

# 5º SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REANIMAÇÃO NEONATAL



**27 a 29 de março de 2014**  
Hotel Serrano - Gramado - RS



## Programa e Anais

## MENSAGEM DO PRESIDENTE DA SBP

**Caros Colegas,**

A Diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria tem a satisfação de recebê-los no 5º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal, na aprazível cidade de Gramado.

Conheça o programa de reanimação neonatal da SBP, um dos mais importantes programas do Mundo.

É uma oportunidade impar de conviver com os mais de 800 instrutores do programa e compartilhar de uma programação científica de alta qualidade com a presença dos mais ilustres neonatologistas brasileiros e convidados internacionais.

Nos últimos 20 anos o trabalho incessante do grupo de reanimação neonatal contribuiu para a diminuição da mortalidade infantil, garantindo uma melhor atenção na sala de parto.

A implementação do minuto do ouro, através de campanha e o contínuo treinamento dos profissionais na atenção ao recém nascido, garantirá um nascer saudável para muitos brasileiros.

Sejam Bem-Vindos a Gramado.

**Eduardo da Silva Vaz**

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria



## MENSAGEM DO PRESIDENTE DO SIMPÓSIO

**Prezados Colegas,**

O 5º Simpósio Internacional de Reanimação está iniciando. Estamos em Gramado, uma das cidades mais pitorescas e acolhedoras do Brasil. A participação maciça de pediatras e neonatologistas no evento mostra o interesse e a importância do assunto. Recebemos muitos temas livres que ficarão afixados durante o evento para que possamos trocar nossas experiências.

Nossos convidados estrangeiros Peter Davis, Marilyn Escobedo e David Boyle irão nos premiar com conferências excelentes, nos atualizando nos novos rumos da reanimação neonatal. Nos colóquios todos poderão esclarecer suas dúvidas com os conferencistas nacionais e estrangeiros, um dos pontos fortes do evento.

Vamos comemorar os 20 anos do Programa de Reanimação Neonatal neste Simpósio. Será um evento inesquecível.

Desejo um excelente Simpósio a todos.

**Paulo de Jesus Hartmann Nader**  
Presidente do 5º Simpósio Internacional de  
Reanimação Neonatal



## COMISSÃO ORGANIZADORA

Presidente da SBP

**Eduardo da Silva Vaz (RJ)**

Presidente da SPRS

**Patrícia Miranda do Lago (RS)**

Diretor de Cursos e Eventos da SBP

**Ércio Amaro de Oliveira Filho (RS)**

Presidente do Simpósio

**Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)**

Secretária Geral do Simpósio

**Cristina Helena Targa Ferreira (RS)**

Primeira Secretária

**Marilene Augusta Crispino Santos (RJ)**

Tesouraria

**Fundação SBP**

## COMISSÃO CIENTÍFICA

Presidência

**Ruth Guinsburg (SP)**

**Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)**

Vice-Presidência

**Marcelo Pavese Porto (RS)**

**Silvio Baptista (RS)**

Membros

**Breno Fauth de Araújo (RS)**

**Leila Denise Cesário Pereira (SC)**

**Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)**

**Patrícia Miranda do Lago (RS)**

**Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)**

## COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

Presidência

**José Roberto de Moraes Ramos (RJ)**

Vice-Presidência

**Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)**

Membros

**Célia Maria Boff de Magalhães (RS)**

**Fabiani Waechter Renner (RS)**

**Helen Zatti (RS)**

**Lêni Marcia Anchieta (MG)**

**Lígia Maria Suppo Sousa Rugolo (SP)**

**Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)**

## Grupo Executivo do Programa de Reanimação Neonatal da SBP e Ações - 2013 - 2015

Coordenação geral do PRN-SBP

**Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)**

**Ruth Guinsburg (SP)**

Acompanhamento da formação de instrutores dos cursos de reanimação neonatal para médicos e profissionais de saúde

**Danielle Cintra Bezerra Brandão (PE)**

Curso de reanimação do prematuro em sala de parto

**Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)**

**Gislayne C. de Souza de Nieto (PR)**

Curso de transporte do recém-nascido de alto risco

**Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)**

**Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)**

**Jamil Pedro de Siqueira Caldas (SP)**

Curso de reanimação do recém-nascido para parteiras tradicionais

**Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)**

**Marynéa Silva do Vale (MA)**

Curso de cuidados pós-reanimação neonatal

**Lêni Marcia Anchieta (MG)**

**João Cesar Lyra (SP)**

Residências em pediatria, neonatologia e medicina intensiva pediátrica

**Leila Denise Cesário Pereira (SC)**

**Tatiana Ribeiro Maciel (BA)**

Acompanhamento da mortalidade neonatal associada à asfíxia perinatal

**Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)**

**Rosa Maria Vaz dos Santos (RN)**

**Mandira Daripa Kawakami (SP)**

Equipamentos e materiais para reanimação neonatal

**José Roberto de Moraes Ramos (RJ)**

**José Dias Rego (RJ)**

PRN-SBP junto aos obstetras

**Lígia Maria Suppo Sousa Rugolo (SP)**

Relacionamento do PRN-SBP com países da África e América Latina

**Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)**



## COORDENAÇÕES DO PRN-SBP NAS FILIADAS DA SBP - 2013 - 2015

### **NORTE**

Acre	Ana Isabel Coelho Montero	Joseneide M. F. Oliveira Vargas
Amapá	Rosilene Lopes Trindade	Érica Aranha Sousa Aymoré
Amazonas	Nádia Maria Pires de Figueiredo	Sônia Maria Rego de Almeida
Pará	Rejane Silva Cavalcante	Vilma F. H. Gondim de Souza
Rondônia	Daniel Pires de Carvalho	Alberto Souza Castroviejo
Roraima	Celeste Maria T. V. Wanderley	Marilza Bezerra Martins
Tocantins	Hélio H. Marques Maués	Paulo César Carneiro Tavares

### **NORDESTE**

Alagoas	Cláudio F. Rodrigues Soriano	Junko A. Bezerra de Oliveira
Bahia	Tatiana Ribeiro Maciel	Patricia Ribeiro de Oliveira
Ceará	Maria Sidneuma Melo Ventura	Fabíola Arraes de O. Marques
Maranhão	Maria José da Silva de Souza	Roberta B. C. de Albuquerque
Paraíba	Shamy L. S. Rached Bandeira	Fernanda C. de Lira Albuquerque
Pernambuco	Danielle Cintra Bezerra Brandão	Manuela C. de Abreu e Lima
Piauí	Mariza Fortes C. P. da Silva	Maria José Lima Matos
Rio Gde do Norte	Nívia M. Rodrigues Arrais	Cláudia Rodrigues Souza Maia
Sergipe	Lúcio Novais dos Santos	Ana Jovina Barreto Bispo

### **SUDESTE**

Espírito Santo	Rosa M. A. Sá de Albuquerque	Andressa Chiabai Paterlini
Minas Gerais	Márcia Gomes Penido Machado	Marcela Damásio R. de Castro
Rio de Janeiro	José Dias Rego	Antonio Carlos de Almeida Melo
São Paulo	Helenilce de Paula Fiod Costa	Claudia Tanuri

### **SUL**

Paraná	Marcos Parolim Ceccatto	Gislayne C. de Souza de Nieto
Rio Grande do Sul	Marcelo Pavese Porto	Silvio Baptista
Santa Catarina	Gean Carlo da Rocha	Carolina Helena Puhl

### **CENTRO-OESTE**

Distrito Federal	Karinne Cardoso Muniz	Marcelo Ruperto S. das Chagas
Goiás	Maria Bárbara Franco Gomes	Daniella de Carvalho Portal
Mato Grosso	Elibene de Almeida O. Junqueira	Sandra A. M. Gomes Monteiro
Mato Grosso do Sul	Carmen Silvia M. de Figueiredo	Tatiana dos Santos Russi



## CONVIDADOS INTERNACIONAIS



*David W. Boyle (EUA)*

**Professor of Pediatrics  
Director, Neonatal-Perinatal Medicine Fellowship Program  
Indiana University School of Medicine  
Indianapolis**



*Marilyn B. Escobedo (EUA)*

**Professor of Pediatrics  
Director of Neonatal Services, OUMC  
Chief, Neonatal Perinatal Medicine, Department of  
Pediatrics  
University of Oklahoma, College of Medicine  
Oklahoma City**



*Peter G. Davis (Australia)*

**Professor, Director of Neonatal Medicine  
Departments of Obstetrics, Gynecology and Neonatal  
Pediatrics  
The Royal Women's Hospital, University of Melbourne  
Melbourne**

**MEMBROS DO INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION -  
ILCOR NEONATAL DELEGATION**



## CONVIDADOS NACIONAIS

*Alzira Helena Gomes Lobo - RJ*  
*Breno Fauth de Araujo - RS*  
*Celia Maria Boff de Magalhaes - RS*  
*Celso Moura Rebello - SP*  
*Danielle Cintra Bezerra Brandão - PE*  
*Eduardo da Silva Vaz - RJ*  
*Ercio Amaro de Oliveira Filho - RS*  
*Fabiani Waechter Renner - RS*  
*Francisco Eulógio Martinez - SP*  
*Gislayne Castro e Souza Nieto - PR*  
*Helen Zatti - SC*  
*Jamil Pedro de Siqueira Caldas - SP*  
*João Cesar Lyra - SP*  
*José Dias Rego - RJ*  
*José Henrique Moura - PE*  
*José Maria de Andrade Lopes - RJ*  
*Jose Roberto de Moraes Ramos - RJ*  
*Jussara de Azambuja Loch - RS*  
*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*  
*Magda Lahorgue Nunes - RS*  
*Mandira Dairipa Kawakami - SP*  
*Manoel Antonio da Silva Ribeiro - RS*  
*Marcela Damásio Ribeiro de Castro - MG*  
*Marcelo Pavese Porto - RS*  
*Maria Fernanda Branco de Almeida - SP*  
*Marynea Silva do Vale - MA*  
*Milton Harumi Miyoshi - SP*  
*Patrícia Miranda do Lago - RS*  
*Paulo de Jesus Hartmann Nader - RS*  
*Renato Soibelman Procianoy - RS*  
*Rita de Cássia Silveira - RS*  
*Rossiclei de Souza Pinheiro - AM*  
*Ruth Guinsburg - SP*  
*Sérgio Tadeu Martins Marba - SP*  
*Silvio Baptista - RS*  
*Tatiana Ribeiro Maciel - BA*





- 08:45 - 09:15 ABERTURA**  
*Eduardo da Silva Vaz (RJ)*  
*Patrícia Miranda do Lago (RS)*  
*Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)*  
*Paulo Vicente Bonilha Almeida (ATSCAM - MS)*
- 09:15 - 10:00 CONFERÊNCIA: O Programa Brasileiro de Reanimação Neonatal: 20 anos!**  
*Palestrante: Ruth Guinsburg (SP)*  
*Coordenadores: Eduardo da Silva Vaz (RJ)*  
*Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)*
- 10:00 - 10:30 INTERVALO**
- 10:30 - 11:30 CONFERÊNCIA: Estabilização ou reanimação neonatal em sala de parto?**  
*Palestrante: Peter Graham Davis (Austrália)*  
*Coordenadores: Ercio Amaro de Oliveira Filho (RS)*  
*Jose Roberto de Moraes Ramos (RJ)*
- 11:30 - 12:00 PERGUNTAS**
- 12:00 - 14:00 INTERVALO**
- 14:00 - 15:30 MESA REDONDA: Estratégias para o suporte respiratório ao nascer**  
*Coordenador: Silvio Baptista (RS)*  
**14:00-14:30**  
Insuflação sustentada: devemos usar?  
*Palestrante: Celso Moura Rebello (SP)*  
**14:30-15:00**  
Surfactante por técnica minimamente invasiva  
*Palestrante: Milton Harumi Miyoshi (SP)*  
**15:00-15:30**  
Intubação traqueal: dificuldades e novas propostas  
*Palestrante: José Henrique Moura (PE)*
- 15:30 - 16:00 INTERVALO**
- 16:00 - 17:00 COLÓQUIO: Estratégias para o suporte respiratório ao nascer**  
*Celso Moura Rebello (SP)*  
*David W. Boyle (E.U.A.)*  
*José Henrique Moura (PE)*  
*Milton Harumi Miyoshi (SP)*  
*Peter Graham Davis (AUSTRÁLIA)*  
*Coordenadores: José Maria de Andrade Lopes (RJ)*  
*Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo (SP)*
- 17:00 - 18:00 CONFERÊNCIA: Clampeamento de cordão em prematuros: qual o estado da arte?**  
*Palestrante: Marilyn B. Escobedo (E.U.A.)*  
*Coordenadores: José Dias Rego (RJ)*  
*Marynea Silva do Vale (MA)*
- 18:00 - 18:30 PERGUNTAS**



**08:30 - 09:15 CONFERÊNCIA: RN com líquido meconial: o pediatra deve aspirar a traqueia?**

*Palestrante: David W. Boyle (E.U.A.)*

*Coordenadores: Breno Fauth de Araujo (RS)*

*Leila Denise Cesario Pereira (SC)*

**09:15 - 09:45 PERGUNTAS****09:45 - 10:30 CONFERÊNCIA: Estabilização térmica do prematuro na sala de parto: um grande desafio**

*Palestrante: Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)*

*Coordenador: Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)*

**10:30 - 11:00 INTERVALO****11:00 - 12:00 COLÓQUIO: Dilemas éticos na sala de parto**

*David W. Boyle (E.U.A.)*

*Jussara de Azambuja Loch (RS)*

*Marilyn B. Escobedo (E.U.A.)*

*Ruth Guinsburg (SP)*

*Coordenadoras: Lillian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)*

*Patrícia Miranda do Lago (RS)*

**12:00 - 13:00 INTERVALO****13:00 - 14:30 VISITA AOS PÔSTERES COM COMENTADORES**

*Comentador: Celso Moura Rebello (SP)*

**P-01** Análise da assistência neonatal em sala de parto de um hospital da rede suplementar de Fortaleza-CE

**P-02** Treinamento de profissionais de saúde para atuação na reanimação neonatal em sala de parto: uma avaliação de desempenho

**P-03** Uso de CPAP nasal em sala de parto em recém-nascidos com idade gestacional < 32 semanas protege contra o desenvolvimento de displasia bronco-pulmonar

*Comentador: Francisco Eulógio Martinez (SP)*

**P-04** Influência do equipamento sobre a eficácia da ventilação manual e da insuflação sustentada pulmonar em duas populações: Instrutores e não instrutores de reanimação neonatal

**P-05** Influência do fluxo de entrada de oxigênio, do volume-corrente e da frequência respiratória sobre a fração inspirada de oxigênio fornecida pelo balão autoinflável neonatal

**P-06** Impacto da monitorização do gráfico fluxo-tempo no vazamento de ar ao redor da máscara facial na ventilação manual

*Comentador: Breno Fauth de Araujo (RS)*

**P-07** Avaliando as mudanças de práticas referentes a aspiração de vias aéreas na assistência neonatal de rotina em hospital universitário de João Pessoa, PB

**P-08** Avaliando o impacto dos cursos de reanimação neonatal no estado da Paraíba no período de 2010/2013 e suas implicações para a assistência em sala de parto

**P-09** Bloqueio atrioventricular congênito na sala de parto – Relato de caso



*Comentadora: Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)*

- P-10** Reanimar ou oferecer medidas de conforto no limite da viabilidade - fatores na decisão da equipe perinatal
- P-11** O que os instrutores do programa de reanimação neonatal brasileiro pensam sobre o aconselhamento antenatal relativo à reanimação de prematuros extremos em sala de parto?
- P-12** O que os instrutores do programa de reanimação neonatal brasileiro consideram para limitar a reanimação de prematuros extremos em sala de parto?

*Comentador: Renato Soibelman Procianoy (RS)*

- P-13** Estabilidade da solução de adrenalina em sala de reanimação
- P-14** Necessidade de reanimação em sala de parto em RNs portadores de defeito de parede abdominal
- P-15** Baixos valores de Apgar associados à falha na extubação de recém nascidos

*Comentadora: Leila Denise Cesario Pereira (SC)*

- P-16** Relação entre fatores de risco perinatais e necessidade de reanimação neonatal
- P-17** Relato de experiência: carimbo do minuto de ouro
- P-18** Relato de experiência de treinamento de residentes da área medica e multiprofissional em reanimação neonatal numa maternidade de referência no Pará

*Comentadora: Gislayne Castro e Souza Nieto (PR)*

- P-19** Percepção dos pais sobre a importância do primeiro minuto de vida
- P-20** Nossos hospitais estão equipados para a reanimação neonatal?
- P-21** Aproveitamento dos profissionais no mutirão Minuto de Ouro

*Comentador: Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)*

- P-22** Na revalidação do curso de reanimação neonatal o conhecimento é maior?
- P-23** Condições de atendimento ao recém-nascido em sala de parto: percepção dos profissionais da assistência
- P-24** Perfil dos profissionais que participaram do mutirão Minuto de Ouro

*Comentadora: Mandira Dairipa Kawakami (SP)*

- P-25** Percepções práticas em reanimação neonatal das parteiras tradicionais
- P-26** A hora de ouro no parto domiciliar realizado por parteiras tradicionais
- P-27** Ensino da reanimação neonatal para parteiras tradicionais

*Comentador: João Cesar Lyra (SP)*

- P-28** Asfixia ao nascer e mortalidade neonatal precoce no Brasil: série temporal 2005-2010
- P-29** Diferenças regionais dos óbitos neonatais precoces associados à asfixia ao nascer no Brasil: série temporal 2005-2010



**P-30** Prática da reanimação em sala de parto de prematuros de muito baixo peso em unidades universitárias: mudanças após 2010

*Comentador: José Henrique Moura (PE)*

**P-31** Assistência respiratória em sala de parto de prematuros nascidos nas 20 unidades da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais

**P-32** Treinamento em reanimação neonatal dos residentes em pediatria brasileiros em 2013

**P-33** Treinamento em reanimação neonatal dos residentes em pediatria no Brasil – 2008 a 2013

*Comentador: José Maria de Andrade Lopes (RJ)*

**P-34** Mapeamento nacional dos instrutores dos cursos de transporte do RN de alto risco e de reanimação do prematuro em sala de parto do programa de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria nas residências em neonatologia

**P-35** Mapeamento nacional dos instrutores dos cursos de transporte do RN de alto risco e de reanimação do prematuro em sala de parto do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria nas residências em medicina intensiva pediátrica

**P-36** Transporte neonatal: entre a vigência de normas e o cumprimento dos profissionais e instituições

*Comentador: Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)*

**P-37** Impacto das novas condutas de reanimação no prognóstico em curto prazo de recém-nascidos de muito baixo peso.

**P-38** Análise do impacto da analgesia de condução no trabalho de parto no Apgar no primeiro e quinto minutos, em neonatos que nasceram por via vaginal

**P-39** Transporte intra-hospitalar do recém-nascido de risco-proposta de protocolo e análise crítica

*Comentador: Jamil Pedro de Siqueira Caldas (SP)*

**P-40** Manobras de reanimação em sala de parto: análise do atendimento de recém-nascidos.

**P-41** Fatores de risco para necessidade de reanimação neonatal em um hospital universitário do sul do Brasil

**P-42** Passos da reanimação neonatal em uma população de recém-nascidos de hospital de referência

*Comentador: Ercio Amaro de Oliveira Filho (RS)*

**P-43** Centralização de fluxo à ultrassonografia com doppler e apgar no primeiro minuto

**P-44** Vitalidade ao nascimento de recém-nascidos com peso menor que 1000 gramas

**P-45** O programa de reanimação neonatal em minas gerais: avanços e desafios

*Comentadora: Tatiana Ribeiro Maciel (BA)*

**P-46** O programa de reanimação neonatal em minas gerais: estratégias de gestão e sustentabilidade

**P-47** Impacto da interiorização da formação dos instrutores da reanimação no estado de Pernambuco

**P-48** Mapeamento das parteiras tradicionais no estado de Pernambuco



*Comentadora: Lêni Márcia Anchieta (MG)*

- P-49** Perfil das parteiras tradicionais treinadas no estado de Pernambuco
- P-50** Recém-nascidos prematuros na sala de parto: estudo transversal
- P - 51** Prevalência de hipotermia em recém-nascidos prematuros admitidos em UTI neonatal

*Comentadora: Helen Zatti (SC)*

- P-52** Estudo da prática do atendimento ao recém-nascido na sala de parto após novo protocolo do Programa de Reanimação Neonatal
- P-53** O impacto das cesarianas sem indicação materno-fetal para o recém-nascido de 37 semanas a 37 semanas e 6 dias.
- P-54** Impacto do uso de colchão químico na incidência de distermias durante a reanimação e o transporte de recém-nascidos de muito baixo peso

*Comentadora: Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)*

- P-55** Capacitação de parteiras tradicionais pelo Programa de Reanimação Neonatal-SBP Maranhão - relato de experiência.
- P-56** Avaliação dos cursos de reanimação neonatal realizados no Maranhão, no período de 2012-2013
- P-57** Incidência de hipotermia em recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso à admissão em UTI neonatal no período de janeiro de 2010 a junho de 2013 em um hospital universitário de São Luís - MA.

*Comentador: Manoel Antonio da Silva Ribeiro (RS)*

- P-58** Otimização do uso de CPAP em sala de parto em um hospital universitário
- P-59** Frequência das manobras de reanimação em um hospital universitário
- P-60** Fatores de risco para óbito de recém-nascidos de muito baixo peso na sala de parto: uma abordagem hierarquizada

*Comentadora: Célia Maria Boff de Magalhães (RS)*

- P-61** Treinamento de profissionais pelo Programa de Reanimação Neonatal no estado do Maranhão, no período de 2012 a 2013
- P-62** Treinamento de profissionais no transporte neonatal em um estado do Nordeste
- P-63** Transporte intra-hospitalar de recém-nascidos com idade gestacional menor que 34 semanas: medidas de controle térmico

*Comentadora: Rita de Cássia Silveira (RS)*

- P-64** Assistência de enfermagem ao recém-nascido durante terapia de hipotermia induzida
- P-65** Avaliação dos recém-nascidos com asfixia admitidos na UTI neonatal da Maternidade Municipal de Campina Grande/PB
- P-066** Fatores associados à intubação traqueal em sala de parto e prognóstico de recém-nascidos de muito baixo peso



*Comentador: Milton Harumi Miyoshi (SP)*

- P-67** Hipotermia terapêutica protetora em recém-nascidos: indicações e complicações em um hospital universitário
- P-68** A assistência humanizada ao parto e o risco de asfixia ao nascer: experiência de um hospital público terciário em Belém do Pará
- P-69** Risco de hipotermia, usando o escore SNAP-PE II, em recém nascidos da UTI neonatal de um hospital público terciário em Belém do Pará

*Comentadora: Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo (SP)*

- P-70** Neonatos asfixiados submetidos à hipotermia neuroprotetora: aspectos maternos, dos recém nascidos e a assistência em sala de parto.
- P-71** Associação entre óbito neonatal e transporte em unidade de terapia intensiva neonatal
- P-72** Procedimentos de reanimação em sala de parto em hospital universitário: série temporal 2003-2013

*Comentador: José Dias Rego (RJ)*

- P-73** Apgar no primeiro minuto menor ou igual a três e óbito neonatal precoce em recém-nascidos de baixo peso
- P-74** Necessidade de reanimação em sala de parto relacionada com displasia broncopulmonar e hemorragia intracraniana
- P-75** Principais causas de transporte para uma UTI neonatal dos neonatos nascidos no Hospital Universitário Santa Terezinha, Joaçaba, SC , no período de 2007 a 2012

*Comentadora: Danielle Cintra Bezerra Brandão (PE)*

- P-76** Asfixia neonatal: cuidados de enfermagem em sala de parto, um relato de experiência
- P-77** Contato pele a pele do RN com a mãe após o nascimento
- P-78** Fatores prognósticos para a recuperação da asfixia neonatal: estudo retrospectivo de 174 casos

*Comentador: Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)*

- P-79** Relação entre o desenvolvimento do prematuro abaixo de 30 semanas e manobras de reanimação na sala de parto
- P-80** Evolução neonatal de recém-nascidos de muito baixo peso com diferentes abordagens de terapia respiratória a partir da sala de parto
- P-81** Manejo e complicações relacionadas à hipotermia terapêutica em uma UTI neonatal

*Comentadora: Fabiani Waechter Renner (RS)*

- P-82** Estudo dos recém-nascidos submetidos à hipotermia terapêutica numa UTI neonatal
- P-83** Perfil clínico dos recém-nascidos submetidos à hipotermia terapêutica em um serviço de UTI neonatal
- P-84** Comparação entre escore SNAPPE II e Apgar de 5 minutos em relação à morbidade e mortalidade neonatais em um hospital universitário



*Comentadora: Marcela Damásio Ribeiro de Castro (MG)*

- P-85** Avaliação da abordagem de fetos mal-formados no pré-natal, sala de parto e UTIN
- P-86** Estudo das variáveis de transporte e sua associação com o óbito em recém-nascidos de muito baixo peso.
- P-87** Atendimento em sala de parto ao recém-nascido de muito baixo peso: avaliação no período de 2008 a 2012.

*Comentadora: Marynea Silva do Vale (MA)*

- P-88** A vida abaixo do limite de viabilidade
- P-89** Relação entre a elevação de enzimas CK-NAC E CKMB com alterações de ultrassonografia transfontanelar em recém nascidos anoxiados
- P-90** Anóxia perinatal e mortalidade neonatal: análise de um serviço de referência estadual

**14:30 - 15:15 CONFERÊNCIA: Saturação de oxigênio alvo na reanimação ao nascer: controvérsias**

*Palestrante: Peter Graham Davis (AUSTRÁLIA)*

*Coordenadores: Lêni Márcia Anchieta (MG)  
Marcelo Pavese Porto (RS)*

**15:15 - 15:30 PERGUNTAS**

**15:30 - 16:00 CONFERÊNCIA: O transporte do recém-nascido de alto risco: quais são os desafios brasileiros?**

*Palestrante: Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)*

*Coordenadores: Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)*

**16:00 - 16:30 INTERVALO**

**16:30 - 17:30 COLÓQUIO: Neuroproteção na asfixia perinatal**

*Magda Lahorgue Nunes (RS)*

*Francisco Eulógio Martinez (SP)*

*Peter Graham Davis (AUSTRÁLIA)*

*Coordenadores: João Cesar Lyra (SP)*

*Renato Soibelman Procianoy (RS)*

**17:30 - 19:00 Reunião Instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da SBP**

PROGRAMA DE  
REANIMAÇÃO  
NEONATAL



**20**  
anos

**SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA**



- 09:00 - 09:45 CONFERÊNCIA: Entendendo a transição hemodinâmica ao nascimento**  
*Palestrante: Marilyn B. Escobedo (E.U.A.)*  
*Coordenadoras: Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)*  
*Rita de Cássia Silveira (RS)*
- 09:45 - 10:15 PERGUNTAS**
- 10:15 - 09:45 INTERVALO**
- 10:45 - 11:30 CONFERÊNCIA: Golden hour: o que fazer na estabilização pós-reanimação neonatal?**  
*Palestrante: David W. Boyle (E.U.A.)*  
*Coordenadoras: Helen Zatti (SC)*  
*Rossiclei De Souza Pinheiro (AM)*
- 11:30 - 12:00 PERGUNTAS**
- 12:00 ENCERRAMENTO**

### Pontuação CNA



Protocolo 94838

Especialidade: PEDIATRIA 9,0

Área de atuação: NEONATOLOGIA 9,0



## TEMAS LIVRES

### **12/02/14**

Prazo para envio dos resumos de 300 palavras sobre asfixia perinatal, assistência ao recém-nascido ao nascimento ou reanimação neonatal ou transporte de alto risco.

### **13 a 25/02/14**

Avaliação de cada trabalho por três neonatologistas.

### **26/02/14**

Divulgação dos pôsteres comentados no site do simpósio [www.simposioreanimacao2014.com.br](http://www.simposioreanimacao2014.com.br)

### **27/03/14**

Entrega do prêmio ao trabalho melhor pontuado durante a abertura do evento às 8:45h de 27/3/14.

### **27 a 29/03/14**

Exposição dos 90 pôsteres nos painéis para o público.

### **28/03/14**

Apresentação dos 90 pôsteres pelos autores para o comentador e público das 13:00 às 14:30h.

Todos os trabalhos aprovados para pôster comentado recebem certificados de apresentação no Congresso, sendo emitido um certificado para cada trabalho, independentemente do número de autores. Os resumos, além de serem publicados nos Anais do Simpósio, serão disponibilizados no site do Programa de Reanimação Neonatal da SBP.

Os autores autorizaram a Comissão Organizadora do 5º Simpósio Internacional de Reanimação Neonatal a publicar o resumo em versão imprensa e/ou on-line com finalidade de divulgação do Simpósio, em âmbito nacional, internacional e em todos os meios de comunicação, não cabendo qualquer pagamento por direito autoral.

**A apresentação não deve conter qualquer promoção comercial, além de manter a privacidade dos dados do paciente.**



## RESUMOS DOS PÔSTERES COMENTADOS

### **P-01 ANÁLISE DA ASSISTÊNCIA NEONATAL EM SALA DE PARTO DE UM HOSPITAL DA REDE SUPLEMENTAR DE FORTALEZA-CE**

Renata Policarpo Barreto; Paulo Victor Ferreira Gomes Araújo; Matheus Costa Carvalho Augusto; Camilla Mendes Tavares; Thais Pinheiro Honorato; Maria Goretti Policarpo Barreto - Universidade de Fortaleza **Introdução:** O minuto de ouro é determinante para morbimortalidade neonatal. Este trabalho avalia a efetividade da assistência neonatal imediata em sala de parto e fatores prognósticos dos recém-nascidos (RN). **Objetivos:** Analisar a assistência ao neonato em sala de parto de um hospital privado. **Métodos:** Estudo de coorte retrospectivo, descritivo e analítico dos bebês nascidos em 2013, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (071/2013). Os dados obtidos nos livros de registros do centro obstétrico foram analisados pelo programa estatístico SPSS versão 10.0. **Resultados:** Nasceram 1.440 pacientes todos assistidos por neonatologistas, sendo 13 natimortos. Cesarianas totalizaram 92,7%. Dos nascidos vivos, 140 (9,7%) necessitaram de reanimação neonatal, dos quais 49,3% foram para o alojamento conjunto, 36,4% para a UTI e 14,3% para o berçário de médio risco. Entre os reanimados, 11 eram anoxiados graves no minuto ouro, somente dois permaneceram asfisiados graves no 5º minuto, 13 obtiveram APGAR < 7 nesse minuto. Variando a idade materna de 15 a 46 anos, com idade média de 30,09 anos (desvio padrão = 5,44). Obtivemos 192 partos prematuros (13,33%), com prevalência de 62% nas mulheres entre 26 e 35 anos e 21,9% foram acima de 35 anos. A idade gestacional oscilou de 22 a 41 semanas e um dia, com média de 37 semanas e 6 dias (desvio padrão = 16,36). O peso dos RN variou de 415g a 5.155g, apenas 12,1% eram de baixo peso, dos quais sete eram anoxiados graves no 1º minuto. A maioria dos RN foram para o alojamento conjunto (84,3%), somente 8,6% foram para a UTI. **Conclusão:** Constatamos que no serviço privado, ocorreu maior prevalência de cesárias, a maioria dos RN eram a termo e com peso <2.500g. A presença do neonatologista na sala de parto foi substancial para a assistência ao RN, otimizando os excelentes resultados da reanimação neonatal.

