



ARTIGO ORIGINAL

RECÉM-NASCIDO COM MORBIDADE RESPIRATÓRIA EM UM HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA: UM ESTUDO DESCRITIVO**NEWBORNS WITH RESPIRATORY MORBIDITY IN A BABY-FRIENDLY HOSPITAL: A DESCRIPTIVE STUDY****RECIÉN-NASCIDO CON MORBIDAD RESPIRATÓRIA EN UN HOSPITAL AMIGO DEL INFANTE: UN ESTUDIO DESCRIPTIVO**

Jucimar Frigo¹, Rosana Amora Ascari², Denise Antunes de Azambuja Zocche³, Sandra Mara Marin⁴, Maria Hernandez⁵, Silvana dos Santos Zanotelli⁶

ABSTRACT

Objective: characterize the newborn with respiratory morbidity according to the mode of delivery, gestational age and birth weight. **Method:** descriptive study, retrospective documentary of 1,657 records of pregnant women in a reference hospital in 2010 attending high-risk pregnancy. For the data collection a specific instrument was drawn up in which data were recorded relating to the type of delivery (vaginal or abdominal) and gestational age, calculated in accordance with the rule of Nägele. The research project was approved by the Committee on Ethics in Research, Protocol nº 124.125/2012. **Results:** This study highlights the presence of transient tachypnea of the newborn with low weight at abdominal birth, aspiration of amniotic fluid and meconium in the newborn with weight and gestational age appropriate at birth. There was an inverse association between weight, gestational age and respiratory complications at birth. **Conclusion:** this study suggests that normal delivery associated with adequate gestational age at birth proved to be safer for the newborn. **Descriptors:** Newborn; Nursing; Respiratory illnesses.

RESUMO

Objetivo: caracterizar o recém-nascido com morbidade respiratória de acordo com a via de parto, idade gestacional e peso ao nascer. **Método:** estudo descritivo, retrospectivo e documental em 1.657 prontuários de parturientes atendidas em 2010 num hospital referência no atendimento à gestação de alto risco. Para a coleta dos dados foi elaborado um instrumento específico no qual foram registrados os dados relativos ao tipo de parto (vaginal ou abdominal) e idade gestacional calculada de acordo com a regra de Nägele. O projeto de pesquisa teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, Protocolo nº124.125/2012. **Resultados:** destaca-se a presença de taquipneia transitória do RN com baixo peso em parto abdominal, aspiração de líquido amniótico e mecônio no RN com peso e IG adequado ao nascimento. Houve associação inversa entre peso, IG e complicações respiratórias ao nascimento. **Conclusão:** estudo aponta que o parto normal associado à IG adequada ao nascimento mostrou-se mais seguro para os RN. **Descritores:** Recém-nascido; Enfermagem; Doenças Respiratórias.

RESUME

Objetivo: caracterizar el recién-nascido con morbilidad respiratoria de acuerdo con el camino de parto, edad gestacional y peso al nascer. **Método:** estudio descriptivo, retrospectivo y documental en 1.657 prontuarios de parturientes atendidas en 2010 en un hospital referencia para el atendimento à gestación de alto risco. Para la coleta de los datos fue elaborado un instrumento específico con cual fueron registrados los datos relativos al tipo de parto (vaginal u abdominal) e edad gestacional calculada de acuerdo con la regla de Nägele. El proyecto de pesquisa tuvo la aprobación del Comité de Ética en Pesquisa, Protocolo nº124.125/2012. **Resultados:** destacase la presencia de taquipnea transitoria del recién nacido con bajo peso en el parto abdominal, aspiración de líquido amniótico y meconio en el recién nacido con peso e IG adecuado al nacimiento. Hubo asociación inversa entre peso, IG y complicaciones respiratorias al nacimiento. **Conclusión:** estudio apunta que el parto normal asociado à IG adecuada al nacimiento se mostró más seguro para los recién nacidos. **Descritores:** Recién-nascido; Enfermaria; Enfermedades Respiratorias.

