do seu responsável legal, além do Parecer do Comitê de ética em Pesquisa. Como norma do periódico, apenas fotos inéditas, não publicadas, serão aceitas como ilustrações. Quando forem usados números, letras e setas nas ilustrações, estas devem ser mencionadas devidamente no título das mesmas. Os títulos das Figuras devem ser, também, autoexplicativos. Os gráficos devem ser apresentados sempre referidos em função de eixos cartesianos.

Citação Bibliográfica: O sistema de citação adotado é o numérico, isto é, uma numeração única, consecutiva, em algarismos arábicos, sobrescrita em relação ao texto, e que remetendo à relação de referências ao final do trabalho.

Exemplos de citação numérica: Atenção: Números sobrescritos ao texto.
 Esta condição é influenciada pela idade¹¹ - (uma referência)
 Esta condição é influenciada pela idade^{11,12} - (duas referências consecutivas)
 Esta condição é influenciada pela idade^{11,13} - (duas referências não consecutivas)
 Esta condição é influenciada pela idade¹¹⁻¹³ - (mais de duas referências consecutivas)
 Em casos específicos poderá ser usada a citação do autor.

Referências Bibliográficas: Usar entre 20 e 30 referências.

As referências devem ser normalizadas com base no estilo conhecido como Normas de “Vancouver”, o Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication, ordenadas por ordem de entrada e numeradas.

Para publicações com até seis autores, todos devem ser citados; quando estiver acima de seis, somente citar os seis primeiros, acrescido da expressão “et al”.

Artigo científico em periódico:

13. Costa ACO, Moimaz SAS, Garbin AJI, Garbin CAS. Plano de carreira, cargos e salários: ferramenta favorável à valorização dos recursos humanos em saúde pública. *Odontol. Clín.-Cient.* 2010; 9(2):119-23. (Não inserir o link, nem o DOI)

Livro:

13. Tobar F, Yalour MR. Como fazer teses em saúde pública. 2ª.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2001.

Dissertações e Teses: Autor(es), título, [Dissertação de Mestrado] ou [Tese de Doutorado]. Cidade: Universidade (ou Instituição); ano. Número de páginas total seguido da letra p(300p).

Referência em meio eletrônico: deve-se mencionar todos os elementos essenciais disponíveis na homepage. Além disso, deve-se acrescentar a expressão Disponível em / Available in: seguida da expressão Acesso em / Access in: data do acesso: dia, mês e ano.

Título abreviado - lista de abreviaturas de periódicos da Index Medicus (base de dados Medline), pode ser consultada no endereço: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?db=journals>

Lista de abreviaturas dos títulos de periódicos nacionais e latino-americanos consulte o site: <http://portal.revistas.bvs.br>