### **P-02 TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA ATUAÇÃO NA REANIMAÇÃO NEONATAL EM SALA DE PARTO: UMA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO**

Renato Oliveira de Lima<sup>1</sup>; Tulio Konstantyner<sup>2</sup> - <sup>1</sup>HGIS; <sup>2</sup>UNISA **Introdução:** A execução adequada de procedimentos de reanimação de recém-nascidos por profissionais de saúde na sala de parto é fundamental para prevenção da morbimortalidade infantil, independente da classificação de risco da gestação. **Objetivo:** Avaliar o desempenho dos profissionais de saúde durante curso de reanimação neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Métodos:** Estudo transversal com 75 profissionais de saúde não médicos de uma maternidade de baixo risco treinados por um único instrutor do Programa de Reanimação Neonatal da SBP. O treinamento transcorreu em 8h com aulas expositivas e práticas com manequim. Foi realizada avaliação prática e escrita (pré e pós-teste). Para comparação de médias foi realizado o teste t para amostras dependentes. **Resultados:** O grupo foi composto por Auxiliares de Enfermagem (44%), Técnicos de Enfermagem (8%), Obstetizas (9,3%) e Enfermeiros assistenciais (38,7%). Com relação a área de atuação, os participantes pertenciam aos setores de Pediatria (2,7%), Neonatologia (18,7%), Obstetrícia (57,3%) e Outros (Remoção, Enfermaria e Pronto Socorro) (21,3%). Apenas 5,3% havia realizado o curso anteriormente e apenas 6,7% realizaram a leitura prévia do documento científico do programa. Em todo o grupo, a média de acertos no pré-teste foi de 18,2 pontos  $\pm$  4,7 (50,5%) e a média de acertos no pós-teste foi de 29,7 pontos  $\pm$  6,3 (82,5%), gerando uma diferença estatisticamente significativa ( $p=0,013$ ). Além disso, 96% dos profissionais treinados receberam nota máxima na avaliação prática e 4% foram reprovados por insuficiência de notas nas duas avaliações. **Conclusão:** Apesar do baixo índice de leitura prévia das diretrizes do programa, houve um acréscimo superior a 30% nos conhecimentos em reanimação neonatal dos profissionais de saúde treinados, o que demonstra a efetividade do curso ministrado e a importância do Programa de Reanimação Neonatal para a assistência do recém-nascido na sala de parto. **Agradecimentos:** Secretaria de Saúde de Itapeverica da Serra

### **P-03 USO DE CPAP NASAL EM SALA DE PARTO EM RECÉM-NASCIDOS COM IDADE GESTACIONAL < 32 SEMANAS PROTEGE CONTRA O DESENVOLVIMENTO DE DISPLASIA BRONCO-PULMONAR**

Clarissa Gutierrez Carvalho; Renato Soibelman Procianoy; Rita de Cassia Silveira - HCPA **Introdução:** Tem-se estimulado o uso do CPAP nasal ainda em sala de parto a fim de recrutamento alveolar e, possivelmente, proteção contra a lesão pulmonar induzida pela ventilação e consequente displasia broncopulmonar (DBP) em recém-nascidos pré-termo. **Objetivos:** Verificar a prevalência de DBP em uma série de recém-nascidos prematuros e sua associação com uso de CPAP nasal em sala de parto. Procuramos também outros fatores na reanimação que pudessem interferir com essa associação. **Metodologia:** Corte prospectiva incluindo 135 recém-nascidos pré-termos com idade gestacional <32 semanas nascidos no CO e admitidos na UTIN entre janeiro de 2011 e janeiro de 2013 com desconforto respiratório precoce. Definida como DBP a necessidade do uso de Oxigênio por período superior a 28 dias. Foram excluídos bebês com malformações congênitas maiores e síndromes cromossômicas. Foram utilizados teste de  $\chi^2$ , teste t, Mann-Whitney, qui-quadrado e regressão logística. O estudo foi aprovado pelo CEP da instituição. **Resultados:** A média do PN foi  $1135 \pm 426$ g e da IG foi  $28,5 \pm 2,7$  semanas, com utilização de CPAP imediato em 60 pacientes. Ocorreram 37 óbitos – 29,4%. DBP foi diagnosticada em 27,2% dos pacientes. Houve redução de risco de DBP de 21% para o uso de CPAP imediato (IC 5 - 91%), ajustando para peso de nascimento, entubação em sala de parto, uso de PEEP, VPP e surfactante em sala de parto. Houve associação de DBP com mortalidade, quando excluídos 26 óbitos ocorridos antes de 28 dias. **Conclusão:** A reanimação em sala de parto parece estar relacionada à DBP, assim demonstrando o quão importante o conceito do “golden-minute” interferindo em desfechos tardios. Sugere-se uso de CPAP nasal precoce em prematuros que não necessitem outras manobras, apenas para recrutamento pulmonar e prevenção da lesão inflamatória induzida pela ventilação.

**Agradecimentos:** Acadêmicas bolsistas Mariana Ribeiro e Bianca Benincasa

### **P-04 INFLUÊNCIA DO EQUIPAMENTO SOBRE A EFICÁCIA DA VENTILAÇÃO MANUAL E DA INSUFLAÇÃO SUSTENTADA PULMONAR EM DUAS POPULAÇÕES: INSTRUTORES E NÃO INSTRUTORES DE REANIMAÇÃO NEONATAL**

Cristiane do Prado<sup>1</sup>; Renata Mascaretti<sup>1</sup>; Luciana Haddad<sup>1</sup>; Luciana Lapa<sup>1</sup>; Ruth Guinsburg<sup>2</sup>; Maria Fernanda Almeida<sup>2</sup>; Celso Rebello<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Hospital Israelita Albert Einstein – Departamento Materno-Infantil; <sup>2</sup>Sociedade Brasileira de Pediatria - Programa de Reanimação Neonatal **Introdução:** O uso do ventilador mecânico manual (Peça-T) resulta em melhor eficácia da ventilação quando comparado ao balão autoinflável. A insuflação sustentada (IS) na reanimação resulta em obtenção mais rápida do volume-corrente (Vt), porém a habilidade de realizar ambos os procedimentos dependem de treinamento e do equipamento usado. **Objetivo:** Comparar a influência do equipamento e treinamento dos instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da SBP (PRN-SBP) na eficácia da ventilação manual e habilidade de realizar a IS, usando Peça-T e balão autoinflável. **Método:** Instrutores do PRN-SBP (Instrutores) e médicos não pertencentes ao programa (Controle), ventilaram um manequim durante 3 minutos utilizando balão autoinflável ou Peça-T. Ao término foi realizada de uma manobra de IT (tempo=10seg; pressão inspiratória-PIP=20cmH<sub>2</sub>O). A leitura dos parâmetros da mecânica ventilatória: pico de pressão inspiratória (PIP), PEEP e Vt foi contínua. Qui-Quadrado e “t” de Student foram utilizados para análise estatística, adotando-se  $p=0,05$ . **Resultados:** Em relação ao Grupo Controle (n=59), o Grupo Instrutores (n=51) foi formado por indivíduos com maior idade ( $46,8 \pm 6,5$  vs  $41,2 \pm 10,6$  anos;  $p < 0,01$ ); tempo de formado ( $22,9 \pm 6,9$  vs  $16,5 \pm 10,4$  anos;  $p < 0,01$ ), experiência no exercício da neonatologia ( $18,0 \pm 7,2$  vs  $11,8 \pm 9,7$  anos;  $p < 0,01$ ) e frequência de título de especialista em neonatologia (72,5% vs 47,5%;  $p = 0,013$ ). O Vt foi menor com o uso da Peça-T nos grupos Instrutores ( $23,2 \pm 6,6$ ml vs  $31,3 \pm 10,8$ ml;  $p < 0,05$ ) e Controle ( $24,3 \pm 7,0$  vs  $31,4 \pm 8,9$ ;  $p < 0,05$ ). A IS foi realizada com o PIP solicitado apenas com a Peça-T, tanto no Grupo Instrutores ( $20,2 \pm 1,4$  vs  $23,4 \pm 7,3$ ;  $p < 0,05$ ) como Controle ( $20,6 \pm 1$  vs  $25,2 \pm 7,3$ ;  $p < 0,05$ ), com tempo de pressão máxima maior com o uso da Peça-T ( $p < 0,05$ ). **Conclusões:** Não houve influência do treinamento na eficácia da ventilação manual e na habilidade de realizar a manobra de IS, porém o uso do ventilador mecânico manual resultou em menor Vt, melhor nível e tempo de pressão aplicada durante a IS.



### P-05 INFLUÊNCIA DO FLUXO DE ENTRADA DE OXIGÊNIO, DO VOLUME-CORRENTE E DA FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA SOBRE A FRAÇÃO INSPIRADA DE OXIGÊNIO FORNECIDA PELO BALÃO AUTOINFLÁVEL NEONATAL

Ana Paula Gaban<sup>1</sup>; Renata Mascaretti<sup>2</sup>; Roberta Manzano<sup>3</sup>; João Lyra<sup>4</sup>; Rodrigo Dos Santos<sup>5</sup>; Lidiane Reis<sup>6</sup>; Francisco Martinez<sup>7</sup>; Celso Rebello<sup>6</sup> - <sup>1</sup>Maternidade Gota de Leite – Araraquara; <sup>2</sup> Pró Matre Paulista; <sup>3</sup> Unesp Marília e Faculdades Integradas de Baurú; <sup>4</sup> Departamento de Pediatria da Unesp – Botucatu; <sup>5</sup> Aprimorante em Terapia Intensiva Hcfmusp; <sup>6</sup> Hospital Israelita Albert Einstein – Departamento Materno-Infantil; <sup>7</sup> Departamento de Pediatria Fmusp-Ribeirão Preto

**Introdução:** A fração de oxigênio inspirada (FiO<sub>2</sub>) tem um papel central na reanimação neonatal, sendo que na ventilação manual realizada com o balão autoinflável sem reservatório de oxigênio, a FiO<sub>2</sub> pode sofrer influência do fluxo de oxigênio utilizado e da manipulação do balão pelo operador. **Objetivo:** Avaliar a influência do fluxo de oxigênio, do volume-corrente e da frequência respiratória sobre a FiO<sub>2</sub> fornecida por um balão autoinflável neonatal, utilizando um modelo experimental. **Metodologia:** Coelho adultos (New-Zeland-White) foram ventilados por 7 voluntários, utilizando balão autoinflável sem reservatório de oxigênio (Reanimador Pediátrico Moriya 240ml). Cada voluntário realizou um total de 20 ventilações, utilizando diferentes combinações de fluxos de oxigênio (1, 2, 3, 4 e 5 l/min), volume-corrente (6 e 15 ml/kg) e frequência respiratória (40 e 60 resp/min). Cada ventilação foi realizada durante 3 minutos, com leitura contínua da FiO<sub>2</sub> fornecida na entrada da cânula traqueal (THOR Multitester 3620, Fanem Brasil). Um sistema informatizado de aquisição de dados de mecânica respiratória adquiriu, de maneira contínua, os dados referentes ao pico pressão inspiratória do balão autoinflável, volume-corrente, volume-minuto, tempos ins e expiratórios e frequência respiratória. A análise estatística por realizada por ANOVA Two Way com medidas repetidas, com Student-Newman-Keuls como pós-teste discriminatório. Um valor de  $p < 0,05$  foi considerado significativo. **Resultados:** Foi observado que a FiO<sub>2</sub> fornecida varia de acordo com o fluxo de oxigênio de entrada ( $p < 0,001$ ) e com o volume-corrente aplicado pelo operador ( $p = 0,001$ ), não havendo influência da frequência respiratória. A FiO<sub>2</sub> variou de 0,44 (menor valor) a 0,87 (maior valor), sendo os menores valores foram obtidos com um volume-corrente de 15 ml/Kg. **Conclusões:** Os autores concluíram que a FiO<sub>2</sub> fornecido pelo balão autoinflável sem reservatório de oxigênio sofre influência do fluxo de entrada de oxigênio e do volume-corrente, porém não sofre influência da frequência respiratória utilizada.

### P-06 IMPACTO DA MONITORIZAÇÃO DO GRÁFICO FLUXO-TEMPO NO VAZAMENTO DE AR AO REDOR DA MÁSCARA FACIAL NA VENTILAÇÃO MANUAL

Celso Rebello<sup>1</sup>; Kishore Kumar<sup>2</sup>; Renata Mascaretti<sup>3</sup>; Arvind Sheno<sup>2</sup>; Luciana Haddad<sup>1</sup>; João Lyra<sup>4</sup>; Nandini Nagar<sup>2</sup>; Shivananda<sup>5</sup> - <sup>1</sup>Hospital Israelita Albert Einstein - Departamento Materno Infantil; <sup>2</sup>The Cloudine Hospitals; <sup>3</sup>Pró Matre Paulista; <sup>4</sup>Departamento de Pediatria da Unesp – Botucatu; <sup>5</sup>Indira Gandhi Institute Of Child Health

**Introdução:** Os recém-nascidos que precisam de manobras de ressuscitação geralmente necessitam apenas da ventilação manual, porém há dificuldade no reconhecimento de vazamentos ao redor da máscara facial. **Objetivo:** Avaliar os efeitos da monitorização do gráfico fluxo-tempo sobre o vazamento de gás ao redor da máscara facial, utilizando-se ventilador manual em T (Peça-T) ou balão autoinflável. **Métodos:** Profissionais treinados em reanimação neonatal ventilaram um manequim simulando um recém-nascido de termo (140 RN, Simulacare, São Paulo, Brasil) por um total de 4 vezes (4 minutos cada). Após randomização inicial, as duas primeiras ventilações (utilizando-se balão autoinflável-LIFESAVER® Neonate Manual Resuscitator, e Peça-T -Babypuff, Fanem Ltda) foram realizadas sem o auxílio do gráfico fluxo-tempo; as duas últimas ventilações foram realizadas utilizando-se o gráfico fluxo-tempo. Os dados de pressão inspiratória, pressão expiratória final positiva (PEEP), volume-corrente (Vt), volume-minuto, frequência respiratória e tempo inspiratório foram coletados continuamente. O cálculo do vazamento de gás ao redor da máscara facial foi feito com base na diferença entre os volumes-correntes inspiratório (Vti) e expiratórios (Vte) ( $\text{Vazamento}(\%) = 100 - ((Vte \times 100) / Vti)$ ). Foi utilizado “t” de Student e Qui-Quadrado adotando-se  $p = 0,05$ . **Resultados:** 66 indivíduos (20 médicos, 46 enfermeiras) participaram do estudo, com idade de  $28,5 \pm 4,7$  anos e tempo graduação de  $6,4 \pm 4,2$  anos. Com o uso da Peça-T, a monitorização do gráfico fluxo-tempo reduziu o escape ao redor da máscara facial de  $44,6 \pm 31,4\%$  para  $21,1 \pm 16,6$  ( $p < 0,001$ ), com o balão autoinflável a monitorização do gráfico fluxo-tempo reduziu o escape de  $21,5 \pm 22,9\%$  para  $16,4 \pm 13,7\%$  ( $p = 0,963$ ). Comparado com o balão autoinflável, a Peça-T reduziu o Vt tanto sem ( $20,9 \pm 9,5$  vs  $33,3 \pm 9,1$  ml;  $p < 0,001$ ) como com o uso do gráfico fluxo-tempo ( $15,3 \pm 2,5$  vs

33,2±8,2 ml;  $p < 0,001$ ). **Conclusão:** A monitorização do gráfico fluxo-tempo na ventilação manual reduziu o escape ao redor da máscara facial quando se utilizou a Peça-T, porém não reduziu com a utilização do balão autoinflável.

#### **P-07 AVALIANDO AS MUDANÇAS DE PRÁTICAS REFERENTES A ASPIRAÇÃO DE VIAS AÉREAS NA ASSISTÊNCIA NEONATAL DE ROTINA EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JOÃO PESSOA, PB**

Anne Diniz Maia; Valderéz Araújo de Lima Ramos; Patricia Mayara Sales Pereira; Anielly Meira de Lacerda Macedo; Valéria Oliveira Nascimento; Henrique de Almeida Franca; Shamyá Lewys Rached Bandeira- UFPB **Introdução:** O nascimento é uma ocorrência de risco que exige adaptações fisiológicas no organismo dos nascituros. Aproximadamente 10% dos recém-nascidos (RN) apresentam dificuldades de adaptação, o que requer habilidade e rapidez profissional para intervir nessas situações. Tais práticas são regidas por consensos emitidos por experts internacionais e atualizadas periodicamente. Na perspectiva de garantir uniformidade de condutas, foram desenvolvidos cursos que capacitam profissionais em reanimação neonatal. Contudo, existem grandes dificuldades para a implementação destas práticas atualizadas na rotina diária dos serviços de saúde, comprovadas pela identificação do distanciamento entre a evidência e a prática. **Objetivo:** Nosso estudo objetivou descrever práticas assistenciais empregadas em reanimação neonatal, com foco na aspiração de vias aéreas dos RN. **Metodologia:** Trata-se de um estudo observacional, transversal e prospectivo em que foram analisados 100 atendimentos prestados a RN pela equipe profissional, sendo excluídos bebês com peso inferior a 2.500g, malformados, com APGAR abaixo de 7 no 1º e 5º minuto e com idade gestacional (IG) menor que 34 semanas. Todos os dados foram registrados em um instrumento padrão e coletados no alojamento conjunto da maternidade pública referência para gestação de alto risco na região. **Resultados:** A idade média materna foi de 26 anos, destas, 82% procedentes da capital; 78% fizeram mais de 6 consultas pré-natais, das quais 63% em Unidades Básicas de Saúde. Ocorreram 56 partos eutócicos e 44 operatórios, onde 100% dos RN receberam atenção por pediatra em sala de parto, dos quais 66% foram aspirados em vias aéreas superiores. A presença de líquido meconial foi constatada em 13 partos. Nenhum RN teve a traquéia aspirada, nem recebeu oxigenação, seja com máscara ou pressão positiva. **Conclusão:** Concluímos a existência de práticas aspirativas desnecessárias em salas de parto e que as práticas 'rotineiras' ou protocolares a todos os atendimentos devem ser evitadas, pois se não forem respeitadas, incorrerão em intervenções prejudiciais ao RN. **Agradecimentos:** Ao Serviço de Registro de Prontuários do Hospital Universitário Lauro Wanderley

#### **P-08 AVALIANDO O IMPACTO DOS CURSOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL NO ESTADO DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2010/ 2013 E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO**

Anne Diniz Maia; Valderéz Araújo de Lima Ramos; Patricia Mayara Sales Pereira; Anielly Meira de Lacerda Macedo; Valéria Oliveira Nascimento; Henrique de Almeida Franca ; Shamyá Lewys Rached Bandeira; Geyhsy Elayne da Silva Rocha; Patricia Maia Barreto; José Barbosa da Silva Júnior - UFPB **Introdução:** A assistência adequada ao recém-nascido em sala de parto é fundamental para prevenir lesões asfíxicas que podem levar ao óbito neonatal. Em 1985, o Programa de Reanimação Neonatal (PRN), desenvolvido pela Academia Americana de Pediatria, teve como missão ensinar os princípios da assistência ao neonato em sala de parto. **Objetivo:** Analisar se o número de cursos formais de reanimação neonatal é suficiente para profissionais de saúde no estado da Paraíba. **Metodologia:** Analisamos quantitativamente a ocorrência de cursos de reanimação neonatal para estudantes, médicos, enfermeiros e residentes em pediatria através da oferta de oficinas do PRN no estado, em estudo transversal, colaborativo, onde o coordenador local forneceu tabela com dados referentes à realização de cursos do PRN entre o período de 2010 e 2013 no estado da Paraíba. Os dados foram analisados de forma descritiva. **Resultados:** O número de cursos por ano teve uma variação expressiva, onde em 2010 houve apenas a oferta de 1 curso, 2011 (6 cursos), 2013 (9 cursos) e 2014 (6 cursos). Um total de 232 alunos foram contemplados, entre médicos clínicos, pediatras, enfermeiras, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, residentes de pediatria e graduandos de medicina. Apenas 10 novos tutores foram formados. **Conclusão:** A maioria dos cursos foi oferecida na capital, embora haja um número expressivo de maternidades no interior do estado. Influindo positivamente na competência profissional e na redução da morbimortalidade neonatal, o ensino de reanimação por meio do PRN é insuficiente para garantir a melhoria da atenção ao recém nascido em salas de parto no interior e na capital do estado.



**P-09 BLOQUEIO ATRIOVENTRICULAR CONGÊNITO NA SALA DE PARTO – RELATO DE CASO**

Ana Beatriz Beatriz; Otávio Takassi Moritsugu; Rafaela Dutra Trindade; Walusa Assad Gonçalves- Ferri - HCFMRP-USP **Introdução:** O bloqueio atrioventricular total congênito (BAVTC) é uma condição rara, de incidência de 1 caso em 22000 nascidos vivos. Está associado a uma alta taxa de mortalidade e morbidade. A presença desta patologia, se não diagnosticada no pré-natal, pode dificultar a assistência na sala de parto. **Relato do caso:** Gestante, 34anos, G3P1C2, ausência de patologias prévias, idade gestacional 28semanas e 1dia, em seguimento pré-natal em Unidade Básica de Saúde. Procurou atendimento médico devido um episódio de sangramento vaginal em pequena quantidade. Encaminhada ao HCFMRP-USP, realizado exame ultrassonográfico constatado feto pélvico, líquido amniótico normal, bradicardia fetal (BCF: 70bpm), peso 1175g e diástole zero. Foi optado por parto cesáreo de urgência. Criança sexo feminino, 1100g, 35,5cm de comprimento, nasceu hipotônica, bradicárdica, cianótica. Foram realizadas medidas de reanimação segundo as normas atuais do Programa de Reanimação Neonatal: Aspirado as vias aéreas superiores e iniciado ventilação com pressão positiva com máscara com oxigênio a 40% a 100%, por 60 segundos, mantendo hipotonia e FC=60bpm. Realizada intubação oro traqueal com cânula, sem melhora. Devido a persistência da bradicardia (FC < 60bpm), foi iniciada massagem, com melhora apenas do tônus e da cor. Administrado adrenalina endotraqueal, realizado cateterismo de veia umbilical e administrado adrenalina endovenosa, por três vezes, com manutenção da bradicardia. Com 5 minutos de vida, apresentava saturação entre 80-90%. Paciente manteve saturação estável, ritmo respiratório regular e bradicardia (FC 60bpm). Neste momento, optaram por interromper a reanimação e transferir para a UTIN. Dextro de 106mg/dL. Apgar 5(1') e 6 (5'). Na UTIN foi realizado eletrocardiograma, e detectado FC atrial de 150bpm, FC ventricular de 50, bloqueio atrioventricular total (BAVT), eixo no 2 quadrante, QRS adequado. Acreditamos que esse caso demonstra a importância de uma boa assistência perinatal e uma apropriada comunicação entre obstetras e neonatologistas, para que a assistência na sala de parto seja adequada.

**P-10 REANIMAR OU OFERECER MEDIDAS DE CONFORTO NO LIMITE DA VIABILIDADE - FATORES NA DECISÃO DA EQUIPE PERINATAL**

Betânia Bohrer; Renato Procianoy; Maria Lucia Rocha-Oppermann; Rita de Cassia Silveira - HCPA - UFRGS **Introdução:** Recomendações nos consensos de reanimação para atendimento de menores de 24 semanas são inconsistentes, resultando em uma variabilidade de condutas. **Objetivo:** Avaliar a visão dos profissionais da equipe perinatal, e os fatores que influenciam na decisão de reanimar no limite da viabilidade. **Método:** Estudo transversal em hospital universitário. Enviado questionário eletrônico anônimo, para residentes (pediatria, neonatologia e obstetrícia), médicos plantonistas (centro obstétrico e UTI neonatal) e professores (neonatologia e obstetrícia). História de prematuridade, religiosidade e estrutura familiar foram compilados. Questionados sobre condutas frente diferentes cenários com prematuros de 23 semanas, e variáveis que influenciavam no atendimento. **Resultados:** Foram convidados a participar 117 profissionais, tendo recebido 76 (65%) respostas: 13 professores, 28 médicos plantonistas e 35 residentes, distribuídos entre neonatologia/pediatria (n:34) e obstetrícia (n:42). A idade média foi 37 anos, com 81% de mulheres. Apresentamos 3 cenários: A, sem menção sobre recomendações institucionais no limite da viabilidade; B, com definição institucional de reanimar maiores de 24 semanas; e C, sem posição institucional definida. A taxa de reanimação nos cenários A, B e C foi de 55%, 13% e 63% ( $p < 0,005$  para AxB e CxB,  $p: 0,41$  para AxC). Neonatologistas reanimaram mais que os demais, sendo que residentes da neonatologia (89,5%) mais que residentes da pediatria (46,47%) e obstetrícia (42,9%) ( $p: 0,002$ ). Quando separados os cargos, houve tendência dos médicos plantonistas reanimarem (71,4%) ( $p: 0,096$ ). Mais significativa quando separados serviços: Neonatologia (92%) e Obstetrícia (53%) ( $p: 0,038$ ). Fatores mais citados que influenciam foram: datação (39,5%), desejo familiar (36,8%) e investimento obstétrico pré-natal (28,9%). **Conclusão:** A dúvida entre reanimar ou oferecer conforto no limite de viabilidade é desconfortável para equipe perinatal, como um todo, independente da especialidade e formação. Diferentes condutas e fatores que influenciam na decisão, mostrados neste estudo, evidenciam que devemos discutir a posição da equipe e construir uma conduta institucional que apóie a difícil decisão destes.

**P-11 O QUE OS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL BRASILEIRO PENSAM SOBRE O ACONSELHAMENTO ANTENATAL RELATIVO À REANIMAÇÃO DE PREMATUROS EXTREMOS EM SALA DE PARTO?**

Cristiane Ribeiro Ambrosio<sup>1</sup>; Ruth Guinsburg<sup>1</sup>; Maria Fernanda Bramco de Almeida<sup>1</sup>; Alma Martinez<sup>2</sup> - <sup>1</sup>UNIFESP; <sup>2</sup>Universidade da Califórnia **Introdução:** A decisão de reanimar o prematuro extremo é sempre difícil, pois a sobrevivência e a qualidade de vida futura são incertas. **Objetivos:** Descrever como os pediatras que ensinam reanimação no Brasil pensam sobre o aconselhamento antenatal sobre a reanimação ao nascer de prematuros extremos. **Método:** Estudo transversal com questionário eletrônico (Dez/11-Set/13) enviado aos instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre práticas de aconselhamento antenatal acerca da reanimação em sala de parto de prematuros extremos. **Resultados:** Dos 699 instrutores, 560 (82%) consentiram em participar, dos quais 419 (75%) atuam em serviço público e 452 (62%) em UTI neonatal. A idade média foi 45 anos, 440 (79%) eram mulheres, 517 (92%) cristãos e 445 (80%) com filhos. Dos 560 entrevistados, 122 (22%) referiram discutir com a família sobre a possibilidade de não reanimar na sala de parto; 354 (63%) sobre a possibilidade de morte na sala de parto e 498 (89%) sobre a possibilidade de morte na UTI. Ser chamado pelo obstetra para aconselhar os pais antes do nascimento foi referido por 4%, 5%, 8%, 11% e 13% dos entrevistados, respectivamente para idade gestacional de 22, 23, 24, 25 e 26 semanas. Para 45-60% dos entrevistados, as seguintes situações não influenciam o aconselhamento antenatal: pais adolescentes, baixo nível socioeconômico da família, opinião dos obstetras e alocação de recursos de saúde. A opinião de que os pais devem participar da decisão de não reanimar nas idades gestacionais de 22, 23, 24, 25 e 26 semanas foi emitida respectivamente por 57%, 58%, 50%, 44% e 39% dos 560 pediatras. **Conclusão:** Apesar de os pediatras serem raramente chamados para o aconselhamento antenatal, eles acham que a opinião da família é importante na decisão de não reanimar o prematuro extremo, sendo tal opinião mais valorizada quanto menor a idade gestacional.

**P-12 O QUE OS INSTRUTORES DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL BRASILEIRO CONSIDERAM PARA LIMITAR A REANIMAÇÃO DE PREMATUROS EXTREMOS EM SALA DE PARTO?**

Cristiane Ribeiro Ambrosio<sup>1</sup>; Ruth Guinsburg<sup>1</sup>; Maria Fernanda Bramco De Almeida<sup>1</sup>; Alma Martinez<sup>2</sup> - <sup>1</sup>UNIFESP; <sup>2</sup>Universidade da Califórnia **Introdução:** De acordo com diretrizes internacionais, em recém-nascidos no limite da viabilidade, as práticas da reanimação em sala de parto variam de acordo com a cultura e as condições locais. **Objetivo:** Descrever o que pensam os pediatras que ensinam reanimação no Brasil quanto à limitação da reanimação em sala de parto de prematuros extremos. **Método:** Estudo transversal com questionário eletrônico (Dez/11-Set/13) enviado aos instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria sobre critério de idade gestacional (IG) e/ou peso de nascimento (PN) utilizado para limitar a reanimação em sala de parto de prematuros de 22-26 semanas. **Resultados:** Dos 699 instrutores, 560 (82%) consentiram em participar, dos quais 419 (75%) atuam em serviço público e 452 (62%) em UTI neonatal. A idade média foi 45 anos, 440 (79%) eram mulheres, 517 (92%) cristãos e 445 (80%) com filhos. Dos 560 entrevistados, 445 (80%) referiram algum critério para limitar a reanimação em sala de parto: 146 apenas IG, 279 IG e PN e 20 apenas PN. Dos entrevistados, 406 mencionaram a IG para não iniciar a reanimação: 22, 23, 24, 25 e 26 semanas foram referidas respectivamente por 127 (31%), 116 (28%), 120 (29%), 30 (7%) e 13 (3%). Dos entrevistados, 286 pediatras mencionaram o PN para não iniciar a reanimação, <400, 500, 600, 700 e 800g foram assinaladas respectivamente por 100 (35%), 163 (57%), 15 (5%), 5 (2%) e 3 (1%). Outros fatores referidos pelos 560 pediatras para limitar a reanimação: opinião dos pais (39%), grande probabilidade de morte do bebê (55%), qualidade de vida futura (58%), sofrimento da criança (51%) e presença de anomalias congênitas graves (86%). **Conclusão:** Pediatras que disseminam ensino sobre reanimação no Brasil consideram não iniciar a reanimação em sala de parto em prematuros extremos, especialmente nos <25 semanas e <500g.

**P-13 ESTABILIDADE DA SOLUÇÃO DE ADRENALINA EM SALA DE REANIMAÇÃO**

Sérgio Tadeu Martins Marba<sup>1</sup>; Jamil Pedro Siqueira Caldas<sup>2</sup>; Francisco Pessine<sup>3</sup>; Leticia Paifer Marques<sup>3</sup>- <sup>1</sup>Faculdade De Ciências Médicas – UNICAMP; <sup>2</sup>Centro De Atenção Integral à Saúde da Mulher – UNICAMP; <sup>3</sup>Instituto de Química - UNICAMP **Introdução:** A adrenalina é a medicação chave na reanimação do recém-nascido e devido à estrutura química a estabilidade das soluções usadas é limitada **Objetivos:** Avaliar



a estabilidade química da solução de adrenalina utilizada na sala de reanimação neonatal. **Métodos:** Estudo de avaliação de estabilidade química. A amostra de adrenalina disponível comercialmente foi diluída em soro fisiológico (0,1 mg/ml). Este procedimento ocorreu em sala escura para prevenir a degradação da amostra. A partir desta solução foram avaliados: coloração da amostra, existência de precipitado, pH da solução e perfil dos espectros de absorção na região do Ultravioleta-Visível (UV-Vis). Os espectros de absorção na região do UV-Vis foram registrados utilizando espectrofotômetro Ultravioleta-Visível Agilent 8453®. Primeiramente registrou-se um espectro para identificação dos máximos de absorção da amostra. Em seguida o ensaio de estabilidade foi iniciado monitorando os comprimentos de onda dos máximos de absorção (em 217 e 279 nm), ao longo de 24 h. Durante este período a amostra foi mantida a 26°C e ao abrigo da luz, simulando as condições encontradas em sala de reanimação neonatal. **Resultados:** Não foi observada formação de precipitados ou mudança da coloração da solução durante o período de análise. O pH da solução ao início foi de 3,61 e 24 horas depois de 3,65. Na análise espectroscópica na região do UV-Vis, monitorados durante 24 horas, não ocorreram mudanças significativas nos valores de absorbância nos dois comprimentos de onda avaliados, confirmando que a amostra de adrenalina manteve-se estável ao longo do ensaio. Em ensaio de amostra mais diluída (0,01 mg/mL) ocorreram ínfimas variações nos valores de absorbância, mas o perfil das curvas não se alterou. **Conclusão:** A solução de adrenalina em diluída em soro fisiológico (0,1 mg/ml) manteve-se estável ao longo de 24 horas se armazenada ao abrigo da luz e em temperatura de aproximadamente 26°C.

