



80⁻ SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

8th INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON NEONATAL RESUSCITATION

31 de março a 2 de abril de 2022 | Salvador - BA

PROGRAMA CIENTÍFICO E ANAIS



www.simposioreanimacao2022.com.br

Synagis® agora é AstraZeneca.



Líder na área de doenças respiratórias e com mais de 53 milhões de pacientes tratados,¹ a AstraZeneca agora tem Synagis® (palivizumabe) integrando o portfólio de produtos.

É o início de uma nova fase que vai levar a inovação e a segurança que você já conhece para quem mais precisa. **Com Synagis® (palivizumabe), vamos continuar levando doses de proteção e esperança para os bebês de alto risco.**

Synagis® (palivizumabe) é destinado à prevenção de doença grave do trato respiratório inferior causada pelo VSR (Vírus Sincicial Respiratório) em bebês de alto risco.²

Synagis® (palivizumabe) está disponível em todo o Brasil para uso intra-hospitalar e ambulatorial, no Sistema Único de Saúde (SUS),³ e está incorporado no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018 da Agência Nacional de Saúde (ANS).⁴

As indicações de **Synagis® (palivizumabe)** em bula são:² crianças prematuras com menos de 35 semanas de idade gestacional. Crianças portadoras de displasia broncopulmonar sintomática e crianças portadoras de cardiopatia congênita hemodinamicamente significativa menores de 2 anos de idade.

Levi
já tomou sua
primeira dose
de AstraZeneca.



A proteção contra o VSR é AstraZeneca.

Referências: 1. www.astrazeneca.com.br. 2. Bula do produto. 3. Portaria Conjunta MS N23 de 3 de outubro de 2018. Disponível em: http://conitec.gov.br/images/Protocolos/Protocolo_Uso/Protocolo_Uso_Palivizumabe.pdf. Acesso em 30 de setembro de 2021. 4. Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde 2018, Anexo II, pág 154. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/ANEXO/RN/Anexo_II_DUT_Rol_2018_alterado.pdf. Acesso em 30 de setembro de 2021.

MINIBULA SYNAGIS® (palivizumabe)

SYNAGIS® (palivizumabe) solução injetável via intramuscular. **Indicações:** SYNAGIS® (palivizumabe) é destinado à prevenção de doença grave do trato respiratório inferior causada pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em pacientes pediátricos com alto risco para doença por VSR. A segurança e eficácia foram estabelecidas em crianças prematuras (com menos de 35 semanas de idade gestacional), em crianças portadoras de displasia broncopulmonar sintomática e em portadores de cardiopatia congênita hemodinamicamente significativa menores de 2 anos de idade. **Contraindicações:** Não deve ser utilizado em crianças com histórico de reação anterior grave ao palivizumabe ou a qualquer de seus excipientes ou a outros anticorpos monoclonais humanizados. **Cuidados e Advertências:** *Gerais:* reações alérgicas, incluindo muito raramente a anafilaxia e o choque anafilático, foram relatadas após a administração de palivizumabe. Fatalidades foram relatadas em alguns casos. Se uma reação grave de hipersensibilidade ocorrer, a terapia com palivizumabe deve ser descontinuada. Assim como outros agentes administrados nesta população, se uma reação de hipersensibilidade moderada ocorrer, deve-se ter cautela na readministração de palivizumabe. Como com qualquer injeção intramuscular, o palivizumabe deve ser administrado com cuidado a pacientes com trombocitopenia ou qualquer distúrbio de coagulação. *Idosos:* palivizumabe não é indicado para uso em idosos. *Gravidez:* o palivizumabe não é indicado para uso adulto e não foram conduzidos estudos de reprodução animal. Também não se sabe se o palivizumabe pode causar dano ao feto quando administrado a mulheres grávidas ou se pode comprometer a capacidade reprodutiva. **Categoria de risco C.** **Interações medicamentosas:** O palivizumabe pode interferir com testes imunológicos de diagnóstico de VSR, como alguns exames baseados na detecção de antígenos. Além disso, palivizumabe inibe a replicação viral em cultura celular e, portanto, também pode interferir nos testes de cultura viral. O palivizumabe não interfere em ensaios de reação em cadeia da polimerase via transcriptase reversa (RT-PCR). A interferência nestes ensaios poderia levar a um resultado falso-negativo em testes de diagnóstico de VSR. Portanto, os resultados de testes de diagnóstico, quando obtidos, devem ser utilizados em conjunto com achados clínicos para guiar decisões médicas. **Reações adversas:** *Muito comum:* rash, pirexia; *comum:* reação no local da injeção. **Posologia:** Deve ser administrado na posologia de 15 mg/kg, uma vez por mês durante períodos de risco de VSR previstos na comunidade, exclusivamente por via intramuscular (I.M.), de preferência na face ântero-lateral da coxa. O músculo glúteo não deve ser utilizado rotineiramente como local de administração devido ao risco de dano ao nervo ciático. **Apresentações:** Solução injetável de 100 mg/mL: solução injetável em frasco-ampola para dose única contendo 0,5 mL ou 1,0 mL de solução. **USO PEDIÁTRICO. VIA INTRAMUSCULAR. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA.** Para maiores informações, consulte a bula completa do produto. www.astrazeneca.com.br Reg. MS - 1.1618.0286 (SYN001_min).

SAC
@ASTRAZENECA.COM
0800 014 5578

INFO.MED
@ASTRAZENECA.COM
0800 014 5578

Material destinado a profissionais de saúde prescritores. BR-XXXX. Dezembro/2021.

AstraZeneca

ÍNDICE

| | |
|-----------------------------------|----|
| Mensagem das Presidentes | 4 |
| Comissões..... | 6 |
| Convidados Internacionais..... | 10 |
| Programa Científico..... | 12 |
| Pôsteres Comentados - TOP 10..... | 18 |
| Pôsteres Comentados..... | 29 |
| Informações Gerais..... | 56 |



MENSAGEM DA PRESIDENTE DA SBP



Caros Colegas,

Com imenso prazer, recebemos todos vocês no Simpósio de Reanimação Neonatal em Salvador, na Bahia.

O Programa de Reanimação Neonatal da SBP vem ampliando suas ações de modo exitoso, beneficiando, cada vez mais, um número maior de recém-nascidos de modo exemplar em todas as regiões do País.

Pediatras também são atualizados sistematicamente e demonstram todo empenho e dedicação a essa causa tão nobre!

Aproveitem o programa primoroso do Simpósio, além das belezas da nossa capital baiana.

Um forte abraço a todos,

Dra. Luciana Rodrigues Silva

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria

MENSAGEM DA PRESIDENTE DO CONGRESSO



Caros Colegas,

Temos grande satisfação em recebê-los no 8º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal.

Após quase dois anos estamos retomando as atividades de modo presencial e teremos oportunidade de encontrar os amigos, nos atualizar e trocar experiências.

A programação científica foi cuidadosamente preparada com professores nacionais e internacionais de grande expressão de modo a atingir as expectativas dos participantes.

É com grande alegria e de braços abertos, que a Bahia, com a sua conhecida hospitalidade e alegria recebe-os para tornar estes dias bem agradáveis.

Sejam bem-vindos,

Licia Maria O. Moreira

Presidente do 8º Simpósio internacional de Reanimação

PRESIDÊNCIA DA COMISSÃO CIENTÍFICA DO 8º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL



Maria Fernanda
Branco de Almeida



Ruth Guinsburg

Chegou o 8º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal com a presença de convidados especiais, aulas ótimas e atualização quanto ao estado da arte nos diversos tópicos de reanimação neonatal.

Como todos sabem, o conteúdo do Programa de Reanimação Neonatal é renovado a cada 5 anos. Estamos no momento desta renovação, em que as novas diretrizes internacionais e nacionais estão sendo divulgadas e discutidas. A presença de membros do International Liaison Committee on Resuscitation abrilhantarão essa discussão.

Como um dos primeiros eventos presenciais dos últimos dois anos, é uma grande alegria estarmos juntos para trocar aquele carinho tão característico dos brasileiros.

Grande abraço a todos!

COMISSÕES



COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente da SBP

LUCIANA RODRIGUES SILVA

Presidente da Filiada

ANA LUIZA VELLOSO DA PAZ MATOS

Presidente do Simpósio

LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA

Presidente de Honra

LUIS EDUARDO VAZ MIRANDA

Diretora de Cursos e Eventos da SBP

LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK

Secretária Geral do Simpósio

PATRÍCIA RIBEIRO DE OLIVEIRA

1º Secretário

SIDNEI FERREIRA

2º Secretária

TATIANA RIBEIRO MACIEL

COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidência

MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA
RUTH GUINSBURG

Membros do Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da SBP

DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO
GISLAYNE C DE SOUSA DE NIETO
LEILA DENISE CESÁRIO PEREIRA
MARCELA DAMÁSIO RIBEIRO DE CASTRO
MÁRCIA GOMES PENIDO MACHADO
MARYNÉA SILVA DO VALE
PAULO DE JESUS HARTMANN NADER

Membros do Programa de Reanimação Neonatal da SBP - SOBAPE

CAROLINA MEIRA COSTA SAMPAIO
DAYANE COSTA FONSECA
MARGARETH HAMDAN MELO COELHO
MIRELLA PINA REBOUÇAS
PATRICIA RIBEIRO DE OLIVEIRA
SIMONE DE OLIVEIRA FIGUEREDO
IANDIRA MONTES

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

Presidência

SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA
LÍGIA MARIA SUPPO SOUSA RUGOLO
TATIANA RIBEIRO MACIEL

Membros

ANA CECÍLIA TRAVASSOS SANTIAGO (BA)
CAROLINA MEIRA COSTA SAMPAIO (BA)
DANIELA TESTONI COSTA NOBRE (SP)
DAYANNE COSTA FONSECA (BA)
DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO (PE)
GABRIEL FERNANDO TODESCHI VARIANE (SP)
GISLAYNE CASTRO E SOUZA NIETO (PR)
IANDIRA DA LUZ MONTES CASTRO (BA)
JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (SP)
JOÃO CESAR LYRA (SP)
JOSÉ HENRIQUE MOURA (PE)
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 CASTRO (MG)
MÁRCIA GOMES PENIDO MACHADO (MG)
MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (SP)
MARYNEA SILVA DO VALE (MA)
MIRELLA PINA SANTOS REBOUÇAS (BA)
PATRICIA RIBEIRO DE OLIVEIRA (BA)
PAULO DE JESUS HARTMANN NADER (RS)
PRISCILA PINHEIRO RIBEIRO LYRA (BA)
RENATA BAHIA PITANGUEIRA DE MATOS (BA)
ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO (AM)
RUTH GUINSBURG (SP)
SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (SP)
TATIANA DE OLIVEIRA VIEIRA (BA)
TATIANA RIBEIRO MACIEL (BA)

CONVIDADOS INTERNACIONAIS





Myra H Wyckoff
Dallas - EUA

- Professora da Divisão de Medicina Neonatal-Perinatal
- Diretora dos Serviços de Reanimação Neonatal do Parkland Memorial Hospital University of Texas Southwestern Medical School
- Ex-presidente do Comitê Diretor do Programa de Reanimação Neonatal da AAP
- Presidente da Força-Tarefa de Suporte de Vida Neonatal do ILCOR



Elizabeth E Foglia
Philadelphia - EUA

- Professora Assistente de Pediatria do Children's Hospital of Philadelphia
- Diretora de Reanimação e Simulação Neonatal da Universidade da Pensilvânia
- Membro do Comitê Diretor do Programa de Reanimação Neonatal da AAP
- Membro da Força Tarefa de Suporte de Vida Neonatal do ILCOR



Vinay M Nadkarni
Philadelphia - EUA

- Professor Associado de Pediatria do Children's Hospital of Philadelphia
- Diretor do Centro de Simulação, Educação Avançada e Inovação da Universidade da Pensilvânia
- Ex-presidente do Comitê Internacional de Reanimação - ILCOR
- Membro da Força Tarefa de Suporte de Vida em Pediatria do ILCOR

PROGRAMA CIENTÍFICO





PROGRAMA CIENTÍFICO

31 de março de 2022
(quinta-feira)

08h45 - 09h15

Sessão de Abertura do Simpósio

Luciana Rodrigues Silva (BA)
Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)
Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

09h15 - 10h00

Programa de Reanimação Neonatal no Brasil: a força dos instrutores

Palestrante: Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Coordenadores: Lícia Maria Oliveira Moreira (BA) e Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)

10h00 - 10h30 - Intervalo

10h30 - 12h00

ILCOR e a reanimação neonatal no mundo

10h30 - 11h15
Palestrante: Myra H Wyckoff (EUA)
Coordenadoras: Leila Denise Cesario Pereira (SC) e Tatiana Ribeiro Maciel (BA)
11h15 - 12h00 - Perguntas

12h00 - 14h00 - Intervalo

14h00 - 15h15

Comunicação e liderança no sucesso da reanimação

14h00 - 14h45
Palestrante: Vinay M. Nadkarni (EUA)
Coordenadoras: Rossiclei De Souza Pinheiro (AM) e Marcela Castro (MG)
14h45 - 15h15 - Perguntas

15h15 - 16h30

Otimizando a ventilação com pressão positiva ao nascimento

15h15 - 16h00
Palestrante: Elizabeth E Foglia (EUA)
Coordenadores: Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS) e Landira da Luz Montes Castro (BA)
16h00 - 16h30 - Perguntas



PROGRAMA CIENTÍFICO

31 de março de 2022
(quinta-feira)

16h30 - 17h00 - Intervalo

17h00 - 18h00

Colóquio: Controvérsias no clameamento do cordão umbilical e passos iniciais

Participantes: Myra H Wyckoff (EUA), Sérgio Tadeu Martins Marba (SP) e Lígia Maria Suppo de Souza Rugolo (SP).

Coordenadoras: Lêni Márcia Anchieta (MG), Danielle Cintra Bezerra Brandão (PE) e Margareth Hamdan Melo Coelho (BA).



PROGRAMA CIENTÍFICO

1 de abril de 2022
(sexta-feira)

08h00 - 09h10

Reanimação do recém-nascido na UTI e na sala de emergência: devemos utilizar as diretrizes do PRN ou do PALS?

08h00 - 08h45

Palestrante: Vinay M. Nadkarni (EUA)

Coordenadores: Alexandre Rodrigues Ferreira (MG) e Patrícia Ribeiro de Oliveira (BA)

08h45-09h10 - Perguntas

09h10 - 10h20

Reanimação do recém-nascido portador de condições especiais: hérnia diafragmática e cardiopatias congênitas

09h10 - 09h55

Palestrante: Elizabeth E Foglia (EUA)

Coordenadores: Renato Soibelman Procianoy (RS) e Gislayne Castro e Souza Nieto (PR)

09h55 - 10h20 - Perguntas



PROGRAMA CIENTÍFICO

1 de abril de 2022

(sexta-feira)

10h20 - 10h50 - Intervalo

10h50 - 12h00

Reanimação avançada: quais as evidências para as recomendações da massagem cardíaca e medicações?

10h50 - 11h35

Palestrante: Myra H Wyckoff (EUA)

Coordenadoras: Maria Albertina Santiago Rego (MG) e Mirella Pina Santos Rebouças (BA)

11h35-12h00 - Perguntas

12h00 - 13h20 - Intervalo

13h20 - 14h20

Sessão Pôsteres comentados

Comentadores

ANA CECÍLIA TRAVASSOS SANTIAGO (BA)
CAROLINA MEIRA COSTA SAMPAIO (BA)
DANIELA TESTONI COSTA NOBRE (SP)
DAYANNE COSTA FONSECA (BA)
DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO (PE)
GABRIEL FERNANDO TODESCHI VARIANE (SP)
GISLAYNE CASTRO E SOUZA NIETO (PR)
IANDIRA DA LUZ MONTES CASTRO (BA)
JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (SP)
JOÃO CESAR LYRA (SP)
JOSÉ HENRIQUE MOURA (PE)
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 CASTRO (MG)
MÁRCIA GOMES PENIDO MACHADO (MG)
MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (SP)
MARYNEA SILVA DO VALE (MA)
MIRELLA PINA SANTOS REBOUÇAS (BA)
PATRICIA RIBEIRO DE OLIVEIRA (BA)
PAULO DE JESUS HARTMANN NADER (RS)
PRISCILA PINHEIRO RIBEIRO LYRA (BA)
RENATA BAHIA PITANGUEIRA DE MATOS (BA)
ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO (AM)
RUTH GUINSBURG (SP)
SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (SP)
TATIANA DE OLIVEIRA VIEIRA (BA)
TATIANA RIBEIRO MACIEL (BA)



PROGRAMA CIENTÍFICO
1 de abril de 2022
(sexta-feira)

14h30 - 15h10

Quando não iniciar a reanimação no prematuro?

Palestrante: Ruth Guinsburg (SP)

15h10 - 15h50

Quando interromper a reanimação?

Palestrante: Elizabeth E Foglia (EUA)

Coordenadoras: Lilian Dos Santos Rodrigues Sadeck (SP) E Márcia Gomes Penido Machado (MG)

15h50 - 16h20 - Perguntas

16h20 - 16h50 - Intervalo

16h50 - 18h00

Colóquio: Manejo respiratório para estabilização do recém-nascido pré-termo ao nascer

Participantes: João Cesar Lyra (SP), Jucille do Amaral Meneses (PE) e Milton Harumi Miyoshi (SP)

Coordenadores: Jamil Pedro Silveira Caldas (SP), José Henrique Moura (PE) e Priscila Pinheiro Ribeiro Lyra (BA)



PROGRAMA CIENTÍFICO
2 de abril de 2022
(sábado)

09h00 - 10h15

O que não sabemos na reanimação do RN?

09h00 - 09h45

Palestrante: Myra H Wyckoff (EUA)

Coordenadores: Marynea Silva do Vale (MA) e Jose Roberto de Moraes Ramos (RJ)

09h45 - 10h15 - Perguntas



PROGRAMA CIENTÍFICO
2 de abril de 2022
(sábado)

10h15 - 10h45 - Intervalo

10h45 - 12h00

Inovação no ensino da reanimação

10h45 - 11h30

Palestrante: Vinay M. Nadkarni (EUA)

Coordenadores: Gabriel Fernando Todeschi Variane (SP) e Mandira Daripa Kawakami (SP)

11h30 - 12h00 - Perguntas

12h00 - Encerramento do Simpósio

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

Comentador(a): LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA

PC-001 - INCORPORAÇÃO DAS DIRETRIZES DE REANIMAÇÃO DO PREMATURO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA EM HOSPITAIS PÚBLICOS UNIVERSITÁRIOS: 2014 A 2020.

Autores: MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP), JAMIL PEDRO CALDAS (CAISM-UNICAMP), HELOÍSI REIS (UFU), FÁBIO CARMONA (FMRP-USP), JOSÉ MARIA ANDRADE LOPES (INSTITUTO RBPN), PESQUISADORES RBPN (REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS).

Introdução: O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) divulga diretrizes a cada 5 anos com base na interpretação local de consensos internacionais sobre ciência e recomendações de tratamento, mas sua incorporação na prática clínica não é conhecida.

Objetivo: Analisar se as diretrizes do PRN-SBP para recém-nascidos pré-termo estão sendo aplicadas à prática clínica em 20 maternidades públicas universitárias brasileiras.

Método: Coorte prospectiva 8.514 de nascidos vivos com 23 a 31 semanas de idade gestacional (IG), com peso ao nascer de 400-1499g, sem anomalias congênitas maiores, de 2014 a 2020. A frequência dos seguintes procedimentos para a assistência do RN na sala de parto ao longo dos anos foi avaliada por categoria de IG (23-27 semanas – n=3644 e 28-31 semanas – n=4870): medidas para manutenção da temperatura corporal (sala de parto 8805,23°C, uso de saco plástico e touca), ventilação com pressão positiva VPP com Peça-T, uso de concentração máxima de oxigênio (FiO2) de 100% durante VPP, uso de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP), reanimação avançada (VPP acompanhada de massagem cardíaca e/ou medicações). A regressão logística, ajustada por centro, foi usada para estimar a probabilidade de receber o procedimento a cada ano de estudo. Os resultados estão expressos em Odds Ratio (intervalo de confiança 95%).

Resultados: Para RN de 23-27 semanas, a probabilidade de receber cuidados consistentes com as diretrizes do PRN-SBP aumentou durante o período para cuidados térmicos (OR 1,52, 1,44 -1,61) e VPP com Peça-T (OR 1,45, 1,37-1,55). O mesmo ocorreu nos RN de 28-31 semanas: cuidados térmicos (OR 1,45, 1,38-1,52) e VPP com Peça-T (1,41, 1,32-1,51). A probabilidade de receber VPP com FiO2 1,00 diminuiu igualmente nos dois grupos (OR 0,89, 0,86-0,93). O uso de CPAP só aumentou no período para RN de 28-31 semanas (OR 1,11, 1,08-1,15). A frequência de reanimação avançada não se modificou no período para nenhum dos grupos avaliados.

Conclusão: Entre 2014-2020, as diretrizes do PRN-SBP para RN prematuros quanto a cuidados térmicos, VPP com Peça-T e diminuição do uso de oxigênio a 100% foram progressivamente incorporadas à prática clínica.

Comentador(a): LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK

PC-002 - UTILIZAÇÃO DA MÁSCARA LARÍNGEA PARA A REANIMAÇÃO NEONATAL NO BRASIL: UM INQUÉRITO NACIONAL.

Autores: JOÃO CESAR LYRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), GABRIEL FERNANDO TODESCHI VARIANE (SANTA CASA DE SÃO PAULO), LIGIA MARIA S.S. RUGOLO (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU- UNESP).

Introdução: O ILCOR, em 2022, sugere que a máscara laríngea (ML) possa ser utilizada como alternativa à máscara facial para a ventilação com pressão positiva (VPP) em sala de parto (SP) em recém-nascidos (RN) 8805,34 semanas. No entanto, não se conhece a familiaridade dos profissionais de saúde com esse dispositivo no nosso país.

Objetivos: Avaliar o grau de conhecimento e utilização da ML pelos profissionais de saúde que prestam assistência neonatal no Brasil.

Material e métodos: Estudo transversal e descritivo, com inclusão de profissionais envolvidos na assistência neonatal no território nacional, com participação voluntária e anônima. Elaborado um questionário com 29 questões, utilizando o "Formulário Google". Os participantes receberam um "link" para acesso via correio eletrônico ou outras redes sociais ("WhatsApp®, Instagram®, Facebook®, LinkedIn®). Após leitura e aceitação do Termo de Consentimento, os participantes tiveram acesso ao questionário "online", com perguntas sobre características gerais (profissão, tempo de formação, local de trabalho, experiência em SP) e aspectos relacionados ao conhecimento, indicações e utilização da ML para realização de VPP no RN. A análise dos dados foi descritiva.

Resultados: Obtidas 728 respostas, com representação de todos os Estados e DF, com 80% dos serviços sendo atendidos pelo SUS. A amostra foi constituída por Neonatologistas (73%), Pediatras/Intensivistas Pediátricos (22%), Residentes de Neonatologia/Pediatria (1,6%), Enfermeiros (2,2%) e Fisioterapeutas (1,2%). Dentre os participantes, 64% são formados há mais de 15 anos e 73% atuam em SP pelo menos 1vez/semana. Instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da SBP perfizeram 66% do total. Em relação ao conhecimento e utilização da ML, 92% reconhecem sua utilidade para realização de VPP em SP, sendo que 65% a indicariam apenas para RN 8805, 34sem. Do total, 70% não tem ML disponível no serviço, 8% já a utilizaram em SP e 59% não possuem treinamento para o seu manuseio. Em 91% dos serviços não há protocolo escrito para sua utilização.

