

6º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL



14 a 16 de ABRIL de 2016

MINASCENTRO | Belo Horizonte - MG

P R O G R A M A O F I C I A L E A N A I S



MENSAGEM DO PRESIDENTE DA SBP

Prezados Colegas Pediatras,

É com grande alegria que recebemos a cada um de vocês, em Belo Horizonte, para o 6º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal. Como sempre o evento contará com a participação da grande maioria dos instrutores do nosso Programa de Reanimação Neonatal, já mundialmente consagrado.

É uma oportunidade única dos Pediatras reciclarem nas práticas de atendimento ao Recém-nascido, contribuindo para diminuição da mortalidade infantil e em especial a mortalidade neonatal.

Além dos professores brasileiros, convidados internacionais abrilhantarão e enriquecerão o nosso programa científico, preparado com esmero e dedicação pela Comissão.

Não deixem de curtir esta belíssima e acolhedora cidade com sua culinária espetacular e deliciosa.

Sejam Bem-vindos!

Eduardo da Silva Vaz

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria

MENSAGEM DO PRESIDENTE DO SIMPÓSIO

Prezados colegas,

É com grande satisfação e entusiasmo que recebemos vocês em Belo Horizonte para o 6º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal.

A comissão organizadora do evento se empenhou em preparar um programa que contemple os grandes desafios enfrentados pelos profissionais que atendem o recém-nascido nesse momento único: o nascimento.

Contamos com as presenças de três convidados internacionais do ILCOR: Dr. Jeffrey Perlman (NYC), Dra. Myra Wyckoff (Dallas) e Dr. Gary Weiner (Ann Harbor, Michigan).

Vamos discutir amplamente as novas diretrizes da reanimação neonatal publicadas em 2015, as perspectivas do Programa de Reanimação Neonatal no Brasil e no mundo e vários outros tópicos relevantes para todos aqueles que investem seu tempo e energia em um atendimento neonatal no qual técnica, dedicação e qualidade proporcionem um nascimento seguro e digno.

Dentro do espírito da tradicional hospitalidade mineira, o grupo de Instrutores de Minas Gerais com o apoio da Sociedade Mineira de Pediatria, recebe-os com afeto e alegria e se esforçará para harmonizar ciência e trabalho com arte e sabor.

Sejam Bem-vindos!

Márcia Gomes Penido Machado

Presidente do 6º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal

Caros Congressistas,

Bem-vindos à Belo Horizonte,

Com alegria recebemos em Belo Horizonte os participantes do 6º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal. O temário foi cuidadosamente definido com o objetivo de aprimorar e atualizar o seu conhecimento na promoção da excelência do atendimento Pediátrico.

No Brasil a mortalidade neonatal representa cerca de 70% do total da mortalidade no primeiro ano de vida. Dados da Unicef e Organização Mundial de Saúde mostram que três quartos de todas as mortes de recém-nascidos ocorrem na primeira semana de vida. E o pior: até dois terços dessas mortes podem ser evitadas se medidas de saúde eficazes forem realizadas em prol da gestante e do neonato. Diante desse cenário torna-se urgente implementarmos mais ações com objetivo de continuarmos o processo de redução da mortalidade perinatal no Brasil.

Tivemos a missão de oferecer ao nosso congressista palestras e conferências com os melhores palestrantes nacionais e internacionais em cada tema.

Além da atualização científica, Belo Horizonte oferece ótima oportunidade para reencontros com os colegas, boa gastronomia e opções de turismo.

Esta é uma atividade, promovida pela nossa Sociedade Brasileira de Pediatria, com o apoio da Sociedade Mineira de Pediatria e não mediremos esforços para tornar os dias do Simpósio produtivos, agradáveis e inesquecíveis!

Raquel Pitchon dos Reis

Presidente de Honra do 6º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal

COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente da SBP

Eduardo da Silva Vaz (RJ)

Presidente da SMP

Maria do Carmo Barros de Melo (MG)

Diretor de Cursos, Eventos e Promoções da SBP

Ercio Amaro de Oliveira Filho (RS)

Presidente de Honra do Simpósio

Raquel Pitchon dos Reis (MG)

Presidente do Simpósio

Márcia Gomes Penido Machado (MG)

Secretária Geral do Simpósio

Andréa Chaimowicz (MG)

Primeira Secretária

Marilene Augusta R. Crispino Santos (RJ)

Coordenação

Ruth Guinsburg (SP)
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Márcia Gomes Penido Machado (MG)
Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)

Membros

Ana Maria Seguro Meyge (MG)
Gislayne C. de Souza de Nieto (PR)
João Cesar Lyra (SP)
José Dias Rego (RJ)
Leila Denise Cesário Pereira (SC)
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)
Marcio Pablo Pires Martins Miranda (MG)
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)
Sonia Matoso Calumby Hermont (MG)
Vanessa Devitto Zakia Miranda (MG)

Coordenação

Lêni Marcia Anchieta (MG)
Lígia Maria Suppo Sousa Rugolo (SP)
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Membros

Danielle Cintra Bezerra Brandão (PE)
Eduardo Carlos Tavares (MG)
Flávia Cristina de Carvalho Mrad (MG)
Jamil Pedro de Siqueira Caldas (SP)
José Roberto de Moraes Ramos (RJ)
Mandira Daripa Kawakami (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Marynéa Silva do Vale (MA)
Roberto César Cancela Silva (MG)
Rosilu de Ferreira Barbosa (MG)
Tatiana Ribeiro Maciel (BA)
Thais Costa Nascentes Queiroz (MG)

SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA

Coordenação

Márcia Gomes Penido Machado
Marcela Damásio Ribeiro de Castro

Membros

Ana Damásio Coutinho
Ana Maria Seguro Meyge
Catarina Amorim Baccharine Peres
Claudio Drumond Pacheco
Daniela Marques de Lima Mota Ferreira
Denise Caldas Marques
Flávia Cristina Carvalho Mrad
Helder Leone Alves Carvalho
Júlio Cesar Veloso
Junia Gonçalves de Almeida Quintão
Márcio Pablo Pires Martins Miranda
Mariana Gonçalves Gomes Tivolone
Maurício Marcelo Costa
Messias da Silva
Navantino Alves Filho
Nívea Regina Moreira Scaldaferrri
Ruth Lira de Oliveira
Sonia Matoso Calumby Hermont
Sonia Torres Horta de Araújo
Vanessa Deviho Zákia Miranda
Vânia Nunes Viotti Parreira
Zélia Maria Alcântara Batista

Coordenação

Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Ruth Guinsburg (SP)

Membros

Danielle Cintra Bezerra Brandão (PE)

Gislayne C. de Souza de Nieto (PR)

Jamil Pedro de Siqueira Caldas (SP)

João Cesar Lyra (SP)

José Dias Rego (RJ)

José Henrique Silva Moura (PE)

José Roberto de Moraes Ramos (RJ)

Leila Denise Cesário Pereira (SC)

Lêni Marcia Anchieta (MG)

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

Lígia Maria Suppo Sousa Rugolo (SP)

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Mandira Daripa Kawakami (SP)

Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)

Marynéa Silva do Vale (MA)

Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Tatiana Ribeiro Maciel (BA)

CONVIDADOS INTERNACIONAIS

MEMBROS DO INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION ILCOR NEONATAL DELEGATION



Jeffrey M Perlman - EUA

Director, Newborn Medicine
New York Presbyterian Hospital/Weill Medical College
Consultant AAP Neonatal Resuscitation Program Steering Committee
Co-Chair ILCOR Neonatal Delegation 2006-2015



Myra H Wyckoff - EUA

Professor, Division of Neonatal-Perinatal Medicine
University of Texas Southwestern Medical School
Co-Chair AAP Neonatal Resuscitation Program Steering Committee
Co-Chair ILCOR Neonatal Delegation 2016-2020



Gary M Weiner - EUA

Director, Neonatal-Perinatal Medicine Fellowship Training Program
University of Michigan Health System/C.S. Mott Hospital Member
Consultant AAP Neonatal Resuscitation Program Steering Committee
AAP-NRP - Editor, Textbook of Neonatal Resuscitation

CONVIDADOS NACIONAIS

Carla Lima Dias Duarte - MG
Danielle Cintra Bezerra Brandão - PE
Eduardo Carlos Tavares - MG
Eduardo da Silva Vaz - RJ
Ercio Amaro de Oliveira Filho - RS
Flavia Cristina de Carvalho Mrad - MG
Francisco Eulógio Martinez - SP
Frederico de Melo Nascimento - MG
Gislayne Castro e Souza Nieto - PR
Jamil Pedro de Siqueira Caldas - SP
João Cesar Lyra - SP
José Dias Rego - RJ
José Henrique Moura - PE
José Maria de Andrade Lopes - RJ
Jose Roberto de Moraes Ramos - RJ
Leila Denise Cesario Pereira - SC
Lêni Márcia Anchieta - MG
Lícia Maria Oliveira Moreira - BA
Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo - SP
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck - SP
Luis Eduardo Vaz Miranda - RJ
Mandira Daripa Kawakami - SP
Marcela Damásio Ribeiro de Castro - MG
Márcia Gomes Penido Machado - MG
Márcio Pablo Pires Martins Miranda - MG
Maria Albertina Santiago Rego - MG
Maria Elisabeth Lopes Moreira - RJ
Maria Esther Vilela - GO
Maria Fernanda Branco de Almeida - SP
Mariana Gonçalves Gomes Tivolone - MG
Marynea Silva do Vale - MA
Milton Miyoshi - SP
Navantino Alves Filho - MG
Paulo de Jesus Hartmann Nader - RS
Paulo Tadeu Mattos Pereira Poggiali - MG
Raquel Pitchon dos Reis - MG
Renato S. Procianoy - RS
Rita de Cássia Silveira - RS
Roberto César Cancela Silva - MG
Rosilu Ferreira Barbosa - MG
Rossiclei de Souza Pinheiro - AM
Ruth Guinsburg - SP
Sérgio Tadeu Martins Marba - SP
Sônia Lansky - MG
Tania Massini Evangelista - MG
Tatiana Ribeiro Maciel - BA
Thais Costa Nascentes Queiroz - MG
Vanessa Devitto Zákia Miranda - MG

09:00 - 09:15 SESSÃO SOLENE DE ABERTURA

09:15 - 10:00 CONFERÊNCIA: O PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL NO BRASIL

Palestrante: Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)

Coordenador: Eduardo da Silva Vaz (RJ)

10:00 - 10:30 INTERVALO

10:30 - 12:00 CONFERÊNCIA: ILCOR: CONSTRUINDO CONSENSOS EM REANIMAÇÃO NEONATAL COM BASE NAS EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Palestrante: Jeffrey M. Perlman (EUA)

Coordenadores: Márcia Gomes Penido Machado (MG)

Ercio Amaro de Oliveira Filho (RS)

11:30 - 12:00 PERGUNTAS

12:00 - 14:00 INTERVALO

14:00 - 16:00 CONFERÊNCIAS INTERNACIONAIS

Coordenadores: José Roberto de Moraes Ramos (RJ)

Vanessa Devitto Zákia Miranda (MG)

14:00 - 14:45 Avaliação da frequência cardíaca na sala de parto: estado da arte

Palestrante: Myra H. Wyckoff (EUA)

14:45 - 15:30 Qual a melhor concentração de oxigênio na reanimação neonatal?

Palestrante: Gary M. Weiner (EUA)

15:30 - 16:00 PERGUNTAS

16:00 - 16:30 INTERVALO

16:30 - 18:00 COLÓQUIO: NASCER NO BRASIL: GARGALOS NO CUIDADO IMEDIATO AO RECÉM-NASCIDO

Coordenadoras: Raquel Pitchon dos Reis (MG)

Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

Participantes: Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Maria Elisabeth Lopes Moreira (RJ)

Maria Esther Vilela (GO)

Sônia Lansky (MG)

**08:00 - 09:15 CONFERÊNCIA: ESTRATÉGIAS PARA MANUTENÇÃO DA NORMOTERMIA EM
PREMATUROS AO NASCER**

Palestrante: Jeffrey M. Perlman (EUA)

Coordenadores: Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

Márcio Pablo Pires Martins Miranda (MG)

08:45 - 09:15 PERGUNTAS

**09:15 - 10:30 CONFERÊNCIA: VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA NA SALA DE PARTO:
CONTROVÉRSIAS**

Palestrante: Gary M. Weiner (EUA)

Coordenadores: José Maria de Andrade Lopes (RJ)

Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)

10:00 - 10:30 PERGUNTAS

10:30 - 11:00 INTERVALO

11:00 - 12:00 COLÓQUIO: CUIDADOS PÓS-REANIMAÇÃO

Coordenadores: Francisco Eulógio Martinez (SP)

José Henrique Moura (PE)

Participantes: Lêni Márcia Anchieta (MG)

João Cesar Lyra (SP)

Renato S. Procianoy (RS)

12:00 - 13:00 INTERVALO

13:00 - 14:15 VISITA AOS PÔSTERES COM COMENTADORES

Comentador: Jamil Pedro S Caldas (SP)

PC-01 IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO PARA RESIDENTES DE PEDIATRIA E ANESTESIOLOGIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL

PC-02 O TRANSPORTE INTER HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

PC-03 IMPLANTAÇÃO DO CURSO DE TRANSPORTE DE RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Comentador: Sérgio TM Marba (SP)

PC-04 SOLICITAÇÃO DE RETIRADA PELO AUTOR

PC-05 ANÁLISE DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR E DOS ESCORES TRIPS E TRIPS II EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

PC-06 PERFIL DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDOS DE ALTO-RISCO.

Comentador: João Cesar Lyra (SP)

PC-07 TRANSPORTE DOS RECEM NASCIDOS CRITICOS PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE COM AVALIAÇÃO DO SCORE TRIPS – CRIAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA

PC-08 TRANSPORTE NEONATAL DE ALTO RISCO: COMO ESTAMOS?

PC-09 ANALISE DOTRANSPORTE DE RECÉM-NASCIDOS A TERMO E PRÉ-TERMOS TARDIOS

Comentadora: Leila D Cesário Pereira (SC)

PC-10 TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS NO TRANSPORTE NEONATAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO

PC-11 DESCENTRALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS INSTRUTORES E A INTERIORIZAÇÃO DOS CURSOS DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

PC-12 IMPLANTAÇÃO DO CURSO DE REANIMAÇÃO NEONATAL NA PROGRAMAÇÃO DE ESTÁGIO DE PEDIATRIA DE INTERNOS DO QUINTO ANO DE UMA FACULDADE DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Comentadora: Maria Albertina Santiago Rego (MG)

PC-13 TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM REANIMAÇÃO NEONATAL EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DO RIO DE JANEIRO

PC-14 INTERIORIZAÇÃO DOS CURSOS PARA RECÉM-NASCIDOS ≤34 SEMANAS EM SALA DE PARTO NO ESTADO DE PERNAMBUCO

PC-15 DISTRIBUIÇÃO DOS INSTRUTORES EM HOSPITAIS PÚBLICOS COM MAIS DE MIL NASCIMENTOS ANO NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Comentador: Luís Eduardo V Miranda (RJ)

PC-16 TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL NO ESTADO DE SÃO PAULO- 2011 A 2015

PC-17 CURSO DE REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS QUE DERAM CERTO

PC-18 TECNOLOGIA EDUCACIONAL POR SIMULAÇÃO E O ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA GRADUANDOS DA DISCIPLINA DE SAÚDE DA CRIANÇA

Comentadora: Carla Lima Dias Duarte (MG)

PC-19 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA UMA MELHOR ABORDAGEM DURANTE A REANIMAÇÃO NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

PC-20 TREINAMENTO DE RESIDENTES EM REANIMAÇÃO NEONATAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO

PC-21 TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS PELO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL (PRN) NO ESTADO DO MARANHÃO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015.

Comentador: Eduardo Carlos Tavares (MG)

PC-22 DISTRIBUIÇÃO DOS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM HOSPITAIS PÚBLICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

PC-23 EXPANSÃO VOLÊMICA COM GLÓBULOS VERMELHOS EM SALA DE PARTO: UMA RÁPIDA TOMADA DE DECISÃO - RELATO DE CASO

PC-24 CLAMPEAMENTO PRECOCE DE CORDÃO: PRA QUÊ A PRESSA?

Comentador: José Roberto M Ramos (RJ)

PC-25 TUBO T VERSUS BALÃO AUTOINFLÁVEL NA SALA DE PARTO REDUZ MORTE HOSPITALAR OU DISPLASIA BRONCOPULMONAR EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

PC-26 EFEITOS DO USO DE PEEP NO BALÃO AUTO-INFLÁVEL SOBRE O PH E A PACO₂ DURANTE A VENTILAÇÃO MANUAL EM COELHOS ADULTOS

PC-27 PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS A PRESSÃO CONTÍNUA EM VIAS AÉREAS EM SALA DE PARTO NO HOSPITAL SOFIA FELDMAN

Comentador: Marcio Pablo Pires M Miranda (MG)

PC-28 CPAP EM SALA DE PARTO, UMA REALIDADE

PC-29 A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR (CPNI) NA AMAZÔNIA BRASILEIRA COM A IMPLANTACAO DAS BOAS PRÁTICAS DURANTE O NASCIMENTO

PC-30 PACOTE DE MEDIDAS APLICADO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E AVALIADO CONTINUAMENTE REDUZ A HIPOTERMIA DE RN <34 SEMANAS À ADMISSÃO NA UTIN

Comentador: Milton H Miyoshi (SP)

PC-31 FREQUÊNCIA DAS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PC-32 OTIMIZAÇÃO DO USO DE CPAP EM SALA DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PC-33 DETERMINAR A FREQUÊNCIA E AS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NECESSÁRIAS NO ATENDIMENTO DO RECÉM- -NASCIDO ABAIXO DE 1500G EM SALA DE PARTO.

Comentador: José Henrique Silva Moura (PE)

PC-34 PREVALÊNCIA DO CONTATO PELE A PELE DE RECÉM-NASCIDOS NA PRIMEIRA HORA DE VIDA EM UM HOSPITAL DE ENSINO

PC-35 INDICAÇÃO DE INTUBAÇÃO EM PREMATUROS NA SALA DE PARTO. UMA ANÁLISE DE 3 ANOS.

PC-36 REANIMAÇÃO DO RECEM NASCIDO DE MUITO BAIXO PESO E NECESSIDADE DE MASSAGEM CARDÍACA E DROGAS

Comentador: Francisco E Martinez (SP)

PC-37 SUCESSO DA VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA ATRAVÉS DO BALĀO E MÁSCARA E INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL PARA REANIMAÇÃO NEONATAL EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

PC-38 SEGUE A QUESTÃO? PREMATUROS: INTUBÁ-LOS OU NÃO EM SALA DE PARTO?

PC-39 USO DE CORTICOSTEROIDE ANTENATAL E NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA AO NASCIMENTO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO.

Comentadora: Vanessa Devitto Zakia Miranda (MG)

PC-40 USO DE CORTICOSTEROIDE ANTENATAL E ÍNDICE DE APGAR MENOR QUE 7 EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO.

PC-41 SOLICITAÇÃO DE RETIRADA PELO AUTOR

PC-42 ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO RELACIONADOS COM ASFIXIA PERINATAL DOS RECÉM NASCIDOS REANIMADOS EM SALA DE PARTO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DA REDE SUPLEMENTAR DE FORTALEZA – CE

Comentador: José Dias Rego (RJ)

PC-43 ANÁLISE DO IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE PARTO ADEQUADO NA ASSISTÊNCIA NEONATAL EM UM HOSPITAL DA REDE SUPLEMENTAR DE SAÚDE: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE 2013 E 2015

PC-44 IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO

PC-45 ALTERAÇÃO DO FLUXO DE ARTÉRIA UMBILICAL EM FILHO DE MÃE HIPERTENSA: DESFECHO CLÍNICO

Comentadora: Rita de Cássia Silveira (RS)

PC-46 FATORES DETERMINANTES PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL NA SALA DE PARTO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL

PC-47 FATORES DE RISCO PARA APGAR MENOR QUE 3 NO PRIMEIRO MINUTO

PC-48 NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS EM ALGUMA ANOMALIA CONGÊNITA CARDÍACA

Comentador: Navantino Alves Filho (MG)

PC-49 REANIMAÇÃO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS COM MICROCEFALIA ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS

PC-50 ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO AO RECÉM-NASCIDO COM ANOMALIA CONGÊNITA GRAVEMENTE ENFERMO: SÉRIE HISTÓRICA DE 12 ANOS

PC-51 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO VERSUS PARTO HOSPITALAR PLANEJADO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE A SEGURANÇA NEONATAL DO MÉTODO.

Comentadora: Danielle Cintra B Brandão (PE)

PC-52 PREVALÊNCIA DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM RECÉM-NASCIDOS COM PREMATURIDADE TARDIA

PC-53 INTERCORRÊNCIAS DURANTE O PRÉ-NATAL DE RECÉM-NASCIDOS QUE SOFRERAM ASFIXIA E REALIZARAM HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

PC-54 AVALIAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM UMA MATERNIDADE MUNICIPAL

Comentador: Renato S Procianoy (RS)

PC-55 HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PARA TRATAMENTO DE ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA GRAVE: RELATO DE CASO

PC-56 REANIMAÇÃO NEONATAL E HIPOTERMIA TERAPÊUTICA: EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS EM CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO.

PC-57 EXPERIÊNCIA DA HIPOTERMIA COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PARA ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA GRAVE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE BELO HORIZONTE

Comentadora: Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo (SP)

PC-58 USO DE MONITORIZAÇÃO CEREBRAL CONTINUA EM RECÉM-NASCIDOS COM ASFIXIA PERINATAL - EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO HOSPITALAR PRIVADO

PC-59 EFEITOS COLATERAIS ENCONTRADOS EM NEONATOS SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM UTI NEONATAL

PC-60 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA POR ASFIXIA PERINATAL EM UTI DE CAMPINA GRANDE - PB

Comentador: Frederico Melo (MG)

PC-61 TIPO E COMPLICAÇÃO DE PARTO DOS RECÉM-NASCIDOS QUE NECESSITARAM DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM UTI NEONATAL

PC-62 EMPREGO DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUÊMICA EM UTI NEONATAL DE CAMPINA GRANDE-PB: RELATO DE CASO

PC-63 EMPREGO DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUÊMICA GRAU 2 EM UTI NEONATAL DE CAMPINA GRANDE-PB: RELATO DE CASO

Comentador: Paulo J Hartmann Nader (RS)

PC-64 SEPARAÇÃO INEVITÁVEL DO BINÔMIO MÃE-BEBÊ NO PÓS-PARTO IMEDIATO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

PC-65 ASFIXIA PERINATAL E PROBLEMAS CARDÍACOS

PC-66 ASFIXIA PERINATAL

Comentadora: Mandira Daripa Kawakami (SP)

PC-67 HIPOTERMIA EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO: ANÁLISE DE 3 ANOS

PC-68 OS RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO REANIMADOS EM SALA DE PARTO APRESENTAM MAIOR FALHA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA?

PC-69 PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO EM SALA DE PARTO: ESTUDO TRANSVERSAL

Comentadora: Rosilu de Ferreira Barbosa (MG)

PC-70 REANIMAÇÃO NEONATAL EM PREMATUROS TARDIOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PC-71 HIPOTERMIA PRECOCE E MORBIMORTALIDADE EM PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO

PC-72 INCIDÊNCIA DE GASTROSTOMIA EM RECÉM NASCIDOS REANIMADOS EM SALA DE PARTO E SUBMETIDOS À TRATAMENTO FONOTERÁPICO

Comentadora: Mariana Gonçalves G Tivolone (MG)

PC-73 INCIDÊNCIA DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL EM PACIENTES ANOXIADOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

PC-74 RESPOSTA À REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO: FATORES ASSOCIADOS, DISTÚRBO HEMODINÂMICO E MORTALIDADE PRECOCE EM PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO.

PC-75 EFICÁCIA DA REANIMAÇÃO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS QUE APRESENTARAM DEPRESSÃO PERINATAL AO PRIMEIRO MINUTO DE VIDA EM UM HOSPITAL DE ENSINO.

Comentadora: Marynéa Silva do Vale (MA)

PC-76 REPERCUSSÃO DE PASSOS DA REANIMAÇÃO NO APGAR DE 5º MINUTO DE VIDA

PC-77 PROGNÓSTICO EM CURTO PRAZO DE RNMBP INTUBADOS EM SALA DE PARTO.

PC-78 ASSOCIAÇÃO ENTRE REANIMAÇÃO AVANÇADA E HEMORRAGIA PERINTRAVENTRICULAR E/ OU RETINOPATIA E/OU DOENÇA BRONCOPULMONAR EM PACIENTES PREMATUROS MENORES QUE 1500 GRAMAS

Comentadora: Gislayne C de Souza Nieto (PR)

PC-79 ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE GESTACIONAL, REANIMAÇÃO AVANÇADA E HEMORRAGIA PERINTRAVENTRICULAR E/ OU RETINOPATIA E/OU DOENÇA BRONCOPULMONAR EM PACIENTES PREMATUROS MENORES QUE 1500 GRAMAS

PC-80 REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDOS ADMITIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL EM HOSPITAL TERCIÁRIO.

PC-81 EVOLUÇÃO DE PACIENTES PREMATUROS MENORES QUE 1500 GRAMAS QUE NECESSITARAM DE REANIMAÇÃO NEONATAL AVANÇADA

Comentadora: Tatiana R Maciel (BA)

PC-82 ABORDAGEM DA ASFIXIA PERINATAL COMO PREDITOR DA QUALIDADE DE VIDA FUTURA DOS RECÉM NASCIDOS ASFÍXICOS

PC-83 PERFIL DA ASSISTÊNCIA AOS RECÉM NASCIDOS ASFÍXICOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

PC-84 TEMPERATURA AXILAR DE RNS COM MUITO BAIXO PESO AO NASCER NA ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E TAXA DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR EM UMA MATERNIDADE NA REGIÃO SUL DO BRASIL

Comentadora: Tania Massini Evangelista (MG)

PC-85 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR POR DENVER II DE PACIENTES SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

PC-86 EVOLUÇÃO SEM SEQUELAS DE UM PREMATURO EXTREMO APÓS UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA DE 20 MINUTOS

PC-87 EVOLUÇÃO HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDOS DE TERMO COM ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA

Comentador: Roberto César Cancela Silva (MG)

PC-88 MARCADORES PROGNÓSTICOS DE EVOLUÇÃO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS DE TERMO PORTADORES DE ASFIXIA PERINATAL

PC-89 RELAÇÃO ENTRE HIPÓXIA GRAVE E MORTALIDADE NEONATAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE DE JUAZEIRO DO NORTE-CE, DE 2005 A 2015.

PC-90 ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA ASSISTÊNCIA NEONATAL EM SALA DE PARTO DE 4.733 NASCIDOS VIVOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DA REDE SUPLEMENTAR DE SAÚDE, EM FORTALEZA, CEARÁ

Comentadora: Thais Costa Nascentes Queiroz (MG)

PC-91 ESTUDO ANALÍTICO RELACIONADO À ASSISTÊNCIA AOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS AO NASCIMENTO NO PERÍODO DE 2013 A 2015 REALIZADO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DA REDE SUPLEMENTAR DE SAÚDE, EM FORTALEZA-CE.

PC-92 PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE DOS RECÉM-NASCIDOS A TERMO EM UMA CAPITAL BRASILEIRA NO ANO DE 2013

PC-93 ANÁLISE DO APGAR E MANOBRAS DE REANIMAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS NO ESTADO DO PARÁ: COMPATIBILIDADE DOS REGISTROS.

Comentadora: Rossiclei S Pinheiro (AM)

PC-94 FATORES DE RISCO PARA MORTALIDADE NA SALA DE PARTO E NEONATAL PRECOCE EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO

PC-95 FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO MECONIAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO NORTE DO BRASIL: HOSPITAL DA MULHER MÃE LUZIA - MACAPÁ - AMAPÁ.

PC-96 SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO MECONIAL COM HIPERTENSÃO PULMONAR PERSISTENTE – RELATO DE CASO

Comentadora: Lícia Maria O Moreira (BA)

PC-97 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE RECÉM-NASCIDOS COM ASFIXIA PERINATAL E PRESENÇA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL.

PC-98 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS NEONATAIS ASSOCIADOS À SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO DE MECÔNIO NO ESTADO DE SÃO PAULO: 2001-2011

14:30 - 15:30 CONFERÊNCIA: REANIMAÇÃO AVANÇADA NA SALA DE PARTO: DA PESQUISA À PRÁTICA CLÍNICA

Palestrante: Myra H. Wyckoff (EUA)

Coordenador: Paulo Tadeu Mattos Pereira Poggiali (MG)

Coordenadora: Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

15:15 - 15:30 PERGUNTAS

15:30 - 16:00 CONFERÊNCIA: SIMULAÇÃO DA REANIMAÇÃO NEONATAL IN SITU E DE ALTA FIDELIDADE NO CONTEXTO BRASILEIRO

Palestrante: Milton Miyoshi (SP)

Coordenador: José Dias Rego (RJ)

16:00 - 16:30 INTERVALO

16:30 - 18:00 MESA REDONDA: SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO MECÔNIO: QUAL A MELHOR ESTRATÉGIA NA SALA DE PARTO?

Coordenadoras: Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo (SP)

Leila Denise Cesario Pereira (SC)

16:30 - 17:00 Mortalidade Neonatal Precoce por Síndrome de Aspiração de Mecônio no Brasil

Palestrante: Ruth Guinsburg (SP)

17:00 - 17:30 RN não vigoroso com líquido amniótico meconial: aspirar ou não a traqueia sob visualização direta?

Palestrante: Jeffrey M. Perlman (EUA)

17:30 - 18:00 PERGUNTAS

09:00 - 10:15 CONFERÊNCIA: DILEMAS ÉTICOS: QUANDO NÃO INICIAR E QUANDO INTERROMPER A REANIMAÇÃO AO NASCER

Palestrante: Gary M. Weiner (EUA)

Coordenadores: Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

09:45 - 10:15 PERGUNTAS

10:15 - 10:45 INTERVALO

10:45 - 12:00 CONFERÊNCIA: MEDICAÇÕES NA SALA DE PARTO: O QUE FAZER E O QUE NÃO FAZER


Palestrante: Myra H. Wyckoff (EUA)

Coordenadores: Navantino Alves Filho (MG)

Rita de Cássia Silveira (RS)

11:30 - 12:00 PERGUNTAS

12:00 ENCERRAMENTO

PONTUAÇÃO CNA	
 <p><i>PROTOCOLO 115316</i></p>	Especialidade: PEDIATRIA 8,5
	Áreas de atuação:
	NEONATOLOGIA 8,5 MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA 8,5

NORMAS / REGULAMENTO PARA SUBMISSÃO DE TEMAS LIVRES

10/03/2016

Prazo final de envio dos resumos. O número de autores não é limitado. É obrigatória a inscrição de um dos autores no Simpósio para submissão do trabalho. Não há limite de resumos de um mesmo autor. Somente serão analisados os trabalhos relacionados à asfixia perinatal, assistência ao recém-nascido ao nascimento ou reanimação neonatal ou transporte de alto risco.

24/03/2016

Divulgação no site www.simposioreanimacao2016.com.br sobre o aceite do trabalho para apresentação como Pôster Comentado.

Os trabalhos aceitos ficarão expostos sob a forma de pôster das 8h00 às 18h00 e o autor estará presente das 13h00 às 14h15 do dia 15/04/2016 (6^{af}), quando serão realizadas visitas pelo público e por um comentador. O autor que apresentar o trabalho deverá estar inscrito no Simpósio. Os resumos serão divulgados nos Anais do Simpósio e nos sites da Sociedade Brasileira de Pediatria e do Programa de Reanimação Neonatal da SBP.

A classificação será feita de acordo com a avaliação feita por três neonatologistas. O trabalho melhor pontuado receberá um prêmio a ser entregue na abertura do evento.

INSTRUÇÕES PARA SUBMISSÃO DOS RESUMOS

Os autores deverão entrar no site **www.simposioreanimacao2016.com.br**, na área correspondente aos Temas Livres. Somente serão aceitos trabalhos enviados através do site. Os trabalhos não poderão ser enviados via fax, correio, mensagem eletrônica ou carta.

Os autores deverão preencher os seguintes campos:

Identificação: título do trabalho e nome dos autores, com instituição, cidade, estado e e-mail do autor correspondente. É importante que a identificação do local do estudo só seja feita nesta seção e não no corpo de resumo.

Formato do resumo: máximo 300 palavras, não sendo permitidos gráficos, tabelas, fórmulas, imagens ou caracteres especiais no texto. Não utilizar parágrafos. No caso de abreviaturas e siglas, explicá-las na primeira vez em que forem usadas.

O texto deverá ser estruturado:

INTRODUÇÃO: obrigatória para justificar o estudo, com no máximo 3 linhas

OBJETIVOS

MÉTODOS: não identificar o local onde foi feito o estudo

RESULTADOS: não será possível a confecção de tabelas, gráficos ou figuras (os resultados devem estar descritos no corpo do texto)

CONCLUSÃO

Os autores autorizam a Comissão Organizadora do 6º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal a publicar o resumo (em versão imprensa e/ou on-line) com finalidade de divulgação do Simpósio, em âmbito nacional, internacional e em todos os meios de comunicação, não cabendo qualquer pagamento por direito autoral.

Todos os trabalhos aprovados para pôster comentado receberão certificados de apresentação no Congresso. Será emitido um certificado para cada trabalho, independentemente do número de autores.

A apresentação não deve conter qualquer promoção comercial. Além disso, deve manter privacidade dos dados do paciente.

Certificado de Atualização Profissional para Médicos - "A apresentação de pôster confere 2 pontos ao autor e coautores, limitado a 5 trabalhos por evento cadastrado na CNA - Normativa disponível em www.cap-cna.org.br

RESUMOS DOS PÔSTERES COMENTADOS

PC-01 IMPLANTAÇÃO DE PROTOCOLO DE TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO PARA RESIDENTES DE PEDIATRIA E ANESTESIOLOGIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO ESTADUAL

RENATO OLIVEIRA DE LIMA (HGIS); RICARDO BATISTA DE QUEIROZ (HGIS); CARLA RODRIGUES LACERDA (HGIS); ANNA KARENY DE SOUSA NAZARETH (HGIS)

INTRODUÇÃO: O transporte de recém-nascidos (RN) em ambiente hospitalar pode ocasionar risco adicional ao paciente a despeito de sua aparente garantia de segurança e menor percurso quando comparado ao transporte inter-hospitalar. **OBJETIVOS:** conscientizar médicos residentes envolvidos com a assistência neonatal sobre a importância da educação continuada relacionada ao transporte intra-hospitalar. **METODOLOGIA:** treinamento dos médicos residentes de Pediatria e Anestesiologia através do curso de Transporte do RN de Alto Risco proposto pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) com ênfase no escore de risco ERTIH-Neo (Escore de Risco para o Transporte Intra-Hospitalar Neonatal). **RESULTADOS:** o transporte neonatal ocorre com grande frequência e, para a sua realização, são necessários equipamentos e pessoal habilitado. Após serem capacitados pelo curso de Reanimação Neonatal da SBP, os residentes recebem treinamento de transporte através do curso de Transporte de RN de Alto Risco, com carga horária de 8 horas e realização de pré e pós- teste. Durante o curso, os alunos aprendem a calcular o escore de risco ERTIH-Neo a partir das variáveis: idade gestacional, temperatura axilar, doença de base, destino do transporte e suporte respiratório. Após a realização do cálculo, estima-se o risco de uma ou mais intercorrências clínicas durante o transporte que poderá variar de 8% a 57%. Estimado o risco, avalia-se os benefícios do transporte, otimizando a equipe necessária, caso a decisão de transportar o paciente seja tomada. A experiência tem mostrado uma melhora na qualidade do transporte intra-hospitalar e uma maior sensibilização das equipes envolvidas com a assistência neonatal deste serviço. **CONCLUSÃO:** a educação continuada dos médicos residentes envolvidos com a assistência neonatal é essencial para a melhoria da qualidade do serviço de transporte intra-hospitalar neonatal, com grande impacto no prognóstico dos pacientes criticamente doentes, contribuindo, desta forma, para a redução da morbidade e mortalidade neonatal.

