

Giovanna Bezerra Naves<sup>1</sup>; Juliana Késia Araújo da Fonseca<sup>1</sup>; Marília Magalhães Wanderlei<sup>1</sup>; Larissa Müller Marques<sup>1</sup>; Fernanda Santi Silveira<sup>1</sup>; Beatriz Vieira Nascimento Silva<sup>1</sup>; Tauane da Mata Vieira Oliveira<sup>1</sup>; Glauco Giuliano Lima da Silva<sup>1</sup>; Danielle Braz Amarílio da Cunha<sup>1</sup>; Anna Beatriz Sanguinetti Regadas de Barros<sup>1</sup>; Maria Fernanda Araujo Barbosa Lima<sup>1</sup>; Laryssa Ramos Pino de Souza<sup>1</sup>; Beatriz Castello Branco Liotto<sup>1</sup>; Júlia Oliveira Silva<sup>1</sup>; Danielle Sampaio Lima da Cruz<sup>2</sup>

1 – Discente de medicina do Centro Universitário de Brasília

2 – Docente do Centro Universitário de Brasília

E-mail: giovannabnaves@gmail.com

## INTRODUÇÃO

A Síndrome da Angústia Respiratória (SAR), também denominada Doença da Membrana Hialina, é decorrente da produção inadequada de surfactante devido à imaturidade pulmonar do recém-nascido, com consequente dificuldade respiratória e sinais e sintomas de hipóxia, apresentando relevante morbimortalidade.

## OBJETIVO

Descrever a Síndrome da Angústia Respiratória em recém-nascidos, elucidando suas principais características, bem como seus métodos diagnósticos e terapêuticos.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura a partir das bases de dados Google Scholar e Scielo. Foram selecionados e analisados artigos publicados entre 2010 e 2018, em língua inglesa e portuguesa.

## RESULTADOS

A SAR decorre da ausência de maturação dos pulmões do recém-nascido, estando intimamente associada à idade gestacional, o que resulta no comprometimento da funcionalidade dos pneumócitos tipo II, as células responsáveis pela produção de surfactante. Como consequência, há ineficácia do aporte de oxigênio para o organismo, resultando em desconforto respiratório, respiração irregular, uso da musculatura acessória, batimento de asas nasais, cianose e fadiga, além da possível evolução para atelectasia e para

falência orgânica múltipla. O diagnóstico da SAR é clínico, sendo firmado pela anamnese, exame físico, radiografia e gasometria. No que tange a terapêutica, urge o tratamento o mais precocemente possível através do uso de surfactante intratraqueal, visando o amadurecimento dos pneumócitos tipo II, além da necessidade de fornecimento de suporte ventilatório para redução do sofrimento respiratório. Ademais, a ocorrência da SAR pode ser prevenida através da corticoterapia antenatal.

## CONCLUSÃO

Apesar da relevante letalidade, a SAR possui um bom prognóstico se diagnosticada e manejada de forma precoce. Deste modo, é evidente a necessidade da incorporação de protocolos que garantam uma intervenção adequada e imediata, bem como o reconhecimento e terapêutica dos pacientes aptos para terapia antenatal, reduzindo o número de complicações e óbitos neonatais.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Síndrome da angústia respiratória em neonatos. 2018.
- CONSENSO BRASILEIRO EM VENTILAÇÃO MECÂNICA. Suporte ventilatório na síndrome do desconforto respiratório do recém-nascido. 2015.
- ROTTA, A. T., et al. Progress and perspectives in pediatric acute respiratory distress syndrome, Revista Brasileira de Terapia Intensiva, v. 27, n. 3, 2015.
- SWEET, D. G., et al. European consensus guidelines on the management of neonatal respiratory distress syndrome in preterm infants. Neonatology, v.97, n.4, p.402-417, 2010.