Conclusão: Esse inquérito de abrangência nacional mostrou que, embora a utilidade da máscara laríngea seja reconhecida pela maioria dos profissionais, o dispositivo ainda é pouco disponível e pouco utilizado na rotina da assistência ventilatória do RN em sala de parto.

Comentador(a): LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK

PC-003 - RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE MELHORIA DE QUALIDADE NA REDUÇÃO DA HIPOTERMIA À ADMISSÃO DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO: ESTUDO DE INTERVENÇÃO MULTICÊNTRICO.

Autores: SÉRGIO MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP), JAMIL CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS - UNICAMP), JOÃO CÉSAR LYRA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), HELOÍCIO REIS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), MARYNEA VALE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), THALINE VELOSO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), SUELY ATAÍDE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), DAFNE BARCALA (IMIP), LARISSA VIRGÍNIA FERREIRA (IMIP), THAÍS ALCÂNTARA (IMIP), REGINA CAVALCANTE SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), PAULYNE VENZON (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ), FERNANDA PEGORARO DE GODOI MELO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA), SÍLVIA CWAJG (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), SUYEN HEIZER VILLELA (INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA), LÚCIA WAGNER (UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO DE JANEIRO), JOSÉ LUÍS BANDEIRA DUARTE (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA - UNIFESP).

Introdução: A hipotermia à admissão (HA) na unidade de terapia intensiva neonatal está associada ao aumento de morbimortalidade em recém-nascidos pré-termo (RNPT) e permanece elevada nos hospitais brasileiros.

Objetivo: Analisar o impacto de um programa de melhoria de qualidade, visando a redução da HA em RNPT em uma rede de hospitais brasileiros. **Metodologia:** estudo de intervenção multicêntrico aplicado em 10 hospitais universitários públicos brasileiros, utilizando metodologia plan-do-study-act (PDSA) e ferramentas de qualidade: diagrama de Ishikawa e de Pareto e 5W2H. Incluíram-se RNPT com peso <1.500g, nascidos no próprio hospital, sem malformação. HA foi definido por temperatura <36,0°C. Foram avaliados quatro períodos: pré-intervenção (dados de 2020), intervenção (fevereiro/março 2021), pós-intervenção imediato (abril/agosto 2021) e pós-intervenção precoce (setembro 2021/janeiro 2022). A intervenção foi constituída de realização de check-list, criação de banner e treinamentos/oficinas, segundo as diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP): temperatura da sala de parto e reanimação entre 23-26°C, berço de calor radiante, uso de saco plástico de polietileno, dupla touca e transporte em incubadora aquecida. Foram avaliados também temperatura materna e análise de casos (debriefing). Trabalho aprovado pelo Comitê de Ética da Rede de pesquisa.

Resultados: Foram analisados 537 RNPT com medianas de peso de 1060g (IIQ 830-1300) e de idade gestacional de 29 semanas (IIQ 26-30), respectivamente. Todos os centros realizaram a criação de check-list, banners, oficinas de treinamentos, temperatura materna e debriefing. A linha de base de taxa de HA no período pré-intervenção foi de 42,5% (variação intercentros 9%-65%). No período pós-intervenção imediato, houve redução de HA para 27,9% (0-60,0%), uma redução de 34,4%. No período precoce, manteve-se a queda na taxa de HA - 23,4%, com redução de 16% para o período anterior e de 45,0% comparado ao valor da base. Oito centros apresentaram queda nas taxas de HA e dois estáveis.

Conclusão: o uso de programas de melhoria de qualidade em estudos colaborativos multicêntricos e multiprofissional, com implementação das medidas recomendadas pelo PRN-SBP, resultou em redução expressiva da HA. O uso de ferramentas de melhorias de qualidade é um instrumento útil na implementação de melhores práticas nos cuidados neonatais.

Comentador(a): LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA

PC-004 - IMPACTO DA TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR AO NASCIMENTO SOBRE A OCORRÊNCIA DE HEMORRAGIA PERI-INTRAVENTRICULAR GRAVE EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO.

Autores: JOÃO PAULO NARCISO AZEVEDO (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), BRUNO RIGOLDI (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), JAMIL PEDRO SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA -UNIFESP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA -UNIFESP), FÁBIO CARMONA (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP), HELOÍCIO REIS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), PESQUISADORES REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS (RBPN).

Introdução: A principal causa de mortalidade infantil é a prematuridade, e, além disso, o recém-nascido prematuro está sujeito a diversas complicações imediatamente após seu nascimento, incluindo a hemorragia peri-intraventricular (HPIV) grave. Um dos fatores apontados para a ocorrência de HPIV é o nascimento fora de um centro de referência e necessidade de transporte inter-hospitalar logo após o nascimento.

Objetivo: Comparar a ocorrência de HPIV grave em recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) segundo a necessidade de transporte inter-hospitalar.

Métodos: estudo caso-controle aninhado de uma coorte multicêntrica brasileira. Foram incluídos os RNMBP constantes de banco de dados multicêntrico de 19 unidades neonatais de nível secundário/terciário admitidos entre janeiro/2013 a dezembro/2019. Excluídos os com infecção congênita/malformação congênita. O desfecho avaliado foi ocorrência de HPIV grave. A variável independente principal foi nascer fora do centro de transferência/transporte ao nascer. Variáveis maternas e neonatais foram usadas como controle. Foram comparados dois grupos: os nascidos nos próprios centros participantes e os transportados nas primeiras 48 horas de vida. A escolha dos controles foi de 3 RNMBP nascida no centro para cada transferido. Realizou-se análise univariada e multivariada por regressão logística com resultados expressos em odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC). Estudo aprovado pela coordenação da rede, centros e centro coordenador.

Resultados: A população da coorte foi de 10.216 pacientes, transferidos foram 372 (3,7%). Em análise pareada, consistindo de 1270 RNMBP, HPIV ocorreu em 405(32,8%) e grave em 154/405 (38,0%). Foi mais frequente no grupo transportado ao nascimento (39,0 x 25,5, $p < 0.004$) – aumento de risco de quase 2 vezes (OR1.87 - IC95% 1.21 – 2.81). Na análise de regressão logística, essa associação deixou de ser significativa e HPIV grave foi associada independentemente: uso de droga vasoativa nas primeiras 72 horas (OR 2.53 IC 95% 1.46-4.38), idade gestacional (OR 1.29 IC 95% 1.16 -1.45), necessidade de ventilação mecânica (OR 3.1 IC 95% 1.01-9.51) e o não uso antenatal de corticosteroide (OR 1.84 IC 95% 10.8-3.015).

Conclusão: RNMBP transportados ao nascimento apresentaram maior ocorrência de HPIV grave, porém, este desfecho foi associado em especial às condições obstétricas e de nascimento e do cuidado neonatal.

Comentador(a): MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA

PC-005 - REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO E RECÉM-NASCIDOS PORTADORES DE DEFEITO DE PAREDE ABDOMINAL: EXISTE UMA ASSOCIAÇÃO?

Autores: KAREN TALITA DE SOUZA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS).

Introdução: Recém-nascidos (RN) com defeito de parede abdominal (DPA) podem apresentar uma maior dificuldade na transição perinatal.

Objetivo geral: Avaliar se RN com DPA apresentam maior necessidade de reanimação ao nascer. Métodos: estudo caso-controle aninhado de coorte unicêntrica em hospital de nível terciário. Tamanho amostral: 218 participantes. Foram elegíveis RN com DPA (gastrosquise-onfalocele) nascidos/admitidos entre 2000-2018 e incluídos aqueles com 34 semanas ou mais de idade gestacional. Excluídos DPA complexos ou com outra malformação congênita associada. O desfecho avaliado foi necessidade de reanimação ao nascer: aplicação de pressão positiva por máscara e/ou tubo traqueal. Para comparação do grupo DPA (caso), selecionou-se o próximo RN não malformado maior ou igual 34 semanas de gestação nascido imediatamente após o caso (controle). Variáveis maternas e neonatais foram usadas para comparação. Realizou-se análise descritiva da população – casos x controle – e após procedeu-se à análise univariada e multivariada por regressão logística para o desfecho reanimação – resultados expressos em odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC). Estudo aprovado pelo comitê de ética local.

Resultados: O número de RN com DPA foi de 132. Comparado ao controle, o grupo caso maior necessidade de reanimação em sala de parto (34,1 x 9,8%, $p < 0,001$). Na análise univariada para o desfecho, DPA aumentou risco em quase 5 vezes (OR 4,73 IC 2,41–9,31), bem como nascimento noturno (OR 2,38 IC 1,312–4,31), tabagismo/alcoolismo/drogadição (OR 2,30 IC 1,08–4,84), cesárea (OR 2,34 IC 1,17–4,68), apresentação não cefálica (OR 3,28 IC 1,06–10,18), líquido amniótico meconial (OR 4,18 IC 2,27–7,69), peso < 2.500 g (OR 3,53 IC 1,93–6,45), PIG (OR 2,11 IC 95 1,14–3,90) e sexo masculino (OR 2,11 IC 1,14–3,90). À análise multivariada, DPA permaneceu associado independente a aumento de necessidade de reanimação (OR 3,85 IC 1,76–8,03), bem como líquido meconial (OR 2,76 IC 1,35–5,66), nascimento noturno (OR 2,71 IC 1,39–5,29), tabagismo/alcoolismo/drogadição (OR 2,69 IC 1,15–6,32), apresentação não cefálica (OR 4,55 IC 1,29–16,14) e sexo masculino (OR 2,23 IC 1,12–4,42).

Conclusão: Ser portador de DPA representa um risco de quase 4 vezes na necessidade de reanimação ao nascer em RN maiores de 34 semanas de gestação.

Comentador(a): JOÃO CESAR LYRA

PC-006 - TREINAMENTO EM TRANSPORTE DO RECÉM-NASCIDO DE ALTO RISCO DE RESIDENTES EM NEONATOLOGIA NO BRASIL – 2013 A 2020.

Autores: LEILA DENISE CESÁRIO PEREIRA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), TATIANA RIBEIRO MACIEL (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), RUTH GUINSBURG (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), PAULO DE JESUS HARTMANN NADER (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), MÁRCIA GOMES PENIDO MACHADO (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), COORDENADORES ESTADUAIS E ADJUNTOS DO PRN-SBP (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA).

Introdução: Treinar 100% dos residentes em Neonatologia em transporte do recém-nascido de alto risco é meta do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP).

Objetivo: Avaliar a taxa anual de treinamento em transporte neonatal dos residentes em Neonatologia brasileiros nos últimos 8 anos. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo incluindo residências em Neonatologia credenciadas pelo MEC de 2013 a 2020. Coordenadores estaduais e adjuntos do PRN-SBP pesquisaram número de residentes matriculados no segundo ano das residências e quantos fizeram o curso de transporte do recém-nascido de alto risco do PRN-SBP durante a residência. Realizou-se análise descritiva.

Resultados: O número de residências aumentou de 102 (2013) para 156 (2020). Excluiu-se residências sem residentes matriculados e as com informações ausentes/incompletas. O número de residências e de residentes matriculados foi: 76 e 184 (2013), 97 e 195 (2014), 94 e 254 (2015), 82 e 212 (2016), 98 e 233 (2017), 106 e 249 (2018), 108 e 268 (2019), 119 e 304 (2020). A distribuição de residentes, por região, foi: Norte 3%, Nordeste 18%, Sudeste 60%, Sul 13%, Centro-Oeste 6%. Foram treinados 14% em 2013, 47% em 2014, 58% em 2015, 58% em 2016, 54% em 2017, 60% em 2018, 63% em 2019 e 49% em 2020, totalizando 981 treinados em 8 anos. A taxa anual de treinados, por região, foi: Norte 0%, 100%, 80%, 100%, 100%, 88%, 80%, 62%, Nordeste 18%, 34%, 68%, 63%, 76%, 82%, 88%, 83%, Sudeste 13%, 52%, 62%, 53%, 46%, 49%, 56%, 43%, Sul 14%, 11%, 19%, 43%, 42%, 33%, 34%, 29%, Centro-Oeste 22%, 100%, 74%, 85%, 71%, 95%, 79%, 63%.

Conclusão: A taxa de residentes em Neonatologia treinados em transporte neonatal aumentou de 14% (2013) para 63% (2019), exigindo esforços para atingir a meta do PRN-SBP nos próximos anos. A queda de 2020 (49%) pode ser explicada pela pandemia de Covid-19.

Comentador(a): RUTH GUINSBURG

PC-007 - HIPOTERMIA À ADMISSÃO E HIPERMAGNESEMIA: EXISTE UMA ASSOCIAÇÃO?

Autores: ELIBENE ALMEIDA ORRO JUNQUEIRA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), JULIANA ALMEIDA CAMARGO SCAFF (CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER – CAISM - UNICAMP), SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA - FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS).

Introdução: A hipotermia à admissão (HA) está associada ao aumento da morbimortalidade em recém-nascidos (RN) pré-termo. Diversos fatores podem contribuir para esse desfecho. Devido ao aumento recente do uso antenatal do sulfato de magnésio (MgSO₄) nesta população, e do potencial miorelaxamento provocado pelo magnésio (Mg), há necessidade de avaliar uma possível associação.

Objetivo: Avaliar a associação entre hipermagnesemia e HA em RN <34 semanas de idade gestacional.

Método: Estudo de coorte prospectivo com inclusão de RN <34 semanas, admitidos em unidade neonatal terciária no período de 2018-2020. Excluídos os com malformação congênita. Tamanho amostral: análise secundária de estudo para avaliação de hipermagnesemia e intolerância alimentar. O desfecho principal foi HA, definida como temperatura axilar <36,5°C. A variável independente principal foi hipermagnesemia - nível de Mg > 2,5 mEq/L em sangue umbilical. Variáveis maternas e neonatais foram usadas para ajuste no modelo. Atendimento ao RN segundo normas da SBP. Variáveis contínuas expressas em mediana a intervalo interquartil (IIQ). Realizou-se análise univariada e variáveis com p<0,20 foram submetidas à análise multivariada por regressão logística para o desfecho HA. Resultado expresso em odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) de 95%. Estudo aprovado pelo comitê de ética da instituição. Nível de significância aceito p<0,05.

Resultados: Foram avaliados 251 RN com medianas do peso de nascimento e idade gestacional de 1390 (IIQ 1020-1070) g e 31 (IIQ 28-32) semanas, respectivamente. A taxa de exposição antenatal ao MgSO₄ foi de 55%. A taxa de hipotermia à admissão de 28,6%. Na análise univariada foram significativamente associados à HA: hipermagnesemia (OR 3,92, IC 2,16 -7,12), reanimação em sala de parto (OR 2,32, IC 1,33 -4,05), RN pequeno para idade gestacional (OR 1,93, IC 1,04 -3,58), anestesia geral (OR 3,38, IC 1,39 -8,23), peso ao nascer (OR 0,998, IC 0,998 -0,999) e idade gestacional (OR 0,813, IC 0,732 -0,984). Após regressão múltipla, hipermagnesemia permaneceu independentemente associada à HA (OR 2,97, IC 1,52 -5,78), bem como peso ao nascer (OR 0,999, IC 0,997 -0,999).

Conclusão: A hipermagnesemia aumentou o risco de HA em 3 vezes e para cada 100 g a menos de peso ao nascer o risco aumentou 10%.

Comentador(a): RUTH GUINSBURG

PC-008 - ASSOCIAÇÃO ENTRE O USO ANTENATAL DE CORTICOSTEROIDE E A NECESSIDADE DE INTUBAÇÃO EM SALA DE PARTO EM RECÉM-NASCIDOS COM MENOS DE 34 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL.

Autores: MAYARA FREITAS QUEIROZ MUSTAFE (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS).

Introdução: O uso antenatal de corticosteroide (CE) com finalidade de amadurecimento fetal apresenta resultados neonatais significativos, inclusive melhores condições de vitalidade ao nascer.

Objetivos: Avaliar a associação entre o uso de CE e a necessidade de intubação em sala de parto. **Métodos:** Estudo observacional transversal realizado em hospital universitário terciário com inclusão de todas as gestantes e seus recém-nascidos (RN) vivos com idade gestacional (IG) entre 240/7 e 336/7 semanas no período de 2017 a 2019. Fetos com malformação congênita foram excluídos. O desfecho principal foi a intubação em sala de parto, em caso de falha da ventilação com pressão positiva com máscara. A variável independente principal foi uso de CE e variáveis descritivas maternas e neonatais serviram de controle. Os grupos que necessitaram ou não de intubação foram comparados. Para identificação das variáveis independentemente associados ao desfecho foi realizada análise univariada e, as variáveis com resultado de p menor que 0,2 foram submetidas à análise multivariada por regressão logística e resultados expressos por Odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) 95%. Estudo aprovado pelo comitê de ética local.

Resultados: Foram incluídas 381 gestantes (49 gestações múltiplas) e 432 RN com média de peso de 1370±526g e mediana de IG de 31 (28-32) semanas. A taxa de gestantes sem uso de CE foi de 10,4%. O grupo que necessitou de intubação apresentou menor uso de CE pela mãe (83,3 x 91,4% OR 0,47 IC 0,24-0,91), menor peso (982 x 1480g OR 0,99 IC 0,99-0,99), menor IG (27 x 31 semanas OR 0,65 IC 0,58-0,71), maior frequência de parto sob anestesia geral (21,1 x 4,2% OR 6,08 IC 2,93-12,58). Na análise de regressão múltipla, após ajuste por número de consultas pré-natais, via de parto, sexo, peso ao nascer e RNPIG, o uso de CE (OR 0,42 IC 0,18-0,94) e IG (OR 0,61 IC 0,54-0,69) permaneceram independentemente associado ao desfecho reanimação.

Conclusão: O uso antenatal de CE reduziu em 58% as chances de intubação. Para cada semana a mais de IG, reduz-se em 39% o risco de RN menores de 34 semanas de gestação de necessitar de intubação em sala de parto.

Comentador(a): LUIS EDUARDO VAZ MIRANDA

PC-009 - TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DE RESIDENTES EM PEDIATRIA NO BRASIL – 2008 A 2020.

Autores: LEILA DENISE CESÁRIO PEREIRA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), TATIANA RIBEIRO MACIEL (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), RUTH GUINSBURG (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), COORDENADORES ESTADUAIS E ADJUNTOS DO PRN-SBP (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA).

Introdução: É meta do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) treinar em reanimação neonatal 100% dos residentes em Pediatria.

Objetivo: Avaliar a taxa anual de treinamento em reanimação neonatal de residentes em Pediatria brasileiros nos últimos 13 anos. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo que incluiu as residências em Pediatria credenciadas pelo MEC de 2008 a 2020. Os 54 coordenadores estaduais e adjuntos do PRN-SBP pesquisaram, em cada residência, o número de R2 matriculados e quantos fizeram o curso de reanimação neonatal do PRN-SBP durante a residência. Foi realizada análise descritiva por região.

Resultados: O número de residências em Pediatria aumentou de 160, em 2008, para 302, em 2020. Foram excluídas as que não possuíam residentes matriculados e aquelas com informações ausentes ou incompletas, resultando em 125 residências incluídas em 2008, e chegando a 277 em 2020. O número de R2 matriculados aumentou de 729, em 2008, para 1578, em 2020. A distribuição média anual de R2 matriculados, por região, foi: Norte 4%, Nordeste 16%, Sudeste 57%, Sul 15%, e, Centro-Oeste 8%. No período de 13 anos foram treinados 14.792 residentes. As taxas anuais de treinamento foram: 77%, 86%, 82%, 88%, 91%, 95%, 94%, 95%, 94%, 92%, 94%, 97% e 87%. A taxa de treinados, por região, especificamente nos anos 2008, 2019 e 2020 foi: Norte 96%, 100% e 92%, Nordeste 71%, 90% e 87%, Sudeste 71%, 98% e 82%, Sul 84%, 98% e 94%, Centro-Oeste 79%, 100% e 99%.

Conclusão: A taxa brasileira de residentes em Pediatria treinados em reanimação neonatal aumentou de 77% (2008) para 97% (2019), aproximando-se da meta do PRN-SBP. A queda observada em 2020 (87%), ocorrida em todas as regiões, pode ser explicada pela pandemia de Covid-19.



Comentador(a): LUIS EDUARDO VAZ MIRANDA

PC-010 - TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO DO PREMATURO DE RESIDENTES EM NEONATOLOGIA NO BRASIL – 2013 A 2020

Autores: LEILA DENISE CESÁRIO PEREIRA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), TATIANA RIBEIRO MACIEL (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), RUTH GUINSBURG (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), LILIAN DOS SANTOS RODRIGUES SADECK (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), GISLAYNE C. DE SOUZA DE NIETO (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA), COORDENADORES ESTADUAIS E ADJUNTOS DO PRN-SBP (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA).

Introdução: Treinar 100% dos residentes em Neonatologia em reanimação do prematuro é meta do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP).

Objetivo: Avaliar a taxa anual de treinamento em reanimação do prematuro dos residentes em Neonatologia brasileiros nos últimos 8 anos. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo incluindo as residências em Neonatologia credenciadas pelo MEC de 2013 a 2020. Os coordenadores estaduais e adjuntos do PRN-SBP pesquisaram o número de residentes matriculados no segundo ano das residências e quantos fizeram o curso de reanimação do prematuro do PRN-SBP durante a residência. Realizou-se análise descritiva.

Resultados: O número de residências aumentou de 102, em 2013, para 156, em 2020. Foram excluídas residências sem residentes matriculados e as com informações ausentes/incompletas. O número de residências e de residentes matriculados foi: 76 e 184 (2013), 97 e 195 (2014), 94 e 254 (2015), 82 e 212 (2016), 98 e 233 (2017), 106 e 249 (2018), 108 e 268 (2019), 119 e 304 (2020). A distribuição anual de residentes matriculados, por região, foi: Norte 3%, Nordeste 18%, Sudeste 60%, Sul 13%, Centro-Oeste 6%. Foram treinados 11% em 2013, 66% em 2014, 61% em 2015, 69% em 2016, 77% em 2017, 84% em 2018, 87% em 2019 e 72% em 2020, totalizando 1.291 treinados em 8 anos. A taxa anual de treinados, de 2013 a 2020, por região, foi: Norte 50%, 100%, 100%, 100%, 100%, 100%, 93%, 100%, Nordeste 12%, 63%, 86%, 67%, 93%, 94%, 93%, 91%, Sudeste 13%, 76%, 59%, 72%, 67%, 82%, 88%, 61%, Sul 0%, 5%, 33%, 66%, 89%, 69%, 63%, 78%, Centro-Oeste 0%, 25%, 68%, 69%, 71%, 90%, 95%, 100%.

Conclusão: A taxa de residentes em Neonatologia treinados em reanimação do prematuro aumentou de 11% (2013) para 87% (2019), mostrando potencial para atingir a meta do PRN-SBP nos próximos anos. A queda de 2020 (72%) pode ser explicada pela pandemia de Covid-19.



PÔSTERES COMENTADOS



Comentador(a): LÊNÍ MÁRCIA ANCHIETA

PC-011 - TEMPO PARA VENTILAÇÃO EFETIVA EM VIA AÉREA DIFÍCIL COM MÁSCARA LARÍNGEA VS. INTUBAÇÃO TRAQUEAL: ESTUDO RANDOMIZADO EM AMBIENTE DE SIMULAÇÃO.

Autores: AGUSTIN BERNATZKY (SANATORIO ANCHORENA SAN MARTIN), MARCO ANTONIO BELZU RODRIGUEZ (SANATORIO ANCHORENA SAN MARTIN), MARIA FLORENCIA CONZI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, UNIFESP), GONZALO L. MARIANI (HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES), MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, UNIFESP), MILTON HARUMI MIYOSHI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, UNIFESP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, UNIFESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA, UNIFESP), JUAN PABLO BERAZATEGUI (SANATORIO ANCHORENA SAN MARTIN).