PC-02 O TRANSPORTE INTER HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO: UM DESAFIO PARA A ENFERMAGEM

PAULA PIMENTA (HOSPITAL SOFIA FELDMAN); VALDECYR HERDY ALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE); ESTEFÂNIA DE OLIVEIRA CHEREM (HOSPITAL SOFIA FELDMAN)

INTRODUÇÃO: O transporte inter-hospitalar refere-se à transferência de pacientes entre unidades de saúde, que funcionem como bases de estabilização para pacientes graves. Estima-se que em países desenvolvidos, 15 a 20% das crianças nascem em locais sem infraestrutura. Quando o recém-nascido de alto risco nasce em centros que não dispõem dos recursos indispensáveis ao seu cuidado, torna-se necessário o transporte inter-hospitalar que proporciona condições para que ele possa ser assistido em local apropriado. **OBJETIVO:** Caracterizar o perfil do recém-nascido de alto risco durante o transporte inter-hospitalar entre o município de origem e uma maternidade de alto risco, de Belo Horizonte, Minas Gerais. **MÉTODOS:** Pesquisa exploratória e descritiva realizada com 35 profissionais de Enfermagem integrantes das equipes de transporte neonatal da instituição de origem à instituição receptora localizada em Belo Horizonte, no período de 1º novembro de 2014 a 30 de julho de 2015. **RESULTADOS:** Foi possível caracterizar como ocorreu o transporte dos recém-nascidos de alto risco provenientes de alguns municípios de Minas Gerais até a Maternidade de alto risco, localizada em Belo Horizonte, identificar a distância percorrida pelo recém-nascido de risco até o destino final, o tipo de assistência ventilatória utilizada e as principais intercorrências durante o percurso. Constatou-se que o transporte inter-hospitalar de recém-nascidos de risco ocorre com grande frequência, procedendo do interior do Estado de Minas Gerais para a

Capital, Belo Horizonte, confirmando que os municípios identificados não dispõem de recursos humanos e/ou materiais adequados para assisti-los adequadamente, demonstrando ausência ou deficiência na capacitação desses profissionais de Enfermagem além de descumprimento das normas estabelecidas nos documentos legais. **CONCLUSÃO:** Para evitar repercussões negativas do transporte inter-hospitalar, recomenda-se aos gestores dos Municípios melhora das condições exigidas para o transporte do recém-nascido de risco, a fim de minimizar eventos adversos e manter a assistência com qualidade e segurança.

PC-03 IMPLANTAÇÃO DO CURSO DE TRANSPORTE DE RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO NO ESTADO DE PERNAMBUCO

FABIANA ROCHA (SOPEPE); DANIELLE BRANDÃO (SOPEPE); FÁTIMA DOHERTY (SOPEPE); MANUELA ABREU E LIMA (SOPEPE); MARIA DE LOURDES ABREU (SOPEPE); CAROLINE GONÇALVES (SOPEPE)

INTRODUÇÃO: O Programa de Reanimação Neonatal (PRN-SBP) visa treinar médicos, enfermeiros e fisioterapeutas com a finalidade de realizar o transporte intra- e inter-hospitalar de Recém-nascido de Alto Risco de modo eficiente e seguro. **OBJETIVO:** relatar a implantação dos cursos de Transporte de Recém-nascido de Alto Risco realizados no Estado de Pernambuco. **MÉTODO:** estudo transversal, descritivo dos cursos de Transporte realizados no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2016. Foram analisados os seguintes dados do sistema informatizado do PRN-SBP: o número de instrutores, o número de cursos, o número de alunos treinados por ano, aprovados e reprovados e a região de atuação: Sertão, Agreste, Zona da Mata e Região Metropolitana. **RESULTADOS:** Pernambuco possui 14 instrutores para ministrar o curso de Transporte, sendo 6 formados pelo Grupo Executivo e 8 pela Coordenação Estadual. Destes, 3 instrutores foram formados em Caruaru, 2 em Petrolina e 9 em Recife. Neste período, foram realizados 22 cursos de transporte com o treinamento de 170 alunos, destes 167 alunos foram aprovados e 3 reprovados. No ano de 2011, foram treinados 6 alunos, em 2012 (6), em 2013 (13), em 2014 (72), em 2015 (46) e 27 em 2016. Os cursos foram distribuídos nas seguintes regiões: 16 na região metropolitana, 2 na região do Agreste (Caruaru), 3 na Zona da Mata (Vitória de Santo Antão) e 1 no sertão (Petrolina). **CONCLUSÃO:** Houve um incremento do número de alunos treinados a partir de 2013 no Estado. Foram formados polos descentralizados de instrutores de Transporte e realizados cursos no Agreste, Zona da Mata, Sertão e Região Metropolitana.

PC-04 SOLICITAÇÃO DE RETIRADA PELO AUTOR

PC-05 ANÁLISE DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR E DOS ESCORES TRIPS E TRIPS II EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

LUIZ DE MORAES F JUNIOR (HGWA); JOCELIA MARIA DE AZEVEDO BRINGEL (HGWA, UECE); PRISCILA DE SOUZA MAGALHAES (HGWA); ELEN DOS SANTOS CATUNDA (HGWA)

INTRODUÇÃO: O transporte neonatal pode ter efeitos diretos sobre as condições de admissão de recém-nascidos críticos admitidos em unidades de terapia intensiva. A obediência a condições mínimas de segurança pode evitar aumento do risco de óbito. Escores de risco podem ser utilizados para quantificar estes riscos e identificar possíveis falhas no processo de transferência de pacientes entre hospitais. **OBJETIVO:** Correlacionar o óbito neonatal com os escores TRIPS (Transport Risk Index of Physiologic Stability) e TRIPS II e identificar as variáveis relacionadas ao transporte que mais contribuíram para uma maior gravidade no momento da admissão. **METODOLOGIA:** Construção de banco de dados com informações dos pacientes admitidos numa Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do município de Fortaleza no período de janeiro a dezembro de 2014 após serem submetidos a transporte inter-hospitalar. **RESULTADO:** Foram admitidos 191 pacientes, com maior prevalência para o sexo masculino, nascidos de parto vaginal, procedentes da RMF (Região Metropolitana de Fortaleza) e nas primeiras 72 horas de vida.

Neste período registrou-se 14 óbitos no período neonatal, dos quais 11 ocorreram antes de completarem sete dias de vida. Os escores TRIPS e TRIPS II apresentaram forte correlação estatística com o óbito neonatal na amostra estudada. **CONCLUSÃO:** Os escores TRIPS e TRIPS II apresentam forte poder preditor do risco de óbito neonatal em unidades de terapia intensiva.

PC-06 PERFIL DO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDOS DE ALTO-RISCO

ANELISE VALLIM VILAS BOAS (FMB - UNESP); JOÃO CESAR LYRA (FMB - UNESP); MARINA LUCCHINI P. NOGUEIRA (FMB - UNESP); RENATA SAYURI ANSAI (FMB - UNESP); MARIA REGINA BENTLIN (FMB - UNESP); LIGIA MARIA SS RUGOLO (FMB - UNESP)

INTRODUÇÃO: O transporte inter-hospitalar de recém-nascidos (RN) pode agravar a condição da doença e aumentar o risco de morte em pacientes de alto-risco. **OBJETIVOS:** Avaliar as condições de transporte de RN e sua evolução clínica na primeira semana pós-transporte, em uma região no interior do Estado de São Paulo. **MÉTODOS:** Estudo de coorte de RN submetidos a transporte inter-hospitalar, no período de junho de 2014 a maio de 2015. Incluídos todos os RN transportados para UTI, sem exclusão. Variáveis avaliadas: peso (P), idade gestacional (IG), condições do transporte (adequação e sinais vitais à internação), escore de risco relacionado ao transporte (TRIPS) e evolução para óbito ou hemorragia peri e intraventricular (HPIV) na primeira semana pós-transporte. Variáveis contínuas foram descritas como medianas e percentis e categóricas pelo número e proporção de eventos. Realizados teste do qui-quadrado e cálculo do risco relativo (RR) para estudo das associações (alfa = 0,05). **RESULTADOS:** Foram estudados 98 RN (média de peso/IG: 2800g /37 semanas). O transporte foi inadequado em 67 % dos casos: 37 % sem incubadora apropriada, 53% sem acesso venoso e 60% sem infusão de fluidos. 6% chegaram com bradicardia, 3% hipotensos, 11% em hipoxemia, 10 % com hipoglicemia, 35% com distermia e 29% apresentaram TRIPS ≥ 10 . Óbito ocorreu em 12% dos casos e HPIV em 8%. Comparando RN com TRIPS ≥ 10 versus TRIPS < 10 , o óbito ocorreu em 29% vs 6% ($p = 0,004$; RR = 5,0; 95% IC = 1,6-15,3) e HPIV em 18% vs 4% ($p < 0,05$; RR = 4,2; 95% IC = 1,1-16,3) respectivamente. **CONCLUSÕES:** A condição de transporte foi inadequada na maioria das vezes devido à ausência de condições mínimas recomendadas e à falha na manutenção de variáveis fisiológicas potencialmente controláveis. Pacientes com TRIPS acima de 10 apresentaram maiores taxas de mortalidade e HPIV.

PC-07 TRANSPORTE DOS RECEM NASCIDOS CRITICOS PELA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE COM AVALIAÇÃO DO SCORE TRIPS – CRIAÇÃO DE UM FLUXOGRAMA

MARCIA SASAKI (HOSPITAL SAMARITANO SP); TERESA URAS (HOSPITAL SAMARITANO SP); VILMA SOARES (HOSPITAL SAMARITANO SP); MARLENE SANTOS (HOSPITAL SAMARITANO SP); ANA VITTI (HOSPITAL SAMARITANO SP)

INTRODUÇÃO: A decisão de transportar um paciente crítico deve ser baseada na avaliação e ponderação dos benefícios X riscos potenciais. A razão básica para o transporte do paciente crítico é a necessidade de cuidados adicionais (tecnologia e/ou especialistas) não disponíveis no local onde o paciente se encontra. **OBJETIVO:** Permitir a rápida remoção em condições seguras dos RN graves, reduzindo com isso a morbidade e mortalidade e possíveis sequelas. **MÉTODO:** Realizamos a aplicação do score de TRIPS a fim de avaliarmos o perfil dos recém nascidos a serem transportados e mediante o resultado criamos um fluxograma com níveis de complexidade com os seguintes itens: Profissionais envolvidos, Destinos, materiais e equipamentos necessários para execução do transporte, e uso da ficha de transporte. **RESULTADO:** Com a avaliação dos recém nascidos pudemos estabelecer critérios e responsabilidades, sendo que pacientes com score maior ou igual a 10 somente serão transportados após discussão com o especialista e equipe multiprofissional da real necessidade da realização do procedimento. **CONCLUSÃO:** Mediante a avaliação pudemos perceber a importância de capacitar a equipe Medica e Multidisciplinar

no Curso de Transporte da Sociedade Brasileira de Pediatria a fim de realizarmos um transporte com qualidade e segurança utilizando instrumentos que possibilitem uma avaliação criteriosa.

PC-08 TRANSPORTE NEONATAL DE ALTO RISCO: COMO ESTAMOS?

ELIZANE GIORDANI (SERVIÇO NEONATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS); CAROLINE KIRSCHEN BRISTOT (FAMED-PUCRS); JORGE HECKER LUZ (SERVIÇO NEONATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. FAMED-PUCRS); HUMBERTO HOLMER FIORI (SERVIÇO NEONATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. FAMED-PUCRS); MANOEL ANTONIO DA SILVA RIBEIRO (SERVIÇO NEONATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. FAMED-PUCRS); RENATO MACHADO FIORI (SERVIÇO NEONATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. FAMED-PUCRS)

INTRODUÇÃO: O transporte neonatal adequado por uma equipe capacitada é essencial para diminuição dos riscos de complicações e de mortalidade. **OBJETIVOS:** Analisar as condições dos recém-nascidos prematuros, à chegada ao serviço de neonatologia de um hospital universitário. **MATERIAL E MÉTODOS:** Foram analisados, retrospectivamente, os dados da ficha de transporte dos recém-nascidos menores que 34 semanas transferidos para a UTI Neonatal no ano de 2015. Analisaram-se as seguintes variáveis: temperatura corporal, glicemia, suporte ventilatório, material, equipe e intercorrências durante o transporte. **RESULTADOS:** Foram transferidos 14 recém-nascidos pré-termos, sendo que dois (14,3%) foram transportados sem incubadora (um no colo da enfermeira e outro em berço comum). Seis (42,9%) recém-nascidos tinham escore TRIPS ≤ 10 , sete (50%) estavam hipotérmicos, um (7,1%) hipoglicêmico, cinco (35,7%) hiperglicêmicos, quatro (28,6%) em ventilação mecânica e oito (57,1%) utilizavam oxigênio por campânula ou óculos nasal. Dois (14,3%) apresentavam SpO₂ abaixo de 80%, onde um estava em campânula com FiO₂ de 1,0 e outro estava no colo da enfermeira, sem a presença de médico. Seis (42,8%) recém-nascidos em uso de oxigênio, apresentavam SpO₂ ≥ 98 à chegada na unidade. Cinco recém-nascidos estavam sem acesso venoso, sendo que três desses encontravam-se em ventilação mecânica. Somente um recém-nascido foi transportado adequadamente. Observou-se um (7,1%) óbito nesse grupo de pacientes, o qual era um recém-nascido de 26 semanas, recebendo FiO₂ de 1,0 em campânula, transportado sem acesso venoso e hipotérmico (33,6°C). **CONCLUSÃO:** Apesar de o transporte neonatal ser licitado e organizado pela secretaria da saúde, observou-se que a qualidade esteve muito aquém do desejado mostrando que as equipes de transportes deverão receber treinamento especializado.

PC-09 ANÁLISE DO TRANSPORTE DE RECÉM-NASCIDOS A TERMO E PRÉ-TERMOS TARDIOS

ELIZANE GIORDANI (SERVIÇO NEONATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS); CAROLINE KIRSCHEN BRISTOT (FAMED-PUCRS); JORGE HECKER LUZ (SERVIÇO NEONATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. FAMED-PUCRS); HUMBERTO HOLMER FIORI (SERVIÇO NEONATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. FAMED-PUCRS); MANOEL ANTONIO DA SILVA RIBEIRO (SERVIÇO NEONATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. FAMED-PUCRS); RENATO MACHADO FIORI (SERVIÇO NEONATOLOGIA DO HOSPITAL SÃO LUCAS DA PUCRS. FAMED-PUCRS)

INTRODUÇÃO: O transporte neonatal adequado é um fator crítico na diminuição de mortalidade dos recém-nascidos, onde o resultado depende de uma equipe comprometida e qualificada. **OBJETIVOS:** Analisar as condições dos recém-nascidos pré-termos tardios e de termo, à chegada ao serviço de neonatologia de um hospital universitário. **MATERIAL E MÉTODOS:** Foram analisados retrospectivamente os dados da ficha de transporte dos recém-nascidos maiores que 34 semanas, transferidos para a UTI Neonatal no ano de 2015. Analisaram-se as seguintes variáveis: temperatura corporal, glicemia, suporte ventilatório, material, equipe e intercorrências no transporte. **RESULTADOS:** No período estudado, foram transferidos 25 recém-nascidos pré-termos tardios e a termo, sendo que um recém-nascido foi transportado sem incubadora e outro no colo de uma enfermeira. Os principais motivos para a transferência foram: nove (36%) por

patologias cirúrgicas, oito (32%) por problemas respiratórios e três (12%) por hiperbilirrubinemia severa. Três (12%) recém-nascidos tinham escore TRIPS ≥ 10, oito (32%) estavam hipotérmicos, um (4%) hipoglicêmico e três (12%) hiperglicêmicos. Cinco (20%) recém-nascidos estavam sem acesso venoso. Doze (48%) utilizavam oxigênio e quatro (16%) encontravam-se em ventilação assistida. Um recém-nascido foi transportado apresentando pneumotórax bilateral desde o hospital de origem, sem drenagem torácica e com ventilação com balão autoinflável e cânula traqueal. Dois RN foram transportados em ventilação com ressuscitador manual e cânula traqueal: um desses apresentava hipertensão pulmonar e o outro teve três episódios de parada cardiorrespiratória durante o transporte, sendo realizadas as manobras de reanimação com a viatura em movimento, sendo detectado pneumotórax bilateral hipertensivo na chegada à unidade. Considerou-se que doze (48%) recém-nascidos foram transportados adequadamente. **CONCLUSÃO:** Observou-se que, mesmo em recém-nascidos de menor risco, o transporte inter-hospitalar mostrou importantes inadequações, sinalizando que urge treinar os profissionais adequadamente.

PC-10 TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS NO TRANSPORTE NEONATAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO

PATRÍCIA FRANCO MARQUES (UFMA); MARYNÉA SILVA DO VALE (UFMA); SUSANA FILGUEIRA VALADÃO (UFMA); ROBERTA BORGES CORREIA DE ALBUQUERQUE (UFMA); MÁRCIA MARGARIDA MENDONÇA PEREIRA (UFMA); MARIA JOSÉ DA SILVA SOUZA (UFMA)

INTRODUÇÃO: Em algumas situações, os recém-nascidos (RN) de risco necessitam ser transferidos para um centro terciário ou para algum procedimento. Nestes casos, o transporte deve ser realizado de maneira adequada pelos profissionais de saúde. **OBJETIVOS:** Descrever a frequência de cursos e profissionais treinados em transporte neonatal de RN de risco por profissionais de saúde em um Hospital Universitário. **MÉTODOS:** Estudo transversal descritivo incluindo todos os cursos e alunos treinados no transporte neonatal realizados em um Hospital Universitário, no período de 2011 a 2015, pelos instrutores do PRN (Programa de Reanimação Neonatal) da SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria). O curso tem carga horária de 8 horas com 1 aula teórica e 4 aulas práticas, abordando as etapas do transporte neonatal seguro e os problemas mais frequentes relacionados ao transporte do recém-nascido de risco. O treinamento é ministrado por instrutores credenciados pelo PRN-SBP. As aulas práticas contemplam os seguintes temas: etapas iniciais do transporte, manuseio da incubadora de transporte, do equipamento para ventilação, do oxímetro e da bomba perfusora, além do cálculo do risco, estabilização clínica pré-transporte, suporte ventilatório e o transporte propriamente dito. **RESULTADOS:** No período do estudo foram realizados 10 cursos de transporte neonatal com 115 profissionais de saúde treinados e aprovados. **CONCLUSÃO:** O transporte neonatal deve ser considerado como uma extensão dos cuidados realizados na UTI. Saber reconhecer as principais indicações para o transporte como: infraestrutura mínima, estado clínico do recém-nascido e as condutas terapêuticas a serem tomadas nas possíveis intercorrências são fundamentais para que o recém-nascido seja transportado de maneira segura minimizando assim os impactos sofridos por ele durante esse procedimento. O treinamento de profissionais de saúde pode assegurar o transporte neonatal adequado contribuindo para a redução da morbimortalidade neonatal e garantindo a sobrevivência com menos sequelas dos recém-nascidos que necessitam ser submetidos ao transporte.

PC-11 DESCENTRALIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS INSTRUTORES E A INTERIORIZAÇÃO DOS CURSOS DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL

FABIANA ROCHA (SOPEPE); MARIA DE LOURDES ABREU (SOPEPE); MANUELA ABREU E LIMA (SOPEPE); LUCIA CRISTINA SILVA (SOPEPE); CAROLINE GONÇALVES (SOPEPE); DANIELLE BRANDÃO (SOPEPE); FÁTIMA DOHERTY (SOPEPE)

INTRODUÇÃO: O Programa de Reanimação Neonatal (PRN-SBP) visa disseminar conhecimentos atualizados relativos ao cuidado do neonato e no transporte com a finalidade de reduzir a mortalidade associada à asfixia perinatal. **OBJETIVO:** descrever a distribuição dos cursos de reanimação neonatal de acordo com as regiões do Estado de Pernambuco através da formação dos instrutores. **MÉTODO:** estudo transversal, descritivo da avaliação do impacto da formação dos instrutores na realização dos cursos de reanimação do PRN-SBP nos hospitais do Estado. Os dados foram obtidos através do programa informatizado e foram analisadas, entre jan/2011 e fev/2016, as seguintes variáveis: número de instrutores formados, número de cursos e número de alunos treinados. Além disso, verificou-se as regiões dos cursos divididas em: Capital, Litoral-Zona da Mata, Agreste e Sertão. **RESULTADOS:** foram realizados 26 cursos de formação de instrutores, capacitando 43 pediatras para realizar os cursos de reanimação neonatal para médicos e profissionais de saúde, 30 Pediatras para o curso de prematuro, 14 transporte e 7 parteiras tradicionais, distribuídos nas regiões do Estado. No período estudado, foram realizados 195 cursos com o treinamento de 1870 alunos, destes, 55 cursos para médicos (664), 64 para profissionais da área de saúde (653), 25 para prematuro (225), 22 cursos de transporte de recém-nascido de alto risco (167) e 3 para Parteiras Tradicionais (43). Quanto aos cursos realizados fora da capital, observou-se uma interiorização nos treinamentos nas seguintes Regiões do Estado: 22 cursos no Sertão (203), 25 cursos no Agreste (203), 22 Zona da Mata/Litoral (194), totalizando 69 (35%) cursos com treinamento de 600 alunos. **CONCLUSÃO:** Um terço dos cursos foi realizado fora da Capital do Estado de Pernambuco com distribuição homogênea nas regiões do Agreste, Sertão e Zona da Mata/Litoral. Estes resultados se devem a descentralização dos instrutores atuantes nas regiões onde trabalham. Dessa maneira, facilita a disseminação do conhecimento nos locais de difícil acesso.

PC-12 IMPLANTAÇÃO DO CURSO DE REANIMAÇÃO NEONATAL NA PROGRAMAÇÃO DE ESTÁGIO DE PEDIATRIA DE INTERNOS DO QUINTO ANO DE UMA FACULDADE DE MEDICINA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

RENATO OLIVEIRA DE LIMA (INSTRUTOR DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL SBP/SPSP); MAURO PALMA (HOSPITAL GERAL DE ITAPEVI); BRUNO CHINELATO DALL'ACQUA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO); FERNANDA BARROS DE ARRUDA TELLES (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO); JORGE NICOLAS ANDRAOS JÚNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO); MARIAH AGUIAR ITO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO); MARIANA LUI MIGUEL (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO); PRISCILA DE OLIVEIRA MACHADO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO)

INTRODUÇÃO: O Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) pode contribuir na formação de estudantes de Medicina através do ensino de medidas estratégicas que contribuam na redução da mortalidade neonatal. **OBJETIVOS:** implantar o curso de Reanimação Neonatal como atividade obrigatória do estágio de Pediatria de internos do quinto ano de uma faculdade de Medicina. **MÉTODOS:** durante o estágio com duração de 30 dias no setor de Neonatologia, que inclui atividades em Alojamento Conjunto e Salas de Parto, os internos são treinados por instrutor do PRN da SBP através de curso teórico-prático com duração de 8 horas, com realização de pré e pós-teste, sendo aprovados aqueles que atingirem rendimento igual ou superior a 90%. A nota obtida contribui para a média final do estágio. **RESULTADOS:** observa-se, ao final do curso, um bom entendimento sobre a importância de se estabelecer intervenções sequenciais apropriadas, como via aérea permeável, respiração efetiva, assim como uma circulação adequada. O PRN ainda melhora o grau de auto-confiança dos alunos, contribui para a melhoria do controle emocional diante de uma situação de emergência e capacita o grupo a trabalhar como equipe. Em pesquisa de satisfação realizada com todos os participantes ao final do curso, ao serem questionados sobre a organização, qualidade das atividades práticas e teóricas e dinâmica do curso, os alunos têm relatado grande entusiasmo com os conhecimentos adquiridos, mostrando-se mais encorajados diante de uma situação de emergência. **CONCLUSÃO:** o PRN da SBP, adotado como atividade obrigatória no estágio de Pediatria de alunos do curso de Medicina, contribui de forma efetiva no processo de formação e amplia os conceitos básicos necessários a uma melhor assistência ao recém-nascido.

PC-13 TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM REANIMAÇÃO NEONATAL EM UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA DO RIO DE JANEIRO

DANIELA RICCIO (PERINATAL); CLÁUDIA BERTOLASI (PERINATAL); PALOMA COSTA (PERINATAL); JOSÉ MARIA LOPES (PERINATAL); ANGELA VIAU (PERINATAL)

INTRODUÇÃO: A sistematização dos procedimentos de reanimação neonatal, através do treinamento de profissionais de saúde, contribui para melhor assistência em sala de parto, reduzindo a morbimortalidade e melhorando o prognóstico futuro dos recém nascidos. **OBJETIVOS:** Descrever o programa de treinamento de reanimação neonatal, nos moldes da Sociedade Brasileira de Pediatria, em uma instituição particular do Rio de Janeiro, e resultados obtidos na melhoria de conhecimento e desempenho por parte dos profissionais avaliados. **MÉTODOS:** Trata-se de um estudo transversal, no qual foram aplicados, 9 cursos, com aulas expositivas e práticas com manequins, durando 8 horas, e avaliações antes e após as aulas, com questões múltipla escolha sobre o tema. O trabalho inclui 73 médicos, 63 enfermeiros, 9 fisioterapeutas e 13 técnicos de enfermagem, totalizando 158 profissionais; no período de um ano. Analisamos a pontuação dos alunos no pré-teste; e pós-teste. Para a comparação de médias foi realizado o teste 't'. Foram excluídos da análise estatística 7 participantes que não fizeram o pré-teste. **RESULTADOS:** A média das notas do pré-teste de todos os participantes dos cursos foi de 67% e do pós-teste 87% ($p < 0,05$). Houve aumento de 85,2% para 96,4% ($p < 0,05$) no grupo de médicos; de 52,4% para 79,8% ($p < 0,05$) no de enfermeiros; de 50% para 81,9% ($p < 0,05$) no de fisioterapeutas; e de 40% para 68,4% ($p < 0,05$) no de técnicos. **CONCLUSÃO:** Esse trabalho mostra a viabilidade da implementação do Programa de Reanimação Neonatal em Instituição privada. Houve melhora significativa nos acertos dos testes, com acréscimo de aproveitamento de 20% englobando todos os profissionais, de 11,2% para médicos, 27,4% para enfermeiros, 31,9% para fisioterapeutas e 28,4% para técnicos. A repercussão positiva em nossa prática hospitalar nos estimula a continuar o treinamento no nosso hospital, de forma regular, objetivando abranger todos os profissionais que trabalham no serviço, visando a excelência nos cuidados do paciente.

PC-14 INTERIORIZAÇÃO DOS CURSOS PARA RECÉM-NASCIDOS ̤34 SEMANAS EM SALA DE PARTO NO ESTADO DE PERNAMBUCO

MARIA DE LOURDES ABREU (SOPEPE); DANIELLE BRANDÃO (SOPEPE); FABIANA ROCHA (SOPEPE); CAROLINE GONÇALVES (SOPEPE); MANUELA ABREU E LIMA (SOPEPE); FATIMA DOHERTY (SOPEPE)

INTRODUÇÃO: O interior do Nordeste apresenta grande diferença na morbimortalidade neonatal em relação a outras regiões do Brasil, principalmente nos recém-nascidos prematuros. **OBJETIVO:** Relatar a experiência da interiorização do curso de recém-nascido prematuro ̤ 34 semanas em Sala de Parto no Estado de Pernambuco do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP). **MÉTODO:** Estudo transversal, descritivo dos cursos de Reanimação do Prematuro em Sala de Parto realizados no período de agosto de 2013 a Janeiro de 2016. Foram analisados os seguintes dados do sistema informatizado do PRN-SBP: o número de instrutores, o número de cursos, o número de alunos treinados, aprovados e reprovados e a região de atuação dos alunos: Sertão, Agreste, Zona da Mata e Região Metropolitana. **RESULTADOS:** De um total de 43 instrutores da reanimação, Pernambuco possui 30 (70%) instrutores para ministrar o curso de Reanimação do Prematuro em sala de parto. Destes 6 instrutores foram formados no Agreste, 3 no Sertão, 2 na Zona da Mata e 21 em Recife. Neste período foram realizados 25 cursos de Prematuro com o treinamento de 234 alunos, destes, 225 alunos foram aprovados e 9 reprovados. No ano de 2013 foram treinados 33 alunos, 33 em 2014, 163 em 2015 e 5 em Janeiro de 2016. Os cursos foram distribuídos nas seguintes regiões: 17 na Capital, 3 na região do Agreste (Caruaru), 1 na Zona da Mata (Vitória de Santo Antão) e 4 no sertão (Petrolina). Cerca de 32% (8) dos cursos foram realizados no interior do Estado. **CONCLUSÃO:** Um terço dos cursos foi realizado no interior do Estado. Provavelmente estes resultados se devem a descentralização dos instrutores atuantes nas regiões onde trabalham. O curso tem o intuito de melhorar a assistência neonatal do prematuro e diminuir morbimortalidade dos neonatos.

PC-15 DISTRIBUIÇÃO DOS INSTRUTORES EM HOSPITAIS PÚBLICOS COM MAIS DE MIL NASCIMENTOS AÑO NO ESTADO DE PERNAMBUCO

DANIELLE BRANDAO (IMIP); MANUELA ABREU E LIMA (IMIP); FÁTIMA MARIA DOHERTY (IMIP); CAROLINE CAVALCANTI GONÇALVES (IMIP); FABIANA AMORIM ROCHA (IMIP); MARIA DE LOURDES DE ABREU FERREIRA (IMIP)

INTRODUÇÃO: uma das metas do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) é formar 1 ou mais instrutores de reanimação nos hospitais com mais de 500-1000 nascidos vivos ao ano. **OBJETIVO:** mapear os instrutores do PRN-SBP que atuam nas maternidades da rede pública com mais de 1000 nascimentos ao ano no Estado de Pernambuco. **MÉTODO:** estudo transversal descritivo sobre o mapeamento dos instrutores do PRN-SBP atuantes nos hospitais públicos ou conveniados ao Sistema Único de Saúde com mais de 1000 partos/ano. Foram analisadas as seguintes variáveis: número de instrutores, local de atuação dos instrutores, número de hospitais do SUS com mais de 1000 partos, instrutores atuantes em hospital por região do Estado: Sertão, Agreste e Zona da Mata/Litoral, Capital e tipo de gestão: Estadual, Municipal e Dupla. **RESULTADOS:** Em Pernambuco, nascem aproximadamente 142.000 neonatos nos 185 municípios do Estado. Cerca de 79.975 (57%) partos foram realizados em 29 hospitais da rede pública com mais de 1000 nascimentos. Destes, 15752 (20%) nasceram em 6 hospitais do Sertão, 11.904 (15%) em 5 hospitais do Agreste, 26.110 (32%) em 10 maternidades da zona da Mata/Litoral e 26.209 (33%) em 8 hospitais da Capital. No Estado, existem 44 instrutores do PRN-SBP e estão distribuídos: 6 no Sertão em 1 hospital, 9 no Agreste em 2 maternidades, 6 Zona da Mata/Litoral em 2 maternidades e 23 instrutores em Recife atuantes em todos os 8 hospitais com mais de mil nascimento/ano. Das 29 maternidades com mais de 1000 partos/ano, 14 são estaduais, 11 municipais e 4 Duplas. Destas, 13 possuem instrutores do PRN-SBP e realizaram 46.023 (58%) partos/ano em 2014. **CONCLUSÃO:** No Estado, 48% dos hospitais da rede pública com mais de 1000 nascimentos possuem instrutores do PRN-SBP, distribuídos no Sertão, Agreste, Zona da Mata/Litoral e, principalmente, na capital.

PC-16 TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL NO ESTADO DE SÃO PAULO - 2011 A 2015

HELENILCE PAULA FIOD COSTA (SPSP/SBP); MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (SPSP/SBP); CLAUDIA TANURI (SPSP/SBP); SÍLVIA HELOÍSA MOSCATEL LOFFREDO (SPSP/SBP); ANA MARIA ANDRELLO G. PEREIRA DE MELO (SPSP/SBP); CHEUNG HEI LEE RUSSO (SPSP/SBP); MARIA ÂNGELA SARAIVA (SPSP/SBP); BETTINA BARBOSA DUQUE FIGUEIRA (SPSP/SBP); INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA

INTRODUÇÃO: O treinamento em reanimação de profissionais consiste numa das ações mais efetivas para redução da asfíxia perinatal ao nascer e, conseqüentemente, da mortalidade neonatal. **OBJETIVOS:** Analisar os treinamentos em reanimação neonatal ministrados no Estado de São Paulo (ESP) para médicos e profissionais de saúde, no período que se sucedeu após as novas condutas do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) de 2011- 2015. **MÉTODOS:** Estudo transversal descritivo que inclui todos os cursos realizados no ESP de Janeiro de 2011 a Dezembro de 2015. As informações foram extraídas através do banco de dados eletrônico fornecido pelo PRN da Sociedade Brasileira de Pediatria. Analisou-se o número de treinados de acordo com sua atividade profissional: médicos, auxiliares da Reanimação Neonatal, médicos residentes em pediatria (1º e 2º anos). **RESULTADOS:** No quinquênio, foram realizados 424 cursos em reanimação neonatal com 3.718 profissionais de saúde aprovados, sendo que 57% dos cursos foram realizados nos anos de 2013 e 2014. Em relação aos médicos, 4.906 foram aprovados em 437 cursos, não sendo observada diferença na frequência relativa dos cursos no decorrer dos anos. Em 2015, dos 864 residentes matriculados no primeiro e segundo anos de pediatria, 94% foram treinados. O curso de Reanimação Neonatal do Prematuro, iniciado no ESP em 2013, contabilizou 362 profissionais treinados. **CONCLUSÃO:** Ocorreu um aumento proporcional dos auxiliares da Reanimação treinados no período de 2011 a 2015, com pico em 2013 e 2014, provavelmente secundário à Portaria 371 do Ministério da Saúde de 7 de Maio de 2014, que exige um profissional treinado na reanimação neonatal para

executar todos os procedimentos. A maior parte dos cursos foi realizada na Capital e região Metropolitana, o que mostra a necessidade de concentrar esforços na disseminação do PRN no Interior do ESP, a fim de melhorar a assistência imediata ao recém-nascido.