**P-14 NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO EM RNS PORTADORES DE DEFEITO DE PAREDE ABDOMINAL** Sérgio Tadeu Martins Marba<sup>1</sup>; Jamil Pedro Siqueira Caldas<sup>2</sup>; Sibila Pegoraro<sup>1</sup> - <sup>1</sup>Faculdade de Ciências Médicas - Unicamp; <sup>2</sup> Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher - UNICAMP **Introdução:** Crianças com malformação podem apresentar dificuldade na transição para vida extra-uterina e necessitarem de manobras de reanimação na sala de parto. **Objetivos:** Avaliar a necessidade de uso de ventilação com pressão positiva (VPP) e de intubação traqueal (IT), ao nascer, em RNS portadores de defeitos de parede abdominal (onfalocele e gastrosquise). **Métodos:** Estudo unicêntrico, retrospectivo, caso-controle, não pareado, de crianças com portadores de defeito de parede abdominal, realizado em hospital universitário, composto de dois grupos: malformados e controles, escolhidos como o próximo nascido-vivo não malformado, com idade gestacional >= 34 semanas. Tamanho amostral de 50 casos e 50 controles, nascidos entre 2006 e 2013. Dados maternos, obstétricos e neonatais foram coletados. Variáveis categóricas avaliadas por teste de qui-quadrado e para as variáveis com  $p < 0,10$  na análise univariada, realizou-se análise de regressão múltipla modelo stepwise para os dois desfechos. **Resultados:** Foram observados 12 casos de onfalocele e 38 de gastrosquise. RNS do grupo caso apresentaram significativamente mães mais jovens ( $p=0,0001$ ), primigestas ( $p=0,045$ ), submetidas a parto cesárea ( $p=0,002$ ), com líquido amniótico meconial ( $p=0,0001$ ), de idade gestacional menor ( $p=0,0001$ ), de menor peso ( $p=0,0001$ ), desnutridos ( $p=0,011$ ) e com apgar de 1º minuto ( $p=0,005$ ). Na sala de parto, os casos apresentaram maior necessidade de VPP (36x16%, RR 1,14-7,65,  $p=0,023$ ) e de intubação traqueal (24x6%, RR 1,3-18,81,  $p=0,01$ ). Na análise múltipla a presença de malformação não foi fator de risco independente para a necessidade de reanimação (VPP OR 1,49 IC95% 0,42-5,26,  $p=0,0528$  e IT OR 2,46 IC 95% 0,57-10,55  $p=0,226$ ). Peso ao nascer < 2.500 g (2-6 vezes) e líquido amniótico meconial (3 vezes) foram fatores de risco independentes para os desfechos. **Conclusão:** RNS com a malformação apresentaram maior frequência de VPP e IT em sala de parto, mas não se constituíram em fatores de risco independentes para tais desfechos.

**P-15 BAIXOS VALORES DE APGAR ASSOCIADOS À FALHA NA EXTUBAÇÃO DE RECÉM NASCIDOS** Renata Schettino; Ana Cristina Oliveira Costa; Sandra Clecêncio Ferreira; Sarah Naufel de Toledo e Silva - Hospital Sofia Feldman **Introdução:** A ventilação mecânica (VM) utilizada por tempo inadequado e/ou retornos frequentes a este suporte, deixa de ser apenas auxiliar na sobrevivência de recém nascidos (RN), e passa também a ser responsável por aumento na morbi-mortalidade. **Objetivo:** Identificar a associação entre Apgar de primeiro e quinto minutos e a falha na extubação de RN. **Método:** Estudo prospectivo, com levantamento de dados de 176 RN que foram admitidos e submetidos à VM em um Hospital público da região Norte de Belo Horizonte no período entre maio a novembro de 2011. A amostra foi composta de RN com idade gestacional entre 25 e 41 semanas, peso de nascimento entre 545g e 4720g, Apgar de 1º minuto entre 0 e 9 e de 5º minuto entre 0



e 10. Para a ocorrência de falha na extubação foi considerado a necessidade de retorno à VM em um período &#8804; a 72 horas após a extubação. **Resultado:** A falha na extubação ocorreu com 40 RN (22,72%), a média do Apgar de 1º minuto dos RN que falharam foi de 5,4 (Desvio padrão (DP): ±2,7) e o p-valor foi de 0,019 e do Apgar de 5º de 7,5 (DP: ± 2,3) com p-valor de 0,001. Na análise multivariada a associação se manteve com o Apgar de 5º minuto ( $p < 0,001$ ; OR: 0,632; IC95%: 0,490 - 0,815) **Conclusão:** Valores baixo de Apgar estão associados a ocorrência de falha na extubação, este cuidado inadequado no período perinatal, gera repercussões que aumentam o risco de morbi-mortalidade dos RN, culminando no aumento do custo e do tempo de hospitalização.

#### **P-16 RELAÇÃO ENTRE FATORES DE RISCO PERINATAIS E NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL**

Fabiani Renner; Aglaube Pereira; Daniela Moraes; Guilherme Vicentini - UNISC **Introdução:** Cerca de 10 % dos recém-nascidos precisarão de alguma ajuda na transição do meio intra para o extrauterino. Diversos são os fatores de risco que podem levar à necessidade de reanimação e reconhece-los com antecedência é fundamental para o profissional que presta assistência à sala de parto. **Objetivos:** Verificar a relação entre fatores de risco perinatais e necessidade de reanimação neonatal em crianças nascidas durante os meses de setembro a dezembro de 2013. **Métodos:** Estudo observacional, de corte transversal, realizado em hospital terciário de ensino. Os dados foram coletados a partir dos registros de nascimentos e análise dos prontuários dos pacientes e submetidos à análise. **Resultados:** Entre os meses de setembro e dezembro de 2013 foram registrados 601 nascimentos, sendo que 55 recém-nascidos(RNs) necessitaram de medidas de reanimação (9,15%). Destes, 54,54% são do sexo masculino. Dentre os RNs reanimados, destacam-se os nascidos pré-termo, pois correspondem à 67,27% dos nascimentos (37). 36 RNs (49,10%) se apresentaram com baixo peso, 3 com muito baixo peso (5,45%) e 6 com extremo baixo peso (10,90%), com apenas 19 RNs (34,55%) tendo nascido com peso considerado adequado. Em relação ao parto, o parto cesáreo (PC) correspondeu à 72,73% do total, sendo que 9,61% dos partos foram gemelares e 90,39% foram simples. Dentre as gestantes, 60% são primíparas, sendo que 14,54% são menores de 18 anos e 25,45% possuem idade superior à 35 anos. Ainda 38,18% das gestantes realizaram menos de 6 consultas pré-natais. **Conclusão:** Dentre os fatores analisados, destaca-se a influência da idade gestacional e do peso do RN, sendo estes os dois principais fatores de risco para a predisposição à necessidade de reanimação identificados no estudo. Destaca-se ainda a importância da idade materna como fator de risco, atentando-se aos extremos de idade.

#### **P-17 RELATO DE EXPERIÊNCIA: CARIMBO DO MINUTO DE OURO**

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza; Marcia de Fatima Maciel Rojas - FSCMPA **Introdução:** No Brasil morreram 3.758 recém-nascidos em 2010, 45% desses óbitos ocorreram nas regiões Norte e Nordeste, PRN/SBP, 2010. A criação de vários instrumentos para comunicação e informação sobre prevenção de asfixia perinatal pode contribuir para diminuir a mortalidade neonatal por asfixia. **Objetivo:** Construir um instrumento de comunicação em saúde para incentivar a importância do primeiro minuto de vida. **Métodos:** Estudo qualitativo realizado numa maternidade de referência, no período de novembro de 2013, a partir de pesquisa bibliográfica sobre a literatura regional do Carimbo, com abordagem nas diretrizes da reanimação neonatal. **Resultados:** O Carimbo intitulado “Carimbó do Minuto de ouro” é de autoria da neonatologista Vilma Hutim em colaboração com a pediatra Márcia Maciel e apoio da SOPAPE, com quatro estrofes a seguir: Refrão: Quero ver o Pará eu quero ver/ salvar os bebês e no minuto de ouro a reanimação acontecer; 1. Eu quero ajudar o Pará/ Deixar bebê morrer de asfixia não dá/ São treze morrendo no Brasil por dia/ A equipe da SOPAPE vai trabalhar; 2. Cada profissional tem seu desafio/ a nossa ação é ventilar e ventilar/ toda mãe tem que ter pré-natal garantido/ Pra seu bebê nascer bem e respirar; 3. Que todos venham nessa dança pela vida/ o nascimento é muita emoção/ bebês são esperados com alegria sem igual/ sem equipe treinada na sala de parto pode ser fatal/ Cumprir o minuto de ouro é uma missão; 4. Se precisar ajuda para chorar os profissionais de saúde têm 60 segundos para ajudar/ De 10 bebes ventilados nove melhoram sem esforço/ Com o carimbo do minuto de ouro vai ser um colosso. **Considerações Finais:** Novas metodologias de comunicação são importantes para fixar os conhecimentos adquiridos nos treinamentos em reanimação neonatal. **Agradecimentos:** SOPAPE, SESP, FSCMPA, aos instrutores do PRN/PA.



**P-18 RELATO DE EXPERIÊNCIA DE TREINAMENTO DE RESIDENTES DA ÁREA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL EM REANIMAÇÃO NEONATAL NUMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NO PARÁ**

Vilma Francisca Hutim Gondim de Souza<sup>1</sup>; Marcia de Fatima Maciel Rojas<sup>1</sup>; Katia Cristina Almeida Pinho<sup>1</sup>; Rejane Cavalcante<sup>2</sup>; Alexandra Mascarenhas Cordovil<sup>1</sup>; Mariseth Carvalho De Andrade<sup>1</sup>

- <sup>1</sup>FSCMPA; <sup>2</sup>UEPA **Introdução:** O Pará apresentou a quarta maior taxa de mortalidade neonatal precoce do Brasil em 2011, 11.3/1000 nascidos vivos, DATASUS, 2013. Treinar os profissionais de Saúde em reanimação neonatal pode contribuir para diminuição dessa elevada mortalidade.

**Objetivo:** Avaliar o conhecimento sobre reanimação neonatal dos residentes da área médica e da área multiprofissional, antes e após o curso de reanimação neonatal. **Método:** Estudo transversal quantitativo realizado no período de março a dezembro de 2013. Foram aplicados questionários: Pré e pós testes (50 questões para médicos e 36 para outros profissionais), padronizados pelo Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) aos residentes da área médica(30) e da área multiprofissional (11) da maternidade de referência no Estado, antes e após o curso de reanimação neonatal (PRN-SBP). Os participantes foram distribuídos em 3 grupos: médicos pediatras, médicos não pediatras e outros profissionais. Os dados foram analisados no BioEstat 5.0 e considerou-se  $p < 0,05$ . Utilizou-se os testes T Student e Análise de Variância(ANOVA).

**Resultados:** Na amostra de 23 médicos pediatras a média aritmética de acerto no pré-teste foi de 42 e no pós teste foi de 48 ( $p < 0,001$ ). Para o grupo dos sete médicos não pediatras a média aritmética de acertos no pré e pós testes foram respectivamente de 38 e 47 ( $p < 0,001$ ). Nos 11 participantes da área multiprofissional a média aritmética de acerto no pré-teste foi de 32 e no pós-teste de 35 ( $p < 0,001$ ). O conhecimento no pré –teste entre médicos pediatras foi superior ( $p = 0,0036$ ) ao dos não pediatras e no pós teste não observou-se diferença. Houve diferença de conhecimento no pré e pós– testes dos médicos pediatras e não pediatras em relação aos outros profissionais ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** Observou-se acréscimo significativo de conhecimento em todos os grupos participantes do treinamento. Considerações finais: O curso de reanimação neonatal PRN SBP se aplica à diferentes categorias profissionais e deve-se estimular a participação de profissionais de outras áreas, em especial em regiões com carência de pediatras.

**Agradecimentos:** FSCMPA, SESP, SOPAPE e Instrutores do PRN/PA.

**P-19 PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PRIMEIRO MINUTO DE VIDA**

Rejane Silva Cavalcante<sup>1</sup>; Karlyne Palhares Brum<sup>2</sup>; Alfredo Vicente Reis Filho<sup>2</sup>; Marcia Anaisse<sup>3</sup>; Ana Paula Mubarak<sup>4</sup>; Marcia Maciel Rojas<sup>3</sup>; Vilma Hutim<sup>3</sup>; Rosa Marques<sup>5</sup>; Alzira Leite Gomes<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Universidade Estadual do Pará/Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>2</sup> Universidade Estadual do Pará; <sup>3</sup> Maternidade Saúde da Criança e Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; <sup>4</sup> Hospital Beneficente Portuguesa; <sup>5</sup> Maternidade Saúde da Criança **Introdução:** A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) lançou o Alerta Minuto de Ouro como estratégia para dar visibilidade ao primeiro minuto de vida.

**Objetivo:** Conhecer a percepção de pais sobre a importância do primeiro minuto de vida. **Método:** Estudo transversal, realizado durante as atividades da Sociedade Estadual de Pediatria para informar a população sobre a importância do primeiro minuto de vida. Mães e/ou pais que frequentavam uma praça pública, referência para lazer das crianças, responderam ao questionário, aplicados por acadêmicos de medicina e pediatras, com perguntas diretas e de múltipla escolha, sobre o primeiro minuto de vida. Foram excluídos os pais que se recusaram a participar, aqueles com filhos com idade maior que 10 anos e os médicos. Os dados foram digitados em Excel e realizado análise descritiva da amostra.

**Resultados:** Participaram da pesquisa 56 pais, 77% com idade entre 20 a 40 anos. Com um, dois a três e mais de três filhos respectivamente 57%, 41% e 2%. As respostas sobre tempo para iniciar a respiração ao nascimento: 25% imediatamente, 30% até o primeiro minuto e 38% não sabiam informar; se o filho precisou de ajuda pra respirar ao nascer: 18% SIM e 82% NÃO; a importância do recém-nascido respirar no primeiro minuto: 43% para evitar sequelas neurológicas, 18% para evitar a morte e 36% não sabiam informar; presença de profissional para fazer a reanimação: 70% SIM e 23% NÃO; se procurou informações sobre a qualificação dos profissionais: 50% NÃO; se procurou informações sobre as condições do hospital: 30% NÃO; qual profissional recebeu seu filho: 77% pediatra, 12% médico e 7% não sabiam informar. **Conclusão:** A consciência dos pais sobre a importância do primeiro minuto de vida é baixa. Estratégias como o Alerta Minuto de Ouro da SBP pode colaborar para aumentar a segurança do nascimento através do controle social.

**P-20 NOSSOS HOSPITAIS ESTÃO EQUIPADOS PARA A REANIMAÇÃO NEONATAL?** Rejane Silva Cavalcante<sup>1</sup>; Alfredo Vicente Reis Filho<sup>2</sup>; Karlyne Palhares Brum<sup>2</sup>; Marcia Anaisse<sup>3</sup>; Aurimeri Chermont<sup>1</sup>; Marcia Maciel Rojas<sup>4</sup>; Vilma Hutim<sup>5</sup>; Rosa Marques<sup>6</sup>; Silvana Cristina Rodrigues<sup>7</sup>; Denis De Oliveira Gomes Cavalcante Junior<sup>8</sup> - <sup>1</sup> Universidade Estadual do Pará/Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>2</sup> Universidade Estadual do Pará; <sup>3</sup> Maternidade Saúde da Criança E Fundação Santa Casa De Misericórdia do Pará; <sup>4</sup> Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; <sup>5</sup> Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará/Sociedade Paraense De Pediatria; <sup>6</sup> Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>7</sup> Cesupa e Município São Domingos do Capim; <sup>8</sup> Universidade Federal de São Paulo/Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria

**Introdução:** Equipe treinada, disponibilidade de material e equipamentos para a reanimação neonatal são fundamentais para assistência ao nascimento. **Objetivo:** Conhecer a adequação para a reanimação neonatal dos hospitais participantes do I Mutirão Minuto de Ouro. **Método:** Estudo transversal, aplicado a todos os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que participaram da capacitação gratuita em reanimação neonatal do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP), realizada durante o I Mutirão Minuto de Ouro. Foram excluídos os profissionais que se recusaram ou não responderam aos questionários da pesquisa. Todos os participantes trabalhavam em sala de parto em hospitais públicos, mistos ou privados da capital, região metropolitana (RM) ou interior do estado. Aplicou-se questionários para avaliar a adequação para a reanimação neonatal verificando-se a disponibilidade de material e equipamentos para: aquecimento, aspiração, ventilação, intubação, monitorização, cateterismo umbilical e drogas, conforme PRN-SBP. Considerou-se três categorias: C1. adequado para reanimação do recém-nascido a termo (RNT) e recém-nascido pré-termo (RNPT), C2. adequado para reanimação do RNT e C3. inadequado para reanimação neonatal. Utilizou-se planilha Excel e foi realizada análise descritiva.

**Resultados:** Participaram do estudo profissionais de 32 hospitais: 11 da capital (dois públicos, seis mistos e três privados), três da RM e 18 do interior do estado. Classificaram-se como - C1 - cinco: capital quatro (um público, um misto e dois privados) e um no interior do estado. C2 - 16: capital cinco (um público, três mistos e um privado), dois na RM e nove no interior do estado. C3 - 13: capital dois mistos, um na RM e dez no interior do estado. **Conclusão:** Percentual elevado (34%) de hospitais, a maioria no do interior do estado não possuem material e equipamentos necessários para a reanimação neonatal. Somente 15% dos hospitais, a maioria na capital, estão adequados para a reanimação neonatal do prematuro.

**P-21 APROVEITAMENTO DOS PROFISSIONAIS NO I MUTIRÃO MINUTO DE OURO** Rejane Silva Cavalcante<sup>1</sup>; Alfredo Vicente Reis Filho<sup>2</sup>; Karlyne Palhares Brum<sup>2</sup>; Marcia Anaisse<sup>3</sup>; Aurimeri Chermont<sup>1</sup>; Marcia Maciel Rojas<sup>4</sup>; Vilma Hutim<sup>5</sup>; Rosa Marques<sup>6</sup>; Silvana Cristina Rodrigues<sup>7</sup>; Denis De Oliveira Gomes Cavalcante Junior<sup>8</sup> - <sup>1</sup> Universidade Estadual do Pará/Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>2</sup> Universidade Estadual do Pará; <sup>3</sup> Maternidade Saúde da Criança e Fundação Santa Casa de Misericórdia Do Para; <sup>4</sup> Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; <sup>5</sup> Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>6</sup> Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>7</sup> Cesupa e Município São Domingos do Capim; <sup>8</sup> Universidade Federal de São Paulo/Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria

**Introdução:** A capacitação teórico-prática em reanimação neonatal tem se mostrado importante para qualificação dos profissionais de saúde que trabalham em sala de parto, melhorando o atendimento ao recém-nascido e conseqüentemente diminuindo a mortalidade neonatal. **Objetivo:** Avaliar o aprendizado dos profissionais de saúde que participaram do I Mutirão Minuto de Ouro. **Método:** Estudo transversal, com amostra de conveniência, aplicado a todos os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que participaram da capacitação gratuita em reanimação neonatal padronizada pelo Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP), realizada durante o I Mutirão Minuto de Ouro. Foram excluídos os profissionais que se recusaram ou não responderam a todos os questionários da pesquisa. Todos os participantes trabalhavam em sala de parto em maternidades públicas, mistas e privadas da capital, região metropolitana ou interior do estado e foram recrutados com o apoio da Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública do Estado. Aplicou-se questionários com dados demográficos e os padronizados pelo PRN- SBP (pré/pós-teste e avaliação da atividade prática). Para análise dos dados utilizou-se



planilha Excel e percentuais. **Resultados:** Participaram do estudo 154 profissionais (25 médicos, 54 enfermeiros e 75 técnicos de enfermagem), de 32 hospitais, sendo que 55% trabalhavam em Belém (21% público, 16% misto e 18% privado), 25% da região metropolitana e 20% de cidades do interior do estado. O percentual de acertos no pré/pós testes e acréscimo no conhecimento para os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem foram respectivamente 71/90% (19%), 55/83% (28%) e 45/79% (34%). **Conclusão:** Detectado acréscimo percentual de conhecimento para todas as categorias profissionais, maior para os técnicos, corroborando ser o método do curso adequado para profissionais do nível médio propiciando um aprendizado final percentualmente maior que para aos profissionais de nível superior.

## **P-22 NA REVALIDAÇÃO DO CURSO DE REANIMAÇÃO NEONATAL O CONHECIMENTO É MAIOR?**

Rejane Silva Cavalcante<sup>1</sup>; Alfredo Vicente Reis Filho<sup>2</sup>; Karlyne Palhares Brum<sup>2</sup>; Marcia Anaisse<sup>3</sup>; Aurimeri Chermont<sup>1</sup>; Marcia Maciel Rojas<sup>4</sup>; Vilma Hutim<sup>5</sup>; Rosa Marques<sup>6</sup>; Silvana Cristina Rodrigues<sup>7</sup>; Denis de Oliveira Gomes Cavalcante Junior<sup>8</sup> - <sup>1</sup> Universidade Estadual do Para/Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>2</sup> Universidade Estadual Do Para; <sup>3</sup> Maternidade Saúde da Criança E Fundação Santa Casa de Misericórdia do Para; <sup>4</sup> Fundação Santa Casa de Misericórdia do Para; <sup>5</sup> Fundação Santa Casa de Misericórdia do Para/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>6</sup> Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>7</sup> Cesupa E Município São Domingos do Capim; <sup>8</sup> Universidade Federal de São Paulo/Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria **Introdução:** O Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) preconiza revalidação do certificado a cada dois anos. **Objetivo:** Comparar o conhecimento pré/pós curso de reanimação neonatal dos profissionais na revalidação com os que fizeram o curso pela primeira vez. **Método:** Estudo transversal, aplicado aos profissionais que participaram da capacitação gratuita em reanimação neonatal (PRN-SBP), realizada no I Mutirão Minuto de Ouro. Foram excluídos os profissionais que se recusaram ou não responderam a todos os questionários da pesquisa. Todos os participantes trabalhavam em sala de parto. Aplicou-se questionários para verificar realização anterior do curso (se já fez e se fez nos últimos dois anos) e os padronizados pelo PRN-SBP. Os dados foram digitados em Excel e realizou-se análise descritiva. **Resultados:** Participaram do estudo 154 profissionais (25 médicos, 54 enfermeiros e 75 técnicos de enfermagem), 36% já capacitados anteriormente e 21% nos últimos dois anos. Sendo que os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem contribuíram respectivamente com 34%, 29% e 36% dos capacitados anteriormente e com 21%, 24% e 54% dos capacitados nos últimos dois anos. O percentual de acertos no pré e pós testes e a diferença (x% e y%) deste entre a revalidação e 1a vez foi: para os médicos 76/92% e 59/87% (17% e 5%), enfermeiros 57/82% e 54/84% (3% e 2%) e técnicos de enfermagem 52/83% e 42/78% (10% e 5%). **Conclusão:** O conhecimento dos profissionais que já tinham realizado o curso anteriormente contribuiu para o melhor percentual de acerto dos mesmos nos testes relativos aos médicos e técnicos de enfermagem. Entretanto, o percentual de acerto no pré-teste inferior a 80% para os médicos e 70% para os profissionais da enfermagem que já fizeram o curso, corrobora com a indicação do PRN-SBP para revalidação do curso periodicamente.

## **P-23 CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO: PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ASSISTÊNCIA**

Rejane Silva Cavalcante<sup>1</sup>; Alfredo Vicente Reis Filho<sup>2</sup>; Karlyne Palhares Brum<sup>2</sup>; Marcia Anaisse<sup>3</sup>; Aurimeri Chermont<sup>1</sup>; Marcia Maciel Rojas<sup>4</sup>; Vilma Hutim<sup>5</sup>; Rosa Marques<sup>6</sup>; Silvana Cristina Rodrigues<sup>7</sup>; Denis de Oliveira Gomes Cavalcante Junior<sup>8</sup> - <sup>1</sup> Universidade Estadual do Para/Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>2</sup> Universidade Estadual do Para; <sup>3</sup> Maternidade Saúde da Criança e Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará; <sup>4</sup> Fundação Santa Casa de Misericórdia do Para; <sup>5</sup> Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>6</sup> Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>7</sup> Cesupa d Município São Domingos do Capim; <sup>8</sup> Universidade Federal de São Paulo/Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria **Introdução:** A percepção do profissional de saúde sobre as carências assistenciais é importante para a busca de avanços. **Objetivo:** Conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre suas condições de assistência ao recém-nascido em sala de parto. **Método:** Estudo transversal, aplicado a todos os profissionais que trabalhavam em sala de parto e participaram da capacitação gratuita em reanimação neonatal, realizada no I Mutirão Minuto de

Ouro. Foram excluídos profissionais que se recusaram ou não responderam todos os questionários da pesquisa. Aplicou-se questionários para avaliar a percepção dos profissionais sobre a condição de assistência em sala de parto incluindo estrutura física, material, medicamentos e equipamentos, capacitação de profissionais e importância do curso de reanimação neonatal. Os dados foram digitados no Excel realizando-se análise descritiva. **Resultados:** Participaram do estudo 154 profissionais (16% médicos, 35% enfermeiros e 49% técnicos de enfermagem). A procedência dos mesmos e hospitais em que trabalhavam na capital (público-21%, misto-16%, e privado-18%); região metropolitana (RM) 25% e interior 20%. A maioria (68%) dos profissionais classificou como adequado o atendimento em sala de parto, sendo capital: 100% adequado em hospitais privados e 80% adequado em públicos ou mistos, 32% e 70% limitado na RM e no interior do estado respectivamente. Considerou-se para: estrutura física 35% limitada e 8% inadequado; para materiais, medicamentos e equipamentos 38% limitado e 5% inadequado; para treinamento de pessoal 40% limitado e 4% inadequado. 74% dos profissionais consideraram o curso de reanimação neonatal essencial na prática assistencial, 23% muito importante e 3% importante, nenhum considerou pouco importante ou desnecessário. 81% dos profissionais responderam ser possível aplicar totalmente o conteúdo do curso em sua prática e 18% irão usar parcialmente. **Conclusão:** Hospitais do interior do estado foram considerados limitados para assistência ao RN em sala de parto e o curso de reanimação essencial para a prática clínica.

**P-24 PERFIL DOS PROFISSIONAIS QUE PARTICIPARAM DO MUTIRÃO MINUTO DE OURO** Rejane Silva Cavalcante<sup>1</sup>; Alfredo Vicente Reis Filho<sup>2</sup>; Karlyne Palhares Brum<sup>2</sup>; Marcia Anaisse<sup>3</sup>; Aurimeri Chermont<sup>1</sup>; Marcia Maciel Rojas<sup>4</sup>; Vilma Hutim<sup>5</sup>; Rosa Marques<sup>6</sup>; Silvana Cristina Rodrigues<sup>7</sup>; Denis De Oliveira Gomes Cavalcante Junior<sup>8</sup> - <sup>1</sup> Universidade Estadual do Para/Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>2</sup> Universidade Estadual do Para; <sup>3</sup> Maternidade Saúde da Criança E Fundação Santa Casa de Misericórdia Do Para; <sup>4</sup> Fundação Santa Casa de Misericórdia do Para; <sup>5</sup> (Fundação Santa Casa de Misericórdia do Para/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>6</sup> Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria; <sup>7</sup> Cesupa e Município São Domingos do Capim; <sup>8</sup> Universidade Federal De São Paulo/Maternidade Saúde da Criança/Sociedade Paraense de Pediatria **Introdução:** O Alerta Minuto de Ouro do Programa de Reanimação Neonatal da SBP (PRN-SBP) estimulou a filiada estadual a realizar o I Mutirão Minuto de Ouro. **Objetivo:** Descrever o perfil dos profissionais que participaram do I Mutirão Minuto de Ouro. **Método:** Estudo transversal, aplicado a todos os profissionais médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que participaram da capacitação gratuita em reanimação neonatal do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP), realizada durante o I Mutirão Minuto de Ouro. Foram excluídos os profissionais que se recusaram ou não responderam a todos os questionários da pesquisa. Todos os participantes trabalhavam em sala de parto e foram recrutados com o apoio da Secretaria Executiva de Estado de Saúde Pública. Aplicou-se questionários com dados demográficos, hospital de trabalho por categoria (capital: público, privado e misto, região metropolitana e interior), realização anterior do curso de reanimação neonatal (se já fez e se fez nos últimos dois anos). Os dados foram digitados no Excel e realizada a análise descritiva. **Resultados:** Participaram do estudo 154 profissionais sendo 25 (16%) médicos, 54 (35%) enfermeiros e 75 (49,%) técnicos de enfermagem. A idade média em anos dos profissionais foi 36,7 (21-61) e 143 (93%) eram do sexo feminino. Ao todo, 36% já tinham sido capacitados anteriormente e destes, 21% nos últimos dois anos. A procedência dos mesmos segundo os hospitais em que trabalhavam foi capital - 55% (público - 21%, misto - 16%, e privado - 18%), região metropolitana - 25% e interior - 20%. **Conclusão:** Os profissionais do estudo foram praticamente todos do sexo feminino, com uma idade média que já lhes permite o amadurecimento profissional, a distribuição dos mesmos foi semelhante nas diferentes categorias de hospitais e o percentual de capacitação anterior encontrado foi baixo, embora todos já trabalhassem em sala de parto.

**P-25 PERCEPÇÕES PRÁTICAS EM REANIMAÇÃO NEONATAL DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS** Rossiclei de Souza Pinheiro<sup>1</sup>; Marynea do Vale Nunes<sup>2</sup>; Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo<sup>3</sup>; Maria Fernanda Branco de Almeida<sup>4</sup>; Ruth Ginsburg<sup>4</sup>; - <sup>1</sup>UFAM; <sup>2</sup>UFMA; <sup>3</sup>UNESP; <sup>4</sup>UNIFESP Instrutores Reanimação Neonatal (SBP) **Introdução:** A maioria dos partos são hospitalares, mas nas zonas rurais, ribeirinhas e de difícil acesso ocorrem partos domiciliares e são as parteiras tradicionais que prestam



assistência à mulher e ao recém-nascido. **Objetivo:** Descrever quem são as parteiras tradicionais, quais suas percepções sobre asfixia e reanimação neonatal e quais são suas práticas no parto domiciliar. **Método:** Estudo observacional de corte transversal, com entrevista das parteiras antes do treinamento em reanimação neonatal, durante o ano de 2012. Incluídas 155 parteiras tradicionais não indígenas, que concordaram em participar. Instrumento de avaliação: questionário estruturado com base na ficha de avaliação das parteiras do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria, compreendendo 8 questões abertas. Variáveis de estudo: idade, escolaridade, experiência prévia e respostas ao questionário. Realizada análise descritiva dos dados, com cálculo das frequências absolutas e relativas das variáveis categorizadas. **Resultados:** As parteiras estudadas nesta amostra são mulheres maduras (82% > 45 anos), com baixa escolaridade (23% analfabetas) e pouca experiência (64% realizaram < 50 partos). Identificam o risco de asfixia no neonato que não chora, chora pouco e é prematuro. Não valorizam o líquido meconial como risco de asfixia. Secam o recém-nascido com toalhas secas e aquecidas, aspiram boca e narinas do recém nascido com a própria boca e para estimular a respiração sacodem o bebê e sopram sua boca e nariz. Se o neonato não chora ou não melhora, pedem ajuda a outros profissionais e encaminham para o hospital. A maioria das parteiras acompanha o bebê no transporte. **Conclusão:** As parteiras sabem pouco sobre reanimação neonatal, atuam de forma precária, mas realizam os passos iniciais da reanimação.