Introdução: A intubação traqueal é uma das habilidades técnicas mais difíceis na reanimação neonatal. A máscara laríngea (ML) pode ser uma alternativa quando à intubação. Entretanto, o seu uso não é padronizado em neonatologia.

Objetivo: Comparar, em neonatologistas, o tempo para obtenção de ventilação efetiva com máscara laríngea vs. intubação traqueal em situação de simulação de via aérea difícil.

Método: Estudo de simulação cego e randomizado. Dois grupos de neonatologistas receberam treinamento com 2 algoritmos de reanimação neonatal. Para o grupo intervenção (GI, n=28), preconizou-se o início da ventilação com pressão positiva (VPP) com ML em casos de vias aérea difícil. No grupo controle (GC, n=27), foi utilizado o algoritmo da Sociedade Argentina de Pediatria, baseado nas recomendações de 2015 do ILCOR, que preconizava a intubação traqueal nessa situação. Após um breve treinamento, os médicos participaram de cenários simulados. Um facilitador, cego em relação ao grupo ao qual o neonatologista pertencia, mostrava uma situação de via aérea difícil e monitorava as ações realizadas. O desfecho principal foi o tempo para obtenção de VPP efetiva, definido entre a introdução do laringoscópio ou ML na boca pela primeira vez e a visualização de uma expansão torácica. Os resultados estão expressos em mediana e intervalo interquartil e comparados por Mann-Whitney.

Resultados: O tempo para obtenção de VPP efetiva foi similar nos dois grupos quando analisado por intenção de tratar: GI 42,5 segundos (14-74) e GC 51 segundos (32-72). No entanto, alguns neonatologistas do GI utilizaram a cânula traqueal para a ventilação. Assim, quando os resultados foram analisados de acordo com a interface de fato utilizada, o tempo para obtenção de VPP efetiva foi mais curto com a ML: ML - 9 segundos.(6,5-11) vs. cânula traqueal - 61 segundos (39-85) (p <0,01).

Conclusões: O uso precoce de ML em casos de via aérea difícil diminui o tempo para obtenção de VPP efetiva. Sessões de treinamento frequentes podem aumentar seu uso e melhorar os resultados.

Comentador(a): MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA

PC-012 - ASSOCIAÇÃO ENTRE O USO ANTENATAL DE CORTICOSTEROIDE E A NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO EM RECÉM-NASCIDOS COM MENOS DE 34 SEMANAS DE IDADE GESTACIONAL.

Autores: MAYARA FREITAS QUEIROZ MUSTAFE (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), JAMIL PEDRO DE SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS).

Introdução: O uso antenatal de corticosteroide (CE) com finalidade de amadurecimento fetal apresenta resultados neonatais significativos, inclusive melhores condições de vitalidade ao nascer.

Objetivos: Avaliar a associação entre o uso de CE e a necessidade de reanimação em sala de parto. **Métodos:** Estudo observacional transversal realizado em hospital universitário terciário com inclusão de todas as gestantes e seus recém-nascidos (RN) vivos com idade gestacional (IG) entre 240/7 e 336/7 semanas no período de 2017 a 2019. Fetos com malformação congênita foram excluídos. O desfecho principal foi reanimação ao nascer, definida como necessidade de aplicação de ventilação com pressão positiva. A variável independente principal foi uso de CE e variáveis descritivas maternas e neonatais serviram de controle. Os grupos que necessitaram ou não de reanimação foram comparados. Para identificação das variáveis independentemente associados ao desfecho foi realizada análise univariada e, as variáveis com resultado de p menor que 0,2 foram submetidas à análise multivariada por regressão logística e resultados expressos por Odds ratio (OR) e intervalo de confiança (IC) 95%. Estudo aprovado pelo comitê de ética local.

Resultados: Foram incluídas 381 gestantes (49 gestações múltiplas) e 432 RN com média de peso de 1370±526g e mediana de IG de 31 (28-32) semanas. A taxa de gestantes sem uso de CE foi de 10,4%. O grupo que necessitou de reanimação apresentou menor uso de CE pela mãe (85,3 x 92,9% OR 0,44 IC 0,23 - 0,83), menor peso (1136 x 1503g, OR 0,999 IC 0,9998-0,999), menor IG (29 x 32 semanas, OR 0,765 IC 0,765 - 0,827), maior frequência de parto sob anestesia geral (13,2 x 3,8%, OR 13,85 IC 1,75 - 8,47). Na análise de regressão múltipla, após ajuste por número de consultas pré-natais, via de parto, sexo, pequeno para idade gestacional, o uso de CE (OR 0,45 IC 0,22 - 0,89) e IG (OR 0,77 (0,71 - 0,84) permaneceram independentemente associado ao desfecho reanimação.

Conclusão: O uso antenatal de CE reduziu em 55% as chances de reanimação. Para cada semana a mais de IG, reduz-se em 23% o risco de RN menores de 34 semanas de gestação de necessitar de reanimação.

Comentador(a): LÊNÍ MÁRCIA ANCHIETA

PC-013 - IMPACTO DA TRANSFERÊNCIA HOSPITALAR AO NASCIMENTO SOBRE O ÓBITO HOSPITALAR EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO.

Autores: JOÃO PAULO NARCISO AZEVEDO (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), BRUNO RIGOLDI (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), JAMIL PEDRO SIQUEIRA CALDAS (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA -UNIFESP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA -UNIFESP), FÁBIO CARMONA (DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO - USP), HELOÍCIO REIS (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), PESQUISADORES REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS (RBPN).

Introdução: A principal causa de mortalidade infantil é a prematuridade. Um dos fatores apontados para aumento da morbimortalidade neonatal é o nascimento fora de um centro de referência e necessidade de transporte para unidades de referência logo após o nascimento.

Objetivo: Comparar a taxa de mortalidade com 24 horas de internação em recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) segundo a necessidade de transporte inter-hospitalar.

Métodos: estudo caso-controle aninhado de coorte multicêntrica brasileira. Foram incluídos RNMBP constantes de um banco de dados multicêntrico de 19 unidades neonatais de nível secundário/terciário admitidos entre janeiro/2013 a dezembro/2019. Excluídos os com infecção congênita/malformação congênita maior. O desfecho avaliado foi a ocorrência de óbito em até 24 horas da admissão. A variável independente principal foi nascer fora do centro de transferência/transporte ao nascer. Variáveis maternas e neonatais foram usadas como controle. Foram comparados dois grupos: os nascidos nos próprios centros participantes e os transportados nas primeiras 48 horas de vida. A escolha dos controles foi de 3 RNMBP nascida no centro para cada transferido. Realizou-se análise univariada e multivariada por regressão logística com resultados expressos em odds ratio (OR) e intervalo de confiança de 95% (IC). Estudo aprovado pela coordenação da rede, centros e centro coordenador.

Resultados: A população da coorte foi de 10.216 RNMBP e os transferidos foram 372 (3.7%). A taxa de óbito nas primeiras 24 horas de admissão foi de 18,2%. Em análise pareada 3:1, óbito no grupo transportado foi mais frequente (41,4x24,2, p<0.001) – um aumento de risco de 2 vezes (OR 2.22 IC 95% 1.36–3.62). Na análise de regressão logística, a associação deixou de ser significativa e o óbito precoce foi associado independentemente ao: uso de droga vasoativa nas primeiras 72 horas (OR 9.8 IC 95% 4.59–20.91), menor idade gestacional (OR 1.41 IC 95% 1.22–1.61), necessidade de reanimação avançada (OR 4.24 IC 95% 1.88–9.54), bolsa rota >18 horas (OR 4.33 IC 95% 2.05–9.12) e a não uso antenatal de esteroide (OR 2.08 IC 95% 1.02–4.22).

Conclusão: RNMBP transportados ao nascimento tiveram maior ocorrência de óbito precoce, porém, este desfecho foi associado em especial às condições obstétricas e de nascimento.

Comentador(a): TATIANA RIBEIRO MACIEL

PC-014 - EXECUÇÃO DE MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL APÓS TREINAMENTO COM SIMULAÇÃO REALÍSTICA DE ALTA FIDELIDADE

Autores: MARIA FLORENCIA CONZI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MAIANA D M GUERREIRO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), BEATRIZ M MELLO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), ADRIANA SANUDO (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), ANA CLAUDIA YOSHIKUMI PRESTES (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MILTON HARUMI MIYOSHI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA-UNIFESP).

Introdução: A simulação realística tem sido utilizada para treinar profissionais de saúde em habilidades técnicas, cognitivas e comportamentais.

Objetivo: Comparar o tempo de indicação e execução dos procedimentos de reanimação neonatal ao início e ao término do treinamento com simulação realística de alta fidelidade. **Método:** Estudo de intervenção realizado com 23 equipes (2 pediatras e 1 enfermeiro) de 23 maternidades públicas de 18 estados brasileiros, em 2015-2016. A intervenção consistiu na atuação da equipe em cenários de reanimação com simulador (SimNewB, Laerdal®) dirigidos por facilitadores durante oito horas. Após a randomização por sorteio, 205 vídeos foram avaliados por dois observadores independentes, verificando-se a concordância pelo teste de correlação intraclasse. Comparou-se o tempo de indicação e de execução do procedimento ao início do primeiro e ao final do último cenário pelo teste de Wilcoxon pareado. Valores expressos em mediana (p25-p75).

Resultados: Tempo de graduação dos 46 pediatras era 22 anos (13-26) e dos 23 enfermeiros de 8 anos (6-14). A concordância entre os observadores foi quase perfeita ou substancial para a maioria dos procedimentos. O tempo de execução dos passos iniciais reduziu de 28,5 segundos (19-43) para 17,5s (12,5-25,5) [p=0,003] e o tempo da instalação do oxímetro foi de 47,5s (34,0-63,5) ao início e de 36,5s (23-56) ao final. Houve decréscimo no tempo para iniciar a ventilação com pressão positiva (VPP) com máscara facial de 37,5s (31-67) para 25s (18,5-39) [p=0,01] com aumento de 31,6 ventilações/minuto (28,0-39,7) para 37,6 (33,6-53,5) [p=0,003]. O tempo de indicação de intubação orotraqueal diminuiu de 5,0s (3,5-8,0) para 3,5s (3,0-4,5) [p=0,003], sendo a 1ª tentativa com sucesso (1-1), sem alteração no tempo de execução de 20s (14-31) para 17s (13,5-31,0). As ventilações/minuto por cânula aumentaram de 38,2 (31-47) para 45,9 (32,8-53,5) [p=0,003]. A relação de compressões cardíacas/ventilações permaneceu em 2,6:1 (1,1-3,2) ao início e em 2,7:1 (1,7-3,2) ao final.

Conclusão: A aplicação da simulação realística de alta fidelidade melhorou o tempo de execução dos passos iniciais e para o início da VPP, entretanto mais treinamento é necessário nas situações menos frequentes e de maior complexidade, como a massagem cardíaca acompanhada da ventilação na reanimação neonatal.

Comentador(a): JOSÉ HENRIQUE MOURA

PC-015 - VIABILIDADE DO USO DO MONITOR CARDÍACO EM RECÉM-NASCIDOS VENTILADOS NA SALA DE PARTO NUM HOSPITAL BRASILEIRO UNIVERSITÁRIO.

Autores: MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP), MARINA CARVALHO DE MORAES BARROS (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP), ELIZIENNE DE SOUSA COSTA HORVATH (HOSPITAL SÃO PAULO-HU DA UNIFESP), MILTON HARUMI MIYOSHI (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP), RUTH GUINSBURG (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA/UNIFESP).

Introdução: A determinação rápida e acurada da frequência cardíaca (FC) em recém-nascidos (RN) é importante para a tomada de decisões na sala de parto (SP). O ILCOR, desde 2015, sugere o monitor cardíaco como método de primeira escolha para monitorizar RN com necessidade de reanimação neonatal.

Objetivo: Determinar a frequência de uso do monitor cardíaco e a obtenção de leitura da FC nos RN em ventilação com pressão positiva (VPP) ao nascimento conforme a idade gestacional (IG).

Método: Estudo prospectivo dos RN que receberam 8805,1 ciclo de VPP com máscara facial em hospital universitário, de Mar/16-Dez/21. O monitor cardíaco estava pronto para uso antes de cada nascimento. Assim que a VPP era indicada, um membro da equipe, previamente designado, colocava um eletrodo em cada membro superior e outro no membro inferior esquerdo, após a retirada da película transparente, e fixava com bandagem elástica e esparadrapo. A colocação dos eletrodos e a leitura da FC no monitor eram registradas na ficha do RN. A taxa de sucesso da obtenção da leitura foi analisada em RN com IG <32 e 8805,32 semanas.

Resultados: Dos 3.375 nascidos vivos no período do estudo, 471 foram ventilados ao nascimento, dos quais 415 (88%) receberam 8805,1 ciclo de VPP. Dos 142 RN <32 semanas ventilados, 132 (93%) foram monitorizados, obtendo-se registro da FC em 110 (83%). Nos 273 RN 8805,32 semanas ventilados, 237 (87%) foram monitorizados na SP, obtendo-se registro da FC em 192 (81%). A falta de monitorização cardíaca em 46 RN ventilados decorreu da ausência do equipamento na SP (72%), falha na técnica da colocação dos eletrodos (13%), e esquecimento da equipe (15%). A falha na leitura da FC ocorreu em 67 monitorizações por dificuldade na colocação dos eletrodos (57%), mau funcionamento do equipamento (34%) e condições do RN (9%), ressaltando-se que 4 eram prematuros extremos.

Conclusão: O uso do monitor cardíaco é factível em RN que necessitam de ventilação na sala de parto. Os profissionais de saúde que atuam na SP precisam ser treinados para local os eletrodos e usar o monitor cardíaco para determinar a FC de forma rápida e acurada.

Comentador(a): MARYNEA SILVA DO VALE

PC-016 - TAXAS DE USO DE CPAP EM SALA DE PARTO EM PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO: EVOLUÇÃO AO LONGO DOS ANOS.

Autores: ANA ELISA NOBRE LOPES (HC FMB UNESP), BRUNA ALMENDAGNA GOMES (HC FMB UNESP), LETICIA DIAS BERRIEL (HC FMB UNESP), MARIA REGINA BENTLIN (HC FMB UNESP), LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO (HC FMB UNESP), JOÃO CÉSAR LYRA (HC FMB UNESP).

Introdução: O CPAP precoce na sala de parto (SP) tem sua recomendação bem estabelecida. Porém, a incorporação dessa prática pela equipe assistencial requer treinamento e conscientização ao longo do tempo. A adoção de protocolos específicos podem ser úteis para que essa prática seja incorporada na rotina da assistência neonatal.

Objetivo: Descrever a evolução do uso do CPAP em sala de parto em prematuros de muito baixo peso (PTMBP) ao longo de nove anos e após a adoção de protocolo, num serviço de assistência neonatal de nível terciário.

Material e método: Estudo longitudinal, descritivo com inclusão de PTMBP e idade gestacional (IG) <34 semanas, nascidos no serviço e que não foram intubados para reanimação em SP, entre janeiro/2011-dezembro/2019. Foram analisadas as taxas de uso de CPAP precoce em SP ao longo dos anos e após a instituição do protocolo de uso na instituição. Dados analisados de forma descritiva.

Resultados: Dentre os 452 PTMBP analisados em todo o período, 366 (81%) receberam CPAP para estabilização em sala de parto. As principais características da amostra foram: peso e IG médios de 1149g e 29,6 semanas respectivamente,

ventilação com pressão positiva foi realizada em 61 % dos casos, 57 % tiveram Apgar de 1o minuto < 7 e 7% Apgar de 5o minuto < 7. A taxa de uso de CPAP precoce em SP no primeiro ano do estudo foi de 31%, aumentando progressivamente para 77% em 2012 e 79% em 2013, variando entre 80-90% nos anos posteriores. Após a adoção do protocolo na instituição (2018-2019), essa taxa alcançou 98%.

Conclusão: A incorporação do CPAP precoce em sala de parto aumentou progressivamente ao longo dos anos, com incremento relevante após a instituição do protocolo na instituição, mostrando a importância desse tipo de medida para que boas práticas sejam incorporadas na rotina da assistência neonatal.

Comentador(a): RENATA BAHIA PITANGUEIRA DE MATOS

PC-017 - CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E APRESENTAÇÃO CLÍNICA DE NEONATOS COM COVID-19 EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA EM SALVADOR, BAHIA.

Autores: LORENA CUNHA MARTINS (INSTITUTO GONÇALO MONIZ- FIOCRUZ), GÉSSICA ALMEIDA VASCONCELOS (INSTITUTO GONÇALO MONIZ- FIOCRUZ), RICARDO SAMPAIO HEIN DA SILVA (INSTITUTO GONÇALO MONIZ- FIOCRUZ), DANIELLE PALMA SILVA BARRETO (MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PROF. JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETO- SESAB), BERNARDO GRATIVAL GOUVEA COSTA (INSTITUTO GONÇALO MONIZ- FIOCRUZ), PATRICIA SANTOS DE OLIVEIRA (MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PROF. JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETO- SESAB), ALINE LOPES DOS SANTOS (MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PROF. JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETO- SESAB), FERNANDA FERREIRA SUASSUNA (MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PROF. JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETO- SESAB), KEVAN MICHAL AKRAMI (INSTITUTO GONÇALO MONIZ- FIOCRUZ), JUAN IGNACIO CALCAGNO (MATERNIDADE DE REFERÊNCIA PROF. JOSÉ MARIA DE MAGALHÃES NETO- SESAB), ISADORA CRISTINA DE SIQUEIRA (INSTITUTO GONÇALO MONIZ- FIOCRUZ).

Introdução: SARS-CoV-2 atingiu mais de 386 milhões de casos mundialmente. A população pediátrica também foi impactada, com taxa de letalidade superando 6,6% entre 0 a 4 anos, no Brasil. Contudo, ainda há uma escassez de estudos que abordem a evolução e manejo de COVID-19 em recém-nascidos.

Objetivo: Descrever as características clínicas de neonatos diagnosticados com COVID-19 e o perfil da assistência neonatal.

Método: Estudo longitudinal observacional, realizado de maio/2020 a janeiro/2022, em uma Maternidade de Referência em Salvador-BA. Foram incluídos recém-nascidos infectados com COVID-19, confirmados pelo método RT-PCR. Os dados foram coletados por revisão de prontuários e o gerenciamento foi realizado no REDCap.

Resultados: 11 neonatos foram diagnosticados com COVID-19 entre 1 a 41 dias de vida e 10 (90,9%) eram sintomáticos. 63,6% das mães também foram diagnosticadas com COVID-19. 81,9% nasceram com idade gestacional (IG) menor de 37 semanas. Dentre eles, 36% classificados como Muito Pré-termo, 27% Pré-termo Moderado e 18% Pré-termo Tardio. Contudo, os 11 pacientes foram Adequados para a Idade Gestacional (AIG). Analisando o valor de APGAR do 1º e 5º minuto de vida, foi encontrado 2 (20%) casos alterados, ou seja, valor menor que 7. Ademais, 7 (63,6%) dos neonatos necessitaram de manobras de reanimação em sala de parto. Deles, 5 (71,4%) realizaram aspiração das vias aéreas, 2 (28,6%) demandaram massagem cardíaca externa, 4 (57,1%) necessitaram de cateterismo venoso umbilical e 2 (28,6%) utilizaram adrenalina. 8 (72,7%) foram diagnosticados com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARG). 7 (63,6%) utilizaram suplementação de oxigênio, e dentre esses, 3 (42,9%) ventilação mecânica invasiva. A mediana da duração da hospitalização foi de 31 dias, verificando-se 4 (36,4%) com internamento em UTI e 10 (90,9%) em Semi-UTI. Todos recém-nascidos receberam alta saudável.

Conclusão: A elevada necessidade de reanimação neonatal, de oxigenoterapia, da prematuridade, da evolução para SARG e prolongado período de hospitalização em UTI/ Semi-UTI determinam repercussões desfavoráveis para os neonatos acometidos. É fundamental que a equipe hospitalar esteja capacitada para atender aos cuidados intensivos, iniciados desde a sala de parto. Estudos com número amostral maior precisam ser realizados para consolidar as esparsas informações acerca da assistência fornecida aos neonatos com COVID-19.

Comentador(a): MIRELLA PINA SANTOS REBOUÇAS

PC-018 - O IMPACTO DO CONTATO PELE A PELE NO SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO.

Autores: JULIANA VIEIRA QUEIROZ ALMEIDA (FACULDADE DE MINAS), FERNANDA VIEIRA QUEIROZ DE ALMEIDA (INSTITUTO MASTER DE ENSINO PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), SARAH LOUREDO TORQUETTE (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), BRUNO HENRIQUE GONÇALVES ALMADA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), ELDA CRISTINA DE SOUZA RIBEIRO RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), LUÍSA AMARANTE RABELO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), VICTÓRIA CRISTINA TEIXEIRA RABELO (FACULDADE DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA), CAMILLA DE FARIA MENDES FIUZA BORBA (FACULDADE DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA), LUCAS MOTA SOARES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), YVES HENRIQUE FARIA DIAS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE DE JUIZ DE FORA), HENRIQUE CÁSSIO SILVA RODRIGUES (FACULDADE DE MINAS), ELDA CRISTINA DE SOUZA RIBEIRO RODRIGUES (FACULDADE DE MINAS), SABRINA DE CARVALHO ANTONIO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA), JÚLIA TAINAH AUGUSTA SANTOS RODRIGUES (INSTITUTO MASTER DE ENSINO PROFESSOR ANTÔNIO CARLOS).

Introdução: O contato pele a pele (CPP) fortalece o vínculo entre mãe e recém nascido (RN), favorece a adaptação térmica e metabólica do neonato, além de aumentar as taxas de sucesso no aleitamento materno (AM), o que traz incontáveis benefícios ao binômio mãe-filho.

Objetivo: Elucidar a repercussão do contato pele a pele no início e na manutenção do aleitamento materno.

Métodos: Busca no PubMed com os descritores ‘infant care’, ‘breast feeding’ e ‘skin-to-skin contact’. Critérios de inclusão: artigos publicados nos últimos 3 anos relacionando aleitamento materno com o contato pele a pele. Excluí-se: artigos sobre medidas preventivas da COVID-19 e conscientização de gestantes. Encontrou-se 93 artigos, selecionando 24 pelo título, 15 pelo resumo e leitura do artigo.

Resultados: O CPP tem como vantagens: maior liberação de ocitocina, desencadeando cuidados e comportamentos protetores maternos, e melhor termorregulação, estabilidade cardiorrespiratória, e níveis glicêmicos para o RN, além de redução do estresse ao nascer. Em relação ao AM, o contato pele a pele favorece a amamentação a curto e longo prazo e, independente do tempo de início do CPP em RNs de baixo risco, há maior chance de AM exclusivo (AME). São fatores influentes para o AME: CPP, início precoce da amamentação, e alojamento conjunto. Kusko M, et al. (2019), evidenciaram que o CPP aumenta em: 30% a chance de AME na alta hospitalar e até um mês pós-parto, 24% a chance de amamentar entre um e quatro meses, e 50% a probabilidade de AME de seis semanas a seis meses.

Conclusão: O aleitamento materno influencia positivamente a relação mãe-filho, a saúde da mulher e a saúde da criança. Por meio dos resultados encontrados, constata-se que o contato pele a pele é um dos fatores mais importantes na iniciação e no seguimento do aleitamento materno, elevando as taxas de sucesso a curto e longo prazo do aleitamento materno.

Comentador(a): TATIANA DE OLIVEIRA VIEIRA

PC-019 - ANÁLISE DOS ÓBITOS POR ASFIXIA NEONATAL NA BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2017 E 2021.

Autores: MARIANA OLIVEIRA ABREU (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), RENATA REQUIÃO HOLANDA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), FILIPE JOSÉ SILVA ANDRADE RIBEIRO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), JULIANA DE OLIVEIRA CRUZ BARRETO COSTA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), MAGNÓLIA MAGALHÃES DE CARVALHO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA).