PC-17 CURSO DE REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS QUE DERAM CERTO

HELENILCE DE PAULA FIOD COSTA (SPSP/SBP); MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (SPSP/ SBP); CLAUDIA TANURI (SPSP/ SBP); SÍLVIA HELOÍSA MOSCATEL LOFFREDO (SPSP/ SBP); ANA MARIA ANDRELLO G. PEREIRA DE MELO (SPSP/ SBP); CHEUNG HEI LEE RUSSO (SPSP/ SBP); MARIA ÂNGELA SARAIVA (SPSP/ SBP); BETTINA BARBOSA DUQUE FIGUEIRA (SPSP/ SBP); INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SPSP/ SBP)

INTRODUÇÃO: Para disseminar os conhecimentos e treinar os profissionais de saúde em reanimação neonatal, muitas vezes temos que lançar mão de apoio logístico e financeiro. **OBJETIVO:** Relatar três experiências de treinamento e disseminação do conhecimento em Reanimação Neonatal para profissionais da saúde na Capital do Estado de São Paulo. **MÉTODO:** Nos anos de 2014 e 2015, começamos a realizar cursos periódicos de Reanimação Neonatal na sede de uma das Regionais da Sociedade Brasileira de Pediatria para médicos e profissionais de enfermagem. Houve bastante procura e treinamos 54 profissionais que atuam em sala de parto. Isto nos permitiu saber como ocorria o processo da reanimação neonatal em alguns hospitais da cidade e, quando possível, sugerir algumas intervenções à enfermagem. A segunda experiência envolveu a parceria com centro de estudos, o que possibilitou o treinamento de 279 profissionais da rede municipal de hospitais. A terceira situação contou com a participação de um hospital municipal, que serviu de campo de estágio para atuação dos alunos de enfermagem de uma faculdade privada. Em contrapartida, viabilizou-se a doação de dois conjuntos completos de materiais para replicação dos cursos do Programa de Reanimação Neonatal (PRN), além do treinamento de 66 funcionários da área perinatal do referido hospital. A cooperação nos três últimos relatos contribuiu para que 399 profissionais de saúde fossem treinados pelo PRN no município de São Paulo. **CONCLUSÃO:** A parceria com instituições educacionais deve ser estimulada a fim de que possamos treinar mais profissionais de saúde em reanimação neonatal e assim, reduzir a asfixia ao nascer em nosso País para contribuir com o declínio da mortalidade neonatal.

PC-18 TECNOLOGIA EDUCACIONAL POR SIMULAÇÃO E O ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA GRADUANDOS DA DISCIPLINA DE SAÚDE DA CRIANÇA

ALEXANDRE LOPES MIRALHA (UFAM); LUCIANA OLIVEIRA FREIRE (UFAM); GISELLE IZEL (UFAM); MICHELE FERST (UFAM); AURIMERY GOMES CHERMONT (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ - UFPA); IVO AUGUSTO DA SILVEIRA GONÇALVES (UFAM); SHEILA MÁRCIA LOPES SERPA (UFAM); ICARO ZURRA VASCONCELOS (UFAM); AMANDA ELLEN DE MORAIS (UFAM); JÉSSICA ALVES POTULSKI (UFAM)

INTRODUÇÃO: A utilização de manequins para o treinamento da reanimação neonatal é uma prática que ocorre entre profissionais de saúde há algum tempo. Poucas são as experiências de incorporação desta atividade dentro do currículo médico. **OBJETIVO:** Descrever a experiência pedagógica realizada no Laboratório de habilidades e simulação realística (LH&SR) enfocando procedimentos relacionados à reanimação neonatal na sala de parto na disciplina de saúde da criança do curso de medicina. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo transversal com check list entre os anos de 2012 a 2015 no LH&SR. A amostra foi constituída por 42 discentes avaliados em manequins ALS Baby para demonstração dos passos iniciais (PI), da ventilação com pressão positiva (VPP), intubação traqueal (IT), massagem cardíaca (MC) e diluição de drogas (DD). O 2º check list foi aplicado duas semanas após o 1º. Os dados foram analisados no Software R versão 3.2.2 e os resultados descritos em percentuais para o desempenho no 1º e no 2º check list para cada uma das variáveis analisadas. A possível associação entre os dois check

list para cada variável foi analisada pelo teste do qui-quadrado ($p < 0,05$ para rejeição da hipótese nula). **RESULTADOS:** Dos 42 discentes, 52,4% (22/42) era masculino e 47,6% (20/42) feminino. Em todas as variáveis foi observado mais de 70% de acertos no 2º check list, com a MC obtendo 100% de acertos, seguida pela VPP (92,9%) e pelo PI (85,7%). A relação ventilação- compressão e a IT ficaram com 81% e 73,8%, respectivamente. Não houve diferenças entre o desempenho do gênero com as variáveis estudadas ($p > 0,05$). **CONCLUSÃO:** O LH&SR permitiu em curto espaço de tempo avaliações positivas para todas as variáveis. Isto sugere que o curso de reanimação neonatal seja incorporado ao currículo por ser tema de interesse à formação do perfil do egresso.

PC-19 CAPACITAÇÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM PARA UMA MELHOR ABORDAGEM DURANTE A REANIMAÇÃO NEONATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

MARIA CRISTINA SOARES FREITAS (HGWA); ELEN DOS SANTOS CATUNDA (HGWA); JOCELIA MARIA DE AZEVEDO BRINGEL (HGWA,UECE); PRISCILA DE SOUSA MAGALHAES (HGWA); LUIZ DE MORAES FERREIRA JUNIOR (HGWA); DENISE GURGEL LIMA ZARANZA LOPES (HGWA)

INTRODUÇÃO: A parada cardiorrespiratória (PCR) é a cessação súbita das funções cardíacas e respiratórias. A detecção precoce e uma assistência adequada é importante para salvar vidas. Mesmo com material disponível, de fácil acesso e checado, observou-se a demora e a inexperiência de agir sobre os passos e tempos adequados da reanimação neonatal na PCR. **OBJETIVO:** Capacitar e aperfeiçoar os membros da equipe de enfermagem para o atendimento imediato e efetivo na reanimação neonatal. **MÉTODOS:** Estudo transversal com um caráter retrospectivo, quantitativo e descritivo, realizado em uma Unidade Neonatal de um hospital público da Fortaleza, no período de janeiro à agosto de 2015. **RESULTADOS:** Os profissionais de enfermagem, novatos e veteranos, sabiam identificar os primeiros sinais e sintomas da PCR. A manipulação cuidadosa da cabeça e pescoço, o aquecimento antes de manobras de reanimação foram as principais ações que refletem conhecimento básico. Poucos profissionais sabiam sobre a sequência correta da aplicação das manobras de RCP. Todos os participantes ($n=58$) demonstraram conhecer a técnica de suporte avançado em neonatologia realizada pelo médico, os medicamentos administrados e o material. Porém, 65,5% ($n=38$) não conheciam as devidas rotinas, dificultando o desempenho da equipe, gerando insegurança durante a reanimação. Com o treinamento ministrado pelo médico diarista aos profissionais de enfermagem e a implantação de escala mensal com passos e a designação de um responsável, observou-se melhorias na habilidade técnica e prática da equipe multiprofissional. **CONCLUSÃO:** Conclui-se que a equipe de enfermagem possui uma importância significativa, desde que capacitados para o atendimento a PCR. O enfermeiro é o líder de sua equipe, que devem estar preparados para agir com rapidez e conhecimento para um desfecho eficaz. A postura ética moral e o seguimento das leis do exercício profissional devem permear todas as ações de enfermagem durante o atendimento ao RN e na reanimação (GUIMARÃES & LOPES,2005).

PC-20 TREINAMENTO DE RESIDENTES EM REANIMAÇÃO NEONATAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO

PATRÍCIA FRANCO MARQUES (UFMA); MARYNÉA SILVA DO VALE (UFMA); SUSANA FILGUEIRA VALADÃO (UFMA); ROBERTA BORGES CORREIA DE ALBUQUERQUE (UFMA); MÁRCIA MARGARIDA MENDONÇA PEREIRA (UFMA); MARIA DA SILVA SOUZA (UFMA)

INTRODUÇÃO: Uma das metas do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) é o treinamento em Reanimação Neonatal de todos os Residentes em Pediatria (1º ou 2º ano) e Neonatologia. **OBJETIVO:** Descrever os treinamentos em reanimação neonatal ministrados aos residentes de Pediatria e Neonatologia pelos instrutores do PRN em um Hospital de ensino. **MÉTODO:** Estudo descritivo transversal que incluiu todos os cursos de reanimação neonatal ministrados para os residentes no período de 2011 a 2015. O Programa de Residência em Pediatria e Neonatologia contempla

em seu projeto pedagógico os treinamentos em Reanimação Neonatal no início do ano. Tal planejamento tem o objetivo de tornar os residentes aptos na assistência ao recém-nascido na sala de parto. Durante o treinamento são abordadas aulas teóricas e práticas do PRN, enfatizando a Ventilação com Pressão Positiva, que é o procedimento mais simples e eficaz na reanimação neonatal. **RESULTADOS:** Foram treinados no período estudado 80 residentes de Pediatria e Neonatologia. **CONCLUSÃO:** O PRN, através dos seus cursos proporciona treinamento para aquisição de conhecimento e competências em reanimação neonatal objetivando melhoria na assistência ao recém-nascido na sala de parto com a realização de procedimentos sequenciais adequados, principalmente nos primeiros minutos de vida. O PRN cumpriu a meta no Hospital Universitário treinando todos os residentes de Pediatria e Neonatologia no período do estudo.

PC-21 TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS PELO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL (PRN) NO ESTADO DO MARANHÃO, NO PERÍODO DE 2011 A 2015.

MARYNÉA SILVA DO VALE (UFMA); PATRÍCIA FRANCO MARQUES (UFMA); SUSANA FILGUEIRA VALADÃO (UFMA); ROBERTA BORGES CORREIA DE ALBUQUERQUE (UFMA); MÁRCIA MARGARIDA MENDONÇA PEREIRA (UFMA); MARIA JOSÉ DA SILVA SOUZA (UFMA)

INTRODUÇÃO: O treinamento em reanimação neonatal constitui um dos pilares da estratégia de intervenção para a diminuição da mortalidade neonatal por asfixia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), através do seu Programa de Reanimação Neonatal (PRN). **OBJETIVO:** Descrever os treinamentos em reanimação neonatal ministrados pelos instrutores do PRN para profissionais de saúde em um Hospital Universitário, no período de 2011 a 2015. **MÉTODO:** Estudo descritivo transversal que incluiu todos os cursos de reanimação ministrados no período de 2011 a 2015. A pesquisa foi realizada em um Hospital Universitário que realiza de forma continuada os treinamentos em reanimação neonatal a todos os profissionais de saúde que prestam assistência ao recém-nascido em sala de parto. **RESULTADOS:** No período do estudo foram realizados 9 cursos de reanimação neonatal para médicos, 15 para profissionais de saúde e 7 para Reanimação de Prematuro. Ao todo foram treinados na Reanimação Neonatal 142 médicos, 264 profissionais de saúde não-médicos e 72 profissionais na Reanimação do Prematuro. **CONCLUSÃO:** O PRN cumpriu a meta no MA no período estudado treinando um número expressivo de alunos, o que pode resultar em mudanças substanciais na qualidade da assistência ao RN, nos quais muitas vezes os partos são assistidos por profissionais de enfermagem. O profissional treinado nas manobras adequadas, principalmente a Ventilação com Pressão Positiva (VPP) em sala de parto pode contribuir de maneira expressiva na redução da mortalidade de RN com asfixia perinatal, principal causa de mortalidade neonatal precoce em um Estado com altas taxas de mortalidade infantil. Portanto, conhecer a frequência dos procedimentos de reanimação é importante para melhorar a assistência Neonatal.

PC-22 DISTRIBUIÇÃO DOS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM HOSPITAIS PÚBLICOS DO ESTADO DE SÃO PAULO

HELENILCE PAULA FIOD COSTA (SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO (SPSP); SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP); MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (SPSP/ SBP); CLAUDIA TANURI (SPSP/ SBP); SÍLVIA HELOÍSA MOSCATEL LOFFREDO (SPSP/ SBP); ANA MARIA ANDRELLO G. PEREIRA DE MELO (SPSP/ SBP); CHEUNG HEI LEE RUSSO (SPSP/ SBP); MARIA ÂNGELA SARAIVA (SPSP/ SBP); BETTINA BARBOSA DUQUE FIGUEIRA (SPSP/ SBP); RENATO OLIVEIRA DE LIMA (SPSP/ SBP); INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO/SBP (SPSP/ SBP)

INTRODUÇÃO: uma das metas do PRN-SBP é formar no mínimo um instrutor em cada instituição no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com ≥500 nascidos vivos ao ano. **OBJETIVO:** avaliar a presença de pelo menos um instrutor do PRN-SBP que atua nas maternidades da rede SUS com

500 partos ao ano na Capital e no Interior do Estado de São Paulo (ESP). **MÉTODO:** Estudo transversal sobre o mapeamento dos instrutores do PRN-SBP atuantes nos hospitais públicos ou conveniados ao SUS com 500 partos em 2014, segundo dados do Ministério da Saúde. Foram analisados: número de instrutores, tipo de gestão municipal ou estadual, segundo a atuação na Capital ou Interior. **RESULTADOS:** Em 2014, ocorreram 625.750 partos nos 645 municípios paulistas, dos quais 311.120 (50%) em 175 hospitais públicos com 500 partos, que possuíam 170 instrutores do PRN-SBP. Dos 175 hospitais, 118 (67%) eram municipais, incluindo as entidades filantrópicas, localizados predominantemente no Interior (n=101) onde nasceram 139.353 (45%) RN do ESP. Dos 101 hospitais municipais do Interior, 8 não possuíam instrutor e foram responsáveis por 6% (8.231) dos partos em 2014. Dos 17 hospitais municipais da Capital, 94% (16) tinham um instrutor formado. Nos 57 hospitais estaduais e 1 federal ocorreram 120.713 partos em 2014, sendo 74.191 (61%) no Interior distribuídos em 38 hospitais. Destes, 5 (13%) não possuíam instrutor e foram responsáveis por 4.935 (7%) nascidos vivos em 2014. Os 19 hospitais estaduais da Capital possuíam pelo menos um instrutor em reanimação neonatal. **CONCLUSÃO:** A grande maioria (95%) dos nascimentos no ESP ocorreu em instituições hospitalares públicas ou conveniados ao SUS com pelo menos um instrutor formado pelo PRN-SBP. Esforços contínuos para disseminação das condutas de Reanimação Neonatal devem ser mantidos, principalmente nas regiões mais afastadas da Capital, a fim de auxiliar na redução da mortalidade neonatal.

PC-23 EXPANSÃO VOLÊMICA COM GLÓBULOS VERMELHOS EM SALA DE PARTO: UMA RÁPIDA TOMADA DE DECISÃO - RELATO DE CASO

RENATO OLIVEIRA DE LIMA (HGIS); RICARDO BATISTA DE QUEIROZ (HGIS); CARLA RODRIGUES LACERDA (HGIS); GISELE CRISTINA VIEIRA (HGIS)

INTRODUÇÃO: A infusão de glóbulos vermelhos, diante de uma perda substancial de sangue, pode ser necessária para proporcionar uma capacidade de transporte de oxigênio adequada. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Gestante em trabalho de parto, 22 anos, primigesta, ausência de patologias prévias, idade gestacional 30 semanas. Encontrava-se em mau estado geral, pálida, taquicárdica e eliminou coágulos de sangue ao toque vaginal. Diante das evidências clínicas de descolamento prematuro de placenta, a equipe neonatal acionou a agência transfusional do serviço que, prontamente, disponibilizou uma bolsa de 69 ml de concentrado de hemácias filtradas, irradiadas e alíquotadas do tipo O negativo. Realizado parto normal. Recém-nascido (RN) do sexo masculino, 1200 gramas, hipotônico, em apneia e bradicárdico. Foram realizadas manobras de reanimação segundo as normas do Programa de Reanimação Neonatal: passos iniciais, ventilação com pressão positiva com máscara, com concentração de oxigênio inicial de 40% e com aumento gradual até 100% em 60 segundos. Realizada intubação orotraqueal devido a persistência do quadro. Após piora da bradicardia (FC < 60 bpm), foi iniciada massagem cardíaca e realizado cateterismo umbilical. Foram administradas duas doses de Adrenalina (1:10000) com intervalos de 3 minutos e duas expansões com concentrado de hemácias (10 ml/kg) em seringa, com duração de 10 minutos. Após melhora do quadro hemodinâmico, o RN foi transferido para a Unidade Neonatal. Apgar 2 (1'), 7(5') e 7(10'). Após 2 horas de evolução, apresentou parada cardíaco-respiratória. Realizada nova expansão volêmica com concentrado de hemácias. Hematócrito com 4 horas de vida: 46%. Hemoglobina: 17,9%. Recebeu alta com 62 dias de vida, 2550 gramas e quadro de hemorragia peri-intraventricular grau IV como principal complicação (acompanhamento ambulatorial). Acreditamos que um alto índice de suspeita de hipovolemia significativa pela equipe médica, assim como a presteza das agências transfusionais são fatores imprescindíveis para o sucesso das manobras de reanimação em salas de parto.

PC-24 CLAMPEAMENTO PRECOCE DE CORDÃO: PRA QUÊ A PRESSA?

AMANDA FREIRE VIEIRA (UFOP); TÚLIO HENRIQUE VERSIANI DE OLIVEIRA (UFOP); WALESKA BRITO RABELO (UFOP); MARIA CRISTINA VEIGA ARANHA NASCIMENTO (UFOP); FLÁVIA CARDOSO RODRIGUES (UFOP-HMOB)

INTRODUÇÃO: Recém nascido (RN), a termo, adequado para a idade gestacional, sexo masculino, nascido em 12/01/2016. Pré-natal e parto sem intercorrências. Mãe Rh negativo. Realizado clampeamento precoce de cordão. Evoluiu com anemia e icterícia neonatal precoce, sem indicação de fototerapia. **OBJETIVOS:** A partir do caso clínico em que o RN apresentou uma anemia provavelmente devido ao clampeamento precoce do cordão com a justificativa de ser filho de mãe RH negativo, objetivou-se esclarecer a indicação ou não do clampeamento precoce de cordão. **METODOLOGIA:** Realização de uma revisão bibliográfica não sistemática sobre o clampeamento precoce de cordão por meio de artigos científicos recentes em plataformas eletrônicas, utilizando palavras chaves: clampeamento precoce de cordão e correspondente na língua inglesa. **RESULTADOS:** Os estudos demonstraram que não houve diferença estatística no tempo do 3º período do parto, nas taxas de hemorragias pós parto, nas manifestações clínicas da icterícia neonatal, no desenvolvimento de policitemia e na transmissão vertical do HIV entre os grupos de clampeamento precoce e tardio de cordão. Além disso, os estudos demonstraram benefícios adicionais na realização do clampeamento tardio de cordão, como: redução de 61% na taxa de anemia requerendo transfusão de sangue, redução de 59% na taxa de hemorragia intraventricular, redução de 62% na taxa de enterocolite necrosante, redução de 29% na taxa de sepse neonatal e redução de 52% na taxa de transfusões de sangue para bebês prematuros com hipotensão. **CONCLUSÃO:** O clampeamento precoce do cordão umbilical (< 1 minuto após o nascimento) somente deve ser realizado quando o recém nascido necessitar de ser movido imediatamente para a reanimação. Nos demais partos, atrasar o clampeamento do cordão 1 a 3 minutos após o nascimento.

PC-25 TUBO T VERSUS BALÃO AUTOINFLÁVEL NA SALA DE PARTO REDUZ MORTE HOSPITALAR OU DISPLASIA BRONCOPULMONAR EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO

RUTH GUINSBURG (EPM-UNIFESP); MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (EPM-UNIFESP); OLGA BOMFIM (IFF-FIOCRUZ); FRANCISCO EULÓGIO MARTINEZ (USP-RIBEIRÃO PRETO); REDE BRASILEIRA PESQUISAS NEONATAIS (RBPN)

INTRODUÇÃO: O ventilador mecânico manual em T (tubo T) vem tomando lugar do balão autoinflável para ventilar recém-nascidos pré-termo (RNPT) em sala de parto, mas evidências científicas são escassas. **OBJETIVO:** Analisar a incidência de morte hospitalar ou displasia broncopulmonar (DBP) em RNPT que receberam ventilação com pressão positiva (VPP) ao nascimento com tubo T versus balão autoinflável sem válvula de PEEP. **MÉTODOS:** Coorte prospectiva de RNPT de 23-33 semanas, peso 400-1499g, sem malformações, que receberam VPP ao nascer nos 20 hospitais públicos universitários da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN) em 2014. O atendimento em sala de parto seguiu o Programa de Reanimação Neonatal da SBP, 2011. A escolha do tubo T ou balão autoinflável foi do neonatologista que atendeu o RN em cada centro. Definiu-se DBP como uso de oxigênio com 36 semanas de idade pós-conceptual. O desfecho, morte hospitalar ou DBP, foi analisado por regressão logística ajustada para fatores de confusão. **RESULTADOS:** Dentre 1764 nascidos na RBPN sem malformações em 2014, 1016 preencheram critérios de inclusão: 681 (67%) receberam VPP com tubo T e 335 (33%) com balão. Características dos ventilados com tubo T vs. balão: peso 964 ± 282 vs. 932 ± 282 g; idade gestacional 28 ± 2 vs. 28 ± 3 semanas; esteroide antenatal 76% vs. 68%; óbito hospitalar ou DBP 46% vs. 61% ($p < 0,001$). Regressão logística ajustada para pré-natal, hipertensão, corioamnionite, esteroide antenatal, DPP/placenta prévia, cesárea, idade gestacional, sexo, reanimação avançada, CPAP na sala de parto, hipotermia à admissão, SDR, escape de ar, HPIV 3/4, PCA tratada, ECN cirúrgica e sepse tardia comprovada mostrou que o tubo T na VPP em sala de parto foi protetor quanto a óbito hospitalar ou DBP (OR 0,67; IC95% 0,46-0,99; Hosmer-Lemeshow: 0,957). **CONCLUSÃO:** O uso do tubo T para ventilação em sala de parto reduz a incidência de óbito hospitalar ou DBP em neonatos pré-termo.

PC-26 EFEITOS DO USO DE PEEP NO BALÃO AUTO-INFLÁVEL SOBRE O PH E A PACO2 DURANTE A VENTILAÇÃO MANUAL EM COELHOS ADULTOS

ROBERTA MARIA DE PAIVA AZEVEDO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN); CELSO MOURA REBELLO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN); RENATA SUMAN MASCARETTI (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN - HOSPITAL VILA SANTA CATARINA); JOÃO CÉSAR LYRA (UNESP CAMPUS BOTUCATU); LUCIANA BRANCO HADDAD (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN); NATÁLIA RODRIGUES DA COSTA (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN); DIANA MILENA BAGGIO (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN); JULIANA SERAPHIN PIERA (UNIVERSIDADE SÃO FRANCISCO CAMPUS BRAGANÇA PAULISTA); ROBERTA MUNHOZ MANZANO (FACULDADES INTEGRADAS DE BAURU)

INTRODUÇÃO: Um quarto das mortes neonatais é causada por asfixia ao nascimento, podendo ser evitadas por manobras de reanimação, sendo a ventilação o procedimento mais efetivo. **OBJETIVOS:** Comparar, em modelo experimental utilizando coelhos adultos, os efeitos do uso da PEEP no balão autoinflável sobre a PaCO₂, pH e a mecânica respiratória, em relação ao balão autoinflável sem PEEP e o ventilador mecânico manual em T (Peça-T) com PEEP. **MÉTODOS:** 21 coelhos adultos (New-Zealand-White) foram divididos em três grupos: balão autoinflável com PEEP=5cmH₂O (BAI com PEEP; n=7); balão autoinflável sem PEEP (BAI sem PEEP; n=7) ou Peça T com PEEP=5cmH₂O (Peça-T; n=7). Após sedação (quetamina-acepromazina), tricotomia e anestesia do pescoço (xylocaina-2%), a carótida foi cateterizada para coleta de gasometrias, seguido de traqueostomia e conexão da cânula a um sistema informatizado de aquisição de dados de mecânica respiratória. Sete voluntários com experiência em reanimação de recém-nascidos ventilaram três animais por 10 minutos, seguido de sacrifício com pentobarbital sódico. Amostras de sangue arterial para gasometria foram obtidas antes do início e ao término da ventilação. **RESULTADOS:** O valor da PEEP foi 0,0±0,0cmH₂O para BAI sem PEEP, 5,8±0,4cmH₂O para BAI com PEEP e 5,3±0,6cmH₂O para Peça-T. Houve elevação de pH (7,60±0,15; 7,55±0,14; 7,48±0,10, respectivamente, p=0,273) e redução de PaCO₂ (32,0±9,1mmHg; 34,0±9,6mmHg; 36,2±8,4mmHg, respectivamente, p=0,690) em todos os grupos. A peça-T gerou menores valores de volume-corrente (21,9±6,9ml/kg; 15,3±1,2ml/kg; 13,4±3,7ml/kg, respectivamente, p=0,036), volume-minuto (712,9±147,4ml/kg; 580,0±187,2ml/kg; 260,4±53,2ml/kg, respectivamente, p<0,001) e frequência respiratória (p<0,05), com tempo inspiratório maior. A pressão inspiratória foi maior nos equipamentos com PEEP (15,4±2,9cmH₂O; 26,1±3,1cmH₂O; 23,0±3,4cmH₂O; respectivamente, p<0,001) (valores em média±desvio-padrão). **CONCLUSÃO:** O uso da PEEP no balão autoinflável não modificou a PaCO₂ ou o pH após 10 min de ventilação, porém resultou em menor volume-corrente e menor volume-minuto em relação ao balão autoinflável sem PEEP. A Peça-T resultou em melhor qualidade da ventilação.

PC-27 PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS A PRESSÃO CONTÍNUA EM VIAS AÉREAS EM SALA DE PARTO NO HOSPITAL SOFIA FELDMAN

ISABELLA TEIXEIRA DE OLIVEIRA GAZIRE (HOSPITAL SOFIA FELDMAN); MARIELLA MARTINS MORAIS CHAVES (HOSPITAL SOFIA FELDMAN); RENATA DE CARVALHO SCETTINO (HOSPITAL SOFIA FELDMAN); SANDRA CLECÊNCIO FERREIRA (HOSPITAL SOFIA FELDMAN)

O sistema respiratório do recém-nascido prematuro encontra-se ainda em desenvolvimento. O surfactante, produzido pelos pneumócitos tipo II, tem como função diminuir a tensão superficial da interface ar/líquido no alvéolo evitando o seu colapso ao final da expiração. Quando o surfactante está ausente ou inativo ocorrerá um aumento dessa interface, acarretando colapamento alveolar progressivo. O surfactante encontra-se ausente ou ainda instável na maioria dos recém-nascidos menores de 32 semanas. Atualmente, o uso da pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP) vem sendo estudado como uma alternativa menos invasiva, que deve ser instituída de forma precoce, ainda em sala de parto, para prevenir o colapso dos alvéolos e promover uma respiração mais homogênea. Em 18/03/2014 foi implantada no Hospital Sofia Feldman localizado em Belo Horizonte/MG a Instrução de Trabalho Técnico (ITT) sobre o uso do CPAP precoce em sala de parto. Conhecer o perfil dos recém-nascidos prematuros que foram submetidos ao CPAP ainda em sala de parto poderá melhorar a assistência respiratória prestada pela equipe multidisciplinar dessa Instituição com o intuito de reduzir lesões pulmonares agudas, tempo de

ventilação mecânica, uso do surfactante, displasia broncopulmonar, retinopatia da prematuridade, entre outras morbidades. Foi realizado um estudo retrospectivo e descritivo no qual foram analisados os dados de recém-nascidos prematuros nascidos no Hospital Sofia Feldman no período de março de 2014 a março de 2015 com idade gestacional menor que 32 semanas que utilizaram CPAP precocemente em sala de parto. Foram analisadas variáveis maternas e neonatais de 183 pacientes. Através dos dados gerados surgiram muitas propostas de melhoria da assistência que podem ser postas em prática para reduzir a morbimortalidade dos RNPT e melhorar os indicadores de saúde da Instituição.

PC-28 CPAP EM SALA DE PARTO, UMA REALIDADE

MARIA CRISTINA FLEURY GUIMARÃES (HCM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO); RENATA RODRIGUES BIZARRI (HCM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO); MARINA VANZELA LANIA TELES (HCM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO); MARIA CARMEM LUNARDI CARVALHO (HCM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO); MARCIALI GONÇALVES FONSECA SILVA (HCM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO); LILIAN BEANI (HCM SÃO JOSÉ DO RIO PRETO)

A aplicação de CPAP (pressão positiva contínua de vias aéreas) em sala de parto para recém nascidos pré termo (RNPT) já é preconizada pelas diretrizes de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. **OBJETIVO:** relatar que essa é uma prática possível e de fácil treinamento para ser realizada em locais de grande fluxo de nascimento de RNPT. **MÉTODOS:** análise de prontuário dos RN menores de 34 semanas de idade gestacional e sem malformações congênitas, em hospital terciário no ano de 2015. A idade gestacional foi estabelecida através da data de última menstruação materna ou da ultrassonografia do primeiro trimestre. O aparelho utilizado para fornecer CPAP foi o ventilador manual em T da marca FANEM, acoplado ao berço aquecido AMPLA 2085 The Neonatal Total Care. A pressão utilizada foi de 5 cmH₂O, com fluxo variando de 5 - 10 litros/minuto e fração inspirada de oxigênio de acordo com a saturação por oximetria de pulso em membro superior direito. **RESULTADOS:** Foram analisados 127 prontuários. Destes, 57 pacientes foram submetidos à CPAP em sala de parto (44,88%), 39 (30,7%) sofreram intubação orotraqueal, 13 (10,23%) necessitaram apenas de oxigênio suplementar e 18 (14,17%) não necessitaram de suporte respiratório. **CONCLUSÃO:** a pressão positiva no pulmão prematuro previne o colapso alveolar, estabelece a capacidade residual funcional, reduz o extravasamento de proteínas para a luz alveolar e melhora a resposta ao surfactante, com uma melhor resposta dos níveis de oxigenação com menor lesão pulmonar. Alguns estudos já relacionem tal prática à redução do tempo de ventilação mecânica e menor uso de corticoide para tratamento de Displasia Bronco Pulmonar, porém ainda não há relação com redução da mortalidade. Assim, devemos estimular e treinar os profissionais de saúde para sua prática em sala de parto.

PC-29 A EXPERIÊNCIA DE UM CENTRO DE PARTO NORMAL INTRA-HOSPITALAR (CPNI) NA AMAZÔNIA BRASILEIRA COM A IMPLANTACAO DAS BOAS PRÁTICAS DURANTE O NASCIMENTO

GISELLE IZEL (UFAME MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); MICHELE GASPAR FERST (UFAME MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); PAULA CÉLIA MENEZES (MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); ALESSANDRA BRANDÃO (MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); CAMILA CORREIA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); JOSÉ LINS FILHO (MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); CAROLINE PESSOA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO (UFAM); ALEXANDRE LOPES MIRALHA (UFAM)

INTRODUÇÃO: O CPNI é uma concepção de assistência humanizada crescente em nosso país que se baseia em uma ambiência favorável a implantação de ações voltadas ao parto normal humanizado. **OBJETIVO:** Verificar a frequência de boas práticas ao nascimento em um CPNI em maternidade de referência na região Norte do Brasil. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, com dados do CPNI entre 23/10/14 a 31/12/15. **VARIÁVEIS ANALISADAS:** clampeamento tardio, contato pele a pele precoce, amamentação

na primeira hora, uso de métodos não farmacológicos para alívio da dor, procedência e peregrinação da gestante antes da admissão na maternidade. Os dados foram analisados no Software R versão 3.2.2 e foram apresentados através de percentuais. As possíveis associações entre procedência da gestante e variáveis independentes foram testadas pelo teste do qui-quadrado. **RESULTADOS:** Dos 269 nascimentos, 85.3% (220/269) gestantes receberam mais de três métodos para alívio da dor; em 98% (242/269) foi praticado o contato pele a pele com amamentação na primeira hora após o parto, e em 97.8% (263/269) o clampeamento ocorreu tardiamente. Das 269 parturientes, 75.84%(204/269) foram diretamente para a maternidade e 79.4%(162/204) eram procedentes da mesma área da maternidade. Foi verificada forte associação entre a procedência e não peregrinação da gestante ($p < 0,005$). **CONCLUSÃO:** O CPNI parece estimular as boas práticas especialmente em relação ao estímulo ao parto vaginal, com fortalecimento do vínculo mãe-bebê precocemente. O uso de mais de três métodos de alívio da dor pode ter ocorrido por opção materna, uma vez que todos os equipamentos são disponíveis no ambiente do CPNI. A vinculação materna com a maternidade desde o pré-natal possibilita o acesso rápido no momento do nascimento, evitando peregrinação. Ressalta-se como ponto negativo a presença à distância do pediatra não havendo garantias de boa assistência no momento em que ocorre dificuldade na transição da circulação fetal para neonatal.

PC-30 PACOTE DE MEDIDAS APLICADO POR EQUIPE MULTIPROFISSIONAL E AVALIADO CONTINUAMENTE REDUZ A HIPOTERMIA DE RN <34 SEMANAS À ADMISSÃO NA UTIN

MARYNÉA VALE (HUUFMA); VANDA SIMÕES (HUUFMA); JENNIFER ABREU (HUUFMA); PATRÍCIA MARQUES (HUUFMA); KASSYA FREIRE (HUUFMA); ROBERTA ALBUQUERQUE (HUUFMA); SUSANA VALADÃO (HUUFMA); ZENY CARVALHO LAMY (HUUFMA); RUTH GUINSBURG (EPM-UNIFESP); MARIA FERNANDA DE ALMEIDA (EPM-UNIFESP)

INTRODUÇÃO: Apesar de intervenções para controle térmico dos recém-nascidos (RN) pré-termo estarem bem definidas, ainda é um desafio manter a normotermia desde o nascimento até a admissão na UTIN. **OBJETIVO:** Verificar se a implantação de um pacote de medidas aplicado por equipe multiprofissional e avaliado continuamente reduz a hipotermia de RN pré-termo à admissão na UTIN. **MÉTODO:** Estudo de coorte com RN de 23-33 semanas de idade gestacional sem malformações nascidos em centro universitário público nos períodos: I - pré-intervenção (ago/2010-abr/2012; n=254) e II - pós-implantação (ago/2013-jun-2015; n=268) de um pacote de medidas para reduzir a hipotermia (temperatura axilar $< 36,0^{\circ}\text{C}$) à admissão na UTIN. O pacote incluiu capacitação contínua de equipe multiprofissional segundo o Programa de Reanimação Neonatal da SBP com a utilização da ferramenta de qualidade PDCA (Plan-Do-Check-Act). Avaliou-se a frequência de hipotermia à admissão na UTIN nos dois períodos e as medidas associadas à sua redução por meio de regressão logística. **RESULTADOS:** As características maternas e neonatais foram semelhantes nos dois períodos, exceto maior frequência de uso de corticoide antenatal, RN de muito baixo peso, ventilação ao nascer e transporte em suporte ventilatório no período II. Comparando-se o período I ao II, constatou-se frequência de hipotermia 5 minutos após nascimento - 62% vs 21% e à admissão na UTIN - 75% vs 14% ($p < 0,001$). As medidas de prevenção associadas à hipotermia foram: sala de parto/reanimação $\geq 26,0^{\circ}\text{C}$ (OR 0,19; IC 95% 0,09-0,41), uso de toucas de plástico e malha (OR 0,31; 0,12-0,80), incubadora de transporte $\geq 35^{\circ}\text{C}$ (OR 0,28; 0,13-0,58) e uso de saco plástico desde o nascimento (OR 0,39; 0,15-1,04) até a UTIN. **CONCLUSÃO:** A implantação de um pacote de medidas de modo contínuo por equipe multiprofissional é factível em nosso meio e reduziu de maneira significativa a hipotermia à admissão na UTIN em RN < 34 semanas.