#### **P-26 A HORA DE OURO NO PARTO DOMICILIAR REALIZADO POR PARTEIRAS TRADICIONAIS**

Rossiclei de Souza Pinheiro<sup>1</sup>; Marynea do Vale Nunes<sup>2</sup>; Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo<sup>3</sup>; MariaFernanda Branco de Almeida<sup>4</sup>; Ruth Ginsburg<sup>4</sup>; - <sup>1</sup>UFAM; <sup>2</sup>UFMA; <sup>3</sup>UNESP; <sup>4</sup>UNIFESP Instrutores Reanimação Neonatal (SBP) **Introdução:** O termo 'hora de ouro' tem sido utilizado para indicar a hora imediatamente após uma lesão traumática. O transporte de pacientes para o hospital é crítico e estabilizá-los nessa primeira hora é fundamental para a diminuição da mortalidade. **Objetivo:** Descrever quais as situações identificadas pelas parteiras tradicionais como risco aos recém-nascidos atendidos no parto domiciliar e quais neonatos devem ser encaminhados para o atendimento hospitalar. **Métodos:** Estudo longitudinal de corte transversal, com entrevista das parteiras antes, após e 3 meses depois do treinamento em reanimação neonatal para parteiras da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), nas regiões norte e nordeste do Brasil, no ano de 2012. Incluídas 155 parteiras não indígenas, que participaram dos treinamentos. Variáveis independentes: idade, escolaridade e experiência prévia. Desfecho: respostas ao questionário padrão, baseado nos ensinamentos do curso de reanimação da SBP. Na análise univariada foram utilizados os testes de McNemar e do Quiquadrado. Na análise multivariada foi ajustado um modelo de equação de estimação generalizada no tempo, com controle de idade, grau de instrução e número de partos realizados. **Resultados:** As parteiras tinham pouca experiência prévia e antes do curso sabiam pouco sobre reanimação neonatal. Após o curso houve aumento significativo dos conhecimentos quanto a percepção da dificuldade respiratória ( $p = 0,029$ ), bebês muito pequenos ou muito grandes ( $p = 0,004$ ) e principalmente bebês reanimados com ventilação com balão e máscara ( $p < 0,001$ ), sendo nestes casos indicado transporte para o hospital. Após 3 meses persistiu a preocupação com os recém-nascidos com dificuldade respiratória e os ventilados com balão e máscara. **Conclusão:** A respiração foi o item mais valorizado como indicativo de risco e necessidade de encaminhamento para o hospital. Após o curso a necessidade de ventilação com pressão positiva e ausência de resposta a essa manobra foram muito valorizadas e esse conhecimento persistiu 3 meses após o curso.

#### **P-27 ENSINO DA REANIMAÇÃO NEONATAL PARA PARTEIRAS TRADICIONAIS**

Rossiclei de Souza Pinheiro<sup>1</sup>; Marynea do Vale Nunes<sup>2</sup>; Ligia Maria Suppo de Souza Rugolo<sup>3</sup>; Maria Fernanda Branco de Almeida<sup>4</sup>; Ruth Ginsburg<sup>4</sup>; - <sup>1</sup>UFAM; <sup>2</sup>UFMA; <sup>3</sup>UNESP; <sup>4</sup>UNIFESP Instrutores Reanimação Neonatal (SBP) **Introdução:** No Brasil as taxas de mortalidade neonatal representam mais de 50% da mortalidade infantil e muitos nascimentos são assistidos por parteiras em domicílio. A capacitação das parteiras pode melhorar o prognóstico neonatal. **Objetivos:** Avaliar os conhecimentos das parteiras tradicionais antes e após o curso de reanimação neonatal e a retenção destes conhecimentos três meses depois do treinamento. **Método:** Estudo longitudinal de corte transversal, com entrevista das parteiras antes, após e três meses depois do treinamento em reanimação neonatal para parteiras tradicionais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), nas regiões norte e nordeste do Brasil, no ano de 2012. Incluídas 155 parteiras não indígenas, que participaram dos treinamentos. Variáveis independentes:

idade, escolaridade e experiência prévia. **Desfecho:** respostas ao questionário padrão, baseado nos ensinamentos do curso de reanimação da SBP. Na análise univariada foram utilizados utilizados os testes de McNemar e do Quiquadrado. Na análise multivariada foi ajustado um modelo de equação de estimação generalizada no tempo, com controle de idade da idade, grau de instrução e número de partos. **Resultados:** Antes do curso as parteiras sabiam pouco sobre reanimação neonatal, mas tinham noções básicas sobre os passos iniciais. Após o curso houve aumento significativo dos conhecimentos em todos os tópicos ensinados. Depois de três meses vários conhecimentos não foram retidos, mas, comparado ao que sabiam antes do curso, apresentavam maior conhecimento em todos os aspectos da reanimação, sendo o resultado mais animador o aumento persistente nos conhecimentos sobre ventilação com balão e máscara. **Conclusão:** As parteiras tradicionais têm pouco conhecimento sobre reanimação neonatal e o curso aumentou significativamente os conhecimentos. Após três meses houve perda de conhecimento, mas comparado ao que sabiam antes, mostraram maior conhecimento em todos os aspectos avaliados. O curso de reanimação neonatal para parteiras deve ser um programa de educação continuada. **Agradecimentos:** Ao Grupo Curumim que participou de todos os treinamentos.

#### **P-28 ASFIXIA AO NASCER E MORTALIDADE NEONATAL PRECOCE NO BRASIL: SÉRIE TEMPORAL**

**2005-2010** Maria Fernanda B. de Almeida; Ruth Guinsburg; Lícia M.O. Moreira; Rosa M.V. dos Santos; Mandira Daripa - Coordenadores Estaduais PRN-SBP (PRN-SBP) **Introdução:** A mortalidade neonatal precoce associada à asfixia perinatal indica a qualidade da assistência materno-infantil no período periparto.

**Objetivo:** Avaliar a evolução dos óbitos neonatais precoces associados à asfixia ao nascer no Brasil ao longo de seis anos. **Método:** Estudo populacional dos nascidos vivos (NV) que morreram até 6 dias no Brasil de 2005 a 2010 com asfixia perinatal, considerada se, em qualquer linha da declaração de óbito (DO), estavam anotados hipóxia intrauterina, asfixia ao nascer ou síndrome de aspiração meconial (OMS - CID 10.0). Realizou-se busca ativa dos óbitos nas 27 UF. Dados das DO foram duplamente digitados e analisados conforme ano de ocorrência e região. Compararam-se os dados obtidos com as informações oficiais do DATASUS referentes ao número de NV e óbitos neonatais precoces.

**Resultados:** No período, ocorreram 24.210 óbitos associados à asfixia em NV sem malformações congênitas, excluindo-se aqueles com peso ao nascer <400g ou idade gestacional <22 semanas: 4.758 em 2005, 4.328 em 2006, 4.004 em 2007, 3.928 em 2008, 3.722 em 2009 e 3.470 em 2010. A taxa de óbitos neonatais precoces associados à asfixia por mil NV decresceu no Brasil de 1,61 em 2005 para 1,26 em 2010, observando-se tal redução nas regiões (Norte: 1,80 para 1,58; NE: 2,21 para 1,65; SE; 1,33 para 1,04; Sul: 1,14 para 0,87; CO: 1,13 para 1,09). A asfixia perinatal contribuiu com 21,5% das mortes precoces em 2005, diminuindo para 20,3% em 2010. **Conclusões:** Embora esta série temporal mostre decréscimo em 22% da taxa de óbitos precoces associados à asfixia ao nascer por mil NV, a asfixia continua contribuindo em todas as regiões do Brasil com 20% dos óbitos na primeira semana de vida. Há necessidade de investimentos na regionalização da assistência perinatal e capacitação dos profissionais que atendem mãe e recém-nascido para modificar esse panorama.

**Agradecimentos:** Às Secretarias de Estado de Saúde do Brasil e à Fundação SEADE - SP

#### **P-29 DIFERENÇAS REGIONAIS DOS ÓBITOS NEONATAIS PRECOSES ASSOCIADOS À ASFIXIA AO NASCER NO BRASIL: SÉRIE TEMPORAL 2005-2010**

Ruth Guinsburg; Maria Fernanda B. De Almeida; Rosa M.v. dos Santos; Lícia M.o. Moreira; Mandira Daripa- Coordenadores do PRN-SBP (PRN-SBP) **Introdução:** Para reduzir a mortalidade neonatal precoce no Brasil é preciso planejar estratégias efetivas de acordo com as diferenças regionais. **Objetivo:** Comparar as características demográficas dos óbitos neonatais precoces associados à asfixia ao nascer nas regiões sudeste e sul (S-SE) versus norte, nordeste e centro-oeste (N-NE-CO) ao longo de seis anos. **Método:** Estudo populacional dos nascidos vivos que morreram até 6 dias no Brasil de 2005 a 2010 com asfixia perinatal, sem malformações, com peso ao nascer >400g ou idade gestacional >22 semanas. Definiu-se asfixia se, em qualquer linha da declaração de óbito (DO), estavam anotados hipóxia intrauterina, asfixia ao nascer ou síndrome de aspiração meconial (OMS - CID 10.0). Realizou-se busca ativa dos óbitos nas 27 UF. Dados das DO foram duplamente digitados e analisados por qui-quadrado e qui-quadrado de tendência. **Resultados:** Dos 24.210 óbitos precoces associados à



asfixia em 2005-2010, 22.141 seguiram critérios de inclusão: 8.842 no S-SE e 13.299 no N-NE-CO. Houve diferença ( $p < 0,001$ ) entre os óbitos do S-SE vs N-NE-CO para: idade  $< 24h$  - 71 vs 73%; hospital público - 66 vs 78%; município diferente da residência materna - 33 vs 44%; mães brancas - 68 vs 23%; mães adolescentes - 23 vs 28%; mães com  $< 8$  anos de estudo - 46 vs 61%; primigestas - 53 vs 49%; gestação a termo - 40 vs 52%; pós-termo - 2 vs 4%; parto cesárea - 49 vs 36%; peso ao nascer 2500-3999g - 40 vs 50%. Ao longo do tempo, no S-SE e no N-NE-CO, houve redução da proporção de óbitos nos hospitais públicos e de recém-nascidos de mães brancas; entretanto, só no S-SE houve redução dos óbitos de pós-termos e daqueles com peso 2500-3999g. **Conclusões:** As diferenças marcantes nas características dos óbitos precoces associados à asfixia entre as regiões brasileiras podem subsidiar políticas públicas regionalizadas. **Agradecimentos:** Às Secretarias de Estado de Saúde do Brasil e à Fundação SEADE - SP

### **P-30 PRÁTICA DA REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO DE PREMATUROS DE MUITO BAIXO PESO EM UNIDADES UNIVERSITÁRIAS: MUDANÇAS APÓS 2010**

Maria Fernanda B. de Almeida<sup>1</sup>; Ruth Guinsburg<sup>1</sup>; Francisco E. Martinez<sup>2</sup>; Jorge H. Luz<sup>3</sup>; José Maria A. Lopes<sup>4</sup>; Lígia M.s.s. Rugolo<sup>5</sup>; Lílian R.s. Sadeck<sup>6</sup>; Renato S. Procionoy<sup>7</sup>; Sérgio T.M. Marba<sup>8</sup>; - <sup>1</sup>EPM-UNIFESP; <sup>2</sup>USP-RP; <sup>3</sup>PUC-RS; <sup>4</sup>IFF-FIOCRUZ; <sup>5</sup>UNESP-BOTUCATU; <sup>6</sup>USP-SP; <sup>7</sup>UFRGS; <sup>8</sup>UNICAMP Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN) **Introdução:** Há preocupação quanto à renovação continuada do conhecimento de evidências científicas sobre a reanimação neonatal e a sua incorporação à prática em sala de parto. **Objetivo:** Analisar as mudanças de procedimentos de reanimação aplicados em recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP) após introduzir as recomendações de 2010 do International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR-2010). **Metódos:** Coorte prospectiva de RN de 23-31 semanas de idade gestacional (IG), com peso 400-1499g, sem malformações, nascidos e admitidos em 8 unidades neonatais universitárias entre Janeiro/2006-Dezembro/2012. Todos os centros seguiram as recomendações do ILCOR-2005 em 2006-2010 e do ILCOR-2010 em 2011-2012. A regressão logística foi aplicada para verificar se o período de nascimento se associou à reanimação, considerada se uso de oxigênio inalatório ou ventilação com pressão positiva (VPP) com ou sem massagem cardíaca ou medicações. **Resultados:** Dos 5223 RNMBP, 2373 nascidos em 2006-10 e 898 nascidos em 2011-12 obedeceram aos critérios de inclusão. Características dos 3271 RNMBP: hipertensão materna 37%, gestação múltipla 23%, hemorragia 3o trimestre 9%, cesárea 70%, IG  $< 28$  semanas - 36%, peso  $< 750g$  - 22%. O uso de corticoide antenatal aumentou de 65% para 71% entre os períodos ( $p < 0,001$ ). Práticas da reanimação em 2006-2010 vs 2011-2012: qualquer procedimento 89 vs 77% ( $p < 0,001$ ); somente oxigênio inalatório 19 vs 4% ( $p < 0,001$ ); VPP só com máscara 23 vs 27% ( $p = 0,014$ ); VPP só com cânula 7 vs 5% ( $p = 0,08$ ) e CPAP em sala de parto 3 vs 35% ( $p < 0,001$ ). A reanimação associou-se a: IG 23-27s (OR 3,53; IC95% 2,70-4,01), hemorragia 3o trimestre (1,59; 1,02-2,47); cesárea (1,41; 1,12-1,77); corticoide antenatal (0,46; 0,35-0,60) e nascimento 2011-2012 (0,44; 0,36-0,55). **Conclusão:** Houve grandes mudanças na prática da reanimação em sala de parto em RNMBP após as recomendações do ILCOR-2010, com ênfase na estabilização sem uso do oxigênio inalatório e na ventilação com máscara quando a reanimação foi indicada. **Agradecimentos:** Ministério da Saúde do Brasil: MS/VIGISUS 1755/2000; MS/FNS 274; FIOCRUZ/PDTSP

### **P-31 ASSISTÊNCIA RESPIRATÓRIA EM SALA DE PARTO DE PREMATUROS NASCIDOS NAS 20 UNIDADES DA REDE BRASILEIRA DE PESQUISAS NEONATAIS**

Ruth Guinsburg<sup>1</sup>; Maria Fernanda B. de Almeida<sup>1</sup>; Olga Bomfim<sup>2</sup>; Cynthia Magluta<sup>3</sup> - <sup>1</sup>Epm-Unifesp; <sup>2</sup>Rbnp; <sup>3</sup>iff-Fiocruz Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN) **Introdução:** As recomendações do Programa de Reanimação Neonatal (PRN-SBP), divulgadas em janeiro/2011, enfatizam evitar o uso do oxigênio inalatório, iniciar e otimizar a ventilação com máscara, minimizando a intubação traqueal, e aplicar o CPAP por máscara precoce no prematuro com desconforto respiratório. **Objetivo:** Analisar a implementação em centros universitários públicos brasileiros das recomendações atuais do PRN-SBP na assistência respiratória em sala de parto de prematuros. **Método:** Corte prospectiva de 2.131 RN de 23-33 semanas de idade gestacional (IG), com peso 400-1499g, sem malformações, nascidos nos 20 hospitais da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN) entre janeiro/2012-junho/2013. Todos os centros contavam com instrutores ativos do PRN-SBP. Calculou-se a frequência dos procedimentos de reanimação relativos à assistência respiratória em cada centro. Os centros foram classificados segundo o percentil



(P) de realização de cada procedimento. **Resultados:** Características dos 2.131 RN: hipertensão materna 39%, gestação múltipla 19%, corioamnionite 14%, corticoide antenatal 74%, cesárea 65%, IG <28 semanas 33%, peso <750g 19%. Nas 20 unidades, observou-se: uso de oxigênio inalatório na sala de parto - mediana 4% (P10-P90: zero-22%); ventilação apenas com máscara - 24% (15-32%); ventilação apenas com cânula traqueal - 2% (zero-8%); ventilação com máscara seguida de cânula traqueal - 36% (28-52%) e uso CPAP em sala de parto - 26% (zero-57%). Das práticas em sala de parto, 4 unidades não utilizaram oxigênio inalatório, 6 foram capazes de ventilar pelo menos 30% dos prematuros apenas com máscara, 6 sempre ventilaram com máscara antes de intubar e 9 incorporaram o CPAP na assistência a mais de 25% dos prematuros. **Conclusões:** Há grande variabilidade na incorporação das recomendações quanto à assistência respiratória do prematuro em sala de parto por unidades da RBPN. A implementação das condutas atuais de reanimação na prática diária precisa ser concretizada em mais de metade das unidades avaliadas. **Agradecimentos:** Ministério da Saúde do Brasil: MS/VIGISUS 1755/2000; MS/FNS 274; FIOCRUZ/PDTSP

### **P-32 TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DOS RESIDENTES EM PEDIATRIA**

**BRASILEIROS EM 2013** Leila Denise Cesário Pereira; Tatiana Ribeiro Maciel; Ruth Guinsburg; Maria Fernanda Branco de Almeida - Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP (PRN-SBP)

**Introdução:** A meta do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) de treinar em reanimação neonatal 100% dos residentes em pediatria é avaliada anualmente para o planejamento de ações dirigidas a atingi-la. **Objetivo:** Verificar o número de residentes treinados em reanimação neonatal nas Residências em Pediatria, por região e unidade federativa (UF) do Brasil, em 2013. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo que incluiu as 209 Residências em Pediatria brasileiras credenciadas pelo MEC em 2013. Os 54 coordenadores estaduais e adjuntos do PRN-SBP pesquisaram, em cada residência, o número de R1 e R2 matriculados e quantos fizeram o curso de reanimação neonatal do PRN-SBP durante a residência (R1 em 2013 e R2 em 2012 ou 2013). Foi realizada a análise descritiva por região e UF brasileira. **Resultados:** Nas 178 residências pesquisadas (excluídas 11 por não possuírem residentes matriculados e 20 por informações incompletas), estavam matriculados 2.238 residentes (1.164 R1 e 1.074 R2), assim distribuídos por região: Norte 3%, Nordeste 17%, Sudeste 56%, Sul 15% e Centro-Oeste 9%. Foram treinados 978 R1 (84%) e 1.015 R2 (94%), totalizando 1.993 (89%). A taxa de residentes que concluíram a residência treinados, por região, foi: Norte 100% (AC, AM, AP, PA, RO, RR e TO 100%); Nordeste 86% (CE 72%; BA 86%; PE 88%; AL, MA, PB, PI, RN e SE 100%); Sudeste 95% (RJ 82%; ES 95%; SP 96%; e MG 100%); Sul 99% (RS 99%; PR e SC 100%) e Centro-Oeste 96% (DF 92%; GO, MS e MT 100%). **Conclusão:** A Região Norte treinou, em reanimação neonatal, 100% dos residentes que concluíram a residência em Pediatria. Dezenove (73%) das 26 UF que possuem residência em Pediatria, e que concentram 34% dos residentes matriculados, atingiram a meta.

### **P-33 TREINAMENTO EM REANIMAÇÃO NEONATAL DOS RESIDENTES EM PEDIATRIA NO BRASIL – 2008 A 2013**

Leila Denise Cesário Pereira; Tatiana Ribeiro Maciel; Maria Fernanda Branco de Almeida; Ruth Guinsburg; - (PRN-SBP); - Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP

**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 evolução do treinamento em reanimação neonatal dos residentes que concluíram a Residência em Pediatria nos últimos 6 anos. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo que incluiu as Residências em Pediatria credenciadas pelo MEC de 2008 a 2013. 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:** Em 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013 havia, respectivamente, 160, 164, 160, 161, 192 e 209 Residências em Pediatria. Foram excluídas as que não possuíam residentes matriculados e aquelas com informações ausentes/ incompletas. O número de residências e de R2 matriculados foi: 125 e 729 em 2008; 133 e 838 em 2009; 139 e 881 em 2010; 146 e 932 em 2011; 170 e 1.058 em 2012; e 178 e 1.074 em 2013. A distribuição média anual dos R2 matriculados, por região, foi: Norte 3%; Nordeste 15%; Sudeste 59%; Sul 15%; e, Centro-Oeste 8%. Concluíram a residência treinados 77% em 2008, 86% em 2009, 82% em 2010, 88% em 2011, 91% em 2012 e



94% em 2013. A taxa anual de treinados, por região, foi: Norte 96%, 93%, 100%, 100%, 94% e 100%; Nordeste 71%, 71%, 74%, 73%, 87% e 86%; Sudeste 71%, 88%, 82%, 92%, 92% e 95%; Sul 84%, 82%, 77%, 80%, 91% e 99%; Centro-Oeste 79%, 99%, 100%, 95%, 99% e 96%. **Conclusão:** A taxa brasileira de residentes que concluem a residência em Pediatria treinados em reanimação neonatal aumentou de 88% (2008) para 94% (2013). A região Norte atingiu a meta e as demais regiões se aproximaram dela.

**P-34 MAPEAMENTO NACIONAL DOS INSTRUTORES DOS CURSOS DE TRANSPORTE DO RN DE ALTO RISCO E DE REANIMAÇÃO DO PREMATURO EM SALA DE PARTO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA NAS RESIDÊNCIAS EM NEONATOLOGIA** Tatiana R Maciel ; Leila dc Pereira; Ruth Guinsburg; Maria Fernanda B Almeida; Sérgio Tm Marba; Lílian Sr Sadeck -(PRN-SBP); - Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP

**Introdução:** Uma das metas do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) é garantir a presença de, no mínimo, um instrutor ativo dos cursos “Transporte do RN de Alto Risco (TRNAR)” e “Reanimação do Prematuro em Sala de Parto (RPSP)” em cada hospital/maternidade com Residência em Neonatologia. **Objetivo:** Determinar o número de instrutores ativos de TRNAR e RPSP do PRN-SBP nas Residências em Neonatologia do Brasil no ano 2013. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo incluindo todas as Residências em Neonatologia do Brasil, credenciadas pelo MEC em 2013 e com residentes matriculados. Foi pesquisado nas residências: número de vagas/ano e identificação de instrutor ativo no local. Foi realizado análise descritiva por região e UF do país. **Resultados:** 86 residências preencheram os critérios de inclusão: NORTE: 2 Residências, 7 vagas/ano, 7 instrutores de TRNAR e 11 instrutores de RPSP (nenhuma sem instrutor); NORDESTE: 13 Residências, 50 vagas/ano, 25 instrutores de TRNAR e 51 instrutores de RPSP (2 residências sem instrutor de TRNAR); SUDESTE: 48 Residências, 185 vagas/ano, 33 instrutores de TRNAR e 30 instrutores de RPSP (30 residências sem instrutor de TRNAR e 28 residências sem instrutor de RPSP); SUL: 15 Residências, 44 vagas/ano, 12 instrutores de TRNAR e 17 instrutores de RPSP (7 residências sem instrutor de TRNAR e 9 residências sem instrutor de RPSP); CENTRO-OESTE: 8 Residências, 21 vagas/ano, 10 instrutores de TRNAR e 6 instrutores de RPSP (4 residências sem instrutor de TRNAR e 4 residências sem instrutor de RPSP). **Conclusão:** Em 2013, 87 instrutores de TRNAR e 115 de RPSP do PRN-SBP estavam envolvidos no ensino para residentes em Neonatologia no Brasil. No entanto, 43 (50%) das Residências não contavam com instrutores de TRNAR e 41 (48%) não contavam com instrutores de RPSP, exigindo planejamento para atingir a meta do PRN-SBP para as Residências em Neonatologia.

**P-35 MAPEAMENTO NACIONAL DOS INSTRUTORES DOS CURSOS DE TRANSPORTE DO RN DE ALTO RISCO E DE REANIMAÇÃO DO PREMATURO EM SALA DE PARTO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA NAS RESIDÊNCIAS EM MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA** Tatiana R Maciel ; Leila dc Pereira; Maria Fernanda B Almeida; Ruth Guinsburg; Sérgio TM Marba; Lílian Sr Sadeck; - Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP (PRN-SBP) -(PRN-SBP); - Coordenadores Estaduais e Adjuntos do PRN-SBP

**Introdução:** Uma das metas do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) é garantir a presença de, no mínimo, um instrutor ativo dos cursos “Transporte do RN de Alto Risco (TRNAR)” e “Reanimação do Prematuro em Sala de Parto (RPSP)” em cada hospital/maternidade com Residência em Medicina Intensiva Pediátrica (MIP). **Objetivo:** Determinar o número de instrutores ativos de TRNAR e RPSP do PRN-SBP nas Residências em MIP do Brasil no ano 2013. **Métodos:** Estudo transversal prospectivo incluindo todas as Residências em MIP do Brasil, credenciadas pelo MEC em 2013 e com residentes matriculados. Foi pesquisado nas residências: número de vagas/ano e identificação de instrutor ativo no local. Foi realizado análise descritiva por região e UF do país. **Resultados:** 62 residências preencheram os critérios de inclusão: NORTE: 0 Residências; NORDESTE: 09 Residências, 20 vagas/ano, 12 instrutores de TRNAR e 21 instrutores de RPSP (4 residências sem instrutor de TRNAR e 2 residências sem instrutor de RPSP); SUDESTE: 36 Residências, 99 vagas/ano, 32 instrutores de TRNAR e 27 instrutores de RPSP (22 residências sem instrutor de TRNAR e 21 residências sem instrutor de RPSP); SUL: 12 Residências, 31 vagas/ano, 9 instrutores de TRNAR e 16 instrutores de RPSP (7 residências sem instrutor de TRNAR e 6 residências sem instrutor de RPSP); CENTRO-OESTE: 5 Residências, 09 vagas/ano, 7 instrutores de TRNAR e 4 instrutores de RPSP (2 residências sem instrutor de TRNAR e 2 residências sem instrutor de RPSP). **Conclusão:** Em 2013,

60 instrutores de TRNAR e 68 de RPSP do PRN-SBP estavam envolvidos no ensino para residentes em MIP no Brasil. No entanto, 35 (57%) das Residências não contavam com instrutores de TRNAR e 31 (50%) não contavam com instrutores de RPSP, exigindo planejamento para atingir a meta do PRN-SBP para as Residências em MIP.

**P-36 TRANSPORTE NEONATAL: ENTRE A VIGÊNCIA DE NORMAS E O CUMPRIMENTO DOS PROFISSIONAIS E INSTITUIÇÕES** Elenice Lorenzi Carniel<sup>1</sup> ; Simone Lysakowski<sup>2</sup> - <sup>1</sup> Hospital de

Clinicas de Porto Alegre ; <sup>2</sup> Hospital São Lucas da PUCRS **Introdução:** Sabendo-se que existe uma significativa correlação entre o transporte neonatal eficiente e a diminuição da morbidade e mortalidade neonatal, torna-se importante investigar como estes estão sendo realizados. **Objetivos:** Identificar as dificuldades encontradas no transporte do neonato e a existência de normas para realização.

**Métodos:** Revisão integrativa da literatura dos estudos referentes ao transporte do paciente neonatal, publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), manuais e cartilhas de recomendações. **Resultados:** O transporte intra e inter-hospitalar podem ser um risco para o neonato criticamente doente uma vez que a duração do transporte pode ser prolongada, ficando o paciente fora do ambiente “protegido” de uma área de cuidados intensivos. As intercorrências relativas ao transporte intra-hospitalar são frequentes e estão associadas às condições dos pacientes e dos transportes. As condições necessárias para o transporte neonatal de qualidade já estão bem descritas na literatura e manuais, porém os estudos evidenciam situações graves por consequência do descumprimento destas normas. Os estudos mostram a dificuldade em seguir a legislação, no que diz respeito à mão de obra qualificada, materiais essenciais, medicamentos básicos de uma unidade de tratamento intensivo e talvez o desconhecimento das instituições sobre a existência de normas e manuais que se aplicam ao transporte de risco. **Conclusão:** O risco ao paciente, durante o transporte, pode ser minimizado através do planejamento cuidadoso, da qualificação da equipe responsável pelo transporte e da seleção adequada de equipamentos. Em alguns hospitais estas rotinas já são adotadas, as quais são necessárias para a instituição obter certificação nacional ou internacional de qualidade, fazendo com que a utilização de rotinas antes não conhecidas, passe a fazer parte do cotidiano, sempre visando a qualidade na assistência do paciente.

**P-37 IMPACTO DAS NOVAS CONDUTAS DE REANIMAÇÃO NO PROGNÓSTICO EM CURTO PRAZO DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO** João Cesar Lyra; Denise Caroline Cáceres Dutra da Silva; Sâmila Batelochi Gallo ; Adriana Saito Jasper; Alice Maria Kiy ; Maria Regina Bentlin; Ligia Maria Suppo de Souza Rugollo - FMB UNESP

**Introdução:** A partir de 2010 as novas condutas em reanimação neonatal propõem o uso criterioso de oxigênio e a ventilação com pressão positiva (VPP) com ventilador manual mecânico (VMM) em sala de parto. **Objetivos:** Avaliar o impacto das novas condutas sobre o prognóstico em curto prazo nos prematuros de muito baixo peso (PTMBP).

**Métodos:** Estudo observacional de coorte prospectiva com controle histórico. PTMBP, nascidos em 2012 foram comparados àqueles nascidos em 2010. Foram excluídos RN com malformações, infecção congênita e os óbitos nas primeiras 24 horas. RN foram avaliados quanto ao peso, idade gestacional, Apgar, procedimentos de reanimação, SNAPPE-II, assistência ventilatória na UTI, uso de surfactante, morbidade, tempo de internação e óbito. Variáveis categóricas foram analisadas pelo teste de qui-quadrado e as contínuas com teste t de Student, com  $\alpha = 0,05$ . **Resultados:** Foram estudados 63 PTMBP em 2010 e 57 em 2012. Os grupos não diferiram quanto ao peso (1060g vs 1155g), idade gestacional (29,1 vs 28,7 sem), Apgar e SNAPPE II. Em 2010, 89% receberam O2 inalatório, o que não ocorreu em 2012. Os 2 grupos receberam respectivamente em 2010 e 2012: VPP com balão e máscara - 78% vs 21% ( $p < 0,001$ ); VPP com VMM - 3% vs 65% ( $p < 0,001$ ); IOT - 32% vs 37% ( $p = 0,69$ ). Houve diferença significativa nos seguintes itens: tempos de ventilação mecânica (16 vs 5 dias -  $p = 0,024$ ), de uso de O2 (31 vs 10 dias -  $p = 0,03$ ) e de internação (48 vs 36 dias -  $p = 0,02$ ) e nos casos de displasia broncopulmonar avaliados com 28 dias (47% vs 24% -  $p = 0,015$ ) e 36 semanas (33% vs 16% -  $p = 0,04$ ). **Conclusões:** As novas propostas de reanimação mudaram a rotina do serviço, com impacto positivo no prognóstico dos PTMBP.



**P-38 ANÁLISE DO IMPACTO DA ANALGESIA DE CONDUÇÃO NO TRABALHO DE PARTO NO APGAR NO PRIMEIRO E QUINTO MINUTOS, EM NEONATOS QUE NASCERAM POR VIA VAGINAL**

Levi C. Cerqueira Filho; Zilma S. N. Reis; Fátima D. Rocha; Juliano S. Gaspar; Maria Cândida F. Bouzada - Hospital das Clínicas da UFMG **Introdução:** O alívio da dor durante o parto é uma das preocupações assistenciais além de expectativa da parturiente. Ainda persistem controvérsias sobre riscos materno-fetais associados à analgesia. **Objetivo:** Avaliar as relações entre o emprego da analgesia espinal durante o trabalho de parto e o estado de asfixia neonatal ao nascimento, avaliado pelo Apgar de primeiro e quinto minutos. **Metodologia:** Estudo observacional em base de dados eletrônica secundária (SISMater), de uma coorte retrospectiva composta por 888 nascidos vivos por via vaginal assistidos em maternidade de referência. A técnica de analgesia espinal empregada foi peridural, raquidiana ou combinada. A associação entre o emprego da analgesia e a ocorrência de baixo Apgar (primeiro minuto < 4 e quinto minuto < 7) foi avaliada por cálculo da razão de chances e seu respectivo intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** A taxa de analgesia entre os partos vaginais foi de 33,4%, sendo 8,6% com fórceps. Alto risco gestacional esteve presente em 24,6% dos casos, a taxa de prematuridade foi 11,3% e a de malformações maiores 6,4%. A ocorrência Apgar primeiro minuto < 4 foi 4,9% e Apgar do quinto minuto < 7 foi 3,4%. A chance de baixo Apgar primeiro minuto associada a anestesia foi 2,9 (IC95%:1,6-5,4) e de baixo Apgar no quinto minuto foi 2,0 (IC95%:1,0-4,2). Excluindo-se 44 neonatos com malformações maiores, a chance de baixo Apgar no primeiro minuto associada a anestesia foi 4,7 (IC95%:2,0-10,9) e de baixo Apgar quinto minuto foi 2,6 (IC95%:0,5-4,6). **Conclusões:** A analgesia no parto normal aumentou a chance de asfixia ao nascimento, com baixo Apgar de primeiro minuto, nos casos avaliados. Novos estudos são necessários para que esta associação seja bem estabelecida e haja um controle melhor das variáveis intervenientes.