¹Enfermeira Obstétrica, Professora, Universidade do Estado de Santa Catarina/UFSC, Centro Sul Brasileiro de Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação/CENSUPEG. Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFGRS. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: jucifrigo@hotmail.com; ²Enfermeira. Professora, Universidade do Estado de Santa Catarina/UFSC, Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFGRS. Pesquisadora do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho - GESTRA/UFSC. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: rosana.ascari@hotmail.com; ³Enfermeira, Professora Doutora em Enfermagem, Universidade do Estado de Santa Catarina/UFSC. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: denise9704@gmail.com; ⁴Enfermeira, Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFGRS. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina (UFSC) e do Centro Sul Brasileiro de Pesquisa e Pós-Graduação(CENSUPEG). Chapecó (SC), Brasil. E-mail: sandrapj@hotmail.com; ⁵Enfermeira Obstétrica, Doutoranda em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: marijos33@yahoo.com.br; ⁶Enfermeira, Professora, Universidade do Estado de Santa Catarina/UFSC, Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFGRS.. Chapecó (SC), Brasil. E-mail: zanotelli@gmail.com



INTRODUÇÃO

A gravidez, parto e o puerpério são eventos que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, constituindo-se numa experiência humana das mais significativas, para todos que dela participam. Neste processo, o parto, é um momento de intensa emoção, pois envolve necessariamente o preparo e as expectativas da mulher, seu companheiro e familiares.

Sabe-se que entre os tipos de parto, a via vaginal é uma opção da gestante no processo de humanização, sempre considerando os elementos para sua conduta como, a idade gestacional, peso fetal estimado, apresentação fetal, condições do colo uterino, integridade das membranas ovulares e vitalidade fetal, todos esses fatores são determinantes para o sucesso da parturição.¹ Neste contexto, o trabalho de parto tem um papel muito importante para o nascimento, uma vez que exige da mulher e dos profissionais de saúde e em especial os da enfermagem, que acompanham intensamente este momento, atitudes e saberes específicos relacionados à saúde da mulher, do feto e da família.

Para o desenvolvimento do trabalho de parto adequado, seja ele vaginal ou cesáreo, é necessário o bem-estar físico e emocional da mulher, o que favorece a redução dos riscos e complicações maternos e perinatais.² A grande conquista para o Ministério da Saúde (MS) está em incentivar a realização do parto normal e a diminuição das cesarianas, tendo em vista o bem estar à mulher e reduzir riscos para ela e seu bebê.³

Em junho de 2000 o MS instituiu, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no qual o respeito aos direitos reprodutivos e a perspectiva da humanização aparecem como elementos estruturantes do programa e suas diretrizes. O PHPN fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. Neste sentido a humanização diz respeito à convicção de que é dever dos serviços de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido.⁴

Os profissionais da saúde são coadjuvantes desta experiência e desempenham um importante papel nesse processo, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde materna e neonatal.⁵ Ainda no que diz respeito ao cuidado com o recém-

nascido no momento do nascimento as Ações Programáticas e Estratégicas dirigidas para atenção à saúde do recém-nascido, alertam sobre os cuidados de enfermagem a fim de reduzir a mortalidade neonatal, que responde por 70% das mortes no primeiro ano de vida no Brasil.⁵

O cuidado adequado ao RN é um dos desafios para reduzir este índice no país, e depende fundamentalmente do acompanhamento pelos profissionais de saúde durante o ciclo gestacional, da atenção adequada no momento do nascimento e dos cuidados destinados aos recém-nascidos, ou seja, cuidados específicos e muitas vezes intensivos que requerem saberes especializados.⁵

De todas as transições que ocorrem ao nascer, a respiração é a mais complexa e vital, visto que o RN deve iniciar a respiração em poucos segundos, seu pulmão deverá executar uma forma inteiramente diferente de respiração, ou seja, a troca direta de gás com o meio ambiente, adaptando-se imediata à vida extrauterina.⁶

O RN pode apresentar sinais e sintomas de dificuldade respiratória como manifestação clínica importante e comum logo após o nascimento. Estas morbidades respiratórias alteram a transição feto-neonatal, dificultando o processo de adaptação cardiorrespiratória ao nascimento e conseqüentemente, desencadeando a insuficiência respiratória nas primeiras 72 horas de vida extra-uterina.⁶ Considerando os impactos das morbidades respiratórias na vida do recém-nascido, assim como para os familiares e sociedade, entende-se que é importante a elaboração de estudos que busquem compreender a relação entre as morbidades respiratórias com a via de parto, a idade gestacional e o peso ao nascer.