INTRODUÇÃO: Asfixia neonatal é uma síndrome clínico-neurológica causada por hipoperfusão e hipóxia, incidindo, anualmente, em cerca de 4 milhões de recém-nascidos, sendo a terceira maior causa de morte neonatal no mundo.

OBJETIVO: Analisar o perfil epidemiológico dos óbitos por asfixia neonatal no estado da Bahia entre os anos de 2017 e 2021.

MÉTODO: Estudo epidemiológico descritivo, de série atemporal. A coleta de dados foi realizada no Sistema de Informações em Saúde (TABNET) do SUS, sendo as variáveis utilizadas: período de 2017 a 2021, total de óbitos pelo CID P.21 (Asfixia ao nascer), total de nascidos vivos, faixa etária de 0 a 27 dias de vida e idade materna.

RESULTADOS: Na Bahia, entre 2017 e 2021, foram registrados 432 óbitos por asfixia neonatal. Nesse período, no Brasil, com as mesmas variáveis, registrou-se 4005 óbitos e, no Nordeste, 1534. Assim, os óbitos por asfixia ao nascer, na Bahia, representam 10,7% do total nacional e 28,2% do regional. Sobre o momento de óbito desses neonatos, na Bahia, a maior parte ocorreu nas primeiras 24h, com 166 notificações (38,4%). No Estado, a taxa de mortalidade por asfixia neonatal é de 0,46, enquanto que a nacional é de 0,29. Assim, a taxa de mortalidade da Bahia é 58% maior do que a do país. Sobre o perfil materno dos casos, percebe-se que a idade materna mais preponderante é a de 15 a 19 anos, com 91 registros (21,1%), sendo seguido das de 20 a 24 anos e 25 a 29 anos com, respectivamente, 89 (20,1%) e 69 (16%) registros.

CONCLUSÃO: Conclui-se que a Bahia possui uma alta mortalidade por asfixia neonatal comparada à média brasileira. Além disso, no que tange os óbitos, a maioria ocorre nas primeiras 24h pós-parto e sobre o perfil materno dos casos estudados, há maior registro de casos em mães jovens, com maior incidência naquelas de 15 a 19 anos. Para haver redução desses dados, torna-se importante além da gestante ter assistência adequada no pré-natal, particularmente em caso de gravidez de alto risco, durante o parto, a equipe saber fazer uma avaliação rápida, precisa e adequada da condição.

Comentador(a): JOSE ROBERTO DE MORAES RAMOS

PC-020 - NORMOTERMIA À ADMISSÃO EM UTI NEONATAL: UM DESAFIO DIÁRIO.

Autores: MANDIRA DARIPA KAWAKAMI (HOSPITAL SÃO PAULO -HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIFESP), MARINA CARVALHO DE MORAES BARROS (HOSPITAL SÃO PAULO-HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIFESP), ELIZIENNE DE SOUSA COSTA HORVATH (HOSPITAL SÃO PAULO-HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIFESP), MILTON HARUMI MIYOSHI (HOSPITAL SÃO PAULO-HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIFESP), RUTH GUINSBURG (HOSPITAL SÃO PAULO-HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIFESP), MARIA FERNANDA BRANCO DE ALMEIDA (HOSPITAL SÃO PAULO-HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIFESP).

A normotermia do neonato logo após o nascimento e à admissão à Unidade Neonatal é um indicador de qualidade na assistência neonatal, dada a associação da hipotermia à admissão com a mortalidade neonatal.

Objetivo: Avaliar as causas mais frequentes relacionadas à hipotermia à admissão na UTI neonatal em recém-nascidos (RN) <34 semanas.

Método: Estudo transversal de todos RN <34 semanas sem malformação congênita na UTI neonatal de hospital terciário entre Jan/2015 e Dez/2021. Hipotermia foi definida como temperatura 8804,36,4°C (OMS). A temperatura axilar foi medida na chegada à UTI neonatal, ainda na incubadora de transporte, antes da transferência ao leito. Por meio de "debriefing", as equipes médicas responsáveis pelo atendimento foram abordadas por um único facilitador para análise de causa da hipotermia e identificação de oportunidades de melhora. Resultados: Foram analisados 434 RN <34 semanas, sendo a frequência de hipotermia 8804,36,4°C de 40%. Com base no diagrama de Ishikawa, 46% das causas-raízes foram relacionadas a processo, 29% a causas externas, 21% a equipamentos e 4% a pessoas. Com base no diagrama de Pareto, os problemas críticos e sua frequência nos 175 RN com hipotermia à admissão foram: hipotermia materna (14,9%), ventilação com gases frios (12,5%), extração difícil do conceito (8,6%), dificuldade na colocação dos eletrodos do monitor cardíaco (8,6%), uso de campos não aquecidos (5,6%), posição inadequada do RN na fonte de calor radiante (5,3%), dificuldade em manter a cobertura plástica (5,0%), abertura da incubadora (4%), incubadora com temperatura inadequada (4%), temperatura da sala de parto inadequada (3,6%), necessidade de reanimação (3,3%), nascimento no pré-parto (2,3%) e campos não aquecidos no transporte (2,3%). Os planos de ação adotados incluíram treinamento da equipe médica e de enfermagem no curso de Reanimação do RN <34semanas da Sociedade Brasileira de Pediatra e realização de oficinas, atenção à hipotermia materna com uso de soro aquecido, manta térmica e controle da temperatura ambiental, além de prática de simulações "in situ" semanais com as equipes.

Conclusão: A manutenção da normotermia nos RN <34semanas é um desafio diário, resultado de um trabalho contínuo do engajamento das equipes multidisciplinares que atuam na sala de parto.

Comentador(a): JOSÉ HENRIQUE MOURA

PC-021 - IMPACTO DA ADOÇÃO DE MEDIDAS DE CONTROLE TÉRMICO SOBRE AS TAXAS DE HIPOTERMIA À ADMISSÃO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS.

Autores: JOÃO CESAR LYRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), GLAUCE REGINA FERNANDES GIACÓIA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), LETICIA DIAS BERRIEL (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), JULIANA FATTORI HAMAMOTO (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), MARÍLIA LOIOLA CARDOSO COLENCI (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU- UNESP), ANA LÚCIA MONARO BARBOZA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), RACHELLE SANTUCCI SCAPOL (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), CLEOVANI MARIA LIMA SANTOS (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), ISABELLA MARANHÃO MOREIRA DE ABREU E ROSSI (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), GABRIELA CANAS FERNANDES LOPES (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), MARIA REGINA BENTLIN (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP).

Introdução: A hipotermia à admissão (HipoT) na UTI constitui importante fator de risco para a morbimortalidade de recém-nascidos prematuros (RNPT). Medidas de intervenção são recomendadas como parte das boas práticas assistências neonatais.

Objetivos: Avaliar o impacto da adoção de medidas específicas para redução da HipoT em RNPT menores que 34 semanas de idade gestacional (IG).

Material e métodos: Estudo longitudinal, prospectivo para avaliar as taxas de HipoT, após a adoção de medidas para controle térmico. Incluídos todos os RNPT com idade gestacional (IG) abaixo de 34 semanas, nascidos na instituição e internados na UTI, com exclusão daqueles que não foram recepcionados na sala de parto. As intervenções realizadas foram: construção de banner, aferição e controle da temperatura materna, manutenção da temperatura da sala de reanimação entre 23-26oC, recepção do RN em campos aquecidos, utilização de saco plástico e touca, cuidados sob fonte de calor radiante, aferição da temperatura do RN a cada 5-10 minutos, transporte do RN em normotermia e em incubadora previamente aquecida e realização de oficinas para treinamento da equipe assistencial. As taxas de HipoT após a instituição das medidas (abril/2021-janeiro/2022) foram comparadas aos valores documentados no serviço no período pré-intervenção. A análise dos dados foi descritiva.

Resultados: Foram estudados 105 RNPT (PN médio de 1371±514g e IG média de 30±2,7sem). As taxas de HipoT (To axilar<36,5oC) nos períodos pré e pós-intervenção foram de 40% versus 22%, configurando redução de 45 %. As taxas de HipoT leve caíram de 25% para 17% e de HipoT moderada, de 16% para 5%.

Conclusão: A adoção de medidas para controle de temperatura reduziu significativamente as taxas de hipotermia à admissão de RNPT. Esses resultados mostram que a incorporação de ações de execução relativamente simples na assistência neonatal, tem impacto positivo no controle térmico, podendo contribuir para um melhor prognóstico de recém-nascidos susceptíveis.

Comentador(a): RENATA BAHIA PITANGUEIRA DE MATOS

PC-022 - ASSISTÊNCIA NEONATAL EM SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDOS DE MÃES COM INFECÇÃO POR COVID-19: SÉRIE DE CASOS.

Autores: LUDMILA GERIOS (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), FERNANDA NAOMI MATUBARA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), BRUNA EUGÊNIA GOMES FELIPE (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), GABRIELA CANAS FERNANDES LOPES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP), JOÃO CÉSAR LYRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - UNESP).

Introdução: A infecção por COVID-19 na gravidez está associada a maior morbimortalidade materna, parto prematuro e complicações neonatais. O desfecho neonatal pode estar associado à gravidade da doença materna.

Objetivo: Descrever as condições de nascimento de recém-nascidos (RN) de mães com COVID-19 e as intervenções realizadas em sala de parto (SP).

Metodologia: Estudo retrospectivo, incluindo todos os RN de mulheres com infecção por COVID-19 no momento do parto, de junho/2020-janeiro/2022, em hospital terciário. Os partos ocorreram de acordo com a indicação obstétrica e os cuidados locais, paramentação da equipe e manejo dos RN seguiram as recomendações do programa de reanimação neonatal da SBP. Variáveis analisadas: características maternas, tipo do parto, necessidade de reanimação em SP, local de internação após estabilização e diagnóstico de COVID-19 no RN.

Resultados: Avaliados 39 RN, sendo 50% prematuros (IG média 35±4sem, PN médio 2700±900g). Os partos foram realizados no centro obstétrico (68%) ou centro cirúrgico, devido à condição materna (28%). Um parto ocorreu na sala de emergência devido à parada cardiorrespiratória da mãe. Parto vaginal ocorreu em 40% e 48% das cesarianas (11/23) foram realizadas sob anestesia geral. Em relação à reanimação, 42% apresentaram Apgar de 1º min<7, 15 RN (39%) necessitaram de ventilação com pressão positiva (VPP), sendo que 9 (23%) necessitaram de intubação orotraqueal (IOT). Entre os >34 semanas, 7/28 (25%) necessitaram de VPP e 3/28 (10%) de IOT. Entre os <34s, 8/10 (80%) necessitaram de VPP e 6/10 (60%) de IOT. Após estabilização em SP, 14 RN (36%) foram encaminhados ao alojamento conjunto e os demais necessitaram de internação, sendo 62% em UTI neonatal. Dentre os testados para COVID-19 (20/38), 3 apresentaram RT-PCR positivo, sendo que um RN recebeu diagnóstico de pneumonia viral. Nos outros dois casos positivos, não foi possível diferenciar se a insuficiência respiratória foi devida à prematuridade ou à infecção pelo Coronavírus.

Conclusão: Nesta série de casos, RN de mulheres com infecção por COVID-19 apresentaram alta necessidade de reanimação neonatal, o que pode estar relacionado às condições clínicas maternas no momento do parto.

Comentador(a): TATIANA DE OLIVEIRA VIEIRA

PC-023 - A MORTE AJUDANDO A SALVAR VIDAS: A IMPORTÂNCIA DA ANÁLISE DOS ÓBITOS PARA A MORTALIDADE INFANTIL.

Autores: PATRICIA RIBEIRO DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA/UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), ANA FRANCESKA COTRIM SILVA (SESAB/SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA), SIMONE COELHO EVANGELISTA (SESAB/SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA), JOSIELSON COSTA DA SILVA (ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFBA), MARIA DO ROSÁRIO BARRETTO (SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA), LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA (FACULDADE DE MEDICINA/UFBA), DÉLIA CERVIÑO PELETEIRO (SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA), MARGARETH HANDAM MELO COELHO (SESAB/SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA), MANOEL HENRIQUE MIRANDA (COSEMS/BAHIA), ROSIVAN BARBOSA DE MATOS (SESAB/SECRETÁRIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA).

Com a melhoria das condições sanitárias do nosso país nas últimas décadas, o componente neonatal se tornou o principal componente de causa de mortalidade infantil, sendo a grande maioria das causas de óbitos evitáveis.

O objetivo desse trabalho foi analisar dados epidemiológicos da mortalidade infantil de um estado do Brasil, refletindo sobre a importância da análise dos óbitos infantis como estratégia para melhoria da assistência à saúde da criança. Método: De 2008 a 2020 foram analisados pelo Comitê de prevenção ao óbito infantil e fetal do estado os dados dos óbitos infantis.

Resultados: A taxa de mortalidade infantil em 2008/2020 respectivamente foi 18,5/ 14,6. O principal componente do óbito infantil foi o componente neonatal (60-70%). O componente neonatal precoce representou de 59 a 61,9% dos óbitos. As principais causas de óbito por capítulo CID 10 foram: algumas afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas deformidades e anomalias cromossômicas, doenças do aparelho respiratório e algumas doenças infecciosas e parasitárias. Dentre as afecções originadas no período perinatal foram: transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal, transtornos relacionados com duração gestação e crescimento fetal, infecções específicas do período perinatal e feto/recém-nascido afetados por fatores maternos e complicações na gravidez. A maioria dos óbitos ocorreram no Hospital, na faixa etária materna de 21-30 anos e com escolaridade de 08-11 anos de estudo. A maioria dos óbitos infantis foram de causas evitáveis: 38% reduzível por adequada atenção à mulher na gestação, 33% por adequada atenção ao feto e recém-nascido, 15% por adequada atenção à mulher no parto, 9% por ações de diagnóstico e tratamento adequados e 5% por ações de promoção à saúde vinculadas às ações de atenção.

Em conclusão, análise dos óbitos é uma importante estratégia para melhoria da saúde da criança, demonstrando como entendendo o motivo da morte, podemos salvar vidas.

Comentador(a): MANDIRA DARIPA KAWAKAMI

PC-024 - EFETIVIDADE DA MÁSCARA LARÍNGEA NA VENTILAÇÃO PULMONAR REALIZADA POR PROFISSIONAIS SEM EXPERIÊNCIA EM REANIMAÇÃO NEONATAL.

Autores: JOÃO CESAR LYRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), GUILHERME DA SILVA MACHADO (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), ABDO EDUARDO G. TANNURI (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), YURI CASTROPIL (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), GABRIELA CANAS FERNANDES LOPES (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), LUDMILA GERIOS (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), GRASIELA BOSSOLAN (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP).

Introdução: A máscara laríngea (ML) é uma opção de interface para a realização da ventilação com pressão positiva (VPP) em sala de parto, podendo ser manuseada por profissionais sem experiência em reanimação neonatal avançada.

Objetivo: Comparar o tempo decorrido para o estabelecimento da VPP efetiva, realizada por indivíduos sem experiência em reanimação neonatal, utilizando máscara facial (MF), ML ou a cânula orotraqueal (COT).

Métodos: Estudo experimental, utilizando manequim de simulação, com participação voluntária de graduandos de medicina e residentes de pediatria, todos sem experiência em sala de parto. Foi proposta uma situação simulada de reanimação neonatal onde os participantes foram orientados a proceder a VPP por meio da MF, ML ou pela cânula orotraqueal (COT). Considerou-se VPP efetiva quando os valores de PIP e PEEP foram alcançados e as curvas de fluxo e volume corrente (VC) estabelecidas. Variáveis estudadas: falhas para inserção da interface na primeira tentativa, tempo dispendido para obtenção de VPP efetiva e valores de PIP e PEEP. Os valores pressóricos, de fluxo e VC foram obtidos por meio de pneumotacógrafo acoplado a um sistema informatizado de aquisição de dados. Resultados apresentados em mediana e interquartis e comparados por ANOVA One-way e qui-quadrado no estudo das associações ($P < 0,05$).

Resultados: Participaram do estudo 50 voluntários. O tempo (mediana, P25-75) para VPP efetiva foi de 10s (8-13) com a MF, 15s (11-18) com a ML e 40s (28-73) com a COT ($P < 0,001$). Com as três interfaces os valores de PIP variaram de 18-20 cmH₂O e de PEEP e 4,5-5 cmH₂O. Falhas para inserção na 1ª tentativa (MF vs ML vs COT) ocorreram em 0%, 8% e 48% respectivamente ($P < 0,001$ para MF vs COT e ML vs COT).

Conclusão: Neste modelo experimental, a ML foi tão efetiva quanto à MF para a realização da VPP e superior à ventilação com COT em relação ao tempo para obtenção da ventilação efetiva e à chance de falha na primeira tentativa. Os resultados sugerem que a ML é uma boa opção para obtenção da via aérea por profissionais sem experiência em reanimação neonatal.

Comentador(a): PRISCILA PINHEIRO RIBEIRO LYRA

PC-025 - AGENESIA DE TRAQUEIA TIPO III: RELATO DE UM CASO

Autores: MURILO SABBAG MORETTI (UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA), GIOVANA MARIOTO PELIZARI (UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA), GEOVANA DE MELO MENDONÇA (UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA), FERNANDA MARION DE SOUZA (UNIVERSIDADE DO OESTE PAULISTA), MARCELO TIEZZI (HOSPITAL REGIONAL DE PRESIDENTE PRUDENTE).

INTRODUÇÃO: A agenesia traqueal é um defeito congênito raro, incompatível com a vida, que se apresenta como uma emergência na sala de parto. Essa malformação acomete mais o sexo masculino, possui prevalência ao nascimento de 1 em 50.000 e mortalidade de 85%. É difícil suspeitar de agenesia traqueal no pré-natal, sendo a maioria dos casos diagnosticados após o nascimento. A sobrevivência depende de um diagnóstico imediato, permitindo um manejo correto das vias aéreas ou levará a uma insuficiência respiratória fatal.

DESCRIÇÃO DO CASO: Recém-nascido (RN) de parto normal, sexo masculino, peso de 3360g. Realizado clampeamento imediato do cordão umbilical por respiração irregular, recepcionado em campo estéril e aquecido e levado à mesa de reanimação sob fonte de calor radiante por manter a respiração irregular tipo gasping.

Durante a ventilação com máscara, observou-se importante dificuldade na expansão do tórax, sendo indicada intubação orotraqueal por ventilação por pressão positiva, sem sucesso na progressão da cânula orotraqueal na traqueia. Foi realizado cricotireoidostomia e ventilação através da mesma, persistindo com dificuldade de expansão do tórax. RN evoluiu com bradicardia até parada cardíaca e óbito com 31 minutos de vida por impossibilidade da ventilação.

DISCUSSÃO: Como no caso relatado, deve-se desconfiar de agenesia traqueal em todo RN com história de polidrâmnio, ausência de choro audível ao nascimento, falha na intubação além das pregas vocais e dificuldade respiratória. Quando há um diagnóstico pré-natal definitivo, é possível que os médicos informem os pais e considerem as estratégias de tratamento. Através de uma ressonância magnética fetal, pode ser diagnosticada a ausência da traqueia no pré-natal quando uma síndrome congênita de obstrução das vias aéreas (CHAOS) for identificada. Sem o diagnóstico e com a impossibilidade da intubação, a necropsia torna-se importante para elucidação diagnóstica.

CONCLUSÃO: Considerando a classificação de Floyd, o tipo de agenesia apresentado é o tipo III devido à ausência da traqueia, com o esôfago separando os brônquios. Atualmente, a sobrevivência dos RN com agenesia traqueal depende do desenvolvimento cirúrgico que possibilitem medidas corretivas para essa anomalia. Contudo, com os achados da necropsia pode-se entender melhor os sinais sugestivos da malformação e obter um diagnóstico definitivo.

Comentador(a): GABRIEL FERNANDO TODESCHI VARIANE

PC-026 - A IMPORTÂNCIA DA UTILIZAÇÃO DO ÍNDICE DE RISCO DE ESTABILIDADE FISIOLÓGICA NO TRANSPORTE (TRIPS) NO CONTEXTO DO TRANSPORTE NEONATAL DE RISCO.

Autores: MARIA CLARA JORGE RODRIGUES (UNICEPLAC).

INTRODUÇÃO: O Índice de Risco de Estabilidade Fisiológica no Transporte (TRIPS), criado em 2001, é um teste das condições fisiológicas de neonatos feito antes e após o deslocamento, avaliando o trabalho da equipe de transporte.

OBJETIVOS: Definir os pontos avaliados no TRIPS e determinar sua importância diante de um transporte neonatal de risco

METODO: Revisão de literatura por meio da análise de 4 artigos publicados entre 2011 e 2022 nos idiomas inglês e português, e de acesso gratuito. Foi consultados os bancos de dados PubMed, LILACS e Google Scholar, utilizando os descritores "Patients Transportation", "Infant, Newborn" e "Risk Index" retirado da plataforma "Descritores em Ciência da Saúde (Decs)", com o pesquisador booleano AND entre os termos.

RESULTADOS: O transporte de pacientes faz parte do cuidado integral nos serviços de saúde de neonatos que necessitam do encaminhamento para centros terciários que forneçam níveis mais elevados de cuidados. Visando o melhor tratamento e compromisso, o TRIPS foi criado com o objetivos de avaliar e indicar os erros e acertos da equipe durante o transporte, possuindo duas versões atualmente. São analisados quatro variáveis fisiológicas: temperatura, pressão arterial, desconforto respiratório e resposta a estímulos nocivos. Sendo assim, dados perinatais como idade gestacional, peso ao nascer e a escala de Apgar não são contabilizadas com a finalidade de excluir contribuições maternas. Sua pontuação é classificada em baixa (0-10), moderada (11-20), alta (21-30) e muito alta (>30), e a partir disso, a variação do score permite analisar a oscilação clínica do paciente. De acordo com os estudos, foi, então, atestado que o aumento do escore após o transporte ou a manutenção de um escore muito alto é diretamente associado a uma maior mortalidade neonatal, já a diminuição do escore representa uma maior sobrevida desse paciente.

CONCLUSÃO: Diante disso, o TRIPS é estabelecido como um ótimo meio de avaliação do trabalho dos profissionais que participam do processo de transferência dos pacientes neonatais de risco. Ainda, geram dados que ajudam a avaliar os efeitos da movimentação sobre a estabilidade dos pacientes. Portanto, são informações essenciais para a área em que são aplicados.

Comentador(a): GABRIEL FERNANDO TODESCHI VARIANE

PC-027 - PROJETO DE MELHORIA CONTINUA NA ASSISTÊNCIA NA GOLDEN HOUR DO RNMBP EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA.

Autores: NICOLE UDSÉN LUIS (HOSPITAL MUNICIPAL VILA SANTA CATARINA), ALINE MARCOS DE LORENZI AGUIAR (HOSPITAL MUNICIPAL VILA SANTA CATARINA), MARIA CLARA ALVES MOREIRA (HOSPITAL MUNICIPAL VILA SANTA CATARINA).

Introdução: A Golden Hour é um conceito adaptado da medicina de emergência de adultos que reforça a importância de medidas sequenciais e treinadas durante um período crítico para uma população específica nas consequências imediatas e a longo prazo do evento para esses pacientes. O período de nascimento, reanimação, transporte e admissão na UTI de recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) contém uma série de componentes que requerem prática contínua para melhores resultados.