**P-39 TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DO RECÉM-NASCIDO DE RISCO-PROPOSTA DE PROTOCOLO E ANÁLISE CRÍTICA**

Letícia de Fátima Helpa; Carlos Alberto Fernandes Baltar; Regina Paula G. Vieira Cavalcante Da Silva - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná **Introdução:** O transporte intra-hospitalar ocorre nas dependências do hospital, para procedimentos diagnósticos ou intervenções cirúrgicas e significa um risco adicional ao recém-nascido. Deve ser acompanhado por profissionais habilitados e equipamentos adequados. **Objetivos:** Propor um protocolo para o transporte intra-hospitalar de recém-nascidos de risco baseado da melhor evidência científica e na experiência prática assistencial e implementá-lo em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um hospital terciário. **Métodos:** Revisão de literatura utilizando as bases de dados PUBMED e LILACS, com as palavras-chave “neonatal intra-hospital transport” e “intra-hospital transport”. **Resultados:** Foi elaborado protocolo adaptado a realidade do serviço (documento escrito, fluxograma e lâminas com fotos). Os equipamentos e materiais foram adequados e parte da equipe foi treinada conforme o novo protocolo. Foi desenvolvida ficha de transporte com dados de identificação do paciente e do transporte, resultados de escores que avaliam a dor e o risco relacionado ao transporte, check list de equipamentos, procedimentos e medicações, monitorização, gerenciamento de trajeto e destino e intercorrências clínicas. Realizou-se projeto piloto para avaliação da viabilidade e aplicabilidade do novo protocolo bem como para identificação e correção de problemas. **Conclusão:** A padronização de procedimentos reduz o risco de intercorrências e quando acontecem, torna mais eficiente o seu manejo. Deve-se investir em educação continuada aos profissionais envolvidos no transporte intra-hospitalar de recém-nascidos de risco.

**P-40 MANOBRAS DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO: ANÁLISE DO ATENDIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS**

Susimara Anesi; Ana Carolina Lobor Cancelier - UNISUL **Objetivo:** Determinar a frequência e as formas de manobras de reanimação necessárias no atendimento do recém-nascido em sala de parto. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, analítico, que compreendeu todos os prontuários de nascimentos de fevereiro a junho de 2013. Foram desconsiderados os prontuários nos quais os dados referentes às manobras de reanimação não estavam anotados. Esses dados foram coletados diariamente do prontuário do neonato, tabulados pelo Epiinfo 3.5.4 e analisados pelo SPSS 16.0. **Resultados:** Em 21,7% dos casos foi necessária alguma manobra de reanimação. A amostra foi composta por 489 neonatos, sendo 265 meninos (54,2%), com média de 38 semanas de gestação, 3139,8 gramas, índice de Apgar de 8,2 e 8,8 no primeiro e quinto minutos respectivamente. O tipo de parto mais prevalente foi o cesáreo (61,6%),

com idade gestacional menor que os nascidos através de parto normal ( $p < 0,01$ ). As médias de peso e idade gestacional foram menores no grupo que necessitou de alguma manobra de reanimação. Os neonatos nascidos através de parto cesáreo necessitaram mais de manobras de reanimação ( $p = 0,02$ ). **Conclusões:** Dos neonatos, 21,7% necessitaram de alguma manobra de reanimação, sendo a estimulação e a aspiração os procedimentos mais frequentes (20,9%) e raramente manobras extensas (1,4%). A oximetria de pulso foi realizada em apenas três casos (0,6%). Os recém-nascidos de parto cesáreo (61,6%) tiveram risco duas vezes maior de necessidade de reanimação do que nascidos de parto normal, com menor idade gestacional e baixo peso ao nascer.

**P-41 FATORES DE RISCO PARA NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL** Carine Rech<sup>1</sup>; Paulo de Jesus Hartmann Nader<sup>1</sup>; Silvana Salgado Nader<sup>1</sup>; Stella Indicatti Fiamenghi<sup>1</sup>; Augusta Luize Harff<sup>1</sup>; Fernanda Bonilla Colomé<sup>1</sup>; Luiza Nader<sup>1</sup>; Verônica Indicatti Fiamenghi<sup>2</sup>; Marcelo Costamilan Rombaldi<sup>2</sup> - <sup>1</sup> ULBRA; <sup>2</sup> UCS **Introdução:** A mortalidade infantil é um indicador da qualidade de assistência perinatal. A maior parte dos óbitos ocorre no período neonatal precoce, evidenciando estreita relação entre os óbitos infantis e a assistência ao parto. **Objetivo:** Analisar as condições de nascimento e correlacionar com os fatores de risco associados à saúde do neonato. **Métodos:** Estudo prospectivo transversal investigando a população de puérperas e de seus neonatos internados no Alojamento Conjunto ou na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTI Neonatal) durante o período de sete semanas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da ULBRA (nº 408.238). **Resultados:** Foram analisados 414 nascimentos, 43 (10,4%) deles necessitaram de procedimentos de reanimação em sala de parto. Destes, 25 (6%) foram para UTI Neonatal. Dos reanimados, internaram na UTI Neonatal 15 (34,9%), nasceram de cesareana 22 (51,2%), foram classificados como pequeno para idade gestacional (PIG) 9 (20,9%), nasceram prematuros 17 (39,5%) e classificados como de baixo peso 14 (32,6%), necessitando de reanimação e de cuidados intensivos. **Conclusão:** Cesariana, PIG, prematuros e necessidade de internação em UTIN foram fatores de risco para reanimação em sala de parto. Baixa escolaridade é um fator de risco para internação em UTIN.

**P-42 PASSOS DA REANIMAÇÃO NEONATAL EM UMA POPULAÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS DE HOSPITAL DE REFERÊNCIA** Marcia Gomes Penido Machado; Zilma N S. Reis; Fátima D. Rocha; Juliano S. Gaspar; Camila Romano Berindoague; Maria Candida F. Bouzada - HC-UFMG **Introdução:** A reanimação neonatal na sala de parto baseia-se nas diretrizes do Internacional Liaison Committee of Resuscitation (ILCOR). A avaliação das práticas de reanimação contribui para a melhoria da qualidade da assistência perinatal. **Objetivo:** Descrever os passos de reanimação neonatal em uma população de hospital de referência. **Métodos:** Dados clínicos da assistência à gestante e ao neonato em partos realizados no período de janeiro de 2013 a janeiro de 2014 foram incluídos em sistema de informação eletrônico (SISMATER) implantado em maternidade referência para gestantes de alto risco. **Resultados:** Entre 1469 gestantes, 470 (43%) eram de gestação de alto risco. 193 (13%) hipertensas, 140 (9,5%) com fetos entre 22 a 36 semanas. 162 (11%) eram portadores de malformações maiores. 488 neonatos (33,2%) foram submetidos aos passos iniciais da reanimação, 143 (9,7%) ventilados com bolsa e máscara, 62 (4,2%) entubados e ventilados, 8 (0,2) submetidos à massagem cardíaca e 4 (0,3) utilizaram Adrenalina. 85 (5,8) RN tiveram Apgar de 1 minuto menor que quatro e 60 (4,1%) Apgar menor que 7 no quinto minuto. 59 (69,4%) dos com Apgar menor que quatro no primeiro minuto foram admitidos na Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos – UNCP (OR: 10, IC 95%: 6 - 16); 40 (63,4%) foram à óbito (OR:7,5, IC 95% 3,4-118). Dentre os com Apgar no quinto minuto menor que sete, 39 (65%) foram admitidos na UNCP (OR: 7,5, IC95%:4,4-13) e 39 (65%) foram a óbito (OR:129, IC95%: 65-257). Os fatores para Apgar menor que sete no quinto minuto foram Sofrimento Fetal Agudo (2%), Anomalia Grave Compatível com a Vida (0,4%), Anomalia Grave Incompatível (1,6%) e prematuridade menor que 26 semanas (0,6%). **Conclusão:** Nesta população de hospital de referência para gestação de alto risco a porcentagem de reanimação em sala de parto foi semelhante a da população geral que é de 10%.



**P-43 CENTRALIZAÇÃO DE FLUXO À ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER E APGAR NO PRIMEIRO MINUTO** Marcia Gomes Penido Machado; Marina De Moraes Servilha; Juliana Righi Dos Santos; Patricia Rocha Carneiro; Daniela De Cássia Sampaio Miranda; Kelly Nascimento Brandão; Maria Cândida Ferrarez Bouzada - Hospital das Clínicas-UFMG **Introdução:** O escore de Apgar é um instrumento de avaliação da vitalidade dos recém-nascidos (RN) após o nascimento e a centralização de fluxo um indicativo de sofrimento intrauterino. **Objetivo:** Avaliar se há associação entre fetos com centralização de fluxo ao Doppler e Apgar dos recém-nascidos menor ou igual a três no primeiro minuto de vida. **Métodos:** Estudo retrospectivo, onde foram estudados 532 recém-nascidos, com peso de nascimento variando entre 500-1495g e idade gestacional entre 24 - 39,6 semanas, admitidos em Unidade de Cuidados Progressivos Neonatal de um Hospital Universitário, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2010. Dentre eles, 261 (49%) foram submetidos à ultrassonografia (US) com Doppler. **Resultados:** 261 RN foram submetidos a US fetal com Doppler, destes 115 (44%) tinham centralização de fluxo. A idade materna variou de 14 a 48 anos, 84 (72%) mães apresentaram hipertensão arterial sistêmica. 107 (41%) do sexo masculino, 163 (62%) eram apropriados para idade gestacional (AIG) e 98 (38%) eram pequenos para idade gestacional (PIG). As variáveis são apresentadas com médias e Desvio Padrão: peso variou de 500g a 1495g ( $1104 \pm 270g$ ) e idade gestacional entre 24 semanas – 37 semanas ( $30,52 \pm 2,56$ ). 28 (24%) dos RNs com centralização de fluxo tiveram Apgar de primeiro minuto menor ou igual a 3 ( $X^2: 5,59, p:0,017; RR:1,97; IC95\%: 1,15-3,38$ ). **Conclusão:** Recém-nascidos que apresentaram centralização de fluxo à ultrassonografia com doppler tiveram maior probabilidade de um escore de Apgar menor que três no primeiro minuto de vida.

**P-44 VITALIDADE AO NASCIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS COM PESO MENOR QUE 1000 GRAMAS** Marcia Gomes Penido Machado; Marina de Moraes Servilha; Juliana Righi dos Santos ; Patricia Rocha Carneiro; Daniela de Cássia Sampaio Miranda; Adriana Regina Rodrigues; Angélica Silva Saraiva Teixeira; Maria Cândida Ferrarez Bouzada - Hospital das Clínicas-UFMG **Introdução:** O escore de Apgar é um instrumento de avaliação da vitalidade dos recém-nascidos. Poucos estudos mostram sua associação à mortalidade neonatal, especialmente em RN de extremo Baixo peso (RNEBP). **Objetivo:** Avaliar a vitalidade do RNEBP ao nascer e a associação com mortalidade. **Métodos:** Estudo retrospectivo, onde foram estudados 532 recém-nascidos, com peso de nascimento variando entre 500-1495g e idade gestacional entre 24 - 37 semanas, admitidos em Unidade de Cuidados Progressivos Neonatal de um Hospital Universitário, no período de janeiro de 2004 a dezembro de 2010. **Resultados:** 200 (37,5%) RN tiveram PN menor que 1000g ( $793g \pm 132g; 500-990g$ ), a idade gestacional (IG) variou de 24-37sem ( $28,6 \pm 3,06sem$ ). 91 (45,5%) dos RNEBP tiveram Apgar menor ou igual a 3 no primeiro minuto ( $X^2: 66,50, p:0,000; RR:3,51, IC 95\%: 2,54-4,85$ ) e 48 (24%) tiveram Apgar menor que 6 no quinto minuto ( $X^2: 52,09, p:0,000; RR:7,24, IC 95\%: 3,85-13,61$ ). 91 (45,5%) foram a óbito ( $X^2:101, p:0,000; RR: 5,81, IC 95\%: 3,89-8,65$ ), destes, 59 (64,8%) tiveram óbito neonatal precoce ( $X^2:62,97, p:0,000; RR:6,52, IC 95\%: 3,80-11,19$ ). 40 RNEBP (43,95%) foram a óbito neonatal precoce quando Apgar menor ou igual a 3 no primeiro minuto ( $X^2:17,07, p:0,00003; RR:2,62, IC 95\%: 1,64-4,19$ ) e 32 (54,24%) se Apgar menor que 6 no quinto minuto ( $X^2:39,63, p:0,000; RR:14,59; IC 95\%:5,99-35,51$ ). **Conclusões:** Os RNs menores que 1000g tiveram maior probabilidade de ter Apgar menor ou igual a 3 no primeiro minuto e menor ou igual a 6 no quinto minuto. Estes achados foram associados a maior mortalidade neonatal precoce.

**P-45 O PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM MINAS GERAIS: AVANÇOS E DESAFIOS** Marcia Gomes Penido Machado; Marcela Damásio Ribeiro de Castro; Marcio Pablo Pires Martins Miranda; Vanessa Devitto Zákia Miranda - Instrutores Reanimação Neonatal (PRN-MG Sociedade Mineira de Pediatria) **Introdução:** A capacitação dos profissionais de saúde em reanimação e transporte neonatal tem como principal desafio contribuir para a redução da mortalidade neonatal precoce associada à asfixia perinatal no estado de Minas Gerais (MG). **Objetivo:** avaliar as metas e características do treinamento de profissionais de saúde e de instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) em MG no período de 2010 a 2013. **Métodos:** Estudo transversal descritivo dos cursos de Reanimação Neonatal para médicos, profissionais de saúde não médicos (PSNM), transporte de recém nascido (RN) de alto risco e formação de instrutores e do número de alunos treinados, realizados em MG no período de 2010-2013. **Resultados:** Em 2010 houve

19 cursos sendo 12 para médicos e sete para PSNM num total de 525 alunos treinados. Em 2011 houve 34 cursos, sendo 26 para médicos, seis para PSNM, um de transporte de RN e um de formação de instrutores, num total de 875 alunos treinados. Em 2012 houve 38 cursos, sendo 26 para médicos, 11 para PSNM e um para formação de instrutores em um total de 1074 alunos treinados. Em 2013 houve 16 cursos, sendo 15 para médicos e um de transporte de RN, num total de 558 alunos. No período analisado foram treinados 3032 alunos e realizados 107 cursos, sendo 79(73,8%) de reanimação neonatal para médicos e (22,4%) para PSNM, dois cursos de transporte de RN(1,9%) e dois cursos de formação de Instrutores(1,9%). **Conclusão:** O PRN-MG cumpriu a meta de treinamento de Médicos e PSNM em reanimação neonatal. O planejamento estratégico da atuação do PRN-MG no próximo triênio será baseado na análise dos resultados obtidos. É necessário aumentar o número de alunos treinados em transporte de RN em MG.

#### **P-46 O PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL EM MINAS GERAIS: ESTRATÉGIAS DE GESTÃO E SUSTENTABILIDADE**

Marcia Gomes Penido Machado; Marcela Damásio Ribeiro de Castro; Marcio Pablo Pires Martins Miranda; Vanessa Devitto Zákia Miranda - Instrutores Reanimação Neonatal (PRN-MG Sociedade Mineira de Pediatria) **Introdução:** O Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) em Minas Gerais(MG) está consolidado desde 1994. A atuação do PRN-MG exige o desenvolvimento de estratégias adequadas de gestão e sustentabilidade. **Objetivos:** Estabelecer critérios para estimativa de metas anuais de cursos de treinamento em reanimação neonatal, transporte de recém-nascido(RN) de alto risco e de reanimação do prematuro na sala de parto. Identificar fatores facilitadores para a melhoria da gestão do PRN-MG. **Métodos:** Estudo prospectivo baseado nos resultados estatísticos anuais de número e características dos alunos treinados para determinação das metas e objetivos do próximo ano. Realizado coleta de dados entre os componentes da equipe gestora do PRN-MG para identificação de fatores facilitadores, construção de um mapa conceitual com os dados e o estabelecimento de matrizes de competências para a gestão de cada curso. **Resultados:** os critérios de prioridade estabelecidos para o cálculo das metas são: locais de alta taxa de mortalidade neonatal precoce, as grandes maternidades e centros de atendimento a gravidez de alto risco, regiões de elevado risco social e hospitais que tem residência médica em pediatria. Os fatores facilitadores mais importantes para melhoria da gestão do PRN-MG são: estabelecimento de parcerias institucionais públicas e privadas, organização de cursos simultâneos para treinamento global de equipes de sala de parto (médicos e não médicos), estrutura operacional adequada, apoio da SBP e filiadas, capilarização e descentralização do PRN-MG, motivação e valorização contínua do Instrutor, conhecimentos sócio-geográficos e epidemiológicos do estado. **Conclusão:** A gestão e sustentabilidade do PRN-MG deve se basear nos fatores facilitadores identificados, visando alcançar o objetivo maior que é a redução da mortalidade neonatal precoce em MG.

#### **P-47 IMPACTO DA INTERIORIZAÇÃO DA FORMAÇÃO DOS INSTRUTORES DA REANIMAÇÃO NO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Danielle Cintra Bezerra Brandão; Manuela Carvalho de Abreu e Lima; Fátima Maria Doherty- (PRN-SBP-SOPEPE) **Introdução:** Uma das metas do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) é formar 1 ou mais instrutores de reanimação nos hospitais com mais de 500-1000 nascidos vivos ao ano. **Objetivo:** Relatar a experiência da interiorização dos cursos do PRN-SBP através da formação dos instrutores provenientes de três regiões de Pernambuco. **Método:** Estudo transversal descritivo sobre o impacto da formação dos instrutores pela coordenação estadual no número de cursos do PRN-SBP nos hospitais do interior do Estado de Pernambuco entre jan/2012 e jan/2014. Foram anotados os seguintes dados do sistema informatizado do PRN-SBP: instrutores formados, cursos realizados e alunos treinados, de acordo com a região de Pernambuco: Sertão, Agreste e Litoral-Zona da Mata. **Resultados:** Sete cursos de formação de instrutores foram realizados: 4 cursos de reanimação neonatal para 21 instrutores e 2 cursos de reanimação do prematuro para 17 instrutores. Com a capacitação, distribuíram-se 4 instrutores no Sertão (Petrolina), 8 no Agreste (Caruaru e Palmares), 9 na Zona da Mata-Litoral (Palmares, Vitória de Santo Antão, São Lourenço da Mata, Recife e Olinda). Esses 21 instrutores concretizaram 17 cursos de reanimação neonatal para 261 médicos e 18 cursos para 246 profissionais não médicos, além de 4 cursos de reanimação de prematuros para 33



médicos. Adicionalmente foram feitos 4 cursos de transporte do recém-nascido de alto risco para 25 médicos e 2 cursos para 32 parteiras tradicionais. Dos 45 cursos realizados pelos 21 instrutores, 18 foram realizados no interior de Pernambuco nos seguintes municípios: 2 em Petrolina (Sertão), 10 em Caruaru (Agreste), 5 em Vitória (Zona da Mata) e 1 em Olinda (Litoral). **Conclusão:** Os cursos do PRN-SBP foram realizados no Sertão, Agreste e Zona da Mata/Litoral com os instrutores que atuam na região, facilitando a disseminação do conhecimento nos locais de difícil acesso em Pernambuco. **Agradecimentos:** Agradecimentos a todos os instrutores do Estado de Pernambuco

**P-48 MAPEAMENTO DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS NO ESTADO DE PERNAMBUCO** Caroline Cavalcanti Gonçalves<sup>1</sup>; Maria De Lourdes Deniz de Abreu Ferreira<sup>1</sup>; Lílian Sampaio de Barros<sup>2</sup>; Danielle Cintra Bezerra Brandão<sup>1</sup>; Manuela Carvalho de Abreu e Lima<sup>1</sup> - <sup>1</sup> SBP-PRN-SOPEPE; <sup>2</sup> Secretaria De Saúde de Pernambuco **Introdução:** A Parteira Tradicional presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais, sendo reconhecida pela comunidade. No Brasil estão presentes principalmente nas áreas rurais, ribeirinhas, locais de difícil acesso, populações tradicionais (índigena, quilombola) e populações excluídas socialmente. **Objetivo:** Mapear as Parteiras Tradicionais cadastradas pela Secretaria de Saúde no Estado de Pernambuco. **Método:** Estudo descritivo a partir da análise documental. Os dados foram coletados através do sistema informatizado de cadastro de Parteiras Tradicionais da Secretaria de Saúde de Pernambuco atualizados em Janeiro de 2014. Foram obtidas as seguintes variáveis: número de parteiras registradas no Estado, Local de atuação (Rural e/ou Urbana) e distribuição por gerência regional de saúde-Geres com abrangência de todo território Pernambucano (Litoral-Zona da Mata, Agreste e Sertão). **Resultados:** O Estado de Pernambuco é composto por 185 municípios, distribuídos em 12 Geres. Neste território, 994 parteiras são cadastradas como Parteiras Tradicionais, sendo 873 (87,9%) atuantes na zona rural, 76 (7,6%) na zona urbana e 45 (4,5%) trabalham na zona rural e urbana. Quando analisou-se a quantidade de parteiras por GERES, obteve-se as seguintes distribuições: 156 (15,7%) GERES I, 18 (1,8%) GERES II, 74 (7,4%) GERES III, 176 (17,7%) GERES IV, 33(3,3%) GERES V, 146 (14,7%) GERES VI, 12 (1,2%) VII GERES, 93 (9,4%) GERES XIII, 125 (12,6%) GERES IX, 40 (4%) GERES X, 104 (10,5%) GERES XI e 17 (1,7%) GERES XII. Quando verificou-se as parteiras de populações tradicionais, observou-se que 90 (9%) parteiras estavam atuando em aldeia indígena e 12 (1,2%) em comunidades remanescentes de Quilombos. **Conclusão:** As Parteiras Tradicionais estão presentes em todo o Estado de Pernambuco, distribuídas nas diversas GERES. Ações de educação permanente são necessárias com a finalidade de reduzir morte materna e perinatal em locais com pouco acesso aos serviços de saúde. **Agradecimentos:** Secretaria de Saúde de Pernambuco por enviar os dados informatizados

**P-49 PERFIL DAS PARTEIRAS TRADICIONAIS TREINADAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO** Maria de Lourdes Deniz de Abreu Ferreira<sup>1</sup>; Caroline Cavalcanti Gonçalves<sup>1</sup>; Lílian Sampaio de Barros<sup>2</sup>; Manuela Carvalho Abreu e Lima<sup>1</sup>; Marynéa Silva do Vale<sup>3</sup>; Danielle Cintra Bezerra Brandão<sup>1</sup> - <sup>1</sup> SBP-PRN-SOPEPE; <sup>2</sup>Secretaria de Saúde de Pernambuco; <sup>3</sup> SBP-PRN-GE **Introdução:** No Brasil, anualmente, são realizados aproximadamente 41 mil partos domiciliares, desses a maioria é assistido por parteiras Tradicionais. **Objetivo:** Avaliar o Perfil das Parteiras Tradicionais Treinadas pelo Programa de Reanimação Neonatal em Parceria com o Ministério da Saúde no estado de Pernambuco **Método:** Estudo descritivo com relato do perfil das parteiras treinadas no estado de Pernambuco. Foram realizados dois cursos para Parteiras tradicionais em convênio com ministério da saúde: o primeiro, em dezembro de 2012, no Agreste, em Caruaru, com o treinamento de 20 parteiras tradicionais e o segundo, em outubro de 2013, em Petrolina, no Sertão, com o treinamento de 12 parteiras. Foram avaliadas as seguintes características: idade da parteira, sexo, local de atuação e número de partos realizados. **Resultados:** Das 994 Parteiras Tradicionais no Estado de Pernambuco, 32 (3,2%) receberam o treinamento de reanimação neonatal por instrutores do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP). A mediana da idade das parteiras foi 59 anos (mínimo de 30 e máximo de 80 anos), 31 parteiras eram do sexo feminino e 1 masculino. A mediana de partos realizados foi de 100 (mínimo de 1 e máximo de 1500). Desta amostra, encontrou-se 27 parteiras atuantes em zona rural e 5 em zona urbana distribuídas nas seguintes regiões: 7 Litoral/Zona da Mata, 16 Agreste e 9 Sertão. Dentre as parteiras tradicionais, 4 eram atuantes em aldeia indígena. **Conclusão:** São poucas as parteiras treinadas no Estado de Pernambuco para a reanimação Neonatal, entretanto foram realizados treinamentos com



parteiras que atuam em todos os três territórios: Litoral/Zona da Mata, Agreste e Sertão. A maioria das parteiras são mulheres idosas com uma mediana de parto representativa. **Agradecimentos:** Agradecimentos a todos os instrutores do Estado de Pernambuco e a Secretaria de Saúde de Pernambuco

**P-50 RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NA SALA DE PARTO: ESTUDO TRANSVERSAL** Vanessa Houly de Melo Ferreira; Danielle Cintra Bezerra Brandão; Jucille do Amaral Meneses - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira **Introdução:** A reanimação neonatal é mais frequente nos recém-nascidos prematuros (RNPT), sobretudo naqueles >1500g e deve seguir as recomendações do Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP). **Objetivo:** Descrever o perfil dos recém-nascidos prematuros (RNPT) reanimados na sala de parto em Maternidade de Alto Risco e as manobras de reanimação realizadas. **Método:** Estudo transversal, realizado durante o período de abril/2010 e agosto/2012 com 252 recém-nascidos prematuros (RNPT) entre 25 e 34 semanas idade gestacional, excluídos os com Malformações congênitas e os óbitos na sala de parto. As variáveis analisadas foram as características maternas e neonatais, as manobras de reanimação e a mortalidade neonatal precoce. **Resultados:** Neste estudo, a média da idade materna foi de  $25 \pm 6,6$  anos, 167 (78,4%) realizaram pré-natal, 106 (49,1%) tinham o diagnóstico de síndrome hipertensiva e 72 (33,8%) algum tipo de infecção durante a gestação. O parto cesáreo ocorreu em 81 (38%) das gestantes. Observou-se que a média da idade gestacional e do peso ao nascer (PN) foi de  $29,6 \pm 2,7$  semanas e  $1241 \pm 28$  g, respectivamente. O Apgar do primeiro foi  $6,3 \pm 2,3$  e quinto minuto  $8,1 \pm 1,6$ , respectivamente. Verificou-se que a ventilação com pressão positiva (VPP) com máscara em 97 (38,5%) pacientes e em 27 (10,7%) manobras entubação, massagem cardíaca e/ou drogas. Na amostra avaliada, 195 (77,3%) RNPT tinham o PN >1500g, e nestes o uso da VPP foi de 65% (n=84). Dos 22 (11,2%) óbitos, todos foram em RNPT com PN >1500g. **Conclusão:** Os RNPT com PN >1500g necessitam frequentemente de manobras de reanimação na sala de parto, sendo a VPP com máscara a manobra mais realizada. Por se tratar de uma população mais vulnerável à reanimação neonatal, medidas educativas incluindo as diretrizes do Programa de Reanimação Neonatal são fundamentais.

**P-51 PREVALÊNCIA DE HIPOTERMIA EM RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS ADMITIDOS EM UTI NEONATAL** Vanessa Houly de Melo Ferreira; Danielle Cintra Bezerra Brandão; Jucille do Amaral Meneses - Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira **Introdução:** Ao nascer, os recém-nascidos prematuros (RNPT) apresentam regulação térmica limitada com maior predisposição à hipotermia, contribuindo para uma maior morbimortalidade. **Objetivo:** Verificar a prevalência de hipotermia nos RNPT >34 semanas de idade gestacional (IG) admitidos em UTI neonatal e determinar a razão de prevalência (RP) do óbito associado à hipotermia. **Método:** Estudo de prevalência da hipotermia, considerada como temperatura axilar < 36 °C, em RNPT entre 25 e 34 semanas de idade gestacional, admitidos na UTI neonatal entre abril/2010 e agosto/2012. A amostra calculada foi baseada na incidência de 75% de hipotermia à admissão na UTI neonatal encontrada em um dos centros da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais, resultando em 252 RNPT. As características clínicas dos RNPT, condições de nascimento e transporte, temperatura na admissão da UTI e mortalidade neonatal precoce foram analisadas. **Resultados:** A média da IG e do peso ao nascimento dos RNPT foram respectivamente  $29,6 \pm 2,7$  semanas e  $1241 \pm 280$  g. Entre os RNPT, 180 (71,4%) fizeram uso de saco plástico e 184 (73%), touca. A média da temperatura na sala de parto foi de  $26 \pm 2^{\circ}\text{C}$ . O transporte foi realizada em incubadora de transporte em 240 RNPT (95,2%) com o tempo médio de  $60 \pm 33$  minutos. A temperatura média nos RNPT na admissão da UTI foi de  $35 \pm 1,2^{\circ}\text{C}$ , resultando em uma prevalência de 74%, sendo esta maior quanto menor a IG (87,2% < 30 semanas, 68,3% entre 30 e 32; e 52,4 % entre 33 e 34). A RP indica uma chance de 3,85 [IC 95% (0,86-16,9)] maior de óbito entre os pacientes com hipotermia. **Conclusão:** a prevalência de hipotermia nos RNPT admitidos na UTI neonatal é elevada, contribuindo para uma maior chance de óbito neonatal precoce.

**P-52 ESTUDO DA PRÁTICA DO ATENDIMENTO AO RECÉM-NASCIDO NA SALA DE PARTO APÓS NOVO PROTOCOLO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL** Anna Paula Terrigno; Jose Maria Andrade Lopes; Maria Elizabeth Lopes Moreira; Cinthya Amaral de Moura Sa; Claudia Neves Barbosa -IFF **Objetivo:** Verificar se as recomendações do novo Programa de Reanimação Neonatal da SBP foram implementadas no IFF e quais foram suas repercussões na morbimortalidade dos nossos recém



nascidos. **Métodos:** Estudo observacional transversal de comparação de dois momentos, realizado na Maternidade do Instituto Fernandes Figueira, envolvendo todos os recém nascidos internados no berçário do IFF nos períodos de janeiro 2009 a dezembro 2010 e julho de 2011 a abril de 2013 (antes e depois do novo PRN) Foi observada e comparada a conduta na reanimação neonatal nesses dois períodos, assim como as morbidades e fatores antenatais relacionados a reanimação neonatal. Na análise estatística, utilizaram-se médias, medianas, desvios padrão e teste t de Student e de Mann-Whitney para variáveis numéricas, o qui-quadrado de Person para variáveis categóricas e estimativa de risco pelo risco relativo com intervalo de confiança de 95%. **Resultados:** Durante o período de estudo houve um total de 776 recém nascidos internados no berçário do IFF. 402 RN antes do PRN e 374 depois do PRN. Os dois grupos não diferiram em relação aos dados demográficos. Com relação aos antecedentes perinatais observamos que a hipertensão arterial apresentou uma queda 17,7% para 10,7% no período pós PRN. O número de RN reanimados diminuiu significativamente 57% para 38,8%, assim como o uso de oxigênio inalatório 76,8% para 41,1%. Observando a morbimortalidade vimos que o uso de ventilação mecânica diminuiu significativamente 34,6% para 23,3% após o novo PRN assim como o índice de Broncodisplasia pulmonar de 4% para 1,6%. A mortalidade caiu de 17,1% para 9,1%. Com relação aos RN abaixo de 1500g também observamos características demográficas semelhantes nos dois grupos, com resultados semelhantes a população geral. Quando fizemos uma regressão logística usando como desfecho óbito neonatal e variáveis perinatais mais comumente relacionadas a este resultado como reanimação, intubação traqueal, peso, uso de corticoide antenatal, hipertensão, sexo e período pré e pós novo PRN observamos que a mortalidade foi significativamente maior no grupo antes do novo PRN. **Conclusão:** Observamos que a implementação do novo Programa de Reanimação Neonatal no Instituto Fernandes Figueira está associada a uma diminuição da mortalidade neonatal.