PC-31 FREQUÊNCIA DAS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PATRÍCIA FRANCO MARQUES (UFMA); MARYNÉA SILVA DO VALE (HUUFMA); SUSANA FILGUEIRA VALADÃO (HUUFMA); ROBERTA BORGES CORREIA DE ALBUQUERQUE (HUUFMA); MÁRCIA MARGARIDA MENDONÇA PEREIRA (HUUFMA); KASSYA FERNANDA FREIRE (HUUFMA)

INTRODUÇÃO: No Brasil, nascem cerca de três milhões de crianças ao ano, sendo que a maioria delas nasce com boa vitalidade. A maioria dos RNPT precisa de ajuda para iniciar a transição cardiorrespiratória, necessária para a adequada adaptação à vida extrauterina. **OBJETIVOS:** Descrever a frequência das manobras de reanimação neonatal na sala de parto em um Hospital Universitário. **METODOLOGIA:** Estudo transversal e descritivo incluindo Recém-nascidos Pré-termos (RNPT) de muito baixo peso (Peso de nascimento $\leq 1.500\text{ g}$), no período de janeiro a dezembro de 2014. Foram utilizados dados da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN). **RESULTADOS:** A análise descritiva mostrou que dos 143 recém-nascidos no período do estudo, 67,6% necessitaram de alguma manobra de reanimação neonatal. Destes, 32,9% necessitaram de Ventilação com Pressão Positiva (VPP) com balão e máscara, 13,5% foram ventilados com balão e cânula, 70,8% utilizaram ventilador manual em T e máscara, 46,9% ventilador manual em T e cânula traqueal, 12,5% foram submetidos à massagem cardíaca, 11,4% receberam expansor de volume e/ou drogas vasoativas e 42,3% utilizaram CPAP em sala de parto. **CONCLUSÃO:** O ponto crítico para o sucesso da reanimação é a ventilação adequada. Em RNPT, a ventilação pulmonar com pressão positiva (VPP) quando indicada foi utilizada mais amplamente com ventilador mecânico manual em T quando comparada à VPP com balão e máscara, o que vem sendo recomendada de maneira crescente na reanimação dos RNPT com o objetivo de minimizar a lesão pulmonar. Apesar do aumento do uso de CPAP precoce com máscara facial na sala de parto, a frequência da sua utilização ainda necessita ser implementada. Neste trabalho, a frequência de manobras de reanimação em RNPT foi elevada, corroborando os dados da literatura o que torna essencial a presença de equipe treinada na reanimação neonatal na sala de parto.

PC-32 OTIMIZAÇÃO DO USO DE CPAP EM SALA DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

PATRÍCIA FRANCO MARQUES (UFMA); MARYNÉA SILVA DO VALE (UFMA); SUSANA FILGUEIRA VALADÃO (UFMA); MÁRCIA MARGARIDA MENDONÇA PEREIRA (UFMA); KASSYA FERNANDA FREIRE (UFMA); ROBERTA BORGES CORREIA DE ALBUQUERQUE (UFMA)

INTRODUÇÃO: A otimização do uso de CPAP (Pressão positiva contínua nas vias aéreas) na sala de parto reduz a necessidade de ventilação mecânica e surfactante nos recém-nascidos pré-termos (RNPT). **OBJETIVO:** Descrever a frequência do uso de CPAP em sala de parto com o ventilador mecânico manual em 'T' em recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso, comparando a evolução ao longo de três anos. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo transversal retrospectivo, que utilizou dados da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN), da qual o Serviço de Neonatologia do Hospital Universitário faz parte. O período de estudo foi de janeiro/2012 a dezembro/2014. Após o lançamento das Diretrizes do PRN de 2010 foram iniciados e implementados continuamente os treinamentos dos profissionais em Reanimação Neonatal de Prematuros do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **RESULTADOS:** O estudo apontou que a frequência do uso do CPAP em sala de parto aumentou consideravelmente no período da pesquisa. Provavelmente pelo treinamento contínuo dos profissionais da sala de parto em Reanimação Neonatal de Prematuros da SBP. Nos anos de 2012, 2013 e 2014 observa-se aumento considerável da utilização do CPAP em RNPT com taxas de 7,8%, 14,0% e 42,3%, respectivamente. No período do estudo a equipe de profissionais da sala de parto foi treinada continuamente. **CONCLUSÃO:** O CPAP iniciado em sala de parto diminui a dependência de oxigênio com 36 semanas ou óbito neonatal hospitalar podendo reduzir a necessidade de intubação traqueal e o uso de surfactante. O estudo demonstrou que o treinamento contínuo dos profissionais em Reanimação Neonatal foi fundamental para otimizar o uso de CPAP em sala de parto contribuindo para diminuição da morbimortalidade em RNPT.

PC-33 DETERMINAR A FREQUÊNCIA E AS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NECESSÁRIAS NO ATENDIMENTO DO RECÉM-NASCIDO ABAIXO DE 1500G EM SALA DE PARTO.

AURIMERY CHERMONT (UFPA); ALEXANDRE MIRALHA (UFPA); MAYANI RIBEIRO (UFPA); LAELIA BRASIL (UFPA); JERUSA PORTO (UEPA); VANESSA RIOS (UEPA); PATRICIA ROLIM ()

INTRODUÇÃO: No Brasil estima-se que a cada ano, 300.000 crianças necessitem ajuda para iniciar e manter a respiração ao nascer e cerca de 25.000 prematuros de baixo peso de assistência ventilatória.

OBJETIVO: Conhecer as principais manobras de reanimação realizadas em RN com peso $\leq 1500\text{g}$ em hospital privado. **MÉTODOS:** Estudo transversal, analítico, de março de 2007 a março de 2012 analisando as variáveis: tipo de parto; idade gestacional; idade materna; peso ($\leq 1500\text{g}$); manobras de reanimação. Considerou-se manobras de reanimação neonatal: VPP; IOT e IOT + MC. Utilizou-se o programa Microsoft Office Excel 2010 para gráficos e/ou tabelas e o Bioestat 5.0 para testes estatísticos. (CEP-ICS/UFGA) sob o parecer nº 138/11. **RESULTADOS:** Do total de 12.870 bebês (38 natimortos) a amostra constou de 130 RNs, e destes, 87 (66,92%) submeteram-se à reanimação. Todos <math>< 34</math> semanas receberam corticóide antenatal. Quanto à idade materna, 62 (47,69%) mães eram > 30 anos e 64 (49,23%) ≤ 30 anos, sendo 43/62 (69,35%) e 40/64 (62,50%) foram reanimados respectivamente. A IG de 28-31 semanas correspondeu a 65/130 (50%) casos ($p=0,0001$), a maioria (49/65/75,38%) reanimados com VPP + IOT (31/65/47,69%). Do total dos prematuros, 84/121 (91,73%) foram reanimados. Assim, o total de reanimações 52/111 (46,84%) foram VPP + IOT e somente 16/130 (12,30%) dos RNs não foram reanimação. Todos $\leq 1000\text{g}$ (39/130/30%) e >1000g (35/39/89,74%) sofreram reanimação. Quanto ao gênero reanimado, 44/68 (64,70%) eram femininos e 43/62 (69,35%) masculinos. Correlacionando-se o peso com a reanimação entre 1001-1300g, foi frequente VPP + IOT, com 21/130 (42,85%) casos. Entre 1301-1500g, em 45/130 (63,85%) a VPP e 52/130 (40%) VPP + IOT; e 4/130 (3%) VPP+IOT+ MC. Somente 16/130 (12,31%) de 1001-1500g, em 87,50% (14/16) casos necessitaram de reanimação. **CONCLUSÃO:** O peso e a IG estão intimamente relacionados com a necessidade de reanimação neonatal.

PC-34 PREVALÊNCIA DO CONTATO PELE A PELE DE RECÉM-NASCIDOS NA PRIMEIRA HORA DE VIDA EM UM HOSPITAL DE ENSINO

GLEISE MORAES COSTA (HMU); CAMILA VILELA GIACOVONE (FMABC); GABRIELLE GOMES DE SOUZA (FMABC); IZABELLA BRAZ MARTINS DA SILVA (FMABC); MIRIAM EVA KOCH (FMABC); LIVIA BACHA RIBEIRO (FMABC); CIBELE WOLF LEBRÃO (HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITÁRIO SÃO BERNARDO DO CAMPO); KLEBER KOBOL MACHADO (HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITÁRIO SÃO BERNARDO DO CAMPO)

INTRODUÇÃO: O contato pele a pele imediato pós-parto é recomendação do Ministério da saúde através da PORTARIA Nº 371, DE 7 DE MAIO DE 2014, devido aos benefícios fisiológicos e psicossociais evidentes para o binômio. **OBJETIVO:** avaliar a prevalência do contato pele a pele pós-parto num Hospital de ensino e com a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC). **MÉTODO:** Estudo de coorte retrospectivo de 01/12/2015 a 02/03/2016, com registros de nascimento do centro obstétrico. As variáveis analisadas foram apgar de primeiro e quinto minuto, justificativa da realização ou não do contato pele a pele e duração do método no centro obstétrico de hospital de ensino. Óbito fetal, natimorto e dados incompletos dos registros foram excluídos. **RESULTADOS:** Na amostra de 1000 recém-nascidos o contato pele a pele ocorreu em 45%, sendo que 85,09% apresentaram apgar de primeiro minuto e quinto minuto acima ou igual a 7. Nos outros 55%, o impedimento do contato foi sobretudo por mecônio, desconforto respiratório, prematuridade e hipotonia; embora o apgar de primeiro e quinto minuto tenham sido favoráveis a essa prática. **CONCLUSÃO:** Embora o Hospital seja de ensino e pratique as recomendações da IHAC, por vezes uma relação de conflito entre os profissionais com práticas intervencionistas dificultam o contato pele-a-pele precoce mãe-filho. Novas estratégias devem ser encontradas para a melhorar o treinamento e encorajar a equipe multidisciplinar com o objetivo de intensificar o contato pele a pele no centro obstétrico.

PC-35 INDICAÇÃO DE INTUBAÇÃO EM PREMATUROS NA SALA DE PARTO. UMA ANÁLISE DE 3 ANOS.

SARAH DE L. ALLOUFA DA SILVEIRA (FMB - UNESP); JOÃO CESAR LYRA (FMB - UNESP); ANDREIA CRAVEIRO FRANCO (FMB - UNESP); DENISE CAROLINE C. DUTRA LYON (FMB - UNESP); MARIA REGINA BENTLIN (FMB - UNESP); LIGIA MARIA SS RUGOLO (FMB - UNESP)

INTRODUÇÃO: Prematuros de muito baixo peso (PTMBP) frequentemente necessitam de ventilação com pressão positiva (VPP) para reanimação. As diretrizes atuais estimulam o uso da máscara facial como interface para VPP em detrimento da intubação orotraqueal (IOT). **OBJETIVOS:** Avaliar a frequência de IOT para reanimação de PTMBP, ao longo de três anos, e investigar a influência do tipo de parto, idade gestacional (IG) e peso ao nascer (PN) na indicação desse procedimento. **MÉTODOS:** Estudo observacional, transversal, com inclusão de todos os prematuros com PN inferior a 1500g, de janeiro/2012 a dezembro/2014. Excluídos: óbitos em sala de parto e malformações maiores. Variáveis avaliadas: tipo de parto, PN, IG, reanimação na sala de parto e Apgar de 1º e 5º minutos. Resultados analisados pelos testes qui-quadrado, “Anova on way” e cálculo da “odds ratio - OR” ($p=0,05$). **RESULTADOS:** Dentre os 206 RN analisados (PN médio = 1077g / IG média=30 semanas), 77% necessitaram de VPP e 27% foram intubados. A frequência de IOT nos anos 2012, 2013 e 2014 foi de 37%, 29% e 17% respectivamente, sem diferenças entre os anos com relação à média de peso ($p=0,24$), idade gestacional ($p=0,47$) e Apgar ($p=0,41$) dos PT. A intubação ocorreu em 23% dos RN nascidos por parto cesáreo e 36% dos partos vaginais; comparando RN com $PN < 1000$ g versus ≥ 1000 g, IOT ocorreu em 49% versus 13% ($p < 0,001$, OR=6,4; IC 95%: 3,2-12,6); IOT ocorreu em 50% dos RN com IG < 28 semanas e 6% entre os RN ≥ 29 semanas ($p < 0,001$, RR=16,4; IC 95%: 6,6-41,1). **CONCLUSÃO:** Observou-se diminuição da frequência de intubação ao longo dos 3 anos, mesmo com a manutenção das características dos PT estudados. O tipo de parto não influenciou na indicação de IOT, que foi muito mais frequente entre prematuros com idade gestacional inferior a 29 semanas e PN abaixo de 1000 g.

PC-36 REANIMAÇÃO DO RECEM NASCIDO DE MUITO BAIXO PESO E NECESSIDADE DE MASSAGEM CARDÍACA E DROGAS

JOSE MARIA LOPES (PERINATAL); FILOMENA MELLO (STA JOANA); JOFRE CABRAL (PERINATAL); EDNEIA LIMA (PROMATRE); FERNANDO MARTINS (PERINATAL)

A concentração de oxigênio para a reanimação do recém nascido de muito baixo peso (RNMBP) na sala de parto ainda é alvo de pesquisas em vários centros. Após as recomendações de 2010 da Academia Americana de Pediatria, muitos serviços adotaram a FiO₂ de 0,4 como concentração inicial na sala de parto fazendo ajustes no decorrer da reanimação. O objetivo deste trabalho foi comparar a necessidade de oxigênio, ventilação com ambú e máscara, intubação, massagem cardíaca (MC) e drogas em dois períodos: antes (2007 a 2010-Período I) e após (2011 a 2014-Período II) numa população de RNMBP atendidos em 4 maternidades. Estudamos um total de 3816 RNMBP sendo 1553 no período I e 2263 no período II. As características gerais da população nos dois períodos foi bem semelhante e a idade gestacional média não variou (28,6 vs 28,4 semanas). A incidência de asfíxia (apgar < 4) foi menor no PII (12,2 vs 14,5) $p < 0,02$. Entretanto observamos um aumento da necessidade de uso de massagem cardíaca e drogas no PII vs PI (3,6 vs 2,5%) $p < 0,001$. Realizamos uma análise multivariada ajustando para fatores de risco antenatais e periparto (corticoide, tipo de parto, sexo, hipertensão materna, corioamnionite). Observamos que o peso de nascimento, o apgar de primeiro minuto e o período foram os fatores que permaneceram no modelo e determinaram o uso de MC e drogas.

PC-37 SUCESSO DA VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA ATRAVÉS DO BALÃO E MÁSCARA E INTUBAÇÃO ORÓTRAQUEAL PARA REANIMAÇÃO NEONATAL EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NA AMAZÔNIA BRASILEIRA

MICHELE GASPAR FERST (UFAM E MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); GISELLE IZEL (UFAM E MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); PAULA CÉLIA MENEZES (MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); ALESSANDRA BRANDÃO (MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); CAMILA CORREIA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); JOSÉ LINS FILHO (MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); CAROLINNE PINHEIRO PESSOA COELHO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); ALEXANDRE LOPES MIRALHA (UFAM); ROSSICLEI DE SOUZA (UFAM)

INTRODUÇÃO: O procedimento mais importante e efetivo para o sucesso da reanimação é a ventilação adequada. Esta precisa ser iniciada nos primeiros 60 segundos de vida. As dificuldades técnicas na VPP com balão e máscara são as principais causas do insucesso na Reanimação neonatal. **OBJETIVO:** Avaliar se entre os recém-nascidos que necessitaram de ventilação com pressão positiva para a reanimação na sala de parto, a ventilação com balão e máscara seguida ou não de intubação endotraqueal foi eficaz ou se foi realizada intubação endotraqueal imediata. **MÉTODOS:** Estudo observacional descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido a partir da análise documental. Foram analisados os registros de 304 recém-nascidos reanimados com VPP na sala de parto em 2015. **RESULTADOS:** 304 recém-nascidos foram reanimados com VPP, a maioria das mães estão na faixa etária de 21 a 30 anos representando 43% do total, 63% com idade gestacional de 37 a 41+6 semanas, 53% tinham mais de 6 consultas pré-natal e 68% de parto cesáreo. A análise multivariada com regressão logística foi estatisticamente significativa nos reanimados com VPP através de intubação orotraqueal imediata para idade materna <15 anos (p value 0,03), RN com Apgar < 5 no 5º (p value 0,05) e RN com má-formação congênita (p value 0,05). VPP com balão e máscara seguida de intubação orotraqueal para idade gestacional 37 a 41+6 (p value 0,02), sem pré-natal (p value 0,005), RN com Apgar < 5 no 5º (p value 0,03) e RN com má-formação congênita (p value 0,003). **CONCLUSÃO:** Os recém-nascidos reanimados com VPP através do balão e máscara permaneceram em apnéia, sendo necessário intubação orotraqueal, além disso em 20% dos bebês pré-termos a intubação foi imediata. É necessário investir na qualificação e certificação dos profissionais de saúde que atendem o recém-nascido a fim de melhorar os resultados perinatais, através da educação continuada.

PC-38 SEGUE A QUESTÃO ? PREMATUROS: INTUBÁ-LOS OU NÃO EM SALA DE PARTO?

ANA CLÁUDIA SOARES (PROMATRE PAULISTA); CECILIA MARIA DRAQUE (PROMATRE PAULISTA); DANIELA VIGATO (PROMATRE PAULISTA); EDINÉIA VACILOTO LIMA (PROMATRE PAULISTA); FLAVIA LOPES (PROMATRE PAULISTA); WILMA TAVARES (PROMATRE PAULISTA); EDNA SHIMURA (PROMATRE PAULISTA); EDUARDO AMARO (PROMATRE PAULISTA)

INTRODUÇÃO: A maioria dos prematuros (PT) extremos necessita de suporte respiratório para a transição da vida fetal para a extra-uterina. Estas estratégias ventilatórias iniciais são importantes no desenvolvimento ou prevenção de lesões pulmonares ou cerebrais. **OBJETIVO:** Comparar a incidência de hemorragia periventricular (HPIV), displasia broncopulmonar (DBP) e óbito em PT com necessidade de ventilação com ou sem intubação traqueal (IT) na sala de parto (SP). **MÉTODO:** Coorte realizada em maternidade privada de jan /2011 a dez/2015 de 216 PT de 23 0/7 a 28 6/7 semanas de gestação que receberam ventilação com pressão positiva ao nascer conforme as normas da AAP 2010. Foram excluídos aqueles com malformação congênita, necessidade de reanimação avançada e óbito na SP. Os PT foram divididos em 2 grupos: GI: necessidade de IT em SP e GII sem IT. Os desfechos analisados compreenderam: DBP (oxigênio com 36 semanas), HPIV e óbito. A comparação foi realizada pelos testes t de Student, qui-quadrado ou exato de Fisher, e a associação da IT com os desfechos pela regressão multivariada. **RESULTADOS:** Os 216 PT foram divididos em: GI -161 (74%) e GII: 55 (26%). As características dos dois grupos foram semelhantes quanto: corticóide antenatal 87%, parto cesáreo 82%, sexo masculino 57%. Os pacientes do GI (IT) tinham um peso de nascimento menor [GI: 794±231g vs GII: 975±218g; p<0,001] e idade gestacional inferior [GI: 26,1±1,7 sem vs GII: 27,5±0,9 sem; p<0,001]. Os PT do grupo IT apresentaram maior chance de HPIV [OR: 4,9 (IC95%: 2,0-12,2)], DBP [OR: 3,4 (IC95%: 1,8-6,5)] e óbito [OR: 3,5 (IC95%:1,9-6,8)]. Na análise multivariada, controlada para idade gestacional, sexo, pneumotórax, persistência de canal arterial, sepse e enterocolite necrosante a IT foi associada apenas a maior chance de HPIV [OR; 2,86 (IC95%:1,20-6,83)]. **CONCLUSÃO:** Nessa amostra de PT a intubação traqueal em sala de parto foi associada à maior chance de HPIV.

PC-39 USO DE CORTICOSTEROIDE ANTENATAL E NECESSIDADE DE VENTILAÇÃO COM PRESSÃO POSITIVA AO NASCIMENTO EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO.

SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA -FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP); JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA -FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP); FERNANDA DE CASTRO MILLEN (HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODMEO PINOTTI -CAISM-UNICAMP); JULIANA SILVEIRA DUARTE QUINDELER (HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODMEO PINOTTI -CAISM-UNICAMP); CARINE PELLEGRINI ASSAM (HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODMEO PINOTTI -CAISM-UNICAMP)

INTRODUÇÃO: o uso de corticosteroide antenatal (CAN) pode reduzir a necessidade de aplicação de ventilação com pressão positiva (VPP) em sala de parto em recém-nascidos pré-termo (RNPT), especialmente os de muito baixo peso, por acelerar o amadurecimento pulmonar. **OBJETIVOS:** avaliar uso de VPP em RNPT < 1.500 g e o uso de CAN. **MÉTODOS:** estudo de coorte, unicêntrico, em unidade neonatal nível III, incluindo RN < 1.500 g e idade gestacional (IG) entre 24+0 e 33+6 dias, nascidos entre janeiro 2006 a dezembro 2014. Foram excluídos os malformados e os que morreram em sala de parto. O desfecho avaliado foi a necessidade de VPP ao nascimento. Além do CAN foram avaliadas variáveis maternas, de parto e neonatais. Foi realizada análise bivariada e aplicação de teste de qui quadrado. A seguir, realizada análise múltipla com cálculo de odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95%. Nível de significância aceito de 5%. **RESULTADOS:** Do total de 870 RN incluídos permaneceram para a análise 807 após aplicação dos critérios de exclusão. Na análise bivariada o CAN foi um fator estatisticamente significativo (VPP+68,6xVPP-82,6%-p<0,0001), bem como hipertensão materna (34,6x44,5% p=0,004), diabetes materno (7,6x4,0% p=0,028), corioamnionite (8,1x4,0% p=0,014), hemorragia materna (11,5x4,5% p<0,0001), gestação única (80,1x73,6% p=0,03), peso < 1.000g (51,0x32,0% p<0,0001) e IG < 28 semanas (36,6x20,9% p<0,0001). Na análise múltipla, os fatores independentemente associados à VPP foram: uso de corticosteroide (OR 0,43 – 0,30-0,63), hipertensão materna (OR 0,66 – 0,46-0,94), diabetes materno (OR 2,42 – 1,24-4,69), corioamnionite (OR 2,22 – 1,14-4,31), hemorragia materna (OR 2,17 – 1,43-3,95), gestação única (OR 1,54 – 1,04-2,27), peso < 1.000g (OR 2,04- 1,43-2,89) e IG < 28 semanas (OR 1,52 – 1,02-2,25). **CONCLUSÃO:** o uso de CAN conferiu proteção de 57% para necessidade de VPP em sala de parto em RNPT de muito baixo peso.

PC-40 USO DE CORTICOSTEROIDE ANTENATAL E ÍNDICE DE APGAR MENOR QUE 7 EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO DE MUITO BAIXO PESO.

SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA -FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP); JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA -FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP); FERNANDA DE CASTRO MILLEN (HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODMEO PINOTTI -CAISM-UNICAMP); JULIANA SILVEIRA DUARTE QUINDELER (HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODMEO PINOTTI -CAISM-UNICAMP); CARINE PELLEGRINI ASSAM (HOSPITAL DA MULHER PROF. DR. JOSÉ ARISTODMEO PINOTTI -CAISM-UNICAMP)

INTRODUÇÃO: o uso de corticosteroide antenatal (CAN) pode influenciar as condições de vitalidade ao nascer em recém-nascidos pré-termo (RNPT), especialmente os de muito baixo peso, por acelerar o amadurecimento pulmonar. **OBJETIVOS:** avaliar a vitalidade ao nascer pelo índice de Apgar em RNPT < 1.500 g e o uso de CAN. **MÉTODOS:** estudo de coorte, unicêntrico, em unidade neonatal nível III, incluindo RN < 1.500 g e idade gestacional (IG) entre 24+0 e 33+6 dias, nascidos entre janeiro 2006/ dezembro 2014. Excluíram-se malformados e óbitos em sala de parto. Os desfechos foram valores de Apgar com 1 (APGAR1) e 5 minutos (APGAR5) < 7. Além do CAN, avaliaram-se variáveis maternas, de parto e neonatais. Foram realizadas análise bivariada com teste de qui quadrado e análise múltipla com odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95%. Nível de significância aceito de 5%. **RESULTADOS:** De 870 RNPT permaneceram 797 após aplicação dos critérios de exclusão. 44,2% e 11,4% apresentaram APGAR1 e APGAR5 < 7, respectivamente. Na análise bivariada, presença de CAN foi estatisticamente

significativa para APGAR1 < 7 (69,7x82,5% p<0,001), bem como hipertensão materna (34,7x44,3% p=0,006), corioamnionite (8,4x4,1% p=0,011), hemorragia materna (11,5x4,5 p<0,0001), gestação única (80,4x73,4 p=0,021), peso < 1.000g (51,8x32,8 p<0,0001) e IG < 28 semanas (36,1x22,3% p<0,001). Na análise múltipla para APGAR1 < 7 foram fatores estatisticamente associados: CAN (0,49 – 0,34-0,71), hipertensão materna (0,66 – 0,46-0,96), diabetes (2,17 – 1,13-4,16), corioamnionite (2,25 – 1,17-4,34), hemorragia materna (2,17 – 1,20-3,95), gestação única (1,53 – 1,04-2,27) e peso < 1.000g (2,20- 1,54-3,12). Para APGAR5 < 7, na análise bivariada, presença de CAN foi estatisticamente significativa (64,1x78,4% p=0,002), bem como hipertensão materna (27,2x41,7 p=0,007), corioamnionite (10,9x5,4% p=0,038), hemorragia materna (13,0x7,0 p=0,039), peso < 1.000g (59,8x39,8 p<0,0001) e IG < 28 semanas (45,7x26,2 p<0,0001). Na análise multivariada permaneceram: CAN (0,57 – 0,34-0,96) e peso < 1.000g (1,95 - 1,15-3,33). **CONCLUSÃO:** CAN representou fator de proteção para ocorrência de valores de APGAR1 e APGAR < 7 em 51 e 43%, respectivamente, em RNPT < 1.500g.

PC-41 SOLICITAÇÃO DE RETIRADA PELO AUTOR

PC-42 ANÁLISE DOS FATORES DE RISCO RELACIONADOS COM ASFIXIA PERINATAL DOS RECÉM NASCIDOS REANIMADOS EM SALA DE PARTO DE UM HOSPITAL TERCIÁRIO DA REDE SUPLEMENTAR DE FORTALEZA – CE

MARIA GORETTI POLICARPO BARRETO (HRU FORTALEZA); LARA MOREIRA TELES DE VASCONCELOS (UNIFOR); RENATA POLICARPO BARRETO (UNIFOR); AMANDA LOPES DE CASTRO (UNIFOR); AMANDA VALE CATUNDA (UNIFOR); YASMIN PAES GALVÃO DE MELO (UNIFOR); MARIA CLARA MIRANDA LIMA (UNIFOR); LUIZE BEZERRA FONSECA DA MOTA (UNIFOR); ANTÔNIA ERIKA ARAÚJO HOLANDA (UNIFOR); DÉBORA CARDOSO LINHARES GUEDES (UNIFOR)

INTRODUÇÃO: Em 2010, 21% dos óbitos neonatais no Brasil ocorreram por asfixia perinatal, uma das principais causas evitáveis de óbito neonatal, necessitando de ações de melhoria à assistência à gestante, ao parto e ao recém-nascidos (RNs). **OBJETIVOS:** Analisar fatores de riscos relacionados à asfixia neonatal em RNs reanimados em sala de parto. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo, descritivo e analítico durante 2013 a 2015, realizado em Hospital Terciário da Rede Suplementar. Dados coletados dos prontuários. Identificados fatores maternos e neonatais relacionados à asfixia neonatal. Análise estatística univariada e descritiva. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de referência. **RESULTADOS:** Nasceram 4733 RNs vivos, 10% necessitaram de reanimação neonatal em sala de parto. Destes no minuto ouro: 12,2% tiveram asfixia grave, 18,1% asfixia moderada e 69,6% asfixia leve e no quinto minuto esses valores foram reduzidos para 2,1%; 3,2% e 11,8%, respectivamente. No final da assistência, 50% dos RNs foram encaminhados para alojamento conjunto. Os fatores maternos relevantes para asfixia perinatal grave no primeiro minuto foram: Idade materna prevalente, 29 anos (9,3%); Paridade, 81% primíparas; Estado civil, 62% casadas; Escolaridade materna, 53,4% ensino superior completo; Número de consultas pré-natais, 46,5% com 6 a 9 consultas; Tipo de gestação, 91,4% única e Tipo de parto, 55,1% cesáreas. Já os fatores relacionados aos RNs foram: Idade gestacional 65,6% a termos; Peso, 48,2%, peso normal e 34,4%, extremo baixo peso; Sexo, 56,8% masculino. A mortalidade neonatal precoce dos RNs reanimados foi 8,4%. Em relação aos 4.810 partos realizados (incluindo os natimortos), a mortalidade perinatal foi 1,6% e, neonatal precoce foi 0,8%. **CONCLUSÃO:** São necessárias medidas para redução da mortalidade perinatal por asfixia, tais como prevenção primária visando melhoria da saúde materna, reconhecimento de situações de risco no pré-natal, disponibilização de recursos humanos capacitados para atender ao parto e reanimação neonatal imediata com identificação da asfixia.

PC-43 ANÁLISE DO IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DO MODELO DE PARTO ADEQUADO NA ASSISTÊNCIA NEONATAL EM UM HOSPITAL DA REDE SUPLEMENTAR DE SAÚDE: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE 2013 E 2015

MARIA GORETTI POLICARPO BARRETO (HRU FORTALEZA); RENATA POLICARPO BARRETO (UNIFOR); LARA MOREIRA TELES DE VASCONCELOS (UNIFOR); AMANDA VALE CATUNDA (UNIFOR); AMANDA LOPES DE CASTRO (UNIFOR); REBECA LINHARES MATOS (UNIFOR); MARIA CLARA MIRANDA LIMA (UNIFOR); DÉBORA CARDOSO LINHARES GUEDES (UNIFOR); LUIZE BEZERRA FONSECA DA MOTA (UNIFOR); THAYS MARTINS DE SOUSA DUARTE (UNIFOR)

INTRODUÇÃO: No parto adequado, usam-se modelos inovadores de atenção ao parto e ao nascimento, valorizando parto normal e reduzindo percentual de cesarianas desnecessárias na saúde suplementar. **OBJETIVO:** Analisar impacto da implantação do modelo de parto adequado na assistência neonatal em 2015, comparando com o modelo de parto tradicional do serviço em 2013 em um hospital da rede suplementar de saúde. **METODOLOGIA:** Estudo retrospectivo, descritivo e analítico dos recém-nascidos (RNs) de um Hospital terciário da rede suplementar de saúde nos anos de 2013 e 2015. Dados obtidos dos prontuários. Avaliada Análise estatística univariada e descritiva pelo programa SPSS versão 10.0. Aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de referência. **RESULTADOS:** Em 2013, nasceram 1.429 RN; 92,8% cesáreas; idade materna média 30 anos ($\pm 5,4$ anos); média 38 semanas ($\pm 14,58$ dias). 88,8% dos RNs com peso $> 2.500g$; 51%, masculino; 85,2%, encaminhados para alojamento conjunto. 10,2% dos RNs necessitaram de reanimação neonatal, destes 8,2% tiveram anóxia grave no minuto ouro e 2% no quinto minuto. Não houve significância estatística quanto à via de parto entre os anoxiados graves. A mortalidade neonatal precoce foi 4,7% dos reanimados e 0,48% do total de nascimentos. Em 2015, com implantação do modelo de parto adequado, nasceram 1.758 RNs; 83,8% cesáreas; idade materna média 30 anos ($\pm 5,28$ anos); média 38 semanas ($\pm 16,65$ dias). 88,5% dos RNs com peso $> 2.500g$; 49,1%, masculino; 84,6%, encaminhados para alojamento conjunto. 10,2% dos RNs necessitaram de reanimação neonatal, destes 15,5% tiveram anóxia grave no minuto ouro e 2,7% no quinto minuto. Quanto à via de parto, não houve diferença estatística entre os anoxiados graves. A mortalidade neonatal precoce foi 5,5% dos RNs reanimados e 0,68% do total de nascidos vivos.

CONCLUSÃO: Precisa-se investir no atendimento à gestante e ao neonato para obter redução da mortalidade neonatal por asfixia perinatal.

PC-44 IMPACTO DA IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO

JAMIR CARNEIRO SILVA (HMSJ); KELLYN LOURENA LOURENA CANDOTTI LIBONI (HMSJ); HELENILCE DE PAULA FIOD COSTA (HMSJ); CELIA MARA DI GIOVANNI MARQUES DA SILVA (HMSJ); FILOMENA BERNARDES DE MELLO (HMSJ); EDUARDO RAHME AMARO (HMSJ)

INTRODUÇÃO: A hipotermia é um importante fator de morbidade em recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) nas primeiras horas de vida, dificultando a transição para a vida extrauterina. **OBJETIVOS:** Implantação de um protocolo de prevenção de hipotermia na primeira hora de vida, nos RNMBP, em um hospital privado. **MÉTODOS:** Coorte descritiva de 1/01/2014 a 31/12/2015 de RNMBP. A partir da coleta dos dados de 2014 optou-se por estabelecer um protocolo rigoroso de prevenção de hipotermia definida como temperatura axilar abaixo de 36,0 °C, medida na primeira hora de vida dos RNMBP. O protocolo incluía, entre outras ações, treinamento da enfermagem e da equipe médica, conscientização dos obstetras e da diretoria clínica, monitorização rigorosa da temperatura da sala de parto, cuidados específicos na manipulação e na transferência do RN do berço de procedimento para a incubadora de transporte, e uso do colchão térmico-químico sob o RN, durante a reanimação e o transporte para a UTI Neonatal. Os dados categóricos foram analisados através do teste do X² e/ou Fisher. **RESULTADOS:** Em 2014, nasceram 234 RNMBP e a incidência de hipotermia na primeira hora de vida foi de 54,9 % (128/234). Em 2015, após a introdução do protocolo, nasceram 239 RNMBP, e a incidência de hipotermia foi de 19,6% (47/239). Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,0001$). **CONCLUSÃO:** A implantação de um protocolo de prevenção de hipotermia diminuiu significativamente a incidência da morbidade. Cuidados no preparo da sala de parto, da gestante no intraparto, na reanimação dos RNMBP e, principalmente, a conscientização do obstetra e o treinamento de toda a equipe são fundamentais para diminuir, em um curto período de tempo, o risco de hipotermia e morbidades associadas.