É fundamental, que além de identificar os motivos e contexto das morbidades respiratórias do RN, também é preciso compreender qual é a relação destas com a via de parto, o peso ao nascer e a idade gestacional destas mulheres, tendo em vista que isso pode influenciar na tomada de decisões por parte dos profissionais da saúde, além de promover reflexões e melhoria na atenção à saúde da mulher no pré-natal, parto, nascimento e puerpério.

Frente a esta realidade que nos alerta sobre a relação da via de parto com a qualidade do processo parturitivo e sua íntima relação com as doenças respiratórias o presente estudo objetiva caracterizar o recém-nascido com morbidade respiratória de acordo com a via de parto, idade gestacional



e peso ao nascer.

MÉTODO

Estudo de caráter quantitativo, descritivo, retrospectivo e documental, pois consiste em caracterizar o recém-nascido com morbidade respiratória e relacionar com a via de parto, peso ao nascer e idade gestacional. Os dados foram obtidos a partir de um levantamento de prontuários no período de janeiro a dezembro de 2010, em um Hospital de administração pública e com o título de Amigo da Criança, que é referência regional no atendimento à gestação de alto risco. O hospital dispõe de 315 leitos, dos quais 30 são para obstetrícia, sendo dez para processo parturitivo e 20 para o alojamento conjunto. O Hospital realiza aproximadamente 350 partos/mês, dos quais 60 % são de via vaginal e 40% cesárea.

Para a coleta dos dados foi elaborado um instrumento específico no qual foram registrados os dados relativos ao tipo de parto (vaginal ou abdominal) e idade gestacional calculada de acordo com a regra de Nägele. As características registradas do recém-nascido dizem respeito ao sexo, peso ao nascer, índice de Apgar no 1º e 5º minutos e morbidades respiratórias.

Foram consideradas as doenças respiratórias que mais acometeram os recém-nascidos, a saber: taquipneia transitória, membrana hialina, aspiração de mecônio e líquido amniótico, pneumomediastino, pneumonia, sendo cada uma dessas patologias avaliada em reação ao tipo de parto (vaginal ou abdominal), idade gestacional calculada de acordo com a regra de Nägele, peso do RN ao nascer em gramas e índice de Apgar.⁷

Para confirmar os diagnósticos de morbidades respiratórias foram consultadas também evoluções médicas, de enfermagem,

dos fisioterapeutas e do serviço social que contivessem os relatos das seguintes manifestações: taquipneia, apneia, batimento de asas nasais, gemido expiratório, *Head bobbing*, retração torácica e cianose, conforme Guia de Ações Programáticas e Estratégicas de Atenção à saúde do recém-nascido.⁷

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado de Santa Catarina (Processo n. 124.125/2012), pelo Sistema Plataforma Brasil, seguindo as normas da Resolução nº 196/96.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em 2010 a instituição pesquisada apresentou 1.926 nascimentos no período de janeiro a dezembro, e destes, foram disponibilizados 1.657 prontuários, que representaram a amostra desta pesquisa, todos oriundos do Sistema Único de Saúde, representados por partos vaginais (62%) e partos abdominais (38%), os demais não foram autorizados para pesquisa, pois se tratavam de prontuários de pacientes oriundos de convênios ou particulares.

• Caracterização da população materno-infantil

O hospital está de acordo com as exigências estabelecidas pela portaria ministerial, onde a via de parto vaginal seja na totalidade de 70% dos nascimentos.⁵ Considerando a complexidade do serviço obstétrico a fim de atender as mulheres com segurança, em especial as gestantes de alto risco, acredita-se que os 38% dos partos abdominais estejam relacionados a esse serviço de alta complexidade e recebe pacientes encaminhadas pelos municípios vizinhos (conforme tabela 1).



Tabela 1. Características sócio-demográficas das mulheres e dos recém-nascidos atendidos no ano de 2010 no HAC no estado de Santa Catarina, Brasil.

Variáveis	n
Idade (anos)	
≤18	297
19 -35	1.239
≥35	121
Escolaridade (anos de estudo)	
0-3	52
4-7	485
8-11	955
≥12	165
Estado civil	
Solteira	552
Casada	473
Estável	616
Outros	16
Profissão	
Do lar	977
Auxiliar produção	87
Agricultoras	55
Outras	538

Fonte: Prontuários médicos das mulheres e dos recém-nascidos internados no hospital sede da pesquisa, 2010.