Objetivo: Criar e treinar um bundle de cuidados para trazer maior estabilidade na admissão de recém-nascidos prematuros de muito baixo peso, em menor tempo, objetivando a redução de morbi-mortalidade conforme boas práticas fundamentadas pela literatura. Os objetivos iniciais são a adequação de intervenções durante a primeira hora de vida visando melhores desfechos nessa população, especificamente: normotermia na admissão (36,5 - 37,5°C), normoglicemia (Dx 8805, 45mg/dL), início de administração de fluidos, antibióticos e surfactante (quando indicado). Inicialmente, foi realizado um levantamento dos pontos de maior dificuldade, com ações pontuais de melhoria. Devido à percepção da complexidade desse processo, com envolvimento de diversos setores assistenciais e de suporte e necessidade de múltiplos procedimentos foi criado um bundle de cuidados para treinar a equipe nessas melhores práticas.

Resultados: Foram levantados dados iniciais do período de 2018-2019 que mostraram normotermia em 33% dos RNMBP, tempo médio para início de soroterapia de 2h22min, início de antibioticoterapia de 2h43min e realização de surfactante de 2h30min. As medidas iniciais compreenderam treinamento de 100% da equipe do centro obstétrico em reanimação neonatal, com manutenção de treinamento cíclico, revisão de temperatura de sala de parto e utilização de colchão termico na reanimação, criação de prescrição padrão para admissão com os itens mais utilizados. Observamos uma redução do tempo médio para início de soroterapia para 1h48min (24%), de início de antibioticoterapia de 1h40min (39%) e de realização de surfactante de 2h20min (7%) e aumento de normotermia para 58% das admissões. O treinamento do bundle de Golden Hour foi finalizado em dezembro 2021 e os resultados estão sendo acompanhados.

Conclusão: Conseguimos demonstrar a importância de avaliação de processos, conscientização e treinamento contínuo em melhores resultados de atenção ao paciente.

Comentador(a): CAROLINA MEIRA COSTA SAMPAIO

PC-028 - RELATO DE EXPERIÊNCIA: CAPACITAÇÃO EM REANIMAÇÃO NEONATAL E TRANSPORTE DE ALTO RISCO PARA MUNICÍPIOS SEM UNIDADE NEONATAL NO ESTADO DO PARÁ.

Autores: VILMA FRANCISCA HUTIM GONDIM DE SOUZA (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ (BELÉM-PA)/ SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA), ADRIANE WOSNY GUIMARÃES (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ (BELÉM-PA)/ SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA), SUELLEN DA SILVA SOUZA ROCHA (HOSPITAL SANTO ANTONIO MARIA ZACCARIA (BRAGANÇA - PA)/ SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA), NAHERI DE ALMEIDA PENNAFORT FERREIRA (HOSPITAL REGIONAL DO BAIXO AMAZONAS (SANTARÉM - PA)/ SOCIEDADE PARAENSE DE PEDIATRIA), JULIANA MINETTO (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ (BELÉM-PA)), GABRIELA CAROLINE LOBATO PONTES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA (BELÉM/PA)/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ), WANESSA CARDOSO PRAIA (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ (BELÉM-PA)), LEANDRO GERALDO DE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO BETTINA FERRO DE SOUZA (BELÉM/PA)/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ).

INTRODUÇÃO: Com objetivo de contribuir para a redução da mortalidade infantil no estado do Pará, principalmente do componente neonatal relacionado à asfíxia perinatal nas regiões com maiores índices de mortalidade ao nascimento, é necessário organização e melhoria da qualidade da atenção perinatal^{1,2}.

DESCRIÇÃO: Sociedade Paraense de Pediatria (SOPAPE) em parceria com a Secretaria de Saúde do Pará (SESPA), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), capacitou in-loco três municípios da Mesorregião do Marajó e dois do Oeste do Pará, todos os profissionais que realizam partos e transporte de recém-nascidos para unidades especializadas de referência. Foram realizados os cursos de reanimação neonatal para maiores e menores de 34 semanas, transporte de alto risco, de acordo com as diretrizes do programa de reanimação neonatal, executados pelos instrutores habilitados no sistema do Programa de reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria. O acesso a esses municípios foi operacionalizado pela parceria com a SESPA, OPAS e FSCMPA. A capacitação foi executada com dois cursos diários com turmas diferentes, para que os profissionais dos diferentes turnos fossem contemplados. 100% dos profissionais que atuavam nesses hospitais municipais no período da permanência dos instrutores durante uma semana, foram capacitados.

CONCLUSÃO: Considerando o conhecimento prévio dos participantes nas respostas do pré-teste, verificamos que, os municípios com menores acesso a capacitações na área da atenção perinatal, tiveram menores acertos nesse modelo de verificação de conhecimento prévio, quando comparado a municípios com relato de outras capacitações de atenção à saúde da mulher e do recém nascido. Município do Oeste do Pará, com presença de duas pediatras itinerantes na maternidade integrada ao hospital municipal, tiveram maiores médias de acertos no pré-teste e pós-teste dos três cursos realizados nesse modelo em 2021. Como estratégia de reforço e adesão a esse modelo de capacitação, aqueles que não alcançaram acerto mínimo no pós-teste de 80% das 25 questões, foi feita revisão e reteste. Portanto, houve certificação de 100% dos participantes.

Comentador(a): CAROLINA MEIRA COSTA SAMPAIO

PC-029 - RESULTADO DAS CAPACITAÇÕES REALIZADAS PARA PREVENÇÃO DE HIPOTERMIA DO RECÉM-NASCIDO MUITO BAIXO PESO NA ADMISSÃO NA UTI NEONATAL.

Autores: SIMONE CALDEIRA SILVA (HOSPITAL TACCHINI), DANIELLE APARECIDA DOS SANTOS VENTURA (HOSPITAL TACCHINI), MARTINA MICHAELIS BERGMANN (HOSPITAL TACCHINI), LETICIA CAMERINI BIANCHI (HOSPITAL TACCHINI), KARINA SEGATTO (HOSPITAL TACCHINI).

Introdução: A manutenção da normotermia é de extrema importância para os recém-nascidos (RNs) com muito baixo peso ao nascer (MBPN), visto que a labilidade térmica pode resultar em diversas morbidades, além de estar associada à maior mortalidade neonatal.

Objetivo: Analisar o resultado do treinamento realizado com a equipe de enfermagem e fisioterapia da UTI Neonatal (UTIN) e Centro Obstétrico (CO) na prevenção de hipotermia dos RNs MBPN na admissão na UTIN.

Métodos: No mês de setembro de 2020 foram realizadas capacitações in loco com a equipe de enfermagem e fisioterapia da UTIN e do CO para prevenção da hipotermia dos RNs de MBPN. Após foram analisados os indicadores de hipotermia na admissão na UTI Neonatal no período de março a agosto de 2020 (6 meses antes das capacitações) e outubro de 2020 a março de 2021 (6 meses depois das capacitações).

Resultados: Nos 6 meses anteriores às capacitações, foram admitidos 36 RNs com MBPN na UTIN. Destes, 18 (50%) estavam hipotérmicos na admissão (temperatura axilar menor de 36°C). Nos 6 meses seguintes às capacitações, foram admitidos 37 RNs com MBPN. Destes, 10 (27%) estavam hipotérmicos na admissão.

Conclusão: Após a capacitação das equipes, medida sem custo, realizada in loco, houve uma redução na taxa de hipotermia na admissão na UTIN de 50% para 27%, evidenciando o quanto medidas educativas dentro de uma unidade de cuidados intensivos podem melhorar a qualidade de atendimento.

Comentador(a): ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO

PC-030 - TECNOLOGIA ASSOCIADA AO ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL NA GRADUAÇÃO MÉDICA.

Autores: CARMEN ELIAS (IDOMED_UNESA), CRISTINA KLIPPEL (IDOMED_UNESA), ANDRÉA CONCEIÇÃO (UNESA_PIBIC), ANNA NASCIMENTO (UNESA_PIBIC), BARBARA CASTRO (UNESA_PIBIC), LUIZA ROCHA (UNESA_PIBIC), FLÁVIO MACHADO (UNIRIO).

As Manobras de Reanimação Neonatal em Sala de Parto são comuns no atendimento a recém-nascidos prematuros. O procedimento de Reanimação Neonatal é ensinado na Graduação de Medicina, no sétimo período, de forma teórica e prática. Em nossa Universidade, esta prática tem demonstrado ser uma experiência exitosa. Para o aprimoramento de competências na execução da técnica, é relevante o Ensino Baseado em Simulação (EBS). Pertencentes à geração Millenium, os estudantes da atualidade apresentam facilidade diante das novas tecnologias, com acesso rápido e eficiente à consulta e pesquisa. Associar a Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) ao processo de ensino - aprendizagem dos estudantes, possibilita o direcionamento do interesse às necessidades de aprendizagem. O presente projeto teve como base o ensino centrado no estudante. Nesse contexto, oferece uma proposta de associação das TIC ao ensino das Manobras de Reanimação Neonatal a graduandos de Medicina, através da criação de uma Interface de Informática com o objetivo de oferecer um material de pesquisa para desenvolvimento de habilidades clínicas na área neonatal, no Laboratório de Habilidades e Simulação (LHS). A revisão bibliográfica realizada nas principais bases de dados levou à seleção de 15 artigos sobre o tema que constituíram a base de dados para orientação das atividades do projeto. Foi estudado o Protocolo de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria e do ILCOR, com demonstração prática pelo professor orientador. Sob sua supervisão, cada estudante elaborou um vídeo de uma das etapas da Reanimação Neonatal, com o auxílio de um programa de edição. A seguir, foi criado um código QR para acesso ao vídeo completo sobre Reanimação Neonatal, o qual foi aplicado a três manequins infantis que se encontram à disposição dos estudantes, para estudo no LHS. Entendemos que o material final produzido pelo projeto oferece autonomia aos estudantes de Medicina, no sentido de planejar seus estudos de forma individual e independente. A limitação do projeto ocorreu devido ao isolamento social imposto pela pandemia de Covid-19. Um estudo futuro pretende validar o vídeo produzido pelos estudantes sob a avaliação de experts, numa ampla experiência educacional.

Comentador(a): MANDIRA DARIPA KAWAKAMI

PC-031 - FATORES DE RISCO ASSOCIADOS À HIPOTERMIA À ADMISSÃO EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS.

Autores: JOÃO CESAR LYRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), GLAUCE REGINA FERNANDES GIACÓIA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), LETICIA DIAS BERRIEL (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), DENISE CAROLINE CÁCERES DUTRA LYON (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), MARCOS OTÁVIO DE MESQUITA LUNA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), ANA LÚCIA MONARO BARBOZA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), LUCÉLIA MARIA RIBEIRO BAPTISTA (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), ANA CAROLINA BERTOLO FRANCISCO (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), BRUNA ALMENDAGNA GOMES (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), ANA ELISA NOBRE (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP), LIGIA MARIA SUPPO DE S. RUGOLO (FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-UNESP).

Introdução: A hipotermia à admissão na UTI está relacionada ao aumento da morbimortalidade de recém-nascidos prematuros (RNPT). A identificação de fatores de risco pode ser útil para o planejamento de medidas de prevenção.

Objetivos: Identificar fatores de risco associados à hipotermia em RNPT abaixo de 34 semanas de idade gestacional (IG).

Material e métodos: Estudo longitudinal prospectivo, com inclusão de todos os RNPT com IG abaixo de 34 semanas, assistidos em sala de parto (SP) na instituição e admitidos na Unidade Neonatal, no período de abril/2021-janeiro/2022. Os recém-nascidos hipotérmicos (HipoT) à admissão (temperatura axilar <36,5°C) foram comparados aos normotérmicos (NT-temperatura 36,5-37,5°C) em relação às seguintes variáveis: peso ao nascer (PN), idade gestacional (IG), hipotermia materna, tipo de parto, temperatura ambiental na SP, necessidade de reanimação em SP, assistência ventilatória, temperatura do RN antes do início do transporte e temperatura da incubadora no início e no final do transporte. Os dois grupos (NT vs HipoT) foram comparados por meio do cálculo do qui-quadrado e do risco relativo (R.R).

Resultados: Analisados 105 RNPT, sendo 73 NT (70%), 23 HipoT (22%) e 9 hipertérmicos (8%). Comparando os grupos NT vs HipoT, o PN médio foi de 1456 ± 506g vs 1091 ± 477g (P=0,003) e IG média de 30±2,6 sem vs 29±3 sem (P=0,053). Não houve diferenças entre os dois grupos em relação ao tipo de parto, temperatura materna, necessidade de reanimação, temperaturas ambientais e temperaturas da incubadora. Os RNPT hipotérmicos receberam mais frequentemente intubação em relação ao NT (52% vs 11%, P< 0,001 - RR: 3,46, IC:1,77-6,77).

Conclusão: Nesse estudo, os pacientes com menor peso ao nascer e que foram intubados para reanimação em sala de parto foram os que mais apresentaram hipotermia à admissão, sugerindo que recém-nascidos mais graves e que recebem ventilação invasiva com gases não aquecidos são os mais susceptíveis.

Comentador(a): PRISCILA PINHEIRO RIBEIRO LYRA

PC-032 - CÂNULA NASAL DE ALTO FLUXO NA ASSISTÊNCIA VENTILATÓRIA DO RECÉM-NASCIDO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.

Autores: JESSICA SILVA ROCHA (UNIFTC), GEOVANNA VITÓRIA DA CRUZ XAVIER SILVA (UNIFTC), BÁRBARA ARAÚJO BONFIM (UNIFTC), LORENA GOMES DANTAS (UNIFTC), JULIA RANIELLY OLIVEIRA RIOS (UNIFTC), SAULO FERREIRA DE ASSIS (HOSPITAL MARTAGÃO GESTEIRA).

Introdução: O uso da Cânula Nasal de Alto Fluxo (CNAF) tem mostrado amplos benefícios na assistência ventilatória em neonatos ao nascer, com a vantagem de menor incidência de lesões no septo nasal, maior conforto ao paciente e redução do esforço ventilatório.

Objetivo: Analisar a eficácia do uso da CNAF na melhora de prognóstico em pacientes neonatos ao nascimento, em detrimento do dispositivo de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP).

Metodologia: O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa. A partir dos descritores “Cânula nasal de alto fluxo”, “Recém-nascidos” e “Neonatologia” foram selecionados 85 estudos pertencentes à base de dados Biblioteca Virtual de Saúde (Ibics, Pubmed, Medline) com abrangência temporal entre 2012 a 2022. Dos estudos, sobrepujaram-se aqueles relacionados aos recém-nascidos prematuros, sendo subdivididos em categorias denominadas “Riscos na falha do tratamento com CNAF” e “Manejo do CNAF em comparação ao CPAP”. A primeira categoria destacou-se pelo fator de risco aumentado quando se trata da idade gestacional e peso ao nascer significativamente menores. Já a segunda categoria apresentou maiores vantagens ao uso da CNAF, devido à menor incidência de lesões no septo nasal, maior conforto dos pacientes neonatos, menor esforço ventilatório e oxigenação cerebral estável no uso desse dispositivo.

Conclusão: Conclui-se que o uso da CNAF na assistência ventilatória do neonato com distúrbios ventilatórios constitui uma importante ferramenta na melhora de prognóstico desses pacientes, principalmente durante a extubação, apresentando maior segurança a equipe e maior conforto ao recém-nascido, em comparação ao CPAP.

Comentador(a): IANDIRA DA LUZ MONTES CASTRO

PC-033 - EXPERIÊNCIA DE 10 ANOS DO CURSO DE REANIMAÇÃO NEONATAL PARA ESTUDANTES DE MEDICINA.

Autores: PATRÍCIA RIBEIRO DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA/UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), PRISCILA PINHEIRO RIBEIRO LYRA (FACULDADE DE MEDICINA/UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), MARIA HELOINA MOURA COSTA CAMPOS (FACULDADE DE MEDICINA/UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), ANA CECILIA ALVARES TRAVASSOS SANTIAGO (FACULDADE DE MEDICINA/UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), LICIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA (FACULDADE DE MEDICINA/UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), IANDIRA DA LUZ MONTES CASTRO (SOCIEDADE BAIANA DE PEDIATRIA), DAYANE COSTA FONSECA (MATERNIDADE CLIMERIO DE OLIVEIRA/UFBA/EBSERH), VIVIANA DE CARVALHO MALTEZ (MATERNIDADE CLIMERIO DE OLIVEIRA/UFBA), CAROLINA MEIRA COSTA SAMPAIO (MATERNIDADE CLIMEIRO DE OLIVEIRA/UFBA/EBSERH), ADRIANA BASTOS FREITAS AMANCIO (MATERNIDADE CLIMERIO DE OLIVEIRA), ISIS BARRETO SILVA ALMEIDA (MATERNIDADE CLIMERIO DE OLIVEIRA/UFBA/EBSERH), MIRELLA PINA SANTOS REBOUÇAS (MATERNIDADE CLIMERIO DE OLIVEIRA/UFBA/EBSERH).

A Asfíxia perinatal é uma das principais causas de morbimortalidade no período neonatal. Uma das estratégias mais importantes para redução dessa patologia é a capacitação de profissionais de saúde em reanimação neonatal.

Objetivo: Relatar a experiência de 10 anos de capacitação de estudantes de um curso de Medicina em reanimação neonatal.

Métodos: A partir de Novembro de 2012, todos os alunos do 5o ano do curso de medicina, durante o internato em pediatria, passaram a receber como curso de extensão o Curso de Reanimação Neonatal para Médicos do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Os Cursos foram ministrados por 5 professores do internato e 7 médicos preceptores, todos instrutores do PRN. O Curso é ministrado antes do início das atividades dos estudantes em sala de parto.

Resultados: De Novembro de 2012 a Fevereiro de 2022, foram ministrados 99 cursos para 1237 alunos. Média de 11 cursos/ano, 12,5 alunos/curso e 103 alunos/instrutor.

Discussão: A união do ensino na graduação do curso de reanimação neonatal para estudantes de medicina, além de capacitar os alunos para assistência em sala de parto dos recém-nascidos de forma segura, é uma excelente estratégia para sensibilizar esse profissional de saúde durante a sua formação acadêmica, independente da escolha de uma especialidade após a sua formatura, da importância do nascimento seguro de todo recém-nascido e uma ação de impacto a médio e longo prazo na melhoria das taxas de mortalidade no período neonatal levando em consideração a asfíxia perinatal como causa, uma vez que esse estudante formado e sensibilizado vai replicar esse conhecimento para outros profissionais de saúde durante a sua trajetória profissional.

Comentador(a): PAULO DE JESUS HARTMANN NADER

PC-034 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS ÓBITOS NEONATAIS EVITÁVEIS NA BAHIA ENTRE OS ANOS DE 2009 E 2019.

Autores: FILIPE JOSÉ SILVA ANDRADE RIBEIRO (EBMSP), MAGNÓLIA MAGALHÃES DE CARVALHO (EBMSP), JULIANA DE OLIVEIRA CRUZ BARRETO (EBMSP), MARIANA OLIVEIRA ABREU (EBMSP), RENATA REQUIÃO HOLANDA (EBMSP).

Introdução: O monitoramento de óbitos neonatais evitáveis pode servir como um importante indicador da qualidade dos serviços de saúde de um território, sendo, portanto, útil para elaboração de políticas públicas.

Objetivo: Descrever o perfil epidemiológico dos óbitos neonatais evitáveis na Bahia no período de 1999 a 2019.

Método: Estudo epidemiológico descritivo de série temporal. Foi realizada a coleta de dados no Sistema de Informações de Saúde (TABNET) sendo coletados dados sobre óbitos de crianças de até 28 dias. Os óbitos foram categorizados com base na Lista de Causas de Mortes Evitáveis por Intervenções do SUS.

Resultados: Nesse período, do total de 62.439 óbitos neonatais, 47.210 (75%) foram por causas evitáveis preveníveis por adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido. Dentre essas, as mortes reduzíveis por adequada atenção à gestante tiveram a maior mortalidade do período, com 4,2 por 1000 nascidos. Os óbitos evitáveis por atenção ao recém-nascido, foram a categoria com maior redução de mortalidade, de 5,0 em 1999 para 3,1 em 2019. A Macrorregião de Saúde da Bahia que teve maior redução de mortalidade por causas evitáveis foi a Leste, reduzindo de 16,9 por mil em 1999 para 8,5 em 2019. As demais macrorregiões obtiveram reduções mais discretas ou até aumento no número. De forma geral, houve queda da mortalidade neonatal por causas evitáveis na Bahia, partindo de 10,9 em 1999 para 8,0 em 2019.

Conclusão: Dentre todas as mortes neonatais, as por causas evitáveis possuem um predomínio importante, em específico, as mortes que poderiam ter sido evitadas por melhores ações de atenção à gestante, indicando a necessidade de melhora no atendimento de pré-natal na Bahia. A mortalidade por causas evitáveis com atenção ao recém-nascido apresentou queda durante o período, mostrando uma efetividade nas práticas adotadas para evitar esses óbitos. A macrorregião Leste obteve a maior diminuição da mortalidade neonatal por mortes evitáveis, indicando que as políticas públicas adotadas na região, foram bastante efetivas, porém, a discrepância na redução das demais regiões demonstram uma desigualdade no repasse de recursos e/ou aplicação de políticas de saúde pública.

Comentador(a): MARYNEA SILVA DO VALE

PC-035 - MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE RELACIONADA À ASFIXIA DE RECÉM-NASCIDOS A TERMO EM UM ESTADO DO BRASIL, 2008-2017.

Autores: TATIANA RIBEIRO MACIEL (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA), BRUNO GIL DE CARVALHO LIMA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA E SAÚDE PÚBLICA).

INTRODUÇÃO: A mortalidade neonatal precoce por asfixia intrauterina e intraparto, uma causa de mortalidade infantil evitável já bem estabelecida, raramente vistas em países de alta renda, ainda prevalece como uma das causas principais de mortalidade infantil no Brasil nos dias de hoje.

OBJETIVO: Descrever as características dos óbitos neonatais precoces relacionados à asfixia perinatal dos recém-nascidos a termo no estado no período de 1 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2017.

MÉTODOS: Estudo feito com base nas informações das declarações de óbito obtidas na base de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Incluídos todos os RN a termo (IG entre 37 e 41 semanas e 6 dias) cujo óbito aconteceu em qualquer município do estado no período do estudo.

RESULTADOS: Analisadas 4.336 declarações de óbito (DO) referentes a óbitos neonatais precoces de RNs a termo. 40,8% dos óbitos foram relacionados a asfixia, e em 37% desses a asfixia não constava como causa básica na DO. A maioria possuía peso acima de 2.500g. Não houve diferença entre a ocorrência do óbito por asfixia no município de residência materna ou não. Não houve diferença entre a idade materna. Não se encontrou diferenças significantes entre a via de parto, vaginal ou cesárea o que pode denotar falhas na monitorização do trabalho de parto e do parto. Não houve diferença entre a mortalidade por asfixia ocorrida no período diurno ou noturno. A maioria dos óbitos por asfixia ocorreu dentro das primeiras 24h de vida ($p < 0,01$), o que pode expressar a falta de cuidados à gestante com o feto em sofrimento e/ou a inefetividade de procedimentos de reanimação neonatal devido às condições deficitárias de infraestrutura e de recursos humanos dos serviços de saúde.

CONCLUSÃO: O resultado do estudo aponta para alta mortalidade neonatal precoce de RN a termo por asfixia em uma população com perfil de baixo risco para óbito neonatal no período do estudo, mostrando ainda ser necessário ao sistema de saúde do estado a identificação, investigação e medidas corretivas deste evento sentinela.

Comentador(a): JOSE ROBERTO DE MORAES RAMOS

PC-036 - REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO EM BEBÊS COM IDADE GESTACIONAL MENOR QUE 28 SEMANAS.