PC-45 ALTERAÇÃO DO FLUXO DE ARTÉRIA UMBILICAL EM FILHO DE MÃE HIPERTENSA: DESFECHO CLÍNICO

ANA RAQUEL VILAR SANTOS SANTIAGO (ISEA); CARLA EMÍLIA DA SILVEIRA CHAVES (ISEA); FABÍOLA TERÇO MAGALHÃES RODRIGUES (ISEA); PALOMA CRISPIM CLEMENTE (ISEA); TEREZA RAQUEL BRITO FILGUEIRAS D'AMORIM (ISEA); GEORGIANNA CRISPIM CLEMENTE (ISEA); DENISE MARIA RAMOS DE AMORIM ALBUQUERQUE (ISEA); FERNANDA CRUZ DE LIRA ALBUQUERQUE (ISEA)

INTRODUÇÃO: Hipertensão arterial é evento comum na gravidez e frequentemente associada a repercussões na saúde do feto/recém-nascido (RN). É descrita correlação entre alteração do fluxo sanguíneo em artéria umbilical e maior mortalidade no período neonatal nas gestações com diagnóstico de síndrome hipertensiva. **OBJETIVOS:** Relatar desfecho clínico de um RN de mãe com síndrome hipertensiva, com diagnóstico intraútero de fluxo de artéria umbilical com diástole reversa. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo através de análise do prontuário da gestante A.V.S., internada na unidade de alto risco, e do RN. **RESULTADOS:** Mãe Admitida com pré-eclâmpsia, Gesta II Para 0 Aborto I, 30 anos, oito consultas de pré-natal, em uso de metildopa 500mg/dia, infecção urinária tratada, sem leucorreia ou ruptura prematura de membranas. Realizou ultrassonografia com doppler no dia 26/08/15 que evidenciou bradicardia fetal, com diástole reversa, indicando interrupção da gestação por parto cesárea. Nasceu com 3525g, 40 semanas e 3 dias, APGAR 4/6, banhado em mecônio. Realizada aspiração traqueal e ventilação com pressão positiva com boa resposta. Fez apnéia com 30 minutos de vida, sendo intubado. Evoluiu com bradicardia, realizada massagem cardíaca e adrenalina endotraqueal. Feito cateterismo umbilical e expansão com cristalóide. Admitido em UTI neonatal, instalada ventilação com altos parâmetros, gasometria com Ph<6,8, foi

colocado sob hipotermia terapêutica, repetidas duas fases de expansão e iniciadas drogas vasoativas. Radiografia de tórax sem alterações compatíveis com aspiração meconial. Ecocardiograma de triagem com hipertensão pulmonar, sem malformações estruturais. Persistiu sem melhora apesar das medidas adotadas, apresentando parada cardiorrespiratória irreversível, com oito horas de vida. **CONCLUSÃO:** uso do Doppler no estudo da circulação feto-placentária possibilita o reconhecimento dos sinais fetais de asfixia. A presença de diástole zero e/ou reversa até cinco dias antes do nascimento está diretamente relacionada à maior mortalidade no período neonatal.

PC-46 FATORES DETERMINANTES PARA INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL NA SALA DE PARTO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NO NORTE DO BRASIL

MICHELE GASPAR FERST (UFAM E MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); GISELLE IZEL (UFAM E MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); PAULA CÉLIA MENEZES (MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); ALESSANDRA BRANDÃO (MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); CAMILA CORREIA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); JOSÉ LINS FILHO (MATERNIDADE BALBINA MESTRINHO); CAROLINE PESSOA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO AMAZONAS); ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO (UFAM); ALEXANDRE LOPES MIRALHA (UFAM)

INTRODUÇÃO: Ao nascer, um em cada 10 recém-nascidos necessitam de ajuda para iniciar a respiração efetiva; um em cada 100 precisa de intubação traqueal; e 1-2 em cada 1.000 requer intubação com massagem cardíaca e/ou medicações. **OBJETIVO:** Avaliar fatores que possam aumentar a chance de intubação ao nascer. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo transversal com 304 recém-nascidos entre 01/01/15 e 31/12/15 através de consulta ao banco de dados de uma maternidade de referência na Amazônia brasileira. Foram avaliadas variáveis maternas (idade materna, consultas de pré-natal e tipo de parto) e variáveis neonatais (peso ao nascer, idade gestacional, Apgar no 5º minuto e manobras de reanimação (VPP, VPP + IOT, VPP + IOT + MC + DROGAS). Os dados foram analisados através do Programa Software R versão 3.2.2. A possível associação entre a Intubação traqueal e as variáveis independentes foi analisada através de análise multivariada por regressão logística admitindo-se um valor de $p < 0,05$ para rejeição da hipótese nula. **RESULTADOS:** Dos 5.555 nascimentos em 2015, 304 (5,4%) necessitaram de ajuda para respirar, sendo 79 (26%) intubados ao nascimento. Observou-se que 1,4 em cada 100 foram intubados e 2,5 em cada 1000 necessitaram de reanimação vigorosa. A idade materna < 15 anos ($p = 0,03$), a presença de mal formações ($p = 0,01$), massagem cardíaca em RN com Apgar < 7 no 5º minuto ($p = 0,01$) e a reanimação vigorosa (incluindo o uso de drogas) em prematuros com PN < 1000 gramas foram relevantes. **CONCLUSÕES:** 1 – Idade materna e presença de malformação ao nascer estiveram associadas à necessidade de intubação traqueal, 2- Asfixia perinatal (Apgar de 5º min < 7) esteve fortemente associada com a necessidade de massagem cardíaca e intubação, 3 – As proporções de intubação e necessidade de reanimação vigorosa mostraram-se semelhantes às diretrizes do PRN.

PC-47 FATORES DE RISCO PARA APGAR MENOR QUE 3 NO PRIMEIRO MINUTO

MARCIA GOMES PENIDO (HC-UFMG); MARIA CÂNDIDA FERRAREZ BOUZADA (HC-UFMG); ROBERTA DE CASTRO ROMANELLI (HC-UFMG); LÊNI MÁRCIA ANCHIETA (HC-UFMG); MARIA ALBERTINA SANTIAGO REGO (HC-UFMG); ANA CLAUDIA GUIMARÃES CARVALHO (HC-UFMG); IGOR BRAGA VIEIRA BAIÃO SALGADO (HC-UFMG); NATÁLIA MARIA CÂMARA DA LUZ (HC-UFMG); ZILMA REIS (HC-UFMG)

INTRODUÇÃO: Aproximadamente 10% dos recém-nascidos (RN) necessitam de ventilação com pressão positiva no primeiro minuto de vida para que a respiração seja estabelecida. Fatores maternos e fetais podem interferir na transição para vida extra-uterina. **OBJETIVO:** Avaliar os fatores maternos e fetais associados ao Apgar menor ou igual a 3 no primeiro minuto de vida. **MÉTODOS:** Variáveis maternas e fetais foram analisadas a partir de base de dados perinatais (SISMATER) no período de 2012 a 2015. O desfecho foi Apgar menor ou igual a 3 no primeiro minuto de vida. A análise estatística foi realizada no

SPSS. Em análise univariada foram significantes todos os testes com $p < 0,05$. As variáveis incluídas na regressão logística multivariada foram as com $p < 0,20$. **RESULTADOS:** Informações de um total de 6.725 díades mãe-RN foram obtidas. Destas, 3.142 (46,7%) gestantes de alto risco; 2.510 (37,3%) submetidas a cesariana; 873 (13%) diagnosticadas como hipertensas e 506 (7,5%) como diabéticas. 1.405 (20,9%) receberam analgesia no parto; 505 (7,5%) e 736 (10,9%) receberam ocitocina, respectivamente, no primeiro e no segundo estágio do parto. Na análise univariada, foram incluídas 3.887 binômios devido à variáveis de análise incompletas. Variáveis associadas ao Apgar < 3 no primeiro minuto: primigesta ($p=0,015$), gestação de alto risco ($p=0,000$), gemelaridade ($p<0,001$) e tipo de parto ($p<0,001$). Após regressão logística multivariada, primigesta ($p=0,001$), analgesia materna ($p=0,001$), tipo de parto ($p=0,000$) permaneceram associadas ao Apgar menor ou igual a 3 no primeiro minuto. **CONCLUSÃO:** Fatores materno-fetais, tais como gestação de alto risco, primeira gestação, gemelaridade e analgesia materna foram associados ao Apgar menor ou igual a 3 no primeiro minuto.

PC-48 NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO EM PACIENTES DIAGNOSTICADOS EM ALGUMA ANOMALIA CONGÊNITA CARDÍACA

DJANIRA TORRES DE ARAÚJO (EPM/UNIFESP); DANIELA TESTONI (EPM/UNIFESP); SUELY DORNELLAS DO NASCIMENTO (EPM/UNIFESP); SIMONE DE ARAUJO NEGREIROS FIGUEIRA (EPM/UNIFESP); MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (EPM/UNIFESP); MILTON HARUMI MIYOSHI (EPM/UNIFESP); MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (EPM/UNIFESP); RUTH GUINSBURG (EPM/UNIFESP)

INTRODUÇÃO: Pacientes diagnosticados com anomalia congênita cardíaca compreendem 6 a 8 pacientes em 1000 nascidos vivos, sendo essa prevalência ainda maior nos centros de referência. A necessidade de manobras de reanimação neste grupo de pacientes não está bem definida. **OBJETIVO:** Avaliar a necessidade de reanimação dos recém-nascidos (RN) com anomalias congênitas cardíacas e comparar as características dos pacientes que necessitam de reanimação com os que não necessitam. **MÉTODOS:** Coorte retrospectiva que incluiu todos os RN com diagnóstico anomalia congênita cardíaca durante a internação neonatal, nascidos em hospital universitário público terciário de São Paulo no período de julho/2014 a dezembro/2015. A análise foi descritiva, sendo comparados os pacientes reanimados e não reanimados por Mann-Whitney para medianas e qui-quadrado/Exato de Fisher para Proporções. **RESULTADOS:** No período, nasceram 1256 RN, sendo 64 (5%) com anomalia congênita cardíaca. Receberam algum procedimento de reanimação 23 (36%) (14 ventilados apenas com máscara, 8 ventilados com cânula traqueal e um recebeu ventilação, massagem e medicações). Os grupos reanimados e não-reanimados foram semelhantes quanto a: idade materna, número de consultas de pré-natal, diagnóstico antenatal da anomalia, idade gestacional e sexo. O grupo reanimado tinha menor mediana [p25-p75] de peso de nascimento (2025 [1600-2425] vs. 2850 [2100-3215]; $p=0,0039$) e maior número de anomalias associadas (13(57%) vs. 11(27%); $p=0,031$). O diagnóstico mais comum foi cardiopatia isolada, seguido de síndromes cromossômicas e múltiplas malformações. As anomalias cardíacas isoladas mais frequentes foram o defeito do septo ventricular 7 (22%), coarctação da aorta 4 (13%) e hipoplasia do coração esquerdo 4 (13%). Não houve diferença da necessidade de reanimação entre pacientes com cardiopatias cianogênicas e não cianogênicas (6(47%) vs. 9 (53%), $p=0,60$). **CONCLUSÃO:** Mais de um terço dos pacientes com anomalias cardíacas necessita reanimação. Essa necessidade aumenta na presença de anomalias associadas e quanto menor o peso de nascimento.

PC-49 REANIMAÇÃO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS COM MICROCEFALIA ASSOCIADA AO ZIKA VÍRUS

JUCILLE DO AMARAL MENESES (IMIP); LUÍSA ROCHA MEDEIROS DE MELLO (IMIP); ANA CATARINA MATOS ALVINO (IMIP); DANIELLE CINTRA BRANDÃO (IMIP); ANA LUIZA MACEDO (IMIP)

INTRODUÇÃO: A partir de Set/2015, o Brasil, principalmente Pernambuco, vem registrando um aumento alarmante de microcefalia. **OBJETIVO:** Avaliar RN com microcefalia em sala de parto, comparando, nesta população, aquele que necessitou de reanimação com o RN não reanimado. **MÉTODOS:** Estudo transversal com 81 RNs com microcefalia, nascidos em uma Maternidade referência para gestação de alto risco no período de Out a Dez/2015. Microcefalia no RN foi considerada como o perímetro cefálico $\leq 2DP$ abaixo da média para sexo e idade gestacional com presença de alteração na ultrasonografia transfontanela e/ou tomografia computadorizada de crânio. A necessidade de reanimação neonatal foi caracterizada pelo uso de ventilação com pressão positiva. As variáveis maternas analisadas: presença de doença exantemática na gestação, alterações ultrasonográficas fetais e tipo de parto. As características clínicas dos RN avaliadas: peso ao nascimento (PN), idade gestacional (IG), perímetro cefálico (PC), Apgar do 1 e 5 minuto, presença de malformações associadas e alterações de exames de imagens. **RESULTADOS:** Dos 81 RNs incluídos, 18 (22%) necessitaram de reanimação e 63 (78%) não foram reanimados. As características maternas nos 2 grupos foram semelhantes. O PN ($2571 \pm 504g$), a IG ($38,4 \pm 2,1$ semanas) e o Apgar1 e 5 (mediana=9) foram semelhantes nos dois grupos. A média do PC foi de $28,1 \pm 2cm$. Nesta população, o PC se encontrava $\leq 3 DP$ abaixo da média para sexo e idade gestacional em 15 dos 18 RNs reanimados e em 52 dos 63 dos não reanimados. A presença de malformações associadas, artrogripose e outras alterações osteoarticulares, foi maior no grupo de RNs reanimados (33% x 12%, $p=0.03$) quando comparado com os não reanimados. Todos os 3 óbitos foram reanimados. **CONCLUSÃO:** Em Rns com microcefalia, a presença de malformações esteve associada com maior necessidade de reanimação neonatal.

PC-50 ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO AO RECÉM-NASCIDO COM ANOMALIA CONGÊNITA GRAVEMENTE ENFERMO: SÉRIE HISTÓRICA DE 12 ANOS

PAULA ATTILLI DE ABREU (EPM/UNIFESP); DANIELA TESTONI (EPM/UNIFESP); MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (EPM/UNIFESP); RITA DE CASSIA XAVIER BALDA (EPM/UNIFESP); SUELY DORNELLAS DO NASCIMENTO (EPM/UNIFESP); SIMONE BRASIL DE OLIVEIRA IGLESIAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP); MILTON HARUMI MIYOSHI (EPM/UNIFESP); MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (EPM/UNIFESP); RUTH GUINSBURG (EPM/UNIFESP)

INTRODUÇÃO: Recém-nascidos com anomalias congênitas (RNAC) considerados incompatíveis com a vida muitas vezes não são submetidos a manobras de reanimação, recebendo somente suporte à terminalidade e conforto. Tal conduta tem sido discutida cada vez mais, porém as características dos pacientes não reanimados em sala de parto ainda não estão bem definidas. **OBJETIVO:** Avaliar a porcentagem de RNAC que evoluíram a óbito nas primeiras 24h e não foram reanimados em sala de parto no período 2004-2015 e mostrar suas características nos últimos 18 meses do estudo. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo incluindo todos RNAC nascidos em hospital universitário, público e terciário, que evoluíram à óbito nas primeiras 24h, divididos em 3 períodos: P1=2004-07, P2=2008-11 e P3=2102-15. A análise das características desses pacientes nos últimos 18 meses foi descritiva, sendo comparados os pacientes reanimados e não reanimados pelo teste de Mann-Whitney (medianas) e qui-quadrado/Exato de Fisher (proporções). **RESULTADOS:** Nos últimos 12 anos, o número de nascidos vivos foi 11.052, sendo 1696(15%) portadores de alguma anomalia congênita e destes 274(16%) evoluíram a óbito nas primeiras 24 horas. Não houve diferença entre a porcentagem de não-reanimação entre períodos (P1=52% P2=45% e P3=51%, $p=0,72$). Nos últimos 18 meses de estudo 37 RNAC foram incluídos e 3 não necessitaram reanimação. Não houve diferença entre os RNAC reanimados ($n=14$) e não-reanimados ($n=20$) quanto a: mediana [p25-p75] de peso ao nascer em gramas (2125 [1612-2600] vs. 1998 [1550-2530], $p=0,66$), idade gestacional em semanas (34 [31-35] vs. 35 [32-37], $p=0,56$) e outras características como idade materna, diagnóstico antenatal, Apgar de 1º minuto, sexo ou presença de múltiplas malformações. **CONCLUSÃO:** O grau de investimento na reanimação dos RNAC gravemente enfermos não mudou com o tempo. A decisão de não reanimar não parece estar associada a nenhuma característica do RN. Aprofundar o estudo desses pacientes é fundamental para diminuir a subjetividade da decisão em sala de parto.

PC-51 PARTO DOMICILIAR PLANEJADO VERSUS PARTO HOSPITALAR PLANEJADO: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA SOBRE A SEGURANÇA NEONATAL DO MÉTODO.

DIEGO SCHADECK RODRIGUES (UFPR); CARLOS ALBERTO FERNANDES BALTAR (UFPR)

OBJETIVO: avaliar a segurança neonatal do método, através de revisão da literatura, avaliando os resultados encontrados para os partos domiciliares planejados, no que se refere aos desfechos neonatais, entre eles morbidade, mortalidade e intercorrências. **MÉTODO:** busca nos sistemas MEDLINE e PUBMED, por artigos publicados nos últimos 15 anos referentes ao parto domiciliar, que incluíssem resultados referentes à mortalidade e morbidade perinatais e neonatais relativos aos partos domiciliares planejados, e critérios classificatórios para a inclusão ou exclusão das gestações elegíveis para o parto domiciliar e hospitalar. **RESULTADOS:** Foram selecionados 14 artigos que atendiam os critérios. Os desfechos relacionados à segurança neonatal no parto domiciliar programado em gestações de baixo risco não apresentaram diferenças significativas em relação ao parto hospitalar na maioria dos estudos analisados para desfechos graves, embora, em algumas análises tenham apresentado maior risco quando comparados a partos hospitalares. Alguns estudos relacionaram o aumento na morbimortalidade neonatal à ausência de protocolos bem estabelecidos, bem como com a ausência de políticas de saúde pública para o parto domiciliar. Idade maior que 35 anos e nuliparidade foram fatores maternos associados à maior morbimortalidade no parto domiciliar. **CONCLUSÕES:** A segurança do parto domiciliar planejado, com relação aos desfechos neonatais, ainda é controversa deferindo entre países e regiões. Os melhores resultados estão naqueles onde há uma rede de suporte que inclua apoio governamental, políticas de saúde pública e regulamentação de protocolos que são revistos e auditados periodicamente. Assim, a segurança do parto domiciliar planejado, do ponto de vista neonatal, não deve ser universalizada mas sim avaliada no contexto local.

PC-52 PREVALÊNCIA DE REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM RECÉM-NASCIDOS COM PREMATURIDADE TARDIA

FERNANDA CRUZ DE LIRA ALBUQUERQUE (ISEA); ANA RAQUEL VILAR (ISEA); ALINE SILVA SANTOS SENA (ISEA); DENISE MARIA RAMOS DE AMORIM ALBUQUERQUE (ISEA); FLÁVIO JOSÉ PEREIRA DE SOUSA (CESED); TEREZA RAQUEL BRITO DE AMORIM (ISEA)

INTRODUÇÃO: A prematuridade tardia diz respeito ao recém-nascido (RN) com idade gestacional entre 34 e 36 semanas e seis dias. O total de nascimento de neonatos deste grupo tem aumentado progressivamente, sendo referido como uma “nova epidemia”. Devido à imaturidade há grande morbimortalidade nesta população, existindo controvérsias quanto à aplicação de algumas práticas de reanimação. **OBJETIVO:** Identificar a prevalência de reanimação cardiopulmonar em RN com prematuridade tardia. **MÉTODOS:** Estudo do tipo transversal e retrospectivo realizado na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) de agosto a setembro de 2014. Amostra constituída por 79 prematuros, nascidos de outubro a dezembro de 2013. Para coleta de dados (informações dos prontuários) foi utilizado um formulário confeccionado pelos autores. Esta pesquisa foi aprovada do Comitê de Ética do CESED e análise dos dados realizada pelo programa SPSS v.17. **RESULTADOS:** A maioria da amostra foi do sexo masculino (57%), de apresentação cefálica (83,5%), nascidos de parto cirúrgico (51,9%). Em 10% da população foi indicada a reanimação, 51,3% nasceram com baixo peso. No que se refere ao período gestacional, as infecções genito-urinárias foram as mais prevalentes (20,3%). Considerando a indicação de UTIN como indicador de maior morbidade neonatal, 10,1% dos RN tiveram esta indicação e em 2,6% foi indicado a ventilação mecânica, na amostra não houve associação das infecções maternas com o trabalho de parto prematuro. A maioria das genitoras era proveniente de zona rural, podendo ser esta uma limitação para o diagnóstico precoce de infecções genitourinárias, entre outras intercorrências gestacionais evitáveis e de risco para o parto prematuro e reanimação neonatal. **CONCLUSÃO:** O RN com prematuridade tardia apresenta alta prevalência de reanimação sugerindo a necessidade de maior atenção à gestação, visto que a maioria dos fatores de risco são preveníveis ainda na atenção básica.

PC-53 INTERCORRÊNCIAS DURANTE O PRÉ-NATAL DE RECÉM-NASCIDOS QUE SOFRERAM ASFIXIA E REALIZARAM HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

FABÍOLA TERTO MAGALHÃES RODRIGUES (UFCG); AMILTON ALBUQUERQUE DA SILVA (UFCG); CAMILA MUNIZ MEDEIROS (UFCG); GLENNY BRASIL GURGEL (UFRN); LUIZ OTÁVIO BARBOZA LEITE (UFCG); MARTA LÚCIA DE ALBUQUERQUE (UFPB); WALDENEIDE FERNANDES DE AZEVEDO (UFCG)

INTRODUÇÃO: A assistência pré-natal tem como objetivo garantir o bem-estar materno e neonatal; intercorrências no período, entretanto, podem ter associação a um dos principais acometimentos perinatais: a asfixia. **OBJETIVOS:** Analisar as intercorrências registradas nas consultas pré-natais de mães de Recém-nascidos que sofreram asfixia em sala de parto e foram levados à UTI neonatal. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo e coorte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (466/2012), de pacientes a termo que foram submetidos à hipotermia terapêutica (HT) na UTI Neonatal de um hospital público em Campina Grande-PB, que tiveram seguimento em ambulatório de referência da região, entre janeiro de 2014 e janeiro de 2015. Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 10.0. Os critérios de inclusão para HT foram respeitados, conforme a ILCOR. **RESULTADOS:** Com uma população total da pesquisa de 18 RNs, 88,90% (16) das mães dos RNs que sofreram asfixia fizeram pré-natal e a maioria 83,33% (15) com mais de 6 consultas como preconizado pelo Ministério da Saúde ($\pm 2,81$; Média = 6,61). Todas as mães tiveram algum tipo de intercorrência durante o pré-natal 100% (18), com maior frequência as infecções urinárias 33,3% (6) e corrimentos 33,3% (6) com relato de tratamento em todos os casos. Houve também descrição de bolsa rota maior que 18h 22,2% (4), hipertensão 5,56% (1) e diabetes gestacional 5,56% (1). Além disso, 61,15% (11) das mães eram primíparas. **CONCLUSÃO:** A simples realização numérica das consultas pré-natais não pode ser considerada como um fator protetor definitivo da injúria perinatal em sala de parto. É importante, portanto, viabilizar não apenas o acesso quantitativo, mas sim qualitativo da gestante, sobretudo das primíparas devido à inexperiência frente ao processo, a uma assistência pré-natal especializada e integral no esforço de reduzir a prevalência da asfixia perinatal.

PC-54 AVALIAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM UMA MATERNIDADE MUNICIPAL

ANA RAQUEL VILAR SANTOS SANTIAGO (ISEA); CARLA EMÍLIA DA SILVEIRA CHAVES (ISEA); FABÍOLA TERTO MAGALHÃES RODRIGUES (ISEA); PALOMA CRISPIM CLEMENTE (ISEA); TEREZA RAQUEL BRITO FILGUEIRAS D'AMORIM (ISEA); GEORGIANNA CRISPIM CLEMENTE (ISEA); DENISE MARIA RAMOS DE AMORIM ALBUQUERQUE (ISEA); FERNANDA CRUZ DE LIRA ALBUQUERQUE (ISEA); ALINE SILVA SANTOS SENA (ISEA)

INTRODUÇÃO: A hipotermia terapêutica (HT) por 72 horas, iniciada nas primeiras seis horas de vida, a uma temperatura de 33,5°C, melhora a sobrevida dos recém-nascidos (RN) com moderada a severa encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI). **OBJETIVO:** Avaliar os RN admitidos em uma unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) que realizaram HT. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo no qual se utilizaram dados do livro de registro e prontuários dos pacientes admitidos na UTIN de uma maternidade municipal no ano de 2015. Foram incluídos os RN com idade gestacional ≥ 36 semanas que sofreram EHI com ou sem convulsões, estes preenchendo um dos seguintes critérios: APGAR ≤ 5 aos 10 minutos; ressuscitação prolongada no momento do nascimento; Ph $< 7,1$ em sangue de cordão ou gasometria da primeira hora de vida. Neste serviço a HT é realizada em berço desligado com utilização de pacotes de gelox, quando necessário para atingir a temperatura alvo de 33,5°C, aferida com termômetro esofágico. **RESULTADOS:** De janeiro a dezembro de 2015 ocorreram 450 admissões, destas foram incluídas nos critérios para realização de HT 3,11% (14). Na amostra não houve uma maior prevalência por sexo (50% Feminino / 50% Masculino). Em relação ao pré-natal, 85,7% (12) era de baixo risco e 14,3% (2) do alto risco. Quanto à via de parto: 64,3% (9) nascidos de parto normal e 35,7% (5) operatório. Todos necessitaram de manobras de reanimação prolongada, com necessidade de intubação, apresentando líquido meconial em

57,1% (8) e aspiração traqueal realizada em 50% (7). O percentual de óbitos foi de 28,6% (4) e sobrevivência de 71,4% (10). **CONCLUSÃO:** A HT é uma modalidade de tratamento efetiva para inibir os mecanismos de lesão decorrentes da EHI. Reduz a mortalidade e melhora os desfechos neurológicos de RN hipoxiados, com menores taxas de paralisia cerebral e maiores índices de desenvolvimento mental e psicomotor.

PC-55 HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PARA TRATAMENTO DE ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA GRAVE: RELATO DE CASO

MARIVANDA JÚLIA FURTADO GOUDARD (HOSPITAL E MATERNIDADE MARLY SARNEY); ALISSON DE SOUSA COSTA (HOSPITAL E MATERNIDADE MARLY SARNEY); EVANDRO ROBERTO BALDACCI (CAEPP); RAIMUNDA MAGALHÃES CUNHA (HOSPITAL E MATERNIDADE MARLY SARNEY)

INTRODUÇÃO: A encefalopatia neonatal é uma síndrome heterogênea caracterizada por alterações nas funções neurológicas nos primeiros dias de vida em um recém-nascido de 35 semanas ou mais de gestação, representando uma importante causa de mortalidade e de morbidade a longo prazo. **OBJETIVO:** relatar o caso clínico do primeiro recém-nascido com encefalopatia hipóxico-isquêmica grave tratado com hipotermia terapêutica em um estado do nordeste brasileiro. **RESULTADOS:** após o paciente ter sido submetido a uma redução controlada da temperatura central e após 72 horas ter sofrido o reaquecimento dessa temperatura, evoluiu para alta hospitalar no 15º dia de vida, sem alterações clínicas. Com 4 meses apresentava exame neurológico normal no seguimento e com 1 ano e meio o EEG também foi sem alterações. **CONCLUSÃO:** A técnica de resfriamento corporal exige ajustes e adaptações nas unidades de terapia intensiva, além de acompanhamento de perto e atenção ao protocolo adotado. Apesar das dificuldades encontradas para a implementação do tratamento, observou-se um resultado satisfatório com o primeiro caso, estimulando a equipe para a adesão ao protocolo, um avanço importante para uma área de poucos recursos socioeconômicos.

PC-56 REANIMAÇÃO NEONATAL E HIPOTERMIA TERAPÊUTICA: EXPERIÊNCIA DE 6 ANOS EM CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO.

GABRIEL FERNANDO TODESCHI VARIANE (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO); MAURICIO MAGALHÃES (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO); CLERY BERNARDI GALLACI (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO.); RAFAELA FABRI (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO.); ADRIANA NISHIMOTO KINOSHITA (IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO PAULO.)

INTRODUÇÃO. A encefalopatia hipóxico-isquêmica neonatal(EIH) apresenta alta morbi-mortalidade. A hipotermia terapêutica(HT) diminui sequelas neurológicas e morte. **OBJETIVOS:** Avaliar os cuidados em sala de parto aos recém-nascidos (RN) submetidos a HT, tempo para atingir temperatura retal (TR) alvo e intercorrências dessa terapêutica. **MÉTODOS:** Trata-se de estudo retrospectivo de análise de banco de dados, entre maio de 2009 a julho de 2014. RN incluídos apresentaram critérios de indicação da HT de acordo com o protocolo institucional. Foram avaliados quanto aos procedimentos de reanimação na sala de parto, tempo para atingir TR alvo, com resfriamento corpóreo total, desligando fontes de calor ainda em sala de parto e uso de bolsas de gelo. **RESULTADOS:** Total de 65 pacientes, sendo 36,9% nascidos de parto normal, 23,1% fórceps e 40% cesariana. A média do Apgar foi de 2 no primeiro minuto e 4 no quinto minuto. Em relação à reanimação em sala de parto, 80,4% necessitaram de intubação orotraqueal, 3% somente VPP com máscara, 3% receberam massagem cardíaca, 7,6% medicações. A média da TR de admissão em UTI Neonatal foi de 34,3 graus. O intervalo de tempo médio para atingir a TR alvo foi de 1,1 hora de vida. A TR média durante a fase de resfriamento foi de 33,57 graus celsius. A TR alvo foi mantida durante 90,02% do tempo da terapêutica. Os RN apresentaram: convulsões em 41,5%, coagulopatias 12,3% e Hipertensão pulmonar grave 6,1%. A interrupção da HT ocorreu em 9,2% dos casos, e destes 1,5% evoluíram a óbito. **CONCLUSÃO:** Esse estudo demonstra experiência segura e bem sucedida de HT

mesmo em serviço com equipamentos de baixo recurso. A prática de desligar fontes de calor ainda em sala de parto, associado ao uso de bolsas de gelo, nos casos de HT mostrou tempo curto para atingir TR alvo e início precoce da terapêutica.

PC-57 EXPERIÊNCIA DA HIPOTERMIA COMO ALTERNATIVA TERAPÊUTICA PARA ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA GRAVE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DE BELO HORIZONTE

KARINA SANTOS VANDECK (MATERNIDADE ODETE VALADARES); SILVIA SANTIAGO CORDEIRO (MATERNIDADE ODETE VALADARES); SÍURA APARECIDA BORGES SILVA (MATERNIDADE ODETE VALADARES); RUTH LIRA DE OLIVEIRA (MATERNIDADE ODETE VALADARES); HIGOR KENEDY RAMOS (UNIVERSIDADE DE ITAÚNA)

INTRODUÇÃO: A hipotermia terapêutica (HT) é uma alternativa de tratamento efetiva em recém-nascidos (RN) com moderada a severa encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI). Sabe-se que a HT melhora a sobrevida e os resultados neurológicos nestes RN.

OBJETIVO: Apresentar a experiência do serviço com a HT e seu impacto na redução de sequelas neurológicas em RN com EIH moderada a grave. **METODOLOGIA:** Revisão dos prontuários de RN submetidos a HT no período de 01/01 a 31/12/2015 e sua evolução ambulatorial até o presente momento.

RESULTADOS: O protocolo de HT foi implantado nesta Unidade a partir de 01/01/2015, para todo RN maior que 35 semanas, com evidência de EHI moderada a grave. Em 2015, foram submetidos ao protocolo cinco RN, dos quais um evoluiu para óbito, no quinto dia de vida. Os quatro sobreviventes são acompanhados ambulatorialmente e vêm evoluindo bem, com alterações leves do desenvolvimento neurológico, não caracterizando até o momento quadro de paralisia cerebral. Os achados neurológicos são respectivamente: 1. exame neurológico normal, 2. discreta desorganização, 3. hipotonia leve, 4. hipertonia leve em membros inferiores. A ressonância de encéfalo foi realizada em duas dessas crianças, sendo uma normal e outra, alterada (hipersinal nos globos pálidos e região periventricular, sugestivo de sofrimento fetal). Os demais pacientes ainda aguardam realização da RM. Das quatro crianças, três apresentaram convulsão nos primeiros dias de vida e apenas uma evoluiu posteriormente com epilepsia. Nenhuma hipotermia teve que ser interrompida antes de 72 horas devido a efeitos adversos. Os principais eventos observados foram bradicardia e choque, responsivos à aminas. **CONCLUSÃO:** A experiência com a HT em nosso serviço, embora ainda inicial, evidenciou bons resultados em médio prazo em RN com EHI grave. Os eventos adversos observados foram controláveis, o que sugere que a HT, de fato, pode ser uma alternativa eficaz e segura nestes casos.

PC-58 USO DE MONITORIZAÇÃO CEREBRAL CONTINUA EM RECÉM-NASCIDOS COM ASFIXIA PERINATAL - EXPERIÊNCIA DE UM GRUPO HOSPITALAR PRIVADO

GABRIEL TODESCHI VARIANE (H SANTA JOANA E PROMATRE, SP); FILOMENA BERNARDES DE MELLO (H SANTA JOANA E PROMATRE, SP); EDINEIA VASCILOTO LIMA (H SANTA JOANA E PROMATRE, SP); MARIANA DIZOTTI LOURENÇO (H SANTA JOANA E PROMATRE, SP); MANUELA DE BARROS (H SANTA JOANA E PROMATRE, SP); HELENILCE DE PAULA FIOD COSTA (H SANTA JOANA E PROMATRE, SP); EDUARDO RAME AMARO (H SANTA JOANA E PROMATRE, SP)

INTRODUÇÃO: Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica secundária a asfixia perinatal está associada a alta morbimortalidade. Hipotermia Terapêutica (HT) é considerada tratamento de escolha em recém-nascidos (RN) com EHI. O uso do Eletroencefalograma de Amplitude Integrada (aEEG) mostrou importante relação prognóstica, capacidade de identificar crises epiléticas (CE) subclínicas além de poder auxiliar na indicação de HT. **OBJETIVOS:** Descrever um ano de experiência em serviço privado com uso de monitorização cerebral contínua vídeo-aEEG em coorte de RN com EHI. **MÉTODOS:** Coorte descritiva de dados obtidos de análise de prontuários de fevereiro de 2015 a janeiro de 2016 de dois serviços privados.