Em relação à idade das mulheres prevalece a faixa etária entre 18 a 35 anos correspondendo a 74,7% (n=1239) da população, chama atenção o grupo etário com idade inferior a 18 anos, correspondendo a 18% (n=297) mulheres.

Os dois extremos do ciclo reprodutivo apresentam maior risco de complicação, tanto médicas como sócio-psicológicas no que diz respeito à concepção.⁸ É considerado extremo da idade reprodutiva mulheres com idade inferior a 18 anos e acima de 35 anos. Frequentemente uma gravidez na adolescência significa uma interrupção nos estudos, o que pode alterar significativamente o futuro da adolescente. Devido sua imaturidade fisiológica, estado nutricional e relutância em procurar precocemente a assistência pré-natal, elas apresentam um maior risco de desenvolver toxemia, trabalho de parto prematuro, bebês de baixo peso e parto abdominal.¹

As mulheres grávidas com 35 anos ou mais são definidas como obstetricamente idosas, e apresentam um alto risco de complicação obstétrica, como placenta prévia, descolamento placenta, toxemia e outras. Acima de 35 anos as mulheres em geral, não deveriam mais conceber, tão expressivo os índices de má formações fetais e distocias.⁸

Quanto à escolaridade nossa pesquisa constatou que a maior parte 58% (n=955) mulheres estudaram entre 8 a 11 anos e apenas 10% (n=165) estudaram mais de 12 anos, e poucas mulheres, 3% (n=51), possuem baixa escolaridade (analfabetas ou estudaram apenas até 03 anos). Pode-se dizer que a baixa escolaridade materna é um fator importante que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de

risco para a mãe e o recém-nascido, pois está associada ao baixo peso ao nascer, à perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil, assim como ao aumento do número de partos.⁹

Em se tratando da relação das consultas realizadas no pré-natal e a escolaridade das mulheres, nota-se que a maior escolaridade, 8 a 11 anos de estudos, 42,1% (n=699) mulheres, também foram as que mais realizaram consultas de pré-natal, acima de 07 consultas. Assim, estas mães dariam maior importância ao pré-natal e/ou teriam um acesso mais fácil ao acompanhamento de sua gestação.

Quanto ao estado civil das pacientes pesquisadas observamos que 29% (n=473) mulheres relatam ter como matrimônio civil o casamento, 37% (n=616) relatam ter uma união estável, e 33% (n=552) relatam estar solteiras.

Em relação às profissões das mulheres observou-se que 59% (n=977) são trabalhadoras informais do lar, 5,3% (n=87) das mulheres são auxiliares de produção, 3,3% (n=55) trabalham na agricultura e as demais outras profissões diversas.

• Caracterização da história obstétrica

Em relação ao número de gestações anteriores podemos observar que 48,2% (n=798) mulheres eram primigesta, 51,8% (n=859) das mulheres eram múltiparas. Quando falamos em humanização da assistência de enfermagem no processo parturitivo é processo de enfermagem, devemos nos reportar aos demais componentes da família, para que realmente ocorra uma integração da assistência de forma sistêmica e humanizada nos cuidados de enfermagem.



Tabela 2. Histórico obstétrico e dados de internação das mães dos recém-nascidos atendidos no ano de 2010 no HAC no estado de Santa Catarina, Brasil.

Variáveis	n
Paridade	
Primíparas	798
Múltiparas	859
Idade gestacional no parto (semanas)	
≤ 37	160
37-41	1488
≥ 41	9
Nº de consulta pré-natal	
Nenhuma	14
1-3	45
4-6	391
≥ 7	1207
Via de nascimento	
Vaginal	1025
Abdominal	632
Abortos anteriores	
Sim	131
Não	1526

Fonte: Prontuários médicos das mulheres e dos recém-nascidos internados no hospital sede da pesquisa, 2010.

Em relação às consultas realizadas no pré-natal podemos observa-se 72,8% (n=1.207) mulheres realizaram acima de sete consultas durante a gravidez, enquanto que 23,5% (n=391) realizaram entre 4 a 6 consultas, 2,7% (n=45) realizaram entre 1 a 3 consultas de pré-natal. Entretanto apesar de toda a informação e disponibilidade de Unidades Básicas de Saúde no município, ainda temos 1,0 % (n=14) mulheres que não realizaram nenhuma consulta pré-natal no decorrer do período gravídico.