Autores: MANOEL REGINALDO ROCHA DE HOLANDA (UNIVERSIDADE POTIGUAR- HOSPITAL PROMATER), LUARA DE CASSIA ALEXANDRE SILVA (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), LAÍSE GALIZA DE ALENCAR BENTO (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), JAMMILY TICIANY BARBOSA MAIA (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), TALITA MOREIRA DE AQUINO MIRANDA SANTOS (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), ANA DINA FONSÊCA GALVÃO (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), LAURA HELENA SALDANHA DE MEDEIROS (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), CAMILA ALBUQUERQUE COELHO LOPES (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), VITÓRIA FATEICHA DA SILVA SOARES (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), DIEGO SOARES CABRAL (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), LUCAS PEREIRA FERREIRA (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), ALDENILDE REBOUÇAS FALCÃO DE CASTRO (UNIVERSIDADE POTIGUAR - PROMATER), NIVIA MARIA RODRIGUES ARRAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RN - PROMATER).

Introdução: A prematuridade extrema é importante causa de morbimortalidade em sala de parto. Descreve-se que grande parte dos pacientes necessitam de intervenção ao nascer, sendo a ventilação com balão e máscara e a intubação endotraqueal (IOT) os principais meios de suporte.

Objetivo: Identificar os principais suportes prestados na sala de parto aos neonatos menores de 28 semanas.

Metodologia: Estudo retrospectivo observacional, utilizando dados de janeiro de 2017 a dezembro de 2021, coletados do Epimed. Os dados foram exportados para Excel e o tratamento estatístico foi realizado no Epi Info. As variáveis utilizadas foram sexo, idade gestacional ao nascer, peso de nascimento (PN), Apgar do 1º e do 5º minuto e intervenções na sala de parto.

Resultados: No período de 2017 a 2021 foram internados 46 pacientes, dos quais 21 (46 %) tinham idade gestacional inferior a 26 semanas e 25 (54 %) de 26 a 27 semanas. Eram do sexo masculino 23 (50 %). Apresentaram Apgar do primeiro minuto menor que 7 33 (71,4 %) e maior ou igual a 7 13 (28,26%) . No quinto minuto 10 (21,7 %) tiveram Apgar menor que 7 e 36 (78,3 %) maior ou igual a 7. Tinham PN inferior a 750 G 23 neonatos (50%), de 750 a 999 G 19 (41 %) e de 1000 a 1499 G 4 (9%). Necessitaram de reanimação 35 (76 %). As intervenções na sala de parto foram: ventilação com máscara 7 (15 %), IOT 28 (60 %), massagem cardíaca 6 (13 %) e adrenalina 5 (10 %).

Conclusão: Diante da amostra foi concluído que RN menores que 28 semanas com extremo baixo peso ao nascer necessitam de mais intervenções em sala de parto, destacando-se a IOT como intervenção prevalente. A maioria apresentou melhora no Apgar de quinto minuto

Comentador(a): JOÃO CESAR LYRA

PC-037 - REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDOS INTERNADOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

Autores: MANOEL REGINALDO ROCHA DE HOLANDA (UNIVERSIDADE POTIGUAR- HOSPITAL PROMATER), LUARA DE CASSIA ALEXANDRE SILVA (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), LAÍSE GALIZA DE ALENCAR BENTO (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), JAMILY TICIANY BARBOSA MAIA (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), TALITA MOREIRA DE AQUINO MIRANDA SANTOS (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), ANA DINA FONSÊCA GALVÃO (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), LAURA HELENA SALDANHA DE MEDEIROS (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), CAMILA ALBUQUERQUE COELHO LOPES (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), VITÓRIA FATEICHA DA SILVA SOARES (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), DIEGO SOARES CABRAL (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), LUCAS PEREIRA FERREIRA (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), ALDENILDE REBOUÇAS FALCÃO DE CASTRO (UNIVERSIDADE POTIGUAR - PROMATER), NIVIA MARIA RODRIGUES ARRAIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RN - PROMATER).

Introdução: A reanimação em sala de parto é um fator de risco para internação em UTI neonatal (UTIN). Todos os recém-nascidos (RN) reanimados podem apresentar morbidades diversas e um período mínimo de observação e monitorização das funções vitais é recomendado.

Objetivos: Identificar os principais tipos de reanimação neonatal dos neonatos internados na UTI.

Métodos: Estudo observacional, com dados coletados no Epimed. O banco foi exportado para Excel. O cálculo estatístico foi realizado no Epi Info. As variáveis foram: sexo, peso de nascimento (PN), Apgar, idade gestacional ao nascer (IG) e tipo de reanimação neonatal.

Resultados: Dos 1208 neonatos internados 21 (1,7%) tinham IG menor que 26 semanas, 25 (2,6%) de 26 a 27, 102 (8,4%) de 28 a 31, 134 (11,2%) de 32 a 33, 445 (36,6%) de 34 a 36 e 480 (39,5%) maior ou igual a 37 semanas. Foram do sexo masculino 673 (55,71%). O PN foi abaixo de 1000 G 59 (4,9%), de 1000 a 1499 G 87 (7,2%), de 1500 a 2499 G 371 (30,7%), de 2.500 a 4.499 G 687 (56,9%) e maior ou igual a 4.500 G 3 (0,3%). O Apgar no 1º minuto menor que 7 em 398 (32,9%), maior ou igual a 7 em 810 (67,1%). No 5º minuto menor que 7 em 91 (7,5%) e maior ou igual a 7 em 1.117 (92,5%). A reanimação em sala de parto foi realizada em 96 (7,9%). O tipo de suporte utilizado foi: máscara facial 31 (2,6%), intubação endotraqueal 65 (5,4%), massagem cardíaca 33 (2,7%) e adrenalina 9 (0,7%)

Conclusão: Aproximadamente 10% dos neonatos internados em UTIN foram reanimados ao nascimento. É possível concluir que a necessidade de reanimação, aliado a outras variáveis, é uma condição importante que determina a internação na UTIN.

Comentador(a): ROSSICLEI DE SOUZA PINHEIRO

PC-038 - RESULTADO DA INCLUSÃO DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO ATENDIMENTO EM SALA DE PARTO DE RECÉM-NASCIDOS COM IDADE GESTACIONAL MENOR OU IGUAL A 32 SEMANAS.

Autores: SIMONE CALDEIRA SILVA (HOSPITAL TACCHINI), DANIELLE APARECIDA DOS SANTOS VENTURA (HOSPITAL TACCHINI), LETICIA CAMERINI BIANCHI (HOSPITAL TACCHINI), KARINA SEGATTO (HOSPITAL TACCHINI).

Introdução: Apesar de imprescindível para garantir a sobrevida dos recém-nascidos (RN) prematuros, a ventilação mecânica invasiva (VMI) está associada a várias complicações. A atuação da equipe multiprofissional em sala de parto pode influenciar na redução da necessidade de VMI nessa população.

Objetivo: Verificar a incidência de intubação orotraqueal (IOT) em RN com idade gestacional menor ou igual a 32 semanas após a inclusão da equipe multiprofissional na assistência em sala de parto.

Métodos: Em setembro de 2020 foram realizados treinamentos com as equipes de enfermagem, fisioterapia e médica, com objetivo de melhorar a assistência e introduzir os profissionais no cuidado aos prematuros com idade gestacional menor ou igual a 32 semanas em sala de parto. Em janeiro de 2022 foram analisados os indicadores de IOT em sala de parto no ano anterior ao treinamento (setembro de 2019 a agosto de 2020) e no ano seguinte (outubro de 2020 a setembro de 2021).

Resultados: Nos doze meses que antecederam os treinamentos realizados internaram 41 pacientes menores ou iguais a 32 semanas. Destes, 19 foram intubados em sala de parto (46,3%). Nos 12 meses seguintes aos treinamentos, com a inclusão da equipe multiprofissional em sala de parto, internaram 25 pacientes com 32 semanas ou menos, e destes 9 foram intubados em sala de parto (36%).

Conclusão: A inclusão da equipe multiprofissional em sala de parto e o treinamento das equipes se mostrou eficaz na diminuição da necessidade de IOT em sala de parto, sendo uma medida de baixo custo, e importante para evitar morbidade e mortalidade nesta população.

Comentador(a): TATIANA RIBEIRO MACIEL

PC-039 - INCIDÊNCIA DO USO DE CPAP PRECOCE NA SALA DE PARTO: PREDITOR DE SUCESSO NO PROGNÓSTICO RESPIRATÓRIO DE RNS

Autores: GISLAYNE CASTRO E SOUZA NIETO (HOSPITAL BRIGIDA GNDI), SAMIRA SAID LANÇONI (HOSPITAL BRIGIDA GNDI), LARISSA RISKALLA TALAMINI SOUTO (HOSPITAL BRIGIDA GNDI), KARIN KAROLINE SPEZZIA (HOSPITAL BRIGIDA GNDI)

Introdução: O uso da pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) na Sala de Parto (SP) tem se mostrado bastante eficaz na manutenção da CRF (Capacidade Residual Funcional) reduzindo a necessidade de Ventilação Mecânica.

Objetivo: Incidência do uso do CPAP precoce na SP em recém-nascidos (RNs) e a evolução quanto ao suporte ventilatório dos mesmos. **Método:** Estudo observacional, descritivo, com coleta de dados prospectivos. Foram atribuídos ao estudo todos os bebês nascidos nesta maternidade no período de 01 de março de 2021 à 31 de janeiro de 2022. Foram catalogados todos os dados da assistência na SP. A análise ocorreu nos RNs que preencheram critérios de inclusão sendo a CPAP a primeira modalidade ventilatória utilizada. Para análise estatística foi utilizado média e o desvio padrão.

Resultados: Nasceram 4.558 bebês, resultando 414,36 RNs / mês. Deste 237 RNs necessitaram de assistência na SP, 145 RNs preencheram os critérios de inclusão totalizando uma média de 13,18 Rns / mês, equivalente a 3,18 %. Média de peso 2.625,31grs, e a média da idade gestacional 35+3. A média do apgar no 1º minuto (7,41%) e 5º minuto (8,76%). Dos 145 RNs, 11 RNs (7,5%) evoluíram para NIPPV (Ventilação por pressão Positiva Intermitente Nasal) sem necessidade de intubação durante o período de evolução na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Considerou-se o tempo de CPAP antes da transição para NIPPV de no mínimo 1 hora. A administração da CPAP variou de Ventilador Mecânico manual em T e no circuito do Ventilador Mecânico. Foram excluídos do estudo 92 RNs que apresentaram: cardiopatias congênitas, má formações, pacientes que necessitaram de intubação orotraqueal imediata e para administração de surfactante, pacientes que utilizaram oxigenoterapia, NIPPV como modalidade precoce e óbitos. Dos 92 pacientes, 16 pacientes foram direto para NIPPV precoce, 74 pacientes foram intubados, e 2 pacientes foram assistidos com medidas de conforto evoluindo para óbito. Destes 74 pacientes, 51 permaneceram intubados, 5 pacientes evoluíram para óbito e 18 pacientes foram intubados para INSURE e posteriormente evoluíram para NIPPV.

Conclusão: O uso precoce do CPAP na SP se mostrou um preditor de sucesso no prognóstico dos nossos recém-nascidos, evitando a intubação precoce e o uso da Ventilação Mecânica Invasiva.

Comentador(a): MARCELA CASTRO

PC-040 - MORTALIDADE PERINATAL POR HIPÓXIA UTERINA OU ASFIXIA AO NASCER NA BAHIA EM RECÉM NASCIDOS A TERMO (2015-2019).

Autores: MARIA GABRIELA ADORNO VINHÁTICO (UNIFTC), ALANNA DA SILVA AMORIM (UNIFTC), AMANDA FRANCA DE ALMEIDA (UFBA), CAROLINA MATOS LEITE (UNIFTC), GABRIELA NASCIMENTO BRUGNARO (UFBA), MARIANA CAMELIER MASCARENHAS (UFBA), MARIANA PASSO SANTOS (UNIFTC), MATHEUS ZARPELLON CAMPELO DE QUEIROZ (UFBA), MILENA RODRIGUES SILVA (UNIFTC).

Introdução: No mundo, a mortalidade infantil predomina no período neonatal, sendo as principais causas a prematuridade e a asfixia perinatal. A asfixia perinatal desenvolve-se quando há hipoperfusão tecidual significativa e diminuição da oferta de oxigênio. O acometimento e769, multissiste770, mico, destacando-se o comprometimento neurológico denominado encefalopatia hipo769, xico-isque770, mica (EHI). Os recém-nascidos (RN) com encefalopatia grave tem alto risco de morte, paralisia cerebral e retardo mental entre os sobreviventes.

Objetivo: Avaliar a taxa de mortalidade perinatal por hipóxia uterina ou asfixia perinatal na Bahia, em recém-nascidos a termo, no período de 2015 a 2019.

Métodos: Estudo ecológico observacional, realizado a partir de dados secundários disponíveis no Sistema de Informações de Saúde (TABNET), desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados coletados são dos casos notificados de mortalidade perinatal na Bahia no período de 2015 a 2019. Foram incluídas notificações de Asfixia ao Nascer e Hipóxia Intrauterina em recém-nascidos a termo (entre 37 a menos de 42 semanas de gestação), por ano, no período supracitado, por macrorregião da saúde (CIR) do estado da Bahia. Por ser um estudo de dados públicos, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética. A limitação do estudo é a possível subnotificação de casos.

Resultados: Diante dos dados pesquisados, conclui-se que entre os anos de 2015 a 2019 o estado da Bahia registrou 3.740 óbitos de recém-nascidos a termo por hipóxia uterina ou asfixia perinatal. O município de Salvador é o local que tem a maior taxa de mortalidade, somando 293 casos no período estudado. Dos 3.740 casos, 819 óbitos ocorreram no ano de 2015 — período de maior registro e 2019, o de menor registro, somou 670 óbitos neonatais, representando uma queda de 13,5% em relação ao ano anterior, que registrou 774 casos.

Comentador(a): DAYANNE COSTA FONSECA

PC-041 - FATORES ASSOCIADOS A ASFIXIA PERINATAL EM MATO GROSSO NO PERÍODO DE 2010 A 2020.

Autores: CAROLINE REYES (HG), ROSA MARIA ELIAS (UNIVERSIDADE DE CUIABÁ), MARIA CAROLINA DE SOUZA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE ITAJUBÁ), LARISSA FABIANA C. MATHEUS (HOSPITAL GERAL), TABATTA LOANA DE OLIVEIRA RIBEIRO (HOSPITAL GERAL).

Introdução: A asfixia perinatal é uma condição clínico neurológica causada pelo comprometimento da oxigenação e da perfusão tecidual, com consequente hipóxia, isquemia e comprometimento dos órgãos afetados. Isso ocorre por eventos ocasionados ainda na vida intrauterina ou falha da respiração espontânea do recém nascido (RN) no momento inicial de sua vida.

Objetivo: Avaliar o perfil dos recém nascidos e elucidar os fatores associados a asfixia perinatal no estado do Mato Grosso.

Métodos: Estudo descritivo quantitativo, retrospectivo, de corte transversal. A população do estudo foram RNs do estado de mato grosso nascidos no período de 2010 a 2020. Os dados foram obtidos por meio do SINASC da Secretaria de Saúde do Mato Grosso. Definiu-se asfixia como apgar <3 no 1º minuto de vida e foram estudadas variáveis relacionadas aos RNs e as mães.

Resultados: No período considerado, nasceram 61.535 RNs. A prevalência de asfixia perinatal foi de 8,5% (apgar no primeiro minuto < 3). Dentre as variáveis envolvidas, há maior prevalência em sexo masculino (2.954 casos) quando comparados ao sexo feminino (2.309 casos). Além disso, o número de consultas pré natal < 7 consultas (57,1%), idade materna (maior prevalência em mães com menos de 20 anos - 52,5%), idade gestacional, tipo de parto e o peso de nascimento tiveram correlação significativa com a ocorrência da asfixia perinatal, sendo que destes a idade materna evidenciou maior relevância já que a ocorrência de asfixia perinatal em mães com menos de 25 anos é 1,2 vezes maior do que o restante da faixa etária.

Conclusão: A prevalência de asfixia perinatal no estado de Mato Grosso é alta quando se compara a literatura, evidenciando-se a necessidade de intervenções específicas com enfoque na preparação pré natal, intrauterina e assistência ao parto e ao nascimento.

Comentador(a): GISLAYNE CASTRO E SOUZA NIETO

PC-042 - REPERCUSSÕES CLÍNICAS EM RECÉM-NASCIDOS COM ENCEFALOPATIA HIPÓXICO-ISQUÊMICA SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA.

Autores: LUANA MENDONÇA ARRAIS (UECE), GABRIELLA BARROSO DE ALBUQUERQUE (UECE), SABRINA COSTA MAVIGNIER GUIMARÃES (UECE), GUILHERME ALVES FERREIRA DA CRUZ (UECE), ANTONIO SIDNEL GOMES ALVES (UECE), TATIANA PASCHOALETTE RODRIGUES BACHUR (UECE)

Introdução: A asfixia perinatal é a terceira causa mais comum de morte neonatal, ao mesmo tempo que tem a encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) como outro importante desfecho grave. O tratamento padrão de recém-nascidos com EHI moderada ou severa consiste na hipotermia terapêutica (HT). A avaliação do grau de lesão cerebral e do prognóstico em recém-nascidos com EHI tratados com hipotermia é desafiadora, suscitando a necessidade de estudos acerca dessa temática.

Objetivo: Discutir a hipotermia terapêutica aplicada a neonatos com EHI considerando os pontos importantes para o prognóstico do paciente, levando em conta as ferramentas avaliativas utilizadas.

Métodos: Trata-se de uma pesquisa bibliográfica conduzida nas bases de dados científicas Medline, SciElo e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), a partir das quais foram selecionados artigos publicados de 2017 a janeiro de 2022 com abordagem acerca da temática de estudo.

Resultados: A compreensão do prognóstico pós-HT em recém-nascidos acometidos por EHI é de grande relevância para o manejo posterior do paciente, que deverá incluir o aconselhamento dos pais. Evidências mostram que a realização da HT reduz a morte e o desenvolvimento de deficiências mentais em neonatos com EHI, no entanto, as variações na temperatura podem prejudicar o efeito neuroprotetor. A trombocitopenia é descrita como efeito adverso comum nos recém-nascidos com EHI submetidos a HT. Dentre as ferramentas prognósticas, destaca-se a aplicação clínica do Escore de Thompson e do Score for Neonatal Acute Physiology II (SNAP-II), nos quais pontuações mais altas são associadas a resultados adversos causados pela EHI. A pontuação média do SNAP-II nos primeiros quatro dias de vida apresenta-se como excelente preditor de morte e de gravidade de lesão cerebral nesses recém-nascidos. Ainda que sejam utilizadas estas ferramentas prognósticas, a avaliação dos desfechos em recém-nascidos com EHI tratados por HT ainda é desafiadora em virtude das limitações de implantação e qualificação desses instrumentos nos serviços.

Conclusão: A análise e compreensão das repercussões da HT em neonatos com EHI contribui para a busca por melhores ferramentas prognósticas que possibilitem um manejo clínico determinante ao sucesso terapêutico e à redução na gravidade de lesões cerebrais nestes pacientes.

Comentador(a): MÁRCIA GOMES PENIDO MACHADO

PC-043 - TREINAMENTO DE RESIDENTES EM REANIMAÇÃO NEONATAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO EM TEMPOS DE PANDEMIA.

Autores: MARYNÉA SILVA DO VALE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), PATRÍCIA FRANCO MARQUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), SUSANA DA SILVA FIGUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ROBERTA BORGES CORREIA DE ALBUQUERQUE (UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO).

INTRODUÇÃO: O Curso de Reanimação Neonatal é obrigatório para a Residência médica em pediatria e áreas de atuação segundo a Resolução Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). É de suma importância o treinamento dos residentes visando a qualidade do atendimento em sala de parto e a redução da asfixia perinatal. **OBJETIVO:** Descrever os treinamentos em reanimação neonatal ministrados aos residentes de Pediatria e Neonatologia em um Hospital de ensino, em anos de pandemia.

MÉTODO: Estudo descritivo transversal que incluiu os cursos de reanimação neonatal ministrados para os residentes nos anos de 2020 e 2021. Os cursos foram ministrados por instrutores credenciados do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP). As aulas teóricas ocorreram na modalidade online e as práticas foram realizadas presencialmente obedecendo o distanciamento entre as mesas e os residentes, uso de equipamentos de proteção individual e o lanche foi distribuído em caixas individuais. **RESULTADOS:** Foram treinados 21 residentes no ano de 2021 e 19 em 2020 no curso de reanimação do recém-nascido 8805,34 semanas em sala de parto.

CONCLUSÃO: Apesar dos desafios que estamos vivendo no período da pandemia, entre eles relacionados aos treinamentos em geral, o PRN – MA conseguiu treinar 100% dos residentes admitidos no PRM em pediatria. Além disso, todos os residentes do PRM com área de atuação em neonatologia estão treinados nos cursos de reanimação do recém-nascido 8805,34 semanas, reanimação do prematuro em sala de parto e transporte do recém-nascido de alto risco. Por meio desses cursos, o PRN, proporciona treinamento para aquisição de conhecimento e habilidades em reanimação neonatal objetivando melhoria na assistência ao recém-nascido na sala de parto com a realização de procedimentos adequados, principalmente no minuto de ouro (“Golden minute”).

Treinamento, Reanimação, Residência médica, Educação em Saúde.

Comentador(a): GISLAYNE CASTRO E SOUZA NIETO

PC-044 - RECRUTAMENTO ALVEOLAR EM SALA DE PARTO DE PREMATURO EXTREMO ASSOCIADO A PREVENÇÃO DE SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO: RELATO DE CASO.

Autores: MARILENE APARECIDA DE OLIVEIRA CAMPAGNOLO (IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE DE ALEGRETE), ANNA CAROLINA AURÉLIO PERES (IRMANDADE DA SANTA CASA DE CARIDADE DE ALEGRETE).

INTRODUÇÃO: O manejo do prematuro (PMT) em sala de parto vem se tornando cada vez mais baseado em protocolos para proteção pulmonar e prevenção da Síndrome do Desconforto Respiratório (SDR) e Displasia Broncopulmonar (DBP). Um dos instrumentos disponíveis é a pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP).

DESCRIÇÃO DO CASO: G.V.P., masculino, PMT de 25 semanas e 5 dias (datado por ecografia de 11 semanas), nascido de parto cesariana por corioamnionite. Mãe com 21 anos, primigesta, 5 consultas de pré-natal, recebeu 2 doses de corticoide. Nasce não vigoroso, realizado clampamento imediato de cordão e ventilação com pressão positiva por cerca de 30 segundos, posteriormente realizado recrutamento alveolar com CPAP de borbulhas (Bubble CPAP) com PEEP 5cmH₂O e FiO₂ 30% por 15 minutos. Apgar 7/8, peso de nascimento 725g. Paciente admitido em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, onde permanece por 110 dias por complicações da prematuridade, porém sem necessidade de surfactante exógeno nem ventilação mecânica, além de não ter desenvolvido DBP. Recebe alta em ar ambiente, com 2140g.

DISCUSSÃO: O CPAP é um recurso utilizado em prematuros extremos que contribuiu para redução de necessidade de ventilação mecânica, uso de surfactante exógeno e desenvolvimento de DBP. Seu uso deve ser iniciado precocemente em sala de parto naqueles pacientes com respiração espontânea, utilizando dispositivo de peça em T ou circuito com selo d'água (Bubble CPAP), e a interface pode ser máscara facial ou pronga nasal. A maioria dos estudos usou níveis de CPAP de pelo menos 6cm H₂O e após individualizado a cada paciente.

CONCLUSÃO: O uso de CPAP nasal associado aos avanços nos cuidados respiratórios mostra-se boa alternativa para minimizar lesão pulmonar e diminuir a incidência de DBP. Sua utilização iniciada em sala de parto pode ser uma alternativa à intubação traqueal em bebês com risco de SDR.

Comentador(a): MÁRCIA GOMES PENIDO MACHADO

PC-045 - TREINAMENTO DE MÉDICOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM REANIMAÇÃO NEONATAL EM TEMPOS DE PANDEMIA.