RN incluídos foram submetidos a HT e monitorizados com vídeo-aEEG por 96h. Foram avaliados atividade elétrica de base (AEB) ao final de 72h de vida e presença de atividade epiléptica (AE). Achados do vídeo-aEEG foram correlacionados com mortalidade, tempo de internação e achados de ressonância magnética (RM) craniana realizada entre 4 e 10 dias de vida. **RESULTADOS:** Foram incluídos total de 19 pacientes com EHI submetidos a HT e monitorização vídeo-aEEG, mortalidade de 21%, tempo médio de internação de 15 dias, RM com alterações em 50% (6/12) dos pacientes. Ao final de 72h de vida 50% dos pacientes apresentaram AEB normal, 22% AEB moderadamente anormal e 28% AEB severamente anormal. CE foram detectadas em 42% dos RN, sendo 62,5% crises subclínicas. AEB severamente anormal esteve presente em 100% dos RN que evoluíram a óbito e em 7,7% dos pacientes que sobreviveram. CE estiveram presentes em 66,7% de pacientes com RM alterada e 16,7% em pacientes com RM normal. **CONCLUSÃO:** AEB severamente anormal foi mais frequente em casos de óbito neonatal e AE esteve mais presente em RN com alterações de RM de crânio. A maioria das CE foram subclínicas e não teriam sido tratadas sem o uso de monitorização cerebral contínua.

PC-59 EFEITOS COLATERAIS ENCONTRADOS EM NEONATOS SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM UTI NEONATAL

FABÍOLA TERTO MAGALHÃES RODRIGUES (UFCG); AMILTON ALBUQUERQUE DA SILVA (UFCG); CAMILA MUNIZ MEDEIROS (UFCG); FERNANDA MADRUGA E SOUZA (UFCG); GLENNY BRASIL GURGEL (UFRN); LUIZ OTÁVIO BARBOZA LEITE (UFCG); MARIA LÚCIA DE ALBUQUERQUE (UFPB); WALDENEIDE FERNANDES DE AZEVEDO (UFCG)

INTRODUÇÃO: A hipotermia é um recurso de cuidado para os recém-nascidos (RNs) com encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI). Complicações durante o arrefecimento podem ocorrer; devido à asfixia, ao resfriamento ou ambos. Objetivos – Analisar o manejo e efeitos colaterais relacionados à hipotermia terapêutica. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo e coorte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (466/2012), de pacientes a termo que foram submetidos à hipotermia terapêutica na UTI Neonatal de um hospital público em Campina Grande-PB, que tiveram seguimento em ambulatório de referência da região, entre janeiro de 2014 e janeiro de 2015. Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 10.0. Os critérios de inclusão para hipotermia terapêutica foram respeitados, conforme a ILCOR. **RESULTADOS:** A hipotermia terapêutica foi realizada em todos os RNs com auxílio de compressas de gelo colocadas manualmente em cada lado do tronco da criança com controle da temperatura para 33,5°C conforme aferições contínuas de termômetro esofágico, em incubadora desligada, com os cuidados de enfermagem para evitar queimaduras de contato. Em relação ao tempo de início da HT, 100% (18) dos RNs realizaram hipotermia terapêutica antes das primeiras seis horas de vida. Desses, 88,89% (16), iniciaram a HT nas primeiras três horas de vida. Evidenciou-se que de um total de 18 pacientes, 66,67% (12) não apresentou nenhum tipo de efeito colateral e 33,33% (8) apresentou algum tipo de efeito colateral. Dos RNs que apresentaram efeito colateral durante a HT, houve prevalência da hipotensão, 16,67% (3), seguidos de desnaturação 11% (2) e trombocitopenia 5,56% (1), não dispomos de EEG contínuo. **CONCLUSÃO:** A hipotermia terapêutica é um método valioso capaz de minimizar a possibilidade de injúria neurológica e consequente atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. Todas essas complicações são citadas em outros estudos, todavia nenhuma foi responsável pela suspensão dessa estratégia de grande eficácia mesmo em ambientes com poucos recursos.

PC-60 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA POR ASFIXIA PERINATAL EM UTI DE CAMPINA GRANDE - PB

FABÍOLA TERTO MAGALHÃES RODRIGUES (UFCG); AMILTON ALBUQUERQUE DA SILVA (UFCG); CAMILA MUNIZ MEDEIROS (UFCG); GLENNY BRASIL GURGEL (UFRN); LUIZ OTÁVIO BARBOZA LEITE (UFCG); DENISE MARIA RAMOS DE AMORIM ALBUQUERQUE (UFCG); WALDENEIDE FERNANDES DE AZEVEDO (UFCG)

INTRODUÇÃO: A asfixia perinatal é composta por acidose metabólica ou mista devido à falta de oxigenação e perfusão sanguínea nos tecidos, sendo esta uma das maiores causas de mortes neonatais e de sequelas em recém-nascidos (RNs). **OBJETIVOS:** Conhecer o perfil epidemiológico de RNs submetidos à hipotermia terapêutica (HT) em UTI neonatal de Campina Grande - Paraíba. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo e coorte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (466/2012), de pacientes a termo que foram submetidos à HT na UTI Neonatal de um hospital público em Campina Grande-PB, que tiveram seguimento em ambulatório de referência da região, entre janeiro de 2014 e janeiro de 2015. Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 10.0. Os critérios de inclusão para HT foram respeitados, conforme a ILCOR. **RESULTADOS:** Com uma população total da pesquisa de 18 RNs submetidos à HT, 100% dos RNs deste estudo tinham mais de 36 semanas de idade gestacional, peso superior a 1500g e todos necessitaram de reanimação em sala de parto, com 55,56% (10) pertencentes ao gênero feminino e 44,44% (8) do gênero masculino; 88,90% das mães dos RNs que sofreram asfixia fizeram pré-natal e a maioria 83,33% (15) com mais de 6 consultas. Parto normal 66,67% (12) VS 33,33% (6) dos RNs nasceram de parto cesárea. Primigestas – 61,1% (11) VS 38,9% (7), média de dois filhos ($\pm 1,84$; Mediana = 1; Amplitude = 7; Mín. = 1; Máx. = 8). Peso ao nascer 2.320 – 4.230g (Média = 3.179g; $\pm 0,486$; Amplitude 1.910g), macrossômicos = 5,6% (1). **CONCLUSÃO:** Os achados para o sexo mostraram equilíbrio entre eles, sendo o feminino um pouco maior, maior prevalência de partos eutócicos, gestantes inexperientes e de pré-natais completos. Ressalta-se a importância da investigação epidemiológica, para facilitar os esforços de melhoria contínua da qualidade desse procedimento.

PC-61 TIPO E COMPLICAÇÃO DE PARTO DOS RECÉM-NASCIDOS QUE NECESSITARAM DE HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM UTI NEONATAL

FABÍOLA TERÇO MAGALHÃES RODRIGUES (UFPG); AMILTON ALBUQUERQUE DA SILVA (UFPG); CAMILA MUNIZ MEDEIROS (UFPG); MÔNICA LOUREIRO CELINO RODRIGUES (UFPG); LUIZ OTÁVIO BARBOZA LEITE (UFPG); DENISE MARIA RAMOS DE AMORIM ALBUQUERQUE (UFPG); WALDENEIDE FERNANDES DE AZEVEDO (UFPG)

INTRODUÇÃO: A hipotermia terapêutica (HT) vem representando um importante avanço no tratamento da encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI), melhorando o prognóstico dos pacientes acometidos por esta síndrome. **OBJETIVOS:** Avaliar o tipo e as complicações do parto de recém-nascidos (RNs) que realizaram HT em um hospital público. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo e coorte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (466/2012), de pacientes a termo que foram submetidos à hipotermia terapêutica na UTI Neonatal de um hospital público em Campina Grande-PB, que tiveram seguimento em ambulatório de referência da região, entre janeiro de 2014 e janeiro de 2015. Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 10.0. Os critérios de inclusão para hipotermia terapêutica foram respeitados, conforme orientações do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR). **RESULTADOS:** Nasceram 19 pacientes, todavia, apenas 18 com dados completos em prontuários e que tinham regularidade no acompanhamento. Com relação ao tipo de parto, houve prevalência do parto normal 66,67% (12) com uso de fórceps em apenas uma paciente, 8,3% desses; e 33,33% (6) dos RNs nasceram de parto cesárea. A respeito das complicações apresentadas durante o parto, foi observado que 66,67% (12) dos RNs que fizeram HT tiveram parto laborioso, 16,67% (3) circular de cordão, 5,56% (1) nó de cordão, 5,56% (1) prolapso de cordão e 5,56% (1) não teve qualquer complicação. **CONCLUSÃO:** A ocorrência da maioria dos partos por via vaginal pode denotar falhas na monitorização do trabalho de parto. Destaca-se, ainda, a importância dos eventos obstétricos, como desencadeadores de apoptose ou necrose neuronal após asfixia: a maioria dos RNs que fizeram HT teve parto laborioso. O ideal seria evitar a EHI com um acompanhamento e um trabalho de parto bem conduzido com a finalidade de diminuir o número de eventos traumáticos perinatais.

PC-62 EMPREGO DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUÊMICA EM UTI NEONATAL DE CAMPINA GRANDE-PB: RELATO DE CASO

FABÍOLA TERÇO MAGALHÃES RODRIGUES (UFCG); AMILTON ALBUQUERQUE DA SILVA (UFCG); CAMILA MUNIZ MEDEIROS (UFCG); HIGO SARMENTO PINTO (UFCG); LUIZ OTÁVIO BARBOZA LEITE (UFCG); FRANCISCO MAURÍCIO RODRIGUES FILHO (UFCG); WALDENEIDE FERNANDES DE AZEVEDO (UFCG); FERNANDA MADRUGA E SOUZA (UFCG)

INTRODUÇÃO: A encefalopatia hipóxico-isquêmica (EIH) é a disfunção mais grave da asfixia perinatal e tem como alternativa de tratamento a hipotermia terapêutica (HT), haja vista o seu efeito neuroprotetor na determinação do prognóstico neonatal. **OBJETIVOS:** Elucidar a neuroproteção promovida pela HT em neonatos acometidos por asfixia perinatal grave. Relato de caso- Paciente feminino, parto eutócito a termo, idade gestacional (IG) = 40 semanas, peso ao nascer = 2.755g, apgar = morte aparente sofreu asfixia perinatal grave e precisou de manobras de reanimação sendo intubado precocemente e submetido à HT de 72 horas nos primeiros 30 minutos de vida, realizada com o auxílio de compressas de gelo colocadas manualmente em cada lado do tronco da criança com controle da temperatura para 33,5 °C conforme aferição contínua de termômetro esofágico, em incubadora desligada, quando apresentou um episódio de crise convulsiva. Tempo de internação na UTI e enfermaria: 9 e 13, respectivamente. Tempo de oxigenoterapia = 11 dias. Peso de alta = 2820g. Sem sequelas, atrasos ou reinternações. **DISCUSSÃO:** A asfixia perinatal, 3 a 6 por 1.000 nascidos vivos, é a causa mais determinante de encefalopatia e lesão cerebral permanente em crianças, sendo a EIH a mais grave, 0,3 a 2 por 1.000 nascidos vivos de termo. A HT, técnica caracterizada pela diminuição da temperatura corpórea do neonato objetivando a redução do metabolismo cerebral e da injúria neurológica em condições de asfixia, é uma alternativa de tratamento desde que obedecidos os critérios de inclusão. A suspeita de EIH foi baseada na clínica e a indicação de HT foi realizada dentro desses critérios considerando tempo de início, presença de convulsão, necessidade de reanimação, apgar e IG. **CONCLUSÃO:** É indubitável a importância do efeito neuroprotetor da HT, quando bem indicada, para a realidade do sistema público de saúde campinense, ainda que executada de modo artesanal e sem a infraestrutura dos grandes centros.

PC-63 EMPREGO DA HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DE ENCEFALOPATIA HIPOXICO-ISQUÊMICA GRAU 2 EM UTI NEONATAL DE CAMPINA GRANDE-PB: RELATO DE CASO

LUIZ OTÁVIO BARBOZA LEITE (UFCG); AMILTON ALBUQUERQUE DA SILVA (UFCG); HIGO PINTO SARMENTO (UFCG); CARLOS DHIEGO DE CARVALHO GOMES (UFCG); FERNANDA MADRUGA E SOUZA (UFCG); FRANCISCO MAURICIO RODRIGUES FILHO (UFCG); MATEUS CALVACANTI SOUZA BRAZ (UFCG)

INTRODUÇÃO: A encefalopatia hipóxico-isquêmica (EIH) é a disfunção mais grave da asfixia perinatal e tem como alternativa de tratamento a hipotermia terapêutica (HT), haja vista o seu efeito neuroprotetor e sobre o prognóstico nos primeiros anos. **OBJETIVO:** Relatar caso de neonato com EIH grau 2 submetido a HT em UTI Neonatal. Relato de caso- Paciente feminino, parto eutócito, 41 semanas e 1 dia, peso ao nascer: 3475g, apgar: 4/5 sofreu asfixia perinatal grave com convulsões e recebeu tratamento intensivo neonatal 4 horas após o nascimento, consistindo no controle das crises convulsivas e ventilação mecânica. Foi submetida a HT, uma hora após, e assim permaneceu por 72 horas sem efeitos colaterais. Internada por 27 dias, a Ultrassonografiatransfontanela (USTF) feita ao 14º dia mostrou um aumento da ecogenicidade do parênquima cerebral e o Eletroencefalograma (EEG) feito ao 16º dia de vida demonstrou uma EIH grau 2. Teve um quadro séptico de hipocalcemia associados ao quadro. Evoluiu com convulsões e espasticidade e apresentou o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) comprometido. **DISCUSSÃO:** A asfixia perinatal é uma das principais causas de óbito em neonatos e também a causa mais importante de encefalopatia e lesão permanente em crianças, sendo a EIH a mais significativa. A HT, caracterizada pela diminuição da temperatura corpórea objetivando a neuroproteção pela redução do metabolismo cerebral na hipóxia, é o tratamento de escolha para a EIH moderada a grave. O EEG e a USGTF são exames importantes para o prognóstico e seguimento desde que feitos em 6h de vida e 72h, respectivamente.

A HT foi realizada obedecendo critérios de inclusão. Os outros diagnósticos associados influenciaram no comprometimento do DNPM. **CONCLUSÃO:** A HT, embora seja uma alternativa de tratamento recente, tem se mostrado eficaz na abordagem de neonatos acometidos por asfixia e pode mudar o cenário de uma das principais causas de óbito neonatal, além de melhorar a sobrevivência dos que desenvolvem EIH moderada a grave.

PC-64 SEPARAÇÃO INEVITÁVEL DO BINÔMIO MÃE-BEBÊ NO PÓS-PARTO IMEDIATO NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

BRUNA FIGUEIREDO MANZO (UFMG); LAIANA OTTO DA COSTA (HOSPITAL SOFIA FELDMAN); MIRIÃ DINIZ SILVA (UFMG); DANÚBIA MARIANE BARBOSA JARDIM (UNA); FERNANDA CRISTINA CUSTÓDIA DE FARIA FIORETI (HOSPITAL ODILON BEHRENS); JÉSSICA DE OLIVEIRA (UFMG)

Os cuidados imediatos prestados ao recém-nascido são essenciais para a adaptação do bebê diminuindo a morbi-mortalidade neonatal. O estudo objetivou analisar a separação inevitável da mãe e o filho por meio da perspectiva e atuação dos profissionais de saúde no pós-parto imediato. **MÉTODO:** estudo descritivo com abordagem qualitativa, com onze profissionais de saúde, que vivenciaram a separação do binômio no pós-parto, em uma maternidade pública em Belo Horizonte, no período de dezembro de 2014 a janeiro de 2015. Foi usada a análise de conteúdo para interpretação dos dados. **RESULTADOS:** Os achados sugerem que os profissionais apresentaram sentimentos diversos frente à separação do binômio, que permeiam desde a angústia, tristeza e estresse e até mesmo aparente conformismo diante da experiência. Os entrevistados ainda abordam os desafios vivenciados durante a assistência à mulher e o recém-nascido. **CONCLUSÃO:** Conclui sobre a importância da compreensão acerca dos sentimentos e ações da equipe de saúde a fim de aperfeiçoar a assistência oferecida ao binômio e minorar impactos negativos dessa separação.

PC-65 ASFIXIA PERINATAL E PROBLEMAS CARDÍACOS

ANA PAULA SILTON DE LUNA PINHEIRO (HGF); MARIANA SILTON PINHEIRO DE ARAUJO (UNICHRISTUS); OLAVO NAPOLEÃO DE ARAÚJO NETO (UNICHRISTUS); CAROLINA SILTON PINHEIRO DE ARAUJO (UNICHRISTUS); ANA TALITA ARCANJO (FACULDADE INTA)

OBJETIVO: avaliar a gravidade das complicações cardíacas na asfixia neonatologia, sua evolução, e correlacioná-las com o grau e duração do processo hipóxico. **MÉTODOS:** foram estudados 70 bebês com grau de apgar ≤ 6 no 5º minuto de vida. Após o exame físico e os cuidados intensivos eram submetidos a dosagem do parterial, DHL, glicérica, Rx tórax, ECG, ecocardiograma seriado e repetidos a cada semana. **RESULTADOS:** Dos 70, 53 (81%) eram prematuros, 30 (41%) AIG, e 43 (59%) FIG. Em 21 (23%) havia pH arterial $< 7,2$. Os quadros clínicos mais observados foram: pneumonia 28 (31%), anemia 24 (26%) e icterícia 12 (5%). No exame observa-se: sopro sistólico em 46 (50%), ictus propulsivo 18 (20%) e ICC em 8 (9%). No ECG os sinais foram alterações de repolarização (ST e T) em 44 (49%). No ECO observou-se PCA em 20 (22%), regurgitação tricúspide em 6 (7%), hipertensão pulmonar em 6 (8%), hipocontratibilidade de VÉ e dilatação em VD em 4 (5%). 23 óbitos. **CONCLUSÃO:** A maioria teve evolução favorável. Muitas alterações ECG e no ECO normalizaram. Daqueles que evoluíram para óbito, as lesões mais graves ocorreram nos que sofreram por mais tempo processo anóxico.

PC-66 ASFIXIA PERINATAL

ANA PAULA SILTON DE LUNA PINHEIRO (SESA-HGF-FORTALEZA -CE); CAROLINA SILTON PINHEIRO DE ARAÚJO (UNICHRISTUS -FORTALEZA-CE); MARIANA SILTON PINHEIRO DE ARAUJO (UNICHRISTUS -FORTALEZA-CE); OLAVO NAPOLEÃO DE ARAUJO NETO (UNICHRISTUS -FORTALEZA-CE); ANA TALITA ARCANJO (FACULDADES INTA-SOBRAL-CE/ASFIXIA)

INTRODUÇÃO: relato de um caso clínico onde se usou todas as manobras da reanimação neonatal em um recém nascido , de uma parturiente com todo pré -natal feito , onde se esperava não ter intercorrências. **OBJETIVO:** avaliar a eficácia das manobras de reanimação neonatal na asfixia neonatal e sua evolução. **MÉTODOS:** estudo de um caso clínico usando o cartão de pré-natal da parturiente , com todos os dados presentes e exames realizados. **RESULTADOS:** Paciente de 25 anos , G1P0A0, A positivo, fez 11 consultas de pré-natal , teve ITU no 3º semestre, tratada . Idade gest:40sem.TBR:1h.Sorologias maternas normais. Parto cesáreo , feminino, apgar 1/1/3/5/7, 51 cm, 3200, AIG. Apresentou hipotonia generalizada, sendo imediatamente clampeado o cordão e levado ao berço de reanimação , onde foram feitas todos os passos iniciais da reanimação. Reavaliado FC, FR, tonus muscular. FC abaixo de 60, hipotonia generalizada, respiração ausente, sem resposta, cianótico , sendo iniciado ventilação com pressão positiva com CFR(peep5,PI=20). Reavaliado novamente. E devido manutenção dos parâmetros clínicos foi indicada a massagem cardíaca . Foi chamado outro pediatra . Entubado é realizado 01 dose de adrenalina no TOT, sem aumento da FC após administração da droga. Realizado cateterismo umbilical de urgência , sendo infundida nova dose de adrenalina . Feito também expansão volêmica com soro fisiológico . Manteve-se bradicárdico com FC menor 60, sem respiração espontânea, cianótico , hipotônico, realizando nova dose de adrenalina(no total 3 doses com intervalo de 3min). O Rn respondeu às manobras de reanimação , evoluindo com melhora da bradicardia, após 20 min de reanimação. **CONCLUSÃO:** O RN teve evolução favorável , devido às manobras de reanimação neonatal terem sido aplicadas com eficácia , segurança e de uma maneira correta pela equipe, mesmo desconhecendo a causa principal que levou à asfixia.

PC-67 HIPOTERMIA EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO: ANÁLISE DE 3 ANOS

MARÍLIA ALVES GOMES (IMIP); MONIQUE MELO CARVALHO (IMIP); LUCIANA DE ALMEIDA FAGUNDES (IMIP); JUCILLE DO AMARAL MENESES (IMIP); ANA LUIZA MACEDO (IMIP); DANIELLE CINTRA B BRANDÃO (IMIP)

INTRODUÇÃO: o conhecimento da incidência da hipotermia nos recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) é fundamental para avaliar as boas práticas relacionadas ao prematuro. **OBJETIVO:** Avaliar a incidência da hipotermia à admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e sua associação com óbito e/ou hemorragia intraventricular (HIC) em RNMBP nos anos de 2012 a 2014. **MÉTODOS:** Coorte retrospectivo, utilizando banco de dados de um Centro participante da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, incluindo RNMPB admitidos na UTI de Jan/2012 a Dez/2014 e excluindo as malformações congênitas. Em 2013, foram realizados cursos de reanimação neonatal, de prematuro e de transporte do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, para médicos e profissionais de saúde da Unidade, assim como a aquisição de novos equipamentos. O desfecho primário foi a incidência de hipotermia na UTI, considerada como temperatura $\leq 36^{\circ}\text{C}$ assim como a associação entre hipotermia e óbito precoce ou HIC graus 3/4. **RESULTADOS:** Foram analisados 1129 RNMBP nos 3 períodos. O peso ao nascimento $1061 \pm 279\text{g}$ e a idade gestacional $28,8 \pm 3,0$ dos neonatos foram semelhantes nos 3 períodos. A incidência de hipotermia em 2012, 2013 e 2014, foi de 86%, 83% e 66,7%, respectivamente. Observou-se uma redução da hipotermia em 2014 ($p < 0,01$), quando comparado aos outros anos. Em relação a hipotermia associado ao óbito precoce, houve uma redução significativa do risco em 2014 (RR 1,85; IC 1,08-3,19) quando comparado a 2012 (RR 2,41; IC 0,92-6,3) e 2013 (RR 2,27; IC 1,03-4,99) .O risco de hipotermia associado a HIC também foi reduzido. **CONCLUSÃO:** Observou-se uma redução na incidência da hipotermia como também o risco de sua associação com o óbito precoce e HIC. Estratégias educativas e infra-estrutura adequada tem impacto na melhoria da assistência neonatal

PC-68 OS RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO REANIMADOS EM SALA DE PARTO APRESENTAM MAIOR FALHA A VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA?

LUCIANA DE ALMEIDA L. L. FAGUNDES (IMIP); DANIELLE CINTRA B. BRANDÃO (IMIP); JUCILLE DO AMARAL MENESES (IMIP); GABRIELA DE MENEZES G. BRITO (IMIP); RAFAEL JUSTINO DA SILVA (IMIP)

INTRODUÇÃO: Sabe-se que recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) são mais suscetíveis a reanimação em sala de parto. O suporte ventilatório através da ventilação mecânica não invasiva (VNI) é, atualmente, a opção para prevenção da injúria pulmonar neste grupo. **OBJETIVO:** Avaliar se os RNMBP reanimados em sala de parto apresentam maior falha ao suporte ventilatório por VNI, em uma Unidade Neonatal, quando comparados àqueles não reanimados. **MÉTODOS:** Estudo de coorte prospectivo no período de junho a setembro de 2015. Foram incluídos recém-nascidos ≤ 1500 g e excluídos os óbitos e intubados em sala de parto. As variáveis maternas e neonatais analisadas foram: idade da mãe, pré-natal, morbidades na gestação, corticóide antenatal, tipo de parto, idade gestacional (IG), peso ao nascer, SNAPPEII e incidência de hipotermia ao nascimento. A falha da VNI foi caracterizada como necessidade de intubação nas primeiras 72 horas de vida. **RESULTADOS:** Dos 107 RNMBP, 23 foram excluídos, totalizando uma amostra de 84. A média da idade materna foi de $27,3 \pm 7$ anos. Entre as gestantes, 76 (90,5%) realizaram pré-natal, 54 (64,5%) apresentaram hipertensão gestacional e 69 (84%) receberam corticóide. O parto foi cesárea em 71% dos casos. A média do peso ao nascimento dos RNMBP foi 1090 ± 290 g e a IG $29,8 \pm 2,8$ semanas, com SNAPPEII de $19,1 \pm 13$. A temperatura da admissão foi $35,4 \pm 0,8^\circ\text{C}$ e o Apgar dos 1º e 5º minutos foram $6,3 \pm 2$ e $8,2 \pm 1$. Nos 57 (60%) RNMBP reanimados, utilizou-se a ventilação por pressão positiva e máscara com ventilador manual em T. A incidência da falha da VNI foi de 25% nos reanimados e 13% nos não reanimados ($p=0,08$). A IG foi significativamente menor no grupo reanimado ($29,8 \pm 2,5$ versus $30,8 \pm 2,0$; $p=0,02$). **CONCLUSÃO:** Verificou-se uma tendência a maior incidência de falha da VNI nos RNMBP reanimados em sala de parto.

PC-69 PERFIL DOS RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO EM SALA DE PARTO: ESTUDO TRANSVERSAL

MONIQUE HELENE SILVA MELO CARVALHO (IMIP); LUCIANA DE ALMEIDA L. L. FAGUNDES (IMIP); DANIELLE CINTRA B. BRANDÃO (IMIP); JUCILLE DO AMARAL MENESES (IMIP)

INTRODUÇÃO: A reanimação neonatal é mais frequente nos recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP). **OBJETIVO:** Descrever o perfil dos recém-nascidos < 1500 g nascidos em uma maternidade de alto risco. **MÉTODO:** Estudo transversal, realizado entre janeiro a dezembro de 2014, com 380 RNMBP. Foram excluídos aqueles com malformações congênitas e/ou óbitos em sala de parto (SP). As variáveis analisadas foram as características maternas e neonatais, as manobras de reanimação e a mortalidade neonatal precoce. **RESULTADOS:** Neste estudo, a média da idade materna foi de $26,3 \pm 7,4$ anos, com escolaridade de 4-7 anos em 46,5%. Destas, 339 (89,4%) realizaram pré-natal e 167 (44,1%) tinham síndrome hipertensiva. O parto cesárea ocorreu em 186 (48,9%) das gestantes. Observou-se que a média da idade gestacional e do peso ao nascer foram de $28,4 \pm 3,3$ semanas e $1028,9 \pm 297$ g, respectivamente. O sexo mais prevalente foi o feminino 168 (44,2%). O Apgar do 1º e 5º minutos foram de $5,32 \pm 2,7$ e $6,94 \pm 2,7$. A necessidade de reanimação com ventilação por pressão positiva (VPP) e máscara esteve presente em 155 (77,7%) dos RNMBP, VPP com cânula traqueal em 51 (25,5%) e VPP com massagem cardíaca em 10 (5%). O CPAP em SP foi realizado em 225 RNMBP (59,4%). Verificou-se uma incidência de hipotermia nos RNMBP na primeira hora de vida de 66,7%, sendo mais prevalente nos < 1000 g (75,1%). Dos 119 óbitos precoce (31,3%), 46 ocorreram em < 750 g. **CONCLUSÃO:** Cerca de dois terços dos RNMBP necessitaram de manobras de reanimação na SP, inclusive com massagem cardíaca e/ou drogas. O óbito precoce ocorreu em 31,3% dos RNMBP, sendo mais frequente nos < 750 g. Por se tratar de uma população mais vulnerável a reanimação, medidas educativas incluindo as diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal são fundamentais.

PC-70 REANIMAÇÃO NEONATAL EM PREMATUROS TARDIOS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

LARISSA TORRES PRUJÁ (HCPA); BETANIA BARRETO DE ATHAYDE BOHRER (HCPA-UFRGS); CLARISSA GUTIERREZ CARVALHO (HCPA-UFRGS)

INTRODUÇÃO: Os prematuros tardios (PTT) são frequentemente tratados como recém-nascidos (RN) normais pelos pais e pela equipe assistente. Contudo, eles apresentam maior morbidade, sendo bem descrita a frequência duas vezes maior da necessidade de procedimentos de reanimação no prematuro tardio em relação ao termo. **OBJETIVO:** descrever uma população de PTT nascidos em hospital universitário durante um período de seis meses, identificando a frequência de procedimentos nessa amostra. **MÉTODOS:** estudo transversal, observacional, retrospectivo, durante o primeiro semestre de 2015, incluindo todos RNs com idade gestacional (IG) maior ou igual a 34 semanas (sem), a partir da revisão de prontuários eletrônicos e listagem. Dados processados em SPSS, com cálculo de frequências e análise por teste de qui-quadrado. Pesquisadoras assinaram termo de comprometimento para o uso de dados. Projeto aprovado por comitê de ética e pesquisa. **RESULTADOS:** contabilizados 162 pacientes PTT dentre 1875 nascimentos, com número total de 238 prematuros. Peso médio 2565g (± 445), mediana do escore de Apgar 5' minuto foi 9 (IQ 8-9), mediana de permanência de 120h (75-260) em hospital (alojamento conjunto ou neonatologia). Cerca de 60% submetidos a aspiração de vias aéreas ao nascer, 21% receberam ventilação com pressão positiva (VPP) e 3,7% entubados, sendo que um paciente necessitou de massagem cardíaca. Divididos os pacientes em 3 categorias conforme IG: 32 RNs com IG 34-34,9 sem, 64 com 35-35,9 sem e 66 com 36-36,9 sem. Houve menor necessidade de VPP em IG 36-36,9 sem em relação as outras duas faixas, 20% vs 50% vs 30%, $p=0,02$. **CONCLUSÃO:** aparentemente confirma-se na nossa amostra que, quanto maior a IG, menor a necessidade de procedimentos na reanimação. Chama a atenção a grande necessidade de VPP nessa amostra, devendo ser melhor analisada quanto a fatores de risco gestacionais, e em comparação com um grupo controle de RNs a termo.

PC-71 HIPOTERMIA PRECOCE E MORBIMORTALIDADE EM PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO

MARIANA GONZÁLEZ DE OLIVEIRA (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO-PORTO ALEGRE/RS); ÂNGELA CRISTINA VIAU (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO-PORTO ALEGRE/RS); LUCIANA ALONZO HEIDEMANN (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO-PORTO ALEGRE/RS); LUCIA NICOLOSO (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO-PORTO ALEGRE/RS); DESIRÉE DE FREITAS VALLE VOLKMER (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO-PORTO ALEGRE/RS)

INTRODUÇÃO: Prematuros de muito baixo peso têm propensão à perda de calor por possuírem pele pouco queratinizada, escasso tecido adiposo subcutâneo e maior superfície corporal. A temperatura corporal na admissão na UTI neonatal é preditora de morbimortalidade neonatal. **OBJETIVOS:** Investigar se os prematuros que apresentam hipotermia na admissão ($tax < 36^{\circ}C$) apresentam maior morbimortalidade durante a internação na UTI Neonatal. **MÉTODOS:** Estudo de coorte prospectivo, incluindo todos os nascidos vivos com idade gestacional ≥ 30 semanas e/ou peso de nascimento $\geq 1500g$, sem malformações incompatíveis com a vida, que internaram na UTI neonatal, entre março de 2006 e março de 2015. Foi avaliada hipotermia e as variáveis dependentes foram peso de nascimento (PN), idade gestacional (IG), persistência do canal arterial (PCA), sepse, hemorragia intracraniana grave (HIC graus III ou IV), displasia broncopulmonar (DBP), enterocolite necrosante (ECN) e óbito. **RESULTADOS:** Foram incluídos 419 pacientes, com média PN de 1091g (± 308) e de IG de 29 semanas ($\pm 2,8$). No momento da admissão, 168 (40,1%) pacientes apresentaram temperatura axilar abaixo de $36^{\circ}C$. Quarenta e dois pacientes evoluíram a óbito (10%). A hipotermia aumentou o risco de mortalidade em 2,4 vezes (IC 95 1,33 a 4,36). Os pacientes hipotérmicos apresentaram menor PN (986g vs 1163g, $p < 0,001$), menor IG (29,3 sem vs 28,5 sem, $p = 0,007$) e maior gravidade clínica pelo escore de SNAPPE-II (20 vs 8, $p < 0,001$). Em relação aos desfechos durante a internação, os hipotérmicos apresentaram maior incidência de sepse ($p = 0,027$), DBP ($p = 0,014$) e HIC grave ($p = 0,027$), não houve diferenças nas incidências de ECN e PCA. **CONCLUSÕES:** A hipotermia na admissão é um fator associado à morbimortalidade de prematuros de muito baixo peso. Todos os esforços devem se concentrar em manter a normotermia durante o atendimento na sala de parto e chegada na UTI.

PC-72 INCIDENCIA DE GASTROSTOMIA EM RECÉM NASCIDOS REANIMADOS EM SALA DE PARTO E SUBMETIDOS À TRATAMENTO FONOTERÁPICO

MARIA CLAUDIA MENDES CAMINHA MUNIZ (HGWA); JOCELIA MARIA DE AZEVEDO BRINGEL (HGWA, UECE); CAROLINA SAMPAIO SOUSA (HGWA); ELEN DOS SANTOS CATUNDA (HGWA); ADRIANA ÍTALA ARRUDA (HGWA); LUIZ DE MORAES F JUNIOR (HGWA); PRISCILA DE SOUZA MAGALHAES (HGWA)

INTRODUÇÃO: A literatura relata que a prevalência de asfixia perinatal varia de 1-6:1.000 nascidos vivos sendo esta a terceira causa de óbito no período neonatal. **OBJETIVO.** Este trabalho objetiva identificar a prevalência dos pacientes em assistência neonatal fonoaudiológica com diagnóstico de anoxia. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal e documental do período de janeiro a dezembro de 2015. Foram analisados os formulários do Serviço de Fonoaudiologia da Unidade Neonatal do Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. Este trabalho é parte de pesquisa aprovado sob nº 017136/2015. **RESULTADOS:** No ano de 2015 foram atendidos 243 pacientes e realizados 3.034 atendimentos fonoaudiológico. Os pacientes atendidos foram catalogados em grupos para melhor visualização dos achados, sendo grupo 1 (prematureto extremo - até 34 semanas), grupo 2 prematureto tardio (>=34 semanas até 37 semanas) e grupo 3 termo (>=37 semanas). 82 (33,74%) pacientes tiveram diagnóstico de Asfixia perinatal, considerando o APGAR no 1, 5 e 10 minuto. Destes, 36 (48,00%) eram do grupo 3, 12(16,00%) do grupo 1 e 27 (36%) do grupo 2. Em todos os grupos houve a prevalência no sexo masculino mas no grupo 3 a diferença foi maior, em torno de 8% a mais. 76,56% dos pacientes conseguiram retirar a sonda e 23,44% permaneceram, sendo maior no grupo 3. Destes, 7 foram encaminhados para a gastrostomia após inseridos no protocolo de gastrostomia. Apenas 24 (37,5%) da capital e 40 (62,5%) eram de outras localidades. **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que é maior a quantidade de pacientes anoxiados a termo, do sexo masculino, com provenientes de outras localidades e com maior chance de ir para gastrostomia. Os pré-termos têm melhor resposta a fonoterapia e se alimentar por via oral plena.