A assistência pré-natal visa manter a integridade das condições de saúde materna e fetal. Para isso, é necessário que o início do pré-natal seja o mais precoce possível, de preferência antes da 12ª semana de gestação, a fim de identificar e prevenir intercorrências clínicas, cirúrgicas e obstétricas que possam trazer agravos à gestante ou ao feto. O número de consultas pré-natais deve ser, no mínimo, sete nas pacientes de alto risco, o intervalo das consultas deve ser avaliado individualmente e de acordo com a gravidade de sua doença, sendo o acompanhamento, algumas vezes feito com a paciente internada.⁵

Percebeu-se que a resolução do processo parturitivo na via vaginal ficou com tempo médio de 03h40min e via abdominal ficou com tempo médio de 03h21min. Não é raro que os partos abdominais sejam agendados antes da mulher entrar em trabalho de parto, isso é justificável quando encontramos uma média de tempo percorrido entre o processo parturitivo e a indicação de parto abdominal inferior ao parto vaginal, sendo realizados em no máximo 03h21min após a admissão da gestante no setor de obstetrícia. As atitudes dos profissionais envolvidos no parto são fundamentais e devem respeitar o tempo,

limites, desejos, anseios e expectativas de cada mulher, durante todo o acompanhamento do trabalho de parto e parto.⁵

Quando comparado o índice de Apgar com a via de parto percebe-se que dos nascimentos via vaginal o índice ficou entre 8,25 pontos no primeiro minuto e 9,12 pontos no quinto minuto de vida. Em se tratando da via abdominal os recém-nascidos apresentaram no primeiro minuto 8,27 pontos e quinto minuto 9,17 pontos. Evidenciando desta forma, que praticamente não há diferença de Apgar por via de nascimento.

A idade gestacional de 37 a 41 semanas ficou com a melhor pontuação de Apgar em média 8,42 pontos no primeiro minuto e no quinto minuto de vida, 9,27 pontos. A pontuação maior acerca do Apgar esteja relacionado diretamente com a idade gestacional adequada para o nascimento e a maturidade fisiológica, em especial o sistema respiratório, fundamentais para manutenção da vida extrauterina.⁷⁻⁸

O estudo mostrou que quando comparado o peso de nascimento com o índice de Apgar, 1,8% (n=31) dos RNs com peso de 500 a 1.500 gramas, obtiveram uma media de pontuação no primeiro minuto de vida de 4,61 pontos e no quinto minuto de 5,65 pontos, valores considerados inapropriados, onde terão que ser realizado medidas de reanimação para melhorar sua condição fisiológica.⁷ A melhor pontuação de Apgar foi observada no peso de nascimento entre 2.500 a 3.500 gramas, correspondendo a 71,3% (n=1.182) nascimentos, no primeiro minuto com 8,41 pontos e no quinto minuto de vida com 9,26 pontos.

Acredita-se que essa pontuação maior do



índice de Apgar relacionada com o peso de nascimento, esteja ligada com a idade gestacional adequada ao nascimento e com melhores condições fisiológicas.

No que se refere à idade gestacional, baseado na regra de Nägele, no momento do nascimento 90% (n=1488) das mulheres apresentaram idade de 37 a 41 semanas de gestação. Preocupa-nos é o número de nascimentos prematuros, onde se obteve 10% (n=160) recém-nascidos com idade inferior a 37 semanas de gestação. A duração da gestação é de 280 dias, em média, isto é, 40 semanas de gestação, podendo ser considerado recém-nascido a termo aquele que nasce entre 37^a a 41^a semana de gestação.⁵ As características e a fisiologia dos neonatos, maturos e imaturos, nascidos com alterações do desenvolvimento intrauterino fica sob a responsabilidade dos profissionais determinar os detalhes da assistência que dispensará ao bebê através da avaliação das necessidades específicas dele.^{8,9}

Pode-se observar que 71% dos recém-nascidos apresentaram peso que variou de 2.500 a 3.500 gramas, ao nascer, e 18%, acima de 3500 gramas, e 11% abaixo de 2.500. Mesmo atendendo às diretrizes do MS, ao atendimento de gestante de alto risco, esta população com peso inferior está vulnerável devido ao baixo peso, pois este indicador, mesmo isolado pode ser um agravante para o desenvolvimento de complicações respiratórias.