Autores: PATRÍCIA FRANCO MARQUES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), MARYNÉA SILVA DO VALE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), SUSANA DA SILVA FIGUEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ROBERTA BORGES CORREIA DE ALBUQUERQUE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO).

INTRODUÇÃO: Diante do cenário da pandemia pelo COVID-19, o Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) lançou recomendações a respeito da realização dos cursos. De acordo com documento, as aulas teóricas foram ministradas na modalidade online e a parte prática de forma presencial respeitando as normas de segurança. Instrutores ou alunos com sintomas prováveis de Covid-19 não participaram do treinamento.

OBJETIVO: Descrever os treinamentos em reanimação neonatal para médicos e demais profissionais da saúde ministrados em tempos de pandemia.

MÉTODO: Estudo descritivo, quantitativo que incluiu os cursos de reanimação ministrados pelos instrutores do Programa de Reanimação Neonatal nos anos de 2020 e 2021.

RESULTADOS: No período do estudo foram realizados 16 cursos de reanimação neonatal no Maranhão. Foram treinados 143 profissionais nas Diretrizes 2016 do Programa de Reanimação Neonatal da SBP((PRN-SBP). Destes, 36 foram médicos, 61 profissionais de saúde, 30 foram treinados no curso para prematuros e 16 capacitados no curso de transporte neonatal.

CONCLUSÃO: Apesar dos desafios, foram realizados vários treinamentos em reanimação neonatal para médicos e profissionais de saúde com objetivo de manter a equipe treinada na adequada assistência ao RN na sala de parto, minimizando mortalidade e sequelas decorrentes da asfíxia perinatal ao nascimento. Diante do momento pandêmico pelo COVID-19 as recomendações lançadas pelo PRN-SBP a respeito das medidas de segurança para realização dos cursos foram seguidas rigorosamente.

Recém-nascido. Muito baixo peso. Reanimação neonatal. Educação em saúde.

Comentador(a): PAULO DE JESUS HARTMANN NADER

PC-046 - ÍNDICE APGAR COMO INDICADOR DE REANIMAÇÃO NEONATAL NA BAHIA.

Autores: RENATA REQUIÃO HOLANDA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA DE SAÚDE PÚBLICA (EBMSP)), MAGNÓLIA MAGALHÃES DE CARVALHO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA DE SAÚDE PÚBLICA (EBMSP)), MARIANA OLIVEIRA ABREU (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA DE SAÚDE PÚBLICA (EBMSP)), JULIANA DE OLIVEIRA CRUZ BARRETO COSTA (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA DE SAÚDE PÚBLICA (EBMSP)), FILIPE JOSÉ SILVA ANDRADE RIBEIRO (ESCOLA BAHIANA DE MEDICINA DE SAÚDE PÚBLICA (EBMSP)).

INTRODUÇÃO: o índice de Apgar é um importante indicador de morbimortalidade neonatal, sendo considerado asfíxia valores de Apgar até 7. Nesse sentido, o Programa de Reanimação Neonatal foi criado em 1994, mudando o curso da neonatologia no Brasil.

OBJETIVO: descrever os índices de Apgar na Bahia entre 1994 e 2019 e avaliar as taxas de mortalidade.

MÉTODOS: Estudo epidemiológico descritivo com coleta de dados do Sistema de Informações em Saúde (TABNET) do Sistema Único de Saúde, com base nas variáveis Apgar no 1º minuto, Apgar no 5º min, ano de nascimento e idade gestacional.

RESULTADOS: Nesse período foram registrados 5.281.355 nascidos vivos na Bahia. Desses, 900.150 (17%) nasceram com Apgar menor que 7 no primeiro minuto e 203.742 no quinto minuto, o que corresponde a 22,6% dos nascidos com Apgar menor que 7 no primeiro minuto e 3,9% dos nascidos vivos. Prematuros e nascidos com IG>41 semanas corresponderam a 156.195(17,4%) dos nascidos com Apgar menor que 7 no primeiro minuto e 58.178 no quinto minuto, correspondendo a 37,2% dos nascidos com Apgar menor que 7 no primeiro minuto e 6,5% dos nascidos vivos. A taxa de mortalidade caiu de 14,6% em 1996 para 10,8% em 2019.

CONCLUSÃO: apesar de não ser usado para direcionar o início das manobras de reanimação a serem instituídas, o índice de Apgar possibilita avaliar a resposta do paciente aos procedimentos realizados. Sabe-se que parto prematuro é fator de risco para necessidade de reanimação neonatal, assim como idade gestacional superior a 41 semanas e, ao comparar a porcentagem de nascidos com Apgar menor que 7 no primeiro e quinto minuto, assim como a taxa de mortalidade, nota-se uma redução significativa desses valores, correlacionando à efetividade das manobras e procedimentos de reanimação neonatal.

Comentador(a): MIRELLA PINA SANTOS REBOUÇAS

PC-047 - ADIPONECROSE DO RECÉM NASCIDO EM UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO DO ESTADO DE SÃO PAULO.

Autores: LUIS FERNANDO DELGADILLO TRIGO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), GIOVANNA PESSÔA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), ANA BEATRIZ GUIDUGLI SANTORO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), GIOVANNA SOGLIO NAVARRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), JÚLIA DAL ROVERE CONTESSINI (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), LAURA ANTONIELI GAETANO SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), MARIA FERNAND PANIAGUA VIDAL (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO).

INTRODUÇÃO: A necrose gordurosa do subcutâneo, ou adiponecrose, é uma inflamação incomum e afeta recém-nascidos (RN) nas primeiras semanas de vida. Pode estar relacionado com hipóxia ou estresse perinatal com inflamação e necrose do tecido adiposo.

DESCRIÇÃO DO CASO: RN a termo (41 semanas), nascido de parto vaginal, peso adequado para idade gestacional (3500g), sexo masculino, índice de Apgar de 0, 1 e 3 após 1, 5 e 10 minutos, respectivamente. Patologias maternas durante a gravidez: Diabetes mellitus, infecção urinária no primeiro trimestre gestacional, Doença hipertensiva da gravidez, evoluindo posteriormente com pré-eclâmpsia, além de fazer uso de anabolizantes. Ao nascimento, foram necessárias manobras de reanimação e o RN foi encaminhado em ventilação mecânica de um hospital de atendimento primário a um terciário. Foi internado com diagnósticos de pneumotórax bilateral, síndrome convulsiva refratária ao tratamento, distúrbio de coagulação e insuficiência renal dialítica. Por esses fatores, não foi iniciado hipotermia neuroprotetora. Após estabilização do quadro na quarta semana de vida, apresentou lesões em membros inferiores e superiores com edema e eritema (como placas ou nódulos subcutâneos endurecidos e indolores).

DISCUSSÃO: Radiologicamente foi evidenciado nódulos radiopacos em tecido celular subcutâneo que, após 2 meses, desapareceram. Após 4 meses e 29 dias de internação, o RN recebeu alta com gastrostomia endoscópica percutânea devido à disfagia importante apresentada durante a internação.

CONCLUSÃO: Apesar de pouco frequente, o reconhecimento precoce dessa condição, particularmente em RN com fatores de risco, é importante, podendo guiar o seguimento clínico, no que tange a monitorização do cálcio, controle de dor e a não utilização de antibióticos. É uma condição benigna e autolimitada, mas, naqueles diagnosticados, é necessário que sejam realizados exames detalhados da pele e acompanhamento laboratorial por seis meses após o diagnóstico, se houver suspeita de necrose gordurosa do subcutâneo.

Comentador(a): LEILA DENISE CESARIO PEREIRA

PC-048 - ÍNDICE DE APGAR E ASFIXIA GRAVE NO BRASIL DE 2009 A 2019.

Autores: JULIANA DE OLIVEIRA CRUZ BARRETO (EBMSP), FILIPE JOSÉ SILVA ANDRADE RIBEIRO (EBMSP), MAGNÓLIA MAGALHÃES DE CARVALHO (EBMSP), MARIANA OLIVEIRA ABREU (EBMSP), RENATA REQUIÃO HOLANDA (EBMSP).

INTRODUÇÃO: O índice de apgar é uma ferramenta importante para indicar morbidade e mortalidade neonatal, sendo os índices menores que 7 atrelados a asfíxia.

OBJETIVO: Descrever os índices de apgar no Brasil de 2009 a 2019, avaliando os índices de apgar entre 0 e 2, que indicam asfíxia grave.

MÉTODOS: Estudo epidemiológico descritivo com coleta de dados realizada no Sistema de Informações em Saúde (TABNET) do SUS, utilizando as variáveis: apgar de primeiro minuto, apgar de quinto minuto, regiões, sexo, ano de nascimento.

RESULTADOS: Registrou-se 32.038.765 nascimentos no Brasil nesse período. Desses, 254.484 (0,79%) tiveram apgar de primeiro minuto entre 0 e 2, 876.804 (2,7%) entre 3 e 5, 2.920.404 (9,1%) entre 6 e 7 e 27.092.882 (84%) entre 8 e 10. Quanto ao apgar de quinto minuto, houve 91.225 (0,28%) casos entre 0 e 2, 136.113 (0,42%) entre 3 e 5, 519.911 (1,6%) entre 6 e 7 e 30.393.141 (95%) entre 8 e 10. A região com maior número de casos de apgar de primeiro minuto menor que 2, o qual se relaciona com asfíxia grave, foi, proporcionalmente ao número de nascidos vivos da região, foi o Sul e, no 5º minuto no Nordeste. A maior redução de casos de apgar menor que 2, do 1º e do 5º minuto ocorreu na região Centro-Oeste.

CONCLUSÃO: Conclui-se, portanto, que a maioria das crianças nascem com apgar adequado e, portanto, baixo índice de asfíxia. A região Sul demonstrou a maior taxa de nascidos com apgar menor que 2 no 1º minuto dentre as regiões e o Nordeste a maior no 5º, indicando a necessidade de melhoria na atenção à gestante e ao recém-nascido.

Comentador(a): DANIELA TESTONI COSTA NOBRE

PC-049 - SEQUELAS DA ASFIXIA PERINATAL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

Autores: JULIANA VIEIRA QUEIROZ ALMEIDA (FACULDADE DE MINAS), DAIANE CAVALARI MANCUZO (UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL).

Introdução: A asfíxia neonatal (AP) está associada à alta morbimortalidade no mundo. Dados de 2018 demonstraram que a AP é responsável por 23% dos 2,9 milhões de mortes neonatais anuais, sendo um quarto dessas na Índia.

Objetivo: Elucidar quais são as sequelas diretamente relacionadas à asfíxia neonatal em recém-nascidos (RN).

Métodos: Busca no Pubmed com os descritores 'Asphyxia Neonatorum' e 'Statistics on Sequelae and Disability'. Critérios de inclusão: artigos publicados em até 10 anos abordando sequelas em recém-nascidos (RN) devido à AP. Exclui-se estudos em animais e com enfoque terapêutico. Encontrou-se 16 artigos, selecionando 11 pelo título e 9 pelo resumo e artigo.

Resultados: Um estudo (2010) relatou como sequelas de eventos hipóxicos intra-parto 510.000-717.000 mortes neonatais, 1.15 milhões encefalopatia neonatal (EN), sendo 413.000 deficientes e 21% cognitivamente afetados com o quociente de desenvolvimento (QD) significativamente reduzido. Ademais, 1,2 milhões de natimortos não são incluídos na métrica global. Um estudo multicêntrico (n= 2876) relatou NE em 5,1% dos RN e mortalidade de 42%. Em relação às sequelas por reanimação, não houve desfechos negativos em crianças reanimadas comparado às não reanimadas (n= 376). Um estudo relatou QD alterado em 33% (n= 13), dos quais 12 morreram por deterioração neurológica com sinais histológicos de morte celular e edema citotóxico. Desses, 7 possuíam eletroencefalograma (EEG) alterado e convulsões sem respostas à antiepilépticos. Há evidências de convulsões como desfecho primário (72 a 120 horas pós-nascimento) e de morte ou deficiência grave como secundário (18 a 22 meses). Foram outras sequelas relatadas: perda (n= 353) ou diminuição (n= 295) da acuidade visual, em crianças de 6-7 anos, QI < que 85 (45,5%, n= 105), anomalias neurológicas (36,5%), paralisia (28,5%) e deficiência moderada ou grave (29,5%).

Conclusão: A AP possui sequelas graves, sendo a principal a EN e o QD reduzido. Ela pode ser considerada um problema de saúde pública, necessitando-se de mais estudos recentes acerca do assunto para avaliar sua associação às sequelas supracitadas.

Comentador(a): LEILA DENISE CESARIO PEREIRA

PC-050 - ÓBITOS POR SÍNDROME DE ASPIRAÇÃO NEONATAL NA BAHIA DE 2009 A 2019.

Autores: JULIANA DE OLIVEIRA CRUZ BARRETO COSTA (EBMSP), MAGNÓLIA MAGALHÃES DE CARVALHO (EBMSP), MARIANA OLIVEIRA ABREU (EBMSP), RENATA REQUIÃO HOLANDA (EBMSP), FILIPE JOSÉ SILVA ANDRADE RIBEIRO (EBMSP).

INTRODUÇÃO: A síndrome de aspiração neonatal é uma importante causa de morbimortalidade neonatal, podendo ocorrer a partir da aspiração de mecônio, líquido amniótico, muco, sangue, leite e alimentos regurgitados.

OBJETIVO: Avaliar os óbitos por síndrome de aspiração neonatal na Bahia no período de 2009 a 2019.

MÉTODOS: Estudo epidemiológico descritivo com coleta de dados no Sistema de Informações em Saúde (TABNET) do SUS, utilizando as variáveis: total de óbitos, faixa etária de 0 a 27 dias de vida, sexo, local de ocorrência e duração da gestação.

RESULTADOS: Registrou-se 1003 óbitos por síndrome de aspiração neonatal nesse período na Bahia, sendo 872 (86,9%) no período neonatal precoce e 131(13,0%) no período neonatal tardio. A taxa de mortalidade neonatal por síndrome de aspiração foi 0,44. A taxa de mortalidade neonatal precoce, 0,38 e a taxa de mortalidade neonatal tardia, 0,05. Destaca-se que 77 óbitos (7,6%) ocorreram em Salvador. Durante os 11 anos analisados, o maior número de casos registrados foi 113 (11,2%), em 2013, e o menor número, 74 (7,3%), em 2019. Quanto à duração das gestações, 32 (3,1%) dos casos duraram menos de 22 semanas, 9 (0,008%) casos entre 22 e 27 semanas, 20(1,9%) casos entre 28 e 31 semanas, 81(8,0) entre 32 e 36 semanas, 601 (59,9%) entre 37 a 41 semanas e 58 (5,7%) entre 42 semanas e mais. Acerca da faixa etária detalhada desses óbitos, houve 369 (33,9%) em menos de 24 horas, sendo 79 (7,2%) em menos de 1 hora de vida, 192 (17,6%) entre 1 e 11 horas e 83 (7,6%) entre 12 e 23 horas. A respeito do local de ocorrência, destaca-se que 920 (90,0%) óbitos ocorreram em hospitais e 37 (4,9%) em domicílio.

CONCLUSÃO: Aspirações foram, então, relevantes causas de morte na população neonatal da Bahia, sobretudo no período neonatal precoce. Nesse sentido, faz-se clara a importância da assistência neonatal de qualidade para estabilizar os casos, principalmente na primeira hora de vida, evitando futuros óbitos.

Comentador(a): MARCELA CASTRO

PC-051 - MORTALIDADE PERINATAL POR HIPÓXIA UTERINA OU ASFIXIA AO NASCER NA BAHIA EM RECÉM NASCIDOS PRÉ-TERMO (2015-2019).

Autores: MARIA GABRIELA ADORNO VINHÁTICO (UNIFTC), ALANNA DA SILVA AMORIM (UNIFTC), AMANDA FRANCA DE ALMEIDA (UFBA), CAROLINA MATOS LEITE (UNIFTC), GABRIELA NASCIMENTO BRUGNARO (UFBA), MARIANA CAMELIER MASCARENHAS (UFBA), MARIANA PASSO SANTOS (UNIFTC), MATHEUS ZARPELLON CAMPELO DE QUEIROZ (UFBA), MILENA RODRIGUES SILVA (UNIFTC).

Introdução: Um recém-nascido (RN) é considerado pré-termo quando seu nascimento ocorre antes de completar 37 semanas de gestação. A asfixia perinatal é uma doença grave e representa a terceira causa mais comum de morte neonatal no mundo, estimada em 23%. Essa patologia é marcada pelo comprometimento neurológico — a encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI).

Objetivo: Avaliar a taxa de mortalidade perinatal por hipóxia uterina ou asfixia perinatal na Bahia, em RNs pré-termo, no período de 2015 a 2019.

Método: Estudo ecológico, observacional, realizado a partir de dados secundários disponíveis no Sistema de Informações de Saúde (TABNET), desenvolvido pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Os dados coletados são dos casos notificados de mortalidade perinatal na Bahia no período de 2015 a 2019. Foram incluídas notificações de Asfixia ao Nascer e Hipóxia intrauterina em recém-nascidos pré-termos (entre 28 e 36 semanas de gestação), por ano, no período supracitado, por região da saúde (CIR) do estado da Bahia.

Por ser um estudo de dados públicos, não foi necessária a submissão ao Comitê de Ética. A limitação do estudo é a possível subnotificação de casos.

Resultados: Diante dos dados pesquisados, pôde-se concluir que entre o período de 2015 a 2019, ocorreram 5.283 óbitos em recém-nascidos pré termo, com idade gestacional de 28 a 36 semanas, sendo a maioria na cidade de Salvador/BA, cuja a época com maior registro foram os anos de 2015 e 2018, ambos com 1.135 óbitos registrados, segundo o DATASUS. Dos 5.283 casos, a cidade de Salvador registra 1.082, sendo o município a registrar a maior taxa do estado e Seabra, o de menor taxa, com 47 óbitos nesse mesmo período. Diante disso, conclui-se que a hipóxia uterina e a asfixia perinatal são frequentemente associadas à morte neonatal de RNs prematuros, por isso torna-se essencial o acompanhamento à gestante e o acesso à informação quanto ao pré-natal.

Comentador(a): PATRICIA RIBEIRO DE OLIVEIRA

PC-052 - REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO DE NEONATOS COM PESO DE NASCIMENTO ABAIXO DE 1500 GRAMAS.

Autores: MANOEL REGINALDO ROCHA DE HOLANDA (UNIVERSIDADE POTIGUAR- HOSPITAL PROMATER), LUARA DE CASSIA ALEXANDRE SILVA (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), LAÍSE GALIZA DE ALENCAR BENTO (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), JAMMILY TICIANY BARBOSA MAIA (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), TALITA MOREIRA DE AQUINO MIRANDA SANTOS (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), ANA DINA FONSÊCA GALVÃO (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), LAURA HELENA SALDANHA DE MEDEIROS (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), CAMILA ALBUQUERQUE COELHO LOPES (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), VITÓRIA FATEICHA DA SILVA SOARES (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), DIEGO SOARES CABRAL (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), LUCAS PEREIRA FERREIRA (UNIVERSIDADE POTIGUAR - LIGA DE NEONATOLOGIA), ALDENILDE REBOUÇAS FALCÃO DE CASTRO (UNIVERSIDADE POTIGUAR - PROMATER), NIVIA MARIA RODRIGUES ARRAYS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RN - PROMATER).

Introdução: A prematuridade e o baixo peso ao nascer são importantes fatores de risco para a demanda de manobras de reanimação neonatal em sala de parto. Nesse sentido, é fundamental avaliar e intervir nesses aspectos para reduzir os desfechos desfavoráveis.

Objetivo: Identificar as principais intervenções que foram utilizadas em sala de parto em recém-nascidos (RN) com peso de nascimento menor que 1.500 gramas.

Métodos: Estudo retrospectivo observacional, utilizando dados de 01/01/2017 a 31/12/2021, coletados do Epimed. Os dados foram exportados para Excel e o tratamento estatístico foi realizado no Epi Info. As variáveis usadas foram sexo, idade gestacional (IG), Apgar, peso de nascimento (PN) e intervenções em sala de parto.

Resultados: Foram incluídos 146 recém-nascidos. Eram do sexo masculino 76 (53%). Tinham IG menor que 26 semanas 21 (14,4%), de 26 a 27 semanas 25 (17,1%), de 28 a 31 semanas 67 (45,9%), de 32 a 33 semanas 18 (12,3%), 12 (8,2%) de 34 a 35 semanas, 12 (8,2%) e maior ou igual a 37 semanas 3 (2,1%). O Apgar de primeiro minuto menor que 7 foi observado em 76 (52%) e maior ou igual a 7 70 (48%). No quinto minuto Apgar menor que 7 16 (11%) e maior ou igual a 7 130 (89%). O PN foi: menor de 750 G 34 (23,3%), de 750 a 900 G 25 (17,1%) e de 1000 a 1499 G 87 (59,6%). Foram reanimados 44 (30%) neonatos. Os procedimentos foram: ventilação com máscara 9 (6,2%), intubação endotraqueal 35 (23,9%), massagem cardíaca 7 (4,8%) e adrenalina 5 (3,4%).

Conclusão: Foi observado que 30% dos nascimentos necessitou de reanimação e aproximadamente em um quarto foi realizada a intubação em sala de parto, reforçando as recomendações de que as equipes das maternidades de alto risco estejam capacitadas na reanimação de bebês com menos de 34 semanas de idade gestacional.

Comentador(a): LIGIA MARIA SUPPO DE SOUZA RUGOLO

PC-053 - CARACTERÍSTICAS DOS RECÉM NASCIDOS QUE NECESSITARAM DE REANIMAÇÃO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NA CIDADE DE SALVADOR, BAHIA.

Autores: MARCELLA COSTA GOMES DOS SANTOS (FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA/HOSPITAL SANTO AMARO), LÍCIA MARIA OLIVEIRA MOREIRA (FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA/HOSPITAL SANTO AMARO E FAMEB/UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), JESUS ENRIQUE PATIÑO ESCARCINA (FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), KEILE KEMLY ASSIS DA SILVA (FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), ANTONIO CARLOS DIAS ANDRADE (FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA/HOSPITAL SANTO AMARO), LUIZA ANDRADE AGARENO (FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA/HOSPITAL SANTO AMARO), PATRICIA RIBEIRO OLIVEIRA (FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA/HOSPITAL SANTO AMARO E FAMEB/UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), RUAN BARBOSA SOUZA (FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA), FELIPE DE JESUS SOUZA (FUNDAÇÃO JOSÉ SILVEIRA).

Um em cada 10 recém-nascidos (RN) necessita de reanimação neonatal para estabelecer respiração efetiva e diminuir a morbimortalidade. Múltiplos fatores podem estar associados com casos de asfixia neonatal e necessidade de estratégias de reanimação na sala de parto. Este trabalho pretende descrever as características maternas e neonatais associadas a asfixia neonatal, e indicação de terapia intensiva. Foi realizado um estudo transversal em RNs reanimados numa maternidade de referência em Salvador-Bahia, Brasil, entre julho e novembro de 2021. Neste período nasceram 1077 RNs, deles 7,9% (n=136) foram reanimados, 54,4% (n=74) do sexo masculino, 59,6% (n=81) nascidos a termo e 62,5% (n=85) com peso adequado. 9,6% (n=13) apresentaram asfixia grave no primeiro minuto (escore de Apgar: 0 - 3) vs. 0% (n=0) ao quinto minuto de vida. 68,8% (n=94) precisaram de ventilação por pressão positiva, 19,1% (n=26) foram intubados, e 1,5% (n=2) necessitaram de massagem cardíaca externa e droga vasoativa. 80,1% (n=109) dos recém nascidos reanimados foram internados na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Comparados com aqueles tratados no Berçário de Observação/Alojamento Conjunto, os RNs tratados na UTI apresentaram maior proporção de nascimento pré termo [46,8% (n=51) vs. 14,8% (n=4)], de mãe com alguma comorbidade [43,1% (n=47) vs. 22,2% (n=6)], mais casos de asfixia grave (Score de Apgar de 0 a 3) no primeiro minuto [11,9% (n=13) vs. 0,0% (n=0)], e menor peso ao nascimento [3140,0 (DP=516,0) vs. 2641,4 (DP=1005,3) gr.]. As intervenções de reanimação permitiram preservar a vida de quase a totalidade dos RNs estudados, sendo óbito por asfixia registrado em RN pré-termo, com baixo peso cuja mãe possuía hipotireoidismo. A implementação de estratégias para detecção precoce de comorbidades maternas e fatores de risco para parto pré-termo podem ajudar a diminuir os casos de asfixia em RNs. De igual forma o aperfeiçoamento nas manobras de reanimação e a referência oportuna a serviços qualificados são vitais na preservação da vida dos RNs com asfixia.