**P-53 O IMPACTO DAS CESARIANAS SEM INDICAÇÃO MATERNO-FETAL PARA O RECÉM NASCIDO (RN) DE 37 SEMANAS A 37 SEMANAS E 6 DIAS** Marcela Damásio Ribeiro de Castro;

Natália Andrade Lapertosa; Frederico de Melo Nascimento; Ana Paula Matias Guimarães; Frederico José Amedee Peret - Hospital Vila da Serra **Introdução:** A prematuridade tem sido considerada o principal determinante de morbimortalidade neonatal no mundo. Estudos apontam que o aumento da incidência da prematuridade está diretamente relacionado às altas taxas de cesarianas programadas, sem indicação materno-fetal, de tal forma que o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) recomenda que o nascimento eletivo não seja realizado antes de 39 semanas de gestação. **Objetivos:** Avaliar o impacto das cesarianas precoces sobre os RNs a termo, de 37 semanas a 37 semanas e 6 dias em maternidade de referência na grande Belo Horizonte. **Métodos:** Foi feito o levantamento retrospectivo de todos os nascimentos vivos ocorridos nessa maternidade, num período de 12 meses, com a classificação dos RNs em três grupos: RNs com idade gestacional (IG) até 36 semanas e 6 dias, de 37 semanas a 37 semanas e 6 dias, e maior ou igual a 38 semanas. Realizou-se a comparação da necessidade de internação em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) entre os respectivos grupos. **Resultados:** 89% dos RNs até 36 semanas e 6 dias demandaram algum cuidado em UTIN. Já entre os RNs maiores de 37 semanas, portanto, classificados como a termo pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o risco daqueles de 37 semanas a 37 semanas e 6 dias exigirem tal cuidado em relação aos RNs com IG acima de 38 semanas é 2,61 (IC a 95% 1,46 a 4,68). **Conclusão:** A antecipação, sem indicação materno-fetal, de cesarianas impacta a morbimortalidade de RNs a termo de 37 semanas a 37 semanas e 6 dias, o que corrobora a orientação recente da ACOG sobre a realização de cesarianas eletivas acima de 39 semanas e a necessidade de cooperação entre neonatologistas e obstetras na redução da prematuridade. **Agradecimentos:** Agradecemos a todos que colaboraram com a elaboração deste trabalho

**P-54 IMPACTO DO USO DE COLCHÃO QUÍMICO NA INCIDÊNCIA DE DISTERMIAS DURANTE A REANIMAÇÃO E O TRANSPORTE DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO** Mariana Morioka;

Vanessa Tirloni; Alice Deutsch; Celso Rebello - Hospital Israelita Albert Einstein – Departamento Materno-Infantil **Introdução:** Os Recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP-peso de nascimento inferior a 1500g), tem capacidade reduzida de manter a temperatura. A ocorrência de hipotermia (temperatura inferior a 36,0 °C) após o nascimento tem associação direta a sua

mortalidade e morbidade, porém a hipertermia (temperatura superior a 36,9 °C) pode agravar a destruição neuronal em RN asfisiados. **Objetivo:** Determinar a frequência de hipo e hipertermia no momento da admissão na UTI Neonatal (UTIN) em dois períodos: antes e após a implementação do uso do colchão químico para a reanimação e transporte de RNMBP. Foi realizada uma coorte retrospectiva incluindo RNMBP e/ou menores de 32 semanas de idade gestacional, admitidos no período de 01/01/2010 a 31/10/2013. Foi definida como variável principal a temperatura do RN no momento da admissão na UTIN. **Resultados:** Foram estudados 113 RN, sendo que destes 36 utilizaram (Grupo colchão químico) e 77 não utilizaram o colchão químico (Grupo controle). Não foram observadas diferenças do Grupo colchão químico comparado ao Grupo controle em relação ao peso de nascimento ( $1148 \pm 252$  vs  $1071 \pm 313$ g;  $p=0,249$ ); idade gestacional ( $28,7 \pm 2,2$  vs  $28,5 \pm 2,7$ sem;  $p=0,775$ ), parto cesáreo (85,7% vs 89,7%;  $p=0,249$ ), Apgar de 5 min ( $8,4 \pm 1,5$  vs  $8,1 \pm 1,7$ ;  $p=0,40$ ), e gênero masculino (48,6% vs 46,7%;  $p=0,992$ ). A temperatura no momento da admissão na UTIN foi maior no Grupo colchão químico ( $36,7 \pm 0,6$  vs  $35,4 \pm 0,9$ °C;  $p<0,001$ ), com menor incidência de hipotermia (11,4% vs 74,7%;  $p<0,01$ ) e maior ocorrência de hipertermia (37,1% vs 0,0%;  $p<0,01$ ). A temperatura média nas primeiras 12 horas de vida também foi maior no Grupo colchão químico ( $36,5 \pm 0,4$  vs  $36,2 \pm 0,5$ °C;  $p<0,001$ ). **Conclusão:** Os autores concluem que o uso do colchão químico durante a reanimação e o transporte do RNPT resultou em uma melhor temperatura de admissão na UTIN, reduziu a ocorrência de hipotermia porém pode levar à ocorrência de hipertermia.

#### **P-55 CAPACITAÇÃO DE PARTEIRAS TRADICIONAIS PELO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL-SBP MARANHÃO-RELATO DE EXPERIENCIA**

Marynéa do Vale Nunes; Jeniffer Sousa de Abreu; Gabriella Miranda Martins; Silvia Helena Cavalcante De Sousa; Patrícia Franco Marques; Maria José Da Silva; Roberta Borges Correia de Albuquerque; Maria de Fátima Arrais Carvalho - UFMA

**Introdução:** As parteiras tradicionais são importantes no cuidado com as gestantes e nutrizas em áreas de difícil acesso aos serviços de saúde. Muitas relatam afastamento do partear, mas continuam dando apoio às famílias. **Objetivo:** Relatar experiência de capacitação de parteiras tradicionais na assistência ao recém-nascido (RN) que precisa de ajuda ao nascer. **Método:** A capacitação teve carga horária de 8 horas e seguiu as Diretrizes do PRN (Programa de Reanimação Neonatal) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) que inclui assistência ao RN que nasce bem com ênfase nas boas práticas ao nascimento, reconhecimento do bebê de risco e passos iniciais da reanimação, além da Ventilação com Pressão Positiva (VPP). O grupo constituiu-se de catorze parteiras procedentes da periferia de São Luís e uma do município vizinho, São José de Ribamar, sob a coordenação de instrutoras do PRN SBP-MA. As participantes foram divididas em 3 grupos de 4 e 1 grupo de 3, de forma a facilitar as trocas com os instrutores, considerar os saberes e as práticas das parteiras e preencher lacunas existentes sobre o recém-nascido que precisa de ajuda ao nascer. O material didático utilizado constou de cartazes (Flip chart) expondo o conteúdo teórico, e material prático incluindo manequins e balão autoinflável pertencentes à SBP Maranhão. Todas as parteiras foram treinadas individualmente de modo a garantir utilização correta do balão auto-inflável para realização da VPP eficaz. Foi ressaltada a importância das boas práticas ao nascimento, como aleitamento na primeira hora, contato pele a pele e clampamento oportuno do cordão umbilical. Ao final da capacitação, cada participante recebeu kit com balão autoinflável e orientação sobre seu uso e conservação. **Conclusão:** A experiência reforçou a importância das parteiras tradicionais em reconhecer o RN que precisa de ajuda para respirar, precisa de cuidados hospitalares e transporte, além de VPP eficaz.

#### **P-56 AVALIAÇÃO DOS CURSOS DE REANIMAÇÃO NEONATAL REALIZADOS NO MARANHÃO, NO PERÍODO DE 2012-2013**

Maria José da Silva De Souza; Roberta Borges Correa de Albuquerque; Guilherme Silva Carvalho ; Marynéa Silva do Vale ; Patrícia Franco Marques ; Kássya Fernanda Freire - Hospital Univeritário Unidade Materno Infantil-UFMA **Introdução:** A avaliação dos cursos de reanimação neonatal é de suma importância, pois permite avaliar a efetividade do treinamento, possibilitando informações importantes para o programa. **Objetivo:** Descrever a avaliação realizada pelos participantes ao final do treinamento em reanimação pelo Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (Sbp). **Método:** Estudo transversal descritivo realizado a partir de dados coletados em fichas de avaliação entregues ao final do treinamento. A amostra



foi composta pelas fichas de avaliação de 341 profissionais de saúde que realizaram o curso no período de 2012 a 2013. Foram avaliados os seguintes aspectos em relação ao treinamento: a organização do curso, as aulas teóricas, as atividades práticas e as dinâmicas. **Resultados:** No período de 2012 a 2013 foram realizados 29 cursos de reanimação neonatal no Maranhão. Dentre os participantes, 119 (34,9%) eram médicos e 222 (65,1%) profissionais de outras áreas da saúde. Quanto a organização do curso, 255 participantes (74,8%) consideraram ótima, 82 (24%) boa, 3 (0,9%) regular e 1 (0,3%) como ruim. Em relação às aulas teóricas, 256 (75%) classificaram como ótimas, 80 (23,5%) boas e 5 (1,5%) regulares. Na avaliação das atividades práticas, 258 (75,6%) conceituaram como ótimas, 79 (23,2%) boas e 4 (1,2%) regulares. As dinâmicas foram consideradas ótimas por 262 participantes (76,8%), boas por 75 (22%) e regulares por 4 (1,2%). **Conclusão:** Os critérios avaliados foram considerados ótimos por aproximadamente 75% de todos os participantes do curso. Este fato provavelmente reflete o interesse dos instrutores e organizadores, no sentido não só de repassar conhecimento teórico-prático, mas também interagir com o participante visando o seu aprendizado na reanimação neonatal.

**P-57 INCIDÊNCIA DE HIPOTERMIA EM RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMOS DE MUITO BAIXO PESO À ADMISSÃO EM UTI NEONATAL NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2010 À JUNHO DE 2013 EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SÃO LUÍS - MA** Jeniffer Sousa de Abreu; Marynéa Do Vale Nunes; Gabriella Miranda Martins; Silvia Helena Cavalcante De Sousa; Patrícia Franco Marques; Fernanda Barroqueiro; Jefferson S. de Abreu; Nara Monteiro Oliveira- UFMA

**Introdução:** A hipotermia, definida como a temperatura do corpo abaixo de 36°C, de Recém-Nascidos Pré-Termos de Muito Baixo Peso (RNPTMBP) está associada ao aumento de morbi-mortalidade neonatal. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo determinar a incidência de hipotermia à admissão em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de um Hospital Universitário, em RNPTMBP de janeiro de 2010 à junho de 2013. **Metodologia:** Foi feita análise retrospectiva dos dados coletados nos prontuários dos RNPTMBP admitidos na UTIN de um Hospital Universitário de São Luís - MA. Foram então identificados os RNPTMBP com hipotermia no momento da admissão na UTIN. **Resultados:** Mesmo com medidas de controle térmico desses RNPTMBP como temperatura de 26° C em sala de parto, recepção em berço de calor radiante, uso de saco de polietileno e touca, além de transporte em incubadora previamente aquecida, dos 224 RNMBP, admitidos durante o período de janeiro de 2010 a junho de 2013, 176 (78,6%) tiveram temperatura inferior a 36°C; sendo 28 de 33 (84,8%) em 2010, 79 de 88 (89,8%) em 2011, 49 de 62 (79%) em 2012 e 20 de 41 (48,8%) no período de janeiro a junho de 2013. **Conclusão:** Devido à elevada e progressiva incidência de hipotermia em RNPTMBP admitidos na UTIN desse hospital, medidas de controle térmico nas salas de parto e durante o transporte, para evitar hipotermia neonatal, incluindo treinamento dos profissionais que recebem esses recém-nascidos de alto risco e realização de check-list de cuidados devem ser promovidos.

**P-58 OTIMIZAÇÃO DO USO DE CPAP EM SALA DE PARTO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Susana Figueira Valadão; Rossana Mara Pereira Mendes; Quézia Catharine Cavalcante de Melo ; Cristiane Vêras Bezerra Souza; Marynéa do Vale Nunes; Patrícia Franco Marques; Fernanda de Sousa Barcelos Barroqueiro- Hospital Univeritário Unidade Materno Infantil-UFMA **Introdução:** O uso precoce de CPAP na sala de parto, quando indicado, reduz a necessidade de ventilação mecânica e surfactante, melhorando assim o prognóstico dos recém-nascidos pré-termos (RNPT). **Objetivo:** Avaliar a frequência do uso de CPAP em sala de parto com o ventilador mecânico manual em "T", estabelecendo um paralelo com o início dos treinamentos em reanimação de RNPT. **Metodologia:** Estudo descritivo transversal retrospectivo, em que foram utilizados dados da Rede Brasileira de Pesquisas Neonatais (RBPN), da qual o Serviço de Neonatologia do Hospital Universitário faz parte. O período da pesquisa foi de janeiro/2012 a dezembro/2013. A partir desse período foram iniciados os treinamentos de reanimação em RNPT do Programa de Reanimação Neonatal (PRN) da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). **Resultados:** A frequência do uso do CPAP em sala de parto no ano de 2012 foi de 7,8% e em 2013 de 14,0%. Nesse período foram ministrados 7 treinamentos em que participaram 59 profissionais. **Conclusão:** Neste estudo, o uso de CPAP precoce em sala de parto foi baixo. Tal procedimento deve ser incentivado, uma vez que a utilização precoce do CPAP pelos RNPT pode reduzir a necessidade de intubação oro traqueal e o uso de surfactante, diminuindo assim a

morbimortalidade dessas crianças. Os treinamentos em reanimação neonatal de RNPT devem continuar acontecendo de maneira contínua para que os profissionais que recepcionem esses recém-nascidos estejam aptos para utilização dos procedimentos para esse grupo específico de pacientes.

#### **P-59 FREQUÊNCIA DAS MANOBRAS DE REANIMAÇÃO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Patrícia Franco Marques ; Marynéa Silva Do Vale; Aline Almeida Bastos; Wilhamar Gomes da Costa; Fernando Lamy Filho; Zeni Carvalho Lamy ; André Luiz Guimarães de Queiroz - Hospital Univeritário Unidade Materno Infantil-UFMA **Introdução:** Ao nascimento, seis em cada dez recém-nascidos pré-terms (RNPT) necessitam de Ventilação com Pressão Positiva (VPP) para iniciar e/ou manter a respiração. **Objetivo:** Conhecer a frequência das manobras de reanimação neonatal na sala de parto em um Hospital Universitário. **Métodologia:** Trata-se de um estudo epidemiológico, transversal e descritivo. Foram incluídos na pesquisa 483 RNPT com peso de nascimento (PN) >1.500 g, no período de janeiro de 2009 a Dezembro de 2012. O tratamento estatístico foi feito no programa Epi Info do CDC de Atlanta (EUA), versão 3.5, através de análise descritiva. **Resultados:** Dos 483 bebês incluídos na pesquisa, 67,9% (322) necessitaram de algum procedimento de reanimação neonatal, sendo 49,3% do sexo masculino e 50,5% do sexo feminino. Desses, 58,4 % utilizaram oxigênio inalatório, 66,5 % necessitaram de VPP com balão e máscara, 63,4% foram submetidos à intubação orotraqueal, 2,5% à massagem cardíaca, 2,2% receberam drogas vasoativas e 2,7% utilizaram CPAP em sala de parto. A mediana de peso de nascimento (PN) dos bebês que necessitaram de reanimação foi de 795 g contra 1.120 g dos que não realizaram nenhuma manobra. Quanto à idade gestacional (IG), a mediana dos que necessitaram de reanimação foi de 28 semanas contra 30 semanas do grupo que não necessitou de reanimação. Esses dados corroboram os achados da literatura de que a necessidade de manobras de reanimação é inversamente proporcional à IG e ao PN. **Conclusão:** A frequência de VPP em RNPT foi elevada, sendo de fundamental importância a presença de equipe treinada na reanimação desses bebês. O uso precoce de CPAP na sala de parto, quando indicado, reduz a necessidade de ventilação mecânica e surfactante, melhorando assim o prognóstico dos RNPT. Neste estudo, a utilização do CPAP foi baixa, devendo, portanto ser incentivada.

#### **P-60 FATORES DE RISCO PARA ÓBITO DE RECÉM-NASCIDOS (RN) DE MUITO BAIXO PESO (RNMBP) NA SALA DE PARTO: UMA ABORDAGEM HIERARQUIZADA**

Fernando Lamy Filho; Zeni Carvalho Lamy; Patrícia Franco Marques; Marynéa Silva do Vale; Marianne de Carvalho Rodrigues; Mariana Azevedo Sousa - Hospital Univeritário Unidade Materno Infantil-UFMA **Introdução:** Os óbitos na sala de parto costumam ser creditados principalmente a fatores como peso e idade gestacional. Porém, é possível que outros elementos possam estar associados ao fenômeno, principalmente quando se analisa uma faixa mais restrita de peso (PN<1500g). **Objetivo:** Identificar fatores maternos e neonatais associados ao óbito na sala de parto em RNMBP, em um Hospital Universitário. **Métodos:** Os dados foram coletados ao longo dos anos de 2009 a 2012. Variáveis foram agrupadas em quatro níveis hierárquicos que constituíram os modelos de análise multivariada hierarquizada: nível 4 - características pessoais maternas; nível 3 - características da assistência à mãe; nível 2 - características clínicas maternas acrescidas de sexo do RN e presença de mecônio e nível 1 - peso (3 categorias) e idade gestacional em dias (contínua). Utilizou-se a regressão logística e o p-valor aceito para a passagem de uma variável para o modelo seguinte foi de  $p < 0,05$ . Para análise estatística utilizou-se o programa Stata 10.0. **Resultados:** Foram analisados 483 RNMBP. Nenhuma variável se associou no primeiro modelo. No segundo modelo associaram-se a realização de pré-natal (OR= 0,26;  $p < 0,01$ ), uso de esteroide antenatal (OR=0,20;  $p < 0,01$ ) e parto cesariana (OR=0,56;  $p = 0,04$ ). No terceiro modelo apenas o uso de esteroide antenatal permaneceu associado. Somente a idade gestacional em dias associou-se no último modelo (OR=0,89;  $p < 0,01$ ). **Conclusão:** Além da influência esperada da imaturidade dos RN, o resultado do presente trabalho apontou para a importância de uma assistência pré-natal bem feita que inclua o uso de esteroide antenatal e parto cesariana.

#### **P-61 TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS PELO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL (PRN) NO ESTADO DO MARANHÃO, NO PERÍODO DE 2012 A 2013**

Maria José da Silva De Souza; Kassya Fernanda Freire; Rosinalva Conceição Chaves; Roxana Desterro e Silva da Cunha; Marynéa Silva do Vale; Patrícia Franco Marques - Hospital Univeritário Unidade Materno Infantil-UFMA **Introdução:**



O treinamento em reanimação neonatal constitui um dos pilares da estratégia de intervenção para a diminuição da mortalidade neonatal por asfixia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), através do seu Programa de Reanimação Neonatal (PRN). **Objetivo:** Descrever os treinamentos em reanimação neonatal ministrados pelos instrutores do PRN-MA para profissionais da saúde no Estado do Maranhão, no período de 2012 a 2013. **Método:** Estudo descritivo transversal que incluiu todos os cursos de reanimação ministrados no período de 2012 a 2013 pelo PRN-MA. **Resultados:** Foram realizados no período do estudo 29 cursos de reanimação neonatal no Maranhão. Destes, 22 (75,8%) foram realizados no município de São Luís, 03 (10,3%) em Imperatriz, 02 (6,8%) em Açailândia e 02 (6,8%) em Bacabal. Um total de 341 profissionais foi treinado, dos quais 119 (34,8%) eram médicos e 222 (65,1%) profissionais de outras áreas da saúde. **Conclusão:** O PRN, através dos seus cursos, proporciona treinamento para aquisição de conhecimento e competências em reanimação neonatal objetivando melhoria na assistência ao recém-nascido na sala de parto com a realização de procedimentos sequenciais adequados, principalmente nos primeiros minutos de vida. A capacitação de toda a equipe de saúde para a reanimação neonatal além de contribuir para a melhoria da assistência contribui para a redução do número de óbitos e de morbidades neonatais, melhorando assim, a qualidade de vida da criança e de sua família.

#### **P-62 TREINAMENTO DE PROFISSIONAIS NO TRANSPORTE NEONATAL EM UM ESTADO DO NORDESTE**

Patrícia Franco Marques; Silvia Helena Cavalcante de Sousa; Maria José Silva de Sousa; Roberta Borges Correia de Albuquerque; Marynéa Silva do Vale - Hospital Univeritário Unidade Materno Infantil-UFMA **Introdução:** Algumas vezes os recém-nascidos (RN) de risco necessitam de transporte intra ou inter-hospitalar, devendo ser realizado de maneira adequada pelos profissionais de saúde. **Objetivos:** Descrever a frequência de treinamentos em transporte neonatal de RN de risco por profissionais de saúde em um Estado do nordeste brasileiro. **Métodos:** Estudo transversal descritivo com dados de todos os cursos de transporte neonatal realizados no Estado do Maranhão, no período de 2012 a 2013, pelo PRN (Programa de Reanimação Neonatal) da SBP (Sociedade Brasileira de Pediatria). O curso tem carga horária de 8 horas, consta de um pré e pós-teste, aula teórica e quatro aulas práticas. São abordados os seguintes temas: etapas iniciais do transporte, manuseio da incubadora de transporte, do equipamento para ventilação, do oxímetro e da bomba perfusora, além do cálculo do risco, estabilização clínica pré-transporte, suporte ventilatório e o transporte propriamente dito. **Resultados:** Foram realizados 6 treinamentos, no período do estudo, com 68 participantes. Destes 60 eram médicos e 8 eram enfermeiros. A aprovação foi alcançada por 67 alunos, sendo que 1 foi reprovado. **Conclusão:** O treinamento de profissionais de saúde de nível superior pode assegurar a indicação correta e o transporte neonatal adequado dos recém-nascidos de risco. Desta forma, poderá contribuir para a redução da morbimortalidade neonatal e garantir a sobrevida com menos sequelas dos recém-nascidos que necessitam ser submetidos ao transporte inter ou intra-hospitalar.

#### **P-63 TRANSPORTE INTRA-HOSPITALAR DE RECÉM-NASCIDOS COM IDADE GESTACIONAL MENOR QUE 34 SEMANAS: MEDIDAS DE CONTROLE TÉRMICO**

Ana Maria Andreghetto; Marynéa Silva do Vale; Silvia Helena Cavalcante de Sousa; Patricia Franco Marques; Gabriela Miranda Martins; Fernanda de Sousa Barcelos Barroqueiro - Hospital Univeritário Unidade Materno Infantil-UFMA **Introdução:** O transporte intra-hospitalar neonatal está sujeito a intercorrências como a hipotermia (temperatura axilar menor que 36° C), que está associada ao aumento de morbimortalidade neonatal. **Objetivos:** identificar medidas de controle térmico efetivas na manutenção da temperatura dos prematuros de menos de 34 semanas de idade gestacional, transferidos do Centro de Parto até a Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) **Métodos:** Estudo prospectivo de todos os RNs com idade gestacional inferior a 34 semanas que foram admitidos na UTIN após o nascimento, de agosto a dezembro de 2013, incluindo dados do paciente, estratégias e equipamentos utilizados. **Resultados:** Dos 79 RN < 34 semanas nascidos na Unidade, 71 foram admitidos na UTIN e 8 tiveram óbito em sala de parto. Destes, 26,8% tiveram temperatura menor que 36°C à admissão. Todos foram transportados em incubadora de transporte previamente aquecida (temperatura entre 35 e 37 ° C), e 77,5% estavam com saco plástico de polietileno e touca. Dos 71 pacientes, 38 (53,5%) eram do sexo masculino e 33(46,5%) do sexo feminino. Em relação à assistência ventilatória, 30 (42,3 %) foram transportados com

VPP (ventilação com pressão positiva) e ventilador manual e TOT (tubo endotraqueal), 18 (25,4%) em CPAP (Pressão Positiva Contínua) facial, 3 (4,2%) com VPP e ventilador manual e máscara, 3(4,2%) com VPP e balão auto inflável e TOT, 17 (23,9%) em ar ambiente. A temperatura na sala de parto 53,5% dos casos estava acima de 26°C. O oxigênio utilizado foi apenas umidificado, mas não aquecido. **Conclusão:** Apesar das medidas de controle térmico usadas no transporte intra-hospitalar, a prevalência de hipotermia à admissão na Unidade Neonatal permanece acima dos dados da literatura, o que requer estratégias suplementares.

#### **P-64 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO DURANTE TERAPIA DE HIPOTERMIA INDUZIDA**

Shaiana Alves Agripino; Estefânia de Oliveira Cherem; Carolina Thaís Fonseca; Candida Leite de Carvalho Peres; Paula Cristina de Oliveira Pimenta- Hospital Sofia Feldman

**Introdução:** A elaboração de um protocolo e a capacitação da equipe de enfermagem para a terapêutica de Hipotermia Induzida (HI) são instrumentos facilitadores no tratamento da Encefalopatia Hipóxico-Isquêmica (EHI), uma vez que a enfermagem tem atuação primordial na manutenção e sucesso da HI. **Objetivo:** Apresentar a assistência prestada pela equipe de enfermagem ao recém-nascido (RN) submetido à HI em um Hospital Filantrópico de Belo Horizonte/MG. **Método:** Foi elaborado um protocolo de HI pela equipe multidisciplinar de neonatologia. Após aprovação, foi promovido uma capacitação da equipe de enfermagem quanto à EIH e seu manejo através da HI. O protocolo entrou em vigor em março de 2012. Foram atribuídos à equipe de enfermagem os seguintes cuidados: monitorização e manutenção da temperatura; inserção e manutenção de Cateter Venoso Central de Inserção Periférica (PICC); coleta de sangue para exames laboratoriais; promoção do conforto e avaliação constante da interferência sistêmica causada pela hipotermia. Foram colhidos dados de prontuários dos pacientes submetidos à HI de março a dezembro de 2012. **Resultados:** Adotou-se HI em 13 RNs com diagnóstico de EHI no período estudado. Evoluiu para óbito durante a terapêutica 01 paciente. Nos 12 sobreviventes, o protocolo foi cumprido integralmente. Todos os RNs tiveram cateter umbilical inserido por um pediatra e PICC inserido por dois enfermeiros. **Conclusão:** Para se obter sucesso na incorporação desta terapêutica, além de um protocolo bem estruturado, é imprescindível que o enfermeiro tenha conhecimento dos riscos que a instabilidade térmica pode acarretar para estes pacientes, da patologia, da terapêutica empregada e da assistência necessária para garantir a sobrevivência do RN, diminuindo assim a morbi-mortalidade desse perfil de paciente. O tema em questão é de fundamental importância para a prática da enfermagem, pois aborda o cuidado qualificado ao RN em condições extremas de saúde, além de ressaltar valor atribuído pela equipe ao trabalho realizado na recuperação desta criança.

#### **P-65 AVALIAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS COM ASFIXIA ADMITIDOS NA UTI NEONATAL DA MATERNIDADE MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE/PB**

Fernanda Cruz de Lira Albuquerque ; Aline Silva Santos Sena; Denise Maria Ramos de Amorim Albuquerque ; Elizabeth Trigueiro Maia; Tereza Raquel de Brito F. de Amorim; Karoline Lima - ISEA

**Introdução:** A incidência de asfixia nos países desenvolvidos é de 3-5/1000 nascidos vivos, sendo muitas vezes um dos motivos do encaminhamento à unidade de terapia intensiva (UTI) Neonatal. **Objetivo:** Avaliar os recém-nascidos com asfixia admitidos em uma UTI Neonatal. **Método:** A pesquisa foi quantitativa, documental e descritiva, realizada em uma unidade de atenção à gestação de alto risco de uma Maternidade Municipal, no interior da Paraíba, em Campina Grande - PB, no período de Janeiro a Novembro de 2013. O instrumento destinado à coleta de dados maternos e neonatais foi o livro de registro de nascimentos da sala de parto e um formulário previamente elaborado. Foi utilizado como critério de inclusão o Apgar &#8804; 7 no 1º minuto de vida e foram excluídos aqueles com malformações, bem como os recém-nascidos transferidos pra outros serviços. **Resultados:** Foram registrados 5.406 nascimentos, 433 admitidos em UTI Neonatal, destes 131 com asfixia neonatal. Na amostra a maioria foi do sexo feminino (38,2%), nascidos de parto operatório (48,9%), prematuros (52,9%), com baixo peso (59,5%) e fez pré-natal (93,1%). Foram reanimados 90% dos neonatos, 58% foi realizado Ventilação com Pressão Positiva (VPP), 59,5% intubação, 6% massagem cardíaca e 4,5% drogas, sendo de 38,2% o percentual de óbito. **Conclusão:** A pesquisa possibilitou a avaliação dos recém-nascidos com asfixia admitidos na UTI-Neonatal, bem como da assistência prestada em sala de parto, visto que ainda é elevado o percentual de óbitos. Percebe-se a importância de profissionais habilitados e continuamente capacitados para reanimação neonatal pela necessidade de VPP e Intubação na grande maioria dos casos.



**P-66 FATORES ASSOCIADOS À INTUBAÇÃO TRAQUEAL EM SALA DE PARTO E PROGNÓSTICO DE RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO**

Ligia Maria S.s. Rugolo; Maria Regina Bentlin; Adriana Saito Jasper; Grasiela Bossolan; João Cesar Lyra; Antonio Rugolo Junior; Alice Maria Kiy - FMB-UNESP  
**Introdução:** A necessidade e a intensidade da reanimação em sala de parto são inversamente proporcionais à idade gestacional. Os prematuros de muito baixo peso (PTMBP) são os que apresentam maior necessidade de intubação traqueal e ventilação com pressão positiva. **Objetivo:** Investigar os fatores perinatais associados à intubação traqueal em PTMBP na sala de parto e o prognóstico dos mesmos.

**Método:** Estudo de coorte com PTMBP sem malformações congênitas e com idade gestacional  $\geq 22$  semanas, nascidos em um hospital terciário entre 2006 e 2012. Analisados os dados gestacionais e do nascimento, ocorrência de hemorragia intra-craniana e óbito na 1ª semana. Teste t de student ou Mann-Whitney, X<sup>2</sup> e cálculo do risco relativo com intervalo de confiança 95% foram usados na análise dos resultados. **Resultados:** Dos 572 PTMBP incluídos, 236 (41%) foram intubados ao nascimento. Os PTMBP que necessitaram intubação traqueal tiveram menores: peso de nascimento (870g $\pm$ 265 vs 1200g $\pm$ 235;  $p < 0,001$ ), idade gestacional (26 $\pm$ 2 vs 30 $\pm$ 2;  $p < 0,001$ ) e APGAR de 1 e 5 minutos (2 vs 6 e 6 vs 8;  $p < 0,001$ , respectivamente). Coriâmnionite: RR=1,6 (1,2-2,1), peso de nascimento  $< 1000g$ : RR=3,4 (2,7-4,2) e idade gestacional  $< 29$  semanas: RR=4,0 (3,0-5,2) aumentaram o risco de intubação; enquanto que realização de pré-natal: RR=0,52 (0,41-0,66), hipertensão na gestação: RR=0,76 (0,61-0,95) e cesariana: RR=0,79 (0,65-0,96) diminuíram esse risco. Os PTMBP intubados ao nascimento tiveram maior risco de hemorragia intra-craniana: RR=1,64 (1,39-1,92) e de óbito neonatal precoce: RR=8,58 (4,97-14,79).