Ao relacionarmos a idade gestacional das mulheres pesquisadas com o peso ao

nascimento do RN, 76% dos filhos de mulheres com idade gestacional de 37 a 41 semanas, apresentaram peso corporal adequado ao nascimento, em contraponto 20% dos recém-nascidos filhos de mães com idade gestacional entre 37 e 40 semanas, apresentaram peso corporal acima de 3.500 gramas, abaixo de 2.499 gramas e com idade gestacional de 37 a 41 semanas, temos 3,9% recém-nascidos.

Em relação às morbidades ao nascimento, 9,7% RNs apresentaram alguma patologia, entre elas, 41% de doenças respiratórias, e 59% entre malformações e doenças metabólicas. Dentre as patologias respiratórias, 50% recém-nascidos apresentaram taquipnéia transitória ao nascimento e doença da membrana hialina. Esta realidade confirma os relatos da literatura, pois o desconforto respiratório representado pela membrana hialina e a taquipnéia transitória é a patologia que mais frequentemente que acomete os recém-nascidos, especialmente quando a gestação é interrompida prematuramente, com idade gestacional inferior a 37 semanas.⁷

Com relação à via de parto e complicação respiratória, apenas 6,2% daqueles que nasceram pela via vaginal tiveram intercorrências, já os que nasceram via abdominal apresentaram mais complicações sendo 14,2% dos recém-nascidos.

Tabela 3. Taquipneia transitória relacionada à IG, peso e via de nascimento.

Taquipneia Transitória	Até 37 semanas	De 37 a 41 semanas
Parto Vaginal		
De 500 a 1.499 gramas	3	--
De 1.500 a 2.499 gramas	6	--
De 2.500 a 3.500 gramas	2	--
Parto Abdominal		
De 1.500 a 2.499 gramas	10	--
De 2.500 a 3.500 gramas	4	3
Acima de 3.500 gramas	--	3

Fonte: Prontuários médicos das mulheres e dos recém-nascidos internados no hospital sede da pesquisa, 2010.

Quanto à Doença da Membrana Hialina, constatamos que 15% dos recém-nascidos apresentaram, na sua totalidade eram nascimento por via abdominal e tinham idade gestacional inferior a 37 semanas de gestação. Os prematuros são especialmente suscetíveis à Síndrome da Angústia Respiratória (Doença da

Membrana Hialina). Essa doença ocorre em bebês que não possuem quantidade adequada de surfactante para uma boa função pulmonar pós-natal. O surfactante pode ser deficiente ao nascimento devido à imaturidade extrema das células de revestimento alveolar ou por diminuição da produção.¹⁰

**Tabela 4.** Doença da membrana Hialina relacionada à IG, peso e via de nascimento.

Doença da Membrana Hialina	Até 37 semanas de IG	De 37 a 41 semanas de IG
Parto Vaginal		
De 1.500 a 2.499 gramas	2	1
Parto abdominal		
De 500 a 1.499 gramas	3	
De 1.500 a 2.499 gramas	--	3

Fonte: Prontuários médicos das mulheres e dos recém-nascidos internados no hospital sede da pesquisa, 2010.

Dentre os recém-nascidos que apresentaram aspiração de mecônio/líquido amniótico, 54% tinham idade gestacional superior a 42 semanas de gravidez, e 46% tinham idade gestacional de 37 a 41 semanas, e ao relacionar a via de nascimento

identificamos que 54% foram de parto vaginal e 46% de via abdominal.

Tabela 5. Síndrome de aspiração meconial relacionada à IG, peso e via de nascimento.

Aspiração de Mecônio/líquido amniótico	Até 37 semanas de IG	De 37 a 41 semanas de IG	Acima de 42 semanas de IG
Parto Vaginal			
De 1.500 a 2.499 gramas	2	--	--
De 2.500 a 3.500 gramas	--	4	--
De 500 a 1.499 gramas	--	--	1
Acima de 3.500 gramas	--	--	1
Parto Abdominal			
De 1.500 a 2.499 gramas	3	2	--
De 2.500 a 3.500 gramas	--	4	--

Fonte: Prontuários médicos das mulheres e dos recém-nascidos internados no hospital sede da pesquisa, 2010.