PC-73 INCIDÊNCIA DA TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL EM PACIENTES ANOXIADOS EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

MARIA CLAUDIA MENDES CAMINHA MUNIZ (HGWA); JOCELIA MARIA DE AZEVEDO BRINGEL (HGWA, UECE); CAROLINA SAMPAIO SOUSA (HGWA); ELEN DOS SANTOS CATUNDA (HGWA); ADRIANA ÍTALA ARRUDA (ISGH); PRISCILA DE SOUZA MAGALHAES (HGWA)

INTRODUÇÃO: A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) vêm sendo desenvolvidos em pacientes de alto e baixo risco com procedimentos comportamentais e eletrofisiológicos para a detecção precoce da deficiência auditiva. **MÉTODO:** Trata-se de um estudo transversal e documental do período de janeiro a dezembro de 2015. Foram analisados os formulários do Serviço de Fonoaudiologia do Hospital Geral Dr. Waldemar de Alcântara. Este trabalho é parte de pesquisa aprovado sob nº 017136/2015. **RESULTADOS:** No ano de 2015 foram realizadas 341 triagens auditivas em recém-nascidos e destes 66 tinham diagnóstico de asfixia neonatal, 38 (57,58%) eram do sexo masculino e 28 (42,42%) feminino. 64 (96,97%) nasceram de parto normal e 2 (3,03%) cesárea, e 45 (68,18%) tiveram Apgar 6 no quinto minuto. Na triagem auditiva 19 (28,79%) passaram e 47 (71,21%) falharam. 57 (86,36%) tiveram reflexo cócleo-palpebral (RCP) presente, 7 (10,61%) ausente e 2 (3,03%) duvidoso. 52 (78,79%) passaram na orelha direita (OD), 54 (81,81%) na orelha esquerda (OE) e falharam 14 (21,21%) e 12 (18,18%) nas OD e OE respectivamente. Dos que passaram na OD e OE, de 84% a 94% tiveram as emissões presentes nas frequências de 2k, 3k e 4k, e de 71% a 92% ausentes em 1k e 1,5k. Todos os pacientes foram encaminhados para o Serviço de Audiologia de referência para monitoramento de recém-nascido com indicador de risco para perda auditiva (IRDA). **CONCLUSÃO:** Concluiu-se que a maioria dos asfixiados tiveram o RCP presente, e resultado presente nas frequências da fala, o que favorece a estimulação e a comunicação dos recém-nascidos. Entretanto, estes resultados não descartam alterações auditivas futuras, sendo necessário o acompanhamento pelo menos até a alfabetização a fim de dirimir as dificuldades de aprendizagem advindas por parte destas crianças

PC-74 RESPOSTA À REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO: FATORES ASSOCIADOS, DISTÚRBO HEMODINÂMICO E MORTALIDADE PRECOZE EM PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO.

DENIS KOITI OSHIRO (FMB-UNESP); JOYCE HARUMI YOSHIOKA (FMB-UNESP); JOÃO CESAR LYRA (FMB-UNESP); MARIA REGINA BENTLIN (FMB-UNESP); GRASIELA BOSSOLAN (FMB-UNESP); ALICE MARIA KIY (FMB-UNESP); LIGIA MARIA SUPPO SOUZA RUGOLO (FMB-UNESP)

INTRODUÇÃO: Em prematuros de muito baixo peso (PTMBP) a necessidade de reanimação neonatal e a ocorrência de distúrbios hemodinâmicos nos primeiros dias de vida são frequentes, mas a associação entre ambos não está estabelecida. **OBJETIVOS:** Investigar fatores de risco para má resposta à reanimação em PTMBP e a associação da resposta à reanimação com o uso de drogas vasoativas e mortalidade precoce. **MÉTODO:** Estudo observacional transversal de PTMBP, nascidos em um centro terciário de janeiro de 2012 a dezembro de 2014. Incluídos pacientes sem malformações e que necessitaram de reanimação (Ventilação com balão e máscara ou mais). Excluídos óbitos em sala de parto. Conforme o APGAR de 5º minuto foram constituídos 2 grupos: boa resposta (≥ 7) e má resposta (< 7) os quais foram comparados quanto ao uso de drogas vasoativas < 72 horas (distúrbio hemodinâmico) e óbito < 7 dias. Variáveis analisadas: corticóide antenatal, corioamnionite, via de parto, idade gestacional, gênero, peso e sepse precoce. Dados analisados pelo teste Qui-quadrado, com cálculo do Risco Relativo (RR) e Intervalo de Confiança 95% (IC). **RESULTADOS:** Dentre os 156 PTMBP reanimados, 49(31%) apresentaram má resposta e 107(69%) boa resposta. Cesariana diminuiu o risco de má resposta (RR:0,45 IC:0,3-0,7), enquanto que corioamnionite (RR:3 IC:2,1-4,4), IG < 29 semanas (RR:4,5 IC:2,5-8,0) e peso < 1000 g (RR:2,1 IC:1,3-3,3) aumentaram esse risco. Gênero e corticóide antenatal não influenciaram. Comparando os grupos (má vs boa resposta), a mortalidade neonatal precoce foi de 12(24,5%) vs 13(12%) ($p=0,080$). Drogas vasoativas foram usadas em 21(43%) vs 18(17%) ($p=0,001$ RR:2,5 IC:1,5-4,3), sendo dobutamina a droga mais usada (71%). Sepse precoce ocorreu em 9(18%) vs 4(3%) ($p=0,006$ RR:4,9 IC:1,6-15) respectivamente. **CONCLUSÃO:** Corioamnionite, prematuridade extrema e extremo baixo peso ao nascer foram fatores de risco para má resposta à reanimação. PTMBP com má resposta à reanimação necessitaram com maior frequência de drogas vasoativas nas primeiras 72 horas, mas não apresentaram maior mortalidade.

PC-75 EFICÁCIA DA REANIMAÇÃO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS QUE APRESENTARAM DEPRESSÃO PERINATAL AO PRIMEIRO MINUTO DE VIDA EM UM HOSPITAL DE ENSINO.

GLEISE MORAES COSTA (HMU); CRISTIANE ZORZENON (FMABC); BEATRIZ MESQUITA MELO (FMABC); FERNANDA RAMIRES CAFFO (FMABC); JULIA PITOMBO VELLA (FMABC); KLEBER KOBOL MACHADO (HMU); CIBELE WOLF LEBRÃO (HMU)

INTRODUÇÃO: A depressão perinatal, decorrente de doenças maternas, fetais e placentárias, constitui uma importante causa de morbidade e mortalidade em recém nascidos termos e pré - termos, necessitando na maioria das vezes, de reanimação imediata após o parto. **OBJETIVO:** Demonstrar a eficácia da reanimação neonatal em pré-termos com score de Apgar de primeiro minuto menor ou igual a 6 em um hospital de ensino. **MÉTODOS:** Estudo de coorte transversal retrospectivo de 2010 a 2014, com dados coletados do livro de registros do centro obstétrico, envolvendo amostra de 2253 prematuros. Foram analisadas as variáveis: idade gestacional, sexo, peso de nascimento, tipo de parto, Apgar e destino intra-hospitalar. Foram excluídos natimortos e dados incompletos no livro de registros. **RESULTADOS:** Foram avaliados 2253 pré-termos dos quais 16,6% (375) apresentaram APGAR de primeiro minuto menor ou igual a 6 e destes 76,2% apresentaram APGAR de quinto minuto maior ou igual a 7. Em relação a idade gestacional, 19,9% foram abaixo de 28 semanas, 35% entre 28 semanas e 33 semanas e 6 dias e 45,1% foram acima de 34 semanas. Para tipo de parto, 53,2% foram cesáreas, 4,5% foram fórceps e 42,3% parto normal. Quanto ao gênero, 46,2% são feminino e 53,8% masculino. De acordo com o peso de nascimento, obtivemos: 16% menor que 1000g, 21,7% entre 1000 e 1499g, 41,3% entre 1500 e 2499g e 21% maior que 2500g. Em relação ao destino, 19,6% foram encaminhados ao alojamento conjunto, 26,6% para a

unidade de cuidados intermediários e 53,8% para a unidade de terapia intensiva neonatal. **CONCLUSÃO:** Percebe-se que o maior número de recém-nascidos que precisaram de reanimação foi no grupo de 1500 a 2499g, correspondendo aos RN pré-termos tardios. Portanto, devemos sempre estar tecnicamente preparados para a reanimação de qualquer recém-nascido.

PC-76 REPERCUSSÃO DE PASSOS DA REANIMAÇÃO NO APGAR DE 5º MINUTO DE VIDA

MARIA CÂNDIDA FERRAREZ BOUZADA (FM-UFMG); ROBERTA ROMANELLI (FM-UFMG); MARIA ALBERTINA SANTIAGO REGO (FM-UFMG); LÊNÍ MARCIA ANCHIETA (FM-UFMG); MARCIA GOMES MACHADO PENIDO (FM-UFMG); ANA CLAUDIA GUIMARÃES CARVALHO (FM-UFMG); IGOR BRAGA VIEIRA BAIÃO SALGADO (FM-UFMG); NATÁLIA MARIA CÂMARA DA LUZ (FM-UFMG); ZILMA REIS (FM-UFMG)

INTRODUÇÃO: O acesso à reanimação neonatal iniciada no primeiro minuto de vida de acordo com normas internacionalmente recomendadas e por profissionais habilitados, pode reduzir a morbidade e mortalidade associadas à asfixia perinatal. **OBJETIVO:** Avaliar a resposta clínica do neonato aos passos da reanimação no APGAR de 5 minutos. **METODOLOGIA:** Estudo transversal, realizado em maternidade de referência terciária. Variáveis maternas, fetais e neonatais foram analisadas a partir de base de dados perinatais (SISMATER) no período de 2012- 2015. Utilizou-se SPSS para análise estatística com teste de qui-quadrado para análise univariada e, para variáveis com $p < 0,05$ foi desenvolvido um modelo de regressão logística. **RESULTADOS:** Informações de um total de 3.882 díades mãe-recém-nascidos foram obtidas. Destes, 45,4% das gestantes de alto risco e 36,8% das gestantes de risco habitual evoluíram para parto cesárea. Foram avaliados 3.858 recém-nascidos (RN), dos quais 17,8% foram assistidos com passos iniciais, 6,7% foram ventilados com balão e máscara, 2,1% intubados para ventilação, 0,4% receberam compressão torácica e 0,3% receberam drogas. Todos os passos da reanimação foram significativos para recuperação do APGAR no 5º minuto ($p < 0,001$). Quando selecionados somente os RN com APGAR de primeiro minuto igual ou menor que 3 ($n = 156$), apenas a ventilação com cânula traqueal ($p = 0,002$), compressões torácicas ($p < 0,001$) e uso de medicações ($p < 0,001$) foram significativos para alcançar APGAR maior que 6 no 5º minuto. **CONCLUSÃO:** Independente do APGAR de 1º minuto, todos os passos da reanimação foram significativos para alcançar APGAR do 5º minuto maior que 6. Quando considerados os RN com APGAR de primeiro minuto igual ou menor que 3, observou-se necessidade de maior intervenção para recuperação do RN. Assim, ressalta-se a importância da assistência adequada ao trabalho de parto para alcançar melhor vitalidade do RN no golden minute e menor necessidade de procedimentos de reanimação.

PC-77 PROGNÓSTICO EM CURTO PRAZO DE RNMBP INTUBADOS EM SALA DE PARTO.

RENATA SAYURI ANSAI (FMB - UNESP); JOÃO CESAR LYRA (FMB - UNESP); MARINA LUCCHINI P. NOGUEIRA (FMB - UNESP); SARAH L. ALLOUFA DA SILVEIRA (FMB - UNESP); ERIC JUN HIRAMA (FMB - UNESP); MARIA REGINA BENTLIN (FMB - UNESP); LIGIA MARIA S.S. RUGOLO (FMB - UNESP)

INTRODUÇÃO: Prematuros (PT) podem apresentar dificuldades nos mecanismos de adaptação cardiorrespiratória ao nascimento. A ventilação com pressão positiva (VPP) é o procedimento mais efetivo na reanimação desses pacientes, mas pode estar associada à lesão pulmonar, com aumento da morbi-mortalidade. **OBJETIVOS:** Comparar prematuros de muito baixo peso (PTMBP) reanimados em sala de parto com balão e máscara versus intubação orotraqueal (IOT), quanto à evolução para displasia broncopulmonar (DBP) ou óbito precoce. **MÉTODOS:** Estudo observacional de corte transversal, com inclusão de todos os PTMBP nascidos em um hospital terciário, com peso ao nascer (PN) $< 1500g$, de janeiro/2012 a dezembro/2014. Excluídos: óbitos em sala de parto e malformações maiores. Variáveis avaliadas: peso ao nascer (PN), idade gestacional (IG), uso de corticoide antenatal (CEAN), Apgar de 1º e 5º minutos, suporte ventilatório, evolução para DBP (necessidade de oxigênio com 36 semanas de idade corrigida) e óbito na primeira semana de vida. Resultados analisados pelos testes qui-quadrado e cálculo

da “odds ratio - OR” ($p=0,05$). **RESULTADOS:** De um total de 206 PT avaliados (PN médio=1077g / IG média=30 semanas), 159 (77%) necessitaram de reanimação. Destes, 65% receberam apenas VPP com balão e máscara e 34% foram intubados. Comparando PT intubados versus não intubados, 28% vs 13% evoluíram para DBP ($p=0,03$, OR=2,60; IC95%: 1,13-5,98) e 37% vs 4% morreram na primeira semana de vida ($p<0,001$, OR=14,2; IC95%: 4,55-44,70). Os PT intubados necessitaram de ventilação mecânica mais frequentemente (98% vs 50%) e apresentaram tempo médio de uso de oxigênio superior aos não intubados (10 vs 5 dias). **CONCLUSÃO:** A intubação orotraqueal em sala de parto associou-se com pior prognóstico de PTMBP em curto prazo, aumentando a chance de DBP e óbito precoce.

PC-78 ASSOCIAÇÃO ENTRE REANIMAÇÃO AVANÇADA E HEMORRAGIA PERINTRAVENTRICULAR E/OU RETINOPATIA E/OU DOENÇA BRONCOPULMONAR EM PACIENTES PREMATUROS MENORES QUE 1500 GRAMAS

WALUSA ASSAD GONÇALVES-FERRI (FMRP-USP); ANA BEATRIZ GONÇALVES (FMRP - USP); FÁBIA PEREIRA MARTINS CELINI (FMRP - USP); FRANCISCO EULÓGIO MARTINEZ (FMRP - USP)

INTRODUÇÃO: Muitos pacientes prematuros necessitam de reanimação neonatal avançada, ou seja, intubação, massagem cardíaca e drogas, entretanto não está bem esclarecido o risco desses pacientes apresentarem complicações relacionadas com esses procedimentos agressivos. **OBJETIVO:** Avaliar a associação entre reanimação neonatal avançada e hemorragia perintraventricular grau 3 e 4, retinopatia grau 3, doença broncopulmonar e óbito. **MÉTODO:** Foram selecionados pacientes incluídos na Rede Brasileira Neonatal, com peso de nascimento < 1500g, nascido no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013, em um hospital universitário. Calculou-se os riscos relativos ajustados pelo programa SAS 9.2 pelo modelo log-binomial para estimação de riscos relativos (RR) brutos e ajustados e seus intervalos de confiança 95% (IC95%). **RESULTADOS:** Entre janeiro de 2012 e dezembro de 2014 nasceram 480 prematuros, destes 407 (84,8%) necessitaram de algum tipo de reanimação na sala de parto e 35 (7,2%) neonatos necessitaram de reanimação avançada. Observou-se que neonatos que necessitaram de reanimação neonatal avançada apresentaram risco de apresentarem doença broncopulmonar 1,41 (1,24-1,6) maior que os prematuros que não necessitaram de reanimação. Quando avaliamos retinopatia o risco foi 1,71 (1,3-2,25) maior nos reanimados. Em relação a hemorragia perintraventricular foi 1,71 (1,45 – 2,01) maior. Quando avaliamos óbito os que necessitaram de reanimação avançada apresentaram risco 1,39 (1,3-1,49) vezes maior de mortalidade que os pacientes que não necessitaram. **CONCLUSÃO:** A reanimação neonatal avançada está associada com pior prognóstico quando comparamos com neonatos que não necessitaram de reanimação, entretanto com uma força de associação menor que o esperado, sugerindo que outros fatores interferem na evolução da criança, reforçando a idéia que as condições de assistência nas UTIs são determinantes na evolução desses prematuros.

PC-79 ASSOCIAÇÃO ENTRE IDADE GESTACIONAL, REANIMAÇÃO AVANÇADA E HEMORRAGIA PERINTRAVENTRICULAR E/OU RETINOPATIA E/OU DOENÇA BRONCOPULMONAR EM PACIENTES PREMATUROS MENORES QUE 1500 GRAMAS

ANA BEATRIZ GONÇALVES (FMRP - USP); WALUSA ASSAD GONÇALVES-FERRI (FMRP USP); FÁBIA PEREIRA MARTINS CELINI (FMRP - USP); FRANCISCO EULÓGIO MARTINEZ (FMRP - USP)

INTRODUÇÃO: Muitos pacientes prematuros necessitam de reanimação neonatal avançada, ou seja, intubação, massagem cardíaca e drogas, entretanto não está bem esclarecido o risco desses pacientes segundo a idade gestacional apresentarem complicações relacionadas com esses procedimentos agressivos. **OBJETIVO:** Avaliar a associação entre reanimação neonatal avançada e hemorragia perintraventricular grau 3 e 4, retinopatia grau 3, doença broncopulmonar e óbito segundo a idade gestacional. **MÉTODO:** Foram selecionados pacientes incluídos na Rede Brasileira Neonatal, com peso de nascimento < 1500g, nascidos no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013, em um hospital

universitário. Calculou-se os riscos relativos ajustados pelo programa SAS 9.2 pelo modelo log-binomial para estimação de riscos relativos (RR) brutos e ajustados e seus intervalos de confiança 95% (IC95%). **RESULTADOS:** Entre janeiro de 2012 e dezembro de 2014 nasceram 480 prematuros, destes 407 (84,8%) necessitaram de algum tipo de reanimação na sala de parto e 35 (7,2%) necessitaram de reanimação avançada. Dentre os pacientes que receberam reanimação avançada 18 (51,4%) neonatos tinham idade gestacional menor ou igual que 196 dias (Grupo 1) e 17 (48,7%) idade maior que 196 dias (Grupo 2). Observou-se que neonatos do Grupo 1 apresentaram risco de desenvolverem doença broncopulmonar 2,66 (2,4-2,95) maior que do Grupo 2. Quando avaliamos retinopatia o risco foi 6,97 (5,29-9,19) maior no Grupo 1. Em relação a hemorragia perintraventricular o risco foi 4,03 (3,43 – 4,71) maior no Grupo 1. Quando avaliamos óbito o Grupo 1 apresentou risco 3 (2,78-3,24) vezes maior de mortalidade que os pacientes do Grupo 2. **CONCLUSÃO:** A menor idade gestacional está associada com sequelas quando a reanimação neonatal avançada em sala de parto se faz necessária.

PC-80 REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDOS ADMITIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL EM HOSPITAL TERCIÁRIO.

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA SALLES (HMOB); LUCIANA DRUMOND (HMOB); MÁRCIA LIMA COSTA (HMOB); DANIELA MÁRCIA CARVALHO (HMOB); LUCIANA NUNES SILVA (HMOB); MARCELA REGINA MAGALHÃES (HMOB); LUCIANA MARA SALOMÃO (HMOB)

INTRODUÇÃO: a avaliação das características de nascimento, condições da gestação e parto dos neonatos admitidos em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) são importantes instrumentos de avaliação da assistência prestada no período gestacional e perinatal. **OBJETIVO:** avaliar a reanimação neonatal em hospital terciário, com maternidade de alto risco, caracterizando as gestantes, recém nascidos encaminhados a UTIN e manobras. **MÉTODOS:** estudo epidemiológico retrospectivo, realizado através da revisão de prontuários dos recém-nascidos encaminhados a UTIN no ano de 2015. Foi realizada análise descritiva simples dos dados. **RESULTADOS:** a idade média materna foi de 26,4 anos e 94% realizaram pré-natal. Infecção do trato urinário (25,7%) e síndromes hipertensivas (22,8%) foram as principais comorbidades. Parto cesárea ocorreu em 55,6 % dos casos. Dos 311 recém-nascidos estudados, 55,6% eram masculinos, 59,8% prematuros, sendo 19,3% com menos de 31 semanas de idade gestacional. Baixo peso ocorreu em 60,1 dos recém-nascidos, 26,4% deles tendo menos de 1500g. Em 34% dos casos, o Apgar de primeiro minuto foi menor que 7. Das manobras de reanimação, a ventilação com pressão positiva utilizando o ventilador mecânico manual em T (VMT) com máscara facial foi a mais utilizada (46,6%). Foi usado blender para ajuste da concentração de oxigênio indicada. Intubação traqueal ocorreu em 19,6% dos pacientes. Dos recém-nascidos com menos de 1500 g, cerca de 20% não necessitaram intubação. Massagem cardíaca foi realizada em 2,6% dos casos e drogas em 1%. A prática do CPAP em sala de parto e transporte para a UTIN é realizada com VMT. **CONCLUSÃO:** A reanimação mais frequente nos recém-nascidos estudados foi a ventilação com pressão positiva utilizando o VMT. Apesar da frequência elevada de neonatos prematuros, numa maternidade que atende gestantes de alto risco, constata-se que esta prática tem contribuído para a diminuição da intubação de prematuros em sala de parto.

PC-81 EVOLUÇÃO DE PACIENTES PREMATUROS MENORES QUE 1500 GRAMAS QUE NECESSITARAM DE REANIMAÇÃO NEONATAL AVANÇADA

ANA BEATRIZ GONÇALVES (FMRPP - USP); WALUSA ASSAD GONÇALVES-FERRI (FMRP - USP); FÁBIA PEREIRA MARTINS CELINI (FMRP - USP); FRANCISCO EULÓGIO MARTINEZ (FMRP - USP)

INTRODUÇÃO: Pacientes prematuros podem necessitar de reanimação neonatal avançada, ou seja, intubação, massagem cardíaca e drogas. Ainda não está bem esclarecida qual a evolução desses pacientes que necessitaram de medidas agressivas ao nascer. **OBJETIVO:** Avaliar a evolução de prematuros menores

que 1500 gramas submetidos a reanimação avançada ao nascimento. **MÉTODO:** Foram selecionados pacientes incluídos na Rede Brasileira Neonatal, com peso de nascimento < 1500g, nascido no período de janeiro de 2012 a dezembro de 2013, em hospital universitário. **RESULTADOS:** Entre janeiro de 2012 e dezembro de 2014 nasceram 480 prematuros, destes 407 (84,8%) necessitaram de algum tipo de reanimação na sala de parto e 35 (7,2%) de reanimação avançada. Os pacientes que receberam reanimação avançada foram separados em 2 grupos: grupo 1 idade gestacional igual ou menor que 196 dias e grupo 2 maior que 196 dias. Grupo 1 com 18 neonatos e Grupo 2 com 17. Do Grupo 1: 13 foram a óbito (72,2%), 12 nasceram de parto normal (66,6%) e 4 receberam corticoide antenatal (22,2%), média de peso 1047,7g e SNAPPE 64,4; enquanto no Grupo 2: 10 óbitos (58,8%), 4 nasceram de parto normal (23,5%) e 7 receberam corticoide antenatal (41,1%), média de peso 1049,62 gramas e SNAPPE de 55,2. Dos pacientes avaliados por ultrassom e fundo de olho, ocorreu HPIV grau 3 em 1 neonato do Grupo 1 (14,28 %) e de retinopatia grau 3 e 4 em 2 prematuros (50%), excluindo os pacientes que apresentaram óbito antes das avaliações. No Grupo 2 foi encontrado hemorragia grau 3 e 4 em 1 paciente (12,5%) e retinopatia grau 3 em 1 paciente (16,6%). **CONCLUSÃO:** Os pacientes que necessitam de reanimação avançada em sala de parto apresentam uma evolução desfavorável com alta taxa de morbimortalidade, sendo assim um grupo de pacientes que devem ser avaliados com rigor.

PC-82 ABORDAGEM DA ASFIXIA PERINATAL COMO PREDITOR DA QUALIDADE DE VIDA FUTURA DOS RECÉM NASCIDOS ASFÍXICOS

MARIO LUCIO DE OLIVEIRA NOVAES (VACICLIN); MONIQUE TAVARES MARLIERE (HOSPITAL ALBERT SABIN); CARLA RABELO CORREA LIMA (UNIPAC); JOÃO LUCAS MATTOS SEPULVEDA (UNIPAC); MARCELA MENDES VILLELA JUNQUEIRA (UFJF); PAULA FALCI LOURES (UFJF); ANGELICA VILELA RODRIGUES DE ALVARENGA (UFJF)

INTRODUÇÃO: Asfixia perinatal é a falta de suprimento adequado de oxigênio no periparto. Importante marcador qualitativo da assistência perinatal, com alto potencial preventivo de óbitos e sequelas, através de diagnóstico e tratamento precoces. **OBJETIVOS:** Relatar um caso de asfixia perinatal, suas consequências sistêmicas, enfatizando a importância do atendimento perinatal adequado e prevenção das sequelas futuras. **MÉTODO:** Estudo observacional, descritivo, relato de caso. Prematuro, sexo masculino, nascido de parto normal, 26 semanas, Apgar 8/9, 950 g ao nascimento. Mãe hipertensa, 30 anos, evoluiu com sangramento significativo, trabalho de parto prematuro, sem uso prévio de corticoterapia. Prematuro admitido na UTI-Neo, com bradicardia, baixa saturação de O₂, perfusão ruim. Recebido em incubadora umidificada, instalada ventilação mecânica, feito terapia com surfactante, suporte vasoativo, ampicilina e gentamicina. Permaneceu três dias em dieta zero, evoluiu com distensão abdominal e suspeita de enterocolite, justificando o prolongamento da antibioticoterapia. Iniciou nutrição parenteral total com 72 horas de vida, com dieta enteral após 12 dias. Manteve fluconazol profilático durante esse período. Manteve fototerapia profilática por 7 dias e cafeína até 34 semanas de idade gestacional corrigida. Ultrassom transfontanela no terceiro dia de vida evidenciou hemorragia intraventricular grau III (HIV III). Evoluiu com aumento do perímetro cefálico, convulsões, evidenciando hidrocefalia e hematoma parietal (abordagem cirúrgica). Evoluiu com ventriculite. Ressonância evidenciou leucomalácia periventricular. Ao exame neurológico, hipotonia axial e hipertonia de membros inferiores. Desenvolveu broncodisplasia pulmonar tratada durante 20 dias. Triagem auditiva alterada, sendo orientado BERA. Triagem visual, diagnosticou retinopatia grau 3 plus, refratária a terapia. Alta com acompanhamento oftalmológico, neurológico, fonoaudiológico e fisioterapia motora. **CONCLUSÃO:** A condução da gestação de risco e assistência ao recém-nascido visam reduzir as consequências precoces e tardias da asfixia perinatal. O conhecimento adequado da patologia e de suas repercussões, garante detecção precoce de sinais anormais, possibilitando intervenções adequadas, com melhora do prognóstico dos recém-nascidos asfíxicos.

PC-83 PERFIL DA ASSISTÊNCIA AOS RECÉM NASCIDOS ASFÍXICOS EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

FABIO CHAVES CARDOSO (HMAF); CARMEN LÚCIA L. FERREIRA ELIAS (HMAF); CLÁUDIA GENTIL MONTEIRO (HMAF); CAROLINE MONTEIRO CAMPOS (UNIGRANRIO); CAMILA BAPTISTA RODRIGUES DE SOUZA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ); MÔNICA BRETA MOTTA (UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ)

INTRODUÇÃO: Na asfixia neonatal, os esforços empregados na análise da associação causal entre doença e assistência neonatal, é essencial para supervisão dos resultados entre prática da reanimação e a capacitação dos profissionais objetivando redução da morbimortalidade. **OBJETIVO:** Identificar o perfil da assistência aos recém-nascidos asfíxicos em maternidade pública no município do Rio de Janeiro. **MÉTODOS:** Estudo retrospectivo de janeiro/2014 a dezembro/2015, com análise de prontuários. Tivemos 4709 nascidos vivos, sendo 57 casos de asfixia leve. Trabalhamos com 14 casos de asfixia grave, definidos por Apgar menor ou igual a 3 no quinto minuto de vida, associado a acidose metabólica. Utilizamos software Epi-info 7.1 na análise dos resultados. **RESULTADOS:** Dentre casos de asfixia grave, 50% evoluíram para óbito. Das gestantes, 78,5% realizaram pré-natal, sendo 42,8% com mais de 6 consultas. Encontramos 28% de gestantes adolescentes. O fator de risco significativo em 61,5% das gestantes. Analisando a atenção aos recém-nascidos, encontramos peso ao nascimento menor de 1000g em 35,7%; 7,1% entre 1001 e 1499g e 57,1% maiores de 2500g. Correlacionando idade gestacional: 35,7% foram menores de 28 semanas, 7,1% entre 28 e 34 semanas e 57,1% de maiores de 37 semanas. Tivemos 28,5% de partos com líquido amniótico meconial. Quando analisamos o profissional que prestou assistência em sala de parto, apenas 28,5% apresentavam capacitação chancelada pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Na reanimação foram feitas ventilação com balão e máscara em 7,1% dos casos, ventilação por cânula traqueal 42,9%, massagem cardíaca associada à ventilação 7,1% e a reanimação completa com drogas em 42,9%. Todos os recém-nascidos foram admitidos na terapia intensiva neonatal. **CONCLUSÃO:** A assistência na sala de parto por profissionais capacitados, com emprego de recursos necessários à boa prática, estabelece impacto na redução da mortalidade por asfixia. Após esse estudo iniciamos o treinamento de profissionais de saúde para atingirmos a nossa meta da totalidade de médicos capacitados.

PC-84 TEMPERATURA AXILAR DE RNS COM MUITO BAIXO PESO AO NASCER NA ADMISSÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E TAXA DE MORTALIDADE INTRA-HOSPITALAR EM UMA MATERNIDADE NA REGIÃO SUL DO BRASIL

RAFAELA SCHRAMM DE BORBA MENDONÇA (HMMKB - ITAJAÍ/SC); EDOSN ARTUR ROSSINI (HMMKB - ITAJAÍ/SC); SERGIO ALBERTO QUADROS (HMMKB - ITAJAÍ/SC); PÉRICLES ZARSKE DE MELO (HMMKB - ITAJAÍ/SC); ROQUE ANTONIO FORESTI (HOSPITAL E MATERNIDADE MARIETA KONDER BORNHAUSEN - ITAJAÍ/SC); CHRISTIANA GREYER DE SOUZA (HMMKB - ITAJAÍ/SC); VANESSA PRISCILA WIESNER KROBEL (HMMKB - ITAJAÍ/SC); CARLOS AUGUSTO LOPES (HMMKB - ITAJAÍ/SC); MARCIO ACCIOLY SIPPEL FOSSARI (HMMKB - ITAJAÍ/SC); RÔMULO FONSECA DE MATOS (HMMKB - ITAJAÍ/SC)

INTRODUÇÃO: Após o nascimento, o recém-nascido (RN) pode perder até um grau Celsius por minuto de sua temperatura, dependendo das condições e local do parto. A presença de hipotermia (temperatura axilar $<36,5^{\circ}\text{C}$) na admissão do RN na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) pode relacionar-se com um aumento do risco de morte, especialmente naqueles com muito baixo peso ao nascer (≤ 1500g), como muitas publicações têm demonstrado nos últimos anos. **OBJETIVOS:** avaliar a temperatura dos RN de muito baixo peso ao nascer (RNMBPN) no momento de sua admissão na UTIN e verificar se há relação entre a presença de hipotermia e a taxa de mortalidade intra-hospitalar nesta população. **MÉTODOS:** Trabalho prospectivo e observacional dos RNMBPN nascidos no período entre janeiro de 2014 a dezembro de 2015 com peso menor ou igual a 1.500g. Foram excluídos os RN com peso $<500\text{g}$ ou maior que 1.500g, idade gestacional < 23 semanas, portadores de malformações incompatíveis com a vida e os que foram a óbito com menos de 12 horas de vida; **RESULTADOS:** No período analisado nasceram

um total de 6.627 RNs; destes 551 (8,3%) eram prematuros e destes 107 (1,6%) tinham peso $\leq 1.500\text{g}$. Foram excluídos 26 pacientes: 11 com menos de 500g e/ou <math>< 23</math> semanas; 15 morreram na sala de parto ou com menos de 12 horas de vida. Fizeram parte da análise 81 pacientes. Destes 52 RNs (64%) apresentaram hipotermia na admissão da UTIN. 15 RNs morreram. A Taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 18,5%. **CONCLUSÃO:** A hipotermia esteve presente em mais de sessenta por cento da amostra analisada. A taxa de mortalidade intra-hospitalar foi de 18,5%. Apesar da alta incidência da hipotermia na admissão da UTIN, nesta análise, não houve aumento da mortalidade. Medidas devem ser tomadas para diminuir a taxa de mortalidade e hipotermia.

PC-85 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR POR DENVER II DE PACIENTES SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA

FABÍOLA TERTO MAGALHÃES RODRIGUES (UFCG); AMILTON ALBUQUERQUE DA SILVA (UFCG); CAMILA MUNIZ MEDEIROS (UFCG); CARLOS DHIEGO DE CARVALHO GOMES (UFCG); GLENNY BRASIL GURGEL (UFRN); LUIZ OTÁVIO BARBOZA LEITE (UFCG); MÔNICA LOUREIRO CELINO RODRIGUES (UFCG); WALDENEIDE FERNANDES DE AZEVEDO (UFPB)

INTRODUÇÃO: A Encefalopatia Hipoxico-Isquêmica é uma causa importante de dano neurológico em Recém-Nascidos (RN). A hipotermia terapêutica (HT) é atualmente a principal maneira de se evitar deficiência no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). **OBJETIVOS:** Avaliar o DNPM em RNs submetidos à hipotermia terapêutica acompanhados em ambulatório de neuropediatria. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo e coorte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (466/2012), de pacientes a termo que foram submetidos à HT na UTI Neonatal de um hospital público em Campina Grande-PB, que tiveram seguimento em ambulatório de referência da região, entre janeiro de 2014 e janeiro de 2015. Utilizou-se escala neuropsicomotora do Teste Denver II para mensurar resultados. Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 10.0. **RESULTADOS:** Em relação à faixa etária dos pacientes acompanhados durante período de aplicação do teste foi observada uma maior frequência 66,67% (12) de pacientes que se encontram nos intervalos de idade de 1 ano e 1 mês a 1 ano e 6 meses. O DNPM dos RNs submetidos à HT obteve resultado do teste normal em 83,33% (15) e 16,67% (3) apresentaram avaliação alterada. Desses 16,65% (3) dos pacientes envolvidos na pesquisa: O paciente “x” 5,55% apresentou hipotonia em membro superior direito e atraso do DNPM; O paciente “y” 5,55% foi identificado espasticidade generalizada, epilepsia e atraso do DNPM secundária a uma EHI grau II identificada no EEG; O paciente “z” 5,55% apresentou um quadro mais grave com hipotonia axial, hipertonia nos membros, paresia de cinturas, atraso do DNPM, que evoluiu com inúmeras internações hospitalares, complicações respiratórias e óbito após 1 ano de vida. **CONCLUSÃO:** A hipotermia terapêutica é importante método para diminuir a possibilidade de injúria neurológica e consequente atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, pois além de se mostrar eficaz, é um método que pode ser realizado com poucos recursos.