**Conclusão:** Prematuros extremos e de extremo baixo peso tem maior risco para intubação traqueal ao nascer, enquanto que os cuidados obstétricos adequados nas gestações de alto risco podem diminuir esse risco. PTMBP intubados ao nascimento têm pior prognóstico neurológico e maior mortalidade neonatal.

**Agradecimentos:** Equipe Médicos-Enfermeiras que atendem esses RN na sala de parto

**P-67 HIPOTERMIA TERAPÊUTICA PROTETORA EM RECÉM-NASCIDOS: INDICAÇÕES E COMPLICAÇÕES EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Sarah de Lima Alloufa; Renata Sayuri Anai; Paula Almeida Cavalcanti; Carolina Bicalho Nascimento ; Sáskia Maria Wiegerinck Fekete ; Maria Regina Bentlin; Ligia Maria Suppo Souza Rugolo; João César Lyra - FMB-UNESP **Introdução:** A encefalopatia hipóxico isquêmica (EHI) é o dano neurológico mais comum no período neonatal, apresenta graus variáveis de acometimento e provem de asfixia perinatal. Ela é atualmente tratada com hipotermia terapêutica por 72 horas com temperatura entre 33 e 34°C. O estudo de casos isolados é importante e interessante na avaliação da hipotermia, das suas complicações e de suas contra-indicações.

**Descrição dos casos:** Quatro casos apresentaram critérios de inclusão antes das primeiras 6 horas de vida conforme protocolo do serviço: levando em conta idade gestacional, peso de nascimento, presença de apgar baixo, acidose, necessidade de ventilação mecânica e encefalopatia neonatal precoce. Metade dos pacientes evoluiu bem, outros dois foram a óbito por causas variáveis como: miocardiopatia hipertrófica evoluindo para insuficiência cardíaca terminal, choque séptico, CIVD e hemorragia pulmonar. Em todos os recém-nascidos tratados houve evidência de acidose metabólica, com pH entre 6,91-7,16 e déficit de bases entre 23 a 26,1. O índice de Apgar foi variável, apresentando 0 a 1; 0 a 3; 3 a 6; em 1, 5 e 10 minutos, respectivamente. **Discussão:** Não existem mais dúvidas sobre os benefícios. As características do dano hipóxico isquêmico indicam que existe um período intermediário, em que é possível intervir interrompendo a cadeia de eventos que levam a destruição celular. Entretanto diferentes casos ainda precisam ser estudados e discutidos para aperfeiçoar as indicações e principalmente as contra-indicações de hipotermia. Dois pacientes do nosso estudo foram a óbito, por complicações distintas da asfixia perinatal. **Conclusão:** As complicações da hipotermia a curto prazo são pouco descritos na literatura. Casos individuais devem ser discutidos para o maior domínio da terapêutica.

**P-68 A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO PARTO E O RISCO DE ASFIXIA AO NASCER: EXPERIÊNCIA DE UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO EM BELÉM DO PARÁ**

Elaine Neves Figueiredo; Adriana Lameira Veríssimo; Laises Braga Vieira - Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna **Introdução:** A anóxia constitui um dos mais graves problemas que podem acometer o feto e o recém-nascido com altas taxas de mortalidade, mesmo nos centros mais avançados. A reanimação, incluindo ventilação com pressão positiva, é necessária em cerca de 1% dos Recém



Nascido (RN). **Objetivo:** Demonstrar como uma assistência humanizada contribui na diminuição do risco de asfixia ao nascer. **Material e métodos:** Análise retrospectiva dos dados de sala de parto no ano de 2013 do centro obstétrico de um hospital público em Belém do Pará. O hospital é público de nível terciário com 20 leitos de maternidade e 10 leitos de Uti Neonatal que assiste a RNs de todas as idades gestacionais, sendo referência Estadual para Cardiologia, Nefrologia e Psiquiatria. O centro obstétrico apresenta salas de parto normal individualizadas e equipadas para assistência ao parto humanizado e reanimação Neonatal. **Resultados:** Em 2013, foram 1362 partos de nascidos vivos, sendo 56,3% (766/1362) de parto normal e 42,5% (579/1362) de parto cesárea. Nasceram com peso acima de 2500g, 92,3% (1257/1362). Tiveram apgar de 1º minuto < 7 e necessitaram de algum tipo de ajuda para uma respiração efetiva somente 5,8% (79/1362). Apenas 0,7% (9/1362) tiveram apgar do 5º minuto < 7. Neste período, foram encaminhados para a Uti Neonatal 6,5% dos RNs (89/1362), sendo destes, 46,1% (41/89) com peso abaixo de 2500g e a maioria (64%) nascido de parto cesárea. **Conclusão:** A taxa de asfixia ao nascer vem diminuindo gradativamente. Em 2012 chegou a 1,2%, no final de 2013 foi de 0,7%, inferiores a muitos centros de referência nacionais. Sendo um centro terciário de referência para alto risco materno e Neonatal em Belém/PA e vem realizando sistematicamente uma assistência humanizada ao parto. **Agradecimentos:** Direção da FHCGV e equipe de Neonatologia

**P-69 RISCO DE HIPOTERMIA, USANDO O ESCORE SNAP-PE II, EM RECÉM NASCIDOS DA UTI NEONATAL DE UM HOSPITAL PÚBLICO TERCIÁRIO EM BELÉM DO PARÁ** Elaine Neves Figueiredo;

Adriana Lameira Veríssimo; Laises Braga Vieira - Fundação Pública Estadual Hospital de Clínicas Gaspar Vianna **Introdução:** A hipotermia consiste numa temperatura corporal anormalmente baixa e pode causar hipoglicemia, acidose metabólica e inclusive a morte. Todos os recém-nascidos (RN) devem manter-se num ambiente com uma temperatura elevada para evitar a hipotermia. **Objetivo:** Avaliar a incidência de hipotermia, utilizando o SNAP-PE II, em recém nascidos admitidos na Uti Neonatal. **Material e métodos:** Análise retrospectiva dos prontuários do escore de risco SNAP-PE II, usando a variável Temperatura, de todos os recém nascidos admitidos na Uti Neonatal de janeiro a dezembro de 2013. O SNAP PE II é um escore de mortalidade neonatal que foi desenvolvido com a finalidade de agrupar os neonatos em graus de risco de mortalidade, possibilitando a avaliação do prognóstico destes pacientes e servindo como parâmetro de comparação entre diferentes Unidades de Terapia Intensiva Neonatais. **Resultados:** O cuidado para se evitar a hipotermia começa logo na sala de parto quando se seca o recém-nascido e se promove precocemente o contato pele a pele com a mãe. Nos RN <1500g, além dos cuidados habituais na prevenção da hipotermia, deve-se envolver o RN com saco plástico poroso medindo em média 30x50cm, sem secar o corpo, somente a cabeça, e colocar touca de lã ou malha. Todas as manobras da reanimação no RN são feitas com ele envolvido no saco plástico. Em 2013, de todos os RN nascidos no serviço, 6,5% (89/1362) foram admitidos na Uti Neonatal. Destes, foram identificados com hipotermia 45% (40/89) em que 34,8% (31/89) tinham temperatura axilar entre 35-35,6°C e 10,1% (9/89) abaixo de 35°C. A maioria destes, 62,5% (25/40), nasceu de parto cesárea e 67,5% (27/40) pesava menos de 2500g. **Conclusão:** Observou-se que o risco aumentado para hipotermia pode estar relacionado ao parto operatório, cujo ambiente não se respeita de forma efetiva a temperatura ideal de 26°C, contribuindo para maior morbidade nestes recém nascidos. **Agradecimentos:** Direção da FHCGV e equipe de Neonatologia

**P-70 NEONATOS ASFIXIADOS SUBMETIDOS À HIPOTERMIA NEUROPROTETORA : ASPECTOS MATERNS, DOS RECÉM NASCIDOS E A ASSISTÊNCIA EM SALA DE PARTO** Clery Bernardi Gallacci; Mauricio Magalhaes; Maria Renata Tollio Chopard; Marianna Corsante Monte; Roberta Maria de Paiva Azevedo; Inez Carvalho Oliveira - Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo

**Introdução:** A incidência de asfixia perinatal é 2 a 4 para cada mil nascidos vivos (OMS). No Brasil 21 % dos óbitos neonatais são conseqüentes à asfixia perinatal. A hipotermia neuroprotetora é utilizada no tratamento nos recém-nascidos (RN) asfixiados com melhora do prognóstico. **Objetivo:** Analisar aspectos maternos e dos RN submetidos à hipotermia neuroprotetora. Avaliar os procedimentos necessários para estabilização do RN na sala de parto. **Método:** Estudo de coorte retrospectivo com RN nascidos entre maio 2009 a janeiro 2014 submetidos à hipotermia neuroprotetora em hospital terciário de São Paulo. Analisados através de banco de dados: patologias maternas, paridade e idade,



tempo da internação da gestante até o momento do nascimento, tipo de parto. Do RN: idade gestacional, peso, sexo, Apgar 5', reanimação neonatal, pH e excesso de base do sangue de cordão, tempo de vida para atingir a temperatura alvo. **Resultado:** Analisados total de 60 casos. Média da Idade materna de 27,7 -DP 8,2 anos e mediana da paridade de 1(0-6); infecção materna 19,1% e hipertensão arterial 11,1%. Parto normal 33% e 25% fórceps. A média do intervalo entre admissão da gestante e o nascimento foi de 9h30` -DP8 h. Idade gestacional média foi de 39 4/7 semanas. O peso médio dos RN de 3293 g, sexo masculino (70 %) ( $p=0,0031$ ;  $OR=2,24$  IC 95%: [0,82;2,47]). A variável peso x sexo não apresentou impacto nos resultados ( $p=0,114$ ). Apgar de 5` mediana de 4,5. A gasometria de cordão apresentou pH médio de 7,02 e excesso de base de -17,4. Somente 11% dos RN necessitaram de massagem cardíaca e/ou medicação. O tempo de vida para atingir a hipotermia foi em média de 1 h 20` **Conclusão:** O sexo masculino foi prevalente porém, sem significância estatística. A etapa da reanimação até a assistência ventilatória foi efetiva em 88,9% dos casos.

#### **P-71 ASSOCIAÇÃO ENTRE ÓBITO NEONATAL E TRANSPORTE EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Carmen Sulinete Suliano da Costa Lima; Sofia Goersch Andrade Aragão; Andrea Pereira de Freitas; Renata de Paula Duarte; Vicente Hidalgo Rodrigues Fernandes; Thiago Santana Feitosa; Camilla Maria Vasconcelos Ribeiro; Sarah Thé Coelho - Universidade de Fortaleza

**Introdução:** A mortalidade neonatal em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) é de causa multifatorial, sendo o transporte neonatal inadequado um importante fator de risco em serviços que recebem pacientes externos. O estudo correlacionou os fatores de risco associados ao óbito em pacientes transportados. **Objetivos:** Este trabalho avaliou a associação entre o óbito infantil em UTIN e fatores de risco em pacientes transportados. **Métodos:** Estudo caso-controle dos óbitos em UTIN de um hospital público sem maternidade, no período de janeiro de 2006 a dezembro de 2010. A população do estudo foi de 904 recém-nascidos (150 casos e 754 controles). As variáveis foram agrupadas em três grupos de acordo com modelo estruturado hierarquizado: fatores distais (pré-natais), intermediários (perinatais) e proximais (assistência em UTIN). O transporte foi considerado inadequado quando não atendia aos requisitos definidos pela pesquisa. Os dados foram coletados do prontuário médico e analisados pelo programa STATA® 11.0. Foi empregado um modelo hierarquizado para análise das variáveis. Para variáveis contínuas foi utilizado o Teste T de Student e inicialmente foram realizadas análises bivariadas (teste qui-quadrado). Em seguida, realizadas análises multivariadas pela regressão logística por stepwise. Considerou-se estatisticamente significativa quando, na associação entre as variáveis, observou-se valor de  $p \leq 0,05$ . **Resultados:** Quanto aos transportes, entre os casos, 75,3% foram considerados inadequados e 59,9% dos controles, encontrado a seguinte associação ao óbito:  $OR=2,63$ ; IC 95%: 1,48-4,70. Também houve associação ao óbito: ausência de pré-natal, parto vaginal, baixo peso ao nascer, Apgar < 7 no 1º minuto, Apgar < 7 no 5º minuto, uso de cateter central, tempo de ventilação mecânica, infecção hospitalar. **Conclusão:** O neonato submetido ao transporte inadequado apresentou 2,6 vezes maior risco de óbito. Este resultado expõe as irregularidades do transporte neonatal. São necessários investimentos que melhorem a organização da atenção perinatal, a fim de diminuir os óbitos evitáveis.

#### **P-72 PROCEDIMENTOS DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: SÉRIE TEMPORAL 2003-2013**

Mandira Daripa; Guilherme A. Sancho; Marco Pavanelli; Cláudia Rossi; Rita C.x. Balda; Cleonice B. Perazolo; Milton H. Miyoshi; Ruth Guinsburg; Maria Fernanda B. de Almeida - EPM-UNIFESP

**Introdução:** Hospitais universitários têm como missão ensinar as práticas de reanimação neonatal de acordo com o estado da arte. **Objetivo:** Analisar a incorporação das mudanças propostas pelo International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) na reanimação do recém-nascido (RN) em sala de parto em 2000, 2005 e 2010 na prática clínica de um hospital universitário.

**Métodos:** Coorte prospectiva dos nascidos vivos sem malformações com idade gestacional (IG)  $\geq 23$  semanas, peso  $\geq 400g$ , nascidos em Hospital Universitário entre Janeiro/2003-Dezembro/2013. As condutas de reanimação seguiram as recomendações do ILCOR-2000, ILCOR-2005 e ILCOR-2010 respectivamente nos períodos de 2003-2005, 2006-2010 e 2011-2013. Todos os profissionais que atuaram na sala de parto foram treinados em cursos teórico-práticos de reanimação, atualizados em cada período. Analisou-se a frequência de RN que receberam: oxigênio inalatório, ventilação com máscara, ventilação com cânula traqueal e reanimação avançada (ventilação com massagem cardíaca

e/ou medicações). A comparação entre os 3 períodos foi feita com qui-quadrado de tendência para RN com IG 23-33 e  $\geq 34$  semanas separadamente. **Resultados:** Dos 10.219 nascidos entre 2003-2013, 8.794 obedeceram aos critérios de inclusão. Práticas da reanimação para os 834 RN com IG 23-33s em 2003-2005 vs 2006-2010 vs 2011-2013: oxigênio inalatório 42vs29vs4% ( $p < 0,001$ ); ventilação só com máscara 14vs23vs22% ( $p = 0,013$ ); ventilação com cânula 30vs18vs23% ( $p = 0,001$ ) e reanimação avançada 4vs5vs3% ( $p = 0,381$ ). Práticas da reanimação para os 7.960 RN com IG  $\geq 34$ s em 2003-2005 vs 2006-2010 vs 2011-2013: oxigênio inalatório 55vs22vs1% ( $p < 0,001$ ); ventilação só com máscara 10vs11vs9% ( $p < 0,001$ ); ventilação com cânula 2vs1vs2% ( $p = 0,234$ ) e reanimação avançada 0,8vs0,2vs0,2% ( $p < 0,001$ ). **Conclusão:** Houve incorporação das recomendações do ILCOR na prática da reanimação em sala de parto no decorrer dos 11 anos com redução do uso do oxigênio inalatório e aumento da ventilação com máscara em todos os RN, diminuição da ventilação com cânula nos prematuros  $< 34$  semanas e redução da reanimação avançada nos  $\geq 34$  semanas.

**P-73 APGAR NO PRIMEIRO MINUTO MENOR OU IGUAL A TRÊS E ÓBITO NEONATAL PRECOCE EM RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO PESO** Maria Cândida Ferrarez Bouzada; Simone França Nery; Juliana Righi dos Santos; Mário Dias Corrêa Júnior; Ana Cristina de Oliveira Costa; Levi Costa Cerqueira Filho; Adriana Regina Rodrigues; Érika Lima Dolabella Teixeira da Costa; André Botinha de Sousa -HC-UFMG  
**Introdução:** Os óbitos neonatais precoces correspondem a 50% da mortalidade de crianças menores de um ano. O baixo Apgar no quinto minuto de vida está relacionado ao grau de sequelas neurológicas e ao óbito no período neonatal. **Objetivo:** Conhecer a associação entre Apgar no primeiro minuto menor ou igual a três e morte neonatal precoce. **Método:** Estudo retrospectivo com 532 recém-nascidos (RN) de baixo peso admitidos em Unidade Neonatal de Cuidados Progressivos entre janeiro de 2004 a dezembro de 2010. **Resultado:** Média de idade materna: 27,25 anos (Desvio Padrão (DP)  $\pm 7,07$ ; mínima: 14 anos, máxima: 48 anos), 228 mães (42,86%) apresentaram hipertensão arterial. Média do peso de nascimento: 1092g (DP:  $\pm 272,10$ ; mínimo: 500g, máximo: 1495g) Média de idade gestacional: 29,46 semanas (DP:  $\pm 2,86$ ; mínimo: 24 semanas, máximo 39,6 semanas). 108 RN (20,30%) foram gêmeos e 238 (44,7%) do sexo masculino. 411 RN (77,26%) eram apropriados para idade gestacional (AIG) e 121 (22,74%) pequenos para idade gestacional (PIG). 117 óbitos (21,99%), destes 74 (73,5%) foram óbitos precoces. 74 RN tiveram Apgar menor ou igual a 3 no primeiro minuto de vida, destes 46 RN (62%) faleceram nos primeiros sete dias de vida ( $X^2: 71,03$ ,  $p: 0,000$ ; RR: 3,69, IC95%: 2,72 – 5,01). **Conclusão:** O Apgar menor ou igual a três no primeiro minuto de vida está associado ao óbito neonatal precoce. Condutas que reduzam os fatores de risco responsáveis por sofrimento fetal agudo devem ser implantadas na assistência perinatal.

**P-74 NECESSIDADE DE REANIMAÇÃO EM SALA DE PARTO RALACIONADA COM DISPLASIA BRONCOPULMONAR E HEMORRAGIA INTRACRANIANA** Stella Indicatti Fiamenghi<sup>1</sup>; Paulo de Jesus Hartmann Nader<sup>1</sup>; Silvana Salgado Nader<sup>1</sup>; Augusta Luize Harff<sup>1</sup>; Verônica Indicatti Fiamenghi<sup>2</sup>; Marcelo Costamilan Rombaldi<sup>2</sup>; Luiza Nader<sup>1</sup>; Carine Rech<sup>1</sup>; Fernanda Bonilla Colomé<sup>1</sup> - <sup>1</sup> ULBRA; <sup>2</sup> UCS  
**Introdução:** Os recém-nascidos com peso de nascimento  $< 1500g$  representam 1,5 a 2% da população de nascidos vivos, 80% da mortalidade neonatal entre recém-nascidos de baixo peso e um terço da mortalidade infantil. **Objetivos:** Analisar a necessidade de reanimação neonatal de acordo com a faixa de peso e impacto do Apgar no desfecho dos recém-nascidos. **Métodos:** Foi realizada coleta de dados através de banco de dados de todos os recém-nascidos com peso  $< 1500g$  admitidos em UTI Neonatal de um Hospital Universitário do Sul do Brasil no período de Janeiro a Dezembro de 2012. **Resultados:** Foram incluídos no estudo 62 recém-nascidos, divididos em 2 grupos conforme a faixa de peso ao nascimento: (A)  $< 1000g$  ( $n = 19 - 30,64\%$ ) e (B)  $\geq 1000g$  ( $n = 43 - 69,36\%$ ). No grupo B, 47,6% dos RN necessitaram de reanimação em sala de parto, enquanto que 89,5% dos RN do grupo A necessitaram ( $p = 0,04$ ). Os RN que tiveram necessidade de reanimação em sala de parto apresentaram maior risco para desenvolvimento de displasia broncopulmonar (DBP) ( $p = 0,023$ ). Da mesma forma, houve maior risco para Apgar  $< 7$  no 5º minuto no grupo A em relação ao grupo B ( $p = 0,04$ ). Em relação ao Apgar, observou-se que Apgar  $< 7$  no 1º minuto esteve diretamente relacionado com hemorragia peri-intraventricular (HPIV) ( $p = 0,029$ ), hemorragia pulmonar ( $p = 0,037$ ) e óbito ( $p = 0,011$ ). Ao associarmos Apgar de 5º minuto  $< 7$  e peso  $< 1000g$ , observamos um desfecho ainda pior em questão de morbimortalidade ( $p = 0,004$ ). **Conclusão:** Há



uma estreita relação entre peso de nascimento e necessidade de reanimação em sala de parto, sendo que o Apgar < 7 no 5º minuto está diretamente relacionado com mortalidade. Há também relação entre necessidade de reanimação em sala de parto e DBP e HPIV.

**P-75 PRINCIPAIS CAUSAS DE TRANSPORTE PARA UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL DOS NEONATOS NASCIDOS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO SANTA TEREZINHA, JOAÇABA, SANTA CATARINA, NO PERÍODO DE 2007 A 2012** Angela Ferri Frares; Alana da Cas; Jessica Manfroí; Carina Santini Quiben - UNOESC - SC **Introdução:** A melhor forma de transportar uma criança de alto risco é dentro do útero materno. A prematuridade constitui o principal fator de mortalidade no primeiro mês de vida e a necessidade de transporte interhospitalar associa a esses pacientes uma maior risco de morbi-mortalidade. **Objetivo:** Definir as principais causas de transporte para UTI neonatal no período de 2007 a 2012 e implementar o serviço de atendimento aos recém-nascidos da região, além de determinar fatores de risco para transporte neonatal. **Método:** A coleta de dados foi realizada com auxílio do Livro de Registros do Berçário e dos prontuários dos pacientes, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultado:** No período do estudo, 598 bebês foram internados no berçário; 60 foram transferidos para uma UTI Neonatal (9%). A principal causa de transporte para um centro terciário foi a prematuridade (46,67%), seguida por complicações respiratórias (8,33%). O sexo prevalente é masculino (55%) e a idade gestacional ao nascimento foi inferior a 37 semanas em 37% dos casos. 56% dos pacientes tiveram Apgar entre 8 e 10 no quinto minuto. 70% das crianças transferidas permaneceram apenas um dia no Berçário de origem. **Conclusão:** A prematuridade é a principal causa de transporte para UTI neonatal, além de complicações respiratórias. O baixo número de transferências identificadas provém do registro inadequado dos dados. A necessidade de reorganização e padronização dos registros do berçário da maternidade do Hospital Universitário Santa Terezinha, bem como a reestruturação do arquivo de prontuários do mesmo, é mandatória, tendo em vista não só questões científicas como também jurídicas.

**P-76 ASFIXIA NEONATAL: CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SALA DE PARTO, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA** Ludmilla Dourado<sup>1</sup>; Goreti Freitas de Jesus<sup>1</sup>; Rafaela Argolo<sup>2</sup>; Mayana Rodrigues De Almeida Sampaio<sup>2</sup> -<sup>1</sup> HGCA; <sup>2</sup> UFRB; **Introdução:** A asfixia neonatal pode ser entendida como uma injúria provocada pela falha no início da respiração normal do neonato em função de uma diminuição da oxigenação na hora do parto. **Objetivos:** Este trabalho objetiva relatar a experiência de enfermeiras e estudantes de graduação em enfermagem na assistência a RNs com asfixia neonatal, imediatamente após o nascimento, em uma maternidade pública. **Métodos:** Trata-se de relato de experiência vivenciado por enfermeiras e graduandos de enfermagem na Maternidade de um hospital público da Bahia, no período de julho a dezembro de 2013. **Resultados:** Foi observado um número relativamente alto de RNs com asfixia neonatal (com Apgar de primeiro minuto 2-3) necessitando de cuidados adicionais da equipe de saúde. Os RNs asfixiados foram atendidos pelo Neonatologista da sala de parto juntamente com a enfermeira e o técnico de enfermagem. Os asfixiados graves foram entubados em sala de parto, sendo encaminhados à UTI Neo ou permaneceram em sala de parto, na ausência de vagas. Falhas observadas nessa assistência foram a falta de oximetria em sala de parto, não havendo parâmetros consistentes para a instalação da oxigenoterapia e a ausência de neonatologista em alguns períodos da semana, gerando conflitos na assistência de enfermagem. **Conclusão:** Em nosso país a maioria dos óbitos ocorridos, dentro das altas taxas de morbimortalidade perinatal, são determinados por condições da gestação, características da assistência ao parto e ao RN. Uma assistência adequada e de qualidade ao recém-nascido (RN) imediato é elemento fundamental para prevenir lesões asfíxiais, que podem levar ao óbito neonatal. Diante disso, deduzimos deste trabalho que mesmo com a equipe preparada tecnicamente para a assistência da asfixia neonatal em sala de parto ainda faltam elementos estruturais de forma que os riscos possam ser evitados.

**P-77 CONTATO PELE A PELE DO RN COM A MÃE APÓS O NASCIMENTO** Ludmilla Dourado<sup>1</sup> ; Rosana Oliveira de Melo<sup>2</sup> ; Tayara de Oliveira Vitória<sup>2</sup>; Rayane Mayara Costa Santos<sup>2</sup>; Igor Laursen de Oliveira Souza<sup>2</sup> - <sup>1</sup> HGCA; <sup>2</sup>UEFS **Introdução:** O contato imediato entre mãe e recém-nascido (RN) após o parto favorece o desenvolvimento da habilidade da mãe em lidar com o seu filho, facilita uma assistência materna precoce e influencia no desenvolvimento futuro da criança. **Objetivos:** Observar como ocorreu o contato pele a pele do recém-nascido com a mãe logo após o nascimento; descrever fatores facilitadores e dificuldades vivenciados na assistência de enfermagem. **Métodos:** Relato de experiência vivenciado por estudantes do Programa de Educação do Trabalhador (PET) Saúde da Mulher/ Universidade Estadual de Feira de Santana, no período de agosto de 2012 a agosto de 2013 numa maternidade de um hospital público da Bahia. **Resultados:** Após o nascimento, observou-se que o contato que deveria ser precoce entre o recém-nascido e a mãe é visto em segundo plano pelos profissionais de saúde por ser priorizado os primeiros cuidados ao RN. Foram evidenciados como fatores dificultantes: alto índice de prematuros, uma vez que, as intercorrências neonatais retardam esse primeiro contato devido a necessidade de priorizar a assistência frente às complicações. Também, parte da equipe acredita que partos cesáreos impossibilitam esse contato precoce. Em contrapartida, alguns membros da equipe, principalmente em partos normais, incentivam o contato precoce entre a mãe e o RN. Como fatores facilitadores, destaca-se o fato da instituição ser credenciado como Hospital Amigo da Criança e a existência de uma equipe treinada sobre Aleitamento Materno. **Conclusão:** O primeiro contato do recém-nascido com a mãe firma os laços afetivos e transmite a esta maior segurança para exercer os cuidados ao seu filho após a alta. Assim, tendo em vista o cenário observado nota-se a necessidade de um melhor preparo da equipe, a qual deve ser incentivada sobre a importância de estreitar o vínculo entre mãe e filho.

**P-78 FATORES PROGNÓSTICOS PARA A RECUPERAÇÃO DA ASFIXIA NEONATAL: ESTUDO RETROSPECTIVO DE 174 CASOS** Caio Lima<sup>1</sup> ; Andrea Kairala<sup>1</sup> ; Adna Sandrielle<sup>1</sup> ; Camila Seixas<sup>1</sup>; Luana Nogueira<sup>1</sup>; Caio Santos<sup>1</sup> ; João Barbosa<sup>1</sup> ; Caio Medeiros<sup>2</sup> ; Fabiano Cunha<sup>3</sup> - <sup>1</sup> FAMEPLAC – DF; <sup>2</sup> UFRN –RN; <sup>3</sup> HSM-DF **Introdução:** Estudos demonstram que diferentes variáveis associadas levam a um maior risco do RN apresentar asfixia intra-útero ou no momento do parto, como descolamento prematuro de placenta, disfunção placentária aguda, compressão do cordão, perfusão placentária aguda, RN com crescimento intrauterino retardado, disfunção pulmonar fetal pós nascimento, prematuridade, sedação da mãe (RN sem drive respiratório) e APGAR de 0 a 7 no quinto minuto. **Objetivos:** Estudar, através de análise de prontuário de 174 recém-natos, fatores prognósticos para a recuperação da asfixia neonatal, baseando-se no escore de APGAR do primeiro e quinto minutos. **Metodologia:** Realizou-se um estudo epidemiológico retrospectivo em população de recém nascidos em um hospital do Distrito Federal. Foram incluídos na análise todas as crianças nascidas entre junho de 2009 e junho de 2013. Como critério de inclusão, utilizou-se o escore de APGAR no primeiro minuto abaixo de 7. Em termos avaliativos, considerou-se um sinal de recuperação do quadro de asfixia quando o recém-nascido atingiu um escore de APGAR do quinto minuto maior ou igual a 7. **Resultados:** Das 174 crianças analisadas, 55,6% eram do sexo masculino, 92% da amostra nasceram de parto Cesário. O índice de recuperação da asfixia foi menor nos RNBP em relação às crianças que nasceram com peso superior a 2500g ( $p= 0,0001$ ), e maior nos RNT do que nos RNPT e nos RN pós-termo ( $p=0,03$ ). **Conclusões:** Assim, nota-se que importantes variáveis para a avaliação do prognóstico da asfixia neonatal são: idade gestacional, sendo comprovada a importância do nascimento a termo, e peso do recém-nato, já que a recuperação se deu melhor nos indivíduos com peso considerado normal. Não se observou, nesse estudo, relação válida com o tipo de parto, possivelmente devido ao fato de que nesse serviço o número de parto Cesário é predominante. Não houve relação considerável com a variável sexo.

**P-79 RELAÇÃO ENTRE O DESENVOLVIMENTO DO PREMATURO ABAIXO DE 30 SEMANAS E MANOBRAS DE REANIMAÇÃO NA SAL DE PARTO** Aurimery Chermont; Amanda Chermont; Caio Bacelar; Raquel Sacramento - UFPA Os eventos no crescimento e no desenvolvimento ocorrem antes do nascimento, e recebem influência multifatorial exercendo influência no padrão fetal. O objetivo geral foi avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor dos RN prematuros menores que 34 semanas durante os três primeiros anos de vida no Ambulatório do Prematuro em Belém – Pa submetidos à



ventilação com pressão positiva a 100% na sala de parto e/ou intubação traqueal. Trata-se de um estudo observacional do tipo coorte prospectivo com 90 crianças prematuras no período de Junho de 2008 a Junho de 2010. Das variáveis maternas houve correlação significativa: idade materna inferior a 19 anos com a ventilação com pressão positiva no primeiro ano ( $p = 0.0007$ ) e terceiro ano de vida ( $p < 0,0001$ ). Entre as características do RNMBP e o resultado do Teste de Denver houve uma tendência a uma correlação alterada no primeiro ano de vida, do sexo masculino, ( $p = 0.0009$ ), idade gestacional de 27 a 29 semanas ( $p = 0.0022$ ) com a intubação traqueal. E a partir de 33 semanas ( $p = 0.0398$ ), peso inferior a 1500g ( $p = 0.0001$ ) com a ventilação com pressão positiva ( $p = 0.0001$ ). Pode-se inferir que no primeiro ano de vida a alteração do desenvolvimento motor global preponderou, e que a partir do segundo ano de vida o atraso na área da linguagem prevaleceu demonstrando a necessidade de maiores cuidados na sala de parto com relação ao uso de oxigênio a 100% e a intubação traqueal.