Comentador(a): DANIELA TESTONI COSTA NOBRE

PC-054 - AVALIAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS A TERMO COM RISCO PARA ASFIXIA PERINATAL EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL.

Autores: PATRICIA RUIZ (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), ANDRESSA LIMA (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE), ALINE OTSUKI (HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOSÉ DE CARVALHO FLORENCE).

Introdução: No Brasil, entre 2005 e 2010, ocorreram 5 a 6 mortes precoces por dia de recém-nascidos 8805,2500g, sem anomalias congênitas, por causas associadas à asfixia perinatal, que além do óbito, pode levar a sequelas neurológicas de longo prazo.

Objetivo: Identificar prevalência, complicações e desfechos de recém-nascidos a termo com risco para asfixia perinatal.

Métodos: Estudo de corte transversal, no período de janeiro de 2019 a julho de 2020. Incluídos pacientes nascidos em hospital de referência do município, sem malformações maiores, com idade gestacional 8805,37 semanas e escore de APGAR inferior a 7 no 5º minuto de vida. Analisadas variáveis de nascimento e evolução clínica, comparações dos dados não-paramétricos pelo teste de Mann-Whitney e teste exato de Fisher para correlações, com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

Resultados: Incluídos 27 pacientes no estudo. A prevalência de asfixia perinatal foi de 3,62/1000 nascidos vivos a termo. Todos os recém-nascidos foram reanimados em sala de parto, de acordo com as diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal. Não houve óbitos em sala de parto e todos foram encaminhados para UTI Neonatal. Dezenove pacientes (70%) necessitaram intubação traqueal em sala de parto e foram admitidos em suporte ventilatório invasivo. Indicada Hipotermia Terapêutica em 48% dos pacientes. O tempo médio de ventilação mecânica foi 4,2 dias, de uso de sonda gástrica foi 8,26 dias e de internação hospitalar foi 11,85 dias. A mortalidade foi de 11,1%. Doze pacientes (44%) preencheram critérios de Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica (EHI). O tempo de uso de sonda e a evolução para o óbito foram maiores no grupo com EHI (p=0,006 e p=0,022 respectivamente).

Conclusão: A prevalência de asfixia perinatal neste estudo foi semelhante à encontrada em estudos nacionais. A assistência em sala de parto foi adequada em todos os pacientes. O tempo de uso de sonda gástrica para alimentação e a evolução para o óbito foram significativamente maiores no grupo com Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica.

Comentador(a): PATRICIA RIBEIRO DE OLIVEIRA

PC-055 - MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO.

Autores: PATRÍCIA FRANCO MARQUES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), MARYNÉA SILVA DO VALE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), SUSANA DA SILVA FIGUEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO), ROBERTA BORGES CORREIA DE ALBUQUERQUE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO).

INTRODUÇÃO: O componente neonatal relacionado à asfíxia perinatal é responsável por 30-35% das mortes predominantes na primeira semana de vida. Intervenções para reduzir a morbimortalidade neonatal associadas à asfíxia requerem qualificação da assistência ao recém-nascido (RN).

OBJETIVO: Descrever as manobras de reanimação neonatal em sala de parto.

MÉTODO: Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem quantitativa na qual foram incluídos 130 recém-nascidos pré-termos (RNPT) com peso de nascimento 8804,1500 g, no período de 1º de janeiro a 31 de dezembro de 2020, em um hospital de ensino. A análise estatística descritiva foi realizada por meio do programa Stata, versão 14.0, utilizando o banco de dados da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPNN).

RESULTADOS: Dos 130 bebês da RBPNN incluídos na pesquisa: 73 (57.0%) nasceram de parto cesáreo e 82 (63.1%) eram do sexo feminino. Em relação às manobras de reanimação, 69 (54.3%) dos RN necessitaram de algum procedimento de reanimação neonatal. Desses 49 (84.5%) necessitaram de ventilação com máscara facial, sendo que 38 (77.6%) foram ventilados com peça "T", 40 (69.0%) receberam VPP com cânula traqueal, 5 (8.6%) necessitaram de ventilação associada à massagem cardíaca, 5 (8.6%) receberam adrenalina e nenhum RN necessitou de expansor de volume. C

CONCLUSÃO: A necessidade de ventilação com pressão positiva (VPP) é bastante frequente na reanimação em RNPT de muito baixo peso. A VPP é o procedimento mais importante e efetivo na reanimação do RN em sala de parto sendo fundamental a presença de equipe treinada e material adequado para realizar no 'minuto de ouro' as manobras de forma rápida e efetiva, minimizado assim a morbimortalidade neonatal.

Comentador(a): DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO

PC-056 - PERFIL DOS RECÉM NASCIDOS EM UMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS(UCIN) NA CIDADE DO SALVADOR. REANIMAÇÃO NA SALA DE PARTO.

Autores: LÍCIA MARIA MOREIRA (HOSPITAL SANTO AMARO/FJS E FMBA/UFBA), PATRICIA RIBEIRO DE OLIVEIRA (HOSPITAL SANTO AMARO/FJS E FMBA/UFBA), SUELI OLIVEIRA RIBEIRO (HOSPITAL SANTO AMARO/FJS), ANA IZABEL LEAL DOS SANTOS LIMA (HOSPITAL SANTO AMARO/FJS).

Cerca de 2693 nascimentos ocorreram no HSA no ano de 2021 sendo 2667 nativos e destes 377 (14,2%) foram admitidos na UCIN. Objetivos: estudar o perfil das crianças admitidas na UCIN, qualificação e desfecho dos recém nascidos reanimados.

Resultados: parto cesáreo 90,7%, parto vaginal 8,5%. 57,8% do sexo masculino e 42,2% do sexo feminino.

Idade Gestacional (IG): <28s: 11(5,3%), 28 a 31s: 5 (6,6%), 32 a 35 sem: 10 (25,7%) e 8805,36s: 32 (61,5%).

Peso: <1000g:10 (6,6%), 1000 a 1499g: 4 (5,3%), 1500 a 2499g: 9 (25,2%), 8805,2500g:35 (62,1%). Apgar no primeiro minuto: 0 a 2: 4,2%, 3 a 4: 10,6%, 5 a 7: 35,8% e 8 a 10: 48,5%. Apgar no quinto min: 0 a 2: 0,5%, 3 a 4: 1,1%, 5 a 7: 14,1%, 8 a 10: 83,3%.

Uso de Oxigênio inalatório: 21 VPP 48 e 211 CPAP(Baby puff), IOT:54, MCE: 4, Adrenalina 3.

Cerca de 191(50,7%) das 377 crianças tiveram Apgar inferior a 8 no primeiro minuto e 59(15,6%) tiveram Apgar inferior a 8 no quinto minuto. Chama atenção que todos estes 59 recém nascidos fizeram uso de VPP(100%), 33(55,9%) foram intubados, três(5,1%) necessitaram massagem cardíaca e adrenalina.

Quanto ao desfecho deste grupo 46 tiveram alta, oito foram a óbito e cinco foram transferidos para outras instituições.

Conclusões: Considerando que o hospital é referência para alto risco com percentual de 14,5% de admissões numa UCIN, observa-se que políticas aplicadas de maior assistência ao pré natal e parto com capacitação da equipe e disponibilidade de uma infraestrutura, podem levar a melhores resultados.

Comentador(a): IANDIRA DA LUZ MONTES CASTRO

PC-057 - MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA REANIMAÇÃO NEONATAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Autores: GABRIELLY CRISTINA BORGES ROCHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), MARIA LUANA DE MOURA SOUSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), VIRNA DE MORAES BRANDÃO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), MANOEL VICTOR CARVALHO COELHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), ÁLVARO IAN PEREIRA BEZERRA FEITOSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), REGIELLY ALVES PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), RAYANA HELLEN GAMOSA ALMEIDA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), VITOR EXPEDITO ALVES RIBEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), GABRIELA VEIGA MACÉDO E ARAÚJO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), LETÍCIA MOREIRA RAMOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), KÉLITA VITÓRIA FREITAS DE SOUSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), JOYCE MARA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), LAÍS CARVALHO LIMA BATISTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), GLEYDSON MIRANDA FERNANDES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), SARA RAABE ROCHA TEIXEIRA SOUSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI), LAÍS PONTE PIMENTEL (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNINOVAFAPI).

Introdução - Realizou-se este estudo para a comprovação da eficácia e confiabilidade dos medicamentos na reanimação neonatal com base em artigos selecionados.

Objetivos - Pretende-se conhecer os fármacos utilizados para reanimação cardiorrespiratória dos neonatos com o objetivo de observar a sua influência neste tratamento. Além disso, visa-se elucidar os medicamentos mais eficazes nesta prática pediátrica, com ênfase nos princípios farmacocinéticos e farmacodinâmicos dos fármacos.

Metodologia - Trata-se de uma revisão integrativa, com a coleta de dados realizada na EMBASE, PubMed e UpToDate, em que foram identificados 37 artigos, que após adoção dos critérios de inclusão e exclusão, limitou-se a 08 trabalhos incluídos na amostra final.

Resultado - Constata-se que a medicação de primeira escolha para a reanimação neonatal é a Epinefrina. Ademais, a via para administração desse fármaco é a endovenosa, 1/10000 em 1 seringa de 1,0 ml ou a administração única endotraqueal - 1/10000 em 1 seringa de 5,0 ml. No entanto, para a utilização dessas vias é necessário que o recém-nascido tenha frequência cardíaca inferior a 60bpm, embora tenham uma ventilação adequada com oxigênio a 100%.

Conclusão - Portanto, conclui-se que recém-nascidos que precisam de reanimação podem melhorar sem fármaco, entretanto deve-se avaliar frequência cardíaca e verificar a eficácia da ventilação e compressões. Caso a frequência cardíaca seja inferior a 60 bpm, depois de todos os passos da reanimação neonatal, administra-se epinefrina e soro fisiológico em caso de choque hipovolêmico.

Comentador(a): DAYANNE COSTA FONSECA

PC-058 - ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO COM DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL DE HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA EM SALA DE PARTO: RELATO DE UM CASO.

Autores: NATHÁLIA COSTA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ), IASMIN BARBIERO ABDALLA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ).

Introdução: A hérnia diafragmática congênita (HDC) é caracterizada por um defeito no diafragma, cursando com herniação de vísceras abdominais para o tórax. Sendo assim, a reanimação neonatal na sala de parto deve seguir com características particulares para esta patologia.

Métodos: Descrição de caso clínico de assistência a recém-nascido portador de malformação congênita em sala de parto.

Relato de caso: Recém-nascido prematuro tardio de 36 semanas, sexo masculino, nascido de parto cesáreo de urgência por centralização fetal em ultrassonografia com doppler e malformação congênita. Filho de mãe com 32 anos, que realizou pré-natal em ambulatório de alto risco devido hipotireoidismo prévio, com sorologias negativas. Durante pré-natal, na 24ª semana de gestação realizou USG morfológico que evidenciou imagem de descontinuidade do diafragma em hemitórax esquerdo com herniação de conteúdo abdominal para o interior da caixa torácica e desvio do eixo cardíaco para direita, além de crescimento intra-uterino restrito. Recebido em sala de parto por equipe com neonatologista, residente de neonatologia e residente de pediatria treinados no Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP). Bolsa rota no ato, com líquido amniótico meconal fluido. Nasceu em regular estado geral, foi clampeado cordão umbilical imediatamente e encaminhado ao berço de reanimação. Posicionado em coxim com leve extensão do pescoço e aspirado vias aéreas superiores. Procedeu-se então com intubação orotraqueal, avaliação da frequência cardíaca e monitorização com oximetria de pulso. Paciente a princípio bradicárdico, evoluiu com melhora gradual através da ventilação com pressão positiva realizada com dispositivo bolsa-válvula. Após estabilidade, encaminhado a unidade de terapia intensiva neonatal. Extremamente grave, com hérnia diafragmática à esquerda comprovada em radiografia de tórax, com total deslocamento de mediastino e coração à direita. Após 6 horas de vida, em tentativas de estabilização clínica, mantendo saturação limítrofe apesar de elevados parâmetros de ventilação mecânica, durante procedimento para aquisição de cateter venoso central, evoluiu à óbito após 20 minutos de reanimação cardíaca.

Comentador(a): DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO

PC-059 - OS PROBLEMAS DE INFRAESTRUTURA NO TRANSPORTE INTER-HOSPITALAR NEONATAL DE RISCO NO BRASIL.

Autores: MARIA CLARA JORGE RODRIGUES (UNICEPLAC).

INTRODUÇÃO: O transporte inter-hospitalar é definido pela transferência entre unidades hospitalares quando existe a necessidade de recursos que estão indisponíveis na base de origem para resolução ou estabilização do paciente.

OBJETIVOS: Identificar as falhas no processo de transporte inter-hospitalar de pacientes neonatais de risco no Brasil e buscar soluções que melhorem esse serviço.

MÉTODOS: Revisão de literatura por meio da análise de 6 artigos publicados entre 2000 e 2022 nos idiomas inglês, português e espanhol, e de acesso gratuito. Foi consultados os bancos de dados PubMed, LILACS e SciELO, utilizando os descritores "Patients Transportation" e "Infant, Newborn" retirado da plataforma "Descritores em Ciência da Saúde (Decs)", com o pesquisador booleano AND entre os termos.

RESULTADOS: O transporte de pacientes é essencial e parte do cuidado integral nos serviços de saúde, sendo considerados extremamente delicados durante as primeiras horas de vida. Devido a inúmeras variáveis que influenciam o sucesso desse processo, componentes como a organização, comunicação, equipamento e sistematização entre os centros de cuidado são fundamentais. Apesar disso, foi demonstrado que ainda existem problemas graves que colaboram com o aumento da mortalidade neonatal assim como o período de internação desses pacientes. Entre esses defeitos estão a falta de equipe capacitada para os cuidados durante o transporte e de equipamentos indispensáveis para manter a estabilização do paciente como cilindros de ar comprimido, incubadora e medicações de urgência. Além disso, existem falhas na comunicação entre as equipes das unidades, com prontuários incompletos que comprometem o atendimento.

CONCLUSÃO: São claros os desafios que o Brasil ainda enfrenta no transporte neonatal inter-hospitalar. Desse modo, persiste a necessidade de disponibilizar um treinamento adequado para os profissionais e suprir a demanda de equipamentos essenciais para haver melhorias na segurança e qualidade desse serviço e, então, contribuir para a redução da mortalidade neonatal.

Comentador(a): ANA CECÍLIA TRAVASSOS SANTIAGO

PC-060 - OS PONTOS ESSENCIAIS PARA ESTABILIZAÇÃO DE PACIENTE NEONATAL DIANTE DE UM TRANSPORTE DE RISCO.

Autores: MARIA CLARA JORGE RODRIGUES (UNICEPLAC).

INTRODUÇÃO: A estabilização clínica do neonato é primordial para que exista um transporte adequado e seguro, independente de ser inter ou intra-hospitalar, visando a minimização de danos ao estado do paciente durante a movimentação.

OBJETIVOS: Determinar os principais passos para realizar a estabilização do paciente neonatal e sua relevância a fim de evitar intercorrências durante um transporte de risco.

MÉTODO: Revisão de literatura por meio da análise de 7 artigos publicados entre 2000 e 2022 nos idiomas inglês, português e espanhol, e de acesso gratuito. Foi consultados os bancos de dados PubMed, LILACS e SciELO, utilizando os descritores "Patients Transportation" e "Infant, Newborn" retirado da plataforma "Descritores em Ciência da Saúde (Decs)", com o pesquisador booleano AND entre os termos.

RESULTADOS: É entendido que o objetivo ao transportar um paciente de risco é mantê-lo em condições análogas aos da unidade de terapia intensiva, exigindo assepsia, preservação térmica, respiratória, metabólica, hidroelétrica, hemodinâmica e neurológica. Para isso, a estabilização é realizada e reavaliada desde o momento de decisão da mobilização até o destino final, devendo ser acompanhada por profissionais especializados nessa área. A via aérea deve estar livre, sendo indicado intubação somente naqueles que tem riscos de desenvolver insuficiência respiratória, como em casos de respiração irregular, com menos de 30 semanas de gestação, com necessidade superior a 50% de oxigênio e com aumento da pressão de gás carbônico (pCO₂). A manutenção da temperatura é fundamental para o equilíbrio cardiovascular e respiratório, além de evitar a hipotermia, grande causa associada a mortalidade neonatal, como através do uso de incubadora. O acesso venoso deve ser mantido em duas vias para suporte na verificação da pressão arterial, gasometria, além da administração de medicamentos de urgência. A glicemia capilar deve ser regulada pelo soro de manutenção e os cuidados com infecções são imediatos com coleta de hemocultura e antibioticoterapia ao sinal de sepse.

CONCLUSÃO: Por fim, esses são pontos-chaves na estabilização que devem ser assegurados para que haja liberação do transporte desses pacientes. Uma vez que são informações indispensáveis para reconhecer as condições clínicas, sendo um requisito essencial para um transporte adequado.

Comentador(a): ANA CECÍLIA TRAVASSOS SANTIAGO

PC-061 - COMO O PESO AO NASCER INTERFERE NOS RISCOS DE HIPOTERMIA DURANTE O TRANSPORTE.

Autores: MARIA CLARA JORGE RODRIGUES (UNICEPLAC).

INTRODUÇÃO: A hipotermia no recém-nascido é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) por temperaturas menores ou iguais a 36°C. Durante o transporte neonatal, é uma das variáveis mais preocupantes, principalmente naqueles com baixo peso.

OBJETIVOS: Entender a associação do baixo peso ao nascer como fator de risco para o desenvolvimento de hipotermia durante o transporte do paciente recém-nascido.

MÉTODO: Revisão de literatura por meio da análise de 9 artigos publicados entre 2000 e 2022 nos idiomas inglês, português e espanhol, e de acesso gratuito. Foi consultados os bancos de dados PubMed, LILACS e SciELO, utilizando os descritores “Patients Transportation”, “Infant, Newborn” e “Hypothermia” retirado da plataforma “Descritores em Ciência da Saúde (Decs)”, com o pesquisador booleano AND entre os termos.

RESULTADOS: A hipotermia é uma das principais intercorrências durante o transporte de pacientes recém-nascidos, sendo também associada ao aumento da mortalidade nessa faixa etária, visto que podem gerar alterações metabólicas graves como hipoxemia e acidose. Ela é explicada tanto por fatores do próprio transporte, por exemplo, falta de incubadora ou duração do percurso, como também por fatores característico do neonato, tais como a capacidade limitada de produzir calor, idade gestacional, malformações do sistema nervoso central e o peso. Foi demonstrado que existem riscos aumentados para hipotermia quando o peso ao transporte é inferior a 2500g, já que o baixo peso também determina uma baixa quantidade de tecido subcutâneo para o isolamento térmico, e, ainda, pesos maiores mostraram ser um fator protetor.

CONCLUSÃO: É, portanto, evidente a correlação entre o baixo peso ao nascer com os riscos de hipotermia durante o transporte do paciente recém-nascido. Dado que a termorregulação é vital para o equilíbrio circulatório e respiratório após o nascimento, faz-se necessário métodos de impedir seu desenvolvimento, em particular para aqueles com baixo peso.

INFORMAÇÕES GERAIS



LOCAL DO EVENTO

Centro de convenções Salvador

Av. Octávio Mangabeira, 5.490 - Boca do Rio, Salvador - BA

Não haverá transfer Inter hotéis

PROTOCOLOS RELATIVOS À PANDEMIA COVID-19

- Será obrigatória a apresentação da carteira de vacinação para ingresso no evento.
- É obrigatória a utilização de máscara em todos os recintos do evento por todos os participantes.

PRÉ-SIMPÓSIO

Reunião de Recredenciamento dos Instrutores do Programa de Reanimação Neonatal

30 de março de 2022 das 13:30 às 17:30 (quarta-feira)

Importante: Para o Recadastramento dos Instrutores o associado precisa estar adimplente com anuidade da SBP.

SECRETARIA LOCAL

Para retirada de material e novas inscrições

- 30 de março das 11:00 às 18:00
- 31 de março e 01 de abril das 07:00 às 18:00
- 02 de abril das 08:00 às 12:00

CRACHÁS

Todo participante receberá um crachá pessoal e intransferível. Seu uso é OBRIGATÓRIO em todas as dependências do Simpósio, inclusive na área de Exposição. Para emissão de segunda via haverá um custo de R\$ 50,00 e a solicitação deverá ser feita na Secretaria do evento.

VISITANTES/ACOMPANHANTES

Não é permitida a entrada de visitantes/acompanhantes nas dependências do Simpósio (salas de atividade científica e exposição).

TRADUÇÃO SIMULTÂNEA

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

VISITA AOS PÔSTERES COMENTADOS

Dia 01 de abril de 2022

Horário 13:20 - 14:20 - no local destinado aos pôsteres.

CERTIFICADOS

Estarão disponíveis para download e impressão no site do simpósio: www.simposioreanimacao2022.com.br, 5 dias após o evento.

ALIMENTAÇÃO

O Centro de Convenções não dispõe de área de alimentação, relacionamos abaixo algumas opções de restaurantes próximos:

Boi Preto Prime (Churrascaria Rodízio)

www.boipretogrill.com.br

Av. Otávio Mangabeira, 5.095 - Boca do Rio

Carro: 4 min (3,1 km)

Andando: 21 min

Restaurante Yemanjá (Frutos do mar)

www.restauranteyemanja.com.br

Av. Otávio Mangabeira, 4.655 - Armação

Carro: 4 min (3,1 km)

Andando: 9 min

Picuí Restaurante

www.restaurantepicui.com.br

Rua Melvin Jones, 91 - Jardim Armação

Carro: 4 min (3,1 km)

Andando: 12 min

Bargaço (Frutos do mar)

www.restaurantebargaco.com.br

Rua Antonio da Silva Coelho, Qd 43

Lt 18/19 - Jardim Armação

Carro: 6 min

Andando: 14 min

Restaurante Kimukeka (Frutos do mar)

www.kimukeka.com.br

Rua Abelardo Andrade de Carvalho,

87 - Boca do Rio

Carro: 10 min (6,2 km)

Restaurante Coco Bambu

Av. Prof. Magalhães Neto, 1273 - Pituba

Carro: 6 min (4,2 km)

Salvador Shopping

www.salvadorshopping.com.br

Av. Tancredo Neves, 3.133 - Caminho das Árvores

Carro: 9 min (6,0 km)

Shopping da Bahia

www.shoppingdabahia.com.br

Av. Tancredo Neves, 148 - Caminho das Árvores

Carro: 12 min (6,5 km)



8^o SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL

8th INTERNATIONAL SYMPOSIUM ON NEONATAL RESUSCITATION

31 de março a 2 de abril de 2022 | Salvador - BA

www.simposioreanimacao2022.com.br



sociedade
brasileira
de pediatria