PC-86 EVOLUÇÃO SEM SEQUELAS DE UM PREMATURO EXTREMO APÓS UMA PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA DE 20 MINUTOS

ANA LUIZA VELLOSO DA PAZ MATOS (IPERBA / EBMS); ALLANA ANDRADE LOBO (EBMS); DEIVIDE OLIVEIRA DE SOUZA (FACULDADE DE TECNOLOGIA E CIENCIAS-MEDICINA, SALVADOR-BA); VICTORIA ANDRADE LOBO (EBMS)

INTRODUÇÃO: No Brasil, aproximadamente 11% das crianças nascidas em 2013 foram prematuras e 6% destes prematuros necessitaram de reanimação cardiorrespiratória ainda na sala de parto. Apesar de guidelines indicarem a interrupção da reanimação em prematuros na sala de parto após 10 minutos, de assistolia, será que esse tempo é válido também para PCRs em neonatos prematuros fora da sala de parto? **OBJETIVO:** Demonstrar um relato de caso de prematuro extremo que cursou com desenvolvimento

neuropsicomotor adequado, após PCR nos primeiros dias de vida após reanimação de duração muito além da indicada. **MÉTODOS:** Relato de caso baseado acompanhamento clínico/análise do prontuário. **RESULTADOS:** I.R.S.S, IG de 26 semanas e 6 dias (Ballard), 950g ao nascer. Necessitou de aspiração de vias aéreas superiores e ventilação com pressão positiva, mantido em CPAP nasal, por conta do desconforto respiratório. Foi intubado no 17º dia de vida por apneias frequentes (secundárias sepse), extubado no 21º dia de vida e evoluindo, a seguir, com parada cardiorrespiratória (PCR) quando aplicado o protocolo de reanimação, retornando da assistolia no 20º minuto. Alta com diagnóstico de broncodisplasiapulmonar, porém na evolução apresentou 1 episódio de dispneia durante o 1º ano. O paciente continua em acompanhamento no ambulatório de follow-up, atualmente com 2 anos, peso/estatura/perímetro cefálico adequados, desenvolvimento neuropsicomotor apropriado para a idade corrigida. Fez uso de leite materno exclusivo até 6º mês de idade corrigida e complementado até os 2 anos. **CONCLUSÃO:** Guidelines padronizam a ressuscitação na sala de parto para prematuros. Mas a reanimação de neonatos/prematuros com alguns dias de vida pode envolver outros fatores fisiológicos, o que pode resultar em tempo de reanimação necessária diferente. O caso provoca uma proposta de revisão de protocolos e seguimentos, principalmente envolvendo assistolias prolongadas irresponsivas nos primeiros dias de vida, sobretudo prematuros extremos que cada dia mais parecem constituir-se seres muito singulares.

PC-87 EVOLUÇÃO HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDOS DE TERMO COM ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA

FABÍOLA TERÇO MAGALHÃES RODRIGUES (UFCG); AMILTON ALBUQUERQUE DA SILVA (UFCG); CAMILA MUNIZ MEDEIROS (UFCG); GLENNY BRASIL GURGEL (UFRN); LUIZ OTÁVIO BARBOZA LEITE (UFCG); MARTA LÚCIA DE ALBUQUERQUE (UFPB); WALDENEIDE FERNANDES DE AZEVEDO (UFCG)

INTRODUÇÃO: A Encefalopatia Hipóxico-isquêmica (EHI), causada pela asfixia perinatal é uma causa relevante de óbito e sequelas neurológicas, como a paralisia cerebral, atraso do desenvolvimento e epilepsia em todo o mundo. **OBJETIVOS:** Analisar dias de internação, presença de convulsões e dias de oxigenoterapia em recém-nascidos com EHI em UTI neonatal. **METODOLOGIA:** Foi realizado um estudo descritivo, quantitativo, retrospectivo e coorte transversal, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (466/2012), de pacientes a termo que foram submetidos à hipotermia terapêutica (HT) na UTI Neonatal, que tiveram seguimento em ambulatório de referência da região, entre janeiro de 2014 e janeiro de 2015. Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 10.0. Os critérios de inclusão para HT foram respeitados, conforme a ILCOR. **RESULTADOS:** Devido limitações infraestruturais, os parâmetros clínicos foram a base para o diagnóstico do insulto isquêmico. O escore de APGAR dos 18 recém-nascidos (Rns) diagnosticados, 77,8% (14) estavam com nota igual ou inferior a 3 no primeiro minuto e, 94,4% (17) estavam com APGAR igual o inferior a 5 no quinto minuto de vida e a maioria dos RNs 88,8% (16) apresentou APGAR igual ou inferior a 5 no décimo minuto; 22,22% (4) apresentou convulsão nas primeiras horas de vida. A alta da UTI neonatal foi em média 11,11 dias ($\pm 12,72$; Amplitude = 56; Min. = 4; Max. = 60) e do hospital com 18,39 dias ($\pm 18,70$; Amplitude = 83; Min. = 7; Max. = 90). Do total, a média de dias de oxigenoterapia foi de 10,61 dias ($\pm 15,65$), dois RNs tiveram dificuldade para desmame de oxigênio e mantiveram a permanência em oxigenoterapia durante 18 e 70 dias, dado correlacionado aos outros RNs que ficaram uma média de 4-6 dias de exposição. **CONCLUSÃO:** O tempo de permanência em UTI e o uso do oxigênio no período neonatal não estão isentos de efeitos colaterais, podendo até agravar a lesão cerebral causada pela EHI. Além da HT, principal recurso para proteção neural, esses parâmetros devem ser considerados e levados em conta durante o manejo do RN com EHI.

PC-88 MARCADORES PROGNÓSTICOS DE EVOLUÇÃO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS DE TERMO PORTADORES DE ASFIXIA PERINATAL

NADIA SANDRA OROZCO VARGAS (CTIN-2 ICR HCFMUSP); TERESA MARIA LOPES DE OLIVEIRA URAS

(HOSPITAL SANTA HELENA UNIMED PAULISTANA); MARIO CICERO FALCAO (CTIN-2 ICR HCFMUSP);
MARIA ESTHER JURFEST CECCON (CTIN-2 ICR HCFMUSP); WERTHER BRUNOW CARVALHO (ICR HCFMUSP)

INTRODUÇÃO: A asfixia perinatal e a encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) são causas de elevada mortalidade e de sequelas neurológicas no recém-nascido. **OBJETIVOS:** Verificar a prevalência de asfixia perinatal e de EHI; analisar a utilidade de testes laboratoriais: transaminase glutâmica oxalacética (TGO), transaminase glutâmica pirúvica (TGP), desidrogenase láctica (DHL) e Creatina Quinase MB (CK-MB) coletados ao nascimento, 24 e 72 horas de vida; alterações neurológicas clínicas com 24 e 72 horas e com 28 dias de vida e lesões cerebrais detectadas pela ultrassonografia de crânio seriada para o diagnóstico precoce da lesão cerebral, como marcadores prognósticos da evolução para EHI. **MÉTODO:** Estudo de coorte prospectivo, foram incluídos RN de termo que apresentaram asfixia perinatal pelos critérios de Buonocore. Para determinação enzimática foi coletado sangue ao nascimento, com 24 e 72 horas de vida. Os estágios clínicos de Sarnat e Sarnat assim como a ultrassonografia de crânio foram verificados com 24 e 72 horas e 28 dias de vida. **RESULTADOS:** De 2.989 nascidos vivos de 01 de julho de 2009 a 01 de julho de 2010, 28 apresentaram asfixia e a EHI foi evidenciada em 21,42%. A enzima CK-MB foi um bom marcador, todos os valores foram superiores a 5,10 ng/ml, e se correlacionaram positivamente com as alterações clínicas e com ultrassonografia transfontanela. Os valores das outras enzimas como TGO (24h), TGO e TGP (72h) também se correlacionaram positivamente com as alterações ultrassonográficas as quais mostraram alteração em 3,5% dos pacientes com 24 horas de vida, 25% com 72 horas e 28,6% com 28 dias. Curva ROC mostrou os valores da CKMB de 24h em relação a USG de crânio de 72h Sensibilidade, Especificidade e Acurácia de 85,7%. **CONCLUSÃO:** Testes simples da prática hospitalar, exame clínico e USG seriada se mostraram úteis para avaliar a evolução dos RN com asfixia perinatal para EHI.

PC-89 RELAÇÃO ENTRE HIPÓXIA GRAVE E MORTALIDADE NEONATAL: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE UM SERVIÇO DE SAÚDE DA CIDADE DE JUAZEIRO DO NORTE-CE, DE 2005 A 2015.

ADRIANA FERREIRA DE CARVALHO (ESTÁCIO FMJ/HOSPITAL MUNICIPAL SÃO LUCAS); LILIANNY MEDEIROS PEREIRA (ESTÁCIO FMJ/HOSPITAL MUNICIPAL SÃO LUCAS); MÁRCIO ROSENDO DE BARROS (ESTÁCIO FMJ); LORENA PEREIRA MATOS (ESTÁCIO FMJ); DULCY DÁVYLA FREIRE NASCIMENTO (HOSPITAL MUNICIPAL SÃO LUCAS); RENATA AMEIDA DE OLIVEIRA (ESTÁCIO FMJ)

A mortalidade neonatal precoce associada à asfixia perinatal em recém-nascidos de baixo risco, com peso ao nascer $\leq 2500\text{g}$ e sem malformações congênitas, ainda é considerada elevada em nosso meio. Com isso observamos o interesse de conhecer o perfil epidemiológico e a relação da hipóxia neonatal com a mortalidade no nosso serviço. Realizamos uma revisão documental (livro de registros da UTI Neonatal) de Julho de 2005 a Dezembro de 2015. Tivemos um total de 3.566 pacientes admitidos no serviço, como critério de exclusão definimos o não registro do Apgar do quinto minuto, o que ocorreu com 551 pacientes. Restando para o nosso trabalho 3.015 crianças, desses pacientes registrados, 102 crianças apresentaram Apgar de quinto minuto menor ou igual a 3, o que corresponde a um percentual de 3,3%. Desses hipoxiados graves (102 crianças), 47 receberam alta hospitalar, 43 foram a óbito e 12 não possuíam registro do destino final. Observando os óbitos (43) vemos que 12 ocorreram em recém-nascidos a termo (RNT) e 31 em prematuros (RNPT). Dos 12 óbitos dos RNT, dois foram óbitos precoce e 10 óbitos tardios. Vendo a distribuição dos óbitos por ano, observamos que o ano de 2010 possuiu o maior número de óbitos de bebês hipoxiados (08 casos) e o ano de 2015 o menor (apenas 01 caso). Os RNT que tiveram óbito precoce, não possuíam nenhuma malformação congênita e possuíam peso superior a 2.500 g. Nesse trabalho observamos inicialmente uma inadequação em relação ao registro dos nossos pacientes, muitos não possuindo os dados completos quando do preenchimento do livro. No serviço existe 01 plantonista na sala de parto durante cada turno de plantão, sendo também um hospital escola. Concluímos que buscando sempre a melhor assistência para os recém-nascidos, com a educação continuada dos nossos profissionais, teremos um serviço de qualidade.

PC-90 ESTUDO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DA ASSISTÊNCIA NEONATAL EM SALA DE PARTO DE 4.733 NASCIDOS VIVOS EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DA REDE SUPLEMENTAR DE SAÚDE, EM FORTALEZA, CEARÁ

MARIA GORETTI POLICARPO BARRETO (HRU FORTALEZA); RENATA POLICARPO BARRETO (UNIFOR); LARA MOREIRA TELES DE VASCONCELOS (UNIFOR); AMANDA VALE CATUNDA (UNIFOR); MARIA CLARA MIRANDA LIMA (UNIFOR); AMANDA LOPES DE CASTRO (UNIFOR); REBECA LINHARES MATOS (UNIFOR); YASMIN PAES GALVÃO DE MELO (UNIFOR); THAYS MARTINS DE SOUSA DUARTE (UNIFOR); ANTÔNIA ERIKA ARAÚJO HOLANDA (UNIFOR)

INTRODUÇÃO: Cerca de 10% dos recém-nascidos requer alguma assistência para transição bem sucedida ao nascer. Destes, 1% sofrerá procedimentos invasivos de reanimação neonatal, diminuindo os óbitos neonatais precoce por asfixia perinatal. **OBJETIVOS:** Analisar a assistência neonatal em sala de parto em um hospital terciário privado. **MÉTODOS:** Estudo de coorte retrospectivo, descritivo e analítico dos recém-nascidos (RNs) de um hospital terciário da rede suplementar durante 2013 a 2015. Dados obtidos dos prontuários. Analisaram-se os fatores maternos e neonatais relacionados à reanimação neonatal. Análise estatística univariada e descritiva pelo programa SPSS versão 10.0. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de uma Universidade de referência. **RESULTADOS:** Dos 4.733 RNs, todos assistidos por neonatologistas, 10% necessitaram de reanimação em sala de parto, dos quais 50,6% foram encaminhados ao alojamento conjunto, 12,2% ao berçário de médio risco e 37,1% à UTI neonatal. Variáveis maternas: a idade variou de 13 a 55 anos, média 30 anos ($\pm 5,35$ anos); 95,8% fizeram pré-natal com mais de seis consultas; quanto à união, 68,5% eram casadas e 22,7% solteiras; escolaridade predominante foi superior completo (43,2%); 87,8% trabalhavam e 13,4% profissionais da saúde; 70,7% era proveniente da capital; 56,8% primíparas; 14,6% tiveram aborto prévio; 96,9% gravidez única. Cesarianas totalizaram 88,6%. Partos prematuros 13,3%, incidência de 8,86% nas mulheres entre 28-35 anos. Variáveis neonatais: idade gestacional oscilou de 20 a 42 semanas, média 38 semanas ($\pm 15,67$ dias). Peso variou de 380 a 5.500g, média 3.118g ($\pm 591,9$ g). 425 RNs tiveram baixo peso, sendo 6,82% anoxiados graves no primeiro minuto. **CONCLUSÃO:** Os resultados mostraram que 10% dos RNs necessitaram de reanimação, corroborando com as publicações nacionais e internacionais. Todos recém-nascidos foram assistidos por neonatologistas na sala de parto, os quais são instrutores do programa de reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria em sua maioria, sendo crucial sua atuação para esses resultados.

PC-91 ESTUDO ANALÍTICO RELACIONADO À ASSISTÊNCIA AOS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS AO NASCIMENTO NO PERÍODO DE 2013 A 2015 REALIZADO EM UM HOSPITAL TERCIÁRIO DA REDE SUPLEMENTAR DE SAÚDE, EM FORTALEZA-CE.

MARIA GORETTI POLICARPO BARRETO (HRU FORTALEZA); RENATA POLICARPO BARRETO (UNIFOR); LARA MOREIRA TELES DE VASCONCELOS (UNIFOR); REBECA LINHARES MATOS (UNIFOR); YASMIN PAES GALVÃO DE MELO (UNIFOR)

INTRODUÇÃO: Principal componente da mortalidade infantil é o neonatal precoce, existindo relação estreita com atenção ao parto e nascimento. No Brasil, em 2013, 76% dos óbitos neonatais ocorreram entre 0-6 dias após nascimento. **OBJETIVOS:** Analisar assistência aos recém-nascidos prematuros (RNPT) ao nascimento, identificando fatores relacionados à asfixia perinatal e aos óbitos neonatais precoces. **MÉTODOS:** Estudo descritivo e analítico da assistência neonatal dos RNPT entre 2013 a 2015 em Hospital Terciário da Rede Suplementar. Dados coletados dos prontuários. Identificados fatores maternos e neonatais relacionados à asfixia neonatal e ao óbito neonatal precoce. Análise estatística univariada e descritiva. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de referência. **RESULTADOS:** Nasceram 629 RNPT, 13,28% dos nascimentos. Deste 14,8% prematuros extremos e 52,8% prematuros limítrofes; 52,3% masculino; ao nascer, 8,1% muitíssimo baixo peso e 8,7% muito baixo peso; 25,6% necessitaram de reanimação neonatal em sala de parto. No minuto ouro: 4,8% dos prematuros tiveram asfixia grave, 5,6% asfixia moderada e 15,3% asfixia leve e no quinto minuto esses valores foram 1,1%;

1,6% e 5,1%, respectivamente. No final, 54,8% foram encaminhados para UTI Neonatal e 31,9% para alojamento conjunto. Dos 199 RNPT apresentaram idade gestacional < 34 semanas, 32,1% fizeram corticoide antenatal. Variáveis maternas relevantes para prematuridade: Idade materna prevalente, 30,7 anos ($\pm 5,58$ anos); 52,1% primíparas; 79,6% casadas; 48% tinham ensino superior completo; 78,7% fizeram mais de 6 consultas no pré-natal; 84,6% gravidez única; 87,6% cesáreas e 89% apresentação cefálica. Mortalidade neonatal precoce foi 3,4% e 0,9%, a tardia. Os RNPT anoxiados graves no minuto ouro perfizeram 23,3% dos óbitos na primeira semana de vida. **CONCLUSÃO:** Prematuridade e asfixia perinatal estavam entre as principais causas de óbitos, com proporção considerável de mortes preveníveis por ação dos serviços de saúde. É necessário investir em política de saúde que reduzam partos prematuros e melhoria da assistência perinatal.

PC-92 PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE DOS RECÉM-NASCIDOS A TERMO EM UMA CAPITAL BRASILEIRA NO ANO DE 2013

VINÍCIUS SANTOS MOURA DE JESUS (UNEB); TATIANA RIBEIRO MACIEL (UNEB)

INTRODUÇÃO: Atualmente, quase 70% dos óbitos infantis ocorrem no período neonatal e destes, 76% ocorreram na primeira semana de vida. Devido à sua magnitude e crescente importância, a Mortalidade Neonatal Precoce tem sido objeto de estudo sobre suas causas, além de ser foco de ações preventivas que visem a sua expressiva redução. **OBJETIVO:** analisar as mortes neonatais precoces dos recém-nascidos (RN) a termo em uma capital brasileira, no ano 2013, traçando um perfil epidemiológico destes óbitos, destacando as principais causas de mortalidade e elencando características importantes da magnitude desse desfecho. **MÉTODOS:** estudo quantitativo descritivo transversal realizado com dados fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado, incluindo todos os óbitos neonatais precoces de RN a termo ocorridos na capital do Estado, no ano de 2013. Foi pesquisado: peso e idade do RN, local do óbito, tipo de parto, dados maternos e principal causa de morte. **RESULTADOS:** ocorreram 52 óbitos no ano de 2013. Destes, 61,5% eram masculinos e 38,4% eram femininos; a raça/cor predominante foi parda (53,8%); 65,3% ocorreram em hospitais estaduais; 75% dos RN nasceram com peso > 2500g; 44,2% dos óbitos ocorreram dentro das primeiras 24h de vida; os transtornos respiratórios foram encontrados como a principal causa de morte na maioria dos óbitos (38,4%); 53,8% dos RN apresentavam algum tipo de malformação, enquanto 47,2% tinham condições compatíveis com a vida. Dentre os RN sem malformações, a asfixia perinatal estava presente em 70,8% dos óbitos. **CONCLUSÃO:** os transtornos respiratórios foram encontrados como a principal causa de morte neonatal precoce, porém, dentre os RN de baixo risco, a asfixia perinatal esteve relacionada à mortalidade na maioria dos casos. Sendo a asfixia uma causa prevenível de morte, estes tipos de estudo podem ser usados como subsídio para que ações governamentais possam implementar políticas públicas que promovam a melhoria e redução desse desfecho.

PC-93 ANÁLISE DO APGAR E MANOBRAS DE REANIMAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS NO ESTADO DO PARÁ: COMPATIBILIDADE DOS REGISTROS.

RAPHAELA MIRANDA BRASIL VASCONCELLOS (HSAMZ (PA)); CARLA GISELE RIBEIRO GARCIA (SESP PA-BRASIL); DILMA COSTA DE OLIVEIRA NEVES (CESUPA); MARIA DOLORES FERNANDES (UNIVERSIDAD SAN LOURENZO-PARAGUAY); YLLEN STEFANIA AFFONSO MIRANDA (CESUPA); ANA HELOÍSA BENTES KALUME (HSAMZ (PA)); ALINE CORRÊA DE MIRANDA (UNIVERSIDADE DA AMAZÔNIA-PA-BRASIL); RENATA FERNANDES BARRA VALENTE (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ-PA-BRASIL); ELISA FIGUEIREDO ALVES DA SILVA (HSAMZ (PA))

INTRODUÇÃO: Existem fatores para a realização de uma boa assistência à sala de parto, sendo de extrema importância análise do Apgar, de forma a reconhecer possíveis necessidades de intervenções durante o nascimento. **OBJETIVO:** Analisar a compatibilidade em prontuários hospitalares, dos registros do índice de

Apgar e os cuidados com os RN atendidos em maternidades no estado do Pará. **METODOLOGIA:** Estudo do tipo observacional, quantitativo, transversal, utilizando base de dados secundários oriundos do Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento da Fundação Oswaldo Cruz, realizado em 14 hospitais maternidades do Estado do Pará no período de abril de 2011 a março de 2012, localizadas em 9 municípios. Em cada um foram entrevistadas 90 puérperas e revisados os respectivos 1260 prontuários do binômio mãe-conceito. Foram incluídos apenas os registros que continham os valores de Apgar no 1º e 5º minuto. Os dados coletados foram armazenados em planilhas do programa Microsoft Excel 2003 e consolidados sob a forma de números absolutos e proporção sendo apresentados sob a forma de tabelas e gráficos. **RESULTADOS:** Neste estudo, dos 1260 prontuários de puérperas e conceitos selecionados, apresentaram dados de Apgar, apenas, 1153 prontuários, dos 9 municípios selecionados. Na análise do índice de Apgar, 1.153 prontuários revisados, 57 recém-nascidos (4,9%) apresentaram valor <7 no 1º minuto, e 1.096 recém-nascidos (95,1%). Entre os RN com Apgar <7 no primeiro minuto foram utilizados como manobras o O2 inalatório em 56,1%, a ventilação em 26,1%, entubação orotraqueal em 10,5%, massagem cardíaca em 24,6% e uso de drogas em 14% e entre os que apresentaram Apgar ≥ 7 foram submetidos a O2 inalatório 6,6%. **CONCLUSÕES:** A falta do pediatra na sala de parto pode indicar, inclusive na não realização na hora do parto do teste de Apgar, favorecendo equívocos de realização do índice para avaliação da adaptação do recém-nascido ao meio externo.

PC-94 FATORES DE RISCO PARA MORTALIDADE NA SALA DE PARTO E NEONATAL PRECOCE EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO

ÂNGELA CRISTINA VIAU (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO); MARIANA GONZÁLEZ DE OLIVEIRA (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO); LUCIANA HEIDEMANN (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO); LÚCIA NICOLOSSO (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO); DESIRÉE DE FREITAS VALLE VOLKMER (HOSPITAL MOINHOS DE VENTO)

INTRODUÇÃO: A sobrevivência de recém-nascidos prematuros reflete a qualidade do cuidado neonatal antes, durante e após o parto. O atendimento adequado na sala de parto e o uso do corticoide antenatal melhoram a sobrevivência, enquanto a hipotermia é um fator independente para mortalidade neonatal. **OBJETIVO:** Avaliar os fatores perinatais associados a mortalidade neonatal precoce e na sala de parto. **MÉTODO:** estudo de coorte prospectivo, incluindo os nascidos vivos com peso de nascimento (PN) ≥ 1500 g e ou idade gestacional (IG) ≥ 30 semanas, que receberam atendimento na sala de parto, sem malformações incompatíveis com a vida, no período de março de 2006 a março de 2015. Verificou-se mortalidade na sala de parto, mortalidade neonatal precoce e a influência dos fatores perinatais. **RESULTADOS:** Foram incluídos 419 pacientes com média de PN 1091g (± 308 g) e IG 29 sem ($\pm 2,8$ sem). Não ocorreram óbitos na sala de parto. Vinte pacientes (4,8%) evoluíram a óbito antes de 7 dias de vida. Os pacientes que evoluíram ao óbito apresentavam menor peso de nascimento (685g vs 1112g, $p < 0,001$), menor idade gestacional (25 sem vs 29 sem, $p < 0,001$) e menor temperatura axilar ao chegar na UTI (35°C vs 36°C, $p < 0,007$). Necessitaram de reanimação avançada com maior frequência ($p < 0,0001$) e apresentaram SNAPPE-II maior ($p < 0,001$). Não houve diferença em relação à idade e escolaridade maternas, presença de pré-eclâmpsia, diabete gestacional, infecção ovular e gemelaridade. A frequência de óbito nos pacientes que usaram corticoide antenatal foi menor ($p = 0,005$). **CONCLUSÕES:** Menor idade gestacional, menor peso de nascimento e hipotermia são fatores associados a mortalidade neonatal precoce. O corticoide antenatal reduz mortalidade. O baixo número de pacientes que evoluíram a óbito mostra a importância da reanimação neonatal adequada na sala de parto.

PC-95 FATORES ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DA SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO MECONIAL EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA DA REGIÃO NORTE DO BRASIL: HOSPITAL DA MULHER MÃE LUZIA - MACAPÁ - AMAPÁ.

ANTÔNIO MOREIRA DOS SANTOS (UNIFAP); NEURENE LAMEIRA VIEIRA GUIMARÃES (HOSPITAL DA MULHER MÃE LUZIA.AP.)

A Síndrome da aspiração meconial (SAM) é uma doença caracterizada por variados graus de insuficiência respiratória; tem sido demonstrada como importante complicação da presença de mecônio no líquido amniótico (MLA), bem como conseqüente causa de morbimortalidade perinatal. Objetivou-se com esta investigação: estudar a ocorrência da SAM em neonatos de mães que apresentaram MLA em sala de parto, determinando sua incidência no período e local delimitado para o estudo, descrever o perfil das parturientes e neonatos participantes do estudo, além de variáveis relacionadas à assistência prestada, e identificar e descrever os fatores associados ao desenvolvimento da SAM nesses neonatos. O Estudo é do tipo coorte, retrospectivo e descritivo. Foi realizado com dados obtidos dos prontuários de pacientes, que nasceram no período de março a agosto de 2013 no referido hospital, os quais foram dispostos em um banco no programa Microsoft Excel 2010, verificando-se a significância estatística nas análises de correlação entre os fatores de risco e os defechos estudados pela aplicação do método de probabilidade exata de Fisher. Foi usado o software estatístico BioEstat 5.0. Do total de 3467 parturientes, 436 (12,6%) apresentaram MLA, dos quais 19 neonatos (4,4%) desenvolveram SAM. Houve associação entre SAM e o tipo de mecônio: dos 19 neonatos com SAM, 11 (58%) procediam de líquido meconial espesso, 03 (16%) fluido e 05 ignorado (26%), não houve associação entre SAM e: idade gestacional, número de gestações, cesárea prévia, ocorrência de aborto, número de consultas de pré-natal, escolaridade da parturiente, uso de ocitocina durante o trabalho de parto, sexo do neonato e peso ao nascer. A incidência da síndrome foi de 4,4%, e a taxa de óbito correspondeu a 5% do total dos casos. Conclui-se que apesar dos índices de SAM serem elevados na instituição de saúde em questão, encontram-se dentro dos parâmetros nacionais e internacionais tolerados.

PC-96 SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO MECONIAL COM HIPERTENSÃO PULMONAR PERSISTENTE – RELATO DE CASO

MARIA LUCRÉCIA ANANIAS TUFURI DISCACCIATI (FAME); BIANCA DIAS RANGEL (FAME); ANA PAULA SILVA GONTIJO (FAME); BÁRBARA MACHADO DA SILVEIRA (FAME); AMANDA MACHADO FERREIRA (FAME)

INTRODUÇÃO: A hipóxia aguda ou crônica pode resultar da aspiração intra útero do líquido amniótico contaminado com mecônio, provocando angústia respiratória no recém-nascido, o que caracteriza a Síndrome de Aspiração Meconial (SAM). **OBJETIVOS:** Ressaltar a importância do diagnóstico precoce da SAM, bem como, o manejo terapêutico invasivo e eficaz nas primeiras 72 horas de vida do RN. Além da abordagem dos aspectos clínicos, a etiologia, a fisiopatologia, os exames complementares e a importância das ações na reanimação neonatal também serão enfatizados. **MÉTODO:** Estudo de caso clínico com revisão de literatura. **RESULTADOS:** A intervenção terapêutica precoce, invasiva e eficaz nas primeiras horas críticas (72 horas) de vida do RN com SAM e Hipertensão Pulmonar Persistente (HPP), melhora em demasia o prognóstico do neonato. **CONCLUSÃO:** A incidência de mecônio no líquido amniótico é de 11 a 22% e desses, cerca de 2 a 3% desenvolvem SAM e podem evoluir com HPP. Portanto, com o intuito de reduzir a morbimortalidade no período neonatal, são necessárias intervenções precoces. Para isso, são imprescindíveis o incentivo e o treinamento dos pediatras na assistência ao trabalho de parto, assim como, a realização e a atualização dos cursos de reanimação neonatal.

PC-97 ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO DE RECÉM-NASCIDOS COM ASFIXIA PERINATAL E PRESENÇA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL.

ISABEL MARLUCIA LOPES MOREIRA DE ALMEIDA (MDER); MARINA NEIVA RIBEIRO TARGA (MDER); AMANDA CARVALHO DE SOUSA (MDER); JANI CLERIA PEREIRA BEZERRA (MDER); ANENISIA COELHO ANDRADE (MDER); JESUMAR XIMENES ANDRADE (MDER); PAULA DE OLIVEIRA MARQUES (MDER); EMMYLE CRISTYNE ALVES SOARES (MDER)

INTRODUÇÃO: A presença de líquido amniótico meconial ocorre em 3-15% de todas as gestações, sendo a incidência de síndrome de aspiração meconial em torno de 5%. A síndrome de aspiração meconial está diretamente interligada a asfixia perinatal. A asfixia severa é o principal determinante da evolução e gravidade da síndrome de aspiração meconial. **OBJETIVOS:** Realizar um estudo descritivo da associação entre a presença de asfixia perinatal em recém-nascidos com história de líquido amniótico meconial com variáveis maternas e neonatais. **MÉTODOS:** Foi realizado estudo descritivo, retrospectivo, baseado em dados de prontuários, onde foram incluídos recém-nascidos com apgar menor que 7 no quinto minuto e/ou necessidade de intubação durante reanimação, com história de líquido amniótico meconial. Foram incluídos 89 pacientes no período de 01 de junho de 2014 a 31 de maio de 2015, nascidos em serviço de referência. Foram avaliadas variáveis maternas e neonatais. Os dados foram analisados pelo software StatisticalPackage for the Social Science (SPSS) versão 18.0 para Windows. **RESULTADOS:** Quanto aos fatores maternos, houve predomínio de mães entre 20-34 anos (62,9%), com companheiro (73,6%), procedentes do interior do Estado (62,4%), com mais de 6 consultas no pré-natal (76%), primíparas (54,8%). 49,3% apresentava patologias na gravidez. Parto vaginal ocorreu em 95,5% e sem amniorrexe prematura em 61,8%. Quanto aos recém-nascidos, 63,6% eram do sexo masculino, 87,2% tinha idade gestacional a termo, sendo 85,1% com peso de nascimento maior ou igual a 2500 gramas. 100% foram reanimados, com necessidade de ventilação mecânica em 13,5%. 17,3% evoluíram com convulsões neonatais. **CONCLUSÃO:** O perfil epidemiológico de recém-nascidos com asfixia e líquido amniótico meconial evidencia que mesmo gestações consideradas de baixo risco, de recém-nascidos a termo, podem evoluir para necessidade de reanimação e complicações.

PC-98 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS NEONATAIS ASSOCIADOS À SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO DE MECÔNIO NO ESTADO DE SÃO PAULO: 2001-2011

JOSIANE QUINTILIANO XAVIER DE CASTRO (EPM- UNIFESP); MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (EPM- UNIFESP); MONICA LA PORTE TEIXEIRA (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE)); BERNADETTE CUNHA WALDVOGEL (FUNDAÇÃO SEADE); RUTH GUINSBURG (EPM- UNIFESP); MARIA FERNANDA B. DE ALMEIDA (EPM- UNIFESP)

INTRODUÇÃO: A síndrome da aspiração de mecônio (SAM) é uma doença do recém-nascido (RN) termo e pós-termo associada à asfixia perinatal. **OBJETIVO:** Análise do perfil epidemiológico dos óbitos neonatais associados à SAM no Estado de São Paulo (ESP) nas três regiões. **MÉTODOS:** Estudo populacional dos nascidos vivos sem malformações que morreram até 27 dias com SAM (P24.0- OMS-CID 10.0) descrita em qualquer linha da Declaração de Óbito (DO) de 1/01/2001 a 31/12/2011, na Capital, Região Metropolitana (RM) e Interior. Cada DO foi pareada com a respectiva Declaração de Nascido Vivo através de sistema de vinculação determinística. A comparação das variáveis epidemiológicas, conforme a região, foi realizada por qui-quadrado em Epi-info TM7-SPSS.18. **RESULTADOS:** Em 11 anos, 1.585 RN evoluíram para óbito neonatal associado à SAM no ESP, dos quais 81% deles nasceram no município de residência materna e 93% no hospital de nascimento (83% do Sistema Único de Saúde). Nas três regiões, o perfil das mães e RN foi semelhante: idade >20 anos - 83%; ≥2 gestações - 65%; ≥7 consultas de pré-natal - 63%; gravidez única - 99%; parto cesáreo - 63%; RN termo - 87% e PN ≥2500g - 86%. Óbito com SAM em RN termo ocorreu mais no Interior (90%) do que na Capital (88%) e RM (84%) (p=0,008). Apgar 5º minuto 0-6 aconteceu mais no Interior (55%) do que na RM (50%) e Capital (43%) (p=0,002). Dos 1.585 óbitos, 46% foram nas primeiras 24h, sendo mais frequente no Interior (56%) do que na Capital (34%) e RM (49%) (p<0,001). **CONCLUSÃO:** Em 11 anos, os óbitos associados à SAM ocorreram em população considerada de baixo risco para asfixia, quase metade deles no Interior e RM até 24 horas pós-parto, refletindo a necessidade de implementação da assistência perinatal uniforme e de qualidade em todo ESP.

INFORMAÇÕES GERAIS

LOCAL DO EVENTO

MINASCENTRO

Rua Guajajaras, N^o 1.022 - Bairro Lourdes

Belo Horizonte - MG

TRADUÇÃO SIMULTÂNEA

Haverá tradução simultânea inglês/português/ inglês, nas atividades proferidas por convidados estrangeiros.

VISITA AOS POSTERES COMENTADOS

Horário 13:00 - 14:15 - no local destinado aos pôsteres.



Promoção



Realização



Agência de Viagens

MV Viagens
Tel.: (21) 2722-2718
www.mvviagens.com.br

Organização

Ekipe de Eventos
Tel.: (41) 3022-1247
ekipe@ekipedeeventos.com.br



"Este evento recebeu patrocínio de empresas privadas, em conformidade com a Lei nº 11.265, de 3 de janeiro de 2006".