#### **P-80 EVOLUÇÃO NEONATAL DE RECÉM- NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO (RNMBP) COM DIFERENTES ABORDAGENS DE TERAPIA RESPIRATÓRIA A PARTIR DA SALA DE PARTO**

Marta Maria Galli Bozzo Mataloun; Lilian Rodrigues Sadeck; Renata Araujo Monteiro Yoshida; Luiza Fortunato Visconti; Vera Jornada Krebs; Werther Brunow de Carvalho Instituto Da Criança - HCFMUSP **Introdução:** A abordagem ventilatória menos agressiva, em RNMBP (PN < 1500 gramas), a partir da sala de parto, pode reduzir a necessidade de entubação/ventilação mecânica (VM) e a morbi-mortalidade. **Objetivo:** Descrever a evolução de RNMBP que necessitaram de suporte ventilatório desde a sala de parto, de acordo com a abordagem ventilatória: Grupo I: VM e Grupo II: CPAP nasal. **Métodos:** Estudo retrospectivo longitudinal, em RNMBP com idade gestacional (IG) < 34 semanas, de 01/01/2011 a 31/06/2013. Foram excluídos os RN com mal-formação congênita grave, óbito nas primeiras 6 horas de vida, e os que não necessitaram de suporte ventilatório desde a sala de parto. **Desfechos primários:** dependência de oxigênio aos 28 dias, com 36 semanas de IG corrigida e mortalidade intrahospitalar. Considerou-se significativo  $p < 0,05$ . **Resultados:** Foram admitidos 293 RN, sendo excluídos 82. Analisados: GI (100) e GII (71) Os grupos não diferiram em relação ao sexo ( $p = 0,5$ ); PN (GI = 937,2 g  $\pm$  293; GII = 1096,0 g  $\pm$  248;  $p = 0,17$ ), IG (GI = 28  $\pm$  2,5; GII = 30,2  $\pm$  2,1;  $p = 0,06$ ); corticoide antenatal (GI = 27%; GII = 31%;  $p = 0,6$ ). O GI apresentou maior incidência de asfixia (Apgar 5' < 5) (GI = 13%; GII = 0%;  $p = 0,002$ ), SNAPPE &#8807; 60 (GI = 6%; GII = 0;  $p = 0,04$ ), maior uso de surfactante (GI = 80%; GII = 30%;  $p = 0,05$ ), e GII maior frequência de PIG (GI = 26%; GII = 50%;  $p = 0,001$ ). O GII teve 36% falha de CPAP (necessitaram de VM nas primeiras 48 h, após início CPAP). Não houve diferenças entre os grupos em relação à sepse precoce e tardia, HIC III-IV; ROP, ECN, PTX. Em relação aos desfechos primários encontrou-se: menor mortalidade (GI = 22%; GII = 2,5%;  $p = 0,01$ ) e dependência de O<sub>2</sub> com 28 d (GI = 50%; GII = 17%;  $p = 0,004$ ) no GII, mas não houve diferença de dependência O<sub>2</sub> 36s (GI = 32%; GII = 20%;  $p = 0,12$ ). **Conclusão:** A asfixia perinatal foi um fator importante para a abordagem ventilatória. Observou-se menor dependência O<sub>2</sub> aos 28 d, mas não com 36s; e menor mortalidade no GII. Apenas 36% dos RN do GII necessitaram de VM. Portanto, CPAP na sala de parto é uma abordagem que pode evitar VM, sem piorar o prognóstico, em RNMBP PIG e sem asfixia.

#### **P-81 MANEJO E COMPLICAÇÕES RELACIONADAS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM UMA UTINEONATAL**

Marta Lúcia de Albuquerque<sup>1</sup>; Gabriela Albuquerque Batista De Araújo<sup>2</sup>; Tarsyla Medeiros De Albuquerque<sup>2</sup>; Pedro Amorim Soares<sup>3</sup>; Bruno Leão Caminha<sup>2</sup>; Glenny Brasil Gurgel<sup>4</sup>; Waldeneide Fernandes De Azevedo<sup>4</sup>; Denize Nóbrega Pires<sup>4</sup> 1FCM-CG; 2UFPPB; 3FCM-PB; 4UFCCG **Introdução:** A hipotermia terapêutica tem mostrado grandes benefícios na redução da lesão cerebral e neurológica após encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI). Entretanto, o procedimento não está isento de efeitos colaterais e suas complicações. **Objetivo:** Analisar as complicações decorrentes da utilização e do manejo dos procedimentos da hipotermia terapêutica como tratamento da encefalopatia hipóxico-isquêmica. **Método:** Estudo retrospectivo, descritivo, realizado através da consulta de 24 prontuários de neonatos submetidos ao tratamento durante o ano de 2013. Os dados foram analisados utilizando Microsoft Office Excel 2007. **Resultado:** Em nosso serviço, utilizamos hipotermia terapêutica há 1 ano, através de método artesanal, com resfriamento provocado por bolsas de gelo, monitorizando a temperatura através de sensor de temperatura esofágica + axilar,

pressão arterial, diurese, peso e PC, glicemia capilar, frequência cardíaca e respiratória. Não dispomos de EEG contínuo. Realizamos ultrassonografia transfontanela e EEG nos primeiros dias de vida. As principais complicações observadas durante a realização da HT foram: bradicardia, presente em 91,66% dos neonatos; distúrbio de coagulação, com elevação nos exames de TP e de TTPA em 66,67%; infecção em 50% dos pacientes, com predomínio de pneumonia e sepse, todos foram tratados com o esquema ampicilina/gentamicina. A hipotermia terapêutica foi iniciada antes das seis primeiras horas de vida, com uma média de duas horas e cinco minutos para início do procedimento. Durante toda a terapêutica, houve monitorização constante da temperatura dos RN, e a média da temperatura mínima e máxima foi, respectivamente, de 32,22°C e de 34,7°C. A alta da UTI neonatal foi permitida após, em média, 9 dias e a alta hospitalar, em 16,26 dias. **Conclusão:** As alterações fisiológicas provocadas pela diminuição da temperatura corporal tornam ainda mais complexo o controle e o tratamento dos recém-nascidos acometidos pela EHI. Todas essas complicações são descritas na literatura e nenhuma foi responsável pela suspensão dessa estratégia de grande custo-benefício.

### **P-82 ESTUDO DOS RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA NUMA**

**UTINEONAL** Marta Lúcia de Albuquerque<sup>1</sup>; Gabriela Albuquerque Batista de Araújo<sup>2</sup>; Tarsyla Medeiros de Albuquerque<sup>2</sup>; Pedro Amorim Soares<sup>3</sup>; Bruno Leão Caminha<sup>2</sup>; Glenny Brasil Gurgel<sup>4</sup>; Waldeneide Fernandes de Azevedo<sup>4</sup>; Denize Nóbrega Pires<sup>4</sup>; Renata Vasconcelos Guedes<sup>2</sup>; José Ítalo Pinto Rodrigues<sup>2</sup> <sup>1</sup>FCM-CG; <sup>2</sup>UFPB; <sup>3</sup>FCM-PB; <sup>4</sup>UFCG **Introdução:** A hipotermia terapêutica (HT) tem sido utilizada como tratamento de eleição para a encefalopatia hipóxico-isquêmica (EHI) e está mostrando resultados de melhora do prognóstico neurológico nos serviços especializados de cuidado ao recém-nascido. **Objetivo:** Avaliar as características clínicas presentes nos recém-nascidos submetidos à hipotermia terapêutica em um serviço de UTI neonatal. **Método:** Estudo retrospectivo, descritivo, realizado através da consulta de 24 prontuários de neonatos submetidos ao tratamento durante o ano de 2013. Os dados foram analisados utilizando Microsoft Office Excel 2007. **Resultado:** Todos os pacientes iniciaram a HT antes de 6 horas de vida, tendo uma média de 2 horas e 5 minutos. O escore de APGAR dessas crianças, 88,89% estavam com nota abaixo de 3 no primeiro minuto e, 72,23% estavam entre 4-6 no quinto minuto de vida. Durante toda a terapêutica, houve monitorização constante da temperatura dos RN, e a média da temperatura mínima e máxima foi, respectivamente, de 32,22°C e de 34,7°C. Esses bebês iniciam a sucção oral com em média 8,21 dias. A alta da UTI neonatal foi em média 9 dias e do hospital com 16,26 dias e, somente, uma criança necessitou de transferência do serviço. **Conclusão:** A HT é uma estratégia neuroprotetora de baixo custo, podendo ser realizada com método artesanal com meios de monitorização encontrados na maioria dos serviços brasileiros, onde se observa, através do exame neurológico do RN, uma melhor evolução e alta mais precoce sem utilização de sondas ou gastrostomias. Todos estes RN estão em seguimento ambulatorial há um ano e estamos aguardando 18 a 24 meses para melhor avaliação neurológica, assim como, a construção posterior de um possível estudo prospectivo.

### **P-83 PERFIL CLÍNICO DOS RECÉM-NASCIDOS SUBMETIDOS À HIPOTERMIA TERAPÊUTICA EM UM SERVIÇO DE UTI NEONATAL**

Marta Lúcia de Albuquerque<sup>1</sup>; Gabriela Albuquerque Batista de Araújo<sup>2</sup>; Tarsyla Medeiros de Albuquerque<sup>2</sup>; Pedro Amorim Soares<sup>3</sup>; Bruno Leão Caminha<sup>2</sup>; Glenny Brasil Gurgel<sup>4</sup>; Waldeneide Fernandes de Azevedo<sup>4</sup>; Denize Nóbrega Pires<sup>4</sup> <sup>1</sup>FCM-CG; <sup>2</sup>UFPB; <sup>3</sup>FCM-PB; <sup>4</sup>UFCG **Introdução:** A hipotermia terapêutica tem sido utilizada como estratégia de neuroproteção para a encefalopatia hipóxico-isquêmica e está mostrando resultados de melhora do prognóstico neurológico nos serviços especializados de cuidado ao recém-nascido. **Objetivo:** Avaliar as características clínicas presentes nos recém-nascidos submetidos à hipotermia terapêutica em um serviço de UTI neonatal. **Método:** Estudo retrospectivo, descritivo, realizado através da consulta de 24 prontuários de neonatos submetidos ao tratamento durante o ano de 2013. Os dados foram analisados utilizando Microsoft Office Excel 2007. **Resultado:** Anal 58,34% dos RN's eram do sexo masculino, 75% dessas crianças nasceram com peso normal e à termo, 16,66% macrossômicas, sendo 58,34% dos neonatos adequados para a idade gestacional e 20,38% grande para a idade. Em relação ao APGAR, no primeiro minuto, 88,89% marcaram menos de 3, e no quinto minuto, 27,77% marcaram menos de 3 e 72,23% entre 4 e 6. Quanto a via de parto, 58,34% foi eutócico. Em relação às mães, a maioria (54,16%) foi primigesta, com média de idade de 25,13 anos, 16,66% tinha história de aborto prévio



e as principais complicações foram amniorrexe prematura, leucorréia e ITU. Metade dessas crianças estava com alterações clínicas compatíveis com EHI e foram enquadradas nos estágios I, II e III de EHI segundo Sarnat e Sarnat. **Conclusão:** Os pacientes selecionados preencheram os critérios clínicos para a realização da HT, em sua maioria, IG superior a 36 semanas, APGAR entre 3 e 5 nos primeiros minutos de vida, tônus e estado de consciência diminuídos, além do evento hipóxico-isquêmico perinatal grave que é demasiadamente frequente quando analisado os totais de partos realizados em 2013. Portanto, este estudo confirma a importância de uma investigação epidemiológica, a fim de melhor adequar o tratamento às diretrizes básicas para tal enfermidade, assim como, um instrumento para melhorar os cuidados ao trabalho de parto no nosso serviço.

**P-84 COMPARAÇÃO ENTRE ESCORE SNAPPE II E APGAR DE 5 MINUTO EM RELAÇÃO A MORBIDADE E MORTALIDADE NEONATAIS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO** Walusa Assad Gonçalves-Ferri; Ana Beatriz Gonçalves; Francisco Eulógio Martinez Faculdade de Medicina De Ribeirão Preto-USP *Nas Unidades Neonatais a estimativa de risco de morbidade e mortalidade nos prematuros é importante para a condução clínica. O Apgar é relacionado com mortalidade até 28 dias de vida, entretanto a execução adequada deste score em pacientes prematuros exige experiência e cuidados. O SNAP-PE II é um score de risco com bom valor preditivo nas UTINs. Muitas decisões clínicas, como início de dieta enteral, avaliam esses scores, muitas vezes isoladamente. **Objetivo:** Avaliar comparativamente se o Apgar de 5 minuto e o SNAP-PEII são dados adequados para avaliar riscos de morbidade e mortalidade em prematuros menores que 1500g. **Metodologia:** Foi realizado um estudo retrospectivo, utilizando banco de dados. Foram avaliadas 304 pacientes, menores que 1500g, nascidos no serviço, no período de Janeiro de 2011 a dezembro de 2013. Os critérios de exclusão foram malformações, transferência antes de 28 dias de vida e óbito na sala de parto. Para análise foram realizados testes qui-quadrado, teste t-student e regressão binária logística. **Resultados:** Foram analisados 304 pacientes. Apgar menor que 7 aos 5 minutos de vida teve relação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ) com mortalidade, broncodisplasia, HPIV, menor peso ao nascer e tempo de internação na UTIN, entretanto não esteve relacionado com enterocolite e tempo de nutrição parenteral. SNAP-PE II maior que 20 esteve relacionado com as mesmas variáveis que o Apgar. Pela regressão logística Apgar e SNAP-PE II relacionam-se individualmente com mau prognóstico. A correlação entre Apgar e SNAP-PE II existe, mas o gráfico mostra uma grande dispersão de valores entre eles. **Conclusão:** Ambos scores se relacionam com morbidade e mortalidade, entretanto acreditamos que a interpretação adequada dos riscos do paciente para a condução clínica deve utilizar concomitantemente ambos instrumentos. A utilização do Apgar menor que 7 isoladamente deve ser interpretada com critério, uma vez que a ocorrência deste não significa necessariamente a ocorrência de um SNAP-PE II elevado.*

**P-85 AVALIAÇÃO DA ABORDAGEM DE FETOS MAL-FORMADOS NO PRÉ-NATAL, SALA DE PARTO E UTIN** Walusa Assad Gonçalves-Ferri; Fábila Pereira Martins Celini; Sheila Mello Michelassi; Ana Cláudia Castro; Ana Beatriz Gonçalves Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP **Introdução:** A abordagem das equipes de obstetria e neonatologia no pré natal, sala de parto e UTIN em relação a fetos com mal formações é controversa. **Objetivo:** Obter uma compreensão mais profunda das necessidades e impressões de mães durante o nascimento de neonatos com diagnóstico de mal-formação no pré-natal. **Metodologia:** Foram entrevistadas pela psicologia quarenta mães de crianças que nasceram no serviço e foram internados na unidade de terapia intensiva Neonatal entre 01 de janeiro de 2011 e 31 de dezembro de 2013. O estudo foi qualitativo, realizado através de entrevistas com as mães na ocasião da internação de seu filho na UTIN. **Resultados:** As mães que não tiveram seus fetos valorizados e receberam uma abordagem que minimizava o valor dos neonatos desenvolveram mais sentimentos relacionado com depressão, revolta, dificuldade de vinculação, dificuldade de oferecer cuidados e baixa auto estima. As mães que tiveram os seus neonatos valorizados, com exaltação da individualidade da criança e apresentação da doença como uma característica do individuo, não como foco principal, apresentaram mais recursos psicológicos para enfrentamento das dificuldades e conseguiram atribuir um valor a experiência dolorosa. **Conclusões:** As mães têm intensa necessidades de acolhimento pessoal e de seu filho. A abordagem focada na valorização da individualidade do neonato, e não apenas na doença propiciou menos sequelas emocionais. Prestadores de cuidados de saúde podem ajudar a suprir as necessidades psicológicas das mães através de palavras e ações que demonstrem uma presença solidária, revelar a verdade, propiciar



confiança e acolhimento, valorizar o nascimento, permitindo contato na sala de parto, proporcionando oportunidade para ficar conectado com a criança, e criando memórias que trarão conforto no futuro.

**P-86 ESTUDO DAS VARIÁVEIS DE TRANSPORTE E SUA ASSOCIAÇÃO COM O ÓBITO EM RECÉM-NASCIDOS DE MUITO BAIXO PESO** Breno Fauth de Araújo<sup>1</sup>; Helen Zatti<sup>2</sup>; Célia Maria Magalhães<sup>3</sup>; Manoel Ribeiro<sup>4</sup> <sup>1</sup>Universidade de Caxias do Sul; <sup>2</sup>Universidade do Sul De Santa Catarina; <sup>3</sup>Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre; <sup>4</sup>Hospital Fêmima **Introdução:** O transporte para unidades de referência é um procedimento de risco em recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP), principalmente se realizado em condições inadequadas. **Objetivos:** Avaliar a frequência do transporte de RNMBP, as condições de transporte e sua relação com o óbito neonatal. **Métodos:** Estudo prospectivo, multicêntrico, incluindo todos os recém-nascidos com peso de nascimento menor ou igual a 1.500g, internados nas UTI neonatais participantes no período de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. **Resultados:** Houveram 5.164 internações de RNMBP no período, sendo que 449 (8,7%) vieram transportados de outros locais. Em relação ao transporte, em 79,6% houve acompanhamento médico, foi utilizada incubadora em 68,4%, venóclise em 65%, oxímetro de pulso em 43,9%, oxigênio em 81,1% e 29% foram transportados entubados. A temperatura axilar na admissão na UTI foi  $<36^{\circ}\text{C}$  em 61,5% dos RNMBP transportados e 57,3% dos que nasceram na instituição e  $<35^{\circ}\text{C}$  em 30,4% e 16,5% respectivamente, sendo esta última diferença estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Não houve diferença significativa em relação a incidência de hipoglicemia ou hemorragia intracraniana. A incidência de óbito no período neonatal foi de 32,3% no grupo transportado e 29,6% entre os não transportados, não sendo estatisticamente significativa,  $\text{OR}=1,1$  (0,92-1,39). Na análise por faixas de peso, houve diferença apenas na faixa de 750 a 999g, onde ocorreu óbito em 61,5% ( $n=56$ ) dos transportados e 37,1% ( $n=363$ ) dos não transportados,  $\text{OR}=2,7$  (1,7-4,2). **Conclusão:** Ainda existe necessidade de melhorar as condições de transporte do RNMBP no nosso meio, ressaltando-se a necessidade de equipamento adequado e profissionais capacitados. Um exemplo é a falta de oxímetro de pulso em quase 50% dos RN transportados com oxigênio. **Agradecimentos:** Participantes da Rede Gaúcha de Neonatologia

**P-87 ATENDIMENTO EM SALA DE PARTO AO RECÉM-NASCIDO DE MUITO BAIXO PESO: AVALIAÇÃO NO PERÍODO DE 2008 A 2012** Helen Zatti; Célia Maria Magalhães; Manoel Ribeiro; Breno Fauth de Araújo Rede Gaúcha de Neonatologia **Introdução:** O atendimento em sala de parto é uma etapa decisiva no prognóstico dos recém-nascidos de muito baixo peso (RNMBP). **Objetivos:** Avaliar o atendimento oferecido em sala de parto aos RNMBP internados em um grupo de UTI neonatais. **Métodos:** Estudo prospectivo, multicêntrico, incluindo todos os recém-nascidos com peso de nascimento entre 500g e 1.500g, internados nas UTI neonatais participantes, de janeiro de 2008 a dezembro de 2012. **Resultados:** Avaliou-se 5.390 RNMBP, sendo que em 96,3% havia pediatra na sala de parto (houve 156 nascimentos sem presença de pediatra). Utilizou-se O<sub>2</sub> em sala de parto em 73,9%, ventilação com pressão positiva em 51,1%, intubação traqueal 33,4%, massagem cardíaca 5,5% e adrenalina 2,9%. Considerando-se apenas os 1.864 RN de extremo baixo peso (RNEBP), receberam O<sub>2</sub> 85%, ventilação com pressão positiva 71,3%, intubação traqueal 58,4%, massagem cardíaca 9,1% e adrenalina 4,3%. Ressalta-se que 55,3% dos RNMBP e 77,5% dos RNEBP necessitaram algum tipo de reanimação além de O<sub>2</sub>. A cesárea foi fator protetor para necessidade de ventilação com pressão positiva, utilizada em 51,8% dos nascidos por via alta e em 63,7% dos nascidos de parto vaginal,  $\text{OR}=0,612$  (0,54-0,69). O uso de O<sub>2</sub> em sala de parto foi significativamente maior ( $p < 0,01$ ) no período de 2008/2009 (77,2%) em relação à 2011/2012 (69,3%). Entre os RN que não necessitaram outra manobra de reanimação, O<sub>2</sub> inalado foi utilizado em 64,1% no primeiro e 35,9% no segundo período ( $p < 0,01$ ). O Apgar foi inferior a 7 em 50% dos RNMBP no 1º minuto e em 20,6% no 5º minuto, e inferior a 3 em 15,1% e 2,4% respectivamente. Sobreviveram 43,6% dos RN com Apgar 1'  $< 3$  e 25,2% quando Apgar 5'  $< 3$ . **Conclusão:** Enfatiza-se a importância do treinamento adequado para atendimento ao prematuro em sala de parto, considerando sua necessidade frequente, principalmente em centros de atendimento a RN de risco. **Agradecimentos:** Pesquisadores da Rede Gaúcha de Neonatologia

**P-88 A VIDA ABAIXO DO LIMITE DE VIABILIDADE** Ana Luiza Velloso da Paz Matos<sup>1,6</sup>; Maria Alice Bezerra Andrade<sup>2</sup>; Ana Carolina Carvalho Lima<sup>3</sup>; Fernanda Brito Barreto Souza<sup>1</sup>; Isabella Loiola Araújo Martins<sup>4</sup>; Laila Carolina França Sacerdote<sup>5</sup>; Mirella Nilo De Magaldi<sup>5</sup>; Sofia Duarte Soares<sup>6</sup>; Vanessa Patrícia Lisboa Pereira<sup>5</sup> <sup>1</sup>Instituto de Perinatologia da Bahia; <sup>2</sup>Instituto de Perinatologia da Bahia; <sup>3</sup>Faculdade



de Tecnologia e Ciências – Ftc; <sup>4</sup>Universidade Salvador – Laurete Internacional Universities – Unifacs; <sup>5</sup>Universidade Federal da Bahia; <sup>6</sup>Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública; Salvador, Bahia **Introdução:** *Embora com controvérsias, recomendações atuais concordam que prematuros abaixo de 22/23 semanas não apresentam viabilidade extrauterina (Programa de Reanimação Neonatal - Sociedade Brasileira de Pediatria/2013). Em “Limites of viability: definition of the gray zone”, do Journal of Perinatology/2008, está posto que a sobrevivência de prematuros < 23 semanas é improvável, não sendo indicada reanimação.*

**Justificativa:** *A assistência ao prematuro extremo na realidade brasileira é precária, não ocorrendo “reanimação”, mesmo diante da viabilidade, por falta de recursos humanos/ materiais, além da escassez das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais para dar seguimento. Microbebês prematuros podem “decidir sobreviver”, apesar das controvérsias quanto a sua viabilidade.* **Relato de caso:** *Mãe, 24 anos, GIII/PI/Al. Pré-natal, 3º mês, 5 consultas, sem intercorrências. Sorologias negativas. Com 23 semanas (DUM) admitida com “contrações” por 15 horas. Colo pérvio 7,0cm, bolsa íntegra. Ultrassom=22 semanas. Após 2 dias, dilatação completa e rotura de membranas, ocorrendo PSNV, feminino, Apgar 1’= 3; 5’= 3, gasping. IG (Ballard) = 22 semanas, pálpebras fixamente fundidas, peso=635g. Medidas de conforto, sem manobras de reanimação. Mantendo-se vivo após poucas horas, encaminhado para UCINCo (cuidados convencionais), O2 em halo + hidratação venosa + antibioticoterapia + intubação eletiva para surfactante. CPAP nasal + nutrição parenteral + dieta com leite humano. Intercorrências: infecção viral, insuficiência respiratória (ventilação mecânica: 48 horas) sepsis tardia, distúrbios de coagulação, distúrbios metabólicos e eletrolíticos, abertura do canal arterial, anemia (transfusão 4x), menor peso= 425g. Após 73 dias, admitido na Unidade Canguru, em aleitamento materno exclusivo. Alta com IGC=37 semanas, peso=2,360, exame clínico e US crânio=normais, mapeamento retina=ROP estágio I zona 2. **Conclusão** *O relato vem ratificar a controvérsia da decisão de não reanimar o prematuro abaixo de 22/23 semanas, pois mesmo sem manobras na sala de parto, é possível a sobrevivência com qualidade, mesmo inexistência de UCIN. Diante do conceito de inviabilidade, o caso provoca reflexão.**

**P-89 RELAÇÃO ENTRE A ELEVAÇÃO DE ENZIMAS (CK-NAC E CKMB) COM ALTERAÇÕES DE ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR EM RECÉM NASCIDOS ANOXIADOS** Gláucia de Oliveira Moreira <sup>1</sup>; Michele Ferst <sup>2</sup>; Karla Caroline Lima de Oliveira <sup>3</sup> <sup>1</sup>UFRR/HMINSN; <sup>2</sup>HCSA; <sup>3</sup>HMINSN. **Introdução:** *A asfixia perinatal é uma das principais causas de óbito e também a causa mais importante de encefalopatia e lesão cerebral permanente em crianças. A incidência oscila de 2-4 por 1.000 nascimentos a termo, e a prevalência é de cerca 2% dos nascidos vivos. A taxa de mortalidade dos RNs asfixiados varia de 20 a 50%, e 25% dos sobreviventes podem exibir incapacidades neuropsicológicas permanentes (retardo mental, paralisia cerebral, epilepsia e dificuldades de aprendizagem). Frequentemente observa-se o aumento de enzimas após o quadro de hipóxia, o que pode indicar danos celulares decorrentes da hipoxemia, porém sua correlação clínica permanece obscura. Como a ultrassonografia transfontanelar é o exame mais indicado para avaliar a lesão cerebral precoce, o que se correlaciona à evolução neurológica; este estudo vem analisar a correlação entre os valores das enzimas CK-NAC e CKMb de RNs anoxiados, com os achados ultrassonográficos. Estudo transversal retrospectivo, com análise de prontuários de RNs diagnosticados com anoxia perinatal internados em uma UTIN. Foram analisados inicialmente cinco casos de hipóxia ou anóxia perinatal grave, com RNs que necessitaram reanimação na sala de parto, EOT e internação na UTIN. As enzimas não estiveram alteradas em todos os casos, a CK-NAC se eleva de forma mais acentuada, principalmente nos casos de maior gravidade clínica relacionada à hipoxemia; entretanto, os achados de lesões ultrassonográficas não se correlacionam significativamente às alterações enzimáticas nas primeiras 12 a 24 horas de vida. Sugerimos uma ampliação da pesquisa, correlacionando achados clínicos com as dosagens enzimáticas incluindo CK-BB, também comparando com um grupo controle, devido à não existência de um ponto de corte que discrimine os bebês anoxiados de não anoxiados, na tentativa de se buscar um indicador prognóstico útil à prática clínica, principalmente em RNs que evoluem para desfechos mais complexos (síndromes convulsivas, etc).*

**P-90 ANÓXIA PERINATAL E MORTALIDADE NEONATAL: ANÁLISE DE UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA ESTADUAL** Gláucia de Oliveira Moreira UFRR/HMINSN **Introdução:** *A anóxia perinatal ainda é uma das principais causas de óbito no Brasil e sua incidência oscila de 2 - 4 por 1.000 nascimentos a termo, com prevalência de cerca 2% dos nascidos vivos. A taxa de mortalidade dos RNs asfixiados varia de 20 a 50%. **Objetivos:** *Avaliar as principais causas de óbito relatadas em**

um serviço neonatal de referência estadual e o relato de anóxia perinatal como uma das causas mencionadas nas declarações de óbito. **Métodos:** Estudo transversal retrospectivo, com análise dos óbitos investigados pela Comissão de Óbito Hospitalar de um serviço de referência materno infantil de janeiro a dezembro de 2013. **Resultados:** Verificou-se a ocorrência de 18 óbitos neonatais, o que equivale a 35,3%, sendo que destes 38,8% apresentavam anóxia perinatal como uma das causas de óbito, mal formação e prematuridade foram apontados em 27,7% cada um e infecção em 5,5%. Dos relatos de anóxia, 11,1% ocorreram em bebês estrangeiros vindos de países fronteiriços sem transporte adequado (término de oxigênio durante o transporte) e 5,5% eram indígenas trazidos de área distante e nascidos fora de unidade hospitalar. **Conclusão:** A anóxia perinatal ainda é um grande desafio a ser enfrentado, não só nacionalmente, mas também deve ser colocado em pauta nas discussões com lideranças internacionais de regiões de fronteira; bem como deve ser especialmente abordado de maneira mais contundente em populações que vivem à margem do sistema de saúde urbano convencional. **Agradecimentos:** Integrantes da Comissão de Óbito Hospitalar



**A L E R T A**

# Minuto de Ouro



## O MINUTO MAIS IMPORTANTE DA VIDA DO BEBÊ



Todo bebê tem direito a respirar bem quando nasce.

O que pouca gente sabe é que um em cada dez recém-nascidos precisa de ajuda para isso, e essa precisa ser rápida, realizada no primeiro minuto, por profissional qualificado. Por isso, é importante que, na preparação para o parto, as famílias se informem – a maternidade está preparada para uma ajuda qualificada ao bebê para que respire bem se isso se for preciso?

**Exija seus direitos!**

**Exija os direitos do seu bebê!**

## INFORMAÇÕES GERAIS

### LOCAL DE REALIZAÇÃO

Serrano Resort Convenções & SPA  
Av. das Hortênsias, 1480 - Centro  
Gramado/RS

### SECRETARIA EXECUTIVA

EKIPE DE EVENTOS  
Tel.: 41 3022-1247  
ekipe@ekipedeventos.com.br

### SECRETARIA LOCAL PARA CREDENCIAMENTO E INFORMAÇÕES

Horário de funcionamento:  
26 de março - das 16:00 as 18:00  
27 a 30 de março – a partir das 07:30

### SESSÃO SOLENE DE ABERTURA

27 de março as 08:45

### MIDIA DESK

Solicitamos aos senhores palestrantes dirigir-se a este local com no mínimo 02 horas de antecedência à sua apresentação para entrega de seu material. Quando a apresentação for na 1º sessão, o material deverá ser entregue no dia anterior até as 18h.

### CRACHÁS

É obrigatório o uso do crachá nas áreas do Congresso

### TRADUÇÃO SIMULTÂNEA

Haverá tradução simultânea inglês/português/ inglês, nas atividades proferidas por convidado


### TRANSPORTE

Haverá transporte saindo dos hotéis oficiais para o Centro de Eventos do Hotel Serrano e retornando aos hotéis oficiais no final do dia. Os horários estarão fixados nos hotéis e na secretaria do Simpósio.

### VISITA AOS POSTERES COMENTADOS

Horário 13:00 - 14:30 - no local destinado aos pôsteres.





**Os primeiros 1.000 dias** de vida são **únicos** para o **crescimento** e o **desenvolvimento infantil**. O aleitamento materno repercutirá durante **toda a vida**, promovendo a **saúde física, cognitiva e o bem-estar de uma geração mais saudável**.



**Nestlé**  
Faz Bem

## **PATROCINADORES / EXPOSITORES**

**ABBVIE**

**AIR LIQUIDE**

**ALFORMED**

**CHIESI**

**DANONE**

**FANEM**

**LAERDAL**

**LIVRARIA DOCTOR BOOKS**

**MARJÔ**

**NESTLÉ NUTRITION**

**TV MED**



### Promoção



### Realização



### Agência de Viagens

#### **MV Viagens**

Tel.: (21) 2722-2718  
[www.mvviagens.com.br](http://www.mvviagens.com.br)

### Organização

#### **EKIPE DE EVENTOS**

Tel.: 55 (41) 3022-1247  
[ekipe@ekipedeeventos.com.br](mailto:ekipe@ekipedeeventos.com.br)

### Apoio