A aspiração de mecônio pode ocorrer em qualquer condição onde a hipóxia faça com que o feto elimine mecônio in útero.¹⁰ O bebê sofrendo de hipóxia está em risco de aspiração intrauterina, ou na ocasião do parto. Os fatores associados à eliminação de mecônio pode ser o retardo no desenvolvimento fetal e a pós-maternidade, condições onde a hipóxia intrauterina e a eliminação do mecônio podem ocorrer devido à insuficiência da função placentária.

Apenas um RN apresentou Pneumonia. Os demais RNs, 59%, apresentaram outras doenças que não respiratórias.

Quanto ao encaminhamento do recém-nascido patológico para tratamento observou-se que 55% foram internados na Unidade de Terapia Intensiva, 45%, na Unidade de Cuidados Intermediários. Os demais recém-nascidos do estudo 1.483 foram encaminhados para o Alojamento Conjunto.

Os achados da pesquisa sobre as patologias respiratórias confirmam as orientações do Ministério da Saúde⁷ que requerem internação hospitalar na UTIN, pois as complicações que mais acometeram a população estudada condizem não só com as recomendações do bem como com aquelas citadas pela literatura.^{8,10}

CONCLUSÃO

O estudo possibilitou a identificação das morbidades respiratórias mais frequentes em recém-nascidos em um hospital público da região oeste Catarinense, destacando-se a taquipnéia transitória do recém-nascido, aspiração meconial/líquido amniótico, doença de membrana hialina e pneumonia. Apesar da diversidade das doenças do aparelho respiratório em recém-nascidos, seu impacto sofre diferenças significativas de acordo com o perfil sócio-demográfico.

Confirmamos que as morbidades respiratórias estão associadas à via de parto abdominal, sendo assim, o parto normal associado à idade gestacional adequada ao nascimento mostrou-se mais seguro para os recém-nascidos.

O incentivo ao parto normal se faz crescente de maneira a qualificar o processo de nascimento, beneficiando a saúde materna e neonatal, corroborando com a valorização dos aspectos subjetivos do nascimento. Apesar dos incentivos do parto natural observa-se ainda a necessidade dos profissionais da saúde incorporem a realização do parto via abdominal como método opcional para resolução de sofrimento neonatal e materna. A assistência deve basear-se num sistema que



garanta cuidados contínuos da equipe de saúde proporcional ao nível de risco do neonato.

REFERÊNCIAS

1. Piato S. Complicações em obstetrícia. São Paulo: Manole; 2009.
2. Moura FMJSP, Crizostomo CD, Nery IS, Mendonça RCM, Araújo OD, Rocha SS. A humanização e a assistência de enfermagem ao parto normal. Rev Bras Enferm [Internet]. 2007 [cited 2013 Mar 10];60(4):452-5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672007000400018>
3. Reis AE, Zuleica MP. Aplicação das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde para o parto humanizado em um hospital de santa Catarina. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2005 [cited 2013 Mar 15];10(supl):221-30. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10s0/a23v10s0.pdf>
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria Executiva. Humanização do Parto. Programa humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2002 [cited 2013 Feb 12]. Available from: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/parto1.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde [Internet]. 2012 [cited 2014 Feb 02]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
6. Tamez RN. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
7. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde [Internet]. 2011 [cited 2014 Feb 01]:4 v. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicas). Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_profissionais_v3.pdf
8. Montenegro CAB, Rezende JF. Obstetrícia fundamental. 12th ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2011.
9. Querido DL, Christoffel MM, Matos PBC, Almeida VS, Monteiro JLS, Silva AP. Intervenção educativa em uma unidade de terapia intensiva neonatal no manejo da dor.

Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2013 Oct [cited 2014 Feb 26]; 7(esp):6310-4. Available from:

http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5432/pdf_3829

10. Tamez RN, Silva MJP. Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
11. Araújo LA, Reis AT. Enfermagem na prática materno-neonatal. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2012.



Submissão: 27/02/2014

Aceito: 27/05/2014

Publicado: 01/10/2014

Correspondência

Jucimar Frigo

Rua Machado de Assis, 399-D

Bairro Jardim Itália

CEP 89802-310 – Chapecó (SC), Brasil